



## Contexte

La recommandation de vacciner contre la grippe les personnes vivant dans les communautés éloignées et isolées a été ajoutée pour la première fois aux recommandations sur les groupes à vacciner en priorité durant la pandémie de grippe en 2009. À ce moment, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) avait transmis par courriel au réseau de santé publique la définition utilisée dans le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza *dans le secteur de la santé*(1) :

*Communauté éloignée : communauté localisée à plus de 350 km des centres de service les plus proches et qui peut y accéder par route 365 jours par année.*

*Communauté isolée : communauté qui a des vols réguliers, mais qui ne peut accéder par route aux centres de service 365 jours par année.*

Ce groupe a été inclus dans les indications de vaccination du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) à l'automne 2010, considéré depuis comme étant « à risque élevé de complications ».

Au Canada, c'est dans *La stratégie canadienne de vaccination contre la pandémie* que l'on prévoit l'immunisation des personnes vivant dans les communautés éloignées et isolées(2,3). La proposition d'ajouter ces communautés a été faite dans le but de permettre le déploiement rapide de la vaccination contre la grippe lors d'une pandémie pour les populations vivant dans ces communautés. En dehors du contexte de pandémie, ce groupe n'est pas inclus parmi les personnes à vacciner annuellement contre la grippe dans les déclarations du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). On considère plutôt que le risque est accru dans les populations autochtones pour qui la vaccination est recommandée par le CCNI(4).

Les populations autochtones ont été désignées par le CCNI comme méritant une attention spéciale en 2010, à la suite de la démonstration de taux d'incidence plus élevés de complications graves durant les deux vagues de la pandémie A(H1N1) dans ces groupes et aux inquiétudes concernant la circulation continue du virus pandémique lors de la saison 2010-2011(5). Ce groupe a été inscrit sur la liste des personnes à risque élevé dans la déclaration sur la vaccination antigrippale pour la

saison 2011-2012(6). La décision pour la saison 2011-2012 était basée sur des données historiques sur une plus grande morbidité et mortalité respiratoire (pneumonie/influenza, maladie pulmonaire obstructive chronique) au Canada et ailleurs, et les données sur la pandémie de l'influenza A(H1N1) de 2009. La rationnelle était surtout basée sur la forte prévalence des conditions chroniques (diabète, maladies pulmonaires chroniques, obésité), les délais dans l'accès aux soins, ainsi que les problèmes socio-économiques et l'isolement géographique. Depuis 2011, les populations autochtones sont incluses dans les programmes de vaccination contre l'influenza de toutes les provinces et territoires du Canada, à l'exception du Québec. À notre connaissance, le risque de complications dues à l'influenza saisonnière dans les populations autochtones au Canada après la pandémie de 2009 n'a pas été quantifié.

Dans sa *Révision du Programme d'immunisation contre l'influenza au Québec* (PIIQ)(7), le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) a maintenu sa recommandation de vacciner les personnes vivant dans les communautés éloignées ou isolées puisqu'une évaluation complète incluant les éléments du cadre Erickson-De Wals ne fut pas possible, faute de données probantes. La possibilité d'ajouter les populations autochtones au PIIQ n'a pas été examinée lors de cette révision pour les mêmes raisons.

Une rencontre des coordonnateurs des 4 régions concernées (9, 10, 17 et 18) s'est tenue en marge de la TCNMI du 17 mai dernier. Considérant la recommandation du CIQ de retirer la recommandation de vaccination contre l'influenza chez des groupes en bonne santé (ex. : enfants âgés de 6 à 23 mois), appuyée entre autres sur les incertitudes quant aux effets de la vaccination répétée et sur sa sécurité à long terme, des préoccupations ont été exprimées lors de cette rencontre sur l'enjeu éthique concernant ces mêmes groupes vivant dans les communautés éloignées et isolées. Le MSSS a donc demandé, dans sa lettre du 17 juillet 2018, un avis du CIQ sur la pertinence de continuer à vacciner les personnes vivant dans ces communautés.

## Réponse du CIQ

### Objectifs et stratégie du PIIQ

L'objectif du PIIQ est de réduire les hospitalisations et les décès associés à l'influenza en vaccinant de façon ciblée les groupes à risque élevé pour ces issues. L'analyse faite dans le cadre de la révision du PIIQ a permis de redéfinir les groupes à risque d'hospitalisation et de décès dus à l'influenza au Québec(7). Des modifications au programme ont été apportées à la suite de la révision des données de la littérature et des données issues de la population québécoise sur le fardeau de la maladie, en considérant aussi les éléments du cadre Erickson-De Wals. Ainsi, les enfants en bonne santé de 6-23 mois et les adultes en bonne santé de 60-74 ans ne sont plus considérés à risque élevé pour les hospitalisations et les décès et ont été retirés du programme public de vaccination contre la grippe. Les décisions concernant chacun des groupes inclus dans le PIIQ ont été basées sur plusieurs éléments pouvant contribuer à la balance des bénéfices et des risques; leur poids était différent selon le contexte spécifique de chaque groupe examiné. Par exemple, les incertitudes sur l'impact potentiel négatif de la vaccination répétée ont joué un rôle plus important dans la prise de décisions pour les groupes à bas risque que pour les groupes à risque plus élevé, mais ce ne fut pas le seul élément considéré dans l'ensemble de la réflexion du CIQ. Le poids le plus important dans la décision a été attribué au risque d'hospitalisation et de décès associés à l'influenza. Étant donné que cette analyse a été basée sur des données issues de l'ensemble de la population québécoise, elle ne reflète pas nécessairement la situation dans les communautés éloignées, isolées ou autochtones.

### Données pour certaines communautés éloignées et isolées au Québec

#### RISQUE D'HOSPITALISATION ET DE DÉCÈS ASSOCIÉS À L'INFLUENZA SAISONNIÈRE

À notre connaissance, il n'existe pas de données quantifiant le risque d'hospitalisation et de décès associés à l'influenza saisonnière dans les communautés éloignées et isolées au Québec. Certaines données pour la morbidité respiratoire et la morbidité liée à l'influenza pandémique ont été recensées pour deux régions avec une proportion importante de communautés éloignées et

isolées (la région 17, Nunavik et la région 18, Terres-Cries-de-la-Baie-James). Étant donné que les populations inuites et criées sont largement majoritaires dans ces régions, les statistiques obtenues pour ces régions reflètent la situation dans ces populations. À mentionner aussi que la structure d'âge dans ces régions est différente du reste de celle de la population québécoise (population plus jeune).

Les données extraites du fichier administratif MED-ÉCHO sur les hospitalisations pour conditions respiratoires en diagnostic principal (codes CIM-10: J00-J99) montrent un risque 2-4 fois plus élevé dans les 2 régions en comparaison avec l'ensemble de la population du Québec, avec des différences plus prononcées dans les extrêmes d'âge et pour la région 17 en comparaison avec la région 18 (tableau 1).

**Tableau 1 Taux\* d'hospitalisation pour conditions respiratoires en diagnostic principal (codes CIM-10: J00-J99) par 10 000 personnes (données MED-ÉCHO)**

Groupe d'âge	Région 17	Région 18	Ensemble du Québec
0-17 ans	433,1	185,2	102,7
18-64 ans	149,7	ND	30,0
≥ 65 ans	1173,0	930,1	288,0
<b>Global*</b>	<b>297,3</b>	<b>159,5</b>	<b>87,0</b>

\* Taux brut, non ajusté pour l'âge. Dans les régions 17 et 18, la proportion d'enfants est plus élevée et la proportion de personnes âgées est plus basse que dans le reste du Québec.

Source :

Région 17 : 2012-13 à 2015-16 (Hamado Zoungrana, région 17, communication personnelle).

Région 18 : 2013-14 à 2015-16 (Pierre Lejeune, région 18, communication personnelle).

Québec : 2012-13 à 2015-16 (Rachid Amini, INSPQ, communication personnelle).

ND : non disponible pour ce groupe d'âge, des variations entre 14/10 000 (18-24 ans) et 178/10 000 (45-64 ans) sont observées.

Dans le rapport sur le bilan de la pandémie de 2009 au Québec, on mentionne une proportion plus importante de cas confirmés d'influenza hospitalisés dans les régions 17 et 18 par rapport aux autres régions (69 % vs 22 %), ainsi qu'un risque d'hospitalisation et d'admission aux soins intensifs dans ces régions 31 et 24 fois plus élevé que chez les personnes des autres régions, respectivement(8).

### MALADIES CHRONIQUES ET AUTRES FACTEURS DE RISQUE POUR L'INFLUENZA

Peu de données sont disponibles sur la prévalence de maladies chroniques dans ces régions, mais des variations importantes ont été mises en évidence selon les populations. Par exemple, la prévalence du diabète est très importante dans la région Terres-Cries-de-la-Baie-James (21,8 %), mais au Nunavik (4,8 %) elle n'est pas plus élevée que celle observée dans l'ensemble du Québec (8,3 %). Par contre, la proportion de fumeurs et la fréquence de consommation élevée d'alcool chez les 15 ans et plus est beaucoup plus importante au Nunavik (respectivement 76,5 % et 67,5 %) que dans la région Terres-Cries-de-la-Baie-James (respectivement 45,6 % et 53,6 %), qui elle est plus importante que dans l'ensemble du Québec (respectivement 22,9 % et 18,2 %)(5).

### CONTACTS DOMICILIAIRES DES PERSONNES À RISQUE POUR L'INFLUENZA

La plupart de la population des régions 17 et 18 habite avec d'autres membres de la famille compte tenu du taux élevé de natalité et du nombre limité de résidences dans ces régions. Les ménages multifamiliaux représentent > 30 % des ménages du Nunavik et 17 % des ménages de la région Terres-Cries-de-la-Baie-James, en comparaison à 1 % ailleurs au Québec(9,10). Cette situation augmente la probabilité de transmission de virus de l'influenza importés.

### ACCEPTABILITÉ

On ne connaît pas l'acceptabilité de la vaccination contre la grippe parmi les personnes vivant dans les communautés éloignées ou isolées. On ne dispose pas de bonnes données sur les couvertures vaccinales dans ces populations, mais elles semblent être plus faibles que dans les autres populations visées dans le PIIQ, de l'ordre de < 20 % (Solange Jacques, région 17; Robert Carlin, région 18, communication personnelle). Selon une analyse quantitative dans le contexte de l'évaluation d'un autre programme, d'autres problèmes de santé tels que les ITSS ou les troubles mentaux dans ces communautés sont perçus par les travailleurs de la santé comme plus importants et prioritaires que l'immunisation en général(11). Les perceptions des populations autochtones à ce sujet ne sont pas connues. La rédaction d'une demande de subvention est en cours pour une étude qualitative permettant d'évaluer les

perceptions sur la vaccination en général de la population de la région 17.

### FAISABILITÉ ET ACCÈS AUX SERVICES

Deux aspects doivent être pris en considération en ce qui concerne l'accès aux services dans les régions éloignées et isolées : l'accès au vaccin contre l'influenza et l'accès aux soins en cas de complications dues à l'influenza.

D'abord, une mobilisation de ressources importantes pour les campagnes de vaccination annuelles contre la grippe se fait à chaque année dans un contexte organisationnel difficile dans ces régions. Selon les responsables de certaines des régions concernées, les personnes résidentes dans ces régions ne pourraient pas acheter un vaccin contre la grippe si les vaccins n'étaient pas fournis par le système public.

Pour ce qui est de l'accès aux soins, il est possible que certains retards dans l'accès en cas de problèmes de santé de ces populations entraînant une augmentation du risque de complications soient observés, mais on ne dispose pas de données permettant de quantifier l'ampleur de ce phénomène.

De plus, la notion d'éloignement et d'isolement est difficile à définir. Les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées au Québec ont été examinées dans un rapport produit par l'INSPQ en 2009(12). Le Québec représente un territoire de plus de 1,5 million de kilomètres carrés dont seulement un peu plus du tiers est habité; la moitié de la population est concentrée sur une infime portion de territoire qui correspond aux noyaux urbains des régions métropolitaines de Montréal et de Québec. Le reste de la population est répartie en près de 1 500 communautés. Les caractéristiques sociales, économiques et culturelles de ces communautés dispersées sur un vaste territoire varient en fonction de leur taille et de leur localisation spatiale. Les auteurs de ce rapport utilisent une définition proposée par l'Association canadienne des médecins d'urgence de 1997; il est vraisemblable que la situation est différente maintenant.

Un rapport récent de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) s'est penché sur cette question en révisant la littérature scientifique et en menant une enquête auprès de certaines communautés éloignées et isolées du Canada(13). Les auteurs mentionnent la variabilité des critères utilisés pour les définitions et l'absence de consensus à ce sujet. Malgré les variations dans la taille et les caractéristiques des populations vivant dans ces communautés, une caractéristique commune qui a été mise en évidence est la proportion importante de populations autochtones vivant dans ces régions. Les auteurs de ce rapport mentionnent le besoin d'améliorer et d'homogénéiser les critères utilisés pour la définition d'éloignement et d'isolement.

### Données pour certaines populations autochtones

Certaines données sont disponibles relativement à la morbidité respiratoire en général et l'influenza pandémique pour des populations autochtones vivant ou non dans des régions éloignées et isolées. Par exemple, un risque plus élevé d'hospitalisation et de mortalité pour maladies respiratoires (associées ou non à l'influenza) dans les populations autochtones vivant dans différentes régions géographiques au Canada et aux États-Unis en comparaison avec la population générale a été rapporté historiquement(14–17). Plusieurs études effectuées pendant la pandémie de l'influenza A(H1N1) de 2009 ont mis en évidence des taux d'hospitalisation et de mortalité associés au virus pandémique de l'influenza A(H1N1) significativement plus élevés dans différentes populations autochtones par rapport à la population générale au Canada, aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande(6). Même si les plus grandes différences sont observées dans les populations nordiques, des études confirment le maintien de la disparité entre les peuples autochtones par rapport à d'autres populations (hispanique ou caucasienne) indépendamment de la situation géographique(18,19). Les raisons de ces différences ne sont pas encore claires; parmi les hypothèses on mentionne une prévalence élevée de maladies chroniques (telles que le diabète et les maladies pulmonaires chroniques), l'obésité, une plus grande vulnérabilité aux maladies en raison de la qualité des logements et surtout de la densité de personnes par logement, le délai dans l'accès aux soins de santé, ainsi qu'un mécanisme biologique

sous-jacent ou des facteurs génétiques qui pourraient augmenter la susceptibilité aux infections ou le risque de complications(6,20). Les auteurs d'une étude menée aux États-Unis ont estimé l'association avec un décès à la suite du virus de l'influenza A(H1N1) pandémique en 2009 de différents facteurs de risque, incluant le fait d'appartenir à une des populations autochtones vivant en Alaska, en Arizona, au Nouveau-Mexique, en Oklahoma ou dans le Wyoming. L'étude a conclu que le statut autochtone n'était pas un facteur indépendant pour le décès. Les facteurs qui étaient associés au décès de façon significative étaient la présence de maladies chroniques, l'âge ( $\geq 45$  ans en comparaison avec  $< 18$  ans), le tabagisme, la réception retardée des antiviraux, ainsi que les barrières à l'accès aux soins(21). À notre connaissance, c'est la seule étude ayant examiné le rôle indépendant du statut autochtone. Elle a été conduite dans quelques communautés aux États-Unis; on ne sait pas si ces résultats peuvent être extrapolés aux autres communautés autochtones, ou à l'influenza saisonnière.

Au Québec, un risque d'hospitalisation 2,8 fois plus élevé pour les personnes vivant sur une réserve autochtone que chez les non autochtones a été mis en évidence pour la première vague de la pandémie de 2009, mais ce risque était comparable au sein des populations autochtones et non autochtones lors de la deuxième vague(8). Cette analyse était associée à un nombre élevé de valeurs manquantes (ex. code postal absent) et doit être interprétée avec prudence. Des taux d'hospitalisation pour des conditions respiratoires (telles que des bronchiolites et des pneumonies) de 2 à 10 fois plus élevés que dans le reste de la population québécoise ont été rapportés chez les jeunes enfants inuits et des Premières Nations(22,23).

## Conclusion et recommandation

Cet avis a été produit entre juin et septembre 2018 pour répondre rapidement à la demande du MSSS avant la mise à jour du PIQ à l'automne 2018. L'analyse effectuée n'a pas la prétention d'être exhaustive et met en évidence les éléments les plus importants disponibles à ce jour, afin de soutenir la prise de décision. Les régions concernées ont été consultées par courriel, par téléphone, et lors de la discussion qui a eu lieu lors de la réunion du CIQ du 13 septembre 2018, afin de mieux comprendre les préoccupations et alimenter la réflexion des membres du CIQ.

Une morbidité respiratoire non spécifique pour l'influenza, ainsi qu'une morbidité associée à l'influenza pandémique plus élevée que dans la population générale ont été mises en évidence dans certaines communautés éloignées et isolées, ainsi que dans certaines communautés autochtones. Des données précises pour l'ensemble de ces communautés au Québec ne sont pas disponibles. Le risque associé à l'influenza saisonnière dans ces communautés n'a pas été quantifié, mais il est plausible qu'il soit aussi plus élevé. Cependant, il n'est pas possible de discriminer le risque spécifiquement pour les populations autochtones de celui associé à l'environnement physique, social et culturel des communautés autochtones, ou de celui couvrant l'ensemble de la population des régions éloignées et isolées. Les responsables des régions concernées ont aussi exprimé des préoccupations concernant les enjeux éthiques si une recommandation était formulée spécifiquement pour les populations autochtones en absence de données robustes pour ces populations.

Même si les populations autochtones sont incluses dans les programmes publics de vaccination contre l'influenza des autres provinces canadiennes, les éléments nécessaires pour appuyer une recommandation concernant l'ajout des populations autochtones du Québec ou le retrait des personnes vivant dans les communautés éloignées ou isolées du Québec du PIQ sont insuffisants à ce jour. Le maintien de la recommandation de vacciner les personnes vivant dans les communautés éloignées ou isolées dans le PIQ permettrait l'accès à la vaccination gratuite d'une certaine proportion des populations autochtones pour qui il pourrait aussi y avoir des difficultés d'accès aux

services de soins de santé et d'accès à l'achat des vaccins.

Les groupes à risque d'hospitalisation et de décès dus à la grippe dans les communautés éloignées ou isolées pourraient être différents des groupes à risque identifiés dans le reste de la population du Québec. De plus, les couvertures vaccinales semblent être plus faibles dans ces communautés que dans le reste de la population du Québec. Ainsi, l'ordre de priorité devrait se faire par les autorités sanitaires locales tout d'abord en ciblant les personnes âgées et celles atteintes de maladies chroniques et ensuite en fonction de l'épidémiologie et des données disponibles pour les autres membres de ces populations.

Le maintien de la recommandation de vacciner les personnes vivant dans les communautés éloignées et isolées permettrait de rejoindre une partie des populations autochtones, tout en renforçant le message de cibler en priorité les personnes avec des facteurs associés à une augmentation du risque de complications liées à l'influenza.

En conséquence, le CIQ recommande d'offrir le vaccin contre l'influenza à toutes les personnes vivant dans les communautés éloignées et isolées, en mettant la priorité sur les personnes à risque de complications dues à l'influenza. Cette recommandation a été approuvée par les responsables des 4 régions concernées. Des études sont nécessaires, afin de définir les groupes à risque de complications dues à l'influenza saisonnière dans les communautés éloignées, isolées et autochtones, l'acceptabilité et la couverture vaccinale contre la grippe dans les populations vivant dans ces communautés, ainsi que de mieux définir la notion d'éloignement et isolement dans le contexte d'accès aux soins et services.

## Références

1. Henry E, Normand F, House A, Brunet S, Arnold D. Considérations relatives au plan de lutte contre la pandémie d'influenza pour les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves [En ligne]. [https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/cpip-pclcpi/assets/pdf/annex\\_b-fra.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/cpip-pclcpi/assets/pdf/annex_b-fra.pdf) (page consultée le 24 octobre 2018).
2. Henry B, Gadiant S. Stratégie canadienne de vaccination en cas de pandémie [En ligne]. [https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/ccdr-rmtc/17vol43/dr-rm43-7-8/assets/pdf/17vol43\\_7\\_8-ar-05-fra.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/ccdr-rmtc/17vol43/dr-rm43-7-8/assets/pdf/17vol43_7_8-ar-05-fra.pdf).
3. Agence de la santé publique du Canada. Priorisation des vaccins : Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé [En ligne]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/grippe-influenza/preparation-canada-cas-grippe-pandemique-guide-planification-secteur-sante/cadre-de-priorisation-des-vaccins-pandemiques.html>.
4. Agence de la santé publique du Canada. Chapitre sur la grippe du Guide canadien d'immunisation et Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2017-2018 [En ligne]. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-statement-seasonal-influenza-vaccine/naci-stmt-2017-2018-fra.pdf>.
5. Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). Déclaration du CCNI : vaccin trivalent inactivé contre la grippe pour la saison 2010-2011 [En ligne]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numeros-mensuel/2010-36/releve-maladies-transmissibles-canada-11.html>.
6. Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2011-2012. Relevé Mal Transm Au Can RMTc. 2011;37(DCC-5):1-61.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Protocole d'immunisation du Québec. 7e édition, [En ligne]. <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccin-ation/protocole-d-immunisation-du-quebec-piq/> (mise à jour 28 septembre 2018).
8. Douville Fradet M, Brousseau N, Hamel D, Légaré G, Rochette L, Gagné M. Bilan épidémiologique de la pandémie d'influenza A(H1N1) - Province de Québec - 2009. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2011, 99 p. + annexes.
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2015-2025. Québec : Direction de la communication, ministère de la Santé et des Services sociaux; 2017, 85 p. [En ligne]: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
10. Institut national de santé publique du Québec. Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 [En ligne]. <https://www.inspq.qc.ca/expertises/sante-des-autochtones/enquete-de-sante-aupres-des-inuits-du-nunavik-2004>.
11. Gilca R, Billard M-N, Lorcy A, Rochette M, Papenburg J, Zafack J, *et al.* Evaluation of new palivizumab immunoprophylaxis recommendations in Nunavik infants : results for 2014 to 2017. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2018, 62 p.
12. Gauthier J, Haggerty J, Lamarche P, Lévesque J-F, Morin D, Pineault R, *et al.* Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées [En ligne]. [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1014\\_ConditionsAccesServSanteCommunRurales.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1014_ConditionsAccesServSanteCommunRurales.pdf).
13. Young C, Grobelna A. Characteristics of Remote and Isolated Health Care Facilities: An Environmental Scan [On line]. [https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/es0318\\_remote\\_isolated\\_health\\_care\\_facilities.pdf](https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/es0318_remote_isolated_health_care_facilities.pdf).
14. Groom AV, Jim C, Laroque M, Mason C, McLaughlin J, Neel L, *et al.* Pandemic influenza preparedness and vulnerable populations in tribal communities. *Am J Public Health.* Oct 2009;99 Suppl 2:S271-278.
15. Groom AV, Hennessy TW, Singleton RJ, Butler JC, Holve S, Cheek JE. Pneumonia and influenza mortality among American Indian and Alaska Native people, 1990-2009. *Am J Public Health.* June 2014;104 Suppl 3:S460-469.

16. Samet JM, Key CR, Kutvirt DM, Wiggins CL. Respiratory disease mortality in New Mexico's American Indians and Hispanics. *Am J Public Health*. May 1980;70(5):492-7.
17. Van Rooyen CE, McClelland L, Campbell EK. Influenza in Canada during 1949, including studies on Eskimos. *Can J Public Health Rev Can Sante Publique*. Nov 1949;40(11):447-456, illust.
18. Foote EM, Singleton RJ, Holman RC, Seeman SM, Steiner CA, Bartholomew M, *et al*. Lower respiratory tract infection hospitalizations among American Indian/Alaska Native children and the general United States child population. *Int J Circumpolar Health*. 2015;74:29256.
19. Green D, Bambrick H, Tait P, Goldie J, Schultz R, Webb L, *et al*. Differential Effects of Temperature Extremes on Hospital Admission Rates for Respiratory Disease between Indigenous and Non-Indigenous Australians in the Northern Territory. *Int J Environ Res Public Health*. 3 Dec 2015;12(12):15352-65.
20. Sinclair G, Collins S, Arbour L, Vallance H. The p.P479L variant in CPT1A is associated with infectious disease in a BC First Nation. *Paediatr Child Health [On line]*. <https://academic.oup.com/pch/advance-article/doi/10.1093/pch/pxy106/5067175>
21. Hennessy TW, Bruden D, Castrodale L, Komatsu K, Erhart LM, Thompson D, *et al*. A case-control study of risk factors for death from 2009 pandemic influenza A(H1N1): is American Indian racial status an independent risk factor? *Epidemiol Infect*. Jan 2016;144(2):315-24.
22. Dallaire F, Dewailly E, Vézina C, Bruneau S, Ayotte P. Portrait of outpatient visits and hospitalizations for acute infections in Nunavik preschool children. *Can J Public Health Rev Can Sante Publique*. Oct 2006;97(5):362-8.
23. He H, Xiao L, Torrie JE, Auger N, McHugh NG-L, Zougrana H, *et al*. Disparities in infant hospitalizations in Indigenous and non-Indigenous populations in Quebec, Canada. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 29 May 2017;189(21):E739-46.



## Liste des membres du CIQ

### Membres actifs

---

Julie Bestman-Smith, Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec, CHU, Hôpital de l'Enfant-Jésus

François Boucher, Département de pédiatrie, Centre mère-enfant Soleil, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec-CHUL)

Nicholas Brousseau, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Alex Carignan, Département de microbiologie et d'infectiologie, Université de Sherbrooke

Gaston De Serres, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Philippe De Wals, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Rodica Gilca, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Vladimir Gilca, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Maryse Guay, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Caroline Quach, CHU Sainte-Justine, Département de microbiologie, infectiologie et immunologie, Université de Montréal

Chantal Sauvageau, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

Bruce Tapiéro, Service des maladies infectieuses, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Université de Montréal

### Membres de liaison

---

Dominique Biron, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Clinique pédiatrique Sainte-Foy

Ngoc Yen Giang Bui, Comité consultatif québécois sur la santé des voyageurs, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Hélène Gagné, représentante de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Direction de santé publique

Catherine Guimond, représentante, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Marc Lebel, Association des pédiatres du Québec, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Céline Rousseau, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, Direction de santé publique, Hôpital du Suroît

### Membres d'office

---

Patricia Hudson, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Monique Landry, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Richard Marchand, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Eveline Toth, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Bruno Turmel, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

## Synthèse des déclarations d'intérêts des membres du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ)

OCTOBRE 2018

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a demandé aux membres du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) de produire une déclaration pour identifier leurs situations pouvant entraîner un conflit d'intérêts au cours des trois dernières années en relation avec l'avis sur les personnes vivant dans les communautés éloignées et isolées dans le programme de vaccination contre l'influenza

### 1 **Aucun intérêt déclaré :**

Julie Bestman-Smith, Dominique Biron, François Boucher, Nicholas Brousseau, Ngoc Yen Giang Bui, Hélène Gagné, Vladimir Gilca, Maryse Guay, Catherine Guimond, Patricia Hudson, Monique Landry, Richard Marchand, Caroline Quach, Céline Rousseau, Chantal Sauvageau, Evelyne Toth, Bruno Turmel.

### 2 **Subventions de recherche obtenues à titre d'investigateur principal ou de co-investigateur, en lien avec des entreprises privées dont les produits ou activités entrent dans le domaine de la vaccination contre l'influenza.**

Alex Carignan : Sanofi Pasteur, Pfizer, GSK;

Gaston De Serres : Pfizer, GSK;

Philippe De Wals : GSK, Pfizer, Sanofi Pasteur;

Rodica Gilca : Sanofi Pasteur;

Bruce Tapiéro : GSK. Merck.

### 3 **Honoraires pour consultation, présentations ou frais de déplacement (FD) reçus d'entreprises privées dont les produits ou activités entrent dans le domaine de la vaccination contre l'influenza.**

Alex Carignan : Honoraires pour présentation Merck;

Gaston De Serres : Honoraires pour consultation : GSK, Ontario Nurse Association;

Philippe De Wals : FD pour participation à la réunion annuelle de la Global Meningococcal Initiative, Sanofi Pasteur; consultant : Advisory Board on Pneumococcal Vaccines, GSK;

Marc Lebel : Honoraires pour consultation : GSK, FD pour consultation GSK.

# Personnes vivant dans les communautés éloignées et isolées dans le programme de vaccination contre l'influenza au Québec

## AUTEUR

Comité sur l'immunisation du Québec

## RÉDACTRICE

Rodica Gilca  
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

## MISE EN PAGE

Marie-France Richard  
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

Dépôt légal – 4<sup>e</sup> trimestre 2018  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-550-82827-3

© Gouvernement du Québec (2018)

N° de publication : 2473