

TABEAU 1 : COUVERTURE VACCINALE COMPLÈTE ⁱⁱⁱ CHEZ LES ENFANTS AUTOCHTONES ET CHEZ LES ENFANTS VIVANT EN RÉGION À PRÉDOMINANCE INUITE DU NUNAVUT COMPARÉE À CELLE DE TOUS LES ENFANTS CANADIENS, EN 2021 (%)

Vaccin	Nunavut	Autochtones	Tous les enfants canadiens
Diphtérie	24,1*	79,5	77,1
Coqueluche	24,1*	79,5	77,1
Tétanos	24,1*	79,5	77,1
Poliomyélite	33,5*	97,6**	91,8
Haemophilus influenzae de type B (bacille de Pfeiffer)	24,1*	77,6	75,3
Rougeole	34,6*	91,1	91,6
Oreillons	34,6*	91,1	91,5
Rubéole	34,6*	91,4	91,5
Hépatite B	32,5*	83,7*	82,6
Varicelle	21,2*	87,3	87,5
Méningocoque du groupe C	34,5*	94,4	90,5
Pneumocoque	21,0*	92,4	85,1
Rotavirus	s. o.	91,5*	85,6

Source : Santé Canada (2023).

*Les estimations et les intervalles de confiance sont de qualité marginale en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage et doivent être utilisés avec prudence.

**Statistiquement significatifs.



ⁱⁱⁱ Définie comme le fait d'avoir reçu toutes les doses recommandées pour le vaccin spécifique.



Les données de l'Enquête nationale sur la couverture vaccinale des enfants (ENCVE) de 2021 (tableau 1) montrent un taux légèrement plus élevé de couverture vaccinale complète chez les enfants autochtones comparativement à tous les enfants canadiens ayant atteint l'âge de deux ans pour la plupart des vaccins⁴. Cependant, les écarts ne sont pas considérés comme statistiquement significatifs, à l'exception de la poliomyélite pour laquelle 95 % des enfants autochtones ont reçu les doses recommandées comparativement à 92 % des enfants non autochtones⁵. Les données de l'ENCVE montrent également que les enfants qui vivent dans la région à prédominance inuite du Nunavut sont susceptibles d'avoir des taux de couverture vaccinale inférieurs à ceux des autres enfants autochtones et de l'ensemble des enfants canadiens⁶, en particulier à la suite de la pandémie de COVID-19. Alors que la plupart des provinces et des territoires ont affiché une couverture vaccinale stable au cours de la

période de 2017 à 2021, avec même une augmentation de la couverture vaccinale pour certains vaccins⁷, le Nunavut a enregistré des baisses significatives de couverture pour tous les vaccins de 2021 par rapport à 2017⁸. Néanmoins, une plus grande proportion des répondants inuits (36 %) interrogés pendant l'ENCVE en 2021 ont déclaré être plus enclins à faire vacciner leurs enfants à la suite de la pandémie que les répondants non autochtones (8 %) et de Premières Nations (2 %)⁹.

Une enquête transversale nationale en ligne, menée par Humble et coll. (2023)¹⁰ juste avant l'approbation du premier vaccin pédiatrique contre la COVID-19 pour les enfants âgés de 5 à 11 ans, a révélé que les parents autochtones étaient aussi susceptibles d'accepter la vaccination systématique de leurs enfants pendant la pandémie de COVID-19 que les parents qui ne s'identifiaient pas à un groupe de minorités racialisées^{iv} (soit, 85,1 % contre 89,1 %). En fait,

les répondants autochtones étaient deux fois plus enclins à déclarer que la pandémie rendait les vaccins de routine encore plus importants pour eux que ceux qui ne s'identifiaient pas dans un groupe de minorités racialisées (soit, 36,6 % contre 16,9 %).

Les données de l'ENCVE révèlent que malgré certaines lacunes dans la couverture vaccinale des populations autochtones (en particulier au Nunavut), la pandémie de COVID-19 n'a pas eu d'incidence sur la vaccination de la plupart des enfants autochtones¹¹. Les taux de couverture vaccinale complète des enfants autochtones ont dépassé ceux de l'ensemble des enfants canadiens pour la plupart des vaccins. En outre, les enfants autochtones ont dépassé l'objectif national de 95 % de vaccination contre la poliomyélite et sont près de l'objectif pour les vaccins ROR et ceux contre le méningocoque, le pneumocoque et le rotavirus.

^{iv} L'enquête a comparé les données des individus qui s'identifiaient en tant que racialisés (autochtone, nouvel arrivant ou qui parle le plus souvent une langue minoritaire) par rapport à ceux qui ne s'identifiaient pas comme tel.



Évènements pandémiques et grippe saisonnière

La plupart des données récentes sur les évènements pandémiques et la grippe saisonnière se rapportent à la COVID-19 et à l'épisode de la grippe H1N1 de 2009. Lors de ces deux évènements pandémiques, les politiques gouvernementales des provinces ont ciblé en priorité la vaccination des populations autochtones en raison des risques plus élevés d'infection et de complications sévères¹². Comme pour la vaccination systématique des enfants, les taux de vaccination pour les évènements pandémiques et saisonniers peuvent varier selon les populations autochtones et les contextes, certains taux des populations autochtones étant similaires à ceux des populations non autochtones, et d'autres y étant supérieurs ou inférieurs. Cependant, dans la plupart des cas, les écarts de vaccination entre les populations autochtones et non autochtones ont été classés non statistiquement significatifs, car ce sont plutôt des différences socio-économiques qui semblent les expliquer.

COVID-19

Les données cumulatives provenant de trois périodes de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), de juin 2021 à février 2022, montrent que 93 % de la population générale a reçu au moins une dose du vaccin contre la COVID-19¹³. En revanche, seulement 81 % des personnes s'identifiant comme membres des Premières Nations vivant hors-réserve et 87 % des Métis ont reçu au moins une dose au cours de ces trois périodes. Une étude séparée utilisant les données de l'ESCC de juin 2021 à juin 2022 montre des résultats similaires avec 94 % des répondants de 18 ans et plus ayant reçu au moins une dose de vaccin¹⁴. Cependant, la proportion des répondants non vaccinés au cours de cette période était de 15 % pour les membres des Premières Nations hors-réserve et de 10 % pour les Métis, en comparaison à 6 % pour la population en général¹⁵. D'autres études ont montré des taux similaires de vaccination contre la COVID-19 de répondants autochtones, même si ces différences n'ont pas été

considérées comme statistiquement significatives à cause de la petite taille de l'échantillonnage¹⁶.

En utilisant les données provinciales administratives du système de santé du Manitoba de février 2020 à décembre 2021, Nickel et coll. (2024)¹⁷ ont montré que la priorité de vaccination accordée aux populations autochtones a aidé les personnes ayant le statut de résident des Premières Nations à obtenir leur première dose 15,5 jours plus tôt que les autres personnes du Manitoba et leur seconde dose, 13,9 jours plus tôt. Cependant, alors que le taux de vaccination des membres des Premières Nations était similaire à celui de tous les autres résidents du Manitoba, au début et à la fin de cette période, le taux a atteint un sommet beaucoup plus élevé chez les personnes non membres des Premières Nations par rapport à celui des membres des Premières Nations (soit, 312,12 contre 216,62 vaccinations par 1 000 mois-personnes, respectivement). L'inégalité vaccinale était marquée à la troisième dose du vaccin

contre la COVID-19, avec 45 % de la population manitobaine ayant reçu une troisième dose en avril 2022 contre 29 % des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et 21,5 % pour ceux d'entre eux vivant hors-réserve¹⁸. Pour savoir si cette différence observée parmi les Premières Nations est causée par une hésitation croissante envers la vaccination, par l'augmentation des obstacles pour accéder à une dose de rappel, ou pour d'autres motifs inconnus, des recherches supplémentaires sont nécessaires dans ce domaine.

Les Autochtones vivant en zone urbaine et les membres des Premières Nations vivant hors-réserve semblent avoir été confrontés à des obstacles plus importants pour accéder au vaccin contre la COVID 19. Les résultats d'une étude sur les taux de vaccination contre la COVID 19 parmi les populations autochtones

vivant dans les centres urbains de Toronto et de London, en Ontario, ont montré qu'ils étaient inférieurs de 16,2 % à 22,3 % dans la cohorte autochtone par rapport aux taux locaux et provinciaux correspondants¹⁹. Au Manitoba, 82,9 % de la population provinciale totale âgée de 5 ans et plus avait reçu deux doses du vaccin contre la COVID-19 avant le 7 avril 2022, contre 89,4 % des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et 70,4 % des membres des Premières Nations vivant hors-réserve²⁰.

On observe même une variabilité de l'intérêt pour recevoir le vaccin contre la COVID 19 au sein même des divers groupes autochtones. Par exemple, Budgell (2021)²¹ soulève qu'il existe une forte variation des taux de vaccination contre la COVID-19 sur l'ensemble de la région de l'Inuit Nunangat^v. Pendant l'été 2021, ces taux étaient plus élevés

à Makkovik, au Labrador, avec 97,6 % de la communauté ayant reçu au moins une dose de vaccin et 86,6 % de ses membres étant complètement vaccinés. Les taux de vaccination étaient les plus bas au Nunavik, avec seulement 46,2 % des personnes de cette région ayant reçu au moins une dose, 35,2 % étant complètement vaccinées. Budgell attribue la forte volonté des Inuits du Labrador de recevoir ce vaccin à l'importante mémoire historique de l'épidémie de la grippe espagnole de 1918 et 1919 de cette population. Il attribue les résultats inférieurs dans les autres régions et communautés inuites à des facteurs tels que la méfiance envers les soins de santé conventionnels, l'accès peu sûr aux soins et la désinformation provenant des médias sociaux.



^v L'Inuit Nunangat correspond aux territoires traditionnels des Inuits du Canada et comprend quatre régions : la région de l'Inuvialuit (la partie arctique des Territoires du Nord-Ouest), le Nunavut, le Nunavik (Nord du Québec) et le Nunatsiavut (Terre-Neuve et Labrador).

La grippe H1N1 de 2019

Il existe des lacunes dans les connaissances sur la couverture vaccinale de la grippe H1N1 concernant les populations autochtones, même si certaines études ont montré des taux de vaccination assez élevés chez les Autochtones du Manitoba. Lors d'une étude qualitative examinant la vaccination contre la grippe H1N1 dans quatre communautés du Manitoba, 56 % des Métis participants avaient reçu le vaccin²². En comparaison, les taux de vaccination officiels pour les Premières Nations et la population en général du Manitoba étaient de 60 % et de 37 % respectivement²³, alors que les taux vacillaient entre 32 % et 45 % pour la population générale des autres provinces et territoires²⁴. Xiao et Moghadas (2015)²⁵ ont constaté qu'au Manitoba, les personnes qui s'identifiaient comme membres des Premières Nations étaient trois fois plus susceptibles de recevoir le vaccin contre la grippe H1N1 que les non-membres, tandis que le fait de résider dans une réserve, selon les membres des Premières Nations, était associé à une probabilité de vaccination cinq fois plus élevée que le fait de résider hors-réserve. Le taux plus élevé de vaccination contre la grippe H1N1 parmi les membres des Premières Nations vivant dans les réserves peut être attribuable à des risques plus élevés de complications sévères de cette grippe, y compris l'hospitalisation²⁶ et la mort²⁷.

Grippe saisonnière

Les données sur les taux de vaccination contre la grippe saisonnière dans les populations autochtones ne sont pas recueillies systématiquement dans le cadre des processus nationaux de collectes de données. Il peut donc être difficile d'évaluer les tendances ainsi que l'efficacité des politiques et des initiatives en matière de vaccination. Les données de 2017 à 2018 de l'ESCC ont révélé une proportion similaire de personnes autochtones et non autochtones ayant déclaré avoir reçu un vaccin contre la grippe saisonnière (soit 55 % et 59 %, respectivement)²⁸. De même, les données de 2013 à 2014 ont indiqué que 68,1 % des répondants non autochtones ont déclaré ne pas avoir été vaccinés contre la grippe saisonnière, en comparaison aux répondants membres des Premières Nations (72,2 %), des Métis (70,9 %) et des Inuits (70,4 %)²⁹. Dans cette étude, les facteurs associés à la non-vaccination dans tous les groupes comprenaient le fait d'être jeune, d'avoir un niveau d'éducation inférieur et de ne pas avoir de médecin de famille, tandis que la perception d'avoir une excellente santé et la croyance que le vaccin n'était pas nécessaire étaient les motifs couramment invoqués pour expliquer la non-vaccination.

L'hésitation vaccinale

Les recherches suggèrent que la plupart des peuples autochtones ont une perception positive des vaccins, une bonne compréhension de leurs bienfaits et le sentiment qu'ils sont sûrs. La grande majorité des participants autochtones dans différentes enquêtes, y compris celles de l'ESCC, celle de l'ENCVE et d'autres sources, ont indiqué leur intention de se faire vacciner lors d'événements pandémiques et de veiller à ce que leurs enfants soient systématiquement vaccinés³⁰. Néanmoins, tout comme pour certains non-Autochtones, l'hésitation vaccinale a également été identifiée comme un facteur pouvant influencer la décision de certains membres des peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis de se faire vacciner.

Les données qui ont été recueillies par Statistique Canada (2021)³¹ à l'automne 2020 ont indiqué que 77,1 % des personnes non autochtones étaient très ou assez disposées à recevoir le vaccin contre la COVID-19, contre 71,9 % des personnes s'identifiant comme autochtones, 74,4 % des membres

des Premières Nations vivant hors-réserve, 67,8 % des Métis et 73,2 % des Inuits; toutefois, ces différences n'ont pas été retenues comme statistiquement significatives^{vi}. Gerretsen et coll. (2021)³² ont évalué l'hésitation vaccinale contre la COVID-19 dans les populations racialisées du Canada et des États-Unis en utilisant une plateforme d'enquête sur le Web. Ils ont trouvé une hésitation vaccinale significativement plus élevée dans les populations autochtones comparées aux populations blanches, même après le contrôle des facteurs démographiques. Alors que 67,4 % des répondants blancs indiquaient qu'ils allaient « très probablement » ou « certainement » recevoir le vaccin contre la COVID-19, seulement 43,7 % des répondants autochtones disaient la même chose. Chen et coll. (2023)³³ ont examiné l'hésitation vaccinale parentale et le refus vaccinal au Canada selon les données obtenues de l'ENCVE de 2017. Ils ont constaté que 24,6 % des parents autochtones avaient une forme d'hésitation vaccinale contre 19,7 % des parents non autochtones, mais que cette différence n'était pas

statistiquement significative. En revanche, un revenu familial plus faible et un nombre d'enfants plus élevé dans le ménage étaient des facteurs déterminants associés à l'hésitation vaccinale.

Les influences historiques et contemporaines peuvent contribuer à l'hésitation vaccinale chez les peuples autochtones. Les influences contemporaines peuvent comprendre, par exemple, le manque de connaissances sur les maladies et la prévention, les croyances religieuses, les préférences pour les pratiques traditionnelles de guérison et les traditions, les croyances sur la sévérité de la maladie et les risques personnels, et les fausses conceptions au sujet des vaccins concernant leur innocuité, leur efficacité, et la période nécessaire à leur conception³⁴. Les influences historiques peuvent aussi jouer un rôle dans l'hésitation vaccinale d'une petite partie des populations autochtones. Elles comprennent notamment les expériences médicales faites sur les peuples autochtones dans le passé et un manque de confiance envers les gouvernements ou les compagnies pharmaceutiques³⁵.



^{vi} L'échantillon pour les Inuits était très petit, donc la prudence est de mise dans l'interprétation de ces données.

Les obstacles à la vaccination

Un certain nombre d'obstacles à la vaccination ont été identifiés parmi les populations autochtones. Ils peuvent être classés en tant que facteurs systémiques, environnementaux ou institutionnels, sociaux et intrapersonnels. Les facteurs systémiques, environnementaux ou institutionnels comprennent :

- L'absence ou l'inefficacité de la communication sur l'importance de la vaccination et la sécurité des vaccins³⁶;
- Les facteurs historiques et coloniaux ayant longtemps contribué à une méfiance à l'égard des initiatives gouvernementales et des institutions de soins de santé conventionnelles³⁷;
- Les pratiques et les processus coloniaux enracinés, tels que les politiques « un enfant, un rendez-vous » et les services de vaccination qui ne sont pas inclusifs ou accessibles³⁸;
- Les ressources limitées et les lacunes en matière d'infrastructure et d'hébergement qui rendent difficile l'accessibilité, en particulier dans les petites localités et régions géographiques qui sont souvent éloignées et qui desservent majoritairement les populations autochtones³⁹;
- Le manque de capacité des communautés pour mener des campagnes de vaccination⁴⁰;
- Les campagnes de vaccination qui se présentent de manière condescendante, aliénante et stigmatisante⁴¹;
- Les obstacles liés à la technologie et à l'accès à Internet pour la prise de rendez-vous de vaccination ou pour obtenir des informations sur les vaccins⁴²;
- Les barrières linguistiques, l'absence de documents d'identification, les difficultés de déplacement telles que les problèmes de transport public, la durée du voyage, les dépenses supplémentaires dues à la perte de temps et à la garde des enfants⁴³;
- L'inquiétude due à la présence policière ou à celle de mesures de sécurité sur les sites de vaccination⁴⁴;
- Le fait de résider en milieu rural⁴⁵;
- Les défis logistiques liés au déploiement et à la disponibilité des vaccins tels que les différences d'admissibilité entre les unités de santé locales ou l'absence d'une production nationale de vaccins⁴⁶;
- Le coût des vaccins⁴⁷.

Les facteurs sociaux comprennent les forums sur les médias sociaux et les histoires qui circulent dans la communauté et qui présentent une désinformation, découragent la vaccination et alimentent des attitudes contre la vaccination dans la communauté⁴⁸. Ils comprennent également le découragement de la vaccination par des membres de la famille et des amis⁴⁹; la peur des enfants de se faire vacciner, les contraintes de temps et les maladies infantiles⁵⁰. En plus, le fait d'avoir un ménage comptant plusieurs enfants peut agir comme un obstacle au maintien du calendrier de vaccination des enfants⁵¹.

Il existe aussi plusieurs facteurs intrapersonnels qui peuvent empêcher d'avoir recours à la vaccination. Ils comprennent :

- Le manque de connaissances et la perception erronée sur les vaccins concernant leur efficacité, leur innocuité, et le fait qu'ils pourraient permettre d'éviter les maladies, de même que sur la nécessité de vacciner certaines populations⁵²;
- La faible perception personnelle du risque d'infection ou de la menace de sévères complications⁵³;
- La méfiance envers les vaccins, l'hésitation et les sentiments antivaccins⁵⁴;
- La stigmatisation potentielle liée à la maladie⁵⁵;
- Les expériences désagréables vécues au cours de processus de vaccination ou la peur des aiguilles⁵⁶;
- La perception que les autres options (p. ex. l'homéopathie, l'utilisation de la vitamine D, l'immunité naturelle) sont aussi efficaces que la vaccination⁵⁷;
- Les préférences pour les médecines traditionnelles plutôt que la médecine occidentale⁵⁸;
- Les préoccupations concernant les profits commerciaux⁵⁹.

Les conditions facilitantes de la vaccination

Les chercheurs ont également déterminé des conditions facilitantes de l'acceptation vaccinale dans les communautés autochtones, qui peuvent aussi être classées parmi des facteurs systémiques, environnementaux et institutionnels, de même que des facteurs sociaux et interpersonnels. Les facteurs systémiques, environnementaux et institutionnels comprennent :

- Une bonne communication basée sur des faits et des sources fiables concernant l'importance de la vaccination et l'innocuité des vaccins⁶⁰;
- Une priorité donnée aux populations autochtones⁶¹;
- Des activités de prévention entreprises par des organisations représentatives des populations autochtones⁶²;
- Des mesures de santé publique limitant les voyages sans vaccination^{vii 63};
- Des vaccins gratuits et des programmes de vaccination financés par les pouvoirs publics⁶⁴;
- L'utilisation de la même marque de vaccin lorsque plusieurs doses sont nécessaires⁶⁵;
- Un meilleur accès aux soutiens holistiques, tels que de l'assistance en matière de déplacement ou de garde d'enfants⁶⁶;
- La possibilité de recevoir au moins la première dose de vaccin dans sa communauté d'origine plutôt qu'ailleurs⁶⁷.

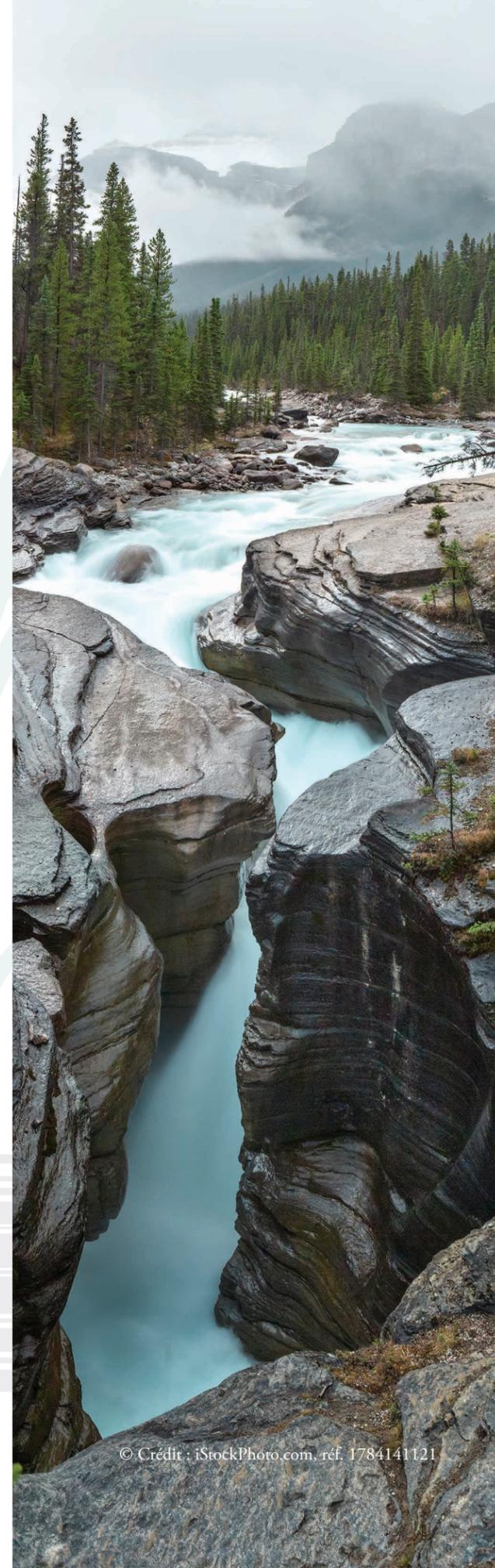
Les facteurs sociaux qui peuvent agir en tant que conditions facilitantes de l'acceptation des vaccins dans les communautés autochtones comprennent les forums sur les médias sociaux et les discours publics qui encouragent les gens à se faire vacciner⁶⁸. Ils comprennent également :

- Le soutien des membres de la famille, des amis et des environnements communautaires⁶⁹;
- Les recommandations ou les conseils d'un professionnel de la santé⁷⁰;
- L'exposition accrue à des personnes qui ont contracté des maladies évitables par la vaccination⁷¹;
- Les interactions positives avec des prestataires de soins de santé dans le cadre de l'accès aux renseignements sur les vaccins, de la vaccination et des soins de santé en général⁷²;
- La participation des thérapeutes et leur présence dans les cliniques de vaccination⁷³.

Il existe aussi plusieurs facteurs intrapersonnels qui peuvent favoriser le recours à la vaccination parmi les populations autochtones, notamment :

- L'altruisme – vouloir protéger les autres⁷⁴;
- La priorité personnelle de prévenir la maladie⁷⁵;
- Le comportement habituel et l'acceptation d'autres vaccins dans le passé⁷⁶;
- Les connaissances adéquates sur les vaccins et la confiance dans les systèmes de soins de santé⁷⁷;
- La perception personnelle élevée du risque⁷⁸;
- Les expériences personnelles antérieures de complications sévères de maladies évitables⁷⁹.

^{vii} Le fait de vouloir voyager peut être une motivation à se faire vacciner.



Conclusion

La marginalisation socio-économique est un facteur déterminant qui contribue aux iniquités en santé liées aux maladies infectieuses parmi les populations autochtones au Canada. Afin de remédier à ces iniquités en matière de santé, il faut porter une attention particulière pour améliorer l'intérêt de se faire vacciner des peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Cette fiche d'information met l'accent sur plusieurs domaines susceptibles de renforcer les bases d'un comportement d'acceptation vaccinale dans les contextes autochtones, notamment en comblant les lacunes en matière de connaissances concernant la prévention des maladies et l'efficacité et l'innocuité des vaccins, et en améliorant l'accessibilité aux sites de vaccinations ainsi que les relations patient-prestataire dans les soins de santé. L'information au sujet des maladies évitables par la vaccination et sur l'efficacité et l'innocuité des vaccins devrait circuler plus efficacement dans les communautés autochtones pour combler les lacunes en matière de connaissances et de désinformation, et favoriser un environnement propice à la vaccination au sein de la famille, des amis et de la communauté. L'accessibilité aux sites de vaccination peut être améliorée en élargissant et en diversifiant les sites et en améliorant leur disponibilité, en augmentant l'utilisation des services de vaccination mobiles « internes », en fournissant des moyens de transport aux personnes sans véhicule ou vivant dans des endroits isolés, et en veillant à ce que les sites de vaccination soient culturellement appropriés et qu'ils répondent aux besoins des clients⁸⁰. Il est également clair que pour certains Autochtones, le manque de confiance dans les institutions de soins de santé conventionnelles peut être un facteur d'hésitation face à la vaccination. Afin de remédier à cette méfiance, des efforts systémiques devront être faits pour promouvoir des processus de vaccination culturellement sûrs et veiller à ce que les prestataires de soins de santé soient capables de faire preuve d'humilité culturelle et de traiter les patients autochtones avec respect et attention.



Notes en fin de texte

- ¹ Health Canada. (2023). *Highlights from the 2021 childhood National Immunization Coverage Survey (cNICS)*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization-vaccines/vaccination-coverage/2021-highlights-childhood-national-immunization-coverage-survey.html#coverage>; and Indigenous Services Canada (ISC). (2019). *Vaccination coverage for First Nations communities*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1581604695274/1581604743344>
- ² Chen, R., Guay, M., Gilbert, N. L., Dubé, E., Witteman, H. O., & Hakim, H. (2023). Determinants of parental vaccine hesitancy in Canada: Results from the 2017 Childhood National Immunization Coverage Survey. *BMC Public Health*, 23, 2327; Lemstra, M., Neudorf, C., Opondo, J., Toye, J., Kurji, A., Kunst, A., & Tournier, C. (2007). Disparity in childhood immunizations. *Paediatrics & Child Health*, 12(10), 847-852; and Statistics Canada. (2023a). Childhood National Immunization Coverage Survey, 2021. *The Daily*, June 12. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/230612/dq230612b-eng.pdf?st=9L43tCvy>
- ³ ISC, 2019.
- ⁴ Health Canada, 2023.
- ⁵ Statistics Canada, 2023a.
- ⁶ Health Canada, 2023.
- ⁷ Statistics Canada. (2023b). Infographic 3: Change in vaccine coverage from 2017 to 2021 cycle for children aged 2 years, by province and territory. *Childhood National Immunization Coverage Survey, 2021*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230612/g-b003-eng.htm>
- ⁸ Health Canada, 2023.
- ⁹ Statistics Canada, 2023a.
- ¹⁰ Humble, R. M., Dubé, E., Olson, J., Scott, S. D., & MacDonald, S. E. (2023). Routine childhood vaccination among ethnocultural groups in Canada during the COVID-19 pandemic: A national cross-sectional study. *Preventive Medicine Reports*, 36, 102435.
- ¹¹ Health Canada, 2023.
- ¹² Ayers, C. K., Kondo, K. K., Williams, B. E., Kansagara, D., Advani, S. M., Smith, M., Young, S., & Saha, S. (2021). Disparities in H1N1 vaccination rates: A systematic review and evidence synthesis to inform COVID-19 vaccination efforts. *Journal of General Internal Medicine*, 36, 1734-1745; Driedger, S. M., Maier, R., Furgal, C., & Jardin, C. (2015). Factors influencing H1N1 vaccine behavior among Manitoba Metis in Canada: A qualitative study. *BMC Public Health*, 15, 128.
- ¹³ Health Canada (2024). *COVID-19 vaccination coverage by ethnicity: Insight from the Canadian Community Health Survey (CCHS): June 2021 to February 2022*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization-vaccines/vaccination-coverage/covid-19-vaccination-coverage-ethnicity-insight-canadian-community-health-survey.html#a4>
- ¹⁴ Guay, M., Maquiling, A., Chen, R., Lavergne, V., Baysac, D.-J., Dubé, E., MacDonald, S. E., Driedger, S. M., & Gilbert, N. L. (2023). Racial disparities in COVID-19 vaccination in Canada: Results from the cross-sectional Canadian Community Health Survey. *CMAJ Open*, 11(6), E1075-E1083.
- ¹⁵ Guay et al., 2023.
- ¹⁶ Guay, M., Maquiling, A., Chen, R., Lavergne, V., Baysac, D.-J., Racine, A., Dubé, E., MacDonald, S. E., & Gilbert, N. L. (2022). Measuring inequalities in COVID-19 vaccination uptake and intent: Results from the Canadian Community Health Survey 2021. *BMC Public Health*, 22, 1708.
- ¹⁷ Nickel, N. C., Philips-Beck, W., Enns, J. E., Ekuma, O., Taylor, C., Fileatreault, S., Eze, N., Star, L., Lavoie, J., Katz, A., Brownell, M., Mahar, A., Urquia, M., Chateau, D., Lix, L., Chartier, M., Brownell, E., Tso Deh, M., Durksen, A., & Romansescu, R. (2024). COVID-19 diagnostic testing and vaccinations among First Nations in Manitoba. *PLoS Medicine*, 21(2), e1004348.
- ¹⁸ Chief Provincial Public Health Officer. (2023). *Health communities: A role for everyone – 2022 health status of Manitobans report*. Government of Manitoba. <https://www.gov.mb.ca/health/cppho/docs/health-status-2022.pdf>
- ¹⁹ Smylie, J., McConkey, S., Rachlis, B., Avery, L., Mecredy, G., Brar, R., Bourgeois, C., Dokis, B., Vandevenne, S., & Rotondi, M. A. (2022). Uncovering SARS-COV-2 vaccine uptake and COVID-19 impacts among First Nations, Inuit and Métis Peoples living in Toronto and London, Ontario. *Canadian Medical Association Journal*, 194(29), E1018-E1026.
- ²⁰ Chief Provincial Public Health Officer, 2023.
- ²¹ Budgell, R. (2021). Inuit have not had consistent experiences in the COVID-19 pandemic; let's look at why. *CBC Opinion, CBC News*, August 29. <https://www.cbc.ca/news/canada/newfoundland-labrador/opinion-budgell-covid-inuit-1.6152403>
- ²² Driedger et al., 2015.
- ²³ Government of Manitoba. (2010). *H1N1 flu in Manitoba: Manitoba's response – lessons learned*. <https://www.gov.mb.ca/health/documents/h1n1.pdf>
- ²⁴ Boerner, F., Keelan, J., Winton, L., Jardine, C., & Driedger, S. M. (2013). Understanding the interplay of factors informing vaccination behavior in three Canadian provinces. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9(7), 1477-1484.
- ²⁵ Xiao, Y., & Moghadas, S. M. (2015). The impact of ethnicity and geographical location of residence on the 2009 influenza H1N1 pandemic vaccination. *Epidemiology of Infections*, 143, 757-765.
- ²⁶ Green, M.E., Wong, S.T., Lavoie, J.G., Kwong, J., MacWilliam, L., Peterson, S., Liu, G., & Katz, A. (2013). Admission to hospital for pneumonia and influenza attributable to 2009 pandemic A/H1N1 influenza in First Nations communities in three provinces of Canada; *BMC Public Health*, 13, 1029; Zarychanski, R., Stuart, T.L., Kumar, A., Doucette, S., Elliott, L., Kettner, J., & Plummer, F. (2010). Correlates of severe disease in patients with 2009 pandemic influenza (H1N1) virus infection. *Canadian Medical Association Journal*, 182(3), 257-26.
- ²⁷ Boggild, A.K., Yuan, L., Low, D.E., & McGeer, A.J. (2011). The impact of influenza on the Canadian First Nations. *Canadian Journal of Public Health*, 102(5), 345-48.
- ²⁸ As cited in Coburn, V. (2021). Contrary to sensational reporting, Indigenous people aren't scared of a COVID-19 vaccine. *The Conversation*, March 14.
- ²⁹ Roy, M., Sherrard, L., Dubé, E., & Gilbert, N. L. (2018). Determinants of non-vaccination against seasonal influenza. *Health Reports*, 29(10), 12-22.
- ³⁰ Chen et al., 2023; Coburn, 2021; Guay et al., 2022; Humble et al., 2023; MacDonald, S. E., Graham, B., Paragg, J., Foster-Boucher, C., Waters, N., Shea-Budgell, M., McNeil, D., et al. (2022). One child, one appointment: How institutional discourses organize the work of parents and nurses in the provision of childhood vaccination for First Nations children. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 18(5), 2048558; Manca, T., Humble, R. M., Aylsworth, L., Cha, E., Wilson, S. E., Meyer, S. B., Greyson, D. et al. (2022). "We need to protect each other": COVID-19 vaccination intentions and concerns among racialized minority and Indigenous Peoples in Canada. *Social Science & Medicine*, 313, 115400; and Tarrant, M., & Gregory, D. (2003). Exploring childhood immunization uptake with First Nations mothers in north-western Ontario, Canada. *Journal of Advanced Nursing*, 41(1), 63-72.
- ³¹ Statistics Canada. (2021). COVID-19 vaccine willingness among Canadian population groups. *StatCan COVID-19: Data to Insights for a Better Canada*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/45-28-0001/2021001/article/00011-eng.pdf?st=og17NmYZ>
- ³² Gerretsen, P., Kim, J., Quilty, L., Wells, S., Brown, E. E., Agic, B., Pollock, B. G., & Graff-Guerrero, A. (2021). Vaccine hesitancy is a barrier to achieving equitable herd immunity among racial minorities. *Frontiers in Medicine*, 8, 668299.
- ³³ Chen et al., 2023.
- ³⁴ Manca et al., 2022; and Sullivan, P., Starr, V., Dubois, E., Starr, A., Bosco Acharibasam, J., & McIllduff, C. (2023). Where past meets present: Indigenous vaccine hesitancy in Saskatchewan. *Medical Humanities*, 49, 321-331.
- ³⁵ Fleming, T., Valleriani, J., Ng, C., Maher, L., Small, W., & McNeil, R. (2020). Acceptability of a hypothetical preventative HIV vaccine among people who use drugs in Vancouver, Canada. *BMC Public Health*, 20, 1081; and Sullivan et al., 2023.
- ³⁶ Driedger et al., 2015.



³⁷ Driedger et al., 2015; Fleming et al., 2020; Newman, P. A., Woodford, M. R., & Logie, C. (2011). HIV vaccine acceptability and culturally appropriate dissemination among sexually diverse Aboriginal Peoples in Canada. *Global Public Health*, 7(1), 87-100; Poirier, B., Sethi, S., Garvey, G., Hedges, J., Canfell, K., Smith, M., Ju, X., & Jamieson, L. (2021). HPV vaccine: Uptake and understanding among global Indigenous communities – a qualitative systematic review. *BMC Public Health*, 21, 2062; and Simms, A. J., King, K. D., Tsui, N., Edwards, S. A., Mecredy, G., & the Métis Nation of Ontario. (2023). COVID-19 vaccine behaviour among citizens of the Métis Nation of Ontario: A qualitative study. *Vaccine*, 41(38), 5640-5647.

³⁸ MacDonald et al., 2022.

³⁹ Aylsworth, L., Manca, T., Dubé, È., Labbé, F., Driedger, S. M., Benzies, K., MacDonald, N. et al. (2022). A qualitative investigation of facilitators and barriers to accessing COVID-19 vaccines among racialized and Indigenous Peoples in Canada. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 18(6), 2129827; and Ilesanmi, M. M., Abonyi, S., Pahwa, P., Gerdtts, V., Scwandt, M., & Neudorf, C. (2022). Trends, barriers and enablers to measles immunization coverage in Saskatchewan, Canada: A mixed methods study. *PLoS One*, 17(11), e0277876.

⁴⁰ Indigenous Services Canada. (2021). *Lessons learned: Vaccine roll-out for Indigenous communities*. Government of Canada. https://www.afn.ca/wp-content/uploads/2021/10/Dr.-Valerie-Gideon-Presentation_EN.pdf

⁴¹ Corston, C., Vang, Z. M., Gold, I., Goldenberg, M. J., Juarez, F. P.-G., Weinstock, D., Smith, M. J. et al. (2023). Understanding COVID-19 vaccine hesitancy in Canada. *Vaccine*, 41(48), 7274-7280.

⁴² Aylsworth et al., 2022; and Simms et al., 2023.

⁴³ Aylsworth et al., 2022.

⁴⁴ Aylsworth et al., 2022.

⁴⁵ MacDonald, S. E., Bell, C. A., & Simmonds, K. A. (2016). Coverage and determinants of uptake for privately funded rotavirus vaccine in a Canadian birth cohort, 2008-2013. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 35(6), e177-e179; and Rafferty, E., Guo, X., McDonald, B., Svenson, L. W., & MacDonald, S. E. (2018). Measurement of coverage, compliance and determinants of uptake in a publicly funded rotavirus vaccination program: A retrospective cohort study. *BMJ Open*, 9, e031718.

⁴⁶ Simms et al., 2023; and Indigenous Services Canada, 2021.

⁴⁷ Fleming et al., 2020; and Newman et al., 2011.

⁴⁸ Driedger et al., 2015; Fleming et al., 2020; and Tarrant & Gregory, 2003.

⁴⁹ Driedger et al., 2015.

⁵⁰ Tarrant & Gregory, 2003.

⁵¹ MacDonald et al., 2016; and Rafferty et al., 2018.

⁵² Driedger et al., 2015; Gerretsen et al., 2021; Poirier et al., 2021; Stratoberdha, D., Gobis, B., Ziemczonek, A., Yuen, J., Giang, A., & Zed, P. J. (2022). Barriers to adult vaccination in Canada: A qualitative systematic review. *CPJ*, 155(4), 206-219; and Tarrant & Gregory, 2003.

⁵³ Simms et al., 2023.

⁵⁴ Corston et al., 2023; Fleming et al., 2020; Ilesanmi et al., 2022; Newman et al., 2011; Poirier et al., 2021; and Stratoberdha et al., 2022.

⁵⁵ Fleming et al., 2020; Newman et al., 2011; Poirier et al., 2021; and Stratoberdha et al., 2022.

⁵⁶ Simms et al., 2023; Stratoberdha et al., 2022; and Tarrant & Gregory, 2003.

⁵⁷ Gerretsen et al., 2021; Simms et al., 2023.

⁵⁸ Newman et al., 2011.

⁵⁹ Gerretsen et al., 2021.

⁶⁰ Driedger et al., 2015; and Simms et al., 2023.

⁶¹ Simms et al., 2023.

⁶² Simms et al., 2023.

⁶³ Simms et al., 2023.

⁶⁴ Rafferty et al., 2018.

⁶⁵ Indigenous Services Canada. (2021).

⁶⁶ Indigenous Services Canada. (2021).

⁶⁷ MacDonald, S. E., Graham, B., King, K. D., Huang, L., Svenson, L. W., & Nelson, G. (2023). Improved vaccine coverage for First Nations children receiving first dose on-reserve: A retrospective cohort study in western Canada. *BMJ Global Health*, 8(12), e013261.

⁶⁸ Driedger et al., 2015; and Simms et al., 2023.

⁶⁹ Driedger et al., 2015; Poirier et al., 2021; and Simms et al., 2023.

⁷⁰ Driedger et al., 2015; and Poirier et al., 2021.

⁷¹ Tarrant & Gregory, 2003.

⁷² Fleming et al., 2020; Simms et al., 2023; and Tarrant & Gregory, 2003.

⁷³ Simms et al., 2023.

⁷⁴ Simms et al., 2023.

⁷⁵ Poirier et al., 2021.

⁷⁶ Simms et al., 2023.

⁷⁷ Poirier et al., 2021; and Simms et al., 2023.

⁷⁸ Driedger et al., 2015; and Simms et al., 2023.

⁷⁹ Poirier et al., 2021.

⁸⁰ Aylsworth et al., 2022.

