Santé Canada Health Canada

# Mise à jour : maladies évitables par la vaccination

Volume 6 Numéro 3 Juillet 1998

## Table des matières

25 *Épidémiologie de la rougeole au Canada, 1998*

26 *Déménagement du Laboratoire des exanthèmes viraux*

27 *Conférence canadienne de concertation sur un Système national de dossiers de vaccination*

28 *Documentation sur l'innocuité des vaccins à l'intention des vaccinateurs et du public*

31 *La recherche à l'avant-scène*

33 *Tableau récapitulatif des maladies évitables par la vaccination*

34 *Annonce*

*Actualités*

# Épidémiologie de la rougeole au Canada, 1998

*M Litt, Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, Ottawa*

En octobre 1997, le Groupe de travail sur l'éradication de la rougeole au Canada (GTERC) a demandé au Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) de modifier le Système hebdomadaire de surveillance améliorée de la rougeole de façon que les intéressés puissent transmettre les rapports de cas par courrier électronique. Le système électronique amélioré a obtenu en moyenne, depuis son instauration en février 1998, un taux d'utilisation hebdomadaire variant entre 76 % et 81 %.

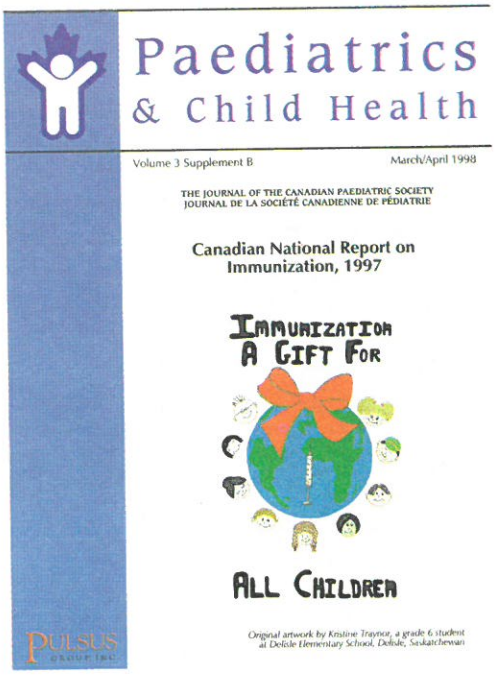
Au total, huit cas confirmés de rougeole ont été signalés au LLCM au moyen du système électronique pendant la période du 1er janvier au 1er juin 1998. Les cas se sont présentés sporadiquement et étaient répartis dans l'ensemble du Canada. L'Ontario a déclaré trois cas, la Colombie-Britannique deux, et l'Alberta, la Saskatchewan et le Québec, un chacun. L'âge moyen de ces cas est de 6 ans (étendue : 9 mois à 16 ans) (tableau 1). Un cas a été hospitalisé pendant 3 jours.

**Tableau 1**

**Répartition des cas de rougeole au Canada selon l'âge* et le sexe Du 1er janvier au 1er juin 1998**

| Âge *(arrondi au nombre le plus élevé)* | Garçons | Filles |
|---|---|---|
| 9 mois | 1 | |
| 11 mois | 1 | |
| 1 ans | 1 | |
| 3 ans | | 1 |
| 6 ans | 1 | |
| 10 ans | 1 | |
| 12 ans | | 1 |
| 16 ans | 1 | |

* NOTA : calculé à compter de la date de survenue de la maladie




*Vous pouvez obtenir des exemplaires du Rapport national sur l'immunisation au Canada, 1997, tel que démontré ci-dessus, publié dans le numéro mars/avril 1998 de Paediatrics & Child Health, (Vol 3, Suppl B), en vous adressant à la Division de l'immunisation du LLCM, Tél. : (613) 957-1340, Téléc. : (613) 946-3878.*



Canada

Aucune éclosion n'a été associée à ces cas, et deux des huit cas ont été classés comme des cas importés[a].

Six des huit cas ont été confirmés en laboratoire et deux étaient des cas cliniques. Trois des six isolats confirmés en laboratoire ont été transmis au LLCM et ont fait l'objet d'une sérologie IgM (immunocapture). On n'a pas obtenu d'échantillon d'urine ni de prélèvement de gorge et du rhinopharynx par écouvillonnage à des fins d'analyse moléculaire en dépit des recommandations suivantes du GTERC : « L'isolement du virus devrait être tenté pour tous les cas sporadiques de rougeole et pour les premiers cas d'une épidémie.»[(1)].

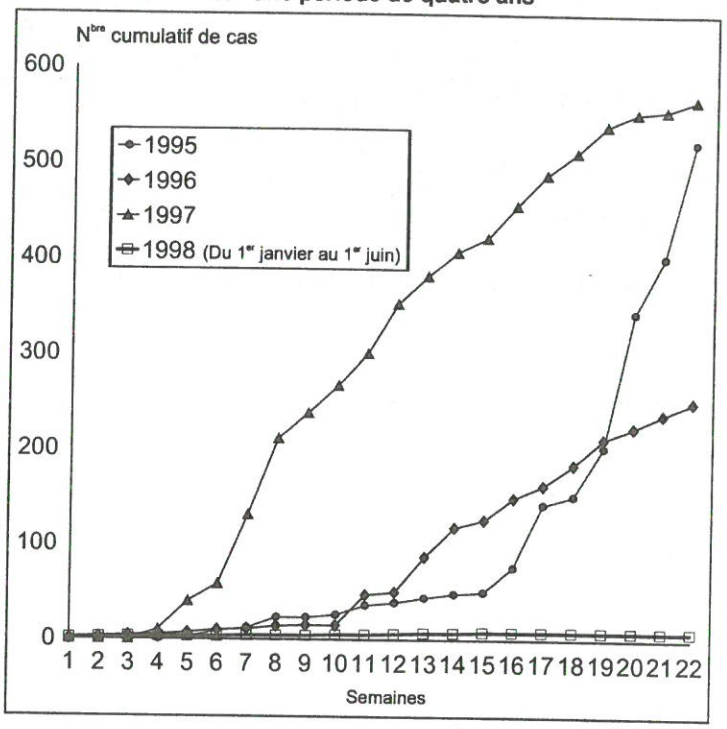
Trois des huit cas confirmés[b] ont reçu la première dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (vaccin RRO) à l'âge de ≥ 12 mois et un a reçu la première dose à 8 mois alors qu'il vivait dans un pays en développement. Trois cas avaient ≤ 1 an au moment de l'apparition de l'éruption et n'avaient donc pas reçu leur premier vaccin RRO; un cas (âgé de 3 ans) a été classé comme n'ayant pas été vacciné à cause d'une allergie aux oeufs. Le carnet vaccinal d'un seul des huit cas montrait que celui-ci avait reçu une deuxième dose du vaccin RRO. On attend d'autres détails sur ce cas.

Il est évident que le nombre de cas déclarés pendant la période du 1er janvier au 1er juin a connu une baisse majeure en 1998 par rapport aux années précédentes (figure 2). Il reste à voir si la tendance à la baisse se maintiendra pendant le reste de l'année. Neuf des 12 provinces et territoires ont lancé des campagnes de vaccination de rattrapage et sept seulement d'entre eux les ont terminées; il reste cependant des cohortes importantes d'enfants réceptifs dans certaines régions du pays.

[a] Un cas importé se définit comme un cas «qui est venu d'un autre pays de 7 à 21 jours avant l'apparition de l'éruption et qui n'a pas été exposé à la rougeole à l'échelle locale». Adapté du procès-verbal de la réunion d'octobre 1996 du Groupe de travail sur l'éradication de la rougeole au Canada.

[b] Les cas cliniques de rougeole sont définis de la façon suivante : fièvre de > 38,3 °C, toux, coryza ou conjonctivite, puis, éruption maculopapuleuse généralisée durant au moins 3 jours.

**Figure 1**
**Comparaison des totaux cumulatifs des cas de rougeole sur une période de quatre ans**




## Référence


1. Groupe de travail sur l'éradication de la rougeole au Canada, Sous-groupe de questions touchant les laboratoires. *Surveillance de la rougeole : lignes directrices pour le soutien des laboratoires.* RMTC 1998;24;33-44.


# Déménagement du Laboratoire des exanthèmes viraux

Le Laboratoire des exanthèmes viraux du Bureau de microbiologie, LLCM, a déménagé dans ses nouveaux locaux à Winnipeg. Michael Garbutt et Michael Gray sont les deux nouveaux membres du personnel technique du laboratoire. Le Laboratoire des exanthèmes viraux effectue 6 tests sérologiques et dignostics moléculaires pour la rougeole, la rubéole et l'infection par le virus de l'herpès. Pour obtenir de l'information, veuillez communiquer avec :


Dr Graham Tipples
Chef, Exanthèmes viraux
Courriel : graham_tipples@hc-sc.gc.ca
Tél. : (204) 789-6080 (bureau)
(204) 789-6085 (labo)
FAX : (204) 789-5009

Laboratoires fédéraux (Santé Canada)
Pièce H5790
1015 Arlington Street
Winnipeg (Manitoba)
R3E 3R2
Canada

# Conférence canadienne de concertation sur un Système national de dossiers de vaccination

*D'après le rapport préparé par le Dr R Schabas, président de la Conférence canadienne de concertation, Schabas Associates Inc., Toronto*

La Conférence canadienne de concertation sur un Système national de dossiers de vaccination s'est tenue à Ottawa, les 2 et 3 mars 1998, sous l'égide de Santé Canada. Son objectif était de donner suite aux recommandations de la Conférence nationale sur l'immunisation de 1996, qui avait conclu que «le Canada a un urgent besoin d'un système de suivi de l'immunisation». Soixante participants ont assisté à la conférence, représentant les principaux groupes d'intéressés, y compris les consommateurs, les fournisseurs de soins de santé, les experts en protection des renseignements personnels et les représentants officiels des organismes de santé fédéraux, provinciaux et locaux.

L'objectif du Registre national de l'immunisation sera de faciliter la gestion des données et la lutte contre les maladies pouvant être prévenues par la vaccination au Canada en assurant l'accès à l'information et aux connaissances nécessaires pour réaliser la meilleure couverture vaccinale possible pour les Canadiens et les Canadiennes. Les intervenants en sont arrivés rapidement à un consensus clair sur l'utilité et la faisabilité d'un tel système.

## Composition du registre

Les participants ont déterminé qu'un registre national de l'immunisation efficace devrait comporter les éléments suivants :

- Une participation universelle, c'est-à-dire l'inscription de l'ensemble de la population cible et de tous les fournisseurs de vaccination. Tous les enfants du Canada devraient être inscrits dans les registres de l'immunisation. En guise d'exigence minimale de départ, tous les enfants à partir de la naissance jusqu'à l'âge de 7 ans devraient y être inscrits. À court terme, on devrait y inscrire tous les enfants d'âge scolaire. Ces registres devraient avoir la capacité d'inclure d'autres populations cibles telles que les voyageurs, les personnes admissibles à une vaccination antigrippale et antipneumococcique et les résidents d'établissements de soins de longue durée. Les renseignements devraient y être gardés à vie.
- L'inscription de tous les vaccins reçus, avec la possibilité d'accès aux données concernant les effets indésirables de la vaccination et l'incidence des maladies pouvant être prévenues par la vaccination.
- L'inclusion des registres provinciaux/territoriaux, avec un soutien central fourni par le gouvernement fédéral. La gestion des registres devrait se faire à l'échelle locale, où les données devraient être saisies et où il devrait exister une possibilité d'établir des rapports. Tous les registres devraient obéir à des normes communes pour ce qui est des caractéristiques techniques et du format des données, y compris les justificatifs de la vaccination.
- Les éléments communs à tous les registres canadiens (c.-à-d. uniformes à l'intérieur des registres provinciaux/territoriaux et entre les systèmes provinciaux/territoriaux).
- La capacité d'interagir avec d'autres systèmes d'information sur la santé, y compris ceux traitant de la surveillance des maladies et des effets indésirables des vaccins.
- La capacité d'inscrire les participants directement à partir du registre des naissances, des registres provinciaux/territoriaux d'assurance-maladie, des registres des garderies et des écoles et des registres d'immigration.

## Conception des registres

Pour un fonctionnement optimal, le système devrait être conforme aux exigences suivantes :

- Les registres devraient être établis à l'échelon provincial ou territorial.
- Les registres provinciaux/territoriaux devraient se conformer à des normes techniques et contenir des données clairement définies à l'échelle nationale.
- Santé Canada devrait promouvoir l'élaboration de normes nationales, jouer le rôle de centre d'échange d'information à l'échelle nationale et fournir des fonds de développement.
- Les registres devraient être solidement enracinés dans la législation relative à la santé publique et à la protection de la vie privée. Cette législation devrait rendre la participation obligatoire.
- Les questions ayant trait à la protection de la vie privée devraient être examinées à tous les stades de l'élaboration et de la mise en œuvre.
- Les registres devraient avoir une structure flexible et, en particulier, pouvoir recevoir des données provenant de sources multiples.
- Le soutien des vaccinateurs est essentiel, surtout dans les provinces où le système de vaccination est privé ou mixte, et devrait être basé sur des incitatifs à la participation.
- Les registres devraient être pourvus de fonctions de rapport qui permettent d'assurer l'efficacité du système de vaccination avec une couverture maximale de la population.

## Prochaines étapes

À la clôture de la conférence, trois recommandations à mettre en œuvre immédiatement ont été formulées : 1) que soit créé un groupe de travail national sur les registres de l'immunisation, 2) que chaque province et territoire mette sur pied un groupe de travail sur les registres de l'immunisation, et 3) que Santé Canada offre aux provinces et aux territoires un soutien concret pour le développement des registres à condition qu'ils acceptent de se conformer à des normes nationales pour l'aspect technique et le format des données.

En 1998, Santé Canada mettra sur pied un *Groupe de travail national sur les registres de l'immunisation* afin de donner suite aux projets mis de l'avant à la conférence de concertation. Une des priorités immédiates du groupe de travail national sera de déterminer les normes nationales pour l'aspect technique et le format des données et de créer une fonction d'échange d'information à l'échelle nationale.

Le groupe de travail sera composé de représentants des provinces et des territoires, des groupes de fournisseurs, des consommateurs, des organismes de protection de la vie privée, des intérêts privés et des groupes consultatifs sur la vaccination (p. ex., Comité consultatif national de l'immunisation). Des renseignements sur l'évolution du Système national de dossiers de vaccination seront publiés dans les prochaines parutions de la *Mise à jour*.

Les personnes désirant participer au développement du Système national de dossiers de vaccination sont priées de communiquer avec Margaret Litt, A/Chef, Bureau des maladies infectieuses, Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, Santé Canada, tél. : (613) 954-1612 (courriel : margaret_litt@hc-sc.gc.ca). On peut se procurer le procès-verbal de la conférence en appelant à ce même numéro.

*Notes sur l'innocuité des vaccins*

# Documentation sur l'innocuité des vaccins à l'intention des vaccinateurs et du public

*Robert Pless, Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, Ottawa*

L'objet de la présente chronique sur l'innocuité des vaccins est de proposer des documents de référence et des sources d'information pour répondre aux préoccupations concernant l'innocuité des vaccins et d'offrir une approche pour l'enseignement des techniques d'évaluation rationnelle de l'information diffusée sur Internet.

Il est possible d'obtenir de l'information sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins auprès d'un grand nombre de sources différentes. Les personnes qui lisent régulièrement *Mise à jour*, et en particulier celles qui travaillent dans les domaines de la santé publique et de l'immunisation, connaîtront déjà bon nombre de ces sources, notamment le Guide canadien d'immunisation, les lignes directrices provinciales et territoriales en matière d'immunisation ainsi que toute une gamme de feuillets et de brochures d'information. Les patients et les parents des enfants qui reçoivent des vaccins ainsi que le grand public ont généralement un accès limité à de l'information complète sur l'immunisation. Très souvent, ils ne reçoivent que des brochures contenant de l'information sommaire au moment de la vaccination ou pendant la période périnatale. Mais aujourd'hui, de plus en plus de «consommateurs de soins de santé avertis» cherchent à obtenir de l'information plus complète. À une époque, la vaccination était considérée comme un miracle de la médecine et n'était pas remise en question; mais le succès a amené la complaisance. Le temps est donc venu de réaffirmer ses avantages par rapport aux risques possibles.

Comme la nature a horreur du vide, les détracteurs de la vaccination se sont empressés de combler ce manque d'information par du matériel qui est souvent indûment critique sinon franchement hostile à cette intervention de santé publique pourtant vitale. Parmi ce matériel, on trouve non seulement plusieurs livres vendus dans toutes les librairies locales, mais encore une véritable explosion de sites Internet qui dénoncent la vaccination. En présentant des informations qui sont tantôt fallacieuses, tantôt inexactes et même carrément fausses, on invite le lecteur non pas à refuser la vaccination (car cela pourrait exposer les auteurs de ces sites à des poursuites) mais à «prendre ses propres décisions» à la lumière des «faits indéniables» qui lui sont présentés. La facilité avec laquelle on peut consulter ces documents les rend largement accessibles aux patients ou aux parents, qui de plus en plus souvent se présentent à une séance de vaccination armés d'imprimés ou de questions suscitées par leurs lectures. Parallèlement, leurs demandes de conseils et d'informations pour contrer les allégations présentées sur les sites Web ou dans les livres des opposants à la vaccination sont accueillies avec un silence ou encore avec les brochures habituelles que certains patients ou parents jugent inadéquats.

La quantité d'information disponible sur l'innocuité des vaccins est largement éclipsée par le volume d'information diffusée par les détracteurs de la vaccination. Plusieurs pays ainsi que l'Organisation mondiale de la Santé ont enfin décidé de répondre à ce besoin d'information sur l'innocuité des vaccins : aussi, de plus en plus de nouvelles ressources sont produites et celles qui existaient sont revues et améliorées. En outre, on peut trouver de plus en plus de documents valables sur Internet. Nous invitons donc nos lecteurs à nous faire part des références additionnelles et des sites Internet qu'ils souhaitent partager. Une fois que ce nouveau matériel aura été reçu et évalué, il sera communiqué dans les livraisons futures de *Mise à jour*.

## Références

Références de base à l'intention des vaccinateurs

*Effets secondaires*

1. Stratton KR, Howe CJ, Johnston RB, éds. *Adverse events associated with childhood vaccines: Evidence bearing on causality*. Washington DC, National Academy Press, 1994.

2. Stratton KR, Howe CJ, Johnston RB, éds. *Adverse effects of pertussis and rubella vaccines*. Washington, DC, National Academy Press, 1991.

3. CDC. *Update: Vaccine side effects, adverse reactions, contraindications, and precautions: recommendation of the Immunization Practices Advisory Committee*. MMWR 1996; 45(RR-12).

Ensemble, ces références constituent une revue exhaustive et un survol de la relation de causalité entre des incidents graves et l'immunisation. Un comité d'experts constitué par l'*Institute of Medicine* a passé en revue la littérature disponible et présenté des conclusions fondées sur la fermeté des preuves. Le matériel de base est contenu dans les deux ouvrages (n$^{os}$ 1 et 2) alors que certaines mises à jour sont présentées dans l'article du *Morbidity and Mortality Weekly Report* (n° 3). **Fait intéressant, ces trois références peuvent être consultées sur Internet.** Tous les numéros du MMWR sont accessibles sur le site Internet des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) décrit ci-dessous. Il est également possible de lire les deux ouvrages (n° 2 maintenant et n° 1 prévu prochainement) sur le site de la National Academy Press à: **www.nap.edu** dans la Salle de lecture (Reading Room) (il suffit de choisir l'option «search» pour trouver les titres).

*Guides se rapportant à l'immunisation et aux maladies pouvant être prévenues par la vaccination*

4. Comité consultatif national de l'immunisation. *Guide canadien d'immunisation.* 5$^{e}$ édition (parution prochaine), Ottawa (Ontario) : Ministre des Approvisionnements et Services du Canada, 1998.

Heureusement, la dernière édition du *Guide canadien d'immunisation* sera bientôt accessible sur Internet au site Web du LLCM et, par conséquent, il sera possible d'y accéder directement par le site Internet de la Division de l'immunisation dont l'adresse figure ci-dessous. Plusieurs provinces et territoires publient leurs propres guides d'immunisation à l'intention de leurs cliniques de santé publique ou de leurs vaccinateurs. Nous encourageons les lecteurs à se renseigner auprès de leur bureau de santé local au sujet de la disponibilité d'un tel guide dans leur province ou territoire.

*Informations générales sur les vaccins et monographies*

5. Gillis MC, éd. *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*. Ottawa (Ontario) : Association pharmaceutique canadienne, 1998.

6. Grabenstein JD, éd. *ImmunoFacts: Vaccines and immunologic drugs*. St. Louis, MO : Facts and Comparisons, 1998.

7. Plotkin S, Mortimer E. éds. *Vaccines*. Philadelphia, PA : W.B. Saunders Co., 1994.

Les deux premières références contiennent des monographies de produits. Le « CPS » bleu (n°5) est sans doute connu comme document de référence sur les médicaments, mais il ne s'agit pas d'une référence complète sur tous les vaccins autorisés au Canada. *ImmunoFacts* (n° 6) est une reliure à trois anneaux renfermant des monographies standardisées des vaccins, mises à jour régulièrement, qui comprend «tous les médicaments homologués dont l'action est entièrement ou largement immunogène» (p. ix.). Dans la plupart des cas, les auteurs ont fondé leur choix sur les produits canadiens et américains, mais ont également inclus certains produits internationaux. Le traité de Plotkin et Mortimer (n° 7) est un ouvrage très connu et très respecté sur les vaccins. S'il est vrai que les renseignements sur l'innocuité ne sont pas aussi complets que ceux des autres sources présentées ici, il reste qu'il s'agit d'un excellent ouvrage sur les vaccins et la vaccination. Une nouvelle édition est en cours de préparation.

*Livres à l'intention des parents*

8. Société canadienne de pédiatrie. *Faire vacciner son enfant, c'est important*. Société canadienne de pédiatrie, 1997

9. Offit PA, Bell LM, éds. *What every parent should know about vaccines*. Macmillan : New York, 1998.

Ces deux petits livres s'adressent aux parents qui souhaitent avoir accès à un document plus complet et approfondi que toutes les brochures disponibles. Le premier (n° 9) est plus technique et certains parents le trouveront peut-être difficile à «digérer». L'ouvrage d'Offit et Bell, bien qu'il soit beaucoup plus facile à comprendre et plus facile à se procurer en librairie, a été écrit pour un public américain et, par conséquent, certaines des données et informations sur les vaccins pourraient ne pas être pertinentes ici. Il est possible de commander l'ouvrage de la Société canadienne de pédiatrie sur le site Internet , à l'adresse **www.cps.ca** ou en téléphonant au (613) 526-9397, poste 245. On trouvera également la table des matières et une description du livre sur le site Web.

*Ressources Internet*

10. **Division de l'immunisation**, Laboratoire de lutte contre la maladie - Canada
**Page d'accueil** : **www.hc-sc.ca/hpb/lcdc/bid/di**

    Les liens vers les sites énumérés ici ainsi que vers de nouveaux sites seront ajoutés à la section «Innocuité des vaccins». Il y a également un lien vers le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC) dans lequel sont publiées toutes les déclarations courantes du Comité consultatif national de l'immunisation - déclarations qui tiennent lieu de mises à jour du Guide canadien d'immunisation entre les éditions.

11. **National Immunization Program**, *Centers for Disease Control and Prevention* - États-Unis
**Page d'accueil** : **www.cdc.gov/nip**

    Il s'agit du point de départ pour obtenir de l'information sur les vaccins des CDC. On y ajoute constamment des documents à l'intention du public et des fournisseurs de soins de santé. Ce site contient également un lien vers la page d'accueil des CDC, où l'on trouvera le lien vers le MMWR. Cette publication contient les déclarations du *Advisory Committee on Immunization Practices*, le pendant américain de notre Comité consultatif national de l'immunisation.

12. **Immunization Action Coalition**
**Page d'accueil** : **www.immunize.org**

    Il s'agit d'une organisation sans but lucratif qui est vouée à faire augmenter les taux de vaccination. La Coalition travaille à sensibiliser les médecins, la communauté et la famille à l'immunisation de toutes les personnes, quel que soit leur âge, contre les maladies pouvant être prévenues par la vaccination et à les encourager à prendre leurs responsabilités à cet égard. Le Conseil consultatif de la Coalition

compte de nombreux experts réputés dans le domaine de l'immunisation.

13. **Programme mondial pour les vaccins et la vaccination - Organisation mondiale de la santé**
**Page d'accueil : www.who.ch/gpv-safety**

L'OMS commence à fournir de l'information plus accessible sur la question de l'innocuité des vaccins, des risques et des communications. L'extrait suivant de l'introduction est tiré de la section pertinente du site du Programme mondial :

«L'information présentée ci-dessous a pour but de renseigner les parents, les pourvoyeurs de soins de santé et d'autres personnes ou organisations intéressées. Il s'agit de fournir des informations exactes et impartiales sur ce sujet qui peuvent être considérées par tous comme fiables et faisant autorité. L'OMS n'est pas un organisme gouvernemental et ne représente pas des intérêts commerciaux. Elle est impartiale et souhaite seulement fournir à tous les meilleurs conseils techniques possible.» [traduction]

14. **Institute for Vaccine Safety** - *John Hopkins University*, États-Unis
**Page d'accueil : www.vaccinesafety.edu**

Ce site est actuellement en construction, mais il contient déjà du matériel de qualité et il sera enrichi après le lancement officiel, plus tard cette année. L'Institute :

- fournira une tribune pour la diffusion de renseignements sur des questions spécifiques se rapportant à l'innocuité des vaccins;
- fera enquête sur des questions entourant l'innocuité des vaccins lorsqu'on ne disposera pas de données suffisantes pour tirer des conclusions définitives;
- effectuera des recherches méthodologiques et empiriques sur l'évaluation de l'innocuité des vaccins après leur homologation; et
- entreprendra des projets de recherche individuels pour obtenir de l'information spécifique concernant l'innocuité des vaccins lorsque les informations existantes sur l'innocuité d'un vaccin particulier sont insuffisantes ou déficientes.

## Voici quelques points à soulever dans les discussions avec les patients ou les parents au sujet de l'information disponible sur Internet

Ces quelques suggestions pourraient aider à conseiller aux personnes qui obtiennent de l'information sur Internet à faire preuve de circonspection devant l'information diffusée sur un médium non réglementé. Rien n'oblige les auteurs des pages Web à fournir de l'information exacte ou honnête. Des conseils plus complets concernant des techniques d'évaluation critique des contenus présentés sur Internet seront publiés sur des sites qui sont encore en voie de construction. Lorsque ces sites seront opérationnels, nous vous communiquerons leur adresse dans *Mise à jour*.

1. **Méfiez-vous des sites qui ne sont pas responsables des informations qui y sont affichées**

Si la vaccination est une question si controversée et si les vaccins sont tellement dangereux, alors pourquoi afficherait-on un avertissement indiquant aux lecteurs que les renseignements sont présentés à titre d'information seulement et qu'ils ne visent pas à proposer des actions concrètes?

2. **Utilisez des techniques d'évaluation critique et enseignez ces techniques aux parents et aux patients**

Les informations fournies sur un site Internet devraient être fondées sur des références scientifiques solides ou des ouvrages reposant sur des évaluations scientifiques. Un usage responsable d'études publiées nécessite l'indication de toute réserve et exclut la présentation de détails hors contexte. De nombreux sites laissent entendre qu'ils utilisent des «études scientifiques» pour étayer leurs arguments, mais interprètent mal les véritables conclusions. Il faut également se méfier des conclusions attribuées à des «chercheurs réputés» : si ceux-ci étaient vraiment compétents et réputés, pourquoi tairait-on leur nom?

3. **Rappelez vous que les partisans de la «théorie du complot» sont nombreux**

Méfiez-vous des personnes qui proclament qu'elles ont découvert la «vérité cachée» au sujet des dangers des vaccins et que le «complexe médico-industriel» tente de supprimer la vérité. Pourquoi l'OMS ainsi que les services de santé publique et les autorités médicales et pédiatriques du monde entier conspireraient-ils pour faire du mal aux enfants? Pourquoi voudrait-on tenter de supprimer des recherches valables et, de toute manière, comment pourrait-on supprimer des résultats d'études scientifiques importantes et valables? Pourquoi les chercheurs s'abstiendraient-ils de publier leurs résultats?

4. **La raison d'être du site devrait être claire**

Méfiez-vous des sites qui dénoncent la vaccination afin de vendre un «mode de vie sain» ou une «alternative naturelle, complètement sûre». Si leur «produit» a en effet les vertus alléguées, pourquoi ne peut-il pas être vendu sur ses propres mérites?

5. **Posez-vous la question suivante : «Les affirmations sont-elles crédibles?»**

Les observations sont-elles «trop bonnes pour être vraies» (nous avons trouvé le remède contre le cancer!) ou encore trop effrayantes pour être vraies (les vaccins tuent des millions d'enfants)? Comment des fait semblables, s'ils étaient vrais, pourraient-ils passer inaperçus dans le monde entier et être dénoncés par un site Internet ou un seul livre?

Le présent numéro présente certains faits saillants au sujet du Programme de formation en épidémiologie d'intervention offert par le Laboratoire de lutte contre la maladie. Les résumés 1 à 3 ont été présentés lors d'une conférence tenue à Atlanta (Géorgie) du 13 au 17 avril 1998, la *Field Epidemiology Training Program, Public Health Schools Without Walls, and the Network of Training Programs in Applied Epidemiology and Public Health Interventions - Directors Meeting and Scientific Conference*. Le quatrième résumé a été présenté à la 47e conférence annuelle du *Epidemic Intelligence Service* qui a également eu lieu à Atlanta, du 20 au 24 avril 1998.

Pour un supplément d'information, il suffit de consulter le site Web du Programme, au http://www.hc-sc.gc.ca

### 1. *Susceptibilité prénatale à la rubéole au Manitoba en rapport avec l'épidémiologie descriptive de deux éclosions rubéolique et la politique de vaccination au Manitoba.*

*CA Craig[1], JF Blanchard[2]*

**Introduction :** L'infection par le virus de la rubéole au cours de la grossesse peut causer la rubéole congénitale chez l'enfant. Pour prévenir cette affection, le Manitoba, une province canadienne de 1,1 million d'habitants, a mis en œuvre en 1979 un programme de vaccination visant uniquement les préadolescentes. En 1983, la province a entrepris de vacciner contre la rubéole tous les nourrissons des deux sexes. Il restait donc une cohorte d'hommes susceptibles de contracter la rubéole, soit ceux qui sont nés entre 1967 et 1981. Il s'est d'ailleurs produit deux grandes éclosions de rubéole (éclosion 1 : 1992-1993; éclosion 2 : 1996-1997), qui ont surtout touché les hommes de cette cohorte. Toutefois, de 1991 à 1997, on a dénombré 565 cas de rubéole chez des femmes en âge de procréer (15 à 44 ans). En réponse à ce nombre élevé de cas chez les femmes adultes, nous avons examiné la susceptibilité prénatale à la rubéole chez les sujets féminins en relation avec les cas récents de rubéole au Manitoba.

**Méthode :** Nous avons analysé les données de 1985-1996 du programme de dépistage de la susceptibilité à la rubéole du Laboratoire de santé publique du Manitoba ainsi que les données de 1991-1997 du système de surveillance des maladies transmissibles de Santé Manitoba. Nous avons déterminé les taux d'incidence et les taux de susceptibilité prénatale pour trois cohortes de naissance (CN) en rapport avec la politique de vaccination (CN1 : 1947-1966, pas de vaccination systématique; CN2 : 1967-1981, vaccination des filles seulement, à 12 ans; et CN3 : 1982-1991, vaccination systématique, à 1 an).

**Résultats :** De 1991 à 1997, 5 202 cas de rubéole ont été déclarés, dont 5 153 (99 %) durant les éclosions 1 et 2 mentionnées ci-dessus. Moins de 15 % des cas étaient de sexe féminin et 76 % d'entre elles étaient en âge de procréer. Pour les deux éclosions, les taux d'atteinte pour 1 000 années-personnes parmi les CN1, CN2 et CN3 s'élevaient respectivement à 0,8, 12,5 et 0,6 chez les hommes et à 0,3, 1,6 et 0,3 chez les femmes. De 1985 à 1996, le pourcentage de cas de susceptibilité à la rubéole dépistés chez les femmes enceintes a augmenté avec l'année de la naissance (3,4 %, 6,5 % et 28,5 % pour les CN1, CN2 et CN3 respectivement).

**Analyse :** Les femmes en âge de procréer sont durement touchées peut-être parce que la proportion de femmes susceptibles à la rubéole a augmenté et qu'elles sont exposées à des hommes infectés, jamais vaccinés. Les taux élevés de susceptibilité à la rubéole parmi les femmes qui auraient dû avoir été vaccinées peuvent être le reflet d'une vaccination incomplète, d'un échec vaccinal ou d'une baisse de l'immunité conférée par le vaccin au cours d'une période de déclin des infections naturelles. Comme un grand nombre des sujets de la cohorte CN3 sont maintenant en âge de procréer, nous faisons les recommandations suivantes : 1) vacciner contre la rubéole les hommes de la cohorte de naissance de 1967-1981, si la prévalence de la susceptibilité sérologique demeure élevée; et 2) faire l'évaluation des taux de susceptibilité élevés parmi la population féminine vaccinée en mesurant l'efficacité du vaccin antirubéolique au Manitoba.

### 2. *Éclosion de grippe A parmi des passagers à haut risque à bord d'un bateau de croisière nord-américain.*

*TWS Tam[1], JM Miller[3], C Afif[3], S Maloney[3], K Fukuda[4], A Kilmov[4], H Hall[4], D Kertesz[5], J Hockin[1], M Cetron[3]*

**Introduction :** Chaque année, plus de 4 millions de voyageurs internationaux font des croisières en Amérique du Nord. Les paquebots de croisière, qui hébergent un grand nombre de personnes confinées dans des espaces clos, sont des milieux propices à la propagation rapide de virus des voies respiratoires. Or, les éclosions de grippe sur les bateaux de croisière sont peu documentées. Le 10 septembre 1997, à la suite d'une croisière de 10 jours entre la ville de New York et Montréal (voyage A), 6 des 1 445 passagers ont été hospitalisés parce qu'ils souffraient de troubles respiratoires. Le navire est reparti pour New York le jour suivant (voyage B) comptant à son bord 1 448 nouveaux passagers et le même équipage. Nous avons été invités à participer au voyage B afin de déterminer l'ampleur du problème et la cause des troubles respiratoires et de proposer des mesures de lutte. Le 14 septembre, nous avons détecté chez un passager ayant participé au voyage A l'antigène du virus de la grippe A.

**Méthodes :** Nous avons examiné les dossiers médicaux des passagers et de l'équipage des deux voyages. La définition de cas de syndrome grippal (SG) était une fièvre ≥ 37,8 °C et un mal de gorge ou une toux. Nous avons procédé à une enquête auprès des passagers et de l'équipage du navire du voyage B afin de déterminer l'ampleur de l'éclosion de SG ainsi que les facteurs de risque liés aux complications de la grippe. Nous avons prélevé des sécrétions rhinopharyngées par écouvillonnage (SRE) chez les personnes nouvellement atteintes d'un SG. Les mesures de lutte prises ont été les suivantes : surveillance active de la présence de SG parmi l'équipage, confinement des employés malades dans leur cabine, traitement à la rimantadine des personnes présentant les premiers signes d'un SG, traitement prophylactique à la rimantadine de l'équipage non malade, traitement prophylactique volontaire à la rimantadine des passagers non malades et vaccination de l'équipage.

**Résultats :** Parmi les passagers, 39 (2,7 %) des 1 445 participants au voyage A et 19 (1,3 %) des 1 448 participants au voyage B ont présenté un SG. Des 631 membres de l'équipage, 20 (3,2 %) ont contracté un SG. Sur les 1 284 passagers inclus dans

l'enquête effectuée durant le voyage B, 994 (77,4 %) étaient âgés de ≥ 65 ans, 336 (26,2 %) présentaient des affections les prédisposant aux complications de la grippe et 54 (4,1 %) souffraient de fièvre et d'un mal de gorge ou d'une toux depuis leur embarquement. Une fois les mesures de lutte mises en œuvre, on n'a détecté qu'un seul cas de SG, chez un membre de l'équipage, et aucun parmi les passagers de la croisière suivante. On a confirmé la présence d'un virus de la grippe A apparenté à la souche Sydney/05/97 (H3N2), un variant détecté la première fois en Australie, mais nouveau en Amérique du Nord, dans 13 des 33 SRE.

**Analyse :** Comme les croisiéristes ont pour clientèle les personnes âgées qui présentent des facteurs de risque de complications de la grippe, ils devraient mettre en place des programmes de vaccination de l'équipage ainsi que des mesures d'urgence visant à circonscrire les éclosions d'infections, similaires à ceux qui sont appliqués dans les centres pour personnes âgées. Étant donné que les passagers des croisières côtoient de près des gens provenant de divers pays, les personnes qui risquent de souffrir de complications de la grippe devraient envisager de se faire vacciner avant d'effectuer une croisière, peu importe l'activité grippale aux ports d'escale. Le système canadien de surveillance de la grippe suivra les mouvements du nouveau variant du virus grippal.

**Note de la rédaction :** Un rapport détaillé de l'enquête menée suite à cette éclosion a été publié dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada. (J Miller, T Tam, C Afif et coll. *Éclosion de grippe de type A sur un bateau de croisière.* RMTC 1998;24:9-11.)

### 3. *Réponse à une éclosion d'hépatite A aiguë dans une communauté rurale à haut risque.*

*SM Isaacs[1], J Hockin[1], D Kittle[6], S Tamblyn[7], N Bailey[8], R Hart[8], B Marshall[6]*

**Introduction :** Le 14 janvier 1997, des agents de la santé publique ont été informés d'un cas d'hépatite A confirmé en laboratoire chez un garçon de 16 ans. Sa mère avait souffert de troubles gastriques et d'ictère durant la période des Fêtes de 1996-1997, au cours de laquelle elle avait participé à la préparation de plusieurs repas communautaires. La famille faisait partie d'une communauté religieuse rurale de la province de l'Ontario.

**Méthodes :** Les autorités sanitaires ont entrepris de retracer toutes les personnes ayant participé aux repas et d'administrer à titre prophylactique des immunoglobulines (Ig) aux sujets-contacts admissibles. La définition de cas était la suivante : toute personne vivant dans la communauté touchée, ayant fait l'objet d'une confirmation sérologique de la présence d'IgM anti-VHA ou ayant présenté un ictère dans les 6 semaines suivant un contact avec un cas connu. On a constaté, après détection de plusieurs autres cas, que les autres sujets-contacts avaient été repérés trop tard pour qu'ils puissent bénéficier des Ig et qu'il y avait donc possibilité d'une éclosion à l'échelle de la communauté. Des séances d'éducation ont été tenues auprès des membres de la communauté concernant la prévention de l'infection et la détection des premiers symptômes. Une liste des contacts a été établie à des fins de surveillance. Comme d'autres cas se présentaient périodiquement, il a été décidé d'organiser une campagne de vaccination contre l'hépatite A auprès des membres de la communauté âgés de 2 à 45 ans.

**Résultats :** Vingt et un cas d'hépatite A, représentant quatre générations de la maladie, sont survenus dans la communauté sur une période de 4 mois. Tous les cas étaient liés à la mère du cas index. Durant les 3 premiers mois de 1997, l'incidence de l'hépatite A dans la communauté touchée était de 316 cas pour 100 000 (19/6 000), comparativement au taux provincial de 1,3 pour 100 000 durant la même période. Le nombre de contacts était en moyenne de 30 par cas. L'incapacité de donner des Ig à 35 % des contacts indiquait que cette intervention seule ne garantirait pas le confinement de l'éclosion. Tous les nouveaux cas étaient des contacts connus qui n'avaient pas reçu le traitement prophylactique aux Ig. Le taux d'atteinte parmi les contacts n'ayant pas reçu d'Ig était de 10 %. La campagne de vaccination a permis d'immuniser 69 % du groupe cible, et aucun nouveau cas n'a été recensé par la suite.

**Analyse :** Le risque de transmission du virus de l'hépatite A dans cette communauté était élevé en raison de l'absence d'eau courante ou d'eau chaude dans de nombreux foyers et de la tradition de fréquents repas en commun durant les rassemblements communautaires. L'intervention rapide et énergique des autorités sanitaires a contribué à freiner l'éclosion. Il est cependant impossible de déterminer dans quelle mesure la vaccination a contribué à éviter la propagation de la maladie. Le recours à la vaccination dans une éclosion importante d'hépatite A est valable lorsque les autres mesures d'intervention semblent vouées à l'échec. Il faut mesurer la susceptibilité à la maladie d'une communauté afin d'améliorer la prise de décisions concernant l'administration de vaccins au cours d'éclosions futures.

### 4. *Lutte contre une éclosion d'hépatite A dans une population amérindienne par le recours à la vaccination*

*DA Thoroughman[9], J Cheek[10], D Hunt[10], S Matt[11]*

**Contexte :** Pour lutter contre les éclosions d'hépatite A dans les communautés amérindiennes, on a dorénavant tendance à délaisser les immunoglobulines pour recourir au vaccin contre l'hépatite A. Cependant, on dispose de peu de données en ce qui concerne la population qui devrait être ciblée et la couverture vaccinale à obtenir si l'on veut maîtriser une éclosion. Dans une population amérindienne du sud-ouest des États-Unis, 50 cas d'hépatite A (soit un taux de 518 pour 100 000 enfants âgés de ≤ 16 ans) ont été signalés de janvier à avril 1997; à partir de ce moment, une campagne de vaccination visant les enfants d'âge préscolaire à la huitième année a été mise en œuvre. La couverture vaccinale et les taux d'hépatite A ont fait l'objet d'une évaluation pendant les 6 mois qui ont suivi.

**Méthodes :** Les cas suspects d'hépatite A ont été confirmés par des analyses sérologiques. On a déterminé l'immunité préexistante dans un échantillon de commodité constitué d'enfants de la cinquième à la huitième année. La couverture vaccinale a été calculée à partir d'estimations de la population tirées des données du recensement américain de 1990 et des listes d'inscriptions scolaires.

**Résultats :** Sur un nombre estimatif de 2 891 enfants de 2 à 16 ans vivant dans la réserve et n'ayant pas d'antécédents d'hépatite A, 1 648 (57 %) ont reçu une première dose du vaccin en avril. Environ 28 % (168/604) des enfants d'âge préscolaire et 65 % (1 480/2 287) des enfants d'âge scolaire ont été vaccinés.

On a constaté une chute de l'incidence : un cas a été déclaré en mai, et aucun en juin. Les analyses sérologiques ont révélé que 60 % (IC à 95 %, 53 % à 67 %) des enfants de 11 à 14 ans étaient déjà immunisés avant de recevoir le vaccin. Pour ce groupe d'âge, on a estimé à plus de 80 % l'immunité globale (naturelle et obtenue après la première dose de vaccin).

**Conclusions :** Malgré une faible couverture vaccinale chez les enfants d'âge préscolaire, l'éclosion s'est terminée après une campagne de vaccination de masse des enfants d'âge scolaire. Il est possible de maîtriser des éclosions qui se déclarent à l'échelle de la communauté dans des populations à forte endémicité en ciblant, pour les programmes de vaccination, les enfants les plus faciles à atteindre, soit ceux qui fréquentent l'école.


1 Programme de formation en épidémiologie d'intervention, LLCM
2 Epidemiology Unit, Manitoba Health
3 Division of Quarantine, National Center for Infectious Diseases, CDC
4 Division of Viral and Rickettsial Diseases, National Center for Infectious Diseases, CDC
5 Division des maladies respiratoires, LLCM
6 Wellington-Duffering-Guelph Health Unit, Ontario
7 Perth County Health Unit, Ontario
8 Waterloo Regional Health Unit, Ontario
9 Epidemiology Program Office, State Branch, Indian Health Service Head Quarters, Albuquerque, New Mexico
10 Epidemiology Branch, Indian Health Service Head Quarters, Albuquerque, New Mexico
11 Tucson Area Office, Indian Health Service, Tucson, Arizona


# Tableau récapitulatif des maladies évitables par la vaccination

## Nombre cumulatif de cas déclarés* pour certaines maladies choisies, Canada, de janvier 1996 à avril 1998

### Divisions de l'immunisation et de la surveillance des maladies, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, Ottawa

| Maladie | 1996 janv–avril | 1997 janv–avril | 1996 janv–avril |
|---|---|---|---|
| Diphtérie | 0 | 1 | 0 |
| *Haemophilus influenzae* de type b | 16 | 12 | 15 |
| Rougeole§ | 206 | 382 | 8 |
| Oreillons | 128 | 154 | 35 |
| Rubéole¶ | 58 | 2 305 | 41 |
| Rubéole congénitale | 1 | 1 | 1 |
| Coqueluche | 1 483 | 1 114 | 772 |
| Poliomyélite paralytique | 0 | 0 | 0 |
| Tétanos | 1 | 1 | 0 |

* D'après le nombre de cas signalés au *Système de déclaration des maladies à déclaration obligatoire,* Division de la surveillance des maladies, LLCM; les données pour 1997 et 1998 sont provisoires. De plus, les totaux cumulatifs pour l'année en cours ne correspondent peut-être pas aux totaux nationaux parce que les rapports des provinces et des territoires ne sont pas complets.

§ Les données relatives à la rougeole sont fondées sur les cas déclarés au *Système de surveillance améliorée de la rougeole*, Division de l'immunisation. En 1997, la majorité des cas ont été déclarés par la Colombie-Britannique (47 %) et l'Alberta (43 %).

¶ Environ 98 % des cas de rubéole déclarés en 1997 ont été signalés par le Manitoba qui a connu une épidémie de cette maladie entre octobre 1996 et décembre 1997.

*Annonce*

**3e Conférence canadienne nationale sur l'immunisation**

# Partenaires-santé par la vaccination

**Le Calgary Convention Centre, Calgary (Alberta) Canada**
**du 6 au 9 décembre 1998**

## Organisateurs

Le Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, ainsi que la Société canadienne de pédiatrie.

## Objectifs

Organiser une tribune de discussion et d'échange d'informations sur les aspects pratiques des programmes d'immunisation au Canada et leur amélioration. Les participants traiteront de questions telles l'obtention et l'administration des vaccins, l'éducation, l'évaluation des programmes de vaccination, des dispositions législatives et réglementaires, et des efforts globaux d'immunisation. La conférence portera à la fois sur des questions de programmes et de maladies, en mettant toutefois l'accent sur les programmes. Le thème central de la conférence sera l'immunisation des enfants. On analysera aussi les progrès réalisés par rapport aux objectifs nationaux canadiens en matière de lutte contre les maladies pouvant être évitées par la vaccination.

## SOLLICITATION D'ABRÉGÉS
## DATE D'ÉCHEANCE : LE 31 JUILLET 1998

Une période de temps sera réservée, pendant la conférence, pour des communications (orales ou par affiches) revues par des pairs et reliées aux objectifs de la conférence.

Pour accéder à l'information qui sera disponible, ou pour être inscrit sur la liste d'envoi de la conférence, veuillez visiter notre site Web à :

http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/events/cnic/index_f.html

Ou envoyer votre demande par télécopieur à :
Chuck E. Schouwerwou, BA, CMP
Coordonnateur des conférences et des comités
Division de l'immunisation
Fax: (613) 952-7948

Veuillez noter ques les comptes rendus des conférences préalables sont aussi disponibles sur notre site Web.

***Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.***
*Santé Canada*

Nous invitons les personnes intéressées à présenter des notes épidémiologiques et des rapports pertinents, étant donné que le succès de cette initiative dépend de l'intérêt et de la collaboration des lecteurs. En ce qui concerne la publication dans le bulletin, l'ordre de priorité sera déterminé en fonction de la pertinence de l'article. Il ne s'agit pas d'une publication officielle, et les opinions de même que les interprétations ne refléteront pas nécessairement la position de Santé Canada. Le bulletin sera distribué gratuitement, et toute personne qui souhaite en recevoir un exemplaire régulièrement doit communiquer avec la Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, Ottawa (Ontario) K1A 0L2; téléphone (613) 957-1340; télécopieur (613) 952-7948. On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par Internet en utilisant un explorateur Web, à http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc

**Éditeurs :**
Adwoa Bentsi-Enchill (613) 954-4365
Philippe Duclos
Division de l'immunisation
Bureau des maladies infectieuses
FAX : (613) 952-7948

**Préparation :**
Services de rédaction et de production
Division de la diffusion
Bureau de la planification stratégique et gestion des risques

Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada
Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2

ISSN 1485-0230