Santé Canada Health Canada

Mise à jour : maladies évitables par la vaccination

Volume 7 Numéro 3 décembre 1999/janvier 2000

Table des matières

21 *Mise à jour : maladies évitables par la vaccination – une nouvelle orientation*

22 *Le point sur la rougeole au Canada : rapport provisoire (en date du 10 décembre 1999)*

24 *Progrès vers l'élimination de la transmission du poliovirus sauvage de type 2 dans le monde, 1999*

26 *Organisation mondiale de la Santé : Comité consultatif pour la sécurité des vaccins*

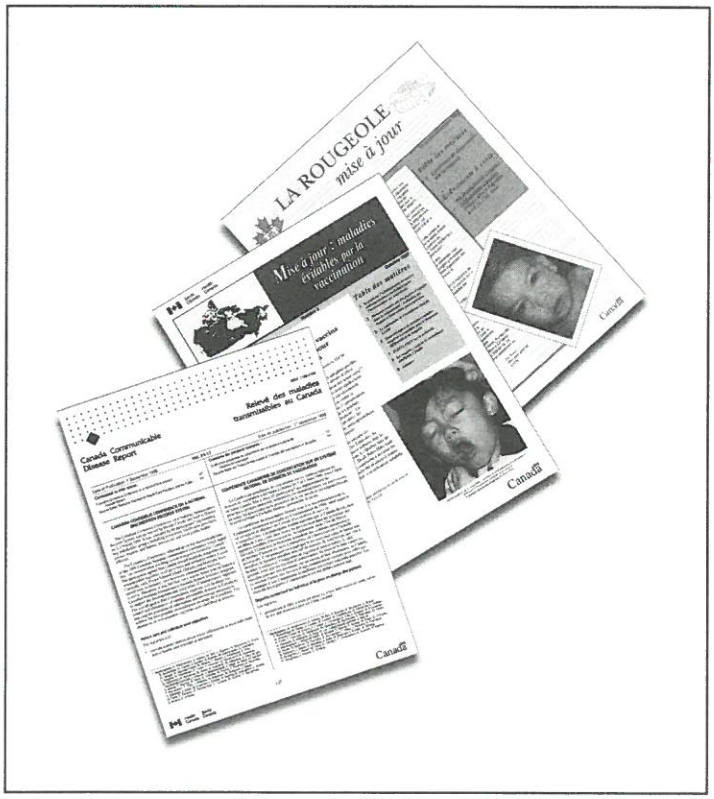
27 *Tableau récapitulatif des maladies évitables par la vaccination; annonce*

28 *Annonce*

Mise à jour : maladies évitables par la vaccination – une nouvelle orientation

Comme bien de nos lecteurs le savent, le bulletin *Mise à jour : maladies évitables par la vaccination* (MMEV), a été lancé en novembre 1993 sous le nom *La rougeole mise à jour* afin de donner suite aux recommandations d'une Conférence nationale de concertation sur la rougeole organisée en décembre 1992. Les participants à cette conférence ont notamment formulé les recommandations suivantes : «Il faudrait publier une lettre d'information qui permettrait de communiquer des données inédites sur la rougeole aux personnes qui s'occupent directement de l'élimination de la maladie» (...) «Il faudrait préparer et distribuer du matériel visuel, par exemple sur l'aspect de l'éruption cutanée, qui aiderait à reconnaître les cas de rougeole.» Grâce à *La rougeole mise à jour,* la Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, a été en mesure de répondre aux besoins en matière d'échange d'information des partenaires fédéraux, provinciaux/territoriaux et d'autres partenaires oeuvrant dans le domaine des soins de santé au Canada. Cette contribution a été la plus évidente durant la période de recrudescence de la rougeole au Canada entre 1995 et 1997. En octobre 1997, la Division de l'immunisation, en consultation avec les divers partenaires à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale, a décidé d'élargir le bulletin pour faire place à des articles sur d'autres maladies évitables par la vaccination (MEV), et son titre a été remplacé par *Mise à jour : maladies évitables par la vaccination* qui reflète mieux cette nouvelle vocation.

Les commentaires reçus au fil des ans nous ont confirmé que le bulletin élargi continuait de jouer un rôle utile au chapitre de l'échange d'information sur divers vaccins et les MEV – du vaccin acellulaire contre la coqueluche aux vaccins contre la varicelle – et sur un éventail de questions allant de la lutte contre les éclosions à l'innocuité des vaccins. En cours de route, la Division de l'immunisation a lancé d'autres initiatives d'échange d'information sur les MEV et des questions touchant l'immunisation en collaboration avec nos partenaires dans le domaine des soins de santé et les consommateurs, p. ex., la publication annuelle d'un *Rapport national sur l'immunisation au Canada* et l'élaboration de matériel pour le site Web de la Division. Cela n'a pas toutefois été une mince tâche de respecter nos



Canada

engagements en ce qui a trait à d'autres activités pertinentes comme la mise à jour régulière de l'information sur le site Web de la Division et la publication d'information dans l'ouvrage vedette de Santé Canada, le *Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC)*.

La Division de l'immunisation compte maintenant rationaliser et améliorer ses publications visant à échanger de l'information avec les professionnels de la santé et les consommateurs de tout le Canada. Le présent numéro de *Mise à jour : maladies évitables par la vaccination* sera le dernier. Nous sommes heureux d'annoncer qu'il sera remplacé par les initiatives suivantes de diffusion de l'information :

- Introduction d'une section sur l'immunisation dans le *RMTC* et publication de numéros complets consacrés aux MEV et à des questions relatives à l'immunisation.
- Publication future chaque année du *Rapport national sur l'immunisation au Canada*, préparé par la Division de l'immunisation, sous forme de supplément au *RMTC*.
- Utilisation du site Web de la Division pour échanger de l'information récente et à jour; on s'efforcera de mettre régulièrement à jour l'information sur le site, au besoin, et de transmettre les dernières informations accessibles.

Nous espérons en outre que le personnel de la Division de l'immunisation ait de plus en plus la chance de collaborer avec divers partenaires à la publication d'articles revus par un comité de lecture afin d'améliorer le rôle de chef de file que joue le gouvernement fédéral dans le domaine de l'immunisation et des maladies évitables par la vaccination. L'objectif ultime de ces initiatives est d'utiliser les moyens les plus efficaces de recueillir et d'analyser des données exactes et pertinentes sur les MEV et de les diffuser rapidement à ceux qui en ont besoin.

À titre d'éditeurs de *Mise à jour : maladies évitables par la vaccination*, nous aimerions remercier nos collègues qui ont dirigé au fil des ans les destinées de ce bulletin ainsi que celles de *La rougeole mise à jour*, les équipes de rédaction et de production, les collaborateurs qui nous ont envoyé des textes, les épidémiologistes provinciaux et territoriaux et les membres de divers comités consultatifs et directeurs qui ont contribué à orienter l'évolution du bulletin et, par-dessus tout, nous voudrions remercier nos lecteurs.

Les éditeurs
MMEV

Le point sur la rougeole au Canada : rapport provisoire (en date du 10 décembre 1999)

Paul Varughese, Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, LLCM (Ottawa)

En 1994, le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), de Santé Canada, en collaboration avec les autorités sanitaires provinciales et territoriales, a implanté un système de surveillance améliorée de la rougeole pour suivre la rougeole sans délai dans le but d'atteindre l'objectif d'élimination de la rougeole au Canada d'ici l'an 2005. Depuis 1998, tous les cas de rougeole, confirmés ou cliniques (d'après les définitions de cas standard établies à l'échelle nationale), sont signalés par voie électronique chaque semaine au LLCM par les services de santé provinciaux et territoriaux. On tente par tous les moyens d'examiner de plus près tous les cas en utilisant un protocole élaboré par le Groupe de travail national sur l'élimination de la rougeole au Canada (GTNERC). La figure 1 présente le nombre de cas de rougeole signalés chaque mois au Canada, entre 1997 et 1999 (données en date du 10 décembre 1999).

En 1998, 12 cas sporadiques confirmés en laboratoire ont été signalés, soit le nombre annuel le plus faible jamais enregistré au Canada, alors qu'en 1997, 581 cas avaient été déclarés. Dans les 12 cas, des épreuves de laboratoire avaient confirmé la présence d'anticorps IgM dirigés contre le virus de la rougeole, résultats qui ont été vérifiés par le GTNERC. L'âge des cas variait entre 9 mois et 33 ans, l'âge médian étant de 5 ans. Deux cas ont dû être hospitalisés. On connaissait les antécédents de vaccination de neuf des 12 cas : sept avaient reçu au moins une dose du vaccin contre la rougeole, et deux n'en avaient reçu aucune (dans un cas à cause d'une contre-indication médicale et dans l'autre, parce qu'il avait «raté l'occasion»). Sur les sept cas immunisés, deux avaient reçu le vaccin avant leur premier anniversaire (pendant qu'ils vivaient à l'extérieur du Canada); quatre avaient reçu une seule dose, et un avait reçu deux doses du vaccin contre la rougeole. Cinq (42 %) des cas confirmés avaient déjà été exposés au virus à l'extérieur du Canada (Bahamas, Pakistan, Ouganda et les États-Unis).

Figure 1
Rougeole : Cas signalés par mois, Canada, 1997-1999

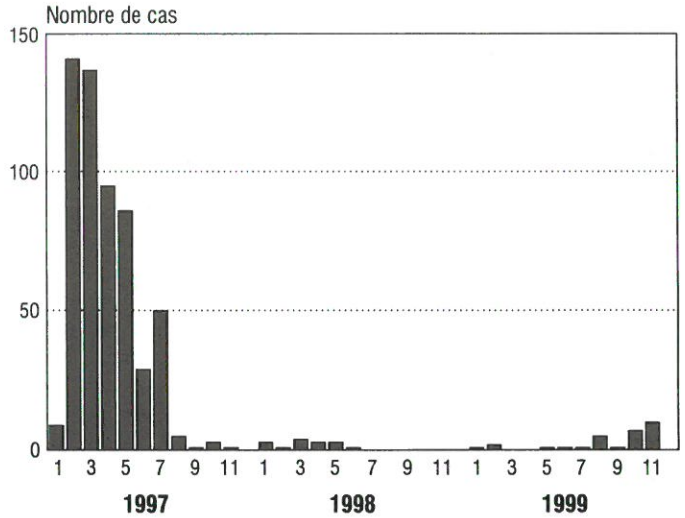
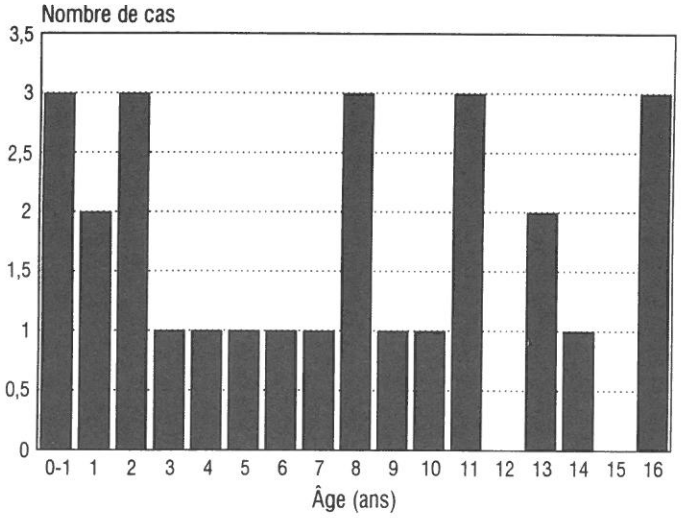


Figure 2
Rougeole : Répartition des cas selon l'âge, Canada, 1999



Note : Aucun cas n'a été signalé chez les 16 à 19 ans.

En 1999, un total *provisoire* de 28 cas confirmés de rougeole avaient été signalés en date du 10 décembre. Six provinces avaient déclaré des cas : 17 cas en Alberta, six cas en Colombie-Britannique, deux cas en Ontario, et un cas au Québec, en Nouvelle-Écosse et au Manitoba. Des cas de transmission secondaire ne sont survenus qu'en Colombie-Britannique et en Alberta. La figure 2 illustre la répartition des cas selon l'âge en 1999; les cas étaient âgés entre 10 mois et 26 ans, l'âge médian étant de 8 ans. Aucun des cas ne pouvait prouver qu'il avait été vacciné contre la rougeole. Sur les 28 cas, au moins 17 avaient été confirmés en laboratoire et dans 11 cas, il existait un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire au Canada. Huit des 28 cas signalés en 1999 avaient été exposés au virus de la rougeole à l'extérieur du Canada (Inde, Indonésie, Japon, Pays-Bas, Pakistan et Philippines). Tous les autres cas étaient liés à un cas importé.

Dans 27 cas, il s'agissait de Canadiens, et un cas (cas index) était un visiteur des Pays-Bas âgé de 20 ans et non immunisé. Ce cas, qui était lié épidémiologiquement à une éclosion aux Pays-Bas survenue en juin 1999, a manifesté des symptômes durant son séjour chez des parents en Colombie-Britannique. Trois cas secondaires (la soeur de 21 ans du cas index et ses deux enfants âgés de 23 mois et de 11 mois) ont été signalés dans la famille hôte. Les trois cas secondaires n'avaient jamais été vaccinés et appartenaient à une communauté qui s'objectait à l'immunisation pour des raisons religieuses.

L'Alberta a signalé une éclosion de rougeole, l'érythème étant apparu chez le cas index le 20 octobre 1999; en tout, 17 cas ont été signalés jusqu'à présent. Le cas index avait été exposé au virus de la rougeole aux Pays-Bas et a manifesté des symptômes de la maladie au Canada. Dans les 17 cas, il s'agissait de membres d'une communauté fermée qui s'opposaient à l'immunisation pour des motifs religieux. L'âge des cas variait entre 2 et 14 ans, l'âge médian étant de 9 ans. Les données épidémiologiques disponibles autorisent à penser que le virus a continué d'être transmis durant l'éclosion, d'où l'apparition de cas secondaires et tertiaires, la maladie se propageant exclusivement parmi les membres de cette communauté. Les autorités sanitaires provinciales ont adopté des mesures de lutte contre l'éclosion, et des activités d'enquête et de suivi des cas sont en cours.

Analyse

En 1995, le Comité consultatif national de l'immunisation a réaffirmé sa volonté d'atteindre l'objectif d'élimination de la rougeole, objectif que poursuivent tous les pays des Amériques. Par la suite, Santé Canada, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, a encouragé l'organisation d'une campagne de vaccination massive de rattrapage en 1996-1997, suivie de l'administration systématique de 2 doses du vaccin. La campagne visait 90 % des enfants d'âge scolaire au Canada, et environ 80 % des enfants visés ont reçu la seconde dose du vaccin contre la rougeole. L'expérience vécue par le Canada au cours des 3 dernières années semble indiquer que le programme universel comportant l'administration de 2 doses du vaccin et le programme de rattrapage ont contribué de façon importante à réduire l'incidence de la rougeole et à interrompre la transmission du virus rougeoleux dans la population canadienne. La plupart des cas signalés au Canada depuis 1998 étaient importés ou liés à des cas importés. Nul doute que ce succès est dû aux efforts soutenus, à la vigilance et au dévouement des travailleurs dans le domaine des soins de santé et de la santé publique au Canada, qui ont réussi à faire augmenter les taux de couverture vaccinale chez les enfants. Les efforts d'élimination de la rougeole s'appuient en outre sur un système de surveillance améliorée de la rougeole, sur un suivi épidémiologique actif des cas et des contacts et sur des services de laboratoire qui comportent non seulement un diagnostic de confirmation mais également, dans la mesure du possible, une caractérisation moléculaire des isolats du virus. D'après des enquêtes nationales sur la couverture vaccinale réalisées par le LLCM entre 1994 et 1998, environ 1 % de la population canadienne ne se font pas immuniser pour des raisons religieuses, médicales ou philosophiques. Comme le montre, toutefois, l'expérience récente, des chaînes de transmission peuvent s'établir dans des communautés sous-immunisées, et l'issue dépend du nombre de personnes réceptives et du moment d'exposition au virus. Les données épidémiologiques récentes donnent à penser que la rougeole n'est plus une maladie indigène au Canada.

Le GTMERC a révisé récemment le protocole pour l'investigation en laboratoire des cas de rougeole au Canada, qui a été publié dans un supplément au *Relevé des maladies transmissibles au Canada*[1].

Remerciements

Nous tenons à remercier le GTMERC, les épidémiologistes provinciaux et territoriaux, les laboratoires de santé publique, les professionnels dans le domaine de la santé publique et des soins de santé dans les diverses régions du Canada, qui ont contribué au système de surveillance améliorée de la rougeole.

Référence

1. Groupe de travail sur l'éradication de la rougeole au Canada. *Surveillance de la rougeole : lignes directrices pour le soutien des laboratoires*. RMTC 1999;25:201-16.

Progrès vers l'élimination de la transmission du poliovirus sauvage de type 2 dans le monde, 1999

Adapté du Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 48, No 23, 1999

Depuis 1988, année où l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé d'éradiquer la poliomyélite dans le monde avant l'an 2000[1], des progrès sensibles ont été accomplis dans la mise en oeuvre de cette stratégie, puisque les pays des Amériques, de la côte du Pacifique, de l'Europe et de l'Asie centrale semblent exempts de la poliomyélite. L'Inde, ses pays avoisinants et l'Afrique du sud du Sahara sont les derniers pays réservoirs où la poliomyélite est endémique. En 1999, les stratégies recommandées pour l'éradication de la poliomyélite (c.-à-d. l'obtention et le maintien d'un taux de couverture élevé par le vaccin antipoliomyélitique oral [VPTO]; l'organisation de journées nationales de vaccination [JNV]* pour faire diminuer rapidement la circulation des poliovirus; la mise en place de systèmes sensibles de surveillance des cas de poliomyélite et des virus poliomyélitiques; et enfin les activités vaccinatoires** de ratissage destinées à éliminer la transmission du virus) ont été accélérées dans la plupart des principaux pays réservoirs***[2,3]. Le présent article fait le point sur les progrès réalisés vers l'élimination de la transmission du poliovirus sauvage de type 2, qui semble au seuil de l'extinction.

L'objectif des stratégies d'éradication de la poliomyélite est l'élimination de toutes les chaînes de transmission du poliovirus sauvage dans le monde. La majorité des génotypes du poliovirus (c.-à-d. un groupe de poliovirus dont la séquence nucléotidique est similaire à plus de 85 % dans les gènes de la capside) qui circulaient en 1998 ont complètement disparu[4]. La diversité génétique des génotypes restants diminue à mesure que les chaînes de transmission sont brisées et que les pays réservoirs deviennent exempts de la poliomyélite.

Extinction successive des génotypes du poliovirus sauvage de type 2

Avant l'introduction des vaccins, les trois sérotypes du poliovirus étaient répandus partout dans le monde. La transmission était continue dans les zones densément peuplées, et des éclosions sporadiques survenaient dans des communautés isolées[4,5]. Au milieu des années 60, les nouveaux cas d'infection par le poliovirus sauvage de type 2 avaient diminué rapidement dans les régions où les taux de couverture vaccinale étaient élevés. Au milieu des années 70, les poliovirus sauvages indigènes de type 2 avaient été complètement éliminés de l'Australie, du Japon, de l'Amérique du Nord et de l'Europe de l'Ouest (figure 1). En 1980, les poliovirus de type 2 avaient été éliminés du Brésil, de l'Amérique centrale, du Mexique et de l'Afrique du Sud; en 1985, ils avaient disparu de la Chine et de l'Union soviétique. La circulation du poliovirus sauvage de type 2 a continué jusqu'à la fin des années 80 en Colombie, au Pérou et au Vietnam. Les derniers isolats de poliovirus sauvage indigène de type 2 ont été trouvés en Égypte en 1990, en Afghanistan et au Pakistan en 1997 et au Nigéria en 1998 (figure 1). Même si aucun isolat du poliovirus de type 2 n'a été signalé en Afrique depuis >1 an, l'absence d'un système de surveillance adéquat dans certains pays de ce continent, en particulier l'Angola, la République démocratique du Congo et l'Éthiopie, rend difficile l'interprétation de ces données. En 1999, la vallée du Gange en Inde[6] était le seul réservoir connu de poliovirus sauvage de type 2.

Régions où circule le poliovirus sauvage de type 2

La circulation endémique du poliovirus de type 2 semble limitée à deux États du nord de l'Inde, l'Uttar Pradesh et le Bihar (estimation de la population des deux États en 1998 : 250 millions d'habitants). Avant l'accélération des efforts d'éradication de la poliomyélite en 1995, le poliovirus sauvage de type 2 était largement répandu en Inde, et des isolats cliniques montraient une grande diversité génétique, ce qui dénote la présence d'une multitude de réservoirs indépendants. Les isolats de 1998-1999 sont étroitements apparentés, ce qui indique que l'endémicité du type 2 n'est maintenue que par quelques chaînes de transmission.

Le risque de transmission continue du poliovirus est particulièrement élevé dans l'Uttar Pradesh et le Bihar[6,7]. La faible couverture vaccinale, la forte densité de population, la taille des cohortes de naissance annuelles, les mauvaises conditions d'hygiène et le climat subtropical humide sont les facteurs de risque critiques dans ces États. Pour surmonter ces obstacles dans la lutte contre la poliomyélite et parvenir à stopper la transmission du poliovirus, le gouvernement de l'Inde planifie actuellement la mise en oeuvre de quatre séries de JNV entre octobre 1999 et janvier 2000, suivies de deux séries de journées sous-nationales de vaccination (JSNV) en Uttar Pradesh, au Bihar et dans six autres États à risque élevé durant les mois de février et mars 2000.

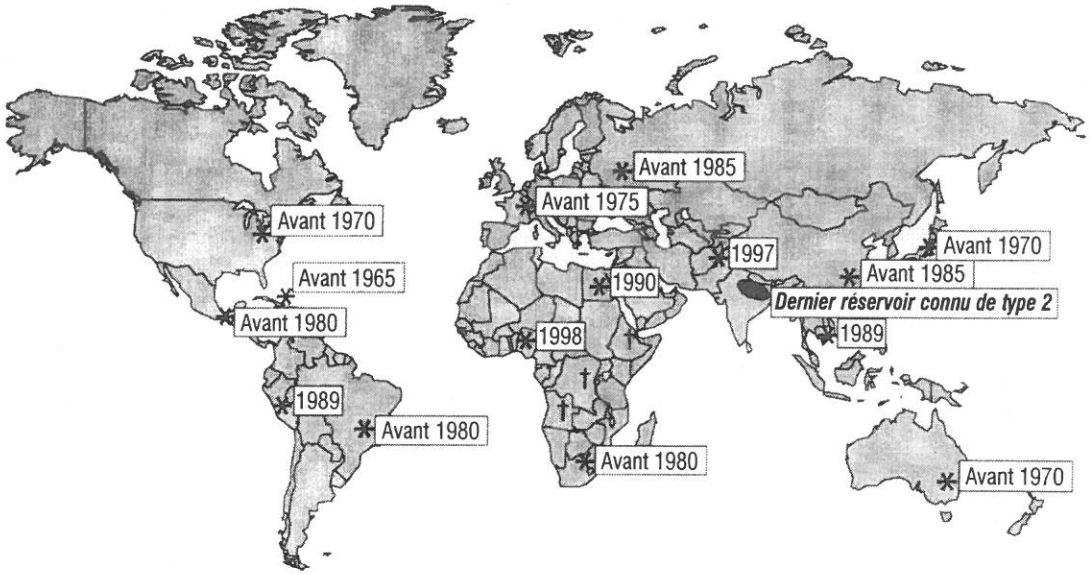
Note de la rédaction du MMWR : L'élimination du poliovirus sauvage dans un pays ou une région se fait

* Campagnes nationales massives échelonnées sur une courte période (quelques jours ou semaines), au cours desquelles deux doses de VPTO sont administrées à chaque enfant du groupe d'âge cible (normalement les < 5 ans), sans égard aux antécédents de vaccination, l'intervalle entre les doses étant de 4 à 6 semaines.

** Campagnes massives de vaccination porte-à-porte centrées sur des régions à risque élevé et échelonnées sur une courte période (quelques jours ou semaines), au cours desquelles deux doses de VPTO sont administrées à tous les enfants du groupe d'âge cible, sans égard aux antécédents de vaccination, l'intervalle entre les doses étant de 4 à 6 semaines.

*** Pays où la poliomyélite est endémique, où la population est nombreuse et où le poliovirus peut être transmis aux pays avoisinants et ailleurs.

Figure 1
Derniers isolats de poliovirus sauvage de type 2 dans le monde, 1999



* Poliovirus indigène de type 2 éliminé
** Surveillance inadéquate du poliovirus
Source : Réseau des laboratoires de la poliomyélite de l'Organisation mondiale de la Santé

habituellement suivant cet ordre : type 2, type 3 et type 1[4,5]. La forte immunogénicité des poliovirus de type 2 présents dans le VPTO et la propagation efficace[8] des souches de type 2 dérivées du VPTO semblent être des facteurs importants qui aident à enrayer ce sérotype. Le fait que l'on continue de détecter le poliovirus sauvage de type 2 reflète des lacunes graves dans la couverture vaccinale.

L'année où le poliovirus sauvage de type 2 cessera de circuler ne peut être déterminée de façon certaine dans bien des pays à cause de l'inefficacité des systèmes de surveillance et de l'imprécision des méthodes autrefois utilisées pour distinguer les poliovirus sauvages des poliovirus dérivés du vaccin[4]. Les poliovirus de type 2 sont les plus difficiles à détecter à l'aide d'un système de surveillance des cas, étant donné qu'ils présentent le ratio cas-infection le plus faible (environ 1:2000) parmi les trois sérotypes[5]. Ainsi, le nombre d'isolats disponibles à des fins d'analyse est moindre pour le poliovirus sauvage de type 2 que pour les deux autres sérotypes.

Avant l'introduction des vaccins, les poliovirus sauvages de type 2 étaient largement répandus dans le monde[4], et les premières estimations des dates d'élimination visaient probablement des groupes de pays (p. ex., l'Europe de l'Ouest ou l'est de l'Amérique du Sud) plutôt que des pays en particulier. Ces premières estimations étaient modérées et fondées en partie sur les années où les génotypes exogènes avaient initialement été détectés dans des cas et lors d'éclosions, laissant supposer que la circulation indigène avait déjà cessé.

La circulation du poliovirus sauvage de type 2 peut persister dans les principaux pays réservoirs comme l'Angola, la République démocratique du Congo et l'Éthiopie[2], où les taux de couverture vaccinale demeurent faibles et où la surveillance demeure inadéquate. Seuls les poliovirus de type 1 ou de type 3 ont toutefois été détectés dans ces pays et les pays voisins.

Au cours de la prochaine année, les poliovirus de type 2 détectés dans la nature seront probablement des dérivés du VPTO. Toutefois, il faudra intensifier les activités de vaccination et de surveillance afin d'atteindre l'objectif d'éliminer tous les sérotypes de poliovirus sauvage pour l'an 2000.

Références

1. Assemblée mondiale de la Santé. *Éradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000 : résolution de la quarante et unième Assemblée mondiale de la Santé*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé, 1988. (Résolution n° WHA 41.28).
2. CDC. *Progress toward global poliomyelitis eradication, 1997-1998.* MMWR 1999;48:416-21.
3. Hull HF, Ward NA, Hull BP et coll. *Paralytic poliomyelitis: seasoned strategies, disappearing disease.* Lancet 1994;343:1331-37.
4. Kew OM, Mulders MN, Lipskaya GY et coll. *Molecular epidemiology of polioviruses.* Semin Virol 1995;6:401-14.
5. Nathanson N, Martin JR. *The epidemiology of poliomyelitis: enigmas surrounding its appearance, epidemicity, and disappearance.* Am J Epidemiol 1979;110:672-92.
6. CDC. *Progress toward poliomyelitis eradication – South East Asia Region, 1997-1998.* MMWR 1999;48:230-32, 239.
7. CDC. *Progress toward poliomyelitis eradication – India, 1998.* MMWR 1998;47:778-81.
8. WHO Collaborative Study Group on Oral and Inactivated Poliovirus Vaccines. *Combined immunization of infants with oral and inactivated poliovirus vaccines: results of a randomized trial in The Gambia, Oman, and Thailand.* J Infect Dis 1997;175(suppl 1):S215-27.

Organisation mondiale de la Santé : Comité consultatif pour la sécurité des vaccins

Adapté du Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 74, N° 41, 1999

La vaccination permet d'éviter les incapacités et les décès que peuvent provoquer les maladies infectieuses et on estime qu'elle constitue l'une des interventions les plus rentables parmi tout l'arsenal dont dispose la santé publique. Toutefois, il faut également admettre qu'aucun vaccin n'est rigoureusement sans danger ou totalement efficace chez toutes les personnes vaccinées. Il existe des différences dans la manière dont chaque système immunitaire réagit à un vaccin, et ce sont ces différences qui sont à l'origine des rares occasions où le vaccin ne confère pas de protection ou entraîne des effets secondaires.

Avec le recul des maladies infectieuses évitables par la vaccination, la population se préoccupe de plus en plus des risques que comportent les vaccins. En outre, les progrès techniques et l'amélioration incessante de nos connaissances sur les vaccins ont conduit à s'interroger sur la sécurité des vaccins existants, et peuvent parfois créer un climat d'inquiétude. Lorsqu'il n'est pas répondu rapidement et efficacement à des allégations concernant des effets indésirables imputés à un vaccin, la confiance qu'on peut avoir dans ce vaccin risque de s'en trouver ébranlée, avec en fin de compte des conséquences dramatiques sur la couverture vaccinale et l'incidence de la maladie. D'un autre côté, les effets indésirables d'un vaccin peuvent compromettre la santé de la personne vaccinée, et il faut les reconnaître sans délai pour effectuer un complément de recherche et prendre les mesures qui s'imposent.

Pour répondre rapidement, efficacement et avec toute la rigueur scientifique voulue à ces problèmes de sécurité vaccinale, l'OMS a créé un Comité consultatif pour la sécurité des vaccins.

La première session de ce Comité s'est tenue au siège de l'OMS, à Genève, les 14 et 15 septembre 1999. Sa composition, ses buts et son mode de fonctionnement sont les suivants.

- Le Comité consultatif pour la sécurité des vaccins est un organe technique consultatif de l'OMS ayant pour mission de procéder de manière fiable et indépendante à l'étude scientifique des problèmes que pose la sécurité des vaccins par :
  - un examen rigoureux, à la lumière des dernières connaissances dans tous les domaines allant des sciences fondamentales à l'épidémiologie, de tout aspect de la sécurité vaccinale de portée nationale ou mondiale, en collaboration étroite avec l'ensemble des parties concernées, notamment des spécialistes appartenant aux administrations nationales, aux milieux universitaires et à l'industrie;
  - la détermination des relations de cause à effet entre les vaccins ou leurs constituants et les effets indésirables qui leur sont attribués;
  - la création, le cas échéant, de groupes spéciaux ayant pour mandat de commander, de suivre et d'évaluer des recherches méthodologiques ou expérimentales portant sur tout lien censé exister entre tel ou tel vaccin ou constituant, et un ou plusieurs effets indésirables.
- Les membres du Comité sont des spécialistes du monde entier dont la compétence est reconnue dans le domaine de l'épidémiologie, de l'immunologie, de la pédiatrie, des maladies infectieuses, de la santé publique, de la réglementation pharmaceutique et de la sécurité des médicaments (vaccins compris).
- Le Comité consultatif pour la sécurité des vaccins émettra des recommandations d'ordre scientifique afin d'aider l'OMS, les gouvernements nationaux et les organisations internationales dans l'élaboration de leurs politiques en matière de sécurité vaccinale, notamment eu égard aux problèmes affectant plus particulièrement les pays en développement.
- Le Comité examinera les problèmes de sécurité importants qui se posent aux niveaux international et régional et qui pourraient avoir des conséquences à court et à long terme sur les programmes nationaux de vaccination. Les questions abordées par le Comité feront l'objet d'une décision conjointe du secrétariat de l'OMS et du président du Comité, après consultation de l'ensemble de ses membres.

Les observations du Comité seront publiées sans délai dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*.

Tableau récapitulatif des maladies évitables par la vaccination

Nombre cumulatif de cas déclarés* pour certaines maladies choisies, Canada janvier-octobre, 1998-1999

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

Maladie	janvier–octobre 1998	janvier–octobre 1999
Diphtérie	0	1
Haemophilus influenzae de type b	37	31
Rougeole[§]	12	18
Oreillons	83	63
Rubéole	57	21
Rubéole congénitale	1	1
Coqueluche	5 887	4 528
Poliomyélite paralytique	0	0
Tétanos	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 1998 et 1999 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, LLCM.

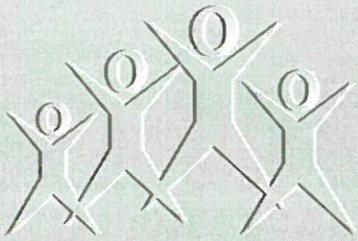
Annonces

Travaux de la Conférence nationale de concertation sur la varicelle, 1999

La Conférence nationale de concertation sur la varicelle, qui était parrainée par le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), de Santé Canada, s'est tenue du 5 au 7 mai 1999 à Montréal, Québec. L'objectif de la conférence était d'offrir aux représentants en santé publique des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, aux experts dans le domaine clinique et à d'autres groupes professionnels intéressés un forum pour discuter et mettre en commun des idées concernant les problèmes liés au vaccin contre la varicelle, notamment la mise en oeuvre de programmes de vaccination dans l'ensemble d'une population, l'acceptation du vaccin par les dispensateurs de services et le grand public de même que les moyens de maximiser les avantages du vaccin pour la population canadienne. Le compte rendu de la conférence de concertation a été publié (en français et en anglais) dans un supplément du *Relevé des maladies transmissibles au Canada* (volume 25S5, août 1999). On peut obtenir un exemplaire du compte rendu de la conférence en s'adressant à la Division de l'immunisation, LLCM, tél. : (613) 957-1340, fax : (613) 952-7948. La publication est également affichée sur Internet à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc

L'IMMUNISATION DU 21E SIÈCLE

Le progrès par l'éducation



4e Conférence canadienne nationale sur l'immunisation
du 3 au 6 décembre 2000
World Trade and Convention Centre, Halifax, Nouvelle-Écosse, Canada

◆ *Organisateurs*

Le Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada et la Société canadienne de pédiatrie

◆ *Objectifs de la conférence*

- Constituer un forum d'échange d'informations sur des questions importantes en matière d'immunisation
- Les participants et participantes y partageront leurs connaissances au sujet : des mythes, des vérités et de la logique en matière d'immunisation

Les sessions traiteront des initiatives mondiales relatives à l'immunisation et leur pertinence dans le cadre de la protection de la santé de la population canadienne, de ce qu'il y a de neuf en ce qui concerne les vaccins et les programmes de vaccination, du contenu actuel des programmes d'études et ce que l'on devrait y ajouter, et des sources d'information sur l'immunisation.

◆ *Qui devrait y participer?*

- les médecins, infirmiers et infirmières en santé publique
- les médecins, infirmiers et infirmières de première ligne
- les professionnels en promotion de la santé
- les professionnels de la santé du domaine de l'éducation
- les étudiants et étudiantes
- les décisionnaires
- le grand public
- les médias

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

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 : Jennifer Brousseau,
Coordonnatrice de la conférence, fax : (613) 952-7948

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

Le présent numéro de *Mise à jour : maladies évitables par la vaccination* en est le dernier. En guise de remplacement, une section du RMTC ainsi que des numéros complets traiteront de l'immunisation, des MEV et de questions touchant l'immunisation. En outre, le *Rapport national sur l'immunisation au Canada* sera publié à titre de supplément au RMTC.

Nous remercions tous ceux et celles qui ont contribué à l'atteinte des objectifs de cette publication et attendrons avec plaisir vos soumissions futures pour publication dans le RMTC.

Pour obtenir des renseignements en santé publique, visitez le site Web du LLCM au http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc

Éditeurs :
Adwoa Bentsi-Enchill
Paul Varughese
Division de l'immunisation
Bureau des maladies infectieuses
Tél. : (613) 957-1340
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 (En direct) ISSN 1481-1014