

Notes de la rédactrice

Il y a un nouveau virus dans les Caraïbes. La plupart des Canadiens n'ont jamais entendu parler du virus chikungunya. Jusqu'à récemment, il s'agissait encore de l'une de ces maladies obscures à transmission vectorielle présentes principalement en Asie et en Afrique. Elle se rapproche désormais de chez nous. En décembre 2013, une éclosion de cette maladie apparentée à la dengue a été repérée dans plusieurs pays des Caraïbes. Et combien de Canadiens se rendent dans les Caraïbes en hiver? Il devient soudainement très possible de rencontrer des cas d'infection au virus chikungunya au Canada. Cette maladie n'est pas bénigne et peut être persistante. Dans ce numéro, vous trouverez un article de communications rapides qui précise les choses à faire pour prévenir, détecter et prendre en charge la maladie. Vous y trouverez également des explications sur la façon dont les recommandations de vaccination sont élaborées au Canada grâce à deux résumés de déclarations du Comité canadien sur l'immunisation.

Communications rapides

VIRUS DU CHIKUNGUNYA DANS LES CARAÏBES 2013-2014.....7

Deilgat M., Geduld J., Drebot M.

Recommandations pour gérer le virus du chikungunya, dont la prévention des piqûres de moustiques, le diagnostic précoce, le test en laboratoire et le signalement aux autorités en matière de santé publique.

Résumés

RECOMMANDATIONS POUR LES PROGRAMMES DE VACCINATION ANTIROTAVIRUS 13

Le CCI appuie l'administration systématique des vaccins antirotavirus aux nourrissons, sans contre-indications, en se fondant sur les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation, les études canadiennes démontrant leur efficacité par rapport aux coûts et les données probantes quant au niveau élevé d'acceptabilité et de faisabilité.

RECOMMANDATIONS POUR LES PROGRAMMES DE VACCINATION À DEUX DOSES CONTRE LA VARICELLE.....15

Comité canadien sur l'immunisation

Le CCI appuie l'adoption d'un calendrier de vaccination systématique à deux doses contre la varicelle, sur une base volontaire, en fonction des recommandations du CCNI, des données probantes initiales quant au rapport coût-avantage et de l'acceptabilité prévue.

Quoi de neuf17

Liens utiles17



Communications rapides

ÉCLOSION DE CHIKUNGUNYA DANS LES CARAÏBES (2013-2014)

Deilgat M^{I*}, Geduld J^{II}, Drebot M^{III}

* Auteur-ressource : michel.deilgat@phac-aspc.gc.ca

I Agence de la santé publique du Canada, Centre des maladies infectieuses d'origine alimentaire, environnementale et zoonotique, Ottawa, Ontario

II Agence de la santé publique du Canada, Division santé-voyage et santé liée à la migration, Ottawa, Ontario

III Agence de la santé publique du Canada, Zoonoses et pathogènes spéciaux, Laboratoire national de microbiologie, Winnipeg, Manitoba

RÉSUMÉ

Contexte : En décembre 2013, la transmission locale du virus chikungunya par les moustiques a été confirmée pour la première fois dans plusieurs îles des Caraïbes.

Objectif : Décrire ce qui est connu à ce jour à propos de l'éclosion de chikungunya dans les Caraïbes, et déterminer ce qui est fait pour détecter et limiter cette infection.

Résultats : L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS)/Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recommandé qu'une surveillance du chikungunya soit mise en place dans les pays dans lesquels il existe une surveillance de la dengue. Il est conseillé aux futurs voyageurs de prendre des mesures de protection personnelle pour éviter les piqûres de moustiques en vue de réduire le risque d'exposition. Les patients présentent généralement une fièvre et une arthralgie. S'il existe des antécédents de voyage, des tests sérologiques pour détecter toute infection au virus chikungunya et au virus de la dengue doivent être envisagés après avoir discuté avec les responsables de la santé publique locaux. Le traitement est un traitement de soutien. Aucune transmission au Canada n'est attendue.

Conclusion : Les cliniciens et les professionnels de la santé publique au Canada doivent rester vigilants à propos de cas sporadiques d'infection au virus chikungunya chez les patients se présentant avec une fièvre et une arthralgie après un séjour dans l'une des îles des Caraïbes touchées.

INTRODUCTION

La fièvre chikungunya est une maladie apparentée à la dengue causée par un virus transmis aux humains par les moustiques *Aedes*, principalement *Aedes aegypti* et *Aedes albopictus*. Le nom « chikungunya » provient de la langue makonde (Tanzanie et nord du Mozambique) et signifie « qui se recourbe », en référence aux arthralgies graves qui se manifestent avec l'infection. Le virus circule généralement en Afrique et dans certaines régions de l'Asie. Cependant, des cas sporadiques importés et des éclosions occasionnelles de la fièvre chikungunya ont eu lieu dans d'autres régions géographiques, comme en Italie en 2007(1) et en France en 2010(2, 3).

Précédemment, seuls les cas importés du virus chikungunya associés au voyage ou à une infection à l'étranger étaient signalés dans les Amériques. Récemment, il a été signalé dans les Caraïbes et, pour la première fois, la transmission locale a été vérifiée dans l'hémisphère occidental. Description de l'événement

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

Le 6 décembre 2013, deux cas confirmés du virus chikungunya dans l'île des Caraïbes de Saint-Martin/Sint Maarten ont été signalés à l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS)/Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Ces cas ont été détectés dans la foulée d'une éclosion de la dengue, à la suite d'une enquête sur les cas pour lesquels le diagnostic de dengue avait été exclu. Les autorités sanitaires de Saint-Martin (partie française du nord) et de Sint Maarten (partie néerlandaise du sud) coopèrent étroitement pour répondre à cette éclosion.

En consultation avec l'OPS, un cas « suspect » de fièvre chikungunya lié au voyage est défini comme un patient présentant une apparition de fièvre aiguë supérieure à 38,5 °C (101,3 °F) ainsi que des arthralgies ou arthrites n'étant pas liées à d'autres problèmes médicaux et ayant visité des régions où la maladie est épidémique ou endémique dans les deux semaines précédant l'apparition des symptômes(5)

Au 17 janvier 2014, 480 cas humains confirmés d'infection au virus chikungunya dans les Caraïbes avaient été signalés à l'OPS/OMS, tandis que plusieurs cas faisaient toujours l'objet d'une investigation (6). Les cas indigènes de virus chikungunya ont été confirmés sur les îles de Saint-Martin/Sint Maarten, de la Martinique, Vierges britanniques, de la Guadeloupe et de Saint-Barthélemy; un cas supplémentaire lié à un voyage en Martinique, a été signalé en Guyane française et un cas en Dominique, lié à un voyage à Saint-Martin. Aux États-Unis, des résultats sont attendus à propos de deux cas suspects liés aux voyages (1 à Saint-Martin et 1 à Sainte-Lucie). À ce jour, aucun cas humain de virus chikungunya n'a été signalé chez les voyageurs canadiens revenant des Caraïbes. L'éclosion récente dans les îles des Caraïbes marque la première transmission indigène du virus chikungunya dans la Région des Amériques.

INVESTIGATIONS ET RÉPONSE

En étroite collaboration avec l'OPS, les mesures mises en œuvre à ce jour par les autorités locales comprennent :

- la surveillance épidémiologique, y compris la surveillance syndromique et la surveillance des cas graves;
- les activités de lutte contre les vecteurs dans la région touchée seront rapidement étendues à l'ensemble de l'île, notamment à proximité des aéroports, des écoles, des garderies et des hôpitaux;
- la communication et la mobilisation sociale : des renseignements sont fournis par les professionnels de la santé au public (à propos de la protection individuelle et de la manière d'éliminer les sites de croissance des larves) et aux voyageurs, par l'intermédiaire de messages précis diffusés dans les aéroports.

L'OPS/OMS recommande qu'une surveillance du virus chikungunya soit mise en place dans les pays où existe un système de surveillance de la dengue, en tenant compte des différences d'évolution clinique. Une surveillance doit être menée pour déterminer si le virus chikungunya peut avoir été introduit dans ces pays, pour assurer le suivi de ce virus en cas d'introduction et pour assurer le suivi de la maladie une fois qu'elle est établie (4).

ÉVALUATION

En 2012, les Canadiens ont effectué plus de 2,5 millions de visites dans les pays des Caraïbes (7). Par conséquent, on peut s'attendre à des cas liés au voyage de virus chikungunya chez des personnes revenant des Caraïbes. Il existe un risque pour les voyageurs se rendant dans les îles des Caraïbes, et il faut conseiller à ces derniers d'utiliser des mesures de protection individuelle contre les piqûres de moustiques.

Au Canada, le risque actuel de transmission locale du virus chikungunya est faible, car les moustiques qui transmettent généralement ce virus aux humains ne sont pas présents au Canada.

RECOMMANDATIONS

Prévention

Il n'existe aucun vaccin et aucune médecine préventive contre le virus chikungunya. Par conséquent, des mesures de prévention, comme l'évitement des piqûres de moustiques et la lutte contre le moustique vecteur, doivent être mises en œuvre (tableau 1). Ces mesures de prévention sont semblables à celles utilisées contre d'autres maladies communément transmises par les moustiques, comme la dengue et le virus du Nil occidental (8).

Il faut conseiller aux voyageurs de communiquer avec leur professionnel de la santé s'ils présentent des symptômes de la grippe pendant leur voyage ou dans les 12 jours suivant leur retour au Canada.

Éviter les moustiques :	Diminuer l'exposition en évitant les périodes et les lieux où l'on sait que les moustiques sont actifs (p. ex. en restant à l'intérieur pendant les périodes de forte activité, en diminuant l'exposition dans des zones rurales ou d'autres milieux associés à des vecteurs précis).
Barrières physiques :	<p>Installer des moustiquaires aux portes et aux fenêtres.</p> <p>Porter des vêtements appropriés (p. ex. des vêtements pleine longueur, amples, de couleurs claires).</p> <p>Utiliser des vêtements, des équipements et des moustiquaires imprégnés d'insecticide.</p>
Insectifuges ou insecticides topiques :	<p>Appliquer sur les surfaces exposées de la peau un insectifuge topique homologué au Canada.</p> <p>Des insectifuges contenant du DEET (de 20 à 30 %) ou de l'icaridine (20 %) devraient être le premier choix pour les adultes.</p> <p>Des insectifuges contenant de l'icaridine (20 %) devraient être le premier choix pour les enfants âgés de six mois à douze ans.</p> <p>Dans le cas de déplacements à l'étranger vers des régions endémiques ou épidémiques, le risque de contracter des maladies associées aux arthropodes est supérieur au risque d'une réaction indésirable au DEET ou à l'icaridine. Dans ces situations et lorsque des vecteurs ne peuvent pas être écartés autrement (p. ex. en utilisant des moustiquaires imprégnées d'insecticide), l'application de DEET à une teneur maximale de 10 % ou d'icaridine à une teneur de 10 % devrait être envisagée pour les nourrissons de moins de six mois.</p> <p>Ne pas utiliser de produits qui sont à la fois un insectifuge et écran solaire.</p> <p>Il est préférable d'appliquer d'abord un écran solaire et, une fois qu'il a pénétré la peau, d'appliquer un insectifuge. Lorsque ce n'est pas possible,</p>

	<p>appliquer les deux produits, quitte à le faire en même temps.</p> <p>Utiliser des vêtements, des équipements et des moustiquaires imprégnés d'insecticide. Les produits imprégnés d'insecticides qui repoussent et tuent les moustiques ne sont pas homologués en vue d'une utilisation par le public au Canada. Cependant, ces produits peuvent être achetés auprès de détaillants en ligne aux États-Unis ou auprès de cliniques de médecine de voyage au Canada avant le départ. Les produits homologués par l'Environmental Protection Agency des États-Unis sont préférables à ceux disponibles dans d'autres juridictions non canadiennes (c.-à-d. dans les pays de destination).</p>
--	--

Détection précoce

Il est important d'obtenir un relevé des antécédents de voyage de toute personne présentant une fièvre et une arthralgie. En général, après une période d'incubation de 3 à 7 jours (fourchette de 1 à 12), on constate l'apparition soudaine d'une fièvre et d'une arthralgie accompagnée de symptômes constitutionnels comme des frissons, des maux de tête, des photophobies, des injections conjonctivales, des anorexies, des douleurs abdominales et des nausées. La polyarthrite migratrice touche principalement les petites articulations des mains, des poignets, des chevilles et des pieds, et touche moins les articulations plus importantes. Une éruption cutanée peut se produire plusieurs jours après l'apparition de la maladie; elle est habituellement à mettre en relation avec une défervescence. L'éruption cutanée est plus importante sur le tronc et les membres, et une desquamation peut durer de 1 à 7 jours. Une leucopénie et une thrombocytopénie légère peuvent également être constatées. Les complications neurologiques, cardiaques et hépatiques sont rares ([tableau 2](#)). Les patients plus âgés peuvent développer une raideur persistante, une arthralgie et des épanchements articulaires pendant plusieurs années, particulièrement les patients HLA-B27 positifs. Des symptômes inflammatoires chroniques des articulations ont été constatés, au maximum, chez 50 % des cas adultes, et après 2 ans dans le cas de certaines éclosions (4,5). Il s'agit généralement d'une maladie spontanément résolutive qui s'avère rarement mortelle.

Des études passées ont montré que la combinaison de fièvre et de polyarthralgie présentait la meilleure sensibilité et la meilleure spécificité (à 84 % et à 89 %, respectivement) et qu'elle était liée à une classification appropriée de 87 % des personnes présentant une infection au virus Chikungunya confirmée par un test sérologique.

Symptômes courants	Symptômes rares	Diagnostic différentiel
Apparition soudaine de fièvre	Troubles neurologiques (méningo-encéphalite, encéphalopathie, convulsions, syndrome de Guillain-Barré, parésie, paralysie et neuropathie)	Cliniquement, les symptômes d'infection au virus chikungunya peuvent être impossibles à distinguer de ceux de la dengue.
Polyarthralgie grave, touchant principalement les articulations distales	Troubles oculaires (névrite optique, iridocyclite, épisclérite, rétinite et uvéite)	Une co-infection au virus chikungunya et au virus de la dengue a été signalée.
Maux de tête, douleurs dorsales, myalgie		Les autres maladies fébriles aiguës semblables au virus chikungunya

<p>Éruptions cutanées (50 % des cas)</p>	<p>Troubles dermatologiques (hyperpigmentation photosensible, ulcération intertrigineuse de type aphteuse et dermatose vésiculobulleuse)</p> <p>Troubles rénaux (néphrite, insuffisance rénale aiguë)</p> <p>Autres (dyscrasie sanguine, pneumonie, insuffisance respiratoire, hépatite, pancréatite, syndrome d'antidiurèse inappropriée et hypoadrénalisme) (8)</p>	<p>comprennent : infection au virus O'Nyong-Nyong, infection au virus Sindbis, Leptospirose et arthrite post-infectieuse (11, 12)</p>
--	---	---

Investigation

Les cas suspectés de virus chikungunya doivent faire l'objet de discussions avec les autorités de santé publique locales qui peuvent participer à la réalisation de tests par l'intermédiaire des laboratoires provinciaux ou territoriaux de santé publique. Le Laboratoire national de microbiologie (LNM) est aujourd'hui le seul laboratoire au Canada en mesure de mener des tests de dépistage du virus chikungunya. Il apportera son soutien aux provinces et aux territoires pour suivre les procédures de diagnostic permettant de documenter les infections au virus chikungunya. Le LNM peut également fournir une formation au personnel travaillant dans les laboratoires provinciaux de santé publique afin qu'ils soient en mesure de mener leurs propres tests de dépistage du virus chikungunya.

Les critères de test des laboratoires visant à détecter les cas incluent l'isolement du virus, la détection de l'ARN viral et la présence d'anticorps IgM ou IgG spécifiquement viraux ou d'anticorps neutralisants. On peut avoir recours à l'isolement du virus et à la RT-PCR pour détecter le virus ou l'ARN viral dans les échantillons de sang ou de sérum prélevés dans les 7 jours suivant l'apparition des symptômes. Les anticorps IgM sont détectables dans les échantillons de sérum prélevés dans les 5 à 7 jours suivant l'apparition des symptômes.

Le test de dépistage du virus chikungunya doit être envisagé chaque fois que des cas de dengue suspectés font l'objet de tests afin de confirmer ou d'infirmer la présence d'une maladie concomitante.

Traitement

Il n'existe aucun traitement précis ni aucun soin de soutien. L'apport en liquides, les analgésiques, les AINS ainsi que du repos sont recommandés lorsque les symptômes sont aigus. Les patients atteints de douleurs articulaires graves peuvent être traités avec des narcotiques ou des corticostéroïdes à court terme. La mortalité est rare et un rétablissement sans séquelle est attendu dans la plupart des cas. Parfois, l'arthralgie peut perdurer pendant plusieurs mois, voire pendant plus d'un an (6,7).

Déclaration

Le virus chikungunya et la dengue ne sont pas des maladies à déclaration obligatoire au Canada, mais leur détection et leur signalement sont très utiles au suivi de leur portée. Il est recommandé que les cas de virus chikungunya diagnostiqués soient signalés aux autorités de santé publique locales, qui peuvent transmettre l'information aux autorités sanitaires provinciales/territoriales, lesquelles peuvent la transmettre à leur tour à l'échelle nationale. Enfin, l'Agence de la santé publique du Canada peut transmettre l'information à l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS)/Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Conclusion

Les cliniciens et les professionnels de la santé publique au Canada doivent rester vigilants à propos de cas sporadiques d'infection au virus chikungunya chez les patients se présentant avec une fièvre et une arthralgie après un séjour dans l'une des îles des Caraïbes touchées.

RÉFÉRENCES

1. Rezza G, Nicoletti L, Angelini R, Romi R, Finarelli C, Panning M, et al. Infection with chikungunya virus in Italy: an outbreak in a temperate region. *Lancet* 2007;370:1840-1846.
2. La Ruche G, Souarès Y, Armengaud A, Peloux-Petiot F, Delaunay P, Desprès P, et al. First two autochthonous dengue virus infections in metropolitan France, September 2010. *Eurosurveillance* 2010;15(39).
3. Grandadam M, Caro V, Plumet S, Thiberge M, Souarès Y, Failloux AB, et al. Chikungunya virus, southeastern France. *Emerging Infectious Diseases* 2011;17(5):910-913.
4. Pan American Health Organization. Epidemiological alert: Chikungunya fever, December 9, 2013, 201. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23805&Itemid=;](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23805&Itemid=)
5. Pan American Health Organization. Preparedness and Response for Chikungunya Virus: Introduction in the Americas. 2011. www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16984&Itemid= (disponible en anglais seulement) - 1039k;
6. Pan American Health Organization. Cumulative number of reported cases of chikungunya fever in the Americas, by country of territory 2014 to 17 January 2014, *Epidemiological week* 03. 2014. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9053&Itemid=3984 Statistics Canada. International Travel Survey, Canadian Residents, 2012.
7. Committee to Advise on Tropical Medicine and Travel. Statement on personal protective measures to prevent arthropod bites. *Communicable Disease Report* 2012;38(ACS-3). <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/12vol38/acs-dcc-3/index-eng.php>
8. Wallace RB, Kohatsu N, Last JM, Brownson R editors. *Wallace/Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine*. 15th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2008, pp. 351-352.
9. Wertheim HFL, Horby P, Woodall JP. *Atlas of Human Infectious Diseases*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.
10. Magill AJ, Ryan E, Solomon T, Hill D. Chikungunya Fever. *Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases*. 9th ed. London: Elsevier Saunders; 2013. p. 311-314.
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Chikungunya - Information for Clinicians. 2014. www.cdc.gov/chikungunya/pdfs/CHIKV_Clinicians.pdf (disponible en anglais seulement)

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Il n'y a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

FINANCEMENT

Aucun financement n'est concerné.

Résumé

RECOMMANDATIONS POUR LES PROGRAMMES DE VACCINATION ANTIROTAVIRUS

Comité canadien d'immunisation (CCI) [Note de bas de page 1](#)

CONTEXTE

Le rotavirus est une cause fréquente de gastro-entérite chez les enfants, et la maladie peut être tant asymptomatique que grave. Se fondant sur des données scientifiques, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommande d'administrer le vaccin contre le rotavirus aux nourrissons pour prévenir cette gastro-entérite virale courante. Le Comité canadien d'immunisation (CCI), pour sa part, s'est penché sur les enjeux liés aux programmes de ce vaccin et sur la pertinence d'inclure le vaccin dans les calendriers de vaccination systématique des provinces/territoires. Le présent document est un bref sommaire de la déclaration complète du CCI concernant la vaccination contre le rotavirus [Note de bas de page *](#).

DÉMARCHE

Un groupe de travail du CCI a examiné le fardeau de la maladie, l'innocuité et l'efficacité des vaccins, le rapport coût/avantage, l'acceptabilité et la faisabilité ainsi que les questions éthiques et juridiques en cause. Il a ensuite formulé des recommandations relatives à un programme universel de vaccination contre le rotavirus et à une stratégie d'évaluation et a élaboré des questions pour recherches futures.

CONSTATATIONS

Le rotavirus est une cause fréquente de gastro-entérite chez les enfants et peut entraîner de lourdes séquelles, surtout dans le cas des enfants âgés de moins de deux ans. Au Canada, 1 enfant sur 7 atteint de la maladie sera confié à des soins de santé, 1 cas sur 20 sera conduit à la salle d'urgence ou hospitalisé et 1 cas sur 62 sera hospitalisé. Les deux vaccins oraux contre le rotavirus homologués au Canada, RotaTeqMD et RotarixMC, sont efficaces et protègent contre les sérotypes courants. L'intussusception survient rarement par suite de la vaccination, mais risque de survenir dans le cas d'une infection. Une évaluation attentive de l'innocuité a révélé que les avantages du vaccin contre le rotavirus l'emportent sur le risque. Un examen systématique d'études sur le rapport coût/avantage semble indiquer que ces vaccins sont rentables même lorsque l'immunité collective n'est pas prise en considération. Il a été conclu que le vaccin RotarixMC est plus rentable que le RotaTeqMD, selon les études canadiennes réalisées. D'après les études menées sur l'acceptabilité, les parents aiment que le vaccin contre le rotavirus soit administré par voie orale et qu'il soit efficace pour prévenir la maladie grave, et ils se fieraient à la recommandation du médecin quant à son utilisation. La vaccination contre le rotavirus est possible, car elle s'insère bien dans le calendrier actuel de vaccination systématique.

RECOMMANDATIONS

Le CCI appuie l'administration systématique des vaccins contre le rotavirus aux nourrissons, sans contre-indications, en se fondant sur les recommandations du CCNI, les études canadiennes démontrant leur efficacité par rapport aux coûts et les études canadiennes indiquant un haut degré d'acceptabilité et de faisabilité. Un cadre d'évaluation pour les programmes d'immunisation contre le rotavirus est recommandé pour :

1. surveiller le fardeau de la maladie au Canada;
2. évaluer la gravité des infections;
3. assurer le suivi de la couverture vaccinale dans la population cible;
4. surveiller l'innocuité des vaccins.

D'autres domaines de recherche cernés comprennent les études sur le recours à la vaccination, l'évaluation de l'immunité collective et l'administration du vaccin contre le rotavirus aux enfants prématurés.

RÉFÉRENCE

Note de bas de page 1

Comité canadien d'immunisation (CCI). (2014). Recommandations pour les programmes de vaccination antirotavirus.

Note de bas de page *

Le Comité canadien d'immunisation offre des conseils d'ordre opérationnel et technique relatifs aux politiques et programmes d'immunisation au Canada. Il est composé de représentants des provinces/territoires, du Comité consultatif national de l'immunisation, de l'Advisory Committee on Immunization Practices (États-Unis) et des trois unités suivantes de Santé Canada : la Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques, la Direction des produits de santé commercialisés et la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Résumé

RECOMMANDATIONS POUR LES PROGRAMMES DE VACCINATION À DEUX DOSES CONTRE LA VARICELLE

Comité canadien d'immunisation (CCI) [Note de bas de page 1](#)

DÉMARCHE

Un groupe de travail du CCI a examiné le fardeau de la maladie, l'innocuité et l'efficacité des vaccins, le rapport coût/avantage, l'acceptabilité et la faisabilité ainsi que les enjeux éthiques et juridiques. Il a ensuite formulé des recommandations relatives à un programme de vaccination à deux doses contre la varicelle, établi une stratégie d'évaluation et élaboré des questions pour recherches futures [Note de bas de page *](#).

CONSTATATIONS

Entre 1995 et 2005, on a observé une hausse de la proportion des cas de varicelle ayant déjà été immunisés. En 2005, la proportion des sujets immunisés âgés d'au moins un an s'établissait entre 57 et 64 %. La maladie chez les enfants vaccinés est habituellement plus bénigne et cause moins de lésions, dure moins longtemps et a une incidence de fièvre plus faible. Il a été démontré que les taux d'efficacité du vaccin sont beaucoup plus élevés dans un programme de vaccination à deux doses que dans un programme à une dose. Le risque de convulsions fébriles bénignes peut être légèrement supérieur si le vaccin combiné est administré, par rapport au cas où le vaccin antirougeoleux, antiourlien et antirubéoleux (vaccin ROR) et le vaccin contre la varicelle sont administrés séparément. Toutefois, une étude canadienne n'a signalé aucun risque significatif. Il s'ensuit qu'il faudra sans doute de vastes études post-homologation pour que l'on soit en mesure de noter si les taux de convulsions fébriles sont en hausse par suite d'un vaccin combiné. L'analyse de la sensibilité d'une étude non publiée sur le rapport coût/avantage de l'immunisation à une et à deux doses contre la varicelle révèle l'efficacité par rapport au coût d'un calendrier de vaccination à deux doses en vertu d'hypothèses de bon nombre de modèles et de paramètres. On a démontré qu'il était plus rentable d'administrer une seconde dose contre la varicelle à des écoliers de quatrième année qu'une seconde dose à 18 mois. Toutefois, il va falloir analyser plus avant les aspects économiques de la varicelle et du zona, et mieux comprendre les avantages d'une méthode par rapport à l'autre, en ce qui concerne un programme à deux doses. L'acceptabilité d'un programme d'administration d'une deuxième dose sera probablement semblable à celle d'un programme offrant une dose unique.

RECOMMANDATIONS

Le CCI appuie l'adoption d'un calendrier de vaccination systématique à deux doses contre la varicelle, sur une base volontaire, selon les recommandations du CCNI, les données probantes initiales quant au rapport coût/avantage et l'acceptabilité prévue. Chaque province/territoire peut décider d'adopter ou non un programme d'administration d'une deuxième dose, et décider du moment et de la manière de le mettre en œuvre. Une évaluation est requise pour permettre de :

1. surveiller le fardeau de la maladie au Canada;
2. évaluer la gravité des infections;
3. assurer le suivi de la couverture vaccinale dans la population cible;
4. surveiller l'innocuité des vaccins.

Des recherches seront nécessaires pour évaluer la durée de la protection, l'efficacité des programmes de rattrapage et l'interchangeabilité des différents vaccins contre la varicelle.

RÉFÉRENCE

Comité canadien d'immunisation (CCI). (2013). Recommandations pour les programmes de vaccination à deux doses contre la varicelle.

Note de bas de page *

Le Comité canadien d'immunisation offre des conseils d'ordre opérationnel et technique relatifs aux politiques et programmes d'immunisation au Canada. Il est composé de représentants des provinces/territoires, du Comité consultatif national de l'immunisation, de l'Advisory Committee on Immunization Practices (États-Unis) et des trois unités suivantes de Santé Canada : la Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques, la Direction des produits de santé commercialisés et la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Quoi de neuf

Emerg Inf Dis Feb 2014 [Investigation of Inhalation anthrax case. United States](#). Griffith J., Blaney D., Shadomy S., Lehman M., Pesik N., Tostenson S., Delaney L., Tiller R., DeVries A., Gomez T., Sullivan M., Blackmore C., Stanek D., Lynfield R., et l'équipe chargée d'enquêter sur la maladie du charbon.

Un homme de 61 ans a contracté la maladie du charbon en raison de l'inhalation de terre contaminée par des spores en voyageant dans quatre États des États-Unis. (préimpression)

Eurosurv Jan 2014 [Conclusions of the fourth CONSISE international meeting](#). Van Kerkhove M, Wood J, au nom du Consortium pour la normalisation de la grippe Séroépidémiologie (CONCISE).

Le [Consortium for Standardization of Influenza Seroepidemiology](#) a développé des modèles de protocoles d'étude pour évaluer la séroprévalence des virus de la grippe saisonnière, pandémique et zoonotique chez des populations humaines précises, et a normalisé la réponse des laboratoires de sérologie à l'échelle internationale à un nouveau virus de la grippe émergeant.

Liens utiles

[Vaccin antirotavirus](#). Comité consultatif national de l'immunisation. Guide canadien d'immunisation, partie 4. 2012

[Vaccin contre la varicelle](#). Comité consultatif national de l'immunisation. Guide canadien d'immunisation, partie 4. 2012