ISSN 1188-4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Date de publication : août 1999

Volume 25S5

*Supplément*

# Travaux de la Conférence nationale de concertation sur la varicelle

Santé Canada Health Canada

Canada

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

*Santé Canada*

Au nom de Santé Canada, la Division de l'immunisation du LLCM tient à remercier les membres du comité de planification, le président de la conférence, les conférenciers, les présidents et rapporteurs des groupes de travail, ainsi que les participants, les observateurs, le personnel du LLCM et les entrepreneurs de leur précieuse contribution à la Conférence nationale de concertation sur la varicelle.

Cette publication a été produite par la Division de la diffusion des documents au Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires ou pour vous abonner au Relevé des maladies transmissibles au Canada, veuillez communiquer avec le Centre des services aux membres, Association médicale canadienne, 1867 promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario), Canada K1G 3Y6.
Tél. : (613) 731-8610, poste 2307; 888-855-2555 (sans frais au Canada et aux É.-U.) ou par télécopieur : (613) 236-8864.

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

# Travaux de la Conférence nationale de concertation sur la varicelle

**Montréal (Québec)**
**du 5 au 7 mai 1999**

**Santé Canada**
**Direction générale de la protection de la santé**
**Laboratoire de lutte contre la maladie**
**Bureau des maladies infectieuses**
**Division de l'immunisation**

# Table des matières

Introduction . . . . . 1

Recommandation générale de la Conférence . . . . . 4

Buts et objectifs de la santé publique visant le contrôle de la varicelle et la couverture vaccinale . . . . . 5

Élaboration et mise en oeuvre de programmes de vaccination contre la varicelle . . . . . 8

Utilisation du vaccin contre la varicelle dans les populations particulières . . . . . 10

Promotion des programmes de vaccination contre la varicelle . . . . . 13

Besoins en matière de surveillance . . . . . 15

Besoins en matière de recherche . . . . . 18

Références . . . . . 19

Annexe A : Liste des participants . . . . . 20

Annexe B : Sujets des groupes de travail, des présidents et des rapporteurs . . . . . 26

Annexe C : Documents à lire . . . . . 27

# Introduction

La Conférence nationale de concertation sur la varicelle a été commanditée par le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) de Santé Canada et a eu lieu du 5 au 7 mai 1999 à Montréal, Québec. Le premier vaccin contre la varicelle au Canada, un vaccin vivant atténué de la souche Oka, a été autorisé en décembre 1998 et est recommandé par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), principalement pour la vaccination des personnes en bonne santé âgées de ≥ 12 mois[1].

Bien que la varicelle soit souvent considérée comme une maladie assez bénigne chez les enfants âgés de < 12 ans qui ne présentent pas d'autres problèmes de santé, les données épidémiologiques disponibles montrent que les cas liés à ce groupe d'âge représentent un important fardeau financier pour la santé publique : environ 90 % de tous les cas de varicelle, de 80 % à 85 % des visites chez le médecin liées à la varicelle, de 85 % à 90 % des hospitalisations, près de 50 % des décès et la majorité des coûts annuels, dont la plupart sont liés aux pertes de productivité des fournisseurs de soins[1]. Chez les enfants de < 10 ans, la varicelle est actuellement la principale cause de décès attribuable aux maladies potentiellement évitables par une vaccination systématique des enfants au Canada.

La varicelle est une maladie plus grave chez les adultes, le taux de létalité étant de 10 à 30 fois plus élevé que chez les enfants. De plus, tant chez les adultes que chez les enfants, la majorité des personnes qui meurent de la varicelle ne présentent pas de facteur de risque connu lié à une maladie grave sous-jacente.

Actuellement, le vaccin contre la varicelle n'est pas accepté de façon unanime par les professionnels de la santé ou par le public. Le moment d'introduction d'un programme de vaccination contre la varicelle différera sans doute d'une province à l'autre ou d'un territoire à l'autre, en raison notamment des nombreuses priorités concurrentes visant l'affectation des ressources de santé publique à l'échelle provinciale et territoriale ou locale. De plus, la mise en oeuvre de programmes de vaccination systématique présente plusieurs défis de nature logistique relativement au fait que le vaccin actuellement autorisé doit être conservé congelé jusqu'au moment de son utilisation et qu'il constitue ainsi le vaccin le plus sensible à la chaleur de tous ceux actuellement disponibles. Les principales contraintes de ce nouveau produit sont le coût du vaccin de même que les exigences en matière d'entreposage et de manutention (en particulier l'insuffisance actuelle du nombre de congélateurs, les coûts associés aux congélateurs pour les organismes de santé publique et les bureaux de médecins, et les difficultés qu'entraîne la livraison du vaccin et le maintien de la chaîne de congélation dans des régions éloignées).

Les données de modélisation suggèrent, qu'à moins d'obtenir un haut taux de vaccination uniforme dans toutes les régions, il existe un risque de glissement épidémiologique de la varicelle vers la population adulte avec, comme résultat, une augmentation de la morbidité. Voilà pourquoi, plus que pour tout autre vaccin utilisé de manière systématique, il a été reconnu qu'il existe un besoin urgent d'une concertation nationale concernant les avantages potentiels d'une vaccination systématique contre la varicelle, et d'une stratégie visant à mettre en oeuvre des programmes de vaccination systématique.

L'objectif général de cette conférence était d'offrir un forum aux représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux du secteur de la santé publique, aux experts cliniques et à d'autres intervenants professionnels, afin de discuter et de mettre des idées en commun concernant les

problèmes liés au vaccin contre la varicelle, y compris la mise en oeuvre de programmes de vaccination, l'acceptation du vaccin par les dispensateurs de services et le public, de même que les moyens de maximiser les avantages du vaccin pour la population canadienne.

Les objectifs spécifiques de la conférence étaient de discuter et d'échanger des idées sur :

- les objectifs nationaux visant le contrôle de la varicelle et du zona
- une approche coordonnée de mise en oeuvre de programmes de vaccination contre la varicelle, dans toutes les provinces et tous les territoires
- les besoins en recherche post-commercialisation relatifs aux manifestations cliniques du virus varicelle-zona (VVZ) et au vaccin contre la varicelle.

La conférence a fait l'objet d'une participation élargie de tous les groupes d'intérêt concernés incluant : le Laboratoire de lutte contre la maladie, le Bureau des produits biologiques et radiopharmaceutiques, la Direction générale des services médicaux, les provinces et les territoires (les médecins hygiénistes en chef, les épidémiologistes provinciaux et territoriaux et les représentants locaux), le Comité consultatif sur la santé de la population, l'Association canadienne des infirmières en santé au travail, l'Association canadienne des microbiologistes médicaux, l'Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté – Canada, la Société canadienne des maladies infectieuses, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, la Société canadienne de pédiatrie, l'Association canadienne de santé publique, le Collège des médecins de famille du Canada, le Comité consultatif national sur l'immunisation, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, le Toronto Fetal Center, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis et un protecteur du consommateur.

Les représentants de deux entreprises de fabrication de vaccin étaient également invités à assister à la conférence à titre d'observateurs et afin de présenter les informations techniques et scientifiques les plus récentes concernant leurs produits respectifs : VARIVAX® de l'entreprise Merck Frosst (le seul vaccin actuellement autorisé au Canada) et Varilrix$^{MC}$ de l'entreprise SmithKline Beecham (présentement non autorisé au Canada). Un représentant de la Croix-Rouge américaine a également assisté à la conférence à titre d'observateur.

Bien que l'on ait invité les Services canadiens du sang et HémaQuébec à envoyer des représentants à la conférence, aucun de ces deux organismes n'a pu être représenté. Bien que des représentants parmi les fabricants aient été invités à siéger aux assemblées plénières, ils n'ont participé à aucune de celles-ci, ni aux discussions des groupes de travail. Ils n'ont pas non plus contribué au financement de la conférence. Une demande visant à exclure les fabricants des assemblées plénières a été rejetée par un vote majoritaire. Une liste détaillée des participants est fournie à l'annexe A.

## Format et procédures de la conférence

La réunion a débuté avec plusieurs présentations scientifiques effectuées par des experts canadiens et américains invités à s'adresser à l'assemblée plénière (la conférencière européenne invitée dans le but de connaître leur perspective n'a pu être présente, toutefois des documents écrits ont été remis aux participants). Cinq groupes de travail se sont ensuite réunis pendant 2 jours afin de discuter de problèmes particuliers de santé publique; ils ont ensuite présenté les conclusions de leurs discussions lors de l'assemblée plénière.

Des informations scientifiques d'actualité ont été présentées sur les sujets suivants :

- la virologie, les manifestations cliniques et la réponse immunitaire au VVZ (D$^{re}$ Anne Gershon)
- l'épidémiologie du VVZ au Canada (D$^{re}$ Barbara Law, D$^{r}$ Yves Robert, et D$^{re}$ Danuta Skowronski)
- la séroprévalence de la varicelle dans des populations canadiennes (D$^{r}$ Sam Ratnam)
- le risque et l'incidence des infections dues au streptocoque bêta-hémolytique du groupe A dans la varicelle (D$^{r}$ H. Dele Davies)
- l'épidémiologie et la surveillance du VVZ aux États-Unis (D$^{re}$ Jane Seward)
- la modélisation épidémiologique de la varicelle au Canada (D$^{r}$ Gaston de Serres, M. Marc Brisson)

- les besoins en matière de surveillance du VVZ et du vaccin contre la varicelle au Canada (Dre Monique Douville-Fradet)
- la prévention de la transmission du VVZ en milieu hospitalier (Dre Anne Matlow)
- l'expérience vécue aux États-Unis avec le vaccin contre la varicelle (Dre Jane Seward)
- la prévention de la varicelle dans les populations présentant un risque particulier (Dr Myron Levin)
- l'analyse économique relative à l'utilisation du vaccin contre la varicelle au Canada (Dr Jaime Caro)
- le vaccin VARIVAX® (Dr Didier Reymond)
- le vaccin Varilrix™ (Dr Alan Kimura)

Dans le but d'équilibrer les différentes perspectives et la diversité professionnelle, les participants ont été répartis dans l'un des cinq groupes de travail. On a confirmé aux participants que les différences d'opinion s'avéraient non seulement les bienvenues, mais étaient absolument nécessaires au processus de concertation. Chaque groupe de travail comptait de 9 à 12 participants, de même qu'un président et un rapporteur choisis à l'avance (annexe B). Les cinq groupes de travail ont discuté de questions relevant des domaines suivants : (1) buts et objectifs en matière de santé publique visant le contrôle de la varicelle et la couverture vaccinale; (2) élaboration et mise en oeuvre de programmes de vaccination contre la varicelle; (3) utilisation du vaccin contre la varicelle chez des populations particulières; (4) promotion des programmes de vaccination contre la varicelle; (5) besoins de surveillance (liés à la maladie et au vaccin).

On a demandé aux participants des groupes de travail d'examiner des questions précises liées au domaine leur ayant été assigné et de formuler des recommandations relatives à ces questions. Les recommandations proposées par chacun des groupes ont été présentées et discutées à la séance plénière, dans un processus de concertation. Le consensus a été défini comme étant une entente des participants relative à la validité d'une recommandation à l'étude. Il a été décidé que l'unanimité n'était pas nécessaire à l'obtention d'un consensus. Par contre, il était nécessaire d'obtenir davantage qu'une majorité simple des participants votant en faveur d'une recommandation. Des claviers numériques électroniques ont été utilisés afin d'enregistrer les votes relatifs à chaque recommandation, cela afin d'assurer la régularité, la fiabilité et la confidentialité des voteurs. Les critères précis afin d'obtenir un consensus relatif aux recommandations étaient :

- un vote de 90 % à 100 % en faveur d'une motion était considéré comme un consensus concernant une recommandation donnée;
- un vote de 75 % à 89 % en faveur d'une motion était considéré comme un consensus, s'il n'y avait pas d'objections majeures exprimées par les participants; si une objection était soulevée, la recommandation était soumise à de plus amples discussions;
- un vote inférieur à 75 % en faveur d'une motion se traduisait par de plus amples discussions relatives à la recommandation et par un autre vote.

Les prochaines sections du présent rapport contiennent le résumé des discussions plénières relatives aux propositions de chaque groupe de travail, de même que des recommandations finales décidées par consensus. Pour arriver à ces recommandations, les participants ont pris en considération les connaissances scientifiques actuelles présentées lors de la conférence, de même que les renseignements présentés aux participants avant la réunion, à titre de documents à lire (annexe C). Bien que la majorité des participants aient été invités après avoir été choisis par différents groupes d'intérêt, ils n'ont pas nécessairement exprimé les mêmes opinions que celles des groupes auxquels ils appartiennent et ont pu exprimer des opinions personnelles concernant certaines questions. Lors de son discours d'ouverture, le Dr Paul Gully, sous-directeur adjoint du LLCM, a souligné qu'il serait important d'évaluer le processus de concertation, en mesurant, dans tout le pays, l'acceptation et la mise en oeuvre des recommandations et des directives découlant du consensus obtenu lors de la conférence.

# Recommandation générale de la Conférence

Il a été recommandé de donner une définition au terme «travailleur de la santé», en se fondant sur le *Guide de prévention des infections à l'intention du personnel travaillant dans les établissements de santé*[2].

## Recommandation générale

La définition du terme «travailleur de la santé» devrait inclure toutes les personnes, y compris les stagiaires, travaillant dans des établissements de soins de santé (p. ex., les hôpitaux, les établissements de soins ambulatoires, les centres d'hébergement et de soins de longue durée) susceptibles de contracter ou de transmettre des agents infectieux pendant leur travail. Les bénévoles ayant des contacts directs avec les patients devraient être inclus parmi les travailleurs de la santé.

# Buts et objectifs de la santé publique visant le contrôle de la varicelle et la couverture vaccinale

Les objectifs de santé publique visant le contrôle de la varicelle ont été examinés dans le contexte des questions logistiques liées au fait que le vaccin actuellement autorisé nécessite d'être maintenu congelé jusqu'au moment de l'administration. Les participants ont signalé qu'un vaccin extrêmement coûteux, combiné aux coûts de gestion du vaccin, pourrait détourner le financement prévu pour d'autres priorités de santé publique, rendant ainsi la mise en oeuvre rapide d'un programme de vaccination contre la varicelle moins attrayante. Par contre, un prix plus bas pourrait rendre un vaccin congelé plus acceptable.

Bien qu'il soit souhaitable d'éliminer le VVZ au Canada, les participants s'entendent sur le fait qu'il est encore plus important d'établir des objectifs visant la mise en oeuvre de programmes de vaccination comme moyen intermédiaire de réduire la morbidité et la mortalité liées au VVZ. Étant donné la variabilité dans l'introduction des programmes de vaccination d'une province et d'un territoire à l'autre, il a semblé plus plausible de se fixer des objectifs réalistes relativement à la réduction de la maladie d'ici l'an 2005. À ce moment-là, les programmes devraient être en place. On croit qu'en 2005, les problèmes logistiques liés au vaccin autorisé présentement devraient avoir été surmontés, sans tenir compte de la disponibilité éventuelle d'un vaccin réfrigéré au Canada. On a également souligné qu'il serait impossible de réaliser une réduction des hospitalisations tant que tous les groupes prioritaires importants (selon l'âge et le risque) identifiés pendant la conférence n'auraient pas été vaccinés.

On a élaboré des critères à respecter avant d'introduire une vaccination systématique contre la varicelle. Parmi d'autres questions examinées, ces critères tenaient compte de la capacité technique de gérer le vaccin (p.ex., accès adéquat à des congélateurs) et de la disponibilité complète du vaccin pour tous les membres d'une population cible. Plusieurs des recommandations soumises concernant la vaccination contre la varicelle ciblaient des personnes réceptives au sein de groupes particuliers, qu'on a définies comme les personnes n'ayant jamais contracté la varicelle ou n'ayant jamais été vaccinées contre cette maladie. Une fois mis en place un programme systématique de vaccination des enfants, on est en droit de s'attendre à ce que les taux de couverture vaccinale soient semblables à ceux de la vaccination antirougeoleuse; alors les objectifs de couverture vaccinale contre la varicelle d'enfants réceptifs ont été liés aux objectifs fixés pour la rougeole.

Plusieurs des recommandations formulées lors de la conférence appuient encore davantage des initiatives et des activités existantes du secteur de la santé publique, comme la création d'un registre national de vaccination. On a discuté longuement de la nécessité de mettre en place un mécanisme de priorisation des vaccins, lors des discussions plus larges ayant pour sujet le financement du secteur de la santé publique. On a proposé un partage des coûts entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, proposition qui devra être examinée à l'échelle nationale. Ainsi le gouvernement fédéral pourrait financer un programme de rattrapage vaccinal contre la varicelle des personnes réceptives au moment de la mise en place d'un

programme systématique de vaccination alors que les provinces et les territoires seraient responsables des coûts du programme régulier de vaccination contre cette maladie.

## Recommandation 1.1

Les critères pour la mise en oeuvre d'un programme systématique de vaccination contre la varicelle devraient être les suivants :

- Décisions primaires : le vaccin est sécuritaire, efficace et avantageux pour la personne à vacciner, et le fardeau imposé par la maladie justifie la mise en place d'un programme.
- Critère absolu : capacité d'offrir le vaccin à > 90 % de la population visée dans chaque province et territoire.
- Critères relatifs : disponibilité d'un vaccin réfrigéré, disponibilité d'un produit combiné, coût du vaccin comparable à celui des autres vaccins du calendrier régulier d'immunisation des enfants et accessibilité universelle au programme de vaccination.

En prenant en considération ces critères absolus et relatifs, toutes les provinces et les territoires devraient avoir mis en place un programme systématique de vaccination des enfants contre la varicelle, d'ici l'an 2005.

## Recommandation 1.2

Ayant pris en considération les critères de mise en oeuvre d'un programme systématique de vaccination contre la varicelle, celui-ci devrait commencer là où les infrastructures du secteur de la santé publique permettent la vaccination des enfants contre la varicelle. En attendant, les priorités suivantes sont suggérées concernant la mise en oeuvre du programme de vaccination, au moyen du vaccin congelé présentement autorisé. Les priorités doivent être modifiées en fonction des changements de formulation du vaccin. La vaccination devrait être offerte aux personnes réceptives appartenant aux groupes suivants, présentés en ordre de priorité décroissante :

- les travailleurs de la santé et autres groupes particuliers (tels que définis dans les recommandations formulées dans *Utilisation du vaccin contre la varicelle chez les populations particulières*)
- les groupes de personnes immunodéprimées sélectionnées (tels que définis dans *populations spéciales*), y compris les personnes éligibles aux protocoles de recherche, leurs familles et les autres contacts étroits
- les personnes âgées de < 13 ans, au moment d'une visite pour une autre vaccination
- les nourrissons âgés de 1 an
- le rattrapage vaccinal des enfants âgés de 1 an à 12 ans
- les autres adultes

## Recommandation 1.3

D'ici l'an 2005, un forum fédéral/provincial/territorial devrait établir des objectifs de réduction de la morbidité associée au VVZ.

## Recommandation 1.4

D'ici l'an 2003, tous les travailleurs de la santé (tels que définis dans les *Recommandations générales*) devraient être connus séropositifs au virus de la varicelle ou posséder des antécédents fiables de maladie, ou avoir en leur possession un document prouvant qu'ils ont été vaccinés contre la varicelle ou faire l'objet d'une contre-indication médicale valable à la vaccination contre la varicelle.

## Recommandation 1.5

D'ici l'an 2003, des registres provinciaux et territoriaux d'immunisation et un réseau national de registres d'immunisation devraient être mis en place, conformément à l'initiative des registres vaccinaux, actuellement en cours.

## Recommandation 1.6

D'ici l'an 2010, les objectifs de couverture vaccinale contre la varicelle devraient être liés aux objectifs de couverture vaccinale de la rougeole à atteindre avant le deuxième et le septième anniversaire de naissance[1].

1 Les objectifs de couverture qui ont été votés sont 95 % et 97 % avant le deuxième et le septième anniversaire de naissance respectivement. Toutefois, l'objet de la discussion était de lier les objectifs de couverture de la varicelle à ceux de la rougeole, qui sont de l'ordre de 97 % et 99 % respectivement[3]. Les objectifs actuels concernant la rougeole devraient être pris en considération lors de la mise en oeuvre et de l'évaluation du programme.

## Recommandation 1.7

Le Comité consultatif sur la santé de la population devrait soumettre aux sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux une proposition de financement fédéral adéquat de nouveaux programmes de vaccination.

## Recommandation 1.8

Le Comité consultatif sur la santé de la population devrait élaborer un mécanisme permettant l'harmonisation à travers le pays de la priorisation et de l'introduction de nouveaux vaccins dans les programmes de santé d'une juridiction à l'autre.

# Élaboration et mise en oeuvre de programmes de vaccination contre la varicelle

Les stratégies d'approvisionnement en vaccin, dans le cadre d'un programme systématique de vaccination, ont été discutées en tenant pour acquis que (1) le seul vaccin disponible serait le produit congelé autorisé actuellement, ou (2) un vaccin réfrigéré serait disponible. Les recommandations visant la mise en oeuvre d'un programme ont été formulées en tenant compte du désir d'atteindre le plus rapidement un haut taux de couverture vaccinale. Toutefois, les participants ont reconnu que les autorités provinciales et territoriales devraient adopter des stratégies spécifiques et décider de la mise en oeuvre du programme.

Il revient à la Direction générale des services médicaux de Santé Canada et aux autres secteurs responsables des programmes de vaccination, de même qu'aux ministères de la Santé provinciaux et territoriaux de gérer de façon efficace l'approvisionnement d'un vaccin congelé. Les participants ont hésité à recommander des investissements coûteux dans l'amélioration d'une chaîne de congélation qui pourrait rapidement devenir inutile si un produit réfrigéré devenait bientôt disponible au Canada. De plus, l'implantation d'une chaîne de congélation pour le vaccin contre la varicelle pourrait nuire à la consolidation ou à l'introduction d'autres programmes de vaccination, en raison des coûts. On décourage la distribution directe des produits du fabricant vers les cliniques en raison notamment d'inconvénients intrinsèques : difficulté d'inciter les cliniques à fournir leurs rapports de vaccination aux ministères de la Santé provinciaux et territoriaux, manque de contrôle des autorités provinciales et territoriales de la santé publique concernant l'aspect administratif de l'application des programmes, y compris le financement et le maintien de la chaîne du froid, et des questions éthiques liées au fait de fournir à un fabricant donné des listes de noms d'organismes offrant la vaccination dans un secteur. Il a également été souligné qu'en ce qui concerne les achats publics, il serait bon d'obtenir le coût réel du vaccin (c.-à-d. après avoir soustrait les coûts de transport et d'entreposage facturés dans le prix courant).

Les participants rappellent qu'il est impossible en ce moment d'implanter un programme universel de vaccination des jeunes enfants avec un vaccin congelé, mais qu'entre-temps, une stratégie provisoire devrait être adoptée afin de rendre le vaccin accessible aux pré-adolescents et aux groupes sélectionnés présentant des risques, tels que définis dans les recommandations sous *populations particulières*. On a insisté sur la nécessité d'utiliser une approche progressive afin d'avoir le temps d'examiner une variété de points en litige. Le meilleur scénario de vaccination systématique des enfants est de mettre en oeuvre un programme dans les 2 ans après l'autorisation d'un vaccin réfrigéré, qui serait suivi d'un programme de rattrapage de 5 ans pour les pré-adolescents réceptifs. Les scénarios à considérer pour le programme de rattrapage sont la vaccination de masse (idéale, mais coûteuse), la vaccination des pré-adolescents liée à la vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire, la vaccination à l'entrée scolaire, ou une combinaison des trois. Aucune limite d'âge n'a été définie pour les programmes de rattrapage, de façon à offrir une certaine flexibilité lors du choix des stratégies d'implantation provinciales et territoriales, qui seront différentes selon les

systèmes de santé publique existants. Toutefois, la mise en oeuvre de programmes de rattrapage devrait permettre la couverture de toutes les cohortes d'âge jusqu'à l'âge ciblé pour la vaccination des pré-adolescents.

### Recommandation 2.1

Un programme de vaccination systématique des jeunes enfants devrait être mis en oeuvre dans les 2 ans après qu'un vaccin réfrigéré soit devenu disponible.

### Recommandation 2.2

Une vaccination systématique, destinée aux pré-adolescents réceptifs de < 13 ans, devrait commencer aussitôt que possible, en utilisant n'importe quel vaccin disponible, de préférence dans le cadre d'un programme en milieu scolaire. Il faudrait débuter en même temps la vaccination des personnes à risque priorisées et qui sont définies dans les recommandations sous *populations particulières*.

### Recommandation 2.3

Aussitôt qu'un programme systématique de vaccination des jeunes enfants est en place, un programme de rattrapage destiné aux personnes réceptives de < 13 ans devrait commencer et être complété dans une période n'excédant pas 5 ans.

### Recommandation 2.4

La vaccination primaire des enfants de < 13 ans devrait se faire à l'aide d'une seule dose. Il faut prévoir une surveillance afin de réévaluer cette recommandation.

### Recommandation 2.5

On ne doit pas prévoir de vaccination de rappel dans le cadre du programme de vaccination. Des recherches s'avèrent nécessaires afin d'évaluer le besoin d'une vaccination de rappel pour prévenir la varicelle et le zona, de même que pour déterminer le calendrier des rappels au besoin.

### Recommandation 2.6

Le vaccin devrait être administré aux enfants aussitôt que recommandé (par le fabricant) pour un vaccin donné. Lorsque cela est possible, le vaccin devrait être donné en même temps qu'une visite déjà prévue pour une vaccination.

### Recommandation 2.7

Avant d'envisager l'utilisation d'un vaccin congelé, il faut satisfaire aux conditions essentielles suivantes : avoir les congélateurs appropriés permettant de garder le vaccin à 15 °C **au-dessous** de zéro; avoir en place un système de surveillance de la chaîne du froid; avoir un système de livraison du vaccin qui garde celui-ci à une température de 15 °C **au-dessous** de zéro; toutes les personnes manipulant le vaccin doivent être adéquatement formées sur les exigences d'entreposage et de manipulation du vaccin; avoir en place un système afin de surveiller les pertes de vaccin; veiller à ce qu'il y ait toujours de la glace sèche disponible.

# Utilisation du vaccin contre la varicelle dans les populations particulières

Tous les adultes réceptifs en bonne santé représentent la principale cible pour la vaccination contre la varicelle. Par contre, une partie de la population a été choisie pour un ciblage actif, ce sont entre autres les travailleurs de la santé et tous ceux vivant avec une personne immunodéprimée.

Les recommandations concernant la vaccination des travailleurs de la santé font référence à l'exposition professionnelle au VVZ, de même qu'à la possibilité qu'un travailleur de la santé puisse transmettre le virus à des patients (voir la définition de travailleurs de la santé dans la section *Recommandation générale*). Le principe voulant que les travailleurs de la santé soient immunisés contre les maladies qu'ils pourraient transmettre à d'autres personnes a été considéré comme un point important, raisonnable et réaliste. Par contre, on a reconnu que ce principe pourrait également devenir le sujet d'une controverse. On a discuté en outre de la gestion des travailleurs de la santé vaccinés ayant été exposés au type sauvage du VVZ. Il est à noter que jusqu'à 20 % des adultes vaccinés exposés à la varicelle peuvent être victimes d'une éruption.

Indépendamment de l'âge, le fait d'avoir des antécédents de varicelle constitue un moyen très fiable et sûr d'établir l'état immunitaire d'une personne contre la varicelle[1]. Le dépistage des populations particulières hautement prioritaires devrait se faire en deux étapes, en commençant par un questionnaire recherchant les antécédents de varicelle, suivi de tests sérologiques seulement chez les personnes ayant des antécédents négatifs ou incertains de varicelle. Idéalement, les tests sérologiques servant à déterminer le besoin en vaccination ne devraient être effectués que s'ils sont considérés avantageux sur le plan financier.

Une fois que de hauts taux de couverture vaccinale ont été atteints et maintenus, la clé du contrôle de la maladie sera la surveillance des réservoirs potentiels de l'infection, et les programmes d'intervention en cas d'éclosions deviendront plus importants. Pendant cette phase de contrôle, la nécessité de détecter les cas de varicelle parmi les groupes particuliers de population à haut risque peut assurer une sélection plus intense pour la vaccination. Parmi ces groupes, on peut retrouver des immigrants (adultes et enfants) et des personnes en institutions, comme les pénitenciers (où la proximité, la facilité de transmission et le pourcentage élevé de populations à haut risque, telles les personnes séropositives au VIH, augmentent le risque d'infection). Un questionnaire peut s'avérer approprié, mais l'information sur la séroprévalence contre la varicelle dans les populations immigrantes a été identifiée comme une avenue de recherche nécessaire.

Dans les établissements de santé, on devrait considérer une prophylaxie postexposition en utilisant le vaccin pour les femmes non enceintes réceptives, dans les 72 heures mais pouvant aller jusqu'à 5 jours après le moment de l'exposition pour le personnel réceptif et les malades hospitalisés réceptifs, en collaboration avec les infectiologues. Toutefois, on ne devrait pas substituer une prophylaxie post-exposition aux programmes de vaccination. Pendant la phase de contrôle de la varicelle, il faudra peut-être prévoir une prophylaxie postexposition avec le vaccin lors de situations spéciales ou pour les groupes suivants : dans le cas des personnes réceptives à la suite d'une exposition à la varicelle, dans les 72 heures mais pouvant aller jusqu'à 5 jours suivant l'exposition à la source ponctuelle, dans les garderies, à la maison ou

dans les refuges pour les sans-abri où il y a beaucoup d'enfants. Il est recommandé que toutes les personnes réceptives soient vaccinées en même temps.

Les professionnel(le)s des cliniques santé-voyage peuvent rappeler aux personnes réceptives la possibilité d'être vaccinées contre la varicelle, bien que les risques de contracter la maladie ne soient pas plus élevés en voyage.

### Recommandation 3.1

Tout adulte en bonne santé, réceptif et qui n'est pas enceinte devrait être ciblé pour une vaccination. Toutefois, il faudrait accorder la priorité aux travailleurs de la santé, aux contacts des personnes immunodéprimées, au personnel des services de garde à l'enfance, et aux professeurs des écoles primaires et secondaires.

### Recommandation 3.2

**Plan de dépistage actif :** Tous les secteurs et les employeurs ayant une responsabilité réelle (comme la santé au travail, la santé publique, les travailleurs en obstétrique, les médecins de première ligne) doivent mener des campagnes de dépistage (antécédents de varicelle avec ou sans sérologie) et offrir une vaccination aux personnes réceptives.

## Travailleurs de la santé

### Recommandation 3.3

Les travailleurs de la santé réceptifs devraient être vaccinés avant de commencer à travailler, ou selon un calendrier de vaccination consistant en deux doses administrées dans une période de 2 mois, afin de minimiser le risque d'éclosion et les pertes de temps attribuables à la varicelle dans les établissements de santé. Tous les travailleurs de la santé réceptifs faisant présentement partie du système de santé devraient être immunisés. On devrait tout d'abord vacciner les travailleurs de la santé assignés à un département ou à une unité de soins où il existe des patients réceptifs à haut risque (c.-à-d. les établissements où il y existe des patients immunodéprimés, les unités de soins intensifs et les salles d'urgence).

### Recommandation 3.4

**Identifier les personnes réceptives :** Il faut connaître les antécédents de varicelle d'un employé avant que celui-ci commence à travailler. Si un doute plane à l'effet que l'employé a été vacciné ou qu'il a contracté la maladie auparavant, ou si les antécédents sont négatifs ou inconnus, on devrait effectuer une épreuve sérologique. Si les résultats sont négatifs, l'employé devrait être vacciné. Si la personne reçoit le vaccin, on ne devrait lui accorder un congé ou la réaffecter que s'il y a une éruption apparentée à celle de la varicelle.

### Recommandation 3.5

**Gestion de la postexposition :** Une exposition significative pour un travailleur de la santé devrait être définie comme une période de 15 minutes passée face à face avec un malade ou sinon 1 heure dans la chambre d'un malade. Les travailleurs de la santé ayant été vaccinés ou exposés et dont le statut sérologique n'est pas connu, devraient faire l'objet d'une attention particulière quant à l'apparition d'une éruption semblable à celle de la varicelle, avec ou sans test sérologique. Si un travailleur de la santé souffre d'une éruption, cela devrait être signalé à l'officier de santé au travail. On devrait lui accorder un congé ou le réaffecter pour la durée de l'éruption.

## Personnes immunodéprimées

### Recommandation 3.6

Un vaccin vivant atténué ne devrait pas être donné systématiquement en présence d'une maladie immunodéprimante (p. ex., lymphome, immunodéficience congénitale ou acquise), ou aux personnes qui reçoivent des traitements associés à des anomalies de l'immunité cellulaire (p. ex., la chimiothérapie intensive, la stéroïdothérapie à fortes doses, la cyclosporine, l'azathioprine, le méthotrexate, le tacrolimus).

### Recommandation 3.7

Dans les cas suivants, on devrait discuter de la pertinence de la vaccination avec un infectiologue :

- les patients souffrant d'une hypogammaglobulinémie congénitale transitoire

- les personnes infectées par le VIH et dont l'état immunitaire est normal
- les receveurs d'organes solides (le vaccin devrait être donné de 4 à 6 semaines avant la transplantation).

### Recommandation 3.8

Les personnes suivantes peuvent être vaccinées sans danger :

- les personnes qui ne prennent pas de médicaments immunosuppresseurs, les patients souffrant d'un syndrome néphrotique ou qui subissent une hémodialyse ou une dialyse péritonéale
- les patients en stéroïdothérapie à faibles doses : < 2 mg/kg et un maximum de < 20 mg/jour
- les patients qui prennent des stéroïdes en aérosol.

## Dépistage chez les personnes réceptives

### Recommandation 3.9

Avant la vaccination, il est recommandé d'effectuer un dépistage (avec ou sans sérologie) à l'intention des groupes particuliers suivants : les travailleurs de la santé, les professeurs, le personnel des garderies, les établissements d'éducation sanitaire (p. ex., écoles d'infirmières, écoles de médecine). Une histoire fiable de varicelle est suffisante pour établir l'immunité. Si l'on ignore les antécédents ou si des doutes subsistent, on devrait effectuer une sérologie.

### Recommandation 3.10

Les personnes qui travaillent en obstétrique devraient établir le statut immunitaire contre la varicelle des femmes enceintes et vacciner les réceptives après l'accouchement, avant qu'elles n'obtiennent leur congé. Le dépistage de la varicelle devrait être ajouté aux examens demandés figurant sur les fiches d'obstétrique prénatales et de laboratoire, devant être vérifiés séparément, afin d'identifier les femmes réceptives. Les fournisseurs de soins primaires devraient établir le statut immunitaire contre la varicelle des femmes en âge de procréer et les vacciner au besoin.

# Promotion des programmes de vaccination contre la varicelle

Comme dans le cas de tout vaccin nouvellement autorisé, afin de maximiser la couverture vaccinale, il sera très important d'inclure dans les programmes de vaccination contre la varicelle des activités éducatives à l'intention des décideurs, des professionnels de la santé et du grand public. Les participants ont analysé les barrières à la mise en oeuvre efficace de programmes systématiques de vaccination contre la varicelle, découlant d'un manque d'information, d'une désinformation ou d'idées fausses concernant la maladie ou l'efficacité et la sécurité du vaccin. On a insisté sur la nécessité de fournir des renseignements fiables et à jour relatifs aux avantages et aux risques associés au vaccin. Les activités éducatives devraient inclure des interventions d'experts et de chercheurs, ces groupes semblant constituer des sources d'information crédibles pour les professionnels de la santé en particulier, de même que l'action militante des parents, qui s'est avérée un élément important dans la stratégie pour l'adoption du vaccin contre l'hépatite B en Colombie-Britannique et, par la suite, à travers le Canada.

Les activités de promotion à l'intention des décideurs devraient être centrées sur la survenue de complications graves associées à la maladie et leur possible prévention grâce à la vaccination. Afin de promouvoir la vaccination systématique contre la varicelle chez les professionnels de la santé, un financement provincial et territorial, visant la promotion et l'approvisionnement, devrait être accordé aux unités sanitaires, étant donné qu'il serait déraisonnable d'adopter un programme de vaccination sans fournir les ressources humaines appropriées par un financement additionnel. On devrait offrir aux professionnels de la santé du secteur privé, tels les pharmaciens, l'information appropriée qui les motiveraient à promouvoir la vaccination. Une attention particulière sera nécessaire afin de traiter avec les mouvements anti-vaccinalistes, en ayant comme objectif de fournir des renseignements justes et clairs afin d'aider le public à prendre des décisions fondées sur des faits. Les stratégies retenues comprennent la présentation d'informations complètes disponibles présentement et basées sur des faits afin de contrebalancer les anti-vaccinalistes, en fournissant les références disponibles, et en assurant la participation d'experts crédibles.

Des organismes nationaux tels que Santé Canada et le Programme canadien de promotion de la vaccination ont un rôle de coordination à jouer dans la collecte et la diffusion de matériel éducatif, mais il a été reconnu que les décisions en matière de distribution du matériel devraient continuer d'être sous la responsabilité des autorités provinciales et territoriales et des autres secteurs responsables des programmes de vaccination, susceptibles d'associer les activités de promotion aux programmes systématiques de vaccination, lorsque ceux-ci sont mis en oeuvre. Dans les secteurs où il n'existe pas de moyen de distribuer le matériel promotionnel de façon efficace, on devrait demander l'aide de groupes comme la Société canadienne de pédiatrie.

## Recommandation 4.1

Les renseignements relatifs à la varicelle (dont le fardeau de la maladie et les complications, les coûts relatifs aux soins médicaux et de santé, l'efficacité et la sécurité du vaccin, les recommandations du CCNI concernant l'utilisation du vaccin et les recommandations issues de la Conférence nationale de concertation sur la varicelle) devraient être présentés lors de la prochaine réunion des sous-ministres de la

santé, et ces renseignements devraient être disponibles et présentés à d'autres décideurs clés.

### Recommandation 4.2

Le Programme canadien de promotion de la vaccination devrait mettre des trousses d'information à la disposition des autorités provinciales et territoriales et des autres secteurs responsables des programmes de vaccination, qui pourraient les distribuer aux professionnels de la santé (santé publique, secteur privé, pharmaciens) en temps opportun. La trousse devrait contenir la déclaration du CCNI concernant la varicelle, les recommandations issues de la Conférence nationale de concertation sur la varicelle, un document Questions et Réponses indiquant l'incidence et les complications de la varicelle, de même que les avantages et les risques du vaccin, des renseignements disponibles sur le site Web de Santé Canada, une bibliographie, et des liens à d'autres sites Web.

### Recommandation 4.3

La Société canadienne des maladies infectieuses, l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, la Société canadienne de pédiatrie, l'Association canadienne de santé publique ainsi que d'autres associations professionnelles devraient exposer la situation entourant la varicelle et le vaccin contre la varicelle par le biais (1) d'articles dans leurs publications respectives et (2) d'exposés lors de réunions professionnelles (activités d'éducation médicale et professionnelle continue).

### Recommandation 4.4

La Société canadienne de pédiatrie devrait jouer un rôle prépondérant dans la coordination de la promotion de la vaccination contre la varicelle en (1) fournissant une liste de conférenciers possédant des connaissances concernant la vaccination contre la varicelle, pour des événements éducatifs et des entrevues avec les médias, (2) élaborant une trousse de documentation éducative (diapositives, documents à distribuer) qui pourra être utilisée pendant les présentations à l'échelle locale, et (3) ajoutant des renseignements relatifs à la varicelle dans le document *Faire vacciner mon enfant, c est important* et d'autres documents éducatifs.

### Recommandation 4.5

La promotion de la vaccination contre la varicelle à l'intention du grand public devrait se faire à l'échelle provinciale, territoriale et locale, en offrant des renseignements relatifs à cette maladie, au vaccin et au programme local, par le biais (1) des médias, y compris des conférences de presse et des messages d'intérêt public, (2) de partenariats avec des organismes non gouvernementaux, des clubs philanthropiques et le secteur privé, et (3) de la défense de la vaccination par des personnes affectées par la maladie.

### Recommandation 4.6

Santé Canada et les autorités provinciales et territoriales de la santé publique devraient rechercher et mettre en commun l'information relative au vaccin contre la varicelle diffusée par les personnes et les organismes s'opposant à la vaccination, tout en colligeant les références fiables commentant les sujets de controverses soulevés par ces opposants.

### Recommandation 4.7

Santé Canada devrait suivre l'évolution de l'acceptation du vaccin contre la varicelle dans la population en incluant des questions pertinentes dans les sondages tels que l'Enquête nationale sur la santé de la population, et en lançant de nouveau, dans une année ou deux, le sondage de 1999 concernant l'utilisation du vaccin contre la varicelle au Canada.

### Recommandation 4.8

Les autorités provinciales et territoriales de la santé publique devraient offrir un service téléphonique sans frais (1-800) afin de veiller à la fiabilité et à l'uniformisation de l'information et à l'enregistrement des renseignements.

# Besoins en matière de surveillance

Les participants s'entendent sur le fait qu'avant la mise en oeuvre du programme, il faut faire un estimé de base concernant l'incidence de la maladie; on possède déjà certaines données qui doivent être révisées et, dans certains cas, validées. Des recommandations visant l'amélioration et l'ajout de données ont été formulées dans le but de combler les lacunes décelées dans l'information actuelle. De plus, il a été recommandé que toutes les provinces et tous les territoires possèdent un système de surveillance de la varicelle, sans toutefois que les systèmes soient nécessairement les mêmes au début des programmes de vaccination.

Le système de surveillance devrait viser sept objectifs : (1) permettre une analyse descriptive de l'incidence de la varicelle; (2) détecter des changements dans les cas graves de varicelle; (3) observer les changements dans l'épidémiologie du zona; (4) évaluer la couverture vaccinale; (5) surveiller la sécurité du vaccin; (6) fournir des évaluations de l'efficacité du vaccin sur le terrain; et (7) améliorer la capacité des laboratoires à offrir les épreuves sérologiques nécessaires aux activités de surveillance.

Les méthodes de surveillance utilisées pour estimer l'incidence doivent être flexibles et dynamiques afin que l'on puisse changer la méthode de cueillette des données lorsque l'incidence de la maladie diminue. Par exemple, passer de déclarations agrégées pendant la «phase de mise en oeuvre» (laquelle comprend la période précédant la mise en oeuvre et la période de mise en oeuvre proprement dite) à une déclaration de chaque cas pendant la «phase de contrôle». La définition de la phase de contrôle doit faire l'objet de recherche. De plus, des recherches seront également nécessaires afin de normaliser la définition du terme «réceptivité de l'hôte». Cela signifie donc qu'il faut déterminer les niveaux d'anticorps correspondant à une protection contre l'infection, établir la fiabilité des épreuves sérologiques de certaines trousses commerciales, et déterminer clairement ce qu'est un résultat positif et un résultat négatif à ces épreuves.

Une fois atteint le niveau de contrôle de la varicelle, il faudra mettre en place des stratégies de surveillance pour la «phase d'élimination», comme une surveillance accrue des éclosions, la recherche des contacts, et le maintien de la confirmation des cas en laboratoire, de même que la différenciation entre le virus sauvage et le virus vaccinal.

## Besoins en matière de données supplémentaires ou améliorées

### Recommandation 5.1

Toutes les provinces devraient avoir un système de surveillance permettant de fournir des renseignements relatifs au nombre de cas de varicelle et de zona et à la répartition selon l'âge.

### Recommandation 5.2

Il faudrait recueillir des données canadiennes concernant l'épidémiologie de la maladie et le fardeau de celle-ci pendant la grossesse. On devrait y trouver des données concernant la varicelle et le zona pendant la grossesse, la varicelle périnatale (mère et nourrisson) et le syndrome de la varicelle congénitale (à ajouter au Programme canadien de surveillance pédiatrique à titre de surveillance active).

### Recommandation 5.3

Il faudrait recueillir des données auprès de la population du Canada sur l'incidence des manifestations graves de la varicelle, en particulier chez les adultes, y compris des données d'hospitalisation et de mortalité.

### Recommandation 5.4

La varicelle et le zona devraient être ajoutés à la Liste des causes de décès rares et peu fréquentes des statistiques de l'état civil.

## Objectifs de surveillance

### Recommandation 5.5

Il faudrait avoir comme objectif de détecter les changements de l'incidence de la varicelle par âge.

Les stratégies et les méthodes particulières retenues afin d'atteindre l'objectif fixé sont :

- **Phase de mise en oeuvre :** des déclarations agrégées, pour lesquelles on utilise des sources comme les écoles, les pouponnières, les garderies, les services d'urgence, les cliniques externes et sans rendez-vous, les médecins sentinelles et les données de facturation pour soins de santé.
- **Phase de contrôle :** des déclarations individuelles, comprenant une surveillance sentinelle accrue, des enquêtes et des mesures de contrôle d'éclosions (dont une confirmation des cas en laboratoire, la différenciation du virus sauvage et vaccinal et des épreuves sérologiques).

### Recommandation 5.6

Il faudrait se fixer comme objectif la description des changements de fréquence et des facteurs de risque liés à des atteintes graves de varicelle (qui se traduisent par une hospitalisation ou un décès attribuable à la varicelle ou à des complications liées à cette maladie).

Les stratégies et les méthodes particulières retenues afin d'atteindre l'objectif fixé sont :

- Un système sentinelle en milieu hospitalier comprenant les éléments suivants :
  - pédiatrie : utiliser une version améliorée du programme de surveillance IMPACT
  - adultes : utiliser les systèmes déjà en place (p. ex., le Comité canadien d'épidémiologie hospitalière, la Société canadienne des maladies infectieuses, l'Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté – Canada) afin d'identifier les patients et de recueillir les données
  - la déclaration des cas aux épidémiologistes provinciaux et territoriaux
  - le recueil des données à l'échelle nationale
- La différenciation en laboratoire des souches du VVZ (type sauvage et type vaccinal)
- Pour les décès, un examen de la base de données des statistiques de l'état civil

### Recommandation 5.7

Il faudrait se fixer comme objectif la surveillance des changements épidémiologiques du zona.

Les stratégies et les méthodes particulières retenues afin d'atteindre l'objectif fixé sont :

- **Phase de mise en oeuvre :** continuer la surveillance de base et, en ce qui concerne les cas de zona chez les enfants, établir une méthode de déclaration individuelle (par le biais du Programme canadien de surveillance pédiatrique) et une différenciation en laboratoire des types sauvage et vaccinal de la souche du virus
- **Phase de contrôle :** continuer la surveillance de base et commencer la déclaration individuelle des cas d'adultes âgés de 20 à 50 ans, par le biais des médecins sentinelles et des rapports des milieux hospitaliers

### Recommandation 5.8

Il faudrait avoir comme objectif d'évaluer la couverture vaccinale chez les populations ciblées.

Les stratégies et les méthodes particulières retenues afin d'atteindre l'objectif fixé sont :

- ajouter le vaccin contre la varicelle au Sondage national concernant la couverture vaccinale
- utiliser les registres existants comme les registres provinciaux de vaccination et le réseau national de registres
- rectifier les estimations de couverture pour les maladies antérieures (ce qui donnerait des taux de couverture faussement diminués) si nécessaire, fondés sur les populations cibles

## Recommandation 5.9

Il faudrait se fixer comme objectif la surveillance de la sécurité du vaccin.

Les stratégies et les méthodes particulières retenues afin d'atteindre l'objectif fixé sont :

- utiliser les systèmes actuels dans le but de surveiller les réactions indésirables associées au vaccin
- surveiller le zona chez les enfants après la vaccination (voir la recommandation 5.7)
- surveiller la transmission du virus vaccinal aux contacts; si l'atteinte est grave, il faudrait effectuer une enquête individuelle (voir la recommandation 5.6)
- déclarer la vaccination non intentionnelle de femmes enceintes aux registres de grossesses existants (p. ex., les registres du fabricant, Motherisk)
- surveiller la vaccination non intentionnelle de femmes enceintes, en ajoutant sur le formulaire prénatal une question liée à une exposition antérieure au vaccin

## Recommandation 5.10

Il faudrait avoir comme objectif d'évaluer l'efficacité du vaccin sur le terrain.

Les stratégies et les méthodes particulières retenues afin d'atteindre l'objectif fixé sont :

- **Phase de mise en oeuvre :** enquête sélective d'éclosions parmi les populations vaccinées
- **Phase de mise en oeuvre :** études spéciales (séroépidémiologie parmi les populations vaccinées, immunogénicité dans des conditions de terrain)
- **Phase de contrôle :** enquête sur la maladie auprès de personnes vaccinées

## Recommandation 5.11

Il faudrait avoir comme objectif de veiller à la capacité du laboratoire d'effectuer les épreuves diagnostiques et sérologiques liées au VVZ afin de favoriser la surveillance.

Les stratégies et les méthodes retenues afin d'atteindre l'objectif fixé sont :

- avoir déjà en place un laboratoire (c.-à-d. un laboratoire provincial ou un laboratoire de référence) capable de confirmer au besoin le diagnostic d'une infection au VVZ, et d'établir la réceptivité des personnes, si nécessaire
- créer un laboratoire de référence national afin d'effectuer une caractérisation des souches et pour veiller à l'assurance de la qualité

## Recommandation 5.12

Il faudrait se fixer comme objectif la diffusion des données de surveillance.

Les stratégies et les méthodes retenues afin d'atteindre l'objectif fixé sont :

- veiller à ce que chaque province et territoire ait un mécanisme de transmission rapide et régulière des données de surveillance
- compiler les données de surveillance à l'échelle nationale afin de les inclure dans le rapport annuel de vaccination
- ajouter, pendant la phase de mise en oeuvre, les mises à jour relatives à la varicelle au site Web du LLCM

## Recommandation 5.13

Les méthodes de surveillance devraient être évaluées :

- Des évaluations continues des systèmes de surveillance devraient être incorporées par les responsables des systèmes.
- Des études spéciales périodiques devraient être menées afin d'assurer la validité des données.
- Des sondages réguliers devraient être menés auprès des utilisateurs des systèmes de surveillance afin d'évaluer la convivialité du système, de même que la pertinence et l'utilité des données.
- Les systèmes devraient être modifiés, ou de nouveaux systèmes devraient être élaborés, afin de corriger les lacunes décelées par les utilisateurs et les groupes d'experts.

# Besoins en matière de recherche

Les participants ont cerné un certain nombre de besoins et de priorités en matière de recherche liés à la varicelle, ils sont décrits ci-dessous. Il est également recommandé de porter ces priorités à l'attention des organismes de financement, afin que les fonds de recherche nécessaires soient octroyés pour donner suite à ces priorités.

- Investiguer les questions générales concernant la vaccination, comme le besoin de doses de rappel et la baisse de l'immunité avec le temps.
- Mener des études d'épidémiologie moléculaire des souches de VVZ au Canada.
- Définir des mécanismes d'embryopathie du VVZ et ses facteurs favorisant.
- Utiliser des modèles capables de déterminer le moment où les systèmes de surveillance devraient passer des déclarations agrégées aux déclarations individuelles et où des études spéciales devraient être menées visant l'enquête de cas. Les données de surveillance devraient être périodiquement réintroduites dans les modèles afin d'améliorer leur pouvoir prédictif.
- Établir des stratégies de vaccination sécuritaires et adaptées pour les patients immunodéprimés, y compris les personnes infectées par le VIH, les patients atteints de cancer en rémission, les receveurs d'organes solides, les receveurs de greffe de moelle osseuse, les patients souffrant d'hypogammaglobulinémie, les patients souffrant de leucémie (p. ex., s'il faut les vacciner 3 mois après le traitement, et le rôle de l'acyclovir), les personnes souffrant de maladies respiratoires chroniques (p. ex., de fibrose kystique), et d'autres personnes immunodéprimées, comme celles recevant des traitements de cyclosporine.
- Mener des études visant à évaluer l'utilisation précoce possible du vaccin chez les personnes ayant un facteur de risque particulier (p. ex., les personnes souffrant d'affections pulmonaires ou de dermatoses, les personnes souffrant de maladies cardiaques chroniques) et les cas préopératoires (les interventions chirurgicales électives).
- Rechercher les antécédents et le statut sérologique des travailleurs de la santé afin d'établir (1) un profil canadien parmi les groupes d'âge à l'intérieur de cette population; (2) les avantages d'une vaccination de rappel, s'il y a lieu, (3) la possibilité de réviser la définition de l'expression «travailleur de la santé», selon l'exposition possible au travail.
- Entreprendre des études épidémiologiques afin d'établir si certains des groupes suivants sont à risque, et ainsi faire l'objet de stratégies prioritaires particulières de vaccination : les autochtones (p. ex., si les enfants autochtones sont davantage à risque en matière de complications liées à la varicelle, si les infections invasives streptococciques du groupe A sont plus communes, si les enfants sont à risque parce qu'ils n'ont pu se présenter à un rendez-vous de vaccination en raison d'un déménagement), les sans-abri, les immigrants (p. ex., renseignements relatifs à la séroprévalence afin d'établir l'endémicité dans le pays d'origine).
- Mener des études spécifiques auprès de femmes enceintes afin d'évaluer le nombre de fois qu'une femme enceinte devrait être dépistée, la perte d'immunité et l'évaluation prospective anonyme de la prévalence de l'infection chez les femmes enceintes ou les nourrissons.

# Références


1. Comité consultatif national de l'immunisation. *Déclaration sur l'usage recommandé du vaccin antivaricelleux.* RTMC 1999;25(DDC-1):1-16.
2. Santé Canada. *Infection control guidelines for occupational health in health care facilities.* (sous presse).
3. LLCM. *Objectifs nationaux généraux et spécifiques relatifs à la lutte contre les maladies pouvant être prévenues par un vaccin chez les nourrissons et les enfants.* RTMC 1995;21:49-54.

# Annexe A
# Liste des participants

## Comité organisateur

**Dr Gilles Delage, Président de la conférence**
Directeur scientifique
Laboratoire de Santé publique du Québec
20045, chemin Ste-Marie
Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec) H9X 3R5
Tél. : (514) 457-2070
Fax : (514) 457-6346
Courriel : gdelage@lspq.org

**Dre Adwoa Bentsi-Enchill, Présidente du comité**
Chef, Section de recherches
Division de l'immunisation
Bureau des maladies infectieuses
IA0603E1, 3e étage, immeuble LLCM
Ottawa (Ontario) K1A 0L2
Tél. : (613) 954-4365
Fax : (513) 952-7948
Courriel : Adwoa_BentsiEnchill@hc-sc.gc.ca

**Dr Philippe De Wals**
Département de sciences de la santé communautaire
Université de Sherbrooke
3001, 12e Avenue Nord
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4
Tél. : (819) 564-5348
Fax : (819) 564-5397
Courriel : pdewals@courrier.usherb.ca

**Dre Barbara Law**
Section Head
Department of Microbiology
Paediatric Infectious Diseases
University of Manitoba
Room 530, 730 William Avenue
Winnipeg, Manitoba R3E 0W3
Tél. : (204) 789-3629
Fax : (204) 789-3926
Courriel : blaw@ms.umanitoba.ca

**Mme Marcella Mugford**
Assistant Administrator
Kootenay Boundary Community
813 - 10th Street
Castlegar, BC V1N 2H7
Tél. : (250) 365-4300
Fax : (250) 365-4303
Courriel : marcella.mugford@kbchss.hnet.bc

**Dre Monika Naus**
Physician Manager & Provincial Epidemiologist
Disease Control Service
Public Health Branch
Ontario Ministry of Health
5700 Yonge Street 8th Floor
Toronto, Ontario M2M 4K5
Tél. : (416) 327-7413
Fax : (416) 327-7439
Courriel : monika.naus@moh.gov.on.ca

**Dr Yves Robert**
Médecin-conseil
Laboratoire de Santé publique du Québec
20045, chemin Sainte-Marie
Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec) H9X 3R5
Tél. : (514) 457-2070
Fax : (514) 457-6346
Courriel : yrobert@lspq.org

**Dr John Waters**
Provincial Health Officer
Alberta Health
10025 Jasper Avenue
Edmonton, AB T5J 2N3
Tél. : (403) 415-2798
Fax : (403) 422-6663
Courriel : waterj@health.gov.ab.ca

## Invités désignés (Orateurs)

**M. Marc Brisson**
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
20045, rue d'Estimauville
Beauport (Québec) G1E 7G9
Tél. : (418) 666-7000
Fax : (418) 666-2776

**Dr Jaime Caro**
Scientific Director
CARO Research
620 Lakeshore Drive
Suite 305
Dorval (Québec) H9S 2B6
Tél. : (514) 422-8271
Fax : (514) 422-8272
Courriel : jcaro@caroresearch.com

**Dr H. Dele Davies**
Child Health Research Unit
Alberta Provincial Children's Hospital
1820 Richmond Road SW
Calgary, Alberta T2T 5C7
Tél. : (403) 229-7815
Fax : (403) 541-7508
Courriel : Dele.Davies@CRHA-Health.Ab.Ca

**Dr Gaston De Serres**
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
20045, rue d'Estimauville
Beauport (Québec) G1E 7G9
Tél. : (418) 666-7000 x 274
Fax : (418) 666-2776
Courriel : gdeserres@cspq.qc.ca

**Dre Anne A. Gershon**
Paediatric Infectious Diseases
Columbia University
College of Physicians and Surgeons
650 West 168th Street (BB4-427)
New York, New York 10032
Tél. : (212) 305-9445
Fax : (212) 342-5218
Courriel : aag1@columbia.edu

**Dr Myron Levin**
C227 4200 East Ninth Avenue
Denver, Colorado 80262
Tél. : (303) 315-4620
Fax : (303) 315-7909
Courriel : myron.levin@uchsc.edu

**Dre Anne Matlow**
Department of Infectious Diseases
Hospital for Sick Children
555 University Ave
Toronto, Ontario M5G 1X8
Tél. : (416) 813-5996
Fax : (416) 813-4992
Courriel : anne.matlow@sickkids.on.ca

**Dr Sam Ratnam**
Newfoundland Public Health Labs
100 Forest Road P.O. Box 8800
St. John's , Newfoundland A1B 3T2
Tél. : (709) 737-6565
Fax : (709) 737-7070
Courriel : nphlab@newcomm.net

**Dre Jane Seward**
CDC/National Immunization Program
1600 Clifton Road MS E-61
Atlanta, GA 30333
Tél. : (404) 639-8688
Fax : (404) 639-8616
Courriel : jfs2@cdc.gov

**Dre Danuta Skowronski**
Communicable Disease Epidemiology Services
BC Centre for Disease Control
655 West 12th Avenue Room 2104
Vancouver, BC V5Z 4R4
Tél. : (613) 660-6061
Fax : (614) 660-0197
Courriel : danuta.skowronski @bccdc.hnet.bc.ca

## Participants de Santé Canada

**Dr Claude Dubuc**
Biologiste/Évaluateur principal
Division de vaccins
Bureau des produits biologiques et radiopharmaceutiques
IA0603C2, 3e étage, immeuble LLCM
Ottawa (Ontario) K1A 0L2
Tél. : (613) 954-1402
Fax : (613) 941-9488
Courriel : Claude_Dubuc@hc-sc.gc.ca

**Dr Paul Gully**
Député directeur général
IA0602C1, 2e étage, immeuble LLCM
Ottawa (Ontario) K1A 0L2
Tél. : (613) 941-4339
Fax : (613) 952-8189
Courriel : Paul_Gully@hc-sc.gc.ca

**Mme Margaret Litt**
Chef intérimaire
Section de surveillance et soutien technique
Division de l'immunisation
Bureau des maladies infectieuses
IA0603E1, 3e étage, immeuble LLCM
Ottawa (Ontario) K1A 0L2
Tél. : (613) 954-1612
Fax : (613) 952-7948
Courriel : Margaret_Litt@hc-sc.gc.ca

**Dr David Martin**
Direction générale des services médicaux
Région pacifique
757, rue Hastings ouest
Vancouver (Colombie-Britannique) V6C 3E6
Tél. : (604) 666-6155
Fax : (604) 666-6024
Courriel : John_david_martin@hc-sc.gc.ca

**Mme Sharon Onno**
Infirmière épidémiologiste
Division des infections nosocomiales et du travail
Bureau des maladies infectieuses
IA0603E1, 3e étage, immeuble LLCM
Ottawa (Ontario) K1A 0L2
Tél. : (613) 954-4869
Fax : (613) 998-6413
Courriel : Sharon_Onno@hc-sc.gc.ca

**Dr Laszlo Palkonyay**
Chef
Division des vaccins
Bureau des produits biologiques et radiopharmaceutiques
IA0603C2, 3e étage, immeuble LLCM
Ottawa (Ontario) K1A 0L2
Tél. : (613) 957-4133
Fax : (613) 941-5841
Courriel : Laszlo_Palkonyay@hc-sc.gc.ca

**Dr Robert Pless**
Chef intérimaire
Division de l'immunisation
Bureau des maladies infectieuses
IA0603E1, 3e étage, immeuble LLCM
Ottawa (Ontario) K1A 0L2
Tél. : (613) 954-0380
Fax : (613) 952-7948
Courriel : Robert_Pless@hc-sc.gc.ca

**Dr John Spika**
Directeur
Bureau des maladies infectieuses
IA0603E1, 3e étage, immeuble LLCM
Ottawa (Ontario) K1A 0L2
Tél. : (613) 957-4243
Fax : (613) 941-7708
Courriel : John_Spika@hc-sc.gc.ca

**Dr Graham Tipples**
Bureau de microbiologie, LLCM
1015, rue Arlington, pièce 5670
Winnipeg (Manitoba) R3E 3R2
Tél. : (204) 789-6080
Fax : (204) 789-5009
Courriel : Graham_Tipples@hc-sc.gc.ca

**Wikke Walop, PhD**
Division de l'immunisation
Bureau des maladies infectieuses
IA0603E1 3e étage, immeuble LLCM
Ottawa (Ontario) K1A 0L2
Tél. : (613) 954-5590
Fax : (613) 952-7948
Courriel : Wikke_Walop@hc-sc.gc.ca

## Représentants provinciaux/territoriaux

**Mme Peggy Allan**
Community Health, Western Region
c/o Western Memorial Hospital
P.O. Box 156
Corner Brook, Newfoundland A2H 6C7
Tél. : (709) 637-5436
Fax : (709) 637-5159

**Dr Denis Allard**
Chief Medical Officer of Health
520 King Street, 2nd Floor
Carleton Place P.O. Box 5100
Fredericton, NB E3B 5G8
Tél. : (506) 453-2323
Fax : (506) 453-8702

**Mme Marnie Bell**
Nursing Consultant
Primary Health Care
Department of Health and Social Services
Box 1320
Yellowknife, NWT X1A 2L9
Tél. : (867) 873-7040
Fax : (867) 873-7706
Courriel : marnie_bell@gov.nt.ca

**Mme Lynn Cochrane**
Public Health Management Service
Department of Health and Community Services
520 King Street, 2nd Floor, Carleton Place
P.O. Box 5100
Fredericton, NB E3B 5G8
Tél. : (506) 453-2323
Fax : (506) 453-8702
Courriel : lynnco@gov.nb.ca

**Dr Colin D Cunha**
Cheif Medical Officer of Health and Director
Public Health Branch
Ontario Ministry of Health
5700 Yonge Street, 8th Floor
North York, Ontario M2M 4K5
Tél. : (416) 327-7392
Fax : (416) 327-7438
Courriel : dcunha99@mail1.moh.gov.on.ca

**Dre Monique Douville-Fradet**
Epidémiologiste provinciale
Analyse et surveillance de la santé et du bien-être
Ministère de la Santé et des services sociaux
1075 chemin Ste-Foy, 2e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Tél. : (418) 646-9513 ou (418) 666-7000 x 208
Fax : (418) 528-2651
Courriel : jffradet@sympatico.ca

**Dr Bernard Duval**
Centre de santé publique de Québec
2400, rue d'Estimauville
Beauport, Québec G1E 7G9
Tél. : (418) 666-7000
Fax : (418) 666-2776
Courriel : bduval@cspq.qc.ca

**Dr Lawrence Elliott**
Medical Epidemiologist
Manitoba Health
405-800 Portage Avenue
Winnipeg, Manitoba R3G 0N4
Tél. : (204) 945-1551
Fax : (204) 948-2190
Courriel : lelliott@gov.mb.ca

**Mme Mahnaz Farhang Mehr**
Department of Health
1690 Hollis Street, 11th Floor
P.O. Box 488
Halifax, Nova Scotia B3J 2R8
Tél. : (902) 424-1748
Fax : (902) 424-0550

**Mme Brenda Fraser**
Peace Liard Community Health Services Society
1001 - 110th Avenue
Dawson Creek, BC V1G 4X3
Tél. : (250) 784-2400
Fax : (250) 784-2413
Courriel : brenda.fraser@plch.hnet.bc.ca

**Dr Paul Hasselback**
Vice-President Community and Family Health/MOH
Chinook Health Region
960 - 19th Street South
Lethbridge, Alberta T1J 1W5
Tél. : (403) 382-6014
Fax : (403) 382-6011
Courriel : phassel@chr.ab.ca

**Dr Digby Horne**
Public Health Branch
Manitoba Health
3-800 Portage Avenue
Winnipeg, Manitoba R3G 0N4
Tél. : (204) 945-0636
Fax : (204) 948-2040
Courriel : dhorne@mb.sympatico.ca

**Dr James Irvine**
Mamawetan/Churchill River & Keewatin
Yathe Health Districts
Box 6750
La Ronge, Saskatchewan S0J 1L0
Tél. : (306) 425-8585
Fax : (306) 425-8550
Courriel : James.Irvine@mcrhd.sk.ca

**Mme Lorna Jay**
Public Health Nurse
King's County Memorial Hospital
Montague, P.E.I. C0A 1R0
Tél. : (902) 838-0749
Fax : (902) 838-0770
Courriel : lmjay@ihis.org

**Dre Barbara Kawa**
Senior Medical Consultant
TB and Vaccine Preventable Diseases
Ontario Ministry of Health
8th Floor, 5700 Yonge Street
North York, Ontario M2M 4K5
Tél. : (416) 327-7419
Fax : (416) 327-4687
Courriel : barbara.kawa@moh.gov.on.ca

**Dre Arlene King**
Director
Epidemiology Services
B.C. Centre for Disease Control Society
655 West 12th Avenue Room 2104
Vancouver, BC V5Z 4R4
Tél. : (604) 660-3199
Fax : (604) 660-0197
Courriel : arlene.king@bccdc.nhet.bc.ca

**Dr Andrew Larder**
Medical Health Officer
East Kootenay Community
Health Service Society
1212 - 2nd Street North, Suite 206
Cranbrook, BC V1C 4T6
Tél. : (250) 426-1399
Fax : (205) 425-1384
Courriel : andrew.larder@ekchss.hnet.bc.ca

**Mme Kay MacIsaac**
Public Health Services
Central Region Health Board
201 Brownlow Avenue, Unit 4
Dartmouth, NS B3B 1W2
Tél. : (902) 481-5880
Fax : (902) 481-5803

**Mme Pat Mandl**
Yukon Communicable Disease Officer
Health and Social Services
Yukon Territorial Government
#4 Hospital Road
Whitehorse, Yukon Y1A 3H8
Tél. : (867) 667-8369
Fax : (867) 667-8349
Courriel : pat.mandl@gov.yk.ca

**Mme Marie Morris**
P.O. Box 2000
2nd Floor, Jones Building
Charlottetown, P.E.I. C1A 7N6
Tél. : (902) 368-6114
Fax : (902) 368-4969
Courriel : mtmorris@gov.pe.ca

**Dr Maurice Poulin**
Directeur de la protection de la santé publique
Ministère de la santé et des services sociaux
1075, chemin Ste-Foy, 2e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Tél. : (418) 643-6390
Fax : (418) 528-2651

**Mme Colleen Richter**
Director
Public Health Nursing
Crossroads Regional Health Authority
5610 - 40th Avenue
Wetaskiwin, Alberta T9A 2G3
Tél. : (780) 361-4304
Fax : (780) 361-4335
Courriel : colleen.richter@crossroadsrha.net

**Dre Faith Stratton**
Director, Disease Control and Epidemiology
Department of Health
West Block, Confederation Bldg.
P.O. Box 8700
St. John's, Newfoundland A1B 4J6
Tél. : (709) 729-3430
Fax : (709) 729-5824
Courriel : fstratton@health.gov.nf.ca

**Dre Elise Weiss**
Medical Officer of Health
Marquette, Brandon and South Westman Regional Health Authorities
2nd Floor, 340-9th Street
Brandon, Manitoba R7A 6C2
Tél. : (204) 726-6210
Fax : (204) 726-6536

**Mme Wanda White**
Health Protection Unit
Department of Health and Social Services
Box 1320
Yellowknife, N.W.T. X1A 2L9
Tél. : (867) 873-7721
Fax : (867) 873-0442

**Dr Eric Young**
Dept. Chief Medical Health Officer
Population Health Branch
Saskatchewan Health
3475 Albert Street
Regina, Saskatchewan. S4S 6X6
Tél. : (306) 787-6716
Fax : (306) 787-3237
Courriel : eyoung@health.gov.sk.ca

## Organisations professionnelles et comités consultatifs

**Dr Upton Allen**
Department of Paediatrics
Division of Infectious Diseases
The Hospital for Sick Children
555 University Avenue
Toronto, Ontario M5G 2X8
Tél. : (416) 813-8129
Fax : (416) 813-8404
Courriel : upton.allen@sickkids.on.ca
*Société canadienne de maladies infectieuses*

**Dr Marc Boucher**
3175 Cote Ste-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1C5
Tél. : (514) 345-4706
Fax : (514) 345-4648
Courriel : boucherhsj@aol.com
*Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*

**Mme Sandra Callery**
Infection Control Officer
St. Joseph's Hospital
50 Charlton Avenue East
Hamilton, Ontario L8N 4A6
Tél. : (905) 522-1155 x 3347
Fax : (905) 521-6090
Courriel : callerys@fhs.scu.mcmaster.ca
*Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté Canada*

**Dr Ian Gemmill**
221 Portsmouth Avenue
Kingston, Ontario K7M 1V5
Tél. : (613) 549-1232 x 113
Fax : (613) 549-7896
Courriel : gemmil99@mail1.moh.gov.on.ca
*Association canadienne de santé publique*

**Mme Debra Keays**
Director
Public Health and Health Promotion
Department of Health
Joseph Howe Building
1690 Hollis Street, 11th Floor
P.O. Box 488
Halifax, Nova Scotia B3J 2R8
Tél. : (902) 424-5011
Fax : (902) 424-0558
Courriel : keaysdj@gov.ns.ca
*Advisory Committee on Population Health*

**Dr Victor Marchessault**
1382 Gerald Street
Cumberland, Ontario K4A 3N2
Tél. : (613) 830-8860
Fax : (613) 830-4582
Courriel : victor.marchessault@ sympatico.ca
*Comité consultatif national de l'immunisation*

**Dr Carol McConnery**
104, rue Lois
Hull (Québec) J8Y 3R7
Tél. : (819) 770-6900
Fax : (819) 777-0271
Courriel : Carol_McConnery@ssss.gouv.qc.ca
*Collège des médecins de famille du Canada*

**Mme Anne L. Pastuszak**
The Hospital for Sick Children
555 University Avenue
Toronto, Ontario M5G 1X8
Tél. : (416) 813-8228
Fax : (416) 813-7880
Courriel : pastusza@sickkids.on.ca
*Toronto Fetal Centre*

**Mme Donna Smith**
Nurses Association of Canada
106 Bellavista Drive
Dartmouth, Nova Scotia B2W 2X7
Tél. : (902) 424-6424
Fax : (902) 424-1782
Courriel : smith99@ns.sympatico.ca
*Association des infirmières et infirmiers du Canada*

**Dr Ben Tan**
103 Hospital Drive
Infectious Diseases
Room 3729
Saskatoon, Saskatchewan S7N 0W8
Tél. : (306) 655-1777
Fax : (306) 975-0383
Courriel : ben.tan@usask.ca
*Société canadienne de pédiatrie*

**Dre Mary Vearncombe**
Department of Clinical Laboratories
Sunnybrook and Women's College
Health Science Centre
76 Grenville Street
Toronto, Ontario M5S 1B2
Tél. : (416) 323-6278
Fax : (416) 323-6116
*Association canadienne des médecins microbiologistes*

**Mme Katherine Wolsey**
Hotel Dieu Hospital
166 Brock Street
Kingston, Ontario K7L 5G2
Tél. : (613) 544-3400 x 2263
Fax : (613) 547-1430
*Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé du travail*

## Consommatrice

**Mme Michelle Head Kim**
389 Glencairn Avenue
Toronto, Ontario M5N 1V2
Tél. : (416) 782-3353
Fax : (416) 782-6998

## Observateurs

**Mme Graciela Caro**
Senior Researcher
CARO Research
620 Lakeshore Drive
Suite 305
Dorval (Québec) H9S 2B6
Tél. : (514) 422-8271
Fax : (514) 422-8272

**M. Denis Getsios**
Research Associate
CARO Research
620 Lakeshore Drive
Suite 305
Dorval (Québec) H9S 2B6
Tél. : (514) 422-8271
Fax : (514) 422-8272

**M. Robert Goldberg**
Product Manager
SmithKline Beecham Vaccines
2030 Bristol Circle
Oakville, Ontario L6H 5V2
Tél. : (905) 829-3969-1-1262#
Fax : (905) 829-6066

**Dr Alan Kimura**
Director, Clinical Research & Development and Medical Affairs, North America
SmithKline Beecham Inc.
2030 Bristol Circle
Oakville, Ontario L6H 5V2
Tél. : (905) 829-3969
Fax : (905) 829-6066

**Dre Barbara Kuter**
Merck and Co., Inc.
P.O. Box 4, WP37B/-312
West Point, PA 19486-0004
Tél. : (610) 397-2591
Fax : (610) 397-3371
Courriel : barbara_kuter@merck.com

**M. Jim Parsons**
Associate Director
Clinical Research
SmithKline Beecham Inc.
2030 Bristol Circle
Oakville, Ontario L6H 5V2
Tél. : (905) 829-3969
Fax : (905) 829-6066

**Dr Mark A. Popovsky**
Chief Executive Officer
American Red Cross
180 Rustcraft Road Suite 115
Dedham, Massachusetts 02026
Tél. : (781) 461-2221
Fax : (781) 461-2020
Courriel : Popovsky@crossnet.org

**Dr Didier Reymond**
Merck Frosst Canada Inc.
Vaccine Division
16711 Trans Canada Hwy.
Kirkland, Quebec H9H 3L1
Tél. : (514) 428-3208
Fax : (514) 428-4926
Courriel : didier_reymond@merck.com

**Mme Gillian Stafford**
Product Manager
Vaccine Division
Merck Frosst Canada & Co.
16711 Trans Canada Hwy.
Kirkland, Quebec H9H 3L1
Tél. : (514) 428-3395
Fax : (514) 428-4926
Courriel : gillian_stafford@merck.com

# Annexe B
# Sujets des groupes de travail, des présidents et des rapporteurs[1]

### Groupe de travail 1
**Buts et objectifs en matière de santé publique en vue de lutter contre la varicelle et d assurer une couverture vaccinale**

*Président : Dr Victor Marchessault*
*Rapporteur : Dr Paul Hasselback*

### Groupe de travail 2
**Élaboration et mise en uvre de programmes de vaccination contre la varicelle**

*Président : Dr Bernard Duval*
*Rapporteur : Mme Marie Morris*

### Groupe de travail 3
**Utilisation du vaccin antivaricelleux chez les populations ayant des besoins spéciaux**

*Président : Dr H. Dele Davies*
*Rapporteur : Mme Sharon Onno*

### Groupe de travail 4
**Promotion des programmes de vaccination contre la varicelle**

*Présidente : Dre Barbara Kawa*
*Rapporteur : Mme Donna Smith*

### Groupe de travail 5
**Besoins en matière de surveillance (liés à la maladie et au vaccin)**

*Présidente : Dre Faith Stratton*
*Rapporteur : Dr Lawrence Elliott*

---

1 Une liste des questions adressées aux groupes de travail vous est disponible. Si vous désirez la recevoir, veuillez communiquer avec la Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, LLCM-IA0603E1, pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2; téléphone (613) 957-1340; télécopieur (613) 952-7948.

# Annexe C
# Documents à lire

### Vue d'ensemble des infections à VVZ/épidémiologie générale


1. Boulianne N, Duval B, De Serres G et coll. *Antécédents de varicelle chez des enfants de 8 à 10 ans et perception que leurs parents ont du vaccin contre la varicelle.* Abrégé d'affiche d'exposition (résumé). 3ième Conférence canadienne nationale sur l'immunisation, Calgary 1998.

2. CDC. *Varicella-related deaths among children United States, 1997.* MMWR 1998;47:365-68.

3. CDC. *Varicella-related deaths among adults United States, 1997.* MMWR 1997;46:409-12.

4. CDC. *Evaluation of varicella reporting to the National Notifiable Disease Surveillance System United States, 1972-1997.* MMWR 1999;48:55-8.

5. De Serres G. *Epidemiological modelling of varicella in Canada* (résumé inédit).

6. Donahue JG, Choo PW, Manson JE et coll. *The incidence of herpes zoster*. Arch Intern Med 1995;155:1605-09.

7. Fairley CK, Miller E. *Varicella-zoster virus epidemiology a changing scene?* J Infect Dis 1996;174(Suppl 3):S314-19.

8. Finger R, Finger JP, Meade BJ et coll. *Age-specific incidence of chickenpox.* Public Health Rep 1994;109:750-54.

9. Guess HA, Broughton DD, Melton III LJ et coll. *Chickenpox hospitalizations among residents of Olmsted County, Minnesota, 1962 through 1981*. Am J Dis Child 1984;138:1055-57.

10. Guess HA, Broughton DD, Melton III LJ et coll. *Epidemiology of herpes zoster in children and adolescents: a population-based study*. Pediatrics 1985;76:512-17.

11. Halloran EM, Cochi SL, Lieu TA et coll. *Theoretical epidemiologic and morbidity effects of routine varicella immunization of preschool children in the United States*. Am J Epidemiol 1994;140:81-104.

12. Law B. *Varicella dangers*. Contemporary Pediatrics 1998;Dec:6-10.

13. Lieu TA, Black SB, Takahashi H et coll. *Varicella serology among school age children with a negative or uncertain history of chickenpox.* Pediatr Infect Dis J 1998;17:120-25.

14. Orenstein WA, Bernier RH. *Surveillance in the control of vaccine-preventable diseases.* Dans : Halperin W, Baker E (éds). *Public health surveillance*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1992:76-100.

15. Preblud SR, Orenstein WA, Bart KJ. *Varicella: clinical manifestations, epidemiology and health impact in children.* Pediatr Infect Dis 1984;3:505-09.

16. Varughese PV. *La varicelle au Canada 1924-1987*. RHMC 1987;13:159-62.

17. Wharton M. *The epidemiology of varicella-zoster virus infections.* Infect Dis Clin North Am 1996;10(3):571-81.

18. Yawn BP, Yawn RA, Lydick E. *Community impact of childhood varicella infections.* J Pediatrics 1997;130:759-65.

## Facteurs de risque suite aux complications de la varicelle

1. CDC. *Outbreak of invasive group A streptococcus associated with varicella in a childcare center Boston, Massachusetts, 1997.* MMWR 1997;46:944-48.

2. Davies HD, McGeer A, Schwartz B et coll. *Invasive group A streptococcal infections in Ontario, Canada.* N Engl J Med 1996;335:547-54.

3. Vugia DJ, Peterson CL, Meyers HB et coll. *Invasive group A streptococcal infections in children with varicella in southern California.* Pediatric Infect Dis J 1996;15:146-50.

## Problèmes liés à la lutte contre les infections

1. CDC. *Immunization of health-care workers. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HIPAC).* MMWR 1997;46:RR18:1-43.

2. Nettleman MD, Schmid M. *Controlling varicella in the healthcare setting: the cost effectiveness of using varicella vaccine in healthcare workers.* Infect Control Hosp Epidemiol 1997;18:504-08.

3. Weber DJ, Rutala WA, Parham C. *Impact and costs of varicella prevention in a university hospital.* Am J Public Health 1988;78:19-23.

4. Weber DJ, Rutala WA, Hamilton H. *Prevention and control of varicella-zoster infections in healthcare facilities.* Infect Control Hosp Epidemiol 1996;17:694-705.

## Vaccin contre la varicelle/usage du vaccin

### Monographies des produits

1. Merck Frosst Canada Inc. *Monographie VARIVAX®*. Kirkland QC: Merck Frosst Canada Inc., 1998:1-16.

2. SmithKline Beecham. *International Product Monograph Varilrix* . Oakville, ON: SmithKline Beecham. (Pas encore approuvé au Canada).

### Déclarations/recommandations

3. CDC. *Prevention of varicella - Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).* MMWR 1996;45(RR-11):1-36.

4. Comité consultatif national de l'immunisation. *Déclaration sur l'usage recommandé du vaccin antivaricelleux.* CCDR 1999;25(DCC-1):1-16.

5. OMS. *Vaccins antivaricelleux Note d'information de l'OMS.* Relevé épidémiologique hebdomadaire 1998;73:241-48.

6. WHO. *Varicella vaccination recommendations of the European Advisory Group* (document inédit).

### Efficacité, immunogénicité et sécurité générales

7. Krause P, Klinman D. *Efficacy, immunogenicity, safety and use of live attenuated chickenpox vaccine.* J Pediatr 1995;127:518-25.

8. Meurice F, De Bouver JL, Vandevoorde D et coll. *Immunogenicity and safety of a live attenuated varicella vaccine (Oka/SB Bio) in healthy children.* J Infect Dis 1996;174(Suppl 3):S324-29.

9. Varis T, Vesikari T. *Efficacy of high-titer live attenuated varicella vaccine in healthy young children.* J Infect Dis 1996;174(Suppl 3):S330-34.

10. Watson B, Boardman C, Laufer D et coll. *Humoral and cell-mediated immune responses in healthy children after one or two doses of varicella vaccine.* Clin Infect Dis 1995;20:316-19.

11. Watson B, Rothstein E, Bernstein H et coll. *Safety and cellular and humoral immune responses of a booster dose of varicella vaccine 6 years after primary immunization.* J Infect Dis 1995;172:217-19.

### Éruption post-vaccination/zona; transmissibilité de la souche vaccinale du virus

12. Hardy I, Gershon AA, Steinberg S et coll. *The incidence of zoster after immunization with live attenuated varicella virus. A study in children with leukemia.* N Engl J Med 1991;325:1545-50.

13. LaRussa P, Steinberg S, Meurice F et coll. *Transmission of vaccine strain varicella-zoster virus from a healthy adult with vaccine-associated rash to susceptible household contacts.* J Infect Dis 1997;176:1072-75.

14. Salzman MB, Sharrar RG, Steinberg S et coll. *Transmission of varicella-vaccine virus from a healthy 12-month child to his pregnant mother.* J Pediatr 1997;131:151-54.

15. Watson BM, Piercy SA, Plotkin SA et coll. *Modified chickenpox in children immunized with the Oka/Merck varicella vaccine.* Pediatrics 1993;91:17-22.

### Usage du vaccin groupes spéciaux/situations spéciales

16. Gershon A, Silverstein S. *Live attenuated varicella vaccine for prevention of herpes zoster.* Biologicals 1997;25:227-30.

17. Izurieta HS, Strebel PM, Blake PA. *Postlicensure effectiveness of varicella vaccine during an outbreak in a child care center*. JAMA 1997;278:1495-99.

18. Levin MJ, Barber D, Goldblatt E et coll. *Use of a live attenuated varicella vaccine to boost varicella-specific immune responses in seropositive people 55 years of age and older: duration of booster effect.* J Infect Dis 1998;178(Suppl 1):S109-12.

### Couverture vaccinale

19. CDC. *National, state and urban area vaccination coverage levels among children aged 19-35 months United States, July 1996-June 1997.* MMWR 1998;47:108-16.

## Études économiques de la varicelle/vaccination contre la varicelle


1. Beutels P, Clara R, Tormans G et coll. *Costs and benefits of routine varicella vaccination in German children*. J Infect Dis 1996;174(Suppl 3):S335-41.

2. De Wals P, Blackburn M, Guay M, Bravo G, Blanchette D, Douville-Fradet M. *Fardeau de la varicelle pour les familles au Québec. Enquête auprès d un échantillon représentatif des ménages.* Université de Sherbrooke, 1999.

3. Lieu TA, Black SB, Rieser N et coll. *The cost of childhood chickenpox: parents perspective.* Pediatr Infect Dis J 1994;13:173-77.

4. Lieu TA, Cochi SL, Black SB et coll. *Cost-effectiveness of a routine varicella vaccination program for US children.* JAMA 1994;271:375-81.

5. Saddier P, Floret D, Guess A et coll. *Cost of varicella in France: a study in day care centers.* J Infect Dis 1998;178(Suppl 1):S58-63.