

VACCINS

INFO-RESSOURCES

RÉSUMÉ MENSUEL DE PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES IMPARTIALES

VPH : Vaccination obligatoire avant l'adolescence?

Colgrove J. *The ethics and politics of compulsory HPV vaccination*. *N Engl J Med* 2006;355(23):2389-91.

Le législateur du Michigan ayant proposé que la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) devienne obligatoire chez les jeunes filles encore inactives sexuellement, le Dr James Colgrove, éthicien et chercheur associé, *Columbia University*, New York, se penche sur la question.

Le projet de loi sur la vaccination obligatoire des jeunes filles dès la sixième année (les parents qui s'y opposent pouvant demander une exemption) a été accepté par une «majorité écrasante» au Sénat et sera bientôt soumis à l'examen de l'Assemblée législative. «D'autres États emboîteront probablement le pas au Michigan», estime le Dr Colgrove, qui soupèse le pour et contre de la vaccination obligatoire contre le VPH.

Ce vaccin soulevait la controverse avant même d'être homologué. «Quelques conservateurs religieux craignaient que l'arrivée d'un vaccin contre une maladie transmissible sexuellement ne nuise aux messages de prévention axés sur l'abstinence.» Inversement, la perception voulant que l'infection par le VPH soit une question de santé pour les femmes fera sans doute «pencher lourdement» la balance en faveur de la vaccination obligatoire. «Les conséquences graves que peut avoir la maladie chez la femme nous amènent à redoubler d'effort pour maximiser l'utilisation du vaccin par tous les moyens à notre disposition, dont les mandats», souligne le Dr Colgrove.

Women in Government, organisme composé de femmes législatrices, exerce des pressions pour rendre la vaccination contre le VPH obligatoire dans tous les États. Cela dit, le grand public – qui se montre de plus en plus réticent aux vaccins depuis quelques années – s'y opposera sans doute. Certains estimeront que la transmission de l'infection par le VPH n'est pas aussi aléatoire que celle de nombreuses maladies de la petite enfance, ce qui rend la vaccination contre le VPH moins nécessaire que pour des maladies comme la rougeole ou la coqueluche. Par contre, les programmes de vaccination contre l'hépatite B ont révélé que la vaccination universelle réduit davantage l'incidence de la maladie que la vaccination limitée aux groupes à risque élevé. «La législation rendant la vaccination obligatoire soulève des questions éthiques et politiques», reconnaît le Dr Colgrove.

RÉSUMÉS TIRÉS D'ARTICLES PARUS DANS :

N Engl J Med: www.nejm.org

MMWR: www.cdc.gov

Pediatrics: www.pediatrics.org

Clin Infect Dis: www.journals.uchicago.edu/CID

Vaccine: www.sciencedirect.com

Ann Intern Med: www.annals.org

La vaccination obligatoire semble d'autant plus justifiée que l'immunité collective protège tous les membres de la collectivité, y compris les sujets chez qui les vaccins sont contre-indiqués, poursuit-il. «Si la loi rend la vaccination contre le VPH obligatoire, la protection contre la maladie sera plus efficace que si l'on se fie uniquement à la persuasion et à l'éducation.»

Le Comité consultatif national sur l'immunisation (CCNI) a récemment formulé les recommandations suivantes quant à l'utilisation du vaccin quadrivalent au Canada :

- **Filles de 9 à 13 ans :** Elles devraient être vaccinées, l'efficacité du vaccin étant maximale avant le début de la vie sexuelle.
- **Jeunes femmes de 14 à 26 ans :** Ces femmes bénéficient du vaccin même si elles sont déjà actives sexuellement. Elles n'ont peut-être pas encore été infectées par le VPH ou, à tout le moins, ne sont fort probablement pas infectées par les quatre sous-types. Ces femmes doivent savoir que même si elles sont vaccinées, elles peuvent déjà être infectées.
- **Jeunes femmes de 14 à 26 ans qui ont déjà eu une cytologie cervicale anormale, voire un cancer du col, ou qui présentent des condylomes génitaux ou une infection à VPH avérée :** Les femmes sexuellement actives de ce groupe bénéficient tout de même du vaccin. Elles ne sont peut-être pas encore infectées par les types de VPH ciblés par le vaccin, et il est très improbable qu'elles soient infectées par les quatre types. Si elles sont vaccinées, ces femmes ne doivent toutefois s'attendre à aucune protection contre les lésions cervicales existantes.
- **Sujets immunodéprimés :** Le vaccin peut être administré aux sujets immunodéprimés en raison d'une maladie ou de médicaments; cependant, son immunogénicité et son efficacité pourraient être moindres que chez les sujets immunocompétents.
- **Femmes >26 ans et hommes :** Aucune recommandation pour l'instant. Chez les femmes >26 ans, des études sont en cours, mais la vaccination pourrait être envisagée dans certains cas. Bien qu'on ait des données d'immunogénicité chez l'homme, on ignore si le vaccin est efficace.
- **Filles <9 ans et femmes enceintes :** Non recommandé. On ignore si le vaccin est immunogène ou efficace chez les fillettes et combien de temps dure la protection. Les données sur la vaccination durant la grossesse sont limitées. D'ici à ce que l'on ait plus de données, la vaccination doit être différée. Si une dose du vaccin est administrée pendant la grossesse, aucune intervention n'est indiquée.

Référence :

Relevé des maladies transmissibles du Canada (RMTCC) publié en ligne le 15 février 2007;33(DCC-2):1-32. (www.phac-aspc.gc.ca)

Vaccin contre le rotavirus : maintenant recommandé chez tous les nourrissons aux États-Unis, et peu de contre-indications

Parashar et al. *Prevention of rotavirus gastroenteritis among infants and children*. MMWR 2006;55(RR12):1-13.

Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recommande que tous les nourrissons reçoivent trois doses (à deux, quatre et six mois) du vaccin contre le rotavirus récemment homologué, à moins d'une réaction allergique grave à un ingrédient du vaccin ou à une dose préalable du vaccin.

Dès août 2006, l'ACIP a recommandé que les nourrissons reçoivent la première dose à l'âge de six à 12 semaines et que les doses subséquentes soient administrées à intervalles de quatre à 10 semaines. Les trois doses doivent avoir été administrées à l'âge de 32 semaines. «Ce vaccin peut être administré conjointement avec tout autre vaccin de la petite enfance», affirme l'auteur principal, le Dr Umesh Parashar, *National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control, Atlanta, Géorgie*, «et les enfants nourris au sein peuvent [aussi] recevoir le vaccin contre le rotavirus».

Plusieurs raisons expliquent que l'ACIP ait adopté la vaccination universelle des nourrissons comme principale mesure de santé publique pour prévenir la gastro-entérite à rotavirus (GAR) sévère aux États-Unis. «Primò, les taux de GAR sont semblables dans les pays industrialisés et les pays en développement», preuve que l'eau potable et l'hygiène ont peu d'effet sur la transmission du virus et sont donc peu susceptibles de prévenir l'infection à rotavirus de façon appréciable. Secundo, la GAR demeure associée à un lourd fardeau de morbidité, même aux États-Unis, malgré l'utilisation répandue de solutions de réhydratation orale. Selon des études sur l'infection à rotavirus naturelle, la primo-infection protège contre la GAR sévère subséquente. «Par conséquent, la vaccination précoce, qui simule la primo-infection naturelle de l'enfant [...], devrait prévenir la plupart des cas de GAR sévère et leurs séquelles.»

L'ACIP fait exception à ses critères d'âge dans quelques cas particuliers, comme les prématurés de moins de 37 semaines de gestation. L'organisme recommande la vaccination chez ces prématurés pour autant qu'ils aient au moins six semaines, qu'ils soient sortis de la pouponnière et que leur état soit stable cliniquement. La majorité des experts estiment par ailleurs que la protection d'un membre immunodéprimé du ménage que confère la vaccination d'un jeune enfant de ce ménage l'emporte sur le faible risque de transmission du virus vaccinal au membre immunodéprimé de la famille.

Hypothèse d'un lien entre les troubles envahissants du développement et le vaccin ROR réfutée par une enquête et d'autres données

Fombonne et al. *Pervasive developmental disorders in Montreal, Quebec, Canada: Prevalence and links with immunizations*. Pediatrics 2006;118(1):e139-e50.

D'Souza et al. *No evidence of persisting measles virus in peripheral blood mononuclear cells from children with autism spectrum disorder*. Pediatrics 2006;118(4):1664-75.

Katz SL. *Has the measles-mumps-rubella vaccine been fully exonerated?* Pediatrics 2006;118(4):1744-5.

Une importante enquête réalisée auprès d'enfants d'âge scolaire de la région de Montréal nés entre 1987 et 1998 a permis de réfuter catégoriquement toute association entre les troubles envahissants du développement (TED) et l'exposition à des taux élevés d'éthylmercure (thimérosal), jadis présent dans le vaccin rougeole-oreillons-rubéole (ROR), ou l'administration d'une ou deux doses du vaccin ROR.

Le Dr Eric Fombonne, CUSM-Université McGill, Montréal, Québec, et son équipe ont étudié 27 749 enfants nés pendant cette période de 12 ans et fréquentant 55 écoles anglophones. L'objectif de l'enquête était double : examiner le lien entre le taux de TED et l'exposition cumulative au thimérosal, d'une part, et vérifier l'effet éventuel de l'administration de deux doses du vaccin ROR sur le taux de TED, d'autre part.

En tout, 180 enfants ont reçu un diagnostic de TED, soit un taux de prévalence de 64,9 pour 10 000 enfants. Les troubles les plus fréquents étaient l'autisme (21,6 pour 10 000), les TED non spécifiques (32,8 pour 10 000) et le syndrome d'Asperger (10,1 pour 10 000). Le taux estimatif de TED dans cette enquête «correspondait de près» à ceux d'études récentes réalisées ailleurs.

Bien que le taux de TED dans cette cohorte ait été étonnamment élevé, le taux de prévalence, qui a augmenté en moyenne de 10 % par année au cours des 12 années de l'étude, «réflétait» également les tendances qui se dégagent d'autres études, à savoir des taux croissants de TED dans les cohortes de naissances plus jeunes depuis 15 ans.

L'exposition au thimérosal avant l'âge de deux ans au sein de chaque cohorte de naissances oscillait, en cours d'étude, entre zéro et 225 µg. Les auteurs avaient donc «une occasion unique» de déterminer le lien éventuel entre l'exposition au thimérosal et le taux de TED. Leur analyse n'a fait ressortir absolument aucun lien entre les taux de thimérosal et la prévalence des TED. En fait, «le taux de TED a atteint un maximum dans les cohortes de naissances qui n'avaient jamais été exposées au thimérosal, ce qui étaye clairement l'absence de lien entre le thimérosal et les TED».

Compte tenu de l'ajout d'une seconde dose du vaccin ROR à l'âge de 18 mois, les chercheurs ont aussi étudié l'effet de cette deuxième dose vs une dose unique. Non seulement n'ont-ils pas noté d'association entre la couverture vaccinale et le taux de TED entre 1987 et 1995 lorsque les enfants ne recevaient qu'une dose, mais ils n'ont pas non plus observé d'écart statistiquement significatif entre les taux de prévalence de TED enregistrés pendant les années d'administration d'une seule dose ou après 1996, lorsqu'on a commencé à administrer une seconde dose.

«L'enquête permet donc de tirer une [autre] conclusion : l'administration de deux doses du vaccin ROR avant [l'âge de] deux ans n'entraîne pas de hausse du risque de TED. On doit faire savoir aux parents d'enfants souffrant de TED et au grand public que les résultats des études concordent : les deux hypothèses qui établissaient un lien entre le risque d'autisme et le vaccin ROR ne sont pas fondées. Les enfants souffrant d'autisme et leurs frères et soeurs plus jeunes qui ne présentent aucun trouble du développement doivent être vaccinés.»

Un deuxième groupe de chercheurs dirigé par la Dr^e Yasmin D'Souza, CUSM-Université McGill, est arrivé à la même conclusion. Leur étude visait à vérifier la persistance des acides nucléiques rougeoleux dans les cellules mononucléées du sang périphérique des enfants souffrant d'un TED, comparativement aux enfants témoins. L'hypothèse d'une association entre le vaccin ROR et l'autisme était fondée sur la persistance de ces cellules dans les tissus et les liquides organiques.

On n'a isolé aucun acide nucléique rougeoleux lors de l'amplification en chaîne par polymérase (PCR) sur des cellules mononucléées du sang périphérique prélevées chez 54 enfants souffrant d'un TED et 34 enfants témoins normaux. Aucun des échantillons testés n'a donné de résultat positif lors des dosages PCR emboîtés et des dosages internes; il n'y a pas eu de différence non plus quant aux titres d'anticorps antirougeoleux entre les deux groupes.

«Compte tenu de nos observations et des données épidémiologiques, on ne peut pas, du point de vue scientifique, justifier de priver les enfants du vaccin ROR par crainte des TED. Par contre, le risque de mortalité et d'invalidité secondaire à l'infection [rougeoleuse] ne fait aucun doute. Le lien hypothétique entre le vaccin ROR et les TED est faux et mine le succès des programmes de lutte contre la rougeole.»

Dans un commentaire sur cette étude publié dans le même numéro de *Pediatrics*, le Dr Stanley Katz, *Duke University Medical Center, Durham, Caroline du Nord*, rappelle que des études indépendantes réalisées par l'*American Academy of Pediatrics* et l'*Institute of Medicine* de la *National Academy of Sciences* – lors desquelles on a examiné l'ensemble des données sur le vaccin ROR et l'autisme – ont permis aux deux organismes de conclure que «les données publiées n'étaient pas l'hypothèse d'une association entre, d'une part, le vaccin ROR et, d'autre part, l'autisme et les autres TED ou les maladies inflammatoires de l'intestin». L'*Institute of Medicine* conclut dans les termes suivants : «l'ensemble des données épidémiologiques nous amènent à rejeter l'hypothèse d'un lien causal entre le vaccin ROR et l'autisme».

Efficacité du vaccin antipneumococcique polysaccharidique 23-valent chez les adultes âgés

Vila-Corcoles et al. *Protective effects of the 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine in the elderly population: the EVAN-65 study*. Clin Infect Dis 2006;43(7):860-8.

Une étude prospective sur l'efficacité controversée du vaccin antipneumococcique polysaccharidique (VAP) 23-valent a levé les doutes quant à son efficacité contre la pneumonie à pneumocoque et la mortalité par pneumonie chez des adultes de 65 ans et plus.

Le Dr Angel Vila-Corcoles, Institut de santé de la Catalogne, Tarragone, Espagne, et ses collègues de plusieurs centres ont évalué l'efficacité du vaccin dans la prévention de l'infection pneumococcique invasive (IPI), de la pneumonie à pneumocoque, de la pneumonie toutes causes confondues et de la mortalité par pneumonie chez des sujets âgés vivant dans la collectivité, de janvier 2002 à avril 2005. Le VAP 23-valent a été offert sans frais aux patients âgés lors d'une consultation dans l'un des huit centres de soins primaires de Tarragone, soit pendant la campagne annuelle de vaccination antigrippale, soit au cours d'une visite quelconque pendant le reste de l'année.

Quelque 4986 sujets ont été vaccinés avant le début de l'étude, mais 87 % d'entre eux avaient reçu le VAP 23-valent au cours des deux années précédentes. Sur les 6255 sujets qui n'avaient pas été vaccinés avant leur admission à l'étude, 23 % ont reçu le vaccin pendant les 40 mois de l'étude. Lors de la période d'observation, seuls 22 patients ont subi une IPI, tandis que 473 cas de pneumonie extra-hospitalière ont été recensés, et la majorité des sujets ont dû être hospitalisés. Selon l'analyse multivariée, le VAP 23-valent a permis des réductions non significatives du risque d'IPI causée par des sérotypes vaccinaux ou causée par l'ensemble des sérotypes et du risque de pneumonie pneumococcique bactériémique ou non bactériémique.

Le vaccin a également eu un effet protecteur marqué contre l'ensemble des pneumonies pneumococciques, soit une réduction de 45 % du risque (taux de risque [HR] : 0,55), de 26 % du taux d'hospitalisation motivée par la pneumonie (HR : 0,74) et de 21 % du taux global de pneumonie (HR : 0,79). Fait peut-être encore plus important, le risque de mortalité par pneumonie était 59 % plus faible chez les sujets vaccinés (HR : 0,41) que chez les témoins. Certes, l'étude ne comportait pas de groupe comparatif randomisé, mais «le nombre de sujets de même que l'ajustement des données pour tenir compte d'importantes covariables lors de l'analyse multivariée permettent une analyse juste des effets du VAP chez des sujets âgés». Si l'effet protecteur du vaccin contre l'IPI n'a pas atteint le seuil de signification statistique, les taux bruts et ajustés d'IPI «dénotent un effet protecteur contre l'IPI et la pneumonie à pneumocoque bactériémique», et les résultats reflètent ceux d'études rétrospectives sur le vaccin antipneumococcique qui faisaient ressortir un taux d'efficacité de 60 à 70 % dans la prévention de l'IPI.

«Le VAP 23-valent a eu un taux d'efficacité significatif [...] pour réduire le risque d'hospitalisation motivée par la pneumonie toutes causes confondues et [...] pour prévenir l'ensemble des pneumonies.» Si ces deux paramètres de mesure ne sont pas aussi spécifiques que l'IPI ou la pneumonie à pneumocoque, «ils permettent néanmoins de mesurer adéquatement l'efficacité du vaccin». De l'avis des investigateurs, le VAP 23-valent doit être recommandé à tous les sujets de 65 ans et plus, ce groupe d'âge étant le plus touché par les pneumocoques.

La vaccination antigrippale à l'école allège le fardeau de morbidité chez les autres membres du ménage

King Jr et al. *Effectiveness of school-based influenza vaccination*. N Engl J Med 2006;355(24):2523-32.

Un programme de vaccination antigrippale en milieu scolaire réduit significativement le taux d'infections grippales chez les autres membres du ménage, comparativement aux

écoles sans programme de vaccination antigrippale, bien que moins de la moitié des élèves aient effectivement reçu le vaccin.

Le Dr James King, Jr., *University of Maryland School of Medicine*, Baltimore, et ses collègues de plusieurs centres ont évalué l'effet d'un programme de vaccination antigrippale en milieu scolaire, comparativement à l'absence d'intervention, sur les autres membres du ménage et les enfants des écoles qui prenaient part au programme. «Dans les écoles avec intervention, on a offert gratuitement, à l'automne 2004, le vaccin antigrippal vivant atténué aux enfants en bonne santé de cinq ans et plus.» Dans les deux types d'écoles, les autres membres du ménage étaient autorisés à recevoir le vaccin par l'intermédiaire de leur médecin habituel. Au total, 47 % des enfants des écoles avec intervention ont reçu le vaccin, la plupart pour la première fois. Durant une semaine où l'on prévoyait un pic d'activité grippale, tous les ménages ayant des enfants dans les deux types d'écoles ont fait l'objet d'un sondage quant aux symptômes grippaux au cours des sept jours précédents.

Le nombre d'épisodes grippaux signalés pendant la semaine de pic d'activité était «significativement moindre» dans les ménages dont les enfants fréquentaient une école avec intervention. «L'utilisation de médicaments d'ordonnance, de médicaments en vente libre et de plantes médicinales pour le traitement des symptômes grippaux était [également] significativement moindre dans les ménages dont les enfants fréquentaient une école avec intervention, au même titre que le recours aux humidificateurs.»

On a enregistré un nombre moindre de visites chez le médecin ou en clinique motivées par les symptômes grippaux d'enfants qui fréquentaient une école avec intervention, et la tendance était semblable chez les adultes des mêmes ménages. La différence entre les groupes au chapitre des visites au service des urgences n'était pas significative. Fait à noter, le taux d'hospitalisation pour 100 personnes était plus élevé dans les ménages dont les enfants fréquentaient une école avec intervention que dans les ménages témoins, mais cette différence n'a pas semblé significative sur le plan statistique, ni chez les enfants ni chez les adultes. Autre fait important, le taux d'absentéisme motivé par des symptômes grippaux chez les enfants qui fréquentaient une école avec intervention était significativement plus faible que le taux observé chez les enfants témoins; les parents des ménages avec intervention ont aussi signalé significativement moins de journées de travail perdues en raison de la grippe.

«Les enfants sont d'importants vecteurs de propagation de la grippe dans les ménages et dans la collectivité. La vaccination antigrippale des enfants en bonne santé représente peut-être une méthode efficace et commode pour réduire le fardeau de la grippe dans la collectivité.»

Calendriers de vaccination anti-hépatite pour une protection à long terme

van der Sande et al. *Similar long-term vaccine efficacy of two versus three doses of HBV vaccine in early life*.

Vaccine 2007;25(8):1509-12.

Rendi-Wagner et al. *Persistence of seroprotection 10 years after primary hepatitis A vaccination in an unselected study population*. Vaccine 2007;25(5):927-31.

Deux doses du vaccin contre le virus de l'hépatite B (anti-VHB) protègent contre l'infection fondamentale à long terme et le portage en milieu de forte endémie. Les trois doses habituelles ne seraient peut-être pas nécessaires. La protection contre l'hépatite A après l'administration du calendrier recommandé de trois doses persiste pendant plus de 10 ans au sein d'une population non choisie.

La Dr^{ce} Marianne van der Sande, Centre de lutte contre les maladies infectieuses, Bilthoven, Pays-Bas, et ses collègues ont évalué l'efficacité du vaccin anti-VHB chez 60 enfants n'ayant reçu que deux doses du vaccin pendant la petite enfance et chez 463 autres enfants ayant reçu trois doses. Après quatre à sept ans, le vaccin était demeuré efficace à plus de 86 % contre l'infection et à plus de 92 % contre le portage sous l'effet de deux doses, résultats qui étaient comparables à l'effet de trois doses. On n'a enregistré aucune différence significative quant aux titres moyens géométriques chez les sujets ayant répondu au vaccin, qu'ils aient reçu deux ou trois doses, ni de différence significative entre les deux groupes sur le plan des

signes sérologiques d'une infection antérieure et d'un portage en cours.

«Nos données d'observation étayaient [la possibilité] que deux doses du vaccin anti-VHB soient suffisantes pour protéger les jeunes enfants en milieu endémique. Comme les coûts et le respect du calendrier vaccinal ont un effet négatif sur l'efficacité des programmes de vaccination systématique, la réduction du nombre de doses peut influencer significativement sur l'efficacité globale.»

Lors d'une étude distincte, la D^{re} Pamela Rendi-Wagner, Faculté de médecine de l'Université de Vienne, Autriche, et ses collaborateurs ont évalué l'immunité à long terme et la persistance de la séroprotection au sein d'une importante cohorte de sujets vaccinés non choisis 10 ans après la primo-vaccination (vaccin contre l'hépatite A [anti-VHA]).

L'étude regroupait 1016 participants (âge moyen : 54,7 ans) qui avaient reçu trois doses du vaccin anti-VHA. «Dans l'ensemble, 98,3 % des sujets vaccinés avaient des taux protecteurs [> 10 mUI/mL. » Le seul résultat significatif [quant aux titres d'anticorps supérieurs et inférieurs à 10 mUI/mL] portait sur l'indice de masse corporelle [IMC] : l'IMC des sujets dont les titres d'anticorps étaient <10 mUI/mL se chiffrait à plus de 31 kg/m², alors que celui de l'ensemble de la population à l'étude se chiffrait à 25,3 kg/m².

Les titres d'anticorps étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes, mais, après avoir testé plus de 1000 personnes, «on a observé un taux global de séropositivité élevé au sein d'une population non choisie, même chez les sujets âgés» – ce qui donne à penser que les trois doses du vaccin anti-VHA confèrent «une immunité protectrice qui dépasse amplement l'intervalle de rappel à 10 ans actuellement recommandé par le fabricant et la plupart des autorités sanitaires».

Les immigrants et les réfugiés qui arrivent au Canada ne sont pas immunisés contre la rougeole, les oreillons et la rubéole

Greenaway et al. Susceptibility to measles, mumps, and rubella in newly arrived adult immigrants and refugees.

Ann Intern Med 2007;146(1):20-4.

Selon une enquête auprès d'immigrants et de réfugiés récemment arrivés au Canada qui a été réalisée par des chercheurs de Montréal, plus du tiers ne sont pas immunisés contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), et les femmes sont particulièrement vulnérables.

La D^{re} Christina Greenaway, Hôpital général juif-SMBD, Montréal, Québec, et son équipe ont mesuré le taux de sensibilité au trio ROR chez 1480 immigrants et réfugiés qui vivaient au Canada depuis un maximum de cinq ans. Les participants avaient consulté l'un des deux hôpitaux ou l'une des trois cliniques avoisinant l'Hôpital général juif d'octobre 2002 à décembre 2004. «Près de la moitié des participants étaient des réfugiés, mais seulement 0,8 % avaient vécu dans un camp de réfugiés, et la plupart des réfugiés avaient fait une demande d'asile après leur arrivée au Canada.»

Notons que les participants étaient scolarisés (durée moyenne des études : environ 14 ans), et près de la moitié avaient une formation universitaire. Selon les résultats sérologiques, 36 % des sujets demeuraient sensibles à au moins l'une des trois infections, la prévalence s'échelonnant entre 22 % et 54 % selon l'âge, le sexe et la région d'origine. «La probabilité de sensibilité était particulièrement élevée chez les immigrantes.» Selon une analyse multivariable, les probabilités de sensibilité à la rougeole (risque relatif approché [OR] 2:1) et à la rubéole (OR 1:7) étaient plus de deux fois plus élevées que chez les hommes, contrairement à la probabilité de sensibilité aux oreillons.

«On doit donc s'assurer que les sujets nés ailleurs qu'au Canada ont bel et bien reçu leur vaccin ROR afin de protéger les personnes à risque et d'éviter les flambées. Essentiellement, il pourrait devenir nécessaire de lancer des programmes de rattrapage et de mettre au point des stratégies novatrices ciblant les communautés culturelles et leurs dirigeants.»

Les immigrants à risque peuvent aussi ramener le trio ROR après une visite chez des amis ou des membres de la famille vivant en zone d'endémie. □

À V E N I R

La 41^e Conférence nationale sur l'immunisation

5-8 mars 2007 / Kansas City, Missouri

Conférence annuelle de 2007 de l'AMMI Canada et de la CACMID

14-18 mars 2007 / Halifax, Nouvelle-Écosse

Congrès mondial 2007 sur les vaccins

19-22 mars 2007 / Washington, DC

Le 17^e Congrès européen de microbiologie clinique et d'infectiologie (ECCMID)

31 mars-3 avril 2007 / Munich, Allemagne

Semaine nationale de sensibilisation à l'immunisation (Canada)

22-28 avril 2007

La 4^e Conférence internationale sur les vaccins contre les maladies entériques

25-27 avril 2007 / Lisbonne, Portugal

OFFERT À TITRE DE SERVICE POUR LA MÉDECINE PAR MERCK FROSST CANADA LTÉE.

© 2007 Réseau d'éducation médicale Canada inc. Tous droits réservés. Réseau d'éducation médicale Canada inc. est un service indépendant de nouvelles médicales faisant état des opinions professionnelles qui se dégagent de réunions scientifiques ou cliniques tenues dans le monde entier. Les vues exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'éditeur ou du commanditaire. La distribution du présent compte rendu est commanditée par Merck Frosst Canada Ltée au moyen d'une subvention inconditionnelle à l'éducation et en vertu d'un accord écrit qui garantit l'indépendance. Tout traitement mentionné dans le présent compte rendu doit être utilisé conformément au guide thérapeutique en vigueur au Canada. Aucune allégation ou recommandation n'y est faite quant aux produits, aux indications et aux doses à l'étude. Aucune partie du présent compte rendu ne peut être reproduite sous quelque forme que ce soit ni distribué sans le consentement écrit de l'éditeur. L'information contenue dans le présent compte rendu n'est pas destinée à justifier à elle seule les soins à prodigier à quiconque. Notre objectif est d'aider les médecins et les autres professionnels de la santé à mieux comprendre les tendances actuelles de la médecine. Vos commentaires sont les bienvenus.

Réseau d'éducation médicale Canada inc. Télécopieur : (450) 424-4210 ou courriel : mednet@mednet.ca

