

VACCINS

INFO-RESSOURCES

RÉSUMÉ MENSUEL DE PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES IMPARTIALES

L'utilisation du vaccin contre le zona se précise

Gnann JW Jr. *Vaccination to prevent herpes zoster in older adults.* J Pain 2008;9(1 suppl 1):S31-S36.

Aux États-Unis, le vaccin contre le zona a été approuvé par la *Food and Drug Administration* (FDA) pour la prévention de cette affection chez les adultes de 60 ans sur la foi des résultats décisifs de l'étude SPS (*Shingles Prevention Study*). Cela dit, un certain nombre de questions sur son utilisation restent à préciser, estime le Dr John W. Gnann Jr., *University of Alabama*, Birmingham, tâche à laquelle il s'est attaqué dans un article récent.

Combien de temps l'effet protecteur du vaccin dure-t-il?

Son efficacité s'est maintenue durant un suivi de quatre ans chez les sujets de l'étude SPS dont un sous-groupe fait d'ailleurs actuellement l'objet d'un suivi à long terme. Pour le moment, une seule injection du vaccin est recommandée et il n'est pas nécessaire d'administrer de dose de rappel.

Peut-on utiliser le vaccin chez les patients de <60 ans?

Bien que l'innocuité et l'efficacité du vaccin ne soient pas établies pour ces tranches d'âge, rien ne laisse supposer qu'il serait moins sûr et moins efficace chez des sujets plus jeunes. Lors d'études menées auprès de sujets de 50 ans sur des vaccins contre le zona plus puissants, les vaccins étaient immunogènes et généralement bien tolérés chez les participants âgés entre 50 et 59 ans, mais ces études n'étaient pas conçues pour évaluer leur efficacité. Vu l'absence de données, le médecin doit évaluer le rapport risque/bénéfice d'une utilisation hors indication avant 60 ans au cas par cas.

Le vaccin contre le zona est-il utile aux patients qui ont déjà eu le zona?

Les patients ayant déjà souffert de zona ont été exclus de l'étude SPS, mais ce sont souvent ces patients qui insistent le plus pour recevoir le vaccin. Un épisode de zona a un effet «immunisant» et réduit fortement la probabilité de récurrence. Par conséquent, il est relativement peu probable qu'un patient ayant présenté un épisode récent retire un bienfait du vaccin. Cela dit, il est raisonnable d'offrir le vaccin dans le cas d'antécédents lointains (plusieurs décennies). L'ACIP (*Advisory Committee on Immunization*

Practices) recommande toujours la vaccination des adultes de 60 ans même s'ils ont déjà eu un épisode de zona.

Le vaccin peut-il être utilisé lorsqu'on ignore si le patient a déjà contracté la varicelle?

Cette question concerne une minorité de gens étant donné qu'en Amérique du Nord, au moins 95 % des adultes ont eu la varicelle. Lors d'une étude sur un vaccin expérimental plus fortement dosé contre le zona chez un petit groupe d'adultes dont les titres d'anticorps contre la varicelle étaient nuls ou faibles, on n'a signalé ni effet indésirable grave lié au vaccin ni cas de fièvre ou d'éruption cutanée ressemblant à la varicelle. On a observé une séroconversion après la vaccination chez tous les patients qui étaient séronégatifs au début de l'étude. Par conséquent, il est probable que l'inoculation du vaccin contre le zona à des adultes séronégatifs pour la varicelle les protège au moins partiellement contre celle-ci.

Le vaccin contre le zona peut-il être administré en concomitance avec d'autres vaccins?

Cette question a été peu explorée, mais au moins une étude indique qu'on peut administrer le vaccin contre le zona et le vaccin contre la grippe simultanément sans compromettre leur immunogénicité respective. Rien n'indique non plus que l'administration d'un vaccin inactivé perturbe la réponse immunitaire à d'autres vaccins inactivés ou à un vaccin vivant. Par conséquent, comme le note l'ACIP, un vaccin inactivé peut être administré en même temps qu'un autre vaccin inactivé ou qu'un vaccin vivant ou à n'importe quel moment avant ou après l'administration d'autres vaccins.

Le vaccin est contre-indiqué chez les patients immunodéprimés. Comment doit-on définir ce groupe?

Le vaccin contient bien une souche vivante atténuée du virus de la varicelle, de sorte qu'il existe un risque, du moins théorique, qu'un patient immunodéprimé présente une éruption cutanée ou une infection disséminée liée au vaccin. Le vaccin contre le zona est formellement contre-indiqué chez les patients atteints de syndromes lymphoprolifératifs, les patients sous chimio ou radiothérapie cytotoxique, les greffés d'organe et les patients infectés par le VIH. Toutefois, cela laisse des zones d'ombre dans le cas d'un large éventail de patients atteints d'immunodépression légère à modérée pour qui le rapport risque/bénéfice du vaccin contre le zona n'est pas bien défini. L'ACIP invite à la prudence dans le cas de sujets recevant un traitement par plus de 2 mg/kg de poids corporel ou de 20 mg/jour de prednisone (ou l'équivalent) pendant plus de deux semaines. En revanche, ni un âge avancé ni la présence d'autres affections, y compris le diabète, ne constituent des contre-indications.

Un adulte peut-il être vacciné s'il vit en commun avec une personne immunodéprimée qui est séronégative pour la varicelle?

Aucun cas de transmission du virus du vaccin après la vaccination contre le zona n'a été documenté, mais cela pourrait théoriquement se produire. La démarche la plus simple serait peut-être ici de procéder à la recherche d'anticorps contre la varicelle chez le contact immunodéprimé; si la sérologie est positive, il n'y a aucun risque à administrer le vaccin au premier patient à moins que le contact familial n'ait récemment subi une allogreffe de moelle osseuse.

RÉSUMÉS TIRÉS D'ARTICLES PARUS DANS :

J Pain : www.ampainsoc.org/pub/journal

Clin Infect Dis : www.journals.uchicago.edu

Vaccine : www.sciencedirect.com

Sex Transm Infect : www.sti.bmj.com

Pediatrics : www.pediatrics.org

Au Canada, la majorité des parents feraient vacciner leurs fils contre le VPH

Ogilvie et al. *Intention of parents to have male children vaccinated with the HPV vaccine. Sex Transm Infect* 29 avr 2008 [publié en ligne]

Selon un sondage aléatoire réalisé au Canada, plus des deux tiers des parents feraient vacciner leurs fils contre le virus du papillome humain (VPH) pendant une campagne d'immunisation en milieu scolaire financée par l'État.

Avec ses collègues, la D^{re} Gina Ogilvie, professeure adjointe de médecine familiale, *University of British Columbia*, Vancouver, a consulté des parents d'enfants de 8 à 18 ans dans le cadre d'un sondage téléphonique à numéros générés au hasard. Sur les 1381 répondants ayant des garçons, 67,8 % avaient l'intention de faire vacciner leurs fils contre le VPH. «De même, 73,8 % des parents [avaient] l'intention de faire vacciner leurs filles», signalent les auteurs.

Les résultats sur les intentions de faire vacciner les garçons ne sont pas uniformes d'un bout à l'autre du pays. Le taux le plus bas (61,7 %) a été enregistré en Colombie-Britannique et le plus élevé (79,8 %), dans les provinces de l'Atlantique. Selon les analyses multivariées, les parents qui avaient une attitude positive envers les vaccins en général – et le vaccin anti-VPH en particulier – étaient plus susceptibles d'avoir l'intention de faire vacciner leurs fils contre le VPH. Les parents qui avaient l'intention de faire vacciner leurs filles étaient également très susceptibles d'avoir l'intention de faire vacciner leurs fils.

Les parents qui estimaient que le vaccin avait un effet limité sur le comportement sexuel de leurs enfants ainsi que les parents qui avaient plus d'un enfant et qui connaissaient le VPH étaient plus susceptibles d'avoir l'intention de faire vacciner leurs fils. On constate une corrélation négative entre l'intention de faire vacciner ses enfants et deux facteurs : le fait de résider en Colombie-Britannique et un niveau de scolarité élevé.

On n'a toutefois noté aucune corrélation significative entre l'appartenance à une religion, les convictions religieuses profondément ancrées et le contexte culturel, d'une part, et l'intention de faire vacciner les garçons contre le VPH. Les campagnes publiques de vaccination des adolescents en milieu scolaire donnent des taux de couverture satisfaisants au Canada. Prenons l'exemple du vaccin contre l'hépatite B chez les adolescents de 12 ans des deux sexes : son taux de couverture est de plus de 85 % en Colombie-Britannique.

«Somme toute, la majorité des parents du Canada feraient vacciner leurs fils pendant une campagne d'immunisation en milieu scolaire, advenant l'homologation du vaccin anti-VPH pour les garçons et les hommes.»

VAERS : la crainte des effets de vaccins sur le fœtus demeure un motif d'interruption volontaire de grossesse

Chang et al. *Elective termination of pregnancy after vaccination reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS): 1990-2006. Vaccine* 2008;26(19):2428-32.

Un examen systématique de la base de données VAERS (*Vaccine Adverse Event Reporting System*) entre 1990 et 2006 révèle qu'un certain nombre de femmes vaccinées par inadvertance peu avant ou durant une grossesse interrompent celle-ci par crainte de risques pour le fœtus, même si ces risques n'ont jamais été démontrés. Les professionnels de la santé doivent rassurer les femmes enceintes en les informant qu'il n'y a pas lieu, dans un tel cas, d'interrompre la grossesse.

Le D^r Soju Chang de la FDA des États-Unis et ses collègues ont examiné les rapports d'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans la VAERS et ont cherché à dégager les circonstances de la vaccination par inadvertance de femmes enceintes. «En général, les vaccins vivants sont contre-indiqués chez les femmes enceintes en raison du risque théorique de transmission du vaccin au fœtus, et les groupes consultatifs recommandent d'éviter la grossesse durant la période suivant immédiatement l'administration de ces vaccins.»

Entre 1990 et 2006, on a signalé 80 IVG motivées par la crainte des effets de vaccins sur le fœtus, la plupart aux États-Unis.

La majorité de ces rapports provenaient des fabricants de vaccins. L'âge médian des femmes était de 26 ans. «Sur les 80 IVG, 73 étaient liées à l'administration d'un seul vaccin, et sept, à l'administration de vaccins multiples»; par ailleurs, au moins un vaccin vivant avait été inoculé dans 65 de ces cas, les 15 autres ne concernant que des vaccins inactivés.

Au total, 60 % des femmes vaccinées ignoraient qu'elles étaient enceintes lors de la vaccination, et la plupart des autres femmes sont devenues enceintes moins de trois mois après avoir reçu le vaccin. L'ACIP recommande d'éviter la grossesse moins de un mois après avoir reçu un vaccin vivant atténué, tandis que les fabricants suggèrent un délai de trois mois.

Les *Centers for Disease Control* indiquent que lorsqu'il y a vaccination durant la grossesse, les risques pour le fœtus sont surtout théoriques étant donné qu'il n'a jamais été décrit de cas attestant l'existence de tels risques à la suite de l'administration d'anatoxines ou de vaccins bactériens ou viraux inactivés. Pour la même raison, les vaccins vivants comportent un risque également théorique.

«On peut prévenir ou réduire au minimum la vaccination pratiquée par inadvertance pendant la grossesse en améliorant le dépistage et l'éducation chez les femmes aptes à procréer, ce qui implique de vérifier, lors des vaccinations, la présence ou la possibilité d'une grossesse ainsi que la date de la dernière menstruation, et de recommander la prise des précautions contraceptives nécessaires pendant l'intervalle de un à trois mois suivant l'administration d'un vaccin vivant atténué.»

Vaccins hexavalents hautement efficaces contre l'infection à *H. influenzae* de type b

Kalies et al. *Effectiveness of hexavalent vaccines against invasive Haemophilus influenzae type b disease: Germany's experience after 5 years of licensure. Vaccine* 2008;26(20):2545-52.

Les données à cinq ans sur l'utilisation de vaccins hexavalents en Allemagne ont objectivé une grande efficacité de ce type de vaccin contre l'infection à *H. influenzae* de type b (Hib) chez les enfants ayant reçu une primovaccination complète ou complètement immunisés.

À la fin de 2000, l'Allemagne a été le premier pays à utiliser des vaccins hexavalents, formés par l'ajout d'un composant contre l'hépatite B (HB) au vaccin combiné pentavalent DCaT-VPI/Hib existant. «À notre connaissance, il n'existe pas de données sur l'efficacité réelle des vaccins hexavalents contre les infections invasives à Hib», indiquent la D^{re} Helen Kalies, Université Ludwig-Maximilien, Munich, Allemagne, et ses collègues de plusieurs centres. L'étude visait donc à évaluer l'efficacité des vaccins hexavalents contre les infections invasives à Hib chez des enfants allemands cinq ans après leur introduction.

En cinq ans, 96 cas d'infection invasive à Hib ont été recensés par les programmes de surveillance, dont 23 sont survenus chez des nourrissons âgés de moins de deux mois, trop jeunes pour être vaccinés. Sur les 73 cas restants, 32 étaient dus au type b, 30, à des souches non b, et 11 à des souches non typées. «La méningite était le diagnostic clinique prédominant des 32 cas liés à Hib, et l'âge médian des enfants — vaccinés et non vaccinés — au moment du diagnostic était de huit mois. Chez les 13 enfants infectés par Hib qui étaient vaccinés, 11 avaient reçu au moins une dose du vaccin combiné hexavalent avant la survenue de l'infection. «L'efficacité des vaccins combinés DCaT-VPI-HB/Hib contre les infections invasives à Hib a été estimée à 68,4 % dans les cas de série primaire incomplète et à 90,4 % dans les cas de série primaire complète. La grande efficacité des vaccins hexavalents contre Hib constatée au cours de cette étude est comparable à celle d'autres combinaisons vaccinales DCaT comportant un composant Hib déjà rapportée en Allemagne.»

Les vaccins combinés sont indéniablement très utiles aux fins de santé publique, car ils améliorent nettement notre capacité de mener à terme et en temps utile les vaccinations en réduisant le nombre d'injections et de visites au cabinet du médecin pour que les enfants reçoivent tous les vaccins recommandés.

Baisse des cas de méningite à pneumocoques grâce à l'administration systématique du vaccin conjugué antipneumococcique aux enfants

Tsai et al. *Changing epidemiology of pneumococcal meningitis after the introduction of pneumococcal conjugate vaccine in the United States.* Clin Infect Dis 2008;46(11):1664-72.

Smith et al. *Alternative strategies for adult pneumococcal polysaccharide vaccination: a cost-effectiveness analysis.* Vaccine 2008;26(11):1420-31.

Aux États-Unis, l'administration systématique du vaccin conjugué antipneumococcique (PCV7) chez les enfants a réduit radicalement le nombre d'hospitalisations et la mortalité liés à la méningite à pneumocoques chez les enfants et les adultes, à tel point que la plupart des épisodes surviennent maintenant chez des adultes. Le Dr Chiaojung Tsai, *Vanderbilt University School of Medicine*, Nashville, Tennessee, et ses collègues de plusieurs centres ont analysé l'évolution de l'incidence des hospitalisations et de la mortalité liées à la méningite à pneumocoques entre 1994 et 2004 à partir de la base de données *Nationwide Inpatient Sample*, la plus vaste sur les malades hospitalisés aux États-Unis. «Globalement, les taux d'hospitalisations pour cause de méningite à pneumocoques ont diminué de 33 % après l'introduction du PCV7», indiquent-ils.

Chez les enfants de <2 ans, le taux annualisé moyen d'hospitalisation a fléchi prodigieusement de 66 % depuis l'arrivée du PCV7, et de 51,5 % chez les enfants âgés de 2 à 4 ans. «Pendant la même période, les taux ont également baissé dans les autres groupes d'âge»; par exemple, la baisse enregistrée chez les adultes de 65 ans était de 33 %. La vaccination systématique par le PCV7 a été suivie d'une diminution de 32,7 % du taux global de mortalité par méningite à pneumocoques. La baisse la plus marquée du taux de mortalité (51,1 %) a été observée chez les enfants de <2 ans, mais ce groupe est suivi de près par les adultes de 65 ans (réduction de 43,9 %). En fait, après l'introduction du vaccin, la méningite à pneumocoques a entraîné 3330 hospitalisations et 394 décès de moins que durant la période 1994-1999 de référence. «Ces résultats corroborent l'effet bénéfique global, à l'échelle nationale, de l'utilisation du PCV7 sur l'incidence de la méningite à pneumocoques, principale forme de méningite bactérienne extra-hospitalière», concluent les chercheurs.

Dans une analyse distincte des coûts de stratégies de rechange chez l'adulte, le Dr Kenneth Smith, *University of Pittsburgh*, Pennsylvanie, et ses collègues ont utilisé un modèle afin d'examiner d'autres options que la politique actuelle qui préconise de donner le vaccin antipneumococcique polysaccharidique (VAP) à 65 ans chez la plupart des patients pour prévenir les infections invasives à pneumocoques (IIP). Selon ce modèle, la vaccination des adultes par le VAP à la fois à 50 et 65 ans préviendrait davantage les IIP que les politiques actuelles de vaccination, sans que cette mesure n'occasionne des coûts exceptionnellement élevés. Par exemple, comparée à une politique de non-vaccination, la politique actuelle coûte environ 3300 \$ par année de vie sans invalidité (QALY) gagnée. Par rapport à cette dernière, une stratégie de vaccination à 50 et 65 ans coûterait environ 23 100 \$ par QALY gagnée. Qui plus est, les chercheurs ont constaté qu'une vaccination effectuée à 65 ans seulement (politique actuelle) était moins efficace pour prévenir les IIP qu'une vaccination à 50 ans seulement; selon eux, les stratégies consistant à administrer le vaccin à 50 et 65 ans ou même à 50, 60, 70 et 80 ans sont «des options raisonnables à considérer», et il serait «prudent sur les plans clinique et économique» de modifier les recommandations actuelles relatives au VAP.

Les médias traditionnels influent peu sur l'acceptation du vaccin ROR aux États-Unis

Smith et al. *Media coverage of the measles-mumps-rubella vaccine and autism controversy and its relationship to MMR immunization rates in the United States.* Pediatrics 2008;121(4):e836-e843.

Des chercheurs de Philadelphie ont récemment eu la surprise de constater que les médias traditionnels avaient eu peu d'effet sur le taux d'administration du vaccin rougeole-orillons-rubéole (ROR). Le Dr Michael Smith, *Children's Hospital*

of Philadelphia, Pennsylvanie, et ses collègues souhaitaient mesurer, pour la première fois, le taux d'administration du vaccin ROR aux États-Unis après la publication d'un article phare qui laissait entrevoir un lien entre ce vaccin et l'autisme. Les fichiers publics du *National Immunization Survey (NIS)* ont servi à estimer son taux d'administration annuel de 1995 à 2004. «Le taux de refus sélectif du vaccin ROR – enfants ayant reçu tous les vaccins habituels sauf le ROR – a été retenu comme paramètre principal», expliquent les investigateurs.

L'équipe a eu recours à la base de données LexisNexis pour évaluer la couverture médiatique à l'échelle nationale et locale. En 1995 (année de lancement du NIS), environ 10 % des enfants de 19 à 35 mois n'ont pas reçu le vaccin ROR, taux qui est passé à 8 % en 1998 pour revenir à 10 % en 2000 avant de chuter de nouveau à 7 % en 2003 et en 2004. Le taux de refus sélectif du vaccin ROR est passé de <1 % (de 1995 à 1999) à 2,2 % (en 2000) pour revenir au taux de départ au cours des deux années suivantes. Pourtant, il s'était produit, depuis 2001, une nouvelle flambée de reportages sur le lien présumé entre le vaccin ROR et l'autisme, bien après la hausse du taux de refus du vaccin.

En fait, le taux de refus sélectif était revenu aux valeurs de départ lors de l'augmentation du nombre de reportages sur la question, ce qui porte à croire que les parents s'étaient renseignés ailleurs. «Même pendant les périodes de couverture médiatique importante, la portée des reportages a été limitée.» Cela dit, l'augmentation du nombre de refus (vaccination en général ou ROR en particulier) dans la cohorte de 2000 du NIS – dont un certain nombre de sujets étaient appelés à recevoir le vaccin ROR peu de temps après la publication de l'article phare – n'était pas négligeable. Le taux de refus sélectif du vaccin ROR se chiffrait à environ un nourrisson sur 50, comparativement à un taux pouvant atteindre un sur 40 en pratique privée. Le taux de refus (vaccination en général ou ROR en particulier) n'a pas varié de façon significative au moment de la flambée médiatique survenue après 1999. À ce stade, les parents étaient plus susceptibles d'interroger leur médecin sur l'innocuité des vaccins. Voilà qui étaye davantage l'hypothèse selon laquelle les médecins joueraient un rôle important dans l'acceptation du vaccin ROR.

«Les médecins tempèrent vraisemblablement les effets potentiellement négatifs des reportages sur les controverses en matière d'immunisation. Les autorités sanitaires doivent reconnaître que les professionnels de la santé représentent le meilleur bouclier contre ce type d'attaques. La façon la plus efficace de garantir la réussite des campagnes de vaccination en cette époque où le grand public est de plus en plus bombardé de données souvent douteuses ou trompeuses serait peut-être de fournir régulièrement aux médecins les données les plus fiables à cet égard et de leur indiquer des stratégies pour parler de l'innocuité des vaccins avec les parents.»

La longueur de l'aiguille et le point d'injection influent sur le risque de réaction locale associé à la cinquième dose du vaccin DCaT

Jackson et al. *Prospective assessment of the effect of needle length and injection site on the risk of local reactions to the fifth diphtheria-tetanus-acellular pertussis vaccination.* Pediatrics 2008;121(3):e646-e652.

Selon les résultats d'une évaluation comparative de l'effet de la longueur de l'aiguille et du point d'injection sur le taux de réactions locales chez des enfants recevant la cinquième dose du vaccin DCaT, on devrait utiliser une aiguille de 25 mm et non de 16 mm pour réduire les réactions locales, dont la douleur. Pour diminuer le risque de rougeur et d'enflure au point d'injection, on devrait en outre faire cette injection dans la cuisse plutôt que dans le bras.

La Dr^e Lisa Jackson, *Group Health Center for Health Studies*, Seattle, Washington, et ses collègues de plusieurs centres ont demandé aux parents de 1315 enfants âgés de 4 à 6 ans de signaler les signes et les symptômes des effets indésirables survenus durant les 7 jours suivant la cinquième dose du vaccin DCaT, laquelle avait été effectuée dans le bras pour 89 % d'entre eux et dans la cuisse pour les autres. Les deux tiers des enfants ont été vaccinés avec une aiguille de 25 mm, et le tiers, avec une aiguille de 16 mm. «Chez les enfants vaccinés dans le bras, la majorité ont présenté une

rougeur et/ou une enflure, dont 1 à 2 % de cas intéressant tout le bras», notent les auteurs.

Plus de la moitié des enfants de ce groupe ont également rapporté une douleur, modérée ou sévère dans 16 à 18 % des cas. Une irritabilité modérée ou sévère ou une variation de l'énergie a été signalée chez <10 % des enfants. L'aiguille de 16 mm a été associée à une majoration significative du risque de rougeur, toutes sévérités confondues, de rougeur étendue (> 5 cm), de rougeur persistante (encore présente au troisième jour) et de douleur, toutes sévérités confondues.

Chez les enfants vaccinés avec l'aiguille de 25 mm, la vaccination dans la cuisse plutôt que dans le bras a été associée à un risque substantiellement moindre de rougeur et d'enflure locales, mais aucune différence n'a été notée quant au risque de douleur, d'irritabilité ou de variation de l'énergie.

«Ces résultats semblent indiquer qu'on ne devrait pas utiliser une aiguille de 16 mm pour la cinquième dose du vaccin DTaP et que l'injection dans la cuisse est une option que pourraient considérer les parents et les intervenants pour réduire le risque de rougeur et d'enflure locales.»

En milieu hospitalier, forte influence d'une campagne de vaccination antigrippale sur la décision d'infirmières en pédiatrie de se faire vacciner

Norton et al. *Influenza vaccination in paediatric nurses: Cross-sectional study of coverage, refusal, and factors in acceptance.* Vaccine 2008;26(23):2942-8.

Des chercheurs en Colombie-Britannique ont noté qu'une campagne intensive mais volontaire de vaccination antigrippale mise en place en milieu hospitalier avait fortement influencé la décision d'infirmières en pédiatrie de profiter du vaccin, et les interventions qui facilitent l'accès de telles campagnes, en particulier celles qui visent le personnel infirmier, doivent être encouragées.

Le Dr Seamus Norton, *University of British Columbia*, Vancouver, et ses collègues ont examiné les taux de vaccination antigrippale chez le personnel infirmier d'un centre de soins pédiatriques tertiaires au cours d'une campagne intensive de promotion de la vaccination reposant sur des stratégies bien étayées d'optimisation de la couverture vaccinale. «Près de 76 % du personnel infirmier admissible a été vacciné dans le cadre du programme de l'hôpital, à l'exclusion de 29 personnes vaccinées ailleurs». Dix-neuf infirmières présentaient une contre-indication absolue au vaccin antigrippal et ont également été exclues de l'analyse. Si on tient compte des infirmières vaccinées ailleurs, «le taux de couverture réel dépassait 78 %». L'absence de besoin personnel était globalement la raison la plus fréquente du refus (30 % des 258 répondants non vaccinés), suivie de la crainte d'effets indésirables ou d'un possible préjudice. Environ 39 % des infirmières

vaccinées dans le cadre du programme de l'hôpital ont signalé au moins un effet indésirable; l'effet le plus fréquent était une douleur dans le bras ayant persisté pendant plus d'un jour (60 % des sujets).

Néanmoins, ces incon vénients n'ont pas rebuté la plupart des personnes vaccinées, puisque 55 % d'entre elles projetaient de se faire de nouveau vacciner l'hiver suivant. «Nous avons constaté qu'il est possible d'atteindre le taux de couverture approprié du personnel infirmier d'un centre pédiatrique grâce à une campagne intensive de vaccination antigrippale à multiples volets, axée sur des stratégies documentées», concluent les investigateurs.

Moins de 30 % des travailleurs de la santé du même centre ou d'ailleurs dans la province sont normalement vaccinés contre la grippe annuellement. Près du quart des travailleurs de la santé sont infectés par un virus grippal chaque année, et la plupart de ceux qui manifestent une maladie fébrile continuent de travailler, ce qui accroît la transmission de la grippe aux enfants et aux autres travailleurs de la santé. □

À V E N I R

Le 15^e Symposium international sur le virus de l'hépatite C et des virus apparentés

5-9 octobre 2008 / San Antonio, Texas

Congrès national de l'American Academy of Pediatrics

11-14 octobre 2008 / Boston, Massachusetts

Le 2^e Congrès de l'Académie européenne de pédiatrie

24-28 octobre 2008 / Nice, France

Réunion conjointe – 48^e Congrès intersciences sur les agents antimicrobiens et la chimiothérapie (ICAAC) et 46^e Assemblée annuelle de l'Infectious Diseases Society of America (IDSA)

25-28 octobre 2008 / Washington, D.C.

Eurogin 2008

9-12 novembre 2008 / Paris, France

Le 8^e Congrès canadien sur l'immunisation

30 novembre-3 décembre 2008 / Toronto, Ontario

SERVICE OFFERT AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PAR MERCK FROSST CANADA LTÉE

Pour obtenir la version informatisée de cette publication, visitez le site www.mednet.ca.

© 2008 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 prodiguer 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.

