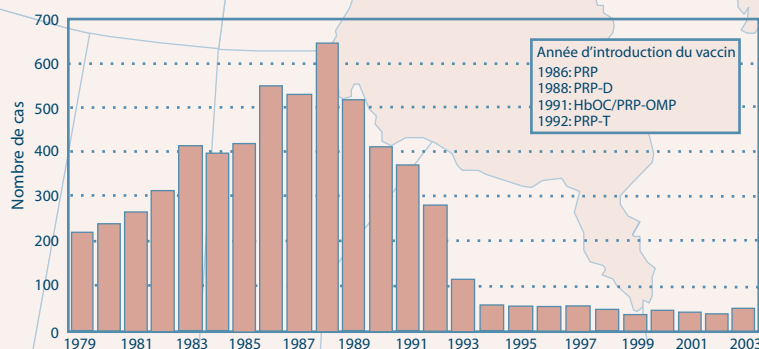


Haemophilus influenzae type b (Hib) –
Cas signalés, Canada, 1979-2003*



* 1979-85 : cas signalés de méningite causée par Hib seulement
1986-2003 : toutes formes invasives (méningite et septicémie)

Stratégie nationale d'immunisation

RAPPORT FINAL 2003

Rapport du
Comité consultatif FPT sur la santé de la population
et la sécurité de la santé (CCSPSS)

à la
Conférence des sous-ministres FPT de la santé

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le Ministre de la Santé (2004)

N° de cat. H39-4/15-2003

ISBN 0-662-68164-9

(En direct)

N° de cat. H39-4/15-2003F-PDF

ISBN 0-662-76877-9

N° de cat. H39-4/15-2003F-HTML

ISBN 0-662-76878-7

Table des matières

Préambule	1
Sommaire	2
A. Introduction	4
B. Description des éléments de la Stratégie	6
B.1 Buts et objectifs nationaux	6
B.2 Planification des programmes d'immunisation	7
B.3 Innocuité des vaccins	9
B.4 Approvisionnement en vaccins	12
B.5 Réseau de registres d'immunisation	14
C. Description des activités à l'appui de la SNI	15
C.1 Recherche sur l'immunisation	15
C.2 Éducation du public et des professionnels.	15
C.3 Approches vis-à-vis de groupes particuliers	16
C.4 Surveillance des maladies évitables par la vaccination	16
D. Conclusion	17
Références	18

Préambule

Au cours des dernières années, le Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé (CCSPSS) a appuyé l'élaboration d'une approche nationale visant à régler les questions d'immunisation au Canada. Durant cette période, on a tenu de nombreuses rencontres et consultations avec des représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux (FPT) du secteur de la santé publique, de même qu'avec d'autres intervenants pertinents, dans le but de cerner et de définir des approches axées sur la collaboration permettant de renforcer les programmes d'immunisation au Canada.

L'utilité de ce travail de collaboration est reflétée dans l'Accord sur le renouvellement des soins de santé conclu en février 2003 par les premiers ministres, dans lequel ces derniers indiquaient aux ministres de la Santé de poursuivre l'élaboration d'une stratégie nationale d'immunisation. Le budget fédéral de 2003 prévoit l'affectation de 45 millions de dollars en cinq ans pour faciliter l'adoption d'une telle stratégie, conformément à la demande des premiers ministres. Plus précisément, Santé Canada doit recevoir 5 millions de dollars en 2003-2004, puis 10 millions en 2004-2005 et par la suite. Ces sommes lui permettront de resserrer la collaboration avec les provinces, les territoires et les principaux intervenants de manière à accroître l'efficacité et l'efficacité des programmes d'immunisation au Canada, mais elles ne serviront pas à l'achat de vaccins.

Le *Rapport final : Stratégie nationale d'immunisation* décrit les principaux éléments d'une stratégie nationale d'immunisation pour le Canada ainsi que les activités prévues à l'appui de cette stratégie. En juin 2003, les sous-ministres ont accepté le Rapport en

tant qu'indication d'aller de l'avant avec les questions d'immunisation au Canada. Ils ont toutefois reconnu que tous les secteurs de compétence ne disposeraient pas des sommes nécessaires pour mettre en œuvre l'approche décrite dans le document, particulièrement en ce qui a trait à l'achat commun de nouveaux vaccins.

Afin que se poursuive l'élaboration de la Stratégie nationale d'immunisation, Santé Canada encouragera la tenue de discussions constantes avec les provinces, les territoires et les principaux intervenants. Dans le cadre de ce processus, on mettra sur pied ou on développera certaines activités d'établissement de programmes d'immunisation à Santé Canada, comme la surveillance accrue des effets indésirables des vaccins et des maladies évitables par la vaccination, la coordination d'approches communes vis-à-vis des registres d'immunisation, l'amélioration des processus FPT d'achat de vaccins, le renforcement des activités de recherche sur l'immunisation, l'élaboration d'approches vis-à-vis de groupes particuliers et l'éducation du public et des professionnels.

La poursuite des discussions réunissant des représentants des administrations fédérales, provinciales et territoriales en santé publique en vue d'aborder les enjeux actuels et à venir liés à l'immunisation contribuera à la mise en œuvre d'une stratégie nationale. Les provinces et les territoires demeureront responsables de la planification, du financement et de la prestation des programmes d'immunisation à leurs populations respectives et devront également prendre part aux activités communes à l'appui de la Stratégie.

Sommaire

La mise en œuvre d'une stratégie nationale d'immunisation (SNI) a été acceptée la première fois par la Conférence fédérale-provinciale-territoriale (FPT) des sous-ministres de la santé (CSMS) en juin 1999. En juin 2001, la CSMS approuvait l'élaboration de la SNI, qui devait inclure les cinq éléments suivants :

- Buts et objectifs nationaux
- Planification des programmes d'immunisation
- Innocuité des vaccins
- Approvisionnement en vaccins
- Réseau de registres d'immunisation

Le présent document fait le point sur la SNI en tant que stratégie globale visant à régler les questions d'immunisation au Canada.

L'élaboration de la stratégie a été confiée au Comité consultatif FPT sur la santé de la population et la sécurité de la santé (CCSPSS). Pour ce faire, le groupe a recueilli les commentaires et observations de divers responsables, spécialistes et intervenants canadiens, de même que ceux des provinces et territoires, de Santé Canada, du Conseil des médecins hygiénistes en chef, des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), de la Société canadienne de pédiatrie (SCP), du Programme canadien de promotion de la vaccination (PCPV), des fabricants de vaccins et d'autres intervenants.

La stratégie a été conçue pour apporter une solution aux défis que l'ensemble des provinces et territoires du Canada rencontrent en matière d'immunisation. Par exemple, de nouveaux vaccins onéreux arriveront sur le marché canadien à court et à long terme et il faudra décider s'il convient ou non de les intégrer aux programmes de vaccination financés par l'État. De plus, les dépenses des provinces et des territoires en matière de vaccins ont augmenté sensiblement ces dernières années (du fait de l'introduction de nouveaux vaccins et de l'escalade des prix des vaccins existants). La sûreté des approvisionnements, plus particulièrement à la lumière des pénuries que les

États-Unis ont récemment connues, a par ailleurs soulevé bien des préoccupations. À cela s'ajoutent les réactions du public face à l'immunisation, qui vont de la complaisance aux inquiétudes relatives à l'innocuité des vaccins, en passant par la crainte d'épidémies.

Ces enjeux et défis confirment la nécessité d'une collaboration nationale. L'adoption d'une stratégie nationale donnera aux gouvernements FPT les moyens d'agir en partenariat afin d'accroître l'efficacité et l'efficience des programmes d'immunisation au Canada. Les avantages que l'on peut en escompter sont les suivants :

- Réduction de l'incidence des maladies évitables par la vaccination
- Accès amélioré à des programmes de vaccination opportuns
- Efficacité accrue des programmes d'immunisation
- Amélioration de la surveillance de l'innocuité des vaccins et de l'intervention
- Vaccins à prix plus abordables
- Sûreté accrue de l'approvisionnement en vaccins
- Confiance du public envers la vaccination et réponse aux critiques anti-immunisation de plus en plus nombreuses

Les objectifs et activités propres à chacun des éléments de la Stratégie sont énumérés ci-après.

Buts et objectifs nationaux – Réduire l'incidence des maladies évitables par la vaccination et améliorer la couverture vaccinale en définissant des buts et des objectifs nationaux pour les programmes d'immunisation et en les faisant entériner, s'il y a lieu, par tous les gouvernements FPT.

Planification des programmes d'immunisation – Réduire le chevauchement entre les programmes, améliorer l'accès aux vaccins et faciliter l'analyse stratégique des nouveaux vaccins grâce à une collaboration nationale entourant leur évaluation et l'établissement de l'ordre des priorités à l'aide de critères communs.

Innocuité des vaccins – Améliorer la surveillance de l’innocuité des vaccins et les mesures en santé publique en mettant sur pied un réseau de personnes-ressources FPT s’occupant de l’innocuité des vaccins dans tous les secteurs de compétence, en établissant un système d’évaluation et d’orientation cliniques et en réglant les problèmes possibles (au moyen, par exemple, d’une meilleure analyse des données, de la communication de renseignements sur les risques et de l’élaboration de lignes directrices nationales).

Achat des vaccins – Obtenir un meilleur rapport qualité-prix, assurer la sécurité à long terme et la qualité des approvisionnements et améliorer le système FPT actuel d’approvisionnement. Pour ce faire, conclure des marchés d’achat pluriannuels, ajouter des produits et services à valeur ajoutée au processus d’achat, collaborer avec les organismes de

réglementation des vaccins afin d’assurer une communication opportune et améliorer les processus administratifs.

Réseau de registres d’immunisation – Améliorer la surveillance nationale ainsi que la consultation et le transfert des dossiers de vaccination individuels en mettant en place un réseau canadien intégré et compatible de registres d’immunisation comprenant un ensemble de données de base et des normes minimales.

En outre, certaines activités recourent et appuient les cinq éléments de la stratégie. Il s’agit de la recherche sur l’immunisation, de l’éducation du public et des professionnels, des approches vis-à-vis de groupes particuliers et de la surveillance des maladies évitables par la vaccination.

A. Introduction

Les programmes d'immunisation ont eu d'importantes retombées sur l'état de santé de la population, puisque de nombreuses maladies peuvent désormais être évitées grâce à la vaccination. Depuis l'introduction de campagnes massives d'immunisation, des maladies infectieuses qui étaient courantes sont devenues rares. C'est grâce à la vaccination, par exemple, que la variole a été éradiquée de la surface du globe en 1977 et que l'on est parvenu à éliminer la poliomyélite de l'hémisphère occidental en 1994¹. Grâce aux programmes d'immunisation de ce type, le système de santé a pu réaliser des économies considérables et il a été possible d'améliorer l'espérance et la qualité de vie. Les programmes d'immunisation plus récents, pour lesquels les *économies* peuvent être plus difficiles à chiffrer, continuent de figurer parmi les interventions les plus *rentables* qui soient (coût par vie sauvée ou invalidité grave évitée)² et leur avantage net pour la société, en termes de bien-être et de prévention des maladies, reste considérable.

Au Canada, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux ou territoriaux se partagent les responsabilités en matière d'immunisation. Néanmoins, la collaboration nationale sur les questions d'immunisation pourrait être améliorée dans le cadre du système actuellement en place. La vaste majorité des coûts sont à la charge des provinces et des territoires, puisque chaque administration planifie, finance et offre ses propres programmes d'immunisation. Lors de la planification de leurs programmes, les provinces et territoires ajustent les calendriers recommandés et le choix des vaccins à la lumière des recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) ou d'autres comités consultatifs d'experts, de même qu'en fonction de facteurs locaux de nature épidémiologique, financière ou liée aux programmes³.

Contrairement au Canada, d'autres pays (les États-Unis⁴, l'Australie⁵ et le Royaume-Uni⁶) possèdent pour la planification et le financement de l'immunisation des structures dotées de mécanismes centralisés qui améliorent sensiblement la qualité des programmes

dans leur ensemble, y inclus le processus d'approvisionnement.

Le Canada aurait tout à gagner à se doter d'un mécanisme national pour passer des discussions et recommandations à une collaboration nationale et à des décisions stratégiques provinciales et territoriales coordonnées dans le cadre d'un plan national global. Un tel mécanisme favoriserait :

- L'accès équitable aux vaccins recommandés;
- L'utilisation plus efficace des ressources humaines et autres en santé publique;
- L'introduction opportune de nouveaux programmes d'immunisation partout au Canada;
- L'engagement envers les initiatives internationales en santé;
- La collaboration intersectorielle sur les questions d'immunisation.

Les buts proposés de la Stratégie nationale d'immunisation sont les suivants :

- i) Offrir une couverture vaccinale élevée, atteignable et mesurable à tous les Canadiens grâce à des programmes d'immunisation financés par l'État.
- ii) Assurer à tous les enfants une couverture vaccinale complète, c'est-à-dire l'administration systématique de tous les vaccins recommandés par le comité national sur l'immunisation dont la création est proposée.
- iii) Assurer un accès équitable aux vaccins systématiques recommandés – dans les provinces et territoires et au sein des groupes particuliers – tout en tenant compte des différences sur le plan de la mise en œuvre des programmes entre les secteurs de compétence.
- iv) Faire en sorte que les programmes recommandés soient acceptés par le public et les professionnels.
- v) Optimiser la sûreté, l'efficacité et l'acceptation des programmes.

-
- vi) Améliorer la coordination et l'efficacité.
 - vii) Optimiser la rentabilité des programmes et leur accessibilité économique.
 - viii) Garantir la sûreté des stocks de vaccins.
 - ix) Prévoir des interventions nationales au besoin.

La SNI a été conçue de manière à ce que ses cinq éléments et les activités à l'appui soient étroitement imbriqués les uns dans les autres et contribuent collectivement à la réalisation des buts fixés.

B. Description des éléments de la Stratégie

Les éléments de la SNI sont décrits ci-dessous. Les objectifs de chacun sont énoncés et sont suivis d'une description du système actuel qui se rattache à cet élément, d'un résumé des lacunes et limites de ce système et d'un aperçu de l'approche proposée.

B.1 Buts et objectifs nationaux

a) Objectifs

Les buts et objectifs nationaux des programmes d'immunisation sont axés sur :

- La réduction des maladies évitables par la vaccination;
- L'amélioration des taux de couverture vaccinale;
- La mesure des progrès et l'évaluation des programmes de façon objective.

b) Système actuel

Dans le cadre du système actuel, les buts et objectifs nationaux en matière d'immunisation sont définis au moyen de « conférences de concertation » parrainées par Santé Canada, auxquelles participent plusieurs intervenants et représentants de chaque province et territoire. Des buts et objectifs nationaux ont été définis pour de nombreuses maladies évitables par la vaccination, parmi lesquelles figurent la poliomyélite, la rougeole, les oreillons, la rubéole, le syndrome de rubéole congénitale, le tétanos, la diphtérie, la coqueluche, les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type B (Hib) et l'hépatite B. Ces buts visent à éradiquer ou à maintenir l'éradication de certaines maladies (comme la polio), ou encore à réduire la morbidité et la mortalité (comme dans le cas de la coqueluche), de même qu'à déterminer la façon adéquate de manipuler les vaccins et d'offrir les programmes⁷. Pour l'heure, l'élimination nationale de la rougeole d'ici à 2005 est le seul objectif national approuvé par la Conférence des sous-ministres FPT de la Santé.

c) Lacunes et limites du système actuel

Sans approbation officielle des buts et objectifs nationaux au niveau FPT, leur intégration à la planification et à l'exécution des programmes d'immunisation ainsi que leurs effets sur les taux de couverture vaccinale et de maladies ne sont pas nécessairement optimaux.

En outre, l'aptitude du Canada à contribuer aux initiatives sanitaires internationales pourrait être améliorée si nous disposions d'un mécanisme permettant d'approuver efficacement les buts et objectifs nationaux recommandés. En 1990, par exemple, le Canada et 70 autres pays ont participé au Sommet mondial pour les enfants des Nations Unies et signé une déclaration énonçant un certain nombre d'objectifs en matière de santé infantile, notamment en ce qui a trait à la couverture vaccinale et à la réduction ou l'élimination de maladies. L'un de ces buts consiste à réduire les cas de rougeole de 90 % (par rapport aux niveaux pré-immunisation) d'ici à 1995, un pas de géant vers l'atteinte de l'éradication planétaire à long terme de cette maladie⁸. Tel que souligné dans le *Rapport sur l'immunisation au Canada, 1996*³, « En 1995, alors que la population canadienne ne représentait que 3,6 % de celle de l'ensemble du continent américain, le Canada comptait 40 % de tous les cas déclarés et près de 80 % de tous les cas confirmés ». La même année, la Conférence des sous-ministres FPT de la Santé (CSMS) approuvait l'objectif national d'élimination de la rougeole d'ici à 2005, qui était par la suite entériné par les ministres FPT de la Santé. Les données nationales montrent que le nombre de cas a diminué, passant de 523 en 1994⁹ à 7 en 2002 (D' P. Varughese, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (Ottawa) : communication personnelle, 2003). Malgré ce succès, l'élimination de la rougeole est le seul objectif national qui ait fait l'objet d'une approbation officielle.

d) Approche proposée

La vision à long terme de cet élément de la SNI consiste à définir les buts et objectifs nationaux en matière d'immunisation et à les faire entériner par tous les gouvernements FPT, le cas échéant.

B.2 Planification des programmes d'immunisation

a) Objectifs

La planification des programmes d'immunisation est un élément essentiel du projet de Stratégie nationale d'immunisation. Le but de cet élément est de favoriser l'évaluation nationale concertée des nouveaux vaccins et l'établissement de leur degré de priorité au moyen de critères communs.

b) Système actuel

Pour l'heure, les programmes d'immunisation sont planifiés et offerts principalement au niveau provincial ou territorial, de sorte que les décisions sont prises de manière indépendante par 13 secteurs de compétence différents. Lors de la planification d'un programme, la plupart des provinces et territoires font appel à des organismes consultatifs, qui adaptent les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation à leur situation en tenant compte d'un certain nombre de facteurs épidémiologiques, financiers et liés aux programmes¹⁰. Les provinces et territoires prennent également en considération les conseils et commentaires de divers groupes nationaux comme le Conseil des médecins hygiénistes en chef, la Coalition canadienne des infirmières pour l'immunisation, la Société canadienne de pédiatrie et l'Association canadienne de santé publique.

c) Lacunes et limites du système actuel

Dans le cadre du système actuel, des recommandations sur l'immunisation sont bel et bien formulées mais il n'existe aucun mécanisme national coordonné pour évaluer les nouveaux vaccins et définir leur degré de priorité sous un angle stratégique. Il est par conséquent

difficile de passer des discussions et recommandations scientifiques sur la planification des programmes à une collaboration nationale et à des décisions stratégiques coordonnées au niveau provincial et territorial mais s'inscrivant dans le cadre d'un plan national global. Ce phénomène soulève les problèmes suivants⁶:

- Différences dans les programmes de vaccination des provinces et territoires

La plupart des provinces et territoires ont un calendrier vaccinal pour les enfants comparable à celui que recommande le CCNI pour les vaccins plus anciens¹⁰. On observe toutefois des différences appréciables dans d'autres programmes spéciaux d'immunisation. Par exemple, les programmes de vaccination antipneumococcique et antigrippale financés par l'État varient d'une administration à l'autre en termes de groupes à risque visés. L'existence de calendriers vaccinaux différents, comme ceux des programmes de vaccination contre l'hépatite B au Canada (qui ciblent les enfants scolarisés d'âges et de niveaux différents), peut avoir des conséquences en cas de déménagement dans une autre province ou territoire.

En outre, nous vivons à une époque marquée par des progrès technologiques rapides qui peuvent diversifier encore davantage les programmes de vaccination au Canada. Certains nouveaux vaccins (comme le vaccin contre la varicelle, le vaccin conjugué antipneumococcique, le vaccin acellulaire contre la coqueluche pour les adolescents et les adultes et les vaccins conjugués antiméningococciques) sont disponibles sur le marché canadien, mais n'ont toujours pas été intégrés aux programmes d'immunisation financés par l'État de bien des provinces et territoires, qui étudient encore l'incidence et le coût de leur introduction. Au cours des prochaines années, un grand nombre de nouveaux vaccins, de nouvelles combinaisons de vaccins et de formulations améliorées d'anciens vaccins (voir l'encadré ci-après) feront leur apparition sur le marché. Ces nouveaux produits permettront d'éviter les maladies graves ou d'en améliorer le traitement, mais à un coût plus élevé.

Nouveaux vaccins à l'horizon

Moyen terme (3 à 6 ans) : vaccin antigrippal en pulvérisation nasale, vaccin anti-rotavirus, autres vaccins contre le méningocoque, le streptocoque du groupe A, le streptocoque du groupe B, le virus syncytial respiratoire (pour les personnes âgées), le papillomavirus humain (PVH).

Long terme (7 à 10 ans) : vaccin contre le virus syncytial respiratoire (pour les nourrissons), le virus parainfluenza, *Haemophilus influenzae* dont le type ne peut être défini et d'autres agents pathogènes causant des otites, le virus de l'herpès simplex, le virus de l'hépatite C, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

- Utilisation des ressources humaines et autres ressources en santé publique

Chaque province ou territoire procède à ses propres évaluations des vaccins recommandés et à ses propres analyses des politiques en vigueur avant de formuler des recommandations touchant les programmes d'immunisation nouveaux et existants. En outre, les administrations provinciales et territoriales consacrent énormément de temps et de ressources (équipement, communications) à des activités liées à d'autres éléments de la SNI, comme l'approvisionnement en vaccins et la surveillance de leur innocuité. Une collaboration nationale entourant ces questions pourrait donner lieu à des économies.

- Délai d'introduction des programmes de vaccination dans les provinces et territoires

L'introduction de nouveaux programmes de vaccination intervient plus tôt dans certaines administrations que dans d'autres. Le programme d'immunisation à deux doses contre la rougeole en fournit un exemple. Même si l'incidence de la rougeole a chuté sensiblement après l'introduction du programme de vaccination à une dose au milieu des années 1960 (ce qui a permis de faire passer le nombre

annuel de cas déclarés de quelque 300 000 avant la vaccination à moins de 2 000 en 1995¹¹), les poussées ont persisté, surtout chez les enfants d'âge scolaire, et ce même au sein des populations chez qui la couverture vaccinale documentée était de pratiquement 100 %¹¹. Il est donc devenu de plus en plus évident, au Canada comme ailleurs, qu'un programme de vaccination systématique à dose unique ne permettait pas d'éradiquer la rougeole⁹. Les recommandations en vue de l'administration d'une deuxième dose du vaccin ont été formulées lors de conférences canadiennes de concertation, par l'Organisation panaméricaine de la santé et par le CCNI entre 1992 et 1995. Un programme de vaccination systématique à deux doses est entré en vigueur dans l'ensemble des provinces et territoires entre 1996 et le milieu de 1997, et divers programmes de rattrapage ont été proposés dans huit d'entre eux.

Par ailleurs, toutes les administrations provinciales et territoriales du Canada se sont donné un programme d'immunisation universel contre l'hépatite B pour les enfants. Les âges ciblés varient selon les provinces et les territoires, mais concernent le plus souvent les enfants de 4^e année¹². Les programmes de vaccination scolaire au Canada ont été couronnés de succès, avec un taux de participation de plus de 90 % des enfants admissibles¹³. Leur introduction s'est échelonnée sur un certain nombre d'années, d'où certains retards dans l'accès à ce vaccin.

- Amélioration possible de la collaboration intersectorielle entourant les questions d'immunisation

Les maladies évitables par la vaccination et les programmes d'immunisation peuvent avoir des conséquences importantes sur des domaines autres que la santé, comme l'éducation, le travail et la productivité et le développement au cours de la petite enfance. L'impact de la grippe sur la productivité au travail¹⁴ et l'assiduité scolaire¹⁵ en fournit deux exemples. L'immunisation contre la grippe s'est traduite par une diminution notable de l'absentéisme au travail causé par des maladies respiratoires, de même que par une réduction de l'absentéisme scolaire. Une stratégie nationale permettrait d'améliorer les efforts de collaboration

avec d'autres ministères et agences œuvrant dans le domaine de l'immunisation.

d) Approche proposée

Pour pallier les lacunes et les limites évoquées ci-dessus, nous proposons l'élaboration d'un cadre analytique assorti de critères communs devant servir à l'évaluation des nouveaux vaccins et à l'établissement de leur priorité par tous les gouvernements FPT. Un tel outil permettrait de veiller à ce que les facteurs et critères importants ayant fait l'objet d'un consensus soient pris en considération dans le cadre du processus de prise de décisions.

Un cadre analytique provisoire a été conçu par Erickson, De Wals et Farand (inédit) pour information et examen par les provinces et les territoires. Les critères de prise de décisions adaptés à partir de ce cadre se classent dans les grandes catégories suivantes :

- Caractéristiques et fardeau de la maladie
- Caractéristiques du vaccin
- Autres stratégies et programmes d'immunisation
- Coûts et avantages économiques et sociaux des autres programmes
- Faisabilité et acceptabilité des autres programmes
- Capacité d'évaluation des programmes
- Questions de recherche
- Autres facteurs

Ce cadre analytique provisoire se veut un moyen pratique de faciliter plutôt que de remplacer les processus actuels de prise de décisions, de manière à permettre une planification à long terme et un échange d'information plus efficace entre les responsables de l'immunisation au niveau fédéral-provincial-territorial. La participation nationale sera nécessaire pour étoffer et peaufiner ce cadre et pour passer de la théorie à la pratique. Un tel outil pourrait s'avérer précieux dans le cadre de la planification des programmes d'immunisation. La vision à long terme de cet élément de la SNI est d'avancer progressivement vers une méthode qui amènerait les gouvernements FPT à prendre des décisions

concertées sur tous les vaccins, au moyen de critères communs.

B.3 Innocuité des vaccins

a) Objectifs

L'innocuité des vaccins fait partie intégrante de la Stratégie nationale d'immunisation. Les objectifs de cet élément sont d'optimiser le système de surveillance de l'innocuité des vaccins, de préserver la confiance des professionnels et du public dans l'innocuité des vaccins et de répondre aux préoccupations de plus en plus grandes liées à l'immunisation en améliorant :

- Le système de surveillance de l'innocuité des vaccins (système de surveillance passive, système de surveillance active et capacité d'identifier les menaces potentielles).
- L'intervention des organismes de santé publique (évaluation et suivi des effets secondaires pouvant être associés aux vaccins et capacité de mobiliser les ressources nécessaires pour faire face à des situations urgentes).

b) Système actuel

Le système actuel de surveillance de l'innocuité des vaccins au Canada peut être décrit comme suit.

(i) Surveillance de l'innocuité des vaccins

- *Système de surveillance passive.* Tous les professionnels qui prennent part à l'administration des vaccins sont invités à en signaler les effets secondaires aux autorités de santé publique dont ils relèvent, lesquelles les communiquent ensuite à la province ou au territoire. Les provinces et territoires rapportent ces effets secondaires à Santé Canada, qui tient à jour une base de données sur ceux-ci. Le système de surveillance passive est national, mais les taux de déclaration diffèrent d'un secteur de compétence à l'autre. Certains ont légiféré sur leur responsabilité en matière de déclaration des effets secondaires, d'autres non. La présentation des données (sur support électronique ou sur papier) et les délais de transmission des rapports à Santé Canada varient selon les

provinces ou les territoires, qui disposent d'activités et de processus différents pour s'assurer que les effets secondaires associés aux vaccins répondent aux critères de définition des cas.

- *Système de surveillance active.* Le Programme de surveillance active des effets secondaires associés aux vaccins (IMPACT) financé par Santé Canada, qui est offert dans un réseau de 12 hôpitaux pédiatriques au Canada (ce qui couvre la plupart des hospitalisations dans des hôpitaux pédiatriques au pays), exerce une surveillance active des effets secondaires graves associés aux vaccins, grâce à des infirmières surveillantes. IMPACT signale ensuite ces effets secondaires aux autorités sanitaires locales et contribue à l'évaluation de l'efficacité des vaccins.
- *Signalement.* Il s'agit d'un mécanisme qui repose sur la capacité d'un système à cerner les risques d'effets secondaires associés aux vaccins. Les effets secondaires inhabituels ou graves sont généralement décelés à l'échelle locale et relayés au niveau de la province ou du territoire, où une enquête peut être ouverte. L'information est également transmise au niveau fédéral, généralement par téléphone.

(ii) *Intervention des organismes de santé publique*

- *Évaluation et suivi des effets secondaires associés aux vaccins.* Le Comité consultatif sur l'évaluation de la causalité (CCEC) de Santé Canada est formé de spécialistes qui y siègent à titre bénévole. Il se réunit deux fois l'an pour examiner certains cas et déterminer s'il existe un lien de causalité avec l'administration d'un vaccin. Les cas sont extraits de la base de données fédérale sur les effets secondaires associés aux vaccins s'ils sont graves ou inhabituels ou s'ils génèrent des besoins en matière de recherche. Les résultats sont transmis aux provinces et aux territoires, à qui il appartient de décider de leur divulgation.
- *Intervention urgente ou capacité « de pointe ».* La capacité dite « de pointe » est la capacité d'intervention en cas d'urgence ou de

menace potentielle; elle dépend de la capacité de mobilisation des ressources humaines déjà affectées à des engagements à plein temps ou à d'autres priorités de recherche.

c) *Lacunes et limites du système actuel*

Les programmes d'immunisation sont victimes de leur propre succès; les générations d'aujourd'hui grandissent à l'abri des maladies qui ravageaient autrefois la population et poussaient celle-ci à se protéger. Il en résulte une tolérance très faible aux risques que présentent les vaccins. Cette faible tolérance a d'ailleurs contribué à élever les attentes du public à l'égard de l'innocuité des vaccins, du fait surtout qu'ils sont administrés à des personnes en bonne santé. La présence de groupes d'action organisés, opposés à l'immunisation et capables de faire largement connaître leurs points de vue et de diffuser des informations prouve en outre qu'il est nécessaire d'aborder les problèmes d'innocuité d'une manière plus coordonnée et efficace.

Les lacunes et limites précises du système auxquelles il convient d'apporter une solution afin d'optimiser la surveillance de l'innocuité des vaccins au Canada sont énoncées ci-dessous :

(i) *Surveillance de l'innocuité des vaccins*

- *Système de surveillance passive*
 - ▶ Les données nationales pourraient être accessibles dans des délais plus courts.
 - ▶ L'uniformité des données et les déclarations de cas pourraient être améliorées grâce à l'élaboration de directives nationales sur la déclaration et la vérification des effets secondaires associés aux vaccins.
 - ▶ L'identification des menaces rares mais graves d'effets secondaires associés aux vaccins pourrait être améliorée, puisque 1) les bases de données provinciales et territoriales pourraient s'avérer trop petites pour cela, 2) les données servant de dénominateur pour le nombre de doses de vaccin administrées peuvent être difficiles à

obtenir à l'échelle nationale, et 3) des analyses plus approfondies des données sur les effets secondaires associés aux vaccins pourraient être entreprises.

- ▶ La capacité de couplage des informations avec la base de données fédérale sur les effets secondaires associés aux vaccins pourrait être améliorée.
- *Système de surveillance active.* Le système de surveillance active a surtout mis l'accent sur les enfants, au détriment des adultes.
- *Signalement.* La capacité de signaler les risques d'effets secondaires associés aux vaccins pourrait être améliorée par une meilleure transmission de l'information du niveau local au niveau provincial-territorial et national ainsi que par l'amélioration de la base de données sur les effets secondaires associés aux vaccins.

(ii) *Intervention des organismes de santé publique*

- *Évaluation et suivi des effets secondaires associés aux vaccins*
 - ▶ L'élaboration de lignes directrices nationales sur la gestion des effets secondaires associés aux vaccins et la diffusion plus vaste des lignes directrices provinciales-territoriales existantes permettraient d'améliorer l'évaluation et le suivi des effets secondaires associés aux vaccins.
 - ▶ On pourrait donner aux médecins et au public des conseils et des consultations sur les effets secondaires associés aux vaccins grâce à un réseau mieux organisé.
 - ▶ Il serait possible d'accroître la capacité de retracer un lot de vaccins problématiques.
- *Intervention urgente ou capacité « de pointe ».* Il importe d'améliorer la capacité d'intervention en cas d'urgence, car l'aptitude des spécialistes à consacrer leur temps à l'étude ou à l'investigation d'une question urgente dépendra de leurs priorités et responsabilités parallèles.

d) Approche proposée

Les changements suivants pourraient être apportés dans le but d'atténuer les limites du système actuel liées à la surveillance de l'innocuité des vaccins et à l'intervention des organismes de santé publique.

Premièrement, il faudrait qu'un réseau de personnes-ressources spécialistes de l'innocuité des vaccins soit constitué dans tous les secteurs de compétence. Ce réseau pourrait améliorer le signalement des cas et la capacité d'intervention du système en cas d'urgence. Ces personnes pourraient avoir pour mandat de cerner les problèmes potentiels d'innocuité des vaccins et d'y apporter des solutions et elles auraient pour rôle de diriger la surveillance, la déclaration des effets secondaires, la communication, la signalisation et l'analyse de l'environnement. Il devrait aussi être possible de faire appel à ce réseau en cas d'urgence nécessitant une intervention nationale coordonnée.

Le deuxième volet de l'approche proposée consiste à améliorer le système actuel d'intervention des organismes de santé publique. Il faudrait établir un système d'évaluation et d'orientation pour procéder à l'évaluation et au suivi cliniques des personnes chez qui l'on soupçonne l'apparition d'effets secondaires associés aux vaccins. Les médecins et autres professionnels de la santé ayant besoin d'aide pour une évaluation clinique ou pour décider du suivi qu'il convient d'assurer pourraient contacter le centre de référence approprié afin d'obtenir des conseils. On pourrait aussi élargir le rôle actuel du système IMPACT (qui assure une surveillance active des effets secondaires graves associés aux vaccins signalés dans les hôpitaux pédiatriques) et lui adjoindre des capacités d'évaluation et d'orientation.

Le troisième volet de l'approche proposée est la mise sur pied d'un comité sur l'innocuité des vaccins pour pallier les limites du système actuel de surveillance des vaccins et d'intervention en santé publique. Les activités que nécessite la mise en place d'un tel mécanisme sont les suivantes :

- Détermination des problèmes potentiels
- Examen des données et des preuves
- Examen des données de surveillance et des cas ou des grappes soulevant des préoccupations

- Amélioration de la surveillance permanente de l'innocuité des vaccins par le système de surveillance passive, y compris :
 - ▶ Production de rapports nationaux de surveillance des effets secondaires associés aux vaccins dans des délais raisonnables
 - ▶ Élaboration de directives nationales sur la déclaration, la vérification et la prise en charge des effets secondaires associés aux vaccins
 - ▶ Amélioration de la base de données actuelle sur les effets secondaires associés aux vaccins (y compris de la capacité de couplage des données et de l'accès local aux données) et soutien de la mise sur pied d'un réseau de registres
- Recherche de moyens d'améliorer la surveillance permanente de l'innocuité des vaccins grâce au système de surveillance active (p. ex., en surveillant davantage les populations adultes)

Parmi les autres aspects importants de la surveillance de l'innocuité des vaccins proposée dans le cadre de la SNI figurent la recherche et la communication. La recherche sur l'innocuité des vaccins est nécessaire pour valider les pratiques fondées sur les preuves en matière d'effets secondaires associés aux vaccins, et la communication des données ainsi que les activités de surveillance sont essentielles pour préserver la confiance des professionnels et du public à l'endroit des vaccins et pour réagir à d'éventuels risques d'effets secondaires. Toutefois, puisque la recherche et la communication sont des activités qui recourent à d'autres éléments de la SNI, elles feront l'objet d'une analyse distincte à la partie C du présent document.

B.4 Approvisionnement en vaccins

a) Objectifs

Les objectifs de l'élément de la SNI consacré à l'approvisionnement en vaccins sont d'assurer un approvisionnement qui soit sûr à long terme, économiquement intéressant et de qualité ainsi que d'améliorer la reddition de comptes.

b) Système actuel

La plupart des vaccins disponibles au Canada (c.-à-d. plus de 75 % de la valeur totale des vaccins en 2001-2002) sont achetés au moyen de marchés directs conclus par les provinces et territoires avec les distributeurs de vaccins. Le reste (25 %) est acheté par le truchement du système d'approvisionnement FPT actuel, qui est coordonné par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC).

Le Système d'approvisionnement FPT compte des représentants des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, de Santé Canada et de la Défense nationale, mais ne relève pas de la CSMS. Ce processus d'approvisionnement FPT est à faible coût (100 000 \$ par an, partagés à parts égales entre les secteurs de compétence participants) et les vaccins sont généralement achetés à un prix égal ou inférieur au prix le plus bas en vigueur au Canada. Les contrats d'approvisionnement sont généralement conclus pour un an avec le plus bas soumissionnaire.

c) Lacunes et limites du système actuel

L'actuelle combinaison de mécanismes d'approvisionnement en vaccins (allant de l'acquisition en vrac au niveau FPT à l'acquisition directe par les provinces et les territoires) a donné lieu à d'importantes fluctuations de prix.

Sans l'appui total du processus FPT d'achat en vrac et la participation pleine et entière à ce processus, il est difficile de s'attaquer de manière coordonnée à l'augmentation des prix ou aux problèmes d'approvisionnement (décrits ci-dessous).

■ Escalade du prix des vaccins

Comme le montre le tableau ci-après les dépenses en vaccins des provinces et des territoires ont augmenté considérablement. Même si le gros de cette augmentation est attribuable à l'introduction de nouveaux vaccins plus chers, le prix des vaccins existants a également augmenté ces dernières années (les données de 2002-2003 ne sont pas disponibles).

	Année			
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Dépenses totales en vaccins des provinces et territoires*	83,7 M\$	93,8 M\$	114,8 M\$	224,9 M\$*

* Tient compte d'un programme de rattrapage ponctuel de vaccination contre le méningocoque au Québec et en Alberta

Remarque : Les achats de vaccins par le gouvernement fédéral et l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas inclus dans ces chiffres. Toutefois, en 2000-2001, le gouvernement fédéral a dépensé environ 1,5 million de dollars en vaccins.

■ Préoccupations relatives à la sûreté de l'approvisionnement

L'approvisionnement en vaccins au Canada est généralement stable puisque les vaccins nécessaires aux programmes d'immunisation sont disponibles dans les quantités voulues. Ces dernières années, toutefois, des problèmes d'approvisionnement ont commencé à se manifester en raison d'un certain nombre de facteurs : changements de produits, analyses d'inventaire aux résultats insatisfaisants et demande accrue. Des problèmes d'approvisionnement existent aussi aux États-Unis. Selon le General Accounting Office des États-Unis, des incidents de pénuries de vaccins ont commencé à survenir à l'automne 2000 et, un an plus tard, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) rapportaient des pénuries de cinq vaccins destinés aux enfants : le vaccin anti-tétanos et diphtérie (Td), le vaccin acellulaire combiné contre la coqueluche, le tétanos et la diphtérie (DTaP), le vaccin antipneumococcique conjugué, le vaccin ROR (rougeole, oreillons et rubéole) et le vaccin contre la varicelle¹⁶.

Le processus d'achat en vrac existant au niveau FPT pourrait être amélioré dans le but de résoudre les problèmes suivants :

- Les provinces et les territoires perdent une partie du contrôle qu'ils peuvent exercer, notamment sur les produits et services à valeur ajoutée.
- Le processus actuel n'est pas toujours opportun.

- Le financement et l'infrastructure existants ne pourront peut-être pas toujours appuyer les activités nécessaires.
- Le processus actuel donne « tout au gagnant ».
- Le processus actuel prévoit souvent des contrats d'un an.
- Le processus actuel ne relève pas d'un organisme directeur de niveau FPT.

d) *Approche proposée*

Afin de pallier les limites du système en place, on pourrait apporter les améliorations suivantes au processus d'approvisionnement actuel :

- Accroître la capacité du système de manière à garantir la sûreté de l'approvisionnement (p. ex., au moyen de marchés pluriannuels).
- Améliorer l'aptitude à réagir à l'escalade du prix des vaccins (p. ex., planification anticipée des besoins et commande de vaccins à long terme, recours à des marchés pluriannuels).
- Concevoir un mécanisme permettant d'inclure des produits et services à valeur ajoutée au cours du processus et de redistribuer ces fonds dans le cadre de la SNI.
- Collaborer avec l'organisme de réglementation des vaccins pour permettre la communication rapide d'information sur ceux qui viennent d'être conçus ou mis en marché.
- Améliorer le partage d'information sur les marchés provinciaux-territoriaux.
- Améliorer le processus administratif, notamment en concevant et en utilisant des :
 - ▶ Formulaires et des outils de communication normalisés permettant de rationaliser le processus;
 - ▶ Normes touchant les spécifications relatives aux vaccins et aux processus de distribution;
 - ▶ Paramètres clairs pour les marchés et des critères d'évaluation des soumissions avant le processus d'appel d'offres en tant que tel;
 - ▶ Normes d'évaluation du rendement des marchés.

B.5 Réseau de registres d'immunisation

a) Objectifs

Les objectifs principaux de cet élément de la SNI sont les suivants :

- Améliorer la surveillance nationale des taux de couverture vaccinale (c.-à-d. du pourcentage de la population cible ayant été vaccinée).
- Faciliter le transfert des dossiers d'immunisation personnels et leur accès.
- Mesurer les progrès réalisés dans l'atteinte des buts et objectifs nationaux en matière d'immunisation.
- Faciliter le couplage des données de surveillance des maladies évitables par la vaccination et des effets secondaires associés aux vaccins.

b) Système actuel

Chaque province ou territoire possède son propre système de surveillance de la couverture vaccinale. Dans la plupart, les renseignements sur l'immunisation concernent essentiellement les enfants, et les données recueillies varient selon l'administration. La collecte de données sur l'immunisation des enfants débute très souvent au moment de leur inscription à la garderie ou à l'école. Certaines administrations possèdent des bases de données électroniques pour retracer ces informations, alors que d'autres utilisent des systèmes manuels.

La plupart des provinces et territoires s'emploient actuellement à établir des registres d'immunisation électroniques cohérents et compatibles avec les normes fixées au sein d'un réseau national. Dans le cadre d'une initiative FPT en cours, on définit une stratégie à long terme pour la surveillance des maladies transmissibles qui prévoit l'élaboration de normes et de définitions de données concernant l'immunisation, les maladies transmissibles et les effets secondaires associés aux vaccins¹⁷.

c) Lacunes et limites du système actuel

Un réseau national d'information sur l'immunisation permettrait d'améliorer la planification des programmes, l'évaluation ainsi que la recherche à l'échelle nationale.

Par exemple, un réseau de registres pourrait permettre un meilleur accès aux données sur la couverture vaccinale et, de ce fait, réduire les enquêtes sur la question, dont on connaît les limites aux plans de la rapidité, de la qualité et des coûts. Ce réseau pourrait aussi fournir des données utiles à la planification des programmes en permettant entre autres de cerner les populations sous-immunisées sur lesquelles des efforts ciblés pourraient être dirigés à profit. En outre, la création d'un réseau de registres d'immunisation pourrait favoriser l'accès aux données sur les personnes immunisées et être utile aux évaluations de l'innocuité des vaccins.

Les améliorations apportées à l'uniformisation des données entre les provinces et les territoires pourraient faciliter le transfert des dossiers d'immunisation lorsqu'un enfant change de province, de même que le respect du calendrier vaccinal.

d) Approche proposée

Santé Canada finance actuellement un projet visant à mettre sur pied un réseau de registres provinciaux-territoriaux. On propose que ces activités se poursuivent dans le cadre de la SNI, comme suit :

- Définition d'un ensemble de données minimales que chaque province ou territoire devra recueillir.
- Établissement de normes commerciales, techniques et fonctionnelles que chaque province ou territoire devra observer.
- Élaboration et distribution d'outils et de logiciels par Santé Canada aux provinces et territoires intéressés, afin qu'ils aient les capacités techniques nécessaires à l'établissement d'un registre électronique.
- Création d'un profil national pour les registres d'immunisation qui soit conforme aux lois sur la protection des renseignements personnels et l'accès à l'information.
- Définition de stratégies destinées à enrichir les registres d'immunisation, y compris l'établissement de codes à barres pour les agents d'immunisation.

C. Description des activités à l'appui de la SNI

Certaines activités recourent et appuient les cinq éléments de la SNI et peuvent y être intégrées.

Toutefois, des analyses approfondies s'imposent pour déterminer de quelle façon elles pourraient l'être. Ces activités sont les suivantes.

C.1 Recherche sur l'immunisation

Les objectifs de cette activité à l'appui de la Stratégie seraient les suivants :

- Accroître la capacité de recherche sur l'immunisation au Canada, y compris la capacité d'intervenir en cas d'urgence (innocuité des vaccins, p. ex.).
- Améliorer la coordination des activités de recherche actuelles et à venir sur l'immunisation au Canada, en fonction des besoins des administrations gouvernementales et des objectifs de la SNI.
- Faciliter l'accès en temps opportun à des informations fiables et aux preuves qui permettent à tous les secteurs de compétence de prendre des décisions éclairées.

Le milieu de la recherche sur l'immunisation au Canada est mieux armé pour l'élaboration et l'analyse pré-homologation des nouveaux produits, et il est essentiellement financé au moyen de subventions gouvernementales ou privées. La recherche sur la mise en œuvre des programmes et la surveillance des vaccins après leur homologation (p. ex., modèles destinés à prédire l'effet d'un nouveau programme, à déterminer les mesures les plus efficaces pour assurer la participation, à évaluer la rentabilité et à déterminer les besoins en matière d'éducation des professionnels et du public) pourrait être améliorée. En outre, la communauté de chercheurs qui s'intéressent à l'immunisation au Canada est petite et elle est essentiellement formée de spécialistes aux fonctions multiples regroupés dans des « enclaves » dans différentes régions du Canada.

Nous devons cerner, documenter et définir les priorités de la recherche sur l'immunisation au Canada, anticiper les lacunes des budgets de

recherche et discuter de stratégies en vue d'établir la priorité des futurs besoins. Ce faisant, des partenariats solides doivent être établis avec les groupes de recherche, le secteur privé et les organismes de financement comme les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la Canadian Association for Immunization Research and Evaluation (CAIRE), l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et le Réseau canadien pour l'élaboration de vaccins et d'immunothérapies (CANVAC). Une liste préliminaire des priorités de recherche sur l'immunisation a été dressée à partir des renseignements fournis par les principaux intervenants lors d'une réunion tenue en février 2002; cette liste pourrait servir de fondement aux futurs travaux sur la question.

C.2 Éducation du public et des professionnels

Les organismes nationaux comme le Programme canadien de promotion de la vaccination (PCPV) sont actuellement les principales sources nationales auprès desquelles on peut obtenir de l'information sur l'immunisation et l'innocuité des vaccins ainsi que des documents éducatifs. Il existe également des organismes locaux, provinciaux-territoriaux, fédéraux et professionnels qui fournissent des renseignements relatifs à ces questions sur leurs sites Web. Les messages ne sont pas toujours coordonnés ou cohérents et les sources de données étrangères ne sont guère pertinentes, car les vaccins homologués dans d'autres pays ne sont pas nécessairement les mêmes qu'au Canada.

Une stratégie de communication nationale sur l'immunisation (y compris sur les questions liées à l'innocuité des vaccins) serait utile à l'élaboration d'outils et de documents nationaux d'éducation et de communication ainsi qu'à la diffusion d'informations coordonnées et cohérentes sur l'immunisation. La conclusion de partenariats avec les organismes nationaux existants, comme le PCPV, pourrait également être utile. De même, il serait important

d'envisager la création d'un réseau de communications réunissant les principaux intervenants, dont les gouvernements FPT, pour divulguer en temps utile des renseignements pertinents sur les vaccins et leur innocuité.

C.3 Approches vis-à-vis de groupes particuliers

Les populations autochtones doivent devenir partenaires de la SNI. Il faudrait que les organismes autochtones soient intégrés à la Stratégie et que des liens soient tissés avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

D'autres groupes particuliers, comme les immigrants, les réfugiés, les voyageurs, certains groupes religieux, les personnes dont le niveau socio-économique est faible et les aînés devront aussi faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la SNI.

C.4 Surveillance des maladies évitables par la vaccination

Pour l'instant, Santé Canada administre le Registre national des maladies à déclaration obligatoire, dans lequel sont versés les rapports de « maladies à déclaration obligatoire » communiqués par les provinces et les territoires selon un accord général et en reconnaissance de l'importance d'une source de données centralisée. Santé Canada utilise ces données pour surveiller les tendances liées aux maladies évitables par la vaccination et publier des rapports sommaires dans son site Web. Le Ministère

encourage également l'élaboration et la mise en œuvre de normes nationales, comme des définitions de cas et des modèles de données, et il vient en aide aux provinces et aux territoires en leur fournissant des ressources matérielles (p. ex., des outils informatiques) et financières (p. ex., collaboration avec la SCISP) ainsi que des ressources humaines (p. ex., analystes des écarts, épidémiologistes de terrain).

Parmi les autres initiatives de surveillance figurent le Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP), la surveillance ciblée et sentinelle des hépatites virales et de la grippe et la surveillance circumpolaire internationale de certaines maladies évitables par la vaccination.

L'actuel système de surveillance des maladies évitables par la vaccination comporte un certain nombre de limites importantes qui se situent, de façon générale, dans les catégories suivantes :

- La qualité et l'exhaustivité des données pourraient être améliorées, car il existe des écarts d'un territoire et d'une province à l'autre.
- L'analyse des données est très limitée.
- La rétroaction et la déclaration pourraient se faire plus rapidement.
- La coordination et l'établissement des priorités pourraient être améliorés.

Il serait également avantageux de concevoir un mécanisme national pour travailler avec les intervenants et améliorer le système actuel de surveillance des maladies évitables par la vaccination.

D. Conclusion

Le présent rapport final définit une vision sur laquelle fonder une stratégie nationale d'immunisation. Il présente une nouvelle façon de faire les choses au Canada dans l'un des secteurs les plus importants du programme de santé publique.

Les cinq éléments de la Stratégie, tel que présentés ici, sont les suivants : les buts et objectifs nationaux; la planification des programmes d'immunisation; l'innocuité des vaccins; l'approvisionnement en vaccins, et le réseau de registres d'immunisation. Quant aux activités à l'appui de la Stratégie, qui en recourent et en soutiennent les cinq éléments, elles sont : la recherche sur l'immunisation; l'éducation du public et des professionnels; les approches vis-à-vis de groupes particuliers, et la surveillance des maladies évitables par la vaccination.

Si elle est entièrement mise en œuvre, la Stratégie nationale d'immunisation accroîtra notre capacité à faire face aux défis qui se profilent, tout en procurant les grands avantages suivants :

- Réduction de l'incidence des maladies évitables par la vaccination;
- Accès amélioré à des programmes d'immunisation opportuns;
- Efficacité accrue des programmes;
- Amélioration de la surveillance de l'innocuité des vaccins et de l'intervention;
- Vaccins à prix plus abordables;
- Sûreté accrue de l'approvisionnement en vaccins;
- Confiance du public envers l'immunisation et réponse aux critiques anti-immunisation de plus en plus nombreuses.

Références

1. Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada. *Rapport sur l'immunisation au Canada, 1996*. Relevé des maladies transmissibles au Canada 1997; 23S4 : Préface.
2. Comité consultatif national de l'immunisation. *Guide canadien d'immunisation*. 6^e éd. Ottawa : Santé Canada, 2002. Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, n° H49-8/2002F au catalogue.
3. Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada. *Rapport sur l'immunisation au Canada, 1996*. Relevé des maladies transmissibles au Canada 1997; 23S4 : Section 1, « L'immunisation au Canada ».
4. Guyer B, Smith DR, Chalk R. « *Calling the shots: immunization finance policies and practices*. Executive summary of the report of the Institute of Medicine ». *Am J Pre Med* 2000; 19(3) : 4-12.
5. McIntyre P, Gidding H et coll. *Vaccine-preventable diseases and vaccination coverage in Australia, 1999-2000*. Supplement Commun Dis Intell 2002; 26 (mai) : 109-110.
6. Salisbury D M, Beverley P C L, Miller E. « Vaccine programmes and policies ». *Br Med Bull* 2002; 62 : 201-11.
7. Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada. *Rapport sur l'immunisation au Canada, 1996*. Relevé des maladies transmissibles au Canada 1997; 23S4 : Section 2, « L'établissement d'objectifs nationaux concernant les maladies pouvant être prévenues par un vaccin chez les nourrissons et les enfants ».
8. Gouvernement du Canada. *Rapport national – Canada : étude décennale du Sommet mondial pour les enfants*. Présenté au directeur exécutif de l'UNICEF en prévision de la session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies se tenant du 19 au 21 septembre 2001. N° H21-165/2001 au catalogue. Peut être consulté à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/publications/wsc_f.html
9. Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada. *Rapport sur l'immunisation au Canada, 1996*. Relevé des maladies transmissibles au Canada 1997; 23S4 : Section 5, « Élimination de la rougeole au Canada ».
10. Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada. *Rapport sur l'immunisation au Canada, 1996*. Relevé des maladies transmissibles au Canada 1997; 23S4 : Section 10, « Programmes d'immunisation actuellement en vigueur au Canada ».
11. Société canadienne de pédiatrie. *Faire vacciner mon enfant, c'est important*. Société canadienne de pédiatrie, 1997 : 68.
12. Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada. *Rapport national sur l'immunisation au Canada, 1998*. Paediatr Child Health, 1999; 4 (supplément C).
13. Gold R. *Les vaccins : avoir la piqûre pour la santé de votre enfant*. Deuxième éd. Société canadienne de pédiatrie, 2002 : 175.
14. Nichol KL, Lind A, Margolis KL, Murdoch M, McFadden R, Hauge M et coll. « *The effectiveness of vaccination against influenza in healthy, working adults* ». *N Engl J Med* 1995; 333(14) : 889-93.
15. White T, Lavoie S, Nettleman MD. « Potential cost savings attributable to influenza vaccination of school-aged children ». *Pediatrics* 1999;103 :e73.
16. United States General Accounting Office: Report to Congressional Requesters. *Childhood vaccines: Ensuring an adequate supply poses continuing challenges*. GAO-02-987. septembre 2002.
17. Réseau de surveillance de la santé au Canada, Centre de coordination de la surveillance, Santé Canada. Peut être consulté à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/csc-ccs/network_f.html