

– Partie 2 –

Immunisation recommandée pour les nourrissons, les enfants et les adultes

A. Calendriers de vaccination pour les nourrissons et les enfants

Dans le domaine de la médecine préventive, peu de mesures ont une valeur aussi reconnue et sont d'une application aussi facile que la vaccination systématique contre les maladies infectieuses. Exécutée selon les calendriers qui suivent, l'immunisation procurera à la plupart des enfants une bonne protection de base contre les maladies indiquées.

Le respect d'un calendrier standard permet d'assurer la meilleure protection. Cependant, il se peut que l'on doive modifier le calendrier recommandé à cause de rendez-vous manqués ou d'une maladie intercurrente. En général, on ne reprend pas une série vaccinale qui a été interrompue, peu importe le laps de temps écoulé.

Des vaccins similaires sont maintenant offerts par différents fabricants, mais ils peuvent ne pas être identiques. Il faut donc que l'utilisateur lise le chapitre pertinent du présent Guide de même que la notice du fabricant.

– Tableau 1 –

Calendrier de vaccination systématique pour les nourrissons et les enfants

Âge à la vaccination	DCaT ¹	VPTI	Hib ²	RRO	dT ³ ou dTCa ¹⁰	Hép. B ⁴ (3 doses)	V	PC	MC
Naissance									
2 mois	X	X	X			Première		X ⁸	X ⁹
4 mois	X	X	X			année de vie		X	X
6 mois	X	(X) ⁵	X			ou		X	X
12 mois				X		pré-adolescence	X ⁷	X	
18 mois	X	X	X	(X) ⁶ ou		(9-13 ans)			ou
4-6 ans	X	X		(X) ⁶					
14-16 ans					X ¹⁰				X ⁹

DCaT Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche (acellulaire) et le tétanos

VPTI Vaccin inactivé contre le poliovirus

Hib Vaccin conjugué contre *Haemophilus influenzae* de type b

RRO Vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons

dT Anatoxines diphtérique et tétanique de type « adultes »

dTCa Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (acellulaire) pour les adolescents et les adultes

Hép. B Vaccin contre l'hépatite B

V Vaccin contre la varicelle

PC Vaccin conjugué contre le pneumocoque

MC Vaccin conjugué contre le méningocoque de type C

– Tableau 2 –

Calendrier de vaccination systématique pour les enfants de < 7 ans non immunisés pendant la première enfance

Moment propice à la vaccination	DCaT ¹	VPTI	Hib	RRO	dT ³ ou dTCa ¹⁰	Hép. B ⁴ (3 doses)	V	P*	M**
Première visite	X	X	X ¹¹	X ¹²		X	X ⁷	X ⁸	X ⁹
2 mois plus tard	X	X	X	(X) ⁶		X		(X)	(X)
2 mois plus tard	X	(X) ⁵						(X)	
6-12 mois plus tard	X	X	(X) ¹¹			X			
4-6 ans ¹³	X	X							
14-16 ans					X				

* Vaccin contre le pneumocoque

** Vaccin contre le méningocoque

– Tableau 3 –

Calendrier de vaccination systématique pour les enfants de ≥ 7 ans et plus non immunisés pendant la première enfance

Moment propice à la vaccination	dTCa ¹⁰	VPTI	RRO	Hép. B ⁴ (3 doses)	V	M ^{**}
Première visite	X	X	X	X	X	X ⁹
2 mois plus tard	X	X	X ⁶	X	(X) ⁷	
6–12 mois plus tard	X	X		X		
10 ans plus tard	X					

** Vaccin contre le méningocoque

Remarques :

1. Le vaccin DCaT (diphtérie, coqueluche acellulaire, tétanos) est le vaccin privilégié pour toutes les doses de la série vaccinale, y compris dans le cas des enfants qui ont reçu ≥ 1 dose du vaccin DCT (composant anticoquelucheux à germes entiers).
2. Le calendrier indiqué pour Hib s'applique aux vaccins HbOC ou PRP-T. Si l'on utilise le vaccin PRP-OMP, on administrera la première dose à 2 mois, la deuxième dose à 4 mois et la dose de rappel à 12 mois.
3. La préparation associant les anatoxines diphtérique et tétanique (dT) sous forme adsorbée de type «adultes» est destinée aux personnes de ≥ 7 ans. Elle contient moins d'anatoxine diphtérique que les préparations destinées aux enfants plus jeunes et risque moins d'entraîner des effets secondaires chez les personnes plus âgées.
4. Le vaccin contre l'hépatite B peut être administré systématiquement aux jeunes enfants ou aux préadolescents, selon la politique provinciale ou territoriale; il est recommandé d'administrer trois doses à des intervalles de 0, 1 et 6 mois. La deuxième dose devrait être administrée au moins 1 mois après la première dose, et la troisième dose, au moins 2 mois après la deuxième dose. Il existe un calendrier à deux doses pour les adolescents (voir le chapitre sur le vaccin contre l'hépatite B).
5. Il n'est pas nécessaire d'administrer cette dose systématiquement. On peut le faire pour des raisons de commodité.
6. Il est recommandé d'administrer une deuxième dose du RRO, au moins 1 mois après l'administration de la première dose afin de mieux protéger les sujets contre la rougeole. On peut, pour des raisons de commodité, administrer le vaccin à la période de vaccination suivante, soit à l'âge de 18 mois, ou entre 4 à 6 ans durant la période précédant l'entrée à l'école (selon la politique provinciale ou territoriale), ou à tout âge qui convient entre ces deux périodes. On n'a pas établi s'il était nécessaire d'administrer une seconde dose du vaccin contre les oreillons et la rubéole, mais il est possible que ce soit bénéfique (dose intégrée pour des raisons de commodité

dans le RRO). La seconde dose de RRO devrait être donnée en même temps que le DCaT-VPTI (\pm Hib) de façon que les taux de réception du vaccin soient élevés.

7. Les enfants de 12 mois à 12 ans devraient recevoir une dose du vaccin contre la varicelle. Les jeunes de ≥ 13 ans devraient recevoir deux doses à au moins 28 jours d'intervalle.
8. Le calendrier recommandé, le nombre de doses et l'administration subséquente du vaccin polysaccharidique 23-valent contre le pneumocoque varient selon l'âge de l'enfant au début de la vaccination (on trouvera à la page 200 des recommandations particulières).
9. Le calendrier recommandé et le nombre de doses du vaccin contre le méningocoque varient selon l'âge de l'enfant au début de la vaccination (on trouvera à la page 181 des recommandations particulières).
10. Préparation de dTCa pour adultes avec une teneur réduite en anatoxine diphtérique.
11. Le calendrier recommandé et le nombre de doses varient selon le produit utilisé et l'âge de l'enfant au début de la vaccination (on trouvera à la page 129 des recommandations particulières). Ce vaccin n'est pas requis après l'âge de 5 ans.
12. Il convient d'attendre la visite subséquente si l'enfant a < 12 mois.
13. Omettre ces doses si les doses antérieures du vaccin DCaT et du vaccin contre la poliomyélite ont été administrées après le quatrième anniversaire.

Lignes directrices nationales relatives à l'immunisation des enfants

Préambule

La présente édition du Guide présente de nombreux exemples de l'efficacité des programmes provinciaux et territoriaux d'immunisation des enfants mis en œuvre autant par des vaccinateurs privés que par des services de santé publique. Parmi ces exemples figurent l'élimination du poliovirus sauvage et une baisse de plus de 95 % de l'incidence des infections dues à *Haemophilus influenzae* de type b et de la rougeole. Si l'on veut que ces succès se poursuivent dans l'avenir, il est essentiel que les responsables des politiques, les administrateurs de programmes et les vaccinateurs travaillent ensemble, de façon proactive, afin de planifier, mettre en œuvre et revoir régulièrement les programmes d'immunisation des enfants. De plus, il reste encore plusieurs problèmes à régler, dont les cas encore nombreux «d'occasions de vaccination manquées»; les sous-groupes d'enfants canadiens ayant une couverture vaccinale sous-optimale; des problèmes de manipulation et d'entreposage de vaccins; des variations importantes dans la déclaration des effets secondaires des vaccins et le manque de communication en ce qui concerne les risques et les avantages des vaccins.

Aussi, en 1995, le Comité consultatif national de l'immunisation a lancé un processus d'élaboration de lignes directrices sur l'immunisation des enfants qui s'appliquent à la fois aux systèmes privé et public d'administration des vaccins. Les lignes directrices qui suivent sont le fruit de vastes consultations, qui se sont échelonnées sur une période de 2 ans, avec les autorités sanitaires provinciales et territoriales, les organisations de médecins, d'infirmiers et infirmières, de santé publique et d'hôpitaux, ainsi qu'avec les vaccinateurs individuels et des groupes de défense des intérêts des enfants. Les lignes directrices ont reçu l'aval officiel de la Société canadienne de pédiatrie, du Comité consultatif de l'épidémiologie, du Collège des médecins de famille du Canada, de l'Association médicale canadienne, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et de l'Association canadienne de santé publique.

Les lignes directrices sont à la fois rigoureuses et d'une portée considérable. Elles définissent les pratiques les plus souhaitables en matière d'immunisation que les professionnels de la santé peuvent utiliser pour évaluer leurs propres pratiques actuelles et déterminer les points forts et les lacunes. Nous reconnaissons que certaines de ces lignes directrices nécessitent la participation des provinces et territoires (p. ex., en ce qui concerne la nécessité de suivre les immunisations et de vérifier les taux de couverture vaccinale). De plus, certains vaccinateurs ou programmes n'ont peut-être pas les moyens financiers d'appliquer intégralement les lignes directrices à l'heure actuelle. Dans ces cas, les lignes directrices peuvent être un outil qui permet de clarifier les besoins en matière d'immunisation et de faciliter l'affectation de ressources supplémentaires afin d'atteindre les objectifs et les cibles à l'échelle nationale.

Les termes suivants ont été utilisés dans l'ensemble de la publication :

- *Vaccinateur* : toute personne, qu'il s'agisse d'une infirmière ou d'un médecin, possédant les qualifications nécessaires pour administrer un vaccin
- *Vaccinateur habituel* : la personne qui est habituellement responsable de l'immunisation d'un enfant donné
- *Enfant/enfants* : la personne (de la naissance à l'adolescence) à vacciner
- *Parent* : La personne qui a la responsabilité légale de l'enfant

Nous recommandons l'application de ces lignes directrices par tous les professionnels de la santé des secteurs public et privé qui administrent des vaccins ou gèrent des services d'immunisation des nourrissons et des enfants. Si certaines lignes directrices s'appliquent davantage à un contexte ou un autre, il reste que tous les vaccinateurs et les responsables locaux des services de santé doivent collaborer afin d'assurer une couverture vaccinale élevée dans l'ensemble de la communauté et d'atteindre et de maintenir ainsi le meilleur degré de protection dans la communauté contre les maladies pouvant être prévenues par la vaccination.

Ligne directrice n° 1

Les services de vaccination devraient être facilement accessibles.

Les services de vaccination devraient répondre aux besoins des parents et des enfants. Lorsque c'est possible, les vaccinateurs devraient faire en sorte que les rendez-vous de vaccination coïncident avec la prestation d'autres services de santé dispensés à l'enfant. Les services de vaccination, qu'ils soient offerts dans les cliniques de santé publique ou au cabinet du médecin, devraient être accessibles pendant la semaine, à des heures qui conviennent aux parents qui travaillent. On devrait pouvoir avoir accès à ces services non seulement pendant les heures ouvrables, mais aussi à d'autres moments (p. ex., les fins de semaine, en soirée, tôt le matin ou à l'heure du lunch).

Ligne directrice n° 2

Il ne devrait pas avoir d'obstacles ni de conditions préalables inutiles à la vaccination.

Si les rendez-vous facilitent la planification des services et évitent aux enfants des attentes inutilement longues, ils peuvent aussi faire obstacle à la vaccination. Les enfants qui se présentent sans rendez-vous devraient être vaccinés dans la mesure du possible. Ces enfants devraient faire l'objet d'un tri rapide et efficace, et n'avoir pas à recevoir d'autres services de santé généraux.

La décision de vacciner peut reposer exclusivement sur l'information fournie par un parent et sur les observations du vaccinateur et sa perception de l'état de santé de l'enfant au moment de la vaccination. Le vaccinateur doit ainsi, au minimum :

- s'enquérir de l'état de santé de l'enfant auprès du parent
- interroger le parent afin de découvrir les contre-indications potentielles
- s'informer des réactions aux vaccins antérieurs auprès du parent
- observer l'état de santé général de l'enfant.

Il faudrait élaborer et mettre en place des politiques et des protocoles pour s'assurer qu'il ne soit pas nécessaire, pour être vacciné, de détenir une ordonnance écrite à cet effet ni d'être adressé par un médecin de soins primaires.

Ligne directrice n° 3

Les vaccinateurs devraient profiter de toutes les consultations cliniques pour s'enquérir de l'état vaccinal des enfants et, au besoin, les vacciner.

Tous les contacts avec un professionnel de la santé, notamment les consultations lors des hospitalisations, devraient être l'occasion d'examiner l'état vaccinal et, au besoin, d'administrer les vaccins requis. Les médecins qui dispensent des soins aux nouveau-nés et aux enfants doivent toujours s'informer de l'état vaccinal de l'enfant lors de chaque consultation et offrir systématiquement l'immunisation dans le cadre des soins dispensés ou inciter les parents à consulter une clinique de santé publique ou médicale offrant la vaccination. Lors de toute admission à l'hôpital, le carnet de vaccination devrait être examiné, et les enfants devraient avoir reçu, avant leur congé, les vaccins

auxquels ils sont admissibles, selon leur âge et leur état de santé. Le vaccinateur actuel de l'enfant devrait être informé des vaccins qui ont été administrés à l'enfant à l'hôpital. On ne saurait toutefois appliquer avec succès une telle mesure que si une nette amélioration est apportée à la tenue des dossiers de vaccination (voir la ligne directrice n° 8).

Ligne directrice n° 4

Les vaccinateurs devraient donner aux parents des informations générales sur la vaccination.

Les vaccinateurs devraient sensibiliser les parents à la question, de préférence dans la langue de ces derniers et en tenant compte des différences culturelles. Ils devraient notamment souligner l'importance de la vaccination, indiquer les maladies qui peuvent être prévenues par un vaccin, préciser le calendrier de vaccination recommandé, et insister sur la nécessité de respecter ce calendrier et d'apporter le carnet de vaccination de l'enfant à chaque consultation médicale. On devrait encourager les parents à veiller à ce que leur enfant ait reçu la série vaccinale complète. Les vaccinateurs devraient répondre à toutes les questions qui pourraient être posées par les parents et fournir du matériel éducatif adapté à la capacité de lecture de ces derniers et, de préférence, dans leur langue maternelle. Les vaccinateurs devraient se familiariser avec la documentation relative à l'immunisation fournie par les services de santé et par d'autres sources.

Ligne directrice n° 5

Les vaccinateurs devraient informer les parents en termes clairs des risques et des avantages du vaccin qui sera administré à leur enfant.

Les ministères de la santé de bon nombre de provinces ainsi que de territoires et la Société canadienne de pédiatrie, offrent des brochures d'information sur les vaccins administrés systématiquement aux enfants. Ces brochures sont précieuses, car elles répondent à bon nombre de questions des parents concernant l'immunisation. Les vaccinateurs devraient préciser, dans le dossier médical, s'ils se sont enquis des questions des parents et s'ils ont pu y répondre de façon satisfaisante.

Ligne directrice n° 6

Les vaccinateurs ne devraient reporter ou refuser la vaccination qu'en présence de contre-indications réelles.

Selon les lignes directrices canadiennes actuelles, il n'existe que très peu de véritables contre-indications à la vaccination, et les vaccinateurs se doivent de les connaître. Le fait de considérer, à tort, certains facteurs comme des contre-indications entraîne souvent un report inutile des vaccinations recommandées. Les modalités de dépistage minimales acceptables en ce qui concerne les précautions et les contre-indications prévoient qu'on pose des questions afin de découvrir les effets secondaires éventuels des vaccins antérieurs et de déterminer si des précautions s'imposent ou s'il existe des contre-indications à la vaccination.

Ligne directrice n° 7

Les vaccinateurs devraient administrer toutes les doses vaccinales auxquelles l'enfant est admissible à chaque consultation.

Les données disponibles indiquent que la plupart des vaccins administrés de façon systématique aux enfants peuvent être donnés au cours d'une même consultation, sans danger et sans que leur efficacité soit réduite. Certains vaccins sont donnés sous forme combinée, tandis que d'autres nécessitent des injections distinctes.

Ligne directrice n° 8

Les vaccinateurs devraient s'assurer que toutes les données sur la vaccination sont consignées de façon exacte et complète.

8.1 Données qui doivent être consignées dans le dossier de l'enfant au moment de la vaccination

Pour chaque vaccin administré, les données minimales suivantes devraient figurer dans le dossier de l'enfant : le nom du vaccin, la date (jour, mois et année) et la voie d'administration, le nom du fabricant du vaccin, le numéro de lot, le nom et le titre de la personne qui a administré le vaccin.

8.2 Mise à jour et tenue du dossier personnel d'immunisation

Tous les vaccinateurs devraient encourager les parents à conserver un exemplaire du carnet personnel de vaccination de leur enfant et à le présenter à chaque consultation sanitaire de façon qu'il soit mis à jour. Si un parent n'a pas en main le carnet de vaccination de l'enfant, le vaccinateur devrait s'assurer que l'information pertinente lui est donnée pour qu'il puisse inscrire dans ce carnet le nom du ou des vaccins, la date de vaccination, le nom du vaccinateur et l'établissement où l'enfant a été vacciné.

8.3 Consignation des vaccins administrés par d'autres vaccinateurs

Les vaccinateurs devraient faciliter le transfert des données figurant dans le dossier de vaccination à d'autres vaccinateurs et aux organismes compétents, conformément à la loi. Lorsque le vaccin est administré à l'enfant par un vaccinateur autre que son vaccinateur ou son soignant habituel, ce dernier doit être informé.

Ligne directrice n° 9

Les vaccinateurs devraient tenir à jour les dossiers d'immunisation afin de favoriser l'atteinte d'une couverture vaccinale satisfaisante selon l'âge.

Les vaccinateurs devraient conserver dans des fichiers distincts ou facilement accessibles les dossiers d'immunisation des enfants de façon à faciliter l'évaluation de la couverture vaccinale ainsi que le repérage et le rappel des enfants qui ne se sont pas présentés à un rendez-vous. Les dossiers d'immunisation devraient en outre être classés régulièrement, et les dossiers inactifs devraient être rangés dans un fichier distinct. Les vaccinateurs devraient consigner dans leurs dossiers ou dans un endroit précis tous les services de soins primaires reçus par chaque enfant, de façon à faire coïncider la vaccination avec la prestation d'autres services.

Ligne directrice n° 10

Les vaccinateurs devraient signaler de façon rapide, précise et exhaustive, les effets secondaires de la vaccination importants sur le plan clinique.

La déclaration immédiate des effets secondaires des vaccins est essentielle : pour garantir l'innocuité des vaccins, en prenant au besoin les mesures correctives en temps opportun; et pour mettre continuellement à jour les données relatives aux risques et aux avantages des vaccins et à leurs contre-indications.

Les vaccinateurs devraient demander aux parents de les informer des effets secondaires survenus à la suite de la vaccination. Les vaccinateurs devraient signaler tous les incidents cliniques importants aux autorités sanitaires locales, qu'ils estiment ou non que ces incidents sont imputables au vaccin. Les vaccinateurs devraient consigner avec précision l'effet secondaire dans le dossier médical, dès la survenue de l'incident ou le plus tôt possible par la suite. À chaque vaccination, on devrait s'enquérir des effets secondaires graves qui auraient pu survenir à la suite des vaccinations antérieures.

Ligne directrice n° 11

Les vaccinateurs devraient déclarer tous les cas de maladie pouvant être prévenue par un vaccin, conformément aux exigences législatives provinciales et territoriales.

Les vaccinateurs devraient connaître les exigences locales en matière de déclaration des maladies. La déclaration des maladies qui peuvent être prévenues par un vaccin est essentielle si l'on veut évaluer de façon continue l'efficacité des programmes d'immunisation, faciliter les enquêtes menées par les autorités sanitaires relativement aux échecs de la vaccination, et faciliter les examens médicaux visant à expliquer la non-réponse du sujet à un vaccin administré convenablement.

Ligne directrice n° 12

Les vaccinateurs devraient suivre les méthodes recommandées en matière de gestion des vaccins.

Les vaccins devraient être manipulés et entreposés conformément aux recommandations figurant dans la notice du fabricant. On devrait vérifier quotidiennement la température à laquelle les vaccins sont transportés et entreposés. Les vaccins ne doivent pas être administrés après leur date de péremption.

Les vaccinateurs devraient faire état de l'utilisation, du gaspillage, des pertes et de l'inventaire, conformément aux exigences des autorités sanitaires provinciales, territoriales ou locales.

Les vaccinateurs devraient connaître les lignes directrices nationales et locales qui ont été publiées concernant l'entreposage et la manipulation des vaccins. Ils devraient veiller à ce que tout employé de bureau appelé à manipuler des vaccins connaisse également ces lignes directrices.

Ligne directrice n° 13

Les vaccinateurs devraient conserver des protocoles à jour et facilement accessibles, partout où des vaccins sont administrés.

Les vaccinateurs devraient conserver un protocole indiquant, à tout le moins, la dose vaccinale recommandée, les contre-indications de la vaccination, les techniques de vaccination et les sites d'injection recommandés, ainsi que les effets secondaires possibles et les mesures d'urgence à prendre dans ces circonstances. On peut s'inspirer du présent Guide, de ses mises à jour et des notices des produits pour élaborer ces protocoles. On devrait préciser, dans ces protocoles, l'équipement d'urgence, les médicaments (notamment la dose) et le personnel nécessaires à la prise en charge sécuritaire et efficace de toute urgence médicale consécutive à un vaccin. Tous les vaccinateurs devraient connaître le contenu de ces protocoles, savoir où ils se trouvent et comment les suivre.

Ligne directrice n° 14

Les vaccinateurs devraient être formés adéquatement et se tenir constamment au courant des recommandations récentes en matière d'immunisation.

Les vaccins ne doivent être administrés que par des personnes qualifiées, dont la compétence est reconnue dans leurs provinces ou territoires respectifs. Les programmes d'éducation permanente et de formation devraient se fonder sur les lignes directrices et les recommandations en vigueur du Comité consultatif national de l'immunisation et du ministère provincial ou territorial de la santé, les normes en matière d'immunisation des enfants et d'autres sources de renseignements sur l'immunisation.

Ligne directrice n° 15

Les vaccinateurs devraient utiliser un système de suivi.

Un système de suivi devrait permettre de produire des rappels pour signaler une vaccination à venir ou relancer les enfants dont les vaccinations sont en retard. Ce système peut être automatisé ou manuel et comporter des messages transmis par la poste ou par téléphone. Tous les vaccinateurs devraient signaler les enfants qui présentent un risque élevé de ne pas recevoir la série vaccinale complète dans les délais prévus (p. ex., les enfants qui ont reçu tardivement la première dose ou dont la vaccination est en retard par rapport au calendrier), de façon qu'on puisse déployer des efforts de suivi intensifs accrus à leur égard.

Les vaccinateurs devraient, en outre, encourager la mise sur pied d'un système de suivi général de la vaccination à l'échelle provinciale ou territoriale et y participer.

Ligne directrice n° 16

On devrait effectuer des vérifications dans toutes les cliniques de vaccination afin d'évaluer la qualité des dossiers de vaccination et l'importance de la couverture vaccinale.

Tant dans le secteur public que dans le secteur privé, une vérification des services d'immunisation devrait comprendre une évaluation de tous les dossiers de vaccination ou d'un échantillon aléatoire de ces dossiers afin d'évaluer la qualité de la documentation et de déterminer le niveau de la couverture vaccinale (p. ex., le pourcentage d'enfants de 2 ans qui ont reçu tous les vaccins prévus au calendrier). Dans le cadre de leurs examens courants de l'assurance de la qualité, les vaccinateurs devraient analyser les résultats de la vérification, et s'inspirer de ces résultats pour trouver des solutions aux problèmes mis en évidence.

B. Immunisation des adultes

Les programmes d'immunisation des enfants se sont révélés un moyen sûr et efficace de prévention de nombreuses maladies infectieuses. Par contre, les programmes d'immunisation des adultes n'ont pas connu un aussi grand succès. Comme on met de plus en plus l'accent sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé, il faut sensibiliser les médecins et la population à l'importance d'améliorer les programmes d'immunisation des adultes. La mise à jour du statut vaccinal devrait faire partie du bilan de santé de tous les adultes. Il arrive trop souvent qu'on manque l'occasion de vacciner les adultes.

La prévention des maladies infectieuses par l'immunisation doit se poursuivre pendant toute la vie et être adaptée, dans chaque cas, aux risques inhérents au travail, aux voyages à l'étranger, aux maladies sous-jacentes, au mode de vie et à l'âge. Tous les adultes devraient recevoir des doses adéquates de tous les vaccins recommandés systématiquement. D'autres vaccins devraient être administrés dans certains cas, au besoin. Il faudrait en particulier tenter d'améliorer l'utilisation des vaccins contre l'influenza, les infections à pneumocoque et l'hépatite B chez les adultes canadiens. Dans le cas des personnes âgées, les vaccins contre l'influenza et le pneumocoque sont considérés comme plus efficaces que toutes les autres mesures de prévention, de dépistage et de traitement qui ont été étudiées.

Antigènes recommandés

Tous les adultes canadiens doivent maintenir leur immunité à l'égard du tétanos et de la diphtérie, de préférence au moyen des anatoxines combinées (dT).

Il faut veiller en priorité à ce que les enfants reçoivent la série vaccinale recommandée, y compris la dose prévue au départ de l'école, soit entre 14 et 16 ans, et que les adultes aient reçu la vaccination primaire complète.

Pour garantir que les adultes reçoivent les doses de rappel recommandées, on peut :

- 1) continuer d'offrir des doses de dT tous les 10 ans au milieu de chaque décennie, c'est-à-dire à 15 ans, 25 ans, 35 ans, etc.
- 2) à tout le moins, examiner le statut vaccinal au moins une fois durant la vie adulte, par exemple à 50 ans, et offrir une seule dose de dT à toute personne qui n'en a pas reçue dans les 10 années précédentes.

De plus, on peut offrir aux personnes appelées à se rendre dans des régions où elles sont susceptibles d'être exposées à la diphtérie une dose de rappel de dT si plus de 10 ans se sont écoulés depuis leur dernière dose.

Les personnes de ≥ 65 ans devraient recevoir le vaccin contre l'influenza tous les ans et une dose de vaccin contre le pneumocoque une fois au cours de leur vie. Pour assurer une couverture maximale, il peut être nécessaire de mettre au point des stratégies particulières de rappel à l'intention des personnes qui risquent le plus de souffrir de complications de l'influenza (par exemple, celles qui souffrent d'une maladie cardio-pulmonaire

chronique). Les adultes de < 65 ans qui, parce qu'ils souffrent d'une maladie qui les met à risque élevé de complications de l'influenza et des infections pneumococciennes devraient également recevoir le vaccin contre l'influenza chaque année ainsi qu'une dose unique de vaccin contre le pneumocoque (voir les affections qui s'accompagnent d'un risque élevé à la page 200).

Les adultes nés avant 1970 peuvent être considérés comme immunisés contre la rougeole. Les adultes nés en 1970 ou après qui ne disposent pas de preuves d'immunisation ou chez qui l'épreuve sérologique est négative devraient recevoir le vaccin contre la rougeole (en association avec les vaccins contre la rubéole et les oreillons [RRO]). Pour une protection optimale, les adultes qui ont déjà reçu une dose de vaccin contre la rougeole devraient en recevoir une seconde. On accordera la priorité aux travailleurs de la santé, aux étudiants du niveau collégial et aux voyageurs appelés à se rendre dans des régions où la rougeole est épidémique.

La plupart des personnes nées avant 1970 peuvent également être considérées comme immunisées contre les oreillons. Il est recommandé d'administrer le vaccin contre les oreillons (en même temps que le vaccin contre la rougeole et la rubéole [RRO]) aux jeunes adultes qui n'ont jamais eu les oreillons.

On devrait administrer le vaccin contre la rubéole à toutes les adolescentes et les femmes en âge de procréer à moins qu'elles ne fournissent une preuve de séroconversion ou de vaccination. Il est préférable d'utiliser le vaccin combiné contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO). De plus, il y aurait lieu d'administrer le vaccin RRO aux travailleurs de la santé des deux sexes qui sont réceptifs à la rubéole et qui peuvent, par leurs contacts personnels fréquents, exposer des femmes enceintes à la rubéole.

Au Canada, l'on recommande une immunisation universelle contre l'hépatite B. Il faudrait fournir aux adultes les occasions de se faire vacciner. En outre, les adultes qui, par leur travail, leur mode de vie ou leur milieu, risquent davantage d'être exposés à l'hépatite B devraient recevoir le vaccin contre l'hépatite B lors d'une rencontre clinique propice (voir la page 145).

L'administration de doses de rappel du vaccin antioquelucheux acellulaire pourrait être recommandée dans l'avenir pour prévenir l'apparition et la propagation de la maladie. Il faut pousser les recherches dans ce domaine.

On trouvera au tableau 4 la liste des antigènes qui devraient être administrés systématiquement aux adultes. Des renseignements détaillés sur l'immunisation des travailleurs de la santé et des voyageurs sont fournis aux parties 5 et 6 (pages 272 et 277) du Guide.

– Tableau 4 –

Immunisation systématique des adultes

Vaccin ou anatoxine (page de référence)	Indications	Doses subséquentes
Diphthérie (préparation destinée aux adultes) (page 78)	Tous les adultes	Tous les 10 ans, de préférence en association avec l'anatoxine tétanique (dT)
Tétanos (page 84)	Tous les adultes	Tous les 10 ans, de préférence sous forme de dT
Influenza (page 165)	Adultes de ≥ 65 ans; adultes de < 65 ans à risque de complications de la grippe et certains autres groupes (voir chapitre)	Tous les ans au moyen de la formulation courante
Pneumocoque (page 200)	Adultes de ≥ 65 ans; états comportant un risque accru d'infections pneumococques	Voir la page 204
Rougeole (page 224)	Tous les adultes nés en 1970 ou après qui sont réceptifs à la rougeole	De préférence en association avec les vaccins RRO
Rubéole (page 233)	Femmes réceptives en âge de procréer et certains travailleurs de la santé	De préférence en association avec les vaccins RRO
Oreillons (page 197)	Adultes nés en 1970 ou après qui n'ont jamais eu les oreillons	De préférence en association avec les vaccins RRO

Stratégies visant à améliorer l'administration des vaccins aux adultes

Même si les médecins canadiens sont favorables au recours à la vaccination chez les adultes, cette méthode de prévention demeure sous-utilisée. On estime que seulement 45 % des personnes à haut risque reçoivent chaque année le vaccin contre la grippe. Il faut adopter une approche structurée et systématique en matière de vaccination. Le rôle des médecins est primordial lorsqu'il s'agit d'identifier les adultes à immuniser. Au nombre des méthodes, citons les notes de rappel dans les dossiers des malades, les examens médicaux avant l'embauche, les questionnaires pour l'admission dans les écoles et les collèges, les visites de l'infirmière des services de santé des employés et les lettres de rappel. Les urgences, les cliniques de santé publique, les hôpitaux et d'autres établissements de santé peuvent également jouer un rôle important. La visite de nouveaux immigrants aide à préciser les personnes à risque dans cette population. Habituellement, la plupart des personnes qu'on invite à se faire immuniser acceptent de recevoir le vaccin. Une politique d'immunisation des adultes ne sera couronnée de succès que

– Tableau 5 –

Résumé des immunisations recommandées pour les adultes

Vaccins (page de référence)	Indications
BCG (peu utilisé, voir la page 90)	Risque élevé d'exposition
Coqueluche (voir à la page 103)	Voir le chapitre à la page 105
Encéphalite japonaise (voir à la page 112)	Voyage dans une zone endémique ou autre risque d'exposition
Fièvre jaune (voir à la page 120)	Voyage dans une zone endémique ou si exigé pour aller dans un pays
Hépatite A (voir à la page 135)	Exposition associée au travail, au mode de vie ou à l'environnement
Hépatite B (voir à la page 145)	Recommandé universellement au Canada, surtout pour exposition associée au travail, au mode de vie ou à l'environnement
Maladie de Lyme (voir à la page 173)	Voyage dans une zone endémique Détermination du risque soit élevé, modéré, bas ou absence de risque
Méningocoque (voir à la page 181)	Risque élevé d'exposition ou voyages
Poliomyélite (voir à la page 208)	Voyage dans une zone endémique ou autre risque d'exposition
Rage (pour vaccination avant exposition) (voir à la page 214)	Risque professionnel ou autre
Typhoïde (voir à la page 241)	Risque élevé d'exposition
Varicelle (voir à la page 250)	Exposition associée au travail ou aux proches des personnes réceptives ou personnes réceptives à cause d'une affection sous-jacente

dans la mesure où les établissements, les provinces et les territoires établiront des programmes efficaces et bien structurés.

Voir le tableau 5 pour un résumé des immunisations dans des cas particuliers.

On doit accorder une attention particulière aux adolescents et aux jeunes adultes. Il est possible que certains d'entre eux n'aient pas reçu les vaccins recommandés ou que d'autres aient reçu des vaccins dont le pouvoir immunogène est inférieur à celui des vaccins qui sont offerts maintenant. Étant donné que ce groupe ne requiert pas souvent des soins médicaux, on invite les praticiens et les responsables de la santé à saisir toutes les occasions de vérifier et de mettre à jour la protection de ces personnes.

C. Immunisation des personnes séjournant dans des établissements de soins de courte durée

La vérification des antécédents de vaccination des personnes admises à l'hôpital offre l'occasion de mettre à jour l'immunisation de tous les patients. Pour les patients qui n'ont pas un dispensateur de soins habituel ou qui fréquentent uniquement des cliniques spécialisées, les consultations externes à l'hôpital ou l'hospitalisation peuvent être la seule occasion de se faire vacciner. Dans le cas des enfants, en particulier, on devrait profiter des consultations à la salle d'urgence pour vérifier le statut vaccinal et vacciner au besoin.

Lorsque des personnes âgées et d'autres personnes à risque élevé de complications de la grippe sont admises dans un établissement de soins de courte durée, c'est l'occasion de veiller à ce qu'elles soient immunisées contre l'influenza. Les programmes visant à immuniser ces patients avant qu'on leur accorde leur congé constituent un moyen d'éviter que ces patients à très haut risque n'échappent à la vaccination dans la collectivité en raison d'une hospitalisation durant la saison grippale. L'instauration systématique, dans les hôpitaux, d'ordres permanents ou d'actes délégués en ce qui concerne l'immunisation, ainsi que de protocoles clairs dans chaque département, peut aider à lever les obstacles administratifs à l'intégration de ces actes préventifs dans ces établissements habituellement voués au traitement.

Le vaccin contre le pneumocoque devrait être administré avant leur départ aux patients de ≥ 65 ans qui ne l'ont encore jamais reçu et aux patients qui doivent recevoir un tel vaccin en raison de problèmes de santé chroniques.

Toutes les femmes enceintes devraient subir un test de dépistage de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs), et les enfants nés de femmes séropositives pour l'antigène AgHBs devraient recevoir des immunoglobulines contre l'hépatite B (HBIG) et commencer à recevoir la série de vaccins. Dans les provinces ou territoires où le vaccin contre l'hépatite B n'est pas systématiquement offert à tous les enfants à la naissance, les nouveau-nés qui courent un risque élevé d'exposition à l'hépatite B devraient recevoir la première dose de la série de vaccins avant leur congé. Ces enfants peuvent, par exemple, appartenir à une famille dont l'un des membres (autre que la mère) est infecté, vivre dans des conditions familiales entraînant un risque élevé d'infection aiguë ou appartenir à un groupe d'immigrants issu d'une région où l'hépatite B est endémique.

Les femmes réceptives à la rubéole doivent recevoir le vaccin contre cette maladie après l'accouchement, avant de quitter l'hôpital.

D. Immunisation des personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée

Les enfants qui vivent dans des établissements résidentiels ou des établissements de soins de longue durée doivent recevoir tous les vaccins prévus pour leur âge. Les adultes doivent être immunisés contre le tétanos et la diphtérie. Il faudra, au besoin, leur administrer une série primaire bien que, dans la plupart des cas, il suffira d'une dose de rappel tous les 10 ans.

On recommande fortement l'immunisation annuelle contre la grippe pour les pensionnaires des établissements résidentiels et des établissements de soins de longue durée, et un programme à cet effet devrait être mis en place. Les patients ou les personnes appelées à décider en leur nom devraient être informés de la politique d'immunisation au moment de l'admission, et on devrait fournir les efforts requis pour obtenir leur consentement éclairé par écrit avant la saison grippale.

Le vaccin contre le pneumocoque est recommandé pour les personnes âgées et les malades chroniques, particulièrement dans les populations fermées. On devrait administrer une dose unique de ce vaccin à toutes les personnes non vaccinées admises dans de tels établissements ainsi qu'aux résidents non vaccinés.

Les résidents des établissements pour personnes ayant des troubles du développement devraient aussi être vaccinés contre l'hépatite A et contre l'hépatite B.

Références choisies

- ACP Task Force on Adult Immunization and Infectious Diseases Society of America. *Guide for adult immunization*. 2^e éd. Philadelphie, PA: American College of Physicians, 1990.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. *Immunization of adolescents: recommendations of the Advisory Committee on Immigration Practices, the American Academy of Pediatrics, the American Academy of Family Physicians, and the American Medical Association*. Pediatrics 1997;99:479-88.
- CDC. National Immunization Program. *Adult immunization: a report by the National Vaccine Advisory Committee, National Vaccine Program*. Atlanta, GA: US. Department of Health & Human Services, 1994.
- CDC. *Update on adult immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*. MMWR 1991;40(RR-12):1-94.
- Gardner P, Schaffner W. *Immunization of adults*. N Engl J Med 1993;328:1252-58.
- Williams WW, Hickson MA, Kane MA et coll. *Immunization policies and vaccine coverage among adults: risk for missed opportunities*. Ann Intern Med 1988;108:616-25.