

P

révention en pratique médicale

MALADIES INFECTIEUSES

Pourquoi certains de vos patients ne sont-ils pas vaccinés contre l'influenza ? Le leur avez-vous offert ou recommandé ?

Les patients souffrant de maladies chroniques sont souvent « les oubliés de la vaccination contre l'influenza » (voir encart pour les indications). On estime que seulement 29% de ces personnes ont reçu le vaccin contre l'influenza en 2001-2002 à Montréal-Centre sur une population cible estimée à 155 195. Or l'objectif est d'en rejoindre au moins 50 %.

Pourquoi ne sont-elles pas vaccinées ?

Plusieurs raisons expliquent la non-vaccination contre l'influenza, entre autres :

- le manque de recommandation de la vaccination par le médecin parce qu'il :
 - ne perçoit pas la gravité de la pathologie du patient comme un facteur de risque,
 - pense que le spécialiste le fera, alors que ce dernier croit que l'omni le fera,
 - attend l'automne pour en parler,
 - ne sait pas où référer,
 - méconnaît la liste des maladies chroniques justifiant la gratuité de la vaccination;
- l'inaccessibilité à la vaccination;
- la méconnaissance par le patient qu'il fait partie d'un groupe à risque de complications;
- la croyance à l'inefficacité ou à l'inutilité du vaccin;
- la crainte des effets secondaires;
- la peur reliée à l'injection;
- la croyance que le vaccin cause la maladie;
- le refus du patient de se faire vacciner.

Que risquent ces personnes non vaccinées ?

Plusieurs études ont démontré que les risques de complications, d'hospitalisations et de décès suite à l'influenza sont plus élevés chez les personnes de tout âge ayant certaines maladies chroniques, chez les personnes âgées

de plus de 65 ans et chez les très jeunes enfants que chez les personnes en santé (jeunes et adultes) (ACIP 2002).

Les complications les plus fréquentes de l'influenza sont : la bronchite, la sinusite, la pneumonie, l'otite moyenne et des infections bactériennes secondaires. Plus rarement l'influenza peut entraîner une myocardite, une myosite, une encéphalite, un syndrome de Guillain et Barré et un syndrome de Reye. De plus, l'influenza peut exacerber une maladie chronique sous-jacente (ex.: débalancement d'un diabète).

Les décès reliés à l'influenza peuvent résulter d'une pneumonie aussi bien que de la détérioration d'une maladie cardio-pulmonaire et d'autres maladies chroniques. Les maladies cardiaques et pulmonaires chroniques sont, et de loin, les facteurs de risque les plus importants de mortalité lors d'une grippe (cf. tableau 3, page 3).

Le vaccin est-il efficace ?

Les bénéfices de la vaccination contre l'influenza sont universellement reconnus. L'efficacité du vaccin varie cependant selon

- l'âge;
- l'immunocompétence de l'individu;
- la similitude entre les souches virales utilisées dans le vaccin et celles qui circulent pendant la saison grippale.

Les études ont démontré que pour prévenir la maladie le vaccin contre l'influenza a une efficacité de 70% à 90% chez les personnes jeunes en bonne santé. Les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées peuvent développer un titre d'anticorps plus bas que les jeunes adultes en santé et demeurent ainsi plus susceptibles aux infections par les virus de l'influenza des voies respiratoires supérieures. Même si le vaccin a une efficacité limitée chez ces personnes, il est efficace pour prévenir les complications secondaires et réduire le risque des hospitalisations et des décès reliés à l'influenza. Par ailleurs, la vaccination contribue à réduire les coûts du système de santé.

Comment ne pas les oublier ?

- Identifier les patients à risque.
- Recommander la vaccination à toutes les personnes à risque ainsi qu'au personnel qui les soigne et aux contacts domiciliaires des personnes atteintes de maladies chroniques.
- Recourir à des stratégies qui permettent de rejoindre le maximum de personnes.
- Vacciner ou référer vos patients pour la vaccination.

Et faites-vous vacciner...

En plus de se protéger et d'éviter la transmission, le médecin qui se fait vacciner contre l'influenza est plus enclin à vacciner ses patients.

La vaccination contre l'influenza est associée à une réduction...

- de 34% à 44% des visites médicales pour des symptômes respiratoires dus à l'influenza dans tous les groupes d'âge,
- de 25 % de la prise d'antibiotiques,
- de 30% à 70% des hospitalisations pour pneumonie ou grippe (personnes âgées vivant en milieu ouvert),
- de 50% à 60% des hospitalisations pour pneumonie ou grippe (personnes âgées vivant en milieu fermé),
- de 80% des décès chez les personnes à risque (en milieu fermé),
- de 32% à 45 % de l'absentéisme au travail chez les adultes. (ACIP, 2002 ; MMWR, 2002).

La recommandation faite par un professionnel de la santé joue souvent un rôle primordial dans la décision de se faire vacciner ou non (CCNI, 2002).

La campagne de vaccination débute le 1^{er} novembre 2002. Les groupes ciblés sont les mêmes qu'en 2001.

Inscrivez-vous comme médecin vaccinateur auprès de Madame Gisèle Oceau, (514) 528-2400, poste 3845

« Vade-mecum » du succès

La période intensive de vaccination à chaque automne nécessite beaucoup d'énergie que ce soit dans vos cabinets de pratique, vos cliniques externes, vos centres pour personnes âgées, vos cliniques de santé au travail, ou que ce soit en milieu hospitalier. Les efforts fournis par tous d'année en année nous rapprochent des objectifs visés. Cependant, la population vieillit, les maladies chroniques augmentent avec l'âge, la composition du

vaccin change à chaque année, la période de temps pour la vaccination (de la disponibilité du vaccin à l'arrivée de la saison grippale) est courte. Seules une bonne préparation et une meilleure organisation permettront de rejoindre un plus grand nombre de personnes à risque avant l'arrivée de la saison grippale (qui commence habituellement à la mi-décembre).

Les interventions permettant d'accroître la vaccination ont été recensées dans différents écrits (CDC, 1999, MMWR, June 18; Monto et Thacter, 1999; Gyorkos T.W. et al, 1994). Le tableau suivant présente les stratégies recommandées (R) et fortement recommandées (FR) regroupées en trois champs d'actions.

Stratégies de vaccination reconnues comme efficaces

Interventions visant à augmenter la demande pour l'immunisation

- Interventions à multiples composantes qui incluent l'éducation s'adressant à la population à vacciner (ex.: information aux patients et aux vaccinateurs, dépliants et affiches) (FR).
- Système de rappel aux patients ou aide mémoire (ex.: téléphone, lettre, carte postale) (FR).

Interventions améliorant l'accessibilité aux services de vaccination

- Réduction des coûts (ex.: vaccination gratuite pour les groupes cibles du MSSS) (FR).
- Extension de l'accessibilité à la vaccination (ex.: ajout d'heures de cliniques, offrir la vaccination aux moments les plus pratiques pour les patients et le personnel soignant, diminuer les barrières administratives) (FR).
- Vaccination offerte dans le cadre d'autres interventions (ex.: lors d'une visite sur rendez-vous, sans rendez-vous ou en cliniques externes) (R).
- Visites à domicile (R).

Interventions ciblant les vaccinateurs

- Rappel aux vaccinateurs (ex.: auto-collant au dossier du patient, liste informatisée) (FR).
- Délégation de l'acte vaccinal (FR).
- Nommer une personne responsable de l'organisation de la vaccination (R).

Le médecin a un rôle à jouer

Tableau 1. Recommandations générales pour la vaccination contre l'influenza

- Informer et recommander la vaccination à chaque personne des groupes ciblés, tout au cours de l'année.
- Identifier, tout au cours de l'année, tous les patients éligibles à la vaccination, identifier leur dossier et établir une liste de rappel annuel et automatique.
- Utiliser le matériel promotionnel comme des affiches et dépliants pour sensibiliser les personnes à risque.
- À chaque automne, profiter de la visite de vos patients pour leur offrir, sur place, le vaccin (s'il n'y a pas de contre-indication).
- Organiser des cliniques spéciales de vaccination à chaque automne.
- Effectuer des relances pour la vaccination (ex. : téléphone ou envoi postal).
- Accroître l'accessibilité à la vaccination en :
 - prolongeant les plages horaires;
 - augmentant le nombre de cliniques de vaccination;
 - ciblant différents endroits stratégiques où l'on pourrait rejoindre la population à risque.
- Avoir les vaccins disponibles sur place (à proximité dans la salle d'examen tout en maintenant la chaîne de froid).
- Nommer un coordonnateur pour les cliniques de vaccination de masse.

Un sondage Léger & Léger a révélé que 40% des personnes avaient choisi de se faire vacciner suite à la recommandation faite par un médecin.

Les recommandations des experts du Comité consultatif national sur l'immunisation (CCNI) stipulent que « les travailleurs de la santé et leurs employeurs ont le devoir de promouvoir activement et de mettre en œuvre les recommandations relatives à l'immunisation antigrippale afin de réduire le risque d'infection et de complications dans les populations vulnérables dont ils s'occupent; ils doivent également eux-mêmes s'y conformer » (CCNI 2002).

Le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique préconise aussi que les médecins fassent la promotion active de la vaccination auprès des groupes à haut risque.

Le tableau 1 présente des recommandations générales et le tableau 2, page suivante, distribue par lieu de pratique, certaines interventions basées sur des stratégies de vaccination reconnues comme efficaces. Elles sont la clef du succès. Puisque les obstacles à la vaccination diffèrent d'un milieu à l'autre, d'autres interventions peuvent s'avérer également nécessaires.

Tableau 2. Recommandations spécifiques selon les lieux de pratique pour la vaccination contre l'influenza

Visites sans- rendez-vous :

Actuellement environ 30% des Montréalais n'ont pas de médecin de famille. Si leur état de santé se déséquilibre, le plus souvent ces personnes consultent sans rendez-vous. Cette visite est peut-être la seule occasion de leur offrir la vaccination.

- À chaque automne, prendre l'habitude de recommander et d'offrir la vaccination aux patients à risque à la fin de chaque consultation, s'il n'y a pas de contre-indication.
- Envisager la possibilité d'avoir une infirmière qui peut vacciner sur place durant les heures de sans rendez-vous.
- En plus des cliniques de sans rendez-vous habituelles, organiser à l'automne des cliniques spécifiques de vaccination contre l'influenza.

Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)

- Le CMDP peut et devrait déléguer aux infirmières l'acte de vacciner contre l'influenza et contre le pneumocoque.
- Offrir la vaccination aux patients à risque qui consultent à la clinique externe et à l'urgence.
- Offrir la vaccination aux patients à risque hospitalisés.
- Offrir la vaccination aux patients à risque hospitalisés qui reçoivent leur congé.
- Organiser chaque automne, sur place, des cliniques de vaccination pour tout le personnel soignant.

Centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD)

- Le CMDP peut et devrait déléguer l'acte de vacciner contre l'influenza.
- Demander un consentement à cette vaccination annuelle dès l'admission des résidents.
- Offrir la vaccination à tous les bénéficiaires à tous les mois de novembre.
- Offrir la vaccination à tout nouveau résident non vacciné, dès son arrivée, même si la saison grip-pale est commencée.
- Organiser chaque automne des cliniques de vaccination pour tout le personnel soignant.
- Se donner pour objectif de couverture vaccinale:
80% chez les résidents
60% chez le personnel
afin de réussir à prévenir les éclosions. *(voir ci-bas)

*** Prévenir les éclosions en milieu fermé**

- Viser un taux élevé de vaccination.
- Avoir en sa possession le guide de prévention des éclosions d'influenza en milieu fermé (vous pouvez vous procurer ce guide à la DSP 528-2400, poste 3831).
- Mettre en place un système de surveillance des syndromes d'allure grippale (SAG).
- Nommer une personne responsable de la surveillance et de la centralisation des données.
- Pouvoir identifier rapidement une éclosion (avoir ce qu'il faut pour des prélèvements et une entente avec un laboratoire pouvant identifier rapidement l'influenza).
- S'assurer d'avoir un résultat de créatinine datant de moins d'un an au dossier du résident (pour pouvoir offrir rapidement de l'amantadine au besoin).
- Avoir une prescription d'amantadine au dossier des résidents en prévision d'une éclosion d'influenza.
- Conseiller aux visiteurs de reporter leur visite s'ils ont des symptômes d'allure grippale.

Pensez aussi au vaccin contre le pneumocoque

- Profiter de la campagne de vaccination contre l'influenza pour vacciner contre le pneumocoque les personnes éligibles qui n'ont pas encore reçu ce vaccin.
- Le vaccin contre le pneumocoque est généralement administré une seule fois au cours de la vie contrairement au vaccin contre l'influenza qui est administré à chaque année.
- Enregistrez la vaccination auprès de la DSP en utilisant le bordereau spécifique fourni avec ce vaccin (sauf CLSC).

N'oubliez pas que

Votre savoir sur la vaccination contre l'influenza jumelé au poids de vos recommandations peuvent convaincre vos patients à risque ou leurs contacts. Nous sollicitons donc votre collaboration pour :

- Offrir la vaccination à chaque patient visé par le programme de gratuité.
- Lui rappeler les bienfaits de la vaccination.
- L'éclairer sur les mythes qu'il entretient peut-être face à l'influenza et à la vaccination.
- Soupeser avec lui le pour et le contre d'une vaccination en 2002 et porter une attention spéciale à un syndrome oculo-respiratoire (SOR) antérieur.
- Offrir ou recommander aussi la vaccination aux personnes appartenant aux autres groupes cibles de ce programme gratuit :
- les personnes de 60 ans et plus, sans égard à leur état de santé;
- aux soignants des patients à risque et aux contacts domiciliaires des personnes atteintes d'une maladie chronique. S'ils accompagnent leurs proches lors de la visite, profitez de leur présence pour les vacciner ou leur donner un rendez-vous.
- Référer vos patients à d'autres vaccinateurs (CLSC ou autres cliniques) si vous ne vaccinez pas vous-mêmes.

Tableau 3. Taux de décès par 100 000 personnes par catégorie de maladies chroniques durant une épidémie de grippe

Catégorie de maladies	Taux de décès par 100 000 personnes
Adulte en santé	2
Maladie cardio-vasculaire	104
Maladie pulmonaire	240
Maladie cardio-vasculaire et diabète	481
Maladie cardio-vasculaire et pulmonaire	870

Tiré du supplément de l'Actualité médicale, 26 janvier 2000, Dr. G.Boivin

L'influenza en 11 questions

Q.1 Doit-on vacciner des patients après le mois de décembre ?

R. Oui, surtout si l'influenza n'est pas encore parvenu dans la communauté.

L'idéal est de vacciner avant la saison grippale, donc en octobre, novembre et décembre. Deux semaines sont nécessaires à la production d'un titre approprié d'anticorps protecteurs. Cependant, il n'est jamais trop tard pour protéger une personne à risque, même si la saison est en cours. On peut suivre l'activité grippale sur le site Internet de la Santé publique pour vérifier si la vaccination présente encore des avantages après le mois de janvier.

Q.2 Le vaccin actuel contre l'influenza peut-il causer la grippe ?

R. Non. Le vaccin contient 3 souches de virus inactivés (virus tués et fragmentés). Le vaccin ne peut donc pas donner la grippe.

Q.3 Est-ce possible de faire un syndrome d'allure grippale (SAG) post-vaccination ?

R. Outre l'influenza, plusieurs agents infectieux circulent à l'automne et en saison grippale et peuvent infecter les voies respiratoires (ex.: virus respiratoire syncytial, parainfluenza, adénovirus, mycoplasma...) causant des symptômes pouvant être à tort attribués au virus de l'influenza ou au vaccin. Il est possible que même vaccinée une personne fasse une influenza, si la souche n'est pas incluse dans le vaccin ou si la personne n'a pas développé une immunité suffisante. Dans ce dernier cas, les symptômes sont cependant généralement moins sévères.

Q.4 Doit-on vacciner une femme enceinte parce qu'elle habite avec une personne atteinte d'une maladie chronique ?

R. Au Canada, la seule indication claire de vacciner une femme enceinte (à n'importe quel stade de la grossesse) est lorsque cette femme fait partie elle-même d'un groupe à risque de complications de l'influenza.

Q.5 Doit-on vacciner les visiteurs réguliers des personnes vivant en CHSLD ?

R. Oui, il faut leur offrir la vaccination en leur expliquant le bien-fondé de celle-ci et que le vaccin est gratuit pour eux. Tout comme le personnel soignant, les visiteurs des personnes en institution sont susceptibles de leur transmettre l'influenza. Ils font donc partie des groupes cibles de vaccination gratuite.

Q.6 Un patient avec une insuffisance cardiaque compensée consulte pour une IVRS légère. Peut-on le vacciner malgré son IVRS ?

R. Oui. Une maladie bénigne, telle qu'une légère infection des voies respiratoires supérieures, ne justifie pas de reporter la vaccination.

On doit reporter la vaccination en présence de maladies fébriles aiguës, afin que les effets secondaires du vaccin ne s'ajoutent pas à la maladie sous-jacente ou que l'on ne prenne, de façon erronée, un symptôme de la maladie sous-jacente pour un effet de la vaccination. Les contre-indications à la vaccination sont l'allergie de type anaphylactique aux oeufs ou au vaccin lors d'une vaccination antérieure.

Il serait prudent d'éviter de revacciner une personne ayant développé un syndrome de Guillain et Barré dans les 6 semaines suivant une vaccination antérieure contre l'influenza.

Q.7 Qu'est-ce que le SOR (syndrome oculo-respiratoire) ?

R. Au cours de la saison 2000-2001, on a signalé au Canada un nombre accru de manifestations cliniques associées à la vaccination contre l'influenza et caractérisées par une atteinte oculo-respiratoire. La définition retenue par les experts au Québec pour la saison dernière 2001-2002 était :

« La présence d'au moins un des symptômes suivants ayant débuté dans les 24 heures suivant la vaccination contre l'influenza : rougeur oculaire bilatérale ou symptômes respiratoires (toux, mal de gorge, difficulté à respirer, sifflement respiratoire ou serrement thoracique) ou oedème du visage. »

Dans la majorité des cas déclarés, il s'agissait de symptômes légers qui disparaissaient spontanément après quelques heures.

Q.8 Combien de cas liés au SOR ont été déclarés au Québec ?

R. Au Québec, en 2001-2002, 410 incidents ont été déclarés dont 60 pour la région de Montréal (sur 370 480 doses distribuées). En 2000-2001, le Québec enregistrait 650 cas dont 106 pour la région de Montréal (sur 372 260 doses distribuées dans la région). Quelques cas d'hospitalisation ont été signalés mais aucun décès n'a été relié au SOR.

Q.9 Quelle est la cause du SOR ?

R. En 2000, une des hypothèses émises pour expliquer le nombre accru de SOR était l'accumulation d'agrégats viraux observés dans le vaccin Fluviral S/F® de Shire, particulièrement avec la souche A/H3N2/Panama/99. Un agent de fragmentation différent a été utilisé en 2001 pour réduire la quantité d'agrégats. Ces interventions ont réduit la fréquence de survenue du SOR sans l'éliminer, pour atteindre un niveau tel que les 2 vaccins utilisés en 2001 avaient des niveaux comparables de survenue du SOR. Le SOR est survenu chez environ 5% des personnes vaccinées.

Une étude comparative des 2 vaccins a permis d'observer que la probabilité de survenue du SOR était 10 fois plus élevée chez les personnes ayant déjà fait un SOR, quel que soit le vaccin utilisé, par rapport à l'ensemble de la population. En général, les symptômes étaient de même intensité ou moindres.

Q.10 Comment évaluer l'intensité du SOR ?

R. L'évaluation de la gravité des symptômes du SOR se fonde sur la perception du sujet et du vaccinateur. Après avoir interrogé une personne au sujet de ses symptômes, le professionnel de la santé peut classer le SOR selon l'échelle de gravité suivante :

Léger = facilement toléré (symptômes présents mais pas de problème particulier et pas de changement notable dans les activités habituelles).

Moderé = interfère avec les activités quotidiennes (les symptômes ont été dérangement et ont amené un changement des activités habituelles ou une prise de médication).

Sévère = empêche les activités quotidiennes (a été incapable de travailler, de dormir, etc.).

Q.11 Quelle conduite tenir pour la vaccination après un SOR ?

R. Au moment de mettre ce bulletin sous presse, les recommandations du MSSS pour la prochaine saison (2002-2003) ne sont pas encore disponibles. Ces recommandations seront acheminées à tous les vaccinateurs de la région dès

que nous les recevrons. Les recommandations émises par Santé Canada sont disponibles dans le supplément du relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC) du 1^{er} septembre 2002.

Pour les indications générales, vous pouvez consulter le site internet de la santé publique de Montréal-Centre ou celui du MSSS pour accéder au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) traitant des vaccins contre l'influenza (chapitre 10). Quoi qu'il en soit, le consentement éclairé des sujets doit être obtenu pour tout type de vaccination. Dans le cas de la vaccination contre la grippe, le patient doit être informé sur le risque de complications dues à la grippe, les avantages de l'immunisation contre la grippe ainsi que les effets secondaires possibles dont le SOR. Le médecin ou le vaccinateur, devrait donner l'information sur le taux de récurrence du SOR aux personnes ayant déjà souffert de ce syndrome.

Il est recommandé de rapporter les effets secondaires suite à une vaccination contre la grippe sur le formulaire ESPRI qui est disponible sur le site web de la DSP en page 8 du document : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfppm/ppmmai01.pdf>.



Prévention en pratique médicale

Un bulletin de la Direction de santé publique de Montréal-Centre publié avec la collaboration de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal dans le cadre du programme Prévention en pratique médicale coordonné par le docteur Jean Cloutier.

Ce numéro est une réalisation de l'unité Maladies infectieuses.

Responsable de l'unité : D^r John Carsley

Rédactrice en chef : D^r Monique Letellier

Édition : Blaise Lefebvre

Infographie : Manon Girard

Rédacteurs : D^r Denise Beauséjour
Bakary Camara, M.Sc.

Collaborateurs : D^r Renée Paré
D^r David Dunn

1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400, télécopieur : (514) 528-2452

<http://www.santepub-mtl.qc.ca>
courriel: blefebvre@santepub-mtl.qc.ca

Dépôt légal - 4^e trimestre 2002
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN : 1481-3734

Numéro de convention : 40005583



Direction de santé publique



Indications¹ quant à la vaccination gratuite contre l'influenza et le pneumocoque

Mise à jour - Juillet 2002

Indications	Vaccin gratuit contre l'influenza (annuellement)	Vaccin gratuit contre le pneumocoque (une fois / vie)
EN FONCTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ		
Maladie cardiaque chronique assez sévère pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers Exemples : insuffisance cardiaque, cardiomyopathie	Oui	Oui
Maladie pulmonaire chronique assez sévère pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers Exemples : maladie pulmonaire obstructive chronique, emphysème, dysplasie bronchopulmonaire, fibrose kystique, asthme	Oui	Oui, à l'exception de l'asthme ²
Néphropathie chronique Exemples : insuffisance rénale chronique, syndrome néphrotique	Oui	Oui
Diabète ou autre maladie métabolique	Oui	Oui
Affection associée à l'immunosuppression Exemples : leucémie, lymphome, maladie de Hodgkin, myélome multiple, néoplasie généralisée, traitement immunosuppresseur ³ , greffe d'organe ou de moelle osseuse ³	Oui	Oui
Cancer	Oui	Oui
Infection à VIH (symptomatique ou non)⁶	Oui ⁴	Oui
Anémie ou hémoglobinopathie	Oui	Non, sauf anémie falciforme ⁵
Asplénie anatomique ou fonctionnelle^{5,6}	Oui	Oui
Maladie hépatique chronique⁶ Exemples : cirrhose, alcoolisme chronique	Oui	Oui
Écoulement chronique de liquide céphalorachidien	Non	Oui
Traitement prolongé à l'acide acétylsalicylique	Oui	Non ⁸
	<i>pour les jeunes âgés de 6 mois à 18 ans</i>	
Femmes enceintes	Oui, si présence d'une des conditions susmentionnées	Indiqué seulement si le risque le justifie ⁷
	<i>quel que soit le stade de la grossesse</i>	
EN FONCTION DE L'ÂGE		
Personnes de tout âge résidant dans des CHSLD	Oui	Non ⁸
Personnes âgées de 65 ans ou plus	Oui	Oui
Personnes âgées de 60 à 64 ans	Oui	Non ⁸
EN FONCTION DES CONTACTS		
Personnes qui ont de nombreux contacts avec des sujets à risque Exemples : personnel soignant, bénévoles	Oui	Non ⁸
Personnes qui habitent avec des sujets à risque particulièrement avec ceux confinés à leur domicile	Oui	Non ⁸

1. Le présent tableau a été adapté du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) pour faciliter la mise en œuvre d'une vaccination de masse. Ce tableau mentionne seulement les indications pour la vaccination gratuite contre l'influenza à partir de l'âge de 6 mois et contre le pneumocoque à partir de 2 ans. Voir le PIQ pour l'ensemble des indications.

2. L'asthme n'a pas été associé à un risque accru de pneumocoque invasive à moins d'être accompagné d'une bronchite chronique, d'un emphysème ou d'une corticothérapie systémique par voie orale (en comprimés) de longue durée.

3. Il est préférable de vacciner une personne entre 10 à 14 jours au moins avant le début d'un traitement immunosuppresseur.

4. Certains rapports laissent croire que les symptômes de la grippe persisteraient plus longtemps et que les risques de complications seraient plus grands chez certains sujets infectés par le VIH. Selon les résultats d'un essai randomisé, la charge virale n'augmente pas à la suite de la vaccination contre l'influenza.

5. Il est préférable de vacciner une personne entre 10 à 14 jours au moins avant une splénectomie, si applicable. Elle devrait également recevoir les vaccins contre le Hib et le méningocoque (voir le PIQ).

6. PIQ, pages 20 et 382.

7. L'innocuité de ces vaccins pendant le premier trimestre de la grossesse n'a pas été évaluée ; cependant, ces vaccins étant inactivés, le risque est considéré comme négligeable. Ne vacciner une personne qu'en cas d'indication claire.

8. À moins de présenter une des autres conditions susmentionnées pour lesquelles le vaccin est indiqué.

Contre-indications (•) et précautions (-)

Vaccin contre l'influenza

- Maladie fébrile aiguë
- Allergie de type anaphylactique à l'une ou l'autre des composantes du vaccin, **incluant les œufs**
 - Il serait prudent d'éviter de revacciner une personne ayant développé un syndrome de Guillain et Barré dans les six semaines suivant une vaccination antérieure contre l'influenza.
 - En cas de SOR antérieur se référer au PIQ, chapitre 10 (recommandations 2002).

Vaccin contre le pneumocoque

- Maladie fébrile aiguë
- Allergie de type anaphylactique à l'une ou l'autre des composantes du vaccin
 - Dans le cas où une revaccination est indiquée (voir le Protocole d'immunisation du Québec), il est important de respecter un intervalle minimal afin de réduire les risques d'effets secondaires.
 - Ne revacciner qu'une seule fois.
 - Une prescription médicale individuelle est requise pour la vaccination des personnes séropositives au VIH avec les vaccins «23-valents».

Calendrier d'immunisation, posologie et voie d'administration

L'information contenue dans le tableau suivant concerne les vaccins distribués par BioChem Pharma – Shire Biologics (Fluviral S/F®) et par Aventis Pasteur (VAXIGRIP®).

Groupe d'âge	Dose	Nombre de doses	Voie d'administration ⁽¹⁾
6 à 35 mois ⁽²⁾	0,25 mL	1 ou 2 ⁽³⁾	IM
3 à 8 ans	0,5 mL	1 ou 2 ⁽³⁾	IM
9 ans ou plus	0,5 mL	1	IM

Répéter annuellement si l'indication demeure.

⁽¹⁾ Utiliser le muscle deltoïde pour vacciner les adultes et les enfants plus âgés, le muscle vaste externe pour les jeunes enfants et les nourrissons. Dans le contexte de l'immunisation, le muscle dorsofessier est réservé à l'injection des immunoglobulines; pour plusieurs vaccins, ce site est moins immunogène.

⁽²⁾ Les vaccins actuels contre l'influenza ne sont pas recommandés pour les enfants de moins de 6 mois car ils sont peu immunogènes avant cet âge.

⁽³⁾ Chez les enfants de moins de 9 ans qui n'ont jamais reçu de vaccin contre la grippe, administrer deux doses à quatre semaines d'intervalle. Toutefois, la seconde dose est inutile si un enfant a reçu au moins 1 dose du vaccin au cours d'une saison grippale antérieure.

Composition du vaccin pour la saison 2002-2003

Dans l'hémisphère Nord, le vaccin contiendra les souches suivantes (ou des souches apparentées) à :

- A/New Caledonia/20/99 (H1N1);
- A /Moscow/10/99 (H3N2);
(A/H3N2/Panama/2007/99 est la souche apparentée utilisée),
- B /Hong-Kong/330/2001;
(B/Shangdong/7/97 est la souche apparentée utilisée).

Pour la troisième année consécutive, les deux souches A sont les mêmes, seule la souche B est modifiée.

Quelques références sur Internet

- www.santepub-mtl.qc.ca
(voir « Maladies infectieuses » / « Info-Grippe » et « Vaccination/PIQ »)
- www.msss.gouv.qc.ca/f/sujets/index.htm
- www.hc-sc.gc.ca/flash/grippe
- www.cdc.gov/ncidod/diseases/flu/fluavirus.htm
- www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc/02vol28/28sup/dcc6.html
et [02vol28/28sup/dcc5.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc/02vol28/28sup/dcc5.html) (recommandations 2002-2003)
- <http://oms2.b3e.jussieu.fr/flunet/>
- www.who.int/emc/diseases/flu
- www.influenza.cpha.ca

Bilan de la campagne de vaccination 2001-2002

En 2001-2002, à Montréal-Centre, 370 480 doses de vaccin ont été distribuées dans 874 points de vaccination de la région. Selon les données retournées par 92 % des vaccinateurs, plus de 279 400 doses ont été administrées dont 58,8% (162 000 doses) l'ont été dans des cliniques et bureaux médicaux.

En milieu ouvert :

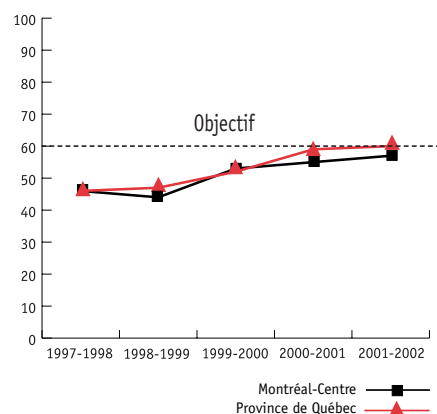
La proportion de personnes vaccinées en milieu ouvert est estimée à :

- 57 % pour les 65 ans et plus (nb = 147,250);
- 47 % pour les 60-64 ans (nb = 38,740);
- 29 % pour les moins de 60 ans ayant une maladie chronique (nb = 44,220);

En milieu fermé :

Bien qu'on estime qu'en moyenne 80 % des résidents vivant en milieu fermé ont été vaccinés, il n'en demeure pas moins que 38% des CHSLD de la région ont vacciné moins de 80% de leur clientèle. De plus, on estime que seulement 25 % des travailleurs en CHSLD ont reçu le vaccin contre l'influenza alors que l'objectif est d'en vacciner 60% afin de diminuer le risque d'écllosion.

Couverture vaccinale contre l'influenza des personnes âgées de 65 ans et plus (milieu ouvert)



Proportion de personnes vaccinées à Montréal-Centre selon les groupes cibles et les objectifs visés pour les saisons 2000-2001 et 2001-2002 (estimation*)

En milieu ouvert

Groupes cibles	% de la population rejointe		Objectifs visés %	Population cible (nombre)
	2000-2001	2001-2002		
65 ans et plus	54,7%	57%	60%	(276 988)
60-64 ans	42,7%	47%	55%	(82 567)
<60 ans				
Malades chroniques (incluant les enfants)	26%	29%	50%	(155 195)
Population totale (estimée) à rejoindre				(514 750)

* Estimation de la couverture vaccinale contre l'influenza pour Montréal-Centre. Cette estimation est faite à partir des données que nous retournent les vaccinateurs de la région et du nombre estimé de malades chroniques fourni par le MSSS.