

Document de principes

Des stratégies potentielles pour améliorer les taux de vaccination infantile au Canada

Joan L. Robinson

Société canadienne de pédiatrie, comité des maladies infectieuses et d'immunisation, Ottawa (Ontario)

Correspondance : Société canadienne de pédiatrie, 100-2305, boul. St. Laurent, Ottawa (Ontario) K1G 4J8

Courriel : info@cps.ca; site Web : www.cps.ca

Les documents de principes et points de pratique de la Société canadienne de pédiatrie sont révisés régulièrement et modifiés au besoin. Consultez la page www.cps.ca/fr/documents du site Web de la SCP pour en obtenir la version la plus à jour. Les documents obsolètes sont retirés du site.

Résumé

Les taux de vaccination sont sous-optimaux au Canada. Certains pays utilisent des stratégies comme des preuves de vaccination obligatoires pour entrer à la garderie ou à l'école et des incitations financières. D'autres stratégies pourraient fonctionner dans le contexte canadien, telles que la remise, à l'entrée à l'école, d'un dossier de tous les vaccins administrés, la création de registres de vaccination provinciaux ou territoriaux, l'information aux parents et aux enfants d'âge scolaire au sujet des maladies évitables par la vaccination et l'adoption de mesures afin que les parents puissent s'assurer plus facilement de la vaccination complète de leurs enfants.

Mots-clés : *Immunization; Immunization mandate; Immunization programs*

Dans une perspective démographique, les vaccins systématiques pour enfants au Canada ont des bienfaits immenses pour la santé par rapport à leurs effets secondaires potentiels (1). Pourtant, de nombreux enfants sont sous-vaccinés. Parmi les raisons courantes pour expliquer ce phénomène, soulignons le simple oubli par les parents à l'égard de l'administration d'un vaccin à leur enfant, la difficulté de se rendre à une clinique pendant les heures d'ouverture, le scepticisme envers le danger que représentent les maladies évitables par la vaccination, la conviction que les enfants sont « trop jeunes » pour recevoir certains vaccins (ou qu'ils en reçoivent trop ou qu'ils doivent développer leur « immunité naturelle ») et, enfin, la méfiance envers la crédibilité des professionnels de la santé ou envers l'innocuité et l'efficacité des vaccins (2).

Des éclosons de rougeole ont eu lieu récemment, et le public prend de plus en plus conscience de la propagation inévitable de la rougeole à moins qu'environ 95 % de la population générale soit immunisée. C'est pourquoi certains manifestent de l'intérêt envers l'adoption d'exigences vaccinales pour l'entrée à l'école afin d'accroître la couverture vaccinale et de

prévenir la propagation de maladies évitables par la vaccination. En Ontario, au Nouveau-Brunswick, aux États-Unis et en Australie, les enfants sont tenus d'être entièrement vaccinés pour pouvoir commencer l'école.

On peut seulement estimer les taux de couverture vaccinale au Canada, car les registres régionaux sont relativement récents et de nombreux dispensateurs de soins peuvent administrer les vaccins. Au tableau 1 est présentée la couverture par les vaccins recommandés en fonction de l'âge, d'après le contenu des sites Web des provinces et des territoires en janvier 2018 (3–17). Ces pourcentages ne sont pas toujours directement comparables, parce que les modes de collecte de données varient beaucoup. Ainsi, toute analyse formelle est impossible. Cependant, en Ontario et au Nouveau-Brunswick, les deux provinces disposant d'exigences vaccinales pour l'entrée à l'école, les taux de couverture semblent semblables à ceux des autres régions sociosanitaires. La couverture générale au Canada semble également analogue aux taux relevés aux États-Unis en 2016. En effet, dans ce pays, 70 % des enfants de 19 à 35 mois avaient

un dossier de vaccination complètement à jour en fonction de leur âge, 94 % avaient reçu au moins trois doses du vaccin contre la diphtérie, la coqueluche acellulaire et le tétanos (DCaT) et 91 %, au moins une dose des vaccins contre la varicelle, la rougeole, la rubéole et les oreillons (18), alors que 88 % des adolescents avaient reçu au moins une dose du vaccin DCaT après l'âge de dix ans, 83 %, le vaccin contre le méningocoque et 50 %, toutes les doses du vaccin contre le virus du papillome humain (les filles seulement) (19). La couverture semble toutefois beaucoup plus élevée en Australie, où 94 % des nourrissons de 12 mois, 91 % des enfants de 24 mois et 94 % de ceux de cinq ans avaient un dossier de vaccination à jour en fonction de leur âge en 2017 (20).

Puisque de nombreux parents trouvent la décision de vacciner complexe, il est nécessaire d'évaluer attentivement et de mettre en œuvre de nouvelles stratégies de vaccination au Canada. L'adoption d'exigences vaccinales pour l'entrée à l'école comporte un désavantage : même les parents qui sont en faveur de la vaccination peuvent considérer cette approche comme une ingérence dans leur droit de choisir ce qu'ils considèrent le mieux pour leur enfant. Les exigences vaccinales pour l'entrée à l'école peuvent donc involontairement alimenter les campagnes anti-vaccination par des objections axées sur les droits individuels, tant dans les médias imprimés que dans les médias sociaux. On peut anticiper ce problème en autorisant les exemptions non médicales, mais selon de récentes analyses, ces demandes sont à la hausse tant aux États-Unis (21) qu'en Ontario (22), ce qui freine l'intérêt de revoir les exigences vaccinales pour l'entrée à l'école. Aux États-Unis, ces exigences ont accru substantiellement la couverture vaccinale (23) lors de leur entrée en vigueur, mais elles ont été adoptées il y a plusieurs décennies, à une époque où les responsabilités sociales l'emportaient encore sur les droits individuels. Cet équilibre n'existe peut-être plus dans le Canada d'aujourd'hui. D'après une récente analyse systématique, les études qui appuyaient les exigences vaccinales pour l'entrée à l'école provenaient surtout de régions où les taux de vaccination de base étaient relativement faibles (24). De plus, la publicité négative entourant cette obligation peut inciter des parents qui auraient autrement fait vacciner leurs enfants aux moments voulus à retarder la vaccination jusqu'à l'entrée de leurs enfants à l'école. Selon certaines données probantes, ces reports sont plus fréquents aux États-Unis (25). Puisque de nombreuses infections évitables par la vaccination sont plus graves chez les jeunes enfants, cette tendance est inquiétante. Les parents peuvent également « contourner » cette obligation en faisant l'école à la maison à leurs enfants. Par ailleurs, des ressources financières et législatives importantes doivent être mobilisées pour assurer le respect des exigences vaccinales pour l'entrée à l'école.

L'Australie a instauré des incitations financières afin d'encourager les parents à faire vacciner leurs enfants, et les parents ne reçoivent pas de prestations en cas d'exemption non

médicale (26). Ces programmes et leurs résultats n'ont pas fait l'objet d'études. De telles incitations financières seraient difficiles à adopter au Canada. En effet, à cause de la panoplie de registres, il serait compliqué de vérifier l'état vaccinal de chaque enfant.

Les politiques canadiennes en matière de santé doivent viser à garantir que les parents fassent vacciner leurs enfants pour des raisons positives, soit assurer une protection contre des maladies et réduire les risques, plutôt que pour éviter les répercussions légales liées à la non-vaccination (27).

RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER LA COUVERTURE VACCINALE

Puisque très peu d'études reflètent le contexte canadien, les recommandations suivantes reposent largement sur des avis d'experts.

1. Les provinces et les territoires devraient être tenus de créer des registres de vaccination électroniques et de permettre aux dispensateurs de soins d'accéder facilement au dossier en ligne de tous les enfants. Des bases de données consultables à jour amélioreraient la collecte et le suivi des données.
2. Les parents devraient être avisés automatiquement lorsque leur enfant est en retard pour recevoir un vaccin. Des messages textes suivis d'un courriel sont probablement les meilleurs modes de rappel aux jeunes parents qui ont tendance à changer souvent d'adresse postale. Des registres en ligne et des dossiers de vaccination transférables contribueraient à accélérer ce processus.
3. Les cliniques de santé publique et tous les vaccinateurs devraient promouvoir l'application CANimmunize (www.canimmunize.ca/fr) pour aider les parents à suivre les calendriers d'administration des vaccins.
4. Les heures d'ouverture et le lieu des cliniques et des centres de santé devraient être pratiques pour les parents sur le marché du travail. Dans chaque localité, il devrait y avoir au moins une clinique sans rendez-vous qui, certains jours, offrirait la vaccination. En cas de rendez-vous, le processus devrait être simple et adapté aux langues maternelles de la clientèle. Le temps d'attente entre le moment de la demande et le rendez-vous ne devrait pas dépasser deux semaines. Dans les régions où ce sont les médecins qui administrent généralement les vaccins, les cliniques de médecine familiale sans rendez-vous devraient être tenues d'administrer tous les vaccins systématiques.
5. À l'entrée à l'école, la remise d'un dossier de tous les vaccins administrés devrait être obligatoire. Lors des éclosions, ces dossiers sont inestimables pour les autorités de santé publique.
6. Pour rendre service aux enfants dont les parents ne respectent pas le calendrier de vaccination, mais ne sont pas opposés à l'administration des vaccins, un programme de

Tableau 1. Sommaire des taux de vaccination au Canada, d'après les sites Web provinciaux et territoriaux (données consultées en janvier 2018)

Province ou territoire (référence)	2 ans : DCaT-VPI- Hib, Pneu, Men, RRO ^a	4 à 7 ans : DCaT- VPI, RRO ^a	4 à 7 ans : à jour pour tous les vaccins	4 à 7 ans : à jour pour tous les vaccins	VPH (toutes les doses—filles)	HB (toutes les doses)	Dose de rappel DCaT/dT pour les adolescents
Régions sociosanitaires sans exigences vaccinales pour l'entrée à l'école							
Terre-Neuve-et-Labrador 2014–2015 (3)	96 % à 98 %	95 %	–	89 %	93 %	94 %	–
Nouvelle-Écosse 2015–2016 (4)	–	–	–	81 %	77 %	94 %	–
Île-du-Prince-Édouard 2016–2017 (5,6)	–	–	–	–	–	–	–
Québec 2010–2011 (7)	89 % à 95 %	–	–	67 % à 96 % dans diverses écoles	–	–	–
Manitoba 2014 (9)	70 % à 88 %	67 % à 92 %	62 %	58 %	71 % (âge de 11 ans)	55 % (DT); 52 % (coqueluche)	–
Saskatchewan 2016 (10)	77 % à 88 %	76 % à 90 %	–	78 % ^b	71 % ^b	71 % ^b	–
Alberta 2016 (11)	77 % à 89 %	79 % à 80 %	–	65 %	66 %	82 %	–
Colombie-Britannique 2016 ou 2017 (12) ^c	78 % à 87 %	76 % à 95 %	68 %	67 %	93 %	81 %	–
Territoires du Nord-Ouest 2010 (13)	76 % à 89 %	–	–	–	–	–	–
Yukon 2011 (14)	61 % à 82 %	–	–	50 %	80 % (âge de 2 ans)	–	–
Nunavut 2013 ^d	61 % à 78 %	46 % à 73 %	–	53 %	43 % (âge de 7 ans)	36 %	–
Régions sociosanitaires dotées d'exigences vaccinales pour l'entrée à l'école							
Nouveau-Brunswick 2015–2016 (16)	–	81 % à 91 %	78 % ^e	75 %	–	83 %	–
Ontario 2015–2016 (17)	–	84 % à 96 %	–	61 %	70 %	72 % (DT); 65 % (coqueluche)	–

DCaT/dT vaccin contre la diphtérie, la coqueluche acellulaire et le tétanos/la diphtérie (dose réduite d'anatoxine) et le tétanos; DCaT-VPI-Hib vaccin contre la diphtérie, la coqueluche acellulaire, le tétanos, le virus de la poliomyélite inactivé et l'Haemophilus influenzae de type b; DT vaccin contre la diphtérie et le tétanos; HB vaccin contre l'hépatite B; Men vaccin contre le méningocoque; Pneu vaccin contre le pneumocoque; RRO vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons; VPH vaccin contre le virus du papillome humain

^a Fourchette des taux de couverture vaccinale à jour

^b À l'âge de 17 ans

^c Exclut les données de l'Autorité sanitaire de la côte de Vancouver

^d Ces données sont tirées de l'Enquête nationale sur la couverture vaccinale des enfants de 2013 (<http://healthycanadians.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/immunization-coverage-children-2013-couverture-vaccinale-enfants/alt/icc-2013-cve-fra.pdf>). Puisque ces données représentent entièrement sur les comptes rendus des parents, elles sont vraisemblablement moins précises que celles des autres régions sociosanitaires

^e Plutôt que les véritables taux de couverture vaccinale, ces taux reflètent la couverture avérée à l'entrée à l'école (une diminution par rapport à 93 % en 2008–2009). On ne sait pas si les enfants dont les parents ne peuvent pas produire de dossier de vaccination sont considérés comme non vaccinés.

vaccination en milieu scolaire devrait être offert au moins une fois pendant l'année scolaire. Il faudrait prendre contact avec les parents de chaque enfant qui ne remet pas le formulaire d'autorisation. Les parents qui hésitent à faire vacciner leurs enfants devraient être orientés vers les ressources appropriées, idéalement sous forme de bref cours offert à l'école ou en ligne.

7. Les programmes d'enseignement canadiens devraient inclure de la matière sur les maladies évitables par la vaccination et les bienfaits des vaccins, afin que la prochaine génération de parents comprenne mieux les risques des maladies, les effets des vaccins et l'importance de l'immunité collective.

Il faudra réaliser d'autres recherches sur les résultats cliniques et l'efficacité de l'adoption d'exigences vaccinales pour l'entrée à la garderie ou à l'école, des programmes d'incitation financière et des autres stratégies visant à accroître la couverture vaccinale.

Remerciements

Le comité de la pédiatrie communautaire de la Société canadienne de pédiatrie et des représentants du Collège des médecins de famille du Canada ont révisé le présent document de principes.

Références

1. Orenstein WA, Seib K, Graham-Rowe D, Berkley S. Contemporary vaccine challenges: Improving global health one shot at a time. *Sci Transl Med* 2014; 6(253):253ps11.
2. MacDonald NE; Société canadienne de pédiatrie, comité des maladies infectieuses et d'immunisation. Les parents qui hésitent à faire vacciner leur enfant : une approche clinique. *Paediatr Child Health* 2013;18(5):268–70. www.cps.ca/fr/documents/position/les-parents-qui-hesitent-a-faire-vacciner-approche-clinique (consulté le 16 janvier 2018).
3. Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, ministère de la Santé et des Services communautaires, Communicable Disease Control System. Communicable Disease Report: Quarterly Report 2015–2016;32(4). www.health.gov.nl.ca/health/publichealth/cdc/pdf/CDR_Dec_2015_Vol_32.pdf (consulté le 16 janvier 2018).
4. Ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse. School-based Immunization Coverage in Nova Scotia: 2015–2016 (August 25, 2017). novascotia.ca/dhw/populationhealth/documents/School-Based-Immunization-Coverage-Nova-Scotia-2015-2016.pdf (consulté le 16 janvier 2018).
5. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. Santé Î.-P.-É. Rapport annuel 2016–2017. www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/sante_i-p-e_rapport_annuel_2016-2017.pdf (consulté le 23 janvier 2018).
6. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. Santé Î.-P.-É. La santé pour tous les insulaires : Promouvoir, prévenir protéger. Rapport du médecin hygiéniste en chef de l'Î.-P.-É., 2016. www.gov.pe.ca/photos/original/cpho_RptSum16FR.pdf (consulté le 16 janvier 2018).
7. Institut national de santé publique du Québec. Évaluation de l'implantation du Programme de vaccination contre les virus du papillome humain (VPH) chez les adolescentes du Québec. www.inspq.qc.ca/publications/1561 (consulté le 23 janvier 2018).
8. Institut national de santé publique du Québec, Centre d'expertise et de référence en santé publique. Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2014. www.inspq.qc.ca/publications/1973 (consulté le 26 octobre 2017).
9. Santé, Vie Saine et Aînés Manitoba. Public Health and Primary Health Care Division, Epidemiology and Surveillance. Manitoba Annual Immunization Surveillance Report: January 1 to December 31, 2014. www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/mims/docs/2014.pdf (consulté le 26 octobre 2017).
10. Gouvernement de la Saskatchewan. Immunization Services; Immunization Rates in Saskatchewan. www.saskatchewan.ca/residents/health/accessing-health-care-services/immunization-services#immunization-rates-in-saskatchewan (consulté le 23 janvier 2018).
11. Alberta Interactive Health Data Application. Childhood Coverage Rates. 2016. www.ahw.gov.ab.ca/IHDA_Retrieval/selectSubCategoryParameters.do (consulté le 16 janvier 2018).
12. B.C. Centre for Disease Control. Immunization Coverage. www.bccdc.ca/health-info/immunization-vaccines/immunization-coverage (consulté le 16 janvier 2018).
13. Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Rapport 2016 sur la mesure du rendement des services publics : Système de santé et des services sociaux des TNO. www.hss.gov.nt.ca/sites/hss/files/resources/public-performance-measures-report-2016-fr.pdf (consulté le 16 janvier 2018).
14. Yukon 2012 Health Status Report: Focus on Children and Youth. www.hss.gov.yk.ca/pdf/health_status_report_2012.pdf (consulté le 16 janvier 2018).
15. Agence de la santé publique du Canada. Couverture vaccinale des enfants au Canada : Résultats de l'enquête sur la couverture vaccinale nationale des enfants (ECVNE) de 2013. http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/aspc-phac/HP40-156-2016-fra.pdf (consulté le 26 octobre 2017).
16. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. Rapport sur l'immunisation dans les garderies, au moment de l'entrée à l'école et en milieu scolaire : Données sur l'année scolaire 2015–2016. www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/MaladiesTransmissibles/ProfessionnelsEnSantePublique/Rapport_immunisation_regionale_SP_2016.pdf (consulté le 16 janvier 2018).
17. Santé publique Ontario. Immunization coverage report for school pupils in Ontario 2013–14, 2014–15 and 2015–16 school years. www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Immunization_Coverage_Report_2013-16.pdf (consulté le 16 janvier 2018).
18. Hill HA, Elam-Evans LD, Yankey D, Singleton JA, Kang Y. Vaccination coverage among children aged 19–35 months—United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017;66(43):1171–7.
19. Walker TY, Elam-Evans LD, Singleton JA et coll. National, regional, and selected local area vaccination coverage among adolescents aged 13–17 years – United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017;66(33):874–82.
20. Australian Government, Department of Health. Immunise Australia Program. www.immunise.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/acircurr-data.htm (consulté le 16 janvier 2018).
21. Wang E, Clymer J, Davis-Hayes C, Buttenheim A. Nonmedical exemptions from school immunization requirements: A systematic review. *Am J Public Health* 2014;104(11):e62–84.
22. Wilson SE, Seo CY, Lim GH, Fediurek J, Crowcroft NS, Deeks SL. Trends in medical and nonmedical immunization exemptions to measles-containing vaccine in Ontario: An annual cross-sectional assessment of students from school years 2002/03 to 2012/13. *CMAJ Open* 2015;3(3):E317–23.
23. Lantos JD, Jackson MA, Opel DJ, Marcuse EK, Myers AL, Connelly BL. Controversies in vaccine mandates. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2010;40(3):38–58.
24. Lee C, Robinson JL. Systematic review of the effect of immunization mandates on uptake of routine childhood immunizations. *J Infect* 2016;72(6):659–66.
25. Salmon DA, Dudley MZ, Glanz JM, Omer SB. Vaccine hesitancy: Causes, consequences, and a call to action. *Am J Prev Med* 2015;49(6 Suppl 4):S391–8.
26. Hurst D. Parents who refuse to vaccinate children to be denied childcare rebates. www.theguardian.com/society/2015/apr/12/parents-who-refuse-to-vaccinate-children-to-be-denied-childcare-rebates-reports (consulté le 26 octobre 2017).
27. Salmon DA, MacIntyre CR, Omer SB. Making mandatory vaccination truly compulsory: Well intentioned but ill conceived. *Lancet Infect Dis* 2015;15(8):872–3.

COMITÉ DES MALADIES INFECTIEUSES ET D'IMMUNISATION DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE

Membres : Michelle Barton-Forbes MD; Natalie A. Bridger MD; Shalini Desai MD; Michael Forrester MD; Ruth Grimes MD (représentante du conseil); Charles Hui (membre sortant); Nicole Le Saux MD (présidente); Marina I. Salvadori MD (membre sortante); Otto G. Vanderkooi MD

Représentants : Upton D. Allen MBBS, Groupe de recherche canadien sur le sida chez les enfants; Tobey Audcent MD, Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages, Agence de la santé publique du Canada; Carrie Byington MD, comité des maladies infectieuses, American Academy of Pediatrics; Fahamia Koudra MD, Le Collège des médecins de famille du Canada; Rhonda Kropp B. Sc. inf., MHP, Agence de la santé publique du Canada; Marc Lebel MD, Programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT); Jane McDonald MD, Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada; Dorothy L. Moore MD, Comité consultatif national de l'immunisation

Conseillère : Noni E. MacDonald MD

Auteure principale : Joan L. Robinson MD