

Le refus de la vaccination et les oreillons

Scénario clinique

Une mère et sa fille de 5 ans vous consultent pour la première fois. La fillette souffre d'une infection bénigne des voies respiratoires supérieures et d'asthme. En faisant le bilan habituel, vous vous rendez compte que l'enfant d'âge préscolaire n'a reçu aucun vaccin. Vous savez qu'il s'est produit de petites flambées d'oreillons dans la province et, après avoir réglé le problème immédiat, vous recommandez le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. La mère refuse poliment mais fermement en disant que les vaccins vont à l'encontre de ses profondes convictions religieuses.

Contexte

Le Canada a officiellement éradiqué les oreillons depuis près de 20 ans, en 1998, mais nous continuons d'observer de petites flambées en raison de cas importés et de personnes vulnérables. Le nombre de cas d'oreillons par année a connu une hausse graduelle. En 2013, on a signalé 418 cas d'oreillons répartis en 18 flambées dans 5 provinces et territoires¹. Les taux d'incidence étaient les plus élevés chez les 5 à 14 ans et 5 % d'entre eux ont dû être hospitalisés¹. La plus importante flambée s'est produite dans une communauté religieuse non vaccinée².


Dans de nombreux projets de recherche, on a cherché à comprendre l'hésitation devant l'immunisation; les motivations varient de la complaisance aux convictions religieuses profondément ancrées en passant par le manque de confiance. Les lignes directrices les plus récentes à cet égard conseillent d'écouter les préoccupations des parents sans porter de jugement et d'établir la confiance. En essayant de comprendre les inquiétudes des parents et d'y répondre, nous pouvons souvent les « convaincre » de faire vacciner leurs enfants³. Que pouvons-nous faire si, après avoir suivi ces pratiques exemplaires, les parents ne montrent aucune réceptivité à la vaccination?

Données probantes

Durant une récente flambée dans une communauté religieuse en Colombie-Britannique, les travailleurs de la santé publique ont réussi à contenir l'écllosion en travaillant avec la collectivité et en cernant des valeurs communes, comme la nécessité de protéger les membres

vulnérables de la société et le désir de ne pas causer de tort. Il a été par la suite plus facile de restreindre la flambée grâce à une grande coopération de la communauté dans l'application de mesures de contrôle des infections, y compris l'interdiction de voyager³.

En définitive

Lorsque la prévention primaire ne fonctionne pas, il est indiqué d'adopter une stratégie de prévention secondaire pour minimiser les préjudices. Les médecins peuvent aider à limiter la propagation d'une flambée d'oreillons dans leur communauté en se servant de la stratégie en santé publique selon laquelle il faut établir la confiance, encourager le signalement sans délai et limiter la transmission. 

Références

- Sherrard L, Hiebert J, Squires S. La surveillance de la rougeole au Canada: Tendances 2014, *RMTC* 2015;41-7:181-194.
- Naus M, Puddicombe D, Murti M, Fung C, Stam R, Loadman S et coll. Écllosion de rougeole au sein d'une population non vaccinée, Colombie-Britannique, 2014, *RMTC* 2015 41-7:195-202.
- Naus M. Que savons-nous des mesures visant à améliorer la couverture vaccinale? *RMTC* 2015; 41-S3:6-11.

RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA

RMTC

Les faits saillants du RMTC font la synthèse des dernières données probantes sur les maladies transmissibles tirées de récents articles publiés dans le

Relevé des maladies transmissibles au Canada, une revue révisée par des pairs publiée en ligne par l'Agence de la santé publique du Canada. Ces faits saillants ont été rédigés par la D^{re} Patricia Huston, médecin de famille spécialisée en santé publique et rédactrice en chef du *Relevé des maladies transmissibles au Canada*.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the July 2015 issue on page 613.