



## Vigie – Interventions

**Vaccination contre la grippe.** Le 1<sup>er</sup> novembre marque le début de la campagne québécoise de vaccination contre la grippe. La campagne se poursuit au moins jusqu'au pic de l'activité grippale et se termine lorsque l'activité est à la baisse. Nous profitons de ce contexte pour diffuser les résultats de la campagne menée en 2012-2013 (campagne 2012). Les résultats portent sur les trois objets de la surveillance provinciale réalisée par le Bureau de surveillance et de vigie (BSV) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), soit la couverture vaccinale des travailleurs de la santé, la couverture vaccinale des personnes vivant en milieu d'hébergement ainsi que les manifestations cliniques inhabituelles survenant à la suite de la vaccination contre la grippe.

**Couverture vaccinale.** Les travailleurs de la santé et les résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) figurent parmi les groupes visés par le programme de vaccination contre la grippe. Dans les deux cas, l'objectif de couverture vaccinale fixé est de 80 %<sup>1</sup>. Les résultats présentés ci-après ont été obtenus à partir des données transmises par les directions régionales de santé publique (DRSP).

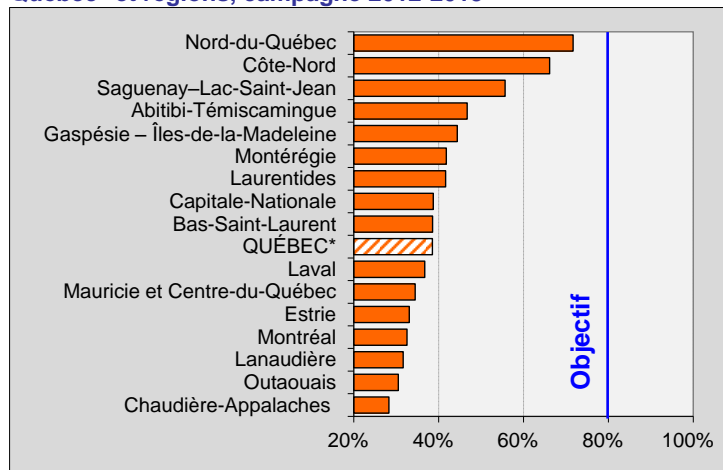
La couverture vaccinale d'autres groupes de population fait également l'objet d'un suivi par l'entremise d'enquêtes provinciales<sup>2-8</sup>. C'est le cas des jeunes enfants âgés de 6 à 23 mois, des malades chroniques de 18 ans ou plus et des adultes âgés de 50 ans ou plus vivant en ménage privé.

**Travailleurs de la santé.** Depuis la campagne 2006, la couverture vaccinale des travailleurs de la santé est estimée à partir des travailleurs de la santé inscrits sur la liste de paie des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Bien qu'imparfait et non exhaustif, ce groupe de travailleurs a été retenu car il constitue une cible facile à définir et un dénominateur commun aux régions. Cela permet donc une estimation plus standardisée et comparable de la couverture vaccinale.

Lors de la dernière saison grippale (2012), 62 % des travailleurs du réseau québécois de la santé appartenaient au groupe des travailleurs en CSSS. Cette proportion variait de 27 % à 100 % selon la région, et était supérieure à 90 % dans dix régions (données non présentées).

Au cours de la campagne 2012, environ 55 450 travailleurs en CSSS ont reçu le vaccin contre la grippe. Cela représente une couverture vaccinale de 39 %. Cette proportion varie de 28 % à 72 % selon la région (figure 1).

**Figure 1**  
Couverture vaccinale contre la grippe, travailleurs de la santé inscrits sur la liste de paie d'un CSSS, Québec\* et régions, campagne 2012-2013



Source : BSV à partir des données transmises par les DRSP (27 septembre 2013).

\* Les données du Québec ne comprennent pas celles des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

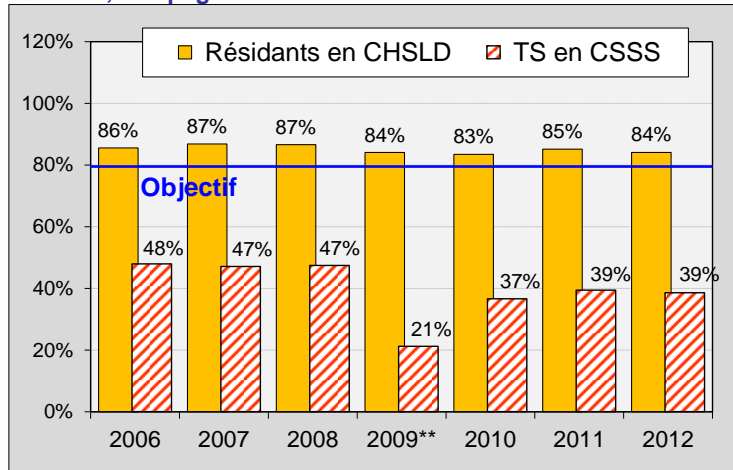
Par rapport à la campagne précédente (2011), la couverture vaccinale est demeurée stable. Toutefois, les données obtenues depuis 2006 tendent à démontrer que les couvertures vaccinales étaient plus élevées avant la pandémie de 2009. Ainsi, pour les campagnes 2006 à 2008, la couverture vaccinale moyenne s'élève à 47 % vs 38 % pour les campagnes 2010 à 2012. Dans tous les cas, ces couvertures vaccinales sont loin de l'objectif de 80 % (figure 2).

L'enquête québécoise réalisée au terme de la campagne 2011-2012 montre des résultats sensiblement comparables (couverture vaccinale estimée à 44 % pour les travailleurs de la santé âgés de 18 à 59 ans)<sup>8</sup>. Les données de l'enquête permettent en outre de faire des nuances intéressantes parmi les groupes de travailleurs. Ainsi, la couverture vaccinale des travailleurs de la santé en contact avec des patients est significativement plus élevée que celle des travailleurs n'ayant généralement pas de contacts avec les patients, soit 53 % vs 32 %. Les médecins, vaccinés dans une proportion de 82 %, constituent le groupe de travailleurs de la santé ayant la meilleure couverture vaccinale. Les infirmières constituent le deuxième groupe le plus vacciné (62 %), suivies des préposés aux bénéficiaires (50 %). Enfin, les gestionnaires, le personnel administratif et le personnel de soutien sont les moins enclins à recevoir le vaccin (32 %).

**Résidents des CHSLD.** Depuis la campagne 2006, la collecte des données vise les résidents des CHSLD du réseau québécois de la santé, soit les CHSLD publics et les CHSLD privés conventionnés. Selon les données de la campagne 2012, ces CHSLD comptaient près de 33 650 résidents, et 84 % d'entre eux avaient reçu le vaccin contre la grippe. Selon la région, la couverture vaccinale estimée varie de 82 à 100 %, et dépasse donc dans tous les cas l'objectif visé (figure 3).

De façon générale, les résultats des campagnes post-pandémie (campagnes 2010 à 2012) sont similaires à ceux des campagnes pré-pandémie (campagnes 2006 à 2008) (figure 2).

**Figure 2**  
**Couverture vaccinale contre la grippe, résidents des CHSLD (publics et privés conventionnés) et travailleurs de la santé (TS) en CSSS, Québec\*, campagnes 2006-2007 à 2012-2013**

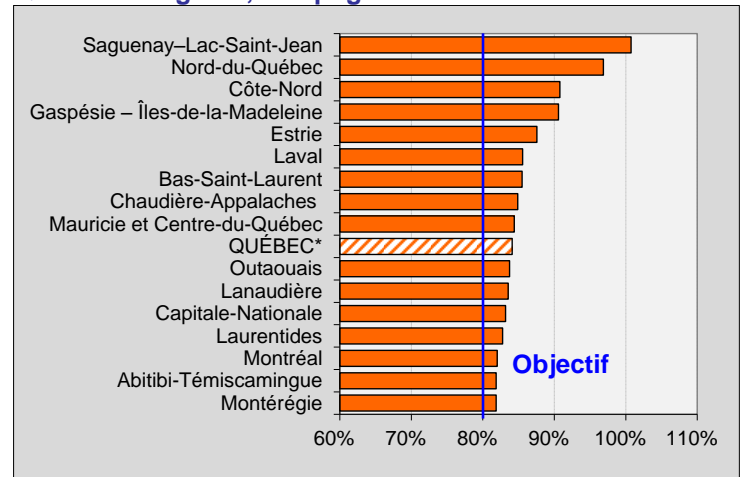


Source : BSV à partir des données transmises par les DRSP (27 septembre 2013).

\* Les données du Québec ne comprennent pas celles des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

\*\* La campagne 2009-2010 correspond à l'hiver 2010 compte tenu de la campagne de vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1) menée à l'automne 2009.

**Figure 3**  
**Couverture vaccinale contre la grippe, résidents des CHSLD (publics et privés conventionnés), Québec et régions, campagne 2012-2013**



Source : BSV à partir des données transmises par les DRSP (27 septembre 2013).

\* Les données du Québec ne comprennent pas celles des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

**Manifestations cliniques inhabituelles.** Les manifestations cliniques inhabituelles (MCI) sont des événements indésirables liés dans le temps à la vaccination, qu'ils aient été causés par le vaccin lui-même, par ses composants ou par la technique d'injection. Même si les MCI se produisent très rarement, elles sont surveillées de près par les autorités de santé publique dans le but de mieux protéger la santé de la population et d'assurer la qualité des produits immunisants.

Le fait de retenir un événement clinique comme étant une MCI signifie seulement qu'il s'est produit après la vaccination (relation temporelle), et non que la vaccination en est la cause. En effet, établir une relation de cause à effet entre une MCI et l'administration d'un vaccin est une démarche complexe qui dépasse le cadre du programme de surveillance.

Au terme de la campagne de vaccination contre la grippe de 2012, 1 843 200 doses de vaccin ont été distribuées au Québec et 176 MCI ont été déclarées, dont 15 qualifiées de sérieuses<sup>9</sup>. Le taux de déclaration établi pour 100 000 doses de vaccin distribuées, s'élève à 9,5 pour l'ensemble des MCI et à 1,0 pour les MCI sérieuses. Ces taux sont inférieurs à ceux des années précédentes (tableau 1).

**Tableau 1**

**Taux de déclaration des MCI survenues à la suite de la vaccination contre la grippe, Québec, campagne 2012-2013 et moyenne des campagnes 2006-2007 à 2011-2012**  
(Taux exprimé pour 100 000 doses distribuées).

Types de MCI	Campagnes	
	Moyenne 2006-2011*	2012-2013
Ensemble des MCI	13,8	9,5
<b>MCI sérieuses**</b>	<b>0,9</b>	<b>1,0</b>
Hospitalisations	0,6	0,6
Chocs anaphylactiques et anaphylaxies	0,1	0,2
Séquelles	0,3	0,1
Décès	0,0	0,1

Source : BSV à partir du fichier ESPRI au 25 septembre 2013.

\* La moyenne des campagnes 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009, 2010-2011 et 2011-2012.

\*\* Les catégories de cette classe ne sont pas mutuellement exclusives et la somme de leurs taux peut donc excéder le taux de MCI sérieuses.

## La rubrique nosologique

**Modifications de la définition de cas de syphilis congénitale.** La recrudescence de la syphilis est à l'origine d'histoires cliniques plutôt inhabituelles et susceptibles de causer des maux de tête à ceux qui ont à valider des cas à partir de la définition nosologique actuelle. Cette définition qui date de plusieurs années ne tient pas toujours compte des nouveaux tests de laboratoire ou de nouvelles réalités, comme l'interruption volontaire de grossesse chez une femme enceinte ayant reçu un diagnostic de syphilis. Le Groupe de travail sur les définitions nosologiques (GTDN) est donc à modifier de façon substantielle la définition de cas de la syphilis. D'ici là, l'ajout d'un test pour le diagnostic de la syphilis congénitale s'imposait.

**Q. :** Quel nouveau test de laboratoire est maintenant utilisé dans le diagnostic de la syphilis congénitale ?

**R. :** La détection d'acides nucléiques de *Treponema pallidum* dans un prélèvement du placenta, du cordon ombilical, d'exsudat nasal ou de lésions cutanées est de plus en plus utilisée dans les laboratoires hospitaliers. Ce nouveau test a donc été intégré à la définition de cas de la syphilis congénitale.

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, [En ligne]. [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca), section Documentation, rubrique Publications.
2. N. BOULIANNE, et autres, *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants québécois en 2006*, Institut national de santé publique du Québec, 2007, 74 p. et annexes.
3. N. BOULIANNE, et autres, *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2008*, Institut national de santé publique du Québec, 2009, 91 p. et annexes.
4. M. GUAY, et autres, *Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque 2003-2004*, Institut de la statistique du Québec, 2004, 39 p.
5. M. GUAY, et autres, *Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque 2005-2006*, Institut de la statistique et Institut national de la santé publique du Québec, 2006, 46 p.
6. M. GUAY, et autres, *Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque 2008*, Institut de la statistique du Québec, 2008, 45 p.
7. E. DUBE, et autres, *Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe A(H1N1), la grippe saisonnière et le pneumocoque*, Institut national de santé publique du Québec, 2011, 73 p.
8. E. DUBE, F. DEFAY et M. KIELY, *Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe saisonnière, le pneumocoque et la rougeole 2012*, Institut national de santé publique du Québec, 2013, 138 p.
9. **MCI sérieuse :** MCI ayant nécessité une hospitalisation (24 heures ou plus), ayant menacé la vie (choc anaphylactique, anaphylaxie) ou ayant été suivie de séquelles ou d'un décès.
10. Diffusé à l'adresse [www.asstsas.qc.ca](http://www.asstsas.qc.ca), section Publications.
11. Diffusé à l'adresse [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/influenza/index.php?aid=25](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?aid=25).
12. Site du MSSS sur la grippe saisonnière : [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/influenza/index.php?accueil](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?accueil).

**Auteurs :** France Markowski et Eveline Toth, **avec la collaboration de** Monique Landry, Marlène Mercier, Nadine Sicard et Bruno Turmel de la Direction de la protection de la santé publique du MSSS et des responsables en immunisation des directions régionales de santé publique du Québec.

**Rubrique nosologique :** GTDN composé de Paul Rivest, DSP de Montréal ; Marie-Andrée Leblanc, BSV (MSSS) ; Éric Levac, DSP de la Montérégie et Nathalie Turgeon, microbiologiste, HDQ-CHUQ.

Le *FlashVigie* est un bulletin produit et diffusé le quatrième jeudi de chaque mois par le Bureau de surveillance et de vigie de la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il a pour but de rapporter les problématiques relatives aux domaines des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé au travail.

La vigie et la surveillance des maladies infectieuses au Québec s'appuient sur diverses sources de données et demandent la collaboration des directions régionales de santé publique et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Nous tenons ici à remercier tous ces acteurs pour leur précieuse collaboration. Pour en savoir plus ou pour nous faire part de vos commentaires, communiquez avec France Markowski, à l'adresse : [france.markowski@msss.gouv.qc.ca](mailto:france.markowski@msss.gouv.qc.ca). Le *FlashVigie* peut être téléchargé gratuitement à partir du site Web du Ministère, à l'adresse : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/30bc6f2f39299a32852572720070cc98?OpenDocument>.

**NOTE :** Les données du fichier MADO reposent sur les déclarations faites aux directions régionales de santé publique et, de ce fait, l'incidence réelle des maladies visées par cette déclaration peut être sous-estimée.

