



Vigie – Interventions

VACCINATION CONTRE LES VPH

Le programme de vaccination contre les virus du papillome humain (VPH) existe depuis septembre 2008. Il a pour objectif la réduction de l'incidence, de la morbidité et de la mortalité des cancers, des lésions précancéreuses et des autres maladies associés aux VPH. Il complète ainsi les activités de dépistage de cancer du col de l'utérus et s'ajoute aux activités de prévention des infections transmissibles sexuellement et de promotion de comportements sexuels sains et responsables.

Le programme se déroule principalement en milieu scolaire, où le vaccin est offert aux filles de la 4^e année du primaire, à raison de deux doses espacées de six mois, comme le recommande le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ). Il est aussi offert aux filles de 3^e secondaire incomplètement ou non vaccinées. Pour la vaccination administrée dans le cadre de cette mise à jour du carnet vaccinal, la recommandation varie entre une, deux et trois doses de vaccin, selon l'âge et l'état vaccinal de l'élève au moment de la mise à jour. Un document présentant les modifications au calendrier de vaccination contre les VPH ainsi qu'une mise à jour des connaissances a été produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'intention des professionnels de la santé¹.

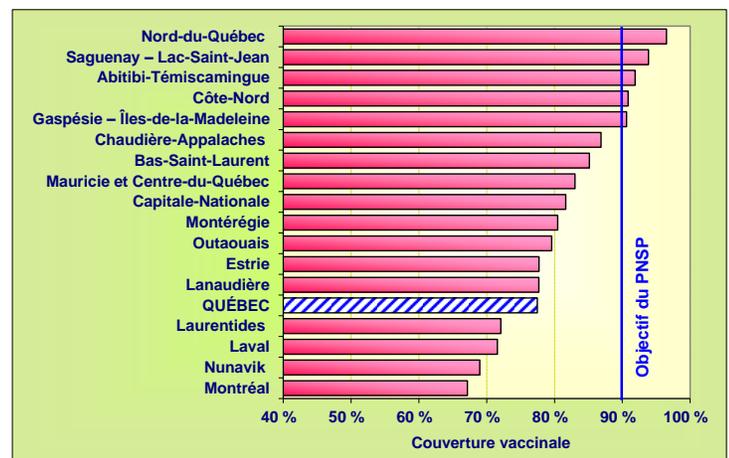
Le vaccin utilisé pour le programme de vaccination en milieu scolaire est le Gardasil^{MD}, qui protège contre quatre types du virus : les VPH 16 et 18, à l'origine de 70 % des cancers du col de l'utérus, et les VPH 6 et 11, à l'origine de condylomes (verruës anales, génitales et buccales) et de la papillomatose respiratoire récidivante (PRR).

Résultats de la campagne scolaire 2013-2014. Les données relatives à la vaccination contre les VPH en milieu scolaire sont colligées par les directions régionales de santé publique (DRSP) du Québec et transmises au Bureau de surveillance et de vigie du Ministère, qui en fait la compilation et la diffusion. Le processus de traitement des données comprend une étape de validation auprès des régions.

Durant la campagne 2013-2014, plus de 58 600 doses de vaccin ont été administrées parmi les 36 900 filles inscrites en 4^e année du primaire (classe régulière). Près de 28 600 d'entre elles ont reçu au moins les deux doses recommandées pour obtenir une protection adéquate, soit une couverture vaccinale (CV) estimée à 77 % pour la province, laquelle varie de 67 à 97 % selon la région (figure 1).

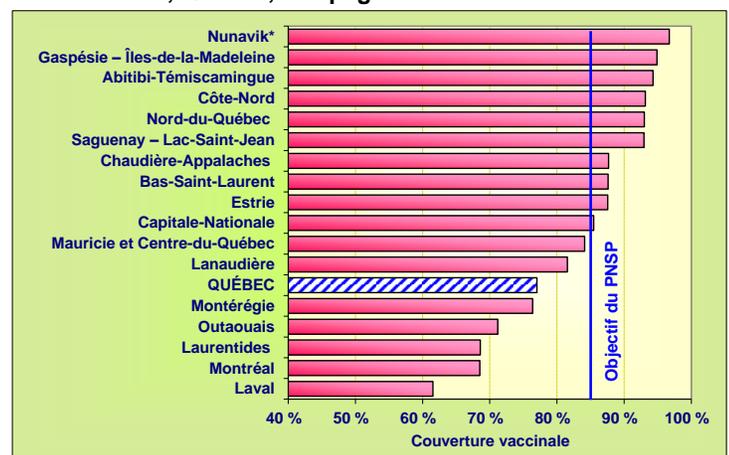
Un peu plus de 38 450 filles étaient inscrites en 3^e secondaire en 2013-2014. Au terme de l'intervention (mise à jour du carnet), 29 616 filles étaient adéquatement vaccinées contre les VPH, ce qui représente aussi une CV de 77 %, laquelle varie de 62 à 96 % selon la région (figure 2).

Figure 1
Couverture vaccinale contre les VPH selon la région, filles de 4^e année du primaire (classe régulière), Québec, campagne 2013-2014



Source : BSV à partir des données colligées par les DRSP, données en date du 16 septembre 2014.

Figure 2
Couverture vaccinale contre les VPH selon la région, filles de 3^e secondaire, Québec, campagne 2013-2014



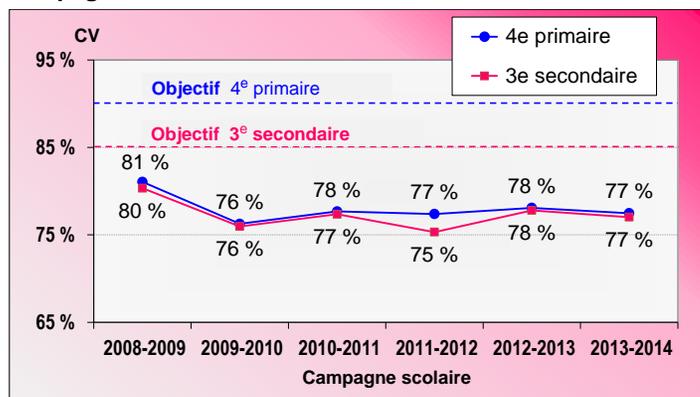
* Au Nunavik, le carnet vaccinal est mis à jour en 7^e année et non en 3^e secondaire.

Source : BSV à partir des données colligées par les DRSP, données en date du 16 septembre 2014.

L'exhaustivité de la collecte des données est très variable d'une région à l'autre ce qui limite la comparaison entre elles. Une meilleure documentation, consignation et vérification des actes de vaccination assure une meilleure estimation de la CV. À l'inverse, lorsque les données nécessaires à l'établissement de la CV sont partiellement colligées, la mesure obtenue est moins précise et tend à sous-estimer la valeur réelle de la CV.

Depuis l'implantation du programme, en 2008, les couvertures vaccinales pour la province n'ont jamais atteint les objectifs du Programme national de santé publique (PNSP), la cible étant de 90 % pour les élèves filles de la 4^e année du primaire et de 85 % pour celles de 3^e secondaire. Toutefois, en 2013-2014, cinq régions ont atteint l'objectif fixé pour la 4^e année du primaire et dix régions ont atteint l'objectif fixé pour le 3^e secondaire (figure 3).

Figure 3
Couverture vaccinale contre les VPH, filles de la 4^e année du primaire (classe régulière) et de 3^e secondaire, Québec, campagnes 2008 à 2013



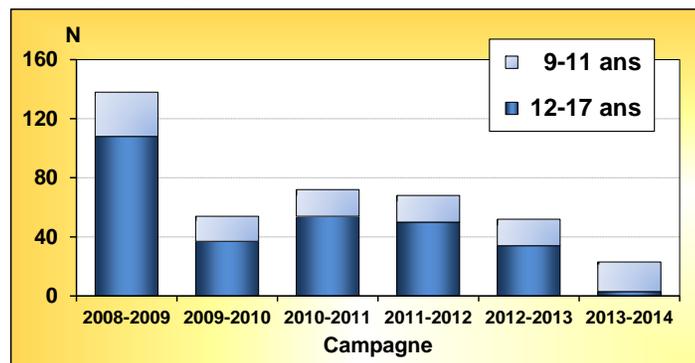
Note : La CV est estimée sur le nombre de filles inscrites.

Source : BSV à partir des données colligées par les DRSP, données en date du 16 septembre 2014.

Manifestations cliniques inhabituelles.

Depuis la mise en place du programme, en 2008, 1 236 454 doses de vaccin contre les VPH ont été distribuées au Québec², et 434 cas de manifestations cliniques inhabituelles³ (MCI) ont été déclarés au fichier ESPRI⁴. Le taux global de MCI se situe à 35 cas pour 100 000 doses distribuées et le taux de MCI sérieuses, à 2 pour 100 000⁵. Pour la campagne 2013-2014, le taux de déclaration de MCI est aussi de 35 pour 100 000. En septembre 2013, une modification au programme de vaccination contre les VPH entraînait la fin du rattrapage en 3^e secondaire⁶ pour les filles qui ont reçu deux doses de vaccin en 4^e année. Une baisse notable du nombre de déclarations de MCI reliées à ce vaccin a été constatée à la suite de ce changement. À cet égard, on remarque qu'au cours des années précédentes, c'est dans le groupe d'âge des 12-17 ans que le nombre de MCI déclarées était le plus élevé. Par ailleurs, le nombre de déclarations chez les 9-11 ans est demeuré stable au cours des années.

Figure 4
Nombre de cas de MCI déclarés au programme ESPRI à la suite d'un vaccin contre les VPH selon le groupe d'âge, Québec, campagnes 2008 à 2013



Source : Fichier ESPRI au 9 septembre 2014.

De façon générale, plus de 90 % des cas de MCI déclarées sont des manifestations attendues et de nature bénigne. Ainsi, les MCI le plus souvent déclarées sont les réactions de type allergique (38 %) et les réactions locales (22 %). Environ 6 % des cas de MCI sont considérées comme des cas de MCI sérieuses. Précisons que le fait de déclarer une MCI ne signifie pas que le vaccin en est la cause, mais seulement que la MCI est survenue après la vaccination. Faire un lien de causalité entre le vaccin et une MCI est un processus complexe qui dépasse le cadre du programme de surveillance ESPRI. Les études scientifiques, basées sur l'utilisation de millions de doses dans plusieurs pays, démontrent que le vaccin contre les VPH est sécuritaire.

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Modification au calendrier de vaccination contre les VPH et mise à jour des connaissances : Complément au document Questions et réponses à l'intention des intervenants*, Québec, MSSS, 2014, [En ligne]. [<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/download.php?f=d3722895e3349ff2323ed06345d43edc>].
2. Données en date du 30 juillet 2014.
3. Données en date du 9 septembre 2014.
4. ESPRI pour Effets Secondaires Possiblement Reliés à l'Immunisation.
5. 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.
6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Modifications au Programme québécois d'immunisation Vaccins RRO et RRO-Var, vaccination contre les VPH et vaccin Flumist*. Document déposé sur le site du MSSS [<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/>] à la section Vaccination, Nouveautés au programme québécois d'immunisation, août 2013.

ÉPIDÉMIE D'EBOLA

Depuis mars 2014, une flambée de maladie à virus Ebola (MVE) sévit dans quatre pays d'Afrique de l'Ouest. Le nombre de cas et de décès est en progression constante. La dernière mise à jour de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en date du 4 septembre, faisait état de plus de 3 700 cas cumulés et quelque 1 850 décès. Ces données sous-estimeraient le bilan réel de la situation. Le pays le plus touché est le Libéria, avec près de la moitié (46 %) des cas rapportés. Selon le pays, la létalité, soit la proportion de décès parmi les cas, varie de 33 à 64 % (tableau 1).

Tableau 1
Nombre de cas confirmés et de décès associés à la MVE selon le pays, épidémie en Afrique de l'Ouest, 2014

	CAS		Décès	Létalité
	N	%		
Libéria	1 698	46 %	871	51 %
Guinée	771	21 %	494	64 %
Sierra Léone	1 216	33 %	476	39 %
Nigéria	21	1 %	7	33 %
TOTAL	3 706	100 %	1 848	50 %

Source : BSV à partir des données tirées du site de l'Organisation Mondiale de la santé, données en date du 31 août 2014.

Le Sénégal enregistre aussi un cas confirmé en lien avec cette épidémie. Il s'agit d'une personne qui a acquis l'infection en Guinée. À ce jour, il n'y a pas de décès associé ni d'évidence de foyer d'éclosion de MVE et aucune transmission locale n'a été rapportée. La menace d'une éclosion engendrée par ce cas est désormais écartée en raison du délai écoulé depuis la confirmation du cas.

En marge de cette flambée, l'OMS rapporte une autre éclosion de MVE, distincte de celle de l'Afrique de l'Ouest, dans la province de l'Équateur, en République démocratique du Congo. En date du 10 septembre, 62 cas y avaient été rapportés, dont 35 décès.

Risque au Québec. En date du 23 septembre, aucun cas, probable ou confirmé, n'avaient été rapporté au Québec ni au Canada. Au Québec, des analyses ont été effectuées chez neuf cas suspects; toutes ont infirmé la maladie.

Le risque d'importation du virus Ebola par des voyageurs est jugé faible, mais ne peut être totalement exclu. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) recommande d'éviter tout voyage non nécessaire en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone. En ce qui concerne le Nigéria et la République démocratique du Congo, l'ASPC recommande aux voyageurs de prendre des précautions sanitaires spéciales. Bien que Montréal soit, au Canada, la destination de la majorité des voyageurs arrivant par avion des pays touchés par la MVE, le risque d'infection est toutefois faible pour la plupart des voyageurs.

Compte tenu du réseau de santé publique et des services de santé disponibles, une épidémie de MVE est hautement improbable en sol québécois. Par contre, il est raisonnable de s'attendre à la prise en charge de cas suspects ou de quelques cas positifs qui représenteront des défis, mais non une véritable menace d'épidémie.

Le contexte du Québec ne se prête pas à une transmission dans la communauté, comme en Afrique de l'Ouest (rites funéraires, contacts avec des chauves-souris ou des primates, etc.). La situation de la MVE dans les pays touchés est suivie de très près afin de mettre en place toutes les mesures requises pour protéger la population.

Un cas éventuel serait pris en charge selon les protocoles établis; le réseau de santé publique mènerait une enquête et procéderait aux interventions requises (ex. : surveillance des contacts étroits de la personne) en collaboration avec d'autres intervenants du réseau de la santé.

Dans les établissements de soins, des professionnels spécialisés en prévention et en contrôle des infections sont à même d'épauler les équipes cliniques afin de s'assurer que les mesures adéquates de protection sont bien comprises et respectées pour tout type d'infection potentiellement contagieuse, y compris les fièvres hémorragiques virales.

Surveillance. Au Québec, la MVE est une maladie à déclaration obligatoire (MADO) et à surveillance extrême. Tous les cas, confirmés ou probables, doivent être immédiatement déclarés par le médecin et le laboratoire aux autorités de santé publique régionales et provinciales. Le Québec doit ensuite en informer l'ASPC dans le cadre du système de surveillance internationale des maladies à surveillance extrême compte tenu qu'il s'agit d'une maladie qui représente une urgence de santé publique à portée internationale relevant du Règlement sanitaire international de l'OMS, auquel le Québec est lié par décret.

La MVE est une maladie grave souvent mortelle. Les premiers symptômes sont soudains et compatibles avec un syndrome pseudo-grippal : fièvre, frissons, fatigue prononcée, douleurs musculaires, céphalées. Ces symptômes peuvent être suivis de symptômes cutanés, digestifs, respiratoires et neurologiques. Les manifestations hémorragiques se produisent tardivement et chez le tiers des malades. Pour plus de détails sur la transmission et le traitement de la maladie, voir le [Flash Vigie](#) de mars.

Mesures de prévention des infections en milieu de soins. Les pratiques de base et les précautions additionnelles visant à contrer la transmission par contact et par voie aérienne sont recommandées. L'application de précautions aériennes a été retenue afin de répondre à l'éventualité d'une transmission aérienne « opportuniste », bien que ce mode de transmission soit pas documenté dans la transmission interhumaine du virus Ebola. La létalité de la



maladie, la médiatisation de l'épidémie, la perception du risque par les intervenants de la santé et l'harmonisation de la prise en charge des cas suspects ont été pris en compte dans ce choix.

Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) a produit un guide portant spécifiquement sur la MVE et les mesures de prévention et de contrôle en milieu de soins. Ce document¹ est disponible sur le site du [MSSS](#), section Information sur les mesures de prévention et de contrôle pour les hôpitaux.

Désignation de centres hospitaliers. Début septembre, deux centres hospitaliers ont été confirmés par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour la prise en charge d'éventuels cas de MVE, soit l'Hôpital Notre-Dame du CHUM pour les adultes et le CHU Sainte-Justine pour les enfants.

Information au réseau de la santé. Début août, un avis sur la MVE a été mis en ligne afin de soutenir la réponse des services Info-Santé. Cet avis est régulièrement mis à jour. Des DRSP ont diffusé des appels à la vigilance à l'intention des cliniciens de leur réseau. La Direction de la protection de la santé publique (DPSP) du Ministère assure un suivi hebdomadaire auprès des coordonnateurs en maladies infectieuses des DRSP.

Le site Internet du Ministère comprend une page sur la MVE à l'intention des [professionnels de la santé](#). On y trouve de l'information tenue à jour sur les pays touchés ainsi que des hyperliens vers les sites et documents à consulter. Une autre page, destinée celle-là à la [population](#), a été mise en ligne; elle décrit la maladie, l'épidémie actuelle et les risques pour les citoyens du Québec.

-
1. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Maladie à virus Ebola : mesures de prévention et de contrôle pour les hôpitaux*. Comité sur les infections nosocomiales du Québec, AOÛT 2014. Ce document est disponible en anglais.

Auteurs : Monique Landry, Marie-Andrée Leblanc, France Markowski, Eveline Toth, Bruno Turmel et Louise Valiquette de la Direction de la protection de la santé publique (MSSS).

Avec la collaboration de : Colette Gaulin, Stéphanie Jodoin, Marlène Mercier et Madeleine Tremblay de la Direction de la protection de la santé publique (MSSS).

Flash Vigie est un bulletin d'information diffusé le quatrième jeudi de chaque mois. Il a pour but de rapporter des faits ou des problèmes liés aux maladies infectieuses, à la santé environnementale et à la santé au travail. Au Québec, la vigie et la surveillance dans ces domaines s'appuient sur diverses sources de données et demandent notamment la collaboration des directions régionales de santé publique et de l'Institut national de santé publique du Québec. Nous tenons ici à remercier tous ces acteurs pour leur précieuse collaboration.

Flash Vigie est produit 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. 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. Lien pour télécharger gratuitement le [Flash Vigie](#).

Les données du fichier provincial 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.

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.
