



## Vigie – Interventions

### Vaccination contre la grippe.

Chaque année, le mois de novembre marque le début de la campagne québécoise de vaccination contre la grippe. C'est l'occasion propice pour diffuser les résultats de la couverture vaccinale (CV) de la campagne précédente (en l'occurrence, la campagne 2013-2014) chez les travailleurs de la santé et les personnes vivant en milieu d'hébergement. À cela s'ajoutent les résultats de la surveillance des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) survenant à la suite de la vaccination contre la grippe. Le suivi et la mesure des indicateurs associés à ces trois objets de surveillance sont réalisés par le Bureau de surveillance et de vigie (BSV) du ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec les directions régionales de santé publique qui sont responsables de la collecte des données pour leur territoire.

**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 québécois de vaccination contre la grippe. La CV des travailleurs de la santé au regard des divers corps d'emploi (médecins, infirmières, etc.) et celle d'autres groupes de population visés par le programme font également l'objet d'un suivi par l'entremise d'enquêtes provinciales<sup>1-7</sup>. Dans tous les cas, l'objectif de couverture vaccinale est de 80 %<sup>8</sup>.

**Travailleurs de la santé.** Selon les données colligées par les DRSP, quelque 213 200 travailleurs étaient inscrits sur la liste de paie d'un établissement du réseau québécois de la santé durant la campagne 2013-2014. De ce nombre, 140 250 étaient rattachés à un CSSS. La mesure de la CV de ces travailleurs salariés en CSSS n'inclut pas tous les travailleurs de la santé, mais c'est l'indicateur qui est suivi depuis 2006.

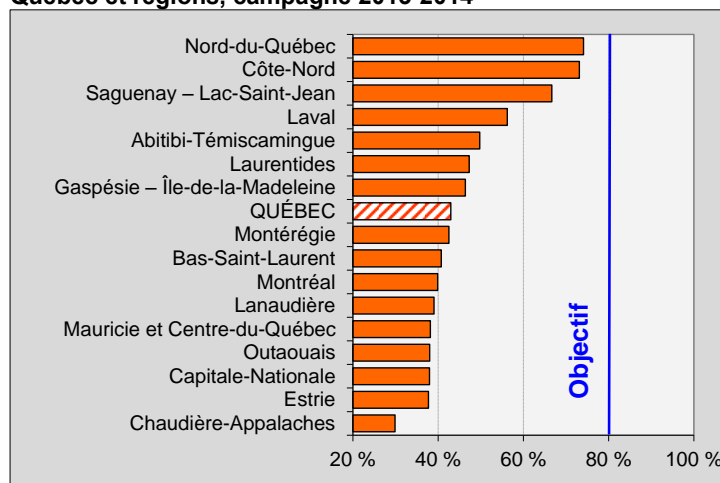
**Résultats.** Sur les quelque 140 250 travailleurs salariés en CSSS, près de 60 300 ont reçu le vaccin contre la grippe, ce qui représente une couverture vaccinale de 43 %. Cette proportion varie de 30 à 74 % selon la région (figure 1).

La CV estimée au terme de la campagne 2013 constitue une augmentation de 4,5 points de pourcentage par rapport à la campagne précédente (38,5 %).

Hormis la Capitale-Nationale et la Montérégie, où la CV est demeurée stable, toutes les régions enregistrent un gain plus ou moins marqué, soit de 2 à 20 points de pourcentage (données non présentées). Deux régions se distinguent plus particulièrement, soit celles de Laval et du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

En dépit des gains enregistrés, la CV des travailleurs en CSSS n'atteint l'objectif visé (80 %) dans aucune région. Pas moins de six régions affichent une CV inférieure à 40 %, tandis que les meilleures CV se situent entre 67 et 74 %.

**Figure 1**  
**Couverture vaccinale contre la grippe des travailleurs de la santé inscrits sur la liste de paie d'un CSSS, Québec et régions, campagne 2013-2014**



Note : Les données des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas présentées.

Source : BSV à partir des données fournies par les DSP, 2014-10-20.

**L'expérience de Laval.** Dans le but d'augmenter la couverture vaccinale des travailleurs de la santé, le CSSS de Laval a révisé sa Politique de prévention et de protection contre l'influenza avant le début de la saison grippale 2013-2014. En vertu de cette politique révisée, les travailleurs non vaccinés doivent porter un masque lors de contacts à moins d'un mètre des patients. Cette mesure est appliquée en période d'activité grippale accrue. Les diverses instances du CSSS, les syndicats, les cadres, le conseil d'administration et la Direction de santé publique (DSP) ont été consultés et ont souscrit à la mise en place de la politique.

La couverture vaccinale des travailleurs de la santé du CSSS de Laval s'est élevée à 56 %\* en 2013-2014, un résultat jamais atteint par le passé. Ce résultat surpasse de loin les résultats des trois saisons grippales antérieures, qui se situaient entre 30 et 37 %. De 2012-2013 à 2013-2014, la CV a augmenté de 19 points de pourcentage. Cela représente une augmentation relative de plus de 50 %, soit un changement majeur. Il convient de souligner que les changements apportés à la politique ont été proposés par les intervenants du CSSS avec, comme chef de file, un microbiologiste-infectiologue qui a fait preuve d'un leadership exceptionnel. Il était appuyé par la directrice générale de l'établissement et par une équipe de coordination dynamique et motivée. La collaboration des intervenants de la santé doit être soulignée. L'expérience s'est révélée un succès local et elle se poursuivra en 2014-2015. Un rapport d'évaluation a été produit par la DSP de Laval<sup>9</sup>.

**Le cas du Saguenay-Lac-Saint-Jean.** Dans cette région, la CV a fait un bond de 11 points de pourcentage, pour passer de 56 % à 67 %. Cela représente une hausse relative de 20 %. Selon la DSP du Saguenay-Lac-Saint-Jean, la méthode de collecte des données n'a pas été modifiée. Ce gain serait plutôt le résultat de l'heureuse combinaison de plusieurs facteurs, dont la mise en place de nouvelles stratégies visant à favoriser la vaccination. On parle ici d'une campagne promotionnelle plus énergique, d'une accessibilité accrue grâce à l'ajout de sites et de journées de vaccination au sein même des établissements et de la modification des règles de relocalisation vers d'autres services des travailleurs non vaccinés lors d'éclotions de grippe. Le plan de gestion lors d'éclotions de grippe et/ou de gastro-entérite élaboré par le Ministère à la fin de 2013 aurait également contribué à augmenter la couverture vaccinale.

**Nouvel outil pour le calcul de la CV.** La hausse de la couverture vaccinale est un constat encourageant, même si elle doit être interprétée avec prudence. Le calcul de la CV des travailleurs de la santé (TS) présente depuis toujours de nombreux défis, particulièrement au regard de l'uniformité et de la congruence de la collecte de données, et ceux-ci limitent la comparabilité entre les établissements. Aussi, la Direction de la protection de la santé publique du Ministère a mis sur pied un groupe de travail dans le but de définir et de standardiser le numérateur et le dénominateur servant au calcul de la CV des TS contre la grippe.

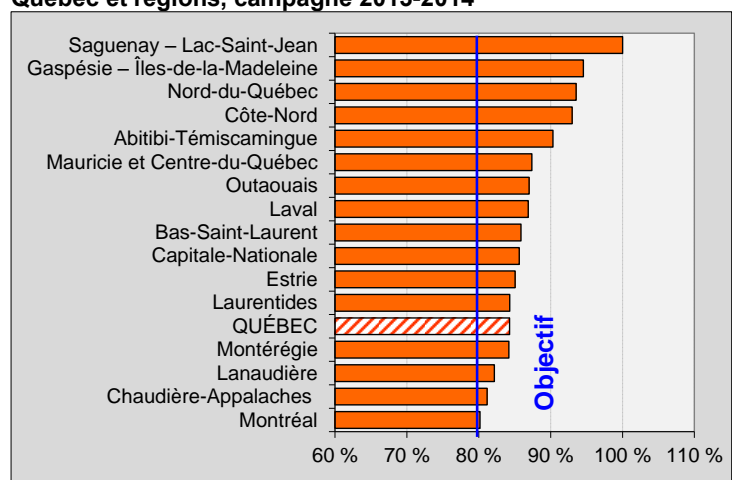
\* Selon le rapport de la DSP de Laval<sup>9</sup>, la CV s'élève à 58 %. L'écart entre les deux mesures s'explique par le fait que les numérateurs et les dénominateurs utilisés ne sont pas définis selon les mêmes critères. La valeur présentée dans cet article repose sur les données fournies par la DSP de Laval en respect des critères définis par le BSV.

Dans la foulée, un document de référence<sup>10</sup> a été produit à l'intention des responsables régionaux en immunisation et des directeurs généraux des établissements aux fins de la collecte des données pour la saison 2014-2015.

Par ailleurs, le Ministère souhaite poursuivre en 2014-2015 les activités visant à augmenter la vaccination des TS contre la grippe amorcées lors de la saison dernière, notamment en continuité avec la reconduction annuelle du plan de gestion des éclotions de grippe et/ou de gastro-entérite. Aussi, pour l'implantation de leurs stratégies, les régions peuvent compter sur [l'outil d'autoévaluation](#) conçu en 2013 et mis à jour en septembre 2014. Tout en présentant des stratégies dont l'efficacité est démontrée par des données probantes, cet outil vise à permettre aux équipes responsables de la vaccination des travailleurs d'évaluer la situation dans leurs établissements respectifs. Afin de faire le portrait des stratégies implantées dans les établissements, un sondage en ligne, développé à partir de l'outil d'autoévaluation, sera à compléter par les responsables de la vaccination dans les établissements du réseau avant le 15 janvier 2015.

**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. Lors de la campagne 2013, près de 38 450 personnes vivaient dans l'un des CHSLD visés par la collecte de données et 32 400 avaient reçu le vaccin contre la grippe. Cela représente une CV de 84 %, soit une valeur identique à celle de la campagne 2012. De fait, depuis 2006, la CV de la population vivant en CHSLD est sensiblement la même, et se situe entre 83,5 et 86,8 % selon les années.

**Figure 2**  
**Couverture vaccinale contre la grippe des résidents en CHSLD (publics et privés conventionnés), Québec et régions, campagne 2013-2014**



Note : Les données des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas présentées.

Source : BSV à partir des données fournies par les DSP, 2014-10-20.

Toutes les régions atteignent l'objectif de 80 % (figure 2). La CV accuse cependant un recul dans cinq régions (entre un et quatre points de pourcentage). Ces tendances sont à suivre.

**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 2013, 1 938 700 doses de vaccin ont été distribuées au Québec et 258 MCI ont été déclarées, dont 13 qualifiées de sérieuses\*\*. Le taux de déclaration établi pour 100 000 doses de vaccin distribuées s'élève à 13,3 pour l'ensemble des MCI et à 0,7 pour les MCI sérieuses (tableau 1). Ces taux sont inférieurs à la campagne de l'année dernière (2012) mais très similaires aux campagnes de 2010 et 2011 (données non présentées).

**Tableau 1**  
**Taux de déclaration des MCI survenues à la suite de la vaccination contre la grippe, Québec, campagne 2013 et moyenne des campagnes 2010 à 2012**  
(Taux exprimé pour 100 000 doses distribuées)

Types de MCI	Campagnes	
	Moyenne 2010-2012†	2013
Ensemble des MCI	12,8	13,3
<b>MCI sérieuses**</b>	<b>1,3</b>	<b>0,7</b>
Hospitalisations	0,9	0,4
Chocs anaphylactiques et anaphylaxies	0,1	0,2
Séquelles	0,2	0,2
Décès	0,1	0,0

† La moyenne des campagnes 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013.

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

Source : BSV à partir du fichier ESPRI au 9 octobre 2014.

\*\* 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.

## Chikungunya.

Le chikungunya est une maladie virale transmise par des moustiques. Elle a été décrite pour la première fois en 1952, à l'occasion d'une flambée dans le sud de la Tanzanie. Depuis, le virus chikungunya a été identifié dans une quarantaine de pays d'Asie, d'Afrique et d'Europe. Le premier cas de transmission locale dans les Amériques a été rapporté en décembre 2013 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). À l'heure actuelle, une éclosion importante sévit dans les Caraïbes. On a également confirmé une transmission locale dans des pays d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud ainsi qu'en Floride, aux États-Unis. Pour plus d'information sur la localisation des cas, consulter le site de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), à l'adresse [www.paho.org/hq/](http://www.paho.org/hq/).

**Transmission.** Le virus se transmet principalement par la piqûre d'un moustique infecté. Les deux principaux vecteurs responsables de la transmission chez l'humain sont *Aedes albopictus* et *Aedes aegypti*, deux espèces qui peuvent transmettre d'autres virus, dont la dengue. Ces moustiques piquent surtout pendant le jour. Selon les données de surveillance entomologique, ces moustiques ne seraient pas présents actuellement au Québec. Par conséquent, les Québécois qui risquent de contracter la maladie sont des voyageurs. Contrairement au virus du Nil occidental (VNO), l'humain peut servir de réservoir et ainsi infecter des moustiques qui contamineront ensuite d'autres humains. Le risque de transmission par don de sang, d'organe ou de tissus est théorique car à ce jour, aucun cas n'a été rapporté. Quelques cas de transmission intra-utérine et périnatale ont toutefois été rapportés.

**Signes et symptômes.** De façon générale, la période d'incubation est de quatre à huit jours, mais la maladie peut se manifester après seulement deux jours et jusqu'à douze jours après la piqûre par un moustique infecté. La maladie se caractérise par l'apparition brutale de fièvre souvent accompagnée d'arthralgie. Les autres signes et symptômes fréquents sont des myalgies, des céphalées, des nausées, de la fatigue et des éruptions cutanées. L'arthralgie est souvent invalidante, mais elle disparaît généralement au bout de quelques jours ou quelques semaines. La plupart des patients se rétablissent complètement, mais dans certains cas, l'arthralgie peut persister pendant plusieurs mois ou même plusieurs années.

« Chikungunya » est un terme dérivé de la langue Makonde signifiant « devenir tordu ». En swahili, il signifie « maladie qui brise les os » ou « maladie de l'homme courbé », ce qui décrit bien l'apparence voûtée caractéristique des personnes souffrant de douleurs articulaires.

**Surveillance au Québec.** Cette maladie transmise par des arthropodes n'est pas à déclaration obligatoire au Québec étant donné que généralement, elle n'entraîne pas d'encéphalite\*\*\*. Toutefois, dans le contexte actuel où plusieurs cas ont été signalés par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et en raison de la progression du chikungunya dans les Amériques, la Direction de la protection de la santé publique a décidé d'assurer temporairement un suivi des cas afin de recueillir des données sur la situation épidémiologique de la maladie et sur les lieux d'acquisition de l'infection pour les résidents du Québec. À cette fin, le Bureau de surveillance et de vigilance (BSV) de la DPSP a demandé aux directions de santé publique du Québec de procéder à une enquête pour tous les cas qui leur seront signalés par le LSPQ.

**Résultats préliminaires.** Selon les données du 22 octobre 2014, 62 cas d'infection au virus chikungunya chez des résidents du Québec ont été confirmés par le LSPQ depuis le début de l'année, soit 40 femmes et 22 hommes. Les cas sont âgés de 20 à 91 ans (âge moyen : 51,5 ans) et proviennent de 12 régions. Le BSV a reçu un total de 48 questionnaires d'enquête épidémiologique complétés par 10 régions.

Parmi les cas pour lesquels l'information a été documentée (n= 45), tous ont acquis l'infection à l'extérieur du Québec. À l'exception d'un cas acquis en Asie, tous les cas ont été acquis lors d'un séjour dans les Antilles, pour la plupart (82 %) en Haïti (tableau 2).

La date de début des symptômes s'étend du 10 février au 6 août 2014. Les principaux symptômes rapportés sont des douleurs articulaires (100 %), de la fièvre (89 %) et des éruptions cutanées (55 %). Dans une moindre importance, des céphalées ont également été rapportés par les personnes malades. Sept cas (16 %), tous âgés de 40 ans ou plus, ont dû être hospitalisés. On ne rapporte aucune femme enceinte parmi les cas et aucun cas n'a déclaré avoir reçu ou donné du sang au cours des 14 jours précédents la maladie. La surveillance se poursuit.

Un bilan épidémiologique pour l'année 2014 sera produit lorsque les enquêtes seront terminées et les questionnaires acheminés au BSV.

\*\*\* En vertu du règlement d'application de la Loi de la santé publique, ce sont les encéphalites virales transmises par arthropode qui sont des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

**Tableau 2**  
**Distribution (N, %) des cas de chikungunya selon le lieu d'acquisition,**  
**Québec, période du 1er janvier au 22 octobre 2014**

Lieu d'acquisition	N	%
<b>Total lieu d'acquisition connu</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>
<b>Antilles</b>	<b>44</b>	<b>98%</b>
Haïti	37	82%
République Dominicaine	3	7%
Martinique	2	4%
Sainte-Lucie	1	2%
Guadeloupe	1	2%
<b>Asie</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
Information non documentée	3	
<b>Total des cas enquêtés</b>	<b>48</b>	

Source : BSV à partir des données du LSPQ et des enquêtes réalisées par les DSP.

**Prévention.** Les personnes qui voyagent dans des zones endémiques peuvent se prémunir contre la maladie au moyen de mesures simples, soit :

- porter des vêtements longs de couleur claire pour aller à l'extérieur, surtout durant les périodes où les moustiques sont le plus actifs;
- utiliser un chasse-moustiques lors des activités extérieures;
- installer des moustiquaires en bon état sur les portes et les fenêtres ainsi que sur les tentes et les abris de camping.

Pour plus d'information sur les conseils de santé aux voyageurs, consulter le site de l'Agence de la santé publique du Canada, à l'adresse <http://voyage.gc.ca/voyager/sante-securite/conseils-sante-voyageurs/chikungunya-caraibes>.

**Auteurs :** Colette Gaulin, Marie-Andrée Leblanc, France Markowski, Eveline Toth, Bruno Turmel et France Villeneuve de la Direction de la protection de la santé publique (MSSS).

**Avec la collaboration de :** Danielle Auger, Stéphanie Jodoin, Monique Landry et Marlène Mercier de la Direction de la protection de la santé publique (MSSS) ; Lyne Judd et Yannick Lavoie de la Direction de santé publique de Laval ; Linda Gagnon de la Direction de santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean.





## Références bibliographiques

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. E. DUBÉ, 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.
7. E. DUBÉ, 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.
8. 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.
9. D. Diallo, L. Judd, L. et L. Royer. *Analyse de l'implantation de la Politique de prévention et de protection contre l'influenza au Centre de santé et de services sociaux de Laval, 2013-2014*, Rapport d'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2014, 55 p.
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Standardisation des données servant au calcul de la couverture vaccinale des travailleurs de la santé contre la grippe – Document à l'intention des responsables de la vaccination dans les établissements du réseau de la santé*, octobre 2014

---

**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](mailto: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.

---