



Vigie – Interventions

Vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire – Campagne 2014

Au Québec, depuis 1994¹, les élèves de la 4^e année du primaire bénéficient d'un programme de vaccination universelle contre le virus de l'hépatite B (VHB). Le vaccin utilisé initialement nécessitait l'administration de trois doses. Depuis 2008, en raison d'une optimisation du calendrier, le programme repose sur un vaccin combiné contre les hépatites A et B (vaccin HAHB) ne requérant que deux doses.

Jusqu'à ce jour, afin d'assurer le suivi annuel du programme en milieu scolaire, le Bureau de surveillance et de vigie (BSV) demandait aux directions de santé publique (DSP) de colliger les données relatives à la vaccination contre le VHB en 4^e année du primaire. D'autres moyens de suivi sont prévus au cours des prochaines années avec la fin du déploiement du registre de vaccination.

Résultats de la campagne 2014. Selon les données transmises par les DSP, au terme de l'année scolaire 2014-2015 (saison 2014), un peu plus de 66 000 élèves de 4^e année (classe régulière) avaient reçu les deux doses recommandées pour être considérés comme protégés contre l'hépatite B, ce qui représente une couverture vaccinale (CV) estimée à 86 %. Cette proportion varie de 78 à 96 % selon la région (figure 1).

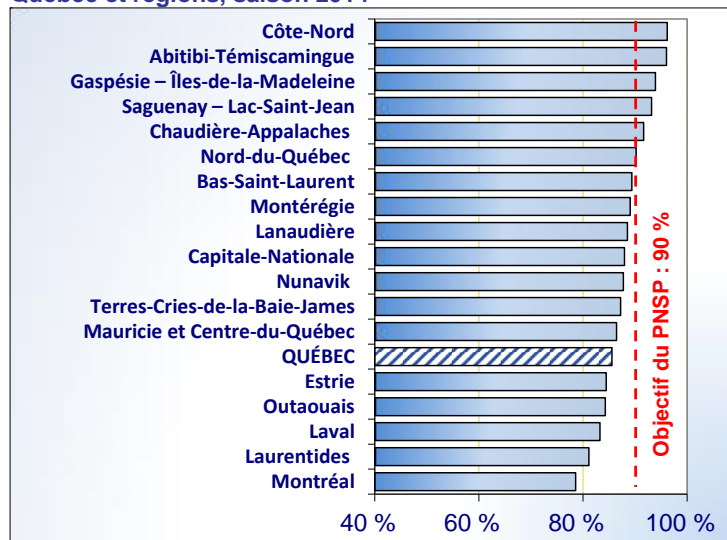
Par rapport à l'année précédente (saison 2013), la CV provinciale est demeurée la même. Des différences sont toutefois constatées à l'échelle régionale. La CV a ainsi diminué dans sept régions (les baisses varient de 0,9 à 4,1 points de pourcentage), s'est maintenue dans quatre régions et a augmenté dans six (hausse variant de 0,8 à 6,6 points de pourcentage; données non présentées).

Tendance. La couverture vaccinale provinciale pour l'hépatite B chez les élèves de 4^e année n'atteint pas l'objectif fixé par le Programme national de santé publique (PNSP), soit 90 %. Les données historiques montrent que la proportion des élèves protégés tend à diminuer depuis 2004 (figure 2). La baisse a été plus marquée en 2009, alors que la CV atteignait son plus bas niveau, soit 85 %. Au cours de cette saison (2009-2010), les activités de vaccination en milieu scolaire ont été perturbées en raison de la campagne de vaccination de masse contre la grippe A(H1N1).

1. Voir le [Protocole d'immunisation du Québec](#) (PIQ) sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Figure 1

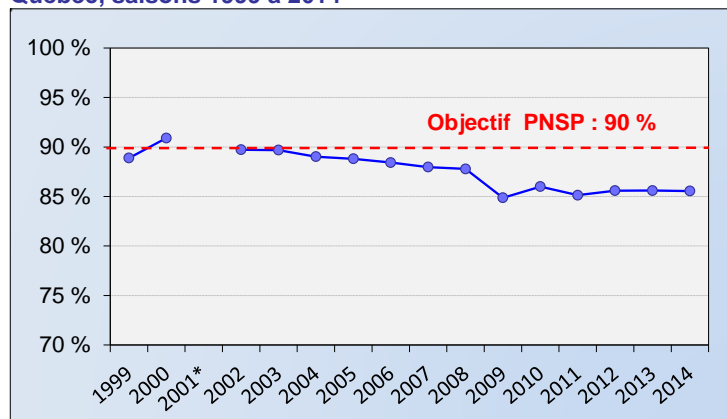
Estimation de la couverture vaccinale pour l'hépatite B chez les élèves de la 4^e année du primaire (classe régulière) Québec et régions, saison 2014



Source : BSV, à partir des données transmises par les DSP au 16 septembre 2015.

Figure 2

Estimation de la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les élèves de la 4^e année du primaire (classe régulière) Québec, saisons 1999 à 2014



* Aucune donnée n'a été compilée pour la saison 2001-2002 en raison de la campagne provinciale de vaccination contre le méningocoque C.

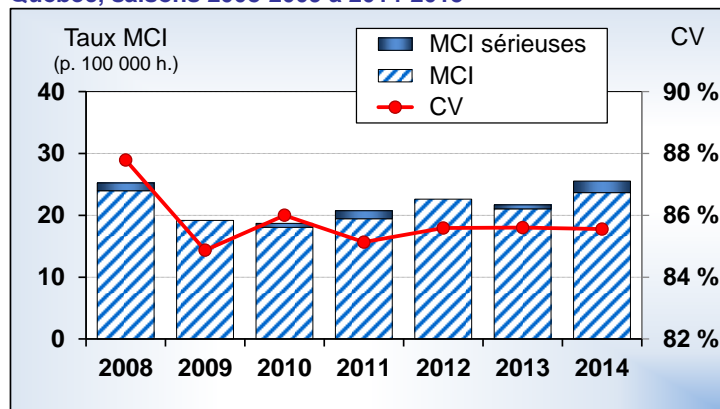
Source : BSV, à partir des données transmises par les DSP au 16 septembre 2015.

Depuis 2009, la CV se maintient autour de 86 %. Moins de régions atteignent l'objectif fixé. De 2000 à 2003, elles étaient une dizaine à afficher une CV de 90 % ou plus; en 2014, elles ne sont plus que six (données non présentées).

Manifestations cliniques inhabituelles. Depuis l'introduction en septembre 2008 du vaccin combiné HAHB, près de 458 000 élèves² de la 4^e année du primaire ont été vaccinés (deux doses). Au terme de la période 2008-2014, 241 cas de manifestations cliniques inhabituelles (MCI) survenus chez des enfants âgés de 9 et 10 ans ont été déclarés au fichier ESPRI³ (données au 25 novembre 2015), dont 9 cas de MCI sérieuses⁴, soit l'équivalent de moins de 1 cas par année.

À cet âge (9-10 ans), le taux d'incidence de MCI pour la saison 2014 est de 23,7 cas pour 100 000 personnes, soit une valeur comparable au taux observé au cours des saisons précédentes, aucun écart significatif n'étant relevé. Le taux de MCI sérieuses, inférieur à 1 pour 100 000, est également stable au fil des saisons (figure 3).

Figure 3
Nombre et taux de MCI associées au vaccin HAHB
Élèves âgés de 9 et 10 ans inscrits en 4^e année du primaire
Québec, saisons 2008-2009 à 2014-2015



Note : La couverture vaccinale est celle estimée chez les jeunes 4^e année du primaire (classe régulière).

Source : Fichier ESPRI au 25 novembre 2015 et BSV, à partir des données transmises par les DSP au 15 septembre 2015.

De façon générale, 97 % des cas de MCI déclarés sont des manifestations attendues et de nature bénigne. Les MCI les plus fréquentes sont les réactions locales (33 %) et les réactions de type allergique (30 %).

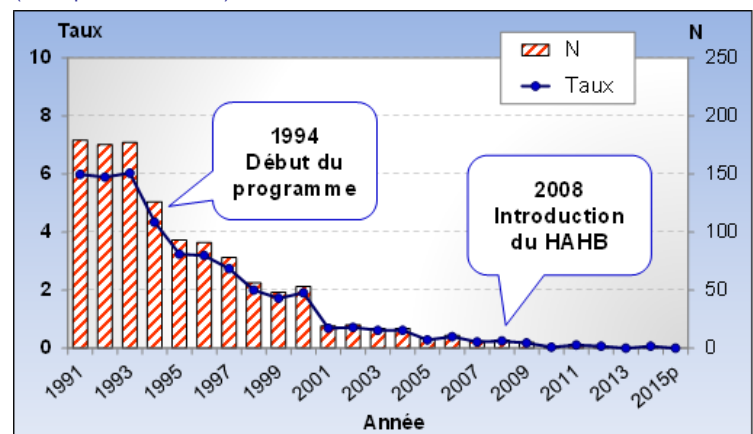
Précisons que le fait de déclarer une MCI ne signifie pas que le vaccin en est la cause, mais seulement que la MCI s'est produite après la vaccination. Faire un lien de causalité entre le vaccin et une MCI est un processus complexe qui dépasse le cadre du programme de surveillance ESPRI.

2. Dont près de 442 000 fréquentant une classe régulière.
3. Pour Effets Secondaires Possiblement Reliés à l'Immunisation.
4. 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.

Incidence de la maladie. Au cours des deux dernières décennies, le nombre annuel de cas d'hépatite B aiguë a diminué significativement dans l'ensemble de la population québécoise, passant de 440 cas en moyenne (années 1991-1993) à 22 cas (années 2012-2014).

Chez les plus jeunes cohortes, soit celles qui ont pu bénéficier du programme de vaccination en 4^e année du primaire, l'incidence de l'infection a quasiment disparu. Ainsi, chez les 0-29 ans, une moyenne annuelle d'environ 175 cas d'hépatite B aiguë était enregistrée pour la période 1991-1993, comparativement à une moyenne de 1,3 cas pour la période 2012-2014. De fait, entre 1991 et 2014, le taux d'incidence dans ce groupe d'âges a diminué de 99 %, passant de 6,0 à 0,07 pour 100 000. En 2015, après 46 semaines d'observation (période se terminant le 21 novembre), aucun cas n'a été rapporté (figure 4). Pour plus de détails sur la situation québécoise, voir l'article « [Dramatic reduction in hepatitis B through school-based immunization without a routine infant program in low endemicity region](#) », *BMC infectious diseases*, juin 2015 (article disponible en anglais seulement).

Figure 4
Hépatite B aiguë : nombre de cas et taux d'incidence
Population âgée de 0-29 ans, Québec, 1991 à 2014
(Taux pour 100 000 h.)

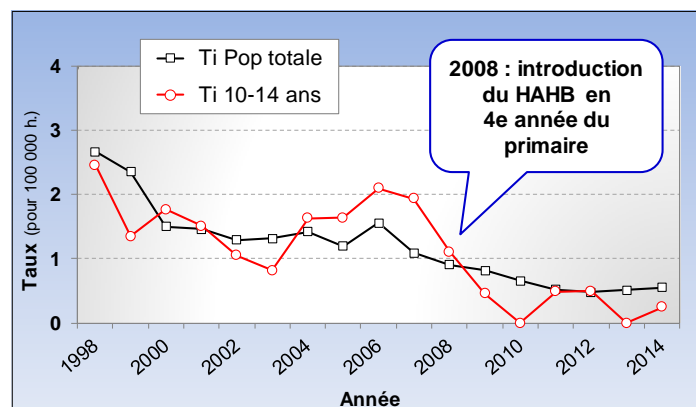


Source : BSV, à partir des données produites par l'Infocentre du Québec (fichier MADO, extraction du 23 novembre 2015).

L'incidence de l'hépatite B aiguë chez les jeunes est devenue marginale. Quant au vaccin utilisé, il est sécuritaire et peu réactogène, comme le montrent les données de sécurité vaccinale, en plus d'offrir une protection contre l'hépatite A (voir encadré). Or l'absence de cas nous porte à oublier le fardeau et les séquelles associés à la maladie ainsi que le rôle de la vaccination, sans laquelle un tel progrès n'aurait pu être réalisé. C'est pourquoi il demeure pertinent de rappeler l'importance de maintenir ou de hausser les couvertures vaccinales à un taux de 90 %. C'est grâce à l'atteinte de cet objectif que plusieurs centaines de cas, sinon quelques milliers, ont pu être évités au cours des vingt dernières années⁵.

5. Sur la base d'une moyenne de 150 cas par année.

Évolution du taux d'incidence de l'hépatite A avant et après l'introduction du vaccin combiné HAHB en 4^e année du primaire Jeunes âgés de 10 à 14 ans et population totale Québec, 1998 à 2014



<u>Données comparatives</u>	Années 2003 à 2007	Années 2013 à 2014	% variation
Population 10-14 ans*			
Nombre moyen de cas / année	8	1	
Taux d'incidence (pour 100 000 h.)	1,63	0,13	- 92 %
Population totale			
Nombre moyen de cas / année	100	44	
Taux d'incidence (pour 100 000 h.)	1,32	0,53	- 60 %

* Depuis 2013, tous les jeunes de 10-14 ans ont pu bénéficier du programme de vaccination introduit en 2008.

Source : BSV, à partir des données produites par l'Infocentre du Québec (fichier MADO, extraction du 26 novembre 2015).

Auteurs : France Markowski, Eveline Toth ; **avec la collaboration** de Monique Landry, Danielle Auger et Marlène Mercier de la Direction de la protection de la santé publique, MSSS.

Le *FlashVigie* est un bulletin 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. Il a pour but de rapporter des situations relatives aux domaines des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé au travail.

La surveillance des maladies infectieuses au Québec s'appuie sur diverses sources de données et demande la collaboration des directions régionales de santé publique et de l'Institut national de santé publique du Québec. Nous les remercions ici pour leur aide précieuse. Pour en savoir plus ou pour nous faire part de vos commentaires, communiquez avec France Markowski à l'adresse suivante : france.markowski@msss.gouv.qc.ca.

Le *FlashVigie* peut être téléchargé gratuitement à partir du site Web du Ministère, à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/>

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.