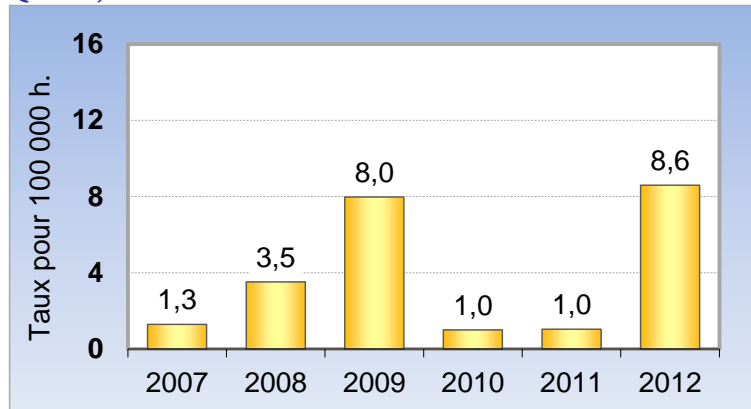




Vigie – Interventions

État de situation sur la coqueluche. Depuis le début de l'année 2012, on observe une augmentation des cas de coqueluche au Québec. De fait, entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} septembre (semaines cdc 1 à 35), 688 cas ont été saisis au registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO) par rapport à 82 cas en 2011 et à une moyenne de 231 cas en 2007-2011 pour la même période. Le taux brut d'incidence cumulée se situe à 8,6 cas pour 100 000 habitants (h.) comparativement à un taux moyen de 2,95 pour 100 000 pour la période 2007-2011 (figure 1).

Figure 1
Coqueluche : taux brut d'incidence cumulée (cdc 1-35)
Québec, 2007 à 2012



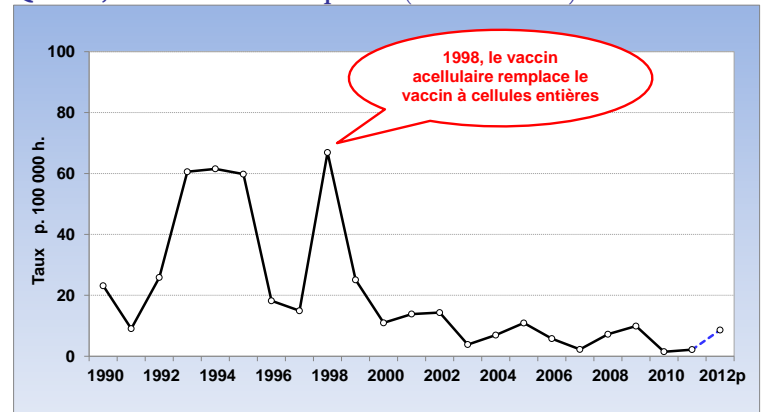
Source : Bureau de surveillance et de veille, DPSP, MSSS à partir des données saisies dans le registre MADO, extraction du 4 septembre 2012.

Ampleur et tendance. Depuis les vingt dernières années, la coqueluche a connu un net recul au Québec. Au cours de la décennie 90, le Québec a enregistré quelques épisodes de forte activité au cours desquels plus de 4 000 cas ont été rapportés en moyenne par année. Durant ces périodes, le taux d'incidence a atteint 61 cas pour 100 000 h. En 1998, on enregistre le plus grand nombre de cas rapportés, soit 4 880, pour un taux d'incidence brut de 67 pour 100 000 h. C'est également en 1998 que le programme québécois d'immunisation a introduit le vaccin acellulaire contre la coqueluche en remplacement du vaccin à cellules entières. Depuis 2003, l'incidence de la coqueluche a considérablement diminué et se maintient à un niveau relativement faible, en règle générale sous le seuil de 7 pour 100 000 h. (figure 2).

Périodicité et saisonnalité. La coqueluche est une maladie endémique dont l'activité cyclique, comparable à une succession de vagues, revient à un intervalle de trois ou quatre ans. Depuis l'année 2000, trois vagues

avec des pics d'intensité accrue se sont produites au Québec, soit en 2001-2002, 2005 et 2009 (figure 2).

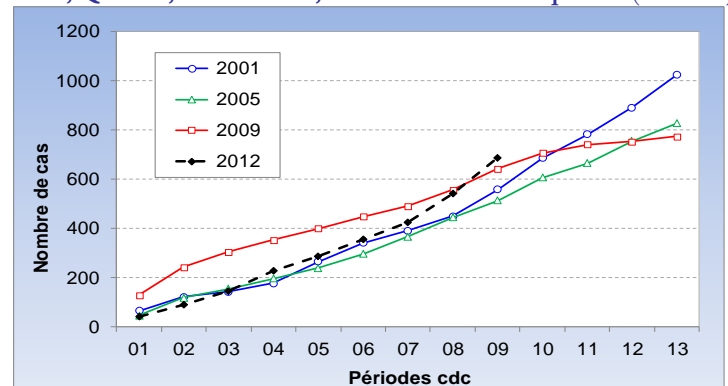
Figure 2
Coqueluche : taux brut d'incidence annuelle
Québec, 1990 à 2011 et 2012 partiel (cumul cdc 1-35)



Source : Bureau de surveillance et de veille, DPSP, MSSS à partir des données saisies dans le registre MADO, extraction du 4 septembre 2012.

La coqueluche se caractérise également par une saisonnalité avec activité accrue débutant généralement en septembre pour atteindre un pic en décembre. La hausse observée cette année correspond à l'une de ces vagues. En outre, la saison semble plus hâtive si l'on considère le nombre élevé de cas rapportés en août. L'expérience tend aussi à démontrer que lorsque la saison débute plus tôt, elle est généralement de plus forte intensité. En termes d'intensité et de saisonnalité, l'année 2012 ressemble à ce qui a été observé en 2001 et 2002, alors que près de 1 050 cas ont été rapportés en moyenne pour chacune de ces années (figure 3).

Figure 3
Cumul du nombre de cas de coqueluche déclarés par période cdc*, Québec, années 2001, 2005 et 2009 et 2012 partiel (cdc 1-35)



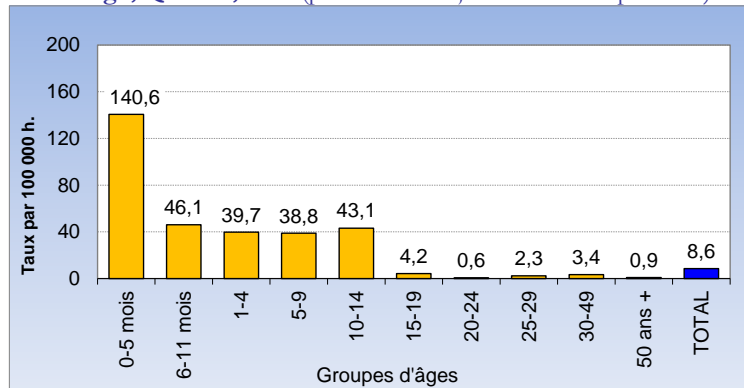
* Une année est divisée en 13 périodes cdc de 4 semaines chacune.

Source : Bureau de surveillance et de veille, DPSP, MSSS à partir des données saisies dans le registre MADO, extraction du 4 septembre 2012.

Portrait des cas 2012. Selon les données saisies au Registre MADO (n = 688) en date du 4 septembre 2012, 53 % des cas concernent des filles. L'âge des cas rapportés varie entre 17 jours et 87 ans. Toutefois, la maladie touche surtout les jeunes de moins de 15 ans, qui représentent 80 % des cas déclarés (n = 551).

Au regard des taux d'incidence cumulée (cdc 1-35), les moins de 1 an sont de loin les plus vulnérables, avec un taux de 93 pour 100 000 h., et plus particulièrement les nourrissons âgés de 0-5 mois qui présentent un taux de 141 pour 100 000 h. Entre 1 et 14 ans, le taux varie de 39 à 43 pour 100 000 h. (figure 4).

Figure 4
Coqueluche : taux brut d'incidence cumulée (cdc 1-35)
Selon l'âge, Québec, 2012 (période du 1^{er} janvier au 1^{er} septembre)

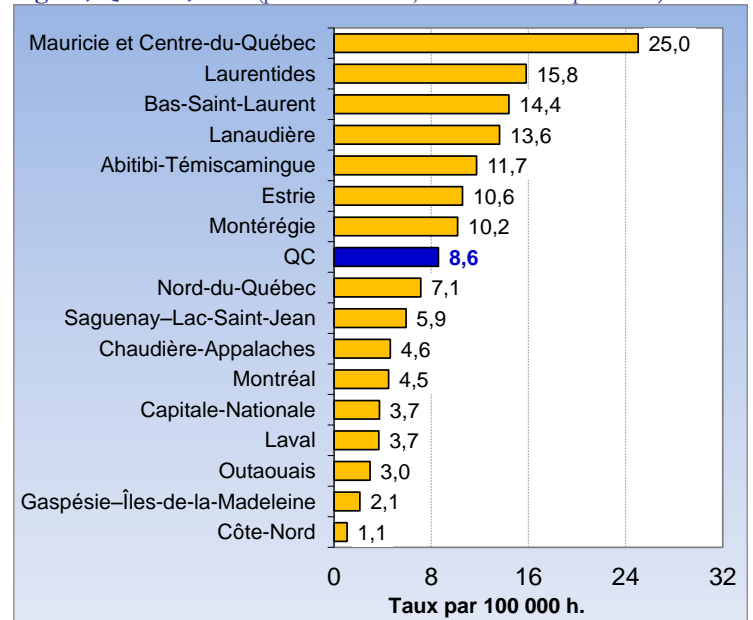


Source : Bureau de surveillance et de vigie, DPSP, MSSS à partir des données saisies dans le registre MADO, extraction du 4 septembre 2012.

Dans 22 % des cas, on ne connaît pas le statut vaccinal. Parmi les cas pour lesquels l'information est connue, 43 % auraient un statut vaccinal « Complet pour l'âge ». En corollaire, 57 % des cas étaient considérés comme non protégés, soit qu'ils avaient un statut vaccinal « Incomplet pour l'âge », « Vacciné sans preuve » ou « Non vacciné ». Chez les jeunes de 1-14 ans, la proportion des cas considérés comme non protégés varie de 37 % (10-14 ans) à 69 % (1-4 ans). Toutefois, le registre MADO ne contenant aucune date de vaccination, il faut interpréter ces données avec prudence.

À l'exception des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, toutes les régions ont déclaré au moins un cas confirmé depuis le début de l'année 2012. Au regard du taux d'incidence, la région Mauricie et Centre-du-Québec se distingue avec un taux bien supérieur au taux québécois, soit 25 pour 100 000 h. (figure 5). Les écarts entre les régions pourraient s'expliquer, entre autres, par un biais de surveillance : en effet, les régions n'appliquent pas forcément les mêmes protocoles d'enquête et n'ont pas non plus le même accès aux tests diagnostiques.

Figure 5
Coqueluche : taux brut d'incidence cumulée (cdc 1-35) selon la région, Québec, 2012 (période du 1^{er} janvier au 1^{er} septembre)



Source : Bureau de surveillance et de vigie, DPSP, MSSS à partir des données saisies dans le registre MADO, extraction du 4 septembre 2012.

Au Canada et ailleurs. Outre le Québec, plusieurs provinces observent une activité accrue de la coqueluche depuis le début de l'année 2012. Selon les données colligées à la fin juillet-début août, près de 3 000 cas ont été déclarés au Canada, soit un taux d'incidence de 15 pour 100 000. Avec près de 1 060 cas rapportés, le Nouveau-Brunswick est de loin la province la plus touchée. Elle est suivie de la Colombie-Britannique, l'Ontario et l'Alberta et, dans une moindre importance, du Yukon et de la Nouvelle-Écosse. Les États-Unis sont également aux prises avec une intensité accrue de la coqueluche, plusieurs États ayant rapporté de nombreux cas, dont huit enregistrant un taux d'incidence supérieur à 22 pour 100 000 h.¹

Vaccination. Le Programme québécois d'immunisation offre gratuitement la vaccination contre la coqueluche. Le Protocole d'immunisation du Québec recommande l'administration d'une dose à 2, 4, 6 et 18 mois suivie d'une dose de rappel entre 4 et 6 ans (à l'entrée scolaire) et d'une autre entre 14 et 16 ans (en 3^e secondaire).

En l'absence de registre de vaccination, seules les données colligées lors de la mise à jour du carnet de vaccination chez les élèves de 3^e secondaire en 2011-2012 permettent d'estimer la couverture vaccinale (pourcentage d'élèves protégés) dans une fourchette de 65 % à 90 %, selon qu'elle est établie sur le nombre d'élèves inscrits ou sur le nombre de preuves de vaccination vérifiées².

Les messages à promouvoir demeurent les mêmes, soit :

- l'importance de la vaccination des nourrissons aux âges recommandés au calendrier québécois de vaccination, particulièrement pour les trois premières doses;
- la recommandation pour les adultes de recevoir au moins une dose de vaccin comprenant la composante de coqueluche acellulaire s'ils n'ont pas reçu une dose à l'adolescence;
- l'importance pour les personnes en contact avec des nouveau-nés de consulter un médecin en présence de toux persistante avec quintes.

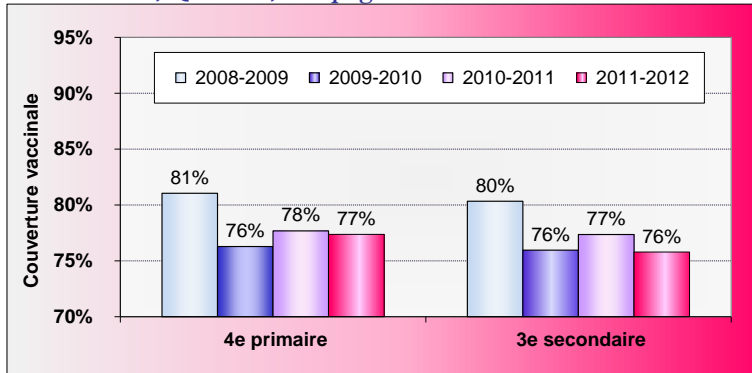
Compte tenu de la variation cyclique de l'incidence de la maladie, il est difficile de prévoir l'évolution de la situation. Le ministère de la Santé et des Services sociaux surveille de près la situation à l'échelle de la province et des interventions provinciales seront mises en place au besoin.

1. Source : <http://www.cdc.gov/pertussis/outbreaks.html>
2. Données colligées par les directions régionales de santé publique pour le Bureau de surveillance et de vigilie, DPSP, MSSS. Données non publiées.

Campagne de vaccination en milieu scolaire contre le VPH.

Selon les données colligées et transmises par les directions régionales de santé publique (DRSP) du Québec, plus de 161 000 doses de vaccin ont été administrées durant la campagne 2011-2012 menée en milieu scolaire, soit 56 900 en 4^e année du primaire et 104 400 en 3^e secondaire. Établie sur le nombre de filles inscrites, la couverture vaccinale pour la province est estimée à 77 % (deux doses) chez les filles de 4^e année et à 76 % (trois doses) chez les filles de 3^e secondaire. Ces valeurs dénotent un léger recul par rapport à celles de l'année précédente et s'inscrivent dans la baisse constatée après la première année d'implantation du programme en 2008-2009 (figure 6). À l'échelle des régions, la couverture vaccinale varie de 66 % à 94 % au primaire, et de 63 % à 93 % au secondaire (figures 7 et 8).

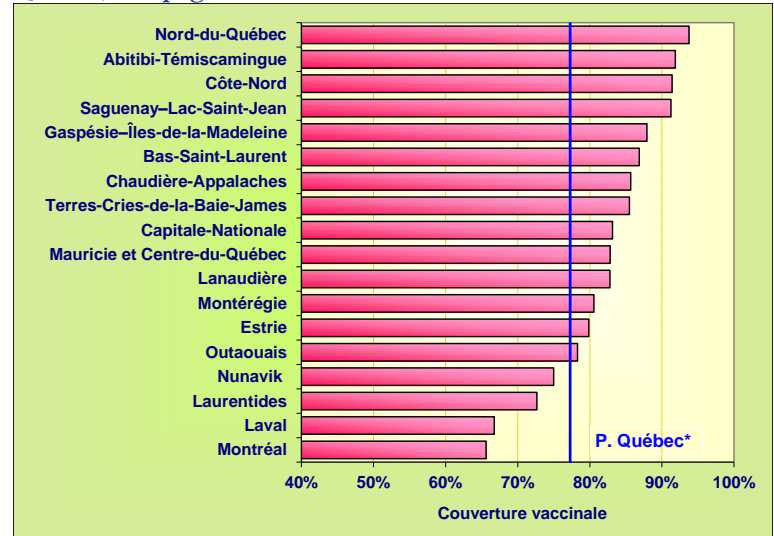
Figure 6
Estimation de la couverture vaccinale contre le VPH chez les filles de la 4^e année du primaire (classe régulière) et de 3^e secondaire, Québec*, campagnes 2008-2009 à 2011-2012



Source : BSV à partir des données transmises par les DRSP, 31 août 2012.

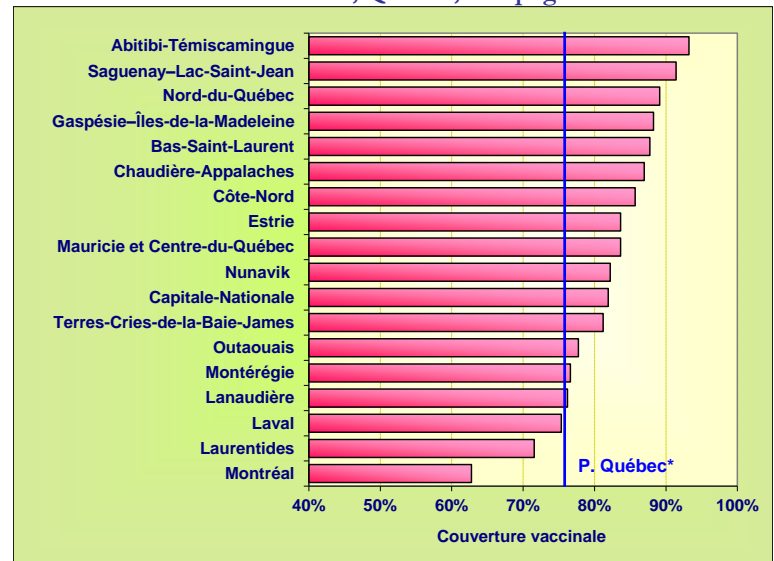
* Pour assurer la comparabilité de la mesure dans le temps, les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James sont exclues du calcul.

Figure 7
Estimation de la couverture vaccinale contre le VPH par région chez les filles de la 4^e année du primaire (classe régulière), Québec, campagne 2011-2012



Source : BSV à partir des données transmises par les DRSP, 31 août 2012.

Figure 8
Estimation de la couverture vaccinale contre le VPH par région chez les filles de 3^e secondaire, Québec, campagne 2011-2012



Source : BSV à partir des données transmises par les DRSP, 31 août 2012.

Manifestations cliniques inhabituelles. Depuis le début de l'implantation du programme en 2008, 979 124 doses de vaccin contre le VPH ont été distribuées au Québec. Environ 330 cas de manifestations cliniques inhabituelles (MCI) survenus à la suite de la vaccination contre le VPH ont été déclarés au fichier ESPRI en date du 25 juillet 2012. Le taux global de MCI se situe à 34 cas pour 100 000 doses distribuées et le taux de MCI sérieuses¹ à 2 pour 100 000.

Le taux de déclaration de MCI pour la campagne 2011-2012 (40 pour 100 000) se rapproche du taux observé pendant la première campagne de vaccination en 2008-2009 (36 pour 100 000, données non présentées).

Les MCI le plus souvent déclarées sont les réactions d'allure allergique (36 %) et les réactions locales (19%). Plus de 90 % des déclarations de MCI sont des manifestations attendues et de nature bénigne. Environ 6 % des déclarations sont considérées comme des MCI sérieuses¹.

Précisons que le fait de déclarer une MCI ne signifie pas que le vaccin en était 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 et la littérature scientifique, basées sur l'utilisation de millions de doses dans plusieurs pays, démontrent que le vaccin contre le VPH est sécuritaire.

-
1. 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.

Auteurs : France Markowski, Eveline Toth et Geneviève Gravel, Direction de la protection de la santé publique (DPSP), MSSS.

Avec la collaboration de Monique Landry, Marlène Mercier et Bruno Turmel, DPSP, MSSS.

Flash Vigie est un bulletin diffusé le quatrième jeudi de chaque mois. Il a pour but de rapporter les situations de menace réelle ou appréhendée à la santé de la population dans le domaine des maladies infectieuses. Il est produit par le Bureau de surveillance et de vigie de la Direction de la protection de la santé publique (DPSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 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. *Flash Vigie* 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.
