



Vigie – Interventions

Vaccination contre les VPH. En septembre 2008, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) démarrait un programme de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) qui se déroule principalement en milieu scolaire. Ce programme a été implanté dans le but de prévenir les lésions précancéreuses et les cancers des sphères anogénitale et oropharyngée de même que les condylomes (verrues anales, génitales et de la cavité buccale). Il complète 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.

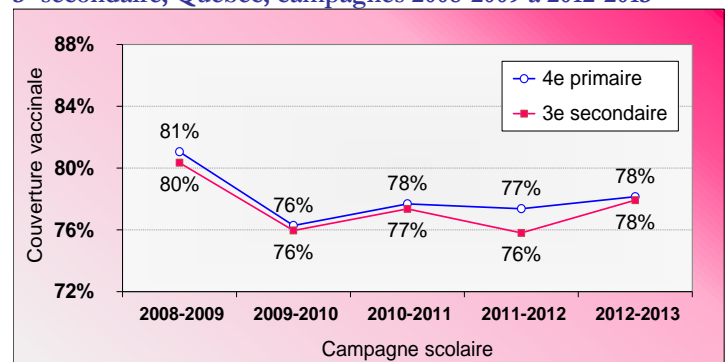
Le vaccin utilisé pour le programme de vaccination en milieu scolaire est le Gardasil®, qui protège contre quatre types du virus : les VPH 16 et 18, à l'origine de 70 % des cancers du col de l'utérus, et les VPH 6 et 11, à l'origine de condylomes (verrues anales, génitales et de la cavité buccale) et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

L'année scolaire 2013-2014 marque l'arrivée des premières cohortes de filles vaccinées contre les VPH en 4^e année du primaire et, conséquemment, la fin du programme de rattrapage qui était offert aux filles de 3^e secondaire depuis 2008. Ainsi, à compter de l'année scolaire 2013-2014, le programme de vaccination contre les VPH est uniquement offert aux filles de 4^e année, à raison de deux doses espacées de six mois, comme le recommande le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ). Toutefois, la mise à jour du carnet de vaccination et l'offre de vaccination aux élèves incomplètement ou non vaccinées se poursuivent en 3^e secondaire. Pour la vaccination qui aurait lieu dans le cadre de cette mise à jour du carnet, l'administration de trois doses du vaccin selon un intervalle de 0, 2 et 6 mois demeure la recommandation à suivre. Un document sous forme de questions-réponses a été produit par le Ministère à l'intention des professionnels de la santé¹.

Résultats de la campagne scolaire 2012-2013. Selon les données colligées par les directions régionales de santé publique (DRSP) du Québec, plus de 156 000 doses de vaccin ont été administrées au terme de la campagne 2012-2013 menée en milieu scolaire, soit 57 000 en 4^e année du primaire et 99 000 en 3^e secondaire. Établie sur le nombre de filles inscrites, la couverture vaccinale pour la province est estimée à 78 % (deux doses) chez les filles fréquentant la classe régulière de 4^e année du primaire et à 78 % (trois doses) chez les filles de 3^e secondaire. Ces valeurs sont légèrement au-dessus de la couverture vaccinale moyenne des trois campagnes précédentes (figure 1). À l'échelle des régions, la couverture vaccinale varie de 71 à 94 % au primaire, et de 66 à 94 % au secondaire (figures 2 et 3).

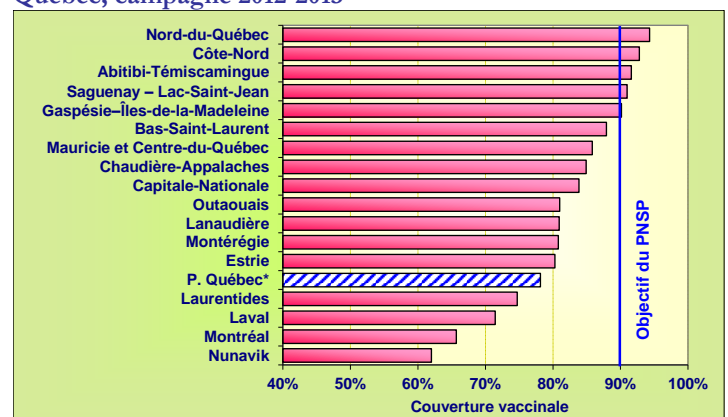
Depuis 2008, les couvertures vaccinales sont en-deçà des objectifs du Programme national de santé publique (PNSP), la cible étant de 90 % pour les filles en 4^e année du primaire et de 85 % pour celles de la 3^e secondaire.

Figure 1
Estimation de la couverture vaccinale contre les VPH chez les filles de la 4^e année du primaire (classe régulière) et de 3^e secondaire, Québec, campagnes 2008-2009 à 2012-2013*



Source : BSV à partir des données colligées par les DRSP, 06-09-2013.
* Afin d'assurer la comparabilité de la mesure dans le temps, les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ont été exclues du calcul de la CV provinciale.

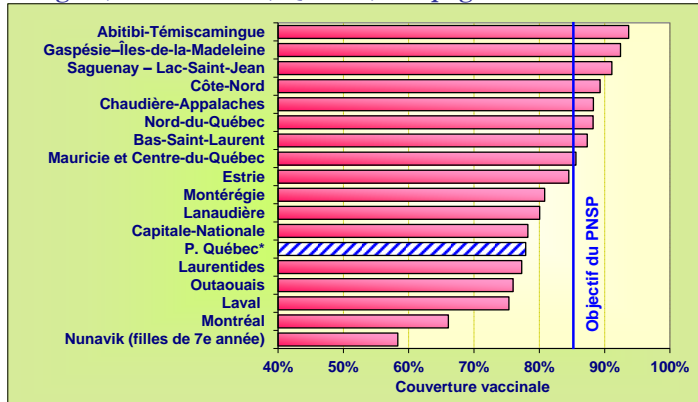
Figure 2
Estimation de la couverture vaccinale contre les VPH selon la région, 4^e année du primaire (classe régulière), Québec, campagne 2012-2013*



Source : BSV à partir des données colligées par les DRSP, 06-09-2013.
* Les régions du Nunavik (17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18) sont exclues du calcul de la CV provinciale.

Figure 3

Estimation de la couverture vaccinale contre les VPH selon la région, 3^e secondaire, Québec, campagne 2012-2013*



Source : BSV à partir des données colligées par les DRSP, 06-09-2013.

* Les régions du Nunavik (17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18) sont exclues du calcul de la CV provinciale.

Manifestations cliniques inhabituelles. Depuis la mise en place du programme en 2008, près de 1 159 000 doses² de vaccin contre les VPH ont été distribuées au Québec, et 407 cas³ de manifestations cliniques inhabituelles (MCI) survenant à la suite de la vaccination contre les VPH 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 2012-2013, le taux de déclaration de MCI est sensiblement le même, soit 33 pour 100 000. Par rapport au taux établi pour la campagne 2011-2012 (40 pour 100 000), cela représente une baisse non significative.

De façon générale, plus de 90 % des déclarations de MCI 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 déclarations sont considérées comme des 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 et la littérature scientifique, basées sur l'utilisation de millions de doses dans plusieurs pays, démontrent que le vaccin contre les VPH est sécuritaire.

Saviez-vous que... Au Québec, de 2004 à 2007, on a dénombré environ 580 cas de cancer par année qui seraient attribuables aux VPH.

Une infection par un VPH est généralement acquise très tôt après le début des relations sexuelles. Les femmes de 15 à 25 ans affichent la prévalence la plus élevée. Ce sont les infections transmissibles sexuellement (ITS) les plus fréquentes, tant chez les hommes que chez les femmes.

Le vaccin est à sa pleine efficacité lorsqu'il est administré avant le début des relations sexuelles. Selon *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011*⁶, 38 % des filles du secondaire âgées de 14 ans ou plus ont eu des relations sexuelles consensuelles au moins une fois dans leur vie.

1. *Vaccination contre le virus du papillome humain : Questions et réponses à l'intention des intervenants*, Québec, MSSS, 2013, 26 p. [En ligne] [\[http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/download.php?f=0441c652ccb1a211920fa0960ded21b1\]](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/download.php?f=0441c652ccb1a211920fa0960ded21b1).
2. Données en date du 25 juin 2013.
3. Données en date du 10 septembre 2013.
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. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, 2012, section 8. [En ligne] [\[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2012/EQJSJ_s_tome1.pdf\]](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2012/EQJSJ_s_tome1.pdf).

Hausse importante des cas de lymphogranulomatose vénérienne en 2013.

La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) est une infection transmissible sexuellement (ITS) causée par *Chlamydia trachomatis*, sérotypes L1, L2 et L3^{1,2}. Comparativement aux sérotypes A-K, les sérotypes de la LGV sont plus invasifs et touchent principalement le tissu lymphoïde.

Au stade primaire, la LGV peut causer une petite papule non douloureuse au site d'inoculation. Au stade secondaire, elle entraîne souvent une adénopathie inguinale ou fémorale unilatérale douloureuse. Elle peut aussi provoquer une rectite hémorragique aiguë. Le stade secondaire peut être accompagné de symptômes systémiques comme une faible fièvre, des frissons, des malaises, des myalgies et des arthralgies.

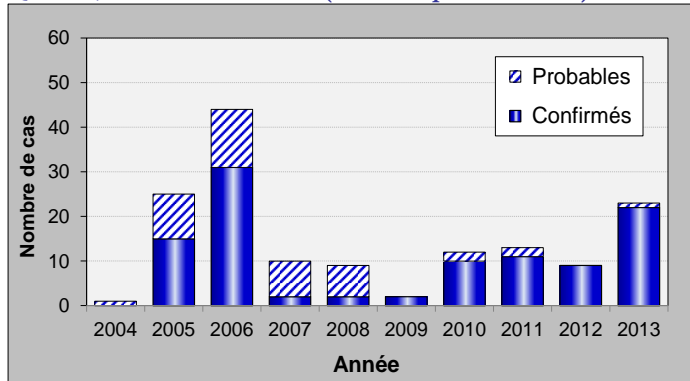
Parmi les cas non traités, 10 à 20 % développent une forme chronique de la maladie, caractérisée par des lésions inflammatoires persistantes qui entraînent des cicatrices, des déformations ou des fistules des organes génitaux.

Épidémiologie de la LGV au Québec. Avant 2004, les cas de LGV étaient rares, sporadiques et habituellement acquis à l'étranger. De 2004 à 2006, le nombre annuel de cas déclarés est passé de 1 à 44. Par la suite, de 2007 à 2012, le nombre de cas s'est plus ou moins maintenu autour de neuf cas en moyenne par année.

En 2013, la situation change. On assiste à une nouvelle augmentation de l'incidence de la LGV. Au 3 septembre, 23 cas ont déjà été déclarés. Près du tiers (soit 7/23) l'ont été au cours de la dernière semaine du mois de juin. Par la suite, on observe un cas en moyenne par semaine. L'année n'est pas encore terminée et déjà le nombre de cas rapportés représente une hausse d'environ 150 % par rapport au nombre moyen annuel de la période 2007-2012 (figure 4).



Figure 4
Nombre de cas annuel de LGV,
Québec, 2004 à 2012 et 2013 (données préliminaires)



Source : Fichier provincial MADO, extraction du 3 septembre 2013.

Régions touchées. De façon générale, la grande majorité des cas déclarés (soit 83 %, tant pour la période 2004-2012 qu'en 2013) concernent des résidents de la région de Montréal. Les autres cas (17 %) se distribuent dans une dizaine de régions (tableau 1).

En 2013, outre la région de Montréal, qui compte 19 cas confirmés, trois autres régions ont rapportés au moins un cas. Les enquêtes réalisées ont permis de documenter que certains des cas avaient eu des contacts sexuels hors de leur région de résidence dans une zone où la LGV est plus fréquente (par exemple Montréal, Vancouver).

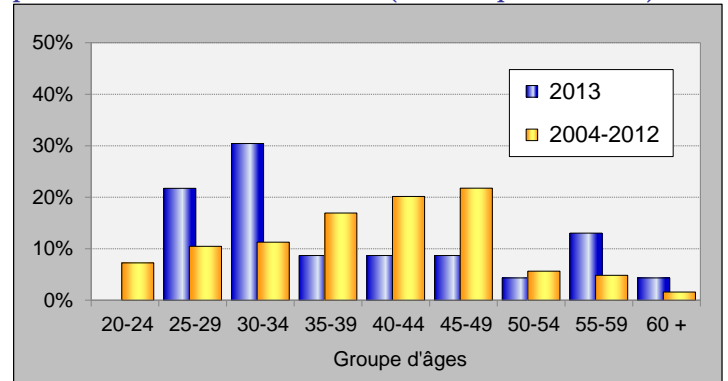
Tableau 1
Nombre de cas de LGV selon la région,
Québec, 2004 à 2013 (données préliminaires)

Régions	Période 2004-2013 (au 3 septembre 2013)
Saguenay—Lac-Saint-Jean	1
Capitale-Nationale	3
Mauricie-et-Centre-du-Québec	2
Estrie	1
Montréal	123
Outaouais	2
Chaudière-Appalaches	1
Laval	4
Lanaudière	5
Laurentides	1
Montérégie	5
Total	148

Source : Fichier provincial MADO, extraction du 3 septembre 2013.

Âge. L'âge des cas déclarés en 2013 varie de 25 à 66 ans, pour un âge moyen de 39 ans. Si l'âge moyen des cas est relativement stable depuis 2004, on observe toutefois en 2013, par rapport aux déclarations de la période 2004-2012, une nette augmentation des cas parmi les 25-34 ans et, dans une moindre importance, parmi les 55-59 ans (figure 5).

Figure 5
Proportion des cas de LGV selon le groupe d'âges, Québec,
période 2004-2012* et année 2013 (données préliminaires)



Source : Fichier provincial MADO, extraction du 3 septembre 2013.

* Répartition basée sur 124 cas, un cas étant d'âge inconnu.

Vigie intensifiée. Depuis 2005, la LGV fait l'objet d'une vigie intensifiée à l'échelle canadienne et québécoise afin de surveiller les facteurs de risque et la progression de la maladie.

Les facteurs de risque pour la LGV généralement reconnus dans la littérature sont le fait d'être un HARSAH (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes) ou une personne vivant avec le VIH^{3,4,5,6}. Les données disponibles pour la province confirment cette épidémiologie chez les cas québécois malgré qu'il soit difficile d'établir des tendances temporelles compte tenu du petit nombre de cas impliqués et des données manquantes.

Ainsi au Québec, depuis 2004, à l'exception d'un cas probable chez une femme, tous les cas déclarés sont des hommes. Parmi les cas masculins pour lesquels l'information est connue (n = 137), 99 % sont des HARSAH, pour l'essentiel (99 %) exclusivement homosexuels.

En 2013, 77 % des cas pour lesquels l'information est disponible (soit 10/13) étaient des personnes vivant avec le VIH, contre 60 % pour la période 2004-2012.

Voyage. La notion d'acquisition possible à l'extérieur du Québec revêt une valeur utile pour la surveillance de l'épidémiologie de la maladie afin d'estimer la transmission locale. En 2013, parmi les cas pour lesquels l'information est disponible, 15 % (soit 2/13) ont voyagé à l'extérieur du Québec dans les 60 jours précédant le début des symptômes comparativement à 31 % (27/86) pour la période 2004-2012. Les principaux lieux de séjour rapportés, depuis 2004, sont les États-Unis, l'Europe, l'Amérique latine et les provinces de l'Ontario et de la Colombie-Britannique.

Prévention. Les mesures préventives préconisées sont les suivantes :

- 1) La détection et le traitement précoces des cas;
- 2) La notification des partenaires et le traitement épidémiologique;
- 3) Les comportements et pratiques sexuels sécuritaires.

Commentaires. La LGV ne fait pas l'objet de dépistage, sauf dans le contexte d'un contact avec un cas connu de LGV. L'infection est habituellement symptomatique. L'établissement du diagnostic peut être difficile car l'infection est relativement rare, le tableau clinique n'est pas spécifique et la confirmation du diagnostic requiert une analyse par le Laboratoire national de Winnipeg. Aussi, il est fort probable que le nombre de cas soit sous-estimé.

De plus, la notification des partenaires représente un défi puisqu'il s'agit souvent de partenaires anonymes. Néanmoins, compte tenu des complications possibles liées à cette maladie, il importe de maintenir la vigilance.

Par ailleurs la recrudescence de la LGV se situe dans un contexte d'augmentation de la syphilis infectieuse et de l'infection gonococcique au Québec depuis quelques années, infections qui touchent aussi les HARSAH. Dans le rapport de l'année 2011 du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, on note une légère hausse des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH chez les HARSAH âgés de moins de 35 ans⁷.

Documentation. Pour plus d'information sur la présentation clinique et le traitement de la LGV :

- Appels à la vigilance de la [région de l'Outaouais](#) et de la [région de Montréal](#) ;
- [Fiche clinique LGV](#) dans Espace ITSS de l'INSPQ ;
- [L'énoncé provisoire sur le diagnostic et le traitement de la LGV au Québec](#) ;
- [Lignes directrices canadiennes sur les ITSS, chapitre sur la LGV](#) ;

Pour des informations destinées à la population, aux personnes à risque et aux personnes infectées :

- [Portail santé mieux-être](#) ;
- [Lymphogranulome vénérien au Canada](#) ;
- [On annonce la LGV](#) (Direction de santé publique de Montréal) ;

1. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, [Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement](#), Section 5, Prise en charge et traitement d'infections spécifiques, Lymphogranulomatose vénérienne. [En ligne] [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcits/section-5-9-fra.php>].
2. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, [Fiches cliniques, Lymphogranulomatose vénérienne \(LGV\)](#). [En ligne]. [<http://www.espaceitss.ca/15-itss-lymphogranulomatose-venerienne-lgv-html>].
3. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2009*, Ottawa, Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2011, 36 p.
4. HEALTH PROTECTION AGENCY, *Syphilis and Lymphogranuloma Venereum : Resurgent Sexually Transmitted Infections in the UK*, London (United Kingdom), Health Protection Agency, 2009, 8 p.
5. M. LINDEGGER et al., *Lymphogranuloma venereum in British Columbia : 2004 to 2011*, [Vancouver], Clinical Prevention Services, British Columbia Centre for Disease Control, 2012, 11 p.
6. EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, *Sexually Transmitted Infections in Europe 1990-2010*, Rapport de surveillance, Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2012, VII + 123 p. [En ligne] [<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/201206-sexually-transmitted-infections-europe-2010.pdf>].
7. R. BITERA, et autres, *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : Cas cumulatifs 2002-2011*, Québec, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, en collaboration avec l'Unité de recherche en santé des populations du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, 2012, XIX + 143 p. [En ligne] [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1579_ProgSurvInfectionVIHQc_CasCumul2002-2011.pdf].

Auteurs : Geneviève Gravel, France Markowski, et Eveline Toth du Bureau de surveillance et de vigie, MSSS ; Sylvie Venne, Service de lutte contre les ITSS, MSSS.

Collaborateurs : Riyas Fadel, Service de lutte contre les ITSS, MSSS ; Monique Landry, Marlène Mercier, Bruno Turmel de la Direction de la protection de la santé publique, MSSS.

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. 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.
