



Vaccination grippe saisonnière

Le 1^{er} novembre débute la campagne québécoise 2010 de vaccination contre la grippe saisonnière. Cette campagne se poursuivra tout l'hiver et se terminera après le pic de l'activité grippale. Nous profitons de ce contexte pour diffuser les résultats de la campagne 2009 laquelle a commencé plus tardivement qu'à l'habitude, soit en janvier 2010, en raison de la campagne de vaccination de masse contre la grippe A(H1N1) qui a été menée du 22 octobre au 18 décembre 2009. Les résultats portent sur deux des objets de la surveillance provinciale réalisée par le Bureau de surveillance et de vigie (BSV) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) soit 1) la couverture vaccinale chez les travailleurs de la santé et les personnes vivant en milieu d'hébergement et 2) les manifestations cliniques inhabituelles survenant à la suite d'une vaccination contre la grippe.

Couverture vaccinale. Les travailleurs de la santé et la clientèle des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) figurent parmi les groupes ciblés par le programme de vaccination contre la grippe saisonnière. Dans ces deux cas, l'objectif de couverture vaccinale fixé par le Programme national de santé publique (PNSP) est de 80 %¹. Les résultats présentés ci-dessous ont été obtenus à partir des données colligées par les directions régionales de santé publique (DSP).

Travailleurs de la santé. Depuis la campagne 2006, la couverture vaccinale (CV) de ce groupe est estimée à partir des travailleurs de la santé inscrits sur la liste de paie des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Bien qu'imparfait et non exhaustif, ce sous-groupe de travailleurs a été choisi car il constitue une cible facile à définir et un dénominateur commun aux régions, et offre ainsi la meilleure estimation possible de CV. Au Québec, près de 60 % des travailleurs du réseau de la santé appartiennent à ce groupe. Cette proportion varie entre 25 % et 100 % selon la région mais est égale ou supérieure à 80 % dans 15 régions sur 18.

Depuis 2006, nous sommes très loin de l'objectif du PNSP. On estime en effet qu'au terme des campagnes 2006 à 2008, moins d'un travailleur sur deux (47 % en moyenne) inscrits sur la liste de paie des CSSS a reçu le vaccin contre la grippe saisonnière. Selon la région, la CV moyenne pour 2006-2008 varie entre 41 % et 75 % (figure 1).

Pour ce qui est des résultats de la campagne 2009, un travailleur sur cinq (21 %) au Québec aurait reçu le vaccin saisonnier (tableau 1), soit entre 16 % et 46 % selon la région (figure 1). Il s'agit des plus faibles résultats enregistrés jusqu'ici, et de loin. Ceux-ci peuvent s'expliquer par la très faible activité grippale saisonnière d'une part et, d'autre part, par la campagne de vaccination de masse contre la grippe A(H1N1), au cours de laquelle 49 % des adultes de 18-64 ans² et près de 80 % des travailleurs de la santé auraient été vaccinés³.

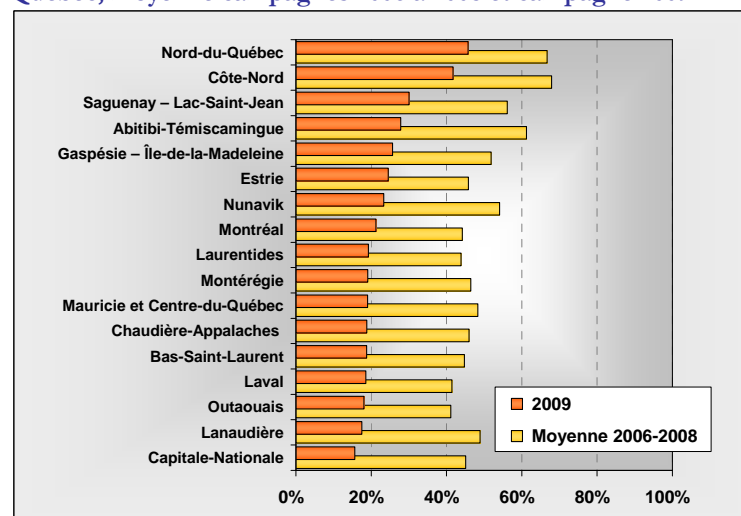
Clientèle en CHSLD. Depuis la campagne 2006, la collecte des données vise les résidents des CHSLD du réseau québécois de la santé, soit les CHSLD publics et les CHSLD privés conventionnés. Au terme de la campagne 2009, la CV est estimée à 84 % pour l'ensemble du Québec et dépasse ainsi l'objectif du PNSP. Selon la région, la CV varie entre 33 % et 95 % et la majorité des régions (12 sur 17) atteignent ou dépassent l'objectif. De façon générale, les résultats de la campagne 2009 dénotent un léger fléchissement, non significatif, de la CV par rapport aux campagnes 2006 à 2008 (tableau 1 et figure 2). À titre comparatif, au terme de la campagne de vaccination pandémique qui a précédé la campagne saisonnière, 69 % des personnes de 65 ans ou plus auraient reçu le vaccin contre la grippe A(H1N1)².

Tableau 1
Couverture vaccinale contre la grippe saisonnière chez les travailleurs de la santé inscrits sur la liste de paie des CSSS et la clientèle en CHSLD, Québec, 2006 à 2009

Population visée	2006	2007	2008	2009
Travailleurs de la santé des CSSS	48%	47%	47%	21%
TOTAL CHSLD	86%	87%	87%	84%
Publics	85%	86%	86%	84%
Privés conventionnés	86%	89%	88%	83%

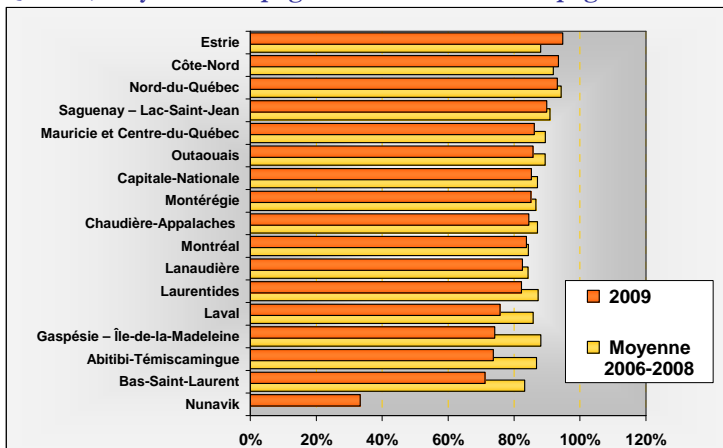
Source : BSV à partir des données colligées par les DSP.

Figure 1
Couverture vaccinale contre la grippe saisonnière selon la région, travailleurs de la santé inscrits sur la liste de paie des CSSS, Québec, moyenne campagnes 2006 à 2008 et campagne 2009



Source : BSV à partir des données colligées par les DSP.

Figure 2
Couverture vaccinale contre la grippe saisonnière selon la région, clientèle en CHSLD (publics et privés conventionnés), Québec, moyenne campagnes 2006 à 2008 et campagne 2009



Source : BSV à partir des données colligées par les DSP.

Campagne 2010. Dans le but de faciliter la mise en œuvre des campagnes de vaccination contre la grippe saisonnière, l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travailleur du secteur des affaires sociales (ASSTSAS) a conçu, en collaboration avec le MSSS, une trousse contenant de nombreux outils promotionnels à l'intention des établissements de santé. Cette trousse a été diffusée en août auprès de tous les établissements hospitaliers du Québec⁴.

Manifestations cliniques inhabituelles. Les manifestations cliniques inhabituelles (MCI) sont des événements indésirables qui sont 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 québécoise 2009 de vaccination contre la grippe saisonnière, près de 1 563 370 doses de vaccins ont été distribuées au Québec et 65 MCI ont été déclarées dont six qualifiées de sérieuses⁵.

Le taux d'incidence établi par 100 000 doses de vaccin distribuées s'élève à 4,2 pour l'ensemble des MCI et à 0,4 pour les MCI sérieuses. Ces taux sont inférieurs à ceux observés à la suite de la vaccination contre la grippe saisonnière des années antérieures (tableau 2) et contre la grippe pandémique alors que, sur les 5,78 millions de doses de vaccin A(H1N1) distribuées, les taux de MCI et de MCI sérieuses ont été établis respectivement à 39,4 et 1,6 par 100 000 (au 24 février 2010).

Tableau 2
Taux d'incidence de déclaration de MCI survenues à la suite d'une vaccination contre la grippe saisonnière et contre la grippe A(H1N1), Québec, campagne 2009 et moyenne 2000-2008
 (Taux exprimé pour 100 000 doses distribuées)

Campagnes	Grippe saisonnière		A(H1N1) 2009
	Moyenne 2000-2008	2009 (Hiver 2010)	
Taux ensemble des MCI	27,7	4,2	39,4
Taux MCI sérieuses	1,5	0,4	1,6
Hospitalisations	0,8	0,3	0,9
Chocs anaphylactiques et anaphylaxies	0,3	0,1	0,6
Séquelles	0,4	0,0	0,0
Décès	0,0	0,1	0,0

Sources : BSV, Fichiers ESPRI au 21-10-2010 et A(H1N1) au 24-02-2010.

Note : les catégories (« Hospitalisations », « Chocs anaphylactiques et anaphylaxies », « Séquelles » et « Décès ») ne sont pas mutuellement exclusives et la somme de leur taux peut donc excéder le taux de MCI sérieuses.

Depuis 2001 au Québec, les médecins et les infirmières ont l'obligation de déclarer au directeur de santé publique de leur territoire toute MCI survenant à la suite d'une vaccination s'ils soupçonnent un lien entre le vaccin et la MCI (Loi sur la santé publique, art. 69, parag. 1).

1. *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*. Direction générale de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Ce document est diffusé à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications.

2. Pour plus de détails, consulter le site Web de Pandémie Québec à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca/extranet/pandemie/etat_situation/

3. Selon les données parcellaires non publiées de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travailleur du secteur des affaires sociales. (ASSTSAS).

4. Voir le site Web de l'ASSTSAS à l'adresse : www.asstsas.qc.ca, section Publication.

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.

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

Flash Vigie est un bulletin diffusé le troisième 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 vise en outre à faire le suivi de certaines activités de vigie et à améliorer les systèmes de surveillance en diffusant des informations relatives à la qualité des données. 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 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.