

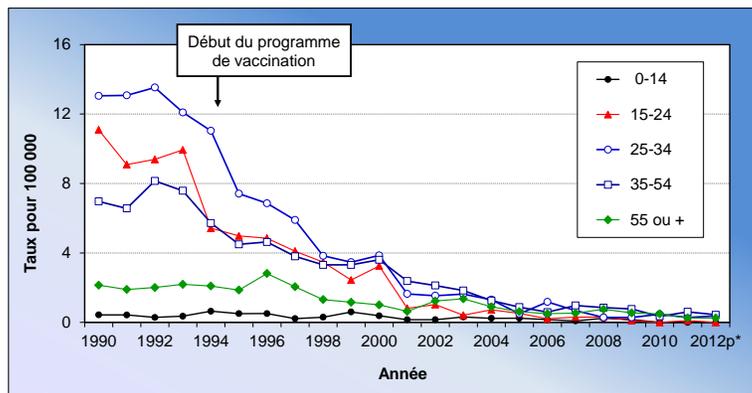


## Vigie – Interventions

### Vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire.

Le programme québécois de vaccination contre le virus de l'hépatite B chez les élèves de la 4<sup>e</sup> année du primaire a été lancé en 1994. Depuis, l'infection a presque disparu dans les cohortes vaccinées. Avant l'implantation du programme, le nombre de cas d'hépatite B aiguë rapportés dans le fichier provincial MADO chez les moins de 25 ans se situait autour de 96 cas par an (moyenne de la période 1991-1993) comparativement à 57 cas par an au cours des trois premières années du programme (période 1994-1996). En 2010 et 2011, un seul cas a été rapporté dans ce groupe d'âges, et aucun en 2012 (en date du 11 août 2012). La baisse du nombre de cas correspond à un recul notable de l'incidence chez les moins de 25 ans et aussi dans tous les autres groupes d'âges, comme en témoigne l'évolution des taux d'incidence depuis 1990 (figure 1).

**Figure 1**  
Hépatite B aiguë : taux d'incidence selon l'âge, sexes réunis, Québec, 1990 à 2012p\*



\* Pour l'année 2012, il s'agit du taux d'incidence cumulé au 11 août 2012 (semaines cdc 1-32).

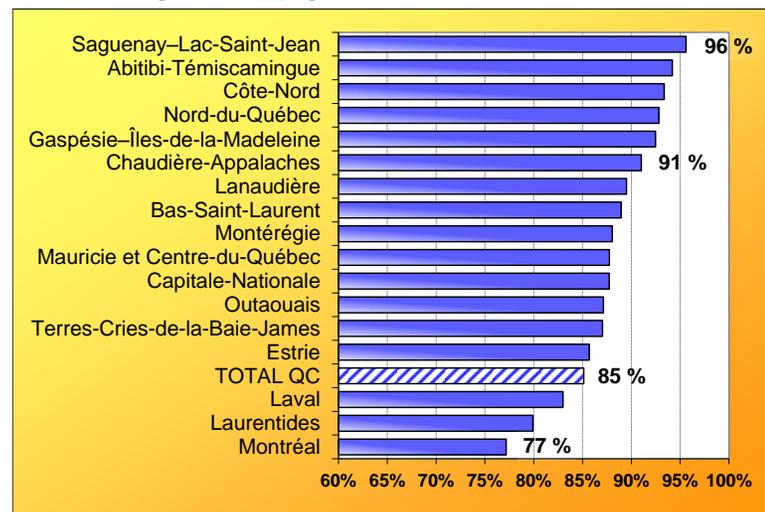
Source : BSV à partir des données du fichier provincial MADO (extraction du 14 août 2012).

**Couverture vaccinale.** Selon les données colligées par les directions régionales de santé publique (DRSP), au terme de la campagne 2011-2012, 85 % des élèves de 4<sup>e</sup> année de classe régulière sont considérés comme protégés contre l'hépatite B. Cette proportion varie considérablement suivant la région, soit entre 77 % et 96 %. Six régions seulement atteignent ou dépassent l'objectif du Programme national de santé publique (PNSP), soit une couverture vaccinale de 90 % pour les élèves de la 4<sup>e</sup> année du primaire (figure 2).

Les données historiques (1999-2011) montrent que la proportion des élèves protégés tend à diminuer depuis le début des années 2000, et en

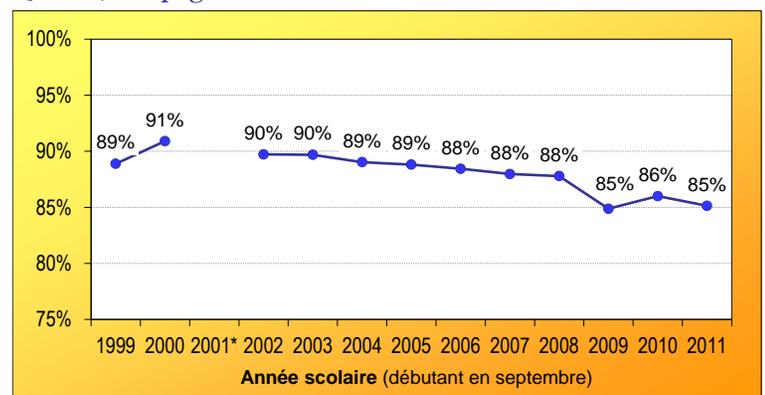
particulier depuis la campagne de 2009-2010. Il faut cependant rappeler que l'année scolaire 2009-2010 correspond à la seconde vague de la pandémie de grippe A(H1N1) et que l'automne 2009 avait été axé sur la campagne de vaccination de masse contre la grippe A(H1N1). Depuis, la couverture vaccinale est demeurée sensiblement la même. Enfin, les données recueillies démontrent que, depuis 2004, la couverture vaccinale contre l'hépatite B parmi les élèves de la 4<sup>e</sup> année du primaire n'atteint plus l'objectif établi par le PNSP (figure 3).

**Figure 2**  
Estimation de la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les élèves de la 4<sup>e</sup> année du primaire (classe régulière), Québec et régions, campagne 2011-2012



Source : BSV à partir des données colligées par les DRSP, 15 novembre 2012.

**Figure 3**  
Estimation de la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les élèves de la 4<sup>e</sup> année du primaire (classe régulière), Québec, campagnes 1999-2000 à 2011-2012



\* Aucune donnée compilée pour l'année scolaire 2001-2002 en raison de la campagne provinciale de vaccination contre le méningocoque C.

Source : BSV à partir des données colligées par les DRSP, 15 novembre 2012.

## La syphilis infectieuse chez les femmes.

Une hausse globale du nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse est observée au Québec depuis le début des années 2000, passant de 3 cas en 1998 à 630 en 2012. Jusqu'à tout récemment, la presque totalité des cas étaient des hommes, et l'augmentation semblait liée essentiellement à la propagation de la syphilis infectieuse chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Depuis 2008, la syphilis infectieuse touche de plus en plus de femmes (4 % des cas pour la période 2010-2011), passant de 8 cas en 2008 à 27 cas en 2012. En 2011, un premier cas de syphilis congénitale depuis dix ans a été rapporté chez un nouveau-né de mère d'origine québécoise.

Devant cette hausse des cas féminins de syphilis infectieuse, une vigie rehaussée a été réalisée. Cette vigie visait à recueillir de l'information sur les caractéristiques des cas féminins déclarés en 2010 et 2011 afin de mieux orienter les interventions de prévention et de traitement de la syphilis chez les femmes. Voici un résumé des résultats de cette vigie rehaussée.

**Constats.** Un total de 51 cas de syphilis infectieuse chez les femmes a été déclaré au Québec entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 31 décembre 2011, ce qui représente un taux annuel moyen de 0,6 cas pour 100 000 femmes.

Un peu plus de la moitié d'entre elles (51 %) rapportaient des antécédents récents de partenaire sexuel ayant un facteur de risque<sup>1</sup> d'infection transmissible sexuellement. Le tiers (33 %) avaient déjà eu une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS) et près d'un tiers (32 %) avaient consommé des drogues autres que le cannabis au cours de la dernière année. Trois femmes ont rapporté être des travailleuses du sexe, et quatre autres ont déclaré avoir eu plus de quatre partenaires sexuels au cours de la dernière année; ainsi 11 % des femmes auraient eu de multiples partenaires sexuels.

En outre, 36 % des cas ne rapportaient aucun facteur de risque pour elles-mêmes ou pour leur(s) partenaire(s) sexuel(s). Selon les renseignements recueillis, aucune indication de dépistage n'était identifiée pour 46 % des cas : soit que ces femmes ne rapportaient aucun facteur de risque, soit que les facteurs rapportés ne constituaient pas une indication de dépistage selon les recommandations actuellement en vigueur<sup>2</sup>. Pour les femmes sans indication de dépistage de la syphilis, le meilleur moyen de bénéficier d'un dépistage précoce est de les aviser lorsqu'elles ont eu un contact sexuel avec un partenaire infecté (notification des partenaires).

Enfin, plus de la moitié (57 %) des cas déclarés semblent avoir été détectés dans un contexte de diagnostic (présence de symptômes). Le traitement était généralement conforme aux recommandations en vigueur.

Au terme de ces deux années de vigie rehaussée (2010 et 2011), le taux d'incidence annuel moyen de syphilis infectieuse chez les femmes de 15-24 ans s'élevait à 2,1 cas pour 100 000, soit un taux 3,5 fois supérieur à celui de l'ensemble des femmes (0,6).

## Recommandations.

1. Poursuivre le dépistage systématique de la syphilis chez la femme enceinte au début de sa grossesse et consolider le dépistage répété si le risque d'exposition persiste.

2. Consolider l'intervention préventive auprès des hommes atteints de syphilis infectieuse pour identifier, notifier et traiter les femmes exposées. La possibilité de partenaires féminines doit être considérée également chez les HARSAH.
3. Renforcer l'ensemble des stratégies de prévention des ITSS chez les jeunes, notamment la promotion d'une sexualité saine et responsable ainsi que le dépistage des ITSS.

L'ensemble des constats faits dans le cadre de la vigie rehaussée sont présentés dans un rapport synthèse qui s'adresse plus particulièrement aux professionnels de la santé et aux intervenants en santé sexuelle et reproductive. Ce rapport est diffusé sur le site du MSSS à l'adresse suivante :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-325-01W.pdf>.

1. Les facteurs de risque documentés dans la démarche sont les suivants : origine ethnoculturelle région où la syphilis est endémique; antécédents d'ITSS; des partenaires sexuels multiples, soit plus de quatre au cours de la dernière année; lien avec la prostitution au cours de la dernière année; consommation de drogues (à l'exception du cannabis) au cours de la dernière année; consommation de drogues par injection au cours de la dernière année; antécédents récente de partenaire sexuel à risque (plusieurs possibilités : HARSAH, usager de drogues, travailleur du sexe ou client, multiples partenaires, relations sexuelles à l'étranger); relations sexuelles récentes avec une personne résidant dans un pays où la syphilis est endémique. Le terme « récente » renvoie à la période possible d'infection.
2. Les indications de dépistage de la syphilis sont précisées dans un document diffusé à l'adresse Internet suivante : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-308-03F\\_verso.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-308-03F_verso.pdf).

## Portrait des ITSS 2011, projections 2012.

En prévision de la diffusion du *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec - Année 2011 (et projections 2012)*, voici quelques faits saillants.

Avec plus de 24 000 cas déclarés en 2011, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) représentent 73 % de l'ensemble des infections recensées dans le fichier provincial MADO.

Certains éléments méritent une attention particulière, soit :

- l'augmentation des ITSS chez les jeunes de 15-24 ans, qui ne se limite plus à l'infection à *Chlamydia trachomatis* et à l'infection gonococcique, mais qui concerne aussi la syphilis infectieuse;
- la résistance aux antibiotiques utilisés pour le traitement de l'infection gonococcique;
- malgré le succès du programme de vaccination en milieu scolaire, il demeure important de poursuivre la vaccination contre l'hépatite B auprès des personnes à risque qui n'ont pas bénéficié du programme en milieu scolaire;
- la prévalence extrêmement élevée de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI);

Pour ce qui est du VIH, lequel n'est pas une MADO, les situations suivantes sont aussi préoccupantes, soit :

- l'augmentation du nombre de nouveaux diagnostics enregistrés en 2011 chez les jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH);
- le nombre toujours croissant de personnes vivant avec le VIH et la persistance de la transmission du VIH au sein de diverses populations, particulièrement les HARSAH.

On trouvera dans le Portrait des informations détaillées sur les caractéristiques des cas, les tendances relevées, les régions les plus touchées ainsi que des figures et des tableaux. Des données sur la prévalence de certaines ITSS et de certains comportements associés aux ITSS tirées d'études épidémiologiques menées auprès de groupes particuliers de la population y sont aussi présentées.

Le sommaire peut être consulté à l'adresse Internet suivante :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-329-02W.pdf>.

**Auteurs :** Geneviève Gravel et France Markowski du Bureau de surveillance et de vigie, Direction de la Protection de la santé publique du MSSS et Sylvie Venne du Service de lutte contre les ITSS de la Direction du développement des individus et de l'environnement social, DGSP, MSSS.

---

*Le Flash Vigie* est un bulletin diffusé habituellement la quatrième semaine 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 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). *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.

---