



## Vigie – Interventions

### Le méningocoque B au Québec

**Généralités.** L'infection invasive à méningocoque (IIM) est une maladie causée par la bactérie *Neisseria meningitidis*. Elle affecte particulièrement les jeunes enfants, les adolescents et les jeunes adultes. L'infection évolue rapidement et peut entraîner de graves complications, tels la surdité, une amputation, un retard mental ou le décès. Le méningocoque se transmet d'une personne à une autre par un contact avec les sécrétions du nez ou de la gorge d'une personne infectée, même si celle-ci n'a pas de symptômes de la maladie. La transmission nécessite un contact étroit entre les individus.

L'IIM est présente partout dans le monde. Certains types sont cependant plus communs à certains endroits. Ainsi, les sérogroupes A et W135 sont plus fréquents en Afrique alors que le séro groupe B (Men-B) est la principale cause des IIM rapportées en Europe et dans les Amériques. Le séro groupe C se retrouve maintenant davantage en Amérique Latine, et le séro groupe Y représente environ 25% des IIM aux USA<sup>1,2</sup>.

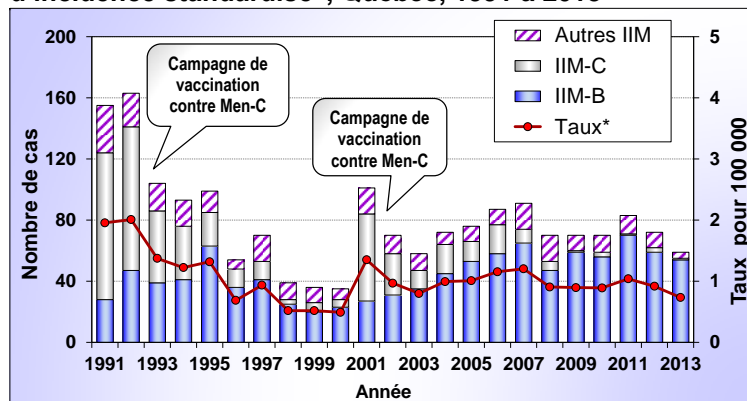
Au Canada, près de 200 cas d'IIM sont rapportés chaque année. De façon générale, elles surviennent le plus souvent pendant les mois d'hiver. Le Men-B est responsable de la plupart de ces infections, soit dans une proportion d'environ 60 %.

Depuis 1991, le Québec a connu, en 1992-1993 et en 2001, des éclosions d'IIM causées par le méningocoque de séro groupe C. Des campagnes de vaccination massive ont été menées à la suite de chacun de ces deux épisodes.   l'automne 2002, le vaccin contre le méningocoque C a été ajouté au calendrier de vaccination pour les enfants de 12 mois. Puis, en 2013, une dose de rappel a été ajoutée pour les adolescents, à la recommandation du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ). C'est ainsi qu'au fil des ans, les cas d'IIM causés par le séro groupe C ont pratiquement disparu. Depuis plus de vingt ans, à l'exception des éclosions de 1992-1993 et 2001, la majorité des IIM rapportées au Québec sont dues au Men-B.

En 2013, la mise en marché imminente d'un vaccin contre les IIM de séro groupe B dans un contexte d'une incidence accrue et persistante, du moins dans certaines régions, a exigé des analyses plus fines afin de documenter la situation de façon plus précise. Les résultats de ces analyses ont fait l'objet d'une présentation par Geneviève Deceuninck<sup>3</sup> au Colloque MI et ITSS 2014<sup>4</sup>. En voici un résumé.

**Situation 2006-2013.** De 2006 à 2013, un peu plus de 600 cas d'IIM ont été déclarés au Québec, soit en moyenne 75 cas par année. Plus des trois quarts (78 %) de ces infections ont été causées par le séro groupe B, ce pourcentage variant de 67 % (2006 et 2008)   92 % (2013) selon l'année (figure 1).

**Figure 1**  
Distribution des cas d'IIM selon le séro groupe et taux d'incidence standardis \*, Québec, 1991   2013



\* Taux d'incidence, tous sérogroupes confondus, standardisé pour l'âge à partir de la population-type du Québec, sexes réunis, 2009. Le taux est exprimé pour 100 000 personnes-années.

Source : Bureau de surveillance et de vigie à partir de la liste des cas, Infocentre du Québec (INSPQ), extraction MADO du 14 mars 2014. Données validées et consolidées par Geneviève Deceuninck (INSPQ) avec les données laboratoire du LSPQ de 2005 à 2013.

1. V. N.RACLOZ et S. LUIZ. *The elusive meningococcal meningitis serogroup: a systematic review of serogroup B epidemiology*. BMC Infectious Diseases, 10 :175, 2010.
2. S.A. HALPERIN et al. *The changing and dynamic epidemiology of meningococcal disease*. VACCINE. 30 Suppl 2:B26-36, 2012.

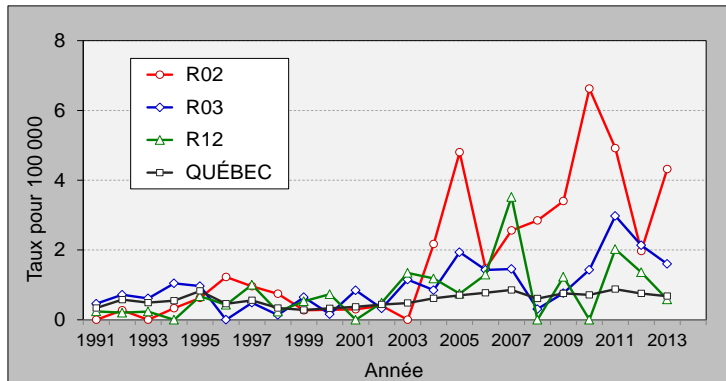
3. Chercheuse rattachée au Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
4. G. Deceuninck. *L' pid miologie du méningocoque B au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde*. Présentation faite au Colloque MI et ITSS, Québec, 8-9 avril 2014.

Durant la période 2006-2013, 468 cas de Men-B ont été déclarés au fichier provincial MADO. Cela représente une moyenne d'environ 60 cas par an et un taux brut d'incidence moyen de 0,7 pour 100 000 personnes-années. Près des deux tiers (65 %) des cas avaient entre 0 et 20 ans. Parmi tous les cas déclarés, 29 décès ont été rapportés, dont 19 chez des jeunes de 0-20 ans. Tant chez les jeunes que dans l'ensemble de la population, la létalité s'élève à environ 1 cas sur 15 (6 %) mais elle est plus élevée (13%) chez les moins de 1 an.

Des disparités régionales sont également constatées. À cet égard, la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean est la plus touchée, avec un taux brut d'incidence moyen (2006-2013) de 3,4 pour 100 000 personnes-années comparativement au taux moyen provincial de 0,7 pour 100 000.

Ainsi, entre 2006 et 2013, le Saguenay–Lac-Saint-Jean connaît des taux plus élevés de manière soutenue, avec une incidence moyenne 5 fois plus élevée que celle de la province. D'autres régions, comme la Capitale-Nationale et la Chaudière-Appalaches, présentent des poussées d'incidence pour la période analysée (figure 2). Toutefois, les écarts sont de moindre importance et moins soutenus. Dans ces deux régions, le taux brut d'incidence moyen (2006-2013) s'élève respectivement à 1,4 et à 1,2 pour 100 000, soit de 2 et 1,7 fois supérieur au taux moyen de la province.

**Figure 2**  
Taux d'incidence standardisé\* d'IIM de sérotype B, Québec et régions Saguenay–Lac-Saint-Jean (02), Capitale-Nationale (03) et Chaudière-Appalaches (12), 1991 à 2013



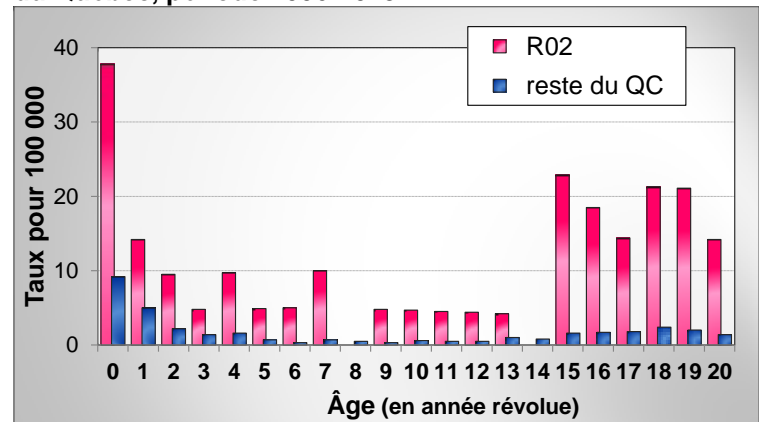
\* Taux d'incidence standardisé pour l'âge à partir de la population-type du Québec, sexes réunis, 2009. Le taux est exprimé pour 100 000 personnes-années.

Source : Bureau de surveillance et de vigilance à partir de la liste des cas, Infocentre du Québec (INSPQ), extraction MADO du 14 mars 2014. Données validées et consolidées par Geneviève Deceuninck (INSPQ) avec les données laboratoire du LSPQ de 2005 à 2013.

**Situation du Saguenay–Lac-Saint-Jean.** Les analyses réalisées montrent que la sur-incidence touche surtout les jeunes strates d'âge de la population, les 0-20 ans étant les plus vulnérables. Dans ce groupe d'âge, le taux moyen (2006-2013) est de 11,5 pour 100 000 personnes-années, soit un taux 5,5 fois plus élevé que celui des jeunes Québécois (Ti = 2,1) du même âge (7 fois plus élevé par rapport aux 0-20 ans du reste du Québec). Les enfants d'âge préscolaire, en particulier les nourrissons de moins de 1 an, les adolescents et les jeunes adultes sont les plus touchés (figure 3).

La mortalité y est également plus élevée : entre 2006 et 2013, 5 décès ont été rapportés parmi les 56 cas âgés de 0-20 ans. Cela représente un taux de létalité de 9 % par rapport à 5,6 % dans l'ensemble des autres régions du Québec.

**Figure 3**  
Taux d'incidence d'IIM de sérotype B par âge chez les 0-20 ans, région Saguenay–Lac-Saint-Jean (R02) et reste du Québec, période 2006-2013



Source : Geneviève Deceuninck (INSPQ) à partir de la liste des cas, Infocentre du Québec (INSPQ), extraction MADO du 14 mars 2014, données validées et consolidées avec les données laboratoire du LSPQ de 2005 à 2013.

L'identification des souches (période 2003-2013) montre que plus de 80 % des cas de Men-B survenus chez les 0-20 ans sont associés au clone ST-269. Ce clone est également très présent dans les autres régions du Québec.

L'analyse spatiale reposant sur la cartographie des cas survenus durant la période 2006-2013 et l'établissement des taux par territoire de CLSC et par municipalité n'ont pas mis en évidence de territoire significativement différent des autres. De même, aucun agrégat (plus de 2 cas dans un intervalle de 3 mois ou moins) n'a été constaté dans un établissement d'enseignement au cours de cette même période.

Au cours des douze derniers mois (période du 28 avril 2013 au 27 avril 2014), la région a rapporté six cas de Men-B, dont un décès, chez des jeunes de 0-20 ans, soit un taux d'incidence de 10,3 pour 100 000 personnes-années. Par rapport au taux provincial observé chez les 0-20 ans au cours de cette même période (Ti = 1,75 pour 100 000), cela constitue une incidence 6 fois plus élevée.

## Vaccination ciblée contre le Men-B au Saguenay–Lac-Saint-Jean

Le 22 avril dernier, l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean a annoncé le lancement d'une campagne de vaccination contre le méningocoque de sérogroupe B (Men-B). La campagne vise à contrôler une dissémination plus intense de ce méningocoque dans la région. Le vaccin est offert gratuitement à tous les jeunes âgés de 2 mois à 20 ans, résidant ou fréquentant un établissement d'enseignement.

La décision de mener une campagne de vaccination ciblée s'appuie sur la recommandation du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ), qui relève de l'Institut national de santé publique, à la lumière de données scientifiques et de la situation endémique qui perdure dans la région depuis plusieurs années.

La situation épidémiologique actuelle du Men-B ne justifie pas l'élargissement de la vaccination à d'autres groupes d'âge ni à d'autres régions. Cependant, dans toutes les régions, le vaccin est offert gratuitement aux personnes présentant un risque élevé d'infection à méningocoque ainsi qu'aux contacts étroits des personnes ayant fait une infection grave à méningocoque B, comme le préconise le PIQ (<http://www.msss.gouv.qc.ca/immunisation/piq>).

**Déroulement.** La campagne commence le 5 mai et se déroulera selon une séquence établie en fonction de divers paramètres, dont la vulnérabilité des clientèles visées et la livraison des doses de vaccin. Selon l'âge, de deux à quatre doses de vaccin sont requises. La campagne se terminera le 31 décembre 2014. Certaines personnes, en particulier les nourrissons qui naîtront à la fin de 2014, pourront toutefois compléter leur vaccination en 2015. Les horaires et les lieux de vaccination ainsi qu'un dépliant grand public sont présentés sur le site Web de l'Agence ([santesaglac.com](http://santesaglac.com)).

**Le vaccin.** Le nouveau vaccin 4CMenB (Bexsero, de Novartis Vaccine), homologué au Canada en décembre 2013 et offert sur le marché depuis février 2014, sera utilisé pour cette intervention régionale. Il serait actif

contre au moins 95 % du clone prédominant au Saguenay–Lac-Saint-Jean chez les 20 ans ou moins. Comme dans le cas de tout nouveau vaccin, les autorités de santé publique procéderont à une surveillance de l'état de santé après la vaccination avec l'aide des professionnels de la santé.

**Suivi et évaluation.** Le CIQ recommande que cette intervention de santé publique fasse l'objet d'une évaluation rigoureuse afin que celle-ci puisse servir à formuler d'éventuelles recommandations sur l'utilisation future du nouveau vaccin. Le CIQ préconise aussi de poursuivre une surveillance épidémiologique rehaussée des autres régions du Québec afin d'analyser les tendances et de faire au besoin de nouvelles recommandations (pour consulter l'avis du CIQ : [www.inspq.qc.ca/Default.aspx?pageid=263&pub=1801](http://www.inspq.qc.ca/Default.aspx?pageid=263&pub=1801)).

**Outils.** Outre le dépliant grand public de l'Agence, un document « Questions et réponses », produit par le Ministère à l'intention des intervenants est accessible à partir de l'hyperlien [Campagne de vaccination Men-B](#).

## Un registre de vaccination pour tous les Québécois

La Semaine mondiale de la vaccination, qui se tient cette année du 26 avril au 3 mai, est une belle occasion de souligner l'implantation prochaine du Registre de vaccination du Québec. Le registre, très attendu, soutiendra tant le travail des professionnels de la santé qui recommandent et administrent les vaccins que celui des autorités de santé publique. Il permettra ainsi d'offrir une meilleure protection à la population.

Comme on le sait, l'immunisation est l'une des mesures les plus efficaces pour contrôler les maladies infectieuses, dont certaines ont même été éliminées. Depuis le début des années 2000, près d'une dizaine de nouveaux vaccins ont été homologués au Canada et au fil des ans, plusieurs d'entre eux ont été ajoutés au calendrier régulier de vaccination du Québec. Les vaccins contre la varicelle, le pneumocoque, les virus du papillome humain (VPH) et le rotavirus en sont des exemples.

Le nombre croissant de vaccins disponibles a rendu les calendriers vaccinaux plus complexes et plus difficiles à gérer. S'ajoute à cela le fait que près de 4,5 millions de doses de vaccin sont administrées au Québec chaque année. Il est donc important d'avoir accès à des données complètes sur l'histoire vaccinale des patients quel que soit l'endroit où a eu lieu cette vaccination.

Dans ce contexte, le registre de vaccination est un atout pour notre système de santé, car il contribuera à augmenter l'efficacité des activités relatives à la prévention des maladies évitables par la vaccination et au contrôle des épidémies.

**Le registre en bref.** Le Registre de vaccination du Québec est un fichier informatisé dans lequel seront inscrits les vaccins administrés à une personne au Québec. Y seront colligés des renseignements personnels sur la personne vaccinée, sur la fréquentation scolaire (dans le cas des élèves et du personnel des écoles primaires et secondaires) ainsi que sur les vaccins administrés, les vaccinateurs et les lieux de dispensation de service.



En plus des informations fournies par les vaccinateurs, le Registre sera constitué des données déjà existantes, comme celles contenues dans les fichiers sur la rougeole (V09) et la grippe A H1N1p (V06) ainsi que dans les bases de données I-CLSC, Vaxin et Logivac.

Le Registre a été conçu dans le but de consigner toutes les informations concernant la vaccination au Québec. Tous les vaccins reçus au Québec seront donc inscrits au registre, que la personne vaccinée réside ou non au Québec.

Le Registre vise à optimiser la pratique des professionnels de la santé en leur permettant d'avoir facilement accès aux renseignements sur l'histoire vaccinale des personnes et à un calendrier prévisionnel basé sur le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ). L'accès à l'histoire vaccinale permettra de prévenir l'administration de doses de vaccin non nécessaires, alors que l'accès au calendrier prévisionnel facilitera la gestion des doses à administrer.

**Un déploiement progressif.** Le Registre sera d'abord implanté dans la région de la Capitale-Nationale, puis déployé progressivement dans l'ensemble du territoire québécois. La première phase du déploiement vise particulièrement la mission CLSC des CSSS. Le registre sera déployé ultérieurement dans les autres missions des CSSS, les autres établissements du réseau de la santé où la vaccination est administrée et chez les vaccinateurs du secteur privé de façon à ce que tous les professionnels de la santé visés par la vaccination y aient ultimement accès.

Le déploiement sera soutenu par plusieurs moyens et actions, dont entre autres, l'information à la population, la mobilisation des professionnels ainsi que la formation des utilisateurs du Système informatisé en protection des maladies infectieuses (SI-PMI).

La promotion de la vaccination s'appuie sur diverses stratégies, dont l'élaboration d'outils nous permettant d'obtenir une information de qualité afin de mieux organiser nos services et nos interventions en cas de menace et cibler adéquatement les populations à risque. À l'occasion de la Semaine mondiale de la vaccination, les vaccinateurs du Québec sont invités à contribuer au succès du Registre, tout comme ils contribuent déjà au succès des programmes de vaccination.

## Formation en ligne sur l'immunisation

Depuis le 9 avril, une formation en immunisation s'appuyant sur le [Protocole d'immunisation du Québec](#) (PIQ) est offerte en ligne [[www.fmed.ulaval.ca/fmc](http://www.fmed.ulaval.ca/fmc)]. Cette formation, d'une durée de dix heures, est gratuite et s'adresse plus particulièrement aux infirmières qui commencent en vaccination. Elle vise à connaître les notions de base en immunisation, à utiliser efficacement le PIQ et à appliquer les principes de base en vaccination au moyen de mises en situations cliniques. L'apprentissage se fait à l'aide du PIQ et d'exercices. Les participants qui ont réussi la formation (exercices et test) reçoivent une attestation de participation (note de passage : 60 %) ainsi que des crédits de formation continue de catégorie 1, émis par la Faculté de médecine de l'Université Laval et reconnu par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (frais d'accréditation de 30 \$).

Cette formation a été conçue par l'Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le vice-décanat à la pédagogie et au développement professionnel continu de la Faculté de médecine de l'Université Laval. D'autres partenaires, dont le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, ont rendu possible ce projet.

### Auteurs :

Danielle Auger, Dominique Fortier, Nathalie Hudon, Monique Landry, France Markowski, Marlène Mercier, Sylvie Poirier, Eveline Toth, Bruno Turmel et Louise Valiquette de la Direction de la protection de la santé publique (MSSS) ;

Nicole Boulianne, Geneviève Deceuninck, Ève Dubé et Chantale Sauvageau de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

---

*Flash Vigie* est un bulletin d'information diffusé le quatrième jeudi de chaque mois. Il a pour but de rapporter des faits ou des problèmes liés aux maladies infectieuses, à la santé environnementale et à la santé au travail. Au Québec, la vigie et la surveillance dans ces domaines s'appuient sur diverses sources de données et demandent notamment la collaboration des directions régionales de santé publique et de l'Institut national de santé publique du Québec. Nous tenons ici à remercier tous ces acteurs pour leur précieuse collaboration.

*Flash Vigie* est 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. 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). Lien pour télécharger gratuitement le [Flash Vigie](#).

**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.

---