



Vigie – Interventions

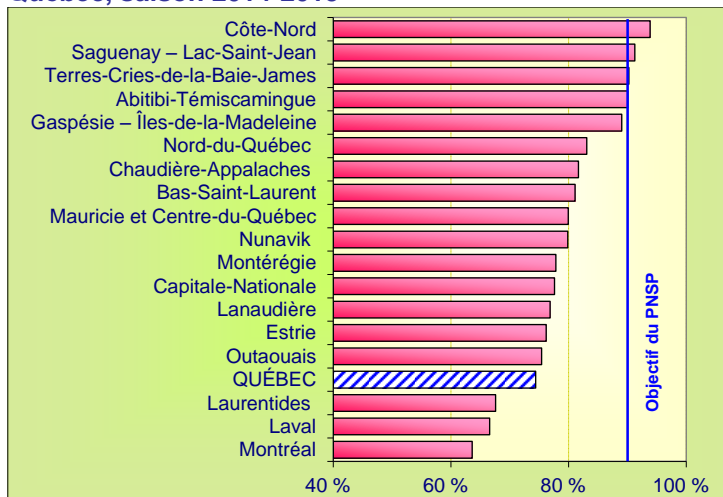
Vaccination contre les VPH

Le programme de vaccination contre les virus du papillome humain (VPH), implanté en septembre 2008, se déroule principalement en milieu scolaire et s'adresse aux filles de la 4^e année du primaire. Il comporte l'administration de deux doses de vaccin espacées par un intervalle de six mois, comme le recommande le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ). Le programme est également offert en 3^e secondaire aux filles incomplètement ou non vaccinées.

Le vaccin utilisé est le Gardasil^{MD}, 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 (verruques anales, génitales et buccales) et de la papillomatose respiratoire récidivante (PRR).

Couverture vaccinale. Au terme de la saison 2014-2015, quelque 57 600 doses de vaccin ont été administrées parmi les 37 759 filles inscrites en 4^e année du primaire (classe régulière). Environ 28 100 d'entre elles ont reçu les deux doses recommandées pour obtenir une protection adéquate, ce qui représente une couverture vaccinale (CV) estimée à 74 % pour la province, laquelle varie de 64 à 94 % selon la région (figure 1).

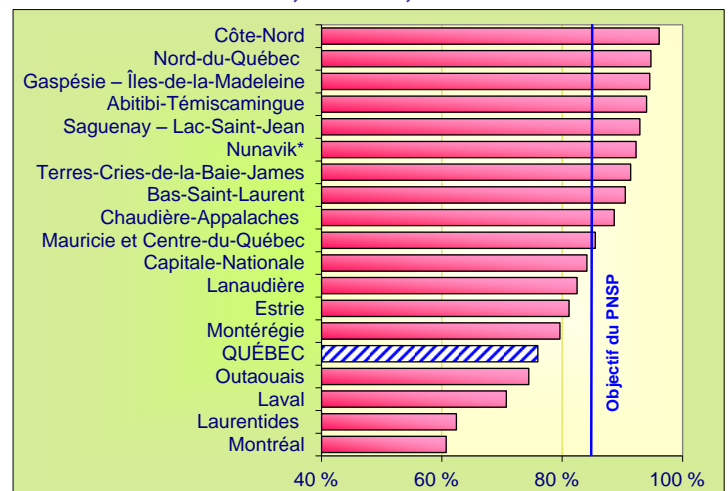
Figure 1
Couverture vaccinale contre les VPH selon la région, filles de la 4^e année du primaire (classe régulière), Québec, saison 2014-2015



Source : BSV à partir des données colligées par les directions de santé publique, données au 10 septembre 2015.

Un peu plus de 39 000 filles étaient inscrites en 3^e secondaire en 2014-2015. Au terme de l'intervention (mise à jour du carnet), 29 772 filles étaient adéquatement vaccinées contre les VPH, ce qui représente une CV de 76 %, laquelle varie de 61 à 96 % selon la région (figure 2).

Figure 2
Couverture vaccinale contre les VPH selon la région, filles de 3^e secondaire, Québec, saison 2014-2015



* Au Nunavik, le carnet vaccinal est mis à jour en 7^e année et non en 3^e secondaire.

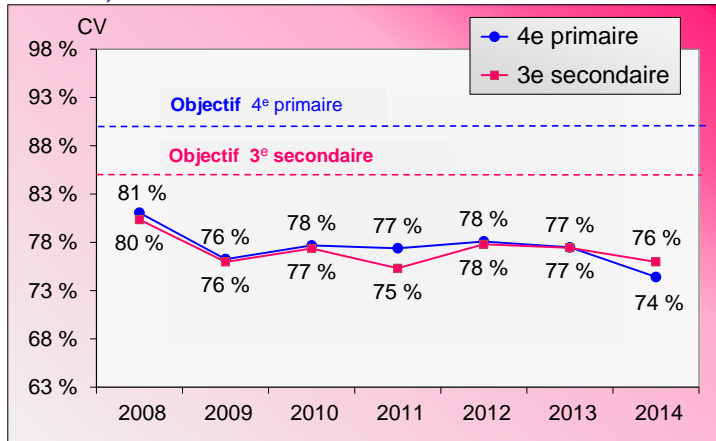
Source : BSV à partir des données colligées par les directions de santé publique, données au 10 septembre 2015.

Suivi du programme. Depuis l'implantation du programme, en 2008, les CV pour la province n'ont jamais atteint les objectifs déterminés par le Programme national de santé publique (PNSP), soit 90 % en 4^e année du primaire et 85 % en 3^e secondaire.

Par rapport à l'année précédente, la CV de la dernière saison accuse une baisse chez les filles de 4^e année, passant de 77 % à 74 % entre 2013-2014 et 2014-2015.

De fait, ce sont les plus faibles CV enregistrées depuis l'implantation du programme. L'objectif fixé est atteint dans quatre régions, comparativement à cinq en 2013-2014. En 3^e secondaire, l'objectif est atteint dans une dizaine de régions, à l'instar de l'année précédente (figure 3).

Figure 3
Couverture vaccinale contre les VPH, filles de 4^e année du primaire (classe régulière) et de 3^e secondaire, Québec, saisons 2008 à 2014



Note : La CV est estimée sur le nombre de filles inscrites.

Source : BSV à partir des données colligées par les DRSP, données au 10 septembre 2015.

Manifestations cliniques inhabituelles.

Depuis la mise en place du programme, en 2008, 1 304 664 doses de vaccin contre les VPH ont été distribuées au Québec¹, et 465 cas de manifestations cliniques inhabituelles² (MCI) ont été déclarés au fichier ESPRI³. Le taux global de MCI se situe à 45 cas pour 100 000 doses distribuées et le taux de MCI graves⁴, à 3 pour 100 000.

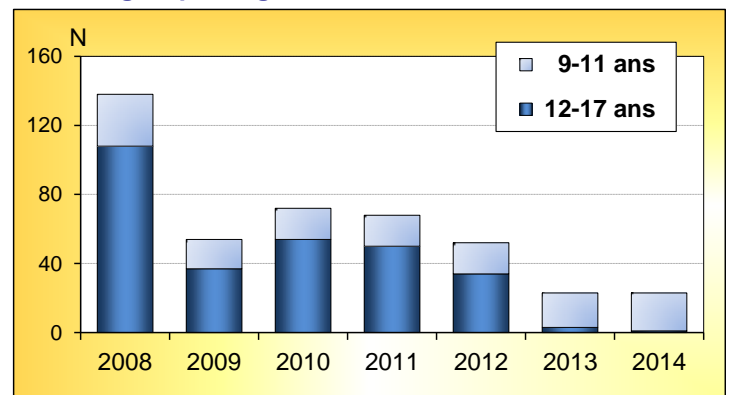
Pour la saison 2014-2015, le taux de déclarations de MCI est de 35 pour 100 000. La baisse notable du nombre de déclarations dans le groupe d'âge des 12-17 ans, attribuable à la fin du rattrapage en 3^e secondaire⁵, s'observe toujours avec un seul cas de MCI dans ce groupe d'âge. Le nombre de déclarations chez les 9-11 ans est quant à lui demeuré stable au cours des années.

1. Données au 25 juillet 2015.
2. Données au 15 septembre 2015.
3. ESPRI pour Effets Secondaires Possiblement Reliés à l'Immunisation.
4. MCI grave : 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.
5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Modifications au Programme québécois d'immunisation : Vaccins RRO et RRO-Var, vaccination contre les VPH et vaccin Flumist®*, 2013, [En ligne]. [http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/piq/nouveaut es-aout-2013.pdf]

De façon générale, plus de 90 % des cas de MCI sont des manifestations attendues et de nature bénigne. Ainsi, les MCI le plus souvent déclarées sont les réactions de type allergique (37 %), les autres MCI (23 %) et les réactions locales (22 %). À l'instar des années précédentes, les MCI graves constituent environ 6 % de l'ensemble des cas de MCI. Il convient de préciser 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. Établir un lien de causalité entre le vaccin et une MCI est un processus complexe qui dépasse le cadre du programme de surveillance ESPRI.

Après plus de 175 millions de doses de vaccins distribuées dans le monde et des analyses poussées sur la sécurité des vaccins, l'OMS continue d'être rassurée par le profil d'innocuité des produits disponibles. Pour plus de détails, consulter le [Relevé épidémiologique hebdomadaire](#) de juillet 2013. En janvier 2015, le *Journal of the American Medical Association* a publié une [étude danoise](#)⁶ portant sur près de 4 millions de femmes, dont 800 000 ayant reçu le vaccin quadrivalent contre les VPH, qui démontre l'absence d'association entre le vaccin et la sclérose en plaques ou tout autre maladie démyélinisante. Aussi, à ce jour, toutes les études scientifiques démontrent que le vaccin est sécuritaire. Les affirmations insinuant le contraire ne reposent sur aucun fondement scientifique et demeurent des allégations non fondées.

Figure 4
Nombre de cas de MCI déclarés au programme ESPRI après l'administration d'un vaccin contre les VPH selon le groupe d'âge, Québec, saisons 2008 à 2014



Source : Fichier ESPRI, données au 15 septembre 2015.

Impact du programme. Le programme de vaccination contre les VPH a pour objectif la réduction de l'incidence, de la morbidité et de la mortalité des cancers, des lésions précancéreuses et des autres maladies associées aux VPH. Il complète ainsi 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.

En 2013-2014, l'équipe engagée dans la vaste étude [PIXEL](#), qui vise à dresser le portrait de la santé sexuelle des jeunes adultes québécois, s'est intéressée entre autres à la prévalence des infections par les VPH chez les femmes de 17 à 29 ans. Selon cette étude, la prévalence des génotypes couverts par le vaccin quadrivalent (soit 6, 11, 16 et 18) est plus faible chez les femmes vaccinées que chez les femmes non vaccinées, alors que la prévalence des génotypes non couverts par le vaccin est semblable dans les deux groupes, ce qui laisse croire à un effet spécifique de la vaccination. L'écart de prévalence entre les femmes vaccinées et non vaccinées est significatif chez les femmes âgées de 17 à 22 ans; il ne l'est pas chez les 23-29 ans, dont la majorité étaient déjà actives sexuellement lors de la vaccination⁷.

Vaccination des garçons? En septembre 2013, l'Île-du-Prince-Édouard a étendu son programme de vaccination contre les VPH aux jeunes garçons. En septembre 2014, c'était au tour de l'Alberta. Depuis septembre de cette année, la Nouvelle-Écosse offre la vaccination aux garçons alors que la Colombie-Britannique l'offre gratuitement aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et aux hommes de la rue.

Au Québec, la vaccination est offerte aux garçons et aux hommes âgés de 9 à 26 ans, mais seuls les immunosupprimés et ceux qui vivent avec le VIH peuvent en bénéficier gratuitement. Récemment, le CIQ a acheminé au Ministère un [avis](#) sur la vaccination des HARSAH contre les VPH. Le CIQ y fait valoir qu'il est important que les jeunes (et les futurs) HARSAH puissent bénéficier d'une vaccination gratuite contre les VPH puisqu'ils ne peuvent compter sur la protection indirecte apportée par la vaccination des filles et que le fardeau associé aux VPH est proportionnellement plus élevé dans le sous-groupe des HARSAH que chez les hommes en général. Le Ministère est présentement à analyser les recommandations du CIQ relativement à la vaccination des garçons contre les VPH en 4^e année du primaire et à l'offre gratuite du vaccin aux HARSAH jusqu'à l'âge de 26 ans.

Pour plus d'information sur le programme actuel, voir le [Questions et réponses](#) sur le programme de vaccination contre les VPH disponible sur le site Web du MSSS.

6. N. M. SCHELLER et autres, « Quadrivalent HPV Vaccination and Risk of Multiple Sclerosis and Other Demyelinating Diseases of the Central Nervous System », *Journal of the American Medical Association*, vol. 313, n° 1, janvier 2015, p. 54-61.
7. P. GOGGIN, et autres, *Prevalence of genital HPV infection in women aged 17-29, in the post-vaccination period, Québec, Canada*, Affiche présentée au congrès Eurogin 2015, Séville (Espagne), 4 au 7 février 2015.

Vaccination contre le méningocoque B

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) vient de publier le document [Impact épidémiologique de la campagne de vaccination contre le méningocoque de sérotype B dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, en 2014 : rapport au 31 décembre 2014](#). Produit par le Groupe scientifique en immunisation de l'INSPQ, le rapport a demandé la collaboration de professionnels du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), du Ministère et des directions régionales de santé publique pour la collecte des données nécessaires à la réalisation des analyses.

La campagne de vaccination avait pour but de contrôler l'incidence accrue des infections invasives à méningocoque B (voir le [Flash Vigie](#) d'avril 2014). Dans cette perspective, les résultats présentés dans le rapport sont encourageants puisqu'ils démontrent une baisse significative de l'incidence dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Il est cependant encore trop tôt pour apprécier de façon précise l'impact de la campagne et l'efficacité du vaccin. Aussi, la surveillance épidémiologique renforcée se poursuit.

Pour sa part, la surveillance de la sécurité des première et deuxième doses du vaccin utilisé durant cette campagne a fait l'objet d'un premier document diffusé en [avril 2015](#). Un second portant sur le suivi des MCI sérieuses six mois post-vaccination est en préparation.

Auteurs : France Markowski, Eveline Toth et Monique Landry de la Direction de la protection de la santé publique, MSSS; Patricia Goggin et Chantal Sauvageau de l'Institut National de santé publique du Québec.

Avec la collaboration de Danielle Auger et Marlène Mercier, 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.

