



Vigie – Interventions

La coqueluche sous surveillance

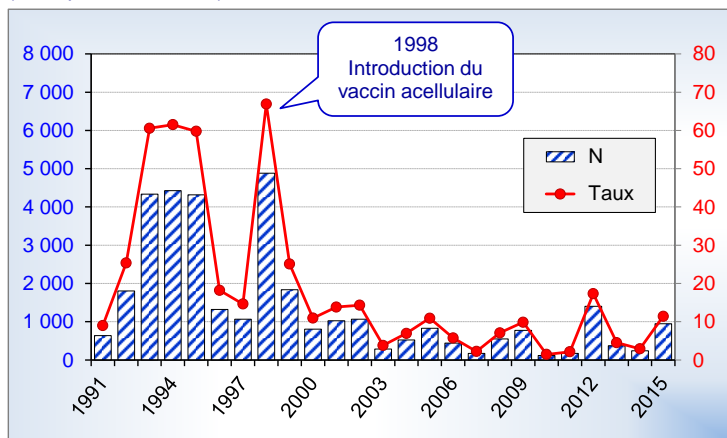
La coqueluche est une infection respiratoire d'origine bactérienne, endémique à l'échelle mondiale, et évitable par la vaccination.

Au Québec, l'incidence de la coqueluche est généralement faible, mais la maladie, dont le caractère cyclique est bien connu, affiche des pics d'activité tous les trois ou quatre ans. Plus fréquente à l'automne et à l'hiver, elle se caractérise également par une saisonnalité.

Les données historiques montrent qu'après avoir connu une forte activité de 1993 à 1995, puis en 1998, alors que le taux d'incidence atteignait un sommet de 70 cas pour 100 000 personnes-années, la coqueluche a nettement reculé au Québec à partir des années 2000. Il faut dire que l'introduction du vaccin acellulaire, plus efficace que le vaccin à cellule entière utilisé au Québec avant 1998, a contribué à la réduction de l'incidence. Depuis 2010, en l'absence de cycle épidémique, le taux d'incidence se maintient sous le seuil de 5 pour 100 000.

Le dernier cycle de recrudescence s'est produit en 2012, année au cours de laquelle 1 400 cas et 148 hospitalisations ont été rapportés. Le taux brut d'incidence a atteint alors 17,3 pour 100 000 (figure 1).

Figure 1
Coqueluche : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, Québec, 1992 à 2015
(Taux pour 100 000 h.)

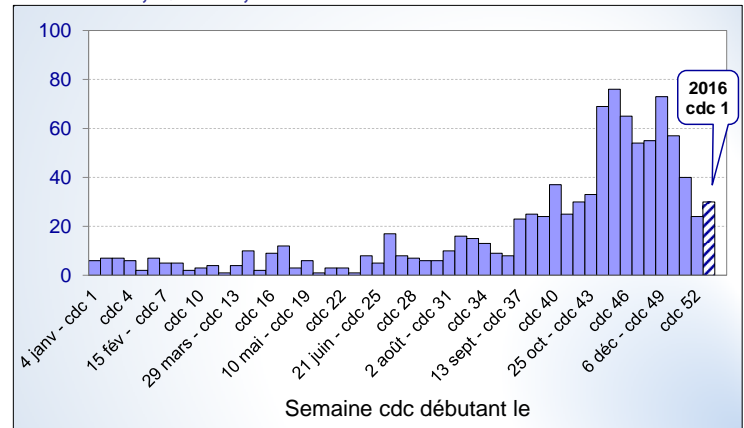


Source : BSV, à partir des données produites par l'Infocentre du Québec (fichier MADO, extraction du 19 janvier 2016).

Situation en 2015. Au cours du dernier semestre, l'épidémiologie de la coqueluche montre que le Québec est dans une période d'activité accrue. Depuis juin 2015, le nombre mensuel de cas est en constante augmentation. Le nombre de cas déclarés par semaine indique une activité plus marquée à partir de la mi-septembre (figure 2).

Un bilan préliminaire¹, établi au 19 janvier 2016, fait état de 947 cas de coqueluche déclarés au fichier MADO pour l'année de surveillance 2015. Cela représente un taux brut d'incidence cumulée de 11,4 pour 100 000, soit un taux significativement inférieur à celui de 2012 (figure 1).

Figure 2
Coqueluche : distribution des cas selon la semaine de déclaration, Québec, 2015

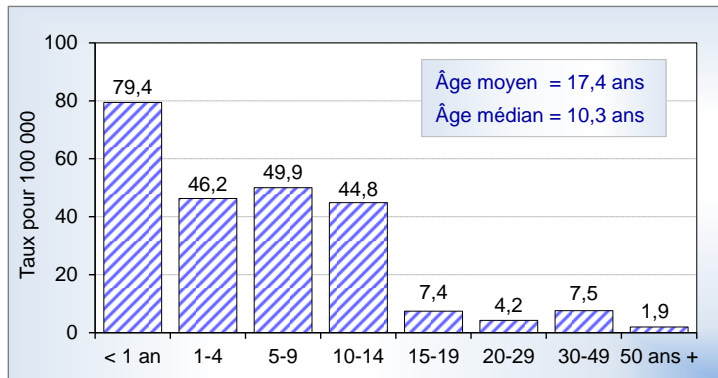


Source : BSV, à partir des données produites par l'Infocentre du Québec (fichier MADO, extraction du 19 janvier 2016).

De façon générale, la maladie touche surtout les jeunes. Le portrait dégagé pour 2015 ne fait pas exception à la règle alors que 636 cas, soit 67 % des cas déclarés, sont âgés de moins de 15 ans, dont 71 concernent des bébés de moins de 1 an. Les nourrissons de moins de 6 mois sont les plus touchés, avec un taux d'incidence de 91,7 pour 100 000, comparativement à 67,1 pour les 6-11 mois. Chez les 1-14 ans, le taux se situe entre 45 et 50 pour 100 000 selon le groupe d'âge (figure 3).

1. Des cas survenus en 2015 pourraient être encore déclarés au fichier MADO.

Figure 3
Coqueluche : taux d'incidence selon le groupe d'âge, Québec, 2015

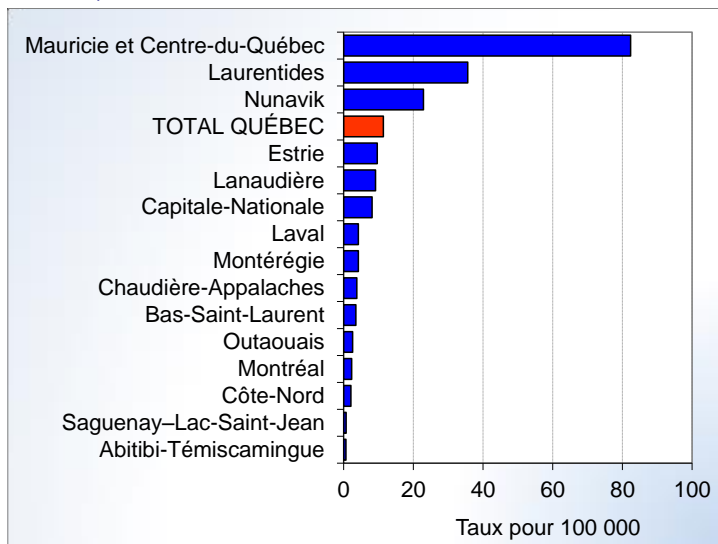


Source : BSV, à partir des données produites par l'Infocentre du Québec (fichier MAD0, extraction du 19 janvier 2016).

Parmi les 18 régions sociosanitaires, 15 rapportent au moins un cas. La majorité des cas (67 %) sont concentrés en Mauricie et Centre-du-Québec et dans les Laurentides. La Mauricie et Centre-du-Québec, de loin la région la plus touchée, rapporte 420 cas, et les Laurentides, 212 cas. Dans ces deux régions, le taux brut d'incidence est de respectivement à 82,3 et de 35,6 pour 100 000.

Trois autres régions sont modérément touchées, soit l'Estrie (46 cas), Lanaudière (46 cas) et la Capitale-Nationale (60 cas), qui affichent des taux brut d'incidence respectifs de 9,7, de 9,2 et de 8,1 pour 100 000 (figure 4). Par rapport à la situation de 2012, seule la région Mauricie et Centre-du-Québec présente un taux d'incidence significativement plus élevé.

Figure 4
Coqueluche : taux brut d'incidence selon la région, Québec, 2015



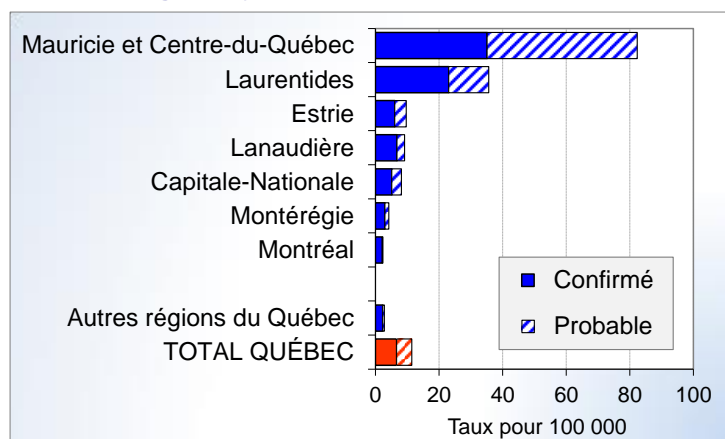
Note : Nunavik : le taux repose sur 3 cas. Nord-du-Québec, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Terres-Cries-de-la-Baie-James : aucun cas déclaré en 2015.

Source : BSV, à partir des données produites par l'Infocentre du Québec (fichier MAD0, extraction du 19 janvier 2016).

En général, les groupes d'âge touchés varie plus ou moins selon la région. Cependant, il peut arriver que des régions présentent des portraits différents de celui de la province.

On note, par ailleurs, pour 2015, une plus grande importance relative des cas probables² parmi l'ensemble des cas, soit 42 % vs 27 % (moyenne 2011-2014). Cette proportion varie selon la région. Ainsi, parmi celles ayant rapporté au moins 40 cas, les cas probables constituent entre 7 % et 56 % des déclarations. Le taux brut d'incidence établi uniquement sur les cas confirmés varie entre 2,2 et 35,1 pour 100 000 (figure 5). Cette variabilité dans la déclaration soulève un doute sur la comparabilité de l'incidence déclarée entre les régions. Toute chose étant égale par ailleurs, une part de l'augmentation observée en 2015 pourrait être surestimée due à l'effet d'une surreprésentation des cas probables.

Figure 5
Coqueluche : taux brut d'incidence selon la nature de la validation, régions ayant déclaré plus de 40 cas en 2015



Source : BSV, à partir des données produites par l'Infocentre du Québec (fichier MAD0, extraction du 19 janvier 2016).

Morbidité. La morbidité associée à la coqueluche touche surtout les très jeunes enfants. Les nourrissons de moins de 1 an sont les plus vulnérables vis-à-vis de la maladie et sont également ceux qui présentent les plus grands risques de complications et de décès. Au Québec, au cours de la période 2000-2013, 77 hospitalisations et 7 admissions aux soins intensifs ont été rapportées annuellement en moyenne. De ce nombre, 42 % des hospitalisations et 67 % des admissions aux soins intensifs concernaient des enfants de moins de 3 mois. De 2000 à 2014, la coqueluche a entraîné 4 décès, dont 2 en 2014, tous chez des enfants de moins de 3 mois. Contrairement à ce qui a circulé, aucun décès n'a été rapporté en 2015.

2. La déclaration des cas de coqueluche vise les cas confirmés et les cas probables. Ces derniers sont des cas non confirmés par laboratoire, sans lien épidémiologique avec un cas confirmé, et dont la déclaration repose uniquement sur la présence de symptômes cliniques compatibles. Pour plus d'information, voir le [Guide des définitions nosologiques du Québec](#)

Selon les résultats des [enquêtes provinciales](#) les plus récentes en la matière réalisées par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la couverture vaccinale serait de 97 % chez les enfants de 1 an (ayant reçu au moins 3 doses de vaccin avant l'âge de 15 mois).

Cette bonne couverture vaccinale explique le fait que la plupart des cas soient des enfants de moins de 3 mois, non vaccinés ou trop jeunes pour avoir pu recevoir un nombre suffisant de doses de vaccin pour assurer une protection adéquate.

Immunisation. Pour prévenir la coqueluche, le Protocole d'immunisation du Québec recommande l'administration de quatre doses à 2, 4, 6 et 18 mois, suivies d'une dose de rappel entre 4 et 6 ans (à l'entrée scolaire) et d'une autre entre 14 et 16 ans (en 3^e secondaire). Une dose de dcaT est également recommandée à toute personne n'ayant pas reçu au moins une dose du vaccin acellulaire à l'âge adulte (18 ans ou plus). La vaccination contre la coqueluche est offerte gratuitement par l'entremise du Programme québécois d'immunisation.

L'efficacité du vaccin, après trois doses, est de 85 %. Toutefois, il importe de mentionner que le fait de recevoir le vaccin en temps opportun peut prévenir 50 % des cas sévères dès l'administration de la première dose et 80 % après deux doses. Le respect du calendrier est donc un facteur important dans la prévention de la morbidité et de la mortalité chez les bébés en âge de recevoir le vaccin.

Par ailleurs, si le Comité d'immunisation du Québec (CIQ) ne recommande pas de routine la vaccination des femmes enceintes, il reconnaît toutefois que le vaccin est sécuritaire et pourrait prévenir la coqueluche chez le nouveau-né s'il est administré au 2^e et 3^e trimestre de la grossesse. L'avis du CIQ devrait être disponible à la fin janvier 2016 sur le site Web de l'INSPQ.

Conclusion. Il est impossible de prévoir à quel moment un cycle épidémique se produira et avec quelle ampleur. La situation observée actuellement au Québec n'est pas inhabituelle compte tenu du caractère cyclique de la maladie.

Par ailleurs, au cours des dernières années, une résurgence de la coqueluche a été constatée dans les pays développés. Celle-ci pourrait s'expliquer en partie par la durée limitée de l'efficacité du vaccin acellulaire contre la coqueluche.

Des régions ont diffusé récemment des messages visant à inciter la population à mettre à jour leur vaccination. En appui à ces initiatives régionales, la Direction de la protection de la santé publique encourage la population à se protéger contre la coqueluche par le meilleur moyen qui soit : la vaccination.

Des changements au programme de vaccination contre les VPH

Des modifications ont été apportées au programme de vaccination gratuite contre les virus du papillome humain (VPH) depuis le début de la nouvelle année. Cette décision du Ministère fait suite à un [avis récent du Comité sur l'immunisation du Québec](#).

Les modifications touchent les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) âgés de 26 ans ou moins et les garçons de la 4^e année du primaire, qui pourront désormais bénéficier de la vaccination gratuite contre les VPH.

Jusqu'à maintenant, le vaccin contre les VPH était seulement offert gratuitement aux filles. Des études récentes ont démontré que le vaccin quadrivalent actuellement utilisé confère aussi aux hommes une protection contre les lésions génitales externes (condylomes) et les lésions précancéreuses du pénis et de l'anus Or, puisque les HARSAH ne peuvent généralement compter sur la protection apportée par la vaccination des filles et que le fardeau associé aux VPH est proportionnellement plus élevé dans ce sous-groupe que chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des femmes, il apparaît nécessaire que les jeunes HARSAH puissent eux aussi être vaccinés.

Le vaccin contre les VPH est donc offert gratuitement aux HARSAH âgés de 26 ans ou moins depuis le 1^{er} janvier 2016, et le sera à compter du 1^{er} septembre 2016 pour les garçons de la 4^e année du primaire. Dans ce dernier cas, aucun rattrapage n'est prévu.

La décision de vacciner l'ensemble des jeunes garçons de 4^e année du primaire repose sur le principe d'équité et de justice et a été prise afin que tous, garçons et filles, soient protégés directement. La vaccination en 4^e année du primaire, soit avant le début des relations sexuelles, vise à optimiser l'efficacité du vaccin contre les VPH. La vaccination des garçons pourrait contribuer à réduire encore davantage la transmission des VPH, tant chez les garçons que chez les filles.

Il convient de souligner que le consentement des parents est obligatoire pour la vaccination des enfants de moins de 14 ans. Le consentement des parents n'est plus requis à compter de l'âge de 14 ans.

En élargissant ainsi son programme, le Québec devient, après l'Île-du-Prince-Édouard en 2013, l'Alberta en 2014, la Colombie-Britannique et le Manitoba en 2015, la cinquième province canadienne à offrir le vaccin à des segments de la population masculine.

Des [outils d'information](#) sur ces modifications au programme de vaccination contre les VPH sont disponibles dans la section publications du site du Ministère, et seront prochainement diffusés par les directions régionales de santé publique. Les intervenants en vaccination pourront également consulter sous peu un document de type « questions-réponses » sur le [site internet du Ministère](#).

Auteurs : France Markowski, Monique Landry, Bruno Turmel, Danielle Auger et Marlène Mercier de la Direction de la protection de la santé publique, MSSS.

Avec la collaboration de : Caroline Marcoux-Huard et Linda Milette de la Direction de la santé publique de la Mauricie et Centre-du-Québec.

IMPORTANT

Abonnement obligatoire pour recevoir les prochains numéros du Flash Vigie

Les prochaines éditions de ce bulletin vous seront transmises à l'aide d'une nouvelle application.

Pour vous abonner et ainsi recevoir les prochains numéros du Flash Vigie, vous devez **obligatoirement** vous inscrire en cliquant sur le lien suivant :

<http://suivi.lnk01.com/s/1/f947eb7e6b8252b82f99c640f71d6832>

Lors de votre inscription :

- Assurez-vous de bien écrire votre adresse électronique.
- Confirmez votre abonnement en cliquant sur le lien que vous recevrez par courriel, à la suite de votre inscription. Vous ne serez pas inscrit à la liste si vous ne cliquez pas sur le lien de confirmation.
- Si vous n'avez pas reçu de courriel à la suite de votre inscription ou si vous semblez ne pas recevoir les prochains numéros du bulletin, vérifiez votre boîte de courrier indésirable.
- Nous vous recommandons aussi d'ajouter notre adresse courriel dans votre carnet d'adresses pour vous assurer de recevoir nos messages.
- Conservez suffisamment d'espace dans votre boîte de réception pour recevoir le bulletin.

Le *FlashVigie* est un bulletin 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. Il a pour but de rapporter des situations relatives aux domaines des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé au travail.

La surveillance des maladies infectieuses au Québec s'appuie sur diverses sources de données et demande la collaboration des directions régionales de santé publique et de l'Institut national de santé publique du Québec. Nous les remercions ici pour leur aide précieuse. Pour en savoir plus ou pour nous faire part de vos commentaires, communiquez avec France Markowski à l'adresse suivante : france.markowski@msss.gouv.qc.ca.

Le *FlashVigie* peut être téléchargé gratuitement à partir du site Web du Ministère, à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/>

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.
