

Maladies évitables par la vaccination à déclaration obligatoire au Québec : rapport de surveillance 2024

SURVEILLANCE ET VIGIE

SEPTEMBRE 2025

SOMMAIRE

Introduction	4
Méthodologie	4
Résultats	5
Conclusion	17

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Surveillance et vigie* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques visant la caractérisation de la santé de la population et de ses déterminants, ainsi que l'analyse des menaces et des risques à la santé et au bien-être.

Le présent rapport de surveillance concerne les maladies évitables par la vaccination qui sont à déclaration obligatoire au Québec. Il décrit les cas recensés et leurs caractéristiques pour la période allant de 2000 à 2024, avec une emphase sur l'année 2024.

Ce rapport a été réalisé grâce à un financement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il s'adresse principalement au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ainsi qu'aux personnes œuvrant dans le domaine de la vaccination.

SOMMAIRE

Ce document brosse un portrait de la situation épidémiologique des maladies évitables par la vaccination (MEV) au Québec de 2000 à 2024, avec une emphase sur l'année 2024. Il inclut seulement les maladies à déclaration obligatoire (MADO).

MÉTHODOLOGIE

L'analyse repose sur une source de données principale, soit le Système d'information et de gestion des maladies infectieuses (SI-GMI). L'extraction des données a été faite le 31 mars 2025. Les nombres de cas de même que les taux bruts d'incidence ont été calculés à partir des variables disponibles.

RÉSULTATS

MEV contre lesquelles un vaccin est recommandé au programme québécois d'immunisation

Coqueluche. L'année 2024 a été marquée par une augmentation exceptionnelle de la circulation de la coqueluche, avec près de 18 000 cas déclarés. Le taux observé de 195,8/100 000 p.-a a été plus de dix fois supérieur à ce qui a été rapporté au cours des derniers pics épidémiques. L'incidence la plus élevée a été observée chez les 10-14 ans. Aucun décès en lien avec la coqueluche n'a été rapporté parmi ces cas.

Diphtérie. En 2024, un seul cas de diphtérie cutanée a été déclaré chez un adulte, dont le statut vaccinal n'est pas documenté.

Hépatite A. Au total, 60 cas d'hépatite A ont été déclarés au Québec en 2024, ce qui est semblable à la moyenne annuelle pour la période 2018-2023.

Hépatite B aiguë. L'incidence de l'hépatite B aiguë est demeurée faible en 2024 (11 cas déclarés).

Infections invasives à *Haemophilus influenzae* de sérotype b (Hib). En 2024, seulement 3 cas d'infection invasive à Hib ont été déclarés, tous chez des adultes. Entre 2019 et 2024, seulement 1 des 12 cas déclarés est survenu chez un enfant de moins de 5 ans.

Infections invasives à méningocoque (IIM). Depuis 2022, le taux d'incidence des IIM au Québec est revenu à des niveaux « préépidémiques » (53 cas en 2024, taux de 0,59 par 100 000 p.-a), avec une augmentation du nombre et de la proportion des cas de sérotype Y. Cette situation a mené à des modifications du programme de vaccination. Depuis l'automne 2023, le vaccin quadrivalent qui inclut le sérotype Y est le vaccin utilisé dans le programme régulier de vaccination en secondaire 3 et il a été offert en rattrapage aux élèves de 4^e et 5^e année du secondaire en 2024. En 2024, c'est toujours ce sérotype qui était le plus fréquemment en cause (75 % des cas). Quatre décès ont été rapportés, dont 3 de sérotype Y.

Infections invasives à pneumocoque (IIP). Le taux d'incidence des IIP est remonté à un niveau « prépandémique » depuis 2022, avec une incidence en augmentation en 2024 dans l'ensemble de la population (14,2/100 000 p.-a.), en particulier chez les 65 ans et plus (34,9/100 000). Cependant, chez les enfants de moins de 5 ans spécifiquement, le taux d'incidence s'est stabilisé en 2024 (25,1/100 000).

Mpox (variole simienne). Après l'écllosion initiale de mpox en 2022 où un total de 527 cas avait été déclaré au Québec, en 2023 et 2024, respectivement, 12 et 61 cas de mpox ont été rapportés.

Oreillons. L'incidence des oreillons est demeurée très faible en 2024 avec seulement 8 cas déclarés.

Poliomyélite. Aucun cas de poliomyélite n'a été déclaré en 2024. Le dernier cas remonte à 1995.

Rougeole. En 2024, 57 cas de rougeole ont été déclarés au Québec lors de deux écloisions distinctes. Aucun décès n'a été rapporté.

Rubéole et rubéole congénitale. Une seule infection rubéoleuse congénitale a été déclarée au Québec en 2024. Le bébé n'avait aucun symptôme. La mère avait acquis l'infection à l'extérieur du Canada.

Tétanos. Aucun cas de tétanos n'a été rapporté en 2024. Le dernier cas remonte à 2020.

MEV non visées par le programme québécois d'immunisation

Choléra. Aucun cas de choléra n'a été déclaré au Québec en 2024.

Fièvre jaune. Aucun cas de fièvre jaune n'a été déclaré en 2024. Aucun cas n'a été déclaré depuis 2000.

Fièvre typhoïde. Un total de 16 cas de fièvre typhoïde a été déclaré en 2024, moins que les 21 cas déclarés en 2023.

Rage. Aucun cas de rage humaine n'a été déclaré en 2024. Le dernier cas est survenu en 2000.

CONCLUSION

Grâce à la vaccination, la diphtérie, la poliomyélite, la rubéole, la rubéole congénitale et la rougeole sont toutes considérées comme éliminées au Québec et les autres MEV restent contrôlées.

Après une baisse importante de l'incidence de plusieurs MEV durant la pandémie de COVID-19, on note depuis 2023 un retour à une incidence de type « prépandémique » pour plusieurs d'entre elles (ex. : infections invasives à pneumocoque). Avec le retrait des dernières mesures sanitaires liées à la COVID-19, une résurgence importante de la coqueluche a par ailleurs été observée. Des efforts continus sont nécessaires pour obtenir des couvertures vaccinales optimales et maintenir une immunité suffisante pour limiter le plus possible l'augmentation de l'incidence des MEV dans la population.

Bien que le SI-GMI permette de brosser un portrait global de la situation épidémiologique des MEV à déclaration obligatoire, certaines données sont manquantes. Une saisie plus complète des valeurs de certaines variables (ex. : statut vaccinal, évolution du cas, type de test effectué, sérotype de la bactérie en cause) serait souhaitable pour améliorer la qualité et la validité des informations produites.

1 INTRODUCTION

Le présent document se veut un portrait global de la situation épidémiologique des maladies évitables par la vaccination (MEV) à déclaration obligatoire au Québec pour la période 2000-2024, avec une emphase sur l'année 2024. Il fait suite à un rapport précédent qui présentait la situation épidémiologique des MEV pour la période allant jusqu'au 31 décembre 2023 (Brousseau, 2025).

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Objectif

Décrire les données de surveillance des MEV à déclaration obligatoire, afin de brosser un portrait global de la situation épidémiologique au Québec jusqu'au 31 décembre 2024.

2.2 Sources des données

Le Système d'information et de gestion des maladies infectieuses (SI-GMI), qui est l'outil des directions de santé publique régionales pour la saisie des informations recueillies sur les maladies à déclaration obligatoire (MADO), est la source des données utilisées dans ce rapport. L'extraction des données pour l'analyse a été faite le 31 mars 2025 pour la période du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2024. Les nombres de cas pour la période allant de 1990 à 1999 sont disponibles dans un rapport antérieur (Louchini, 2001). Seuls les cas de MEV à déclaration obligatoire sont présentés. Ainsi, les infections causées par le virus du papillome humain (VPH), la varicelle, le rotavirus, le zona, l'influenza et la COVID-19, qui ne sont pas des MADO au Québec, ne sont pas traitées dans ce document.

La date d'épisode, soit la date de réception de la déclaration par les autorités de la santé publique, a été utilisée comme date de référence; cette date est généralement choisie pour l'analyse des données de surveillance.

2.3 Définitions de cas

La validation et la classification des cas (cas confirmés ou cas probables) ont été faites en fonction des définitions nosologiques québécoises en vigueur pour les périodes couvertes. Pour une information plus détaillée sur les définitions de cas utilisées, il faut se référer au guide des définitions nosologiques publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2019b).

2.4 Analyses des données et limites

L'analyse descriptive des données de surveillance utilise les mesures de fréquence suivantes : nombre de cas, proportion et taux brut d'incidence. Les données sur les MEV provenant du SI-GMI constituent les numérateurs et les données de population consultées le 28 avril 2025, le dénominateur. (MSSS, 2025). Le dénominateur d'un taux d'incidence s'exprime en « personnes-année » (p.-a), une personne-année étant l'équivalent d'une personne suivie durant une année complète. Les chiffres ont été agrégés dans le temps selon l'année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre).

Les données sont présentées pour chaque année civile de la période 2000-2024, à l'exception de la mpox pour laquelle des données sont disponibles depuis 2022 seulement. La significativité statistique des augmentations ou des diminutions d'incidence n'a pas été évaluée.

Quelques analyses selon les variables disponibles (ex. : âge, sexe, RSS, sérotype) ont été réalisées lorsque pertinent et lorsque les informations étaient suffisamment complètes. Certaines données étaient fréquemment manquantes dans le SI-GMI, soit en raison d'enjeux dans le transfert de données du fichier MAD0 vers ce nouveau système ou à cause d'informations non saisies (ex. : statut vaccinal, évolution de la maladie, hospitalisations, décès). Les analyses de ces informations n'ont donc pas toujours été possibles.

Des rapports de surveillance antérieurs décrivent les principales limites associées aux analyses présentées, notamment, la sous-estimation possible du nombre de cas réels et la présence de certaines valeurs manquantes (Brousseau, 2019).

3 RÉSULTATS

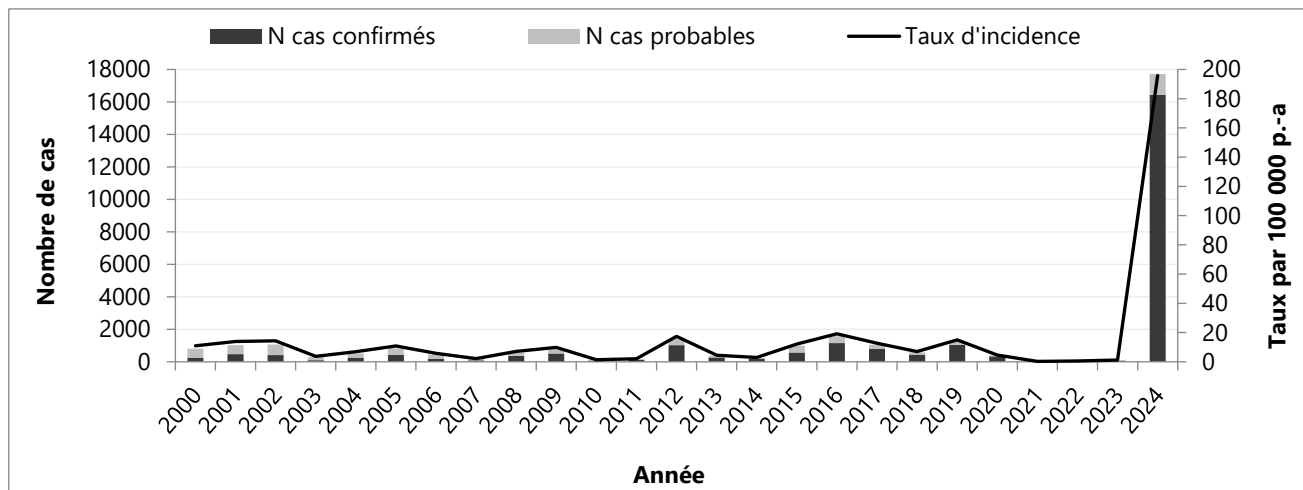
3.1 Maladies évitables par la vaccination contre lesquelles un vaccin est recommandé au programme québécois d'immunisation

3.1.1 Coqueluche

Au Québec, on utilise depuis 1998 un vaccin acellulaire contre la coqueluche. L'objectif principal du programme québécois de vaccination contre la coqueluche est la réduction des infections graves chez les enfants de moins de 12 mois. Le vaccin contre la coqueluche est recommandé à l'âge de 2, 4 et 12 mois, entre 4 et 6 ans et lors de la grossesse. La vaccination des personnes enceintes a été ajoutée en mai 2018, afin de prévenir la coqueluche chez les enfants de moins de 2 mois (CIQ, 2018; MSSS, 2024). La dose de vaccin de 6 mois a été retirée du calendrier vaccinal en 2019 (CIQ, 2018a), ce qui justifie une surveillance accrue de la maladie chez les enfants de 6 à 11 mois.

L'année 2024 a été marquée par une augmentation exceptionnelle de la circulation de la coqueluche. En effet, avec 17 726 cas déclarés, le taux observé de 195,8/100 000 p.-a a été plus de dix fois supérieur à ceux qui ont été notés au cours des derniers pics épidémiques tels qu'il en survient habituellement tous les 3 à 5 ans au Québec et ailleurs. De nombreuses juridictions ont fait face à une résurgence semblable après la pandémie de COVID-19 (CIQ 2024b).

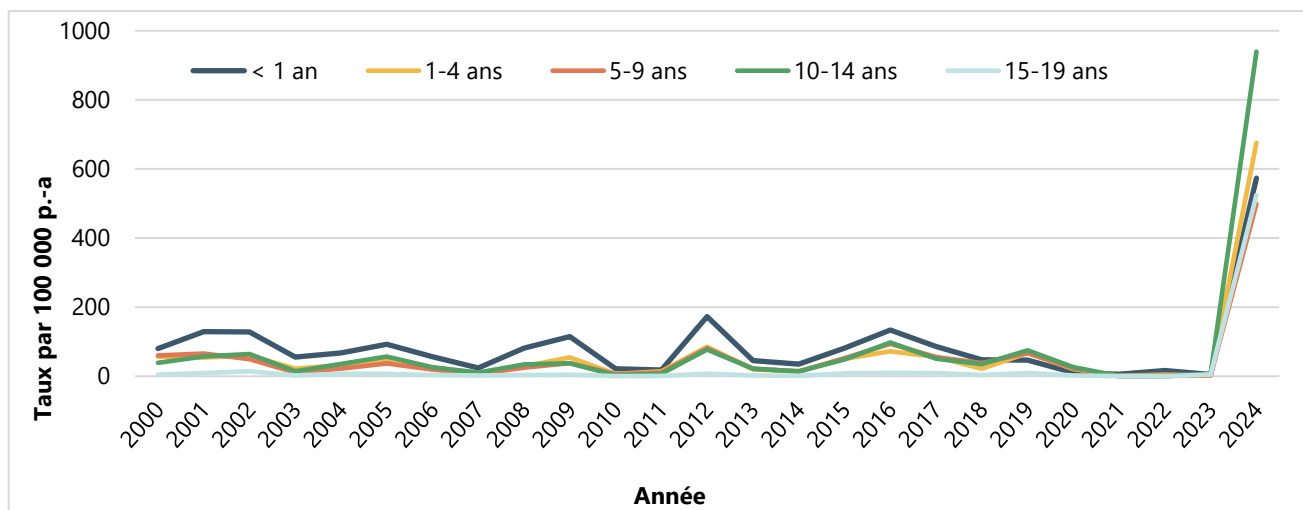
Figure 1 Nombre de cas déclarés (probables et confirmés) et taux brut d'incidence de coqueluche, province de Québec, 2000-2024



Source : fichier SI-GMI, extraction des données du 31 mars 2025.

L'incidence la plus élevée a été observée chez les 10-14 ans, suivis des 1-4 ans (figure 2). Plus de détails peuvent être trouvés dans un rapport distinct (CIQ, 2024b). Aucun décès en lien avec la coqueluche n'a été déclaré.

Figure 2 Taux brut d'incidence de coqueluche par groupe d'âge, province de Québec, 2000-2024



Source : fichier SI-GMI, extraction des données du 31 mars 2025.

3.1.2 Diphtérie

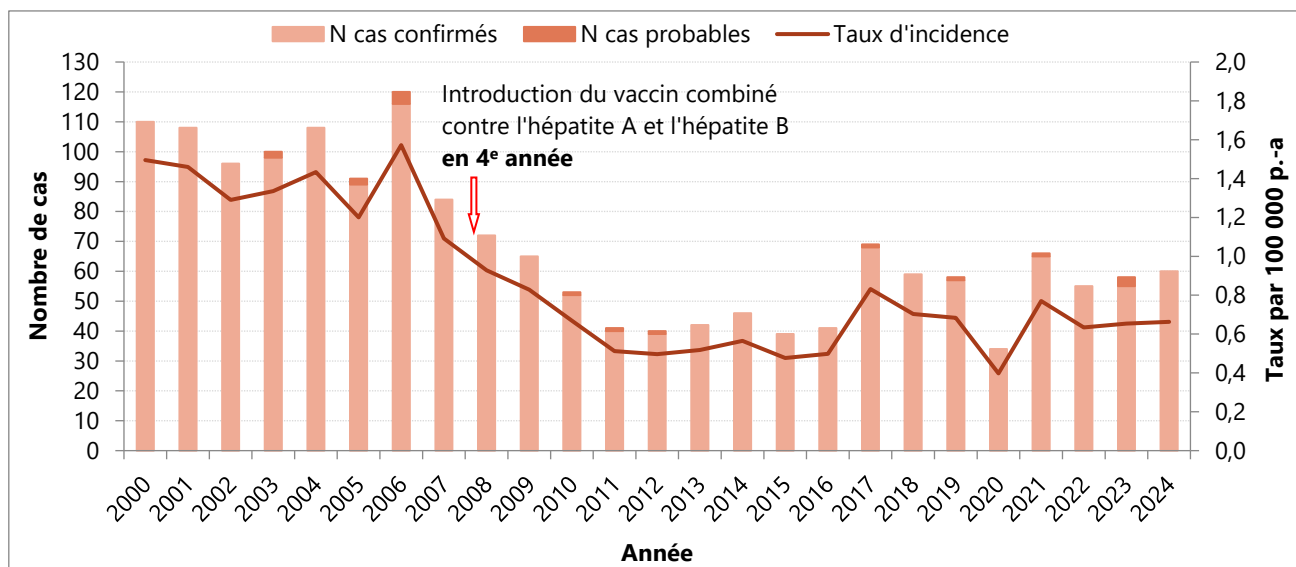
Au Québec, un programme de vaccination contre la diphtérie a débuté en 1931. Les enfants reçoivent un total de cinq doses de ce vaccin. Chez les adultes, une dose de rappel est recommandée à l'âge de 50 ans. Les cas de diphtérie sont très rares au Québec et dans le reste du monde occidental grâce à une bonne efficacité du vaccin et à une couverture vaccinale élevée. Au Québec, aucun cas de diphtérie respiratoire causée par *Corynebacterium diphtheriae* n'a été noté depuis 1991, mais des formes cutanées sont parfois rapportées (Brousseau, 2019b). En 2024, un cas confirmé de diphtérie cutanée à *Corynebacterium diphtheriae* a été déclaré chez un adulte dont le statut vaccinal est inconnu.

3.1.3 Hépatite A

Au Québec, depuis 2008, les enfants de la 4^e année du primaire reçoivent la vaccination combinée contre les virus de l'hépatite A (VHA) et de l'hépatite B (VHB). Depuis 2019, les enfants de 18 mois reçoivent aussi le vaccin contre l'hépatite A. Ce vaccin a démontré une efficacité de près de 100 % à long terme lorsqu'administré en préexposition (MSSS, 2024).

Un total de 60 cas d'hépatite A a été déclaré au Québec en 2024, ce qui est similaire à la moyenne annuelle (n = 55) pour la période 2018-2023 (figure 3). Parmi les personnes pour lesquelles l'information sur le contexte d'acquisition était disponible, plus de la moitié avait acquis l'infection à l'étranger (23/44, 52 %).

Figure 3 Nombre de cas déclarés (probables et confirmés) et taux brut d'incidence d'hépatite A, province de Québec, 2000-2024



Source : fichier SI-GMI, extraction des données du 31 mars 2025.

3.1.4 Hépatite B

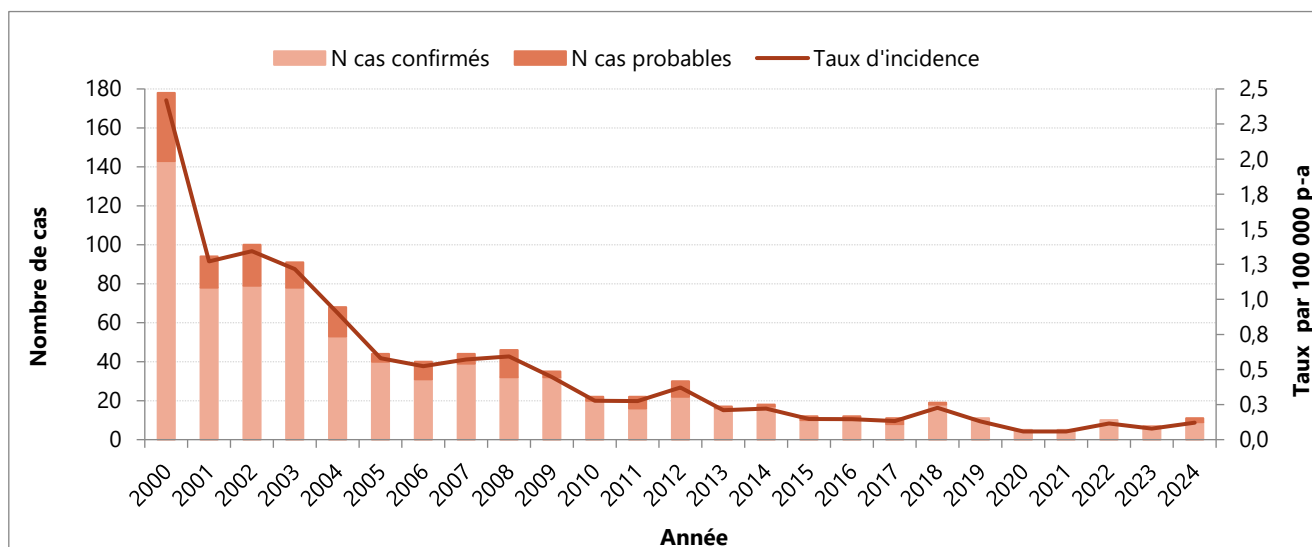
Des analyses plus détaillées concernant l'hépatite B sont disponibles dans un rapport distinct (Blouin, 2024).

Hépatite B aiguë

Au Québec, depuis 1994, on vaccine les élèves de la 4^e année du primaire contre le VHB et des couvertures vaccinales supérieures à 80 % sont obtenues (Markowski 2018). De plus, une campagne de rattrapage a été mise en place en 1999 pour tous les élèves du secondaire. En 2013, ce vaccin a été ajouté au calendrier régulier de vaccination des nourrissons. Selon l'enquête effectuée en 2021, la couverture vaccinale contre le VHB était de 96 % chez les enfants âgés de 15 mois (2 doses ou plus) et de 88 % à 24 mois (3 doses ou plus) (Kiely 2024).

L'incidence de l'hépatite B aiguë est demeurée très faible en 2024, avec 11 cas déclarés (figure 4).

Figure 4 Nombre de cas déclarés (probables et confirmés) et taux brut d'incidence d'hépatite B aiguë, province de Québec, 2000-2024



Source : fichier SI-GMI, extraction des données du 31 mars 2025.

Hépatite B chronique

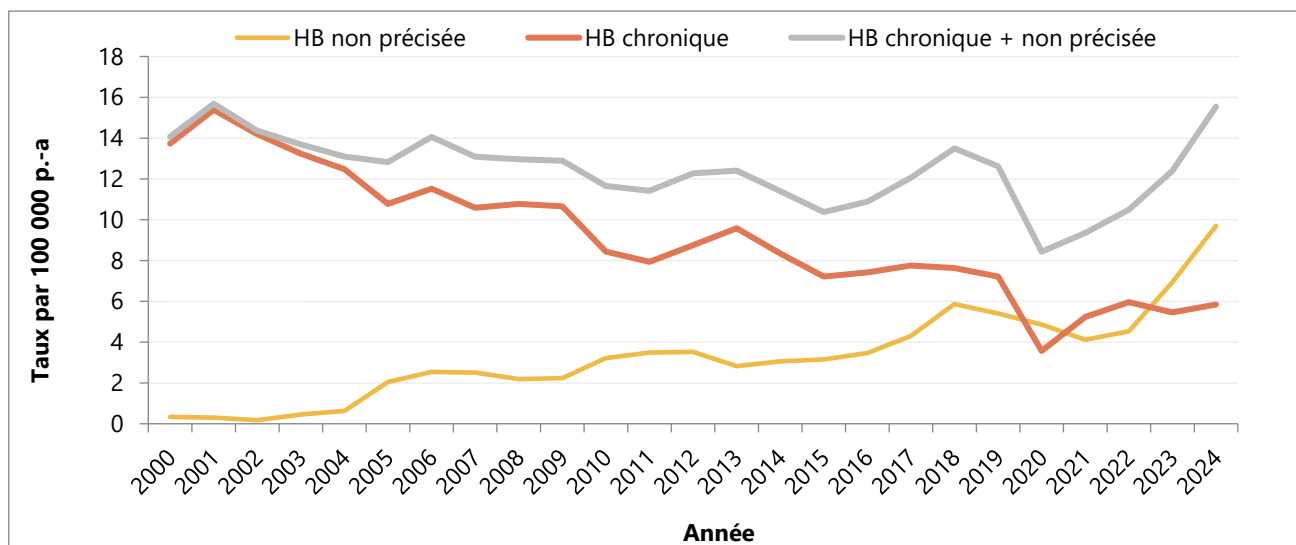
Tout comme pour l'hépatite B aiguë, on constate une tendance globale à la baisse de l'incidence de l'hépatite B chronique (figure 5). En 2024, un total de 529 cas a été déclaré (taux brut de 5,8 par 100 000 p.-a). Les hommes représentaient 58 % des cas. Comme pour les années précédentes, les personnes de 20-39 ans présentaient le taux le plus élevé en 2024 (12,4 par 100 000 p.-a). Un seul décès a été rapporté entre 2019 et 2024, mais pour la majorité des cas l'information sur l'évolution était manquante.

Hépatite B non précisée¹

En 2024, 878 cas d'hépatite B non précisée ont été déclarés (taux brut de 9,7 par 100 000 p.-a). Il s'agit le plus souvent de cas chroniques pour lesquels l'information disponible ne permet pas de confirmer leur statut de porteur chronique. Un seul décès a été rapporté entre 2019 et 2024, mais pour la vaste majorité l'information sur l'évolution était manquante.

Lorsque les taux des hépatites B chroniques et non précisées sont combinés, on constate une tendance à la hausse depuis 2020 (figure 5). Il est possible que cette augmentation soit alimentée par des personnes originaires de pays où l'hépatite B est fortement endémique, ayant acquis l'infection avant leur arrivée au Québec et qui reçoivent un diagnostic au Québec (Blouin 2024).

Figure 5 Taux brut d'hépatite B chronique et non précisée, province de Québec, 2000-2024¹



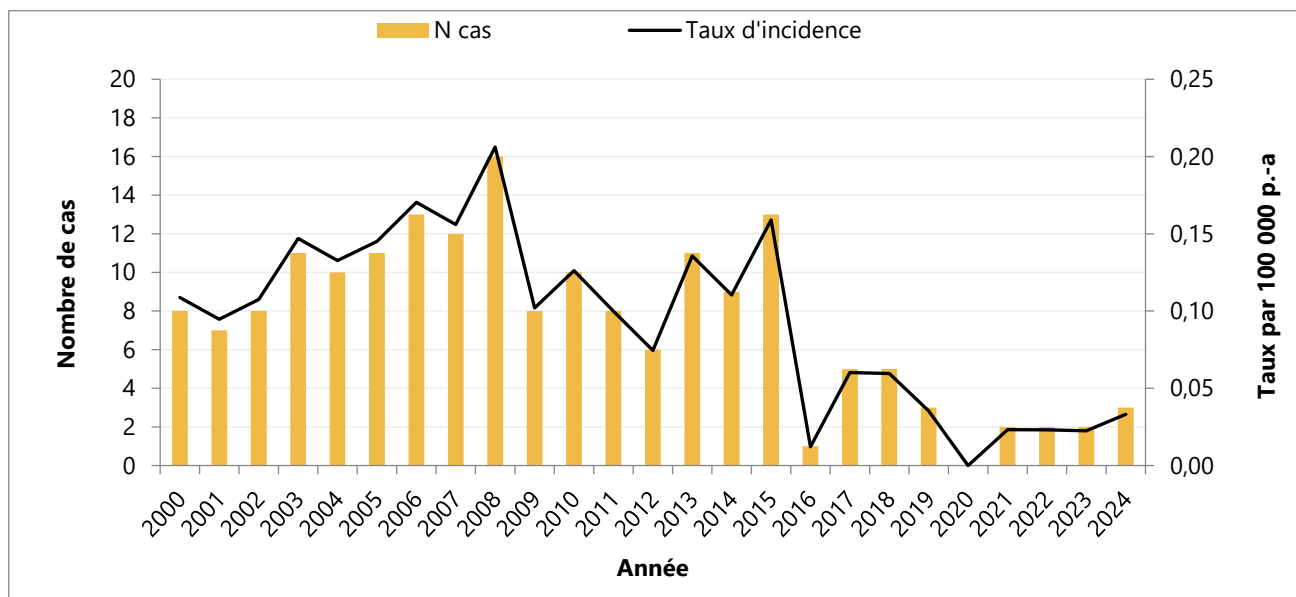
Source : fichier SI-GMI, extraction des données du 31 mars 2025.

3.1.5 Infections invasives à *Haemophilus influenzae* (Hi)

L'introduction d'un programme de vaccination contre l'Hi de sérotype b (Hib) en 1992 a permis de réduire drastiquement le nombre de cas d'infections invasives dues à cette bactérie, alors que plus de 100 cas étaient déclarés annuellement à la fin des années 1980 (Douville, 2014). Selon l'enquête québécoise de 2021, la couverture vaccinale contre les infections invasives à Hib était de 92 % à 15 mois (3 doses ou plus) (Kiely, 2024). Le nombre annuel de cas rapportés est très faible depuis le début des années 2000 (figure 6). En 2024, seulement trois cas d'infections invasives à Hib ont été déclarés.

¹ Les données de l'année 2024 concernant l'hépatite B chronique sont préliminaires. Au moment de l'extraction des données, certaines hépatites B non précisées étaient en attente de suivi pour confirmer le statut de porteur chronique. Avec les données finales de l'année 2024, le taux d'incidence attendu de l'hépatite B non précisée sera plus faible et celui de l'hépatite B chronique, plus élevé.

Figure 6 Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence d'infections invasives à *Haemophilus influenzae* de sérotype b (Hib), province de Québec, 2000-2024

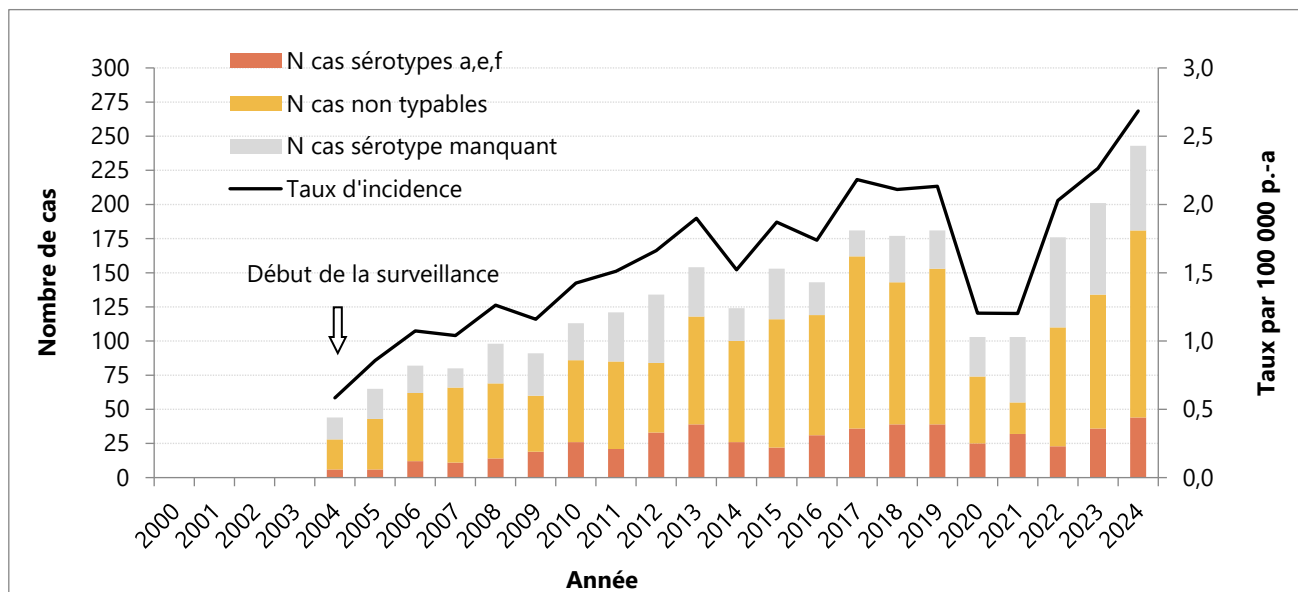


Source : fichier SI-GMI, extraction des données du 31 mars 2025.

Depuis 2004, la surveillance de toutes les infections invasives causées par Hi a été mise en place, peu importe le sérotype impliqué (MSSS, 2016). On note une tendance à la hausse du nombre d'infections invasives, à l'exception des années 2020 et 2021 où une diminution a été notée en raison des mesures sanitaires liées à la pandémie de COVID-19 (figure 7). En 2024, 243 cas ont été déclarés pour un taux de 2,7/100 000 p.-a. L'incidence la plus élevée se retrouve chez les personnes de 75 ans ou plus (10,7/100 000 p.-a) et chez les enfants de moins d'un an (6,4/100 000 p.-a).

En plus du Hib, il est important de s'attarder aux autres souches capsulées, car elles ont un potentiel invasif plus élevé. Parmi les souches capsulées identifiées, les souches de Hi de sérotype a (n = 19, dont 7 chez des enfants de moins de 5 ans) et f (n = 17, dont 1 chez un enfant de moins de 5 ans) représentaient les sérotypes les plus fréquents en 2024. Les souches non capsulées (non typables), représentaient 76 % des souches de Hi avec 137 cas, dont 7 chez les moins de 5 ans et 88 chez les 65 ans et plus.

Figure 7 Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence d'infections invasives à *Haemophilus influenzae* de sérotype autre que b, selon le sérotype, province de Québec, 2000-2024



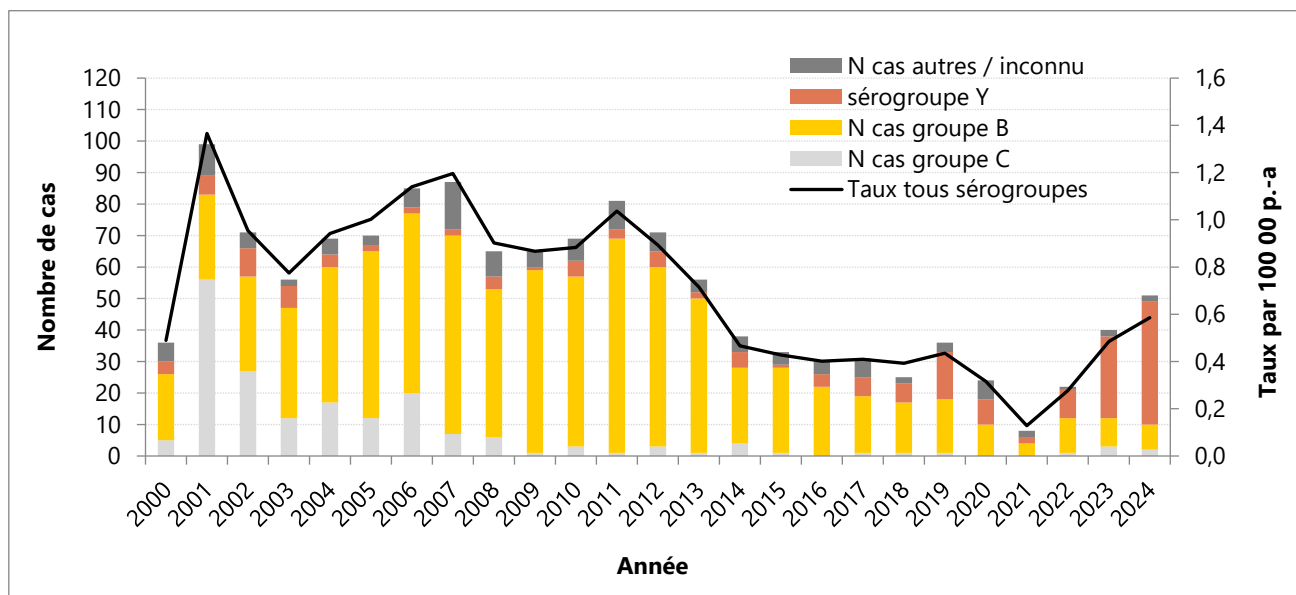
Source : fichier SI-GMI, extraction des données du 31 mars 2025.

3.1.6 Infections invasives à méningocoque (IIM)

Au Québec, la vaccination de routine contre les IIM de séro groupe C chez les jeunes enfants est en place depuis 2002. En 2021, la couverture vaccinale a été estimée à 94 % à 24 mois (Kiely, 2024). Une dose de rappel en 3^e année du secondaire a été ajoutée en 2013, toujours contre le séro groupe C. En raison de l'augmentation du nombre d'IIM de séro groupe Y depuis 2022, le vaccin en 3^e année du secondaire a été remplacé à l'automne 2023 par un vaccin quadrivalent protégeant contre les séro groupes A, C, W et Y (CIQ, 2023) et un rattrapage a été offert en secondaire 4 et secondaire 5 au printemps 2024 (CIQ, 2023b). La couverture vaccinale pour la dose de rappel en secondaire 3 avec le vaccin quadrivalent en 2023-2024 a été estimée à 79 % (Markowski, 2025). En ce qui concerne la vaccination contre les IIM de séro groupe B, la stratégie retenue jusqu'à présent a été de mener des campagnes de vaccination ciblée dans les régions avec incidence accrue (MSSS, 2019a).

Après une baisse en 2020-2021 présumément reliée aux mesures sanitaires lors de la pandémie de COVID-19, l'incidence des IIM au Québec a augmenté de 2022 à 2024, passant de 24 cas rapportés en 2022 à 53 cas en 2024 (taux de 0,59 par 100 000 p.-a, figure 8). L'augmentation est liée aux cas dus au séro groupe Y (39/53 cas en 2024 [74 %]). Quatre décès dus à une IIM ont été rapportés en 2024 chez des adultes : trois étaient dus à un séro groupe Y et un était une souche non séro groupable.

Figure 8 Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence d'infections invasives à méningocoque (IIM), par sérotype, province de Québec, 2000-2024



Source : fichier SI-GMI, extraction des données du 31 mars 2025.

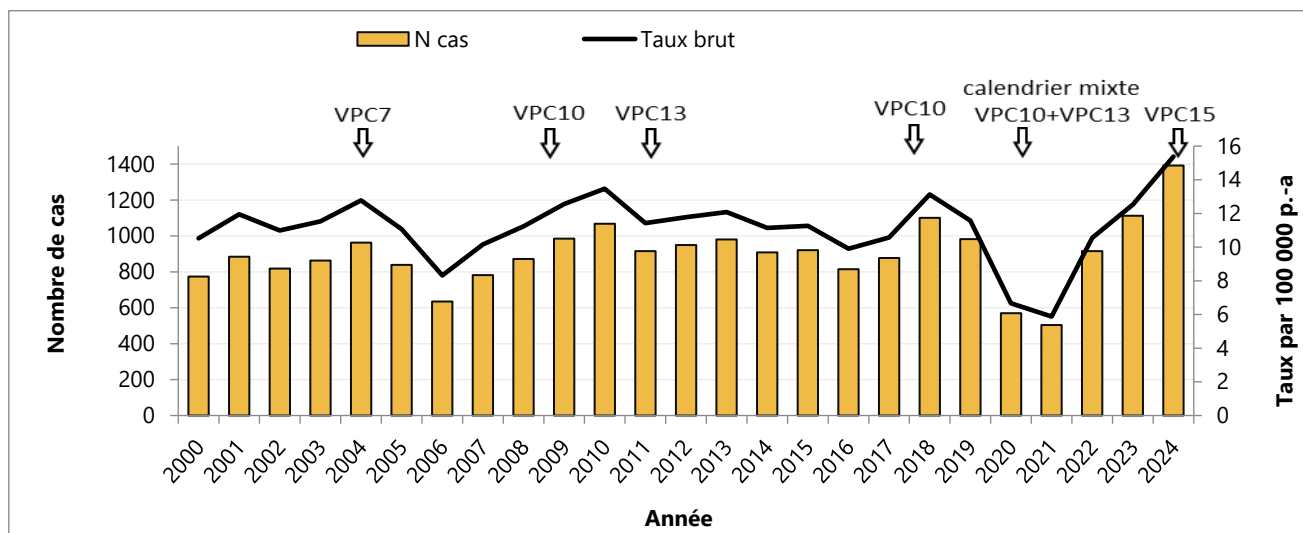
3.1.7 Infections invasives à pneumocoque (IIP)

Un programme universel d'immunisation contre les IIP a été mis en place au Québec, d'abord avec un vaccin conjugué 7-valent (à partir de 2004), puis avec un vaccin 10-valent (à partir de 2009). Entre janvier 2011 et avril 2018, un vaccin pneumococcique conjugué 13-valent (VPC-13) a été utilisé pour tous les enfants québécois. De mai 2018 à 2020, un vaccin 10-valent (VPC-10) a été de nouveau utilisé, et en 2020 un calendrier mixte comprenant 2 doses de VPC-10 à 2 et 4 mois et 1 dose de VPC-13 à 12 mois a été mis en place. L'enquête sur la couverture vaccinale de 2021 a démontré une couverture contre les IIP de 93 % à l'âge de 15 mois (Kiely, 2024).

De nouveaux vaccins conjugués contre le pneumocoque, un 15-valent (VPC-15) et l'autre 20-valent (VPC-20), ont récemment été autorisés au Canada. Depuis l'automne 2024, le VPC-15 est utilisé pour la majorité des enfants et le VPC-20 est utilisé pour les enfants à risque très élevé (CIQ, 2023a). Depuis l'implantation du programme universel de vaccination des nourrissons contre le pneumocoque, les IIP chez les moins de 5 ans font l'objet d'une surveillance renforcée et d'une enquête de santé publique, comprenant notamment l'identification du sérotype, la documentation du statut vaccinal et l'évolution du cas. Les données détaillées de surveillance du pneumocoque font l'objet de rapports annuels distincts (Deceuninck, 2025).

La figure 9 montre les nombres de cas d'IIP déclarés et les taux d'incidence de 2000 à 2024. On assiste à une augmentation du taux d'incidence d'IIP depuis 2022. En effet, les taux observés en 2024 sont les plus élevés depuis le début des années 2000 (14,2/100 000 p.-a). Cette augmentation est probablement une résurgence postpandémique après une période de faible incidence.

Figure 9 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence d'infections invasives à pneumocoque (IIP), province de Québec, 2000-2024

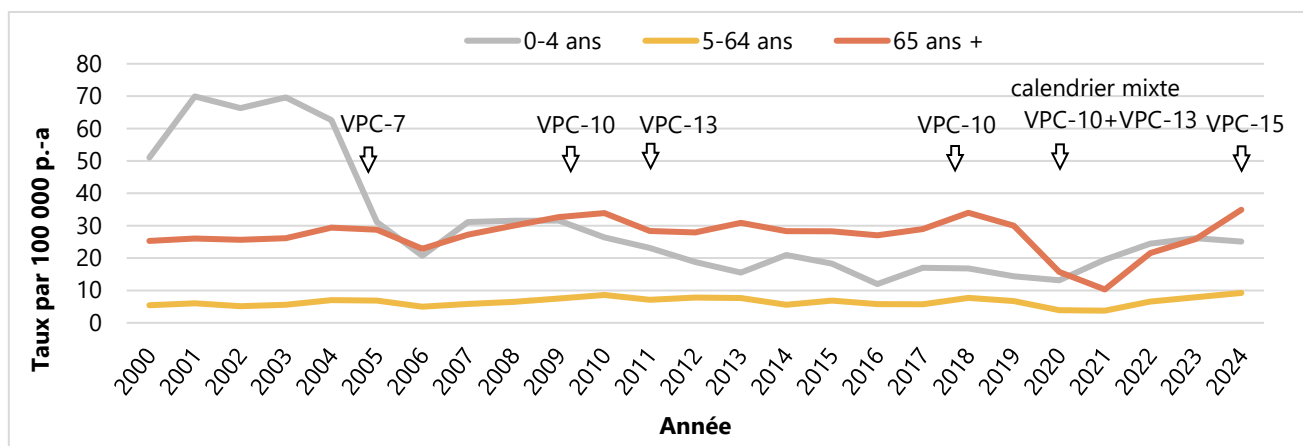


Source : fichier SI-GMI, extraction des données du 31 mars 2025.

Note : VPC-7, vaccin pneumococcique conjugué 7-valent; VPC-10, vaccin pneumococcique conjugué 10-valent; VPC-13, vaccin pneumococcique conjugué 13-valent; VPC-15, vaccin pneumococcique conjugué 15-valent.

En 2024, le taux d'incidence a continué d'augmenter chez les personnes de 65 ans et plus (34,9/100 000 p. a) et a retrouvé son niveau « prépandémique » de 2018 (figure 10). Le taux d'incidence chez les enfants de moins de 5 ans (25,1/100 000 p.-a) semble stabilisé depuis 2022.

Figure 10 Taux brut d'incidence d'infections invasives à pneumocoque par groupe d'âge, province de Québec, 2000-2024



Source : fichier SI-GMI, extraction des données du 31 mars 2025.

Note : VPC-7, vaccin pneumococcique conjugué 7-valent; VPC-10, vaccin pneumococcique conjugué 10-valent; VPC-13, vaccin pneumococcique conjugué 13-valent; VPC-15, vaccin pneumococcique conjugué 15-valent.

3.1.8 Mpox (variole simienne)

En mai 2022, une éclosion de mpox est survenue dans plusieurs pays où le virus n'est pas endémique, incitant l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à déclarer une urgence de santé publique de portée internationale le 23 juillet 2022 (Padet, 2024). Dans la ville de Montréal, les premiers cas de mpox ont été confirmés par laboratoire le 20 mai 2022. La transmission a principalement été observée au sein des communautés d'hommes gais, bisexuels, trans, queer (GBTQ) et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH).

La réponse de santé publique reposait principalement sur la surveillance, la gestion des cas et des contacts et la vaccination préexposition avec le vaccin Modified Vaccinia Ankara-Bavarian Nordic (MVA-BN), commercialisé sous le nom d'Imvamune® au Canada. Les cas sont principalement survenus de juin à août 2022, puis l'éclosion s'est résorbée. Au total, selon le SI-GMI, 527 cas de mpox ont été rapportés au Québec au cours de l'année 2022. Des rapports de surveillance sur cette éclosion sont disponibles (Santé Canada, 2024). Un programme de vaccination contre la mpox est toujours disponible pour les groupes à risque.

En 2023 et 2024, respectivement 12 et 61 cas mpox ont été déclarés au Québec. Les 61 cas de 2024 étaient des hommes et 43 (70 %) avaient entre 30 et 49 ans.

3.1.9 Oreillons

La vaccination contre les oreillons a débuté en 1976 lorsque cette composante a été ajoutée au vaccin contre la rougeole et la rubéole, déjà offert aux enfants de 12 mois (passage du vaccin RR au vaccin RRO). Depuis 1996, pour améliorer la protection contre la rougeole, 2 doses du vaccin RRO sont administrées. Une seule dose est toutefois nécessaire pour être considéré protégé contre les oreillons (CIQ, 2017). La majorité des personnes nées entre 1975 et 1995 (cohorte entre 29 et 49 ans aujourd'hui) ont reçu une seule dose de la composante contre les oreillons. L'enquête québécoise sur la couverture vaccinale de 2021 a montré une couverture vaccinale contre les oreillons de 92 % à l'âge de 15 mois (Kiely, 2024). La dernière éclosion importante pour cette infection a été notée en 2010 lorsque 632 cas avaient été déclarés (Douville 2014 et 2016).

L'incidence des oreillons est demeurée faible en 2024 avec seulement huit cas déclarés. L'information sur l'hospitalisation et le statut vaccinal étaient manquants pour la majorité des cas déclarés. Au total, 5 personnes ont déclaré avoir acquis l'infection à l'étranger (63 %).

3.1.10 Poliomyélite et paralysie flasque aiguë (PFA)

Au Québec, on vaccine contre la poliomyélite depuis 1955. Le vaccin oral (virus atténué) a été remplacé par le vaccin injectable (virus inactivé) en 1996. On considère la poliomyélite, due au virus sauvage, éliminée des Amériques depuis 1994. Aucun cas de poliomyélite n'a été répertorié au Québec depuis 1995.

Une surveillance active de la PFA a été mise en place au Canada en 1991 chez les personnes âgées de moins de 15 ans, comme recommandé par l’OMS. Cette surveillance permet une investigation active des cas, afin de s’assurer que le poliovirus n’est pas en cause. La surveillance se fait par l’entremise de la Société canadienne de pédiatrie, en collaboration avec l’Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Un seuil de 1 cas ou plus de PFA par 100 000 p.-a constitue la cible fixée à l’échelle internationale, afin de garantir une surveillance adéquate des cas possibles de poliomyélite paralytique dans les pays où la circulation du poliovirus sauvage n’est pas endémique.

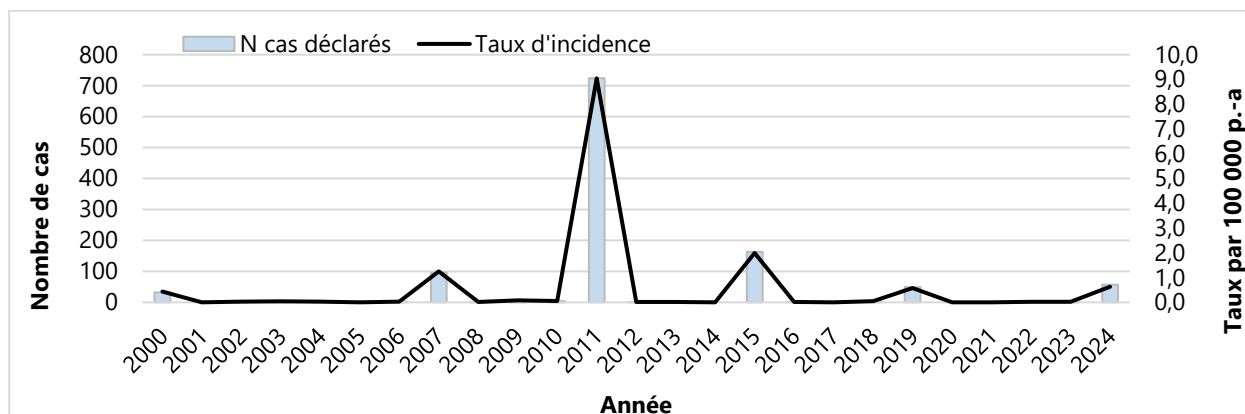
En 2024, le taux brut d’incidence de PFA au Canada chez les personnes âgées de moins de 15 ans était de 0,6 par 100 000 p.-a, avec 38 cas déclarés (Système canadien de surveillance de la paralysie flasque aiguë [SCSPFA], données non publiées obtenues par l’intermédiaire de l’ASPC le 18 juin 2025). Il ne rencontrait pas le seuil de 1 par 100 000 p.-a fixé par l’OMS. Les données disponibles, notamment l’absence de cas de poliomyélite déclaré, suggéraient cependant l’absence de cette infection virale au Canada chez les enfants.

3.1.11 Rougeole

Au Québec, le vaccin contre la rougeole est offert depuis 1970 (1 dose à 12 mois). En 1996, une deuxième dose a été ajoutée au programme régulier de vaccination à l’âge de 18 mois. Bien que la couverture vaccinale au Québec demeure relativement élevée (89 % pour 2 doses à l’âge de 24 mois selon l’enquête de 2021) (Kiely, 2024), nous assistons occasionnellement à des écloisions dans la province. L’objectif poursuivi est de maintenir l’élimination de la rougeole au Québec, c’est-à-dire d’éviter qu’à la suite d’un cas il y ait une circulation soutenue de cette infection pendant plusieurs mois (De Serres, 2013). La dernière écloision importante pour cette infection a été notée en 2011 (figure 13) et on a observé de nouvelles écloisions en 2015, 2019 et 2024.

En 2024, 57 cas de rougeole ont été identifiés. Une première écloision s’est étendue de janvier à mai 2024 et a touché 51 personnes de sept régions sociosanitaires différentes (Laverdière, 2024). Une deuxième écloision a débuté en décembre 2024 et s’est poursuivie jusqu’en avril 2025 (Gouvernement du Québec, 2025). On rapporte six hospitalisations, mais aucun décès dû à la rougeole en 2024.

Figure 11 Nombre de cas déclarés et taux brut d’incidence de rougeole, province de Québec, 2000-2024



Source : fichier SI-GMI, extraction des données du 31 mars 2025.

3.1.12 Rubéole et rubéole congénitale

La vaccination contre la rubéole a débuté en 1971 avec une seule dose. Depuis 1996, 2 doses de vaccin contre la rubéole, combinées avec les composantes rougeole et oreillons, sont administrées aux enfants dans le cadre du programme régulier de vaccination. Les cas de rubéole et de syndrome de rubéole congénitale (SRC) sont maintenant très rares au Québec. Ils sont presque tous associés à un séjour dans un pays où cette MEV est endémique (Douville, 2016).

Une seule infection rubéoleuse congénitale a été déclarée au Québec en 2024. Le bébé n'avait aucun symptôme. La mère avait acquis l'infection à l'extérieur du Canada (Public Health Agency of Canada, 2024). Le dernier cas de SRC avait été déclaré en 2001.

3.1.13 Tétanos

Au Québec, un programme public de vaccination contre le tétanos a débuté en 1949. Grâce à la très bonne efficacité du vaccin et à une couverture vaccinale élevée (92 % à 15 mois pour 3 doses ou plus) (Kiely, 2024), les cas de tétanos au Québec sont maintenant très rares (environ un cas par an en moyenne) et l'incidence est à la baisse (CIQ, 2018b).

Aucun cas de tétanos n'a été rapporté en 2024. Le dernier cas remonte à 2020.

3.2 Maladies évitables par la vaccination non visées par le programme québécois d'immunisation

3.2.1 Choléra

Les cas de choléra sont rares au Québec. Aucun cas n'est survenu en 2024. Les derniers cas déclarés au Québec, tous acquis à l'étranger, sont survenus en 2015 (1 cas), puis en 2022 (1 cas) et en 2023 (2 cas) (Brousseau, 2019; Brousseau, 2025).

3.2.2 Fièvre jaune

Aucun cas de fièvre jaune n'a été rapporté au Québec en 2024. Aucun cas n'a été déclaré depuis 2000.

3.2.3 Fièvre typhoïde

Un total de 16 cas de fièvre typhoïde a été déclaré en 2024, ce qui est un peu supérieur à la moyenne annuelle de 12 cas pour les cinq années précédant la pandémie, soit la période 2015-2019, mais moins que les 21 cas rapportés en 2023. Par ailleurs, aucun décès lié à la fièvre typhoïde n'a été rapporté en 2024.

3.2.4 Rage

Aucun cas de rage n'a été déclaré en 2024. Le dernier cas de rage humaine rapporté au Québec est survenu en 2000 (Douville, 2014).

4 CONCLUSION

Grâce à la vaccination, la diphtérie, la poliomyélite, la rubéole, la rubéole congénitale et la rougeole sont toutes considérées comme éliminées au Québec, c'est-à-dire qu'elles ne sont plus présentes, sauf lors de rares éclosions qui se résorbent rapidement. Les autres MEV restent contrôlées. Des efforts continus sont nécessaires pour obtenir une couverture vaccinale optimale et maintenir une immunité suffisante pour limiter le plus possible l'augmentation de l'incidence des MEV dans la population.

Après une baisse importante de l'incidence de plusieurs MEV durant la pandémie de COVID-19, on note depuis 2023 un retour à une incidence de type « prépandémique » pour plusieurs d'entre elles (ex. : infections invasives à pneumocoque et à *Haemophilus influenzae*). Avec le retrait des dernières mesures sanitaires liées à la COVID-19, une résurgence importante de la coqueluche a par ailleurs été observée en 2024.

Bien que le SI-GMI permette de brosser un portrait global de la situation épidémiologique des MEV à déclaration obligatoire, certaines données sont manquantes. Une saisie plus complète des valeurs de certaines variables (ex. : statut vaccinal, évolution du cas, type de test effectué, sérotype de la bactérie en cause) serait souhaitable pour améliorer la qualité et la validité des informations produites. Les améliorations possibles concernent la qualité (complétude et exactitude) de la migration des données de l'ancien registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO) vers le SI-GMI, l'exhaustivité de l'information collectée et saisie par les directions de santé publique régionales, de même que la qualité et la facilité d'utilisation des systèmes d'information disponibles.

RÉFÉRENCES

- Blouin, K., Bitera, R., Gruber, P. et Sylvain, D. (2024). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec: année 2022 et projections 2023* (p. 101). Institut national de santé publique du Québec.
<https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/publications/3533-infections-transmissibles-sexuellement-2022-projections-2023.pdf>
- Brousseau, N. et Amini, R. (2025). *Maladies évitables par la vaccination à déclaration obligatoire au Québec: rapport de surveillance 2023*. Institut National de Santé Publique du Québec.
<https://www.inspq.gc.ca/publications/3711>
- Brousseau, N., Gariépy, M. C., Amini, R., Billard, M. N., Serres, G. et Gilca, V. (2019). *Maladies évitables par la vaccination à déclaration obligatoire au Québec: Rapport de surveillance 2014-2017* (p. 66). Institut national de santé publique du Québec.
- Brousseau, N., Amini, R., Serres, G. et Gariépy, M. C. (2019b). *Maladies évitables par la vaccination à déclaration obligatoire au Québec: rapport de surveillance 2018* (p. 26). Institut national de santé publique du Québec.
https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/publications/2588_maladies_evitables_vaccination_declaration_obligatoire_quebec.pdf
- Comité sur l'immunisation du Québec. (2017). *Avis sur l'utilisation d'une 2^e dose de vaccination contre les oreillons chez les travailleurs de la santé*. Institut national de santé publique du Québec.
<https://www.inspq.gc.ca/publications/2231>
- Comité sur l'immunisation du Québec. (2018). *Stratégie optimale de vaccination contre la coqueluche au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.
https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/publications/2369_strategie_vaccination_coqueluche_quebec.pdf
- Comité sur l'immunisation du Québec. (2018a). *Optimisation du calendrier de vaccination des jeunes enfants* (p. 11). Institut national de santé publique du Québec.
<https://www.inspq.gc.ca/publications/2467>
- Comité sur l'immunisation du Québec. (2018b). *Vaccination contre le tétanos: pertinence de doses de rappel chez l'adulte*. Institut national de santé publique du Québec.
<https://www.inspq.gc.ca/publications/2418>
- Comité sur l'immunisation du Québec. (2023). *Mise à jour du programme de vaccination québécois contre les infections invasives à méningocoque de sérogroupes A, C, W et Y*. Institut national de santé publique du Québec.
<https://www.inspq.gc.ca/publications/3339>
- Comité sur l'immunisation du Québec. (2023a). *Avis sur le choix d'un vaccin pneumococcique conjugué pour l'immunisation des enfants au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.
<https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/2024-02/3441-vaccin-pneumococcique-conjugué-immunisation-enfants.pdf>
- Comité sur l'immunisation du Québec. (2023b). *Vaccination contre le méningocoque de séro groupe Y au Québec dans un contexte d'incidence accrue des*. Institut national de santé publique du Québec.
<https://www.inspq.gc.ca/publications/3442>
- Comité sur l'immunisation du Québec. (2024a). *Avis sur le choix d'un vaccin pneumococcique conjugué pour l'immunisation des enfants au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.
<https://www.inspq.gc.ca/publications/3441>
- Comité sur l'immunisation du Québec. (2024b). *Recrudescence de la coqueluche au Québec en 2024: évaluation de la stratégie de vaccination contre cette maladie*. Institut national de santé publique du Québec.
<https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/publications/3614-recrudescence-coqueluche-quebec-strategie-vaccination%20.pdf>

- De Serres G, Markowski F, Toth E, Landry M, Auger D, Mercier M, *et al.* (2013). Largest measles epidemic in North America in a decade – Quebec, Canada, 2011 : Contribution of susceptibility, serendipity, and superspreading events. *Journal of Infectious Diseases*, 207(6), 990-998.
- Deceuninck, G., Lefebvre, B., Wals, P. et Brousseau, N. (2025). *Programme de surveillance du pneumocoque : rapport 2023* (p. 58). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3671-programme-surveillance-pneumocoque-rapport-2023.pdf>
- Douville-Fradet, M., Amini, R., Boulianne, N., Gilca, R., Gilca, V. et Lefebvre, B. (2014). *Épidémiologie descriptive des maladies à déclaration obligatoire évitables par la vaccination au Québec, 2000-2010* (p. 141). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1847>
- Douville-Fradet, M., Amini, R., Serres, G. et Boulianne, N. (2016). *Épidémiologie descriptive des maladies évitables par la vaccination à déclaration obligatoire au Québec, 2011-2013* (p. 22). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2198>
- Gouvernement du Québec. (s. d.). *Écllosion de rougeole*. Consulté 8 juillet 2025, à l'adresse <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/rougeole/eclosion-de-rougeole>
- Institut national de santé publique du Québec. (s. d.). *Portail de l'infocentre de santé publique*. <https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>
- Kiely, M., Ouakki, M., Brousseau, N., Dubé, È. et Audet, D. (2024). *Étude sur la couverture vaccinale des enfants québécois âgés de 1 an, 2 ans et 7 ans en 2021*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3570>
- Laverdière, É., Valérie Lavergne, William Choinière, Lavergne, V., Markowski F. et Des Cormiers, A. (2024). Rougeole : Mise à jour. *Flash Vigie*, 18(5).
- Louchini, R. (2001). *Surveillance des maladies infectieuses et des intoxications chimiques à déclaration obligatoire 1990-1999* (p. 279). Ministère de la Santé et des Services sociaux. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-258-01.pdf>
- Markowski F. (2025). Vaccination en milieu scolaire. *Flash Vigie*, 19(1). https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/flashvigie/FlashVigie_vol19_no1.pdf
- Markowski, F. et Toth, E. (2018). Vaccination en milieu scolaire. *Flash Vigie*, 13(7), 1-5.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). *Fiche technique pour la gestion des cas et des contacts – Infections invasives causées par la bactérie *Haemophilus influenzae* de type B (Hib)*. Mise à jour décembre 2016. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001822/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019a). *Guide d'intervention – Les infections invasives à méningocoque – Mise à jour janvier 2019*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000643/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019b). *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec – Maladies d'origine infectieuse – Définitions nosologiques*, 12^e Édition. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-268-05W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/hepatite-a-ha/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025). *Estimations et projections de population par territoire sociosanitaire*. Consulté 28 avril 2025, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001617/>

Padet, L., Rousseau, N., Minot, P. H., Carazo, S. et Febriani, Y. (2024). Efficacité d'une première dose de vaccin Imvamune® contre la variole simienne au Québec: rapport d'enquête épidémiologique (p. 20). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3503>

Public Health Agency of Canada. (2024). Measles et Rubella Weekly Monitoring Report – Week 8: February 18 to February 24, 2024 – Canada.ca. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/measles-rubella-surveillance/2024/week-8.html>

Santé Canada. (2024). Rapport sommaire épidémiologique: éclosion de la mpox au Canada en 2022-2023. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/resume-epidemiologique-eclosion-canadienne-mpox-2022-23.html>

Maladies évitables par la vaccination à déclaration obligatoire au Québec : rapport de surveillance 2024

AUTRICE ET AUTEURS

Geneviève Deceuninck, conseillère scientifique
Rachid Amini, conseiller scientifique
Nicholas Brousseau, médecin-conseil
Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION DE

Brigitte Paquette, cheffe d'unité scientifique
Catherine Guimond, conseillère soins infirmiers
Direction des risques biologiques

COLLABORATION

Karl Forest-Bérard, conseiller scientifique
Secrétariat général

L'autrice et les auteurs ainsi que les membres du comité scientifique ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Marie-Cloé Lépine, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

Marie-France Richard, adjointe administrative
Direction des risques biologiques

REMERCIEMENTS

Agence de la santé publique du Canada pour les données qui concernent la paralysie flasque aiguë

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 4^e trimestre 2025
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-02723-7 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/MEXK4452>

© Gouvernement du Québec (2025)

N^o de publication : 3753