

Vigie – Interventions

Rougeole et Oreillons (FM et ML)

Rougeole. Outre les 47 pays reconnus endémiques, plusieurs autres pays connaissent actuellement des éclosions de rougeole. L'Agence de santé publique du Canada (ASPC) vient de faire une mise en garde à l'effet que cette récente recrudescence de l'activité rougeole dans le monde constitue un risque potentiel d'importation de rougeole au Canada. Incidemment, le seul cas rapporté au pays cette année était une infection acquise à l'étranger (Bangladesh).

Au Québec, la dernière épidémie de rougeole est survenue en 1989 et avait frappé durement la population : plus de 10 000 cas (cliniques ou confirmés) recensés chez les jeunes. Autres conséquences associées : au moins 650 hospitalisations, de nombreuses complications dont une centaine de cas souffrant de pneumonie, deux de méningite et dix d'encéphalite. Les autorités médicales estiment que sept enfants sont morts des suites de la rougeole et que toutes ces statistiques sous-estiment encore la réalité.¹

Suite à l'épidémie de 1989, le nombre de cas (cliniques et confirmés) a progressivement diminué. La mise en place en 1996 d'une campagne de revaccination contre la rougeole (avec un vaccin monovalent) des enfants nés depuis 1980, l'introduction au cours de cette même année de la 2e dose du vaccin RRO et, dans une moindre importance, la révision des critères de déclaration au fichier MADO (modification à la définition nosologique) en 1997, ont tous deux contribué à rendre l'incidence de la rougeole négligeable au Québec. Depuis 1997, si l'on fait abstraction de l'éclosion (n=28 cas) survenue en l'an 2000 dans une communauté fermée et non vaccinée de la région Laurentides, le nombre annuel de cas de rougeole déclarés (cas confirmés) varie entre 0 (2005) et 5 (1997). Les deux derniers cas enregistrés remontent à 2004 et concernent un enfant de 1-4 ans avec un statut vaccinal incomplet pour l'âge et un individu de 30-34 n'ayant jamais été vacciné.

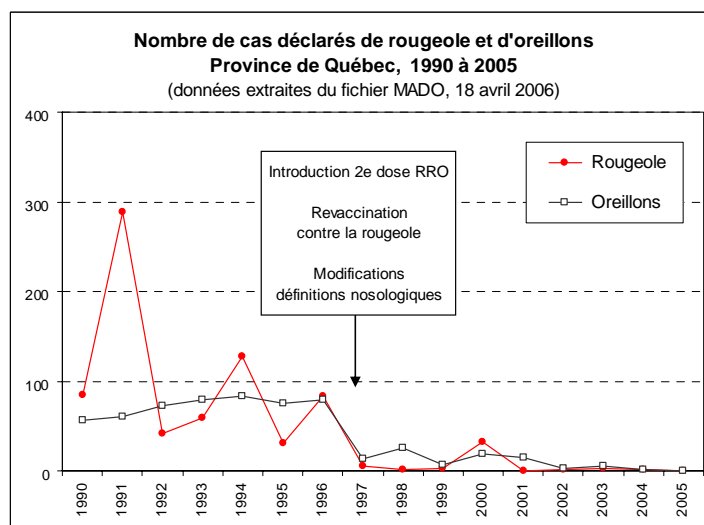
Oreillons. Le Centre-Nord des États-Unis est actuellement aux prises avec une éclosion d'oreillons touchant principalement l'état d'Iowa où plus de 500 cas (confirmés, probables ou suspectés) ont été rapportés depuis la mi-janvier 2006. Plusieurs états limitrophes sont également touchés. Selon l'ASPC, un cas cliniquement compatible et présentant des IgM positifs a été rapporté cette semaine à Hamilton, Ontario. Il serait probablement lié à l'éclosion en Iowa.

L'efficacité habituellement reconnue du vaccin RRO (rougeole-rubéole-oreillons) après 2 doses s'élève à 99% et la protection contre ces trois maladies serait durable. Toutefois, elle est ici questionnée considérant le fait que près des trois-quarts des cas de l'Iowa (73%) ont reçu au moins une dose de ce vaccin et les deux-tiers (68%) au moins deux doses. Des facteurs tels des bris de la chaîne de froid pourraient expliquer une efficacité sous-optimale du vaccin.

Au Québec, une seule épidémie importante a été rapportée depuis 1980. Celle-ci est survenue entre novembre 1988 et juillet 1989 dans la région du Bas St-Laurent (Rivière-du-Loup et environs) et a impliqué 440 cas. Malgré le nombre élevé de cas observés durant cette épidémie, il n'y a pas eu de dissémination de la maladie dans le reste de la province et aucune autre épidémie d'importance n'a été signalée par la suite.² De 2002 à 2005, il y a eu respectivement 3, 6, 1 et 0 cas déclarés au fichier MADO. En 2006, en date du 30 mars, aucun nouveau cas d'oreillons n'est venu s'ajouter aux deux cas déclarés depuis le début de l'année, lesquels seraient en lien avec l'éclosion récente d'Halifax.

Ces éclosions de rougeole et d'oreillons rappellent l'importance de la vaccination dans la prévention de la maladie sur le plan individuel et celle des épidémies sur le plan populationnel. L'efficacité reconnue du vaccin RRO après 2 doses s'élève à 99% et la protection contre ces trois maladies serait durable.

Compte tenu du contexte mondial actuel, une vigilance accrue doit être assurée dans toutes les régions du Québec. À cette fin, et pour assurer une vigie provinciale efficace, les DSP doivent aviser immédiatement le BSV si un ou plusieurs cas d'oreillons ou de rougeole (suspectés ou confirmés) se déclaraient sur leur territoire.



1. Tiré d'un écrit de Jean Hamann sur le site www.scom.ulaval.ca.

2. Source : RMTC. Vol. 23-02. 15 janvier 1997. ASPC

Clostridium difficile (CG et MT)

En août 2004, l'Institut National de santé publique du Québec (INSPQ) a mis en place un système de surveillance provinciale des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD). Depuis, la situation peut être suivie de façon régulière dans 91 centres hospitaliers (de soins généraux et Spécialisés) ayant eu en 2003 au moins 1 000 admissions en soins de courte durée (excluant les unités de psychiatrie, pouponnière et néonatalogie).

Selon le plus récent rapport de l'INSPQ³, la comparaison des données 2004 et 2005, pour les périodes 6 à 9 (21 août au 10 décembre), confirme une baisse significative de 40% du taux d'incidence provincial de DACD d'origine nosocomiale chez les 88 CH ayant participé depuis le début du programme de surveillance. Le taux est ainsi passé de 12 à 7,2 cas par 10 000 personnes-jours. En nombres absolus, cela représente 796 cas de moins, soit 1 101 vs 1 897 en 2004. Suivant la région, ce taux varie entre 0,6 et 13,0 et l'on enregistre une baisse significative dans 7 régions (03-Capitale-Nationale; 04-Mauricie-Centre-du-Québec; 05-Estrie; 06-Montréal; 12-Chaudière-Appalaches; 13-Laval et 16-Montérégie). Les plus fortes diminutions ont été constatées dans la région de la Montérégie (-69%) et celle de Laval (-57%).

De façon générale, par rapport à l'année précédente, les taux ont diminué dans presque tous les CH bien que certains centres affichent toujours une incidence élevée avec plus de 10 cas par 10 000 personnes-jours par période.

Depuis plusieurs mois, différentes mesures ont été mises en place en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales et il est important de poursuivre les efforts dans ce sens.

Creutzfeldt Jakob (GL)

Un premier cas a été rapporté pour cette année. Il s'agit d'une femme âgée de 65-69 ans résidant dans la région de la Mauricie-Centre-du-Québec. Ce nouveau cas porte à 5 le nombre total de cas déclarés au fichier MADO depuis que la déclaration de cette maladie fut rendue obligatoire en novembre 2003. Il y a eu 3 cas en 2004 et 1 en 2005.

Syphilis (GL)

Deux cas de neurosyphilis ont été déclarés au cours des 2 premières périodes de 2006 : un individu âgé de 30-34 ans et un autre de 45-49 ans. En 2005 et 2004, 15 et 12 cas de neurosyphilis ont été respectivement déclarés dans MADO comparativement à 1 ou 2 cas/par an entre 2001 et 2003.

Face à une déclaration de neurosyphilis, il est important de procéder à une enquête et d'assurer éventuellement une intervention préventive auprès des partenaires sexuels lorsqu'il s'avère que l'atteinte neurologique présentée accompagne une syphilis en phase infectieuse.

Par ailleurs, le rapport des enquêtes entreprises dans le cadre de la « vigie-surveillance intensifiée » de la syphilis infectieuse sera déposé d'ici les 4 prochaines semaines.

Infection gonococcique (GL)

Au terme des deux premières périodes de l'année 2006 (1^{er} janvier au 25 février), le nombre de cas déclarés (n=166) est près de 20% supérieur à celui rapporté en 2005 (n=140) pour les périodes équivalentes. Le rapport femme/homme s'élève à 1:3,2 contre 1:4,8 en 2005.

On observe particulièrement une poussée de cas au Nunavik où 16 cas ont déjà été rapportés comparativement à 3 cas en 2005.

La proportion de cas de *Neisseria gonorrhoeae* dont la souche est résistante à la ciprofloxacine atteint un niveau très élevé. Selon le LSPQ, le taux s'élève à 19% pour l'ensemble de l'année 2005, passant de 6% à un peu plus de 30% entre le début de l'année et l'automne. Les récentes données du bulletin STAT LABO montrent que le phénomène persiste, la proportion de souches résistantes pour les deux premières périodes de 2006 s'établissant à 27% (45/166).

Le Flash Vigie est un court bulletin diffusé par courrier électronique entre le 15 et le 20 de chaque mois. Il a pour but de rapporter les situations de menace (réelle ou appréhendée) à la santé de la population dans le domaine des maladies infectieuses. Il vise en outre à faire le suivi de certaines activités de vigie et d'améliorer les systèmes de surveillance en diffusant des informations relatives à la qualité des données. Il est produit par l'équipe du Bureau de Surveillance et de Vigie de la Direction de la Protection de la santé publique (DPSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Ses collaborateurs réguliers sont (par ordre alphabétique) : Daniel Bolduc (DB); Colette Gaulin (CG); Gilles Lambert (GL); France Markowski (FM) et Eveline Toth (ET). Le présent Bulletin a également profité de la collaboration de Monique Landry (ML) et Madeleine Tremblay (MT) du service des maladies infectieuses de la DPSP.

La vigie et la surveillance des maladies infectieuses au Québec s'appuie sur diverses sources de données et sollicite la collaboration des directions régionales de santé publique et de l'INSPQ. Nous tenons ici à remercier tous ces acteurs pour leur précieuse collaboration. Si vous voulez en savoir plus, nous faire part de vos commentaires ou d'un signalement, vous pouvez le faire en vous adressant à Mme France Markowski, par téléphone au (514) 864-2815 ou par courriel à france.markowski@msss.gouv.qc.ca

3. Le rapport Surveillance des diarrhées associées à *Clostridium difficile* au Québec. Bilan du 21 août 2005 au 10 décembre 2005, INSPQ, février 2006. Disponible sur le site www.inspq.qc.ca (section Publications).