

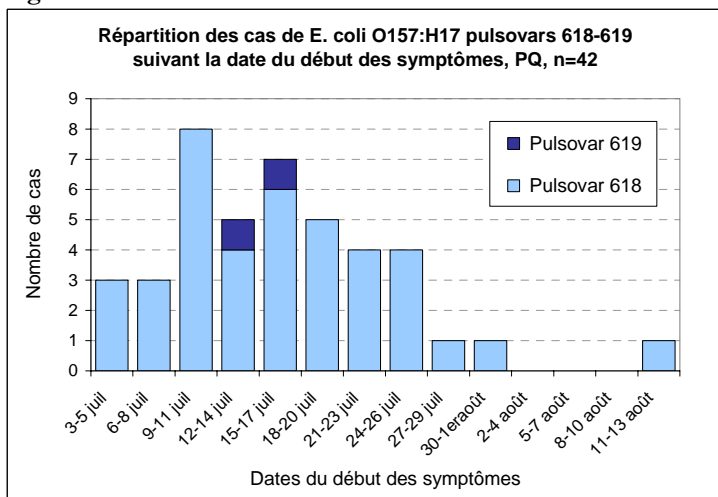


Vigie – Interventions

Écllosion de *E. coli* au Québec

Le 24 juillet 2006, le laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) signalait au Bureau de surveillance et de Vigie (BSV) un nombre élevé de cas d'infection à *E. coli* O157:H7 de pulsovar 618-619. Aussitôt, une alerte provinciale a été faite et les enquêtes épidémiologiques ont été réalisées auprès des 42 cas identifiés jusqu'à ce jour. Les premiers cas ont débuté leurs symptômes le 3 juillet et le 13 août chez le dernier cas déclaré (cf. figure 1). La surveillance se poursuit toujours.

Figure 1



Treize régions ont été touchées par l'écllosion. Les principaux groupes d'âges atteints sont les 60 ans ou plus (26%), les 11-20 ans (24%) et les 41-60 ans (21%). Seuls trois enfants âgés de moins de 6 ans ont été affectés. Près de la moitié (45%) des personnes malades ont été hospitalisées. Aucune complication n'a cependant été signalée.

L'enquête épidémiologique descriptive a permis de relever la fréquence de consommation de plusieurs aliments. L'aliment apparaissant le plus suspect dans cette investigation est la viande hachée de : 95% des 42 personnes malades ont été en contact avec la viande hachée, soit l'ont manipulée ou en ont consommé sous différentes forme.

Le MAPAQ a effectué la traçabilité des produits ainsi que des prélèvements alimentaires sur les aliments jugés suspects lorsque disponibles. Des restes de bœuf haché ont pu être ainsi prélevés chez des personnes malades. Parmi ceux-ci, deux échantillons provenant du consommateur ont été testé positifs pour du *E. coli* O157:H7 de pulsovar 618. Cette investigation a conduit le MAPAQ à faire quatre rappels d'aliments.

Cinq cas ont été observés ailleurs au Canada et un cas au Vermont. Outre le cas du Vermont, aucun lien direct n'a pu être établi avec les cas des autres provinces canadiennes. Les enquêtes se poursuivent afin de s'assurer qu'il n'y a plus de cas lié à cette écllosion. (C.G.)

La tuberculose au Québec.

L'incidence de la tuberculose au Québec a encore diminué, passant d'un taux annuel moyen de 4,4 à 3,8 cas par 100 000 entre les périodes 1996-1999 et 2000-2003.

Durant la période 2000-2003, un total de 1 123 épisodes ont été déclarés, soit en moyenne 281 cas/an. Les personnes nées à l'extérieur du Canada comptent pour 62 % des cas et le taux d'incidence dans cette population s'élève à 24 cas par 100 000 comparé à 1,5 chez les Canadiens de naissance. Dans la région de Montréal, le taux se situe à 9,7 par 100 000, soit 7 fois supérieur à celui du reste du Québec (1,4 par 100 000). Deux autres régions du Québec présentent également des taux nettement supérieurs au taux provincial : le Nunavik (40,3 par 100 000) et les Terres-Cries-de-la-Baie-James (9,9 par 100 000).

Depuis 2000, 10 régions sur 18 ont des taux d'incidence annuels moyens inférieurs à 2 par 100 000, 15 sur 18 déclarent 10 cas ou moins par année. Le peu de cas récidivants à l'intérieur de la période 2000-2003, le taux de résistance à l'isoniazide (INH) qui demeure autour de 7 % depuis 1992 (7,6% en 2000-2003) et le pourcentage de souches multi-résistantes qui se maintient à moins de 1 %, confirment également l'efficacité de la prise en charge des cas à la fois par les milieux cliniques et par le réseau de santé publique. En contrepartie, ces succès soulignent les défis qui se présenteront aux autorités de santé publique du Québec dans le futur : comment maintenir, dans des régions à très faible incidence, des ressources suffisantes pour prendre en charge les quelques rares cas qui se déclarent ou pour détecter une écllosion qui peut évoluer à bas bruit pendant une longue période de temps ou encore pour s'assurer de la fidélité au traitement de tous les cas de TB.

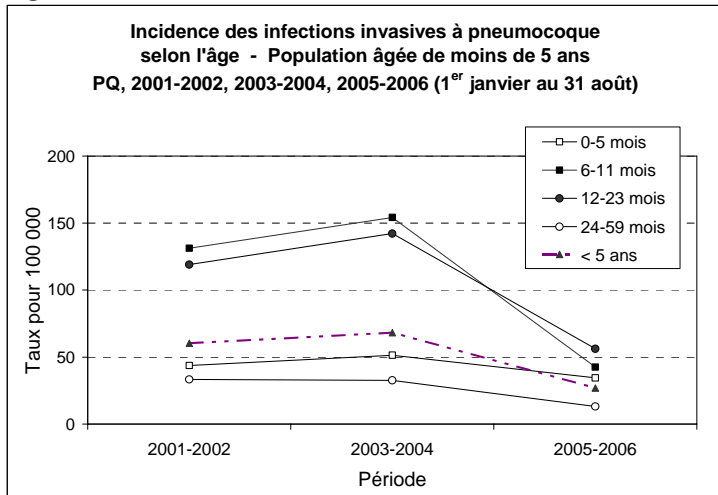
Pour plus de détails, le lecteur est invité à consulter le rapport complet à la section documentation, sous la rubrique publications du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca. (P.R.)

Vaccination contre le pneumocoque chez les enfants : bilan positif

Les enfants d'âge préscolaire constituent un groupe particulièrement vulnérable aux infections invasives à pneumocoque (IIP). Dans le but de réduire la mortalité et la morbidité liées à ces infections, le MSSS a mis en place, en décembre 2004, un programme de vaccination gratuite (vaccin conjugué 7-valent) visant tous les enfants âgés de moins de 5 ans.

Depuis l'implantation de ce programme, une importante diminution du nombre de cas déclarés a été observée dans cette population. Le taux d'incidence établi pour les huit premiers mois (période du 1^{er} janvier au 31 août) s'élève à 19 cas pour 100 000 en 2006 par rapport à 70 /100000 en 2004, soit une baisse de 70% comparée à 38% dans la population totale (même période). Les enfants âgés de 6-11 mois et ceux de 12-23 mois ont été plus particulièrement touchés par la baisse.

Figure 2



Source : fichier central MADO; données extraites le 5 septembre 2006.

En 2006, 47 cas ont été rapportés chez des enfants âgés de moins de 5 ans. La majorité des cas (72%) concernent des enfants âgés de 0-23 mois. Parmi tous les cas âgés de 24-59 mois (n= 13), aucun n'a été vacciné (aucune dose de vaccin reçue) alors qu'au nombre des 34 cas âgés de 0-23 mois, trois cas avaient reçu une dose de vaccin.

Seule ombre au portrait préliminaire de 2006 : le nombre de cas survenus chez les nourrissons âgés de 0-5 mois a presque doublé par rapport à celui déclaré pour la même période l'année précédente, soit 11 cas par rapport à 6 en 2005 (même période). L'écart relevé entre les taux d'incidence n'est cependant pas significatif au plan statistique. En outre, à cet âge, aucun enfant n'a reçu toutes les doses de vaccin prévues au calendrier tel que le recommande le Programme d'immunisation du Québec (PIQ).

Par ailleurs, l'instauration du programme a apporté un changement dans la distribution des sérotypes identifiés parmi les cas déclarés. Selon les données du système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO), 30% des enfants malades (14/47) en 2006 ont été affectés par l'un des 7 sérotypes contenus dans le vaccin comparativement à 79% des cas en 2004¹.

Parmi ces quatorze cas se trouvent trois enfants vaccinés mais n'ayant reçu qu'une seule dose. La vaccination étant incomplète, on ne peut donc parler d'échec vaccinal. Il s'agit de deux bébés de 3 mois et un autre âgé de 20 mois. Ces trois cas ont été hospitalisés et ont récupéré de leur infection.

Enfin, depuis le 1^{er} janvier 2005, deux décès ont été rapportés parmi les 163 cas déclarés. Ces décès sont survenus en 2006 chez des enfants âgés de 4 et 7 mois pour lesquels les sérotypes 22F et 33A (non inclus dans le vaccin) ont été associés à l'infection invasive. Aussi, à la lumière de ce bilan, l'impact du programme de vaccination apparaît des plus positifs. (D.B. et F.M.)

1. Selon le rapport annuel 2004 produit par l'INSPQ.

ITSS (G.L.)

Périodes 1 à 7 : 1^{er} janvier au 15 juillet 2006

Syphilis infectieuse. Le nombre de cas de syphilis infectieuse déclarés après les sept premières périodes de 2006 a plus que doublé par rapport au nombre observé durant la période équivalente de 2005, soit 223 vs 101 en 2005. Pour la première fois depuis le début de l'épidémie un cas a été signalé chez un homme âgé entre 15 et 19 ans.

Lymphogranulomatose vénérienne (LGV). Après Montréal, la Montérégie et Laval, une quatrième région, le Saguenay-Lac-Saint-Jean, déclare un cas de LGV en 2006. Après sept périodes, 29 cas ont été déclarés comparé à 3 cas pour la même période en 2005. Si la tendance se maintient, on estime à plus de 50 le nombre de cas qui seront déclarés en 2006, soit plus du double qu'en 2005 (n=22).

Infections gonococciques. L'incidence des infections gonococciques déclarées a progressivement diminué entre 1984 et 1996. À partir de 1998, la tendance s'est renversée pour se stabiliser entre 2000 et 2004. Depuis, compte tenu de l'augmentation du nombre de cas observée en 2005 et celle projetée pour 2006, l'infection gonococcique semble entreprendre un nouveau cycle haussier. De plus, le rapport homme/femme semble vouloir se modifier : pour les sept premières périodes de 2006, les cas féminins constituent 28% du total des cas comparé à 16% en 2005 pour la période équivalente.

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 Daniel Bolduc, D.B.; Colette Gaulin, C.G.; Gilles Lambert, G.L.; France Markowski, F.M.; Louise Ringuette, L.R. Le présent Bulletin a également profité de la collaboration de Paul Rivest (P.R.) de la direction de la santé publique de Montréal.

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 France Markowski, par téléphone au : 514 864-2815 ou par courriel à : france.markowski@msss.gouv.qc.ca