



## Surveillance rehaussée du streptocoque A.

Les streptocoques  $\beta$ -hémolytiques du groupe A (SGA) causent une variété d'infections dont les plus fréquentes sont les pharyngites et les cellulites. Plus rarement, le SGA cause des infections invasives associées à une morbidité et à une mortalité élevées. Ces infections se manifestent notamment sous forme de bactériémie, pneumonie, fasciite nécrosante et syndrome du choc toxique. Depuis 2006, au Canada, plusieurs infections invasives ont été associées à des souches de SGA de génotype *emm59*. Parallèlement à ce changement dans la distribution des génotypes, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a constaté que l'incidence des infections invasives à SGA était en hausse, et quelques agrégats spatiotemporels ont été rapportés.

C'est dans ce contexte qu'au Québec, un programme de surveillance épidémiologique rehaussée des infections invasives à SGA a été mis en place en janvier 2009. Ce programme avait trois objectifs, soit :

- établir le profil des souches de SGA circulantes au Québec, soit les génotypes en cause, leur fréquence et leur épidémiologie;
- établir le profil de résistance aux antibiotiques des souches de SGA circulantes au Québec;
- vérifier si l'incidence des cas d'infection invasive attribuables au génotype *emm59*, en hausse au Canada depuis 2006, est également à la hausse au Québec.

Au terme de la première année de cette surveillance, un rapport<sup>1</sup> a été produit et déposé à la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI) le 25 novembre dernier. Voici les faits saillants du rapport.

Durant la première année de surveillance, soit entre le 18 janvier 2009 et le 17 janvier 2010, 294 cas d'infection invasive à SGA (288 cas confirmés et 6 cas probables) ont été déclarés au registre central des maladies à déclaration obligatoire du Québec (MADO). La majorité des cas (53 %) ont été rapportés par les régions de Montréal (25 %), de la Montérégie (17 %) et de la Capitale-Nationale (11 %), et plus des deux cinquièmes (41 %, ou 121 cas) sont survenus en période hivernale (janvier, février et mars) (figure 1).

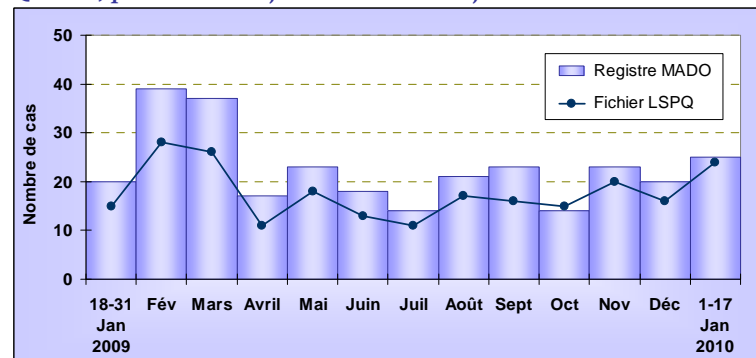
L'âge moyen des cas est de 48 ans et les hommes (53 %, ou 157 cas) sont un peu plus nombreux que les femmes (47 %, ou 137 cas). Dans l'ensemble du Québec, le taux d'incidence brut est de 3,8 pour 100 000 personnes et varie, selon la région<sup>2</sup>, de 2,5 (Bas-Saint-Laurent) à 7,3 (Côte-Nord).

1. GROUPE DE TRAVAIL SUR LES INFECTIONS INVASIVES À STREPTOCOQUE DU GROUPE A, *Surveillance épidémiologique rehaussée des infections invasives à streptocoque du groupe A dans la province de Québec – Bilan du 18 janvier 2009 au 17 janvier 2010*, document non publié, 2010, 25 p. et annexes.

2. Si l'on exclut les régions ayant déclaré moins de 5 cas, soit les Terres-Cries-de-la-Baie-James (n = 3), la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (n = 2), le Nord-du-Québec (n = 1) et le Nunavik (n = 0).

Figure 1

Distribution des infections invasives à SGA selon la date de déclaration (MADO) et la date de prélèvement (LSPQ) Québec, période du 18 janvier 2009 au 17 janvier 2010



Source : BSV à partir des données colligées par les DSP.

Sur le plan de la gravité des infections, 43 chocs toxiques ont été rapportés, soit 20 % des cas pour lesquels cette information est disponible. La létalité s'élevait entre 11 % et 19 % selon que l'on tient compte ou non des cas (n = 126) pour lesquels aucune valeur n'a été saisie à la variable « Évolution » dans MADO.

Au cours de cette première année de surveillance, 230 souches-patients ont été caractérisées par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). De ce nombre, 29 génotypes *emm* différents ont été isolés. Les cinq plus fréquents sont *emm1* (20 %), *emm89* (11 %), *emm28* (8 %), *emm12* (8 %) et *emm3* (7 %). Onze cas ont été associés au génotype *emm59*, soit 5 % des souches invasives rapportées au Québec, comparativement à 9 % des cas rapportés au Canada en 2009. Les cas d'*emm59* sont principalement des adultes d'âge moyen. Parmi ces cas se trouvent sept toxicomanes (cinq utilisateurs de drogues injectables et deux consommateurs de drogues non injectables uniquement), deux personnes itinérantes et un Autochtone. Les souches de génotype *emm59* étaient toutes sensibles aux antibiotiques utilisés dans le traitement des infections à SGA.

Pour finir, la première année du programme de surveillance épidémiologique rehaussée des infections invasives à SGA a permis d'établir le profil des souches de SGA circulantes au Québec et de mettre en relief certaines particularités. L'incidence de cette infection est à la hausse depuis 2007 et la proportion de cas associés aux souches de génotype *emm59* est faible et légèrement inférieure à ce qui a été observé dans le reste du Canada en 2009. Le profil des patients infectés par cette souche est toutefois comparable à ce qui a été observé ailleurs au Canada et le taux de résistance aux macrolides, de 17 %, est à la hausse.

La surveillance rehaussée se poursuit jusqu'au 17 janvier 2011. D'ici là, une rencontre est prévue avec des experts afin de déterminer les suites à donner à cette surveillance. Un bilan des deux années de vigie rehaussée devrait être produit.

Le programme de surveillance rehaussée n'aurait pu être possible sans la collaboration des directions de santé publique, des laboratoires de microbiologie et du Centre national pour le streptocoque. Nous tenons à remercier ces instances, ainsi que les membres du Groupe de travail sur les infections invasives à streptocoque du groupe A, soit Anne-Marie Bourgault et Robert A. Laurence du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), Pierre A. Pilon de la DSP de Montréal, Marie St-Amour de la DSP de la Montérégie et Philippe Bélanger du Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux.

## La rubrique nosologique

### Révision du *Manuel des définitions nosologiques*.

Il y a un peu plus d'un an, peu de temps après la publication des *Définitions nosologiques des maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance nationale* par l'ASPC, le Comité sur les définitions nosologiques a entrepris la révision complète du *Manuel des définitions nosologiques*. Les définitions québécoises reflètent assez fidèlement les définitions canadiennes, exception faite de certaines adaptations. La mise à jour des définitions canadiennes a été le fruit d'un long processus, au cours duquel des représentants fédéraux et provinciaux et des experts se sont penchés sur les aspects biologique, clinique et épidémiologique des maladies. Pour les aspects clinique et épidémiologique des définitions nosologiques, des commentaires ont été sollicités dans le cadre d'une consultation fédérale/provinciale/territoriale coordonnée par l'ASPC (Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Centre des maladies infectieuses d'origine alimentaire, environnementale et zoonotique et Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses) avec l'approbation du Groupe d'experts en contrôle des maladies transmissibles du Réseau pancanadien de santé publique.

Pour les MADO qui ne font pas l'objet d'une surveillance au palier fédéral, les définitions québécoises ont été comparées avec les définitions de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et des Centers for Disease Control (CDC) les plus récentes. Autant que possible, les nouvelles définitions québécoises s'accordent donc avec celles des autres instances afin d'assurer la comparabilité des données de surveillance. Vous aurez donc le plaisir de lire bientôt une version complètement remaniée du *Manuel des définitions nosologiques*.



Vous avez lu le dernier numéro de l'année 2010 du bulletin *Flash Vigie*. L'équipe de production du bulletin profite de cette occasion pour remercier toutes les personnes, auteurs ou collaborateurs, qui tout au long de l'année 2010 ont rendu possible la publication du bulletin. À eux et à nos fidèles lecteurs, nous souhaitons un très beau temps des Fêtes et une heureuse année 2011. Nous vous donnons rendez-vous en janvier.



**Auteurs :** Philippe Bélanger, France Markowski et Paul Rivest avec la collaboration de Marie-Andrée Leblanc, Marlène Mercier et Hélène Venables de la Direction de la protection de la santé publique du MSSS, de Éric Levac de la DSP de la Montérégie et de Nathalie Turgeon du CHUQ – Pavillon Hôtel-Dieu.

---

*Flash Vigie* est un bulletin diffusé le troisième jeudi 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 à améliorer les systèmes de surveillance en diffusant des informations relatives à la qualité des données. Il est produit par le 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.

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 nous faire part de vos commentaires, communiquez avec France Markowski, à l'adresse : [france.markowski@msss.gouv.qc.ca](mailto:france.markowski@msss.gouv.qc.ca). *Flash Vigie* peut être téléchargé gratuitement à partir du site Web du Ministère, à l'adresse : <http://mssa4.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.

---