

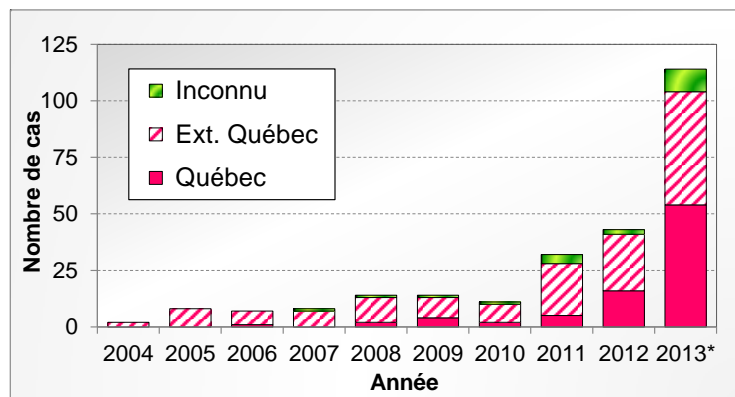


Vigie – Interventions

Hausse des cas de maladie de Lyme. Les données préliminaires pour l'année 2013 indiquent une hausse importante du nombre de cas déclarés de la maladie de Lyme au Québec. Au 26 novembre, 114 cas avaient été rapportés, comparativement à 43 pour l'année 2012 et à une moyenne annuelle de 16 cas pour la période 2007-2011. En 2013, le taux brut d'incidence cumulée s'élève à 1,41 pour 100 000 habitants, ce qui représente une hausse significative par rapport à 2012 (0,54 pour 100 000) et à la période 2007-2011 (0,20).

L'année 2011 marque le début de la hausse de l'incidence de cette infection au Québec (figure 1). Si une partie de cette hausse peut s'expliquer par une plus grande sensibilité de la définition nosologique en vigueur depuis 2011¹ et par la vigilance accrue des cliniciens suite aux appels à la vigilance émis par certaines régions, ces données suggèrent une hausse réelle de la maladie de Lyme associée à l'émergence de la tique vectrice au Québec.

Figure 1
Distribution des cas de maladie de Lyme selon le lieu d'acquisition, Québec, années 2004 à 2012 et 2013*



* Données en date du 26 novembre 2013. L'année 2013 n'étant pas terminée, des cas peuvent encore être diagnostiqués, ce qui modifierait le nombre de cas et le taux d'incidence.

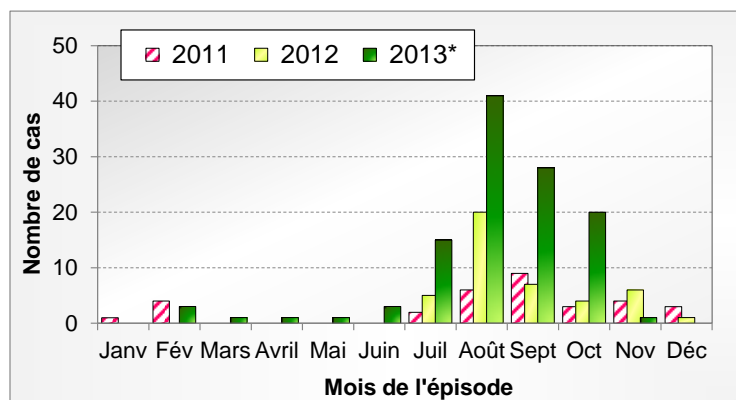
Source : BSV à partir du Fichier provincial MADO, extraction du 26 novembre 2013.

De façon générale, les cas sont rapportés essentiellement entre les mois de juillet et octobre, avec un pic de déclaration en août et en septembre (figure 2).

Un regard rétrospectif sur les données du fichier provincial MADO révèle que les premiers cas déclarés au Québec datent de 2004 et qu'il s'agissait d'acquisitions extérieures. C'est en 2006 qu'a été rapporté le premier cas acquis au Québec. Cette année, pour la première fois depuis le début

de la surveillance en 2004, la proportion de cas acquis au Québec dépasse celle des cas acquis à l'extérieur. Ainsi, parmi les cas de 2013 pour lesquels l'information est connue (n = 104), 52 % ont été acquis au Québec, comparativement à 39 % en 2012 et à 18 % en 2011. La majorité des cas acquis au Québec (75 %) auraient contracté la maladie en Montérégie.

Figure 2
Distribution du nombre de cas de maladie de Lyme selon le mois de déclaration, Québec, années 2011, 2012 et 2013*



* Données en date du 26 novembre 2013. L'année 2013 n'étant pas terminée, des cas peuvent encore être diagnostiqués, ce qui modifierait le nombre de cas et le taux d'incidence.

Source : BSV à partir du Fichier provincial MADO, extraction du 26 novembre 2013.

Onze régions ont rapporté au moins un cas cette année. La Montérégie, qui enregistre 57 cas, soit un taux brut d'incidence cumulée de 3,83 pour 100 000, est de loin la région la plus touchée et la seule qui présente un taux statistiquement supérieur à celui du Québec. Les régions de Lanaudière et de Montréal suivent avec des taux respectifs de 1,42 et 1,18 (écart non significative avec le taux provincial).

Pour plus d'information, voir le bilan épidémiologique 2008-2012 préparé par François Milord de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et de la Direction de la santé publique de la Montérégie dans le *FlashVigie* de mai. De plus, un rapport de surveillance plus détaillé pour l'année 2013 sera diffusé par l'INSPQ d'ici les prochains mois.

1. La maladie de Lyme a été inscrite sur la liste des maladies à déclaration obligatoire en 2004. En 2011, des modifications, dont l'ajout du test PCR et d'une définition de cas probable pour la confirmation de cas, ont été apportées à la définition nosologique initiale de 2004.

Virus du Nil occidental. À la suite de la recrudescence des cas de virus du Nil occidental (VNO) au Québec en 2011 et 2012, un plan d'intervention gouvernemental a été élaboré pour les années 2013 à 2015 et mis en œuvre. Celui-ci comprend notamment la surveillance intégrée, soit humaine, animale, aviaire et entomologique, une stratégie de communication destinée à la population et au réseau de la santé et des services sociaux ainsi que l'épandage préventif de larvicides (la surveillance humaine et la surveillance animale avaient été maintenues depuis 2002).

Épidémiologie 2013. En date du 25 novembre 2013, 28 cas confirmés et 1 cas probable d'infection au VNO ont été déclarés chez des résidents du Québec. Il s'agit de la troisième année en importance après 2012 (133 cas) et 2011 (42 cas) (tableau 1).

Tableau 1
Nombre de cas de VNO déclarés et taux brut d'incidence Québec, années 2007 à 2012 et 2013*
(Taux exprimé pour 100 000 habitants)

Année	Nombre	Taux
2007	1	0,01
2008	2	0,03
2009	1	0,01
2010	2	0,03
2011	42	0,53
2012*	133	1,66
2013**	29	0,36

* Ce total exclut un cas rapporté chez un résident hors Québec.

** Données au 25 novembre 2013. L'année 2013 n'étant pas terminée, des cas peuvent encore être diagnostiqués, ce qui modifierait le nombre de cas et le taux d'incidence.

Source : BSV à partir du Fichier provincial MADO, extraction du 25 novembre 2013.

L'enquête épidémiologique permet notamment de déterminer la région d'acquisition. Ainsi, sur les 29 cas rapportés au 25 novembre, 27 cas avaient été acquis au Québec, dont 44 % (12/27) acquis en Montérégie. Pour cette région, cela représente un taux d'incidence cumulée de 0,81 pour 100 000 habitants. Toutefois, c'est la région de Laval qui, avec quatre cas acquis sur son territoire, présente l'incidence cumulée la plus élevée, soit 0,97. L'écart entre le taux de ces deux régions n'est cependant pas significatif.

Portrait des cas humains. En 2013, l'âge moyen est de 59 ans, alors que l'âge des cas varie de 12 à 83 ans. Le cas de 12 ans constitue aussi le plus jeune cas avec atteintes neurologiques depuis l'émergence du VNO au Québec. Les deux tiers (19/29) des cas sont des hommes.

La proportion de cas diagnostiqués avec atteintes neurologiques, soit 76 % (22/29), laisse supposer un sous-diagnostic plus important chez les patients ne présentant qu'un syndrome d'allure grippale. En effet, dans la littérature scientifique, il est généralement estimé que sur 150 cas présentant des symptômes, 1 aura une atteinte neurologique. De plus, parmi les 29 cas, 24 ont été hospitalisés, dont 8 aux soins intensifs.

Surveillance animale. Au cours de la saison 2013, le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) a déclaré huit chevaux et un oiseau infectés par le VNO. Le Centre québécois sur la santé des animaux sauvages (CQSAS) a confirmé 38 oiseaux sauvages positifs pour le VNO.

Surveillance entomologique. Du 8 juillet au 25 octobre 2013, 63 stations entomologiques ont été en fonction dans les régions suivantes : Montréal, Montérégie, Laval, Lanaudière, Laurentides et Outaouais. Sur les 2 530 pools de moustiques testés, 60 (2,37 %) étaient positifs et 5 (0,02 %) étaient indéterminés. Les pools positifs se trouvaient dans les régions de Montréal, de Laval, des Laurentides et de la Montérégie.

Contrôle du principal vecteur : épandage préventif de larvicides. L'épandage préventif de larvicides s'est déroulé de la mi-juin à la mi-septembre dans certaines zones des régions de Montréal, de la Montérégie, de Laval, de Lanaudière et des Laurentides. Les critères pour définir les zones à traiter étaient :

- 3 cas humains ou plus de 2002 à 2012 dans un rayon de 2 km;
- 400 habitants par km².

Au total, environ 600 km² ont été traités, ce qui représente 315 gîtes de reproduction naturels et 191 908 puisards de rue.

Stratégie de communication. Une campagne de communication destinée à la population a eu lieu essentiellement en août. Celle-ci comprenait des messages radio et des affiches publicitaires sur quatre super-panneaux en bordure d'autoroutes. Des sondages avant et après campagne ont révélé que la connaissance du VNO et de son mode de transmission était très bonne au sein de la population du Grand Montréal (67 %). Le groupe d'âge le plus vulnérable au VNO est toutefois celui dont la connaissance du mode de transmission est la plus faible (44 %). De plus, on constate que la perception du risque est relativement faible chez l'ensemble des personnes sondées et que celle-ci a même diminué de 10 points de pourcentage pendant l'été. En effet, 74 % des répondants au sondage post-campagne jugent que le VNO n'est que peu ou pas du tout inquiétant comparativement à 64 % avant la campagne.



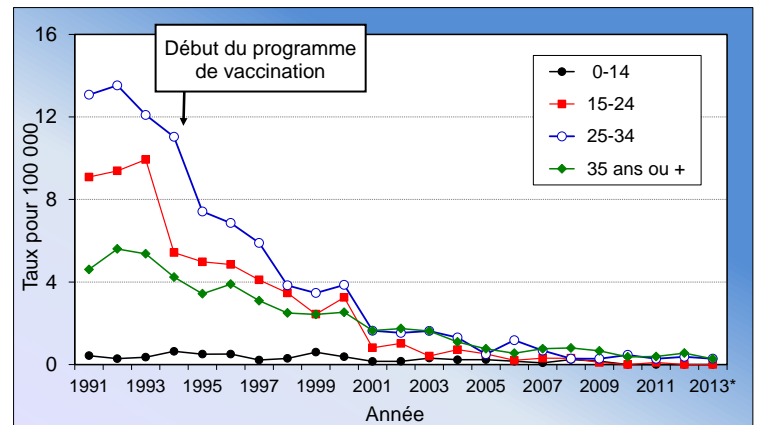
Enfin, des lettres ont été envoyées aux associations de médecins et aux associations de personnes les plus vulnérables, et les régions visées ont été invitées à faire des appels à la vigilance afin de mieux diagnostiquer les infections au VNO.

Consultation sur la gestion du risque lié au VNO. En 2014, la stratégie sera revue à la lumière de plusieurs éléments, tels que le bilan de la saison 2013 et la démarche de gestion de risque qui a eu lieu cet automne. Nos partenaires et des représentants de la société civile ont en effet été invités à se prononcer sur les interventions de lutte contre le VNO. De façon complémentaire, des citoyens ont aussi été invités à donner leur opinion sur les interventions de lutte contre le VNO. Cette démarche visait à recueillir de l'information sur les attentes de la population relativement au VNO et aux interventions pour 2014 et les années ultérieures.

Bulletin de surveillance du virus du Nil occidental. Un bulletin hebdomadaire de surveillance et de vigie sanitaire destiné au réseau de la santé a été produit conjointement par le MSSS et l'INSPQ. Un bilan plus complet de la saison 2013 est présenté dans le dernier numéro. Il peut être consulté à l'adresse Internet http://www.inspq.qc.ca/dossiers/zooses/vno.asp#bulletin_vno.

Vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire – Campagne 2012. Le programme québécois de vaccination contre le virus de l'hépatite B chez les élèves de la 4^e année du primaire a été lancé en 1994. Depuis, l'infection a presque disparu dans les cohortes vaccinées. De fait, depuis 2010, un seul cas d'hépatite B aiguë a été déclaré au fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO) chez les moins de 25 ans (données en date du 21 novembre 2013). La baisse du nombre de cas correspond à un recul notable de l'incidence dans ce groupe d'âge et, de façon générale, dans tous les autres groupes d'âge, comme en témoigne l'évolution des taux d'incidence depuis 1991 (figure 3).

Figure 3
Taux d'incidence d'hépatite B aiguë selon certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, années 1991 à 2012 et 2013*



* Taux d'incidence cumulée au 21 novembre 2013.

Source : BSV à partir des données du fichier provincial MADO, extraction du 21 novembre 2013.

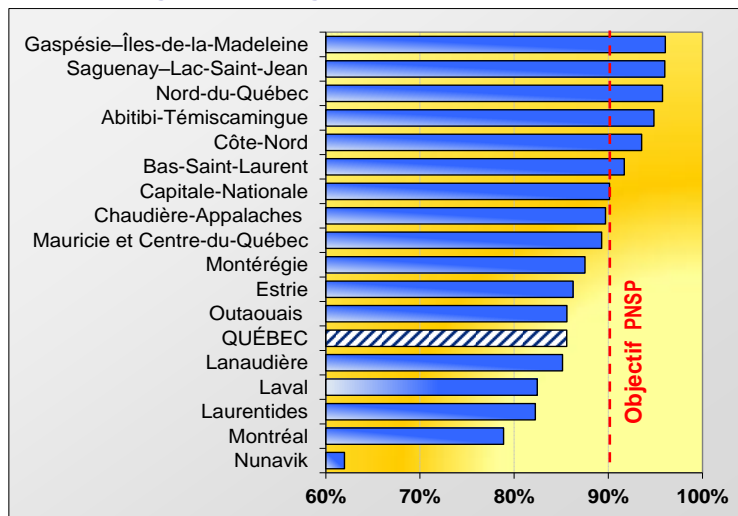
Couverture vaccinale. Selon les données colligées par les directions de santé publique (DSP) pour la campagne 2012-2013 (campagne 2012), 86 % des élèves de 4^e année de classe régulière sont considérés comme protégés contre l'hépatite B.

Selon la région, cette proportion varie de 79 % à 96 %, si l'on exclut le Nunavik. Sept régions atteignent ou dépassent l'objectif du Programme national de santé publique (PNSP), soit une couverture vaccinale de 90 % pour les élèves de la 4^e année du primaire (figure 4).

Les données historiques (campagnes 2000-2012) montrent que la proportion des élèves protégés tend à diminuer depuis le début des années 2000, et en particulier depuis la campagne de 2009. Il faut cependant rappeler que l'année scolaire 2009-2010 correspond à la seconde vague de la pandémie de grippe A(H1N1) et qu'à l'automne 2009, l'accent avait été mis sur la vaccination de masse contre la grippe A(H1N1).

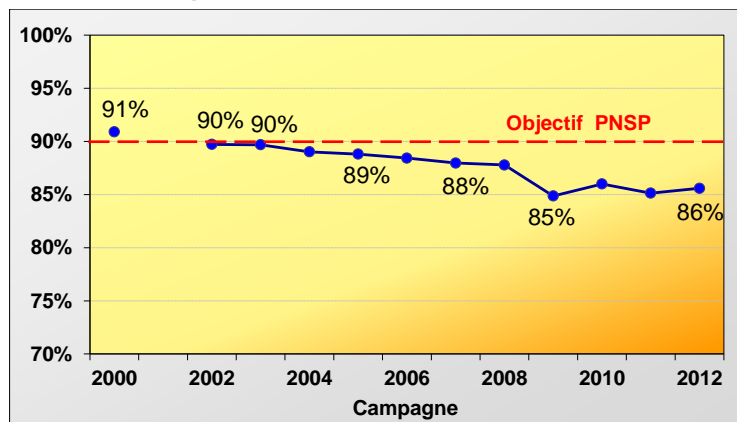
Depuis, la couverture vaccinale est demeurée sensiblement la même. Les données recueillies montrent en outre que depuis 2004, la couverture vaccinale provinciale contre l'hépatite B parmi les élèves de la 4^e année du primaire n'atteint plus l'objectif établi par le PNSP (figure 5).

Figure 4
Estimation de la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les élèves de la 4^e année du primaire (classe régulière), Québec et régions, campagne 2012



Source : BSV à partir des données transmises et validées par les DSP au 6 septembre 2013.

Figure 5
Estimation de la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les élèves de la 4^e année du primaire (classe régulière), Québec, campagnes 2000 à 2012



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

Auteurs : Stéphanie Jodoin, Marie-Andrée Leblanc et France Markowski, **avec la collaboration** de Danielle Auger, Marlène Mercier, Bruno Turmel, Louise Valiquette et France Villeneuve de la Direction de la protection de la santé publique du MSSS.

Remerciements

La Direction de la protection de la santé publique du MSSS tient à remercier les responsables en immunisation des directions de santé publique du Québec pour leur précieuse collaboration dans la réalisation de la collecte des données servant aux estimations des couvertures vaccinales.

Le *FlashVigie* est un bulletin produit et diffusé le quatrième jeudi de chaque mois 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 les problématiques relatives aux domaines des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé au travail.

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 pour nous faire part de vos commentaires, communiquez avec France Markowski, à l'adresse : france.markowski@msss.gouv.qc.ca. Le *FlashVigie* peut être téléchargé gratuitement à partir du site Web du Ministère, à l'adresse : <http://msssa4.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.