

Vigie - Interventions

Les faits rapportés portent sur la 1^{ère} période cdc (semaines cdc 1 à 4 : 1^{er} au 28 janvier 2006) et reposent sur les données tirées du Fichier MADO extraites le 02-fév-2006.

HÉPATITE A (CG)

Alerte. Le 26 janvier dernier, trois cas d'hépatite A chez des adultes ont été signalés par la Direction de santé publique de Québec. Aucun facteur de risque n'a été identifié pour le moment.

Une alerte provinciale a été émise et a permis l'identification de deux nouveaux cas dans deux régions distinctes. Parmi ces cinq cas (4 femmes et un homme), la consommation de fruits congelés est le dénominateur commun pour quatre d'entre eux.

Le MAPAQ a été avisé de la situation. Une enquête épidémiologique provinciale est en cours afin d'identifier le facteur de risque. Des prélèvements ont été effectués sur un sac de framboises congelées. La vigilance se poursuit.

Une alerte a été mise sur le site du Centre canadien de surveillance intégrée des éclosions (CCSIE) afin de vérifier la présence ailleurs au Canada de d'autres cas pouvant être liés à ce type de produits de consommation.

COQUELUCHE (FM)

65 cas de coqueluche ont été déclarés au fichier Mado, soit 20 de plus qu'en 2005 pour la même période. Le taux d'incidence s'élève à 0,86 pour 100 000 par rapport à 0,60 en 2005. L'écart n'est toutefois pas significatif. Les groupes d'âges les plus touchés sont les moins d'un an (essentiellement les 0-5 mois) et les 10-14 ans qui affichent des taux respectifs de 8 et 5 p. 100 000. On observe des disparités régionales. Toutefois, une seule région, Mauricie/Centre-du-Québec, se distingue par son taux d'incidence significativement plus élevé que celui de la province. Dans ce dernier cas, l'écart relevé seraient surtout attribuable aux 1-4 ans et, dans une moindre importance, aux 15-19 ans.

Babillard

INFECTIONS INVASIVES À PNEUMOCOQUE (DB)

Recul de l'infection chez les enfants de moins de 5 ans. En 2005, 115 infections invasives à pneumocoque (IIP) ont été déclarées au Québec par rapport à 233 cas en 2004. Cette baisse traduit une diminution significative du taux d'incidence annuel lequel s'élève à 31 p. 100 000 comparé à 63 p. 100 000 en 2004.

L'introduction du programme de vaccination contre le pneumocoque (vaccin conjugué) chez les enfants âgés de moins de 5 ans le 1er décembre 2004 est probablement responsable de cette diminution significative de 51%. Les 6-11 mois et les 12-23 mois présentent des diminutions particulièrement importantes, soit de 69% et 47% respectivement.

Dans l'ensemble de la population, l'incidence de la maladie est passée de 13 à 11 cas par 100 000 entre 2004 et 2005, une diminution également significative.

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE (GL)

En date du 30 janvier 2006, le registre MADO fait état de 24 cas de lymphogranulomatose vénérienne pour l'année 2005. Tous les cas concernent des hommes âgés entre 21 et 55 ans (âge moyen : 38 ans) et, hormis un cas, tous sont résidents de la région de Montréal.

Dans tous les cas, les individus infectés ont eu uniquement des relations sexuelles avec d'autres hommes. Une forte majorité (83%) d'entre eux ont eu des relations sexuelles dans des saunas gais au cours de la période d'incubation ; jusqu'à 70% sont connus infectés par le virus de l'immunodéficience humaine.

La diffusion d'outils provinciaux de communication s'adressant aux HARSAH a débuté en décembre dernier – l'ensemble du matériel devrait être accessible d'ici la fin février.

INFECTION GONOCOCCIQUE (GL)

Le nombre annuel de cas déclarés d'infection gonococcique a augmenté de 9 % entre 2004 et 2005, passant de 826 à 898 cas (taux de 12 p. 100 000 en date du 5 janvier 2006). L'augmentation est plus marquée dans les régions suivantes : Laval (114%), Nunavik (100%), Mauricie/Centre-du-Québec (67%), Québec (39%) et Montérégie (38%).

La majorité (62%) des cas déclarés proviennent de la région de Montréal. Les hommes constituent toujours, et de loin, la majorité (83%) des cas et plus de la moitié (53%) d'entre eux sont âgés de 20-34 ans, une situation semblable à celle observée en 2004.

En 2005, 14% des souches de *N. gonorrhoeae* déclarées au Québec étaient résistantes à la ciprofloxacine (129 des 898 cas selon le registre MADO). Ce pourcentage est plus élevé parmi les cas de la région de Montréal, soit 19% versus 8% pour le Reste du Québec. Ces valeurs traduisent une hausse importante du phénomène par rapport à 2004 alors que le pourcentage d'antibiorésistance s'élevait respectivement à 4%, 5% et 3% dans l'ensemble de la province, à Montréal et dans le Reste du Québec.

Les recommandations du groupe d'experts de l'INSPQ en ce qui concerne les « analyses de détection du N.g. à privilégier » dans un contexte d'émergence de la résistance aux quinolones seront transmises au Groupe de travail sur la gonorrhée et intégrées au rapport final qui devrait être diffusé d'ici l'été 2006.

On rappelle que le traitement de 1er choix de l'infection gonococcique demeure la céfixime. Une fluoroquinolone (cipfloxacin, ofloxacin) n'est pas recommandée si le taux local de résistance à la ciprofloxacine est plus élevé que 3% à 5%, ce qui est actuellement la situation au Québec.

SYPHILIS (GL)

Syphilis infectieuse : tendance à la baisse. En date du 30 janvier 2006, un total de 219 cas de syphilis infectieuse ont été déclarés au Québec en 2005 (soit un taux de 2,9 p.100 000). Ce nombre est de 9% inférieur à celui observé en 2004 (n= 241). Par contre, on note une incidence accrue du nombre de cas dans les régions de Montréal, Laval et Montérégie.

La presque totalité (97%) des cas concernent des hommes et la majorité de ceux-ci (59%) sont âgés de 30-44 ans. On a relevé 6 cas relatifs à des femmes âgées de 25-45 ans. Enfin, aucun cas de syphilis congénitale n'a été déclaré.

La compilation provinciale des données d'enquêtes de syphilis infectieuse est terminée. Le rapport présentant les résultats de l'analyse provinciale des facteurs de risque identifiés sera disponible en mars 2006. Les orientations fournies dans le protocole ITS-MADO quant à l'intervention préventive appropriée (intervention préventive auprès des partenaires, enquête épidémiologique) suite à une déclaration de syphilis infectieuse ou de syphilis sans précision avec facteurs de vulnérabilité, sont toujours d'actualité.

Par ailleurs, des démarches sont toujours en cours pour rendre à nouveau disponible la Bicilline sur le marché canadien.

Syphilis nerveuse symptomatique : tendance à la hausse.

Le nombre de neurosyphilis est en augmentation : entre 2000 et 2003, on a observé 1 ou 2 cas par année comparativement à 12 et 14 cas en 2004 et 2005. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette hausse : cas de syphilis primaires ou secondaires avec manifestations neurologiques classées comme neurosyphilis, neurosyphilis se manifestant plus rapidement chez des patients VIH+ ou simplement l'incidence accrue du nombre de cas de syphilis que l'on observe de façon générale depuis l'an 2000 constituent entre autres des facteurs ayant pu contribuer à cette hausse récente.

Campagne « Je suis PHIL ». L'évaluation est en cours de même qu'une réflexion sur la poursuite d'activités de marketing social auprès des hommes gays et bisexuels.

Syphilis et grossesse. La DGSP a reçu l'avis demandé par le MSSS à l'INSPQ concernant le dépistage systématique de la syphilis chez la femme enceinte. La DGSP étudie les recommandations et transmettra ses orientations au réseau par la suite.

TULARÉMIE (DB)

La déclaration anormalement élevée de cas de tularémie au Québec pendant la semaine 20 au 26 novembre 2005 (5 cas déclarés vs une moyenne de 8 cas/année de 2001 à 2004), serait fortuite et il ne s'agirait pas d'une éclosion suprarégionale. Les informations fournies par les régions participantes ne démontrent pas de source commune d'infection entre les régions. De plus, considérant qu'un seul de tularémie a été déclaré au Québec depuis cet agrégat, le Bureau de surveillance et de vigie considère que son intervention est terminée. Il continue néanmoins de suivre attentivement l'incidence de la maladie, comme pour les autres maladies à déclaration obligatoire (MADO).

À propos du Bulletin de vigie du Québec.

Ce Bulletin est un court feuillet mensuel qui rapporte, à l'échelle provinciale et dans une perspective d'outiller l'intervention, 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. Diffusé entre le 15 et le 20 de chaque mois par courrier électronique, il est produit par l'équipe du 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. Ses principaux collaborateurs sont

(par ordre alphabétique) : Daniel Bolduc (DB)
Colette Gaulin (CG)
Gilles Lambert (GL)
France Markowski (FM)
Eveline Toth (ET)

La vigie et la surveillance des maladies infectieuses au Québec repose sur l'exploitation de différentes 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.

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