



Vigie – Interventions

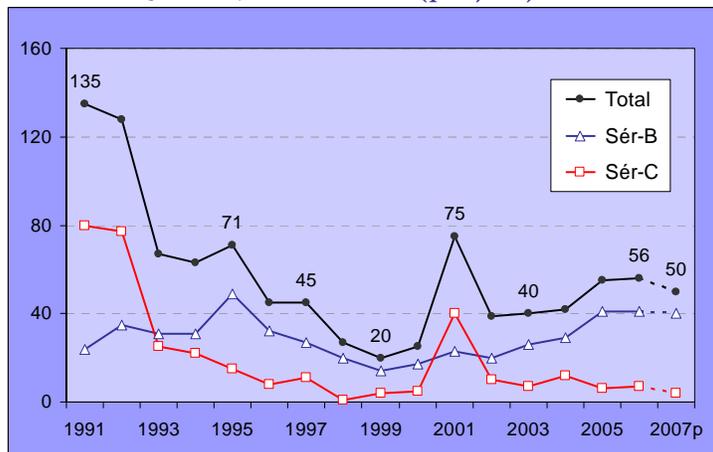
Un cas d'influenza A au Québec

Un cas d'influenza de type A, chez un enfant âgé de 2 ans provenant de la région de Montréal, a été rapporté au cours de la semaine débutant le 19 août 2007. Aucune indication de voyage n'a été notée au dossier. Il s'agit du premier cas déclaré au Québec depuis le 24 juin dernier. Au cours des cinq années précédentes, le nombre de semaines consécutives sans cas d'influenza, suivant le dernier cas de la saison grippale, a varié entre 10 (2003) et 20 semaines (2004). Au Canada, une faible activité grippale s'est maintenue entre le 24 juin et le 19 août 2007 alors que 7 cas d'influenza de type A ont été rapportés en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario. J. D.

Infections à méningocoque chez les 0-21 ans

En 2001, le Québec a connu sa dernière éclosion d'infections invasives à méningocoque (IIM). Un total de 102 cas avaient alors été rapportés dont 75 cas (74%) chez des jeunes âgés de 21 ans ou moins. Plus de la moitié des cas survenus chez ces jeunes (n= 40 ou 53%) étaient associés au sérotype C. Le taux d'incidence pour ce sérotype était alors de 2,02 pour 100 000 comparé à un taux de 0,33 dans le reste de la population (22 ans et +). Cette éclosion avait alors donné lieu, en 2001-2002, à une campagne provinciale de vaccination de masse contre le méningocoque de sérotype C chez les 21 ans et moins. Suite à cette campagne vaccinale, une diminution importante de l'incidence du méningocoque C dans ce groupe d'âge a été observée. En 2006, 7 cas de méningocoques C ont ainsi été déclarés dans ce groupe d'âge, soit un taux d'incidence de 0,37 pour 100 000.

Figure 1
Évolution du nombre de cas déclarés d'IIM chez les 0-21 ans. Québec, 1991 à 2007 (projeté)



Source : Fichier Mado en date du 20 septembre 2007.

Depuis 2002, les IIM affectant les 0-21 ans sont essentiellement causées par le sérotype B pour lequel il n'existe aucun vaccin. En effet, au cours des cinq dernières années (période 2002-2006), sur les 232 cas de IIM déclarés au fichier MADO, plus des deux tiers (68%) sont attribuables au sérotype B. Durant cette période, il y a eu en moyenne 31 cas par an de IIM de sérotype B contre 8 cas de sérotype C, 2 cas de sérotype Y et 1 cas de sérotype W135. Pour ce qui est du sérotype A, aucun cas n'a été rapporté depuis 1992.¹

Tableau 1
Nombre de cas et taux d'incidence par infection à méningocoque selon le groupe d'âge et le sérotype, Québec, période 2002-2006

Groupes d'âge	Sér-C		Sér-B		Sér-Y		Sér-W135		Total	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
< 1 an	5	1,36	25	6,82	0	0,00	3	0,82	3	0,82
1-4	9	0,61	37	2,49	0	0,00	2	0,13	2	0,13
5-9	2	0,10	15	0,71	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10-14	2	0,08	12	0,50	4	0,17	0	0,00	0	0,00
15-21	24	0,73	68	2,07	8	0,24	1	0,03	1	0,03
0-21 ans	42	0,44	157	1,63	12	0,12	6	0,06	232	2,41
22 ans et +	48	0,17	62	0,22	12	0,04	3	0,01	133	0,48
Pop totale	90	0,24	219	0,58	24	0,06	9	0,02	365	0,97

Source : Fichier Mado en date du 20 septembre 2007.

Morbidité et mortalité chez les 0-21 ans. Durant cette récente période (2002-2006), aucune séquelle n'a été rapportée au fichier MADO parmi les cas ayant fait une IIM de sérotype Y ou W135 comparativement à 7% (n= 3) chez les cas affectés par le sérotype C et 5% (n= 8) chez les cas de sérotype B.

Pour ce qui est de la mortalité, les IIM causent en moyenne deux décès par an. Au cours des 16 dernières années, soit entre 1991 et 2006, 33 décès ont été enregistrés au fichier MADO dont 9 pour la seule année 2001. Hormis un cas, tous ces décès sont attribuables aux sérotypes C et B.

Avant 2002, la majorité des décès (15/24 ou 63%) étaient associés au sérotype C. Depuis 2002 (période 2002-2006), neuf jeunes sont décédés des suites d'une IIM. De ce nombre, cinq cas associés au sérotype B, un cas au sérotype C, un cas au sérotype Y, le seul cas de décès rapporté pour ce sérotype depuis 1991, et deux cas pour lesquels le sérotype n'a pu être identifié. F. M. et M. L.

1. Sur les 232 cas déclarés, 13 sont demeurés de sérotype inconnu, soit 5,6%.

Listériose. Le 27 septembre dernier, à la demande du Directeur nationale de santé publique (DNSP), le Bureau de surveillance et de vigie (BSV) a initié une enquête provinciale. Celle-ci fait suite à l'identification d'un agrégat de 9 cas de listériose ayant le même pulsovar (pulsovar 136) ou un pulsovar apparenté (pulsovar 135 et 180), tous peu fréquents au Québec. Les cas sont survenus entre le 13 juin et le 11 septembre 2007 (date de prélèvement) et proviennent de huit régions du Québec. L'enquête a pour but de vérifier l'existence d'une source d'exposition commune entre les cas. **M.-A. L.**

Escherichia coli. Une éclosion de *E. coli* O157:H7 impliquant un nouveau pulsovar (pulsovar 700) est présentement active au Québec. Au cours des mois de juillet et août 2007, 20 cas ont été identifiés par le Laboratoire de santé publique du Québec dont dix-sept cas associés au pulsovar 700 et trois associés à un pulsovar apparenté. D'abord circonscrite aux régions de la Montérégie et de Québec, l'éclosion touche désormais celles des Laurentides et de Laval. À ce jour, plusieurs analyses alimentaires ont été effectuées par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) mais aucune n'a révélé la présence de *E. coli* O157:H7. Compte tenu que ce pulsovar a également été mis en évidence dans quatre autres provinces canadiennes de même qu'aux États-Unis, une enquête provinciale sera menée par le BSV conjointement avec l'Agence de Santé publique du Canada (ASPC). **M.-A. L.**

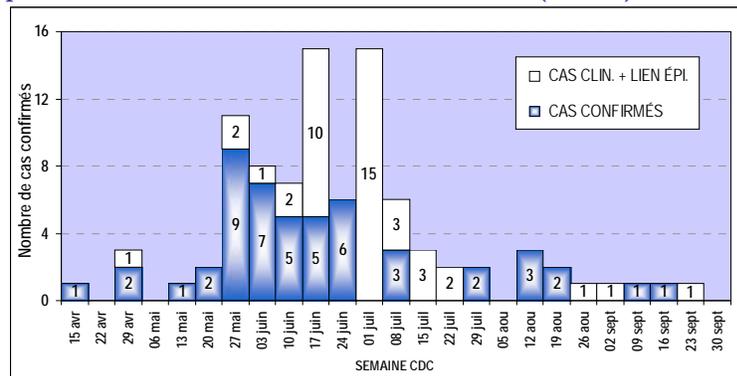
Éclosion de Rougeole

Au cours des cinq derniers mois (période du 19 avril 2007 au 3 octobre 2007), un total de 120 cas de rougeole ont été rapportés au Bureau de surveillance et de vigie (BSV) dont 92 cas confirmés répartis à travers sept régions soit l'Estrie (n= 32), la Montérégie (n= 28), Montréal (n= 14), la Mauricie-Centre-du Québec (n= 8), Lanaudière (n= 4), les Laurentides (n= 3) et le Bas-Saint-Laurent (n= 3). Les trois quarts de ces cas (n= 68/92 ou 74%) sont survenus entre le 27 mai et le 14 juillet 2007. Depuis la mi-juillet, on dénombre entre 0 et 3 cas par semaine. Depuis la fin août, tous les nouveaux cas confirmés proviennent de la région de Montréal.

Les cas confirmés. Près des deux tiers des cas (63%) sont âgés entre 6 et 16 ans, l'âge moyen se situant autour de 14 ans. La grande majorité (79%) d'entre eux n'avaient reçu aucune dose de vaccin contre la rougeole et 6,5% (n= 6) avait un statut vaccinal complet pour l'âge. Neuf cas ont été hospitalisés, soit autant d'enfants (n= 5) que d'adultes (n= 4) et tous ont bien récupérés, aucune séquelle ou complication n'ayant été rapportée.

Source. La source de l'infection est inconnue. Selon l'enquête épidémiologique, le cas-index (premier cas) aurait contracté l'infection au Québec. Aucun des cas rapportés n'a mentionné avoir fait un voyage dans une zone réputée où circule la rougeole ou avoir été en contact avec un ou des personnes provenant de telles zones.

Figure 2
Distribution des cas confirmés de rougeole selon la semaine du début de l'éruption cutanée. Québec, période du 19 avril au 03 octobre 2007 (N=92)



Source : BSV, MSSS à partir des informations tirées des enquêtes faites par les DSP de la Montérégie, Montréal, Laurentides, Lanaudière, Estrie, Mauricie-Centre-du-Qc et Bas-Saint-Laurent. Mise à jour : 03 octobre 2007.

Un génotype, deux souches distinctes. La caractérisation de la souche du cas-index et de 13 autres cas a démontré l'existence d'une seule et même souche (D4). Toutefois, une caractérisation menée sur une souche d'un cas survenu dans la région de Montréal à la fin août a identifié une souche 98% identique aux souches précédentes. De point de vue génétique, cette différence constitue un écart assez important pour conclure à une nouvelle souche de transmission même s'il s'agit toujours du même génotype D4. Pour l'instant, l'enquête sur ce récent cas n'a pu déterminer la source de l'infection ou mettre en évidence de lien épidémiologique avec un cas confirmé. Le sujet n'aurait pas non plus d'histoire de voyage, ni de contact avec des voyageurs. En conséquence, le BSV émettra de nouvelles directives concernant le génotypage afin de suivre la situation et de vérifier la pénétration de cette nouvelle chaîne de transmission.

Pour en savoir plus sur cette éclosion, consulter la mise à jour du Portrait Rougeole déposée sur le site Web du MSSS (voir adresse dans l'encadré ci-dessous). **F. M.**

Le *Flash Vigie* est un court bulletin diffusé 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 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. Les personnes suivantes ont collaboré à ce numéro : Josée Dubuque, J.D. ; Monique Landry, M.L. ; Marie-Andrée Leblanc, M.-A. L. ; France Markowski, F.M.

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'INSPO. Nous tenons ici à remercier tous ces acteurs pour leur précieuse collaboration. Si vous voulez en savoir plus ou si vous désirez nous faire part de vos commentaires, vous pouvez le faire en vous adressant à : France.markowski@msss.gouv.qc.ca. Pour recevoir ce bulletin directement, adressez-vous à : France.fontaine@msss.gouv.qc.ca ou téléchargez gratuitement une copie du *Flash Vigie* à partir du site Internet du ministère <http://msss.gouv.qc.ca/>, sous la section Sujets, choisir Info Santé – Documentation – Publications.