



Vigie – Interventions

Infections invasives à pneumocoque (DB)

De 2004 à 2006, l'incidence des infections invasives à pneumocoque (IIP) dans l'ensemble de la population a connu une baisse significative de 23%. Entre 2004 et 2005, le taux est passé de 13 à 11 cas par 100 000 personnes-année (p-a) pour se situer à 10⁰/0000 en 2006 (période du 1^{er} janvier au 30 avril).

La diminution des IIP est particulièrement importante parmi les enfants âgés de moins de 5 ans chez qui on observe, pour la même période, une baisse significative de 60%, le taux ayant passé de 63 à 25 cas par 100 000 p-a entre 2004 et 2006. Ce sont les jeunes enfants de 6 à 23 mois, et dans une moindre importance, ceux âgés de 2-4 ans qui présentent les plus fortes diminutions. L'instauration, en décembre 2004, du programme de vaccination contre le pneumocoque (vaccin conjugué) chez les moins de 5 ans est probablement responsable du recul de ces infections au sein de cette population.

En marge de ces diminutions, on constate cependant depuis le début de l'année 2006 une légère augmentation du nombre de déclarations chez les nourrissons de 0-5 mois. Un rapport plus détaillé précisant, entre autres, les sérotype des cas et les échecs vaccinaux, sera bientôt diffusé.

Infections gonococciques (GL)

Selon le 1^{er} rapport intérimaire de la « vigie-surveillance intensifiée » de l'infection gonococcique au Québec, 27% des cas-index d'infection gonococcique déclarés entre le 1^{er} juin et le 30 novembre 2005 ont été traités avec de la ciprofloxacine ou de l'ofloxacine.

Recommandations. Depuis 1998, le traitement de 1^{er} choix de l'infection gonococcique urétrale, endocervicale ou rectale est la céfixime. Une fluoroquinolone (ciprofloxacine, ofloxacine) n'est pas recommandée au Québec puisque le taux local de résistance à la ciprofloxacine est nettement plus élevé que 3% à 5% (plus du quart (27%) des souches déclarées en 2006 (période 1^{er} jan-25 mars) se sont révélées résistantes à la ciprofloxacine (cf. rapport StatLabo, avril 2006, LSPQ).

L'avis de l'INSPQ en ce qui concerne la « détection de l'infection gonococcique dans les laboratoires biomédicaux du Québec face à l'émergence de la résistance de *N. gonorrhoeae* à la ciprofloxacine sera déposé sous peu.

Bilan de l'investigation d'une éclosion d'hépatite A au Québec (CG)

Contexte. Février 2006, certaines régions du Québec constatent une augmentation du nombre de cas d'hépatite A au cours d'une même période. Ces cas ne présentaient aucun facteur de risque connu pour l'hépatite A (tels voyages, contacts sexuels à risque, contacts avec enfants en garderie etc.). La maladie affectait particulièrement les femmes.

Investigation. Une enquête exploratoire menée par le Bureau de surveillance et de vigie (BSV) du ministère de la santé et des Services sociaux (MSSS) auprès de cas déclarés a permis de formuler des hypothèses quant à une source potentielle de contamination. Les cas avaient souvent consommé des petits fruits congelés (framboises, mélange fraises-framboises ou fraises-framboises-mûres-bleuets). Une étude cas-témoins a été mise sur pied afin de valider l'hypothèse d'une association possible entre la consommation de petits fruits congelés et le fait d'avoir contracté une hépatite A.

Au total, treize cas déclarés répartis dans 6 régions du Québec ont été retenus pour l'étude. Trois témoins par cas ont été rejoints sauf pour un cas où il n'y a eu que 2 témoins. Une analyse univariée démontrait une association entre le fait d'avoir consommé des framboises congelées commerciales et d'avoir contracté la maladie (RC :19,7; IC 95% :2,0,709,4, p<0,001).

Dans la région de la Montérégie, plusieurs cas ont été rapportés. Initialement, les cas impliquaient 3 familles qui se connaissaient et qui se côtoyaient régulièrement. Par la suite, la maladie a affecté des enfants dans 2 écoles de cette région. Cette situation a été analysée à part.

Situation canadienne. Le 20 mars, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) signalait deux cas d'hépatite A chez deux femmes adultes (une en Colombie-Britannique et une en Ontario). Celles-ci correspondaient à la définition de cas utilisée au Québec. Ces deux personnes consommaient beaucoup de fruits congelés commerciaux sous forme de mélanges (fraises, framboises, bleuets, mûres).

Enquête alimentaire par l'ACIA et le MAPAQ. Le 27 février, l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) a procédé à une enquête sur la provenance des petits fruits consommés par les patients. Deux marques commerciales ont été identifiées. Les petits fruits étaient présentés soit seuls (framboises), soit sous forme de mélange (fraises-framboises-mûres-bleuets ou fraises-framboises).

Le point commun à toutes ces formes de petits fruits était que les framboises contenues dans les différents mélanges provenaient du Chili. La traçabilité effectuée par l'ACIA permet de dire qu'un même fournisseur au Chili fournit certains petits fruits aux deux compagnies ciblées; toutefois, celui-ci approvisionne aussi plusieurs autres clients. De plus, les produits associés à ce fournisseur chilien, disponibles chez les deux compagnies, ont des dates de production très différentes (un an d'intervalle), éliminant ainsi la possibilité d'un lot commun qui aurait pu être contaminé.

Pour les cas de Colombie-Britannique et de l'Ontario, la consommation de petits fruits a été notée. Toutefois, certaines des framboises provenaient du Chili, mais des framboises provenant de d'autres pays étaient aussi incluses dans le même produit (Chili, États-Unis, Chine). Les fournisseurs de framboises chiliens différaient de ceux du Québec.

Séquençages des souches au laboratoire national à Winnipeg.

Parmi les 13 cas provinciaux identifiés, le BSV a reçu le résultats de séquençage de 11 souches. Celui-ci démontre que 4 cas présentaient un séquençage identique à un virus de l'hépatite A identifié en Amérique du Sud. Un cinquième cas présentait un séquençage similaire à ces 4 cas mais avec quelques différences génétiques.

Deux autres séquences étaient identiques pour 2 cas de la région de Québec mais différentes des autres souches provinciales. Les autres séquençages étaient tous très différents incluant les cas de l'Ontario et de Colombie-Britannique.

DISCUSSION. Les informations initiales obtenues sur les cas permettaient de croire à une association possible entre la consommation de petits fruits congelés et l'acquisition d'une hépatite A. Toutefois, le séquençage des souches des cas répartis dans la province laissent présager qu'il y a eu une source de contamination commune chez possiblement 4 ou 5 cas qui présentent des séquençages identiques ou similaires et survenus entre la fin décembre 2005 et le mois de janvier 2006. Il est possible que la source de contamination soit les petits fruits congelés. Toutefois, vu le petit nombre de cas présentant le même séquençage, cette relation sera difficile à établir. Le dernier cas ayant présenté cette séquence est survenu le 30 janvier 2006. Les autres séquençages diffèrent passablement. Il est donc possible que les cas inclus dans notre écloison reflètent le bruit de fond que nous avons normalement c'est-à-dire les cas déclarés pour lesquels aucun facteur de risque n'est identifié.

L'investigation de l'écloison provinciale est terminée. La situation en Montérégie est suivie par sa direction régionale de la santé publique.

Babillard

Leptospirose

Dans son rapport *Les faits saillants périodiques (période 3-2006)*, la Direction de la santé publique de Montréal rapporte un cas de leptospirose déclaré en février 2006, mais validé seulement le 11 avril dernier. Ce cas, acquis au Québec, est survenu chez un homme hospitalisé l'automne dernier avec un tableau de fièvre, céphalées, nausées, vomissements, anorexie et douleur abdominale. Il était propriétaire d'un chien, non vacciné contre la leptospirose, qu'il amenait presque quotidiennement se baigner dans le Saint-Laurent. Son chien avait été malade de 7 à 10 jours avant le début de ses symptômes. La sérologie anti-*Leptospira* du chien s'est également révélée positive.

La leptospirose est une zoonose bactérienne avec manifestations variables. La phase clinique dure de 3 jours à quelques semaines, souvent de nature biphasique; l'infection peut être asymptomatique; le taux de létalité est faible, mais augmente avec l'âge.

Répandue dans le monde entier; cette infection est présente dans les régions rurales et urbaines, développées et primitives, mais non dans les régions polaires; Risque professionnel connu pour les fermiers, les vétérinaires, les mineurs, les éleveurs et le personnel de laboratoire qui manipule des rongeurs ou des chiens infectés. Les épidémies sont courantes chez les sujets exposés aux eaux des lacs et des rivières contaminées par l'urine des animaux.

La transmission se fait surtout par contact de la peau ou des muqueuses avec l'eau, le sol ou la végétation contaminés et le contact direct avec l'urine ou les tissus d'animaux infectés. La transmission directe d'une personne à l'autre est rare. La période d'incubation est habituellement de 10 jours mais peut varier de 4 à 19 jours.

Il s'agit du 3^e cas déclaré au Registre MADO depuis novembre 2003, date à laquelle elle est devenue une maladie à déclaration obligatoire. Les deux autres cas sont survenus en 2004 (un en Estrie et un à Montréal).

Sources : Annie-Claude Labbé, Hôpital Maisonneuve-Rosemont; Sereikith Chheng, DSP de Montréal; Isabelle Lévesque et Djaouida Y. Chahal, MAPAQ. Site web de l'ASPC : <http://www.phac-aspc.gc.ca/msds-ftss/>

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

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