



Veillez prendre note que la publication du Flash Vigie fera relâche durant la période estivale pour réapparaître en septembre. La vigie hebdomadaire et la surveillance vont cependant continuer d'être assurées. Le BSV garde l'œil ouvert !

Vigie – Interventions

Rage chez un raton laveur

Dans le cadre du Programme de surveillance active de la rage du raton laveur, le laboratoire de l'Agence canadienne d'inspection des aliments a déclaré, le 2 juin dernier, à la Direction de santé publique de la Montérégie un cas de rage chez un raton laveur.

Le 31 mai, un raton laveur a été trouvé mort sur le bord de la route 202 à Dunham. Le 5 juin, les analyses de typage ont révélé qu'il s'agissait d'un cas de rage de la souche du raton laveur. C'est en fait le premier cas de rage d'un animal terrestre en Montérégie depuis 1992 et du premier cas de rage de la variante virale du raton laveur au Québec. Le cas de rage terrestre ayant été observé le plus près du territoire québécois est survenu en 1999 au Vermont, à 15 km de la frontière Québec/États-Unis.

Depuis 1996, il existe un programme provincial de prévention de l'entrée au Québec de l'épizootie de rage de la variante du raton laveur. En accord avec ce programme en vigueur depuis 10 ans et, dans le contexte de l'introduction de la rage de la variante virale du raton laveur au Québec, le Comité scientifique sur la rage a recommandé l'application de la stratégie d'intervention au point d'infection. Ce plan d'urgence comporte les opérations suivantes :

- 1) La réduction des populations de rats laveurs à l'intérieur d'un 1^{er} périmètre d'un rayon de 5 km autour du lieu où a été retrouvé le raton (78 km²). Tous les rats euthanasiés seront soumis pour analyse afin de détecter s'il y a d'autres cas de rage dans ce secteur ;
- 2) La vaccination des populations de rats laveurs à l'intérieur d'un 2^e périmètre d'un rayon de 5 à 10 km de l'endroit où a été retrouvé le raton mort. Ainsi, tous les rats se trouvant à l'intérieur de cette superficie totale de 236 km² seront capturés, vaccinés puis relâchés.

Ces deux opérations ont débuté le 9 juin dernier et s'étaleront sur une période de 2 à 3 semaines. Les ministères de la Santé et des Services sociaux, des Ressources naturelles et de la Faune et celui de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation collaborent étroitement dans la surveillance et l'intervention.

Dans ce contexte de rage terrestre, il était indiqué d'administrer la vaccination antirabique en pré-exposition. Quarante-trois (43) personnes (trappeurs ou agents de la faune) se sont ainsi prévaluées du vaccin. Elles ont reçu une 1^{re} dose le 15 juin et la 2^e dose sera donnée le 22 juin. C. G.

Rougeole

Le 31 mai dernier, la région de Montréal déclarait deux cas de rougeole survenus dans une même famille. Le cas index revenait d'un séjour au Bangladesh où il aurait contracté la maladie quelques jours avant son retour au Québec. Selon la date d'apparition des premiers symptômes, il n'était pas contagieux au moment de son voyage en avion. Il aurait cependant infecté sa sœur (2^e cas) à son retour à Montréal. Aucun autre cas n'a été déclaré depuis. Depuis le début de l'année 2006, sept autres cas ont été rapportés au Canada : deux en Ontario et cinq en Colombie-Britannique.

Depuis le mois d'avril, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) a émis plusieurs appels à la vigilance¹ compte tenu des épidémies observées ailleurs dans le monde dont une importante en Allemagne. Plus près de chez nous, huit cas dont sept confirmés parmi des employés d'une même organisation ont été signalés à Boston.

Les résultats des analyses sur le sérotypage conduites par le Laboratoire national de microbiologie (LNM) sur les deux récents cas de Montréal ont démontré qu'il s'agissait de la souche D4, soit une souche différente de celles de l'Allemagne (B3) et de Boston (D6 et D8). F.M.

1. Alertes CIOSC # 000888, 000916 et 000933). www.cnpfi-rcrsp.ca.

ITSS (période du 1^{er} janvier au 22 avril 2006)

Lymphogranulomatose vénérienne. Après les régions de Montréal et de la Montérégie, la région de Laval est la troisième à déclarer un cas de lymphogranulomatose en 2006. À partir des données observées pour la période du 1^{er} janvier au 22 avril, le nombre de cas projetés pour 2006 (n=42 cas) serait le double de celui observé en 2005 (n=22) G. L.

Infections gonococciques. Par rapport à la même période en 2005, il y a 30 % plus de déclarations au registre MADDO en 2006, soit 332 vs 255 cas. Ce pourcentage d'augmentation est plus important chez les femmes (102 %) que chez les hommes (16 %). En conséquence, la représentativité des femmes s'est accrue, ces dernières constituant 26 % de l'ensemble des cas comparés à 17 % en 2005.

Trois régions connaissent des hausses marquées en 2006 par rapport à 2005 : Montréal (hausse de 29 %, n=194 cas déclarés), Nunavik (400 %, n=25) et Laurentides (150 %, n=10). G. L.



Babillard

Maladie de Lyme

La mise à jour du questionnaire sur la maladie de Lyme (ML) est maintenant disponible sur le forum de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI).

La ML est une zoonose causée par une bactérie (*Borrelia burgdorferi*) transmise principalement par la piqûre d'une tique appelée *Ixodes scapularis*. C'est en 1977 que la première description de cette maladie a été publiée aux États-Unis suite à l'observation d'un agrégat de cas d'arthrite rhumatoïde chez des enfants de la ville de Lyme au Connecticut, en 1975.¹ Au Québec, la ML est devenue à déclaration obligatoire en novembre 2003. Pour en savoir plus sur l'épidémiologie de la ML et le traitement et les mesures préventives privilégiés, nous vous invitons à consulter le dernier numéro du Bulletin Sentinelle (Vol. 12, No 2, Mai 2006), produit par la Direction de santé publique de la Montérégie.² F.M.

-
1. J. Rochefort; L. Trudel. Août 2002. **Maladie de Lyme**. Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). 5 pages.
 2. Site Web : www.rss16.gouv.qc.ca/santepublique/protection/maladietransmissibles/

Le virus du Nil occidental (VNO)

La surveillance de l'infection par le VNO se poursuit en 2006. À l'instar des années précédentes, la progression de cette infection fera l'objet d'un suivi en temps réel en rassemblant dans un même fichier deux types de données : d'une part, celles de surveillance entomologiques à partir des pools positifs, et ce, dans un but d'acquisition de connaissances et, d'autre part, celles de vigilance et de surveillance des cas humains. À cet effet, les enquêtes doivent toujours être réalisées. Il n'est cependant plus nécessaire de transmettre les questionnaires au ministère de la Santé et des Services sociaux. À noter que de petites modifications ont été apportées au questionnaire. Par ailleurs, la surveillance aviaire ainsi que l'application préventive de larvicides ont été cessées cette année. Les recommandations pour la vigilance et la surveillance des cas humains pour la saison 2006 font l'objet d'un document transmis aux directions de santé publique et disponible au BSV. C.G. et G. S.

Le Chikungunya, vous connaissez ?

L'Agence de santé publique du Canada (ASPC) a récemment rapporté quatre cas d'infection au virus du Chikungunya au Canada

dont un au Québec. Les personnes infectées avaient voyagé dans des îles de l'Océan Indien (Réunion, Maurice, Seychelles, côte indienne).

Le Chikungunya est une infection virale généralement transmise par la piqûre d'un moustique. Les symptômes durent de trois à sept jours. Le plus souvent, la maladie se caractérise par une forte fièvre, des céphalées, des nausées, des vomissements, des éruptions cutanées et des douleurs articulaires aiguës (localisées aux genoux, chevilles et petites articulations des membres d'où le nom de la maladie qui signifie « l'homme qui marche courbé »). Dans de rares cas, l'infection peut provoquer une méningo-encéphalite. On peut souffrir d'arthrite résiduelle pendant des semaines, voire des mois, après la guérison. La période d'incubation est habituellement de 1 à 12 jours. L'immunité est durable.

Cette infection n'est pas une maladie à déclaration obligatoire (MADO) mais pourrait être identifiée comme une encéphalite virale transmise par arthropodes. Bien que la virémie soit de courte durée et que le risque de contagion soit faible (aucun cas confirmé de transmission de personne à personne), il est indiqué de faire une enquête sommaire de santé publique pour les cas déclarés afin de préciser le risque de contamination entourant un éventuel don de sang ou d'organe, et le cas échéant, d'intervenir adéquatement. D'ailleurs, Héma-Québec fait un pré-triage des donneurs ayant visité les zones à risque.

Il n'existe pas de vaccin, ni prophylaxie contre le virus du Chikungunya. La seule façon de réduire les risques d'infection est le recours à des mesures de protection personnelle contre les piqûres de moustique. D.B. et F.M.

Référence : L'Agence de santé publique du Canada, 26 mai 2006. www.phac-aspc.gc.ca/msds-ftss/

Nouvelles publications

Syphilis. R. Parent, S. Venne, G. Lambert, P.-R. Allard, É. Demers. Mai 2006. **Vigie intensifiée de la syphilis infectieuse au Québec, cas déclarés entre le 1^{er} août 2004 et le 31 juillet 2005.** Rapport final.

Infections gonococciques. P.-R. Allard, R. Parent, G. Lambert, M. Mondor. Mai 2006. **Vigie intensifiée de l'infection gonococcique au Québec, cas déclarés entre le 1^{er} juin et le 30 novembre 2005.** Premier rapport intérimaire.

Ces deux rapports ont été diffusés aux directions de santé publique et sont disponibles sur demande au BSV.

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 vigilance 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 vigilance (BSV) 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 Daniel Bolduc, D.B.; Colette Gaulin, C.G.; Gilles Lambert, G.L.; France Markowski, F.M.; Eveline Toth, E.T. Le présent Bulletin a également profité de la collaboration de Guy Sanfaçon, G.S. du BSV.

La vigilance 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 France Markowski, par téléphone au : 514 864-2815 ou par courriel à : france.markowski@msss.gouv.qc.ca