



Vigie – Interventions

Tuberculose

La Journée mondiale de la Tuberculose (TB), célébrée chaque année le 24 mars, commémore la présentation faite, à Berlin en 1882, par le Dr Robert Koch à un groupe de médecins, sur sa découverte du bacille de la TB. L'éclosion à Maloténam (Sept-Îles, Côte-Nord) nous rappelle que la TB, bien qu'en baisse constante depuis plusieurs années, demeure un problème préoccupant dans certains segments de la population québécoise.

La situation au Québec. Malgré l'impression que peut donner une éclosion comme celle de Maloténam, les récentes données provinciales ne tendent pas à démontrer une recrudescence de la maladie. En effet, l'incidence de la tuberculose a diminué au Québec : entre les périodes 1996-1999 et 2000-2003, le taux annuel moyen est passé de 4,4 à 3,8 par 100 000 de population. En 2004, le taux a atteint un plancher record de 2,9 cas par 100 000. Durant cette année, 219 cas ont été déclarés au fichier MADO. En 2005, on observe une légère hausse avec 255 cas déclarés, soit un taux de 3,4. Au cours de ces deux années, la région de Montréal n'a jamais eu aussi peu de cas déclarés avec une moyenne de 133 cas par an, soit un taux de 7,1 comparativement à 9,7 pour la période 2000-2003. Pour le reste de la province, il y a eu en 2004 et 2005 respectivement 86 cas (1,5 0/0 000) et 122 cas (2,2 0/0 000).

Selon les données en date du 1^{er} mars 2007, il y aurait eu 215 cas déclarés pour l'ensemble du Québec en 2006, soit un taux de 2,8 par 100 000.

Cas amérindiens et inuits. Au Québec, deux régions rapportent des cas de TB survenant chez des populations amérindiennes, soit celles de la Côte-Nord (RSS 09) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (RSS 18). Pour sa part, la région du Nunavik rapporte des cas survenant chez les inuits. Durant la période 2000-2003, ces régions ont respectivement reçu 16, 5 et 16 déclarations de TB, la majorité d'entre elles relatives aux populations autochtones.

Selon les données de 2004 et 2005, la région de la Côte-Nord a reçu 7 déclarations (toutes origines ethniques confondues), la région Terres-Cris-de-la-Baies-James aucune alors que la région du Nunavik en a reçu 20 (soit 10 à chaque année), toutes chez des inuits, ce qui constitue une situation relativement fréquente puisque un cas donne souvent lieu à plusieurs cas secondaires comme on le constate actuellement à Maloténam.

Et les XDR-TB... Depuis quelques temps, plusieurs experts de l'Organisation mondiale la santé (OMS) s'inquiètent de l'apparition de souches de *Mycobacterium tuberculosis* ultra-résistantes (équivalent français de l'anglais XDR-TB, extremely drug-resistant tuberculosis) dans plusieurs régions du monde et, en particulier, en Russie, en Afrique du Sud, en Chine et en Inde. La dernière définition de la TB ultra-résistante adoptée par l'OMS parle de souche résistante à l'isoniazide et à la rifampicine (ce qui est la définition d'une TB multi-résistante) avec une résistance à au moins une des fluoroquinolones et une résistance à au moins un des médicaments anti-tuberculeux de 2^{ème} ligne injectables (capréomycine, kanamycine, amikacine). Au Québec, entre 2003 et 2006, quatre cas de TB multi-résistante ont été déclarés mais aucun de ces cas ne répondait à la définition de cas de TB ultra-résistante. [P. R](#)

Infections à méningocoque : le sérogroupe C bien contrôlé mais qu'en est-il pour le sérogroupe B ?

Depuis l'an 2000, l'incidence des infections invasives à *Neisseria meningitidis* de sérogroupe B ne cesse d'augmenter au Québec. Selon les données du fichier MADO, le nombre de cas déclarés est passé graduellement de 24 à 54 cas entre 2000 et 2006. Ainsi, depuis 2004, on observe en moyenne un cas par semaine.

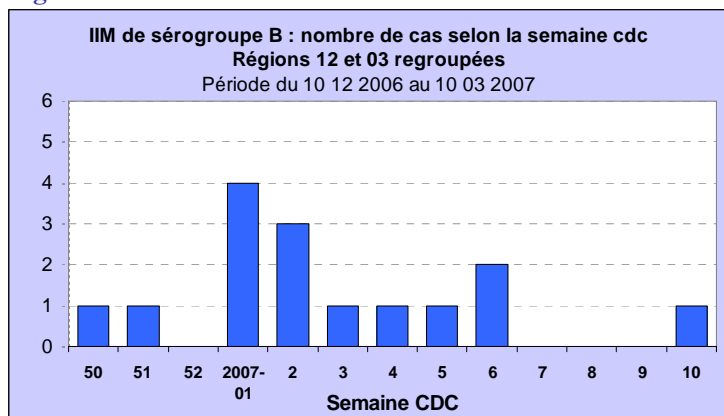
Janvier 2007. On constate une augmentation accrue du nombre de cas d'infections invasives à méningocoque (IIM) de sérogroupe B. Au cours des six premières semaines (période du 31 décembre 2006 au 10 février 2007), 19 cas ont ainsi été rapportés au fichier MADO (en date du 16 mars 2007).

La grande majorité des cas (15/19) concernent des individus âgés de moins de 30 ans et, en particulier, des jeunes de moins de 20 ans (12/19). Les taux d'incidence ne font toutefois pas ressortir une atteinte significativement plus élevée dans un groupe d'âges particulier. Par ailleurs, on rapporte un décès chez les 5-9 ans de même que des complications chez trois cas dont un bébé en état critique, les deux autres ayant récupéré.

La caractérisation des souches a pu être faite pour 11 des 19 cas et, dans la majorité des cas (7/11), le clone B:17:P1.19 a été identifié, soit la même souche associée à l'agrégat (cluster) observé dans la région Chaudière-Appalaches durant l'automne-hiver 2004-2005.

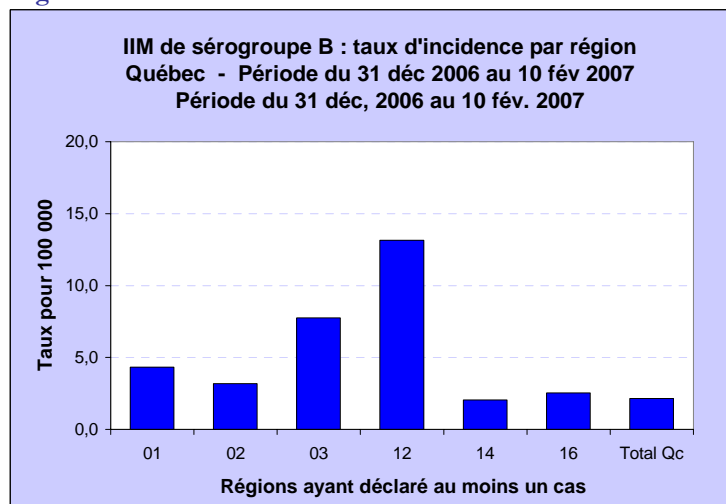
La répartition temporelle des cas montre que la moitié des cas (10/19) se sont produits au cours des deux premières semaines de janvier 2007 (période du 31 décembre 2006 au 13 janvier 2007). Pour sa part, la distribution spatiale fait apparaître une concentration dans les régions de Chaudière-Appalaches (RSS 12) et de la Capitale-Nationale (RSS 03), chacune d'elles cumulant 6 cas, soit 12 des 19 cas. Cette concentration a été encore plus forte au cours des deux premières semaines de 2007 alors que 7 des 10 cas déclarés sont survenus dans l'une ou l'autre de ces deux régions. Les enquêtes conduites par ces deux directions de santé publique n'ont toutefois pas réussi à mettre en évidence de lien épidémiologique entre aucun des cas, ni une concentration géographique dans un secteur particulier.

Figure 1



Quatre autres régions ont déclaré au moins un cas d'IIM de séro groupe B durant ces six premières semaines de 2007, soit la Montérégie (n=4), le Saguenay-Lac-Saint-Jean (n=1), le Bas-Saint-Laurent (n=1) et Lanaudière (n=1). Le taux d'incidence établi pour cette période fait ressortir l'ampleur du problème pour les RSS 12 et 03 qui présentent des taux respectifs de 13,1 et 7,8 par 100 000, soit des valeurs nettement supérieures à celles observées par ailleurs, notamment en Montérégie (2,5) et dans l'ensemble du Québec (2,2).

Figure 2



Commentaire. L'absence de lien épidémiologique entre les cas et le fait qu'il n'y ait pas eu de groupe d'âges plus spécifiquement touchés de même que la dispersion des cas à l'intérieur des deux régions concernées sont autant de facteurs qui ne correspondent pas aux critères permettant de définir une éclosion. Par contre, le nombre élevé de cas, de souche identique, survenus dans un assez court laps de temps et dans une zone géographique relativement circonscrite (deux régions limitrophes) constituent des éléments témoignant de la présence d'un agrégat (grappe de cas) et tend à démontrer que la souche B:17:P1.19 circule dans la population. En date du 10 mars 2007, la hausse accrue semble s'être résorbée. Par ailleurs, ce phénomène d'incidence accrue n'est pas inhabituel en période d'activité d'infections respiratoires (influenza, VRS).

La situation continue d'être suivie avec vigilance et sera réévaluée lorsqu'on disposera d'une plus longue période d'observation (minimum 3 mois). **F.M et M.L.**

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 : Monique Landry, M.L. ; France Markowski, F.M. ; Paul Rivest, P.R.

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 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.