

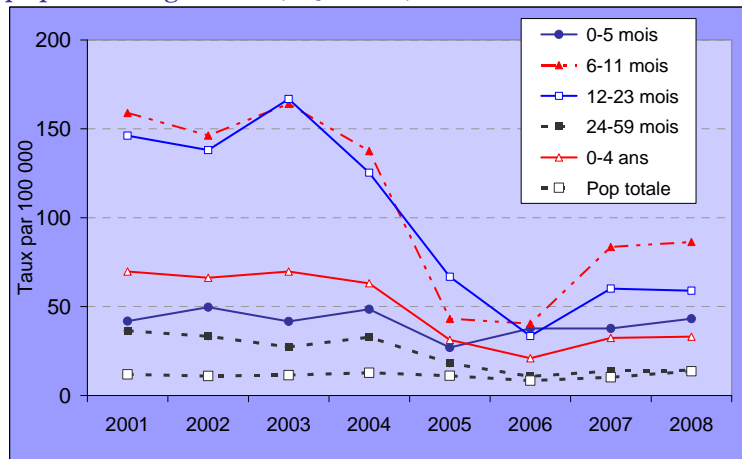


Vigie – Interventions

***Streptocoque pneumoniae* chez les 0-4 ans.** En 2001, 266 cas ont été déclarés au fichier MADO. Le taux d'incidence s'élevait alors à 69,7 cas pour 100 000, soit une incidence huit fois plus élevée que dans le reste de la population québécoise (taux de 8,8 chez les 5 ans ou plus). Entre 2001 et 2004, le taux chez les 0-4 ans est demeuré plutôt stable, variant entre 63 et 70 pour 100 000 selon l'année. À partir de 2005, on observe une baisse marquée et significative de l'incidence de ces infections chez les 0-4 ans. Le nombre de déclarations diminue ainsi de 67% entre 2004 et 2006, passant de 233 à 78 cas. La baisse est particulièrement prononcée chez les 6-11 mois et 12-23 mois, lesquels constituent, avant 2005, les deux groupes les plus vulnérables (figure 1). On explique le recul important de ces infections chez les 0-4 ans par la mise en place, en décembre 2004, du programme universel de vaccination (vaccin pneumococcique conjugué VPC-7)¹.

En 2007, tant dans la population générale que chez les 0-4 ans, le nombre de cas d'IIP connaît une hausse. Selon le fichier MADO, au cours de cette dernière année, un total de 786 cas ont été rapportés dont 121 chez des enfants âgés de 0-4 ans. Dans ce groupe d'âge, cela constitue une augmentation de 35% du nombre de cas rapportés par rapport à l'année précédente (2006). Le taux d'incidence de 2007 (32,4 pour 100 000) demeure néanmoins bien en-deçà de ce qu'il était au début des années 2000. Enfin, les données préliminaires de 2008 tendent vouloir indiquer une certaine stabilisation des taux, aucune hausse significative n'ayant été observée après le premier trimestre de 2008 (figure 1).

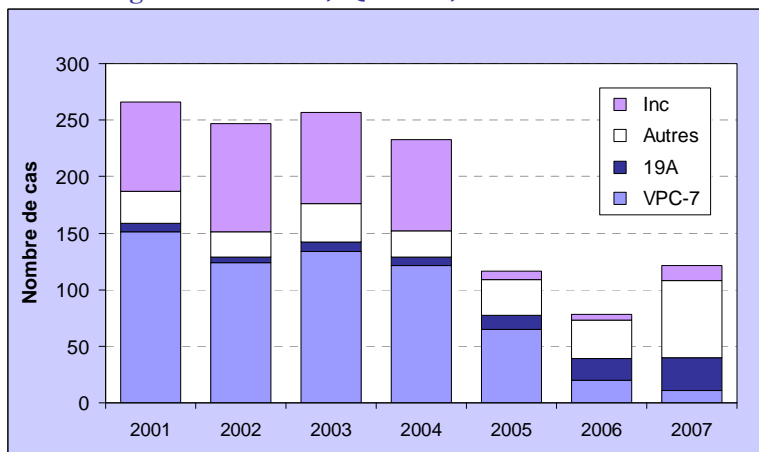
Figure 1
Taux d'incidence d'IIP chez les 0-4 ans et la population générale, Québec, 2001-2008*



Source : BSV à partir du Fichier MADO (extraction 14-04-2008).
* 2008 : données cumulées au 14 avril 2008.

L'analyse de la distribution des sérotypes en cause semble pour sa part vouloir indiquer que la récente recrudescence des IIP chez les 0-4 ans serait essentiellement liée à l'importance accrue de certaines souches non incluses dans le vaccin VPC-7, dont notamment le sérotype A19 (figure 2). F. M.

Figure 2
Nombre de cas d'IIP suivant le sérotype chez les enfants âgés de 0-4 ans, Québec, 2001-2007



Source : BSV à partir du Fichier MADO (extraction 24-04-2008) et Laboratoire de santé publique du Québec.

1. INSPQ, 2007. Impact du Programme d'immunisation par le vaccin pneumococcique conjugué heptavalent (VPC-7) au Québec, Canada. 48 p.

Rougeole. Au cours des mois de mars et avril, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) a émis des alertes concernant des activités de rougeole en Ontario et en Alberta. Ainsi, l'Ontario connaît une éclosion alors que treize cas ont été confirmés depuis la mi-mars, le cas-index étant survenu 12 mars 2008 (date de l'éruption cutanée). Parmi les treize cas, dix seraient liés de façon épidémiologique, deux seraient des cas isolés (aucun lien épidémiologique mis en évidence) et un dernier cas est toujours sous enquête. Le cas-index aurait transmis la maladie à au moins cinq cas alors qu'il visitait le Ontario Science Center. Le génotype associé à cette éclosion est le D8. Pour ce qui est des deux cas isolés, ces derniers ont été importés du Pakistan et de la Suisse.

Du côté de l'Alberta, deux cas confirmés, issus d'une même fratrie, ont été rapportés. Le cas-index, survenu le 1^{er} avril, aurait acquis l'infection au moment d'un séjour à l'étranger. Il a ensuite transmis la maladie à sa sœur qui pourrait l'avoir retransmise à d'autres personnes lors d'un événement sportif, tenu à Calgary les 12-13 avril 2008, auquel elle a participé alors qu'elle était contagieuse. Cette compétition rassemblait des participants de plusieurs provinces dont une résidente du Québec. La Direction de santé publique concernée a

été avisée et le suivi a été fait auprès de la personne. Il s'est avéré que celle-ci était adéquatement vaccinée contre la rougeole et n'avait développé aucun symptôme 16 jours après sa possible exposition.

En Europe. Plusieurs pays de l'Union Européenne (UE) connaissent présentement une augmentation d'activité de rougeole. Depuis 2007, des écloisions importantes ont eu lieu au Royaume-Uni, en Irlande, en France, au Danemark, en Norvège, en Espagne et, actuellement, en Suisse, en Autriche et en Allemagne. Selon le European Center for Disease and Prevention Control (ECDC), plus de 4 000 cas ont été rapportés en 2007 et plus de 1 300 cas pour le premier trimestre de 2008 (comparativement à 800 pour la même période l'an dernier). Aussi, la Coopération Économique entre Pays en Développement (CEPD) a émis en avril un avertissement quant à une écloision de cas de rougeole partout en Europe.

Depuis le début de l'année 2008, un total de 17 cas confirmés ont été répertoriés au Canada en date du 23 avril. Parmi ces malades, aucun échec vaccinal n'a été rapporté, douze étaient non vaccinés, quatre avaient un statut vaccinal incomplet pour l'âge et un pour lequel on ne connaît pas l'histoire vaccinale. Aucun cas n'a été rapporté pour la semaine cdc 17 (20-26 avril 2008). Au Québec, aucun cas de rougeole n'a été rapporté pour l'année 2008 (en date du 19 avril), le dernier cas confirmé étant survenu le 1^{er} octobre 2007. Toutefois, le Québec n'étant pas à l'abri d'une nouvelle reprise d'activité, la vigilance est toujours recommandée. De plus, on rappelle aux voyageurs que la vaccination est la meilleure façon de se protéger contre la rougeole.

F. M. à partir des sources :

RMTC, Vol. 1, no. 17, 08, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdrw-rmtch/2008/1708-fra.php>; ASPC, <http://www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/pub-fra.php> et Eurosurveillance, Vol 13, no 17, <http://www.eurosurveillance.org>

Suspension du programme de vaccination en Inde.

Le 23 avril dernier, dans la province indienne de Tamil Nadu, quatre bébés âgés de 10 mois sont décédés dans les minutes suivant l'administration d'un vaccin contre la rougeole. Suite à ces décès, dix provinces de l'Inde ont suspendu ce programme d'immunisation.

Trois des quatre enfants décédés ont été vaccinés au même endroit (centre de soins primaires de Pennalurpettai) à partir de la même fiole de vaccin mais avec des seringues différentes. Le quatrième enfant a reçu son vaccin dans un autre village (Venkatapuram) mais avec le même lot de vaccin. Dans les quatre cas, les enfants seraient décédés à la suite d'une hémorragie cérébrale. Pour l'instant, la cause la plus probante serait la présence d'un contaminant non identifié qui pourrait avoir été présent dans plus d'une fiole du lot ou dans le diluant utilisé.

Environ 20 000 doses de ce lot de vaccin ont été administrées dans les jours précédents ces événements (période du 4 au 23 avril 2008) et plus de 230 enfants ont aussi été vaccinés la même journée (23 avril 2008) avec ce lot dans plusieurs villages sans qu'aucun effet secondaire soit rapporté.

L'enquête se poursuivra auprès du fabricant (Human Biologicals Institute, HBI) et des analyses de laboratoires seront effectuées afin de comparer des échantillons distribués du lot en cause à des échantillons de ce même lot toujours présent chez le fabricant. Ce vaccin n'est pas distribué au Canada. E.T. www.promedmail.org/ - ProMED-mail- 29 avril 2008.

La rubrique nosologique

Les salmonelles et le portage chronique. Au cours des six dernières années, votre DSP a reçu du laboratoire d'un hôpital, six déclarations de cultures de selles montrant la présence de *Salmonella agona* pour une même personne. Lors de l'enquête, le médecin traitant a indiqué qu'il s'agissait de cultures de contrôle effectuées à intervalles de six mois pour suivre l'évolution de l'état de porteur.

La définition nosologique actuelle de salmonellose exige seulement l'isolement d'une souche de *Salmonella* d'un échantillon clinique pour confirmer un cas. La confirmation ne requiert pas la présence de symptômes.

Q. : Devrait-on considérer les six cultures positives comme six épisodes différents de salmonellose ?

R. : Dans le cas actuel, on peut considérer un état de portage chronique comme un seul épisode et il ne faudrait pas créer de nouveaux épisodes à chaque fois qu'une culture de contrôle est effectuée. Cette situation pourrait également s'appliquer à d'autres MADO. Sauf exception, le guide de la définition nosologiques ne spécifie pas l'intervalle à respecter entre deux tests positifs pour confirmer deux épisodes différents de la même maladie. Dans la mesure du possible, le Comité sur les définitions nosologiques évite les définitions indument complexes et tente de garder les définitions les plus simples possibles. Il existera toujours des situations où l'intervenant devra utiliser son jugement. La situation du porteur chronique illustre bien ce propos. **Source : Groupe de travail sur les définitions nosologiques (GTDN).**

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 santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les personnes suivantes ont collaboré à ce numéro : France Markowski, F.M. ; Eveline Toth, E.T. ; et pour le GTDN : Marie-Andrée Leblanc, Éric Levac, Paul Rivest et Anne Vibien.

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.BernardFontaine@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.

NOTE : Les données des fichiers MADO reposent sur les déclarations faites aux Directions de santé publique et, de ce fait, peuvent sous-estimer l'incidence réelle des maladies visées par cette déclaration.
