



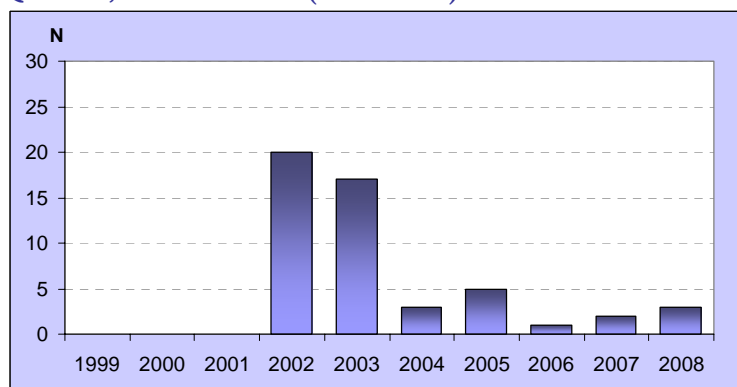
Vigie – Interventions

Maladie de Lyme. Depuis le début de l'année 2008, douze cas de la maladie de Lyme ont été déclarés au Québec. Les cas se répartissent dans neuf régions soit Montréal (n=3), Laval (n=2), Bas-St-Laurent (n=1), Capital-Nationale (n=1), Mauricie-Centre-du-Québec (n=1), Outaouais (n=1), Abitibi-Témiscamingue (n=1), Lanaudière (n=1) et Montérégie (n=1). L'âge des cas varie de 25 à 65 ans. La moyenne d'âge et la médiane sont de 42 ans.

Plus de la moitié de ces cas (7/12) ont été acquis aux États-Unis, le tiers (4/12) au Canada (3 en Ontario et 1 au Québec) et pour un cas, le lieu d'acquisition n'est pas précisé. **M-A L.**

Virus du Nil occidental (VNO). La surveillance humaine des cas de VNO s'est poursuivie au cours de l'année 2008. Bien qu'il n'y ait plus de surveillance chez les oiseaux et les insectes, l'infection par le VNO est une maladie à déclaration obligatoire (MADO). Pour l'année 2008, le système intégré de vigie et de surveillance du VNO (SIDVS) fait état de trois cas déclarés d'infection par le VNO dont deux ont été confirmés et un cas a été détecté par Héma-Québec lors des tests de dépistage sur les dons de sang. Ce cas n'a toutefois pas été confirmé selon les définitions de cas établies. Les cas se distribuent dans deux régions : Montérégie (n=2) et Laval (n=1). Les cas deux confirmés sont âgés de 60 ans et plus.

Figure 1: Nombre de cas de VNO déclarés au Québec, 1999 à 2008* (n= 51 cas)



Source : Bureau de surveillance et de vigie, DPSP, MSSS.

* Données du Registre Mado (le 18 décembre 2008) et du SIDVS.

C'est en 2002 et 2003 que l'on a observé le plus grand nombre de cas au Québec. Par la suite, le nombre de cas annuel a varié entre 1 et 5 cas. À l'exception de trois cas (1 en 2005 et 2 en 2007) tous les cas déclarés depuis 2002 (n= 51) ont été acquis au Québec. **C. G.**

L'encéphalite équine de l'Est. Le 26 septembre 2008, un troupeau d'émeus de Lanaudière a été diagnostiqué positif à l'EEE (PCR). En date du 2 octobre, seize émeus de ce troupeau étaient morts sur un total de près d'une trentaine d'individus. Le propriétaire a mentionné avoir aussi perdu des faisans et des paons.

Par ailleurs, depuis le 25 septembre 2008, quinze cas d'encéphalite équine de l'Est (EEE) ont été confirmés chez des chevaux du Québec et trois autres chevaux sont considérés comme des cas présomptifs (sérologie positive). À l'exception d'un cas présomptif qui s'est rétabli sans séquelle, tous ces chevaux ont présenté des signes neurologiques suffisamment graves pour justifier leur euthanasie. Aucun des chevaux n'était vacciné contre cette maladie et aucun n'avait voyagé à l'extérieur du Québec. Au total, ces chevaux provenaient de quatre régions soit de la Montérégie (n=4), de Lanaudière (n=4), du Centre-du-Québec (n=6) et de l'Estrie (n=4). Il s'agit d'une maladie rare au Québec; deux cas équins ayant été déclarés depuis 35 ans, soit un cas en Estrie en 1972 et un cas au Saguenay-Lac-Saint-Jean en 1999.

Chez les humains, l'EEE est également rare. Elle provoque une symptomatologie variable, pouvant aller d'une maladie fébrile de courte durée (céphalée, fièvre, conjonctivite, myalgie) jusqu'à une forme grave, caractérisée par un début brutal, des céphalées, de la fièvre élevée, des signes méningés, de la stupeur, de la confusion, des tremblements, des convulsions spastiques occasionnelles, de la paralysie et un coma. La période d'incubation est habituellement de 5 à 15 jours. Le taux de létalité peut atteindre 60 % chez les cas graves. Environ le tiers des survivants auront des séquelles neurologiques permanentes. Les enfants sont plus à risque que les adultes. Il n'existe pas de traitement spécifique pour cette maladie. Le seul moyen de se prémunir contre l'infection est de se protéger contre les piqûres de moustiques.

Au Québec, les encéphalites virales transmises par arthropodes chez les humains sont à déclaration obligatoire depuis 2003. Aucun cas d'EEE n'a été rapporté au Québec depuis. Pour confirmer le diagnostic d'EEE, la méthode diagnostic disponible au LSPQ est la détection sérologique des anticorps totaux. Les spécimens doivent être acheminés au LSPQ et accompagnés de la requête FO-LSPQ-221 complétée.

Le cycle de base de l'infection se développe entre les oiseaux sauvages et les moustiques, d'une façon semblable à celui du virus du Nil occidental. Les oiseaux en sont le réservoir et la maladie est transmise aux humains et aux animaux par la piqure d'un moustique s'étant nourri du sang d'un oiseau virémique. Les chevaux sont la principale espèce affectée, mais des infections ont aussi été rapportées chez des oiseaux domestiques (faisans, canards, dindes, émeus) et chez le porc. Les humains ne peuvent pas contracter la maladie suite à un contact avec un cheval infecté. De plus, les chevaux ne développent pas une virémie suffisante pour infecter les moustiques. Conséquemment, un cheval infecté ne pose pas de risque pour les humains avec lesquels il



est en contact. Toutefois, les humains doivent prendre les mesures qui s'imposent pour se protéger contre les piqûres de moustiques car un cheval qui développe l'EEE indique que le virus circule dans la population de moustiques environnante. L'été humide que nous avons eu a favorisé l'amplification des populations de moustiques et peut donc expliquer en partie l'apparition de tels cas. **C. V. et M-A L.**

Surveillance de la tuberculose. Depuis l'an 2000, on observe un recul de la tuberculose au Québec. Le nombre de cas ainsi que le taux d'incidence ont en effet progressivement diminué passant de 318 cas (4,3 par 100 000 personnes) à 229 cas (3,0 ⁰/0 000) en 2007. En 2004, et pour la toute première fois, le taux d'incidence annuel est passé sous la barre de 3,0 ⁰/0 000 pour s'établir à 2,9. On a dénombré cette année-là seulement 219 cas.

Situation 2004-2007. Entre 2004 et 2007, 931 épisodes de tuberculose ont été déclarés au Québec chez 928 individus. Cela représente en moyenne 233 cas par année pour un taux d'incidence annuel moyen de 3,1 ⁰/0 000. La majorité des cas (57,3%) proviennent de la région de Montréal. Si l'on ajoute la part relative des régions de la Montérégie (8,1%) et de Laval (4,3%), près de 70% des cas déclarés au Québec se concentrent dans la grande zone métropolitaine de Montréal. Au cours de cette période, 11 des 18 régions du Québec présentent un taux d'incidence annuel moyen inférieur à 2,0 ⁰/0 000 et reçoivent moins de 10 déclarations par année. Dans la région de Montréal, le taux s'élève à 7,1 ⁰/0 000 comparativement à 1,8 pour le reste du Québec. Toutefois, c'est au Nunavik où le taux d'incidence est de loin le plus élevé, soit 91,1 ⁰/0 000.

Les personnes nées à l'extérieur du Canada comptent pour 62,3 % des cas de tuberculose pour lesquels le lieu de naissance est connu (soit 568/911). L'incidence annuelle moyenne pour l'ensemble des personnes nées à l'extérieur du Canada (14,6 ⁰/0 000) est plus de 13 fois supérieure à celle des Canadiens de naissance non autochtones (1,1 ⁰/0 000). Les cinq pays les plus fréquemment mentionnés comme pays d'origine sont, par ordre d'importance, Haïti (n=91 cas; 9,1 ⁰/0 000), l'Inde (n=40; 56,3 ⁰/0 000), la Chine (n=39; 20,7 ⁰/0 000), les Philippines (n=34; 46,5 ⁰/0 000) et le Vietnam (n=33; 33,2 ⁰/0 000).

Résistance antibiotique. Parmi les 931 cas déclarés en 2004-2007, plus des deux tiers (68% ou n= 633) avaient une tuberculose pulmonaire. Des épreuves de sensibilité ont été faites pour tous les cas avec culture positive (n= 832) et 71 souches-patients (8,5 %) se sont révélés résistantes à l'isoniazide (INH) avec ou sans résistance à d'autres antituberculeux.

Parmi l'ensemble des personnes atteintes nées à l'extérieur du Canada, la proportion de souches-patients résistantes au moins à l'INH atteint 10,9 % comparativement à 5,5 % pour l'ensemble des Canadiens de naissance non autochtones. Il faut souligner que durant la période 2004-2007, aucun cas de résistance à l'INH n'a été observé chez l'ensemble des autochtones et qu'un seul cas de mono-résistance au PZA a été trouvé chez un Amérindien.

Discussion. Les succès dans la lutte antituberculeuse reposent sur la prise en charge rapide et efficace des cas contagieux et sur l'évaluation de leurs contacts étroits en vue d'un dépistage tuberculinique et d'un traitement à l'INH, s'il y a lieu. Le peu de récurrence à l'intérieur de la période étudiée, le taux de résistance à l'INH qui demeure autour de 7 % depuis 1992 et le pourcentage de souches multi-résistantes qui se maintient à moins de 1 % confirment également l'efficacité de la prise en charge des cas à la fois par les milieux cliniques et par le réseau de santé publique. Cependant, les Québécois originaires de pays qui connaissent encore des taux d'incidence élevés de tuberculose et les communautés autochtones, en particulier les Inuits, restent vulnérables à l'égard de la tuberculose. Certains milieux de vie (refuges pour sans-abri, centres de traitement pour toxicomanes, milieux carcéraux, etc.) représentent également des milieux où la présence d'un cas contagieux peut donner lieu à des situations potentiellement explosives. Le rapport complet sur l'épidémiologie de la tuberculose au Québec de 2004 à 2007 sera bientôt disponible sur le site du MSSS. **P. R.**

Journée mondiale sida. À chaque année depuis 1988, la journée du 1^{er} décembre est dédiée à la lutte mondiale contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le sida. À l'occasion de cette journée, le ministère de la Santé et des Services sociaux a souligné l'importance de la lutte aux préjugés pour contrer la transmission du VIH.

Le Québec compte environ 17 000 personnes vivant avec le VIH. À chaque année au Québec, une centaine de personnes meurent du sida et on estime autour de 1 000 le nombre de personnes qui contractent le virus. Pour plus d'informations sur la surveillance du VIH et du sida, vous pouvez consulter les deux documents suivants. **L. R.**

1. R. BITERA, ALARY, M., FAUVEL, M. et PARENT, R. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Cas cumulatifs 2002-2007. Institut national de santé publique du Québec, juin 2008. 90 p. www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=864.
2. G. LAMBERT, RINGUETTE, L. et MINZUNZA, S. Le portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, Année 2007 (et projections 2008). Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, novembre 2008. 82 p. www.msss.gouv.qc.ca/, section Documentation, rubrique Publications.

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 : Chantal Vincent, C.V. (MAPAQ); Colette Gaulin, C.G.; Marie-Andrée Leblanc, M-A.L.; France Markowski, F.M.; Louise Ringuette, L.R. et 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.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.
