



Vigie – Interventions

Surveillance rehaussée de la rougeole. Le 24 février dernier, le Bureau de surveillance et de vigie a demandé aux régions de rehausser la surveillance de la rougeole sur leur territoire. Cette demande se justifie dans le contexte de l'écllosion qui a cours présentement dans la région de l'Estrie et qui présente un potentiel sérieux de s'étendre à d'autres régions, notamment en raison du fait que plusieurs cas ont fréquenté des lieux publics (salle d'attente de clinique médicale, écoles et centre de ski) durant une partie de la période de contagiosité.

Situation en Estrie. En date du 2 mars, six cas de rougeole ont été déclarés et confirmés depuis le début de l'investigation du premier cas déclaré le 6 février. Les cas sont âgés de 14 à 18 ans et aucun d'entre eux n'étaient vaccinés. Quatre fréquentent la même école secondaire et deux des établissements post-secondaires (cégep). Selon les dates d'éruption (rash), les cas s'échelonnent entre le 22 janvier et le 16 février 2009.

Déroulement de l'investigation. Le 6 février dernier, la Direction de santé publique de l'Estrie (DSP-05) reçoit une première déclaration d'un cas de rougeole chez un adolescent fréquentant une école secondaire de Sherbrooke. Quelques jours plus tard, le 11 février, un second cas, antérieur au premier déclaré, est rapporté chez un autre adolescent fréquentant la même école. Les deux élèves ne se connaissent pas. Aucun d'eux n'a une histoire de voyage à l'extérieur de l'Estrie ou de contacts connus avec un autre cas de rougeole. En regard de leur date de rash respective (5 et 3 février), ils ont été exposés au virus à peu près en même temps.

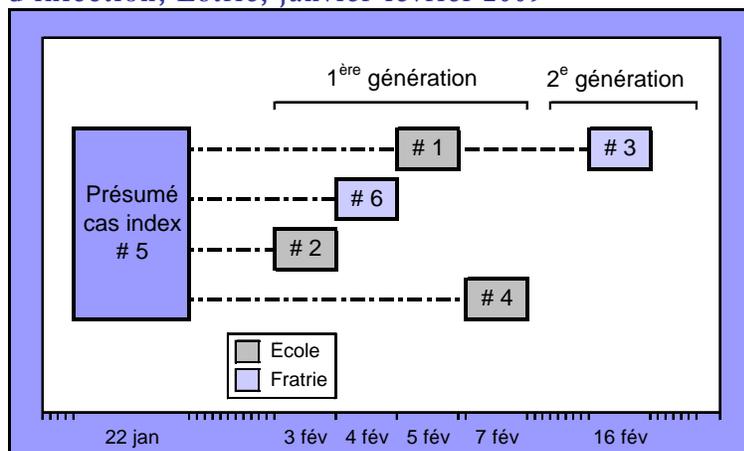
Le lieu d'exposition le plus probable étant l'école, la DSP-05 a vérifié les raisons d'absentéisme depuis la reprise des classes en janvier, particulièrement parmi ceux qui n'étaient pas vaccinés ; le but de cette recherche visait à identifier un ou des élèves qui auraient pu faire la rougeole ou avoir des symptômes compatibles avec ceux de la rougeole et, possiblement, la source de cette écllosion.

Cette initiative a porté fruit. Elle a en effet permis de retracer deux nouveaux cas probables de rougeole parmi les élèves de cette école : un ayant fait un rash le 7 février et un autre qui avait consulté et reçu un diagnostic de scarlatine le 22 janvier. L'investigation de ce dernier cas a révélé qu'un autre membre de la fratrie (étudiant au niveau collégial) avait eu également des symptômes identiques environ 10 jours plus tard et avait aussi reçu un diagnostic de scarlatine lors des consultations médicales. Ces deux personnes avaient en outre une histoire de voyage en Europe (France et Belgique) durant le congé de Noël, avec retour le 5 janvier.

Chez les quatre élèves fréquentant le même établissement secondaire, les sérologies effectuées sont toutes revenues positives (IgM+) confirmant ainsi que les cas avaient fait la rougeole. Un test RT-PCR conduit sur le premier cas déclaré (rash du 5 février) a pour sa part confirmé la présence du virus de la rougeole et l'identification de la souche est présentement en cours.

Il semble fort probable que l'élève qui a présenté un rash le 22 janvier soit le premier cas (cas index), l'origine de quatre autres cas survenus 10 à 14 jours plus tard. Il a fréquenté l'école durant une partie de la période de contagiosité et a voyagé dans une région où la rougeole est présentement active.

Figure 1
Représentation des cas de rougeole selon la chronologie (rash), la déclaration (# cas) et le lieu d'infection, Estrie, janvier-février 2009



Source : Service maladie infectieuses, DSP de l'Estrie.

Transmission et souche. On parle de quatre cas secondaires co-infectés au cours de la même semaine. Par la suite, l'un de ces cas a transmis la maladie à un membre de sa famille, qui étudie dans un cégep de la région de l'Estrie. Cette dernière personne constitue le 6^e cas confirmé et du seul cas de 2^e génération ayant été déclaré en date du 2 mars 2009. D'autres cas sont cependant encore susceptibles d'apparaître car plusieurs de ces cas ont fréquenté des endroits publics alors qu'ils étaient potentiellement contagieux. Les endroits concernés sont des salles d'attentes de cliniques médicales ou d'urgence de la région (22 janvier, 31 janvier, 7 février), le Massif-de-la-Petite-Rivière-St-François (3 février), l'école secondaire d'où origine le 1^{er} cas (4, 5, 6 et 10 février) et le cégep de Sherbrooke (12 février).

Selon les résultats des tests de génotypage réalisés sur les échantillons d'urine des deux premiers cas déclarés, le laboratoire national de microbiologie (LNM) a confirmé qu'il s'agissait d'une seule et même souche, soit le génotype D4. Cette souche serait 99% analogue avec des souches circulant en Belgique et en Israël.

Généralités. La rougeole est une maladie extrêmement contagieuse mais qui demeure rare, au Québec, en raison des bonnes couvertures vaccinales. En absence d'éclosion, on rapporte en moyenne un à deux cas par an et la maladie est habituellement acquise à l'étranger. La rougeole n'est pas une maladie bénigne. Elle se complique souvent d'otite, d'infection pulmonaire et dans 1 cas sur 1 000 d'une complication cérébrale (encéphalite) qui cause souvent des dommages permanents au cerveau, voire un retard mental. La mort survient dans 1 cas sur 3 000.

Groupes à risque. Les groupes les plus vulnérables de contracter la maladie ou de connaître des complications sont les personnes immunodéprimées, les nourrissons (bébé âgé de moins 1 an) et les femmes enceintes. Les personnes nées entre 1970 et 1979 constituent également des cohortes vulnérables car elles n'ont reçu qu'une seule dose de vaccin. Par ailleurs, la grande majorité des personnes nées avant 1970 ont fait la maladie et sont considérées comme étant protégées.

Au Québec. La dernière grande épidémie de rougeole survenue au Québec a eu lieu en 1989. Plus de 10 000 cas avaient alors été déclarés dont 5 décès et 4 méningo-encéphalites rapportés¹. En 1996, une vaste campagne de vaccination de rattrapage, visant les personnes âgées de 18 mois à 16 ans a été tenue afin d'éviter les épidémies subséquentes ou d'en réduire l'envergure si elles ne peuvent être évitées. Grâce aux efforts consentis lors de cette campagne, on estime que plus de 80% des personnes nées depuis 1980 ont reçu deux doses de vaccin contre la rougeole.

La dernière éclosion provinciale survenue en 2007 a touché sept régions du Québec. Cette éclosion s'est échelonnée sur près de 6 mois (soit du 19 avril au 3 octobre 2007) et a occasionné 94 cas confirmés. Neuf cas sur dix étaient considérés non vaccinés. La source n'a pu être identifiée.

Situation mondiale. La rougeole circule abondamment dans plusieurs régions du monde, notamment en Asie et en Afrique. On observe cependant une recrudescence de cas en Europe où la vaccination avait réussi à en réduire fortement l'incidence. Ainsi, depuis les dernières années, le Royaume-Uni, la Suisse, la Roumanie, la Slovénie, l'Italie, l'Irlande, l'Autriche, et plus récemment (2008-2009), la Belgique et la France, ont tous connus à tour de rôle des éclosions plus ou moins importantes selon le cas.² Ce fait est attribué en grande partie par le déclin de la vaccination, la baisse de la couverture vaccinale favorisant la dissémination de la maladie dans la population non protégée.

Plus près de nous, selon les données colligées par le système de surveillance canadien de rougeole et de rubéole³, 51 cas de rougeole ont été rapportés pour l'ensemble du Canada en 2008 (données en date du 18 décembre 2008). De ce nombre un cas a été déclaré par le Québec. La presque totalité des cas (48/51 ou 94 %) se sont concentrés au printemps, soit entre le 23 mars et le 24 mai 2008. Enfin, des éclosions ont également été rapportées aux États-Unis au cours des dernières années.⁴ F. M., S. M. et M. L.

1. McLean, ME; Walsh, PJ; Carter, AO; Lavigne, PM. *La rougeole au Canada, 1989*. RHMC, 1990; 16 : 213-8. McLean, ME; Walsh, PJ; Carter, AO; Lavigne, PM. *La rougeole au Canada, 1989*. RHMC, 1990; 16 : 213-8.
2. www.euvac.net.
3. Canadian Measles & Rubella Surveillance System (CMRSS).
4. CDC. *Measles - United States, January 1--April 25*, MMWR may 9, 2008, 2008 / 57(18); pp. 494-498.

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 : France Markowski, F.M. ; Monique Landry, M.L. et Suzanne Ménard, S.M.

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 désirez nous faire part de vos commentaires, vous pouvez le faire en vous adressant à : France.markowski@msss.gouv.qc.ca. Tous les numéros du *Flash Vigie* peuvent être téléchargés gratuitement à partir du site Internet du ministère à l'adresse suivante : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/30bc6f2f39299a32852572720070cc98?OpenDocument>

NOTE : Les données du fichier 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.
