



Vigie – Interventions

Nouvelle version du Guide de définitions nosologiques pour les maladies infectieuses.

La dernière version (8^e édition) du recueil des définitions nosologiques pour les maladies infectieuses est maintenant diffusée dans le site Internet du MSSS, à l'adresse suivante :

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/c998857c12429a008525720a006203ea?OpenDocument>

Ces nouvelles définitions sont en vigueur depuis le 24 avril 2011.

Les définitions nosologiques québécoises reflètent fidèlement les définitions nosologiques canadiennes, exception faite de quelques adaptations qui ont dû être apportées. La mise à jour des définitions canadiennes est le fruit d'un long processus, au cours duquel des experts nationaux et provinciaux se sont penchés sur les aspects biologique, clinique et épidémiologique des maladies. Pour les aspects épidémiologique et clinique des définitions nosologiques, des commentaires ont été sollicités dans le cadre d'une consultation fédérale/provinciale/territoriale coordonnée par l'Agence de santé publique du Canada (ASPC¹) avec l'approbation du Groupe d'experts en contrôle des maladies transmissibles du Réseau pancanadien de santé publique.

Pour les MADO qui ne font pas l'objet d'une surveillance au niveau national, les définitions de cas québécoises ont été comparées avec les plus récentes définitions de l'Organisation mondiale de la Santé et des Centers for Disease Control. Dans la mesure du possible, les nouvelles définitions québécoises s'accordent donc avec celles des autres instances afin d'assurer au mieux la comparabilité des données de surveillance.

1. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Centre des maladies infectieuses d'origine alimentaire, environnementale et zoonotique et Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses.

Éclosion d'E. coli O157:H7 liée à des noix.

De février à mai 2011, en collaboration avec certaines provinces canadiennes, dont le Québec, l'ASPC a enquêté sur une éclosion d'infection à E. coli O157:H7 pulsovar 608.

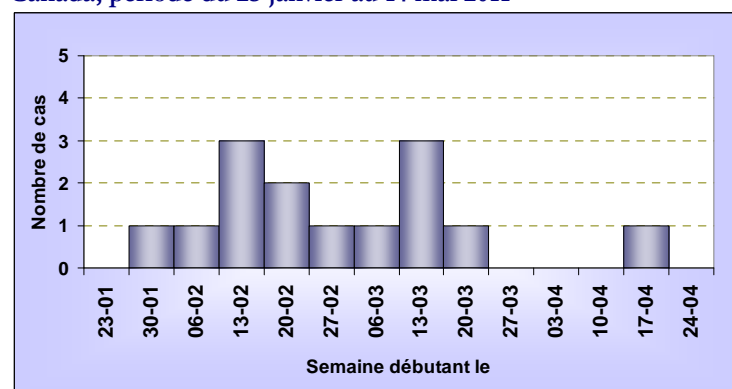
La date de début des symptômes du dernier cas est le 20 avril 2011. Un autre cas de E. coli O157:H7 de pulsovar similaire a été déclaré le 28 avril 2011 (date de début des symptômes) par la région du Bas-Saint-Laurent. Toutefois un test de caractérisation (MLVA¹) effectué sur cette souche au laboratoire national à Winnipeg a permis de la distinguer suffisamment des autres souches pour ne pas l'inclure à la présente éclosion.

Au bilan, 14 cas de E. coli O157:H7 pulsovar 608 ont été déclarés au Canada et associés à cette éclosion soit onze au Québec, deux au Nouveau-Brunswick et un en Ontario. Un cas a également été confirmé

aux États-Unis (Wisconsin). Le début d'apparition des symptômes chez les cas se situe entre le 31 janvier et le 20 avril 2011. La courbe épidémique ainsi que le nombre limité de cas laisse présumer à une source (un produit) persistante dans le temps qui pouvait être faiblement contaminée. Le fait que la majorité des cas sont au Québec porte à croire que le produit contaminé était principalement distribué au Québec. Toutefois, l'origine de la contamination des noix n'a pas été identifiée.

Figure 1

Cas d'E. coli O157:H7 pulsovar 608, Canada, période du 23 janvier au 14 mai 2011



Source : BSV et sommaire de l'ASPC.

L'âge des 14 cas varie de 20 à 80 ans, pour une moyenne d'âge de 63 ans. La majorité des cas sont donc relativement âgés. Neuf d'entre eux sont des femmes. Onze cas ont été hospitalisés et trois ont fait un syndrome hémolytique urémique (SHU). Un cas est décédé.

L'histoire alimentaire des 14 cas a révélé que neuf d'entre eux (64 %) avaient consommé des noix, ce qui semble plutôt élevé si l'on compare avec la consommation de noix de la population générale, estimée autour de 20 à 25 %. Parmi ces neuf cas, sept se souvenaient avoir consommé des noix de marque AMIRA. Après analyse de risque, Santé Canada a recommandé, le 3 avril 2011, que les noix de marque AMIRA fassent l'objet d'un rappel. Différents rappels de noix de Grenoble ont été émis depuis le 3 avril par l'agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) afin de s'assurer que tous les produits visés avaient été retirés du marché.

Le 2 juin 2011, l'ASPC a fermé l'éclosion qui a été associée à la consommation de noix de Grenoble. En effet, nous n'avons pas eu d'autre cas liés à cette éclosion depuis plus de 40 jours. La recommandation de faire rôtir les noix a été levée avec la fermeture de l'éclosion. L'ASPC prépare un bilan de l'éclosion qui sera traduit en français. Ce bilan sera transmis aux régions dès qu'il sera disponible.

1. MLVA : Multiple Loci VNTR Analysis où VNTR signifie Variable Number of Tandem Repeats

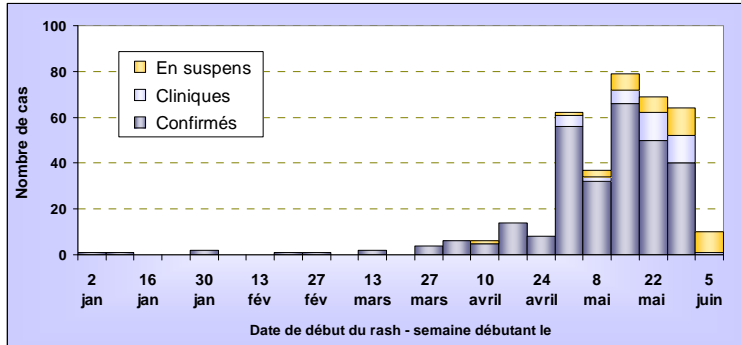
Écllosion de rougeole au Québec.

En date du 8 juin, 373 cas de rougeole ont été rapportés au Bureau de surveillance et de vigie (BSV) par les directions de santé publique (DSP) depuis le début de l'année 2011. On distingue 330 cas confirmés ou cliniques et 43 cas pour lesquels des informations supplémentaires sont attendues (cas en suspens).

La date de début du rash est connue pour 367 cas lesquels s'échelonnent entre le 8 janvier et le 7 juin 2011. Toutefois, à partir de la première semaine de mai, on observe une hausse importante du nombre de cas (figure 2). De fait, depuis le 1^{er} mai, 321 cas ont été rapportés au BSV, en très grande majorité par la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (n = 256, soit 80 %). La région de la Montérégie vient au second rang avec 43 cas¹ (12 %). À ce jour, sept régions ont rapporté au moins un cas (tableau 1).

Les premiers cas signalés concernaient tous des voyageurs ayant acquis la maladie lors d'un séjour en Europe. Le premier cas de transmission locale (cas ayant contracté la maladie ici au Québec) est signalé à la fin février, ce dernier ayant acquis l'infection à la suite d'un contact avec une personne malade qui revenait d'un séjour en France. Mais, c'est à partir du mois d'avril que s'installe une transmission locale soutenue qui alimente depuis l'écllosion en cours.

Figure 2
Distribution des cas de rougeole selon la date de début du rash et le statut de confirmation, Québec, 2011 (n= 367 cas*)



Source : BVS, à partir des cas déclarés par les DSP, 2011-06-08 (12h00).

* Au total, 373 cas ont été rapportés au 8 juin 2011, dont 6 pour lesquels la date de début du rash n'est pas connue.

Tableau 1
Distribution des cas de rougeole selon le statut de confirmation et la région de résidence, Québec, 2011

Région de résidence	Confirmé	Clinique	Cas en suspens	TOTAL
Bas-Saint-Laurent	1			1
Capitale-Nationale	23	6	2	31
Mauricie et Centre-du-Québec	224	23	34	281
Estrie	8			8
Montréal	6			6
Chaudière-Appalaches	1	1		2
Montérégie	28	9	7	44
TOTAL	291	39	43	373

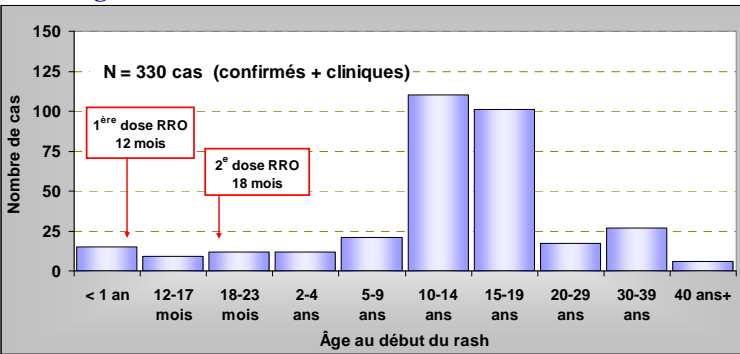
Source : BVS, à partir des cas déclarés par les DSP, 2011-06-08 (12h00).

Portrait des cas confirmés et cliniques. Parmi les 373 cas déclarés en date du 8 juin 2011, 330 présentaient un tableau clinique compatible avec la rougeole, soit 99 cas confirmés par laboratoire, 192 cas confirmés par lien épidémiologique et 39 cas cliniques en attente de confirmation.

La transmission se fait surtout en milieu communautaire : ainsi, près de la moitié des cas (46 %) sont associés à une transmission en milieu scolaire et 25 % en milieu communautaire autre (famille, amis, activités sociales ou sportives, etc.). Par ailleurs, environ 5 % auraient été infectés en milieu de soins et 4 % lors d'un voyage, en particulier en France. Pour 20 % des cas, la source n'a pu être déterminée, mais aucun antécédent de voyage n'a été rapporté.

La majorité des cas (56 %) sont de sexe masculin. L'âge des personnes malades varie de 3 mois à 58 ans, pour un âge moyen de 15,2 ans. On retrouve une forte proportion de jeunes âgés de 10-19 ans (64 %) (figure 3).

Figure 3
Distribution des cas de rougeole (confirmés et cliniques) selon l'âge, Québec, 2011



Source : BVS, à partir des cas déclarés par les DSP, 2011-06-08 (12h00).

On estime que trois malades sur quatre (76 %) étaient non immuns, soit qu'ils n'avaient reçu aucune dose de vaccin, soit qu'ils n'avaient pas de preuve de vaccination, soit qu'ils n'étaient pas éligibles à la vaccination, soit que l'information n'était pas connue du sujet. Parmi eux, on dénombre 14 enfants de moins d'un an qui n'avaient pas encore atteint l'âge de recevoir leur 1^{ère} dose de vaccin prévue à 12 mois. Enfin, parmi les malades éligibles à la vaccination, moins de tiers (30 %) avaient reçu (avec preuve à l'appui) au moins une dose de vaccin contre la rougeole. Parmi les cas présentant une couverture vaccinale incomplète pour l'âge, on compte trois travailleurs de la santé qui n'avaient pas reçu les deux doses de vaccin recommandées par le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

Morbidité associée à la maladie. Après le rash généralisé, la fièvre élevée (> 38,3°C), la toux et le coryza, les symptômes les plus fréquemment rapportés sont la conjonctivite (65 %), la pharyngite (60 %) et la photophobie (45 %). Plus du quart des malades (28 % ou 93 cas) ont rapporté avoir eu ces trois symptômes (conjonctivite + pharyngite + photophobie). Par ailleurs, les signes de Koplik, pathognomoniques de la rougeole, ont été observés chez 24 % des malades. Outre les symptômes compatibles avec la rougeole, 27 malades (un cas sur douze ou 8 %) ont connu des complications, la plupart de nature respiratoire dont 11 cas de pneumonie.

On dénombre 43 cas hospitalisés, soit environ une personne malade sur huit (13 %). Cette proportion est cependant plus élevée chez les adultes de 20 ans ou plus (30 %) et les bébés de moins de 18 mois (25 %).

Le résultat de génotypage est connu pour 26 souches et, dans tous les cas, il s'agit de la souche D4, un génotype également identifié dans plusieurs pays d'Europe, de l'Asie, du Moyen-Orient et de l'Afrique². Des analyses plus fines de caractérisation sont toutefois nécessaires pour affirmer qu'il s'agit exactement la même souche.

Intervention. Dès le début de l'écllosion, les DSP et la Direction de la protection de la santé publique (DPSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont été informées de la situation. Des alertes de santé publiques ont été affichées, les DSP ont informé le réseau de la santé et autres partenaires concernés (comme le réseau des services de garde à l'enfance). Des avis ont été envoyés aux établissements de soins pour rappeler l'importance de la reconnaissance rapide des symptômes de la rougeole et l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections pour réduire les risques d'acquisition nosocomiale. Les laboratoires du Québec, par l'entremise du Laboratoire de Santé Publique du Québec (LSPQ), ont été avisés de la situation et des consignes concernant les tests laboratoires leur ont été acheminées. Une surveillance rehaussée a été instaurée afin de suivre étroitement l'évolution de la situation. Du côté communautaire, afin d'informer la population, le MSSS a diffusé des avis info-santé, émis un communiqué de presse le 25 avril 2011 et tenu un point de presse le 6 juin 2011. À chaque fois, on a rappelé l'importance d'être bien protégé par une vaccination adéquate. Avec l'arrivée de l'été, le MSSS a envoyé une lettre aux camps de vacances, insistant sur l'importance de la vérification et la mise à jour du carnet de vaccination des jeunes qui fréquenteront de tels camps durant la période estivale. La population peut également suivre l'évolution de l'écllosion sur le site web du MSSS³ qui est mis à jour une fois par semaine.

Ici et ailleurs dans le monde. Outre les pays reconnus endémiques pour la rougeole, plusieurs foyers d'écllosion sont présentement actifs, notamment dans plusieurs pays d'Europe⁴ et aux États-Unis⁵. En France, plus de 17 000 cas ont été déclarés depuis le 1^{er} janvier 2008 et l'épidémie s'est fortement accrue à la fin de 2010. Juste pour les quatre premiers mois de l'année 2011 (janvier à avril, données en date du 20 mai), plus de 10 000 cas ont été rapportés parmi lesquels ont été notifiés 12 complications neurologiques, 360 pneumopathies graves et 6 décès⁶. Au Canada, depuis le début de l'année 2011, des cas ont également été rapportés en Ontario, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique⁷, aucun décès n'a été rapporté. Au Québec, la dernière écllosion de rougeole remonte à 2007. Celle-ci avait touché sept régions du Québec et avait engendré un peu moins d'une centaine de cas (n = 94)³.

Autres informations. La rougeole est une maladie grave très contagieuse causée par un virus qui se transmet facilement par voie aérienne. Le seul fait d'avoir partagé un même espace durant une courte période de temps avec une personne contagieuse peut suffire pour être infecté et développer la maladie. C'est une infection qui peut être prévenue par la vaccination. La rougeole peut entraîner des complications, parfois des séquelles et, plus rarement, la mort. Les complications sont plus courantes chez les personnes dont le système immunitaire est affaibli par un traitement ou une maladie grave (ex. : la leucémie) et chez les bébés de moins d'un an.

Durant leur période de contagiosité, plusieurs cas ont fréquenté des endroits publics tels des services de santé (hôpitaux, cliniques médicales), des établissements scolaires et des installations sportives (arène, complexe aquatique). Le risque de transmission secondaire est donc toujours présent et la vigilance demeure de mise.

Recommandations de vaccination selon le PIQ

Année de naissance (population visée)	Nombre requis de doses de vaccin pour être considéré protégé contre la rougeole
Avant 1970	Aucune dose
Entre 1970 et 1979	1 dose * * Certains groupes plus à risque d'être exposés, comme les travailleurs de la santé et les voyageurs, devraient recevoir deux doses
Depuis 1980	2 doses

Source : Protocole d'immunisation du Québec, 2009. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/document/piq/09-283-02.pdf>

1. Ce nombre exclut un cas pour lequel la date de début de rash n'est pas documentée au moment de la rédaction.
2. <http://www.benthamscience.com/open/tovaci/articles/V003/SI0018TOVACJ/76TOVACJ.pdf>
3. http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/rougeole/rougeole.php
4. <http://ecdc.europa.eu>
5. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm60e0524.pdf>
6. http://www.invs.sante.fr/surveillance/rougeole/Point_rougeole_200511.pdf
7. Voir Alertes de santé publique du Canada RA-002201, RA-002192 et RA-002163.

Auteurs : France Markowski en collaboration avec Danielle Auger, Philippe Bélanger, Colette Gaulin, Monique Landry, Marie-Andrée Leblanc, Marlène Mercier, Soulyvane Nguon, Eveline Toth, Hélène Venables du Bureau de surveillance et de vigie et de l'Unité de maladies infectieuses de la DPSP du MSSS et Éric Levac (DSP de la Montérégie), Paul Rivest (DSP de Montréal) et Nathalie Turgeon (CHUQ) au nom du Comité des définitions nosologiques.

Flash Vigie est un bulletin diffusé le troisième jeudi 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 à 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 (DPSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

La vigie et la surveillance des maladies infectieuses au Québec s'appuient sur diverses sources de données et demandent la collaboration des directions régionales de santé publique et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Nous tenons ici à remercier tous ces acteurs pour leur précieuse collaboration. Pour en savoir plus ou nous faire part de vos commentaires, communiquez avec France Markowski, à l'adresse : france.markowski@msss.gouv.qc.ca. *Flash Vigie* peut être téléchargé gratuitement à partir du site Web du Ministère, à l'adresse : <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 régionales de santé publique et de ce fait, l'incidence réelle des maladies visées par cette déclaration peut être sous-estimée.