



Vigie – Interventions

Rage chez des chiots. Le 21 janvier dernier, le Bureau de surveillance et de vigie (BSV) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a été informé d'un cas de rage chez un chiot (souche de la rage du renard) provenant de Kawawachikamach, communauté naskapie située près de Schefferville, dans la région de la Côte-Nord. Le chiot âgé d'environ 5 mois avait été adopté par une famille de la région de Montréal par l'entremise d'un organisme sans but lucratif. Cet organisme prend en charge les chiens errants du Grand Nord en offrant la vaccination aux meutes et en aidant à l'adoption de ces chiens.

Le chiot rabique est arrivé dans sa famille le 19 janvier 2012 sur un vol d'une des compagnies aériennes desservant le Grand Nord. Il avait été vacciné contre la rage peu de temps avant son adoption. Dès son arrivée, ses nouveaux propriétaires ont constaté qu'il avait de la difficulté à marcher et qu'il présentait de l'hypersalivation. Il a été vu par un vétérinaire le 20 janvier et est mort peu de temps après. En tout, 12 personnes réparties dans 7 régions (Côte-Nord, Laval, Montréal, Laurentides, Lanaudière, Montérégie ainsi que Mauricie et Centre-du-Québec) ont été identifiées comme ayant eu un contact significatif avec ce chiot et ont dû recevoir une prophylaxie antirabique.

Cinq autres chiots sont arrivés par ce même vol du 19 janvier et ont été pris en charge par l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA). Trois d'entre eux avaient eu un contact avec le chiot rabique; ils ont été placés sous observation pour dix jours et mis en quarantaine pour six mois. Les deux autres chiots, qui venaient du même village mais pas du même secteur, n'avaient eu aucun contact avec le chiot rabique et ont été placés sous observation pour dix jours.

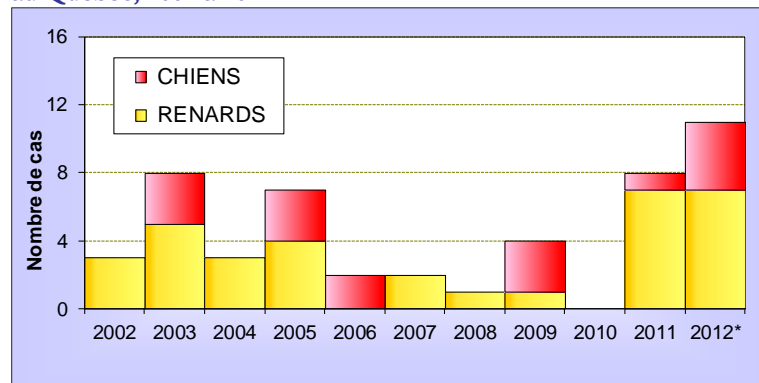
Le 30 janvier, dans la même communauté, un deuxième chien a été déclaré cliniquement rabique et a été euthanasié. Il n'y a eu aucun contact humain avéré pour cet animal.

Le 3 février 2012, le BSV a été informé d'un nouveau cas de rage chez un chiot provenant de Kuujuarapik, dans la région du Nunavik. Ce chiot est arrivé également le 19 janvier, sur un vol d'une autre compagnie aérienne. Il avait été adopté par une personne de la région de Lanaudière qui a séjourné au Nunavik dans le cadre de son travail. Selon le vétérinaire de l'ACIA, il aurait été contagieux depuis le 20 janvier, soit dix jours avant le début des symptômes. Il a été euthanasié le 1^{er} février. Ce chien avait la forme muette de la rage, ce qui le rendait très calme. Dix-neuf personnes provenant des régions de Lanaudière, des Laurentides, de Laval et de la Montérégie ont reçu une prophylaxie postexposition (PPE) à la suite de contacts significatifs avec l'animal.

Rage du renard dans les régions nordiques. La rage associée au renard arctique est présente depuis plusieurs décennies dans le Grand Nord québécois (régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James) et les régions de la Côte-Nord et de l'Abitibi (partie ouest). Parfois, des épizooties peuvent se déclarer dans des populations de renards roux du sud du Québec. Durant ces épidémies, et dans les régions touchées, d'autres espèces sauvages ou domestiques peuvent être infectées par les renards enragés¹.

Selon le ministère des Ressources naturelles et de la Faune (MRNF), on observe une recrudescence du risque de rage dans le Grand Nord québécois. Toutefois, le nombre de cas varie d'une année à l'autre selon les cycles d'abondance du renard arctique² (figure 1). Ces derniers ont alors un comportement plus à risque, se rapprochant des habitations et entrant en interaction avec les animaux domestiques. En date du 22 février 2012², 18 cas ont été rapportés depuis septembre 2011 dont 4 chez des chiens. La même situation prévaut dans la province voisine de Terre-Neuve-et-Labrador où quatre cas de renards roux rabiques ont été rapportés à Labrador City.

Figure 1
Nombre de cas de renards et de chiens positifs à la rage rapportés au Québec, 2002 à 2012*



* Pour l'année 2012, il s'agit des données cumulées au 22 février 2012.

Source : ACIA, communication personnelle, 23 février 2012.

Au Canada, selon les données de l'ACIA, 89 cas de rage animale ont été rapportés entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2011. Un cas sur dix (11 %) concernait des renards, la moitié des cas (49 %) se rapportaient à des chauves-souris et près du tiers (32 %) à des mouffettes³.

Interventions réalisées en santé publique. En plus de rechercher les personnes qui ont eu un contact avec les chiens rabiques et de leur offrir une PPE lorsque le contact a été significatif, les autorités de santé publique ont réalisé diverses interventions notamment auprès des autorités des régions touchées par la rage du renard (Côte-Nord et Nunavik) afin de leur rappeler l'existence de la problématique de la rage et l'importance de bien vacciner les animaux domestiques. De plus, elles leur ont également rappelé l'importance de contrôler la présence de chiens errants, auprès des associations de trappeurs, chasseurs et pêcheurs et auprès des organismes d'adoption des chiens nordiques afin que cesse l'adoption des chiens errants.

Interventions réalisées en santé animale. Les vétérinaires de l'ACIA ont retracé le parcours des deux chiens rabiques et fait le suivi approprié auprès des animaux domestiques qui auraient pu être en contact avec ces chiens. Comme les deux chiens rabiques n'ont séjourné dans le Sud que quelques jours avant d'être pris en charge par l'ACIA, le virus de la rage arctique n'a pas pu s'y implanter.

Les vétérinaires praticiens de la Côte-Nord ont été avisés de la situation. Ils ont été invités à sensibiliser leur clientèle à l'importance de faire vacciner les animaux de compagnie et à offrir de l'aide aux communautés nordiques dépourvues de vétérinaires afin d'assurer la vaccination. De plus, l'Ordre des médecins vétérinaires du Québec (OMVQ) a envoyé une lettre à tous ses membres pour les informer de la situation et les inciter à accroître leur vigilance.

Enfin, la Direction de la protection de la santé publique du MSSS et les directions de santé publique des régions de la Côte-Nord et du Nunavik collaboreront avec le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ), l'ACIA et le MRNF dans le but de mettre en place des interventions visant à limiter le risque de transmission de la maladie aux humains et aux animaux domestiques, de même qu'à contrer la propagation de la rage du renard si jamais celle-ci faisait une progression vers le sud du Québec.

Au Québec, les cas de rage humaine sont extrêmement rares. Seulement deux cas ont été rapportés en 48 ans : un cas en 1964, chez une fillette mordue par une mouffette, et un cas en 2000, chez un garçon ayant eu un contact avec une chauve-souris. Les deux enfants sont décédés parce qu'ils n'avaient pu recevoir de prophylaxie postexposition à temps¹.

Pour plus d'informations, voir les liens suivants :

www.rage.gouv.qc.ca/index.php?documentation.
www.inspection.gc.ca/francais/anima/disemala/rabrag/yjfsf.shtml.
www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/productions/santeanimale/maladiesanimales/rage/pages/rage.aspx.
www.mrnf.gouv.qc.ca/faune/sante-animaux-sauvages/raton-laveur.jsp.

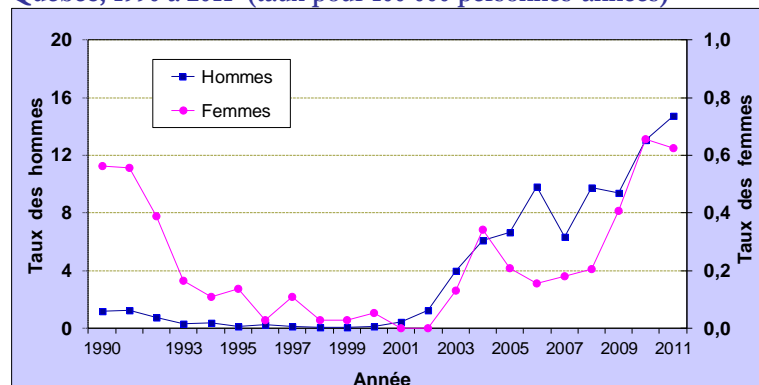
1. Institut national de santé publique du Québec, www.inspq.qc.ca/bise/post/2004/08/02/La-rage-mesures-preventives-au-Quebec.aspx.
2. Communication personnelle avec le MRNF, 14 février 2012.
3. ACIA, www.inspection.gc.ca/francais/anima/disemala/rabrag/statsf.shtml#a2011.

Hausse des cas de syphilis infectieuse chez la femme au Québec.

La syphilis infectieuse connaît une résurgence depuis le début des années 2000. Après être demeuré relativement stable entre 2006 et 2009, le nombre de cas a augmenté de près de 60 % entre 2009 et 2011. La grande majorité des cas sont des hommes, particulièrement des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Toutefois, depuis 2009, le nombre de cas déclarés a également augmenté chez les femmes, passant d'une moyenne annuelle de 0 à 2 cas entre 1998 et 2002 à 17 cas en 2009, 26 cas en 2010 et 25 cas en 2011 (figure 2).

Au début de l'année 2011, la survenue du premier cas de syphilis congénitale depuis dix ans chez un nouveau-né de mère d'origine québécoise¹ a souligné la pertinence de se préoccuper de l'augmentation de la syphilis infectieuse chez les femmes, en particulier celles en âge de procréer.

Figure 2
Syphilis infectieuse : évolution du taux d'incidence selon le sexe, Québec, 1990 à 2011 (taux pour 100 000 personnes-années)



Notes : Comprend tous les cas de syphilis infectieuse primaire, secondaire et latente de moins de 1 an.

Attention, l'échelle des hommes (gauche) est différente de celle des femmes (droite).

Source : BSV à partir des données du registre MADQ. 1990 à 2010 : extraction du 15 juin 2011; 2011 : extraction du 14 février 2012.

C'est dans ce contexte qu'une vigie rehaussée des cas de syphilis infectieuse chez la femme a été mise en place par le Bureau de surveillance et de vigie en mai 2011. Les questionnaires d'enquêtes de tous les cas déclarés entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2011 ont été colligés et analysés. La collecte a été réalisée de façon rétrospective pour l'année 2010 et le début de 2011, puis de façon prospective à compter de juin 2011. Des informations ont ainsi été recueillies pour les 50 cas de syphilis infectieuse déclarés au 30 janvier 2012 chez les femmes au cours de cette période. Voici une brève description des cas documentés.

Caractéristiques sociodémographiques

- 40 % des cas sont âgés de 15 à 24 ans, comparativement à 17 % chez les hommes.
- 90 % sont en âge de procréer.
- 36 % proviennent de Montréal (n = 18); les autres se répartissent dans 8 régions, soit : Québec, Mauricie et Centre-du-Québec, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie (n = 1 à 8).
- 95 % sont nées au Canada.
- 6 femmes étaient enceintes (selon les informations disponibles).

Facteurs de risque

- Des informations sur les facteurs de risque d'acquisition d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ont été recueillies pour 46 cas. Parmi ceux-ci, 39 % (n = 18) n'avaient aucun facteur de risque identifié.
- Le facteur de risque le plus souvent rapporté est un partenaire à risque (n = 16). Lorsqu'ils sont connus de la femme, les facteurs de risque de leur(s) partenaire(s) le plus souvent rapportés sont :
 - avoir de multiples partenaires (n = 6),
 - avoir un lien avec la prostitution (n = 3),
 - avoir des relations sexuelles avec d'autres hommes (n = 2),
 - faire l'usage de drogues illicites (n = 2).
- Des antécédents d'ITSS (infection à *Chlamydia trachomatis* et condylomes, surtout) sont le deuxième facteur de risque le plus rapporté (n = 13).
- La consommation de drogues (à l'exclusion du cannabis) est le troisième facteur de risque le plus fréquent (n = 12). Les drogues les plus utilisées sont les amphétamines (« speeds »), l'ecstasy et la cocaïne.
- On compte trois travailleuses du sexe et une utilisatrice de drogues intraveineuses.

Discussion. Près de quatre cas sur dix n'avaient aucun facteur de risque identifié. De plus, pour certaines femmes, les facteurs de risque identifiés n'auraient pas justifié un dépistage selon les recommandations en vigueur (ex. : consommation de drogues, infection par le VPH et infection à *Chlamydia trachomatis*). Il est probable qu'une proportion non négligeable des femmes infectées ait contracté leur infection d'un partenaire sexuel dont elles ignoraient le risque.

Initialement limitée aux HARSAH, l'éclosion de syphilis touche maintenant des femmes qui ne perçoivent pas qu'elles sont à risque ou que leur partenaire est à risque. La proportion d'HARSAH ayant des relations sexuelles avec des femmes est estimée à près de 10 % dans certaines études^{2,3}. L'existence de « ponts » entre les HARSAH et les femmes est l'une des hypothèses qui pourraient expliquer, au moins en partie, l'augmentation de la syphilis infectieuse. Dans notre analyse, une transmission de ce type a été relevée pour deux cas. La propagation de la syphilis chez les femmes peut aussi être reliée à la prostitution, lien établi pour cinq femmes (travailleuses du sexe ou partenaire client ou travailleur du sexe). Avoir des relations sexuelles avec une personne résidant dans une région où la syphilis est plus fréquente (ex. : Caraïbes) ou une région où une éclosion est en cours (certaines villes canadiennes) peut aussi être une voie d'introduction de la syphilis chez les femmes. Dans notre analyse, une exposition hors Québec est rapportée pour huit femmes, dont cinq dans des régions endémiques.

Étant donné le grand nombre d'informations manquantes, il est possible que les « ponts » entre les HARSAH infectés par la syphilis, de même que l'ampleur du rôle de la prostitution ou de l'acquisition hors Québec, soient méconnus.

Dans ce contexte, afin de limiter l'éclosion de syphilis chez les femmes et de prévenir des cas de syphilis congénitale, l'une des avenues recommandées est d'intensifier les efforts pour identifier les partenaires féminines de cas masculins, de leur offrir l'intervention préventive appropriée et de mieux comprendre les facteurs contribuant à l'augmentation du nombre de cas.

Prochaines étapes. Une éclosion de syphilis a été rapportée récemment chez des jeunes hétérosexuels de 15 à 19 ans résidant en périphérie de la région de Montréal. L'enquête sur cette éclosion est en cours. Cette situation a attiré l'attention sur l'augmentation générale des cas chez les jeunes de 15-24 ans observée au cours des dernières années et la nécessité de mieux documenter les facteurs de risque de cette population. Cette hausse est grandement préoccupante puisqu'elle pourrait contribuer à l'augmentation des cas de syphilis congénitale et à l'introduction du VIH dans une population jusqu'à présent peu touchée. Conséquemment, une vigie rehaussée visant à intensifier les interventions réalisées à la suite de la déclaration (intervention préventive auprès des personnes atteintes et de leurs partenaires) et à permettre de préciser les caractéristiques des personnes infectées et les contextes de rencontres de partenaires est actuellement planifiée.

1. Pour plus d'information, voir *Flash Vigie* vol. 6, no 3, mars 2011, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/30bc6f2f39299a32852572720070cc98?OpenDocument>.
2. MSSS, *Rapport sur la prévention du VIH-sida et les autres ITSS chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes*, document de travail.
3. S.D. CUNNINGHAM, G. OLTHOFF, P. BURNETT, A.M. ROMPALO et J.M. ELLEN, « Evidence of heterosexual bridging among syphilis-positive men who have sex with men », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 82, n° 6, 2006, p. 444-445.

Auteurs : Nadia Abdelaziz, Geneviève Gravel, France Markowski et Marie-Andrée Leblanc, Direction de la protection de la santé publique, MSSS; Sylvie Venne et Claude Laberge, Direction du développement des individus et de l'environnement social, MSSS.
Avec la collaboration de : Frederick Lelièvre, MRNF, Geneviève Toupin, ACIA et Nathalie Côté, MAPAQ

Flash Vigie est un bulletin diffusé le quatrième 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 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 pour 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.

