



Vigie – Interventions

Haemophilus influenzae au Nunavik

Déclaration de l'*Haemophilus influenzae*.

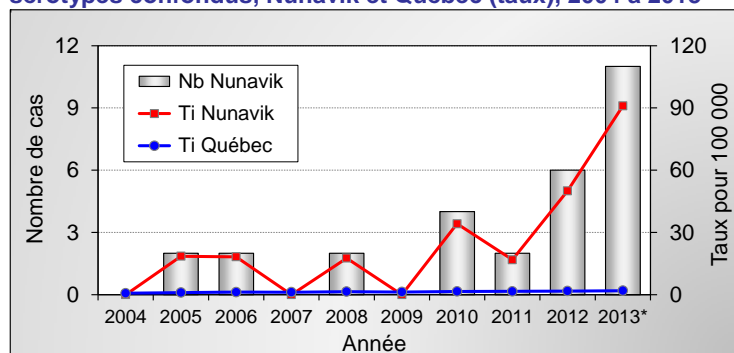
Avant 2004, seuls les cas d'*H. influenzae* de sérotype b (*Hib*) étaient à déclaration obligatoire au Québec et saisis au fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Depuis 2004, la définition nosologique comprend tous les sérotypes¹ et conséquemment, tous les cas d'*H. influenzae* (*Hi*) sont en principe déclarés dans le fichier MADO.

Situation épidémiologique au Nunavik. La région du Nunavik compte environ 12 000 personnes (projection au 1^{er} juillet 2013) réparties sur deux territoires de CSSS, Baie d'Hudson et Baie d'Ungava. Avec à peine 0,15 % de la population provinciale, c'est la plus petite région du Québec en termes de poids démographique.

Depuis le 1^{er} janvier 2004, 29 cas d'*Hi* ont été saisis au fichier MADO par la Direction de santé publique du Nunavik, soit 3 % de tous les cas déclarés au Québec (n = 1 077) depuis cette date.

À partir de 2010, on observe une hausse de l'incidence de ces infections. Ainsi, au cours de la période 2010-2012, quatre cas ont été rapportés en moyenne par année, comparativement à une moyenne de deux cas pour la période 2004-2009. En 2013, bien que l'année ne soit pas encore terminée, la tendance à la hausse se poursuit alors que 11 cas ont été rapportés au 17 décembre (figure 1). Ceux-ci comptent pour 7,1 % des 156 cas déclarés au Québec depuis le début de l'année.

Figure 1
Nombre de cas et taux brut d'incidence d'*H. influenzae*, tous sérotypes confondus, Nunavik et Québec (taux), 2004 à 2013*

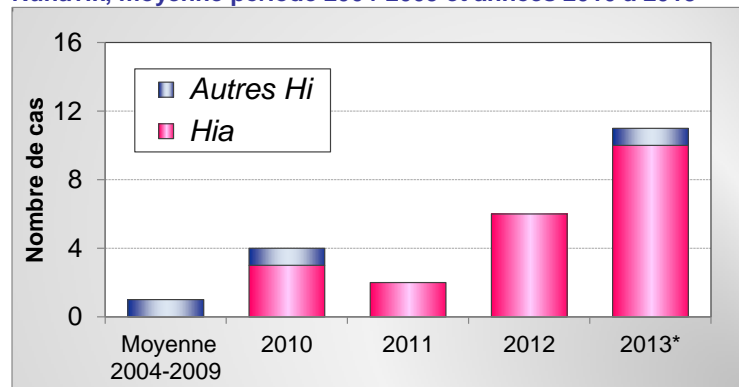


* Données en date du 17 décembre 2013.

Source : BSV (MSSS), liste des cas produite à l'Infocentre (INSPQ) à partir du fichier provincial MADO (extraction du 17 décembre 2013).

Émergence du sérotype a. Depuis 2010, 23 cas d'*Hi* ont été rapportés pour la région du Nunavik. Parmi ces 23 cas, 21 souches capsulées ont été identifiées et, dans tous les cas, il s'agit du sérotype a (*Hia*). Pour les deux autres cas, la souche est non capsulée. Le sérotype a constitue de fait la principale souche, pour ne pas dire la seule (100 % de tous les *Hi* capsulés, ou 91 % de tous les *Hi*), circulant au Nunavik au cours des quatre dernières années (figure 2).

Figure 2
Nombre de cas d'*H. influenzae* selon le sérotype, Nunavik, moyenne période 2004-2009 et années 2010 à 2013*



* Données en date du 17 décembre 2013.

Source : BSV (MSSS), liste des cas produite à l'Infocentre (INSPQ) à partir du fichier provincial MADO (extraction du 17 décembre 2013).

La répartition des 21 cas d'*Hia* selon le sexe indique un nombre équivalent de femmes (n = 11) et d'hommes (n = 10). L'âge des cas varie de 6 mois à 79 ans, l'âge moyen étant de 12,5 ans et l'âge médian, de 2,3 ans. La majorité, soit 76 % (n = 16), sont des enfants de moins de 10 ans. Dans ce groupe d'âge, le taux d'incidence cumulée (période 2010-2013, en date du 17 décembre 2013) s'élève à 141,6 pour 100 000, comparativement à 0,6 pour le Québec. Bien qu'ils reposent sur de petits nombres, les taux tendent à montrer que les nourrissons de moins de 1 an sont les plus touchés avec un taux de 330,1 pour 100 000, comparativement à un taux de 191,4 pour les 1-4 ans et à un taux de 55,7 pour les 5-9 ans (tableau 1).

Selon les données du fichier MADO, on rapporte 12 cas de bactériémie (57 %), 2 cas de méningite (10 %) et 7 cas catégorisés sous « Autres formes envahissantes » (33 %). Enfin, deux décès ont été rapportés chez des bébés âgés de 6 mois (méningite) et 10 mois (bactériémie).

Tableau 1
Nombre de cas et taux d'incidence d'*Hia* pour certains groupes d'âge, Nunavik et Québec (taux), période 2010-2013*

Lieu de résidence		Total, tous âges	< 10 ans	< 1 an	1-4 ans	5-9 ans
Nunavik	N	21	16	4	9	3
	Taux	44,0	141,6	330,6	191,4	55,7
TOTAL QUÉBEC	N	34	21	7	11	3
	Taux	0,1	0,6	2,0	0,8	0,2

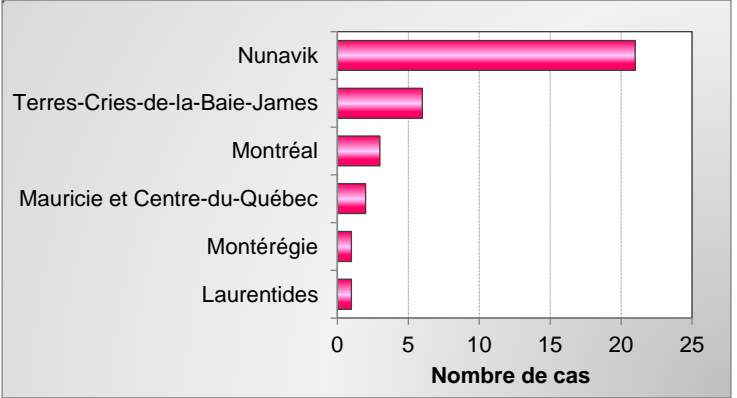
* Données en date du 17 décembre 2013.
Source : BSV (MSSS), liste des cas produite à l'Infocentre (INSPQ) à partir du fichier provincial MADO (extraction du 17 décembre 2013).

Pour l'année 2013, les données cumulées en date du 17 décembre vont dans le même sens, soit une incidence accrue (nombre et taux) et une plus grande vulnérabilité des enfants de moins de 5 ans. Ainsi, depuis le début de l'année 2013, 11 cas d'*Hi* ont été déclarés par la DSP. Cela représente un taux brut d'incidence cumulée de 90,9 pour 100 000, soit un taux significativement supérieur à celui de l'ensemble du Québec (1,9 pour 100 000) pour la même période. Sur les 11 cas, 10 sont associés au sérotype a, dont les deux décès de bébés mentionnés précédemment, et 1 à une souche non capsulée (figure 2). Tous les cas d'*Hia* de 2013 se concentrent dans un seul territoire de CLSC (Baie d'Hudson) et se distribuent dans six communautés.

Situation au Québec. Les cas d'*Hia* sont peu fréquents. De 2004 à 2008, un à deux cas par année ont été rapportés en moyenne au fichier MADO. À compter de 2009, on observe une présence accrue, bien qu'encore limitée, de cette souche. Ainsi, depuis 2010, sur les 547 cas déclarés dans MADO, seulement 34 (6 %) ont été associés au sérotype a, soit une moyenne de 8,5 cas par année. Six régions (Mauricie et Centre-du-Québec, Montréal, Laurentides, Montérégie, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James) ont rapporté au moins un cas associé au sérotype a (figure 3). Une forte proportion de ces cas (80 %) est toutefois concentrée dans les régions du Nunavik (62 %) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18 %).

Par ailleurs, les infections à *Hia* sont fréquentes dans la région circumpolaire², où un programme de surveillance des bactéries invasives est en place depuis 1999, programme auquel participent les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Il s'agit d'un problème en émergence, documenté notamment pour les territoires de l'Alaska et du Nunavut^{3,4}.

Figure 3
Distribution du nombre de cas d'*Hia* (n = 34) selon la région de résidence, Québec, période 2010-2013*



* Données en date du 17 décembre 2013.
Source : BSV (MSSS), liste des cas produite à l'Infocentre (INSPQ) à partir du fichier provincial MADO (extraction du 17 décembre 2013).

Intervention. Il existe un vaccin disponible pour l'*H. influenzae* de sérotype b (*Hib*)⁵. Bien que théoriquement et techniquement possible, le développement d'un vaccin contre l'*Hia* demeure une lointaine possibilité compte tenu du faible marché que représente le bassin circumpolaire où se manifeste, pour l'instant, l'émergence de cette infection invasive, à lourd fardeau de mortalité-morbidité régionale.

Un agrégat de cas au sein d'une même communauté à l'automne 2013, deux décès récents ainsi que la survenue simultanée de deux cas dans une même maisonnée ont amené la DSP du Nunavik à demander un avis à l'INSPQ quant au développement d'un protocole de documentation et d'intervention possible, notamment pour définir le recours ou non à une prophylaxie antibiotique auprès des contacts étroits, laquelle n'est pas recommandée pour le moment.

1. Sur le plan antigénique, on distingue les sérotypes a à f.
2. La région circumpolaire est la zone s'étendant au nord du soixantième parallèle. Elle ceinture l'hémisphère nord et forme ainsi un anneau autour du pôle. Les Etats-Unis (Alaska), le Canada, le Groenland, l'Islande, la Norvège, la Suède, la Finlande et la Russie sont les huit nations dont une partie de leur territoire est située dans à cette zone.
3. M. G. BRUCE et al., *Epidemiology of Haemophilus influenzae Serotype a, North American Arctic, 2000-2005*. Emerging Infectious Diseases. Vol.14, No.1, January 2008.
4. M. G. BRUCE et al., *Haemophilus influenzae Serotype a Invasive Disease, Alaska, USA, 1983-2011*. Emerging Infectious Diseases. Vol.19, No. 6, June 2013.
5. Voir *FlashVigie* des mois d'[avril 2013](#) et de [janvier 2012](#).

Formation MADO-Chimique.

Depuis quelques années, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat de procéder à une refonte complète du Système provincial d'enregistrement, de surveillance et de vigie sanitaire des maladies à déclaration obligatoire attribuables à un agent chimique ou physique (système MADO-Chimique) dans le but d'alléger la programmation du système, d'en améliorer la gestion et de répondre aux besoins des utilisateurs.

Le 12 décembre dernier, le MSSS et l'INSPQ ont offert une formation (webinaire) sur le système MADO-Chimique à plus de 35 intervenants en santé environnementale et en santé au travail effectuant la saisie des MADO d'origine chimique. Cette formation avait pour objectif d'améliorer le processus de saisie au système MADO-Chimique et ainsi, de valider et d'analyser adéquatement les données. Le webinaire a été enregistré et pourra être visionné en mode différé par tous les utilisateurs du système MADO-Chimique.

La nouvelle version du système sera disponible pour utilisation en janvier 2014. À cette fin, de plus amples renseignements seront communiqués sous peu aux personnes visées. Pour toute information complémentaire sur les MADO, nous vous invitons à consulter le site du MSSS à l'adresse suivante : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/>

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont permis de mener à bien la refonte du système.

Révision du Recueil des définitions nosologiques d'origine chimique et physique.

Dans le cadre de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine chimique et physique au Québec, le Recueil des définitions nosologiques vient d'être actualisé.

Quatre définitions nosologiques ont été mises à jour, soit les intoxications relatives au plomb, à l'hydrogène sulfuré, aux hydrocarbures et autres composés volatils ainsi qu'à l'atteinte broncho-pulmonaire aigüe d'origine chimique.

Le recueil actualisé entre en vigueur le 1^{er} janvier 2014, pour les déclarations reçues à compter de cette date. Il sera diffusé au cours de la semaine du 6 janvier 2014 à l'adresse http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/vigie_surveillance.php.

Par ailleurs, les travaux se poursuivent avec la révision des seuils de laboratoire des substances visées par le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique.

Nous vous rappelons que tous les médecins et les laboratoires doivent déclarer les MADO d'origine chimique et physique aux autorités de santé publique, au même titre que les MADO d'origine infectieuse. La liste des MADO et les formulaires de déclaration sont diffusés à l'adresse <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/declarer.php>.

Auteurs : France Markowski, Lucie Laflamme et Hélène Venables de la Direction de la protection de la santé publique du MSSS, et Jean-François Proulx de la Direction de santé publique du Nunavik, **avec la collaboration** de Danielle Auger, Marlène Mercier et Louise Valiquette de la Direction de la protection de la santé publique du MSSS et Solange Jacques de la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale.

Le *FlashVigie* est un bulletin produit et diffusé le quatrième jeudi de chaque mois 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. Il a pour but de rapporter les problématiques relatives aux domaines des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé au travail.

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. Le *FlashVigie* 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.
