



Novembre 2017

Vol. 12, n° 7

Vigie – Interventions

Circulation accrue des oreillons au Québec – État de situation

Éclosion provinciale 2016-2017. En 2016-2017, le Québec a connu une éclosion d'oreillons. Le cas index a acquis l'infection lors d'un séjour aux Philippines, puis l'a transmise à un compagnon de voyage qui a développé des symptômes à son retour au Québec. Durant sa période de contagiosité, celui-ci a participé à un événement social qui rassemblait plus de 200 personnes. Cet événement a grandement contribué à la transmission de la maladie, et ce, même si la majorité des participants étaient des jeunes adultes adéquatement vaccinés.

L'éclosion s'est étendue sur un peu plus de cinq mois et a fait pas moins de 28 cas répartis dans six régions sociosanitaires (Estrie, Capitale-Nationale, Montréal, Laval, Outaouais et Montérégie).

Le 2 juin 2017, après deux périodes d'incubation complètes exemptes de cas confirmés reliés à l'éclosion, la Direction de la vigie sanitaire (DVS) a procédé à la fermeture de l'éclosion provinciale, le dernier cas rapporté remontant au 7 avril (pour plus de détails, voir la page Web [Oreillons du Ministère](#)).

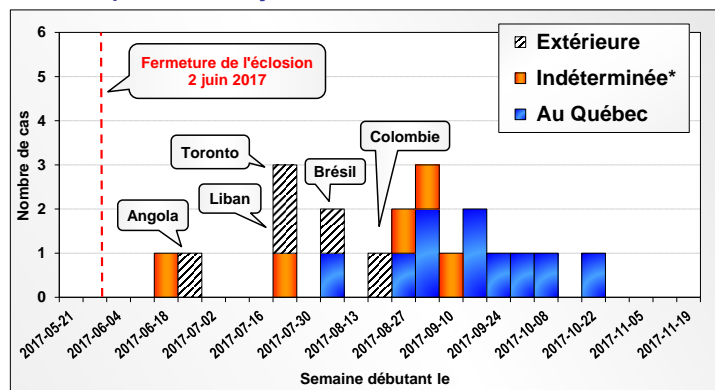
Période post-éclosion. Depuis la fermeture de l'éclosion, des cas d'oreillons continuent d'être rapportés au Québec. Au 11 novembre 2017, vingt cas confirmés ont été déclarés au fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Les cas s'échelonnent de la mi-juin à la fin octobre et se répartissent dans sept régions, soit Montréal, Laval, Capitale-Nationale, Chaudière-Appalaches, Montérégie, Laurentides et Outaouais (figure 1).

Le taux d'incidence cumulée établi pour cette période (4 juin au 11 novembre, semaines cdc 23 à 45) est de 0,24 pour 100 000. Cette valeur constitue un excès statistiquement significatif (seuil de 5 %) par rapport à ce qui est attendu, soit un taux moyen de 0,02 pour les années 2014 à 2016 (cdc 23-45). À l'échelle régionale, seules les régions de Laval et de Montréal, avec des taux respectif de 0,68 et 0,45 pour 100 000, présentent un excès statistiquement significatif.

Sources d'acquisition. La moitié des cas, soit dix, ont acquis l'infection au Québec. Pour cinq cas, une acquisition extérieure a pu être démontrée, soit par un résultat de génotypage cohérent avec l'exposition démontrée, soit par la période d'exposition entièrement passée à l'extérieur du

Québec. Pour les cinq autres cas, le lieu d'acquisition est indéterminé : tous ont séjourné à l'extérieur du Québec durant une partie de leur période d'exposition, mais pas dans une zone considérée comme étant à risque (figure 1).

Figure 1
Distribution des cas confirmés d'oreillons selon la date de début des symptômes et le lieu d'acquisition
Québec, période du 4 juin au 11 novembre 2017



* Cette catégorie regroupe les cas qui ont pu être acquis au Québec ou durant un bref séjour à l'extérieur de la province.

Source : Direction de la vigie sanitaire, DGAPSP, MSSS, extraction MADO du 14 novembre 2017.

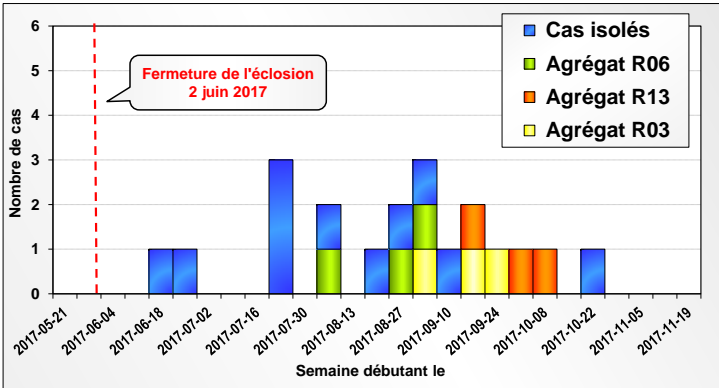
Caractérisation de la souche. Des analyses de génotypage ont été réalisées pour 11 cas (55 %), et la souche G, qui a été associée à l'éclosion provinciale de 2016-2017, était en cause pour 8 d'entre eux. La souche D a été identifiée chez un cas d'acquisition extérieure survenu en juin. Ces deux génotypes (G et D) sont fréquents au Canada, aux États-Unis et en Europe. La souche G circule également en Asie.

Enfin, la souche H a été associée à l'agrégat de Laval. Il s'agit d'un génotype très peu fréquent au Canada. Seulement deux cas avaient été précédemment associés à cette souche. Au Québec, c'est la première fois que ce génotype est identifié. La souche H circulerait au Moyen-Orient, dans la partie Nord-Est de l'Afrique, en Asie (Philippines, Chine et Mongolie) et dans les Antilles ([Relevé épidémiologique hebdomadaire](#) de l'OMS). Le cas index de l'agrégat de Laval n'avait pas voyagé ni eu de contact avec un cas connu.

Type de cas. L'existence démontrée de liens entre deux cas, soit un cas index suivi d'un cas secondaire, suffit pour déclarer une éclosion. Pour un ou des cas secondaires survenant au sein d'un milieu circonscrit (par exemple, une famille), on parlera plutôt d'agrégat.

Depuis la fin de l'éclosion 2016-2017, la majorité des cas, soit 55 %, sont des cas isolés pour lesquels aucun cas secondaire n'a été rapporté. Pour le reste, trois agrégats comptant chacun trois cas (un cas index suivi de deux cas secondaires) ont été rapportés à la DVS. Un agrégat est survenu au sein d'une famille élargie (région de Montréal, R06), un en milieu de travail (région de la Capitale-Nationale, R03) et un en milieu familial et scolaire (région de Laval, R13) (figure 2).

Figure 2
Distribution des cas confirmés d'oreillons selon la date de début des symptômes et le type (isolé, importé, lié)
Québec, période du 4 juin au 11 novembre 2017



Source : Direction de la vigie sanitaire, DGAPSP, MSSS, extraction MADO du 14 novembre 2017.

Portrait des cas post-éclosion. Parmi les 20 cas rapportés, on compte autant d'hommes que de femmes. Leur âge se situe de 19 mois à 57 ans, l'âge médian étant de 33,7 ans et l'âge moyen, de 33,1 ans. Près des deux tiers des cas (65 %) étaient considérés comme non protégés (vaccinés sans preuve, non vaccinés ou de statut vaccinal inconnu). Trois cas avaient un statut complet pour l'âge et quatre étaient réputés avoir fait la maladie compte tenu de leur âge (nés avant 1970) (tableau 1). Aucune hospitalisation n'a été rapportée et tous les cas ont bien récupéré.

Tableau 1
Distribution des cas confirmés d'oreillons selon le statut vaccinal et l'âge
Québec, période du 4 juin au 11 novembre 2017

Statut vaccinal	Âge des cas			Total, tous âges	
	< 20 ans	20-39	40-59	N	%
Considéré comme non protégé	4	4	5	13	65 %
Vacciné sans preuve	2	4	4	10	50 %
Non vacciné	2			2	10 %
Inconnu			1	1	5 %
Considéré comme protégé		3	4	7	35 %
Vacciné complet pour l'âge		3		3	15 %
Né avant 1970			4	4	20 %
TOTAL	4	7	9	20	100 %

Source : Direction de la vigie sanitaire, DGAPSP, MSSS, extraction MADO du 14 novembre 2017.

Vigilance rehaussée. Des cas sporadiques d'oreillons sont rapportés chaque année au Québec; le plus souvent, l'infection est acquise à l'étranger. En l'absence d'éclosion, le nombre de cas annuels varie de 0 à 8.

Une incidence accrue et persistante de cas incidents sans lien épidémiologique entre eux et n'ayant pas voyagé à l'étranger suscite une inquiétude légitime. On peut alors craindre une situation non contrôlée, comportant un risque de transmission locale élevé. C'est pourquoi, le 31 octobre dernier, la DVS a appelé les 18 directions de santé publique (DSPublique) à une vigilance rehaussée.

Cet avis de vigilance rehaussée implique, entre autres, que tout cas d'oreillons soupçonné ou confirmé doit être signalé rapidement à la DVS et que les tests et les prélèvements doivent être conformes aux recommandations (voir la [Fiche technique Oreillons](#) du Ministère).

De plus, afin de faciliter l'établissement de liens entre les cas provenant de régions différentes, la DVS tiendra à jour une liste des lieux à risque et la diffusera auprès des DSPublique.

Au 21 novembre, cinq régions avaient signalé des cas suspects, tous en attente de confirmation. Les plus récents sont survenus au cours de la semaine du 12 novembre.

Situation au Canada et dans le monde. Au Canada, les cas d'oreillons sont sporadiques, avec des périodes cycliques d'éclosion. Depuis le début de l'année 2017, outre le Québec, l'Ontario, l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan ont rapporté des agrégats ou des éclosions d'oreillons dans des alertes de santé publique sur le site de l'Agence de la santé publique du Canada. On estime autour de 200 le nombre de cas associés à ces alertes, ce nombre ne représentant qu'une partie du nombre total des cas rapportés par les autorités de santé publique au Canada.

De l'autre côté de la frontière, aux États-Unis, plus de 4 650 cas avaient été déclarés au 24 octobre, et des foyers d'éclosion sont encore actifs (voir le [Rapport CDC](#)).

Ailleurs dans le monde, les oreillons sont endémiques dans de nombreuses régions, notamment en Afrique, en Asie et au Moyen-Orient. Plusieurs foyers d'éclosion ont été signalés en 2016 (voir le [Rapport OMS](#)).

Une région définie comme endémique pour les oreillons est une région où la maladie est présente en permanence. Selon le Centers for Disease Control and Prevention (CDC), pour qu'une région (zone) soit reconnue comme endémique, il faut une chaîne de transmission pendant 12 mois ou plus, une chaîne de transmission impliquant que les liens entre les cas sont établis.

Les oreillons, une infection bénigne? Si les oreillons sont considérés comme une maladie de l'enfance plutôt bénigne, ils peuvent toutefois entraîner des complications. Les risques de complications sont plus élevés pour les adultes que pour les enfants.

Les principales manifestations cliniques sont la parotidite (unilatérale ou bilatérale), une fièvre légère et des troubles respiratoires. Parmi les complications, on compte la pancréatite (4 % des cas), la méningite aseptique (jusqu'à 10 % des cas), une surdité transitoire (4 %) et, très rarement, l'encéphalite (0,1 %). Chez les hommes pubères, l'orchite affecte 25 % des cas. Chez les femmes pubères, les oreillons peuvent provoquer une oophorite (5 % des cas) et une mastite (jusqu'à 30 % des cas).

Jusqu'à 30 % des personnes infectées, plus souvent des adultes que des enfants, ne présentent pas de symptômes. Les personnes asymptomatiques peuvent toutefois transmettre la maladie. Cette particularité complique l'identification de la source d'exposition au virus des oreillons, puisque l'infection n'est alors pas apparente.

En contexte d'éclosion, le diagnostic clinique n'est pas difficile à poser pour les patients qui présentent une parotidite et qui ont été exposés à la maladie. En revanche, lorsque l'incidence est faible, comme au Québec et dans le reste du Canada, d'autres causes de parotidite doivent être envisagées. Aussi, la sérologie est peu utile pour le diagnostic des oreillons, particulièrement dans une population vaccinée, et, en dehors d'une éclosion, elle est assujettie à de faux positifs. Pour plus de détails, voir la [Fiche technique Oreillons](#) du Ministère.

Manifestations cliniques inhabituelles liées à la vaccination contre la grippe, saison 2016-2017

Les manifestations cliniques inhabituelles (MCI) sont des événements indésirables liés dans le temps à la vaccination, qu'ils aient été causés par le vaccin lui-même, par ses composants ou par la technique d'injection. Même si les MCI se produisent très rarement, elles sont suivies de près par les autorités de santé publique dans le but de mieux protéger la santé de la population et d'assurer la qualité des produits immunisants.

Le fait de retenir un événement clinique comme étant une MCI signifie seulement qu'il s'est produit après la vaccination (relation temporelle), et non que la vaccination en est la cause. Par ailleurs, établir une relation de cause à effet entre une MCI et l'administration d'un vaccin est une démarche complexe qui dépasse le cadre du programme de surveillance.

Au cours de la campagne de vaccination contre la grippe de 2016-2017, 1 981 110 doses de vaccin ont été distribuées au Québec, et au 5 octobre 2017, 220 MCI avaient été déclarées, dont 18 qualifiées de sérieuses¹. Le taux de déclaration, établi pour 100 000 doses de vaccin distribuées, s'élève à 11,1 pour l'ensemble des MCI et à 0,9 pour les MCI sérieuses. Ces taux sont similaires à ceux des trois campagnes précédentes (2013 à 2015) (tableau 1). Seules les éruptions chez les enfants âgés de 6 à 23 mois ont été rapportées plus fréquemment qu'au cours des dernières saisons de vaccination, sans que l'on puisse pour autant conclure à une situation particulière (vaccin spécifique ou morbidité plus importante).

Tableau 1
Taux de déclaration des MCI survenues à la suite de la vaccination contre la grippe, Québec, campagne 2016 et moyenne des campagnes 2013 à 2015
(Taux exprimé pour 100 000 doses distribuées)

Types de MCI	Campagnes	
	Moyenne 2013-2015*	2016-2017
Total des MCI	12,8	11,1
MCI sérieuses**	1,1	0,9
Hospitalisations	0,7	0,6
Chocs anaphylactiques et anaphylaxies	0,3	0,3
Séquelles	0,1	0,2
Décès	0,0	0,1

* La moyenne 2013-2015 correspond à la moyenne des campagnes 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016.

** Les catégories de cette classe ne sont pas mutuellement exclusives et la somme de leurs taux peut donc excéder le taux de MCI sérieuses.

Source : BSV à partir du fichier ESPRI au 5 octobre 2017.

1. MCI sérieuse : MCI ayant nécessité une hospitalisation (24 heures ou plus), ayant menacé la vie (choc anaphylactique, anaphylaxie) ou ayant été suivie de séquelles ou d'un décès.

Rapport annuel 2016 sur la vigie et la surveillance des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse.

Produit par la Direction de la vigie sanitaire (DVS) de la Direction générale adjointe de la protection de la santé publique (DGAPSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour la troisième année consécutive, ce rapport se veut un outil visant à offrir aux intervenants de la santé une vue rapide et globale des résultats de la vigie provinciale des maladies à déclaration obligatoire (MADO) réalisée durant l'année 2016. Y sont présentés le nombre de cas et le taux brut d'incidence pour chacune des MADO. Le document est diffusé sur la page Web du MSSS, à la section Professionnels, Maladies à déclaration obligatoire, onglet [Vigie et surveillance](#).

La vigie est le processus par lequel est recueillie, autant que possible en temps réel (heures, jours, semaines), l'information sur les menaces à la santé de la population, dans le but d'alerter les autorités de santé publique et autres autorités visées, de communiquer le risque à la population et de soutenir la mise en place de mesures de protection lorsque celles-ci sont requises.

Auteurs : France Markowski, Eveline Toth et Marlène Mercier, Direction de la vigie sanitaire (MSSS).

Avec la collaboration de : Hugues Charest, Laboratoire de santé publique du Québec ; Monique Landry, Bruno Turmel et Danielle Auger, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique (MSSS).

Le *FlashVigie* est un bulletin produit par la Direction de la vigie sanitaire de la Direction générale adjointe de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il a pour but de rapporter des situations relatives aux domaines des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé au travail.

La vigie des maladies infectieuses au Québec s'appuie sur diverses sources de données et demande la collaboration des directions régionales de santé publique et de l'Institut national de santé publique du Québec. Nous les remercions ici pour leur aide précieuse. Pour en savoir plus ou pour nous faire part de vos commentaires, communiquez avec France Markowski à l'adresse suivante : france.markowski@msss.gouv.qc.ca.

Le *FlashVigie* peut être téléchargé gratuitement à partir du site Web du Ministère, à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/>
