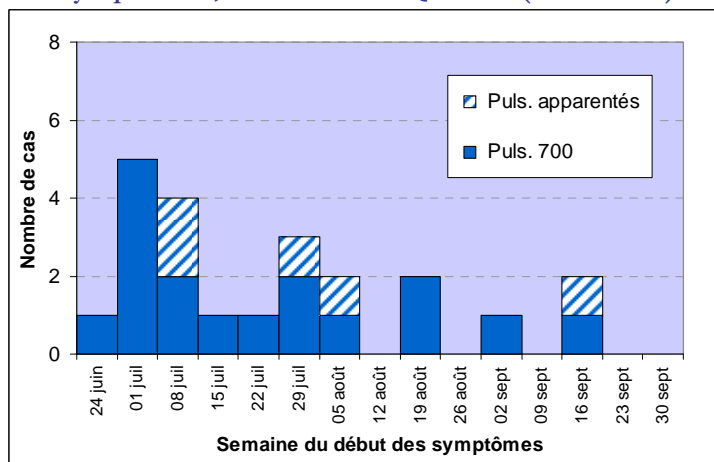




Vigie – Interventions

Écllosion de *Escherichia coli*. En date du 22 octobre, 23 cas de *E. coli* O157 pulsovar 700 ou apparentés ont été rapportés au Québec depuis le 30 juin 2007. De ce nombre, 22 cas auraient été acquis au Québec. L'âge des cas acquis au Québec (n= 22) varie de 1 à 86 ans (âge moyen de 34,5 ans). La majorité des cas sont des adultes âgés de 20 ans et plus (68%). Les premiers cas sont survenus dans la région de la Capital-Nationale (n=11). Par la suite, d'autres cas ont été déclarés par les régions de la Montérégie (n=8), Laval (n=2) et Laurentides (n=1). La date d'apparition des symptômes s'étale du 30 juin au 20 septembre 2007. Plus de la moitié des cas (n= 12) ont été hospitalisés. De plus, un syndrome hémolytique urémique a été rapporté chez un enfant ainsi qu'un décès chez un individu de 77 ans. Selon les questionnaires alimentaires, tous les cas avaient soit consommé ou manipulé du bœuf sous différentes formes.

Figure 1
Courbe épidémique des cas de *E. coli* O157:H7 pulsovar 700 et apparentés selon la date de début des symptômes, Province du Québec (n= 22 cas)



Source : Compilation des questionnaires d'enquête en date du 22 octobre 2007.

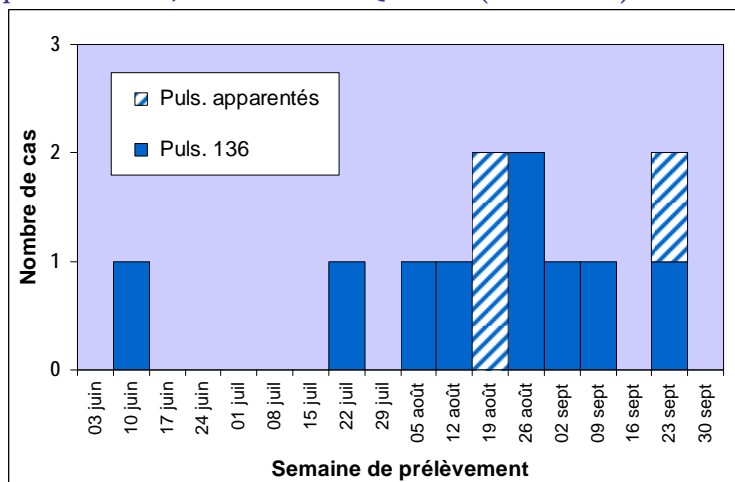
Enquête alimentaire. L'enquête conduite par l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) en collaboration avec le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) et différents partenaires impliqués a permis de cibler un abattoir (Ranchers Beef Ltd) situé en Alberta dont les produits de viande ont été contaminés par la bactérie *E. coli* O157:H7. Le 30 octobre, le MAPAQ a émis un communiqué de presse concernant le rappel de viande de bœuf et des recommandations en ce qui a trait à la manipulation et à la consommation de viande hachée afin d'éviter la contamination. Pour plus de détails, voir le communiqué émis par le MAPAQ.¹

1. http://www.mapaq.gouv.qc.ca/Fr/Centre_Presse/Communiques/

Au Canada et aux USA. En date du 30 octobre, 47 cas de *E. coli* O157:H7 de mêmes pulsovars qu'au Québec ont été rapportés au Canada. Outre le Québec (n=22), l'Ontario (n=11), la Colombie-Britannique (n=7), le Nouveau-Brunswick (n=5) et la Saskatchewan (n=2) ont rapportés des cas. La période d'apparition des symptômes correspond à la même que celle observée au Québec. En Colombie-Britannique, un rappel alimentaire a été effectué en raison du lien établi entre la consommation de bœuf haché et l'abattoir albertain. Par ailleurs, à ce jour aux États-Unis, 40 cas de *E. coli* O157:H7 liés à cette écloison ont été rapportés dans huit États entre juillet et septembre. Le 26 octobre, le US department of Agriculture annonçait que Ranchers Beef Ltd approvisionnait la compagnie américaine qui, en septembre dernier, a fait l'objet d'un rappel de 21,7 millions de livres de bœuf haché (galettes congelées). M.-A. L. et C. G.

Écllosion de listériose. Une enquête provinciale portant sur une écloison de listériose a été initiée le 27 septembre 2007. À ce jour, 12 cas de pulsovar 136 ou apparentés (puls 135 et 180) ont été rapportés au Bureau de surveillance et de vigie (BSV) depuis le mois de juin 2007. Parmi les cas, 7 femmes et 5 hommes dont l'âge varie de 56 à 86 ans (âge moyen de 69 ans). Parmi eux, un décès a été rapporté chez un individu de 69 ans. Les prélèvements, provenant de neuf régions différentes, sont arrivés au LSPQ entre le 13 juin et le 28 septembre 2007. Les enquêtes sont en cours afin de tenter d'identifier une source de contamination.

Figure 2
Courbe épidémique des cas de Listériose de pulsovar 136 et apparentés selon la date de prélèvement, Province du Québec (n= 12 cas)



Source : Compilation des questionnaires d'enquête en date du 22 octobre 2007.

Épidémiologie¹. L'agent de la listériose est la bactérie *Listeria Monocytogenes*. On retrouve cette bactérie dans le sol, l'eau et dans l'ensilage². Elle est habituellement transmise à l'homme par ingestion

d'eau ou de lait contaminé ou par de la nourriture comme le fromage au lait cru, les légumes ou encore certains plats de viande préparés. La transmission mère-enfant est aussi possible, soit *In Utero* ou lors de l'accouchement. Le temps d'incubation varie de 3 à 70 jours avec une période médiane de 21 jours. Chez les adultes et les nouveau-nés, les manifestations cliniques les plus communes sont la fièvre, les douleurs musculaires et parfois des nausées et des vomissements. La bactérie peut également infecter le cerveau ou sa membrane protectrice et causer la méningo-encéphalite ou encore une septicémie. Chez les femmes enceintes infectées, les symptômes peuvent être bénins et s'apparentés à une grippe. Ils peuvent toutefois entraîner un accouchement prématuré ou un avortement spontané. **F.W. T. et C. G.**

1. Heymann, DL, *Control of communicable diseases manual*, 18th édition, 700 p. ASPC, http://dsol-smed.pahc-aspc.gc.ca/dsol-smed/ndis/diseases/list_f.html.
2. Ensilage : méthode de conservation des fourrages par la mise en silo.

Influenza

Campagne de vaccination 2007-2008. La campagne de vaccination contre l'*influenza* s'amorce début novembre. Comme l'an dernier, le vaccin est gratuit pour les personnes âgées de 60 ans et plus, pour celles qui sont atteintes d'une maladie chronique, pour les enfants âgés de 6 à 23 mois et pour l'entourage de ces groupes de personnes. Les travailleurs de la santé peuvent également recevoir le vaccin gratuitement pour leur protection et celle de leurs patients.

Lors de la précédente campagne (2006-2007), on estime que 48 % des travailleurs de la santé¹ au Québec se sont fait vacciner contre l'*influenza*. Selon les données d'enquêtes^{2,3} provinciales conduites en 2005-2006 dans la population vivant en milieu ouvert, environ le tiers (34 %) des enfants (âgés entre 14 et 27 mois) ont reçu 2 doses du vaccin contre l'*influenza* alors que chez les personnes âgées de 60 ans et plus, la couverture vaccinale est estimée à 60 %. Chez la population vivant en milieu fermé¹ (en CHLSD), la proportion de personnes vaccinées est nettement supérieure, soit autour de 86 % en 2006-2007. **L. S. et F. M.**

1. BSV, DPSP, MSSS à partir des données fournies par les directions de santé publique. Cette proportion s'applique uniquement aux travailleurs rémunérés en CSSS.
2. M. GUAY; L.CÔTÉ (2006). **Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'*Influenza* et le Pneumocoque 2005-2006.** Montréal. Rapport conjoint de l'ISQ et de l'INSPQ. 46p.
3. N. BOULIANNE; D. AUDET; M. OUAKKI (2007). **Enquête sur la couverture vaccinale des enfants québécois en 2006.** Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, INSPQ, 2007, 103p.

Épizootie aviaire en Saskatchewan. Le 27 septembre 2007, l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) annonçait la détection de la souche hautement pathogène H7N3 dans une exploitation avicole commerciale (en aire fermée) en Saskatchewan. La source du virus n'a pas été déterminée. La possibilité d'une exposition à la sauvagine (hôtes naturels du virus) ne peut être éliminée.

Des restrictions ont été imposées sur les déplacements d'oiseaux, les produits avicoles et tout équipement susceptible d'avoir été en contact avec des oiseaux dans la province de la Saskatchewan. L'abattage intégral des oiseaux de l'exploitation touchée s'est terminé le 3 octobre dernier. L'ACIA continuera de surveiller la santé des oiseaux et de prélever des échantillons dans les établissements situés dans un rayon de 10 km de l'exploitation touchée et ce, pendant 21 jours.

La plupart des grands établissements nord-américains appliquent de leur propre chef les mesures de confinement bien que le Québec soit le seul endroit en Amérique du Nord où le confinement des oiseaux domestiques est obligatoire. Le MAPAQ ne prévoit aucun changement pour le moment quant au plan de surveillance et les mêmes consignes de protection personnelle s'appliquent pour les personnes qui participent à la production domestique. **J. D**

La LGV sous haute surveillance. Alors que la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) était une infection rarissime au Québec, on a observé récemment une éclosion fulgurante : 25 cas ont ainsi été déclarés en 2005 et 44 cas en 2006. La majorité des cas rapportés provenaient de la région de Montréal et tous concernaient des HARSAH¹ dont plusieurs étaient co-infectés par le VIH. Depuis le début de l'année 2007, seulement 2 cas ont été déclarés et l'on pourrait croire à la fin de l'épidémie. Toutefois, en Suède et en Hollande, là où des éclosions de LGV en pays industrialisés ont été observées avant celle du Québec, l'incidence de l'infection connaît de nouveau une hausse après avoir affiché une baisse marquée². C'est pourquoi, en octobre dernier, les directions de santé publique de la province ont convenu de poursuivre la vigie intensifiée de la LGV.

Il importe de rappeler que la LGV est une infection invasive et débilitante pour laquelle le diagnostic n'est pas évident. Il est demandé aux cliniciens de maintenir un niveau élevé de vigilance afin de reconnaître les signes et symptômes compatibles avec une LGV³ et de procéder aux prélèvements requis pour confirmer le diagnostic (en précisant sur leur requête de laboratoire qu'une LGV est suspectée).

Suivant la déclaration par le médecin et le laboratoire, les DSP procéderont à une enquête épidémiologique et à une intervention préventive auprès du cas-index et des partenaires afin de briser la chaîne de transmission. Les données d'enquête recueillies seront compilées et analysées sur une base provinciale (BSV) et nationale (ASPC). **M.F. , G. L. et L. R.**

1. HARSAH : **H**omme **A**yant des **R**elations **S**exuelles avec d'**A**utres **H**ommes.
2. <http://www.studiotekst.nl/isstdr/index.php>
3. http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/tss/index.php?id=52.109.0.0.1.0

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 santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les personnes suivantes ont collaboré à ce numéro : Josée Dubuque, J.D.; Marc Fiset, M.F.; Colette Gaulin, C. G.; Gilles Lambert, G.L.; Marie-Andrée Leblanc, M.-A. L.; France Markowski, F.M.; Louise Ringuette, L.R.; Lucie St-Onge, L. S.; François William Tremblay, F.W.T.

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 si vous désirez nous faire part de vos commentaires, vous pouvez le faire en vous adressant à : France.markowski@msss.gouv.qc.ca. Pour recevoir ce bulletin directement, adressez-vous à : France.Bernard.Fontaine@msss.gouv.qc.ca ou téléchargez gratuitement une copie du *Flash Vigie* à partir du site Internet du ministère <http://msss.gouv.qc.ca/>, sous la section Sujets, choisir Info Santé – Documentation – Publications.