



Vigie – Interventions

Listériose : Résultats de l'investigation.

Depuis le 13 juin 2007, le LSPQ a observé 22 cas¹ de listériose de pulsovars 136 ou apparentés (135 et 180). Il s'agit d'un pulsovar relativement rare au Québec. En effet, avant l'écllosion qui a débuté en juin 2007, les cas de *Listeria monocytogenes* de pulsovars 136 et apparentés représentaient 6 % (9/154) de tous les cas humains de Listériose. Depuis le début de l'écllosion l'importance relative de ce pulsovar parmi l'ensemble des cas est de 48 % (22/46).

Les 22 cas déclarés depuis juin 2007 se répartissent dans 10 régions sociosanitaires (tableau 1). La moyenne d'âge des cas est de 69 ans avec une étendue de 46 à 86 ans. Un peu plus de deux cas sur trois sont âgés de 65 ans ou plus. On retrouve 12 femmes et 10 hommes

Tableau 1
Répartition des cas de Listériose pulsovar 136 ou apparentés selon la région, Québec, période du 13 juin 2007 au 18 février janvier 2008 (n= 22 cas)

Région	N
Montérégie	4
Capitale-Nationale	4
Chaudière-Appalaches	3
Saguenay-Lac-Saint-Jean	3
Montréal	2
Mauricie-Centre-du-Québec	2
Gaspésie-îles-de-la-Madeleine	1
Estrie	1
Côte-Nord	1
Abitibi-Témiscamingue	1
TOTAL QUÉBEC	22

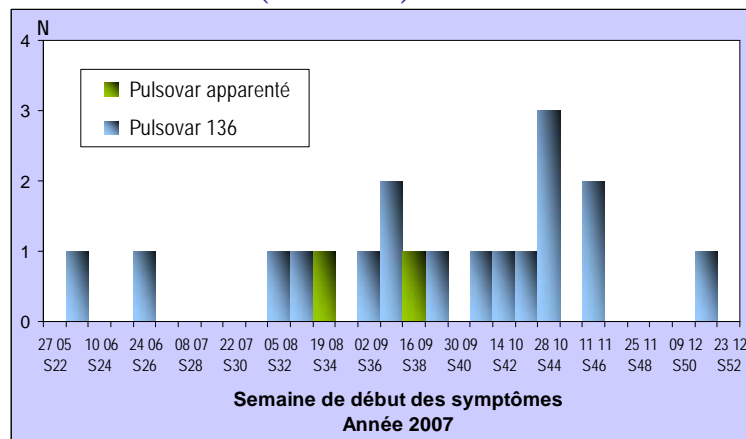
Source : Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), données en date du 18 février 2008.

Sur les 22 cas, le BSV a reçu 18 questionnaires d'enquêtes, 4 cas n'ayant pu être enquêtés. La courbe épidémique (figure 1) montre une activité presque continue à partir du début août (semaine 31) jusqu'à la mi-novembre (semaine 46). Le début des symptômes pour le dernier cas rapporté est survenu à la mi-décembre (semaine 51).

1. Un cas est défini comme toute personne résidant sur le territoire québécois et testé positivement pour *Listeria Monocytogenes* de pulsovar 136 ou apparenté (135 ou 180) à partir d'un prélèvement provenant d'un site normalement stérile, entre le 13 juin 2007 et le 11 janvier 2008.

La majorité des cas (14/18) présentait au moins un des facteurs prédisposant pour la listériose dont le cancer, immunosuppression, transplantation (ou greffe), hémodialyse et le diabète. Un total de 19 hospitalisations² et cinq décès ont été rapportés. À ce jour, l'analyse des questionnaires (n= 18) ne permet pas d'émettre une hypothèse quant à une source alimentaire précise. La consommation de certaines catégories d'aliments est plus fréquente mais les marques des produits diffèrent. Toutefois, la courbe épidémique suggère la présence d'une source de contamination persistante dans l'environnement entre juin et novembre 2007 laquelle serait à l'origine des cas.

Figure 1
Courbe épidémique des cas de Listériose pulsovar 136 ou apparentés selon la semaine du début des symptômes, Québec, période du 27 mai au 23 décembre 2008 (n= 19 cas)



Source : Directions régionales de santé publique (DSP) concernées, données en date du 18 février 2008.

Note : une date de début des symptômes a été modifiée pour la date de prélèvement puisque la date mentionnée était « début janvier 2007 ».

Intervention du MAPAQ. Lors d'un programme analytique d'inspection des aliments, le MAPAQ a retrouvé la même bactérie *Listeria monocytogenes* de pulsovar 136 dans deux commerces situés dans deux régions distinctes (régions Saguenay-Lac-Saint-Jean et Capitale-Nationale). Dans les deux cas, il s'agissait de boucheries n'ayant pas été ciblées lors des enquêtes. La bactérie a été découverte dans des viandes fumées de bœuf (« smoked meat ») et des cretons de porc ainsi que sur une table de coupe, un drain de plancher et un couteau. L'évaluation des risques réalisée par le MAPAQ n'a cependant pas justifié le retrait de ces aliments, entre autre parce que la dose infectante observée était inférieure à celle nécessaire pour infecter un humain.

2. L'hospitalisation d'un cas nous a été rapportée verbalement.

Étant donné la présence de la bactérie dans plusieurs régions du Québec, l'hypothèse d'une contamination secondaire de ces produits ou de ces surfaces par un produit plus largement distribué a été évoquée. Les démarches entreprises afin de vérifier cette hypothèse n'ont toutefois pas permis d'identifier un ou des fournisseurs communs à ces deux commerces. Des prélèvements alimentaires et environnementaux ont aussi été effectués dans les domiciles des derniers cas déclarés mais tous les échantillons prélevés ont été exempts de *Listéria*.

Pour la suite de l'investigation. Même si plusieurs semaines se sont écoulées depuis le début des symptômes du dernier cas, l'enquête se poursuit pour au moins deux périodes maximales d'incubation, c'est-à-dire 140 jours. La collaboration entre le MSSS, le LSPQ et le MAPAQ se poursuit également dans le but d'identifier la source possible de cette éclosion. **F.-W. T., G. L., D. R. et C. G.**

Situation épidémiologique du *C. difficile*.

Le système de surveillance des diarrhées à *Clostridium difficile* (DACD) permet de suivre l'évolution de ces infections depuis la fin du mois d'août 2004. Actuellement, 94 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) participent au système. Ces derniers admettent plus de 97 % de la clientèle en soins de courte durée de la province.

Le taux de DACD est en nette diminution au Québec. Ainsi, au cours de l'année 2005-2006, on observait un taux moyen d'infection à DACD de l'ordre de 9,10 par 10 000 patients/jours. En 2006-2007, ce taux était de 8,93 par 10 000 patients/jours. Pour l'année 2007-2008, le taux moyen pour les 9 périodes financières s'échelonnant du 28 avril au 6 décembre 2007 est de 7,5 par 10 000 patients/jours. Depuis le mois de novembre 2007, les taux de DACD n'ont jamais été aussi bas depuis la mise en place du programme, ils sont de l'ordre de 5,5 à 6,0 par 10 000 patients/jour.

Intervention. Les interventions de prévention et de contrôle des infections nosocomiales associées au *C. difficile* de même que la surveillance relèvent en premier lieu des établissements. Lors d'éclosions importantes, les équipes des centres hospitaliers (CH) informent leur Direction régionale de santé publique (DSP) qui peut soutenir l'intervention de leur équipe. **C. G. et M. T.**

Bactériémies sur cathéter. Le rapport annuel¹ sur le programme de surveillance des bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs vient d'être publié. Mis en place en octobre 2003, ce programme de surveillance se poursuit à partir du portail Web de surveillance de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ce programme est obligatoire depuis janvier 2007 pour les installations qui comptent 10 lits et plus aux soins intensifs.

Les résultats observés au cours des premières années (2003-2006) démontraient des taux moyens d'infection se situant entre 1,01 et 4,23 bactériémies/1 000 jours-cathéters selon le type d'unité de soins intensifs et le type de centre hospitalier. Ces taux étaient moindres en 2005-2006. Les données pour l'année 2006-2007 (période avril 2006 à mars 2007) révèlent des taux moyens d'infections entre 1,47 et 4,25 bactériémies/1 000 jours-cathéters avec un taux global de 2,29/1 000 jours-cathéters. Bien que ces taux semblent plus élevés que ceux de l'année précédente, la différence n'est pas statistiquement significative sauf pour les unités de soins intensifs adultes universitaires nouvellement inscrites au programme. Les taux de mortalité associés directement ou indirectement aux bactériémies s'élèvent à 8,2 % comparativement à 8,6 % en 2005-2006. Par ailleurs, les taux de bactériémies à SARM ont baissé de façon drastique depuis l'année 2005-2006 passant de 59 % à 24 % des bactériémies à *S. aureus*. Il est intéressant de noter que, dans les soins intensifs des hôpitaux québécois, les taux de bactériémies sur cathéters sont inférieurs aux dernières données américaines publiées en 2004 par le NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance System). **M. T.**

1. Quach, C., Frenette, C., Gilca, R., Rocher, I., Moore, D. (2007). **Surveillance provinciale des bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs : avril 2006-mars 2007.** INSPQ, Québec, 41p. Ce document est disponible en format électronique (PDF) sur le site Web de l'INSPQ au : <http://www.inspq.qc.ca>

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 protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les personnes suivantes ont collaboré à ce numéro : Colette Gaulin, C.G. ; Gaëtan Lamontagne, G.L. ; France Markowski, F.M. ; Danielle Ramsay, D.R. ; François-William Tremblay, F.-W. T. ; Madeleine Tremblay, M.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.BernardFontaine@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.
