



Vigie – Interventions

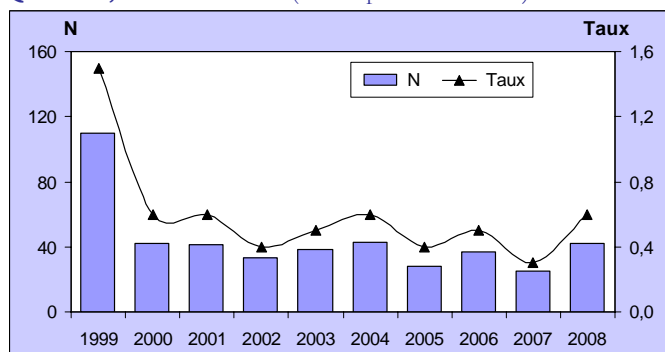
Pâques approche, attention à la fièvre Q !

La fièvre Q est une zoonose causée par la bactérie *Coxiella burnetii*. L'infection a été constatée chez presque toutes les espèces animales, mais les moutons, les chèvres, les bovins, les tiques et les chats en sont les principaux réservoirs. La transmission de *C. burnetii* aux humains se fait principalement par inhalation d'aérosols (bactéries ou poussières contaminées par des bactéries). L'infection peut aussi être transmise par contact avec des animaux infectés, des objets contaminés et, plus rarement, par consommation de lait non pasteurisé.

Bien que les animaux infectés démontrent rarement des signes cliniques, ils représentent néanmoins un risque d'infection pour les humains. Les animaux infectés peuvent excréter la bactérie dans les selles, l'urine ou le lait mais c'est lors de la mise bas que la bactérie est libérée en plus grande quantité dans l'environnement, principalement par le placenta et le liquide amniotique. Plus la concentration de bactéries dans l'air est élevée, plus le risque de transmission est grand. La *C. burnetii* survit et garde sa virulence dans l'environnement.

Chez l'humain, la fièvre Q peut se présenter sous deux formes distinctes : la forme aiguë, qui se manifeste deux à trois semaines suivant l'exposition, et la forme chronique, qui survient des mois ou même des années après l'infection. La sévérité et la durée de la maladie sont très variables. La forme aiguë de l'infection se manifeste généralement par l'apparition soudaine de fièvre accompagnée de frissons, céphalées, faiblesse, malaises et une transpiration abondante. La maladie peut durer entre une et quatre semaines. Des complications, telles une atteinte pulmonaire ou hépatique, peuvent survenir dans certains cas. Chez la femme enceinte, la fièvre Q peut mener à un avortement spontané, à un accouchement prématuré ou à une naissance de faible poids. Environ 1 % des infections aiguës deviennent chroniques. L'endocardite en est la principale manifestation.

Figure 1
Nombre de cas et taux d'incidence de fièvre Q, Québec, 1999 à 2008 (Taux pour 100 000)



Source : BSV à partir du fichier MAD0, extraction 17 mars 2009.

Fermes de Pâques. Au cours des dix dernières années, le nombre de cas de fièvre Q déclarés au Québec est demeuré stable, sauf en 1999 alors qu'une épidémie associée aux fermettes de Pâques est survenue. Lors de cette épidémie, 95 personnes ont été affectées parmi la clientèle et le personnel de deux centres commerciaux du Québec. Tous les patients avaient préalablement visité une petite ferme de Pâques où des mises bas de chèvre et de brebis avaient eu lieu.

Depuis l'épidémie de 1999, le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) envoie annuellement une lettre à plus de 200 centres commerciaux ainsi qu'à leurs fournisseurs d'animaux pour leur rappeler les recommandations d'usage lors de tels événements. Le respect et la mise en place de ces mesures contribuent à la prévention de la transmission de cette infection. Ces recommandations sont :

- Refuser la présence de femelles gestantes, de femelles ayant mis bas depuis moins d'un mois et de jeunes animaux de moins d'un mois.
- Admettre uniquement des animaux en bonne santé apparente. Demander au propriétaire d'identifier les animaux autres que les moutons et les bovins afin qu'ils puissent être retracés facilement en cas de besoin. Un registre de présence de ces animaux à l'exposition devrait être tenu par le propriétaire des animaux et conservé au moins un an par ce dernier. Les moutons et les bovins sont déjà soumis à un règlement exigeant qu'ils soient identifiés avec un jeu d'étiquettes d'identification.
- Encourager les personnes ayant touché aux animaux ou aux enclos à se laver les mains immédiatement après le contact et avant de faire d'autres activités telles que manger ou fumer. Une affiche à cet effet et des installations nécessaires (un antiseptique à séchage rapide à défaut d'une salle d'eau à proximité) devraient être disponibles sur les lieux de l'exposition.
- Interdire au propriétaire d'animaux d'offrir du lait cru (non pasteurisé) à la clientèle; cette pratique illégale pose un grand risque à la santé humaine.
- Aviser le vétérinaire régional du MAPAQ de votre région si, malgré toutes les précautions prises, une mise bas survient sur place, et s'assurer que les procédures optimales de nettoyage et de désinfection sont appliquées.

Pour plus de détails, consulter le dépliant sur la fièvre Q publié par le MAPAQ. Des exemplaires peuvent être obtenus auprès de Mme France Jean au (418) 380-2100, poste 3007. M-A L., C. V. et S. M.

Réduction de l'incidence du *C. difficile*.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a rendu public le rapport *Surveillance des diarrhées associées au *C. difficile* au Québec – Bilan du 19 août 2007 au 16 août 2008*.¹ Depuis le début de la surveillance en août 2004, le taux d'incidence provinciale des diarrhées



associées au *Clostridium Difficile* (DACD) a atteint le niveau le plus bas jamais observé pendant cette 4^e année de surveillance. Ainsi, on observe deux fois moins de cas qu'en 2004-2005, 1,2 fois moins de cas qu'en 2005-2006 et 1,4 fois moins de cas qu'en 2006-2007.

Au total, entre le 19 août 2007 et le 16 août 2008, 4 413 cas de DACD hospitalisés ont été déclarés par les 94 centres hospitaliers (CH) participants. Parmi les cas hospitalisés, 3 250 (74 %) étaient d'origine nosocomiale liée au CH déclarant, 437 (10 %) étaient d'une autre origine nosocomiale, 566 (13 %) étaient d'origine communautaire et 160 (4 %) étaient d'origine non précisée.

Au cours de l'année 2007-2008, le taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale au Québec s'est maintenu en moyenne à 6,5 cas par 10 000 patients-jours, soit un taux significativement plus bas que celui observé lors des années précédentes. La majorité des régions (12/16) ont vu leur taux d'incidence significativement diminué par rapport à au moins une des années précédentes. Une telle différence est également observée dans 51 des CH participants. De fait, depuis le début de la surveillance en 2004-2005, 32 CH affichent en 2007-2008 leur plus faible taux. Toutefois, le taux a augmenté significativement dans 18 CH par rapport à au moins une année précédente.

De façon générale, le taux d'incidence est plus élevé dans les CH de plus grande taille, ceux dont la clientèle comprend une grande proportion de personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que les CH se situant dans le regroupement suprarégional comprenant les régions de la Capitale-Nationale, de Lanaudière, des Laurentides, de l'Outaouais, de Chaudière-Appalaches et de la Mauricie-Centre-du-Québec. Malgré la diminution significative du taux d'incidence à l'échelle provinciale, une hétérogénéité importante entre les hôpitaux et des augmentations localisées de l'incidence des DACD sont encore observées, ce qui rend nécessaire le maintien d'une vigilance continue. Les résultats encourageants, découlant en partie de l'implication des infirmières en prévention des infections, doivent constamment être réévalués afin de stimuler les bonnes pratiques de soins. **D. B.**

1. Le bilan de surveillance des DACD 2007-2008 est disponible sur le site de l'INSPQ à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/domaines/index.asp?Dom=surv&Axe=64

La rubrique nosologique

Modifications de la définition de cas de listériose. L'écllosion d'infection à *Listeria monocytogenes* pulsovar 93 survenue en 2008 a apporté une grande variété de cas et a incité à revoir la définition nosologique de la listériose en regard des situations qui mettaient la définition de cas à rude épreuve.

Q. : Est-ce qu'une femme enceinte qui présente une septicémie avant l'accouchement **et** dont le nouveau-né présente une infection à *Listeria* confirmée par isolement de la bactérie à partir du liquide céphalo-rachidien ne devrait pas être considérée comme un cas même si on ne parvient pas à isoler la bactérie chez elle ?

R. : La définition actuelle ne permet pas en effet de confirmer un tel cas puisque la bactérie n'a pas été isolée à partir d'un site stérile chez la mère et qu'il ne s'agit pas d'un avortement ou d'une mortinaissance.

Q. : Est-ce que le fait d'accoucher prématurément peut être une condition permettant de confirmer la mère comme un cas si *L. monocytogenes* est isolée chez le produit de conception (mort-né ou naissance vivante) ?

R. : Le deuxième critère de la définition actuelle ne mentionne que l'avortement spontané et la mortinaissance comme critères. Lors de l'écllosion, il est arrivé qu'une mère accouche prématurément (< 37 semaines) et que la bactérie soit isolée chez le bébé prématuré. Dans ces circonstances, il nous a semblé logique de confirmer la mère comme un cas.

Q. : Si *L. monocytogenes* est isolée du sang d'un bébé mort-né, est-ce qu'on devrait confirmer le bébé comme un cas ?

R. : Le Groupe de travail sur les définitions nosologiques a statué que le fœtus ou l'enfant mort-né ne peut être considéré comme un cas. Pour confirmer un cas, on doit être en présence d'une naissance vivante présentant des manifestations compatibles avec isolement de *L. monocytogenes* d'un site normalement stérile.

La nouvelle définition de cas confirmé de listériose approuvée par la TCNMI sera intégrée au Guide des définitions nosologiques¹, soit :

Présence d'une des trois conditions suivantes :

1. Manifestations cliniques compatibles et isolement de *L. monocytogenes* d'un site normalement stérile; **ou**
2. Femme enceinte qui a présenté une manifestation compatible avec une infection invasive à *L. monocytogenes* (septicémie, méningite, méningo-encéphalite) avant l'accouchement **et** dont le nouveau-né présente une infection à *Listeria* prouvée par isolement de la bactérie à partir d'un site normalement stérile (liquide céphalo-rachidien, sang); **ou**
3. Dans le cadre d'un avortement spontané, d'une mortinaissance ou d'un accouchement prématuré (< 37 semaines), l'isolement de *L. monocytogenes* de tissus fœtaux, de tissus placentaires ou d'un site normalement stérile (liquide céphalo-rachidien, sang).

Source : Groupe de travail sur les définitions nosologiques (GTDN).

1. Le Guide est disponible à l'adresse suivante : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/c998857c12429a008525720a006203ea?OpenDocument>

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 : Daniel Bolduc, D.B.; Marie-Andrée Leblanc, M-AL.; France Markowski, F.M.; Sylfred Minzunza, S.M.; Chantal Vincent, C.V.; et pour le GTDN : Marie-Andrée Leblanc, Éric Levac, Paul Rivest.

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 désirez nous faire part de vos commentaires, vous pouvez le faire en vous adressant à : France.markowski@msss.gouv.qc.ca. Tous les numéros du *Flash Vigie* peuvent être téléchargés gratuitement à partir du site Internet du ministère à l'adresse suivante : <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 de santé publique et, de ce fait, peuvent sous-estimer l'incidence réelle des maladies visées par cette déclaration.