



Vigie – Interventions

Suivi de l'enquête sur l'émergence de la résistance à l'oseltamivir.

L'une des composantes de la surveillance de l'influenza est la surveillance virologique qui implique la surveillance de la résistance aux antiviraux. Cette surveillance a pour objectif de détecter la résistance et de formuler des recommandations quant à l'utilisation des antiviraux.

Au printemps dernier, le bureau de surveillance et de vigie (BSV) a sollicité la participation du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et des directions de santé publique (DSP) à une enquête canadienne sur l'émergence de la résistance à l'oseltamivir parmi les souches d'influenza A/H1N1. L'objectif de cette enquête était de déterminer la transmission, la sévérité clinique et l'implication des virus résistants dans les domaines cliniques, de surveillance, de laboratoire et sur les mesures de santé publique.

Les résultats et les conclusions du groupe de travail d'experts sur la résistance à l'oseltamivir¹ de même que les recommandations entérinées par la Direction générale de santé publique (DGSP) du MSSS sont présentés ci-après.

Résultats.

- 66 cas, dont 22 au Québec, ont été enquêtés. Ces 66 cas représentent 59 % de l'ensemble des cas ayant été infectés par une souche d'influenza A/H1N1 résistantes à l'oseltamivir;
- Les cas étaient âgés entre <1 an et 96 ans et; 89 % avaient moins de 50 ans;
- Description des cas
 - Prophylaxie antivirale (oui) : 1 cas (1,5 %);
 - Traitement antiviral (oui) : 7 cas (10,6 %);
 - Voyage (oui) : 10 cas (15,4 %);
 - Contact étroit avec syndrome d'allure grippale (oui) : 30 cas (47,6 %).
- Sévérité des cas
 - La plupart des cas ont été vus dans une installation ambulatoire;
 - 5 cas ont été admis aux soins-intensifs² (4/5 étaient des enfants de moins de 5 ans);
 - Tous les cas, à l'exception de deux, sont survenus à l'extérieur de CHSLD;
 - Tous les cas, à l'exception d'un, se sont rétablis. Un cas est décédé dans un CHSLD.²

Conclusions.

- Il n'y a pas d'association entre les cas et l'utilisation antérieure d'oseltamivir;
- Le virus n'a pas affecté la population âgée d'une manière plus importante que les autres groupes d'âge;
- La souche n'a pas causé une maladie sévère puisque la plupart des cas ont récupéré.

Recommandations.

1. Poursuivre la promotion de la vaccination en continue;
2. Effectuer les épreuves de sensibilité pour les 3 antiviraux (amantadine, oseltamivir, zanamivir). Le Laboratoire national de microbiologie (LNM) s'engage à effectuer les épreuves de sensibilité au zanamivir, en plus des épreuves de sensibilité à l'amantadine et à l'oseltamivir qui étaient déjà offertes par les années passées;
3. En se basant sur les résultats de cette enquête, il n'y a pas de changement quant aux recommandations actuelles pour l'utilisation de l'oseltamivir. Les recommandations pourront être mises à jour en fonction des nouvelles données disponibles. J. D.

1. U. Allen; F. Aoki; S. Aziz; N. Bastien; T. Booth; M. Couillard; S. Desai; G. De Serres; K. Dunn; Y. Li; A. McGeer; J. McTaggart; L. Pelletier; G. Samuel; S. Sarwal; D. Skowronski; G. Stiver; S. Tamblyn; A. Winter.

2. La présence ou l'absence de co-morbidité est inconnue.

Recul du *Clostridium difficile*. Le taux d'incidence québécois des diarrhées à *Clostridium difficile* (DADC) d'origine nosocomiale est à la baisse depuis le début du programme de surveillance en août 2004. Au cours des trois dernières années d'observation complètes, soit de 2005-2006 à 2007-2008, le taux est passé de 9,1 à 7,3 cas par 10 000 patients-jours, une diminution statistiquement significative.¹ Depuis le début de l'année 2008-2009, il s'élève à 6,3 cas par 10 000. De fait, il s'est stabilisé à 6,0 par 10 000 au cours des quatre dernières périodes d'observation validées, soit du 25 mai au 13 septembre 2008.²

La réalisation des activités de prévention et de contrôle sur une base systématique dans les CSSS est sûrement l'une des causes principales expliquant cette amélioration de la situation épidémiologique des DADC d'origine nosocomiale au Québec.

Surveillance du *C. difficile* en Ontario. L'Ontario vient d'instaurer un programme de surveillance des maladies associées au *Clostridium difficile* (MACD). Les 228 établissements hospitaliers participants affichent un taux d'incidence global de 3,9 par 10 000 patients-jours pour la période du 1^{er} au 31 août 2008. Bien que le taux des centres hospitaliers de soins généraux et de santé (CHSGS) du Québec de la période d'observation correspondante (20 juillet au 16 août 2008) soit de 5,5 cas par 10 000, il n'est pas possible d'établir si cette différence représente bien la réalité. Des vérifications sont en cours pour connaître la précision et la comparabilité de ces données, notamment en ce qui concerne la sensibilité du processus de détection des cas et le niveau de participation au cours de ce premier mois d'activité. D. B.

1. R. Gilca; E. Fortin; C. Frenette et M. Gourdeau. Surveillance des diarrhées associées à *Clostridium difficile* au Québec. Bilan du 9 décembre 2007 au 31 mars 2008. INSPQ. 13 novembre 2008, 23 p.

2. MSSS. Surveillance des diarrhées associées à *Clostridium difficile* (DADC) au Québec - Surveillance périodique, Système de surveillance des DADC du Laboratoire de santé publique du Québec, 14 novembre 2008, 18 pages.



Rappel concernant l'entente d'utilisation de CIOSC.

Plusieurs intervenants des Directions de santé publique (DSP), du ministère de l'Agriculture, des Pêches et de l'Alimentation (MAPAQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont accès au réseau canadien de renseignements sur la santé publique, mieux connu sous le nom de CIOSC. Ce système de communication électronique sécurisé permet d'informer et de transmettre des renseignements pertinents en temps opportun aux autorités provinciales, territoriales et sanitaires sur les situations de menace (réelle ou appréhendée) pour la santé publique et ce, dans le but de protéger la santé des Canadiens.

L'information contenue sur CIOSC est utilisée uniquement aux fins de surveillance et de vigilance, de prévention des maladies ou des blessures, ou aux fins de lutte contre ces dernières. Ces informations ne doivent pas servir à des intérêts personnels ou commerciaux, ni à alimenter des bulletins d'information destinés au grand public. Ceci implique donc qu'on ne peut divulguer l'identité d'une personne ou d'une entreprise sur CIOSC, sauf si cela est essentielle pour protéger la santé de la population. La propriété intellectuelle relative à l'information communiquée sur ce site Web sécurisé appartient à la personne ayant fourni l'information.

On ne peut également divulguer cette information au grand public sauf si l'on est mandaté à le faire dans l'intérêt de la santé et de la sécurité du public. Pour plus d'information concernant l'utilisation de CIOSC au Québec, vous pouvez communiquer avec Louise Ringuette (514 864-1586) ou Colette Gaulin (418 266-6733) du Bureau de surveillance et de vigilance du MSSS. [L. R.](#)

1. OMS. Relevé épidémiologique hebdomadaire, no 40, 3 octobre 2008.

Publications récentes :

R. PARENT, ALARY, M., MORISSETTE, C. et al. 2008. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par infection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2007 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2007. INSPQ, novembre 2008. 68 pages + annexes.

P.-R. ALLARD et PARENT, R. 2008. Facteurs de risque pour l'hépatite C : analyse des enquêtes épidémiologiques faites lors de la déclaration des cas d'infection par le VHC au Québec : avril 2002 à Mars 2004. INSPQ, novembre 2008. 35 pages + annexes.

Ces deux documents sont disponibles 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 vigilance 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 vigilance 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.; Josée Dubuque, J.D.; Louise Ringuette, L.R.; France Markowski, F.M.; et pour le GTDN : Marie-Andrée Leblanc, Éric Levac, Paul Rivest et Anne Vibien.

La vigilance 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.

NOTE : Les données des fichiers 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.

La rubrique nosologique

Syphilis sans précision. Pour différentes raisons, les déclarations de tests non tréponémiques faiblement positifs (par exemple, RPR = 1/8) ne donnent pas toujours lieu à une enquête épidémiologique.

Q. : En l'absence d'enquête épidémiologique, est-ce que la déclaration d'un test non tréponémique faiblement positif peut être validée dans MADO comme syphilis sans précision ?

R. : La définition de cas d'une syphilis sans précision pose deux conditions :

1. La détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autre); ET
2. Des renseignements cliniques disponibles ne permettant pas de classer le stade clinique du cas tel que défini précédemment.

Pour répondre à cette deuxième condition, une enquête épidémiologique devrait être entreprise (auprès du patient ou du médecin) avant de conclure que nous n'avons pas suffisamment de renseignements cliniques disponibles pour classer le stade clinique. En l'absence d'enquête, ces cas ne devraient pas être validés comme syphilis sans précision dans MADO.

En effet, la catégorie Syphilis sans précision devrait être réservée aux seuls cas qui répondent à la définition de cas sans oublier que :

- Une enquête épidémiologique a été entreprise; ET
- Les informations recueillies auprès du médecin traitant ne permettent pas de déterminer le stade clinique du cas.

En contrepartie, s'il n'a pas été possible de compléter l'enquête épidémiologique, ce cas doit être saisi au fichier MADO sans toutefois être validé.

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