



Vigie – Interventions

Résurgence du virus du Nil occidental au Québec.

Le virus du Nil occidental (VNO) a été isolé pour la première fois en 1937, en Afrique, dans la province ougandaise du Nil occidental, d'où son nom. En Amérique du Nord, le VNO est une maladie épidémique saisonnière qui prend un caractère extensif en été et se poursuit jusqu'à l'automne. Le virus a fait son apparition au Canada en 2001 et a été détecté pour la première fois au Québec en 2002, avec 20 cas humains confirmés. Depuis 2006, le nombre de cas rapportés a diminué et, en 2010, aucun cas n'a été signalé (figure 1).

Transmission. Le VNO infecte principalement les oiseaux et, occasionnellement, les autres espèces animales et les humains. Le plus souvent, la transmission humaine se fait par des moustiques qui ont piqué des oiseaux infectés par le virus. Chez l'humain, l'infection est généralement asymptomatique ou n'entraîne qu'un accès fébrile bénin. Rarement (moins de 1 % des cas), les personnes infectées développeront une maladie grave (ex. : méningite, encéphalite) pouvant entraîner des séquelles neurologiques. Les personnes âgées de 50 ans ou plus et les personnes immunosupprimées sont le plus vulnérables à une maladie grave.

Situation en 2011. Depuis le début du mois d'août, 24 cas chez l'humain (5 confirmés et 19 probables en attente de confirmation) ont été déclarés en date du 20 septembre au Système intégré des données de vigie sanitaire (SIDVS) du VNO de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Les cas, âgés entre 7 et 84 ans, sont concentrés dans le sud de la province, soit dans les régions de Montréal (n = 8), de Laval (n = 5), des Laurentides (n = 4), de l'Outaouais (n = 4) et de la Montérégie (n = 3). Les cinq cas confirmés ont été déclarés par Héma-Québec ou la Société canadienne du sang. Ils ne présentaient aucun symptôme et ont été découverts fortuitement, à la suite de tests de routine pour des dons de sang.

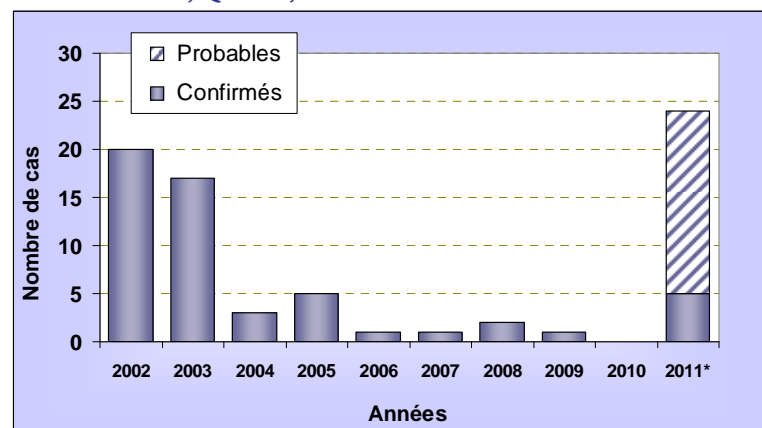
Pour ce qui est des 19 cas en attente de confirmation, ils concernent des personnes ayant présenté des symptômes, dont certaines ont développé un syndrome neurologique. Bien que les enquêtes épidémiologiques ne soient pas terminées, les données recueillies semblent indiquer une acquisition locale. L'évolution a été favorable pour la plupart des cas et on ne signale aucun décès.

La surveillance animale a pour sa part confirmé la présence du VNO chez des chevaux et des pools de moustiques dans des régions ayant rapporté des cas humains.

Les autorités de santé publique ont publié des avis afin de rappeler à la population les mesures de protection contre les piqûres de moustiques aux niveaux individuel et communautaire. Un rappel a été fait aux médecins des régions visées d'envisager ce diagnostic durant la saison de circulation du VNO. Comme il n'existe pas de vaccin pour l'humain, la prise en charge clinique est essentielle afin d'éviter les complications liées à cette infection.

Figure 1

Nombre de cas déclarés de VNO chez les humains selon le statut de confirmation, Québec, 2002 à 2011*



Source : Système intégré des données de vigie sanitaire du VNO, INSPQ.

* Données cumulées en date du 20 septembre 2011.

Ailleurs au Canada, l'Ontario a déclaré 19 cas à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), alors que les autres provinces n'en ont déclaré aucun (données en date du 20 septembre 2011). Pour en savoir plus sur le VNO, voir les sites Web suivants :

http://msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/environnement/index.php?virus_du_nil

<http://www.phac-aspc.gc.ca/wnv-vwn/index-fra.php>

<http://www.eidgis.com/wnvmoniteurca/> (pour la cartographie des cas au Canada)

<http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/westnile/index.htm> (Centers for Diseases Control and Prevention)

http://www.who.int/csr/don/2011_08_16/fr/index.html (Organisation mondiale de la Santé)

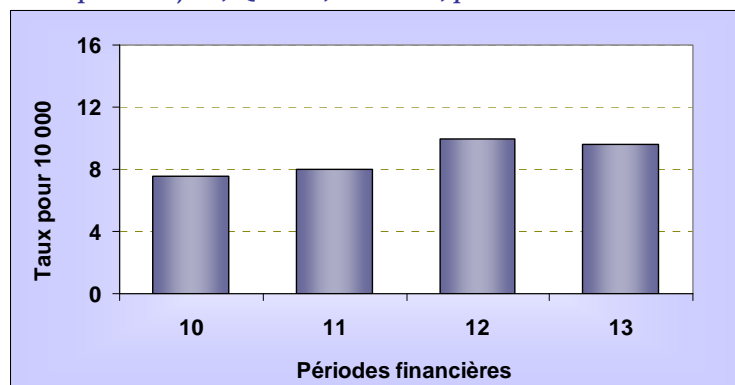
Les diarrhées associées au *Clostridium difficile* et l'entérocoque résistant à la vancomycine : une situation préoccupante.

La surveillance des infections nosocomiales au Québec continue de se développer depuis 2004. La mise en place de programmes spécifiques permet de suivre l'évolution d'agents pathogènes, notamment le *C. difficile* et l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV). Voici un aperçu de la situation dans les établissements de soins aigus du Québec.

Diarrhées associées au *Clostridium difficile*. Le programme de surveillance des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) s'est constamment développé depuis son implantation en août 2004. En 2010-2011, 95 centres hospitaliers y participent. L'incidence annuelle des cas d'origine nosocomiale a diminué de façon significative jusqu'en 2008-2009 pour ensuite connaître une stabilisation jusqu'au début de l'année 2011.

Cependant, entre le 2 janvier et le 31 mars 2011 (périodes financières 11, 12 et 13), on remarque une augmentation du taux d'incidence avec un pic pour la période 12 (figure 2). Au cours de cette période, le taux de DACD d'origine nosocomiale a atteint 10 cas pour 10 000 patients-jour, une première depuis 2007. À titre de comparaison, pour les périodes 10 à 13 des années de surveillance 2007-2008 à 2009-2010, le taux d'incidence a varié entre 6,8 et 7,0 (taux basé sur les données des 87 établissements participant au programme depuis son implantation)¹. Il convient toutefois de souligner que la virulence (gravité des cas) reste stable et que le taux de mortalité demeure sensiblement le même.

Figure 2
Taux d'incidence de la DACD d'origine nosocomiale pour 10 000 patients-jour, Québec, 2010-2011, périodes 10 à 13



Source : BSV à partir des données du système de surveillance des DACD du Laboratoire de santé publique du Québec, 16 septembre 2011.

Les comités d'experts de l'INSPQ sont actuellement à étudier les causes possibles de cette recrudescence. L'analyse des souches reçues entre février et avril 2011 ne supporte pas l'hypothèse que l'augmentation soit due à une nouvelle souche circulante. L'utilisation de la méthode PCR par une douzaine d'établissements au Québec n'explique qu'une partie de l'augmentation des cas. De plus, la saison d'activité d'influenza et de gastro-entérites virales à l'hiver et au printemps n'explique pas la persistance des taux au-dessus des valeurs historiques post-épidémiques tout au long de la période d'été 2011.

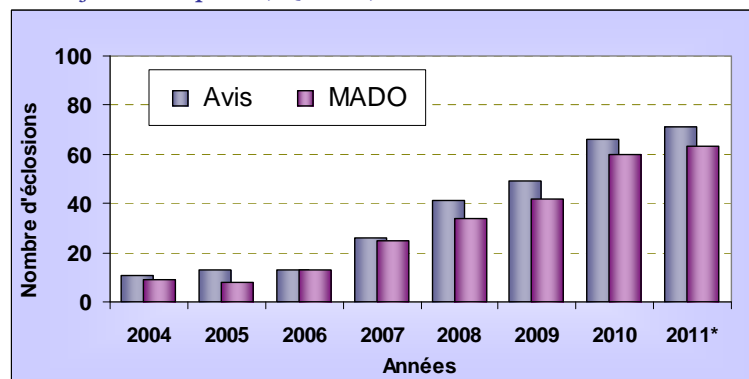
Il apparaît donc important d'intensifier dès maintenant la vigilance des DACD et de s'assurer qu'il n'y a pas un relâchement dans les pratiques de prévention et de contrôle des infections (PCI).

L'entérocoque résistant à la vancomycine. La surveillance de l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) est un programme obligatoire depuis janvier 2007. Ce programme étant basé sur les résultats des tests de laboratoire, il n'est pas possible d'établir l'incidence des cas comme pour les autres programmes de surveillance provinciale. Les changements apportés au programme, mis en application le 11 septembre dernier, permettront dorénavant le calcul et le suivi des taux.

Au cours des trois dernières années, on observe une augmentation du nombre de tests positifs. En 2008-2009, 1 154 tests positifs, soit 100 % de plus que l'année précédente, ont été enregistrés. En 2009-2010, les 78 laboratoires participants ont déclaré 1 897 tests positifs, soit une augmentation de 64 %². L'ERV est maintenant présent dans toute la province puisqu'il a été détecté dans les 16 régions participant à la surveillance (les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne font pas partie du programme). On note une augmentation importante du nombre d'éclosions d'ERV dans la région de Montréal. Presque tous les centres hospitaliers de soins aigus ont déclaré des éclosions, mais la majorité des cas viennent de quelques établissements seulement.

Selon le dernier rapport de surveillance², 98 % des résultats positifs ont été détectés par dépistage. Les personnes touchées sont donc essentiellement des porteurs asymptomatiques de la bactérie. Le taux d'infection est demeuré relativement stable (1,4 % en 2008-2009 vs 2 % en 2009-2010), ce qui est conforme aux données de la littérature. Par ailleurs, on constate un écart entre le nombre d'éclosions signalé par les établissements et le nombre déclaré dans le registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO) (figure 3).

Figure 3
Éclosions à ERV déclarées selon le registre MADO et selon les avis reçus des hôpitaux, Québec, 2007 à 2011*



Sources :

– **MADO** : BSV à partir des données tirées du registre MADO, LSPQ, extraction 2011-09-13.

– **Avis** : mise à jour 2004 à 2006, par Paul LeGuerrier, Direction de la santé publique de Montréal; mise à jour 2007 à 2011, BSV, 2011-09-13.

* Données cumulées en date du 16 septembre 2011.

Des répercussions pour la clientèle et les établissements.

La situation actuelle entraîne des problèmes d'accessibilité aux soins en raison des mesures d'isolement des cas et des contacts qui complexifient la gestion des lits. La situation de la grande région de Montréal touche l'ensemble du réseau québécois en raison de la vocation suprarégionale de certains de ses établissements. L'augmentation du nombre de cas positifs au dépistage laisse prévoir une hausse des infections nécessitant le recours à une antibiothérapie de deuxième ligne très coûteuse. En 2009-2010, 11 bactériémies nosocomiales à ERV (0,6 %) ont été enregistrées comparativement à 4 (0,2 %) en 2007-2008².

Des interventions à considérer. Les établissements aux prises avec des éclosions significatives d'ERV ont aussi tendance à présenter des taux élevés de DACD. Une gestion sous-optimale des matières fécales, par exemple en cas d'éclosion de diarrhée, peut contribuer à la propagation de l'ERV dans l'établissement. Un léger relâchement dans un des axes des stratégies de PCI suffit à créer un contexte favorable à la transmission accrue de ces bactéries dans les hôpitaux. La progression actuelle de ces deux agents rappelle l'importance constante qui doit être apportée aux mesures de PCI.

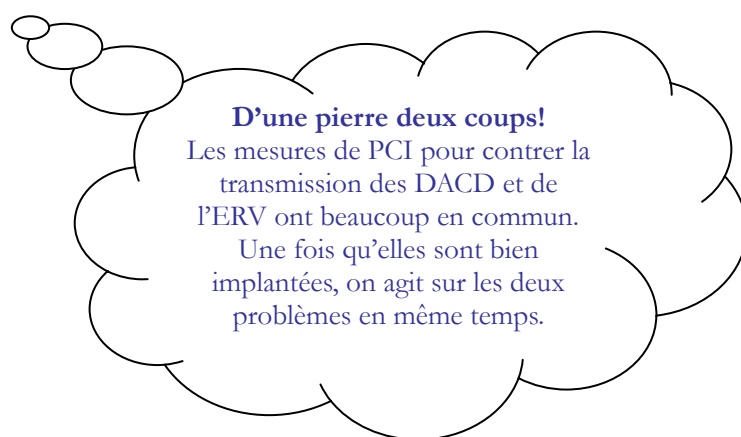
Voici quelques suggestions de pistes d'action à considérer :

- Explorer avec la table régionale les facteurs qui pourraient expliquer la persistance des taux plus élevés de DACD
- S'assurer que le processus de gestion des zones grises en hygiène-salubrité suit son cours
- Profiter de la Semaine nationale de la PCI du 18 au 22 octobre pour promouvoir les mesures de base telles que l'hygiène des mains, l'isolement précoce des cas soupçonnés et les précautions de contact
- Partager les succès en matière d'utilisation des antibiotiques avec les partenaires
- S'assurer que toutes les éclosions d'ERV sont déclarées (saisies) au registre MADO

... Et des documents à consulter :

- *Prévention et contrôle de la diarrhée nosocomiale associée au Clostridium difficile au Québec. Lignes directrices pour les établissements de soins*, 3^e édition : <http://www.inspq.qc.ca/publications/default.asp?NumPublication=362>

- Circulaire sur la mise en œuvre d'un programme de surveillance de l'usage des antibiotiques en établissement de santé : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/1f71b4b2831203278525656b0004f8bf/64dda98c0e305cc4852578b70065be3c?OpenDocument>
- Cadre de référence relatif à l'usage optimal des anti-infectieux et au suivi de l'utilisation de ces médicaments en milieu hospitalier, Conseil du médicament, 2008 : <http://www.cdm.gouv.qc.ca/site/download.php?f=f86f3c1da2cf7be9849d965df22a8861>
- Guides cliniques en antibiothérapie : <http://www.inesss.qc.ca/index.php?id=49&code=RECHERCHE>
- Guide d'intervention sur l'ERV par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), document en préparation.



1. Comité de Surveillance des Infections Nosocomiales du Québec (SPIN). Rapport annuel de surveillance. Surveillance des diarrhées associées à *Clostridium difficile* au Québec. Bilan du 16 août 2009 au 14 août 2010, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, INSPQ, avril 2011.
2. Surveillance provinciale des nouveaux cas d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) – Septembre 2009- septembre 2010. Direction des risques biologiques et de la santé au travail, INSPQ. Mars 2011.
3. Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne font pas partie du programme de surveillance.

Auteurs : Nadia Abdelaziz, Nadine Sicard et Madeleine Tremblay avec la collaboration de France Markowski et Danielle Auger de la Direction de la protection de la santé publique du MSSS.

Flash Vigie est un bulletin diffusé habituellement la 4^e semaine 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 à 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 (DPSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

La vigie et la surveillance des maladies infectieuses au Québec s'appuient sur diverses sources de données et demandent la collaboration des directions régionales de santé publique et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Nous tenons ici à remercier tous ces acteurs pour leur précieuse collaboration. Pour en savoir plus ou nous faire part de vos commentaires, communiquez avec France Markowski, à l'adresse : france.markowski@msss.gouv.qc.ca. *Flash Vigie* peut être téléchargé gratuitement à partir du site Web du Ministère, à l'adresse : <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 régionales de santé publique et, de ce fait, l'incidence réelle des maladies visées par cette déclaration peut être sous-estimée.