

Rapport d'enquête sur l'éclosion de coqueluche

Bureau du médecin-hygiéniste en chef

Table des matières

Résumé	3
Sigles	3
Introduction	4
1. Épidémiologie de l'écllosion	4
1.1 Surveillance	4
1.1.1 Recherche de cas / surveillance accrue	4
1.1.2 Définitions des cas.....	4
1.2 Résumé sur l'épidémiologie	5
2. Laboratoire	10
3. Mesures de santé publique	11
4. Communications.....	13
5. Coordination.....	14
5.1 Équipe interne du BMHC	14
5.2 Réunions régionales	15
6. Apprentissages clés	15

Résumé

En janvier 2012, le Bureau du médecin-hygiéniste en chef (BMHC) a été avisé d'une augmentation de l'activité de la coqueluche dans les régions sanitaires 1 (Moncton et les régions environnantes) et 2 (Saint John et les régions environnantes) au Nouveau-Brunswick. À ce moment, les données disponibles ont été analysées et comparées aux valeurs historiques afin de décrire l'épidémiologie et de déterminer s'il s'agissait d'une aberration ou d'une écloison. Au cours des semaines suivantes, le BMHC a surveillé la situation à l'échelle provinciale, et plus particulièrement la situation dans ces deux régions sanitaires.

Le 27 février 2012, une écloison provinciale a été déclarée en se basant sur des comparaisons avec les valeurs historiques, les taux d'incidence en fonction de l'âge et les données régionales. Au cours de cette écloison, 1 421 cas confirmés ont été signalés à la Santé publique. L'écloison a été déclarée terminée à la fin de janvier 2013 d'après les données épidémiologiques, incluant le retour aux moyennes mobiles sur 5 ans (valeur initiale). Cette écloison a été la plus importante écloison de coqueluche enregistrée à ce jour au Nouveau-Brunswick.

Une équipe de lutte contre l'écloison (ELCE) a été mise sur pied avec des membres du BMHC et les coordonnateurs des régions régionales de la santé en matière de maladies transmissibles (MT). De nombreuses réunions et téléconférences ont été tenues entre le 5 mars 2012 et le 7 février 2013.

La réponse des responsables de la Santé publique à cette écloison comprenait plusieurs aspects, incluant l'élaboration de lignes directrices sur les tests, le traitement et la recherche des contacts, ainsi que des communications avec les cliniciens communautaires, les secteurs gouvernementaux et le public.

Sigles

MT	Maladies transmissibles
CMT	Contrôle des maladies transmissibles
BMHC	Bureau du médecin-hygiéniste en chef
ELCE	Équipe de lutte contre l'écloison
SSMDO	Système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire
PCR	Réaction en chaîne par polymérase
RCSRSP	Réseau canadien de renseignements sur la santé publique
FPT	Fédéral, provincial et territorial
dcaT	diphthérie, coqueluche acellulaire, tétanos

Introduction

Le présent rapport contient une brève description de l'épidémiologie de l'écllosion de coqueluche, des mesures de santé publique mises en place, de la stratégie de communication, des efforts de coordination et des leçons apprises.

1. Épidémiologie de l'écllosion

1.1 Surveillance

1.1.1 Recherche de cas / surveillance accrue

Un système amélioré de surveillance a été élaboré et mis en œuvre pour assurer une surveillance en temps opportun et pour recueillir des données additionnelles sur les cas de coqueluche pouvant jouer un rôle important dans la formulation d'hypothèses, dans la surveillance/description de l'écllosion, dans la détermination des groupes à risque et dans la transmission d'information aux fins des interventions ciblées. Alors que le formulaire et le système amélioré de surveillance étaient en cours d'approbation, les régions ont été invitées à accélérer l'entrée de données sur les cas de coqueluche dans le SSMDO, alors que les épidémiologistes du CMT examinaient les registres de la région 1 pour obtenir de l'information à jour. Le système amélioré de surveillance a été approuvé à l'interne puis mis en œuvre le 9 mars 2012.

Le formulaire amélioré de surveillance a permis de recueillir des données sur :

les données démographiques

les symptômes

les résultats cliniques

les détails sur les liens avec les autres cas

l'état immunitaire

les résultats de laboratoire

Veillez consulter l'annexe 2, Formulaire amélioré de surveillance de la coqueluche au Nouveau-Brunswick.

1.1.2 Définitions des cas

Les définitions de cas suivantes pour la coqueluche ont été utilisées durant cette écllosion.

Définition d'un cas confirmé :

Confirmation en laboratoire de l'infection :

Isolement de la bactérie *B. pertussis* à partir d'un échantillon clinique approprié

OU

Détection de l'ADN de la bactérie *B. pertussis* dans un échantillon clinique approprié **ET** un ou plusieurs des éléments suivants :

toux durant au moins deux semaines;

toux paroxystique de quelque durée que ce soit;

toux avec « chant du coq » à l'inspiration;

quintes de toux se terminant par des vomissements ou des haut-le-cœur, ou associées à une apnée.

OU

lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire ET au moins une des manifestations suivantes pour lesquelles il n'y a aucune autre cause connue :

- toux paroxystique de quelque durée que ce soit;
- toux avec chant du coq inspiratoire;
- quintes de toux se terminant par des vomissements ou des haut-le-cœur, ou associées à une apnée.

Définition d'un cas probable :

Toux durant au moins deux semaines en l'absence de tests de laboratoire appropriés et d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire ET au moins une des manifestations suivantes sans autre cause connue :

- toux paroxystique de quelque durée que ce soit;
- toux avec « chant du coq » à l'inspiration;
- quintes de toux se terminant par des vomissements ou des haut-le-cœur, ou associées à une apnée.

Définition d'un cas suspect :

Au moins une des manifestations suivantes sans autre cause connue :

- toux paroxystique de quelque durée que ce soit;
- toux avec « chant du coq » à l'inspiration;
- quintes de toux se terminant par des vomissements ou des haut-le-cœur, ou associées à une apnée.

Hypothèses

Plusieurs hypothèses ont été considérées. Cependant, le fait que la majorité des cas aient été observés au sein du groupe d'âges des 10-14 ans, alors qu'un grand pourcentage des personnes touchées avaient été immunisées avec 5 doses de vaccin anticoquelucheux, a mené à l'élaboration de l'hypothèse principale voulant qu'il y ait un affaiblissement de l'immunité conférée par le vaccin anticoquelucheux.

1.2 Résumé sur l'épidémiologie

Variation entre les régions

Des 1 421 cas confirmés, 1 186 cas ont été confirmés en laboratoire, tandis que 235 avaient un lien épidémiologique avec un cas confirmé.

Les régions sanitaires les plus touchées (d'après le taux) ont varié au cours de la période d'éclosion. De janvier à juin, le taux le plus élevé pour une région a été mesuré dans les régions 1 et 2. À la mi-juin, l'activité a commencé à diminuer dans ces régions et à augmenter dans les régions 4 et 6 de telle sorte que ces dernières régions ont connu les taux les plus élevés pour une région à compter de ce moment et jusqu'à l'automne. Au cours de l'ensemble de la période de l'éclosion, les taux les plus élevés pour une région donnée variaient au fil du temps. Globalement, la région sanitaire 6 a connu le taux le plus élevé pour une région (407 cas par 100 000 personnes), suivie de la région sanitaire 4 (391 cas par 100 000 personnes).

Graphique 1. Taux d'incidence (par 100 000 personnes) par région et par mois (jusqu'au 4 février 2013)

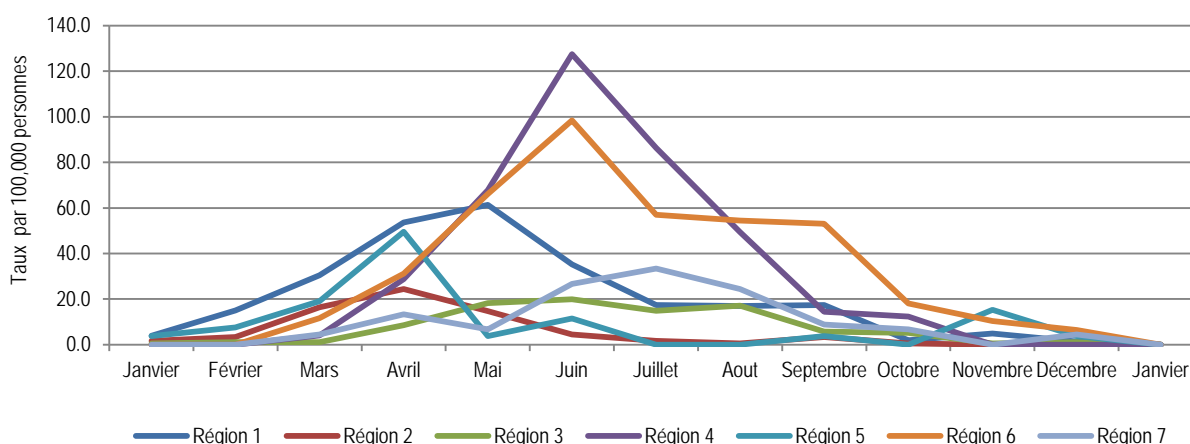


Tableau 1. Taux par région sanitaire par population de 100 000 personnes

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Taux par région	263	71	95	391	118	407	129

Au cours de l'ensemble de la période de l'écllosion, la majorité des cas ont été concentrés dans les régions 1 et 6. La plus grande proportion (60 %) des cas a été observée dans les **R1 et R6**. Le Tableau 2 présente un aperçu de la moyenne annuelle des cas de coqueluche par région sanitaire durant les périodes 2006-2011 et 2012-2013.

Tableau 2. Nombre de cas et pourcentage par région sanitaire, 2006-2013 (jusqu'au 4 février 2013)

	R1		R2		R3		R4		R5		R6		R7		Total
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre
Moy. 2006-2011	18,3	79 %	2	9 %	0,3	1 %	1	4 %	0,3	1 %	0	0 %	1,2	5 %	23,2
2012-2013	537	38 %	126	9 %	165	12 %	190	13 %	31	2 %	314	22 %	58	4 %	1 421

Caractéristiques cliniques et résultats

La majorité des personnes atteintes ont fait état de toux paroxystique (88 %), tandis que 21 % ont mentionné avoir une toux avec chant du coq. Le Tableau 3 présente un aperçu des symptômes signalés.

Tableau 3. Nombre et pourcentage des symptômes signalés* (en date du 4 février 2013)

	Confirmé	
	Nombre	%
Toux non paroxystique	1 088	77 %
Toux paroxystique	1 251	88 %
Chant du coq	293	21 %
Apnée	163	11 %
Haut-le-cœur	584	41 %
Pneumonie	11	1 %
Crises	0	0 %
Autres	328	23 %
Rhinite	92	6 %
Fièvre	59	4 %
Mal de gorge	49	3 %
Difficulté à respirer	31	2 %
Cyanose	8	1 %
Respiration sifflante	4	0 %
Bronchite chronique	6	0 %
Autres	79	6 %

*Des réponses multiples étaient possibles à cette question.

Globalement, 2 % des personnes atteintes ont été hospitalisées (3 hospitalisations à l'unité des soins intensifs [USI], 19 hospitalisations dans un autre service) et aucun décès n'a été signalé. La durée des hospitalisations variait de 1 à 13 jours, tandis que la durée médiane de l'hospitalisation était de 3 jours. Le Tableau 4 présente un aperçu des résultats et des niveaux de soins associés aux cas de coqueluche.

Tableau 4. Résultat et niveau de soins au moment du signalement à la Santé publique, par groupe d'âge (en date du 4 février 2013)

		<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20+		N.-B.	
		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Niveau de soins*	Médecin	9	21 %	45	40 %	83	38 %	222	41 %	50	43 %	153	39 %	562	40 %
	SU	20	47 %	64	57 %	126	57 %	294	55 %	58	50 %	218	55 %	780	55 %
	Hospitalisation (autre service que l'USI)	11	26 %	1	0 %	2	1 %	0	0 %	1	1 %	4	0 %	19	1 %
	USI	3	7 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	3	0 %
Résultat	Guéri	6	14 %	9	8 %	13	6 %	55	10 %	7	6 %	40	10 %	130	9 %
	Non guéri	32	74 %	96	86 %	191	87 %	446	83 %	102	87 %	342	87 %	1 209	85 %
	Décès	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
	Inconnu	5	12 %	7	6 %	15	7 %	35	7 %	8	7 %	12	3 %	82	6 %

*Les totaux ne donnent pas 100 % en raison des données manquantes.

Groupes d'âge

La proportion la plus élevée de cas a été observée dans le groupe d'âge 10-14 ans (38 % des cas), suivi des personnes de 20 ans et plus (28 %), des enfants de 5-9 ans (15 %), des adolescents âgés de 15-19 ans (8 %), des enfants de 1-4 ans (8 %) et des nourrissons de moins d'un an (3 %). Les taux les plus élevés pour un groupe donné ont été mesurés dans le groupe d'âge 10-14 ans (1 337 cas par 100 000 personnes), suivi du groupe d'âge de 5-9 ans (604 cas par 100 000 personnes) et des nourrissons de moins d'un an (583 cas par 100 000 personnes). L'âge médian des personnes atteintes était de 12 ans, l'âge moyen était de 19,2 ans et l'âge des personnes atteintes variait de 0 à 91 ans.

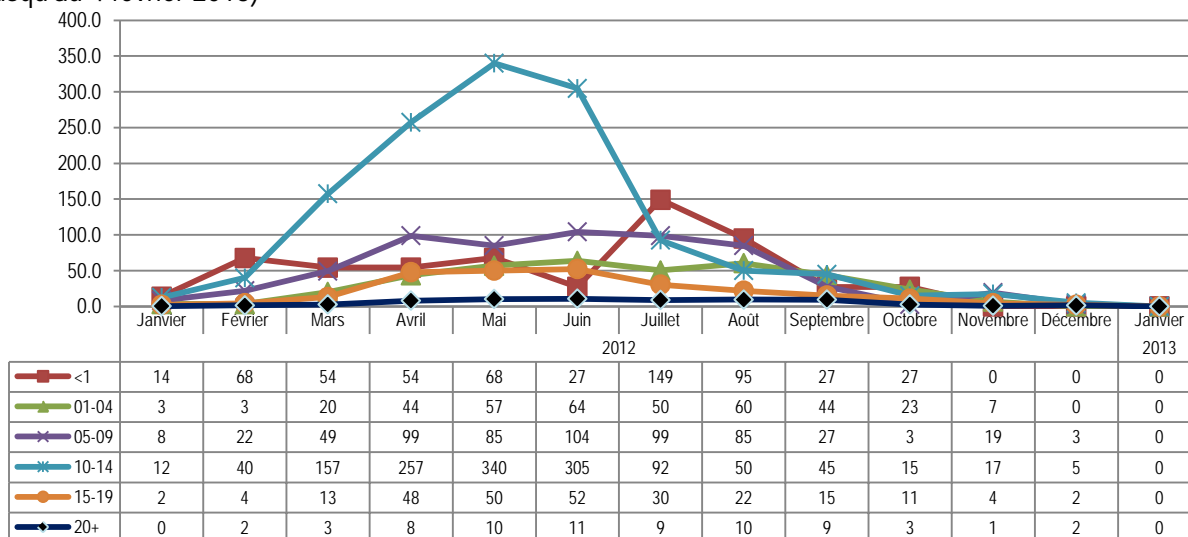
Tableau 5. Nombre de cas et pourcentage des cas par âge et région sanitaire pour 2012 (jusqu'au 4 février 2013)

	R1 (N = 537)		R2 (N = 126)		R3 (N = 165)		R4 (N = 190)		R5 (N = 31)		R6 (N = 314)		R7 (N = 58)		NB (N = 1 421)	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
<1	14	3 %	9	7 %	10	6 %	5	3 %	1	3 %	4	1 %	0	0 %	43	3 %
1-4	35	7 %	16	13 %	20	12 %	20	11 %	2	6 %	17	5 %	2	3 %	112	8 %
5-9	86	16 %	18	14 %	19	12 %	46	24 %	12	39 %	35	11 %	4	7 %	220	15 %
10-14	210	39 %	50	40 %	53	32 %	73	38 %	10	32 %	120	38 %	19	33 %	535	38 %
15-19	49	9 %	5	4 %	19	12 %	9	5 %	3	10 %	29	9 %	3	5 %	117	8 %
20+	143	27 %	28	22 %	44	27 %	37	19 %	3	10 %	109	35 %	30	52 %	394	28 %

Tableau 6. Nombre de cas et taux par groupe d'âge (par 100 000 personnes) par région sanitaire pour 2012 (jusqu'au 4 février 2013)

	R1		R2		R3		R4		R5		R6		R7		N.-B.	
	Nbre	Taux	Nbre	Taux	Nbre	Taux	Nbre	Taux	Nbre	Taux	Nbre	Taux	Nbre	Taux	Nbre	Taux
<1	14	702	9	489	10	535	5	1 042	1	483	4	710	0	0	43	583
1-4	35	436	16	213	20	269	20	1 120	2	234	17	746	2	111	112	376
5-9	86	880	18	198	19	206	46	2 220	12	1 159	35	1 148	4	184	220	604
10-14	210	2 085	50	498	53	531	73	3 034	10	788	120	3 190	19	718	535	1 337
15-19	49	420	5	42	19	173	9	299	3	190	29	674	3	114	117	255
20+	143	86	28	21	44	33	37	95	3	14	109	172	30	85	394	66
Total	537	263	126	71	165	95	190	391	31	118	314	407	58	129	1 421	189

Graphique 2. Taux d'incidence (par 100 000 personnes) en fonction de l'âge au N.-B., par mois en 2012 (jusqu'au 4 février 2013)



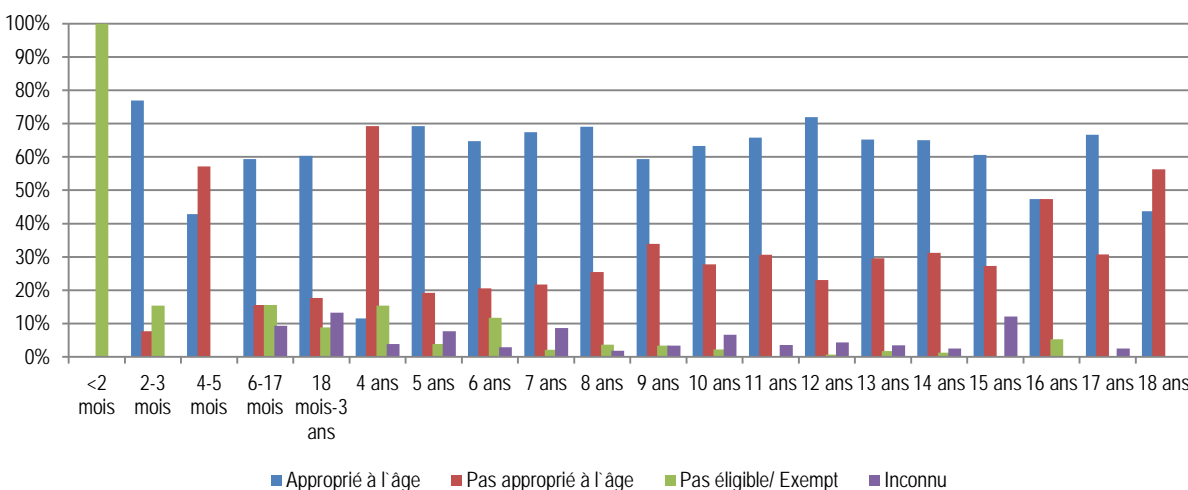
État immunitaire

Moins de la moitié (43 %) des personnes atteintes de coqueluche qui étaient âgées de plus de 4 ans avaient des preuves qu'elles avaient été immunisées avec au moins 5 doses de vaccin anticoquelucheux. Cette proportion variait par groupe d'âge et par région. Le Tableau 7 et le Graphique 5 présentent le pourcentage de cas immunisés avec au moins cinq doses de vaccins anticoquelucheux par région et groupe d'âge.

Tableau 7. Pourcentage de cas immunisés avec au moins cinq doses de vaccins anticoquelucheux pour les cas âgés de 4 à 20 ans ou plus au N.-B. et par région (en date du 4 février 2013)

Groupe d'âge	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	N.-B.
4 à 9 ans	59 %	35 %	18 %	60 %	100 %	89 %	75 %	60 %
10 à 14 ans	67 %	51 %	38 %	66 %	60 %	84 %	79 %	67 %
15 à 19 ans	61 %	50 %	32 %	89 %	0 %	73 %	67 %	59 %
> 20 ans	11 %	0 %	5 %	26 %	0 %	6 %	17 %	10 %
Total	46 %	29 %	19 %	50 %	58 %	52 %	43 %	43 %

Graphique 3 : Pourcentage de vaccination appropriée en fonction de l'âge au N.-B. chez les personnes atteintes de coqueluche jusqu'à 18 ans (jusqu'au 4 février 2013)



Rapports épidémiologiques

Des rapports épidémiologiques internes ont été produits régulièrement au cours de l'écllosion, et ces rapports ont été distribués à l'auditoire cible composé du personnel régional (médecins-hygiénistes, coordonnateurs, gestionnaires et directeurs en matière de maladies transmissibles, coordonnateurs de l'immunisation), de l'équipe du CMT du BMHC et du service des communications du ministère de la Santé. Le plus récent rapport peut être consulté à l'annexe 3.

Déclaration de la fin de l'écllosion

À l'automne, des discussions ont eu lieu au sein de l'équipe du CMT sur les critères utilisés pour déclarer la fin de l'écllosion et pour faire une « déclaration » officielle à l'interne et à l'externe. La fin de l'écllosion a été établie quand le niveau d'activité mesuré dans chaque région était revenu à moins de 2 écarts-types de la moyenne mobile pondérée sur 5 ans (MMP5A) pendant au moins 2 semaines¹. Cependant, les autres considérations comprenaient la poursuite de la surveillance étroite durant la période où des augmentations de l'activité de la coqueluche surviennent normalement (janvier) et la poursuite de la collecte de données pendant un mois complet de surveillance.

2. Laboratoire

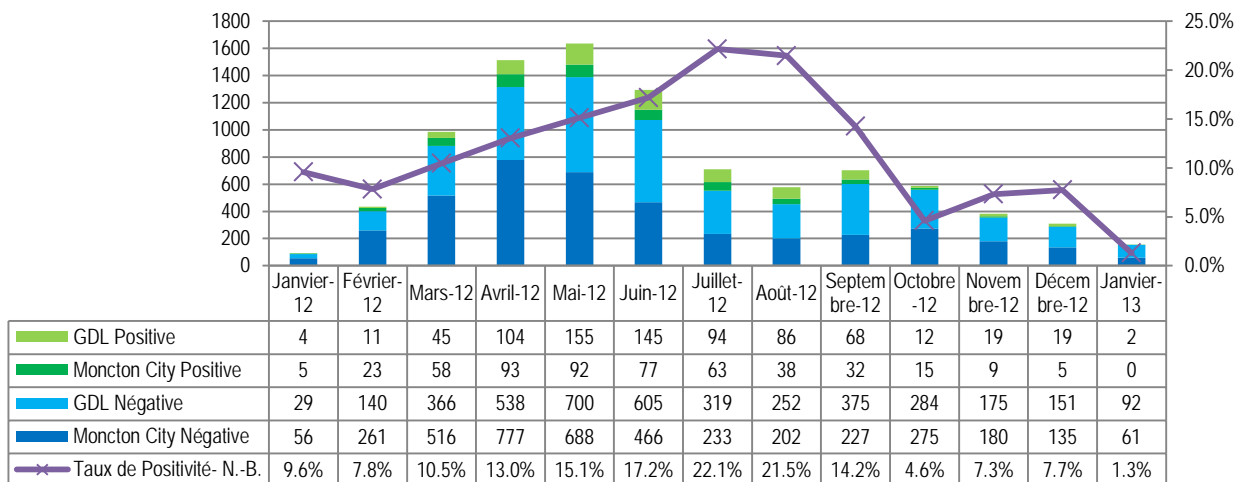
Analyse en laboratoire

Les tests de détection de la coqueluche ont été réalisés par PCR aux laboratoires de l'Hôpital de Moncton et de l'Hôpital Dr-Georges-L.-Dumont. Durant l'écllosion, les données du laboratoire de l'Hôpital de Moncton étaient disponibles sur une base hebdomadaire. Le Graphique 4 représente les tendances pour les taux de

¹ Chaque MMP5A comprend 15 mois de données et est calculée comme suit : les nombres de cas moyens sur 3 mois (comprend le mois avant et après) pour chaque année sont additionnés puis pondérés pour les 5 ans. Par exemple, le calcul de la MMP5A pour décembre 2011 : les moyennes sur 3 mois (nov., déc., janv.) pour chaque année de 2006 à 2010 sont calculées puis pondérées pour les 5 ans.

résultats positifs pour tous les échantillons analysés au Nouveau-Brunswick par les laboratoires de l'Hôpital de Moncton et de l'Hôpital Dr-Georges-L.-Dumont.

Graphique 4. Numération des tests de laboratoire positifs et négatifs pour la coqueluche au N.-B., et taux de résultats positifs par mois, pour la période de janvier 2012 à janvier 2013



Problématique : retards dans l'approvisionnement et les tests

En raison du niveau d'activité élevé et de la sensibilisation accrue des médecins, il y avait une grande demande pour le matériel d'analyse. Durant les premiers stades de l'écllosion, certains problèmes ont été observés en vue d'assurer un approvisionnement suffisant en matériel, mais ces problèmes ont été réglés en quelques semaines.

Également durant les premiers stades de l'écllosion, des retards ont été observés à propos de l'envoi d'échantillons à partir des laboratoires locaux vers les laboratoires de l'Hôpital Dr-Georges-L.-Dumont ou de l'Hôpital de Moncton, ce qui a entraîné des retards sur le plan de la recherche de cas et de la prise en charge des cas. Certains de ces retards ont été attribués à la pratique consistant à envoyer plusieurs échantillons deux fois par semaine plutôt que d'envoyer les échantillons le jour de leur prélèvement.

3. Mesures de santé publique

Lignes directrices relatives à l'écllosion

Des lignes directrices relatives à l'écllosion ont été élaborées au début de l'écllosion à partir de l'information sur les présentations cliniques de la maladie, les définitions de cas, le diagnostic, la surveillance, le signalement et les mesures de Santé publique (prophylaxie, immunisation et isolement). L'objectif de ces lignes directrices relatives à l'écllosion était d'assurer l'adoption d'une approche semblable aux mesures de la Santé publique en cas d'écllosion dans l'ensemble des régions. Les lignes directrices relatives à l'écllosion peuvent être consultées dans l'annexe 4.

Campagnes d'immunisation et recommandations

Puisque la coqueluche est une maladie qui peut être prévenue par la vaccination, durant cette écloison, la priorité a été accordée à l'immunisation de la population générale et plus précisément à l'immunisation des personnes en contact avec des personnes atteintes et des personnes vulnérables. Les objectifs de la campagne d'immunisation étaient les suivants :

Améliorer l'immunité contre la coqueluche au sein de la population générale (conformément au calendrier d'immunisation systématique du Nouveau-Brunswick);

Améliorer l'immunité contre la coqueluche au sein de la cohorte la plus touchée (campagne d'immunisation);

Offrir une protection indirecte aux personnes vulnérables (campagne d'immunisation et immunisation ciblée).

Recommandations sur l'immunisation en situation d'écloison :

Population générale

Il faut s'assurer que le calendrier d'immunisation systématique est respecté et offrir l'immunisation aux personnes qui n'ont pas reçu toutes les doses. Il faut porter une attention particulière à la dose de rappel chez les enfants de quatre ans.

Il faut immuniser les enfants d'âge scolaire et les adolescents (moins de 18 ans) qui sont en contact étroit avec des nourrissons de moins d'un an s'ils n'ont pas reçu un vaccin anticoquelucheux au cours des cinq dernières années.

Il faut immuniser les adultes qui n'ont pas reçu de vaccin anticoquelucheux à l'âge adulte (après 18 ans) et qui sont en contact étroit avec des nourrissons de moins d'un an.

Pour les adultes qui ont déjà reçu un vaccin anticoquelucheux à l'âge adulte (après 18 ans), il n'y a aucune recommandation nationale en faveur de doses de rappel additionnelles, puisque la durée de la protection offerte par le vaccin anticoquelucheux acellulaire est inconnue². Pour ces personnes, le vaccin n'était pas offert par la Santé publique.

Pour protéger les nouveau-nés (de 0 à 2 mois), on peut offrir l'immunisation aux femmes enceintes qui en sont à leur troisième trimestre de grossesse dans les régions touchées. Une telle immunisation est optionnelle et laissée à la discrétion des médecins traitants. Pour les mères qui ne sont pas immunisées durant leur grossesse, il faut leur offrir l'immunisation après leur accouchement.

Cas et contacts

Les personnes atteintes de coqueluche doivent être immunisées après leur guérison et selon le calendrier d'immunisation systématique si leur immunisation n'est pas à jour.

On doit offrir aux contacts étroits d'un cas qui ne sont pas immunisés ou seulement partiellement immunisés l'immunisation selon le calendrier d'immunisation systématique. Toutefois, dans le cas d'une écloison, le médecin-hygiéniste doit avoir une marge de manœuvre pour appliquer les intervalles minimums d'administration d'un vaccin anticoquelucheux.

La campagne d'immunisation associée à l'écloison ciblait les élèves de 6^e, 7^e et 8^e années scolaires dans les régions sanitaires 1 et 2 :

La décision de lancer la campagne d'immunisation dans les écoles des régions sanitaires 1 et 2 a été prise en tenant compte de plusieurs éléments. Le groupe d'âge le plus touché était les enfants de 10 à 14 ans. Dans les premiers stades, l'écloison était concentrée dans les régions sanitaires 1 (région de Moncton) et 2

² *Guide canadien d'immunisation*, Agence de santé publique du Canada, 7^e édition, 2006.

(région de Saint John), tandis que des cas sporadiques étaient observés dans le reste de la province. Enfin, les programmes d'immunisation en milieu scolaire sont plus efficaces pour obtenir des taux de vaccination élevés, et ils sont considérés comme étant la meilleure approche.

Des considérations budgétaires, les restrictions liées au temps et des préoccupations liées à l'approvisionnement en vaccins ont été prises en compte dans la décision de ne pas mettre en œuvre une campagne d'immunisation à l'échelle provinciale à ce moment. On prévoyait que l'immunisation des enfants d'âge scolaire au printemps pourrait prévenir l'augmentation continue des cas de coqueluche durant les mois d'été.

La campagne d'immunisation a été lancée avant la fin de l'année scolaire (avril et mai 2012) pour les élèves de 6^e, 7^e et 8^e années des régions sanitaires les plus touchées. Environ 74 % des élèves de 6^e, 7^e et 8^e années des régions 1 et 2 ont été immunisés. Des 26 % qui n'ont pas été immunisés, 73 % n'avaient pas rapporté leurs formulaires de consentement. On a offert l'immunisation par le dcaT au début de l'automne aux élèves des autres régions. Le rapport complet peut être consulté à l'annexe 2.

Campagne d'immunisation automnale

Une campagne d'immunisation en milieu scolaire pour toutes les autres régions a été mise en œuvre à l'automne 2012. Le vaccin dcaT a été offert aux élèves de 7^e, 8^e et 9^e années (ces élèves sont dans le même groupe d'âges que les élèves ciblés au printemps 2012 dans les régions sanitaires 1 et 2).

Le taux d'immunisation associé à la campagne automnale variait de 75 % dans la région sanitaire 3 à 96 % dans la région sanitaire 6.

Des plans ont été élaborés pour recommencer la campagne d'immunisation systématique par le dcaT chez les adolescents en milieu scolaire 2012-2013 pour les élèves de 7^e année, mais avec une vaccination de rattrapage pour la 8^e et la 9^e années.

4. Communications

Médias

Plusieurs communiqués de presse ont été publiés pour informer le public de l'éclosion de coqueluche et pour souligner l'importance de la promotion de l'immunisation. Au total, trois communiqués de presse ont été publiés en février, mars et septembre.

En plus des communiqués de presse, plusieurs demandes ont été faites de la part des médias (télévision, radio, journaux) en vue de parler de la situation au Nouveau-Brunswick. Ces demandes d'information ont mené à la publication de renseignements concernant l'éclosion sur le site Web du BMHC.

Une séance d'information technique a été tenue en mai 2013 en vue d'annoncer la fin de l'éclosion de coqueluche.

Cliniciens

Les cliniciens ont été informés de l'éclosion par le BMHC au moyen de lettres, d'articles dans le Bulletin de surveillance des maladies et de présentations par le ministère de la Santé (MS) dans les régions (aux professionnels de la santé dans les établissements de soins aigus et les centres hospitaliers). Les lettres

ont été expédiées en mars, mai et septembre. Les lettres ont aussi été incluses sur la page des professionnels de la santé du site Web du BMHC.

Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance

Le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance a été informé par lettre et par téléphone de l'éclosion de coqueluche et de la campagne d'immunisation à venir en milieu scolaire.

Télé-Soins

Télé-Soins a été informé sur une base régulière de la situation de l'éclosion et des conseils à donner au public.

Site Web

La page Web sur la coqueluche contenait des fiches d'information sur la maladie et le vaccin ainsi que de l'information sur les campagnes d'immunisation.

En raison des fréquentes demandes de la part des médias, des rapports hebdomadaires sur la situation de l'éclosion et sur la distribution des cas par semaine et par région ont été affichés sur le site Web à partir de juin. Le site Web a été beaucoup consulté en 2012, avec des pointes autour du moment où les communiqués de presse étaient publiés ou quand on notait une attention médiatique. Au total, 7 000 visites ont été faites sur la page Web portant sur la coqueluche. Les utilisateurs sont restés sur la page Web en moyenne pendant 2 minutes.

ASPC / autres administrations

L'ASPC et les autres administrations ont été tenues à jour à propos de l'épidémiologie actuelle au moyen d'alertes de la part du RCRSP, de présentations par divers réseaux de Santé publique FPT, par l'entremise de l'Eastern Border Health Initiative et de ProMed, par la distribution de rapports internes du N.-B., par des communications personnelles avec des collègues de la Santé publique d'autres administrations, etc.

Campagne sur Facebook

Pour augmenter le taux d'immunisation par le dcaT au cours de la campagne automnale, une campagne Facebook a été lancée en ciblant les élèves de 7^e, 8^e et 9^e années ainsi que leurs parents ou tuteurs potentiels. Une publicité a été créée pour Facebook, et en cliquant sur celle-ci, les utilisateurs étaient dirigés vers la page Web sur la coqueluche où ils pouvaient obtenir de l'information sur la campagne d'immunisation, la maladie et le nombre de cas.

5. Coordination

5.1 Équipe interne du BMHC

Les réunions de l'équipe interne du BMHC sur l'éclosion ont eu lieu à intervalles réguliers. Au cours des premiers stades de l'éclosion et au moment du pic de l'éclosion, l'équipe s'est rencontrée toutes les

semaines. L'équipe interne sur l'éclosion était constituée du médecin-hygiéniste provincial pour le Contrôle des maladies transmissibles, du directeur de la Direction du contrôle des maladies transmissibles, d'un épidémiologiste, d'un agent de surveillance, d'un responsable de la liaison avec les laboratoires et de conseillers principaux des programmes pour la maladie et l'immunisation.

5.2 Réunions régionales

Les réunions régionales de l'équipe de lutte contre l'éclosion ont été mises sur pied en mars 2012. L'équipe provinciale de lutte contre l'éclosion était constituée de l'équipe interne du BMHC sur l'éclosion, de médecins-hygiénistes, de coordonnateurs de la lutte contre les maladies transmissibles et d'infirmières de la Santé publique pour chaque région sanitaire. Au cours des premiers stades de l'éclosion et au moment du pic de l'éclosion, les réunions avaient lieu de façon hebdomadaire. La fréquence a plus tard été ajustée en fonction des besoins, et les réunions ont eu lieu aux deux semaines ou une fois par mois.

6. Apprentissages clés

Une séance de récapitulation interne du BMHC a eu lieu le 11 février 2013. La séance de récapitulation avec les régions a eu lieu le 14 février 2013. Vous trouverez ci-dessous une liste des secteurs à améliorer d'après les commentaires de l'équipe.

Activités de l'ELCE

Pour les éclosions de longue durée, il est recommandé d'incorporer des évaluations régulières tout au long de la période d'éclosion, ce qui pourrait permettre de déceler toute difficulté et de trouver des solutions optimales durant l'intervention.

Les principales étapes du processus, comme l'établissement du programme, la durée et la fréquence des réunions ainsi que l'identification des personnes devant y prendre part, l'établissement des rôles et responsabilités, de même qu'un plan de communication précisant l'auditoire, la fréquence des rapports, etc., doivent être déterminées au début de l'éclosion et réévaluées au besoin. Cela pourrait être incorporé dans un modèle normalisé pour les termes de référence des équipes d'intervention en cas d'éclosions, lequel modèle serait adapté en fonction de chaque situation sur convocation de l'équipe.

Surveillance et signalement de la maladie

En l'absence de surveillance en temps réel, le signalement en temps opportun des cas de maladies contagieuses dans le SSMDO ou des alertes au moyen d'appels hebdomadaires avec les régions permettrait de déceler plus tôt les aberrations ou les éclosions comparativement au processus actuel, ce qui serait bénéfique pour les régions en vue d'assurer le suivi et les orientations de la Santé publique.

Dans les premiers stades d'une éclosion, il faut clarifier les définitions de cas utilisées à des fins de surveillance ou de déclenchement des mesures de santé publique pour éviter tout retard dans le processus de prise de décisions.

Les lignes directrices pour la déclaration d'une écloison dans un établissement scolaire doivent être élaborées.

Une discussion et un accord autour des échéanciers et des processus améliorés de surveillance de la maladie doivent avoir lieu d'entrée de jeu. Cela aurait pour but d'équilibrer les exigences en matière de production de rapports du BMHC avec les besoins régionaux, et ce, tout en répondant aux exigences de la *Loi sur la santé publique* et de ses règlements d'application.

La transmission par le BMHC de rapports actualisés réguliers sur la situation et l'épidémiologie est une stratégie recommandée pour toutes les situations d'éclosions et d'interventions.

Système de gestion de la qualité

Il est recommandé que des mesures de contrôle de la qualité soient mises en œuvre à l'échelle régionale et provinciale pour assurer la qualité des livrables (p. ex., constance / exhaustivité des données sur les formulaires améliorés de surveillance; disponibilité / exactitude des données dans le SSMDO, etc.).

Communications

Un plan de communication fondé sur les risques comprenant des échéanciers, des auditoires ciblés et des infocapsules proactives et réactives doit être mis au point au début de l'éclosion et mis à jour au besoin. Une analyse des réseaux sociaux pour des éclosions similaires est recommandée; cependant, le fait de clarifier et de convenir à l'avance de l'information requise permettrait de faire preuve d'uniformité dans la collecte de données. Les régions doivent avoir accès aux outils sur les médias sociaux.

Il est important de communiquer avec les cliniciens de façon précoce dans le cadre de l'intervention afin de les aviser de l'éclosion et de chercher à obtenir leur aide en vue de détecter les cas.

On recommande que les communications destinées aux cliniciens soient brèves et peu fréquentes, et on indique que l'utilisation d'autres modalités comme les séances scientifiques et le Bulletin de surveillance des maladies pourraient favoriser davantage la participation des cliniciens comparativement aux documents imprimés tout en étant plus facilement accessibles et plus efficaces.

Recherche

On recommande la mise en place en temps opportun de processus pour la recherche appliquée en santé publique, notamment l'approbation accélérée des questions éthiques. Dans le contexte d'une écloison, la recherche serait notamment utile pour décrire l'épidémiologie, déterminer la source et évaluer l'efficacité du vaccin ou l'affaiblissement de l'immunité avec plus d'exactitude.

Lacunes

On recommande fortement la mise en place d'un registre provincial centralisé sur l'immunisation pour évaluer plus efficacement les taux d'immunisation et la couverture, et pour planifier et évaluer les interventions ciblées.

