

Bulletin de surveillance des maladies du Nouveau-Brunswick

Bureau du médecin-hygiéniste en chef

Introduction

Voici le quatorzième numéro du *Bulletin de surveillance des maladies du Nouveau-Brunswick*. Vous y trouverez un article sur l'importance de l'allaitement mentionnant des statistiques courantes et présentant des ressources de l'Initiative Amis des bébés. De plus, nous vous présentons le *Guide d'immunisation du Nouveau-Brunswick*. Ce nouveau guide est propre au Nouveau-Brunswick et fournit aux vaccinateurs des indications sur l'administration de vaccins sûrs et efficaces.

Nous poursuivons avec une mise à jour sur l'épidémie de coqueluche au Nouveau-Brunswick. Nous vous proposons aussi une vue d'ensemble d'infection à l'hépatite C, qui vous fournira des renseignements sur les facteurs de risque, l'épidémiologie, le dépistage, le traitement et la prévention de cette maladie. De plus, nous nous pencherons ensuite sur la saison grippale 2012-2013; nous ferons état de l'épidémiologie de la saison grippale jusqu'à maintenant au Nouveau-Brunswick et au Canada et nous discuterons des composants du vaccin de cette année.

Comme toujours, nous accueillons vos commentaires et suggestions de thèmes avec plaisir. Il vous suffit de les envoyer à l'adresse alex.doroshenko@gnb.ca.

L'allaitement maternel, une question de santé publique plutôt qu'un choix de mode de vie

Le rôle essentiel de l'allaitement maternel

Il existe de nombreuses preuves incontestables que l'allaitement maternel constitue une mesure préventive très efficace pour protéger d'entrée de jeu la santé du nourrisson, de l'enfant et de la mère.

« Le lait maternel est adapté à l'espèce et offre une matrice bioactive unique d'éléments qui ne peuvent être reproduits par les préparations artificielles. Il contient des éléments cellulaires vivants, des substances immunoréactives et des hormones ainsi que d'autres éléments nutritifs nécessaires pour une croissance, une santé et un développement optimaux du nouveau-né. Le lait maternel est à la fois la norme physiologique et l'alimentation idéale pour le nourrisson humain [1]. »

« L'allaitement exclusif est la référence ou le modèle normatif avec lequel tous les autres modes d'alimentation doivent être comparés en ce qui a trait à la croissance, à la santé, au développement et à tout autre type de résultats à court et à long terme [2]. » [traduction] Les enfants qui ne sont pas nourris au lait maternel risquent davantage de présenter des problèmes de santé, comme l'illustre le **tableau 1** [2].

En plus de diminuer le risque de nombreuses maladies infantiles fréquentes, l'allaitement maternel joue un rôle important dans la prévention de l'obésité et de maladies chroniques comme le diabète de type 1 et 2, tous deux très répandus au sein de notre

population [3]. L'allaitement maternel est aussi associé à une diminution de l'incidence du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) et à l'obtention de meilleurs résultats à des tests neurocognitifs [4, 5, 6]. Il s'agit également d'une importante mesure préventive pour la mère, puisqu'il est associé à une diminution de l'incidence du cancer du sein et du cancer de l'ovaire [1].



Santé Canada et la Société canadienne de pédiatrie recommandent l'allaitement maternel **exclusif** pendant les **six premiers mois** de vie, puis la poursuite de l'allaitement combiné à une alimentation complémentaire appropriée au moins jusqu'à l'âge de **deux ans** [7, 8].

Situation provinciale actuelle de l'allaitement maternel

Le taux national d'initiation à l'allaitement a grimpé significativement à 88,4 p. 100 en 2011 de 84,8 p. 100 en 2003, mais, selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), le taux d'initiation du Nouveau-Brunswick, qui se chiffre à 69,5 p. 100, demeure l'un des plus bas au pays. Seulement 20,9 p. 100 des bébés du Nouveau-Brunswick étaient nourris exclusivement au lait maternel à l'âge de six mois d'après les données de l'ECSS de 2011, ce qui ne respecte pas la recommandation de Santé Canada préconisant l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie [9].

L'Initiative des Amis des bébés, une stratégie visant à augmenter le taux d'allaitement maternel

Afin de contribuer à créer un milieu qui protège, encourage et soutient l'allaitement maternel, le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick a adopté l'**Initiative des Amis des bébés (IAM)** en janvier 2006. Par suite de cette mesure, on a demandé à tous les hôpitaux, services de santé publique et centres de santé communautaire qui travaillent auprès des mères, des bébés et de leur famille de prendre des dispositions visant à obtenir la désignation « ami des bébés ».

Tableau 1. Excès de risques pour la santé associés à l'absence d'allaitement maternel

Résultat	Excès de risque * (%) (IC de 95 %)	Groupe de référence
Chez les enfants nés à terme		
Otites aiguës	100	PNE vs AME pendant de 3 à 6 mois
Eczéma	47	AME < 3 mois vs AME ≥ 3 mois
Infection gastro-intestinale	178	Aucun AM vs AM
Hospitalisation pour une maladie récurrente des voies respiratoires au cours de la première année	257	Aucun AM vs AME ≥ 4 mois
Asthme avec antécédents familiaux	67	AM < 3 mois vs ≥ 3 mois
Asthme, aucun antécédent familial	35	AM < 3 mois vs ≥ 3 mois
Obésité infantile	32	Aucun AM vs AM
Diabète de type 2	64	Aucun AM vs AM
Leucémie lymphoïde aiguë	23	Aucun AM vs > 6 mois
Leucémie myéloïde aiguë	18	Aucun AM vs > 6 mois
Syndrome de mort subite du nourrisson	56	Aucun AM vs AM
Parmi les enfants nés avant terme		
Entérocolite nécrosante néonatale	138	Aucun AM vs AM

L'Initiative des Amis des bébés est la norme fondée sur des données probantes pour les politiques et les pratiques d'allaitement maternel dans les hôpitaux et les services de santé communautaire élaborée par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Pour obtenir davantage de renseignements sur l'Initiative des Amis des bébés, visitez les sites suivants :

- <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594950/en/index.html> (en anglais seulement)
- <http://www.breastfeedingcanada.ca/>
- <http://www.unicef.org/babyfriendly/> (en anglais seulement)

En tant que médecins, vous vous trouvez en situation idéale pour contribuer au soutien initial et constant de la dyade de l'allaitement maternel. Vous pouvez encourager l'hôpital où vous offrez vos services à devenir un « ami des bébés » ou veiller à ce que l'environnement de votre cabinet favorise la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement maternel. Vous pourriez également explorer les ressources offertes sur la gestion de l'allaitement maternel.

Références :

1. C. M. Pound et S. L. Unger, « L'Initiative Amis des bébés : protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement », *Paediatrics & Child Health* (en ligne), vol. 17, no 6 (2012), p. 322-326, <http://www.cps.ca/fr/documents/position/initiative-amis-des-bebes-allaitement>.
2. États-Unis, U.S. Department of Health and Human Services, *The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding* (en ligne), Washington (D.C.), U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2011, <http://www.surgeongeneral.gov/library/calls/breastfeeding/calltoactiontosupportbreastfeeding.pdf>.
3. Nouveau-Brunswick, Bureau du médecin-hygiéniste en chef, *Le diabète au Nouveau-Brunswick : 1998-2007* (en ligne), Fredericton, Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, 2010, http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/diabetes_report_1998-2007-f.pdf.
4. M. M. Venneman et coll., « Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? », *Pediatrics* (en ligne), vol. 123, no 3 (2009), p. e406-410, <http://pediatrics.aappublications.org/content/123/3/e406.full>.
5. J. W. Anderson, B. M. Johnstone et D. T. Remley, « Breast-feeding and cognitive development: A meta-analysis », *American Journal of Clinical Nutrition* (en ligne), vol. 70, no 4 (1999), p. 525-535, <http://www.ajcn.org/content/70/4/525.full>.

*L'excès de risque est estimé au moyen des rapports de cotes mentionnés dans les études citées.

ûC = intervalle de confiance
 PNE = préparations pour nourrissons exclusivement
 AME = allaitement maternel exclusif
 AM = allaitement maternel

Source : Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis. *The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding*, Washington D.C., Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, Bureau du Directeur du Service de santé publique, 2011.

6. C. McCrory et R. Layte, « The effect of breastfeeding on children's educational test scores at nine years of age: results of an Irish cohort study », *Social Science & Medicine* (en ligne), vol. 72, no 9 (1 mai 2011), p. 1515-1521, <http://highwire.stanford.edu/cgi/medline/pmid;21474223>.
7. Santé Canada, « La nutrition du nourrisson né à terme et en santé – Énoncé du groupe de travail mixte suivant : Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada », *Santé Canada* (en ligne), 2005, http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/infant-nourrisson/nut_infant_nourrisson_term-fra.php.
8. M. Boland, « Document de principes : La nutrition du nourrisson né à terme et en santé et des recommandations relatives à l'allaitement maternel exclusif », *Paediatrics & Child Health* (en ligne), vol. 10, no 3 (2005), p. 148, <http://www.cps.ca/fr/documents/position/nutrition-nourrisson-ne-a-terme-en-sante>. Réapprouvé en février 2009.
9. Statistique Canada, « Tableau 105-0501 : Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires », CANSIM (base de données), site Web de Statistique Canada (distributeur), version mise à jour le 20 juillet 2012, <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a01?lang=fra>.

Guide du programme d'immunisation du Nouveau-Brunswick

Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef présente une version révisée du *Guide du programme d'immunisation du Nouveau-Brunswick*. Le nouveau guide est propre au Nouveau-Brunswick et fournit aux vaccinateurs des indications sur l'administration de vaccins sûrs et efficaces.

Le guide est destiné à tous les fournisseurs de vaccins financés



par l'État. Il expose les dispositions législatives, les politiques, les normes et les lignes directrices nécessaires pour protéger la population du Nouveau-Brunswick contre les maladies pouvant être prévenues par un vaccin. Il comprend notamment des dispositions législatives exigeant que les vaccinateurs remettent un document d'immunisation aux personnes vaccinées : *Le médecin, l'infirmière praticienne ou l'infirmière qui administre un vaccin à une personne doit lui fournir un document attestant de l'immunisation établi au moyen du formulaire fourni par le Ministre. Ce document renferme, quant à la personne vaccinée, les renseignements suivants : a) le nom de la personne et sa date de naissance; b) son numéro d'assurance-maladie; c) le nom de la maladie pour laquelle le vaccin a été administré; d) la date à laquelle le vaccin a été administré* (Règlement du Nouveau-Brunswick 2009-136, article 14 pris en vertu de la *Loi sur la santé publique*).

Le guide est accessible à l'adresse <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/MaladiesTransmissibles/ProfessionnelsEnSantePublique/GuideDuProgrammeDimmunisationDuN-B.pdf>

Saison grippale 2012-2013

Activité grippale à l'échelle internationale à ce jour

En date du 14 septembre 2012, le taux de transmission de la grippe dans tous les pays déclarants des régions tempérées de l'hémisphère Nord est faible, c'est-à-dire qu'il se trouve à des niveaux hors saison. En zone tropicale, la

Ressources sur la gestion de l'allaitement maternel à l'intention des médecins

Organisation mondiale de la Santé : *L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant* <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241597494/en/index.html> (en anglais seulement; autres publications sur le sujet en français : <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/fr/index.html>)

Université de Manitoba : Curriculum en ligne sur l'allaitement http://umanitoba.ca/faculties/medicine/units/obstetrics_gynecology/breastfeeding.html (en anglais seulement)

Informations sur l'allaitement de *Breast Feeding Inc.* <http://www.breastfeedinginc.ca/content.php?pagename=information> (en anglais seulement)

Comment rendre votre cabinet propice à l'allaitement

- Apposer des affiches encourageant l'allaitement.
- Permettre et encourager l'allaitement dans le cabinet et la salle d'attente. Mettre une section réservée confortable à la disposition des mères qui préfèrent allaiter dans l'intimité.
- Éviter de faire de la publicité pour les préparations commerciales pour nourrissons en distribuant aux mères des échantillons gratuits, des bons de réduction ou du matériel promotionnel commandité par les fabricants de ces produits. S'assurer que les documents d'information et les magazines à l'intention des patients ne font pas de publicité pour les préparations commerciales pour nourrissons.
- Informer toutes les femmes enceintes de l'importance de l'allaitement maternel et des risques associés à l'absence d'allaitement afin qu'elles puissent prendre une décision éclairée sur l'alimentation des nourrissons.
- Encourager l'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de vie et décourager la supplémentation inappropriée.
- Veiller à aborder la question de l'allaitement maternel et à l'encourager à chaque consultation et féliciter les mères d'avoir choisi et de poursuivre l'allaitement.
- Obtenir ou tenir une liste des ressources communautaires en allaitement (p. ex. conseillère en allaitement, clinique d'allaitement, groupe de soutien, lieux de location de tire-lait).



plupart des pays ont signalé des tendances faibles ou à la baisse de la grippe, à l'exception du Nicaragua, en Amérique, où on a observé surtout des cas de grippe B, et de l'Inde et de la Thaïlande, en Asie, où on a observé des cas de grippe A (H1N1) pdm09 et de grippe B. L'activité grippale a diminué dans la plupart des pays tempérés de l'hémisphère Sud. L'Australie, le Chili, le Paraguay, la Nouvelle-Zélande et l'Afrique du Sud continuent à signaler une diminution des indicateurs de la grippe. L'Argentine, de son côté, continue à signaler un très petit nombre de cas par rapport aux saisons précédentes [1].

Depuis la fin de juillet 2012, les États-Unis ont signalé davantage de cas de variante du virus A (H3N2) (H3N2v). Les virus A (H3N2v) sont des virus hybrides de la grippe porcine qui affectent les porcs depuis plus de dix ans. Les premiers cas humains d'infection par le virus A (H3N2v) ont été constatés aux États-Unis en juillet 2011. Cependant, le nombre de cas signalés a augmenté au cours des derniers mois. Au 20 septembre 2012, 317 cas ont été détectés chez des humains, dont 305 depuis juillet 2012. À ce jour, les signes et les symptômes cliniques, ainsi que la virulence de la maladie, ressemblent à ceux de la grippe saisonnière. Seize patients ont été hospitalisés et un patient âgé souffrant de problèmes de santé sous-jacents est décédé. La plupart des cas signalés sont survenus chez des personnes ayant été en contact direct ou indirect avec des porcs avant de contracter la maladie (dans les foires agricoles, par exemple). En 2011, on a observé que certaines personnes avaient contracté le virus par transmission interhumaine et, plus récemment, soit en août 2012, trois patients qui avaient déjà été en contact avec des porcs ont contracté le virus par ce même type de transmission. Jusqu'ici, de nombreux cas du virus A (H3N2v) ont eu lieu chez des enfants [2].

Par suite d'une surveillance accrue du virus A (H3N2v), on a observé depuis juillet 2012 un cas de variante du virus A (H1N1) (H1N1v) et trois cas de variante du virus A H1N2 (H1N2v) aux États-Unis. Le séquençage a révélé que ces deux variantes contiennent également le gène M du virus A (H1N1) pdm09. Ces infections sont survenues chez des patients qui avaient été en contact avec des porcs. Un patient a dû être hospitalisé et tous les quatre se sont remis de leur maladie. Il s'agit du premier signalement d'un virus H1N2v possédant le gène M du virus (H1N1) pdm09 et du deuxième signalement d'un virus H1N1v porteur de ce même gène (le premier signalement a été effectué en décembre 2011) [3, 4]. A date un cas humain de grippe H1N1v a été signalé à Ontario.

Activité grippale au Canada à ce jour

En date du 8 septembre 2012, l'activité grippale demeure faible dans l'ensemble du Canada. Toutefois, plusieurs régions ont signalé une activité sporadique ou localisée au cours des dernières semaines. La proportion de résultats positifs aux tests de la grippe se situe sous la barre des 1 p. 100 depuis le 1er juillet. Pendant presque tout le mois de juin et le début du mois de juillet, le taux national de syndrome grippal (SG) était plus élevé que prévu, très probablement en raison de la

propagation d'autres virus respiratoires tels que le rhinovirus. Depuis la mi-juillet, le taux de SG est revenu à la normale. Au Canada, seulement quatre éclosions de grippe ont été signalées depuis la fin du mois de mai et elles sont toutes survenues dans des établissements de soins de longue durée [5].

Réseau des praticiens sentinelles de l'influenza du Nouveau-Brunswick. Demande de sites supplémentaires

Le système de surveillance de la grippe du Nouveau-Brunswick permet à la Santé publique de surveiller et de détecter les fluctuations de l'activité grippale, des taux de morbidité et de mortalité, d'intervenir en cas de ce genre de fluctuations et de détecter rapidement les nouvelles souches. Le Réseau des praticiens sentinelles de l'influenza du Nouveau-Brunswick (RPSI NB) joue un rôle important dans la surveillance de la grippe. Les sites du RPSI NB sont composés de médecins et d'infirmiers/infirmières bénévoles qui travaillent dans plusieurs établissements de santé (p. ex. urgences, cliniques sans rendez-vous, foyers de soins, cabinets de médecin, centres de santé communautaire) à travers la province. Une fois par semaine, les sites transmettent des renseignements sur le nombre de patients atteints d'un syndrome grippal (SG) et prélèvent des échantillons en laboratoire auprès des patients présentant des symptômes correspondant au SG.

Vous trouverez des renseignements sur le RPSI NB à la section « Professionnels de la santé » du site Web du Bureau du médecin-hygiéniste en chef à l'adresse : http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmh/c/professionnels_sante/maladie.html

Vaccin contre la grippe

Formulation du vaccin

Le vaccin trivalent saisonnier pour 2012-2013 contient trois composants :

Virus analogue à A/California/7/2009 (H1N1pdm09), virus analogue à A/Victoria/361/2011(H3N2) et virus analogue à B/Wisconsin/1/2010 (lignée B/Yamagata).

La seringue préremplie à dose unique AgrifluMD et les flacons de 10 doses de FLUVIRALMD pourront être utilisés dans le cadre du programme de Santé publique.

Admissibilité au vaccin

Critères d'admissibilité au vaccin antigrippal 2012-2013

- Les adultes et les enfants souffrant des maladies chroniques suivantes :
 - troubles cardiaques et pulmonaires chroniques (notamment dysplasie broncho-pulmonaire, fibrose kystique et asthme),

- diabète sucré et autres maladies métaboliques,
- cancer, immunodéficience, immunodépression (due à des pathologies ou à des traitements sous-jacents),
- maladies rénales,
- anémie ou hémoglobinopathie,
- affections qui entravent l'épuration des sécrétions respiratoires et qui peuvent augmenter le risque d'aspiration,
- enfants et adolescents atteints de troubles traités sur de longues périodes par de l'acide acétylsalicylique.
- les personnes de tous âges résidant dans des foyers de soins ou des établissements de soins pour malades chroniques;
- les personnes de 65 ans et plus;
- les enfants en santé de six mois à 18 ans;
- femmes enceintes;
- les personnes capables de transmettre la grippe aux personnes à risque élevé :
 - contacts familiaux (adultes et enfants) des personnes présentant un risque élevé de complications associées à la grippe (que la personne à risque élevé soit immunisée ou non), comme indiqué dans la section ci-dessus,
 - contacts familiaux des enfants âgés de moins de six mois,
 - contacts familiaux des enfants âgés de six à 59 mois,
 - personnes faisant partie d'un ménage où la mère accouchera pendant la saison grippale.

Posologie et calendrier

Les enfants et les adultes qui ont déjà reçu une dose de vaccin antigrippal saisonnier et tous les autres adultes devraient recevoir une dose de vaccin antigrippal par année. Les enfants âgés entre six mois et neuf ans qui reçoivent le vaccin antigrippal saisonnier pour la première fois devraient recevoir deux doses, à un intervalle d'au moins quatre semaines.

En ce qui concerne le VTI injecté par voie intramusculaire, la dose est de 0,5 ml, quel que soit l'âge de la personne vaccinée.

L'allergie aux œufs n'est plus considérée comme une contre-indication à l'administration du VTI. Ce vaccin peut être administré aux personnes allergiques aux œufs sans test cutané préalable, sur la base d'une évaluation des risques de réaction grave qui guidera la méthode de vaccination.

La déclaration 2012-2013 du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommande d'éviter de revacciner les personnes qui ont présenté un syndrome de Guillain-Barré dans les six semaines suivant la vaccination. La déclaration 2011-2012 parlait plutôt d'un délai de huit semaines [6].

Surveillance de la grippe A (H3N2v)

Pour améliorer la détection précoce de la grippe A (H3N2v) au Nouveau-Brunswick, nous demandons aux cliniciens de procéder comme suit :

1. Demander aux patients qui présentent des symptômes compatibles avec un syndrome grippal (SG)[±] s'ils ont été exposés à des porcs, placés en contact avec ces derniers ou avec des personnes y ayant été exposées. Envisager le virus A (H3N2v) lors du diagnostic différentiel de patients présentant des troubles respiratoires fébriles et ayant été en contact avec des porcs dans la semaine avant l'apparition des symptômes.
2. Si une grippe A (H3N2v) est soupçonnée, effectuer un prélèvement du nasopharynx sur le patient et :
 - indiquer sur le formulaire de demande d'analyse toute exposition aux porcs, les voyages récents du patient, le statut de vaccination contre la grippe, le traitement antiviral dispensé (ou l'échec du traitement), la gravité de la maladie, le statut d'hospitalisation et l'admission à l'unité de soins intensifs, le cas échéant;
 - envoyer le prélèvement, accompagné du formulaire de demande, au laboratoire local dans un milieu de transport viral adapté. Les laboratoires locaux organiseront le transport du prélèvement vers le laboratoire de l'Hôpital Dr-Georges-L.-Dumont.
3. Comme le veut la pratique habituelle, veuillez consulter un spécialiste en maladies infectieuses si vous avez des questions au sujet du traitement clinique. S'il y a lieu, l'oseltamivir et le zanamivir devraient être efficaces dans le traitement du virus H3N2v.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé, « Influenza Update: 14 September 2012 – Update number 168 », *World Health Organization* (en ligne), 2012, http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/index.html, consulté le 17 septembre 2012.
2. Centers for Disease Control and Prevention, « Situation Summary on Influenza A (H3N2) Variant Viruses ("H3N2v") », *Centers for Disease Control and Prevention* (en ligne), 2012, <http://www.cdc.gov/flu/swineflu/influenza-variant-viruses-h3n2v.htm>, consulté le 10 août 2012.
3. Centers for Disease Control and Prevention, « FluView: 2011-2012 Influenza Season Week 37 ending September 15, 2012 », *Centers for Disease Control and Prevention* (en ligne), 2012, <http://www.cdc.gov/flu/weekly/> consulté le 20 septembre 2012.
4. Centers for Disease Control and Prevention, « H1N2 variant virus detected in Minnesota », *Centers for Disease Control and Prevention* (en ligne), 7 septembre 2012, <http://www.cdc.gov/flu/spotlights/h1n2v-cases-mn.htm>, consulté le 20 septembre 2012.
5. Agence de la santé publique du Canada, rapports hebdomadaires de *Surveillance de l'influenza*, 2012, <http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/index-fra.php>.
6. Comité consultatif national de l'immunisation, *Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2012-2013*, s.l., chez l'auteur, 6 juillet 2012.

[±] Définition de syndrome grippal (SG) : Apparition soudaine d'une maladie respiratoire avec fièvre et toux accompagnée d'un ou de plusieurs des symptômes suivants - mal de gorge, arthralgie, myalgie ou prostration - qui serait probablement attribuable à l'influenza. Chez les enfants de < 5 ans, des symptômes gastro-intestinaux peuvent également se manifester. Chez les patients de < 5 ans ou de > 65 ans, il est possible que la fièvre ne soit pas très importante.

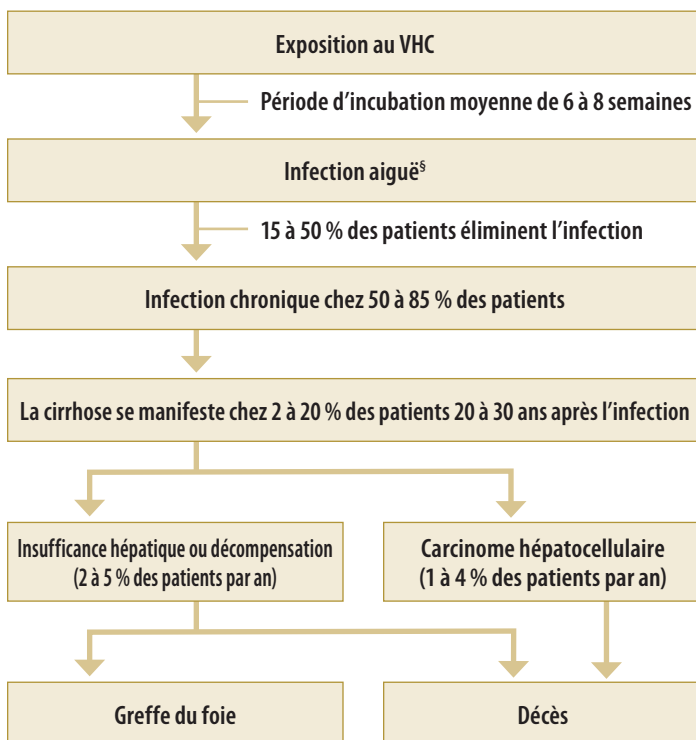
Aperçu sur l'hépatite C

L'hépatite C est l'une des principales causes d'insuffisance hépatique et de greffe du foie dans les pays développés. Le virus de l'hépatite C (VHC), qui cause l'hépatite C, se transmet par contact avec le sang d'une personne infectée. Le VHC, qui a été caractérisé pour la première fois à la fin des années 1980, est un flavivirus à ARN comportant six génotypes principaux et plus de 50 sous-types. Le génotype 1 est prédominant au Canada, représentant plus de 60 % des cas, suivi du génotype 2 (11 à 16 %), du génotype 3 (6 à 14 %) et des génotypes 4, 5 et 6, peu courants (< 5 %) [1,2].

Bien que l'infection par le VHC puisse se présenter sous une forme chronique ou aiguë, la majorité de la morbidité qui lui est associée est attribuable au développement de maladies du foie graves chez un sous-ensemble de personnes infectées, et ce, de longues années après avoir contracté l'infection (figure 1).

On estime qu'environ 130 à 170 millions de personnes dans le monde sont atteintes d'une infection par le VHC [3]. Au Canada, il n'existe aucune étude représentative à grande échelle qui établisse la prévalence réelle de l'hépatite C. Cependant, en se basant sur des techniques de modélisation statistiques, on estime qu'environ 250 000 personnes sont atteintes d'une infection chronique (prévalence de 0,8 %) et que quelque 8 000 nouveaux cas surviennent chaque année au Canada [4,5].

Figure 1. Histoire naturelle de l'infection par le VHC



[§]Figure 1. Histoire naturelle de l'infection par le VHC. Il faut noter que de 60 à 75 % des patients sont asymptomatiques à ce stade. Source : Wong et Lee, Journal de l'Association médicale canadienne, vol. 2 (2006).

Facteurs de risque de l'infection par l'hépatite C

Au Canada, l'injection de drogues à des fins récréatives demeure le facteur de risque prédominant d'acquisition du VHC, en raison du partage d'aiguilles, de seringues et d'autre matériel d'injection. Ce facteur est associé à 70 à 80 % des nouveaux cas d'infection au Canada [4,6]. Dans les grandes villes canadiennes, les voyages ou la résidence dans une région où le VHC est endémique constituent le deuxième facteur de risque d'infection [2]. Le partage de matériel d'inhalation de drogues (pipes pour le crack, pailles, etc.) pourrait aussi être associé à l'infection à VHC [7].

Un risque élevé est associé au tatouage ou au perçage corporel au moyen de matériel contaminé, au partage d'articles d'hygiène personnelle (rasoirs, brosses à dents, etc.) avec une personne infectée par le VHC et à l'exposition professionnelle à du sang contaminé [7]. La transmission sexuelle ou périnatale (de la mère à l'enfant) est moins courante [7].

Bien que des cas de transmission du VHC se soient déjà produits après des transfusions de sang contaminé, l'amélioration des procédures de dépistage dans les réserves de sang au Canada depuis 1990 ont pratiquement éliminé ce risque [4,7].

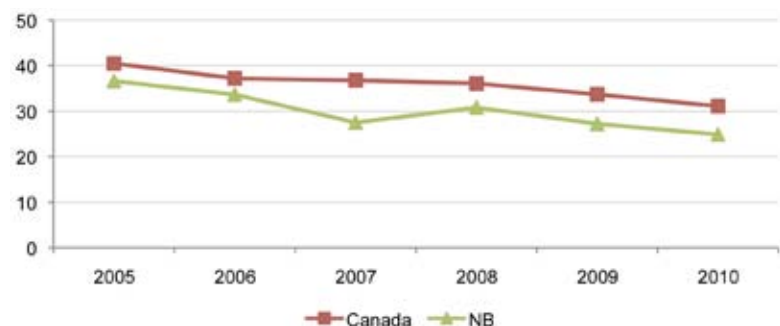
Épidémiologie de l'infection par le VHC au Nouveau-Brunswick

Taux annuel global des nouveaux cas de VHC

Au Canada, le taux annuel global de nouveaux cas d'infections par le VHC (sans distinction entre les infections aiguës et chroniques) a diminué au cours des dernières années. Il a été estimé à 36, 33 et 31 personnes sur 100 000 pour 2008, 2009 et 2010 respectivement [5,8,9].

Au Nouveau-Brunswick, le taux annuel de nouveaux cas était systématiquement inférieur à celui du Canada, tout en suivant la même tendance à la baisse au cours des dernières années [10] (figure 2).

Figure 2. Taux annuel global des nouveaux cas de VHC au Canada et au Nouveau-Brunswick, de 2005 à 2010 (par 100 000 personnes)

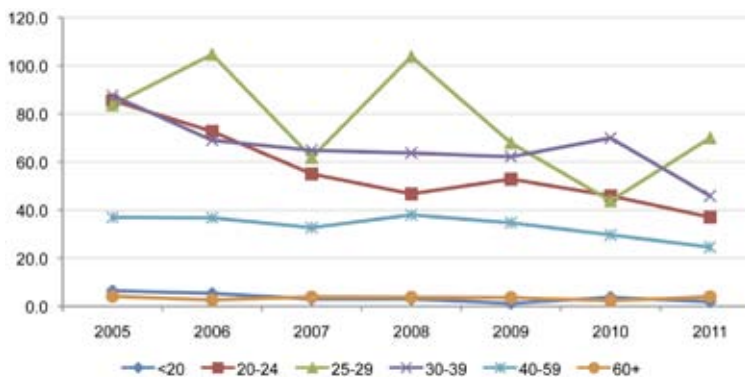


Taux des nouveaux cas de VHC selon l'âge

Au Canada, en 2008 et en 2009, le taux de nouveaux cas d'infection par le VHC le plus élevé selon l'âge touche le groupe des 40 à 59 ans, suivi des groupes des 30 à 39 ans et des 25 à 29 ans [5,8,9].

Au Nouveau-Brunswick, pendant la même période, le taux de nouveaux cas le plus élevé selon l'âge a été observé chez les 25 à 29 ans, suivi du groupe des 30 à 39 ans. Entre 2005 et 2011, le taux annuel d'infections selon l'âge diminuait dans tous les groupes, à l'exception de celui des 25 à 29 ans. Chez eux, ce taux avait augmenté en 2011 [10] (figure 3).

Figure 3. Taux annuel de nouveaux cas de VHC selon l'âge, au Nouveau-Brunswick, de 2005 à 2011 (par 100 000 personnes)



Aux États-Unis, c'est la génération du baby-boom (personnes nées entre 1945 et 1965) qui contracte 75 pour cents des cas d'hépatite C [10], tandis qu'au Canada la plupart des nouveaux cas, chaque année, concerne des personnes de 30 ans et plus. La génération du baby-boom y représente près de 50 pour cents des cas [5,8,9]. Au Nouveau-Brunswick, cette génération représente environ 30 % des nouveaux cas [10].

À la lumière de la proportion élevée des cas d'infection par l'hépatite C chez les personnes de la génération du baby-boom, qui ne savent peut-être pas qu'elles sont infectées, le Center for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis a proposé d'élargir le dépistage de l'hépatite C en incluant une analyse de sang ponctuelle pour les personnes nées entre 1945 et 1965 [11]. À ce jour, la Conférence canadienne de concertation sur la prise en charge de l'hépatite virale recommande le dépistage sérologique des personnes présentant un risque élevé d'infection par l'hépatite C [12].

Dépistage de l'hépatite C

Le dépistage de l'hépatite C comporte 3 aspects :

- Le test diagnostique initial de l'infection par le VHC pour détecter des anticorps grâce à des essais immunoenzymatiques de deuxième génération (EIA-2) est réalisé dans les laboratoires régionaux du Nouveau-Brunswick. Le test sérologique est généralement confirmé par des tests de la réaction en chaîne de la polymérase (PCR) pour l'ARN du VHC. Au Nouveau-Brunswick, le test de la PCR

est réalisé dans les laboratoires de l'Hôpital Dr-Georges-L.-Dumont et de l'Hôpital Dr-Everett-Chalmers.

- Une évaluation de la gravité de l'hépatopathie, que l'on évaluera mieux en réalisant une biopsie du foie, une échographie abdominale, une charge virale et, dans une moindre mesure, des tests de la fonction hépatique.
- Au moment d'évaluer les patients atteints d'hépatite C, il faut déterminer si le traitement est adapté [13]. Pour ce faire, on procède généralement à la caractérisation du virus en utilisant le génotype VHC, des tests permettant d'écartier l'éventualité d'infections coexistantes (hépatite B et VIH), des tests permettant d'écartier l'éventualité d'une autre cause d'hépatopathie (p.ex. hépatite auto-immune), des tests permettant d'exclure les contre-indications au traitement (p.ex. grossesse, cardiopathies ou maladies thyroïdiennes, diabète non contrôlé et rétinopathie chez les patients de plus de 50 ans ou souffrant d'hypertension ou de diabète sucré) [14].

Traitement de l'hépatite C

L'objectif du traitement est de prévenir les complications et le décès provoqués par une infection par le VHC. Le traitement actuellement recommandé de l'infection chronique par le VHC consiste en une combinaison de PEG-Interféron alpha et de ribavirine. La durée est fonction à la fois du génotype et de la réponse au traitement. Pour les génotypes 2 et 3, la durée du traitement est de 24 semaines, avec une réponse de plus de 75 %, tandis que, pour le génotype 1, il s'agit de 48 semaines, avec un taux de réponse bien inférieur [2].

Prévention et conseils

La prévention est un élément important des soins et doit cibler à la fois les personnes infectées par le VHC et celles qui présentent un risque, même si elles ne sont pas infectées. Il est possible de conseiller les personnes qui ne sont pas infectées sur la prévention, qui se fera en évitant les facteurs de risque mentionnés ci-dessus. Celles qui sont infectées peuvent éviter les pratiques à risque associées à la transmission.

Points de pratique

1. Signaler par écrit tous les nouveaux cas diagnostiqués d'infection par le VHC au médecin-hygiéniste régional dans les sept jours, conformément à la Loi sur la santé publique du Nouveau-Brunswick.
2. Proposer un dépistage aux personnes présentant un risque élevé d'infection par l'hépatite C.
3. Aiguiller les personnes qui ont effectué un dépistage de l'hépatite C vers des spécialistes afin qu'ils les évaluent et les traitent.
4. Voici ce qu'il faut préciser dans les conseils [2] :
 - Les patients infectés ne doivent pas faire de don de sang, d'organes, de tissus ou de semence et ils ne doivent pas partager d'objets tranchants potentiellement contaminés par du sang (p. ex. rasoirs, coupe-ongles, ciseaux, brosses à dents).

- Les patients infectés doivent en aviser leurs partenaires sexuels et pratiquer des activités sexuelles plus sécuritaires s'ils ne sont pas dans une relation monogame de longue durée. Ceux qui sont dans une relation monogame de longue durée n'ont pas à changer leurs pratiques sexuelles, mais ils doivent connaître le très faible risque de transmission sexuelle. Considérer d'effectuer le dépistage d'une infection par le VHC sur le partenaire du patient.
 - Conseiller et effectuer le dépistage du VIH et d'une infection par l'hépatite B chez les patients infectés par le VHC.
 - Proposer les vaccins contre l'hépatite A et l'hépatite B aux patients atteints d'hépatite C afin de prévenir de nouveaux dommages au foie.
 - Offrir des conseils sur les risques associés au tatouage, au perçage corporel et à l'utilisation de drogues à des fins récréatives.
 - Les patients doivent limiter leur consommation d'alcool à moins de quatre verres par semaine pour retarder la progression de la fibrose.
 - Les patients doivent éviter les autres hépatotoxines, notamment nombre de produits à base d'herbes médicinales tels que le kawa.
5. Suivre systématiquement les pratiques adéquates de lutte contre les infections, tout en appliquant les procédures visant à prévenir les infections causées par une transmission par le sang, notamment l'hygiène des mains, l'utilisation d'un équipement de protection, la gestion des déversements accidentels de sang et les injections sécuritaires [15].

Références

1. A. Andonov et R. K. Chaudhary, « Genotyping of Canadian hepatitis C virus isolates by PCR », *Journal of Clinical Microbiology*, vol. 32 (1994), p. 2031-2034.
2. T. Wong et S. S. Lee, « Hepatitis C: A review for primary care physicians », *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 174, no 5 (2006), p. 649-659.
3. Organisation mondiale de la Santé, *Hépatite virale : rapport du Secrétariat*, s.l., chez l'auteur, 2009, document EB126/15.
4. Agence de la santé publique du Canada, *Étude visant à caractériser l'épidémiologie de l'hépatite C au Canada, 2002 : Rapport final*, Ottawa, l'Agence, 2008.
5. Agence de la santé publique du Canada, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, *L'hépatite C au Canada, rapport de surveillance de 2005-2010*, Ottawa, chez l'auteur, 2012.
6. S. Zou, L. Forrester et A. Giulivi, « Hepatitis C Update », *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, vol. 94, no 2 (2003), p. 127-129.
7. Agence de la santé publique du Canada, *Épidémiologie de l'infection aiguë par le virus de l'hépatite C au Canada : résultats du Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH)*, Ottawa, chez l'auteur, 2008.
8. Agence de la santé publique du Canada, « Cas signalés et taux de Hépatite C selon la province/le territoire et le sexe, 2005-2009 », *Agence de la santé publique du Canada* (en ligne), dernière mise à jour le 1 mars 2011, http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/hepc/hepc_pt-fra.php.
9. Agence de la santé publique du Canada, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, *Cas déclarés d'hépatite C à déclaration obligatoire du 1er janvier au 30 juin 2009 et du 1er janvier au 30 juin 2010 et leurs taux annuels correspondants du 1er janvier au 31 décembre pour les années 2009 et 2010*, s.l., chez l'auteur, 2010 (?).
10. Bureau du médecin-hygiéniste en chef. Ministère de la Santé, base de données du système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire du Nouveau-Brunswick.
11. Centers for Disease Control and Prevention, *Hepatitis C: Proposed Expansion of Testing Recommendations, 2012* (en ligne), s.l., chez l'auteur, 2012.
12. M. Sherman et coll., « The management of chronic viral hepatitis: a Canadian consensus conference 2004 », *Canadian Journal of Gastroenterology = Journal canadien de gastroentérologie*, vol. 18 (2004), p. 715-728.
13. Anna Lok et Naresh T. Gunaratnam, « Diagnosis of Hepatitis C », *Hepatitis Central* (en ligne), s.d., <http://www.hepatitis-central.com/hcv/hepatitis/hcvdiag.html>, consulté le 27 juillet 2012.
14. R. P. Myers et coll., « An update on the management of hepatitis C: Consensus guidelines from the Canadian Association for the Study of the Liver », *Canadian Journal of Gastroenterology = Journal canadien de gastroentérologie*, vol. 26, no 6 (juin 2012), p. 359-375.
15. Agence de la santé publique du Canada, « La prévention et la lutte contre les infections professionnelles dans le domaine de la santé », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 28S1 (mars 2002).

Mise à jour sur la coqueluche

Épidémiologie

Depuis le début de janvier 2012, le Nouveau-Brunswick connaît une éclosion de coqueluche, et 1 294 cas confirmés ont été signalés à la Santé publique en date du 18 septembre 2012. Cette éclosion est la plus importante éclosion de coqueluche observée au Nouveau-Brunswick[†]. Normalement, en dehors des périodes d'éclosion, l'activité coquelucheuse suit un schéma saisonnier : l'activité augmente à la fin de décembre et diminue au début de février. L'activité observée jusqu'ici en 2012 a dévié des tendances saisonnières habituelles; on a signalé davantage de cas que l'on s'y attendrait normalement. Dès janvier, l'activité a augmenté considérablement et cette augmentation s'est poursuivie jusqu'à la fin du printemps et le début de l'été. Jusqu'à maintenant, l'activité a culminé à deux reprises, soit pendant la semaine 17 (du 22 au 28 avril) et plus récemment au cours de la semaine 24 (du 10 au 16 juin) [1].

Du mois de janvier à la mi-mars, la plupart des cas sont survenus dans les régions sanitaires 1 et 2, et quelques cas seulement ont été signalés dans les autres régions. L'activité a commencé à augmenter dans le nord du Nouveau-Brunswick à compter de la mi-mars et, un mois plus tard, elle a augmenté dans le centre de la province. À la fin d'avril 2012, l'activité a commencé à diminuer dans les régions 1 et 2 et à augmenter dans les régions 4 et 6. La plupart des cas signalés jusqu'ici sont survenus dans la région 1 (39 p. 100), suivie de la région 6 (21 p. 100), de la région 4 (14 p. 100), de la région 3 (11 p. 100), de la région 2 (neuf p. 100), de la région 7 (quatre p. 100) et de la région 5 (deux p. 100) (voir la carte des régions sanitaires à la **figure 6**).

Pendant toute la durée de l'éclosion, la plupart des cas (39 p. 100) sont survenus chez les enfants de dix à quatorze ans. Le plus haut taux d'incidence selon l'âge a aussi été observé dans ce groupe d'âge (1 244 par 100 000), suivi du groupe des cinq à neuf ans (565 par 100 000) et des enfants de moins d'un an (502 par 100 000). Depuis le mois de mai, le taux d'incidence dans le groupe des dix à quatorze ans diminue de façon constante. En juillet, le taux chez les enfants de moins d'un an a augmenté. Depuis ce moment, le plus haut taux d'incidence mensuel selon l'âge est observé chez les enfants de moins d'un an (**figure 5**).

[†] Selon les données de surveillance passive du Nouveau-Brunswick, recueillies pendant 19 ans à compter de 1994.

Dans l'ensemble, 19 personnes ont été hospitalisées, dont deux ont été admises aux soins intensifs, mais aucun décès n'a été signalé. La plus importante proportion de cas hospitalisés a été observée chez les enfants de moins d'un an (63 p. 100), et toutes les admissions aux soins intensifs sont survenues dans ce groupe d'âge.

Les enfants de quatre à quatorze ans devraient avoir reçu au moins cinq doses d'un vaccin anticoquelucheux s'ils ont été entièrement immunisés conformément au calendrier d'immunisation du Nouveau-Brunswick. Parmi les personnes atteintes, 57 p. 100 des enfants de quatre à neuf ans et 68 p. 100 des enfants de dix à quatorze ans détenaient la preuve qu'ils avaient reçu cinq doses ou plus d'un vaccin anticoquelucheux.

À compter de la semaine 25 (du 17 au 23 juin), l'activité dans l'ensemble de la province a diminué, sauf dans la région sanitaire 4, où elle a diminué au cours de la semaine 27 (du 1er au 7 juillet). Toutefois, l'activité a été beaucoup plus élevée que la moyenne historique au cours de cette même période. Il est possible que la diminution de l'activité ne soit pas vraiment un signe de ralentissement de l'éclosion, mais qu'elle s'explique plutôt par la diminution à court terme qui survient normalement pendant l'été et par la baisse temporaire de fréquentation des établissements où la majeure partie des personnes atteintes ont contracté la maladie (p. ex. les écoles sont fermées pendant les vacances d'été).

La Santé publique continuera à surveiller la situation de près et à effectuer des analyses au moyen des données du Système de surveillance accrue de la coqueluche du Nouveau-Brunswick, qui s'appuie sur les tests et les signalements des médecins transmis aux bureaux régionaux de la Santé publique par les médecins et les laboratoires.

Figure 4. Nombre de cas de coqueluche signalés au service de santé publique en 2012 (jusqu'au 18 septembre), par région sanitaire et semaine de signalement

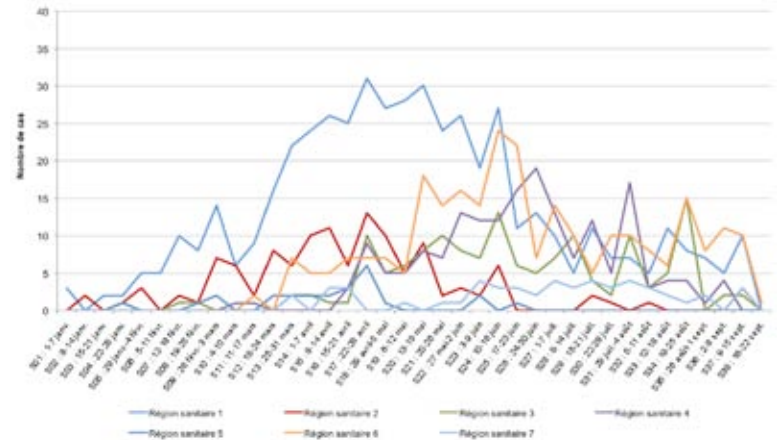


Tableau 2. Nombre et pourcentage de cas de coqueluche signalés à la Santé publique en 2012 (jusqu'au 18 septembre), par région sanitaire

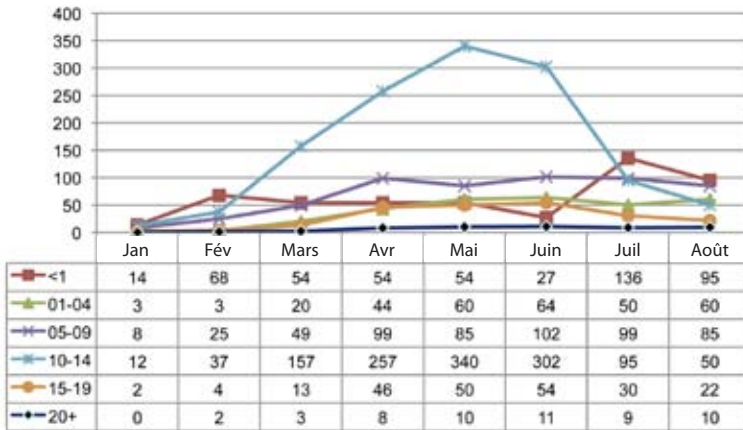
Région sanitaire 1		Région sanitaire 2		Région sanitaire 3		Région sanitaire 4		Région sanitaire 5		Région sanitaire 6		Région sanitaire 7		N.-B.
N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}
499	39 %	122	9 %	147	11 %	181	14 %	25	2 %	268	21 %	52	4 %	1294

Tableau 3. Nombre et pourcentage de cas en 2012 (jusqu'au 18 septembre), par groupe d'âge et par région

	Région sanitaire 1 (N = 499)		Région sanitaire 2 (N = 122)		Région sanitaire 3 (N = 147)		Région sanitaire 4 (N = 181)		Région sanitaire 5 (N = 25)		Région sanitaire 6 (N = 268)		Région sanitaire 7 (N = 52)		N.-B. (N = 1294)	
	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%
< 1	13	3 %	8	7 %	7	5 %	~	2 %	~	4 %	~	1 %	~	0 %	37	3 %
01-04	33	7 %	14	11 %	15	10 %	17	9 %	~	8 %	15	6 %	~	4 %	98	8 %
05-09	81	16 %	17	14 %	18	12 %	45	25 %	10	40 %	32	12 %	~	8 %	207	16 %
10-14	197	39 %	51	42 %	51	35 %	72	40 %	7	28 %	111	41 %	19	37 %	508	39 %
15-19	48	10 %	~	3 %	17	12 %	9	5 %	~	12 %	21	8 %	~	4 %	104	8 %
20 +	127	25 %	28	23 %	39	27 %	34	19 %	~	8 %	85	32 %	25	48 %	340	26 %

~ : Le tableau ne tient pas compte des nombres inférieurs à 5.

Figure 5. Taux d'incidence de 2012 (jusqu'au 18 septembre), par groupe d'âge et par mois (par 100 000 personnes)



Mesures de santé publique

Immunsation et prophylaxie

Pendant cette écloison, la Santé publique a pris des mesures axées sur l'immunsation et la chimioprophylaxie des contacts étroits des personnes atteintes. En plus d'encourager les gens à se faire vacciner conformément au calendrier de vaccination systématique du Nouveau-Brunswick, le vaccin DCaT a été offert aux parents admissibles en attente d'un enfant et aux personnes qui sont en contact étroit et régulier avec des enfants de moins d'un an.

Campagne de vaccination scolaire

La plupart des cas de coqueluche de premier stade ont été observés dans les régions sanitaires 1 et 2 chez les enfants de dix à quatorze ans. Soixante-huit p. 100 des personnes atteintes avaient reçu cinq doses d'un vaccin anticoquelucheux et la plupart avaient été vaccinés plus de cinq ans auparavant. Au printemps 2012, une campagne de vaccination DCaT a eu lieu dans les régions sanitaires 1 et 2 afin d'améliorer l'immunité, de diminuer la propagation de la maladie parmi les groupes les plus touchés et de prévenir la transmission aux nourrissons, qui sont plus à risque de présenter des complications de la coqueluche. Les élèves de sixième, septième et huitième année se sont fait administrer le vaccin DCaT à la clinique de leur école.

Dans l'ensemble, le taux de vaccination s'est élevé à 74 p. 100 dans les deux régions et les élèves de sixième et septième année ont affiché le plus haut taux. Les élèves de septième, huitième et neuvième année (élèves du même âge que ceux qui ont été vaccinés au printemps) habitant dans les autres régions sanitaires recevront le vaccin DCaT à l'automne 2012.

Communication avec le public et les médecins

Les membres du public ont été informés de l'écloison de coqueluche au moyen de communiqués de presse, dans lesquels on leur conseillait de s'assurer de vérifier s'ils avaient bien reçu tous les vaccins anticoquelucheux conformément au calendrier de vaccination systématique du Nouveau-Brunswick. Télé-Soins a été mis au courant de l'écloison et a reçu des renseignements précis lui permettant de répondre à toutes les questions de la population. Une page Web sur la coqueluche contenant des renseignements sur la maladie, la vaccination et l'écloison est accessible sur le site Web du gouvernement du Nouveau-Brunswick : http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/maladies_transmissibles/content/la_coqueluche.html.

Vous trouverez des renseignements à jour sur l'écloison, le dépistage, le signalement et le traitement de la maladie à la page Web à l'intention des professionnels de la santé du site Web du gouvernement du Nouveau-Brunswick : http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/professionnels_sante/maladie.html [3].

Référence :

1. Bureau du médecin-hygiéniste en chef, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. Bases de données du Système de surveillance accrue de la coqueluche et du Système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (SSMDO).

Figure 6. Carte des régions sanitaires du Nouveau-Brunswick

