

Bulletin de surveillance des maladies du Nouveau-Brunswick

Bureau du médecin-hygiéniste en chef du ministère de la Santé

Introduction

Voici le seizième numéro du *Bulletin de surveillance des maladies du Nouveau-Brunswick*.

Nous vous informons du nouveau Règlement sur les locaux destinés aux aliments qui sera mis en œuvre dans la province. Nous décrivons les nouvelles recommandations en matière de prophylaxie antirabique post-exposition des personnes immunocompétentes n'ayant pas déjà reçu le vaccin antirabique. Nous nous penchons sur l'information fournie par la maladie du légionnaire en matière d'épidémiologie, et nous présentons un aperçu des tendances et des maladies, des diagnostics cliniques et en laboratoire et de l'information de gestion de la Santé publique. Nous incluons aussi un rappel de l'équipe d'immunisation à l'intention des fournisseurs de soins de santé du Nouveau-Brunswick sur les températures d'entreposage appropriées pour les vaccins.

Vous pouvez obtenir des copies électroniques du bulletin sur le site Web du ministère de la Santé. Cliquez sur Publications à <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/publications.html>.

Nous vous encourageons à partager votre bulletin avec vos collègues lorsque vous aurez terminé votre lecture. Nous aimerions également recevoir vos commentaires et vos suggestions de sujet. Écrivez à alex.doroshenko@gnb.ca.

Le point sur le Règlement sur les locaux destinés aux aliments du Nouveau-Brunswick

Le gouvernement du Canada estime à environ 11 millions le nombre des cas de maladie d'origine alimentaire au Canada chaque année. Bon nombre de ces cas peuvent être évités en utilisant des pratiques sûres de manipulation des aliments [1].

Le ministère de la Santé, par l'entremise de son programme d'inspection des locaux destinés aux aliments, travaille à éliminer, à réduire et à contrôler les maladies d'origine alimentaire, et à réduire le nombre d'éclotions de maladie d'origine alimentaire, par l'entremise de l'éducation, de la réglementation et de l'examen des incidents dans les locaux réglementés par la province [2]. Les inspecteurs en santé publique et agro-alimentaires de la Direction de la protection de la santé inspectent périodiquement la salubrité des aliments des établissements titulaires de licence et examinent les plaintes en matière de risques pour la santé

concernant la salubrité alimentaire qui relèvent de la compétence provinciale. Les inspecteurs en santé publique examinent aussi les cas de maladie entérique transmissible et participent aux enquêtes épidémiologiques, dont une partie consiste souvent à enquêter sur les activités de salubrité alimentaire des locaux destinés aux aliments où des liens sont suspectés ou confirmés. Il est important de souligner la valeur des échantillons de vomissure, ou de selles, ou les deux (selon ce qui convient le mieux), et des analyses des patients qui présentent des signes de maladie entérique. Ces renseignements sont très précieux pour poursuivre l'enquête et déterminer les sources potentielles de maladie entérique. L'information collectée en entrevues avec les patients éclaire les possibilités de l'existence d'une écloison et peut révéler la présence d'un lien commun entre les cas sur lequel il faut enquêter. Par exemple, un lien commun pourrait être des locaux

destinés aux aliments, une source de nourriture contaminée ou une alimentation en eau contaminée. Isoler la source permet à la Santé publique d'assurer que des mesures de contrôle appropriées sont mises en place pour empêcher la propagation de la maladie.

Un résumé du cadre de réglementation est présenté ci-dessous.

Lois

Le règlement en vertu de la Loi sur la santé publique est entré en vigueur le 20 novembre 2009. Le *Règlement sur les locaux destinés aux aliments (2009-138)* en vertu de la Loi prescrit les exigences pour les locaux où des aliments sont traités, préparés, entreposés, manutentionnés, exposés, transportés, vendus ou offerts à la vente, ou tout cela.



Ces mesures législatives sont conformes à celles de nombreuses autres provinces du Canada. Elles sont principalement axées sur le résultat, en donnant plus de souplesse aux organismes de réglementation pour évaluer la conformité au cours des inspections et des visites d'autorisation des locaux destinés aux aliments. Chaque local est évalué sur une base individuelle et au cas par cas, contrairement à une démarche universelle. Les mesures législatives mettent l'accent sur le résultat global de la salubrité alimentaire.

À qui la nouvelle législation s'applique-t-elle?

Le *Règlement 09-138* définit trois classes de licence de locaux destinés aux aliments. Ces classes sont basées sur les types d'activités alimentaires qui ont lieu dans ces locaux. Les exigences concernant les licences varient légèrement selon les classes, et des exigences plus sévères sont appliquées aux activités plus à risque.

Les locaux destinés aux aliments ont besoin d'une licence pour exercer l'une ou l'autre des activités suivantes :

- Classe 3 : Entreposer, manutentionner, exposer, distribuer et vendre des « aliments potentiellement dangereux » sans préparation réelle des aliments [3]. Exemples d'installations de classe 3 : certains dépanneurs, des marchands de poisson, des entrepôts de nourriture, certains kiosques alimentaires pour des activités temporaires, certains vendeurs de marché public et autres.
- Classe 4 : Préparer ou traiter des aliments (sans abattage ou pasteurisation) ou traiter thermiquement de la viande ou du poisson, mais sans faire de commerce de gros [3]. Exemples : restaurants, comptoirs offrant des mets à emporter, cuisines de traiteur, boucheries, poissonneries, certains vendeurs dans les marchés publics, soupes populaires, certains kiosques alimentaires pour des activités temporaires, et autres.
- Classe 5 : Traiter des aliments pour la vente directe ou en gros et préparer des aliments pour la vente en gros [3]. Cela inclut les abattoirs, certaines boulangeries et des restaurants, des conserveries, des laiteries, des installations de salage du poisson, d'embouteillage de boissons, et des opérations de sirop d'érable.

Mise en œuvre

Le nouveau règlement est mis en œuvre graduellement. La mise en œuvre a commencé avec les locaux destinés à des aliments déjà titulaires de licence et qui étaient inspectés périodiquement en vertu de l'ancienne loi. Cela incluait principalement les établissements de restauration comme les restaurants, les comptoirs offrant des mets à emporter et les cantines mobiles, les boulangeries, les départements d'épicerie, les acheteurs et les marchands de poisson, les abattoirs et les laiteries.

En plus de ce qui précède, certains locaux ayant déjà été titulaires de licence ont fait l'objet de

Potentiellement dangereux « signifie une forme ou un état qui favorise la croissance de microorganismes pathogènes ou la production de toxines » [3].

Exemples d'aliments potentiellement dangereux:

- Viande et produits de viande
- Poisson, crustacés et fruits de mer
- Volaille
- Oeufs
- Pâtisseries et tartes garnies de crème
- Fruits et légumes coupés

changements importants. Une attention spéciale a été accordée aux aspects qui suivent durant la mise en œuvre pour assurer que les locaux respectaient ces nouvelles exigences. Ces changements notables sont les suivants :

- *Critère de rappel* : les titulaires de licence de classe 5 sont maintenant tenus de maintenir et de conserver divers registres de préparation, de traitement et de contrôle des procédés pendant un certain temps, en plus de respecter les exigences de notification [3].
- *Exigences de formation et d'accréditation des préposés à la manipulation des aliments* : dans des locaux de classe 4 destinés aux aliments, en tout temps alors que des aliments y sont préparés, il doit y avoir sur place au moins une personne, et le gestionnaire des locaux destinés aux aliments aussi, détenant un certificat d'un programme de formation en manipulation des aliments approprié [3].

Locaux destinés aux aliments pour les garderies et les établissements résidentiels pour adultes : ces installations faisaient auparavant l'objet d'inspections générales de la santé qui incluaient des aspects de la salubrité alimentaire. En plus de cette inspection qui s'applique encore, ils doivent maintenant détenir une licence de locaux destinés aux aliments (classe 3 ou 4) comprenant une inspection distincte de l'aire, ou des aires, de préparation des aliments.

Boucheries : ces locaux ont maintenant besoin d'une licence de classe 4 et font l'objet d'inspections routinières. Classes 3 et 4 dans les marchés publics : les régions de la Direction de la protection de la santé sont en train de rencontrer les opérateurs de marché public et les marchands de produits alimentaires nécessaires pour leur expliquer les nouvelles exigences. Les Lignes directrices du Nouveau-Brunswick concernant les marchés publics pour les

locaux destinés aux aliments et les exploitants de marché public ont été élaborées et distribuées [4].

Les secteurs où les licences n'ont pas encore été mises en œuvre sont notamment les licences de traitement des aliments de classe 5, les licences de classe 3 et 4 dans les activités temporaires, toutes les autres licences de classe 3 et les licences des opérations de sirop d'érable de classe 5. Les dates de mise en œuvre vont varier entre maintenant et 2014 et dépendront du risque pour la santé publique, de la capacité de ressources et des autres facteurs potentiels de limite.

On rappelle aux cliniciens que si la Santé publique travaille pour assurer la salubrité alimentaire par l'entremise de règlements et d'inspections, les cas suspectés ou confirmés d'infections d'origine alimentaire ou hydrique, et les éclosions de maladies entériques doivent être signalés aux médecins-hygiénistes régionaux.

References:

1. Agence canadienne d'inspection des aliments, « Causes des empoisonnements alimentaires », Agence canadienne d'inspection des aliments (en ligne), dernière mise à jour le 7 mars 2012, <http://www.inspection.gc.ca/aliments/centre-des-consommateurs/fiches-de-renseignements/empoisonnements-alimentaire/fra/1331151916451/1331152055552>, consulté le 21 janvier 2013.
2. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, Locaux destinés aux aliments : procédures opérationnelles normalisées, version 3.0, Fredericton, le Ministère, avril 2012.
3. Règlement sur les locaux destinés aux aliments – Loi sur la santé publique, Règlement du N.-B. 2009-138, en ligne : Procureur général, <http://laws.gnb.ca/fr/ShowPdf/cr/2009-138.pdf>.
4. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, Lignes directrices du Nouveau-Brunswick pour les locaux destinés aux aliments dans les marchés publics, Fredericton, le Ministère, 1 mars 2003.

Rappel de l'équipe d'immunisation du Nouveau-Brunswick

Les températures d'entreposage appropriées doivent être maintenues à chaque phase de la chaîne du froid, peu importe les fluctuations saisonnières de la température

Il est très important d'assurer en tout temps le maintien de la chaîne froide de tous les vaccins et les produits biologiques. Les vaccins sont des produits biologiques fragiles qui peuvent perdre de leur efficacité, ou même être détruits, lorsqu'ils

sont exposés à des températures hors de la plage recommandée (2 °C - 8 °C). Les vaccins sensibles au froid perdent immédiatement de leur puissance s'ils gèlent. Les vaccins exposés à des températures plus élevées que la plage recommandée perdent une partie de leur puissance à chaque exposition. Une exposition répétée à des épisodes de chaleur entraîne une perte cumulative de puissance irréversible [1,2,3].

Saviez-vous ...

- « On estime qu'entre 17 % et 37 % des professionnels de la santé exposent les vaccins à des températures d'entreposage inadéquates »? [4]
- « Les échecs vaccinaux causés par l'administration d'un vaccin affaibli peuvent entraîner la réémergence ou l'apparition de maladies évitables par la vaccination »? [5]
- « La température des réfrigérateurs est généralement trop basse et non trop élevée »? [4,6]
- Dans les mois d'hiver froids au Canada, les vaccins peuvent être exposés à des températures plus basses?
- Il faut agir immédiatement pour éviter de perdre le produit quand les températures glissent hors de la plage recommandée.

References:

1. P. F. Grassby, « Safe storage of vaccines: problems and solutions », *Pharmaceutical Journal*, vol. 251 (1993), p. 323-327.
2. Comité consultatif national de l'immunisation, *Guide canadien d'immunisation*, 7e éd., Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2006, no HP40-3/2006F au catalogue.
3. Nouveau-Brunswick, Bureau du médecin-hygiéniste en chef, *Guide du programme d'immunisation du Nouveau-Brunswick* (en ligne), Fredericton, chez l'auteur, 2012, http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/professionnels_sante/maladie.html, consulté le 14 janvier 2013.
4. K. N. BELL et coll., « Risk factors for improper vaccine storage and handling in private provider offices », *Pediatrics*, vol. 107, no 6 (2001), p. 1-6.
5. Agence de la santé publique du Canada, *Lignes directrices nationales sur l'entreposage et la manipulation des vaccins pour les vaccinateurs* (en ligne), Ottawa, chez l'auteur, 2007, no HP40-17/2007F-PDF au catalogue, <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/nvshglp-ldemv/pdf/nvshglp-ldemv-fra.pdf>, consulté le 14 janvier 2013.
6. A. Gazmararian et coll., « Vaccine storage practices in primary care physician offices: assessment and intervention », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 23, no 4, p. 246-253.

La maladie du légionnaire

Épidémiologie

À la fin de l'été 2012, la ville de Québec a connu une écloison de légionellose. Le 24 septembre, 180 cas étaient confirmés et 13 décès étaient associés à cette écloison [1].

C'est le 17 juillet 2012 que sont apparus les premiers cas. Les tours de refroidissement des systèmes de climatisation des grands immeubles, dans le centre-ville de Québec, figuraient parmi les sources présumées de la *Legionella*.

Les tours de refroidissement servent à la climatisation des bâtiments. Elles sont aussi appelées « tours aéroréfrigérantes », car c'est le contact prolongé entre l'air et l'eau qui donne lieu au refroidissement, par vaporisation. Pour juguler l'écloison de la maladie du légionnaire, on a procédé à l'inspection de ces tours ainsi qu'à leur désinfection, le cas échéant. La source de l'écloison a été repérée à un endroit précis des tours de refroidissement. Un seul résident du Nouveau-Brunswick comptait officiellement parmi les personnes touchées.

Tendances

Au Canada, on signale en moyenne une centaine de cas chaque année (0,33 cas pour 100 000 habitants).

Toutefois, les données de surveillance recueillies à ce jour incitent à penser que le nombre de cas et le taux d'incidence de la maladie ont tous deux augmenté depuis 2004, soit de 42 (0,13 pour 100 000 habitants) en 2004 à environ 250 (0,72 cas pour 100 000 habitants) en 2011⁵. S'il est vrai que l'augmentation de 2005 est attribuable à une forte écloison en Ontario, on continue tout de même d'observer une tendance à la hausse. En raison de la nature passive de la surveillance de la légionellose, on ne peut établir clairement si l'augmentation soutenue du nombre de cas s'explique par une véritable multiplication des infections ou par d'autres facteurs, comme des conditions environnementales changeantes (chaleur accrue, humidité élevée, nouvelle configuration des pluies, etc.), une plus grande vigilance ou l'évolution des méthodes de détection dont se servent les cliniciens, plus particulièrement pour le dépistage des antigènes urinaires, dont les tests sont très sensibles.

Au Nouveau-Brunswick, 22 cas ont été déclarés à la Santé publique de 2000 à 2011. En moyenne, deux cas sont signalés chaque année, mais l'étendue varie, d'aucun cas en 2002 et en 2003 à cinq en 2005.

⁵ Les données nationales de la période 2009-2011 sont provisoires et susceptibles de changer.

Aperçu de la maladie

La bactérie responsable de la maladie du légionnaire a été identifiée en 1976, à la suite d'une importante écloison survenue au cours d'un congrès de la Légion américaine à Philadelphie, aux États-Unis.

Legionella pneumophila constitue la forme la plus fréquente de légionellose humaine ainsi qu'une cause plutôt commune de la pneumonie d'origine communautaire ou nosocomiale chez les adultes. Les bactéries de la souche *Legionella pneumophila* sont courantes : elles sont présentes à l'état naturel dans les plans d'eau, notamment dans les rivières, les lacs et les réservoirs, mais habituellement en faible nombre. Ces bactéries sont capables de survivre dans la nature et de se multiplier dans les milieux ou systèmes aquatiques d'origine humaine, comme les tours de refroidissement, les condenseurs évaporatifs, les humidificateurs, les fontaines décoratives et les circuits de distribution d'eau chaude. D'autres espèces de *Legionella*, notamment *Legionella longbeachae*, sont à l'origine de cas sporadiques et d'écloisions de légionellose en

Australie et en Écosse, où le jardinage et l'empotage ont été classés au nombre des facteurs de risque [2].

La légionellose se manifeste sous deux formes cliniques et épidémiologiques distinctes : la maladie du légionnaire et la fièvre de Pontiac. Les deux se caractérisent par des céphalées, des douleurs myalgiques (touchant au moins un des groupes de muscles), une perte d'appétit et une sensation généralisée de malaise. Une toux non productive, des douleurs abdominales et la diarrhée sont courantes. Le spectre de la maladie du légionnaire est étendu et varie de cas bénins présentant peu de symptômes, sinon aucun, à une pneumonie qui progresse rapidement, voire parfois à la mort. Les symptômes apparaissent de cinq à six jours, en moyenne, après l'exposition à la bactérie et durent de deux à dix jours. La fièvre de Pontiac n'est pas associée à la pneumonie ou à la mort. Les symptômes apparaissent de 24 à 48 heures, en moyenne, après l'exposition à la bactérie et durent de 5 à 66 heures. Les patients guérissent sans traitement dans les deux à cinq jours suivants.

Tableau 1 : Caractéristiques de la maladie du légionnaire et de la fièvre de Pontiac [3]

	Maladie du légionnaire	Fièvre de Pontiac
Caractéristiques cliniques	Pneumonie : toux, fièvre et douleurs thoraciques	Symptômes semblables à ceux de la grippe (fièvre, frissons et malaise), sans pneumonie
Pneumonie visible par examen radiographique	Oui	Non
Période d'incubation	De 2 à 14 jours après l'exposition	De 24 à 48 heures après l'exposition
Agent étiologique	Espèces de <i>Legionella</i>	Espèces de <i>Legionella</i>
Taux d'attaque^α	< 5%	> 90%
Isolation d'organismes	Possible	Presque jamais
Résultat	Hospitalisation fréquente Taux de létalité : De 5 à 30 % [‡]	Hospitalisation peu fréquente Taux de létalité : 0%

On croit que l'inhalation de gouttelettes contaminées par *Legionella* constitue le principal moyen par lequel la bactérie entre dans les voies respiratoires d'une personne. La maladie du légionnaire peut être d'origine nosocomiale ou communautaire, ou être contractée au cours d'un voyage.

L'organisme a été isolé dans les systèmes de distribution d'eau chaude (les douches), les tours de refroidissement, les condenseurs évaporatifs, les humidificateurs, les bains giratoires, les appareils d'inhalothérapie, les fontaines décoratives, les robinets d'eau chaude et d'eau froide, les cuves thermales, les ruisseaux et les étangs ainsi que dans

le sol de la berge de ces cours d'eau. La *Legionella* peut survivre dans une eau oscillant entre 0 °C et 60 °C et supporter un niveau de chloration normal; la stagnation de l'eau et la présence de sédiments favorisent son apparition. Cependant, la croissance optimale de cette bactérie se produit lorsque la température atteint entre 25 et 45 °C, et c'est donc dans les systèmes d'eau avec aérosolisation que le risque de transmission est le plus élevé [4]. Il n'y a pas de transmission de personne à personne.

Le risque de contracter la légionellose après une exposition à de petites particules d'eau dépend du type et de l'intensité de l'exposition ainsi que

^α Pourcentage de personnes qui contractent la maladie si elles sont exposées à la source d'une écloison.

[‡] Pourcentage de personnes qui succombent à la maladie du légionnaire ou à la fièvre de Pontiac.

Tableau 2 : Définitions de cas nationales [6]

Cas confirmé

Maladie clinique (maladie du légionnaire ou fièvre de Pontiac) et confirmation en laboratoire de l'infection :

- Isolement de *Legionella* sp. ou détection d'antigènes dans des sécrétions respiratoires, le tissu pulmonaire, le liquide pleural ou d'autres liquides normalement stériles

OU

- Augmentation importante (par un facteur de quatre ou plus) du titre d'anticorps IgG dirigés contre *Legionella* sp. dans le sérum en phase de convalescence par rapport au sérum en phase aiguë

OU

- Titre des IgG > 1:128 contre *Legionella* sp.

OU

- Mise en évidence d'antigènes de *L. pneumophila* dans l'urine

Cas probable

Maladie clinique et mise en évidence de l'ADN de *Legionella* sp.

de l'état de santé de la personne exposée. Les personnes dont le système immunitaire est très affaibli ou qui souffrent d'une maladie chronique sous-jacente sont nettement plus à risque de contracter la légionellose. Les diabétiques ou les personnes atteintes d'une maladie pulmonaire ou rénale chronique, ou encore d'une tumeur maligne, les fumeurs de cigarettes et les personnes âgées sont modérément plus à risque d'être infectés. Outre ces facteurs, les patients des hôpitaux et les résidents de foyers de soins qui se trouvent souvent dans d'anciens bâtiments dotés de systèmes d'approvisionnement en eau désuets s'exposent à un risque plus élevé de contracter la maladie du légionnaire. L'utilisation d'appareils d'inhalothérapie peut favoriser la transmission nosocomiale [5].

Diagnostics cliniques et en laboratoire

La plupart des patients atteints de la maladie du légionnaire ont aussi une pneumonie parce que la bactérie *Legionella* croît et se développe dans les poumons. La présence d'une pneumonie est confirmée par un examen radiologique de la poitrine ou un diagnostic clinique. Plusieurs épreuves de laboratoire peuvent servir à détecter la présence de la bactérie *Legionella*. L'épreuve la plus courante pour poser un tel diagnostic en laboratoire est le test de détection de l'antigène dans les urines, à partir d'un échantillon. Si un patient a une pneumonie et que le résultat à ce test est positif, il est considéré comme étant atteint de la maladie du légionnaire. Par ailleurs, un diagnostic de maladie de légionnaire est aussi confirmé lorsque les bactéries sont cultivées à partir d'un échantillon tiré d'une biopsie du poumon, de sécrétions respiratoires ou de divers autres éléments. Enfin, le diagnostic peut être confirmé par le prélèvement d'un sérum à la fois en phase

aiguë et en phase de convalescence, qui indiquerait un accroissement quatre fois plus élevé du niveau d'immunoglobuline G que la normale.

Gestion de la santé publique

En vertu de la Loi sur la santé publique du Nouveau-Brunswick et du Règlement de 2009, les cliniciens sont tenus de rapporter tous les cas, grappes de cas et éclosions soupçonnés ou confirmés de légionellose aux autorités de santé publique régionales, verbalement dans les 24 heures et par écrit dans les sept jours [7]. Les cas déclarés à la Santé publique sont classés comme étant confirmés ou probables, conformément aux définitions de cas nationales (tableau 2).

Pour la gestion des cas de maladie du légionnaire, veuillez consulter les plus récentes lignes directrices de l'Infectious Disease Society of America établies pour les pneumonies d'origine communautaire en lien avec la légionellose, au <http://www.thoracic.org/statements/resources/mtpi/idsaats-cap.pdf> (pas disponible en français). La lévofloxacine (ou un autre fluoroquinolone) et l'azithromycine sont les principaux médicaments actuellement utilisés pour le traitement de la maladie du légionnaire. La plupart du temps, les patients atteints de la fièvre de Pontiac se rétablissent entièrement en une semaine, sans traitement.

Les cliniciens devraient se montrer particulièrement vigilants pour ce qui est de diagnostiquer une légionellose d'origine nosocomiale ou communautaire chez les groupes à risque atteints d'une pneumonie et ayant des antécédents d'exposition. Devant un cas suspect, la Santé publique doit connaître les antécédents pertinents pour cerner les facteurs de risque, y compris les adresses au travail et au domicile, les déplacements

effectués dans un cadre professionnel ou pour des loisirs, les séjours dans les hôtels, la présence d'un système de conditionnement de l'air, l'utilisation de bains giratoires, d'humidificateurs, de nébuliseurs, etc.

La conception technique, l'entretien et la surveillance des systèmes d'approvisionnement en eau font partie d'une série de mesures de prévention importantes. L'eau chaude devrait être conservée à une température supérieure à 60 °C, et l'eau froide devrait être distribuée à une température inférieure à 20 °C. En présence d'une légionellose d'origine nosocomiale, il est important d'examiner les antécédents du patient dans l'installation en cause et de repérer les lieux d'hospitalisation et sources d'exposition aux facteurs de risque. Il faut faire un dépistage auprès de tous les patients atteints d'une pneumonie nosocomiale qui font partie de groupes à risque élevé ou moyen. Si un foyer de soins est atteint, il peut être nécessaire de tester toutes les personnes qui y ont séjourné pour cause de pneumonie. Il importe d'utiliser de l'eau stérile dans les appareils d'inhalothérapie.

La légionellose contractée en voyage constitue plus de 20 p. 100 de tous les cas qu'on présume liés à des déplacements récents [8]. Les éclosions de la maladie du légionnaire sont difficiles à reconnaître chez les voyageurs en raison du faible taux d'attaque et de la dispersion des personnes par rapport à une éventuelle source. La déclaration rapide de cas liés à des déplacements permettrait de repérer et de contrôler tôt les sources d'infection connues. La décontamination de sources mises en cause, notamment les sources d'approvisionnement en eau, par une superchloration ou un surchauffage s'avère efficace [9].

References:

1. Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale Nationale, « Éclosion de légionellose - État de la situation », Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale Nationale (en ligne), s.d., <http://www.rsss03.gouv.qc.ca/>, consulté le 17 septembre 2012.
2. S. J. Pravinkumar et coll., « A cluster of Legionnaires' disease caused by Legionella longbeachae linked to potting compost in Scotland, 2008-2009 », Eurosurveillance (en ligne), vol. 15, no 8 (25 février 2010), <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19496>.
3. États-Unis, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, « For Clinicians: Top 10 Things Every Clinician Needs to Know about Legionellosis », Legionella (Legionnaires' Disease and Pontiac Fever) (en ligne), 2012, <http://www.cdc.gov/legionella/top10.htm>, consulté le 18 septembre 2012.
4. J. Hawker et coll., « Legionellosis », Communicable Disease Control Handbook, 2e éd., Malden (Mass.), Blackwell Publishing Inc., 2005.
5. T. D. Mastro et coll., « Nosocomial Legionnaires' disease and use of medication nebulizers », *Journal of Infectious Diseases* (en ligne), vol. 163, no 3 (mars 1991), p. 667-671, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1995743>.
6. Agence de la santé publique du Canada, Définitions nosologiques des maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance nationale (en ligne), 2009, <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/09vol35/35s2/Legion-fra.php>, consulté le 18 septembre 2012.
7. Règlement sur certaines maladies et le protocole de signalement - Loi sur la santé publique, Règl. du N.-B. 2009-136, en ligne : Procureur général, <http://laws.gnb.ca/fr/showdoc/cr/2009-136>, consulté le 18 septembre 2012.
8. États-Unis, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, « For Clinicians: Top 10 Things Every Clinician Needs to Know about Legionellosis », Legionella (Legionnaires' Disease and Pontiac Fever) (en ligne), 2012, <http://www.cdc.gov/legionella/clinicians.html>.
9. A. M. Emmerson, « Emerging Waterborne Infections in Health-Care Settings », *Emerging Infectious Diseases* (en ligne), vol. 7, no 2 (mars-avril 2001), <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/7/2/pdfs/70-0272.pdf>.

Nouvelle recommandation concernant la prophylaxie antirabique post-exposition

Le Comité consultatif national de l'immunisation et la Santé publique du Nouveau-Brunswick ont récemment modifié les recommandations concernant la prophylaxie antirabique post-exposition des personnes immunocompétentes non préalablement immunisées contre la rage.

La plus importante mesure à prendre après une exposition demeure le nettoyage de la blessure à grande eau et à fond avec du savon

et de l'eau. La prophylaxie post-exposition (PPE) des personnes immunocompétentes non préalablement immunisées contre la rage consiste en l'administration d'une immunoglobuline antirabique (RIg) et d'un vaccin contre la rage – le vaccin antirabique cultivé sur des cellules diploïdes humaines (VCDH) ou le vaccin purifié fabriqué à partir de la souche virale reproduite dans des cultures de cellules embryonnaires de poulet (VCEPP). Les RIg

procurent une protection passive immédiate jusqu'à ce que la personne exposée développe une réponse immunitaire au vaccin antirabique.

La nouvelle recommandation concernant la prophylaxie antirabique post-exposition des personnes immunocompétentes non préalablement immunisées contre la rage préconise un calendrier raccourci consistant en une série vaccinale de quatre doses et d'une dose de RIg. La première dose du vaccin (1,0 ml par voie intramusculaire) est administrée dès que possible après l'exposition (jour 0) conjointement avec une dose de RIg (20 UI/kg de poids corporel pour tous les groupes d'âge). Les doses additionnelles (1,0 ml par voie intramusculaire) doivent être administrées les jours 3, 7 et 14 après le premier vaccin.

Le vaccin antirabique est administré par voie intramusculaire dans le deltoïde chez les enfants plus âgés et les adultes, et dans le muscle vaste externe (partie antérolatérale de la cuisse) chez les nourrissons. Le vaccin antirabique ne doit pas être administré dans les muscles fessiers. La dose de RIg doit être infiltrée directement dans la plaie et les tissus avoisinants à un point d'injection différent de celui où a été administré le vaccin. Tout volume restant doit être injecté par voie intramusculaire à l'aide d'une autre aiguille et d'une autre seringue. Il est possible de diluer deux ou trois fois la dose de RIg avec une solution de chlorure de sodium à 0,9 % de façon à obtenir la quantité nécessaire à une infiltration de toutes les plaies. Si on ne parvient pas à localiser le siège de la plaie, on devrait administrer toute la dose de RIg par voie intramusculaire à un endroit différent de celui où a été administré le vaccin.

La prophylaxie antirabique post-exposition des personnes immunodéprimées non préalablement immunisées contre la rage reste la même et consiste en une série vaccinale de cinq doses et d'une dose de RIg. Les personnes immunodéprimées comprennent les personnes qui prennent des doses élevées de corticostéroïdes (dose quotidienne ≥ 20 mg [≥ 2 mg/kg chez les enfants] ou d'équivalent prednisone pendant ≥ 14 jours) ou d'autres immunodépresseurs, celles atteintes d'une maladie immunodépressive (p. ex. immunodéficience congénitale, infection au virus de l'immunodéficience humaine, leucémie, lymphome et tumeur maligne généralisée) et celles qui prennent de la chloroquine ou d'autres antipaludéens. La première dose du vaccin (1,0 ml par voie intramusculaire) est administrée dès que possible après l'exposition (jour 0) conjointement avec une dose de RIg (20 UI/kg de poids

corporel pour tous les groupes d'âge). Les doses additionnelles doivent être administrées les jours 3, 7, 14 et 28 après le premier vaccin.

Les recommandations relatives à la PPE des personnes ayant été immunisées demeurent les mêmes. Un calendrier vaccinal de deux doses est recommandé, et l'administration d'une RIg n'est pas indiquée. La première dose du vaccin (1,0 ml par voie intramusculaire) est administrée dès que possible après l'exposition (jour 0) et la seconde doit être administrée le jour 3 après le premier vaccin. Une vaccination antirabique adéquate comprend une prophylaxie préexposition ou post-exposition complète au moyen du VCDH ou du VCEPP et consignation de la vaccination OU l'administration de la série vaccinale complète au moyen d'autres vaccins antirabiques ou du VCDH ou du VDEPP conformément à des calendriers non approuvés, mais permettant l'obtention d'une concentration acceptable d'anticorps antirabiques neutralisants dans le sérum et consignation de la vaccination[1].

Un régime complet de VCDH ou de VCEPP et de RIg est recommandé pour les personnes qui auraient été vaccinées contre la rage dans le passé, mais qui ne remplissent pas les critères énumérés ci-dessus en matière de vaccination adéquate. On peut recueillir un échantillon de sérum avant d'amorcer la prophylaxie post-exposition, et si on mesure une concentration d'anticorps acceptable (0,5 UI/ml ou plus), il est possible d'arrêter la série vaccinale, à condition qu'au moins deux doses de vaccin aient été administrées. En cas de doute, il est recommandé de consulter un spécialiste en maladies infectieuses ou un médecin hygiéniste.



Source: Centers for Disease Control and Prevention

Les recommandations concernant la prophylaxie préexposition restent les mêmes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez vous reporter au Guide canadien d'immunisation, édition évolutive 2012, consultable à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-rabi-rage-fra.php>.

Référence:

1. Agence de la santé publique du Canada (ASPC), Guide canadien d'immunisation, 2012. Partie 4, Vaccins actifs. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-rabi-rage-fra.php>.