

Bulletin de surveillance des maladies du Nouveau-Brunswick

Bureau du médecin-hygiéniste

Introduction :

Voici le deuxième numéro du *Bulletin de surveillance des maladies du Nouveau-Brunswick* de 2011.

Dans le présent numéro, nous examinons la santé des immigrants au Nouveau-Brunswick en portant une attention particulière aux facteurs qui se répercutent sur la santé des migrants, aux difficultés que doivent surmonter les réfugiés, aux maladies transmissibles et non transmissibles qui sont les plus répandues chez les immigrants, de même qu'au rôle que joue la Santé publique dans l'établissement de partenariats visant à répondre aux besoins des immigrants en matière de santé. Ce bulletin contient aussi un survol des nouvelles courbes de croissance que recommande l'OMS pour la surveillance de la croissance chez les nourrissons, les enfants et les jeunes du Nouveau-Brunswick.

De plus, ce numéro brosse le tableau de la maladie invasive à streptocoque du groupe A, présentant de l'information sur l'épidémiologie, la déclaration des cas et la prise en charge de la maladie par la Santé publique. Vous trouverez aussi une mise à jour sur l'éclosion de syphilis au Nouveau-Brunswick, accompagnée de renseignements sur l'épidémiologie à l'échelle nationale et les mesures prises pour maîtriser l'éclosion.

Nous accueillons toujours vos commentaires et suggestions de thèmes futurs. Il vous suffit de les acheminer à l'adresse alex.doroshenko@gnb.ca.

La santé des immigrants au Nouveau-Brunswick

Introduction

Chaque année, nombre de gens immigrent au Canada depuis une multitude de pays. Ce sont depuis quelque temps la Chine, l'Inde et les Philippines qui sont aux premiers rangs des pays d'origine des immigrants. En 2009, 252 000 résidents permanents et 178 000 résidents temporaires – les deux sexes étant représentés plus ou moins également – sont entrés au Canada[1]. Selon le Recensement du Canada, un Canadien sur cinq est né en terre étrangère et un sur six fait partie d'une minorité visible.

À leur arrivée au Canada, environ 25 p. 100 des immigrants ne parlent ni l'anglais, ni

le français, et près de 60 p. 100 ont entre 25 et 54 ans. De plus, 72 p. 100 des demandeurs principaux (n'étant pas réfugiés) sont titulaires d'un baccalauréat, tandis que 70 p. 100 des réfugiés ont moins de 13 années de scolarité.

L'immigration au Nouveau-Brunswick

L'an dernier, 2 125 personnes ont immigré dans la province. De ceux-ci, 60 ont nécessité une surveillance médicale, la majorité provenant de la Corée, de la Chine et des Philippines.



Résidents permanents au Nouveau-Brunswick et au Canada, de 2006 à 2010*

Région du N.-B.	2006	2007	2008	2009	2010
Saint John	547	523	560	585	655
Fredericton	486	409	544	493	563
Moncton	262	345	365	479	424
Ailleurs au Nouveau-Brunswick	351	366	387	356	483
Nouveau-Brunswick	1 646	1 643	1 856	1 913	2 125
Total au Canada	251 642	236 754	247 247	252 172	280 636

* Les données de 2010 sont préliminaires et pourraient être modifiées. Pour 2006-2009, ces données ont été mises à jour et peuvent différer des données publiées dans CIC Faits et chiffres 2009.

Source : Citoyenneté et Immigration Canada (CIC), MDR, données préliminaires 2010.

Facteurs se répercutant sur la santé des migrants

À leur arrivée au Canada, la population immigrante (exception faite des réfugiés) présente un meilleur état de santé que celui de la population née au Canada – c'est ce qu'on appelle l'effet « immigrants en santé ». On a étudié ce phénomène sous différents angles, notamment les taux de mortalité, l'autoévaluation de l'état de santé et la prévalence de certaines maladies chroniques[1]. Malheureusement, l'avantage de cet effet s'estompe après l'arrivée, et l'état de santé des immigrants s'apparente au fil du temps à celui des Canadiens nés au pays. Fait intéressant, cet effet sur la santé n'a pas été confirmé dans le cas des maladies infectieuses telles que la tuberculose et le VIH/SIDA.

De nombreux facteurs pourraient expliquer l'état de santé favorable initial des immigrants : les critères de sélection imposés par le Canada pour l'admission des immigrants, l'auto-sélection (ce sont généralement les gens avec bonne santé, vigoureux, et qui disposent de bonnes ressources qui choisissent de migrer), de bonnes habitudes de santé (telles une alimentation saine et l'activité physique). Ces facteurs peuvent perdre leur importance avec le temps en raison de soutiens sociaux insuffisants, de capacités langagières déficitaires, de la difficulté à trouver un emploi intéressant et à gagner un revenu adéquat, et, pour certains, de la discrimination ou de préjugés raciaux ou ethniques[2]. Après quelques années, les bonnes habitudes de santé s'effritent sous l'influence des milieux locaux, ce qui a pour de nombreux immigrants l'effet de rétrécir l'écart par rapport à la norme canadienne, surtout en ce qui a trait aux maladies chroniques (l'athérosclérose, le cancer et l'obésité par exemple). Les attitudes culturelles et la faiblesse des capacités langagières sont souvent des obstacles qui surviennent au moment de tenter de trouver de l'aide ou d'obtenir des services de santé. À titre d'exemple, les croyances culturelles au sujet de la maladie, le recours à des méthodes de traitement traditionnelles, le manque de connaissances au sujet du système de soins de santé canadien, la réticence à parler une langue nouvelle, la méfiance à l'égard de l'autorité, l'isolement et le sentiment d'être un étranger sont tous des facteurs qui peuvent avoir des répercussions négatives.

Difficultés particulières que doivent surmonter les réfugiés

Au cours des dernières années, le Nouveau-Brunswick a contribué à accueillir les réfugiés (migrants involontaires) déplacés des régions du globe ravagées par la guerre ou anéanties par des catastrophes naturelles. Nombre de ces réfugiés ont vécu une expérience de migration éprouvante : ils ont habité dans des camps surpeuplés de longues années durant; ils ont souvent dû composer avec des installations sanitaires inférieures, une sécurité personnelle déficiente et un accès inégal aux soins de santé, notamment pour l'immunisation; ils ont parfois mis des mois, voire des années, à transiter par des pays peu connus avant de finir par mettre les pieds en territoire canadien. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les réfugiés affichent un état de santé inférieur à celui des autres migrants lorsqu'ils franchissent la frontière canadienne. En termes précis, ils sont susceptibles de souffrir de divers troubles de santé, y compris des maladies transmissibles (tuberculose, infection à VIH, hépatite B, infections cutanées et parasites intestinaux), et de présenter un statut vaccinal incomplet, des déficiences nutritionnelles, de l'anémie à étiologies diverses et des troubles physiques ou psychologiques post-traumatiques.

Depuis juin 2010, les immigrants qui arrivent au Nouveau-Brunswick et qui ont déjà reçu leur statut de résident permanent de Citoyenneté et Immigration Canada n'ont plus à observer une période d'attente avant d'être admissible à l'assurance-maladie provinciale². Or, les gens qui attendent toujours de recevoir leur statut de résident permanent (y compris certains réfugiés) devront

avoir recours au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), qui fournit une protection intérimaire en matière de santé.

Le rôle de la Santé publique

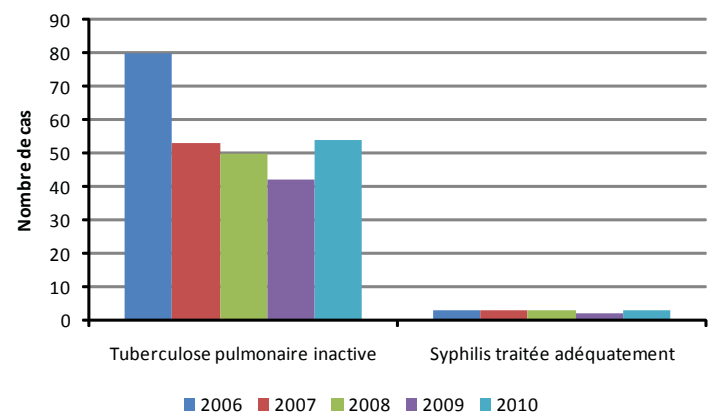
Contrôle des maladies transmissibles

Les Services de santé publique (SP) jouent un rôle prépondérant dans la santé des immigrants grâce au programme de surveillance médicale. Ce programme vise à prévenir et à contrôler la propagation de certaines maladies transmissibles dans la population en général. En vertu du pouvoir que lui confère la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés de 2001[3], le programme fédéral de Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) veille à ce que chaque personne qui entre au pays à titre de résident subisse un examen médical pour déterminer la nécessité d'une surveillance médicale continue.

Deux états pathologiques exigent une surveillance médicale dans le cadre du programme : la tuberculose pulmonaire inactives et la syphilis traitée adéquatement. Les immigrants présentant ces états pathologiques doivent se présenter aux autorités provinciales ou territoriales en matière de santé publique dans les trente jours suivant leur arrivée au pays[4]. CIC avise l'autorité en matière de santé publique du cas et lui transmet les coordonnées de la personne en question. La Santé publique communique ensuite avec le demandeur et fixe un premier rendez-vous. L'immigrant peut aussi choisir de se présenter librement à un bureau de la Santé publique, une copie de la lettre en main. Le suivi clinique est alors prévu auprès des médecins de la collectivité selon les besoins.

Au Nouveau-Brunswick, ce sont les régies régionales de la santé qui sont chargées d'assurer la surveillance médicale requise par l'intermédiaire de programmes régionaux de lutte contre les maladies transmissibles de la Santé publique. La Santé publique assure en outre un suivi pour veiller à ce que le dossier d'immunisation des immigrants soit à jour par rapport aux exigences du Nouveau-Brunswick, surtout dans le cas des enfants.

Figure 1 : Nombre d'immigrants sous surveillance médicale au Nouveau-Brunswick pour cause de tuberculose pulmonaire inactives ou de syphilis traitée adéquatement, de 2006 à 2010



Source : Base de données de surveillance médicale de CIC en lien avec la tuberculose pulmonaire inactives et la syphilis traitée adéquatement au Nouveau-Brunswick, Bureau du médecin-hygiéniste en chef, ministère de la Santé, 2006-2010

Plaidoirie en matière de santé

Au cours du siècle dernier, la Santé publique a centré ses efforts sur la prévention de la transmission des infections dangereuses des immigrants aux populations locales en ayant recours à des mesures de dépistage, de surveillance et de quarantaine, entre autres. Par la suite, la Santé publique a pris un peu de recul et s'est penchée sur les divers obstacles à la santé auxquels se heurtent les migrants et sur la meilleure façon de satisfaire à leurs besoins en la matière. Plus récemment, elle cherche à creuser la question encore davantage et ainsi à aborder les déterminants de la santé qui touchent les immigrants et à éliminer les iniquités en matière de santé dont ils sont surtout victimes. La Santé publique a ainsi un rôle à jouer pour instaurer la prise de mesures intersectorielles par les partenaires communautaires connexes et favoriser la mise en place de stratégies de soutien et de services complémentaires destinés aux immigrants dans le but de régler les grands déterminants. La Santé publique peut choisir de le faire par le biais des programmes d'établissement et d'adaptation pour immigrants, une formation en compréhension et en interprétation linguistiques, la formation professionnelle ou l'apport d'un soutien pour la recherche d'emploi, ou encore l'offre d'un premier accès à des praticiens sensibles aux différences culturelles dans le domaine des soins de santé. Les médecins-hygiénistes jouent un rôle qui revêt une importance particulière, celui de forger des liens de collaboration entre les organismes et les centres œuvrant dans le domaine de la santé des immigrants. Par exemple, dans les centres urbains accueillant un grand nombre d'immigrants, la tenue d'un salon multiculturel sur la santé peut s'avérer des plus bénéfiques et offrir un forum où les participants peuvent créer des liens et échanger à la fois connaissances et expériences, tout en se créant des réseaux solides sur le plan social.

Références

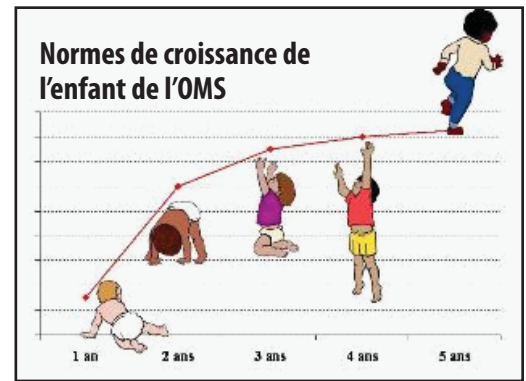
1. Santé Canada. Bulletin de recherche sur les politiques de santé, décembre 2010; 17. La santé des migrants : Vers une approche axée sur les déterminants de la santé. Disponible au : http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/pdf/pubs/hpr-rpms/bull/2010-health-sante-migr-fra.pdf
2. Citoyenneté et Immigration Canada. État de santé et capital social des nouveaux immigrants : données probantes issues de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada. Disponible au : <http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/recherche/donnees-immigrants/index.asp>
3. Département de justice. Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (L.C. 2001, ch. 27). Disponible au : <http://www.laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/l-2.5/>
4. Citoyenneté et Immigration Canada. OP 15 procédures médicales. Disponible au : <http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/guides/op15-fra.pdf>

Les nouvelles courbes de croissance de l'OMS sont la référence idéale en matière de surveillance de la croissance

Une surveillance régulière et constante de la croissance est essentielle pour évaluer l'état de santé et de nutrition des nourrissons et des enfants, tant pour les individus que pour l'ensemble de la population. Les courbes de croissance sont un outil que les fournisseurs de soins de santé tout comme les parents trouveront utile pour comprendre l'évolution de la croissance et déceler les problèmes qui peuvent survenir. En 2010, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié de nouvelles courbes pour les nourrissons et les enfants. Elles présentent les schémas d'évolution optimale de la croissance. Ces nouvelles courbes comprennent les *Normes OMS de croissance de l'enfant de 2006* (de la naissance à cinq ans) et les *Valeurs de référence pour la croissance OMS 2007* pour les enfants et les adolescents (de 5 à 19 ans).

La Société canadienne de pédiatrie, le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada et les Diététistes du Canada recommandent l'adoption des courbes de croissance de l'OMS au Canada, qui viendront remplacer les courbes du Center

for Disease Control (CDC) de 2000[1]. Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef du Nouveau-Brunswick et la Société de pédiatrie du Nouveau-Brunswick soutiennent cette recommandation et appuient l'utilisation des courbes de l'OMS pour assurer le suivi de la croissance de l'ensemble des nourrissons, enfants et adolescents en bonne santé de la province.



Source : OMS norme de croissance d'enfant publié avec permission de la presse de l'OMS

Les *Normes OMS de croissance de l'enfant* de 2006 ont été établies pour les nourrissons nés à terme et les enfants, de la naissance à cinq ans. Ces normes diffèrent des courbes de croissance du CDC de 2000 en ceci qu'elles illustrent la façon dont des enfants en bonne santé **devraient** grandir, et non la façon dont un échantillon d'enfants américains a **effectivement** grandi. Les nouvelles courbes de croissance ont été établies pour une population d'enfants multiethnique, principalement allaitée et vivant dans des conditions optimales de croissance et de développement. Les courbes de l'OMS sont considérées comme LA référence idéale en matière de surveillance de la croissance pour les nourrissons et les enfants canadiens en bonne santé, quels que soient leur origine ethnique, leur statut socio-économique ou leur alimentation.

Les *Valeurs de référence pour la croissance OMS 2007* ont été élaborées en tenant compte de l'augmentation de l'obésité chez les enfants au niveau international. Ces courbes de référence suivent plus étroitement une croissance et un développement optimal des enfants et des jeunes, puisqu'elles tiennent maintenant compte de l'augmentation du poids moyen de ces derniers au cours des années passées.

Nous encourageons les médecins, les infirmières, les diététistes et les autres professionnels de la santé qui surveillent la croissance des enfants dans les hôpitaux, les collectivités ou les établissements de soins de santé primaires à utiliser les courbes de l'OMS. Elles diffèrent de celles du CDC de 2000 à plusieurs égards. Les fournisseurs de soins de santé doivent connaître les différences entre ces deux séries de mesures pour s'assurer qu'ils interprètent les données correctement. Pour de plus amples informations sur la façon d'utiliser et d'interpréter ces courbes, demandez le *Guide d'utilisation des nouvelles courbes de croissance de l'OMS à l'intention du professionnel de la santé* (bilingue) à votre bureau local de la Santé publique ou consultez ce document en ligne sur le site <http://www.dietitians.ca/Secondary-Pages/Public/WHO-Growth-Charts---Resources-for-Health-Professio.aspx>. Des versions bilingues des courbes de croissance suivantes sont également disponibles aux bureaux de la Santé publique, au magasin central du gouvernement du Nouveau-Brunswick (453-2466) ou en ligne sur le site <http://www.dietitians.ca/Secondary-Pages/Public/Who-Growth-Charts.aspx>.

- Courbes de croissance de l'OMS adaptées pour le Canada : Naissance à 24 mois, filles
- Courbes de croissance de l'OMS adaptées pour le Canada : Naissance à 24 mois, garçons
- Courbes de croissance de l'OMS adaptées pour le Canada : de 2 à 19 ans, filles
- Courbes de croissance de l'OMS adaptées pour le Canada : de 2 à 19 ans, garçons

La surveillance de la croissance est une composante importante des soins apportés aux nourrissons, aux enfants et aux adolescents canadiens. Les normes et les courbes de référence de l'OMS constituent d'excellents outils pour surveiller la croissance et le développement des enfants et des jeunes, de la naissance à 19 ans. Pour favoriser et soutenir une croissance et un développement en santé des enfants et des adolescents dans notre province, il est important que nous adoptions des pratiques uniformes en matière de surveillance et de signalement.

Reference

1. Diététistes du Canada, Société canadienne de pédiatrie, Collège des médecins de famille du Canada, Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire. Document de principes conjoint. Promouvoir la surveillance optimale de la croissance des enfants au Canada : L'utilisation des nouvelles courbes de croissance de l'Organisation mondiale de la santé – Résumé. 2010. Disponible au: <http://www.cps.ca/francais/enonces/N/Resume.htm> (document complet disponible en anglais seulement à l'adresse <http://www.cps.ca/english/statements/N/growth-charts-statement-FULL.pdf>)

Gros plan sur la maladie

Infection invasive à streptocoques du groupe A

L'agent infectieux de la streptococcie du groupe A (SGA) est le *Streptococcus pyogenes*, une bactérie à gram positif non sporulée et non motile. Cette bactérie se présente souvent dans la gorge ou sur la peau. Le streptocoque du groupe A a l'origine d'un grand éventail de maladies, depuis les infections non invasives (p. ex., la pharyngite, l'impétigo et la scarlatine) jusqu'aux infections invasives graves. L'infection invasive à SGA est identifiée par l'isolement en laboratoire de *Streptococcus pyogenes* dans un site normalement stérile (p. ex., sang, LCR, liquide pleural, péritonéal ou péricardique, échantillon de tissu profond prélevé pendant une chirurgie, os ou liquide articulaire) [1]. Il existe trois grands groupes de manifestations cliniques des infections invasives à SGA. Le premier est celui du **syndrome de choc toxique streptococcique (SCT)**, un état caractérisé par un état de choc et une insuffisance fonctionnelle de plusieurs organes. Le deuxième groupe comprend la **fasciite nécrosante (FN)**, la maladie qui présente une nécrose extensive de la peau et des tissus mous sous-cutanés. Dans la FN, l'infection se répand le long des couches de fascia [2]. Les taux de mortalité pour le SCT streptococcique et la FN dépassent les 35 et 25 p. 100 respectivement [3]. Le troisième groupe comprend des affections qui ne satisfont ni aux critères des SCT streptococcique ni à ceux des FN : **une bactériémie avec ou sans foyer d'infection et des infections focales comme la méningite, la pneumonie, la péritonite, la myosite, l'arthrite septique, l'ostéomyélite, les infections de plaies chirurgicales et la sepsie puerpérale**. On retrouve environ 120 types sérologiques distincts de SGA. Le typage sérologique de *S. pyogenes* repose sur la capacité de l'organisme à produire un facteur de virulence appelé protéine M. La production de la protéine M est codée par le gène *emm*, et une méthode de typage *emm* fondée sur les séquences a été mise au point et utilisée. Les séquences M/*emm* 1 et M/*emm* 3 sont particulièrement associées aux infections invasives [2].

Pendant les dernières années, **l'incidence des infections invasives à SGA** a augmenté partout sur la planète. Au Canada, l'incidence des infections invasives à streptocoques du groupe A était de 4,39 par 100 000 habitants, d'après des données non publiées de 2008 de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). L'incidence était plus élevée chez les jeunes enfants et chez les personnes âgées. Chez les enfants âgés de moins de un an, le taux était de 6,78 par 100 000 habitants, tandis qu'il était de 4,35 par 100 000 habitants chez les enfants âgés de un à quatre ans [communication personnelle, données non publiées, ASPC, 2008]. Des taux élevés d'infection invasive à SGA ont été signalés chez les Autochtones vivant dans l'Arctique canadien. Au Nouveau-Brunswick, pendant la période de 2008 à 2010, on a signalé de 18 à 20 cas annuellement, ce qui correspond à un taux d'incidence d'infection invasive à SGA d'environ 2,7 par

100 000 habitants pour chacune des trois dernières années [4]. Le nombre de cas d'infections invasives à SGA signalés en 2011 (jusqu'à la fin de mars) est de 12, ce qui suggère une augmentation [4], bien qu'on signale habituellement le plus grand nombre de cas en hiver et au début du printemps [5,6].

L'infection à streptocoques du groupe A (invasives et non invasives) se **transmet** surtout par contact des muqueuses buccales ou nasales avec des gouttelettes de sécrétions respiratoires ou des exsudats infectieux provenant de plaies ou de lésions cutanées (*transmission par gouttelettes*), ou encore par contact direct ou indirect (rarement) de la peau non intacte avec des exsudats provenant de la peau ou de plaies ou de sécrétions respiratoires infectieuses (*transmission par contact*). Le port pharyngé asymptomatique est constaté chez tous les groupes d'âge, mais est plus fréquent chez les enfants. La voie d'entrée des infections invasives à SGA est souvent la peau ou les tissus mous, et l'infection peut se développer à la suite d'un trauma mineur ou non constaté, sans plaie évidente sur la peau. Dans bien des cas d'infection invasive à SGA, la voie d'entrée demeure inconnue [7]. Il est possible de contracter une infection invasive à SGA nosocomiale, en particulier à la suite d'interventions chirurgicales, étant donné qu'on a confirmé que des membres du personnel des salles opératoires qui sont porteurs par voie anale, vaginale, cutanée ou pharyngée étaient l'origine de nombreuses éclosions [8]. **La période d'incubation** d'une infection invasive à SGA est habituellement de un à trois jours, mais peut dépendre de la voie d'inoculation.

Les définitions épidémiologiques de cas des infections invasives à SGA sont présentées au tableau 1 [1]. Les cas confirmés d'infection invasive à SGA doivent obligatoirement être déclarés à l'échelle nationale au Canada. Au Nouveau-Brunswick, en vertu de la *Loi sur la santé publique* de 2009, les cas d'infection invasive confirmés et probables doivent obligatoirement être déclarés au médecin-hygiéniste régional **verbalement dans les 24 heures et par écrit (p. ex., par télécopieur) dans les sept jours suivant un diagnostic de cas confirmé ou probable**. Les cliniciens doivent signaler les cas lorsqu'ils soupçonnent la possibilité d'une infection invasive à SGA en l'absence de toute autre étiologie identifiable, et les laboratoires doivent déclarer les cas positifs d'infection invasive à SGA qui ont été isolés dans des sites stériles. Une infection non invasive à SGA n'est pas une maladie à déclaration obligatoire.

Tableau 1. Définitions épidémiologiques de cas et terminologie liée à l'infection invasive à SGA

Cas confirmé	Confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans manifestation clinique de la maladie invasive. La confirmation en laboratoire nécessite l'isolement de <i>Streptococcus</i> du groupe A (<i>Streptococcus pyogenes</i>) dans un site normalement stérile.
Cas probable	Maladie invasive en l'absence d'une autre cause établie avec isolement de SGA dans un site non stérile ou obtention d'un résultat positif au dépistage de l'antigène du SGA.

La prise en charge des cas d'infection invasive à SGA comprend **le diagnostic clinique et le traitement des cas de même que la prise en charge des contacts par la santé publique**. La prise en charge des infections invasives à SGA graves comprend les traitements suivants : le traitement de support par l'utilisation de solutés et d'électrolytes, des thérapies antimicrobiennes particulières et la prise de mesures visant à réduire ou à neutraliser les effets de la production de toxines, au besoin. La pénicilline demeure le traitement de choix. Un régime comportant l'ajout de clindamycine est jugé plus efficace que la pénicilline seule et, en l'absence de choc, l'immunoglobuline administrée par voie

intraveineuse peut être envisagée dans le traitement des SCT streptococcique ou des infections graves attribuables à l'action de toxines. Un débridement des tissus nécrotiques est indiqué dès le début dans les cas de FN, mais d'autres traitements particuliers pourraient être nécessaires selon la situation clinique [9,10]. Dès la réception d'une déclaration de cas confirmé, les équipes régionales de la Santé publique entreprennent la recherche des contacts pour déterminer si une prophylaxie antimicrobienne est indiquée. Les personnes des catégories suivantes sont considérées des contacts étroits et des candidats potentiels à la chimioprophylaxie [11] :

- Les contacts domiciliaires qui ont passé avec le cas au moins quatre heures par jour en moyenne au cours des sept derniers jours ou 20 heures par semaine;
- Contacts non-domiciliaires qui ont couché dans le même lit que le cas ou qui ont eu des relations sexuelles avec le cas;
- Les personnes qui ont eu des contacts directs de la muqueuse avec les sécrétions orales ou nasales d'un cas (p. ex., réanimation bouche-à-bouche, baiser bouche ouverte) ou un contact direct non protégé avec une lésion cutanée ouverte chez le cas;
- Les utilisateurs de drogues par injection qui ont partagé des aiguilles avec le cas.

Certaines incertitudes persistent en ce qui concerne le risque de cas secondaire d'infection invasive chez les contacts étroits d'un cas de référence et la meilleure façon de gérer ce risque[2]. Plusieurs provinces jugent que les preuves dont on dispose actuellement ne justifient pas l'administration systématique d'une chimioprophylaxie aux contacts étroits. En 2006, l'Agence de la santé publique du Canada a publié les *Lignes directrices pour la prévention et le contrôle de la maladie invasive due au streptocoque du groupe A*, recommandant d'administrer la prophylaxie aux contacts étroits lorsqu'il existe une infection invasive avec signes cliniques graves (p. ex., SCT streptococcique, FN, myosite, gangrène, méningite, pneumonie et autres maladies menaçant le pronostic vital ou un cas se soldant par un décès) chez un cas [11].

Au Nouveau-Brunswick, en règle générale, on administre des antibiotiques à tous les contacts étroits des personnes atteintes d'infection invasive à SGA graves afin d'éliminer la possibilité de portage de la bactérie dans la gorge. Il est préférable d'administrer cette prophylaxie dans les 24 heures, mais on peut le faire jusqu'à sept jours après la date d'exposition. Les contacts étroits de tous les cas confirmés sont avisés de recevoir immédiatement des soins médicaux au cas où des symptômes d'infection invasive à SGA se développent.

Des venues alternatives de chimioprophylaxie qui ont été décrites comprennent [12] :

- L'administration d'une prophylaxie aux contacts qui ont des plaies ouvertes, qui ont subi une chirurgie ou accouché récemment, ou qui sont actuellement atteints d'infections virales comme la varicelle, l'influenza ou des maladies d'immunodéficience;
- L'administration d'une prophylaxie si le domicile compte au moins un contact à risque élevé d'infection grave ou de décès en raison d'un âge avancé (> 65 ans) ou d'un très jeune âge (< un an) ou à risque élevé de contracter une infection (p. ex., des patients souffrant de maladies chroniques, des femmes enceintes et des patientes suivies en obstétrique, des patients dont l'état de santé compromet l'intégrité de la peau (varicelle, eczéma), des patients ayant subi des brûlures, des traumatismes ouverts, etc.);
- Mettre en valeur l'importance d'obtenir immédiatement des soins médicaux si les contacts présentent une maladie dont les symptômes correspondent à une infection à SGA (non limitée à l'infection invasive à SGA) dont la pharyngite, la scarlatine, la cellulite, l'érysipèle, l'inflammation des articulations, la bursite, l'impétigo, un abcès, etc.



Fasciite nécrosante

Source: ©Ben Barankin, MD, Reproduced with permission from Dermatlas;
<http://www.dermatlas.org>

Toutefois, au Nouveau-Brunswick, il peut y avoir des circonstances dans lesquelles d'autres décisions concernant la chimioprophylaxie sont possibles. Dans les cas où la chimioprophylaxie est administrée aux contacts étroits, il s'agit d'un des antibiotiques suivants : céphalosporines de première génération (céphalexine, céphadroxile et céphradine); érythromycine; clarithromycine; clindamycine [11].

On encourage les cliniciens à discuter de tous les cas d'infection invasive à SGA avec le médecin-hygiéniste régional. En particulier, il faut discuter des cas d'infections invasives à SGA signalés dans les **établissements de soins prolongés, de garde d'enfants et les hôpitaux** avec les médecins-hygiénistes régionaux et les spécialistes en maladies infectieuses et en microbiologie puisque différentes stratégies s'imposent pour la prise en charge des cas et des contacts dans ces circonstances.

Références

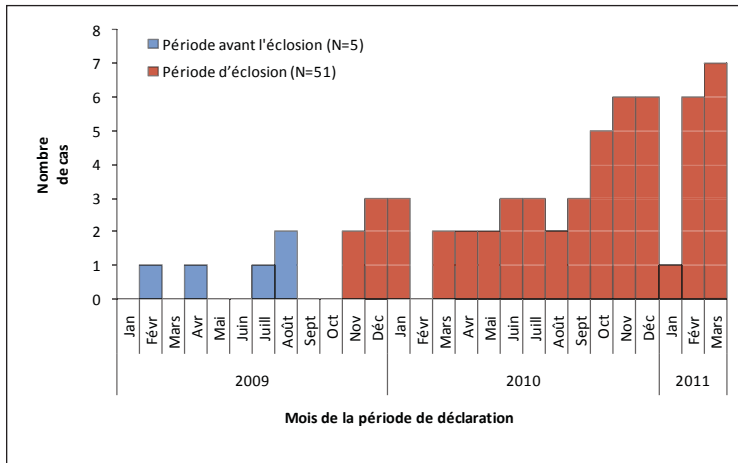
1. Agence de la santé publique du Canada. « Définitions des cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 26S3 (2000), p. 53.
2. Smith, A., et coll. « Invasive Group A Streptococcal Disease: Should Close Contacts Routinely Receive Antibiotic Prophylaxis? », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 5 (2005), p. 494-500.
3. Disease Control and Prevention. National Center for Immunization and Respiratory Diseases, 2008. Internet : http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/diseaseinfo/groupastreptococcal_t.htm.
4. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. Unité de contrôle des maladies transmissibles. Reportable Disease Surveillance System.
5. Ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta. « Group A Streptococcal Disease, Invasive », *Public Health Notifiable Disease Management Guidelines* (2007), p. 1-14.
6. Kaul, R., et coll. « Intravenous Immunoglobulin Therapy for Streptococcal Toxic Shock Syndrome – A Comparative Observational Study », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 28 (1999), p. 800-807.
7. American Academy of Pediatrics. « Group A Streptococcal Infections », dans *Redbook: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 28e éd., Pickering LK; Elk Grove Village (IL), American Academy of Pediatrics, 2009, p. 616-628.
8. Heymann, David L. « Streptococcal Diseases Caused by Group A (Beta Hemolytic) Streptococci », dans *Control of Communicable Diseases Manual*, 19e éd., Washington, American Public Health Association, 2004, p. 577-585.
9. Bisno, A.L., et D.L. Stevens. « Streptococcus pyogenes », dans G.L. Mandell, J.E. Bennell et R. Dolin, *Principles and Practice of Infectious Diseases*, 6e éd., Philadelphie, Elsevier, 2005, p. 2362-2379.
10. Allen, U.D., et D.L. Moore. « Infectious Diseases and Immunization Committee, Canadian Pediatric Society. Invasive Group A Streptococcal Infections: Management and Chemoprophylaxis », *Pediatrics and Child Health*, vol. 15, no 5 (2010), p. 295-302.
11. Agence de la santé publique du Canada. « Lignes directrices pour la prévention et le contrôle de la maladie invasive due au streptocoque du groupe A », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 32S2 (2006), p. 1-26.
12. Ministère de la Santé du Manitoba. Communicable Disease Control Unit. « Invasive Group A Streptococcal Disease », *Communicable Disease Management Protocol*, (2007), p. 1-10.

MISE À JOUR :

Écllosion de syphilis au Nouveau-Brunswick

Une écllosion de syphilis infectieuse se poursuit au Nouveau-Brunswick. Quatorze nouveaux cas ont été déclarés en date du 17 mars 2011 en 2011, et 37 cas au total* ont été signalés dans la province en 2010. Avant 2008, la province recensait généralement moins de cinq cas par année. L'écllosion est apparue dans la région de Moncton à la fin de l'année 2009 et en 2010, mais c'est dans la région de Fredericton que l'on rapporte le plus grand nombre de cas récemment. Des cas sporadiques ont aussi été signalés à Saint John et dans le nord du Nouveau-Brunswick. La figure 2 montre la courbe épidémiologique.

Figure 2. Cas de syphilis infectieuse signalés par mois et année au Nouveau-Brunswick, du 1er janvier 2009 au 17 mars 2011



Ce sont chez les hommes que surviennent la plupart des cas, majoritairement chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). Un faible nombre de cas chez les femmes, dont deux cas chez des femmes enceintes. La plupart des personnes infectées sont âgées de 20 à 24 ans ou de 40 à 44 ans, l'âge moyen étant de 33,7 ans et l'âge médian, de 33 ans (étendue de 17 à 60 ans). De nombreuses personnes ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avec de nombreux partenaires au cours de la dernière année, y compris avec des partenaires occasionnels ou anonymes. Au moins cinq des cas présentent également une coinfection par le VIH.

Au cours des dix dernières années, on a constaté une augmentation du taux de syphilis infectieuse dans l'ensemble du Canada. En 1993, le taux national était de 0,6 par 100 000 habitants, la représentation étant semblable chez les hommes et chez les femmes. Ce taux s'est plus ou moins maintenu jusqu'en 2001, après quoi l'incidence de la syphilis infectieuse a commencé à augmenter. En 2010, le taux national était estimé à 5 cas par 100 000 habitants (le Nouveau-Brunswick affichait un taux identique) et il était nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes[1, 2]. Des écllosions de syphilis infectieuse ayant été signalées chez certains sous-groupes de population habitant les centres urbains du pays ont largement contribué à cette augmentation. Ces écllosions ont généralement été observées chez les HARSAH[3, 4]. Or, on note aussi un glissement vers les groupes de population hétérosexuels (et conséquemment une hausse du nombre de cas de syphilis congénitale)[4]. Parmi les autres groupes à risque pour les écllosions de syphilis, on retrouve les travailleurs du sexe, les clients des travailleurs du sexe et les utilisateurs de drogues injectables[5]. L'incidence de la syphilis infectieuse chez

les Autochtones est également disproportionnée dans certaines régions[6].

Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef (BMHC) du Nouveau-Brunswick a réagi à l'écllosion en multipliant les communications destinées aux médecins et aux autres fournisseurs de soins de santé. Deux lettres ont été envoyées aux cliniciens (une en décembre 2010, l'autre en février 2011) dans le but d'augmenter la vigilance en ce qui concerne le diagnostic de la syphilis et de souligner l'importance du dépistage et de la prise en charge de la syphilis et des autres ITS, ainsi que l'importance d'offrir du counseling aux patients qui se présentent dans une clinique. Les cliniciens doivent continuer à aiguiller les patients à la Santé publique pour la notification des partenaires et le suivi au moyen d'un questionnaire de surveillance rehaussée. Ils doivent aussi continuer à faire le dépistage de la syphilis chez toutes les femmes enceintes dès la première visite prénatale.

En février, le BMHC a lancé une campagne de sensibilisation du public qui a recours aux médias sociaux et à des stratégies de marketing pour communiquer d'importants renseignements sur le dépistage aux groupes à risque de la province. On encourage le public à visiter le site www.gnb.ca/quisait pour en savoir davantage.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. *Cas déclarés et taux de syphilis infectieuse au Canada selon la province/le territoire et le sexe, 1993-2008*. 2010. Consulté en ligne le 18 mars 2011 à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its_tab/syphilis_pts1993-08-fra.php.
- Agence de la santé publique du Canada. *Cas déclarés de ITS 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 2009 et 2010*. Consulté en ligne le 18 mars 2011 à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stdcases-casmts/index-fra.php.
- Leber, A., P. MacPherson, et B.C. Lee. « Epidemiology of infectious syphilis in Ottawa », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 99, no 5 (2008), p. 401-405.
- Gouvernement de l'Alberta. Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta. *The syphilis outbreak in Alberta*. 2010. Consulté en ligne le 18 mars 2011 à l'adresse www.health.alberta.ca/documents/STI-Syphilis-Report-2010.pdf.
- Patrick, D.M., et coll. « Heterosexual outbreak of infectious syphilis: epidemiological and ethnographic analysis and implications for control », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 78, supplément no 1 (2002), p. i164-i169.
- Gratix, J., et coll. « Écllosion de syphilis à Edmonton, en Alberta : analyse descriptive d'une série de cas de syphilis primaire survenus entre juillet 2004 et avril 2006 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 33, no 6 (2007), p. 61-68.

SYPHILIS

Outbreak among men in New Brunswick **Écllosion chez les hommes au Nouveau-Brunswick**

Syphilis can kill. Wear a condom. Get tested. **La syphilis peut vous tuer. Portez un condom. Faites-vous tester.**

Call your family doctor or visit gnb.ca/WhoKnew Consultez votre médecin de famille ou visitez gnb.ca/QuiSait

* Le dernier numéro du *Bulletin de surveillance des maladies* signalait 38 cas en 2010. Depuis lors, un cas a été transféré à la catégorie de syphilis non infectieuse; le nombre total de cas déclarés en 2010 a donc été ramené à 37.