

# Bulletin de surveillance des maladies du Nouveau-Brunswick

Bureau du médecin-hygiéniste en chef

## Introduction

Bienvenue à la onzième édition du *Bulletin de surveillance des maladies du Nouveau-Brunswick*.

Nous y examinons le premier cas canadien de la nouvelle souche d'adénovirus de sérotype 14 (Ad14) et les mesures à suivre pour les médecins gérant les cas de pneumonie grave soupçonnés d'être causés par ce pathogène.

Nous faisons le point sur l'écllosion de syphilis au Nouveau-Brunswick, accompagnée de renseignements sur l'épidémiologie et les stratégies à l'échelle provinciale pour prévenir et réduire l'écllosion.

Nous présentons également un tour d'horizon sur la grippe saisonnière fondé sur les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation, et un article se concentrant sur l'anaphylaxie et d'autres réactions allergiques après l'immunisation.

De plus, nous fournissons des renseignements sur le programme de formation destiné aux professionnels de la santé intitulé *Motivez vos patients en trois minutes : Améliorez les résultats – Encouragez le changement de comportement* et nous incluons une annonce sur deux nouvelles ressources : *Tendres soins* et *Indicateurs de santé*.

Comme toujours, nous accueillons vos commentaires et suggestions de thèmes avec plaisir. [alex.doroshenko@gnb.ca](mailto:alex.doroshenko@gnb.ca).



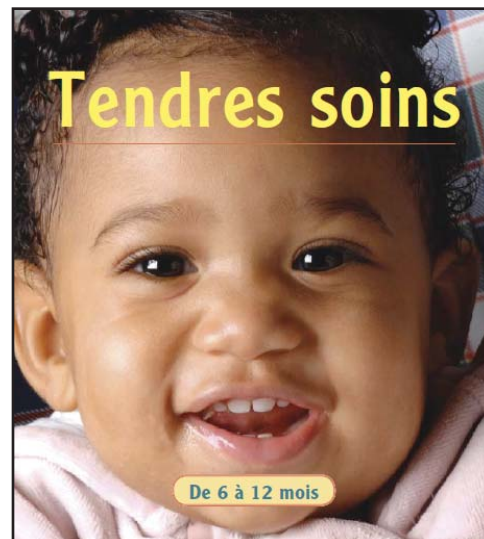
de l'enfant et offrent de nombreux renseignements aux parents. Tous contiennent des conseils basés sur les recherches les plus récentes. Ils portent sur des sujets tels que l'alimentation des bébés, le sommeil, les activités pour les tout-petits, l'alphabétisation et la vaccination. Des renseignements et des conseils destinés aux grands-parents et aux autres membres de la famille y sont également proposés.

## Tendres soins : une nouvelle ressource pour les parents et les professionnels

Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef a le plaisir d'annoncer que la série de livrets *Tendres soins*, destinée aux nouveaux parents, est à présent disponible au Nouveau-Brunswick. Ces guides peuvent être utilisés par tous les professionnels des soins de santé, ce qui leur permettra de transmettre des messages uniformes aux parents dans l'ensemble de la province. Les livrets seront remis aux parents à l'hôpital lors de la naissance d'un enfant. Les parents d'un enfant de moins d'un an qui ne les ont pas reçus pourront les réclamer à la Santé publique. Ils sont également

disponibles sur le site Web du ministère de la Santé (version française : <http://www.gnb.ca/0051/pub/index-f.asp#T>, version anglaise : <http://www.gnb.ca/0051/pub/index-e.asp#L>)

Les livrets *Tendres soins* sont reproduits avec l'aimable autorisation de la province de la Nouvelle-Écosse et comprennent trois titres : *De la naissance à 6 mois*, *De 6 à 12 mois* et *Parents et famille*. Les deux premiers volumes sont déjà disponibles et le troisième sera proposé en 2012. Très bien conçus et faciles à lire, ces ouvrages décrivent les étapes du développement



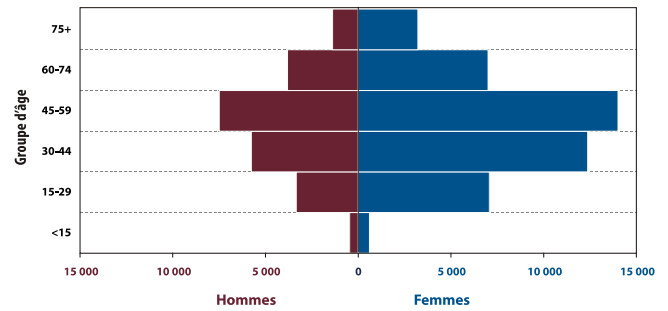
# Une nouvelle ressource pour la surveillance de la santé de la population au Nouveau-Brunswick

Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef a publié une nouvelle série de bulletins d'information intitulés *Indicateurs de santé*.

Chaque numéro porte sur un sujet particulier ayant trait à la santé de la population, comme les maladies chroniques ou les facteurs qui ont une influence sur la santé au cours d'une vie. L'objectif est de publier les dernières données et renseignements concernant le Nouveau-Brunswick sur un éventail de sujets liés à la santé publique, et ce, dans un format que pourront utiliser facilement les gestionnaires de programmes, les cliniciens, les chercheurs, les étudiants et les personnes s'intéressant professionnellement ou personnellement aux problèmes de santé de la population. Ces bulletins sont accessibles sur le site Web du Bureau du médecin-hygiéniste en chef (version anglaise : [www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/ocmoh/publications.html#news](http://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/ocmoh/publications.html#news), version française : [www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/publications.html#news](http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/publications.html#news)).

Le premier numéro, publié en janvier 2011, présentait les statistiques et renseignements les plus récents sur les grossesses chez les adolescentes au Nouveau-Brunswick. Les grossesses chez les adolescentes sont considérées comme un problème de santé publique, car elles peuvent avoir de lourdes conséquences sociales et économiques, ainsi que sur la santé des jeunes femmes et de leurs bébés, que ce soit dans l'immédiat ou à long terme. Le rapport fait état du déclin global des grossesses chez les adolescentes au cours des 20 dernières années et présente les principales tendances des taux

Figure 1: Nombre de personnes ayant reçu des soins médicaux pour un trouble de l'humeur ou pour un trouble anxieux, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2008-2009



**Sources :** Bureau du médecin-hygiéniste en chef, données tirées des dossiers d'hospitalisation (pour des soins chroniques, de courte durée, de longue durée et de réadaptation), du Registre d'inscription à l'Assurance-maladie, pour l'année financière 2008-2009.

**Notes :** Les données sont fondées sur le nombre de résidents ayant reçu des soins médicaux au moins une fois pendant l'année, selon le diagnostic principal ou sous-jacent.

de grossesse dans les régions et les comtés. Le second numéro, publié en septembre 2011, se penchait sur la santé mentale au Nouveau-Brunswick. On y retrouvait les toutes dernières données et tendances concernant le fardeau des problèmes de santé mentale dans la province. Les données de services médicaux révèlent que les troubles anxieux et de l'humeur atteignent des personnes de tout âge. Les femmes de 39 à 59 ans sont les plus nombreuses à recevoir des soins médicaux pour ces problèmes (figure 6).

Les prochains numéros des *Indicateurs de santé* porteront sur les maladies neurodégénératives et les blessures non intentionnelles. Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef est toujours heureux de recevoir des commentaires et des suggestions de sujets. N'hésitez donc pas à communiquer avec Neeru Gupta, épidémiologiste principal, en adressant un courriel à [neeru.gupta@gnb.ca](mailto:neeru.gupta@gnb.ca).

## Effets secondaires suivant l'immunisation : anaphylaxie et autres réactions allergiques

### Contexte des effets secondaires suivant l'immunisation (ESSI)

Assurer l'innocuité des vaccins administrés est un élément clé du programme de vaccination. Une telle innocuité est assurée à divers niveaux, entre autres grâce à l'adoption de bonnes pratiques de fabrication, au respect rigoureux des conditions d'entreposage, de transport et de distribution des vaccins et à l'utilisation de techniques adéquates pour les administrer.

Il faut toutefois surveiller les ESSI afin de préserver la confiance du public à l'égard de la vaccination. Une telle surveillance débute dès que des soins sont donnés aux patients. Le rôle des médecins, infirmières et autres vaccinateurs est donc crucial. Une fois remplis, les formulaires de rapport des ESSI sont recueillis et triés à l'échelle provinciale et nationale. Par la suite, on procède à une évaluation de la causalité. Les autorités provinciales en matière de santé publique, l'Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada et les fabricants de vaccins participent tous à ce processus. Des données détaillées, justes et remises en temps opportun permettent de mieux déterminer si certains vaccins ont véritablement causé des effets secondaires. Les données recueillies sur de plus longues périodes sont plus efficaces que les signalements isolés, d'où l'importance de déclarer tous les ESSI.

### Éléments clés

- Il est important de signaler les ESSI afin d'assurer l'innocuité des vaccins au Canada et de préserver la confiance du public à l'égard de l'immunisation.
- Même si l'anaphylaxie est extrêmement rare, chaque immunisation présente un risque associé de réaction anaphylactique.
- Il est important d'être au courant des tout derniers renseignements concernant la prise en charge de l'anaphylaxie.
- Il faut distinguer l'anaphylaxie des autres symptômes bénins et des simples réactions allergiques survenant après l'administration d'un vaccin. L'anaphylaxie est la seule contre-indication à une vaccination subséquente.
- En vertu de la Loi sur la santé publique, le signalement des ESSI est obligatoire au Nouveau-Brunswick. En effet, ils doivent être signalés au médecin-hygiéniste régional dans un délai de sept jours.
- Le formulaire de rapport des ESSI est accessible au <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/MaladiesTransmissibles/Epidemiologie/RapportEffetsSecondairesSuivantImmunitisation.pdf>

Au Nouveau-Brunswick, en vertu de la Loi sur la santé publique adoptée en 2009, il est obligatoire de signaler tout effet secondaire suivant l'administration d'un vaccin ou d'un autre agent immunisant. Tout ESSI doit donc être signalé, au médecin-hygiéniste régional, dans les sept jours suivant le moment où un professionnel de la santé en a pris connaissance [1]. Le formulaire de rapport des ESSI est disponible au <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/MaladiesTransmissibles/Epidemiologie/RapportEffetsSecondairesSuivantImmunsation.pdf>.

Ce numéro du *Bulletin de surveillance des maladies du Nouveau-Brunswick* traitera de l'anaphylaxie et des autres réactions allergiques.

## Anaphylaxie et autres réactions allergiques

Potentiellement mortelle, l'anaphylaxie est la plus sévère des réactions allergiques générales. Elle survient suite à une libération de médiateurs de basophiles ou de mastocytes d'origine immunologique causée par une exposition à un antigène particulier chez un individu sensibilisé [2, figure 1].

Même si l'anaphylaxie est extrêmement rare, chaque immunisation présente un risque associé de réaction anaphylactique. D'après les données canadiennes de la surveillance relatives aux effets secondaires des vaccins, le taux annuel d'anaphylaxie varie entre 0,4 et 1,8 cas par 1 000 000 de doses de vaccins distribuées au Canada.

L'anaphylaxie entraîne souvent des signes et des symptômes dans les minutes qui suivent l'exposition à un stimulus déclenchant. Dans la plupart des cas, les réactions apparaissent dans les 30 minutes qui suivent l'injection d'un vaccin, mais certaines réactions peuvent survenir plus tard. En effet, 20 p. 100 des épisodes d'anaphylaxie sont biphasiques. Une récurrence de la réaction est alors observée d'une à huit heures après la réaction initiale et, selon certaines études, ce délai pourrait atteindre 38 heures [4, 5]. Parmi les principaux éléments anaphylactogènes présents dans les vaccins, mentionnons les protéines d'œuf (vaccin contre la fièvre jaune), le *thiomersal*, certains antibiotiques (néomycine, streptomycine et polymyxine B), les toxoïdes, les stabilisants et certaines autres composantes (levure, gélatine).

L'anaphylaxie est une réaction allergique généralisée. Ainsi, de nombreux signes cliniques peuvent être observés. Le tableau 1 présente un aperçu des signes et symptômes de l'anaphylaxie.

Les réactions anaphylactiques se distinguent des réactions bénignes courantes comme les syncopes vasovagales (évanouissements), les accès d'anxiété et les spasmes du

sanglot. L'anaphylaxie se distingue également des simples réactions allergiques par l'intervention simultanée du système cardiovasculaire et la perte de volume intravasculaire,

**Tableau 1 : Fréquence des signes et des symptômes de l'anaphylaxie**

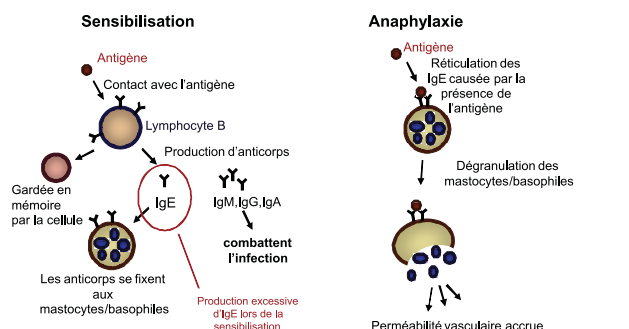
Signes et symptômes	Fréquence approximative (%)
<b>Appareil cutané</b>	<b>90</b>
Urticaire généralisée ou œdème de Quincke (papules)	85 - 90
Bouffées vasomotrices	45 - 55
Prurit avec ou sans rash	2 - 5
<b>Troubles respiratoires</b>	<b>40 - 60</b>
Œdème de Quincke (stridor des voies respiratoires supérieures)	50 - 60
Dyspnée, respiration sifflante	45 - 50
Rhinite ou congestion nasale	15 - 20
<b>Étourdissements, syncope, hypotension</b>	<b>30 - 35</b>
<b>Inconfort abdominal</b>	
Nausées, vomissements, diarrhée, crampes, douleurs	25 - 30
<b>Divers</b>	
Mal de tête	5 - 8
Douleur au point infrasternal (poitrine)	4 - 6
Crise épileptique	1 - 2

**Source :** « The diagnosis and management of anaphylaxis: an updated parameter », *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 115 (2005), p. S483-S523.

ainsi que par l'obstruction des voies respiratoires. De plus, l'anaphylaxie est une contre-indication à toute immunisation subséquente tandis que les réactions allergiques moins graves n'empêcheront pas l'administration des autres vaccins, à condition de faire preuve de vigilance.

L'intervention prioritaire pour une bonne prise en charge de l'anaphylaxie est l'administration d'épinéphrine. Il est nécessaire d'administrer sans tarder 0,01 ml/kg d'une solution aqueuse d'épinéphrine 1:1000 (maximum 0,5 ml chez les adultes et 0,3 ml chez les enfants) par voie sous-cutanée ou intramusculaire dans le membre opposé de celui où l'on a administré le vaccin [3]. Une récente recherche a démontré que l'injection par voie intramusculaire est plus efficace que celle effectuée par voie sous-cutanée [7] et que la cuisse, n'étant point utilisée pour administrer un vaccin, est le site de prédilection pour l'injection intramusculaire d'épinéphrine. Si le vaccin a été injecté par voie sous-cutanée, une dose unique additionnelle de 0,005 ml/kg (maximum 0,3 ml) de solution aqueuse d'épinéphrine 1:1000 peut être injectée au site de la vaccination pour ralentir l'absorption du vaccin. Une injection locale d'épinéphrine au site de la vaccination intramusculaire est contre-indiquée parce qu'elle dilate les vaisseaux et accélère l'absorption du vaccin [3]. Si les symptômes majeurs persistent ou s'aggravent après la première dose d'épinéphrine, la prise de doses supplémentaires s'impose. Il peut s'avérer nécessaire de rétablir la perméabilité des voies respiratoires. Il faut administrer de l'oxygène aux patients éprouvant des difficultés respiratoires et effectuer une surveillance étroite des signes vitaux par oxymétrie pulsée. En plus de l'épinéphrine, il est possible d'administrer d'autres médicaments comme du chlorhydrate de diphénhydramine, des  $\beta$ -agonistes en inhalation ou des stéroïdes. Une fois stabilisé, le patient doit être transporté à l'hôpital. Pour de plus amples renseignements sur la gestion de l'anaphylaxie suivant l'immunisation, visitez le <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/MaladiesTransmissibles/ProfessionnelsEnSantePublique/Anaphylaxis.pdf> [8] ou consultez le Guide canadien d'immunisation [3].

Figure 2. Mécanisme de la sensibilisation et de l'anaphylaxie



Source : Service d'immunisation du centre des infections, Agence de protection de la santé, Royaume-Uni

## Références

1. *Lois sur la santé publique*, L.N.-B. 1998, c. P-22.4, <<http://www.gnb.ca/0062/PDF-acts/p-22-4.pdf>>.
2. A. K. Ellis et J. H. Day, « Diagnosis and management of anaphylaxis », *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 169, no 4 (2003), p. 307-312.
3. Canada, Agence de la santé publique du Canada, *Guide canadien d'immunisation*, 7e éd., Ottawa, l'Agence, 2006.
4. B. J. Stark et T. J. Sullivan, « Biphasic and protracted anaphylaxis », *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 78, no 1, part. 1 (1986), p. 76-83.
5. A. K. Ellis et J. H. Day, « Biphasic anaphylaxis with unusually late onset second phase: a case report », *Canadian Journal of Allergy & Clinical Immunology*, vol. 2, no 3, p. 106-109.
6. Joint Task Force on Practice Parameters, et coll., « The diagnosis and management of anaphylaxis: an updated parameter », *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 115 (2005), p. S483-S523.
7. F. E. R. Simons, X. Gu et K. J. Simons, « Epinephrine absorption in adults: intramuscular versus subcutaneous injection », *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 108 (2001), p. 871-873.
8. Nouveau-Brunswick, Bureau du médecin-hygiéniste en chef, *Protocole pour la gestion de l'anaphylaxie suivant l'immunisation en milieu non hospitalier*, [Fredericton], le Bureau, 2011.

## Le point sur la grippe saisonnière

La vaccination contre la grippe saisonnière a débuté au Nouveau-Brunswick en octobre 2011. Le vaccin trivalent contre la grippe saisonnière 2011-2012 (VTI) contient les trois mêmes composantes que celui de 2010-2011, soit un virus analogue à A/California/7/2009 (H1N1), un virus analogue à A/Perth/16/2009 (H3N2) et un virus analogue à B/Brisbane/60/2008 (lignée B Victoria). Le vaccin Fluviral® est offert dans le cadre des programmes de la Santé publique.

À la suite de la publication de la *Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2011-2012* par le Comité consultatif national de l'immunisation, le Nouveau-Brunswick a élargi la portée de son programme de vaccination antigrippale en ajoutant les personnes atteintes d'obésité morbide (IMC > 40) et les membres des Premières Nations aux groupes de personnes pouvant recevoir le vaccin financé par le gouvernement. Les autres groupes admissibles demeurent les mêmes que l'année dernière. Le vaccin contre la grippe saisonnière est offert au Nouveau-Brunswick par les fournisseurs de soins de santé primaires, les infirmières en santé publique, les pharmaciens autorisés et les Infirmières de l'Ordre de Victoria (VON).

Parmi les autres éléments importants à prendre en considération, on compte la recommandation concernant l'administration du VTI par voie intramusculaire en dose de 0,5 ml pour tous les groupes d'âge et la révision des indications relatives à l'allergie aux œufs liées à l'administration du VTI. En effet, l'allergie aux œufs n'est plus considérée comme une contre-indication à l'administration du VTI. Le vaccin peut être administré aux personnes allergiques aux œufs sans test cutané préalable, sur la base de l'évaluation des risques de réaction allergique grave, ce qui guidera la prise de la décision sur la méthode de vaccination.

### Référence :

1. Comité consultatif national de l'immunisation, « Une déclaration d'un comité consultatif (DCC) : Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2011-2012 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 37 (octobre 2011), DCC-5.

# Adénovirus de sérotype 14 : les premiers cas canadiens découverts au Nouveau-Brunswick

## Généralités

Les adénovirus sont des virus à ADN qui sont l'étiologie de nombreux syndromes. Ils causent le plus souvent des maladies respiratoires comme le rhume, le croup, la bronchite ou la pneumonie, mais selon le sérotype infectant ils peuvent également causer diverses autres maladies, notamment la gastro-entérite, la conjonctivite, la cystite ou des maladies éruptives cutanées. Les adénovirus ont été isolés pour la première fois au début des années 1950. Depuis, plus de 50 sérotypes différents ont été identifiés[1].

Dans la plupart des cas, les infections à adénovirus sont bénignes ou asymptomatiques, surtout chez les personnes en bonne santé. Les jeunes enfants et les immunodéprimés sont plus susceptibles de subir des complications graves<sup>1</sup>. Les adénovirus respiratoires se transmettent de la même façon que le rhume simple. Les virus peuvent se transmettre directement d'une personne à l'autre par la toux ou les éternuements, ou indirectement par un vecteur passif contaminé[2].

## Sérotype 14

Le sérotype 14 (Ad14) a été identifié en 1955 au cours d'une écloison de maladie respiratoire aiguë dans un centre d'entraînement militaire aux Pays-Bas. Depuis les années 1960, cependant, il n'a été détecté que rarement<sup>3</sup>. Une nouvelle souche d'Ad14 a été identifiée aux États-Unis en 2006; la plupart des cas associés à cette souche sont sporadiques. Par compte, des écloisions ont également été identifiées dans des milieux fermés (bases militaires, etc.) et dans la collectivité générale<sup>3</sup>. Ce sérotype a été identifié en Irlande et aux États-Unis, où il a été repéré à ce jour dans au moins 15 États[3-5].

La plupart des infections signalées sont bénignes, mais des cas sévères et des décès ont été enregistrés. Des recherches plus poussées seront nécessaires pour déterminer si cette souche est plus virulente que les autres et, si c'est le cas, quels groupes sont particulièrement à risque[1,3,6,7,8]. La majorité des personnes infectées souffrait de problèmes de santé sous-jacents, mais ce n'était pas le cas pour plusieurs autres[3].

## Le contexte néo-brunswickois

En juillet cette année, Ad14 a été identifié chez une femme âgée dans l'est du Nouveau-Brunswick. Cette dernière avait été hospitalisée avec une pneumonie grave. Selon le Laboratoire national de microbiologie, il s'agit du premier cas canadien documenté. Une analyse rétrospective de tous les prélèvements positifs pour l'adénovirus depuis le printemps a été effectuée par le Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont, en collaboration avec le Laboratoire national de microbiologie. Cette opération a permis de déceler deux autres infections à sérotype 14. Au moins l'une des trois personnes infectées était membre des Premières nations. L'une des personnes infectées était un nourrisson, les deux autres étaient d'âge avancé. L'une de ces infections a entraîné un décès.

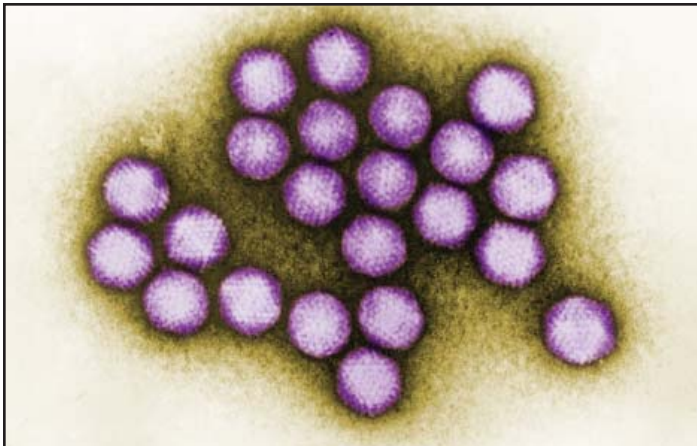
Nous recommandons aux médecins de faire preuve de vigilance en ce qui concerne ce pathogène émergent. Nous vous invitons donc à considérer les actions suivantes dans le traitement **d'une pneumonie / infection pulmonaire grave**

## ne répondant pas aux antibiotiques de façon prévu:

- Mettre en place des mesures de prévention des infections, conformément aux protocoles et politiques de prévention des infections pour les maladies respiratoires fébriles aiguës de votre établissement.
- Penser à l'adénovirus dans votre diagnostic différentiel. Recueillir des sécrétions respiratoires (bronchiques, nasales, pharyngiennes) pour faire une culture de virus respiratoire (au Nouveau-Brunswick, les tests sont réalisés au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont). Sur le formulaire de réquisition, indiquer au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont si un adénovirus est suspecté et si l'échantillon a été obtenu auprès d'un malade souffrant d'une pneumonie / infection respiratoire grave.

### Références :

1. Centers for Disease Control and Prevention, « Adenoviruses », *Centers for Disease Control and Prevention* (en ligne), dernière mise à jour le 19 mai 2010, <<http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/revb/respiratory/eadfeat.htm>>.
2. Children's Hospital of Pittsburgh of UPMC, « Adenovirus Infections », *Children's Hospital of Pittsburgh of UPMC* (en ligne), dernière mise à jour le 3 février 2008, <<http://www.chp.edu/CHP/P02508>>.
3. A. E. Kajon et coll., « Molecular Epidemiology and Brief History of Emerging Adenovirus 14-Associated Respiratory Disease in the United States », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 202, no 1 (2010), p. 93-103.
4. Centers for Disease Control and Prevention, « Key Facts and Q&As about Adenovirus 14 », *Centers for Disease Control and Prevention* (en ligne), dernière mise à jour le 19 mai 2010, <<http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/revb/respiratory/ead-ad14-facts.htm>>.
5. D. O'Flanagan et coll., « First reported cases of human adenovirus serotype 14p1 infection, Ireland, October 2009 to July 2010 », *Eurosurveillance* (en ligne), vol. 16, no 8 (2011), pii=19801, <<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19801>>.
6. M. J. Carr et coll., « Deaths Associated with Human Adenovirus-14p1 Infections, Europe, 2009-2010 », *Emerging infectious diseases*, vol. 17, no 8 (2011), p. 1402-1408.
7. J. E. Tatte et coll., « Outbreak of Severe Respiratory Disease Associated with Emergent Human Adenovirus Serotype 14 at a US Air Force Training Facility in 2007 », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 199 (2009), p. 1419-1426.
8. P. F. Lewis et coll., « A Community-Based Outbreak of Severe Respiratory Illness Caused by Human Adenovirus Serotype 14 », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 199 (2009), p. 1427-1434.



**Transmission electron micrograph of adenovirus virions**  
Source: CDC/ Dr. G. William Gary, Jr.

## Le point sur l'éclosion de syphilis au Nouveau-Brunswick

L'éclosion de syphilis infectieuse se poursuit au Nouveau-Brunswick. Avant 2008, le nombre annuel de cas déclarés était généralement inférieur à cinq. Or, en date du 26 octobre dernier, 46 cas avaient déjà été signalés (voir la figure 3), alors qu'en 2010, le nombre total de cas signalés étaient de 37. La figure 4 illustre l'augmentation de l'incidence de la syphilis infectieuse au Nouveau-Brunswick. La plupart des cas ont été signalés dans la région de Moncton et de Fredericton, quoique l'on en signale de plus en plus dans la région de Saint John et dans le nord de la province.

Quatre-vingt-douze pour cent des cas signalés depuis la fin 2009 touchent des hommes. La plupart de ceux-ci ont affirmé n'avoir eu que des partenaires de sexe masculin (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, HARSAH), mais quelques-uns ont dit avoir eu des partenaires des deux sexes (bisexuels) ou des partenaires de sexe féminin seulement (hétérosexuels).

On a toutefois observé récemment une augmentation du nombre de femmes infectées au Nouveau-Brunswick, ce qui comprend des cas de syphilis détectés durant une grossesse. La transmission de l'infection d'une mère à son enfant, qu'elle ait reçu un traitement adéquat ou non, constitue une grande source de préoccupation puisque la syphilis congénitale peut entraîner un avortement spontané ou une mortinaissance ou encore avoir des conséquences à long terme sur la santé liées au développement mental et physique du nourrisson. Ainsi, bien qu'aucun cas de syphilis congénitale n'ait été signalé au Nouveau-Brunswick à ce jour, les praticiens sont priés de faire preuve d'une grande vigilance et de procéder à un test de dépistage de la syphilis pour toutes les femmes enceintes, lors de leur première consultation prénatale.

L'éclosion de syphilis que connaît actuellement le Nouveau-Brunswick ne touche d'ailleurs pas que les groupes à risque élevé d'infection. En effet, l'infection a été détectée chez des personnes de 17 à 65 ans, y compris des professionnels et des étudiants universitaires. On croit qu'un petit groupe de personnes infectées ayant un grand nombre de partenaires sexuels contribuerait à cette augmentation massive du nombre de relations sexuelles lors desquelles l'infection est transmise. Or, beaucoup de personnes infectées ont affirmé n'avoir eu qu'un ou deux partenaires au cours de l'année ayant précédé la détection de l'infection. De plus, cette éclosion ne semble pas impliquer les groupes présentant généralement des risques élevés d'infection comme les travailleurs du sexe, leurs clients et les utilisateurs de drogues injectables.

Les capacités de la Santé publique en matière de recherche des contacts et de notification des partenaires ont une incidence directe sur la réduction de l'incidence des infections transmissibles sexuellement. Au Nouveau-Brunswick, la recherche des contacts présente souvent des défis puisque une personne infectée sur trois affirme avoir eu au moins un partenaire anonyme. À ces défis s'ajoutent les problèmes associés aux nombreux partenaires anonymes rencontrés sur Internet ou dans des bains publics ainsi que le fait que certains cas semblent n'être que de passage dans la province.

Les stratégies de prévention de l'infection et de réduction des risques de transmission auprès des personnes infectées comprennent notamment la réduction du nombre de partenaires ainsi que l'usage adéquat du condom, et ce, lors de

toutes les relations sexuelles. Les tests de dépistage réguliers et le traitement des personnes infectées et leurs partenaires contribueront en outre à minimiser les risques de transmission. Dans le cadre des mesures de surveillance continue de l'éclosion, les cliniciens sont priés de continuer à aiguiller les personnes infectées vers la Santé publique, aux fins de la recherche des contacts et de suivi au moyen d'un questionnaire de surveillance accrue.

## Une occasion de formation pour les professionnels de la santé : *Motivez vos patients en trois minutes*

Une initiative de formation pilote destinée aux professionnels de la santé intitulée **Motivez vos patients en trois minutes : Améliorez les résultats – Encourager le changement de comportement est en cours**. Elle a été lancée par le ministère de la Santé (Soins de santé primaires et Santé publique) et le ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport (Direction du Mieux-être), en collaboration avec Pfizer.

Les professionnels des soins de santé indiquent souvent qu'une formation leur permettant d'aider efficacement leurs clients à adopter des comportements et des modes de vie sains leur serait bénéfique. Ils indiquent également que les programmes doivent pouvoir être adaptés à des milieux de travail réels, dans lesquels on ne peut souvent consacrer que très peu de temps au perfectionnement des compétences et au counseling. Plusieurs solutions ont été mises à l'étude et le programme *Motivez vos patients en trois minutes* a été choisi car il présente des qualités importantes, qui en feront vraisemblablement une initiative adaptée, abordable et accessible.

Son objectif principal est d'aider les professionnels de la santé à motiver leurs patients afin que ces derniers apportent des changements à leur mode de vie. Les participants apprennent à se servir de stratégies qui les aideront à :

- créer des partenariats efficaces avec leurs patients dans le but d'appuyer des changements de comportement positifs;
- évaluer rapidement le niveau de préparation au changement de leurs patients (d'où les « trois minutes »);
- aider leurs patients à avoir davantage de motivation et à surmonter les obstacles au changement;
- employer des stratégies utiles et efficaces, étant donné les contraintes de temps considérables associées à la pratique clinique.

Le programme, qui dure 90 minutes en tout, encourage les interactions entre les participants. Les cas cliniques, les jeux de rôles et les exercices d'autoréflexion sont autant d'outils qui permettent aux professionnels de la santé de faciliter le changement en évaluant leurs patients dans le cadre d'interventions, à l'aide de techniques d'entrevues motivationnelles telles que le modèle des étapes de changement du comportement de Prochaska<sup>1</sup>. Des médecins, des infirmières, des physiothérapeutes, des inhalothérapeutes et d'autres professionnels de la santé ont déjà suivi cette formation (voir la carte) et rapportent des résultats positifs chez leurs patients.

Cette formation est proposée à tous les professionnels de la santé de la province et est appuyée par les réseaux de santé Horizon et Vitalité. Le programme a été examiné par le Collège des médecins de famille du Canada. Il est en attente d'un agrément final par les sections provinciales du Collège (l'examen restera valide jusqu'au 21 janvier 2012). Le Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie l'a accrédité et accordera 1,5 crédit de formation pour le programme destiné aux pharmaciens (dossier n° 816-1208L1 du CCEPP; accréditation valide jusqu'au 5 janvier 2012) et le programme pluridisciplinaire (dossier n° 1044-2009-503-L-P du CCEPP, accréditation valide jusqu'au 19 janvier 2013).

Figure 3. Cas déclarés de syphilis infectieuse selon le sexe, Nouveau-Brunswick, novembre 2009 à octobre 2011\*

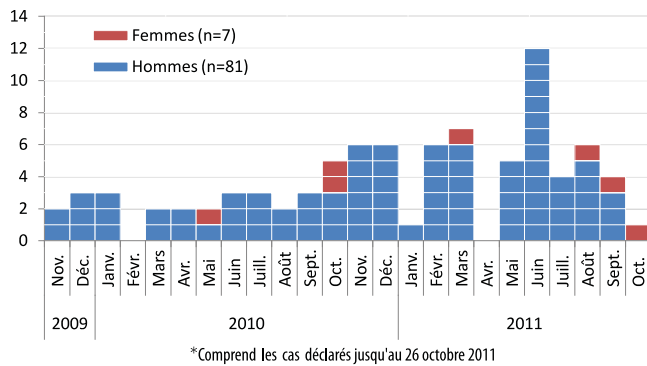
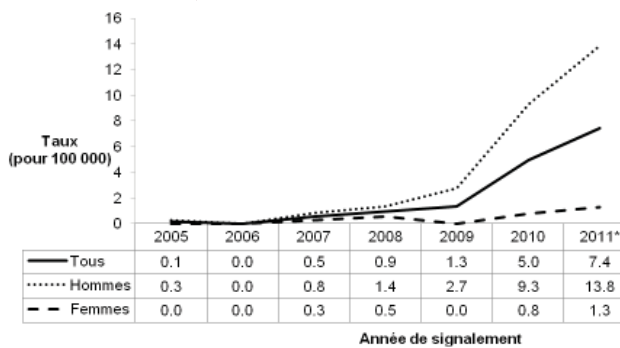


Figure 4. Taux d'incidence de la syphilis infectieuse au Nouveau-Brunswick, de 2005 à 2011\*



# SYPHILIS

**Outbreak among men in New Brunswick**

Syphilis can kill. Wear a condom. Get tested.

Call your family doctor or visit [gnb.ca/WhoKnew](http://gnb.ca/WhoKnew)

**Éclosion chez les hommes au Nouveau-Brunswick**

La syphilis peut vous tuer. Portez un condom. Faites-vous tester.

Consultez votre médecin de famille ou visitez [gnb.ca/QuiSait](http://gnb.ca/QuiSait)

New Brunswick

1. J. O. Prochaska et C. C. DiClemente, « Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change », *Journal of consulting and clinical psychology* (en ligne), vol. 51, no 3 (1983), p. 390-395, <http://www.sfu.ca/media-lab/archive/2010/426/Readings/Theoretical%20Framework/Stages%20of%20Change%20-%20Prochaska%201983.pdf>.

**Motiver vos patients en 3 minutes**

Pour obtenir de plus amples renseignements, adressez un courriel à : [3.minutes.empowerment@gnb.ca](mailto:3.minutes.empowerment@gnb.ca)

Améliorez les résultats – Encouragez le changement de comportement

### Séances offertes et nombre de participants au programme de formation *Motiver vos patients en 3 minutes*, par région sanitaire (avril-juillet 2011)

