

08/14

Bulletin de surveillance des maladies du Nouveau-Brunswick

Bureau du médecin-hygiéniste en chef

Introduction

Voici la 19^e numéro du *Bulletin de surveillance des maladies du Nouveau-Brunswick*.

Dans ce numéro, nous présentons une vue d'ensemble de l'incidence de la saison de la grippe 2013-2014 au Nouveau-Brunswick et les nouvelles données de surveillance recueillies au cours de cette saison concernant les hospitalisations, y compris les admissions aux unités des soins intensifs, et les décès. Nous consacrons également un article aux nouvelles recommandations relatives à la vaccination antipneumococcique des personnes à risque accru de pneumococcie invasive, qui contient un résumé des critères d'admissibilité pour les adultes et les enfants. À cela s'ajoutent deux articles où nous traitons de l'importance des environnements sains: l'un explore le lien entre la santé et la planification des collectivités, et l'autre porte sur l'énoncé de position du Bureau du médecin-hygiéniste en chef (BMHC) à l'égard de l'amélioration des environnements alimentaires dans les établissements de soins de santé du Nouveau-Brunswick.

De plus, nous annonçons que la composante de la santé publique des *Initiatives pour la petite enfance (IPE)* porte un nouveau nom. Enfin, à titre d'information, nous communiquons la liste des récents rapports publiés par le BMHC que vous pouvez consulter dans notre site Web.



Le personnel du Bureau du médecin-hygiéniste en chef (BMHC) désire profiter de l'occasion pour remercier le D^r Denis Allard pour ses nombreuses contributions au Bulletin sur la surveillance des maladies. Les employés veulent également lui souhaiter une bonne retraite, amplement méritée, prévue au mois de septembre 2014. Le D^r Allard a occupé plusieurs postes au sein du BMHC au fil des ans et ses collègues manqueront certes son flegme dans les situations stressantes ainsi que son dévouement à la santé de toute la population du Nouveau-Brunswick. Merci et bonne chance!

Comme d'habitude, nous accueillons vos commentaires et suggestions de thèmes futurs. Veuillez les adresser à notre nouvelle rédactrice en chef la D^{re} Cristin Muecke, médecin-hygiéniste provinciale à dr.cristin.muecke@gnb.ca.

Vous pouvez obtenir une copie électronique des numéros du Bulletin dans la section Publications du site Web du BMHC à l'adresse <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/publications.html>.

Vue d'ensemble de la saison de la grippe 2013-2014 au Nouveau-Brunswick (données allant jusqu'à la semaine 18, 3 mai 2014)

Contexte

Le virus de la grippe A (H1N1) pdm09 a pour la première fois été signalé comme source d'infections humaines par la grippe en Amérique du Nord au printemps 2009, avant de se propager dans le reste du monde. Puisque les humains avaient peu ou pas d'immunité contre cette nouvelle souche grippale et qu'ils étaient exposés à un risque de maladie grave et répandue, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a décrété l'état de pandémie mondiale le 11 juin 2009.

Le 10 août 2010, l'OMS a déclaré la fin de la pandémie, à la lumière de preuves épidémiologiques attestant que le virus circulait à des niveaux plus faibles et se comportait comme un virus de la grippe saisonnière. Par la suite, le virus de la grippe A (H1N1) pdm09 a représenté une faible proportion (< 20 %) des détections de virus de la grippe saisonnière au Canada et aux États-Unis chaque année [1].

À compter de la saison 2010-2011, le vaccin antigrippal trivalent a contenu la même souche A (H1N1) pdm09 (semblable à la souche de référence A/California/07/2009) chaque saison conformément à la recommandation de l'OMS [2].

La saison de la grippe 2013-2014 a été marquée par une recrudescence de l'activité grippale liée au virus A (H1N1) pdm09 en Amérique du Nord, celui-ci représentant plus de 90 % des détections de virus de la grippe à la fois au Canada et aux États-Unis. Cette situation contraste avec celle de la saison précédente à la même période alors que 90 % des détections de virus appartenaient plutôt au virus de la grippe A (H3N2) [1, 3].

Vue d'ensemble de la saison de la grippe 2013-2014 au Canada

Au Canada, comme par les saisons précédentes, les provinces de l'Ouest ont atteint plus tôt un sommet dans la proportion des échantillons positifs de grippe par rapport aux provinces de l'Est. À mesure que la saison a avancé, une augmentation du nombre et de la proportion de détections de virus de la grippe B par rapport aux détections de virus A a été constatée.

Bien que le nombre global de cas de grippe déclarés en 2013-14 ne soit pas inhabituel, la réapparition marquée du virus de la grippe A(H1N1)pdm09 après un faible niveau de circulation depuis 2009 a soulevé des interrogations au sujet de l'évolution possible du virus (p. ex. glissement antigénique) et de l'efficacité des vaccins (EV, p. ex. échec du vaccin). L'analyse provisoire en matière virologique et d'efficacité des vaccins 2013-2014 du réseau canadien de surveillance sentinelle a vite rassuré les esprits sur ces deux points. Cette étude a révélé que les virus A(H1N1) pdm09 circulants étaient bien conservés d'après la caractérisation phénotypique et génotypique et que la protection des vaccins est substantielle, puisque réduisant d'environ trois quarts (74% - intervalle de confiance (IC) à 95%: 58-83) le risque de maladie liée à la grippe A(H1N1)pdm09 confirmée en laboratoire et ayant fait l'objet d'un traitement [4]. Une autre étude sur l'efficacité des vaccins a été menée dans des établissements hospitaliers par le Réseau de recherche sur l'influenza de l'Agence de la santé publique du Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada (PCIRN) afin d'établir les estimations provisoires de l'efficacité vaccinale dans la prévention des hospitalisations liées à des cas de grippe confirmés en laboratoire et ainsi l'efficacité vaccinale a été évaluée à 58,5 % (IC à 90 % : 43,9-69,3 %), après ajustement pour l'âge et la présence de comorbidités [5].

Selon le Laboratoire national de microbiologie, plus de 95 % des virus de la grippe caractérisés par eux correspondaient aux souches contenues dans le vaccin antigrippal de cette saison [6].

Épidémiologie de la grippe, N.-B., saison 2013-2014

Nombre de cas de grippe par souche

- Jusqu'au 3 mai 2014, on a dénombré 1 424 cas de grippe confirmés en laboratoire : 1 325 liés au virus de la grippe A (93 %) et 99 liés au virus de la grippe B (7 %) (figure 1). Ce nombre est comparable à celui de la saison précédente enregistrant 1 456 cas déclarés à la même période : 1 384 liés au virus de la grippe A (95 %) et 72 (5 %) liés au virus de la grippe B.
- Parmi les échantillons de virus de la grippe A sous-typé, 99,8 % étaient le (H1N1) pdm09, alors que le

(H3N2) comptait pour 96 % de ceux de la saison précédente.

Répartition des cas par sexe, groupe et région

- Les sujets de sexe féminin représentaient 53 % des cas, comparativement à 56 % la saison précédente.
- Les cas appartenaient principalement au groupe d'âge des 20 à 44 ans (37 %), puis au groupe des 45 à 64 ans (29 %), ce qui diffère quelque peu de la saison précédente où le groupe des 65 ans et plus (29 %) prédominait, suivi du groupe des 20 à 44 ans (25 %) (figure 2). Une proportion de 11 % des cas étaient des enfants de moins de cinq ans, soit une augmentation de 2 % par rapport aux cas déclarés l'an dernier.
- La majorité des cas déclarés pendant cette saison étaient des résidents de la Région 1 (Moncton), tel qu'il a été observé au cours des saisons précédentes.

Tendances temporelles des détections du virus de la grippe au laboratoire Centre hospitalier universitaire Dr Georges-L. Dumont :

- Les détections positives ont atteint un sommet au cours de la semaine 3 de la saison 2013-2014 (taux de détections positives de 46 %), ce qui est comparable à la saison précédente où le plus haut niveau a été observé pendant la semaine 4 (taux de détections positives de 55 %) (figure 1).

Éclosions de la grippe dans les foyers de soins :

- Le nombre d'éclosions de la grippe déclarées cette saison (n=3) dans les foyers de soins était beaucoup plus faible que celui de la saison précédente (n=25). Cette diminution est conforme à l'évolution nationale et reflète le changement dans les groupes d'âge touchés (figure 2).

Au début de janvier 2014, le Bureau de l'hygiéniste en chef, du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, a mis en place un nouveau système de surveillance provincial en collaboration avec les régies régionales de la santé pour surveiller les hospitalisations¹, les admissions en unités de soins intensifs (USI) et les décès² associés à la grippe. Ce système vise à assurer un suivi des hospitalisations et des décès et à mettre en évidence les facteurs de risque connexes (p. ex. l'absence de vaccination antigrippale et la présence de comorbidités).

Hospitalisations associées à la grippe au N.-B., saison 2013-2014 et leur issue

Nombre d'hospitalisations associées à la grippe¹

- Un total de 260 hospitalisations ont été signalées, dont 52 admissions en USI.
- Les hospitalisations ont eu lieu entre le 24 octobre 2013 et le 25 avril 2014.
- L'âge médian des patients hospitalisés était de 59 ans (éventail, 3 semaines -99 ans).
- Dix-neuf des patients hospitalisés étaient âgés de moins de cinq ans, dont deux ont été admis en USI.
- La durée médiane de séjour était de quatre jours (éventail, 1-145 jours).
- La majorité des personnes hospitalisées résidaient dans la Région 1 (Moncton) (32 %), suivie de la Région 2 (Saint John) (25 %), puis de la Région 3 (Fredericton) (18 %).

Décès associés à la grippe²

- Des 14 décès associés à la grippe qui ont été signalés, neuf appartenaient au sexe masculin et cinq, au sexe féminin.
- L'âge médian des cas de décès était de 59 ans (éventail, 43-91 ans);
- 12 cas présentaient au moins un facteur de risque³; les facteurs de risque étaient inconnus dans un cas
- 13 étaient considérés comme étant à risque accru de complications grippales répondant aux critères d'admissibilité au vaccin antigrippal pris en charge par l'État⁴.
- Six des cas n'avaient pas reçu le vaccin antigrippal de la saison, six l'avaient reçu, et enfin l'état de vaccination était inconnu dans deux cas.

¹ Les hospitalisations (y compris les admissions en USI) sont associées à la grippe; elles ne sont pas nécessairement imputables au virus de la grippe.

² Les décès sont associés à la grippe; le virus de la grippe n'est pas nécessairement la cause directe de la mort.

³ Présentant au moins un facteur de risque, dont le fait d'avoir une comorbidité ou un problème de santé chronique, d'être enceinte, d'appartenir aux Premières Nations, de fumer ou de résider dans un foyer de soins.

⁴ Personnes à risque accru de complications grippales, à savoir qui répondent aux critères d'admissibilité au vaccin antigrippal pris en charge par l'État : les enfants âgés de 6 mois à 18 ans; les personnes âgées de 65 ans et plus; la présence de comorbidité; les femmes enceintes; les membres des Premières Nations; les personnes résidant dans des foyers de soins. Lien vers la description des critères d'admissibilité : Feuille d'information [VACCIN CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE « Vaccin antigrippal »](#)

Hospitalisations associées à la grippe, état de vaccination et admissibilité à la vaccination antigrippale pris en charge par l'état

- L'état de vaccination contre la grippe saisonnière de 2013-2014 était connu dans 190 des 260 hospitalisations. Des cas dont l'état de vaccination était connu, 68 % (129/190) n'avaient pas reçu le vaccin antigrippal de la saison 2013-2014; alors qu'en ce qui concerne les admissions en USI, l'état de vaccination était connu dans 39 des 52 cas et 72 % de ceux-ci (28/39) n'avaient pas été vaccinés contre la grippe.
- La plupart des personnes vaccinées contre la grippe qui ont été hospitalisées (79 %) présentaient deux facteurs de risque ou plus.
- Parmi les cas hospitalisés qui n'ont pas été vaccinés (n=129), 85 % (n=110) étaient considérés comme étant à risque accru de complications grippales selon les critères d'admissibilité au vaccin antigrippal pris en charge par l'État.⁴

- Parmi les cas admis en USI qui n'ont pas été vaccinés (n=28), 93 % (n=26) étaient admissibles au vaccin antigrippal pris en charge par l'État.

En résumé, la saison de la grippe 2013-2014 s'apparente à la saison précédente quant au nombre de cas, cependant le virus de la grippe A (H1N1) a principalement touché le groupe d'âge de 20 à 64 ans alors que le virus de la grippe A (H3N2) avait eu une incidence plus grande sur les adultes de 65 ans et plus lors de la saison précédente. Cette situation s'est également traduite par un nombre moins élevé d'éclosions de la grippe dans les foyers de soins qui ont été signalées cette saison. Autre résultat important à souligner, la majorité des cas hospitalisés, où le statut vaccinal était connu, n'ayant pas été vaccinés contre la grippe saisonnière mais étaient admissibles au vaccin antigrippal pris en charge par l'État.

Figure 1. Nombre et pourcentage de tests positifs de détection de la grippe au Nouveau-Brunswick par semaine pendant la saison de la grippe 2013-2014 (jusqu'au 3 mai 2014), par rapport à la saison 2012-2013 à la même période.

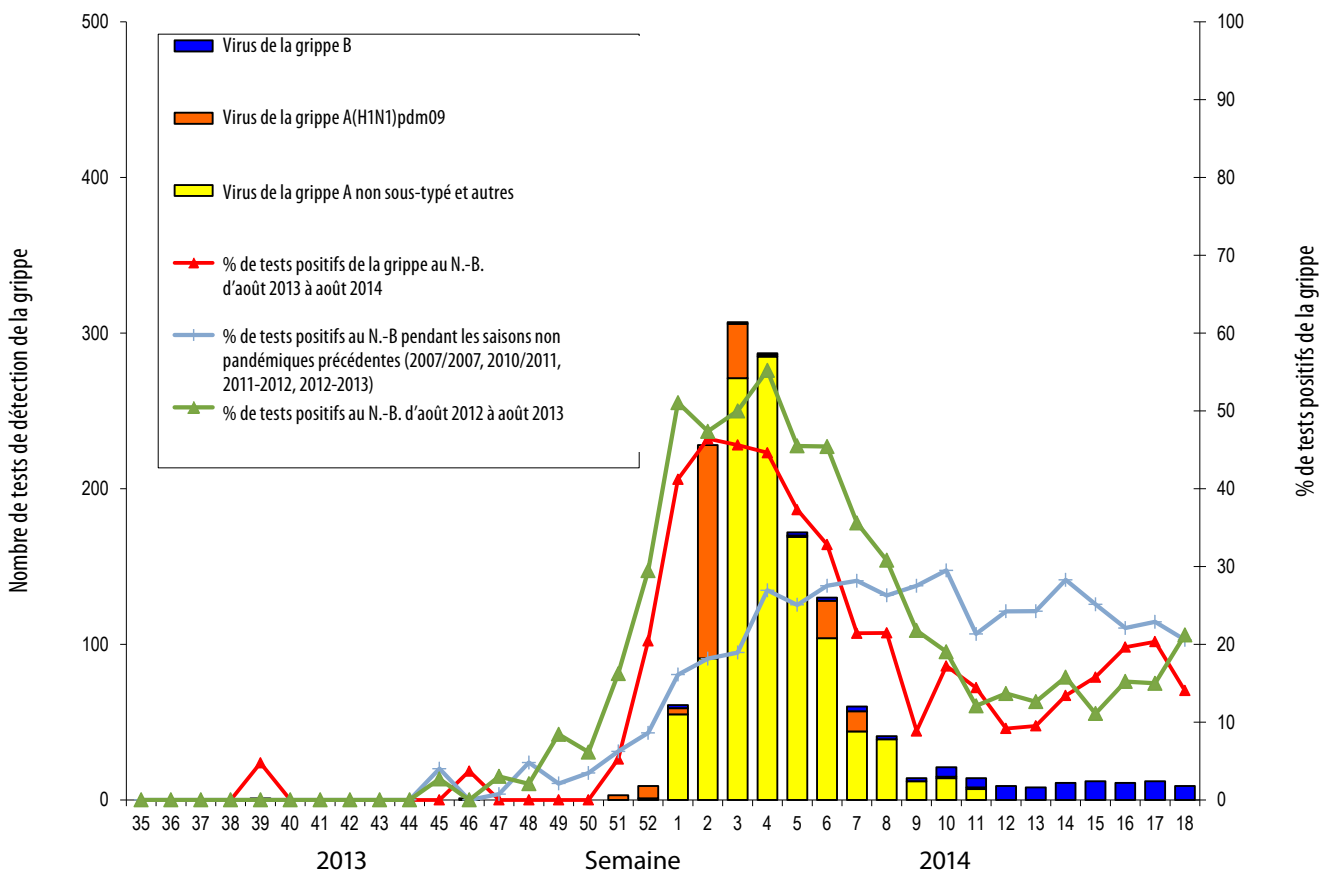
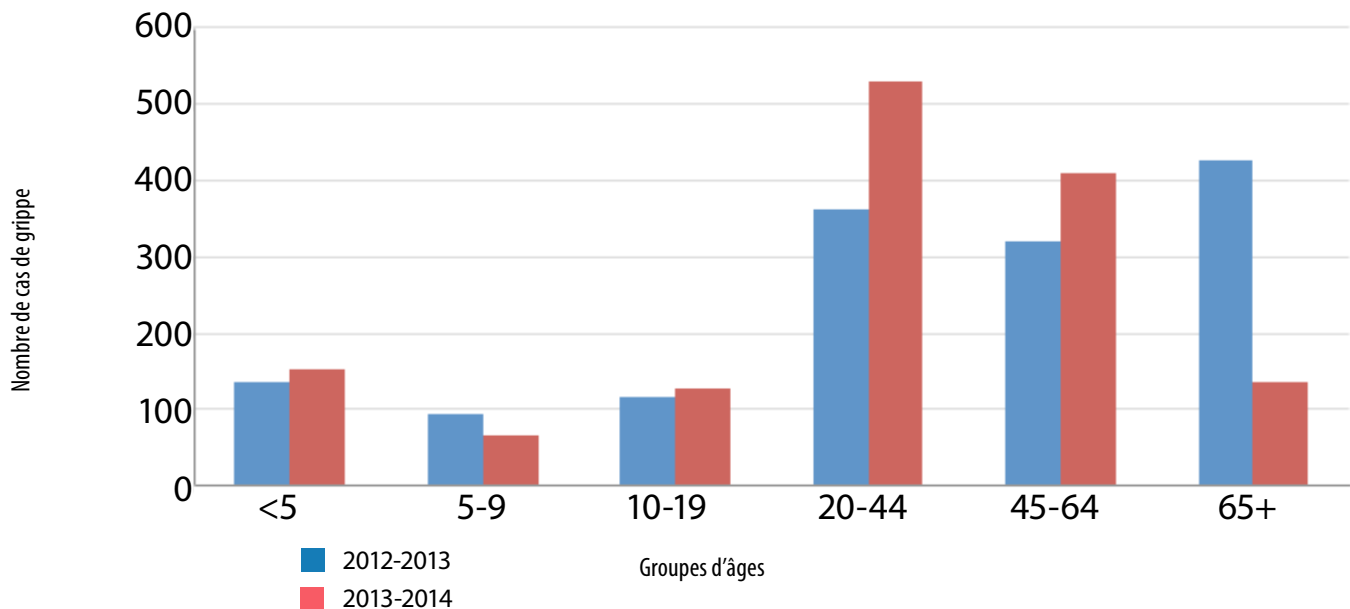


Figure 2. Nombre de détections positives de la grippe au Nouveau-Brunswick, par groupe d'âge, de la saison 2013-2014 (jusqu'au 3 mai 2014), par rapport à la saison 2012-2013 à la même période.



Références

1. Agence de la santé publique du Canada. L'influenza : Grippe Saisonnière (en ligne), 2014, <http://www.phac-aspc.gc.ca/influenza/index-fra.php>, consulté le 20 mai 2014.
2. Organisation mondiale de la Santé. WHO recommendations on the composition of influenza virus vaccines (en ligne), Genève, OMS, 2014, <http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/en/index.html>, consulté le 29 janvier 2014.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Fluview: 2013-2014 influenza season week 4 ending January 25, 2014 Atlanta, CDC, 2014, <http://www.cdc.gov/flu/weekly/pastreports.htm>, consulté le 29 janvier 2014.
4. Skowronski DM, Chambers C, Sabaiduc S, De Serres G, Dickinson JA, Winter AL, et al. Interim estimates of 2013/14 vaccine effectiveness against influenza A(H1N1) pdm09 from Canada's sentinel surveillance network, January 2014; 19(5):pii=20690. Available from: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20690>
5. S. A. McNeil et coll., « Interim estimates of 2013/14 influenza clinical severity and vaccine effectiveness in the prevention of laboratory-confirmed influenza-related hospitalisation, Canada, February 2014 », Eurosurveillance (en ligne), vol. 19, no 9 (2014), pii = 20729, <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20729>.
6. Agence de la santé publique du Canada, Surveillance de l'influenza. Rapports hebdomadaires – Saison 2013-2014 (en ligne), Ottawa, l'Agence, <http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/13-14/index-fra.php>, consulté le 20 mai 2014.

Changement du nom du programme Initiatives pour la petite enfance

Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef a le plaisir d'annoncer que la composante de la santé publique du programme *Initiatives pour la petite enfance (IPE)* a un nouveau nom! Désormais, le programme portera le nom de **Familles en santé... Bébés en santé (FSBS)**. Le programme comprendra toujours des services à l'enfance axés sur la prévention qui sont offerts aux jeunes familles à l'échelle de la province.

Comme sous l'appellation d'*IPE*, les services du programme **Familles en santé... Bébés en santé** seront dispensés par les infirmières et les diététistes de la santé publique qui travaillent au niveau local avec les régies régionales de la santé. La planification, le financement et la surveillance du programme incombent au ministère de la Santé, alors que le ministère du Développement social est chargé de l'administration des prestations versées aux familles admissibles. Les autres services s'appliquant à la période de la petite enfance sont fournis par le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance et des organismes de la famille et de la petite enfance. Les familles peuvent encore se présenter spontanément au programme **FSBS** ou être recommandées par un organisme communautaire ou un professionnel de la santé.

Le programme **Familles en santé... Bébés en santé** offre des services à toutes les familles du Nouveau-Brunswick:

- Un dépistage à la naissance des enfants à risque de retard du développement à l'aide de l'Évaluation des priorités effectuée par la Santé publique (EPSP);
- La série de guides *Tendres soins*;
- L'évaluation du trottineur en santé, qui vise les enfants de 18 mois.

Le programme procure également :

- des suppléments vitaminiques et des bons d'achat de lait aux femmes enceintes admissibles aux services prénatals;
- du soutien et des visites de professionnels de la santé aux femmes enceintes admissibles et à leur famille;
- du soutien et des visites de professionnels de la santé aux mères de nouveau-nés admissibles et à leur famille, jusqu'à ce que leur bébé atteigne l'âge de deux ans;
- une prestation postnatale aux clientes admissibles.

Les termes *Initiatives pour la petite enfance* et *IPE* continueront de figurer dans les documents du programme **Familles en santé... Bébés en santé (FSBS)** pendant une période de transition qui durera jusqu'à deux ans. Cela évitera la confusion jusqu'à ce que le nouveau nom du programme soit plus connu.

Nouvelles recommandations sur la vaccination antipneumococcique des personnes à risque accru de pneumococcie invasive

Au Nouveau-Brunswick, deux vaccins antipneumococciques (Pevnar^{MD} 13, vaccin conjugué 13-valent, et PNEUMOVAX^{MD} 23, vaccin polysaccharidique 23-valent) sont actuellement pris en charge par le système public dans le cadre des programmes d'immunisation systématique et d'immunisation des personnes qui courent un risque accru. De plus amples renseignements sur les critères d'admissibilité aux vaccins et aux produits biologiques financés par l'État au Nouveau-Brunswick sont fournis dans le *Guide du programme d'immunisation du Nouveau-Brunswick* à l'adresse http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/professionnels_sante/maladie/GuideDuProgrammeDImmunisationDuNB.html [1].

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) et le Bureau du médecin-hygiéniste en chef (BMHC) ont récemment modifié les recommandations sur l'utilisation du vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent chez les personnes à risque accru de pneumococcie invasive (PI). [2].

À compter de juin 2014, le vaccin Pevnar 13 sera pris en charge par le système public à l'égard des clientèles suivantes :

- Enfants plus âgés et adolescents à risque accru de PI – admissibles à 1 dose;
- Adultes infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou immunodéprimés – admissibles à 1 dose;
- Personnes ayant reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques (GCSH) – admissibles à une série de 3 doses.

Pour en savoir plus sur les calendriers de vaccination recommandés concernant les personnes GCSH et des groupes à risque accru de PI désignés, veuillez consulter le document à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/13vol39/acs-dcc-5/assets/pdf/13vol39-acs-dcc5-fra.pdf>

Nourrissons et enfants

Nourrissons : Un vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent est recommandé dans le cadre de l'immunisation pédiatrique systématique. Dans le cas des nourrissons en santé, une série de trois doses de Pevnar 13 est préconisée, soit à deux mois, à quatre mois et enfin à 12 mois. On recommande une série de quatre doses pour immuniser les nourrissons à risque accru de PI qui se présentent pour leurs vaccins entre l'âge de deux à six mois. Le nombre de doses requises pour terminer une série de vaccins chez les enfants dont l'immunisation a été interrompue ou est incomplète varie selon l'âge de l'enfant [3].

Enfants (de 5 à 17 ans) : Les enfants et les adolescents à risque accru de PI sont admissibles à l'administration d'une dose de Pevnar 13, s'ils n'ont pas déjà reçu le vaccin [3]. Les enfants asthmatiques de 0 à 18 ans devraient également recevoir le vaccin Pevnar 13 [4]. Les enfants âgés de 24 mois et plus et les adolescents à risque accru de PI devraient recevoir une dose de vaccin Pneumovax 23 au moins huit semaines après l'administration du vaccin Pevnar 13 [3].

Des renseignements supplémentaires sur les affections et états qui augmentent les risques de PI et les calendriers de vaccination recommandés sont fournis à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-pneu-fra.php>

Adultes

Le CCNI approuve également l'utilisation des vaccins antipneumococciques chez les adultes (19 ans et plus) qui satisfont aux critères d'admissibilité pertinents (Table 1).

Table 1 : Guide des professionnels de la santé sur la vaccination antipneumococcique des adultes

Prevnar 13 (vaccin conjugué) et Pneumovax 23 (vaccin polysaccharidique) Admissibilité des adultes de 19 ans et plus par groupe à risque				
	États sous-jacents	Vaccin conjugué	Vaccin polysaccharidique	
		Pris en charge par l'État	Pris en charge par l'État (une dose)	Rappel de vaccination cinq ans après la 1 ^{re} dose ¹
Sujets immunocompétents	Maladie du cœur ou pulmonaire chronique		√	
	Implant cochléaire		√	
	Diabète		√	
	Écoulement chronique de LCR		√	
	Rénopathie chronique		√	√
	Hépatopathie chronique		√	√
	Résidents des établissements de soins de longue durée		√	
	Indigence		√	
	Alcoolisme		√	
	Problèmes neurologiques chroniques pouvant nuire à l'évacuation des sécrétions orales		√	
	Consommation de drogues illicites		√	
	Adultes de 65 ans et plus		√	
Atteintes spléniques	Hémoglobinopathies, y compris l'anémie drépanocytaire et la thalassémie	√	√	√
	Asplénie fonctionnelle ou anatomique	√	√	√
Sujets immunodéprimés	Immunodéficiences congénitales ou acquises	√	√	√
	Infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	√	√	√
	Cancer	√	√	√
	Thérapie immunosuppressive	√	√	√
	Greffe d'organes	√	√	√
	Greffe de moelle osseuse	√	√	√

¹ Le rappel de vaccination se limite à une fois (c.-à-d. ne doit pas être répété tous les cinq ans) et est recommandé uniquement chez les personnes présentant les caractéristiques qui sont cochées.

Le CCNI recommande les deux vaccins chez certains adultes à risque accru de PI (p. ex. les personnes ayant une atteinte splénique et les sujets immunodéprimés). Le nombre de doses et le calendrier d'administration concernant ce groupe varient :

Adultes n'ayant jamais reçu un vaccin antipneumococcique :

- Ces adultes devraient recevoir une dose de Prevnar 13 d'abord, puis une dose de Pneumovax 23 au moins huit semaines plus tard.
- Seuls les adultes âgés de 19 à 64 ans ayant une atteinte splénique, une néphropathie chronique, une hépatopathie chronique ou une immunodéficience devraient recevoir une seconde dose de Pneumovax 23 cinq ans après la première dose de Pneumovax 23. C'est une dose de rappel unique et, par conséquent, elle ne doit pas être répétée tous les cinq ans.

Adultes ayant déjà reçu le vaccin Pneumovax 23 :

- Les adultes qui ont préalablement reçu une dose ou plus de Pneumovax 23 devraient recevoir une dose de Prevnar 13 au moins un an après la dernière dose de Pneumovax 23.
- Dans le cas des adultes qui ont besoin d'une dose supplémentaire de Pneumovax 23, celle-ci doit être administrée au moins huit semaines après le Prevnar 13 et au moins cinq ans après la plus récente dose de Pneumovax 23.

Des renseignements supplémentaires sur les vaccins Prevnar 13 et Pneumovax 23 sont également accessibles à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-pneu-fra.php> [3].

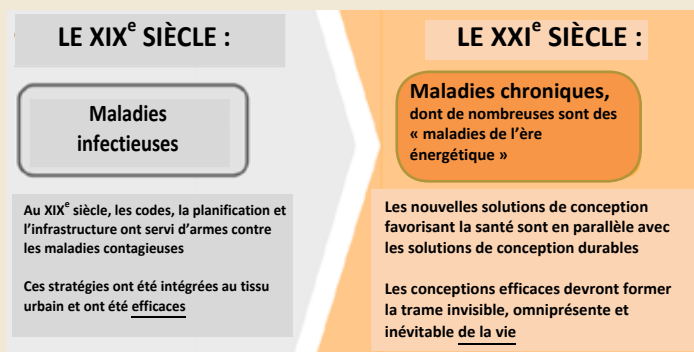
Références:

1. Bureau du médecin-hygiéniste en chef. Guide du programme d'immunisation du Nouveau-Brunswick (en ligne), Fredericton, le Bureau, s.d., http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmh/c/professionnels_sante/maladie/GuideDuProgrammeDImmunsationDuNB.html.
2. Comité consultatif national de l'immunisation. « Déclaration sur l'utilisation du vaccin conjugué contre le pneumocoque 13-valent chez l'adulte (PNEU-C-13) », Relevé des maladies transmissibles au Canada (en ligne), vol. 39, DCC-5 (octobre 2013), <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/13vol39/acs-dcc-5/assets/pdf/13vol39-acs-dcc5-fra.pdf>.
3. Agence de la santé publique du Canada. Guide canadien d'immunisation (en ligne), édition évolutive, <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php>.
4. Comité consultatif national de l'immunisation. Mise à jour sur l'utilisation des vaccins antipneumococciques : ajout de l'asthme à titre de condition à haut risque (en ligne), Agence de la santé publique du Canada, février 2014, http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aspc-phac/HP40-94-2014-fra.pdf.

Favoriser des choix sains par la conception : le lien entre la santé et la planification

Il existe depuis longtemps un lien entre la planification, la santé publique et les résultats en matière de santé (figure 1). Au XIX^e siècle, l'amélioration des conditions sanitaires et d'hygiène au moyen d'une meilleure planification des villes (assainissement de l'eau, élimination des déchets, sécurité alimentaire, qualité du logement, règles relatives à la densité d'occupation) a contribué fortement à la lutte contre les maladies infectieuses bien avant la découverte et l'utilisation des antibiotiques. De la même façon, il est possible de s'attaquer aux problèmes des maladies chroniques au XXI^e siècle à l'aide de solutions de conception des collectivités qui favorisent des modes de vie sains (activité physique, aliments sains, équité en santé et cohésion sociale) comme choix implicite et facile.

Figure 1 : Évolution des principales causes de morbidité et de mortalité en Amérique du Nord, et au rôle de la planification et de la conception pour y remédier [1]

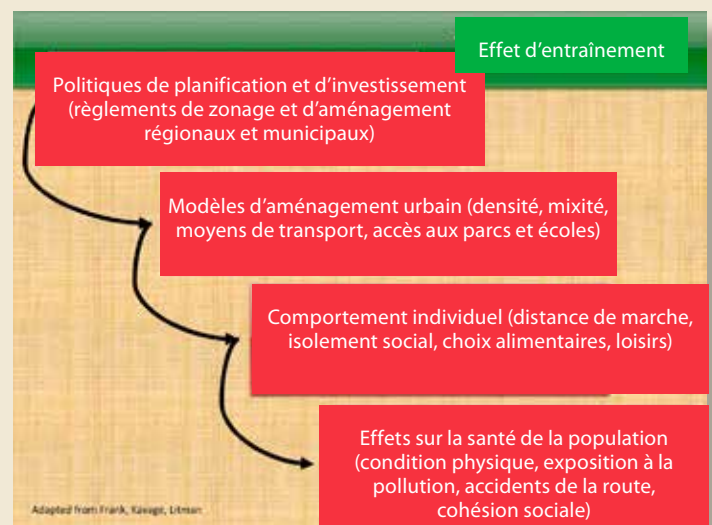


Le milieu bâti joue un rôle important dans le façonnement de la santé physique, psychologique et sociale des personnes et des collectivités. Le terme « milieu bâti » signifie l'ensemble des ouvrages construits par l'homme, aussi bien en secteur urbain que rural, qui sert de cadre à l'activité humaine. Le milieu bâti englobe les immeubles et les espaces (p. ex. les maisons, les écoles, les milieux de travail, les quartiers, les parcs ou espaces récréatifs, et les zones industrielles ou commerciales), les produits qu'ils contiennent, et l'infrastructure (p. ex. les systèmes de transport, de production d'énergie et d'agriculture) qui les relie et les soutient [2].

Les stratégies d'aménagement urbain et rural, y compris les modes d'utilisation des terres, les réseaux de transport, les espaces publics et les systèmes naturels, sont tous des facteurs qui encouragent l'activité physique, des choix alimentaires plus

judicieux, le bien-être psychologique et un meilleur état de santé des personnes (figure 2).

Figure 2 : « L' effet d'entraînement » : l'impact de la planification du milieu bâti sur les résultats en matière de la santé de la population [3]



Une partie de la stratégie pour réduire le fardeau des maladies chroniques et améliorer la santé des gens du Nouveau-Brunswick repose sur des décisions en matière de politique, de planification, de conception et de financement qui favorisent un environnement bâti et des comportements sains. La plupart de ces décisions qui touchent fondamentalement la santé de la population sont actuellement prises à l'extérieur du secteur de la santé et, souvent, sans tenir précisément compte de leurs effets sur la santé.

Les quartiers d'habitations individuelles de faible densité, les réseaux de transport axés sur la voiture, la séparation des utilisations des terrains, les petits centres commerciaux et le commerce de détail aux abords des villes, le domaine public mal

conçu et les espaces verts fragmentés ne sont que quelques exemples des aspects à repenser. Nos environnements bâtis peuvent être améliorés en fonction de modes de vie plus sains à toutes les échelles de l'espace – lot, bâtiment, pâté de maisons, rue, quartier, communauté, région et province – et peuvent contribuer à faciliter le choix sain.

Vincent Beswick-Escanlar est médecin de famille exerçant à Fredericton et précédent membre du comité consultatif sur l'urbanisme de la ville de Fredericton : « Lorsque j'ai déménagé au Nouveau-Brunswick, j'ai remarqué que les personnes avaient tendance à se déplacer davantage en voiture qu'à pied ou à vélo par rapport aux habitants des autres régions du Canada. Les Néo-Brunswickoises et Néo-Brunswickois semblent enclins à adopter des modes de vie moins sains. Or, il est difficile d'encourager mes patients à intégrer davantage l'activité physique dans leur vie quotidienne lorsque la façon dont leur quartier est conçu les incite à employer l'auto plutôt que leurs deux pieds. »

Alors, qu'est-ce que les professionnels de la santé peuvent faire? Dannenberg et coll. [4] ont émis un certain nombre de suggestions, dont les suivantes :

- Suivre les nouvelles locales afin d'en savoir plus sur les changements proposés dans leur collectivité qui ont un impact sur leur santé.
- Attirer l'attention sur les effets précis sur la santé des projets ou des politiques proposés par l'intermédiaire du courrier des lecteurs, des médias sociaux et autres moyens.
- Travailler en collaboration avec leurs ordres professionnels (p. ex. la Société médicale du N.-B. ou l'Association des infirmières et infirmiers du N.-B.) ou les organismes du domaine de la santé (p. ex. la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Nouveau-Brunswick) pour défendre les politiques qui encouragent la conception de collectivités favorisant des modes de vie sains.
- Travailler avec les patients, les groupes communautaires, et les élus qui prennent part aux efforts locaux visant à encourager la conception de collectivités plus propices à des modes de vie sains.

« Nous devons faire des choix sains la voie de moindre résistance. S'il nous est plus facile de nous rendre en voiture au travail, ou de faire des courses sans effort, nous le ferons bien entendu. Il faut utiliser également le principe la carotte ou le bâton – rendre les choix sains plus attrayants et les choix moins sains, plus désavantageux et plus coûteux. Si nous pouvons aménager nos

collectivités d'une manière qui intègre l'activité physique dans notre vie quotidienne – que ce soit au travail, à la maison ou dans nos loisirs – et rendre les modes de vie sédentaires plus difficiles, faire de l'exercice deviendra une seconde nature. C'est le meilleur remède qu'on puisse prescrire! », conclut le D^r Beswick-Escanlar.

Références :

1. K. Lee, The key roles of community & building environments in protecting and promoting health (en ligne), s.l., Healthy Canada by Design, 2014, <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/en/HealthyEnvironments/built/DrLeeBuiltEnvPublicLecture2014-02-03.pdf>, consulté le 14 mai 2014.
2. Colombie-Britannique, Provincial Health Services Authority, Health 201: Knowledge-to-Action framework for creating healthier built environments (en ligne), s.l., 2010, http://www.phsa.ca/NR/rdonlyres/E952D4B0-D83B-494C-9DEF-6EFB37D9AA63/69479/Health201_KnowledgetoActionFramework_final.pdf, consulté le 25 mai 2014.
3. A. Berland, Foundations for a healthier built environment: summary paper, Vancouver, Provincial Health Services Authority, 2009, http://www.phsa.ca/nr/rdonlyres/33666238-foundation_sforahealthierbuiltenvironmnetsummaryreport.pdf, consulté le 30 mai 2014.
4. A. L. Dannenberg, P. Wu et H. Frumkin, « The role of physicians in promoting healthier built environments », American Journal of Preventative Medicine, vol. 44, no 6 (juin 2013), p. e71-e73.

Le piètre médecin ne s'intéresse qu'à la maladie;

Le bon médecin s'intéresse au malade;

Le grand médecin s'intéresse à la société humaine.

Proverbe chinois

Amélioration de l'environnement alimentaire dans les établissements de soins de santé

La nutrition joue un rôle important dans la définition de la santé de la personne. De nombreuses recherches ont révélé qu'un régime alimentaire pauvre en légumes et en fruits est associé à des taux de surpoids et d'obésité plus élevés (chez les enfants et les adolescents) ainsi qu'à certains cancers et aux maladies cardiovasculaires [1, 2]. D'autres éléments liés au régime alimentaire influent également sur le risque de maladie cardiovasculaire, comme la consommation élevée de sel et de gras trans [2]. Selon l'étude « Global Burden of Disease », projet de collaboration réunissant près de 500 chercheurs issus de 50 pays, le régime alimentaire est au premier rang des 15 principaux facteurs concourant à la charge de morbidité au Canada (se reporter à la figure 1) [3].

Cela dit, le Nouveau-Brunswick (N.-B.) a beaucoup à faire en matière de saine alimentation. De nombreux sondages révèlent que la population de la province (tant les adultes que les enfants) présente un taux inférieur à la moyenne nationale pour ce qui est de la consommation d'au moins cinq fruits et légumes par jour [4, 5]. De plus, le sondage sur le mieux-être des élèves du Nouveau-Brunswick 2010-2011 a révélé que 75 % des enfants de 4e et de 5e année disaient avoir mangé des aliments non nutritifs (p. ex. croustilles, bonbons, sucreries et frites) au moins une fois le jour précédant le sondage [6].

De nombreux facteurs influent sur les comportements des personnes, y compris les choix qu'elles font en matière d'alimentation. Les décisions personnelles entourant les choix alimentaires sont influencées par de multiples facteurs, tels que les préférences personnelles, la culture, la commodité, les aptitudes à la préparation des aliments, le marketing ou la publicité et le prix. Cependant, des recherches indiquent que l'environnement alimentaire dans lequel les gens vivent, travaillent et se divertissent a un impact considérable sur les choix alimentaires que font les gens chaque jour; par conséquent, il est très difficile de changer les comportements individuels à l'égard des choix alimentaires sains, lorsque l'environnement dans lequel ces décisions sont prises n'appuie pas ces choix [7,8].

Les établissements de soins de santé sont considérés comme des institutions importantes au sein des collectivités du Nouveau-Brunswick et d'ailleurs. Un grand nombre de patients, de visiteurs et de membres de la famille visitent ces établissements. Les deux régions régionales de la santé (RRS) de la province emploient également plus de 20 000 personnes et travaillé avec plus de 1 500 médecins [9, 10]. Compte tenu de cet important effectif d'employés et le volume de patients et de visiteurs qui passent par les établissements des RRS chaque jour, il est clair qu'une part non négligeable de la population est exposée à l'environnement alimentaire créé au sein de ces établissements. Cependant, bon nombre de ces établissements ne donnent pas le bon exemple lorsqu'il s'agit de promouvoir des modes de vie sains, parce que les aliments et les boissons qui sont habituellement offerts dans ces milieux vont à l'encontre des messages clés sur les habitudes de vie saines qui sont véhiculés par leurs propres fournisseurs de soins de santé et les programmes gouvernementaux. Une organisation de soins de santé axée sur le mieux-être crée, pour son personnel, ses patients et ses visiteurs, un environnement qui est favorable aux choix santé et qui appuie les messages de vie saine dont elle fait la promotion auprès de ses patients et des collectivités.

Au début de 2013, des discussions s'en sont suivies entre le Bureau du médecin-hygiéniste en chef (BMHC) et les réseaux de santé Horizon et Vitalité sur la façon dont nous pourrions améliorer le paysage alimentaire dans les installations de santé du N.-B. Ces échanges ont notamment abouti à un énoncé de position du BMHC sur la question. L'énoncé de position « Environnements alimentaires sains dans les établissements de soins de santé » est divisé en quatre sections qui abordent des questions telles que l'importance de l'alimentation pour la santé. Nous y présentons des données sur les modes d'alimentation qui sont propres aux gens du Nouveau-Brunswick. Nous démontrons l'importance des environnements alimentaires sur les choix alimentaires des personnes et comment cette démarche s'inscrit en droite ligne des politiques et directives du gouvernement. Il est également mentionné des établissements de soins de santé qui, à titre d'institutions de premier plan dans nos collectivités, peuvent avoir un vaste impact auprès du public et de leurs effectifs. Nous concluons par la proposition de mesures aux échelons élevés pour aider à améliorer l'environnement alimentaire au sein de nos établissements.

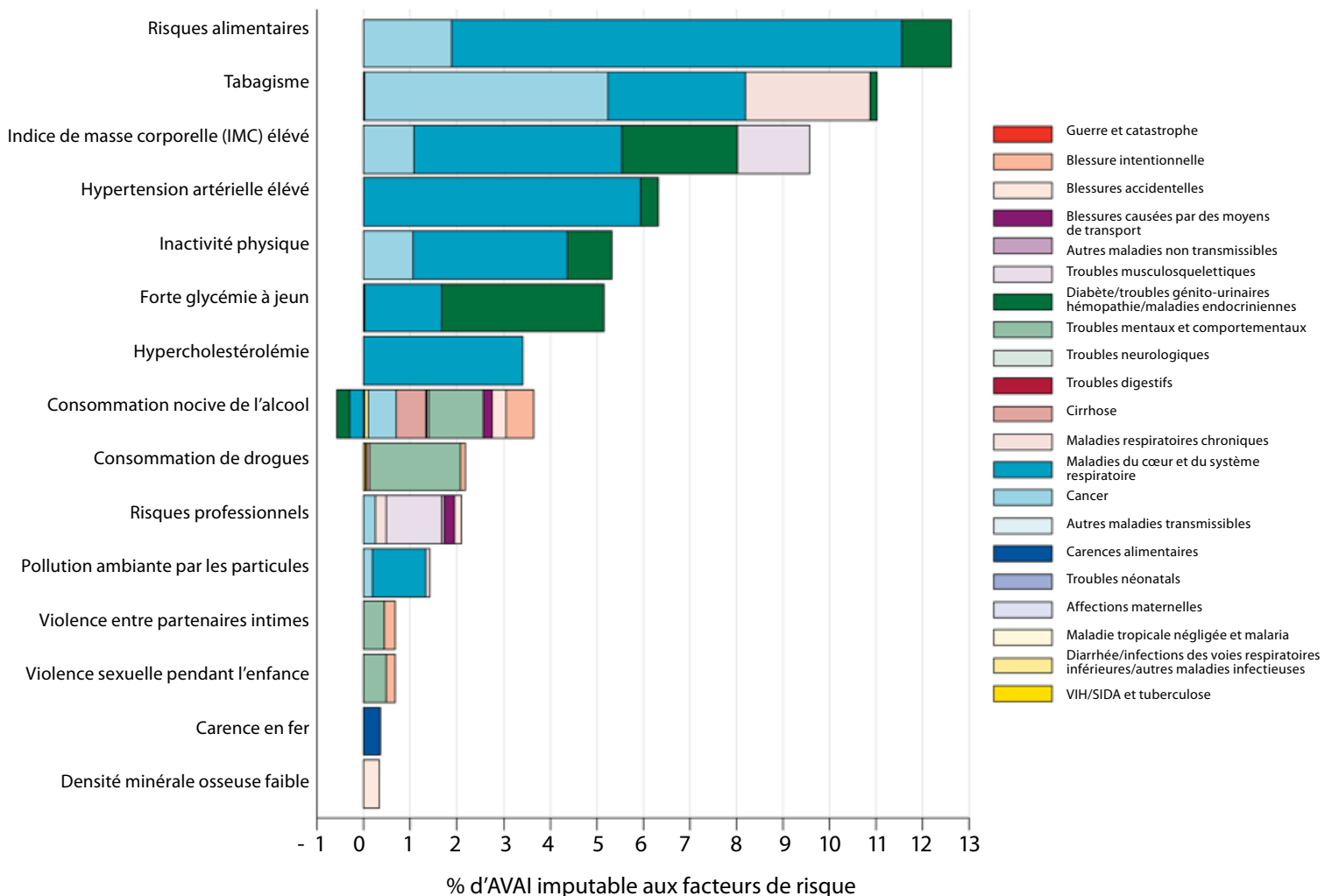
Ce document vise à préciser et à officialiser la position du BMHC sur le sujet, et à servir de catalyseur pour recueillir l'appui et obtenir la mobilisation dans l'ensemble du système de soins de santé. L'énoncé de position a été communiqué dans un premier temps à la haute direction des RRS et de la Société médicale du N.-B. (SMNB). Cependant, nous avons élaboré un plan de diffusion général pour nous assurer que les parties prenantes pertinentes, y compris les ministères, les organismes non gouvernementaux et les groupes de professionnels de la santé pertinents, sont au courant de cet énoncé de position.

La position du BMHO s'harmonise bien avec les initiatives de la SMNB, telles que la campagne « Alerte aux menus » axée sur les écoles et le plan « La santé en premier » mettant l'accent sur les initiatives sociétales qui font la promotion de la santé. « Les médecins et les autres professionnels de la santé jouent un rôle important dans la défense des conditions qui encouragent leurs patients à faire des choix santé », déclare la D^{re} Lynn Hansen, présidente de la SMNB. « Les conseils sur les bonnes habitudes alimentaires resteront vains si nous ne facilitons pas l'accès à des aliments sains dans nos établissements de soins de santé ».

L'énoncé de position du BMHC peut servir d'outil pour accroître la sensibilisation sur la question et aider à réduire les obstacles au changement des environnements alimentaires dans nos établissements de soins de santé. À titre d'exemple, en février 2014, le conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick a appuyé l'énoncé de position et en a informé ses membres par l'intermédiaire des publications de l'association.

Figure 1:

Charge de morbidité imputable à 15 facteurs de risque principaux en 2010, exprimée en pourcentage d'AVAI au Canada (Année de vie ajustée sur l'incapacité)



Le graphique illustre les 15 principaux facteurs de risque au Canada. La portion colorée de chaque barre représente les maladies précises imputables au facteur de risque, alors que la longueur de la barre indique le pourcentage d'années de vie ajustées en fonction de l'incapacité (AVAI) reliée aux facteurs de risque précis.

Les médecins, les infirmières et autres professionnels de la santé exercent une influence considérable sur le système de la santé, aussi sont-ils encouragés à soutenir les initiatives au sein de leurs établissements qui visent à améliorer l'environnement alimentaire des patients et du personnel, et à défendre cette cause lorsqu'ils jugent utile de le faire.

L'énoncé de position « Environnements alimentaires sains dans les établissements de soins de santé » est présenté dans la section « Publications » du site du BMHC, à l'adresse http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Publications/PositionStatementOnHealthyFoodEnvironmentsInHCF_FR.pdf

Références:

1. Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé, Bureau du médecin-hygiéniste en chef. « L'obésité au Nouveau-Brunswick », Indicateurs de la santé du Nouveau-Brunswick (en ligne), no 5 (juin 2012), http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Publications/Indicateurs_sante5.pdf, consulté le 29 mai 2014.
2. Organisation mondiale de la Santé. Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques (en ligne), Genève, OMS, 2003, http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_fre.pdf, consulté le 29 mai 2014.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Country profile: Canada: Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010 (en ligne), Seattle (Wash.), IHME, s.d., http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_canada.pdf, consulté le 29 mai 2014.
4. Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. « Portrait de la santé de la population 2012 », Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (en ligne), s.d., <http://www.csnb.ca/portrait-de-la-sante-de-la-population-du-nouveau-brunswick-2012>, consulté le 29 mai 2014.
5. Statistique Canada. Tableau 105-0503 Profil d'indicateurs de la santé, taux normalisés selon l'âge, estimations annuelles, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, occasionnel (tableau), CANSIM (base de données), site Web de Statistique Canada (distributeur), 2013, <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=1050503&pattern=health+indicator+profile+age+standardized+by+sex&p2=1&tabMode=dataTable&p1=1&retrLang=fra&srchLan=1&lang=fra>, consulté le 29 mai 2014.
6. Nouveau-Brunswick, ministère des Communautés saines et inclusives. Sondage sur le mieux-être des élèves du Nouveau-Brunswick (maternelle – 5e année) : Fiche de renseignements provinciale 2010-2011 – Poids santé et modes de vie (en ligne), s.d., <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/hic-csi/pdf/Wellness-MieuxEtre/PoidsSanteEtModesDeVie2010-2011.pdf>, consulté le 29 mai 2014.
7. M. Story et coll. « Creating healthy food and eating environments: policy and environmental approaches », Annual Review of Public Health, vol. 29 (2008), p. 253-272.
8. Québec en Forme. « Comment modifier l'environnement bâti pour encourager une saine alimentation chez les jeunes », Faits saillants de la recherche (en ligne), no 8 (juillet 2012), http://www.quebecenforme.org/media/103598/08_faits_saillants_de_la_recherche.pdf, consulté le 29 mai 2014.
9. Réseau de santé Vitalité. Rapport annuel 2012-2013 (en ligne), Bathurst (N.-B.), le Réseau, juin 2003, http://www.vitalitenb.ca/sites/default/files/rapportannuel20122013_webc.pdf, consulté le 29 mai 2014.
10. Réseau de santé Horizon. Site Web du Réseau de santé Horizon (en ligne), s.d., <http://fr.horizonnb.ca/accueil/à-propos-de-nous.aspx>, consulté le 29 mai 2014.

Rapports de la Direction du contrôle des maladies transmissibles (CMT)

À titre d'information, le Bureau du médecin-hygiéniste en chef (BMHC) a récemment publié les rapports suivants :

- *Rapport annuel sur les maladies transmissibles au Nouveau-Brunswick 2012*
- *Rapport sur l'immunisation – Santé publique, septembre 2013*
- *Rapport d'enquête sur l'éclosion de syphilis*
- *Rapport d'enquête sur l'éclosion de coqueluche*

Tous ces rapports sont accessibles dans la section destinée aux professionnels de la santé du site Web du BMHC : http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/professionnels_sante/maladie.html

