

Le rapport d'un médecin déclenche une enquête sur une écloison d'origine alimentaire

Enquête

Un médecin de famille de Nackawic, au Nouveau-Brunswick, a téléphoné à la Direction de la protection de la santé de la région du Centre, le lundi 8 décembre 2014, après avoir vu trois patients atteints de symptômes gastro-intestinaux. Une personne a dû être hospitalisée. Les trois patients avaient assisté à un souper de Noël dans une salle locale de Nackawic dans la soirée du 5 décembre 2014.

La Direction de la protection de la santé a entrepris immédiatement une enquête et a découvert que la soirée avait été organisée par des églises locales et qu'un repas avait été servi à 105 convives. La Direction a interrogé les gens

Bureau du médecin-hygiéniste en chef

Points saillants du 22^e numéro

- Un médecin signale une écloison d'origine alimentaire à la Santé publique. 1
- Le vaccin antigrippal quadrivalent 3
- Le vaccin contre l'hépatite B pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. 4
- Remédier aux iniquités en matière de santé : un rôle pour la profession médicale 4
- Les infections invasives à streptocoque du groupe A sont à la hausse au N.-B. 7
- La santé environnementale chez les enfants : une priorité 10
- La saison grippale 2014-2015 a été intense chez les personnes âgées 11
- Les rôle des antiviraux dans les établissements de soins de longue durée 14

Nous accueillons toujours vos commentaires et suggestions de thèmes futurs. Veuillez les transmettre à notre rédactrice en chef, la Dre Cristin Muecke, médecin-hygiéniste responsable des programmes provinciaux, à l'adresse dr.cristin.muecke@gnb.ca.

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

malades, a inspecté la salle de réception, en assurant la destruction des restes du repas et la prise d'échantillons des mets servis.

Résultats

La Direction de la protection de la santé a interrogé 58 personnes ayant assisté à l'activité, dont 37 qui ont déclaré avoir été malades. Les répondants ont indiqué avoir souffert de diarrhée, de crampes abdominales, de nausées, de maux de tête, de frissons, de vomissements et de fièvre. Une personne a présenté des diarrhées sanglantes.

Les symptômes sont apparus entre 3 et 17 heures après le repas (période d'incubation médiane de 8 heures) et les malaises ont été de courte durée (moins de 48 heures). Une personne est décédée. Une série d'échantillons prélevés dans les selles d'une personne malade a été soumise à des analyses bactériennes et virales.

L'enquête a révélé que divers produits alimentaires avaient été servis à l'événement, notamment quatre dindes préparées par trois personnes dans leur propre cuisine. Les quatre dindes avaient été achetées congelées et décongelées

dans de l'eau froide ou dans l'évier de la cuisine à la maison. Les cuisinières avaient utilisé une minuterie à éjection automatique pour déterminer la durée de cuisson des volailles. Les dindes ont été refroidies à la maison et au moins deux d'entre elles ont été refroidies à la température de la pièce. Les dindes ont été transportées à la salle de réception et découpées; tous les morceaux ont été déposés dans une rôtissoire et réchauffés à 200 °F. La farce, les pommes de terre, les haricots verts et les carottes, ainsi que la sauce ont tous été préparés sur place. Le jus de cuisson des quatre dindes a été versé dans des contenants de crème glacée à 15 h et laissé sur le comptoir à la température ambiante jusqu'à ce que la sauce soit préparée vers 17 h 30. Les membres de la communauté ont apporté divers types de tartes faites maison ou achetées dans une boulangerie ou une épicerie locale. L'inspection de la salle de réception a révélé que du vinaigre avait été utilisé pour désinfecter les lieux.

L'analyse des échantillons fécaux a révélé la présence de la toxine de *Clostridium perfringens*. En concordance avec ces résultats, l'analyse des échantillons de nourriture a également révélé la présence de la toxine de *Clostridium perfringens* et de la bactérie *Bacillus cereus*. Même si tous les participants malades qui ont été interrogés avaient mangé de la dinde, certains en ayant consommé n'ont pas été malades. Le lien statistique entre la consommation de dinde et l'apparition de la maladie n'a pu être calculé. L'analyse épidémiologique a établi une association statistiquement significative entre la consommation de sauce et la consommation de haricots verts et de carottes et le déclenchement de la maladie.

Analyse

La production de toxines bactériennes et la prolifération bactérienne peuvent toutes les deux se produire si les aliments sont mal cuits, mal refroidis ou mal entreposés. Ainsi, si des aliments cuits sont

laissés entre 4 et 60 °C, les taux de la toxine de *Clostridium perfringens* vont augmenter à des niveaux susceptibles d'être pathogènes. *Bacillus cereus* peut également se multiplier lorsque des aliments cuits sont conservés à des températures comprises entre 4 et 60 °C. Les viandes et les produits à base de viande sont les aliments les plus fréquemment mis en cause dans les éclosions associées à *Clostridium perfringens*.

L'origine probable de l'éclosion est inconnue, mais les produits bruts, les surfaces de manipulation des aliments ou les mesures d'entreposage, de décongélation, de manipulation et de distribution de la nourriture pourraient être incriminés. Les conditions de manipulation des aliments et de contrôle de la température étaient loin d'être idéales, ce qui a pu favoriser la prolifération des organismes. Par exemple, l'utilisation d'une minuterie de cuisson de dinde à éjection automatique ne garantit pas une évaluation précise des températures internes des aliments. En outre, l'utilisation de vinaigre comme désinfectant est déconseillée, car ce produit ne désactive pas suffisamment les bactéries, les virus et les toxines.

Incidences sur les politiques et les pratiques

Grâce à l'instinct clinique du médecin qui a signalé les premiers cas, la Santé publique a pu faire enquête sur l'éclosion et mettre en œuvre les mesures de lutte requises. La *Loi sur la santé publique* du Nouveau-Brunswick et les règlements connexes obligent les médecins à signaler les maladies et les grappes de maladie à déclaration obligatoire susceptibles d'être d'origine alimentaire ou hydrique à un médecin-hygiéniste. Compte tenu de la courte durée de la maladie, la notification rapide de ce cas a été essentielle au déclenchement d'une enquête sur une éclosion qui a entraîné 38 intoxications et un décès.

Dans cet épisode, des connaissances inadéquates en matière de salubrité alimentaire ont entraîné une rupture dans la chaîne du froid d'un repas servi à un grand groupe de personnes. En 2009, la province du Nouveau-Brunswick a adopté une nouvelle réglementation en vertu de la *Loi sur la santé publique*, qui exigeait que les groupes religieux et d'autres groupes à but non lucratif obtiennent un permis pour pouvoir organiser des événements où des repas sont servis. Ce règlement a été abrogé en 2010 par le gouvernement provincial de l'époque. Les groupes à but non lucratif qui organisent actuellement des événements publics où de la nourriture est servie ne sont donc plus obligés d'obtenir un permis. La Santé publique n'inspecte pas les cuisines communautaires où des groupes à but non lucratif préparent des aliments destinés à un grand groupe de convives. Même si des ateliers sur la salubrité alimentaire sont offerts gratuitement sur demande, il n'existe pas d'activités d'éducation systématiques ou régulières des préposés à la manipulation de la nourriture qui apprennent les mets servis à ces événements.

Suite à l'enquête, le Bureau du médecin-hygiéniste en chef a commencé l'étude d'options en vue d'améliorer la sécurité alimentaire, ce qui pourrait comprendre des changements au niveau de la législation et de politiques provinciales.

À la suite de cet incident, le personnel de la région du Centre de la Direction de la protection de la santé s'est efforcé de mieux faire connaître l'existence des ateliers sur la salubrité alimentaire gratuits offerts aux groupes à but non lucratif. En raison de la couverture médiatique de l'éclosion et de la sensibilisation effectuée dans la région, le nombre de participants à ces ateliers de manipulation sécuritaire des aliments dans la région du Centre a augmenté de 1 100 % durant la première moitié de 2015.

Vaccins antigrippaux du Nouveau-Brunswick pour 2015-2016

Pour la saison grippale de 2015-2016, le ministère de la Santé offrira un **vaccin antigrippal quadrivalent**, qui remplacera le vaccin antigrippal trivalent utilisé par le passé.

Les vaccins antigrippaux quadrivalents sont conçus pour protéger contre quatre virus grippaux : deux virus grippaux de type A et deux virus grippaux de type B. L'inclusion d'une seconde lignée de la grippe de type B a pour objet de répondre à la cocirculation des deux lignées et (ou) à la difficulté de prédire la lignée qui circulera au cours d'une saison donnée. [1]

Le vaccin antigrippal quadrivalent sera offert, sans frais, aux personnes à risque élevé de complications liées à l'influenza et à celles qui sont susceptibles de transmettre la grippe aux personnes à risque élevé. Cependant, la vaccination contre la grippe est recommandée pour toutes les personnes de six mois et plus qui ne présentent pas de contre-indications. Vous trouverez de plus amples renseignements sur l'admissibilité aux vaccins contre l'influenza financés par l'État dans le *Guide du programme d'immunisation du Nouveau-Brunswick* [2].

Les vaccins antigrippaux financés par l'État pour la saison 2015-2016 comportent deux produits : **Fluzone Quadrivalent** (Sanofi Pasteur) et **Flulaval Tetra** (GlaxoSmithKline). Les prestataires de soins de santé peuvent demander un produit précis; cependant, rien ne garantit qu'ils recevront ce produit, car cela dépend de la disponibilité du produit à l'échelle nationale.

Protection : Conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), tous les vaccins antigrippaux quadrivalents saisonniers pour 2015-2016 comportent les souches suivantes : [3]

- une souche du virus analogue à A/California/7/2009 (H1N1) pdm09;
- une souche du virus analogue à A/Switzerland/9715293/2013(H3N2);
- une souche du virus analogue à B/Phuket/3073/2013;
- une souche du virus analogue à B/Brisbane/60/2008.



Renseignements sur l'emballage des produits :

- Le Fluzone Quadrivalent et le Flulaval Tetra sont fournis en fioles multidoses de 5 mL (10 doses par fiole).
- Une fiole multidose de Fluzone Quadrivalent ayant été utilisée et stockée entre 2 et 8 °C peut être réutilisée jusqu'à la date d'expiration indiquée sur l'étiquette de la fiole. [4]
- Une fiole multidose de Flulaval Tetra doit être éliminée dans les 28 jours après son ouverture. [5]
- Une petite quantité de seringues pré-remplies à dose unitaire de Fluzone Quadrivalent sera également disponible sur demande au Dépôt central de sérum.

Références :

1. Comité consultatif national de l'immunisation, *Examen documentaire sur les vaccins antigrippaux quadrivalents* (en ligne), Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, juillet 2014, http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aspc-phac/HP40-117-2014-fra.pdf, consulté le 4 août 2015.
2. Nouveau-Brunswick, Bureau du médecin-hygiéniste en chef, *Guide du programme d'immunisation du Nouveau-Brunswick* (en ligne), http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/professionnels_sante/maladie/GuideDuProgrammeDImmunitationDuNB.html, consulté le 4 août 2015.
3. Organisation mondiale de la Santé, *Recommended Composition of Influenza Virus Vaccines for Use in the 2015-2016 Northern Hemisphere Influenza Season* (en ligne), http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2015_16_north/en/, consulté le 4 août 2015.
4. Sanofi Pasteur, *Monographie de produit : Fluzone Quadrivalent : Vaccin quadrivalent contre le virus de l'influenza des types A et B (à virion fragmenté)* (en ligne), <http://www.sanofipasteur.ca/fr/node/18002>, consulté le 4 août 2015.
5. GlaxoSmithKline, *Monographie de produit : Flulaval Tetra (2015-2016) : Vaccin antigrippal quadrivalent (à virion fragmenté, inactivé)* (en ligne), <http://www.gsk.ca/french/index.html>, consulté le 4 août 2015.

Accès amélioré au vaccin contre l'hépatite B

Les critères d'admissibilité pour le vaccin contre l'hépatite B financé par l'État ont été modifiés afin d'inclure les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) qui n'ont pas déjà reçu le vaccin. Le virus de l'hépatite B se transmet principalement entre personnes non immunisées qui ont des comportements à risque. La vaccination contre l'hépatite B est le moyen le plus sûr de prévenir l'infection et ses conséquences, qui comprennent la cirrhose du foie, le cancer du foie, une insuffisance hépatique et la mort. Cette amélioration du programme d'immunisation donne suite à une hausse des cas signalés d'hépatite B aiguë chez les HARSAH de la province.

Veuillez prendre le temps de passer en revue l'état immunitaire de vos patients et offrir le vaccin à ceux qui répondent aux critères d'admissibilité. Il est important de souligner que les HARSAH peuvent se décrire comme

gais, bisexuels ou hétérosexuels. Par conséquent, il peut être justifié d'interroger plus amplement les patients étant donné la difficulté à cerner le niveau de risque d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Les fournisseurs de soins de santé sont invités à offrir des tests à leurs patients pour toutes les ITSS ainsi que de les renseigner et de les conseiller sur les moyens de réduire leur exposition.

De plus amples renseignements sur les critères d'admissibilité aux vaccins et aux produits biologiques financés par l'État sont fournis dans le Guide du programme d'immunisation du Nouveau-Brunswick, qui se trouve à l'adresse suivante : <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/MaladiesTransmissibles/ProfessionnelsEnSantePublique/GPINB-norme3-3.pdf>.

Iniquités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé – un rôle pour la profession médicale

Compte tenu des variations naturelles entre les personnes sur les plans de la génétique et de la constitution, il est tout à fait normal de constater des différences en matière de santé au sein des populations [1]. Mais lorsque des différences dans l'état de santé se manifestent systématiquement entre des groupes qui occupent des positions différentes dans la hiérarchie sociale – où les groupes plus socialement défavorisés sont en moins bonne santé – c'est ce qu'on appelle des iniquités en matière de santé. Les groupes et les communautés socialement défavorisés se distinguent par des caractéristiques telles que la race ou l'ethnicité, le revenu ou l'éducation, l'orientation ou l'identité sexuelle, ou toute autre caractéristique associée à la discrimination, à la marginalisation, ou à l'exclusion de possibilités économiques et sociales [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9]. Les iniquités en matière de santé sont injustes, car elles découlent de situations qui ne relèvent pas directement du contrôle des personnes ou des groupes touchés [10], ce qui les empêche de se prévaloir de leur droit fondamental de jouir des normes de santé les plus élevées possible [2, 3, 4, 5, 6, 9].

Les iniquités en matière de santé ont une incidence sur tous les Néo-Brunswickois, parce qu'elles font grimper les coûts des soins de santé [11] et parce qu'elles se traduisent par un gradient social, ce qui signifie que la diminution de la position sociale amène une diminution linéaire de l'état de santé [1, 11]. En outre, la recherche suggère que l'étendue des inégalités d'une société est un facteur déterminant de la santé de la population, et que les écarts de revenu les plus prononcés sont associés aux niveaux de santé les moins élevés de la population [12].

Iniquités en matière de santé

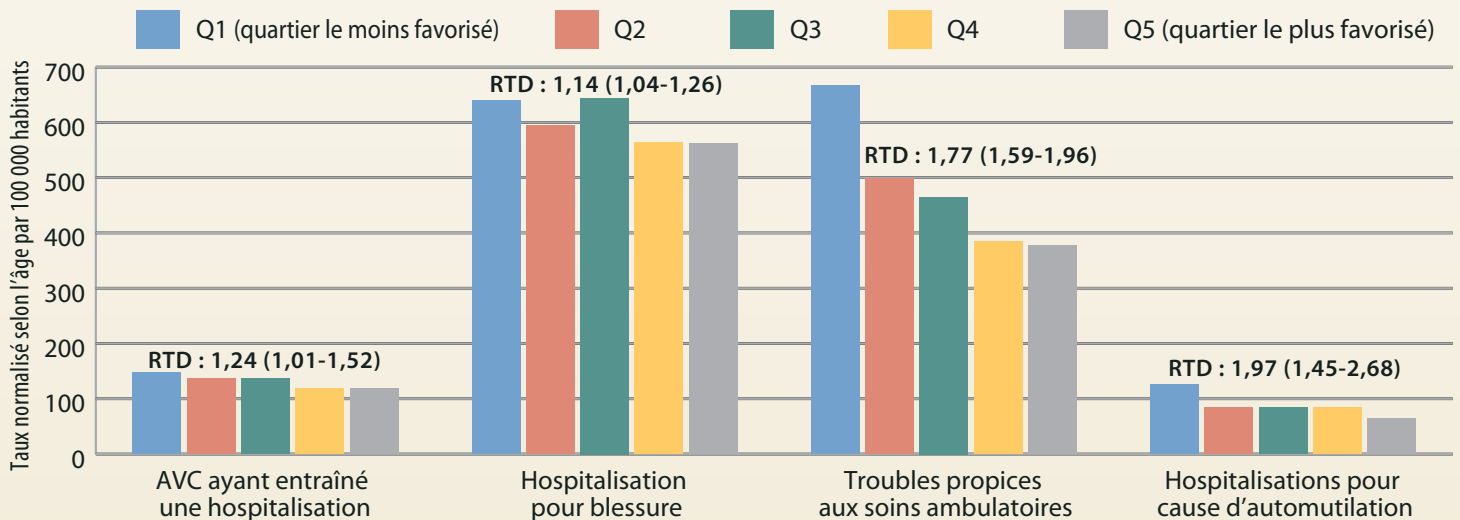
Une iniquité en matière de santé est une différence systématique et injuste de l'état de santé entre des groupes qui occupent des positions différentes dans la hiérarchie sociale, où le groupe le plus socialement défavorisé est en moins bonne santé.

Équité en santé

L'équité en santé consiste à atteindre le meilleur niveau de santé possible pour tous en réduisant, et en visant à éliminer, les différences sur le plan de la santé et des déterminants sociaux de la santé, entre les groupes présentant différents niveaux sous-jacents d'avantages sociaux.

La figure 1 illustre ce gradient social, et l'on constate des différences dans les taux d'hospitalisation non seulement entre les quartiers les plus et les moins favorisés du Nouveau-Brunswick, mais aussi par quintile de revenu dans chaque quartier. Toutefois, comme le montre la figure, le gradient n'est pas linéaire; les quartiers les plus défavorisés sont les plus durement touchés. Si nous voulons réduire les iniquités en matière de santé dans la province, il nous faut concentrer nos efforts sur un « nivellement par le haut », c'est-à-dire amener le niveau de santé des individus ou des groupes désavantagés au niveau de celui des personnes des plus avantagées [1].

Figure 2 : Taux d'hospitalisation au Nouveau-Brunswick pour des indicateurs de santé sélectionnés, par quintile de revenu des quartiers, en 2011-2012



RTD : ratio des taux de disparité. Le RTD représente le ratio entre le taux d'un indicateur de santé selon le quintile de revenu du quartier le plus bas (Q1) et le taux selon le quintile de revenu du quartier le plus élevé (Q5). Tous les RTD illustrés indiquent une disparité statistiquement significative entre les taux du Q1 et du Q5. Les données sont présentées sous forme de RTD (intervalle de confiance de 95 %). tirées du rapport *Indicateurs de santé 2013 de l'ICIS*.

S'attaquer aux déterminants sociaux de la santé dans l'environnement clinique [16]

Procéder au dépistage régulier de la pauvreté et intervenir au besoin.

Veiller à rendre votre pratique accessible à tous les patients, plus particulièrement aux populations marginalisées.

Offrez des rendez-vous accélérés et des rendez-vous le jour même.

Constituer une équipe anti-pauvreté modelée sur les besoins de la collectivité.

Comprendre les programmes d'aide sociale provinciaux/territoriaux et fournir les formulaires appropriés.

Les prestataires de soins de santé peuvent prendre des mesures pour combler ces écarts dans leur propre pratique en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Le président de l'Association médicale canadienne, le Dr Chris Simpson, a récemment publié un billet sur l'importance de l'intervention des médecins sur les déterminants sociaux de la santé de leurs patients et a examiné les progrès réalisés par l'AMC sur cette question [13]. Dans le même ordre d'idée, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada fournit des ressources en ligne et établit la responsabilité des infirmières et infirmiers à promouvoir l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé [14]. En effet, des

recherches démontrent que la santé de la population est déterminée à 50 % par le milieu socioéconomique, par rapport à seulement 25 % par le système de soins de santé [15].

Le Collège des médecins de famille du Canada a récemment publié des conseils pratiques sur les déterminants sociaux de la santé, qui propose des mesures concrètes sur les façons d'évaluer et d'améliorer les déterminants sociaux de la santé des patients, notamment des suggestions d'intervention dans le milieu clinique, dans la collectivité et à l'échelle de la population [16]. Par exemple, le Comité sur la pauvreté du Collège des médecins de la famille de l'Ontario a mis au point un outil de dépistage de la pauvreté et d'intervention (<http://ocfp.on.ca/cpd/povertytool>) qui pose une question simple pour détecter les personnes vivant sous le seuil de la pauvreté : « Avez-vous parfois de la difficulté à joindre les deux bouts à la fin du mois? ».

Les auteurs soulignent que la pauvreté constitue un risque pour la santé qui équivaut à l'hypertension, à un taux de cholestérol élevé et au tabagisme. Des travaux sont en cours pour adapter cet outil au contexte du Nouveau-Brunswick (Rosemary Boyle, communication personnelle, août 2015).

Références :

- [1] M. Whitehead et G. Dahlgren, *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*, Copenhague, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé, Copenhague, 2006.

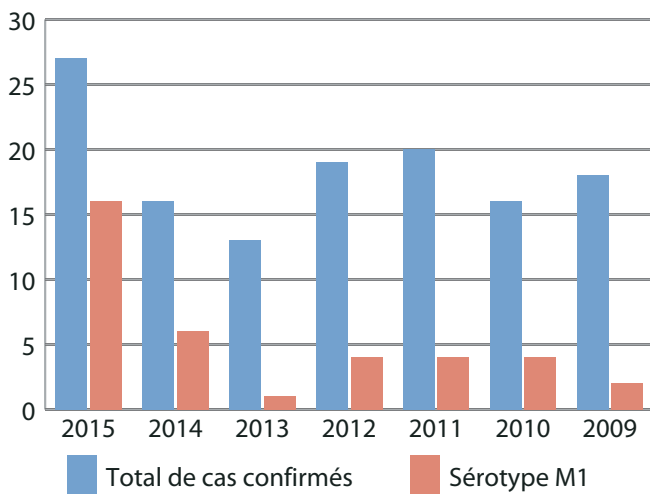
- [2] P. Braveman et S. Gruskin, « Defining Equity in Health », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 57 (2003), p. 254-258.
- [3] P. Braveman, « Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement », *Annual Review of Public Health*, vol. 27 (2006), p. 167-194.
- [4] P. Braveman, S. Kumanyika, J. Fielding, T. Laveist, L. N. Borrell, R. Manderscheid et A. Troutman, « Health Disparities and Health Equity: The Issues is Justice », *American Journal of Public Health*, suppl. 1, vol. 101 (2011), p. S149-S155.
- [5] P. Braveman, « What is Health Equity: And How Does a Life-Course Approach Take Us Further Toward It? », *Matern and Child Health Journal*, vol. 18 (2014), p. 366-372.
- [6] P. Braveman, « What Are Health Disparities and Health Equity? We Need to Be Clear », *Public Health Reports*, suppl. 2, vol. 129 (2014), p. 5-8.
- [7] C. P. Jones, « Systems of Power, Axes of Inequity: Parallels, Intersections, Braiding the Strands », *Medical Care*, suppl. 3, vol. 52, no 10 (2014), p. S71-S75.
- [8] P. Braveman, *Equity in health and health care: A WHO/SIDA Initiative*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996, document no WHO/ARA/96.1.
- [9] Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, *Glossaire français des principaux termes sur l'équité en santé*, Antigonish, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, 2015.
- [10] M. Whitehead, *Concepts et principes de l'égalité des chances en matière de santé*, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé, Copenhague, 1990.
- [11] Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé, *Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : Document de travail*, Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 2004.
- [12] R.G. Wilkinson et K.E. Pickett « Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence », *Social Science Medicine*, 2006, vol. 62, no. 7, p. 1768-1784.
- [13] C. Simpson, « Physician Leadership in the "Social Determinants of Health" Sphere - Upstream Thinking » (en ligne), 27 mars 2015, <http://drchrissimpson.com/2015/03/27/physician-leadership-in-the-social-determinants-of-health-sphere-upstream-thinking/>, consulté le 23 août 2015.
- [14] Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Les déterminants sociaux de la santé* (en ligne), Ottawa, l'Association, novembre 2013, http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/ps124_social_determinants_of_health_f.pdf?la=fr, consulté le 23 août 2015.
- [15] Association médicale canadienne, *L'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé : Un rôle pour la profession médicale* (en ligne), s.l., l'Association, 2013, <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/PD13-03-f.pdf>, consulté le 23 août 2015.
- [16] Le Collège des médecins de famille du Canada, *Conseil pratique sur les déterminants sociaux de la santé*, s.l., le Collège, 2015.

Situation actuelle des infections invasives à streptocoque du groupe A au Nouveau-Brunswick

Présentation de cas

L'incidence des infections invasives à streptocoque du groupe A (ISGA) augmente au Nouveau-Brunswick depuis le début de janvier 2015. Du 1^{er} janvier au 31 juillet 2015, 27 cas confirmés et quatre cas probables d'infection invasive à streptocoque du groupe A ont été signalés à la Santé publique du Nouveau-Brunswick. Le nombre moyen annuel cas confirmés au cours des six dernières années civiles s'établit à 17. Un bilan de 27 cas après un peu plus d'une demie année est donc significatif. Il est intéressant de noter que la majorité (60 %) des cas confirmés rapportés en 2015 appartiennent au sérotype M1, ce qui est également atypique par rapport aux années précédentes (figure 1). En outre, des symptômes graves sont apparus dans 15 des cas signalés (55,5 %) et trois décès (11 %) sont survenus, ce qui est comparable aux années précédentes.

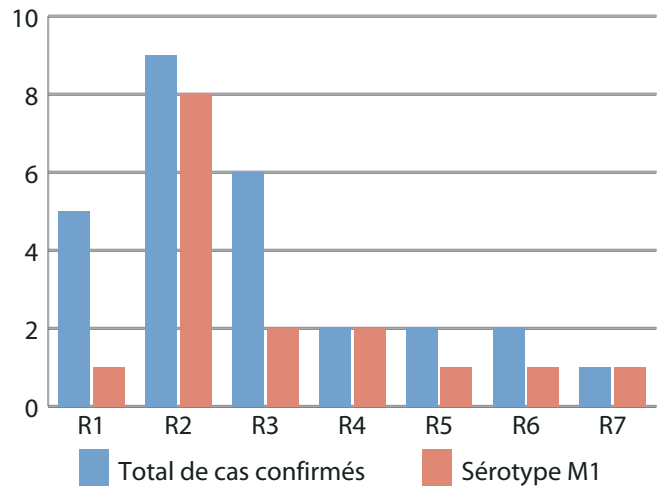
Figure 1 : Nombre total de cas d'ISGA vs le nombre de cas d'ISGA de sérotype M1 par rapport aux années 2009-2014 et 2015 (jan-juillet), Nouveau-Brunswick



De janvier à juillet 2015, 16 cas d'ISGA de type M1 ont été recensés, dont 50 % ont été observés dans la région 2 (figure 2).*

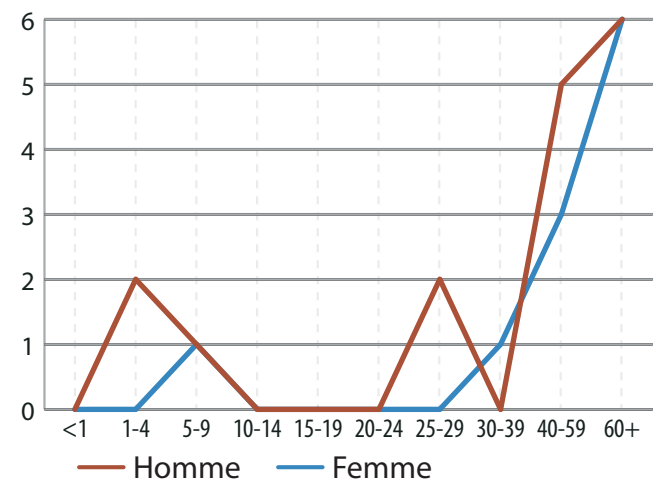
* R1=Moncton
R2= Saint John
R3= Fredericton
R4= Edmundston
R5= Campbellton
R6= Bathurst
R7= Miramichi

Figure 2 : Nombre total de cas d'ISGA vs le nombre de cas d'ISGA de sérotype M1 du 1^{er} janvier au 31 juillet 2015 par région de santé du Nouveau-Brunswick



Aucune présentation clinique prédominante et aucun facteur de risque commun n'ont été notés entre les cas. Plus d'hommes ont été affectés que de femmes, soit 16 cas (59,26 %) contre 11 cas (40,7 %), respectivement. Les cas se retrouvaient surtout chez les moins de 10 ans et les plus de 40 ans, et près de la moitié de tous les cas (44 %) sont survenus chez les 60 ans et plus (figure 3).

Figure 3 : Nombre de cas confirmés d'ISGA, selon le sexe et le groupe d'âge, 2015, Nouveau-Brunswick



En outre, il n'y a pas de liens épidémiologiques entre les cas pouvant indiquer une source unique d'écllosion. La seule exception est une petite grappe familiale dans la région 2, où les deux parents ont été atteints d'une ISGA et le fils, d'une infection non invasive à SGA.

Analyse

Par convention, la distinction entre les souches de SGA se fait par typage de la protéine M. Il existe plus de 200 types M connus de SGA [1]. En général, 25 sérotypes M regroupent environ 95 % des cas. Quatre types (M1, M28, M3 et M12) représentent la moitié des cas et le type M1 compte à lui seul pour 23 % des cas analysés [2] et est habituellement le type M le plus répandu rapporté au Canada et en Amérique du Nord [3,4]. Une hausse soudaine des infections à SGA, doublée d'une augmentation des cas M1 (ou M3), a également été observée (5,6,7). L'absence de facteurs de risque épidémiologiques ou communs parmi les cas déclarés n'est pas rare. En effet, le type M1 atteint généralement une population générale diverse plutôt qu'un groupe particulier comme tel. Par exemple, les cas de type M1 se répartissent dans divers groupes d'âge plutôt que d'être limités à des groupes d'âge particuliers, ce qui est plus fréquent pour les autres types M [4].

Harris et coll. [8] estiment que :

« Les hausses localisées et transitoires des infections à SGA sporadiques peuvent se produire en raison d'un afflux d'un nouveau type Emm dans une population présentant un faible taux d'immunité communautaire à ce type d'Emm spécifique; une augmentation de la détection et du signalement de ces infections invasives à SGA sans véritable augmentation de l'infection; ou une augmentation de la morbidité qui prédispose les personnes aux infections invasives à SGA, comme les éclosions de pharyngite à SGA chez l'enfant ou la grippe concomitante ou d'autres viroses dans la communauté. »

On constate une prévalence accrue des souches M1 depuis le début de janvier 2015. L'augmentation marquée du nombre de cas de type M1 signalés cette année au Nouveau-Brunswick ne se fait pas au détriment des autres types M, mais vient plutôt s'y ajouter. Il est intéressant de noter l'incidence d'autres types M observée pour l'année en cours, comme les types M3 et M12, qui constituent 7 % des cas déclarés chacun.

Les informations cliniques sur les cas de type M1 recensés dans différentes régions ont été recueillies et comparées à celles sur les cas d'autres types M durant la même année civile et pour les cinq dernières années. Rien de particulier n'a été remarqué. Une vérification auprès des provinces et États voisins a permis de constater l'absence d'un tel phénomène dans les autres provinces ou États frontaliers.

Différentes études ont démontré que les taux plus élevés d'infection invasive à SGA se retrouvent principalement chez les jeunes enfants et chez les personnes âgées, chez les hommes plus que chez les femmes et davantage en hiver et au printemps pour décliner en automne. Les hommes sont plus touchés que les femmes et la distribution entre les groupes d'âge se fait comme

prévue pour ce type M dans les cas signalés à ce jour au Nouveau-Brunswick pour l'année en cours. Aucune tendance saisonnière n'a cependant été notée.

Les facteurs de risque comprennent l'abus d'alcool, l'usage de drogues illicites, l'itinérance, les maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiaques et rénales, l'infection par le VIH, les infections de la peau et la varicelle survenue dans les deux dernières semaines. Un contact étroit avec des cas d'infection invasive à SGA et la colonisation du foyer constituent d'autres facteurs de risque.

Il y a un risque plus élevé de crises secondaires chez les personnes en contact étroit avec des cas d'infection invasive à SGA. Voilà pourquoi l'enquête de routine vise entre autres à identifier et à retracer les contacts; et à déterminer si les cas se sont déclarés dans des établissements de soins de longue durée, des services de garde ou des hôpitaux. Les Lignes directrices de l'ASPC [9] définissent précisément la notion de « contacts étroits ». Les Lignes directrices canadiennes recommandent l'administration d'une chimioprophylaxie à tous les contacts étroits d'un cas confirmé d'infection grave à SGA pour prévenir la maladie chez les personnes colonisées et chez celles qui ont récemment été exposées, afin de diminuer la transmission d'une souche associée à l'apparition de cas graves d'infection.

En réponse à l'augmentation des cas, le Bureau du médecin hygiéniste en chef de la Santé (BMHCS) a communiqué avec les bureaux régionaux de Santé publique, les laboratoires locaux, les laboratoires de référence et les cliniciens pour discuter de leurs rôles et responsabilités.

En conclusion, nous constatons une augmentation du nombre de cas déclarés d'infection invasive à SGA au Nouveau-Brunswick, où prédomine une souche unique de SGA invasif, le type M1. Ce type a toujours été présent en proportion plus faible au Nouveau-Brunswick, mais il s'agit du sérotype le plus commun au Canada et dans le monde. L'origine de l'augmentation des cas de type M1 reste incertaine et aucun groupe de risque particulier n'est affecté plus largement.

Références :

1. Steer, A. C., T. Lamagni, N. Curtis et J. R. Carapetis. « Invasive group A streptococcal disease epidemiology, pathogenesis and management », *Drugs*, vol. 72, no 9 (2012), p. 1213-1227.
2. Steer, A. C., I. Law, L. Matatolu et coll. « Global emm type distribution of group A streptococci: systematic review and implications for vaccine development », *The Lancet. Infectious diseases*, vol. 9 (2009), p. 611-616.
3. Davies, H. D., A. McGeer, B. Schwartz et coll. « Invasive group A streptococcal infections in Ontario, Canada », *The New England Journal of Medicine*, vol. 335, no 8 (1996), p. 547-554.
4. Tyrrell, G. J., M. Lovgren, T. St. Jean et coll. « Epidemic of group A *Streptococcus M/emm59* causing invasive disease in Canada », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 51, no 11 (2010), p. 1290-1297.

- Holm, S. E., A. Norrby, A. M. Bergholm et coll. « Aspects of pathogenesis of serious group A streptococcal infections in Sweden, 1988-1989 », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 166 (1992), p. 31-37.
- Martin, P. R., et E. A. Hoiby. « Streptococcal serogroup A epidemic in Norway 1987-1988 », *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, vol. 22 (1990), p. 421-429.
- Weiss, K. A., et M. Laverdière. « Group A streptococcus invasive infections: a review », *Canadian Journal of Surgery = Journal canadien de chirurgie*, vol. 40, no 1 (février 1997), p. 18-25.
- Harris, A. M., D. Yazzie, R. Antone-Nez et coll. « Community-acquired invasive GAS disease among Native Americans, Arizona, USA, Winter 2013 », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 21, no 1 (2015), p. 177-179.
- 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*, 2006 (consulté en juillet 2015). Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/32s2/index-fra.php>.

Chimioprophylaxie en cas de contact avec une personne atteinte d'ISGA

De la chimioprophylaxie doit uniquement être offerte en cas de contact étroits, confirmé par un laboratoire (isolation à partir d'un site normalement stérile), avec une personne atteinte d'une iSGA grave. Les cas graves peuvent se manifester par une ou plusieurs des affections suivantes : un syndrome de choc toxique streptococcique, une nécrose des tissus mous (notamment une fasciite nécrosante, une myosite ou la gangrène), une méningite, une pneumonie à SGA, toute

autre affection qui met la vie en danger ou qui cause le décès [9]. La chimioprophylaxie doit être administrée aux contacts étroits (à la maison, sexuels/UDI, contact direct avec des sécrétions ou des lésions) [9] dès que possible, en collaboration avec la Santé publique régionale, et de préférence dans les 24 heures suivant le diagnostic d'un cas, mais elle peut être donnée jusqu'à sept jours après le dernier contact avec un patient contagieux.

Tableau 1 : Chimioprophylaxie recommandée pour les contacts étroits [9]

Médicament	Dosage	Commentaires
Céphalosporines de première génération : céfalexine, céfadroxil, céfradine	Premier choix : Enfants et adultes : 25 à 50 mg/kg par jour, jusqu'à un maximum de 1 g/jour en 2 à 4 doses divisées × 10 jours	Médicament recommandé pour les femmes enceintes ou qui allaitent. Utiliser avec prudence chez les patients allergiques à la pénicilline ou qui prennent des médicaments néphrotoxiques (p. ex. aminoglycosides, vancomycine).
Érythromycine	Adultes : 500 mg toutes les 12 heures (base) × 10 jours Enfants : 5 à 7,5 mg/kg toutes les 6 heures ou 10 à 15 mg/kg toutes les 12 heures (base) × 10 jours (ne pas dépasser 1 g/jour)	Contre-indiqué chez les personnes ayant une maladie ou une dysfonction hépatique préexistante et durant la grossesse. Analyse de sensibilité quand la résistance aux macrolides est inconnue ou ≥ 10 %.
Clarithromycine	Adultes : 250 mg toutes les 12 heures × 10 jours Enfants : 15 mg/kg par jour divisés en 2 doses égales (ne pas dépasser 500 mg/jour)	Contre-indiqué pendant la grossesse. Analyse de sensibilité quand la résistance aux macrolides est inconnue ou ≥ 10 %.
Clindamycine	Adultes : 150 mg toutes les 6 heures × 10 jours Enfants : 8 à 16 mg/kg par jour divisés en 3 ou 4 doses égales × 10 jours (ne pas dépasser 600 mg/jour)	Solution de rechange pour les personnes qui ne tolèrent pas les bêta-lactamines.

Santé environnementale chez les enfants

Afin que les enfants puissent atteindre un niveau optimal de santé et de mieux-être, il faut que les milieux dans lesquels ils vivent, jouent et apprennent soient sains et sécuritaires. Étant donné la vitesse à laquelle les enfants grandissent et se développent, ils sont vulnérables aux effets de l'exposition aux dangers environnementaux sur la santé.

Déjà, dans leur premier environnement, soit le ventre de leur mère, les enfants sont vulnérables aux dangers environnementaux sur la santé. Les polluants environnementaux sont particulièrement dangereux pendant la croissance du fœtus, lors du développement des organes vitaux. L'exposition à des polluants, même en infimes quantités, pendant ces phases délicates du développement peut causer des dommages au cerveau, aux organes reproducteurs, au système immunitaire et à d'autres systèmes ou appareils du corps. [1]

Plus de 800 produits chimiques sont réputés ou soupçonnés d'être des agents de perturbation endocrinienne, mais très peu d'entre eux ont été testés adéquatement, bien qu'il existe un grand nombre de données probantes sur l'exposition simultanée et à grande échelle des humains et des animaux à de multiples perturbateurs endocriniens. L'exposition à des polluants persistants, à des perturbateurs endocriniens ainsi qu'à des métaux lourds avant la naissance et pendant l'enfance sont les principales sources de préoccupation. [2]

Pour donner suite à ces préoccupations et par désir de trouver des moyens de réduire l'exposition des enfants néo-brunswickois aux produits chimiques dans l'air, l'eau et le sol, un réseau appelé le Collectif pour la santé environnementale des enfants du Nouveau-Brunswick a vu le jour en 2005. Le réseau a pour objectif de collaborer à la promotion d'environnements sains où les enfants peuvent grandir, apprendre, vivre et s'amuser, ainsi que de réduire l'exposition des enfants aux contaminants de l'environnement qui peuvent contribuer à des maladies passagères ou chroniques.

Ce réseau est aujourd'hui composé de plusieurs centaines de personnes issues de quelque 100 organismes et organisations et comprend des représentants des secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, du domaine de l'éducation et des centres de ressources familiales, ainsi que des universitaires, des membres de la profession infirmière, des professionnels de la santé publique et des parents. On y trouve même des enfants maintenant!

Il est important de comprendre que l'environnement représente un déterminant de la santé pour les enfants d'aujourd'hui et de demain. Selon le professeur



Photo : Tracy Jeffries

Trevor Hancock, chercheur principal à l'école de santé publique et de politique sociale de l'Université de Victoria, en Colombie-Britannique (28 mars 2013),

« Si nous voulons des enfants en santé, nous devons créer pour eux des environnements sains. Nous devons comprendre que la santé et l'environnement sont intimement liés. La santé de l'écosystème est le déterminant par excellence de la santé pour la présente génération et celles qui suivront, et ce sont les enfants qui sont les plus affectés par les changements que connaît notre écosystème. »

Le Collectif pour la santé environnementale des enfants du Nouveau-Brunswick est composé de personnes dévouées et passionnées et compte un comité stratégique et des équipes qui ont créé des plans de travail fondés sur les stratégies d'action des groupes plus importants. L'une de ces équipes s'occupe des politiques et a pour mandat d'améliorer les politiques et les lois liées à la santé environnementale des enfants. Pour ce faire, l'équipe veille au respect des règles des instances nationales, provinciales et municipales, et se sert des données probantes, des pratiques exemplaires, de la recherche et des philosophies d'autres groupes sur la scène nationale et internationale.

Les derniers travaux de l'équipe portaient sur l'adoption d'une démarche fondée sur les droits des enfants de vivre dans un environnement sain et sécuritaire. Pour ses travaux relatifs à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, l'équipe s'est associée au défenseur des enfants et de la jeunesse du Nouveau-Brunswick, avec le soutien d'autres organismes comme Ecojustice, et à Raffi Cavoukian, un défenseur de l'enfance qui concentre ses efforts à faire respecter les enfants.

D'autres équipes du Collectif pour la santé environnementale des enfants du Nouveau-Brunswick travaillent aussi en partenariat pour fournir des renseignements éducatifs, des outils, des ressources et du soutien aux familles et aux fournisseurs de soins dans le but de faire la promotion de la santé, du bien-être et des environnements sains pour les enfants.

Le Collectif pour la santé environnementale des enfants du Nouveau-Brunswick est à la recherche de personnes de divers milieux intéressées à se joindre au réseau, et notamment des médecins de famille, dont la contribution au réseau serait d'une grande valeur.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez visiter le <http://www.nben.ca/index.php/fr/>.

Voici quelques ressources sur la santé environnementale des enfants :

Children's Environmental Health Network : <http://cehn.org/> (en anglais et en espagnol seulement)

Organisation mondiale de la Santé, *Environnement et santé de l'enfant* : <http://www.who.int/ceh/fr/>

Partenariat canadien pour la santé des enfants et de l'environnement : <http://www.healthyenvironmentforkids.ca/fr/content/le-partenariat-canadien-pour-la-sant%C3%A9-des-enfants-et-l%E2%80%99environnement>

Références :

1. Landrigan, PJ et Etzel RA (Eds), « Textbook of children's environmental health, Oxford, UK; Oxford University press; 2014 ».
2. Landrigan PJ et Goldman LR, « Children's vulnerability to toxic chemicals: a challenge and opportunity to strengthen health and environmental policy », *Health Affairs*, 2011; vol. 30, no. 5, p. 842-850

Bilan de la saison grippale 2014-2015 au Nouveau-Brunswick

Contexte

Une surveillance globale de l'influenza est assurée au Nouveau-Brunswick. Celle-ci comporte plusieurs volets, est liée à la surveillance nationale et internationale, et consiste à repérer plusieurs indicateurs de propagation et d'intensité de l'influenza. Les volets de surveillance de l'activité grippale au Nouveau-Brunswick sont les suivants :

- Laboratoire : le laboratoire de Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont (CHUDGLD) déclare tous les tests de la grippe qui sont demandés et leurs résultats
- Clinique : taux de consultation pour le syndrome grippal auprès des médecins sentinelles du programme Surveillance de l'influenza et des médecins du Réseau des praticiens sentinelles de l'influenza du Nouveau-Brunswick (RPSI)
- Signalement d'éclosions des foyers de soins et autres établissements aux bureaux régionaux de Santé publique
- Hospitalisations par suite de la grippe : signalement des hôpitaux aux bureaux régionaux de Santé publique

Activité grippale au Nouveau-Brunswick pour la saison 2014-2015

Même si la souche de grippe prédominante n'était pas la même, la saison grippale 2014-2015 au Nouveau-Brunswick est comparable à la saison 2013-2014 en ce

qui a trait aux cas de grippe confirmés en laboratoire (1 408 par rapport à 1 479 cas respectivement) et à la durée de l'activité. L'activité grippale a culminé vers les semaines 3 et 4 (du 18 au 31 janvier 2015), alors que le taux de positivité s'élevait à plus de 40 %, suivie d'une période de 13 semaines (de la semaine 5 à la semaine 17) au cours de laquelle le taux de positivité oscillait autour de 35 %, l'influenza B s'étant manifestée principalement durant les dernières semaines (figure 1). Les taux de consultation pour le syndrome grippal étaient les plus élevés pendant la période de pointe de positivité de l'influenza (semaines 4 et 5) et sont demeurés égaux ou inférieurs à la moyenne jusqu'à la fin de la saison.

Cependant, au Nouveau-Brunswick, tout comme ailleurs au Canada, cette saison se caractérise par un nombre sans précédent¹ d'éclosions de grippe signalées dans des foyers de soins (42 éclosions au N.-B.). Cela est probablement attribuable au fait que la souche prédominante était l'influenza A (H3N2), qui touche de manière disproportionnée la population âgée (comme on a pu l'observer lors des saisons précédentes où la souche prédominante était la même). Par ailleurs, la souche A (H3N2) qui circulait a présenté une variation antigénique et, par conséquent, ne correspondait pas au virus en circulation (1, 2). L'environnement était donc propice à ce que les personnes âgées (de 65 ans et plus) soient plus particulièrement touchées : ce groupe d'âge

¹ La collecte de renseignements sur les éclosions de grippe a commencé il y a dix ans.

constituait plus de la moitié (55 %) de tous les cas confirmés d'influenza A et trois quarts (75 %) de toutes les hospitalisations au Nouveau-Brunswick.

Au Nouveau-Brunswick, on a également constaté un nombre accru de cas d'hospitalisation et de décès chez les patients hospitalisés qui ont été signalés au cours de cette saison par rapport à la saison précédente. Le Nouveau-Brunswick a commencé à recueillir des données sur les hospitalisations liées à la grippe au cours de la saison 2013-2014; par conséquent, comme les données se limitent à deux saisons, nous ne pouvons confirmer si le nombre de cas déclarés était plus élevé que prévu pour cette saison, ou s'il était plus faible que prévu pour la saison précédente. Quoi qu'il en soit, l'augmentation affichée en 2014-2015 pourrait être une augmentation réelle, surtout que les personnes âgées ont été les plus touchées, et compte tenu du fait que la population gériatrique a tendance à souffrir d'autres problèmes de santé susceptibles d'aggraver les symptômes de la grippe ou d'influencer la décision des prestataires de soins de santé à les hospitaliser. Par contre, la proportion d'admissions aux soins intensifs parmi les patients hospitalisés était inférieure à ce qui a été signalé lors de la saison précédente (10 % en 2014-2015 par rapport à 20 % en 2013-2014).

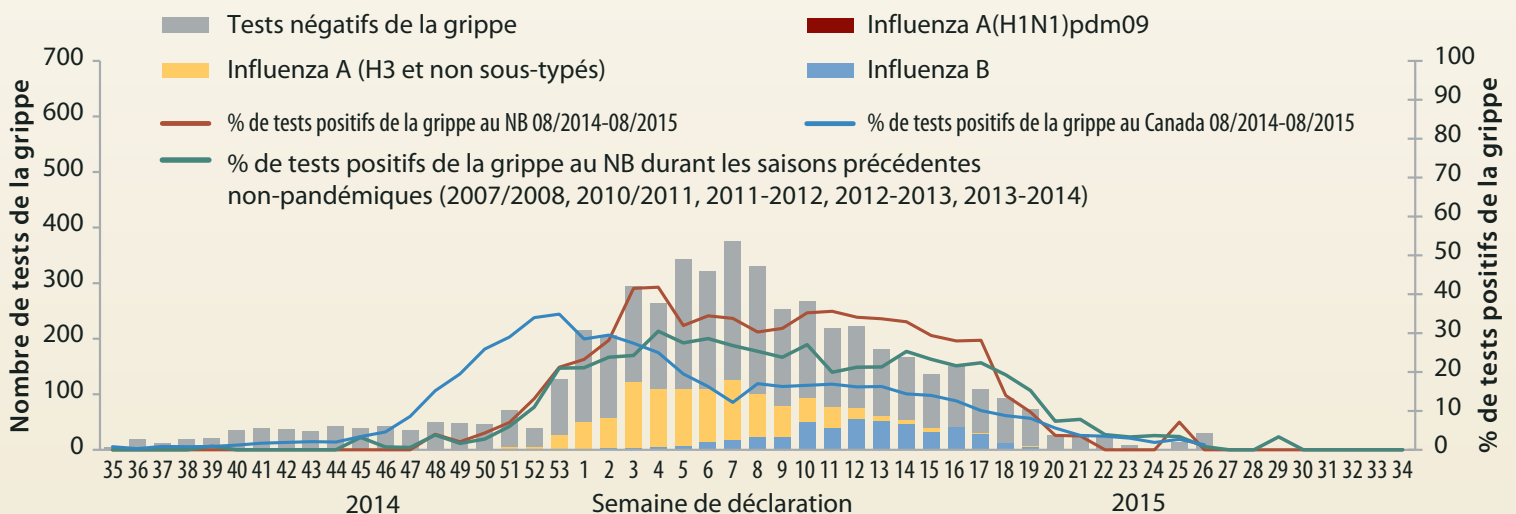
Au cours de la saison grippale 2014-2015, le Laboratoire national de microbiologie (LNM) a procédé à la caractérisation antigénique de 216 virus grippaux de type A (H3N2), dont 210 (97 %) présentaient une non-concordance marquée sur le plan antigénique avec la composante H3N2 recommandée du vaccin

antigrippal de 2014-2015 pour l'hémisphère nord. Une étude réalisée par le Réseau de médecins sentinelles du Canada en vue d'évaluer l'efficacité du vaccin contre des cas de grippe A (H3N2) pris en charge médicalement et confirmés en laboratoire en janvier 2015 a révélé une protection vaccinale globale très faible, voire nulle, ce qui correspond à la non-concordance marquée du vaccin dont a fait état le LNM (3). Une autre étude réalisée en vue d'évaluer l'efficacité du vaccin par rapport aux hospitalisations pour l'influenza A (H3N2) chez les personnes âgées au Québec a révélé l'absence de protection croisée contre l'hospitalisation, renforçant le besoin de mettre en place des mesures de protection complémentaires parmi les personnes à haut risque et d'améliorer les options vaccinales (4).

À l'instar des études de vérification de l'efficacité citées ci-dessus, on a observé que, malgré le taux de vaccination relativement élevé chez les résidents des foyers de soins du Nouveau-Brunswick (médiane de 93 %), une grande partie des résidents ont été touchés (le taux d'attaque médian du syndrome grippal dans les foyers de soins était de 27 %); par ailleurs, parmi les personnes hospitalisées (58 %) dont le statut vaccinal était connu, plus de la moitié ont indiqué qu'elles étaient vaccinées.

Au Nouveau-Brunswick, cette saison se caractérise aussi par un nombre plus élevé que prévu de cas déclarés de l'influenza B (n= 470) par rapport à la moyenne des cinq saisons précédentes (environ 123 cas d'influenza B), même si cette souche a touché principalement les plus jeunes (environ 70 % d'entre eux avaient moins de 65 ans).

Figure 1 : Nombre et pourcentage d'échantillons de grippe positifs au Nouveau-Brunswick par semaine, jusqu'au 4 juillet 2015 (source des données : résultats du laboratoire du CHUDGLD)



Note : La plupart des spécimens Influenza A (non sous-typés) sont de la souche prédominante.

Pour plus de détails sur la saison grippale 2014-2015, veuillez consulter le rapport sommaire de l'activité grippale au Nouveau-Brunswick : saison 2014-2015, publié à l'adresse suivante : http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/epidemiologie_surveillance/influenza/rapports_20142015.html et les rapports hebdomadaires du Nouveau-Brunswick sur la surveillance de la grippe, publiés à l'adresse suivante : http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/maladies_transmissibles/content/grippe/activites_de_surveillance_influenza.html

Références :

1. Organisation mondiale de la Santé, *Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2014-2015 northern hemisphere influenza season* (en ligne), s.l., OMS, février 2014, http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/201402_recommendation.pdf, consulté le 14 août 2015.
2. Agence de la santé publique du Canada, *Surveillance de l'influenza : du 19 juillet au 1^{er} août 2015 (semaines de déclaration 29 et 30)* (en ligne), Ottawa, l'Agence, 2015, http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/14-15/w30_15/index-fra.php, consulté le 13 août 2015.
3. D. Skowronski, C. Chambers, S. Sabaiduc, G. De Serres, J. Dickinson, A. Winter et coll., « Interim estimates of 2014/15 vaccine effectiveness against influenza A(H3N2) from Canada's Sentinel Physician Surveillance Network, January 2015 », *Eurosurveillance*, vol. 20, no 4 (janvier 2015), p. 1-18.
4. R. Gilca, D. M. Skowronski, M. Douville-Fradet, R. Amini, N. Boulianne, I. Rouleau et coll., « Mid-Season Estimates of Influenza Vaccine Effectiveness against Influenza A(H3N2) Hospitalization in the Elderly in Quebec, Canada, January 2015 », *PLoS ONE* (en ligne), vol. 10, no 7 (2015), e0132195, doi:10.1371/journal.pone.0132195.

La grippe dans les établissements de soins de longue durée

Les éclosions de grippe dans les établissements de soins de longue durée (ESLD) peuvent entraîner une morbidité et une mortalité importantes en raison de la santé fragile des résidents, de leur âge avancé et de l'environnement fermé dans lequel ils vivent. La prévention, la détection précoce et la prise de mesures de contrôle sont essentielles à la gestion efficace des maladies transmissibles dans ces milieux. La recommandation de la Santé publique du Nouveau-Brunswick d'utiliser un traitement préventif d'antiviraux comme complément à l'administration des vaccins pour contrôler les éclosions dans les ESLD est conforme aux lignes directrices de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI), qui se trouvent à l'adresse

<http://www.pulsus.com/journals/abstract.jsp?sCurrPg=abstractF&jnlKy=3&atlKy=13292&isuKy=1247&spage=0&bodyPartId=0&isArt=t&fromfold=Current>. Le processus pour l'utilisation d'antiviraux dans les ESLD est décrit à l'adresse <http://www.gnb.ca/0212/AntiviralCoverage-f.asp> ainsi que dans les *Lignes directrices pour la prévention et la gestion de la grippe saisonnière dans les foyers de soins agréés au Nouveau-Brunswick*, qu'il est possible de consulter dans les ESLD.

L'immunisation et les antiviraux sont des éléments essentiels de la stratégie de contrôle des éclosions de grippe qui a pour but d'offrir à cette population vulnérable la meilleure protection qui soit contre la grippe.

