

# Bulletin de surveillance des maladies du Nouveau-Brunswick

## Collaboration des partenaires en immunisation du Nouveau-Brunswick pour améliorer le taux de vaccination antigrippale

**Les Infirmières de l'Ordre de Victoria (VON) ont cessé leurs activités au Nouveau-Brunswick en 2015. Le ministère de la Santé demande donc l'aide de tous les fournisseurs de soins de santé pour veiller à ce que les enfants de moins de cinq ans et les groupes pour lesquels le vaccin antigrippal est financé par l'État aient accès à des services d'immunisation.**

Pour la saison grippale 2016-2017, le ministère de la Santé offrira un vaccin antigrippal quadrivalent qui confère une protection contre quatre différents virus grippaux; deux virus grippaux de type A et deux de type B.

Deux produits seront utilisés pour administrer le vaccin antigrippal financé par l'État : FluLaval® Tetra et Fluzone® Quadrivalent, qui contiennent les souches suivantes :

- une souche du virus analogue à A/California/7/2009(H1N1)pdm09;
- une souche du virus analogue à A/Hong Kong/4801/2014(H3N2);
- une souche du virus analogue à B/Brisbane/60/2008;
- une souche du virus analogue à B/Phuket/3073/2013.

## Bureau du médecin-hygiéniste en chef

### Points saillants du 25<sup>e</sup> numéro

- C'est le temps de l'immunisation..... 1
- Test de détection rapide pour la grippe..... 2
- L'équipe du RPSI-NB..... 3
- Graphique sur le changement climatique..... 4
- L'insécurité alimentaire..... 4
- Saison grippale 2015-2016..... 6
- Hépatite B : test sérologique post-immunisation..... 8

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](mailto: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>.



qui présentent le plus de risques de complications. Il est important que les fournisseurs de soins de santé travaillent de concert pour conscientiser les gens aux avantages, à la sûreté et à l'efficacité de la vaccination antigrippale et pour veiller à ce que les personnes

La vaccination constitue le moyen le plus efficace d'atténuer les effets de la grippe saisonnière, particulièrement chez les personnes

qui courent un risque élevé et celles qui prennent soin d'elle, y compris les professionnels de la santé, se fassent vacciner.

# Conseils pour obtenir plus rapidement les résultats aux tests de laboratoire pour le dépistage de l'influenza

Les tests de laboratoire font partie du processus de diagnostic de l'influenza. Cependant, il peut s'écouler plusieurs jours entre la collecte de l'échantillon clinique et la réception du résultat. Cette période d'attente pose problème, surtout dans les cas où les patients souffrent de détresse respiratoire ou pendant une éclosion. L'obtention plus rapide des résultats de laboratoire permettrait d'administrer plus rapidement des médicaments antiviraux, ce qui contribuerait à prévenir l'apparition de symptômes graves et de protéger la population d'une infection. Le présent article examine le système en place pour le dépistage de l'influenza au Nouveau-Brunswick, met en évidence certains problèmes qui pourraient affecter le délai d'exécution et fournit certains conseils visant à minimiser les délais dans la réception des résultats de tests.

## Épreuves en laboratoire pour l'influenza au Nouveau-Brunswick :

Le test de dépistage le plus courant pour l'influenza est la réaction en chaîne de la polymérase (RCP) qui détecte le matériel génétique viral d'un échantillon clinique. Le test est réalisé de façon centralisée au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont. Les échantillons prélevés dans les laboratoires de tous les hôpitaux de la province y sont expédiés. Une fois l'échantillon traité, le résultat est envoyé au laboratoire source avant d'être communiqué au médecin demandeur. Au plus fort de la saison grippale, les tests sont réalisés tous les jours.

## Problèmes qui touchent le délai d'exécution :

Le facteur qui affecte le plus le délai d'exécution est le temps requis pour transporter les échantillons du laboratoire source vers le Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont. Le temps requis varie selon le lieu d'origine; l'envoi peut avoir lieu le jour même ou prendre jusqu'à une semaine. Le transport n'est pas offert partout pendant la fin de semaine et les conditions météorologiques pendant l'hiver peuvent affecter le calendrier de livraison. Au plus fort de la saison grippale ou pendant une éclosion à grande échelle, le volume d'échantillons peut dépasser la capacité du laboratoire. Dans ces cas, l'analyse des échantillons non urgents peut être retardée davantage.

## Faire analyser des échantillons urgents plus rapidement :

### 1- Informer le personnel du laboratoire

L'étape la plus importante est celle d'indiquer sur le formulaire de demande d'analyses de laboratoire si l'échantillon provient d'un patient gravement malade ou s'il fait potentiellement partie d'une éclosion dans un établissement (établissement de soins de longue durée, école, etc.). Il faut aussi indiquer si le patient a récemment voyagé à l'international ou s'il présente des signes ou symptômes inhabituels. Le laboratoire sera ainsi en mesure d'établir l'ordre de priorité de tous les échantillons non urgents. Il pourrait être utile de téléphoner au laboratoire avant d'envoyer un échantillon afin que le calendrier d'envoi ou d'analyse soit modifié pour inclure cet échantillon.

### 2- Examen pratiqué au point de service

Certains établissements et laboratoires ont établi des tests au point de service ou des tests de détection rapide de l'influenza pour obtenir les résultats plus rapidement qu'en envoyant les échantillons ailleurs. On entend par « tests de détection rapide de l'influenza » une trousse d'analyse autonome conçue pour exécuter une analyse de laboratoire pour le virus de l'influenza à partir d'un échantillon clinique. Ces trousse offrent des résultats rapides et leur utilisation est facile comparativement aux analyses traditionnelles de RCP ou à la culture virale. Cependant, elles n'offrent pas la même sensibilité, ce qui peut mener à des résultats faussement négatifs. Par rapport à la RCP utilisée comme norme, l'analyse de multiples tests de détection rapide de l'influenza a montré que la sensibilité varie de 40 pour cent à 95 pour cent. Toutefois, la spécificité était élevée (variant de 93 pour cent to 99 pour cent), ce qui signifie qu'il est très probable qu'un résultat positif à l'influenza constituait un véritable cas d'influenza. [1-2]

Il existe différentes marques de tests de détection rapide de l'influenza et chacun comporte des caractéristiques particulières; dans l'ensemble, les facteurs qui influencent le plus la sensibilité sont la charge virale de l'échantillon ainsi que le type et le sous-type du virus de l'influenza dans l'échantillon. Toutes les situations qui affectent la charge virale d'un échantillon d'analyse (patient déjà vacciné contre la grippe, âge du patient et prélèvement de l'échantillon trop tôt ou trop tard) augmentent le risque de faux négatif. Ainsi, en cas d'éclosion potentielle, il faut s'efforcer de prélever les échantillons des patients qui présentent de nombreux symptômes. [1,3] L'activité grippale globale semble aussi affecter les probabilités de résultats faussement positifs ou faussement négatifs, selon la saison grippale, comme l'indique le tableau d'interprétation. [4]



Tableau d'interprétation :			
Résultat du test de détection rapide de l'influenza	Période de pointe de l'activité grippale	Présence du virus de l'influenza	Commentaires
Positif	Oui	Très probable	Possibilité de prendre des mesures avant le test confirmation par RCP
Positif	Non	Probable	Un faux positif ne peut être écarté
Négatif	Oui	Peu probable	Un faux négatif ne peut être écarté
Négatif	Non	Très peu probable	Test de confirmation par RCP nécessaire

En raison des limites qu'elle pose, l'analyse au point de service ne convient pas à toutes les situations. Nous recommandons le recours aux tests de détection rapide de l'influenza dans les situations où un diagnostic rapide est nécessaire pour prendre une décision immédiatement ou celles où il pourrait s'agir d'une éclosion. Autrement, la RCP demeure la méthode d'analyse la plus précise.

### References :

1. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Evaluation of 11 commercially available rapid influenza diagnostic tests – United States, 2011-2012 », *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 61, no 43 (2012), p. 873-876.
2. C. CHARTRAND, M. M. LEEFLANG, J. MINION et coll. « Accuracy of rapid influenza diagnostic tests: a meta-analysis », *Annals of Internal Medicine*, vol. 156 (2012), p. 500-511.
3. M. TANEI, H. YOKOHAMA, K. MURAI et coll. « Factors influencing the diagnostic accuracy of the rapid influenza antigen detection test (RIADT) : a cross-sectional study », *BMJ Open*, vol. 4 (2014), p. e003885.
4. S. A. HARPER, J. S. BRADLEY, J. A. ENGLUND et coll. « Seasonal Influenza in Adults and Children – Diagnosis, Treatment, Chemoprophylaxis and Institutional Outbreak Management: Clinical Practices Guidelines of the Infectious Diseases Society of America », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 48, no 8 (2009), p. 1003-1032.

## Merci aux collègues du RPSI-NB!

Le système de surveillance de la grippe du Nouveau-Brunswick permet à la Santé publique de surveiller et de détecter les fluctuations de l'activité grippale, des taux de morbidité et de mortalité, d'intervenir en cas de ce genre de fluctuations et de détecter rapidement les nouvelles souches. Le Réseau des praticiens sentinelles de l'influenza du Nouveau-Brunswick (RPSI-NB) joue un rôle important dans la surveillance de la grippe. Les sites du RPSI-NB sont composés de médecins, de personnel infirmier praticien et d'infirmières qui travaillent dans une multitude de milieux de santé dans la province (salles d'urgence, cliniques sans rendez-vous, foyers de soins, cabinets de médecins, centres de santé communautaires, cliniques universitaires et cliniques dans les collectivités des Premières Nations). Une fois par semaine, les sites transmettent des renseignements sur le nombre de patients atteints d'un syndrome grippal (SG) et prélèvent des échantillons en laboratoire auprès des patients présentant des symptômes correspondant au SG.



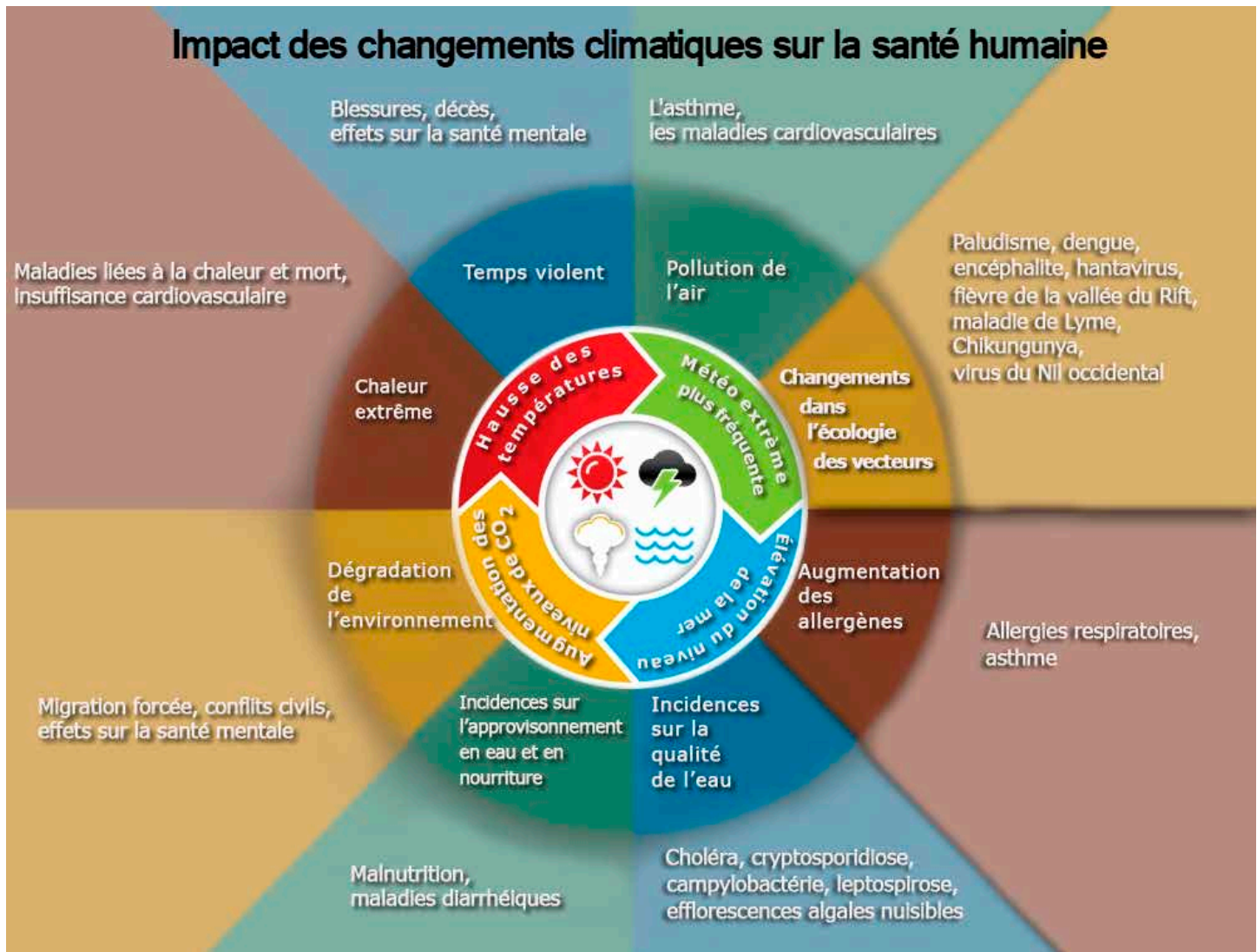
Nous remercions tous les sites sentinelles qui ont participé au programme du RPSI-NB au cours de la dernière saison et les saisons précédentes. Votre importante contribution est reconnue et appréciée.

Si vous êtes un professionnel de la santé et désirez devenir membre du RPSI-NB pour la saison 2016-2017, écrivez à l'adresse [CDUnit@gnb.ca](mailto:CDUnit@gnb.ca). Vous trouverez des renseignements sur le RPSI-NB à la section « Professionnels de la santé » du site Web du Bureau du médecin-hygiéniste en chef à l'adresse : [http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/professionnels\\_sante/maladie.html](http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/professionnels_sante/maladie.html)

## Séance d'information sur le changement climatique

Le 28 septembre 2016, le Bureau du médecin-hygiéniste en chef a tenu une séance d'information intitulée « Les gens et la planète d'abord : le nouvel impératif du 21<sup>e</sup> siècle », qui visait à accroître la sensibilisation générale aux effets sur la santé du changement écologique planétaire et de ses incidences sur la prise de décisions.

Le conférencier principal était le Dr Trevor Hancock, médecin en santé publique et consultant en promotion de la santé, qui est professeur et chercheur principal à l'École de santé publique et de politique sociale de l'Université de Victoria. Sa présentation était intitulée « [Mettre les gens et la planète au premier plan](#) ».



## L'insécurité alimentaire : un obstacle à l'obtention de résultats de santé optimaux

L'insécurité alimentaire est un grave problème de santé publique qui a des conséquences néfastes sur la santé physique, mentale et sociale, en plus d'imposer un fardeau financier important sur le système de soins de santé. On parle d'insécurité alimentaire lorsque l'accès d'une personne ou d'un ménage à la nourriture est inadéquat ou insuffisant, habituellement en raison de contraintes financières. [1] L'insécurité alimentaire a des effets négatifs sur la santé des adultes et des enfants. Les adultes qui vivent dans un contexte d'insécurité alimentaire sont plus vulnérables aux problèmes chroniques de santé physique et mentale que ceux qui

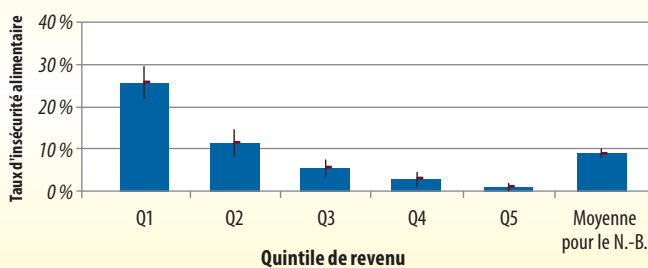
vivent dans un contexte de sécurité alimentaire. [2] Les enfants qui sont exposés à une grave insécurité alimentaire courent un plus grand risque de souffrir d'asthme et de dépression. [1] L'insécurité alimentaire peut aussi rendre la tâche difficile aux patients qui doivent gérer des problèmes de santé chroniques comme le diabète ou le VIH et les emmener à devoir renoncer à des dépenses essentielles, notamment du côté des médicaments. [1]

Plus tôt cette année, le Bureau du médecin-hygiéniste en chef a publié le rapport intitulé *Les iniquités en matière*



de santé au Nouveau-Brunswick, qui démontre que l'insécurité alimentaire touche de façon disproportionnée les Néo-Brunswickois à faible revenu. [3] La figure 1 montre qu'en 2011-2012, 25 pour cent des ménages dans le groupe au revenu le plus faible ont vécu de l'insécurité alimentaire comparativement à 1 pour cent des ménages se situant dans le groupe au revenu le plus élevé. La prévalence de l'insécurité alimentaire est la plus élevée chez les ménages comptant des enfants de 18 ans et moins, et plus particulièrement ceux dirigés par une mère monoparentale. Au Nouveau-Brunswick, un enfant sur quatre grandit dans un ménage souffrant d'insécurité alimentaire; au pays, cette statistique se chiffre à un enfant sur six. [4]

**Figure 1 : Taux d'insécurité alimentaire, selon le quintile de revenu des ménages, Nouveau-Brunswick, 2011-2012**



Une grande proportion des ménages qui souffrent d'insécurité alimentaire sont des ménages de « travailleurs pauvres » à faible revenu ou dont l'emploi n'est pas constant, ou des ménages qui dépendent de l'aide au revenu gouvernementale. [5] La pauvreté n'est pas le seul facteur de risque relatif à l'insécurité alimentaire. Les nouveaux immigrants, les gens qui manquent de connaissances en matière d'alimentation, les pensionnés, les étudiants universitaires et les personnes à mobilité réduite sont aussi à risque. [6]



Reconnaître l'insécurité alimentaire est la première étape en vue de déterminer les répercussions qu'elle peut avoir sur la santé d'un patient et les possibilités de traitement.

L'encadré 1 présente une méthode de dépistage de l'insécurité alimentaire qui peut être utilisée pour aider à reconnaître les patients qui souffrent d'insécurité alimentaire. [7] On trouve dans les collectivités du Nouveau-Brunswick un grand nombre de ressources pouvant aider les patients en situation d'insécurité alimentaire à se procurer de la nourriture, comme les banques alimentaires, les soupes populaires, les programmes de popote roulante (Meals-on-Wheels), les programmes de prestation prénatale et les clubs d'achat d'aliments en vrac. Ces initiatives peuvent contribuer à soulager les besoins immédiats des personnes et des familles en matière de nourriture. Toutefois, comme la figure 1 l'illustre, la faiblesse du revenu est le meilleur indicateur prévisionnel en matière d'insécurité alimentaire.

Le counselling à l'emploi et l'accès aux programmes d'aide au revenu comptent parmi les stratégies à plus long terme qui peuvent aider à soulager les symptômes de l'insécurité alimentaire. [8] Souvent, les sources d'aide au revenu ne suffisent pas, c'est pourquoi recommander des réformes des politiques sociales pour améliorer l'aide au revenu et le salaire minimum pourraient entraîner un changement durable pour les familles en situation d'insécurité alimentaire. [9]

## 1. Dépistage de l'insécurité alimentaire

Les deux questions de dépistage suivantes visent à aider à évaluer le stress que pose l'insécurité alimentaire sur les personnes ou les familles. Une réponse affirmative à l'une des deux questions représentait une insécurité alimentaire avec une sensibilité de 97 pour cent et une spécificité de 83 pour cent. [7]

1. Au cours des 12 derniers mois, nous avons eu peur de manquer de nourriture avant d'avoir l'argent nécessaire pour en acheter d'autre. (OUI ou NON)
2. Au cours des 12 derniers mois, nous avons manqué de nourriture et nous n'avions pas l'argent nécessaire pour en acheter d'autre. (OUI ou NON)

## 2. Établir l'accès à la nourriture : L'exemple du centre de santé communautaire de Plaster Rock

Le centre de santé communautaire de Plaster Rock dirige une coopérative d'achat d'aliments en vrac grâce auquel tous les membres de collectivité peuvent se procurer des fruits et des légumes. Le centre de santé communautaire entretient également un jardin communautaire pendant l'été et est associé à d'autres organismes communautaires pour mettre en place des activités éducationnelles sur les connaissances en matière d'alimentation.



### 3. Ressources pour appuyer les patients en situation d'insécurité alimentaire

#### Exemples de ressources communautaires en alimentation :

- Programme de prestation prénatale
- Association des banques alimentaires du Nouveau-Brunswick
- Réseau d'action sur la sécurité alimentaire du Nouveau-Brunswick
- Programme d'action communautaire en alimentation

#### Exemples de ressources d'aide au revenu :

- Programme de prestation postnatale
- Bureaux régionaux de Développement social
- Société d'inclusion économique et sociale
- Réseaux d'inclusion communautaire
- Allocation canadienne pour enfants
- Programme communautaire des bénévoles en matière d'impôt

#### Références:

1. PROOF FOOD INSECURITY POLICY RESEARCH. *The impact of food security on health* (en ligne), 2016 (consulté le 22 septembre 2016). Dans Internet : <http://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2016/06/health-impact-factsheet.pdf>
2. N. T. VOZORIS et V. S. TARASUK. « Household food insufficiency is associated with poorer health », *The Journal of Nutrition*, vol. 133, no 1 (1er janvier 2003), p. 120-126.
3. NOUVEAU-BRUNSWICK. BUREAU DU MÉDECIN-HYGIÉNISTE EN CHEF. *Les iniquités en matière de santé au Nouveau-Brunswick*, Fredericton, Ministère de la Santé, février 2016. <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Publications/IniquitesEnMatiereDeSanteNouveauBrunswick2016.pdf>
4. PROOF FOOD INSECURITY POLICY RESEARCH. *Children in food insecure households* (en ligne), 2016 (consulté le 22 septembre 2016). Dans Internet : <http://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2016/07/children-food-insecurity-factsheet.pdf>
5. LES DIÉTÉTISTES DU CANADA. *Prevalence, severity and impact of household food insecurity: a serious public health issue* (en ligne), août 2016. Dans Internet : <http://www.dietitians.ca/Downloads/Public/HFI-Background-DC-FINAL.aspx>
6. K. RIDEOUT et T. KOSATSKY. « Food insecurity: a public health issue for BC », *BC Medical Journal: BCMJ*, vol. 56, no 1 (janvier, février 2014), p. 29-30.
7. E. R. HAGER, A. M. QUIGG, M. M. BLACK, et coll. « Development and validity of a 2-item screen to identify families at risk for food insecurity », *Pediatrics*, vol. 126, no 1 (juillet 2010), p. e26-e32.

8. F. RONCAROLO et L. POTVIN. « L'insécurité alimentaire comme symptôme de maladie sociale », *Canadian Family Physician = Le Médecin de famille canadien*, vol. 62 (avril 2016), p. e161-e163.
9. PROOF FOOD INSECURITY POLICY RESEARCH. *Public policy and food insecurity* (en ligne), 2016 (consulté le 22 septembre 2016). Dans Internet : <http://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2016/06/public-policy-factsheet.pdf>

### Saison grippale 2015-2016 : Taux d'hospitalisation plus élevé que prévu chez les enfants de moins de cinq ans

Les résultats d'analyse de la saison grippale 2015-2016 mettent l'accent sur l'importance de la vaccination chez les personnes qui courent un risque élevé de complications pour réduire les taux de morbidité et de mortalité. Dans l'ensemble, parmi les patients hospitalisés atteints de la grippe qui n'ont pas été vaccinés (n=109), 94 pour cent auraient pu recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière financé par l'État parce qu'ils répondaient aux critères d'admissibilité en raison du risque élevé au Nouveau-Brunswick, c'est-à-dire : être un enfant âgé de six mois à 18 ans, être une personne ayant 65 ans et plus, présenter des maladies concomitantes, être enceinte, faire partie des Premières Nations ou habiter dans un foyer de soins. [1] De plus, une proportion plus grande d'enfants de moins de cinq ans ont été hospitalisés en raison de la grippe.

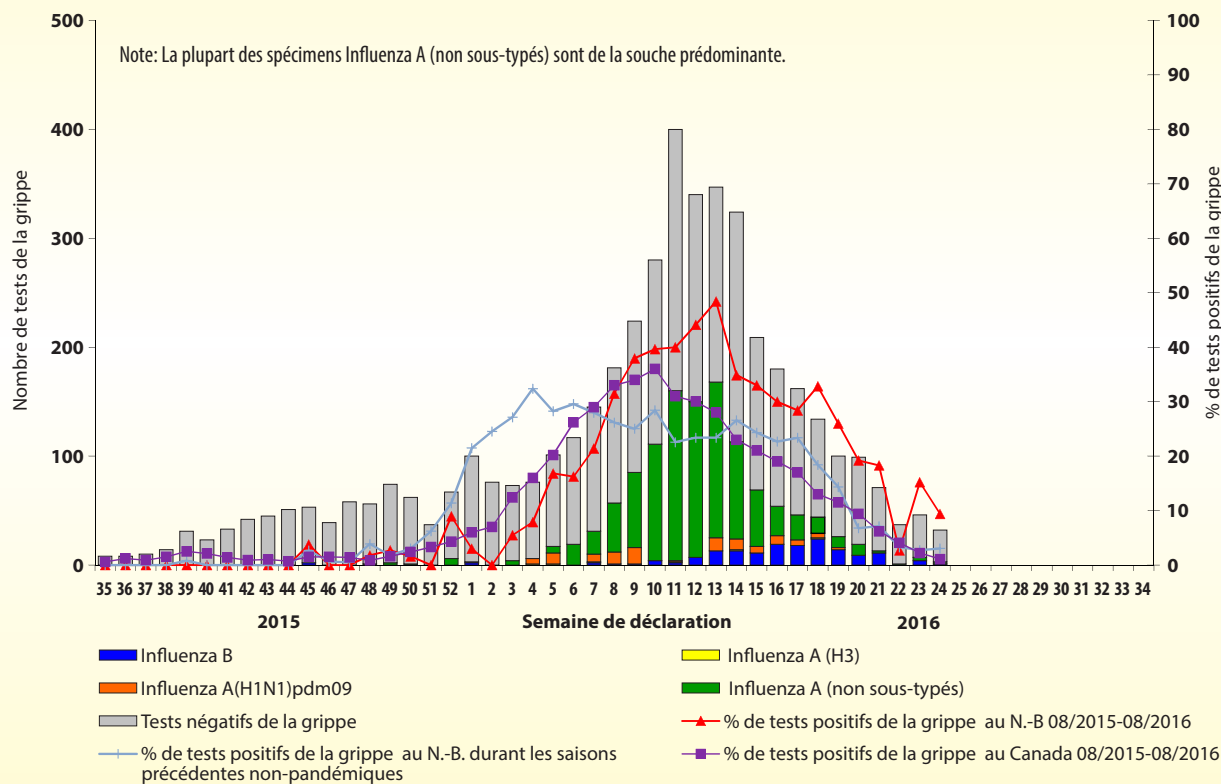
La saison grippale 2015-2016 au Nouveau-Brunswick était une saison moyenne pour ce qui est du nombre de cas de grippe signalés (Figure 1). L'activité grippale a débuté plus tard qu'à l'habitude et est demeurée élevée jusqu'à la mi-mai, son point culminant se situant vers la fin mars. Ce début tardif a aussi été observé à l'échelle nationale (Surveillance de l'influenza). Au 4 juin 2016, on avait signalé au Nouveau-Brunswick 1 207 cas de grippe confirmés en laboratoire (1 055 cas de grippe A et 152 cas de grippe B) ayant mené à 243 hospitalisations qui se sont traduites par 54 admissions aux soins intensifs et 18 décès.

Le Laboratoire national de microbiologie (LNM) a indiqué que la souche prédominante était la grippe A(H1N1) pdm09 [1]; habituellement, cette souche infecte et cause de graves complications particulièrement chez les enfants, les jeunes et les adultes d'âge moyen. [2]

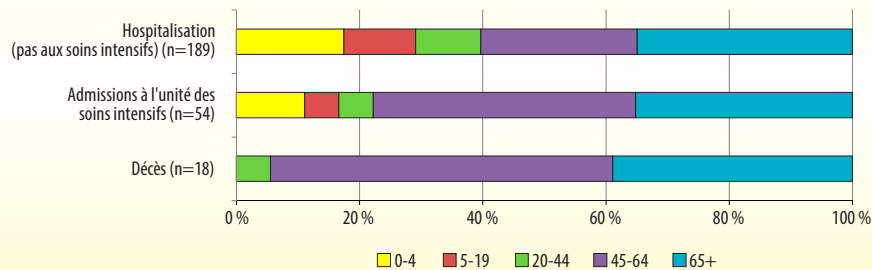
Au Nouveau-Brunswick, les adultes de 20 à 64 ans représentaient 52 pour cent des cas de grippe confirmés en laboratoire et 39 pour cent des hospitalisations en raison de la grippe. Les enfants de cinq ans et moins représentaient 17 pour cent des cas de grippe confirmés en laboratoire et 16 pour cent de toutes les hospitalisations en raison de la grippe (Figure 2). Cette dernière proportion est particulièrement intéressante, puisqu'elle est significativement plus élevée que les



**Figure 1. Nombre et pourcentage d'échantillons de grippe positifs au Nouveau-Brunswick par semaine, jusqu'au 4 juin 2016 (Source : résultats de laboratoire du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont)**



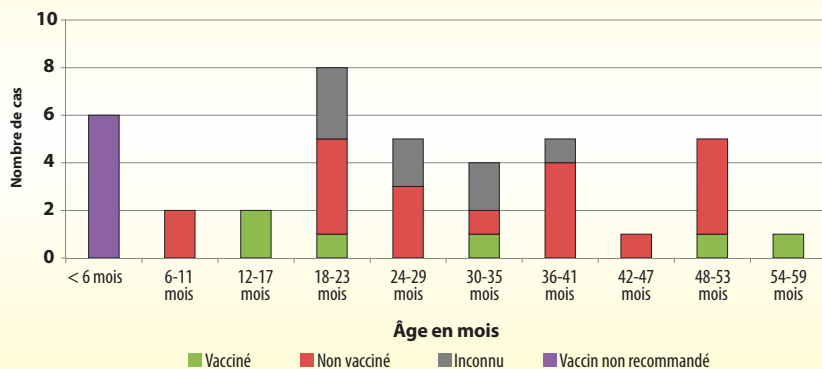
**Figure 2. Hospitalisations, admissions aux soins intensifs et décès liés à la grippe par groupe d'âge, pour la saison grippale 2015-2016 (données jusqu'au 4 juin 2016) au Nouveau-Brunswick**



proportions observées pendant les saisons grippales 2014-2015 (prédominance de la souche H3N2) et 2013-2014 (prédominance de la souche H1N1 pdm09) lorsque, respectivement, 4 pour cent (16/443) et 8 pour cent (22/265) de toutes les hospitalisations avaient été observées chez les enfants de moins de cinq ans.

Un examen plus attentif des cas d'hospitalisations pédiatriques dans ce sous-groupe (enfants de moins de cinq ans, n=39) montrait que l'âge médian était de deux ans et que la durée médiane de l'hospitalisation était de deux jours (fourchette allant d'un jour à neuf jours). Dix enfants ont eu des troubles comorbides, et de ce nombre, quatre ont souffert d'asthme. Six enfants étaient âgés de moins de six mois et n'ont pas pu recevoir le vaccin antigrippal. Parmi les enfants de moins de cinq ans hospitalisés, qui auraient pu être vaccinés et dont le statut de vaccination a été indiqué (n=25), 76 pour cent n'avait pas reçu le vaccin même s'ils étaient admissibles au vaccin financé par l'État (Figure 3).

**Figure 3. Nombre d'enfants de moins de cinq ans hospitalisés, par groupe d'âge en mois et selon l'état vaccinal au Nouveau-Brunswick (n=4). (Données jusqu'au 4 juin 2016)**



Au cours de la saison grippale 2015-2016 au Canada, les deux souches de grippe A et B en circulation ressemblaient aux



souches contenues dans le vaccin antigrippal sur le plan antigénique. [3] L'efficacité préliminaire ajustée du vaccin contre des cas de grippe A (H1N1)pdm09 prédominante pris en charge médicalement et confirmés en laboratoire a été estimée à 64 pour cent (95 pour cent, IC de 44 pour cent à 77 pour cent). [4]

Les professionnels de la santé sont encouragés à offrir le vaccin antigrippal à tous leurs patients qui répondent aux critères d'admissibilité du Nouveau-Brunswick, y compris eux-mêmes.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la saison grippale 2015-2016, consultez le Rapport sommaire de l'activité grippale au Nouveau-Brunswick : saison 2015-2016, à l'adresse suivante : <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/MaladiesTransmissibles/LaGrippe/RapportSommaireActiviteGrippale2015-2016.pdf>

et le rapport hebdomadaire sur l'activité grippale au Nouveau-Brunswick : [http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/maladies\\_transmissibles/content/grippe/activites\\_de\\_surveillance\\_influenza.html](http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/maladies_transmissibles/content/grippe/activites_de_surveillance_influenza.html).

### Références bibliographiques :

1. GOUVERNEMENT DU NOUVEAU-BRUNSWICK. Vaccin contre la grippe saisonnière : « *Vaccin antigrippal* » (en ligne), Fredericton, Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2016. Dans Internet : <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/MaladiesTransmissibles/FichesDinformation/GrippeSaisonniere.pdf>
2. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *CDC Influenza Division Key Points 2016*, April 1, 2016 (en ligne), s.l., CDC, 2016. Dans Internet : <http://www.iz-summitpartners.org/content/uploads/2016/04/CDC-Flu-Key-Points-04-01-2016.pdf>
3. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Surveillance de l'influenza : du 14 août au 27 août 2016 (semaines de déclaration 33-34)* (en ligne), Ottawa, l'Agence, 2016. Dans Internet : <http://canadiensensante.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/fluwatch-2015-2016-33-34-surveillance-influenza/alt/fluwatch-2015-2016-33-34-surveillance-influenza-fra.pdf>
4. C. CHAMBERS, D. M. SKOWRONSKI, S. SABAIUDUC et coll. « Interim estimates of 2015/16 vaccine effectiveness against influenza A(H1N1)pdm09, Canada, February 2016 », *Eurosurveillance* (en ligne), 2016, vol. 21, no 11, pii=30168. Dans Internet : doi : <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.11.30168>

## Comment interpréter le test sérologique pour l'hépatite B après une vaccination?

Dans le cadre de programmes de vaccination systématique pour nourrissons et enfants, il n'est pas recommandé de réaliser un test sérologique chez les nourrissons et enfants après un vaccin contenant le composant contre l'hépatite B (HB). Il n'est pas rare toutefois d'exiger par la suite un test sérologique pour diverses raisons. Étant donné que la majorité des Néo-Brunswickois sont systématiquement vaccinés à un stade précoce de la vie, cela peut présenter des défis en matière d'interprétation.

En général, l'absence de titres d'anticorps protecteurs chez une personne en bonne santé ayant développé un titre adéquat d'anti-HB ou ayant été vaccinée depuis plus de six mois ne signifie pas qu'elle n'est plus protégée, car une mémoire immunitaire persiste. Les données montrent que l'immunité dure longtemps, même en l'absence d'anticorps détectables. Toutefois, le Guide canadien d'immunisation recommande de procéder à des tests sérologiques post-immunisation pour certains groupes de la population en raison d'un risque accru ou d'un risque d'exposition (voir le tableau 1).

Guide canadien d'immunisation :

[http://canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/4-canadian-immunization-guide-canadien-immunisation/index-fra.php?page=7&\\_ga=1.163581247.1622870376.1472221240](http://canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/4-canadian-immunization-guide-canadien-immunisation/index-fra.php?page=7&_ga=1.163581247.1622870376.1472221240)

**Tableau 1: Groupes pour lesquels il est recommandé de procéder à un test sérologique après immunisation**

1	Les personnes immunodéficientes. Il faudrait envisager une surveillance périodique des titres d'anti-HB, en tenant compte de la gravité de l'immunodéficience et après avoir déterminé si le risque d'HB est toujours présent.
2	Les personnes atteintes de maladie rénale chronique ou sous dialyse. Il faut réaliser une fois par an les tests visant à déterminer les titres d'anti-HB.
3	Les femmes enceintes à risque élevé ayant été vaccinées avant ou pendant la grossesse.
4	Les nourrissons dont la mère est infectée. Des tests pour déterminer l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHB) et les anticorps anti-HB devraient être effectués un mois après la fin de la série vaccinale.
5	Les sujets susceptibles d'être exposés par voie percutanée ou muqueuse, par exemple les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et les utilisateurs de drogues par injection.
6	Les partenaires sexuels et les contacts familiaux de cas aigus d'HB ou de porteurs chroniques du virus de l'hépatite B (VHB).
7	Les travailleurs qui ont été vaccinés en raison d'un risque d'exposition professionnelle, comme les professionnels de soins de santé.





La période idéale pour effectuer des tests visant à déterminer l'immunité post-immunisation est d'un à six mois après la fin de la série vaccinale complète contre l'hépatite B. Si une vérification du titre d'anti-HB a été menée moins d'un mois après l'administration d'un vaccin, l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHB) peut être positif, mais cela est probablement lié à l'antigène contenu dans le vaccin. Dans ces cas, il faudra peut-être répéter les tests sérologiques au moins un mois après l'immunisation.

Un titre d'anti-HB d'au moins 10 UI/L après la série de trois doses indique que l'organisme présente une protection adéquate. En revanche, si le titre d'anti-HB est inférieur 10 UI/L, l'interprétation dépendra de la date du dépistage.

Interprétation des titres d'anti-HB inférieurs à 10 UI/L :

1. Si le titre d'anti-HB a été évalué d'un à six mois après la fin de la série des trois doses, la personne est considérée comme un non-répondeur (résultat négatif) ou un répondeur faible (résultat compris entre 1 et 9 UI/L).

En cas de non-réponse, il est recommandé d'administrer une autre série complète de trois doses et de procéder à de nouveaux tests pour déterminer les anticorps anti-HB de un à deux mois après la dernière dose. Si le titre est encore inférieur à 10 UI/L, il est recommandé de ne procéder à aucune autre vaccination, car il est peu probable que les doses supplémentaires augmentent la réponse immunitaire.

Pour le répondeur faible, il est possible d'administrer une dose de rappel et de procéder à de nouveaux tests sérologiques pour évaluer les anticorps anti-HB de un à deux mois plus tard. Si le titre est encore inférieur à 10 UI/L, il faut administrer les deux doses restantes pour

terminer la série complète et évaluer de nouveau les anticorps anti-HB de un à deux mois après la dernière dose. Si la sérologie est encore inférieure à 10 UI/L, il est recommandé de ne procéder à aucune autre vaccination.

2. Si l'évaluation du titre anti-HB a été réalisée plus de six mois après la série complète des trois doses, la personne peut être un non-répondeur, un faible répondeur ou un répondeur.

Il est recommandé d'administrer une dose de rappel et d'évaluer les anticorps anti-HB de un à deux mois après. Si le titre est supérieur ou égal à 10 UI/L, la personne est considérée comme un répondeur et aucun autre vaccin n'est requis. Si le titre reste inférieur à 10 UI/L, il est recommandé d'administrer les deux doses restantes afin de terminer la série complète et d'évaluer les anticorps anti-HB de un à deux mois après la dernière dose. Si la sérologie est encore inférieure à 10 UI/L, il est recommandé de ne procéder à aucune autre vaccination.

Une série de trois doses est recommandée pour une protection à long terme si un titre d'anti-HB d'au moins 10 UI/L a été obtenu après une ou deux doses. Si un calendrier de vaccination recommandé contre le virus de l'hépatite B est interrompu, il n'est pas nécessaire de recommencer la série : il faudra administrer la dose manquée le plus tôt possible et terminer le calendrier conformément aux recommandations du gouvernement du Canada.

Guide canadien d'immunisation : Partie 4 – Agents d'immunisation active :

[http://canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/4-canadian-immunization-guide-canadien-immunisation/index-fra.php?page=7&\\_ga=1.163581247.1622870376.1472221240](http://canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/4-canadian-immunization-guide-canadien-immunisation/index-fra.php?page=7&_ga=1.163581247.1622870376.1472221240)

