

# Bulletin de surveillance des maladies du Nouveau-Brunswick

## Bureau du médecin-hygiéniste en chef

### Introduction

Bienvenue au premier numéro du Bulletin de surveillance des maladies de 2011.

Le présent bulletin fournit une mise à jour sur l'épidémiologie de la fièvre Q, des conseils sur le radon faisant suite aux résultats d'un sondage indiquant que le Nouveau-Brunswick était l'une des provinces les plus touchées, une mise à jour sur l'épidémie de syphilis actuelle, un rappel aux praticiens sur la déclaration des cas de norovirus pendant l'hiver ainsi que des liens vers les changements apportés au signalement des maladies à déclaration obligatoire. On y présente également un sommaire des changements apportés aux activités d'immunisation en 2011.

Je désire prendre cette opportunité pour remercier Paul et Jan pour leur contribution importante à l'équipe de Surveillance des maladies. Je suis certaine que vous vous joignez tous à nous pour leur souhaiter bonne chance dans leur prochaine aventure sur la côte ouest.

Dr. Eilish Cleary



## Un cas de fièvre Q au Nouveau-Brunswick et un changement dans l'épidémiologie

En décembre, un avis a été émis dans la région de Fredericton concernant un cas de fièvre Q chez un militaire en service. La fièvre Q (« Q » pour « Query ») est une maladie causée par la bactérie *Coxiella burnetii*. Cette maladie est présente dans tous les pays, sauf en Nouvelle-Zélande, et a été découverte pour la première fois en Australie, en 1935.

La fièvre Q est une maladie zoonotique, connue surtout pour sa transmission aux humains par les animaux d'élevage (particulièrement par les moutons, les bovins et les chèvres). La bactérie vit dans l'urine, les selles et le lait des animaux infectés. De fortes concentrations de *C. burnetii* sont également présentes dans les débris placentaires des animaux infectés et sont aussi libérées en grande quantité dans les fluides amniotiques et dans le placenta durant la parturition. Pourtant, les animaux présentent rarement les symptômes de la fièvre Q. Cette bactérie est très résistante à la chaleur, à la dessiccation (dessèchement) et à de nombreux désinfectants. Ainsi, la bactérie peut survivre durant de longues périodes dans l'environnement. La transmission aux humains se produit généralement par l'inhalation d'aérosols contaminés composés de particules de poussière d'étable, de paille ou de laine, ce qui en fait une maladie professionnelle qui affecte principalement les vétérinaires, les ouvriers agricoles de l'élevage et les chercheurs.<sup>1-3</sup>

Bien que les chèvres, les moutons et les bovins soient les principaux porteurs de cette bactérie, les chameaux et autres animaux d'élevage de même que les tiques et les rongeurs peuvent aussi l'héberger. Dans de rares cas, la maladie peut se transmettre par des morsures de tiques ou par l'ingestion de lait ou de produits laitiers contaminés.

Récemment, on a détecté la présence de la fièvre Q au sein de troupes militaires américaines de retour d'Irak et d'Afghanistan, ce qui laisse croire que ce groupe professionnel court un risque émergent. On avance

différentes hypothèses sur les facteurs de risque, dont l'exposition à de la poussière contaminée, à du foin et à des produits d'origine animale qui auraient été transportés par le vent, les véhicules ou les hélicoptères lors de patrouilles, ou encore le fait de résider dans des abris à proximité d'animaux infectés, les morsures de tiques et l'ingestion de lait non pasteurisé.<sup>4-6</sup>

Bien que la transmission de la fièvre Q entre humains soit considérée comme rare, la transmission sexuelle par des militaires infectés à leur partenaire a également été soulevée dans les hypothèses.<sup>7</sup>

À l'heure actuelle, aux Pays-Bas, on assiste à une éclosion continue de fièvre Q. Entre le 1er janvier et le 6 octobre 2010, 482 cas humains ont été déclarés, et on a recensé sept décès. La plupart de ces cas ont été signalés dans les provinces méridionales du pays, mais on a également signalé des cas un peu partout aux Pays-Bas. Ces cas font état d'une éclosion de fièvre Q qui fait rage aux Pays-Bas depuis 2007 : 168 cas ont été signalés en 2007, 1 000 cas en 2008 et 2 357 cas, dont six décès, en 2009.

La bactérie *C. burnetii* est extrêmement infectieuse et très peu d'organismes sont nécessaires pour causer l'infection. La période d'incubation varie selon la dose infectante (c'est-à-dire, une plus forte dose donne lieu à une période d'incubation plus brève), mais dure généralement de deux à trois semaines.

Selon les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), on s'inquiète que la nature persistante et hautement infectieuse de la bactérie rende son utilisation intéressante comme agent de guerre biologique.

### Portrait clinique

La fièvre Q peut se présenter sous forme de maladie aiguë ou chronique et est extrêmement variable sur le plan de la gravité et de la durée. La moitié des gens infectés par la fièvre Q ne présentent aucun signe de maladie clinique; toutefois, lorsque ces signes sont présents, les symptômes s'apparentent à ceux de la grippe, à savoir l'apparition soudaine de fièvre, de maux de tête, de sueurs profuses, de perte d'appétit, de fatigue et de myalgie. Parmi les autres symptômes possibles, citons une toux non productive, des maux de gorge, des

douleurs thoraciques, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, la présence de pneumonie (généralement bénigne) et d'hépatite.

La fièvre Q chronique est moins courante, mais peut se développer des mois, voire des années, après une infection aiguë et peut donner lieu à des complications encore plus graves comme l'endocardite, la pneumonie et l'hépatite chronique. Les gens qui sont atteints de la fièvre Q chronique ont souvent une maladie cardiaque valvulaire antérieure ou des antécédents de greffe vasculaire.<sup>1-3</sup>



## Diagnostic

Comme les signes et symptômes de la fièvre Q ne sont pas spécifiques à cette maladie, il est difficile de poser un diagnostic précis sans effectuer au préalable des tests en laboratoire. Les résultats de certains types de tests de routine effectués en laboratoire dans un contexte clinique ou épidémiologique adéquat peuvent amener un diagnostic de fièvre Q. Par exemple, un compte de plaquettes peut être révélateur, car les gens atteints de la fièvre Q peuvent afficher une thrombocytopenie transitoire. Cependant, la confirmation d'un diagnostic de fièvre Q exige des tests sérologiques afin de déceler la présence d'anticorps contre les antigènes de *Coxiella burnetii*.

La bactérie *Coxiella burnetii* existe en deux phases antigéniques qualifiées de phase I et de phase II. La différence antigénique est importante sur le plan du diagnostic. Dans les cas de fièvre Q aiguë, le niveau d'anticorps à la phase II est généralement plus élevé qu'à la phase I, souvent par plusieurs degrés de magnitude, et est généralement détecté dans la deuxième semaine de la maladie. Dans les cas de fièvre Q chronique, c'est la situation inverse qui se produit. Les anticorps contre les antigènes de la phase I de la bactérie *C. burnetii* prennent généralement plus de temps à apparaître et indiquent une exposition continue à la bactérie. Ainsi, des niveaux élevés d'anticorps contre les antigènes de la phase I dans les prélèvements plus tardifs, en combinaison avec des niveaux d'anticorps constants ou en déclin contre les antigènes de la phase II, ainsi que tout autre signe de maladie inflammatoire, sont révélateurs d'une fièvre Q chronique. Les anticorps contre les antigènes des phases I et II sont réputés persister pendant des mois, voire des années, après l'infection initiale.

On peut arriver à poser un diagnostic de la fièvre Q d'une précision accrue en étudiant les niveaux spécifiques de catégories d'anticorps. Les niveaux d'IgM sont utiles dans la détection d'une infection récente. Les patients atteints d'une fièvre Q aiguë présenteront des anticorps IgG à la phase II et des anticorps IgM aux phases I et II. Une augmentation des anticorps IgG et IgA à la phase I indique souvent une endocardite associée à la fièvre Q.

Les seuils pour l'établissement du diagnostic sérologique varient d'un laboratoire à l'autre. En cas de doute, il importe de solliciter des conseils en matière de microbiologie médicale.

## Traitement

On peut traiter la fièvre Q au moyen d'antibiotiques, la doxycycline étant le traitement par excellence. Les antibiotiques offrent un rendement optimal lorsqu'ils sont administrés dans les trois premiers jours de la maladie. Les antibiotiques quinolones sont également bénéfiques. L'endocardite associée à la fièvre Q chronique est très difficile à traiter et nécessite généralement l'administration de multiples médicaments sur une période d'un an. Il existe un vaccin humain pour la fièvre Q, mais il n'est disponible qu'en Australie. Les gens qui se sont rétablis d'une telle infection sont fort susceptibles d'être immunisés pour la vie.<sup>1,2</sup>

Les efforts de prévention englobent la sensibilisation des travailleurs à haut risque aux sources de l'infection de même que la manipulation et l'élimination adéquates des tissus placentaires et des matières rejetées à la naissance dans les installations à bétail. Des mesures de désinfection et d'hygiène convenables s'imposent après la parturition, et la pasteurisation des produits laitiers est recommandée afin de prévenir toute transmission possible par le lait contaminé.

Bien que la fièvre Q ne soit pas une maladie à déclaration obligatoire au Canada, la bactérie *C. burnetii* est bien présente au Canada atlantique.<sup>8</sup> Depuis 2005, les cas déclarés de la maladie étaient de cinq ou moins par année au Nouveau-Brunswick. Cependant, il se peut que les cas soient sous-déclarés en raison du caractère non spécifique des signes et des symptômes. Comme dans les autres provinces et territoires, les principales sources d'infection au Nouveau-Brunswick comprennent les contacts étroits avec des animaux d'élevage infectés et leurs sous-produits. Il importe également de reconnaître l'émergence significative de la fièvre Q au sein du personnel militaire actif.

## Références :

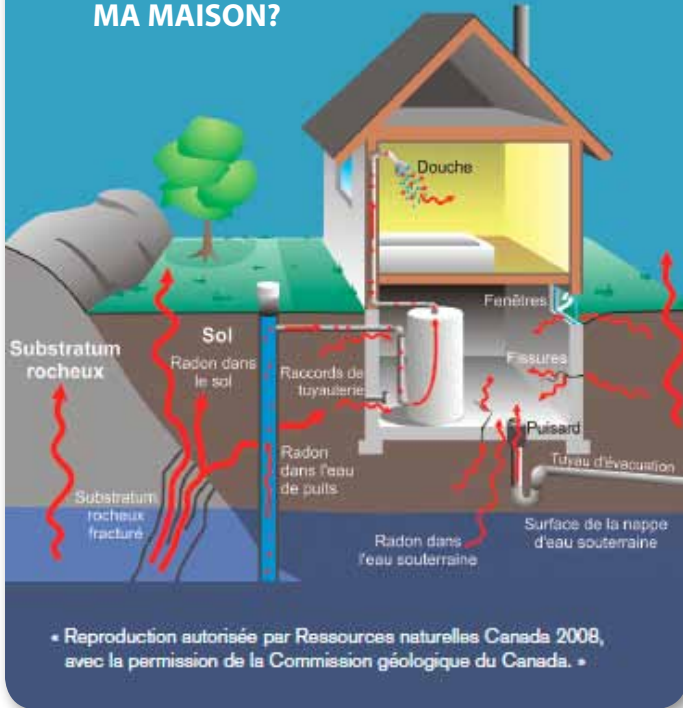
- 1 - J.D. Hartzell et coll. « Q fever : epidemiology, diagnosis, and treatment », *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 83, no 5 (2008), p. 574-579.
- 2 - American Public Health Association. *Control of communicable diseases manual*, 19e édition, Washington, David L. Heymann, 2008.
- 3 - Centers For Disease Control and Prevention. Q fever. Consulté le 11 décembre 2010 à l'adresse : [www.cdc.gov/ncidod/dvrd/qfever](http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/qfever).
- 4 - A.D. Anderson et coll. « Seroepidemiologic survey for *Coxiella burnetii* among hospitalized US troops deployed to Iraq », *Zoonoses Public Health* (publié en ligne avant la parution de l'édition imprimée).
- 5 - N.E. Aronson et coll. « In harm's way : infections in deployed American military forces », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 43 (2006), p. 1045-1051.
- 6 - D.J. Faix et coll. « Outbreak of Q fever among US military in Western Iraq, June-July 2005 », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 46, (2008), p. e65-e68.
- 7 - M.H. Miceli et coll. « A case of person-to-person transmission of Q fever from an active duty serviceman to his spouse », *Vector-borne and zoonotic diseases*, vol. 10, no 5 (2010), p. 539-541.
- 8 - T.J. Marrie et coll. « Q fever update, Maritime Canada », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 14, no 1 (2008), p. 67-69.

- La fièvre Q est une zoonose donnant lieu à une maladie fébrile apparaissant occasionnellement au Nouveau-Brunswick.
- Les personnes auxquelles il faut porter une attention accrue sont les travailleurs de l'élevage, les voyageurs qui ont visité les Pays-Bas ainsi que les militaires déjà déployés ou récemment redéployés qui présentent une maladie causant de la fièvre, surtout s'ils ont une pneumonie ou une hépatite.
- Les tests diagnostiques sont complexes et il convient de solliciter des conseils du personnel médical local spécialisé en microbiologie.

## Le radon : la situation au Nouveau-Brunswick

En juin 2007, Santé Canada annonçait une mise à jour de la directive canadienne concernant l'exposition au radon dans l'air intérieur. En effet, la concentration maximale de radon dans l'air auparavant indiquée dans la directive s'élevait à 800 becquerels par mètre cube (Bq/m<sup>3</sup>); or, conformément aux modifications apportées, cette concentration ne doit dorénavant pas dépasser 200 Bq/m<sup>3</sup> (le becquerel est l'unité d'activité radioactive égale à une désintégration par seconde d'un quelconque corps radioactif). Cette réduction résulte de l'obtention de nouvelles données indiquant que le risque de cancer du poumon causé par le radon est associé à une exposition à des concentrations de radon plus faibles qu'on ne le croyait auparavant. La directive précédente était principalement fondée sur des données recueillies auprès de travailleurs de mine d'uranium.

## COMMENT LE RADON S'INTRODUIT-IL DANS MA MAISON?



Santé Canada a récemment terminé l'analyse des données recueillies au cours de la première année de l'Enquête pancanadienne sur les concentrations de radon dans les habitations. Au cours de la première année de ce projet de deux ans, pendant les périodes de chauffe automnale et hivernale, Santé Canada a procédé à une collecte de données à long terme (période d'au moins trois mois) sur la concentration de radon dans l'air intérieur d'environ 9 000 habitations sélectionnées au hasard dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada. Les résultats de l'analyse sont présentés dans le tableau suivant.

### Résultats de l'analyse des données sur la concentration de radon pour chaque province et territoire (Bq/m<sup>3</sup>)

Province/Territoire	Concentration inférieure à 200 Bq/m <sup>3</sup>	Concentration variant de 200 à 600 Bq/m <sup>3</sup>	Concentration supérieure à 600 Bq/m <sup>3</sup>
Alb.	93,1 %	6,5 %	0,4 %
C.-B.	95,4 %	3,9 %	0,7 %
Man.	76,5 %	22,1 %	1,4 %
<b>N.-B.</b>	<b>83,0 %</b>	<b>11,7 %</b>	<b>5,3 %</b>
T.-N.-L.	94,7 %	4,4 %	0,9 %
N.-E.	91,8 %	6,3 %	1,9 %
T.N.-O.	96,0 %	4,0 %	0,0 %
Nt	100,0 %	0,0 %	0,0 %
Ont.	95,1 %	4,3 %	0,6 %
I.-P.-E.	95,5 %	4,5 %	0,0 %
Qc	91,0 %	8,3 %	0,7 %
Sask.	84,2 %	14,2 %	1,6 %
Yn	84,1 %	10,6 %	5,3 %

Les résultats pour le Nouveau-Brunswick indiquent que dans 17 % des domiciles sélectionnés dans le cadre de l'enquête, une concentration supérieure à celle indiquée dans la nouvelle directive de Santé Canada a été mesurée. De plus, dans 5,3 % des domiciles sélectionnés (le Nouveau-Brunswick partage le premier rang avec le Yukon dans cette catégorie), la concentration de radon s'élevait à plus de trois fois la concentration indiquée dans la directive. Ces résultats étaient toutefois prévisibles puisque l'on sait qu'il se trouve des concentrations importantes d'uranium dans les formations géologiques du Nouveau-Brunswick.

## Qu'est-ce que le radon?

Le radon est un gaz radioactif incolore et inodore qui se trouve naturellement dans l'environnement et provient de la désintégration naturelle de l'uranium dans le sol et les roches. Lorsque le radon est libéré du sol et s'échappe dans l'air extérieur, il s'y répand et ne présente pas de danger pour la santé. Le radon peut toutefois s'infiltrer dans les espaces clos et s'y accumuler; sa concentration peut alors atteindre des niveaux considérés comme étant dangereux pour la santé. L'exposition à de fortes concentrations de radon a été associée à un risque accru de cancer du poumon, selon le niveau de concentration de radon, la durée de l'exposition et les habitudes liées au tabagisme des personnes exposées.

Selon les statistiques de Santé Canada, l'exposition au radon est la deuxième cause de cancer du poumon après le tabagisme. De plus, la combinaison de l'exposition au radon et de la consommation de tabac peut fortement augmenter les risques de cancer du poumon. En effet, une personne ayant fumé toute sa vie a une chance sur huit d'être atteinte d'un cancer du poumon; or, en ajoutant à cela l'exposition à des concentrations élevées de radon, le risque augmente à un sur trois. Un non-fumeur exposé aux mêmes concentrations de radon aurait quant à lui une chance sur vingt d'être atteint d'un cancer du poumon.

Enfin, aucune preuve n'indique que l'exposition au radon peut avoir d'autres effets néfastes sur la santé, par exemple, d'autres types de cancer, des maladies respiratoires comme l'asthme ou des symptômes comme de la toux et des maux de tête chroniques. On ne dispose pas de données concluantes qui permettent de déterminer si les enfants sont plus vulnérables au radon que les adultes.

## Comment puis-je dépister la présence de radon dans mon domicile?

Le radon s'infiltré dans les édifices parce que la pression d'air y est habituellement plus basse que dans le sol, autour de la fondation. Radon et d'autres gaz présents dans le sol sont donc aspirés à l'intérieur des édifices. La seule façon de mesurer la concentration de radon dans l'air est de procéder à un test. D'ailleurs, il est relativement simple et peu coûteux de procéder à un test de dépistage du radon.

Il est possible de se procurer des détecteurs de radon auprès de l'Association pulmonaire du Nouveau-Brunswick (<http://www.nb.poumon.ca/>) et de divers laboratoires ou dans certaines quincailleries. On peut également s'en procurer sur Internet. Santé Canada recommande de mesurer la concentration de radon durant une période de trois mois, pendant la période de chauffe, c'est-à-dire entre le mois d'octobre et d'avril. Les détecteurs à long terme de radon les plus couramment utilisés sont le détecteur de traces alpha et la chambre d'ionisation avec électret. Ces détecteurs sont exposés à l'air ambiant dans une maison ou un édifice pendant une période précise, puis envoyés au laboratoire aux fins d'analyse.

## Comment les propriétaires de maison peuvent-ils diminuer les risques associés au radon?

S'ils fument, ils devraient cesser de le faire.

Ils devraient procéder à un test de dépistage du radon dans leur maison.

Si la concentration de radon dans l'air est supérieure à la concentration indiquée dans la directive de Santé Canada, ils devraient la réduire à l'aide de méthodes qu'ils trouvent abordables et pratiques. Il est possible de réduire la concentration de radon dans l'air par les moyens suivants:

- augmenter la ventilation mécanique au moyen d'un ventilateur récupérateur de chaleur afin de permettre le renouvellement de l'air;
- sceller toutes les fissures et les ouvertures dans les murs de la fondation et les planchers, ainsi qu'autour des conduits et des tuyaux d'évacuation;
- peindre le plancher du sous-sol et les murs de la fondation et en y appliquant deux couches de peinture et un produit d'étanchéité;
- ventiler le sous-plancher en installant une petite pompe qui aspirera le radon se trouvant sous les dalles de béton et le rejettera à l'extérieur;
- le technique de dépressurisation active du sol qui est habituellement pratiquée par un entrepreneur; en effet, il est possible d'engager des entrepreneurs reconnus par Santé Canada pour l'exécution d'un test de dépistage ainsi que pour la prise de mesures visant à diminuer les risques.



Pour plus de renseignements sur le radon ou le dépistage du radon dans son domicile, consulter le site Web du gouvernement du Nouveau-Brunswick (<http://www.gnb.ca/santé>), le site Web de Santé Canada <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/radiation/radon/index-fra.php> ou composer le 1-800-O-Canada (1-800-622-6232) ou le 1-800-926-9105 (ATS).

## MISE À JOUR : Écllosion de syphilis au Nouveau-Brunswick

La province du Nouveau-Brunswick connaît actuellement une écllosion de syphilis infectieuse (stades primaire, secondaire et latent précoce). En 2010, 38 cas ont été signalés à la Santé publique, ce qui correspond à un taux d'incidence de 5.1 cas sur 100 000 personnes. Il s'agit là d'une augmentation par un facteur de neuf par rapport à 2007. Le plus grand nombre de cas a été signalé dans la région de Moncton. Cependant, plus récemment, le nombre de cas observés dans la région de Fredericton s'est également accru. Des cas ont aussi été signalés à Saint John et dans le nord du Nouveau-Brunswick.

La majorité des cas sont des hommes et au moins la moitié d'entre eux ont eu des relations sexuelles avec des hommes. Quelques cas ont été observés chez les femmes, dont deux étaient enceintes. La plupart des cas ont été diagnostiqués chez des personnes de 20 à 34 ans et de 40 à 44 ans. De nombreuses personnes qui ont reçu un diagnostic de syphilis infectieuse ont signalé avoir eu de multiples contacts sexuels.

Un aspect particulièrement inquiétant de l'écllosion est que plusieurs des cas sont co-infectés par le VIH. La syphilis est plus difficile à traiter chez les patients séropositifs pour le VIH et la co-infection laisse supposer un risque accru de transmission du VIH avec cette écllosion.

Une équipe provinciale de prévention des écllosions a été formée, et des mesures de surveillance et de contrôle rehaussées sont actuellement mise en œuvre.

Une lettre a été distribuée aux cliniciens à la fin de décembre 2010 pour leur demander d'accroître leur vigilance en ce qui concerne le diagnostic de la syphilis, de favoriser la consultation des spécialistes des maladies infectieuses et d'insister sur l'importance de soumettre des échantillons adéquats aux laboratoires pour le dépistage. On demande aussi aux cliniciens de faire le dépistage du VIH et des autres ITS de tous les cas possibles de syphilis, d'engager la thérapie qui s'impose et d'aiguiller les patients à la Santé publique pour la notification des partenaires et pour un suivi au moyen d'un questionnaire de surveillance rehaussé. Enfin, on rappelle aux praticiens que les femmes enceintes devraient subir un test de syphilis dès la première visite prénatale.

Figure 1. Taux d'incidence de la syphilis infectieuse selon le sexe, Nouveau-Brunswick, 2005-2010 (N=58)

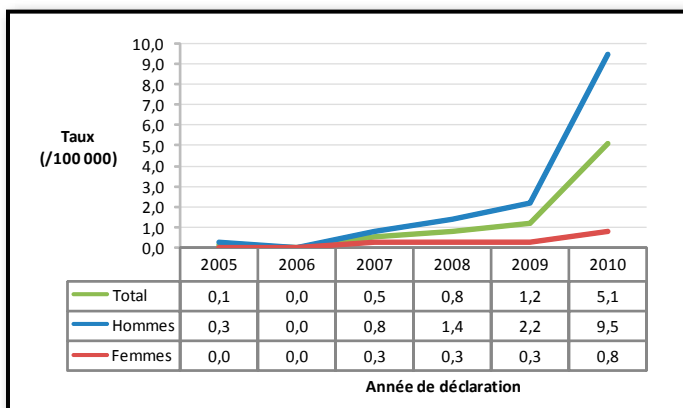
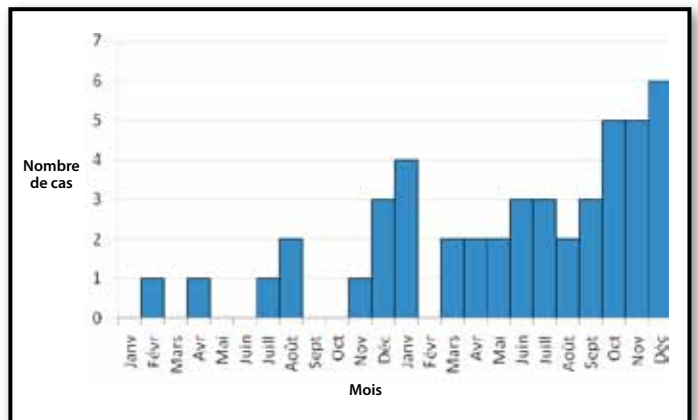


Figure 2. Cas de syphilis infectieuse signalés par mois et année, Nouveau-Brunswick, 1er janvier 2009 – 31 décembre 2010 (N=46\*)



\* La date du signalement d'un cas en 2010 n'est pas indiquée.

## La gastro-entérite virale épidémique arrive au Nouveau-Brunswick

Au cours des dernières semaines, des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée ont signalé des écllosions de norovirus à l'Unité de contrôle des maladies transmissibles (UCMT) du Nouveau-Brunswick. Le norovirus est un petit virus de structure ronde de la famille des Caliciviridae. L'appellation officielle « norovirus » a été approuvée en 2002. Ces virus étaient auparavant désignés comme des virus semblables à Norwalk, car un norovirus a été identifié pour la première fois comme un virus en 1972 à la suite d'une écllosion à Norwalk, dans l'Ohio.

Les norovirus sont une cause courante des écllosions de gastroentérite aiguë dans les établissements de soins de santé et de soins de longue durée, les écoles, les garderies et les navires de croisière, ce qui représente environ 80 p. 100 de l'ensemble des écllosions. Les écllosions de norovirus se produisent tout au long de l'année, mais sont plus courantes en hiver, et elles touchent tous les groupes d'âge. Il n'existe aucun vaccin pour prévenir l'infection à norovirus.

Les norovirus sont présents dans les selles et les vomissures des personnes infectées. Comme ils sont très contagieux, il peuvent se propager facilement d'une personne à l'autre. Les personnes qui ont été exposées au virus présentent généralement des symptômes de la maladie dans les 24 à 48 heures qui suivent, mais les symptômes peuvent se manifester seulement 12 heures après l'exposition. Les personnes infectées par un norovirus peuvent être contagieuses à partir du moment où elles commencent à se sentir malades jusqu'à au moins trois jours après s'être rétablies. Certaines personnes peuvent toutefois être contagieuses jusqu'à deux semaines après leur guérison.

Les personnes peuvent devenir infectées par le virus de plusieurs façons, notamment : par un contact direct avec une autre personne infectée (p. ex. en prenant soin ou en changeant les couches d'un enfant malade, en partageant de la nourriture ou des ustensiles avec une personne malade), en touchant des surfaces ou des objets contaminés par un norovirus (comme des poignées de portes) ou en consommant des aliments ou de l'eau potable contaminés.

Le virus peut survivre à des taux de chlore relativement élevés et à des écarts de températures importants. Les norovirus peuvent survivre sur à peu près n'importe quelle surface, y compris les poignées de portes, les éviers, les rampes d'escaliers et la verrerie. Ils pourraient survivre jusqu'à 12 heures sur les surfaces dures dans l'environnement et jusqu'à 12 jours sur les tapis.

Les maladies causées par les norovirus présentent des symptômes comme des nausées, des vomissements, de la diarrhée et des crampes d'estomac. Les personnes atteintes peuvent également ressentir une faible fièvre, des frissons, des maux de tête, des douleurs musculaires et de la fatigue. La maladie apparaît souvent brusquement, de 24 à 48 heures après l'exposition, et la personne infectée peut devenir très malade, aux prises avec des vomissements fréquents ou une diarrhée. En règle générale, les enfants ont plus de vomissements que les adultes. La diarrhée aiguë et les vomissements durent habituellement de huit à douze heures chez les personnes en santé, qui se rétablissent normalement dans les 48 heures. Chez un certain nombre de personnes, les symptômes peuvent se prolonger.

## Prise en charge dans les établissements de soins de longue durée

La prévention des éclosions dans les établissements repose sur des pratiques sécuritaires de manipulation des aliments et le lavage des mains de la part du personnel. Les membres du personnel qui présentent des symptômes tels des nausées, une diarrhée ou des vomissements doivent s'absenter du travail et n'y retourner que 48 heures après la disparition des symptômes. Les hôpitaux et les foyers de soins doivent également assurer la surveillance des éclosions de gastroentérites en vue de prendre des précautions plus strictes en cas de signes de transmissions au sein de l'établissement.

Les professionnels de la santé qui fournissent des soins aux patients présentant des symptômes de norovirus doivent porter une blouse et des gants. Il est essentiel que tous portent une attention particulière au lavage des mains (avec savon). Il faut limiter les déplacements des patients et imposer des restrictions quant au nombre de visiteurs dans les établissements.

Pour de plus amples renseignements, visitez le site Web <http://www.phac-aspc.gc.ca/id-mi/norovirus-fra.php>.

## Immunsation 2010 - rétrospective de l'année et perspectives d'avenir

L'année 2010 a été intéressante sur le plan de l'immunsation au Nouveau-Brunswick. Notons, entre autres, les nouveaux vaccins, la protection améliorée procurée par les vaccins existants, les critères d'admissibilité élargis aux programmes publics de vaccination et l'administration de vaccins par les pharmaciens.

## Changements apportés au programme de vaccination contre la grippe saisonnière

En 2010-2011, le Nouveau-Brunswick a élargi l'admissibilité au programme public de vaccination contre la grippe afin d'inclure les enfants âgés de deux à dix-huit ans ainsi que tous les contacts familiaux des enfants âgés de six mois à cinq ans. Cette année, la campagne de sensibilisation à la grippe saisonnière ciblait les groupes clés, dont les enfants, les femmes enceintes et les travailleurs de la santé. Environ 250 000 doses du vaccin contre la grippe financé par le gouvernement ont été administrées aux personnes présentant un risque élevé de complications liées à la grippe saisonnière, une hausse de 15 p. 100 par rapport à 2009, soit une année record.

Au Nouveau-Brunswick, vingt cas se sont déclarés au cours des deux premières semaines de janvier pour commencer la saison grippale. Ces cas étaient presque tous la souche H3N2 de la grippe A, soit celle qui, selon nous, allait être la plus importante au cours de l'année. Nous espérons que, grâce à la couverture vaccinale élevée contre la grippe H1N1 de 2009 et probablement à une certaine protection continue d'un vaccin avec adjuvant hautement efficace ainsi qu'à la bonne couverture du vaccin contre la grippe saisonnière de 2010-2011, l'activité grippale de cette année ne sera pas intense.

## L'amélioration du vaccin conjugué antipneumococcique protège les enfants contre six sérotypes supplémentaires

Le 1er juillet 2010, le vaccin conjugué antipneumococcique 13-valent, Prevnar 13, a remplacé le vaccin Prevnar 7. Ce dernier offrait une protection contre les sérotypes 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F et 23F. Le vaccin amélioré offre une protection contre six autres sérotypes, soit 1, 3, 5, 6A, 7F et 19A. Les sérotypes 19A, 6A et 3 sont ceux qui se sont avérés les principaux sérotypes causant les maladies pneumococques invasives (PI) chez les enfants, à l'origine d'environ 40 cas de maladies pneumococques invasives au Nouveau-Brunswick en 2008-2009. En outre, le sérotype 19A est susceptible de présenter un risque toujours plus élevé de résistance aux antibiotiques de première ligne d'usage courant.

## Campagne de vaccination contre la coqueluche « coconnage »

À la suite d'une épidémie de coqueluche déclarée dans le nord de la Californie et d'un nombre accru de cas de la maladie et de décès de nourrissons dans d'autres provinces canadiennes, le Nouveau-Brunswick a mis en place une stratégie de « coconnage » destinée aux nouveau-nés et aux nourrissons qui ne sont pas entièrement protégés contre la coqueluche. À compter du 1er janvier 2011, toutes les femmes qui donnent naissance sont admissibles à recevoir le vaccin dcaT à l'hôpital après la naissance de l'enfant pour le garder à l'abri de l'exposition à la coqueluche en créant un « cocon ». Les nouveaux et les futurs pères/partenaires ainsi que les parents adoptifs peuvent également recevoir le vaccin dcaT gratuitement au bureau de la Santé publique de leur région. Le ministère de la Santé recommande que toutes les personnes ayant des contacts étroits avec un nouveau-né se fassent aussi vacciner, même si le vaccin n'est pas encore financé par le gouvernement, et ce, afin de protéger les bébés et les nourrissons. Il est conseillé que les travailleurs de la santé des milieux de soins actifs qui fournissent des soins à des nourrissons de moins de douze mois reçoivent le vaccin dcaT.



## La coqueluche peut être mortelle pour les nourrissons.

Protégez votre bébé en obtenant le vaccin contre la coqueluche pour adultes.

## Vaccin contre la varicelle administré en deux doses

Le 1er janvier 2011, un programme de vaccination à deux doses contre la varicelle a été mis en œuvre pour les enfants âgés de 12 et de 18 mois. Dans le cadre de l'ancien programme, les enfants recevaient un vaccin contre la varicelle à 12 mois. Toutefois, des études ont montré qu'une seule dose ne fournit pas une protection suffisante à long terme et qu'un calendrier comptant deux doses permettrait de réduire l'incidence de la maladie et du zona.

## Vaccin RROV

Un vaccin combiné contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle (RROV), Priorix-TetraMC de GlaxoSmithKline (GSK) Inc., a été autorisé au Canada. Le vaccin RROV sera incorporé au calendrier de vaccination systématique dans le courant de 2011 pour remplacer le vaccin RRO et le vaccin contre la varicelle qui sont administrés actuellement à l'âge de 12 et 18 mois.

## Amélioration de l'accès à l'immunsation au Nouveau-Brunswick

De nouveaux partenaires aident maintenant à vacciner la population du Nouveau-Brunswick. Depuis 2010, plus de 145 pharmaciens de la province ont suivi un cours pour l'obtention d'un certificat en immunsation. Ce cours, donné par l'Université Dalhousie en Nouvelle-Écosse et comptant des séances de formation données par des infirmières de la Santé publique du Nouveau-Brunswick ayant de l'expérience en immunsation, a connu un franc succès. En 2010-2011, partout dans la province, des pharmaciens ont administré le vaccin contre la grippe financé par le gouvernement aux Néo-Brunswickois présentant un risque élevé.

Certains pharmaciens administrent aussi des vaccins qui ne sont pas financés par le gouvernement, comme le vaccin contre le zona et les vaccins contre le VPH. De plus, un grand nombre de pharmaciens participent à la campagne d'injection de rappel contre la coqueluche.

La campagne néo-brunswickoise de sensibilisation à la sexualité sans risque a été lancée dans les salles de cinéma et par l'intermédiaire de sites de marketing social le 28 janvier dernier. Il s'agit d'une mesure prise en raison de l'augmentation constante du nombre de cas de chlamydia chez les jeunes (plus de 1 800 cas en 2010). Elle vise à diffuser des messages sur les risques qui y sont associés ainsi que sur la nécessité de subir des tests de dépistage et de prendre des mesures de protection.

Tout « pour plaire »?

yeux langoureux

joli sourire

silhouette bien taillée

chlamydia? [gnb.ca/QuiSait](http://gnb.ca/QuiSait)

**Brunswick**

Elle semble être une jeune fille, mais elle n'est pas sûre. Elle a peut-être eu une relation sexuelle sans protection, mais elle ne sait pas si elle est infectée par la chlamydia. Elle a peut-être eu une relation sexuelle sans protection, mais elle ne sait pas si elle est infectée par la chlamydia. Elle a peut-être eu une relation sexuelle sans protection, mais elle ne sait pas si elle est infectée par la chlamydia.

(le sacs indépendants)

(le sacs branchés)

(le sacs beaux)

(le sacs prêts, le sacs responsables, le sacs informés, le sacs forts, le sacs en contrôle)

dis-moi ce que contient ton sac et je te dirai qui tu es.

[gnb.ca/QuiSait](http://gnb.ca/QuiSait)

**Brunswick**

Chaque sac à portée de main permet d'éviter d'attraper la chlamydia. Au Nouveau-Brunswick, au moins un homme sur deux de 20 à 24 ans a été infecté par la chlamydia. Comme elle est sans symptômes, elle est souvent ignorée. Assurez-vous de toujours utiliser des préservatifs protégés. Si tu es en doute, fais-toi tester. [gnb.ca/QuiSait](http://gnb.ca/QuiSait)

regard séduisant

sourire charmant

Tout « pour plaire »?

corps musclé

chlamydia? [gnb.ca/QuiSait](http://gnb.ca/QuiSait)

**Brunswick**

Il semble être un jeune homme, mais il n'est pas sûr. Il a peut-être eu une relation sexuelle sans protection, mais il ne sait pas si il est infecté par la chlamydia. Il a peut-être eu une relation sexuelle sans protection, mais il ne sait pas si il est infecté par la chlamydia. Il a peut-être eu une relation sexuelle sans protection, mais il ne sait pas si il est infecté par la chlamydia.

(le sacs indépendants)

(le sacs branchés)

(le sacs beaux)

(le sacs prêts, le sacs responsables, le sacs informés, le sacs forts, le sacs en contrôle)

dis-moi ce que contient ton sac et je te dirai qui tu es.

[gnb.ca/QuiSait](http://gnb.ca/QuiSait)

**Brunswick**

Chaque sac à portée de main permet d'éviter d'attraper la chlamydia. Au Nouveau-Brunswick, au moins un homme sur deux de 20 à 24 ans a été infecté par la chlamydia. Comme elle est sans symptômes, elle est souvent ignorée. Assurez-vous de toujours utiliser des préservatifs protégés. Si tu es en doute, fais-toi tester. [gnb.ca/QuiSait](http://gnb.ca/QuiSait)