

Bulletin de l'unité

Maladies infectieuses

Bayern... vous connaissez?

C'EST L'ORIGINE GÉOGRAPHIQUE de la nouvelle souche de virus contre la grippe qui sera couverte par le vaccin fabriqué cette année. Cette souche, de type A (H1N1) a été isolée principalement en Fédération de Russie, en Hollande et en Roumanie au cours de 1996-1997.

Activité grippale en 96-97

Au Québec, l'activité grippale en 1996-1997 a évolué en deux vagues successives. Le virus de type A a été très actif au cours de la période s'étendant de la fin du mois de décembre au début de février; par la suite, le virus de type B a pris la relève. La quasi totalité des souches de type A isolées étaient apparentées à deux des souches incluses dans le vaccin en 1996-1997: A/Wuhan/359/95 (H3N2) et B/Beijing/184/93).

Campagne de vaccination 97-98

En 1997-1998, la composition du vaccin est la suivante:

- A/Nanchang/933/95 (H3N2)
(analogue à A/Wuhan/359/95 (H3N2))
- A/Johannesburg/82/96 (H1N1)
(analogue à A/Bayern/7/95 (H1N1))
- B/Harbin/7/94
(analogue à B/Beijing/184/93)

Nous vous encourageons à faire la promotion de la vaccination contre la grippe

80% pour celles vivant en hébergement. En 1996-1997, vos efforts nous ont permis de rejoindre environ 44% des individus de 65 ans et plus et près de 40% des personnes à risque de moins de 65 ans vivant dans la communauté (fig. 1). Par ailleurs, la couverture vaccinale en milieu fermé s'élevait à 73% (fig. 2).

La campagne de vaccination a pour slogan cette année: «Zone de grippe: faites-vous vacciner!».

On peut se procurer le vaccin contre l'influenza auprès de Mme Gisèle Oceau au 932-3055 poste 4545.

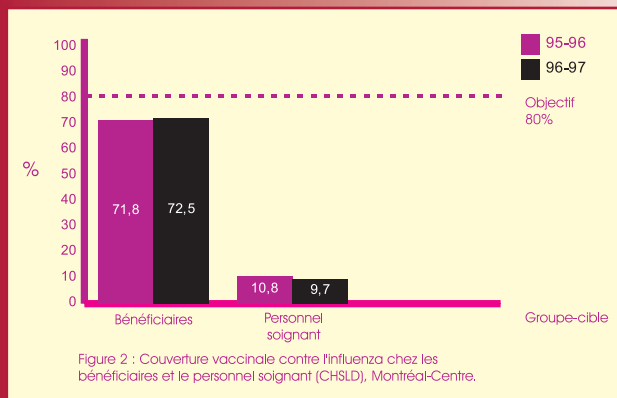
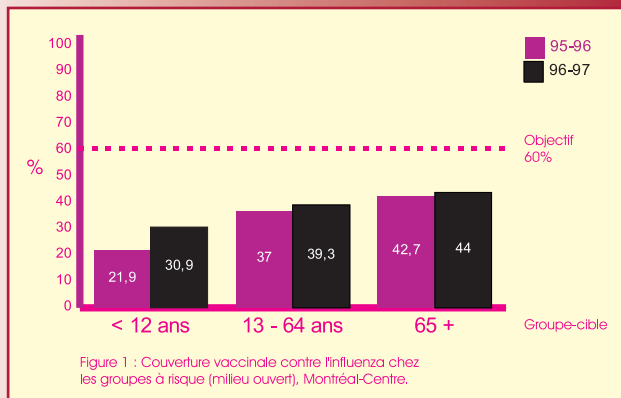
Pour toute information sur le programme de surveillance et de contrôle de l'influenza,

contacter la responsable Dr Louise Valiquette, au poste 4482 ou Dr Denise Beauséjour, au poste 4459.

Groupes cibles pour la vaccination contre l'influenza

- les adultes et les enfants présentant des problèmes cardiaques ou pulmonaires chroniques,
- les résidents de tout âge en centre d'accueil ou en établissement de soins prolongés,
- les personnes âgées de 65 ans et plus,
- les adultes et les enfants souffrant de maladies chroniques
(ex.: diabète et autres maladies métaboliques, néphropathie, cancer, déficit immunitaire, anémie, etc.),
- les enfants et les adolescents sous traitement prolongé à l'acide acétylsalicylique,
- les personnes infectées par le VIH,
- les membres du personnel soignant en contact avec des sujets des groupes à risques,
- les membres de la famille en contact avec des sujets à risque ne pouvant pas être vaccinés ou ne répondant pas adéquatement à la vaccination.

auprès de vos patients appartenant aux groupes à risque. Nous visons une couverture vaccinale de 60% pour les personnes vivant en milieu ouvert et de



Les ectoparasitoses d'importance en santé publique : la pédiculose du cuir chevelu et la gale

Les plus récentes recommandations

La pédiculose du cuir chevelu

Le parasite et son hôte La pédiculose est une infestation parasitaire du cuir chevelu par le pou de tête (*Pediculus humanus capitis*). Le cycle de vie complet du pou est de 2 à 3 semaines et comporte trois stades de maturation : l'oeuf, la larve et le pou adulte. Tout d'abord, le pou femelle dépose ses oeufs dans une coquille (la lente) sur un cheveu à environ 3 à 4 mm de la surface du cuir chevelu. Il faut environ une semaine à l'oeuf pour éclore et la coquille vide (lente) reste attachée au cheveu. Après l'éclosion, la larve hématophage se nourrit dès son émergence. Après 6 à 12 jours de maturation, la larve devient un pou adulte. La survie des poux de tête ne dépasse pas 36 heures en dehors de l'hôte.

Présentation clinique L'infestation se manifeste principalement par des démangeaisons parfois associées à des écorchures ou des surinfections bactériennes du cuir chevelu. On peut détecter le parasite par la présence de lentes collées à la racine des cheveux, derrière les oreilles et à l'occiput. Le diagnostic est obtenu par un examen clinique (plus facile avec une loupe). Les lentes s'éloignent du cuir chevelu à mesure que les cheveux poussent (1 cm par mois). Les lentes situées à 10 mm ou plus de la surface du cuir chevelu sont vides ou non viables et ne constituent pas une source de réinfestation.

La période d'incubation est d'environ 10 jours.

La période de contagiosité persiste jusqu'à la destruction des oeufs et des parasites. L'infestation persiste chez l'hôte tant qu'il n'y a pas de traitement efficace et elle ne confère pas d'immunité.

Transmission L'être humain est le seul réservoir de cette infestation. La transmission se fait, principalement, par contact direct avec des personnes infestées. Elle se produit rarement par l'intermédiaire des articles personnels contaminés (peignes, brosses à cheveux, chapeaux). Il n'existe pas d'évidence de transmission par les dossiers de divans ou par les tapis, draps, taies d'oreillers, serviettes, écouteurs, etc.

La gale

Le parasite et son hôte La gale est une infestation parasitaire de la peau causée par *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Après une fertilisation, la femelle adulte de ce parasite creuse un sillon dans la peau de l'hôte pour y pondre ses oeufs. Le cycle de vie complet prend de 2 à 3 semaines. Les parasites survivent moins de 4 jours hors de l'hôte humain.

Présentation clinique L'infestation s'accompagne de prurit (souvent nocturne), d'oedème et d'érythème. Les sillons produits par le parasite entraînent des lésions que l'on retrouve principalement aux espaces interdigitaux des mains et des pieds, aux surfaces antérieures des poignets et des coudes, au niveau de la ceinture abdominale, des parties génitales, des cuisses, des fesses et des chevilles.

Les lésions peuvent également se retrouver au niveau du cuir chevelu, du visage, des paumes des mains et de la plante des pieds chez les nourrissons et les enfants âgés de moins de 2 ans. Par contre, le dos est souvent atteint chez les personnes âgées sur-

tout celles qui sont alitées. Le prurit sévère est alors souvent attribué, à tort, à un prurit sénile, à la peau sèche ou à l'anxiété.

Complications Des surinfections cutanées pyogéniques sont possibles et les nodules d'hypersensibilité, quant à eux, résultent d'une réponse granulomateuse aux parasites morts et à leurs produits et excréments. Dans la majorité des cas, ceux-ci disparaissent spontanément mais plusieurs semaines, parfois des mois, après un traitement efficace.

Gale disséminée Chez l'individu en santé, l'infestation parasitaire est faible (10 à 15 parasites adultes femelles). Chez l'hôte immunodéprimé ou débilité, l'infestation parasitaire peut être très importante (milliers de parasites adultes femelles). Cette rare forme de gale, hautement transmissible, est appelée norvégienne ou disséminée. Souvent atypique, elle mime d'autres conditions dermatologiques pouvant amener un délai dans l'établissement du diagnostic expliquant certaines éclosions de gale dans certains milieux (CHSLD).

Période d'incubation Entre l'exposition et le début des symptômes on compte généralement de 4 à 6 semaines pour une primo-infestation et de 1 à 4 jours pour une réinfestation à cause de la sensibilisation du système immunitaire.

La période de contagiosité Elle débute quelques semaines avant le début des symptômes et persiste jusqu'à la destruction des oeufs et des parasites obtenus 24 heures après un traitement efficace et à condition que les effets personnels aient été lavés ou isolés pendant 4 jours à partir du jour du traitement. L'infestation ne confère pas d'immunité.

Transmission L'être humain est le seul réservoir de cette infestation. La transmission se produit principalement lors d'un contact prolongé peau à peau avec une personne infestée et beaucoup plus rarement lors d'un contact avec des effets personnels (vêtements, literie) infestés. Le diagnostic est obtenu par un examen clinique et un examen microscopique du parasite (grattage à l'huile minérale).

GALE - l'intervention

Établir un diagnostic Toutes les personnes qui croient être atteintes de gale doivent consulter un médecin pour établir le diagnostic.

Prévenir la transmission dans le milieu La personne atteinte de la gale doit être retirée de son milieu de travail, de l'école ou du service de garde jusqu'à l'application d'un traitement.

Traiter le cas La perméthrine [Nix^{MD}] est le traitement de premier choix. Elle est plus efficace et moins toxique que le lindane. C'est aussi le traitement recommandé chez le nourrisson, le jeune enfant et la femme enceinte. Elle est inscrite à la liste des médicaments publiée par la RAMQ.

Appliquer la crème perméthrine sur tout le corps de la tête à la plante des pieds (et pas seulement sur les régions affectées ou prurigineuses), en accordant une attention particulière à la peau située entre les doigts et les orteils, aux poignets, aux aisselles, aux organes génitaux externes et aux fesses. La crème perméthrine pour la peau doit être rincée (par une douche ou un bain) 12 à 14 heures après l'application. Il est important de respecter les instructions du fabricant. Répéter l'application sur les mains si ces dernières sont lavées à l'eau et au savon dans les 8 heures suivant le traitement. Le fait que la crème ne soit pas réappliquée sur les mains après le lavage des mains serait responsable de plusieurs échecs aux traitements.

Aviser le patient que l'application de la perméthrine peut temporairement exacerber les symptômes de la gale et peut donner lieu à une légère sensation de brûlure ou à des picotements. Le prurit qui persiste une à deux semaines après le traitement ne doit pas être nécessairement considéré comme un signe de réinfestation ou d'échec au traitement. Pour diminuer les symptômes de prurit, on peut recommander l'application d'un agent lubrifiant ou d'un émollient sur les

régions affectées après le traitement ainsi que la prise d'un antihistaminique au besoin.

Éviter la répétition induite du traitement qui risque de produire une dermatite (par ex.: la dermatite de contact allergique associée à la présence de formaldéhyde 0,1%, dans la perméthrine). Chez la plupart des cas de gale, une seule application suffit à éliminer la gale. L'application peut être répétée une fois seulement, 7 à 10 jours après, si on peut prouver la présence de parasites vivants ou si on observe de nouvelles lésions. L'efficacité d'un seul traitement de perméthrine pour enrayer la gale est d'environ 90%.

Traiter les contacts Tous les contacts familiaux et les partenaires sexuels, symptomatiques ou non, doivent être traités simultanément car le cas de référence peut transmettre le parasite durant la longue période d'incubation. Pour les autres contacts (services de garde, école et milieu de travail), il est nécessaire de surveiller l'apparition des symptômes et diriger les contacts symptomatiques vers un médecin. En contexte d'éclosion dans un établissement, des mesures particulières peuvent être appliquées selon les circonstances (par ex.: le traitement de masse). Il faut surveiller l'apparition de nouveaux cas jusqu'à 8 semaines après le dernier cas.

Intervenir dans l'environnement

Durant le traitement, les effets personnels (vêtements, lingerie, literie, serviettes etc.) utilisés par le cas au cours des 4 jours précédant le traitement doivent

être lavés dans une laveuse dont l'eau atteint une température d'au moins 50°C et séchés dans une sècheuse au cycle chaud pendant au moins 20 minutes. Les vêtements qui ne peuvent être lavés à l'eau très chaude pourront être nettoyés à sec ou déposés dans un sac en plastique fermé hermétiquement pendant 4 jours car le parasite peut survivre quelques jours sans contact avec la peau.

Intervenir auprès des animaux

Le chien peut être infesté par un parasite semblable à celui des humains (*S. scabiei* var. *canis*). La recommandation de traiter le chien dépend alors du diagnostic porté par un médecin vétérinaire. L'infestation des humains par ce parasite résulte d'un contact prolongé avec l'animal infesté et entraîne les mêmes symptômes que la gale sans la présence des sillons caractéristiques car la variété canine ne peut compléter son cycle de vie chez l'homme. L'éruption disparaît spontanément après quelques semaines et cette infestation n'est pas transmissible entre humains. Le plus souvent, le chien affecté est une nouvelle acquisition et les cas sont limités à la famille.

SCABICIDES SUR LE MARCHÉ:

- Perméthrine (5%) [Nix^{MD}]..... en crème
- Lindane (1%) [Kwellada^{MD}]..... en crème ou en lotion
- Crotamiton [Eurax^{MD}]
- Esdépalléthrine-butoxyde de pipéronyle [Scabene^{MD}]

PÉDICULOSE - l'intervention

Repérer l'infestation L'identification d'un ou de plusieurs cas de pédiculose, en services de garde ou à l'école, est effectuée le plus souvent par une infirmière d'un CLSC.

Prévenir la transmission dans le milieu

Un cas de pédiculose est une personne qui présente des poux ou des lentes vivantes dans les cheveux. La personne atteinte de pédiculose du cuir chevelu doit être retirée de l'école ou du service de garde jusqu'à la première application du traitement.

Traiter le cas La perméthrine est le traitement de premier choix. Elle comporte d'ailleurs plusieurs avantages: elle s'applique en après-shampooing que l'on laisse agir pendant 10 minutes; elle est disponible sans prescription; son potentiel de toxicité est plus faible que le lindane et elle est plus efficace que le lindane et la pyréthrine. En effet, le taux de guérison obtenu après une seule application de perméthrine est attribuable à son activité pédiculicide et ovocide ainsi qu'à son action persistante sur le cheveu, qui permet de prévenir la réinfestation. L'activité résiduelle est décelable sur le cheveu pendant au moins 10 jours suivant une application unique. Il est important de suivre les recommandations du pharmacien ou du fabricant. Depuis le premier janvier 1997, la perméthrine en après-shampooing est inscrite à la liste des médicaments publiée par la RAMQ. La gratuité s'appliquera donc dans certains cas.

Le traitement de la pédiculose comporte une deuxième application une semaine plus tard car parfois une seule application ne détruit pas tous les oeufs (qui peuvent éclore et donner de nouvelles larves).

Si les sourcils sont atteints, appliquer de la gelée de pétrole (par exemple, Lacrilube^{MD}) en couches épaisses 2 fois par jour pendant une semaine. Retirer les lentes à l'aide d'une pince à sourcils. Il n'est pas nécessaire de peigner les cheveux avec un peigne fin afin d'enlever les lentes car on considère que la plupart des lentes sont vides après l'utilisation d'un pédiculicide, qu'il est très difficile pour les parents de retirer toutes les lentes viables car celle-ci se trouvent généralement trop près du cuir chevelu pour être retirées à l'aide d'un peigne fin et que ces lentes viables se traitent mieux au moyen d'un insecticide qui pénètre la lente et tue le pou en développement. Toutefois, un peigne fin peut être utilisé selon votre jugement pour des raisons esthétiques. Les nouveaux produits (comme la perméthrine) facilitent le décollement des lentes avec un lavage et un rinçage des cheveux. L'utilisation du vinaigre (acide acétique) pour aider à décoller les lentes est déconseillée car celui-ci peut éliminer le pédiculicide, en particulier la perméthrine, et nuire à son action persistante. L'utilisation d'un shampooing régulier sans conditionneur ne diminue pas l'action persistante de la perméthrine.

Le lindane [Kwellada^{MD}] ne doit jamais être utilisé chez la femme enceinte, chez les femmes qui allaitent, ni chez les enfants âgés de moins de 6 ans.

Étant donné la toxicité des pédiculicides, ces produits doivent être gardés et entreposés hors de la portée des enfants.

Traiter les contacts Tous les contacts, c'est-à-dire toute personne ayant eu un contact direct avec une personne infestée (ou avec des objets comme des peignes, brosses à cheveux, chapeaux, casquettes

utilisés régulièrement par une personne infestée) incluant les membres de la famille, doivent être examinés afin de déceler une infestation.

Aux fins d'intervention, les personnes suivantes sont considérées comme ayant eu des contacts :

- tous les membres de la maisonnée;
- tous les élèves de la classe d'une école primaire ou secondaire (dans le cas du personnel éducateur, selon la nature du contact);
- tous les enfants et le personnel d'un service de garde à l'enfance.

Tous les contacts infestés doivent être traités le même jour, si possible, dans le but d'éviter des réinfestations.

La prévention et le contrôle de la pédiculose repose sur l'éducation et la collaboration de toute la communauté et en particulier des parents.

Échec thérapeutique Si l'on détecte des poux vivants de 24 à 48 heures après le premier traitement, il faut soupçonner une résistance ou une infestation importante. On recommande l'application immédiate d'un autre pédiculicide, qu'on fait suivre d'une deuxième application sept jours plus tard pour contrôler l'infestation.

La réinfestation d'un enfant à partir d'un contact infesté, non traité ou mal traité est plus fréquente qu'un échec thérapeutique après l'application adéquate d'un pédiculicide.

En conséquence, le contrôle de l'infestation est facilité si un suivi permet d'assurer la fidélité au traitement.

Intervenir dans l'environnement

Il faut s'assurer que les enfants ne partagent pas leurs peignes, leurs brosses à cheveux et leurs chapeaux. Il n'est pas nécessaire de faire nettoyer les effets personnels (sauf les peignes et les brosses) ni l'environnement si l'application du traitement est rigoureusement suivie.

Il est fortement déconseillé de vaporiser des insecticides dans l'environnement pour le contrôle de la pédiculose.

PÉDICULICIDES SUR LE MARCHÉ:

- Perméthrine (1%) [Nix^{MD}] en après-shampooing
- Pyréthrine [R&C^{MD}] en shampooing
- Acide acétique-camphre-citronnelle [SH-206^{MD}] en shampooing
- Bioalléthrine-butoxyde de pipéronyle [Para^{MD}] en shampooing ou en aérosol

Vacciner contre le pneumocoque?

L'ASSOCIATION PULMONAIRE DU QUÉBEC en collaboration avec la compagnie Merck Frosst procède cet automne au lancement d'une campagne de promotion du vaccin contre le pneumocoque visant à la fois le grand public et les vaccinés. Il est donc possible que vous receviez directement du matériel promotionnel ou que vos patients vous questionnent sur ce vaccin. Les données disponibles sur la fréquence des pneumocoques invasives au Québec sont fragmentaires mais on estime que ces infections ont un impact social et économique significatif. On retrouve ces infections surtout chez les jeunes enfants, les personnes âgées et chez des personnes présentant certains facteurs de risque.

L'incidence annuelle de cette infection varie selon l'âge des personnes. Elle est:

- chez les personnes de 65 ans et plus: d'environ 200 / 100 000 pour la pneumonie (prouvée ou non par hémoculture), et de 50 / 100 000 pour la bactériémie;
- chez les enfants âgés de 2 ans et moins: de 160 / 100 000, toutes infections à pneumocoques confondues.

La létalité peut atteindre 40 % chez les personnes âgées.

À l'occasion de cette campagne, nous voudrions vous rappeler que ce vaccin n'est pas actuellement inclus dans le programme provincial d'immunisation de base. Le vaccin n'est donc pas disponible auprès de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre et le coût du vaccin est à la charge du patient. Il demeure que l'administration d'une dose unique de vaccin

contre le pneumocoque peut prévenir un nombre important de maladies invasives, dont celles causées par des pneumocoques résistants. La protection qu'offre ce vaccin dure généralement toute la vie.

Les vaccins disponibles contre le pneumocoque contiennent 23 sérotypes associés le plus souvent aux infections invasives. Selon le Comité consultatif national de l'immunisation, l'efficacité du vaccin est d'environ 80 % chez les jeunes adultes en santé et de 50 à 70 % chez les personnes âgées. La réponse pourrait être sous-optimale chez les personnes immunodéprimées. Les indications sont regroupées dans le tableau 1. On peut profiter d'une visite pour la vaccination contre l'influenza pour administrer le vaccin contre le pneumocoque.

Les vaccinés qui souhaitent offrir ce vaccin à leurs patients peuvent le commander directement auprès d'une des trois compagnies pharmaceutiques qui le commercialisent. Ces vaccins sont:

Tableau 1 : Indications du vaccin contre le pneumocoque

- Pour les personnes âgées de 65 ans et plus
- Pour les personnes âgées de 2 à 64 ans souffrant de :
 - asplénie anatomique ou fonctionnelle (ex.: splénectomie, anémie falciforme);
 - maladie pulmonaire chronique¹ (ex.: maladie pulmonaire obstructive chronique, emphysème);
 - maladie cardiaque chronique (ex.: insuffisance cardiaque, cardiomyopathie);
 - diabète;
 - cirrhose hépatique;
 - alcoolisme chronique;
 - néphropathie chronique (ex.: insuffisance rénale chronique, syndrome néphrotique);
 - écoulement chronique de liquide céphalorachidien;
 - affection associée à l'immunosuppression (ex.: leucémie, lymphome, maladie de Hodgkin, myélome multiple, néoplasie généralisée, traitement immunosuppresseur, greffe d'organe ou de moëlle osseuse);
 - infection à VIH symptomatique ou non.

¹ L'asthme n'a pas été associé à un risque accru de pneumocoque à moins d'être accompagné d'une bronchite chronique, d'un emphysème ou d'une corticothérapie systémique de longue durée.

Pneumovax 23[®] (Merck Frosst) :

Présentation : en boîte de 5 fioles
d'unidose (0,5 ml) ;

Bureau des commandes :

tél. : 428-3200 ou 1-800-463-7251

télécopieur : (514) 428-4912 ou
1-800-563-7251.

Pnu-immune 23[®] (Wyeth-Ayerst) :

Présentation : en fiole de 2,5 ml (5 doses)
ou en boîte de 5 seringues jetables
Lederject^{MD} de 0,5 ml (dose unique) ;

Bureau des commandes :

tél. : (514) 744-3111

télécopieur : (514) 744-3208

Pneumo 23TM (Connaught) :

Présentation : en seringue jetable
de 0,5 ml (dose unique) ;

Bureau des commandes :

tél. : 1-800-268-4171

Hépatite B: le vaccin leur est gratuit dans la région Pensez à vacciner les adolescents

LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE de Montréal-Centre a décidé de rendre gratuite la vaccination contre l'hépatite B aux adolescents âgés de moins de 18 ans résidant sur son territoire (Île de Montréal) afin de contrer cette maladie dont l'incidence dépasse ici la moyenne québécoise.

Depuis quatre ans, les CLSC procèdent à la vaccination systématique des élèves de la quatrième année du primaire contre l'hépatite B. Par contre les étudiants actuellement au niveau secondaire, ou du même âge mais qui ne fréquentent plus l'école, n'ont pas pu profiter des campagnes des années antérieures et ne sont pas protégés contre cette maladie.

Pour inciter les adolescents à se faire vacciner, une campagne d'information dans les écoles secondaires a été conçue en collaboration avec les 8 commissions scolaires de l'Île de Montréal, plus de 80 écoles secondaires privées et les 29 CLSC. Près de 100 000 jeunes répartis en plus de 225 écoles et leurs parents seront ainsi rejoints.

Il n'y a pas de séance de vaccination prévues dans les écoles secondaires. Les adolescents seront encouragés à se faire vacciner soit à leur CLSC ou chez leur médecin. Cette campagne avec affiches, dépliants et lettres aux parents, mettra aussi à contribution les professeurs de formation personnelle et sociale (FPS) pour qui un instrument pédagogique a été conçu afin de les aider à préparer un cours sur l'hépatite B, sa nature, ses modes de transmission et les mesures à prendre pour s'en protéger, en insistant sur la vaccination.



La vaccination contre l'hépatite B vous donne trois occasions de parler de prévention avec les adolescents

Vous recevrez sans doute plus d'adolescents en consultation à cause de cette campagne. C'est là une occasion rêvée (à

chacune des trois doses) de leur faire connaître la disponibilité des services de santé, d'aborder avec eux d'autres aspects de leur vie qui méritent une attention à la prévention et de faire naître chez eux une relation de confiance.

Les vaccins sont disponibles auprès de l'Unité Maladies infectieuses, au 932-3055 poste 4545, selon les procédures habituelles et le matériel de promotion peut être commandé au poste 4513.

RENCONTRES SCIENTIFIQUES

18 décembre
14 - 16h

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE
SUR LA COUVERTURE
VACCINALE À MONTRÉAL

Dr Louise Valiquette
Dr Robert Allard
Direction de la santé publique
de Montréal-Centre

Bienvenue à tous
1616, boul. René-Lévesque Ouest, 3e étage - Montréal

Nouveau responsable de l'Unité Maladies infectieuses

LE DR JOHN CARSLY assume maintenant, par intérim, la responsabilité de l'Unité Maladies infectieuses (UMI).

Le Dr Carsley oeuvre depuis quinze ans dans le domaine de la santé publique à Montréal. Il a été médecin-conseil au Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal de 1982 à 1993. Depuis 1993 il était chef de l'équipe «Maladies évitables par la vaccination» à l'UMI.

Cette nomination fait suite au départ du Dr Richard Massé qui a décidé, en août dernier, de se donner une nouvelle orientation de carrière et un cadre de vie moins urbain et plus maritime. Le Dr Massé est maintenant médecin-conseil à la Direction de la santé publique du Bas-St-Laurent à Rimouski.

Bulletin de l'unité

Maladies infectieuses

Une publication de l'Unité Maladies infectieuses de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre 1616, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 300 Montréal (Québec) H3H 1P8
Téléphone: (514) 932-3055
Télécopieur: (514) 932-1502
Courriel: blefebvr@santepub-mtl.qc.ca

Responsable de l'UMI (intérim):
Dr John Carsley

Rédactrice en chef:
Dr Monique Letellier

Édition:
Blaise Lefebvre

Collaboration à la rédaction:
Dr Anne Bruneau
Dr Nancy Haley
Dr Pierre A. Pilon
Dr Louise Valiquette

Infographie:
Linda Daneau

ISSN 1205-9943



Hôpital général de Montréal
mandataire

Depuis le 13 octobre 1998

l'Unité Maladies infectieuses

a une nouvelle adresse

**1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3**

Téléphone : (514) 528-2400

Télécopieur : (514) 528-2452

Télécopieur confidentiel pour déclaration de Mado : (514) 528-2461

**Notez que les renseignements donnés dans ce document
peuvent avoir changé depuis le moment de publication.**