

**Bibliothèque
et Archives
nationales**

Québec



Le présent fichier est une publication en ligne reçue en dépôt légal, convertie en format PDF et archivée par Bibliothèque et Archives nationales du Québec. L'information contenue dans le fichier peut donc être périmée et certains liens externes peuvent être inactifs.

Version visionnée sur le site Internet d'origine le 14 juillet 2008.

Section du dépôt légal



[SUCCÈS DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LE MÉNINGOCOQUE](#)
[LA PRÉVENTION: UN REMÈDE À LA MALADIE DU HAMBURGER](#)
[LE TÉTANOS: UNE MALADIE OUBLIÉE](#)
[TUBERCULOSE ET IMMIGRANTS](#)

SUCCÈS DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LE MÉNINGOCOQUE

Entre 1990 et 1993, le Québec a connu une augmentation des infections invasives à méningocoque du sérotype C et ce dans presque toutes les régions, provoquant ainsi un plus grand nombre de décès.

En 1992, au Québec, 291 900 personnes ont été vaccinées à l'occasion de neuf interventions locales et régionales.

En décembre 1992, le gouvernement décidait de procéder à la vaccination massive de toutes les personnes âgées de 6 mois à 20 ans. Un total de 1 612 790 personnes ont été vaccinées entre la fin de l'année 1991 et le printemps 1993.

Un an après cette campagne massive de vaccination contre le méningocoque, une étude a été réalisée par le Dr Philippe de Wals, spécialiste en santé communautaire, sur l'impact du programme d'immunisation de masse contre le méningocoque au Québec.

L'objectif de l'étude était d'estimer le nombre de cas et le nombre de décès prévenus par le programme d'immunisation contre le méningocoque du sérotype C réalisé au Québec entre la fin de 1991 et le

printemps 1993.

Résultats de l'étude

À la suite de la vaccination massive des enfants et des jeunes âgés de 6 mois à 20 ans, le nombre de cas d'infections invasives à méningocoque du sérotype C a nettement diminué en 1993.

Le taux d'incidence annuel de la maladie chez les personnes vaccinées est passé de 47,3 cas par million en 1992 à 8,4 cas par million après la campagne de vaccination ce qui représente le quart du taux observé chez celles nonvaccinées du même âge, soit 30,1 cas par million. L'effet observé a été beaucoup plus important chez les personnes vaccinées que celles non vaccinées. Ceci s'explique par le fait que le vaccin confère une protection directe à la personne qui le reçoit. À ceci s'ajoute l'effet indirect de la campagne de vaccination qui, en ralentissant la transmission de bactéries pathogènes dans la population en général, diminue d'autant le risque d'infection, c'est ce qu'on appelle une immunité collective.

Le nombre de cas directement prévenus par le vaccin peut être estimé à 34. Le nombre de cas prévenus par l'immunité collective peut être estimé à 35. En combinant l'efficacité directe et indirecte du vaccin, un total de 69 cas dont 10 décès auraient été évités sur une période de 12 mois, soit entre avril 1993 et mars 1994. De plus, il est raisonnable de penser que d'autres cas d'infection à méningocoque du sérotype C ont été prévenus entre mars 1994 et aujourd'hui, continuant ainsi à l'être pour les années à venir.

En terminant, il est bon de rappeler que le méningocoque du sérotype C continue à circuler. En effet, en 1994, 34 cas d'infection à méningocoque du sérotype C ont été identifiés comparativement à 42 cas du sérotype B sur un total de 95 cas; les autres cas sont pour la plupart du sérotype non défini ou du sérotype Y.

LA PRÉVENTION:

UN REMÈDE À LA MALADIE DU HAMBURGER

À Montréal, le 30 mai dernier, avait lieu le lancement de la campagne «La prévention: un remède à la maladie du hamburger» organisée par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cette campagne avait comme objectif de rejoindre le plus grand nombre possible de consommatrices et consommateurs pour leur rappeler que l'été est une saison propice au développement rapide des bactéries

dans les viandes hachées. En effet, les températures plus chaudes et une plus grande consommation de viandes hachées cuites sur le BBQ sont des facteurs associés à la multiplication de bactéries qui peuvent entraîner des intoxications alimentaires. La colite hémorragique communément appelée «maladies du hamburger» est causée par la bactérie *Escherichia coli* 0157:H7, et peut provoquer de sérieux malaises et engendrer de graves séquelles pour la santé.

Les symptômes provoqués par cette bactérie apparaissent de deux à dix jours après la consommation d'aliments contaminés et consistent en de fortes douleurs abdominales, suivies d'une diarrhée sanguinolante. Dans tous les cas, la consultation médicale est recommandée. Toute personne qui ne respecte pas les règles de manipulation, de conservation et de cuisson des viandes hachées est susceptible de devenir victime de la maladie du hamburger. Toutefois, certaines personnes présentent plus de risques, comme les personnes âgées, les jeunes enfants et les personnes dont le système immunitaire est déficient.

Pour une consommation sans risque des viandes hachées, il faut suivre ces quelques règles:

- Ne pas les consommer crues.
- Garder les viandes hachées réfrigérées à 4°C (40°F) et moins ou congelées à -18°C (0°F) et moins.
- Les décongeler au réfrigérateur ou au four à micro-ondes.
- Éviter le contact des viandes crues avec les aliments cuits ou le prêt-à-manger.
- Se laver les mains, bien nettoyer les ustensiles et les surfaces de travail.
- Ne tolérer aucune coloration rosée. Cuire à 77°C (170°F).
- Refroidir les restes en moins de 2 heures.

Source: France Verrette, Direction des communications, MAPAQ.

LE TÉTANOS: UNE MALADIE OUBLIÉE

Une étude récente publiée dans le New England Journal of Medicine (1) concluait que de nombreux américains ne sont pas immunisés contre le tétanos. Les taux les plus faibles se retrouvaient parmi les personnes âgées de 60 ans et plus. Pourquoi s'en inquiéter? Le tétanos est une maladie très rare après tout...

Le 2 avril 1995, une femme dans la soixantaine résidant en Montérégie est hospitalisée pour des spasmes musculaires impliquant le cou et la mâchoire. Très vite, elle doit être intubée et curarisée; un diagnostic de tétanos est posé. Cette dame accuse un ulcère variqueux à la jambe qui est une voie d'entrée reconnue pour l'infection. Le statut vaccinal n'est pas connu, mais elle n'aurait reçu aucun vaccin au

cours des 20 dernières années. Cette patiente se retrouvera vraisemblablement parmi les quelques cas de tétanos déclarés à chaque année au Québec.

Le tétanos est un exemple de maladie évitable par l'immunisation de base. Il demeure malheureusement une menace particulièrement pour les personnes âgées souvent peu protégées. Les médecins et les infirmières ne devraient pas oublier qu'un rappel de d2T5 au moment opportun, c'est-à-dire à tous les 10 ans, prévient le tétanos (2). Un bon moyen de se le rappeler est d'utiliser l'année de la mi-décennie soit 15, 25, 35, 45 ans et ainsi de suite.

(1) Gergen PJ, McQuillan GM, Kiely M, Ezzati-Rice TM, Sutter RW, Virella G.: A population-based serologic survey of immunity to tetanus in the United States. NEJM 1995;332:761-6.

(2) Sanford JP. Tetanus - Forgotten but not gone (editorial). NEJM 1995;332:812-3.

TUBERCULOSE ET IMMIGRANTS

Au Québec, parmi les cas de tuberculose active, un pourcentage de plus en plus important se retrouve chez des immigrants provenant de pays à forte endémicité de tuberculose; en effet, il est passé de 10% en 1975 à 44% en 1992.

On sait que le risque de développer une tuberculose chez les immigrants déjà infectés dans leur pays d'origine est plus élevé pendant les cinq premières années suivant leur arrivée. Par la suite, le risque demeure élevé durant toute leur vie comparativement à la population en général.

Jusqu'à 15% des cultures chez les cas de tuberculose active ont démontré que la souche bactérienne responsable de la maladie était résistante à au moins un médicament antituberculeux.

Ces immigrants constituent donc un groupe à risque de tuberculose et quelques recommandations s'imposent afin de prévenir de futurs cas de cette maladie contagieuse.

Il est alors important:

- dans le cas d'une tuberculose active déclarée chez un immigrant d'intensifier et d'assurer un excellent suivi du traitement tant chez le cas-index que chez les contacts étroits;
- dans le cas d'une tuberculose inactive (radiographie pulmonaire suggestive d'une ancienne tuberculose), de s'assurer qu'il y ait une évaluation médicale spécifique et un traitement approprié.

De façon générale, le seul dépistage de la tuberculose fait à l'entrée au pays est la radiographie pulmonaire. Par conséquent, plusieurs immigrants déjà infectés par le *Mycobacterium tuberculosis* et présentant une radiographie normale ne sont pas identifiés.

Il est donc recommandé que les médecins traitants offrent le dépistage tuberculique chez toute personne de moins de 35 ans originaire d'un pays à forte endémicité de tuberculose (Amérique latine, Haïti, Asie et Afrique). Le traitement préventif à l'INH pour une période de 6 à 12 mois est suggéré chez les moins de 35 ans lorsque le PPD est = ou >10 mm, indépendamment d'un BCG antérieur. Dans ce cas, la radiographie pulmonaire doit aussi être faite pour éliminer une tuberculose active.

Chez les plus de 35 ans, le traitement préventif n'est plus recommandé puisque les avantages d'un tel traitement sont moindres que les inconvénients reliés à la toxicité potentielle de l'INH.

Chez la femme enceinte, il est préférable d'attendre la fin de la grossesse pour entreprendre une chimioprophylaxie.

La prise d'INH préviendrait une tuberculose active chez 93% des sujets fidèles au traitement de 12 mois. Un minimum de six mois est requis pour obtenir une protection significative (54-88%).
