

# CONTACT

Volume 20 – Numéro 3

Mai 2013

## *En bref...*

Connaissez-vous tous les risques du **bronzage et des salons de bronzage** ? Saviez-vous que les lits de bronzage sont considérés comme des « cancérogènes connus », au même titre que la cigarette ? Et pourtant les jeunes continuent à y recourir ! Allez en **page 2** pour de l'information utile afin de conseiller votre clientèle.

**La grippe A (H7N9)** sévit en Chine. Où en est-on avec cette situation et qu'en est-il des autres infections respiratoires sévères ? En **pages 3 et 4**, on vous donne des conseils destinés aux voyageurs se rendant en Chine et des recommandations pour les professionnels de la santé pour savoir reconnaître et éviter la transmission de ces infections.

Une nouvelle arme contre les **infections à méningocoque** : dès l'automne prochain, une dose de rappel contre le méningocoque de sérogroupe C sera administrée aux adolescents de la 3<sup>e</sup> année du secondaire. Pour en savoir davantage sur les éléments qui justifient cette nouvelle vaccination, rendez-vous en **page 5**.

Dorénavant, le vaccin dcaT peut être utilisé pour la **prophylaxie postexposition lors du traitement des plaies**, en remplacement de l'actuel vaccin dT. Il est question de cette nouvelle recommandation en **page 5**.

Une **ITSS en cours de grossesse** ce n'est pas banal, ni pour le déroulement de la grossesse, ni pour le bébé à naître. Quelles ITSS doit-on dépister en début de grossesse ? Quand doit-on répéter ce dépistage ? Doit-on faire un contrôle post-traitement dans cette situation ? Qu'en est-il de l'intervention auprès des partenaires ? Vous trouverez des réponses à ces questions, en **pages 6 et 7**.

Une éclosion d'**infections invasives à méningocoques chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes** sévit actuellement à New York. Une vaccination contre cette infection peut être envisagée dans certaines situations. Il en est question en **page 8**.

**IMPORTANT ! IMPORTANT ! IMPORTANT ! IMPORTANT ! IMPORTANT ! IMPORTANT ! IMPORTANT !**

Une mise à jour de notre base de données a été effectuée. Si vous recevez votre courrier à la mauvaise adresse, merci de nous en aviser par courriel à l'adresse suivante : [melanie\\_laterreur@ssss.gouv.qc.ca](mailto:melanie_laterreur@ssss.gouv.qc.ca) ou par téléphone au 418-389-1510.



### LE CONTACT ÉLECTRONIQUE

Nous vous rappelons que vous pouvez vous inscrire en tout temps afin de recevoir le Contact en version électronique. Pour ce faire, veuillez communiquer avec madame Nathalie Jouanneau, à l'adresse suivante : [nathalie\\_jouanneau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:nathalie_jouanneau@ssss.gouv.qc.ca) ou par téléphone au 418-389-1510.

### Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel

Tout récemment, le gouvernement du Québec a mis en vigueur la loi n°74 qui interdit aux personnes mineures l'accès aux services de bronzage artificiel offerts dans les salons de bronzage. De plus, cette loi vise à interdire la publicité au profit du bronzage artificiel destinée aux personnes mineures.

### Bal de finissants

En cette saison, les jeunes se préparent pour leur bal de finissant et, malgré la nouvelle loi 74, plusieurs se donnent un beau teint pour cette occasion. **Cette période de l'année constitue donc un moment propice afin de leur rappeler à quel point le bronzage est néfaste pour leur santé !** Pour se faire, voici des stratégies intéressantes :

#### Le quiz-éclair sur le bronzage

##### Vrai ou faux ?

- Une peau bronzée protège des coups de soleil et du cancer.
- Les dommages causés par le soleil sont temporaires, la peau pouvant se réparer si on lui donne un peu de répit.
- Les appareils de bronzage artificiel sont inoffensifs pour la santé.

##### La réponse à chacune de ces questions est : **FAUX**

Le bronzage est le signe extérieur des dommages subis par la peau. Les rayons ultraviolets (UV) du soleil et les appareils de bronzage endommagent les cellules de la peau qu'on appelle mélanocytes. Les torts causés par les rayons UV sont cumulatifs, c'est-à-dire que les lésions s'additionnent à chacune des expositions ; ces effets ont pour conséquence d'augmenter le risque de cancer de la peau, en plus d'en accélérer le vieillissement. Le cancer de la peau peut mettre de 10 à 30 ans avant d'apparaître.

**Au Québec, selon les statistiques de 2011, près de 15 personnes meurent tous les mois du mélanome, le cancer de la peau le plus meurtrier.**

Certaines personnes sont plus à risque de développer ce type de cancer : celles au teint clair, cheveux blonds ou roux, présentant de nombreuses taches de rousseur ou de grains de beauté, présentant une plus grande sensibilité aux coups de soleil. Les enfants sont particulièrement vulnérables puisque de 50 à 80 % de la dose d'exposition globale est accumulée au cours de leurs dix-huit premières années de vie. Enfin, près de 95 % des cas sont guérissables s'ils sont détectés précocement.

#### Le trio CHO véhiculé par la Société canadienne du cancer

- **C** : Crème solaire avec un FPS (facteur de protection solaire) de 30 ou plus résistante à l'eau tel que recommandé par l'Association canadienne de dermatologie. Un FPS de 30 filtre 97 % des rayons UV et permet théoriquement de rester au soleil sans brûler 30 fois plus longtemps que si l'on ne porte aucun écran solaire (non recommandé pour les bébés âgés de moins de 6 mois). **Toutefois, la crème solaire ne doit pas être utilisée pour prolonger le temps passé au soleil ;**
- **H** : Habillement, porter des vêtements couvrant toutes les parties du corps et un chapeau à large bord ainsi que des lunettes de soleil ;
- **O** : rester à l'ombre le plus possible lorsque l'indice UV est élevé.

#### Dispositifs de bronzage artificiel : appareils cancérogènes

Tout comme le soleil, les dispositifs de bronzage artificiel sont absolument déconseillés car ils émettent des rayons UV et, plus particulièrement, des UVA qui pénètrent profondément la peau et endommagent le derme. D'ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a fait passer la classification des appareils émettant des UV, comme les lits de bronzage, de « cancérogène probable » à « cancérogène connu », au même titre que la cigarette.

#### Références

Société canadienne du cancer : [http://www.cancer.ca/Quebec.aspx?sc\\_lang=fr-ca](http://www.cancer.ca/Quebec.aspx?sc_lang=fr-ca)

Société canadienne de dermatologie : <http://www.dermatology.ca/fr>  
[http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/rapport\\_cancer.pdf](http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/rapport_cancer.pdf)

Le rapport du Directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer (2012)

## GRIPPE A (H7N9) EN CHINE : SAURIEZ-VOUS QUOI FAIRE ?

par Michel Giguère

**Ce qu'il faut savoir**

Les premiers cas de grippe A (H7N9) ont été signalés le 31 mars. Le 20 mai 2013, 131 personnes avaient eu un diagnostic confirmé d'infection par le virus de la grippe A(H7N9). De ce nombre, 36 sont décédées et 72 seraient actuellement complètement rétablies ; les autres étant pour la plupart toujours hospitalisées dans un état sérieux ou critique. Aucun nouveau cas n'a été rapporté depuis le 8 mai 2013.

Le virus de la grippe A (H7N9) infecte habituellement les volailles. Ce nouveau virus ne causerait pas de symptôme lorsqu'il infecte les oiseaux, ce qui rend sa détection chez les animaux quasiment impossible sans test de laboratoire. Pour l'instant, il n'a été détecté que chez un petit nombre de volailles et de pigeons sauvages. En Chine, les provinces d'Anhui, Henan, Jiangsu, Zhejiang et Shandong, de même que les municipalités de Shanghai et Pékin ont été touchées. Récemment, un cas a été rapporté à l'extérieur de la Chine, soit à Taiwan, mais cette personne travaillait en Chine.

La **transmission interhumaine** n'a pas été clairement démontrée. L'Organisation mondiale de la santé a dépêché une équipe en Chine pour étudier la situation. Les réservoirs du virus, les modes de transmission, de même que l'incubation et la contagiosité sont sous investigation.

**Symptômes**

Les cas humains de grippe A(H7N9) aviaire rapportés ont initialement présenté un tableau clinique de syndrome d'allure grippale avec fièvre, toux, céphalées et myalgies. Les symptômes peuvent rapidement évoluer vers une pneumonie sévère et une détresse respiratoire en 5 à 7 jours. Un récent article du *New England Journal of Medicine*<sup>1</sup> décrit les caractéristiques cliniques de trois patients décédés d'une infection par le virus de la grippe A(H7N9). Tous trois présentaient un syndrome de détresse respiratoire aiguë, deux de la rhabdomyolyse, deux une encéphalopathie, deux des infections secondaires à *Acinetobacter baumannii* et un cas a présenté des lésions rénales aiguës. Les enzymes créatinine kinase (CK), lactate déshydrogénase (LDH) et l'aspartate aminotransférase (AST) étaient élevées chez tous les patients.

**Traitement**

Le virus serait sensible à l'oseltamivir et au zanamivir.

**Avis aux voyageurs**

L'Agence de santé publique du Canada recommande aux voyageurs qui se rendent en Chine dans des régions à risque de grippe aviaire :

- d'éviter les contacts avec les oiseaux et volailles ou les excréments d'oiseaux (fermes, marchés d'animaux vivants, contacts avec les oiseaux, etc.) ;
- de s'assurer que la volaille et les œufs sont bien cuits avant de les manger ;
- de se laver les mains fréquemment ;
- de pratiquer l'hygiène respiratoire ;
- de consulter un professionnel de la santé en présence de symptômes de grippe pendant le voyage et jusqu'à 10 jours après le retour.

**Ce qu'il faut faire :**

- **Exercer une vigilance accrue** pour tout patient présentant des symptômes de maladie respiratoire sévère (MRS), particulièrement si la personne a séjourné dans un des pays listés au tableau #1, dans les 10 jours précédant l'apparition des symptômes.
- **Appliquer systématiquement et rigoureusement les précautions additionnelles** contre la transmission par contact et par voie aérienne (par exemple : isolement en chambre à pression négative - si non accessible, isolement dans une pièce fermée, port du masque N95, protection oculaire, blouse, gants) en plus des pratiques de base, et ce, dès l'arrivée du patient dans un établissement de santé.
- **Signaler rapidement à la Direction de santé publique**, avant même la confirmation par le laboratoire, tout cas suspect de MRS afin d'évaluer rapidement la situation et de détecter précocement des menaces réelles ou appréhendées.

<sup>1</sup> Human infection with a Novel Avian-Origin Influenza A (H7N9), *New England Journal of Medicine*, [www.nejm.org](http://www.nejm.org), (dernier accès au site : le 21 mai 2013).

Liste des pays pour lesquels une vigilance accrue lors d'une MRS est recommandée jusqu'au 10<sup>e</sup> jour après le retour du séjour.

Pays	Cas confirmés depuis 12 mois*
Arabie Saoudite	NCoV** cas humains confirmés
Bangladesh	A(H5N1) cas humains confirmés
Barheïn	NCoV à risque, mais pas de cas humain confirmé
Bhoutan	A(H5N1) cas aviaires confirmés
Cambodge	A(H5N1): cas humains confirmés
Chine	A(H5N1) et A(H7N9) : cas humains confirmés
Égypte	A(H5N1): cas humains confirmés
Émirats Arabes Unis	NCoV cas humains confirmés
France	NCoV cas humains confirmés
Hong Kong (Chine)	A(H5N1) cas aviaires confirmés
Inde	A(H5N1) cas aviaires confirmés
Indonésie	A(H5N1): cas humains confirmés
Jordanie	NCoV cas humains confirmés
Koweït	NCoV à risque, mais pas de cas humain confirmé
Népal	A(H5N1) cas aviaires confirmés
Oman	NCoV à risque, mais pas de cas humain confirmé
Qatar	NCoV cas humains confirmés
Royaume Uni	NCoV cas humains confirmés
Vietnam	A(H5N1) cas humains confirmés
Yémen	NCoV à risque, mais pas de cas humain confirmé

(\* ) Les pays où la dernière confirmation de l'un de ces virus date de plus de 12 mois, ne sont pas inclus dans cette liste.

(\*\* ) NCoV: Nouveau coronavirus.



## **DU NOUVEAU DANS L'IMMUNISATION CONTRE LES INFECTIONS À MÉNINGOCOQUE**

par Marie-France Labbé

Dès l'automne 2013, une dose de rappel contre le méningocoque de séro groupe C sera administrée aux adolescents de la 3<sup>e</sup> année du secondaire.

Au Québec comme dans le reste du Canada, l'épidémiologie des infections invasives à méningocoque est dominée par les sérogroupes B et C. Les données de surveillance du Québec mettent en évidence un pic d'activité en 2001 à la suite d'une éclosion causée par un clone virulent de séro groupe C. Depuis 2006, le nombre annuel de cas oscille entre 69 et 91, ce qui correspond à un taux d'incidence annuel d'infections invasives par le méningocoque de l'ordre de 1 pour 100 000 habitants. L'incidence des infections causées par le séro groupe C a diminué progressivement depuis l'implantation du programme d'immunisation de masse en 2001 et de la vaccination de routine des jeunes enfants en 2002, utilisant un vaccin conjugué monovalent C.

Le calendrier vaccinal actuellement utilisé au Québec consiste en une seule dose de vaccin monovalent C offert à 12 mois. Les titres d'anticorps bactéricides diminuent avec le temps, ce qui justifie une dose de rappel au début de l'adolescence, lorsque les titres d'anticorps sont très bas, mais que la mémoire immunitaire persiste et que l'effet de rappel peut être important.

La situation épidémiologique qui prévaut actuellement au Québec ne justifie pas l'utilisation d'un vaccin méningocoque conjugué quadrivalent (A, C, W-135, Y) dont le coût serait substantiellement supérieur à celui d'un vaccin monovalent C.

Les bénéfiques en termes de réduction du fardeau de la maladie seraient faibles pour un coût de programme élevé. Une décision a donc été prise en faveur d'une dose de rappel du vaccin méningocoque monovalent conjugué de séro groupe C en 3<sup>e</sup> année du secondaire dès l'automne 2013. Ainsi, on espère maintenir l'immunité de groupe et le contrôle des infections invasives causées par le méningocoque de séro groupe C avec un minimum de doses.



## **PROPHYLAXIE DU TÉTANOS : CONNAISSEZ-VOUS LES DERNIÈRES RECOMMANDATIONS ?**

par Michel Giguère

En 2004, le vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (dcaT\*) est devenu disponible au Québec et a remplacé le vaccin contre la diphtérie et le tétanos (dT) pour la vaccination en 3<sup>e</sup> secondaire. Une seule dose de vaccin est également recommandée aux adultes qui n'ont pas reçu une dose à l'adolescence. Ce vaccin n'a toutefois pas remplacé le dT dans les urgences par crainte de survaccination et d'augmentation des réactions locales.

Selon le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ), les informations disponibles supportent l'administration d'une dose de rappel du dcaT en raison d'un profil de sécurité comparable à celui du dT chez l'adolescent et l'adulte. De plus, la consultation pour un traitement de plaie constitue une opportunité de mettre à jour la vaccination contre la coqueluche dans la population adulte.

Dans un récent avis publié le 21 mars 2013, le CIQ est donc favorable à l'utilisation du vaccin dcaT en prophylaxie postexposition lors d'un traitement des plaies en remplacement de l'actuel vaccin dT dans la mesure où la personne à qui il est administré n'a pas déjà reçu une dose d'un vaccin avec le composant coqueluche acellulaire. Chez la personne qui ne connaît pas son statut vaccinal à l'égard de la coqueluche, y compris si elle a reçu ou non un vaccin acellulaire, il est recommandé d'utiliser de préférence le dcaT.

\*nom commercial : Adacel ou Boostrix

Référence : [Utilisation du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche acellulaire \(dcaT\) en prophylaxie postexposition dans le traitement des plaies, Comité sur l'immunisation du Québec, Institut national de santé publique du Québec \(INSPQ\).](#)

La présence d'une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS) chez une femme enceinte peut parfois influencer le déroulement de sa grossesse et avoir des implications importantes pour la santé du nouveau-né en raison du risque de transmission verticale.

Lors de la première visite prénatale, sans égard aux facteurs de risque, toutes les femmes enceintes devraient se voir :

- offrir un counseling et un test de dépistage pour le VIH ;
- prescrire un test de dépistage pour l'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg) ;
- prescrire un test de dépistage pour le *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* ;
- prescrire un test de dépistage pour la syphilis.

Tout dépistage d'une ITSS doit s'accompagner d'un counselling prétest approprié.

Les femmes enceintes devraient faire l'objet d'une évaluation quant aux facteurs de risque d'ITSS avant et pendant la grossesse. Chez une femme enceinte présentant des facteurs de risque persistants d'acquisition d'une ITS, les tests de dépistage devraient être répétés, au minimum une fois vers la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse et au moment de l'accouchement.

### Et si la femme enceinte est infectée ?

L'intervention auprès des partenaires de ces femmes infectées (afin qu'ils soient évalués, testés et traités) est primordiale afin d'éviter une réinfection de celle-ci. Cette intervention est tout aussi importante pour joindre les partenaires féminines des hommes infectés, particulièrement s'il est possible qu'elles soient enceintes. Nous vous rappelons que tous les CSSS de notre région offrent un soutien aux personnes atteintes d'une ITS pour l'intervention auprès de leurs partenaires.

De plus, en raison des risques pour le fœtus ou pour la femme elle-même, un contrôle post-traitement doit être réalisé chez toute femme enceinte infectée pour l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou l'infection gonococcique. Un contrôle post traitement doit aussi être effectué pour le ou les partenaires d'une femme enceinte. Celui-ci doit être effectué 4 à 6 semaines après la fin du traitement si le TAAN est utilisé et 1 à 2 semaines post-traitement, si le test utilisé est la culture.

## RISQUES LIES AUX ITSS CHEZ UNE FEMME ENCEINTE

### Infection gonococcique

- Durant la grossesse, risque accru d'avortement spontané, de rupture prématurée des membranes et de travail prématuré.
- Chez le nouveau-né d'une mère infectée, possibilité de conjonctivite grave et de sepsie.

### Infection à *Chlamydia trachomatis*

- Il ne semble pas exister d'association fiable entre une mauvaise issue de la grossesse et la cervicite à *Chlamydia trachomatis*.
- La transmission de la mère infectée au nourrisson se fait au moment de l'accouchement.
- La transmission verticale survient chez 50 % des nourrissons nés par voie vaginale.
- Elle peut aussi se produire lors d'un accouchement par césarienne, même si les membranes sont intactes.
- Au moins 20 % des bébés infectés développent une conjonctivite et 20 % contractent une pneumonie inflammatoire.

### **Hépatite B**

- La transmission de l'hépatite B semble principalement se produire au moment de l'accouchement et non pas par voie transplacentaire.
- Une femme infectée par le virus de l'hépatite peut transmettre le virus à son enfant dans une proportion variant entre 10 % (si la mère est AgHBe négative) et 70 à 90 % (si la mère est AgHBe positive), en l'absence d'une intervention (administration d'immunoglobulines spécifiques et vaccin contre l'hépatite B au nouveau-né) au moment de l'accouchement.
- Le risque de transmission durant la grossesse est de moins de 5 %.

### **Infection au VIH**

La suppression efficace de la charge virale avant l'accouchement ainsi que l'administration d'un traitement antirétroviral pendant la période intrapartum et pendant les six semaines suivant la naissance, permet de faire passer le taux de transmission verticale de 25 % à moins de 1 %.

### **Syphilis infectieuse (primaire, secondaire ou latente précoce)**

- La syphilis peut entraîner une infection fœtale se traduisant par une mortinaissance (40 % des grossesses en présence d'une mère infectée non traitée), un accouchement prématuré, des anomalies congénitales et une maladie active au moment de l'accouchement.
- La transmission se fait par voie transplacentaire (dès la 14<sup>e</sup> semaine et pendant le reste de la grossesse) ou à l'accouchement.
- Selon le stade de l'infection chez la mère non traitée, le risque de transmission au nouveau-né est variable : entre 70 et 100 % en cas de syphilis primaire ou secondaire, 40 % pour la syphilis latente précoce et 10 % dans le cas d'une infection latente tardive.

## ÉCLOSION D'INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUE : CHEZ LES HARSAH À NEW YORK

par Marie-France Labbé

Une écloison d'infections invasives à méningocoque sévit actuellement dans la ville de New York. Elle est essentiellement limitée aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Le MSSS a émis des recommandations en lien avec cette situation :

Au Québec, en accord avec les recommandations formulées dans le PIQ, il pourrait être recommandé que les personnes HARSAH qui se rendent dans la ville de New York, et ayant des contacts étroits ou intimes avec d'autres hommes via des sites de rencontres Internet, des applications pour téléphones intelligents, dans les bars ou party, bénéficient de la vaccination avec un vaccin comprenant le composant contre le méningocoque du groupe C. Il reviendra au vaccinateur d'évaluer le risque d'exposition en fonction de la nature du séjour ainsi que des activités prévues et de déterminer le vaccin à utiliser. Cette vaccination n'est pas gratuite.



Agence de la santé  
et des services  
sociaux de Chaudière-  
Appalaches  
Québec

**RESPONSABLE DU BULLETIN :**  
**CONCEPTION ET RÉALISATION :**  
**RÉDACTION :**  
**ISSN :**  
**DÉPÔT LÉGAL :**

**REPRODUCTION :**

Imprimé à l'encre végétale sur un papier certifié FSC®

### PUBLICATION

Direction de santé publique  
363, route Cameron  
Sainte-Marie G6E 3E2

Brigitte Fournier  
Nathalie Jouanneau  
Équipes Maladies Infectieuses et Santé et Environnement  
1702-6245  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013  
Bibliothèque et Archives Canada, 2013  
Toute reproduction partielle ou en totalité des textes de ce document est autorisée  
ET conditionnelle à la mention de la source.