

CONTACT

Volume 22 – Numéro 1

Février 2015

En bref...

La région de la Chaudière-Appalaches a connu un nombre record **d'éclosions d'influenza et de syndromes d'allure grippale** au cours des dernières semaines. Nous vivons actuellement une diminution de la transmission de l'infection par la souche A(H3N2). Cependant, on attend toujours une circulation soutenue du virus de type B. La vaccination est donc encore indiquée. Il en est question en **page 2**.

Mise en garde : **deux cas de malaria** ont été déclarés chez des voyageurs ayant séjourné dans un complexe hôtelier de Punta Cana. La prophylaxie est-elle indiquée ? On vous présente des critères pouvant vous aider dans votre décision et on vous donne quelques précautions à enseigner à vos patients qui se rendent à cette destination. Rendez vous en **page 2**.

Le Céfixime demeure le **traitement de premier choix de l'infection gonococcique**. Nous vivons actuellement une pénurie de capsules de Céfixime. Cependant, les pharmaciens peuvent effectuer la mise en capsule du Céfixime en poudre. On parle des options pour le traitement de l'infection gonococcique, à la fois pour la personne atteinte et pour ses partenaires. Allez en **page 3** pour plus d'information.

Un cas d'infection méningococcique touchant un enfant en garderie est survenu en décembre dernier. Une intervention de masse a été menée sur place. Cette situation illustre bien comment la collaboration entre cliniciens, professionnels de la Direction de santé publique et partenaires du réseau comme le CSSS est importante. On vous donne aussi de l'information sur la situation actuelle de cette infection et les mesures de prévention, en **page 4 et 5**.

Un cas d'**intoxication au monoxyde de carbone (CO) dans une yourte** est survenu récemment. Toute installation confinée dans laquelle fonctionne un ou plusieurs appareils à combustion comme un poêle à bois, un réchaud alimenté au propane ou tout autre combustible ou encore un réfrigérateur au propane peut engendrer une intoxication au CO. Saviez-vous que la déclaration d'un cas d'intoxication au CO ne nécessite que la présence de deux critères : une symptomatologie et une histoire compatibles avec une exposition au CO. Pour en savoir davantage allez en **page 5 et 6**.

DERNIÈRE CHANCE : LA VERSION PAPIER DISPARAÎT !

Avis à celles et ceux qui reçoivent le Contact par la poste : **NOTRE BULLETIN NE SERA PLUS PRODUIT EN VERSION PAPIER**. Ce numéro est maintenant le tout dernier à être publié ainsi et, dorénavant, le Contact sera disponible **SEULEMENT EN VERSION ÉLECTRONIQUE**.

Si vous désirez recevoir le Contact par courriel, vous pouvez vous inscrire en tout temps auprès de M^{me} Nathalie Jouanneau, à l'adresse suivante : nathalie.jouanneau@ssss.gouv.qc.ca ou par téléphone au 418-389-1533. Merci de nous indiquer vos nom, prénom, titre d'emploi, le nom de l'établissement où vous travaillez (ainsi que son adresse postale, afin d'éviter les erreurs possibles à cause des homonymes).

Nous vous prions de bien vouloir nous excuser pour les inconvénients que cela pourrait vous occasionner.

Quelle est la situation actuelle ?

Comme vous le savez, l'activité grippale a été particulièrement intense à la fin de l'année 2014 et en début d'année 2015. Un nombre record d'éclosions de syndrome d'allure grippale (SAG) et d'influenza a été rapporté à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (DSP). Du début de la saison grippale jusqu'au 20 janvier 2015, 127 éclosions de grippe ou de SAG avaient été signalées à la DSP par les différents établissements de santé de notre région. La proportion des tests positifs pour l'influenza est actuellement à la baisse. Cette variation à la baisse laisse croire, à tout le moins, à un ralentissement de la transmission du virus dans plusieurs régions. Les prochaines semaines nous montreront à quelle cadence s'établira ce ralentissement de la transmission du virus.

Et les souches en circulation ?

Les résultats d'analyses des souches en circulation ont montré que la souche A(H3N2) prédominait. Cette souche est associée, particulièrement, à un nombre plus grand de personnes malades et à une plus grande morbidité, tout particulièrement chez les groupes vulnérables. Au Canada et aux États-Unis, on a documenté une dérive antigénique du virus de l'influenza A(H3N2). Cette dérive aurait entraîné une diminution de l'efficacité vaccinale dont l'ampleur reste à préciser.

Par ailleurs, on attend toujours une circulation soutenue du virus de type B. Ce type de virus, qui a généralement un pic épidémique plus tardif que celui de l'influenza A, affecte principalement les nourrissons et les jeunes enfants. La vaccination est donc encore indiquée.

La place des antiviraux dans la lutte contre la grippe

Pour diminuer la morbidité et la mortalité associées à la grippe, l'utilisation précoce d'antiviraux en traitement est recommandée chez les personnes à risque de complications, que ces dernières soient vaccinées ou non, et particulièrement lorsque l'activité grippale est élevée.

Aucune résistance à l'oseltamivir ou au zanamivir n'a été détectée chez les souches circulant au Canada, tant pour l'influenza A(H3N2) que pour l'influenza B. Toutes les souches d'influenza A(H3N2) étaient résistantes à l'amantadine.

Même si les analyses actuellement disponibles suggèrent que la protection accordée par le vaccin contre la souche en circulation serait moins bonne que prévu, les experts s'entendent pour dire que le vaccin demeure encore le meilleur moyen de se protéger contre l'influenza, particulièrement pour les personnes vulnérables à risque de complications.

Deux hommes du Québec ont développé une malaria sévère après un séjour, en décembre 2014, dans des complexes hôteliers de Punta Cana. Les experts en santé voyage concluent que les stations balnéaires de Punta Cana ne sont pas complètement exemptes de malaria. Bien que le risque soit faible, la prophylaxie pourrait être envisagée.

Comme cette situation est récente, des voyageurs qui seront en partance très bientôt n'auront pas le temps de consulter une clinique Santé-voyage avant le départ.

Que recommander à votre clientèle ?

Il est donc fortement indiqué de prendre les mesures pour éviter les piqûres de moustiques.

Pour la clientèle en partance pour Punta Cana (incluant Bavaro Beach), analyser les risques et bénéfices de la chimioprophylaxie antipaludique et prendre en compte dans cette décision :

- La présence de facteurs de vulnérabilité (jeune enfant, femme enceinte, personne âgée ou présentant des comorbidités).
- Les activités prévues pendant le séjour.

La chloroquine est encore la prophylaxie de premier choix pour cette destination.

Il est important également d'informer le voyageur de l'importance de consulter de façon urgente en cas de fièvre dans les 3 mois au retour de voyage, afin d'éliminer un diagnostic de malaria.

PÉNURIE DE CÉFIXIME : COMMENT TRAITER LES INFECTIONS GONOCOCCIQUES DANS CE CONTEXTE ? par Brigitte Fourier

Nous vivons actuellement une pénurie de capsules de céfixime (Suprax^{md}) à l'échelle du Canada. Celle-ci devrait se prolonger au moins jusqu'en mars 2015. Il faut donc adapter la prise en charge des personnes atteintes de cette infection et celle de leurs partenaires afin de les traiter adéquatement.

Quel est l'impact de cette pénurie ?

Cette situation a un impact majeur sur la prise en charge des personnes atteintes de cette ITSS et celle de leurs partenaires. Les infections gonococciques sont de plus en plus résistantes à la pénicilline, à la tétracycline et aux quinolones. Les céphalosporines de troisième génération sous forme orale et injectable sont les derniers traitements de première intention disponibles.

Quel traitement doit-on utiliser ?

Le Céfixime demeure le traitement de premier choix pour cette infection. Actuellement, les pharmaciens peuvent effectuer la mise en capsule du Céfixime en poudre. Ils ont reçu un communiqué de la Régie d'assurance maladie du Québec les informant qu'ils seraient remboursés pour cet acte professionnel. Cette préparation est disponible dans plusieurs pharmacies de la région et les autres peuvent généralement l'obtenir dans un délai de 24 heures.

Si, malgré tout, cette préparation n'était pas disponible dans votre secteur, le traitement alternatif pour les infections anogénitales et pharyngées non compliquées est un traitement d'association avec le ceftriaxone 250 mg¹ par voie intramusculaire et l'azithromycine 1 g par voie orale.

L'ajout de l'azithromycine au traitement de la gonorrhée, soit le Céfixime ou le Ceftriaxone, à un **dosage de 1 g**, est recommandé à la fois pour traiter une éventuelle infection concomitante à *Chlamydia trachomatis* et parce qu'une monothérapie n'est pas l'option privilégiée pour le traitement de l'infection gonococcique.

Dans les cas exceptionnels où ces options ne peuvent être envisagées (ex. allergie grave à une céphalosporine),

L'azithromycine, dans ce cas en prescrivant un **dosage de 2 g per os**, pourrait être utilisée en respectant certaines conditions recommandées par l'INESSS : s'assurer d'avoir une analyse de la sensibilité de la souche à cet antibiotique (possible uniquement si la culture est utilisée pour l'analyse), sinon un test de contrôle devra être réalisé.

Intervention auprès des partenaires

Tous les partenaires ayant eu des relations sexuelles avec le cas index dans les 60 jours précédant l'apparition des symptômes ou la date de prélèvement de l'échantillon (si le cas index est asymptomatique) devraient être avisés, subir un test et recevoir un traitement épidémiologique. Le traitement susmentionné devrait être offert quelles que soient les observations cliniques et sans attendre les résultats des analyses.

Le choix thérapeutique est le même que pour la personne atteinte.

Un test de contrôle est-il requis ?

Les recommandations pour les tests de contrôle sont celles émises par l'INESSS.

Le guide de l'INESSS pour la prise en charge de l'infection gonococcique sera mis à jour sous peu afin de tenir compte des changements dans l'approvisionnement en céfixime. Vous le trouverez à l'adresse :

<https://www.inesss.qc.ca/publications/publications/publication/guides-sur-le-traitement-pharmacologique-des-itss.html>



MISE À JOUR AOÛT 2013

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

ITSS

INFECTION À
CHLAMYDIA TRACHOMATIS

INFECTION À
NEISSERIA GONORRHOEAE



¹ La voie d'administration privilégiée du ceftriaxone 250 mg est l'injection intramusculaire profonde dans le muscle fessier antérieur ou le muscle dorsofessier. L'inconfort peut être réduit lorsque le médicament est reconstitué avec 0,9 ml (250 mg) de lidocaïne à 1 % sans épinéphrine (remarque : l'eau stérile est un diluant de rechange). Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter la monographie du produit. La lidocaïne sera payée par la RAMQ si le prescripteur précise de l'utiliser comme diluant.

Les cliniciens traitent le patient. Les médecins et infirmières de la DSP prennent en charge les membres de son entourage. Des interventions complémentaires...

Une intervention récente

En novembre dernier, une infection invasive à méningocoque de sérotype B a atteint un enfant fréquentant un milieu de garde de 80 places dans le secteur de Lotbinière. Une intervention de masse a été mise en place très rapidement. Médecins et infirmières de la DSP se sont rendus dans le milieu de garde pour informer les parents, les rencontrer individuellement et prescrire la chimioprophylaxie à tous les enfants et membres du personnel du milieu, avec l'assistance de médecins et d'infirmières du CSSS concerné, que nous remercions grandement. Au-delà de 100 personnes ont été mises sous prophylaxie et 2 enfants symptomatiques ont été référés en centre hospitalier pour évaluation clinique. La vaccination avec le vaccin Bexsero a été offerte à ces mêmes personnes dans les jours suivants.

Nous profitons de cet événement pour illustrer comment la collaboration entre cliniciens, professionnels de la DSP et partenaires du réseau comme le CSSS est importante.

Selon une étude rapportée par le Comité d'immunisation du Québec (CIQ), le risque d'infection parmi les contacts étroits d'une infection à sérotype B a été estimé approximativement à 7 ‰ parmi les contacts domiciliaires, 4 ‰ dans les garderies et 0,8 ‰ dans les écoles maternelles, ce qui correspondrait après 60 jours de la survenue d'un cas index à un risque relatif de 1 245 dans les ménages, de 76 dans les garderies et de 23 dans les classes de niveau maternel par rapport au risque de base de la population générale.

Le sérotype qui circule le plus au Québec est le sérotype B (plus de 80 % des cas d'infection grave au méningocoque). La vaccination universelle au Québec est faite avec le vaccin monovalent contre le sérotype C (vaccination à l'âge de 1 an - une dose de rappel en troisième année du secondaire est offerte depuis 2013). Le vaccin contre la souche B est disponible au Québec; ses indications sont bien documentées dans le PIQ (<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/Documentation/piq/chap10-3-2a.pdf>). Les médecins doivent faire savoir à leur clientèle qu'il ne fait pas partie du programme de vaccination gratuite sauf pour des clientèles plus à risque de contracter l'infection (voir PIQ) notamment les contacts étroits d'un cas de méningocoque de sérotype B.

Que fait la DSP lors d'une déclaration d'infection invasive à méningocoque ?

Lorsqu'une infection grave à *Neisseria meningitidis* est déclarée à la DSP, nous (médecins et infirmières de la DSP) débutons immédiatement nos interventions en vue de protéger l'entourage de la personne, soit :

- Nous validons les aspects cliniques auprès du médecin en charge du cas index (diagnostic, période de contagiosité, etc.) et vérifions s'il a déjà procédé au traitement des contacts de maisonnée ou s'il accepte de le faire.
- Nous joignons immédiatement le patient ou sa famille en vue d'identifier les personnes de l'entourage potentiellement à risque d'avoir contracté l'infection.
- Nous contactons les personnes identifiées au moment de l'enquête, analysons l'intensité de leurs contacts et déterminons s'ils doivent recevoir un traitement prophylactique. Nous les avisons également des symptômes à surveiller et de la conduite à tenir le cas échéant.
- Nous joignons l'infirmière en prévention des infections du milieu hospitalier où le patient se trouve et effectuons des contacts avec les autres milieux de soins où le patient a pu transiter s'il y a lieu (incluant les services ambulanciers) afin de s'assurer que soit faite une évaluation des contacts professionnels et que les mesures appropriées soient prises.
- Nous nous assurons que les personnes considérées comme ayant été significativement exposées puissent obtenir l'antibiotique requis¹. Il peut arriver que nous contactons le médecin traitant lors de cette démarche.
- Lorsque le nombre de personnes devant recevoir la chimioprophylaxie dans un même milieu est considérable (ex : en service de garde), nous organisons et coordonnons une clinique sur le terrain avec la collaboration du CSSS et du milieu. Nous participons activement à la prescription de la prophylaxie et référons au centre hospitalier les contacts symptomatiques pour évaluation s'il y a lieu. À notre équipe, se joignent des intervenants du CSSS, gestionnaires, infirmières, travailleurs sociaux, et médecins à l'occasion, pour l'intervention de masse.
- Nous nous assurons d'obtenir l'identification du sérotype. La vaccination est offerte par le CSSS, lorsque requise, le plus rapidement possible. (Le sérotype précisé quelques jours après réception de la souche au Laboratoire de santé publique du Québec déterminera s'il y aura vaccination en complément à la chimioprophylaxie et le type de vaccin à utiliser le cas échéant).

Il nous faut travailler ensemble pour rapidement et efficacement intervenir dans les situations à risque de transmission d'infection grave comme une infection invasive à méningocoque.

Rappelons que vous pouvez nous joindre 24h par jour, 7 jours par semaine. Pendant les heures ouvrables, composez le 418-389-4230* et, en dehors des heures ouvrables, vous pouvez joindre le médecin de garde au 418-397-8070*.

**numéros strictement réservés aux professionnels du réseau de la santé*

¹ Le traitement prophylactique consiste en la prise soit de Cefixime, Ciprofloxacine, Ceftriaxone, Rifampicine ou d'Azithromycine, selon l'âge et les contre-indications.

La mesure la plus efficace pour réduire les cas secondaires serait la chimioprophylaxie (efficacité estimée à 90 % pour réduire l'ampleur du risque parmi les contacts domiciliaires). La vaccination sera recommandée si le sérotype identifié est contenu dans un des vaccins disponibles (soit une des souches A,B,C,Y,W135). La vaccination permet de minimiser le risque résiduel de cas secondaires entre le 14^e jour et le 365^e jour qui suit la chimioprophylaxie (risque estimé à 1 ‰ contacts domiciliaires selon certaines études citées par le CIQ, niveau de risque qui va en décroissant à l'intérieur de l'année).



INTOXICATION AU MONOXYDE DE CARBONE DANS UNE YOURTE

par Benoit Gingras et Vicky Bernier

Nous avons appris qu'une intoxication au monoxyde de carbone (CO) dans une yourte s'est récemment produite dans une autre région du Québec. Cette structure d'hébergement de plein air de plus en plus populaire, notamment en Chaudière-Appalaches, peut donc créer des conditions occasionnant une intoxication au CO.

En fait, toute installation confinée comme une yourte, une tente boréale, un tipi ou un camp de chasse, dans laquelle fonctionne un ou plusieurs appareils à combustion comme un poêle à bois, un réchaud alimenté au propane ou tout autre combustible ou encore un réfrigérateur au propane peut engendrer une intoxication au CO.

Le service de santé environnementale de la DSP a contacté les propriétaires-locataires et les fabricants de yourtes en Chaudière-Appalaches pour s'assurer que ce type d'installation comporte un avertisseur de CO. Ce dispositif est le seul qui peut avertir les occupants de la présence de CO.



Photo SEPAQ

Plusieurs cas d'intoxications depuis le début de l'hiver dans notre région

L'exposition au CO dans une installation d'hébergement hivernal n'est qu'une des nombreuses circonstances qui ont occasionné des intoxications à cette substance dangereuse depuis le début de l'hiver. Par exemple, plusieurs cas d'intoxications, dont certains importants, ont été causés par des moteurs que l'on faisait fonctionner dans des garages à cause du temps froid.

Rappel des critères pour déclarer une intoxication au CO

L'intoxication au monoxyde de carbone est une maladie à déclaration obligatoire dont la source, si elle n'est pas rapidement identifiée et contrôlée, peut avoir de graves conséquences sur la santé et la vie des personnes exposées. La déclaration d'un cas d'intoxication au CO ne nécessite que la présence des deux critères suivants : une symptomatologie et une histoire compatibles avec une exposition au CO.

(suite page 6)

Signes et symptômes compatibles avec une intoxication au CO :

- céphalées, vertige, étourdissements, confusion, nausées, faiblesse musculaire, tachycardie, arythmies cardiaques, perte de conscience, coma.

Ils permettent la déclaration d'un cas même lorsqu'aucune valeur de mesure biologique n'est disponible.

Histoire compatible avec une exposition au CO : une source et un combustible.

Sources : fournaise, chaufferette, poêle, foyer, chauffe-eau, réfrigérateur, véhicules moteur, appareils à moteur, procédés industriels, machineries lourdes, chariot élévateur, barbecue, resurfaeuse, lampe, fonderie, incendie, explosifs, etc.

Combustibles : propane, gaz naturel, huile, kérosène, gazoline, bois, charbon, autres combustibles.

Comment déclarer ?

Dès qu'une intoxication au CO est suspectée, quelque soit le résultat de la carboxyhémoglobine, comme tout autre type d'intoxication d'origine chimique, la déclaration doit être faite par le médecin à la DSP le plus rapidement possible..

Pendant les heures ouvrables : par télécopieur : 418-389-1560* en utilisant le formulaire AS-770; par téléphone : 418-389-1520.

En dehors des heures ouvrables : par l'intermédiaire de la centrale Info-Santé au 418-397-8070* en demandant le médecin de garde en santé et environnement.

Pour plus d'information sur les MADO chimiques

Nous vous invitons à nous contacter au 418-389-1520.

Pour obtenir les définitions, le formulaire de déclaration et la liste complète des MADO :

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/>

Vos patients pourraient obtenir de l'information complémentaire sur le CO en consultant le site du Portail santé mieux-être au <http://sante.gouv.qc.ca/> en précisant « monoxyde de carbone » dans l'onglet « Rechercher ».

* Numéros strictement réservés aux partenaires du réseau



TABLE DES ABRÉVIATIONS

• CSSS : Centre de santé et de services sociaux	• mg : milligramme
• CIQ : Comité d'immunisation du Québec	• ml : millilitre
• CO : monoxyde de carbone	• PIQ : Protocole d'immunisation du Québec
• DSP : Direction de santé publique	• SAG : syndrome d'allure grippale
• INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux	• SEPAQ : Société des établissements de plein air du Québec

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

PUBLICATION

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

RESPONSABLE DU BULLETIN : Brigitte Fournier
CONCEPTION ET RÉALISATION : Nathalie Jouanneau
RÉDACTION : Équipes Maladies Infectieuses et Santé et Environnement
ISSN : 1702-6245
REPRODUCTION : Toute reproduction partielle ou en totalité des textes de ce document est autorisée ET conditionnelle à la mention de la source.

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