



CONTACT

Volume 17 – Numéro 1

Mars 2010

LE CONTACT FAIT PEAU NEUVE !

C'est maintenant le printemps et nous sommes heureux de vous faire parvenir le bulletin Contact paré de ses plus beaux atours... Nous espérons que vous apprécierez cette nouvelle présentation aux couleurs plus éclatantes.

Pour les personnes pour lesquelles ce n'est pas encore le cas, 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** ou par téléphone au 418-389-1510.

Bonne lecture !

EN BREF...

Des **éclosions d'oreillons** ont été signalées dans plusieurs régions du Québec. Actuellement, aucun cas n'a été noté en Chaudière-Appalaches, tous les cas suspects d'oreillons doivent donc être confirmés par des analyses de laboratoire... En page 2, on vous informe sur le diagnostic et les interventions à réaliser face à un cas suspect d'oreillons.

La **prophylaxie antivirale contre l'influenza** n'est plus recommandée d'emblée lors d'une éclosion en CHSLD... Il en est question en **page 3**.

Saviez-vous qu'une **ordonnance collective pour le traitement de la pédiculose** est disponible depuis quelques mois ? Le patient pourra être remboursé pour la plupart des produits pédiculicides. Allez en **page 3** pour un rappel à ce sujet.

Le bris d'une ampoule fluocompacte comporte-t-il des risques néfastes pour la santé ? Le risque provenant d'une telle exposition est considéré très faible. On vous explique pourquoi, en **page 5**.

Une **formation sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)** est offerte aux médecins de la région. On vous en dit davantage en **page 6**.

Où en est-on pour dans le dossier de la **grippe A(H1N1)** ? Le virus circule-t-il ? Le traitement de l'influenza est-il encore accessible pour les personnes à risque de complications ? On répond à ces questions et à bien d'autres, en **page 6**.

Les **manifestations cliniques inhabituelles à la suite du vaccin contre la grippe A(H1N1)** ont été analysées : aucun effet indésirable inattendu secondaire aux vaccins contre la grippe A(H1N1) n'a été identifié. On vous présente un bilan en **page 7**.

Des modifications pour la **vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B** ont récemment été apportées. Allez en **page 8** pour plus d'information.

Contexte

Des écloisions d'oreillons sont actuellement en cours d'enquête dans plusieurs régions du Québec. Elles touchent essentiellement des communautés autochtones des régions de l'Outaouais, de l'Abitibi-Témiscamingue et des Terres-Cris-de-la-Baie-James. Depuis le 1^{er} décembre 2009, un total de 144 cas d'oreillons ont été rapportés au Bureau de surveillance et de vigilie (BSV). De plus, récemment les DSP de la région du Bas-St-Laurent et du Saguenay-Lac-St-Jean ont noté chacun un agrégat de six cas suspects d'oreillons fréquentant des établissements scolaires.

Étant donné cette situation, il est important de demeurer vigilant.

Le présent article a pour but de faire un rappel sur la maladie, sur les actions à poser en présence d'un cas probable ou confirmé d'oreillons ainsi que sur les épreuves de laboratoire recommandées.



La maladie

- L'agent infectieux en cause est le *Paramyxovirus*, genre *Rubulavirus* ;
- Le temps d'incubation est de 12 à 25 jours, pour une moyenne de 16 à 18 jours ;
- Les oreillons se manifestent principalement par une parotidite bilatérale ou unilatérale (tuméfactions douloureuses des glandes parotides) pendant 2 à 10 jours. Une fièvre légère pendant 1 à 2 jours et de la fatigue peuvent aussi accompagner la maladie. Les manifestations cliniques peuvent impliquer d'autres sites (encéphale, méninges, testicules, ovaires, articulations, pancréas) ;

- L'infection est souvent peu symptomatique ou se présente comme une IVRS ;
- Elle se résout spontanément la plupart du temps ;
- Elle se transmet par l'inhalation des gouttelettes projetées dans l'air par une personne infectée qui tousse ou éternue, à la suite d'un contact direct avec la salive d'une personne infectée via un contact avec un objet contaminé par le virus ;
- La contagiosité débute sept jours avant l'apparition des symptômes et persiste jusqu'à neuf jours après. Toutefois, elle est maximale 48 heures avant le début de la parotidite, jusqu'à 5 jours après.

Que faire si vous croyez être en présence d'un cas d'oreillons ?

- Déclarer rapidement les cas suspects ou confirmés à la direction de Santé publique ;
- En l'absence d'autres cas prouvés dans l'entourage, confirmer le diagnostic clinique par un prélèvement approprié ;
- L'efficacité du vaccin augmente avec le nombre de doses :
 - de 63 à 88 % des personnes sont protégées contre l'infection après une dose ;
 - de 88 à 95 %, après 2 doses. (Protocole d'immunisation du Québec, MSSS, 2009).

Toutefois, malgré ces données, on note que, sur les 135 cas confirmés d'oreillons qui ont été rapportés dernièrement, 63 cas (47 %) avaient reçu une seule dose de vaccin et 37 (27 %) avaient reçu deux doses.

Bien qu'il puisse y avoir des risques d'échecs vaccinaux, en présence d'une personne ayant été vaccinée, il peut être pertinent d'investiguer, au même moment, une autre cause.

Interventions auprès des cas

- Pour tous les cas, suspects ou confirmés, recommander l'isolement, pour une période de 5 jours après l'apparition des

symptômes si possible, mais au moins pour une période de 4 jours après l'apparition des symptômes.

Prélèvements à faire

Il est important que tous les cas probables d'oreillons soient confirmés par des analyses de laboratoire.

- Détection du virus (RT-PCR) ou son isolement (culture) :

La RT-PCR est la méthode privilégiée :

- Préférentiellement à partir d'un écouvillon buccal autour du canal de Sténon prélevé **dans les cinq jours** suivant l'apparition des symptômes ;

- A partir d'un échantillon d'urine, **entre 5 et 14 jours après l'apparition des symptômes.**

- Les sérologies

- Détection des IgM :

- La détection des IgM n'est pas une épreuve sensible pour le diagnostic des oreillons en phase aiguë dans une population partiellement immunisée; le résultat pourrait ne s'avérer positif que dans 30 % des cas aigus ;
- Lorsque la prévalence des oreillons est faible, la valeur prédictive positive des IgM est faible, ce qui augmente la possibilité d'obtenir un résultat faussement positif.

- Détection des IgG :

- Deux prélèvements à au moins 10 jours d'intervalle sont requis.
- **À noter qu'en situation d'éclosion, un résultat négatif N'ÉCARTE PAS un diagnostic d'oreillons.**



Oreillons au Québec (suite)

La vigilance est de mise considérant l'augmentation de la circulation des oreillons depuis 2009. Nous vous invitons à profiter de toutes les occasions qui se présentent pour faire la mise à jour du calendrier vaccinal. Toutes les personnes âgées d'un an et plus, nées après 1969 et qui n'ont pas une preuve sérologique démontrant la présence d'anticorps contre les oreillons devraient avoir la preuve écrite qu'elles ont reçu une dose de vaccin RRO afin d'être considérées protégées.

Flash vaccination

par Lucie Paré

Le saviez-vous ?



Les diluants ne doivent pas être interchangés lors de la préparation des vaccins ?

Chaque diluant doit être utilisé pour la dilution du vaccin pour lequel il a été fabriqué. Il est donc important de trouver des processus de travail permettant de s'assurer que le bon diluant est rattaché au bon vaccin.



Usage des antiviraux contre l'influenza dans les milieux de soins du Québec

par : Julie Fortin

Le saviez-vous ?

L'utilisation d'Oseltamivir en prophylaxie lors d'éclotions d'influenza en CHSLD n'est plus recommandée d'emblée, mais doit être évaluée au cas par cas.

L'initiation d'une **prophylaxie antivirale** à large échelle dans un établissement lors d'une écloion confirmée doit être considérée comme une intervention complémentaire qui s'applique lorsque l'écloion persiste malgré une adhésion optimale aux mesures de prévention et contrôle mises en place ou encore si les conséquences possibles de l'écloion le justifient.

Une surveillance étroite des symptômes et un **traitement précoce** sont par contre recommandés en plus de l'application des autres **mesures de prévention**.

Pour toute information complémentaire, vous référer auprès de l'infirmière en prévention des infections de votre CSSS.



Rappel concernant l'ordonnance collective pour le traitement de la pédiculose

par Gabrielle Vermette et Marie-France Labbé

Afin de contribuer à un meilleur contrôle des éclosions de pédiculose, le directeur de santé publique de la région de la Chaudière-Appalaches, Dr Philippe Lessard, a émis en juin 2009 une ordonnance collective à l'intention de l'ensemble des pharmaciens de la région. Cette ordonnance permet aux pharmaciens de remettre au nom du Dr Lessard le produit pédiculicide nécessaire au traitement de la personne atteinte. Le client se verra remboursé par la RAMQ ou par son régime d'assurance personnelle, pour la plupart des produits, à l'exception du produit Nix.

Dans la région, tous ne semblent pas informés de cette opportunité et continuent à défrayer eux-mêmes le produit remis, entraînant parfois des délais de traitement voire l'utilisation de traitements non indiqués dans le contrôle de la pédiculose (comme l'utilisation de produits destinés aux animaux).

Nous vous demandons de faire connaître l'information auprès de votre clientèle et rappelons que tous les pharmaciens communautaires de la région, par leur contribution à l'ordonnance collective peuvent donner accès au remboursement du produit utilisé par l'assurance de l'individu en cause (à l'exception du NIX).

Nous profitons de l'occasion pour vous rappeler dans le tableau ci-dessous les différentes options de traitement.

OPTIONS DE TRAITEMENT DE LA PÉDICULOSE

considérant la mise à jour de l'Institut national de santé publique sur le traitement pédiculicide, 2008

TRAITEMENT DE 1^e INTENTION - Permethrine 1 % (Après shampoing Kwellada-P^{mc} ou crème rince Nix^{mc} *ou autres marques)

- Premier choix pour les enfants âgés de 2 ans ou plus, les adolescents et les adultes. La perméthrine peut également être utilisée chez les nourrissons et les jeunes enfants ;
- Premier choix de traitement chez la femme enceinte, ainsi que chez celle qui allaite.

Modalité et posologie :

- 1^e application suivie d'une seconde 7 à 10 jours plus tard.

Contre-indication :

- Hypersensibilité à la perméthrine, aux pyréthrine naturelles ou aux fleurs de chrysanthème.
- **Précaution** chez les personnes allergiques à l'herbe à poux.

N.B. : Le crème rince Nix^{mc} n'est pas couvert par la RAMQ.



TRAITEMENT DE 2^e INTENTION - Pyréthrine et pipéronyl-butoxide (shampooing RetC^{mc} ou autres)

- Recommandé pour la clientèle chez qui il y a eu échec au traitement avec la perméthrine et chez les enfants de moins < 2 ans ;
- Deuxième choix de traitement chez la femme enceinte.

Modalité et posologie :

- 1^e application suivie d'une seconde 7 à 10 jours plus tard.

Contre-indication

- Hypersensibilité au produit, à la perméthrine, aux pyréthrine naturelles ou aux fleurs de chrysanthème.
- **Précaution** chez les personnes allergiques à l'herbe à poux.

TRAITEMENT DE 3^e INTENTION - Myristate d'isopropyle (Solution topique Resultz^{mc} ou autres)

- Traitement recommandé seulement chez les sujets âgés de 4 ans ou plus, lorsqu'il y a contre-indication ou échec avec les traitements de 1^e ou 2^e intention ;
- Aucune étude chez la femme enceinte ou celle qui allaite.

Modalité et posologie :

- 1^e application suivie d'une seconde 7 à 10 jours plus tard.

Contre-indication

- Non recommandé chez les enfants âgés de moins de 4 ans.
- **Précaution** chez la femme enceinte ou qui allaite. En l'absence de données lors de la grossesse ou de l'allaitement, il ne devrait pas être utilisé comme premier recours, mais seulement si échec ou contre-indication aux autres options de traitement.



Bris d'une ampoule fluocompacte dans une résidence : doit-on s'en inquiéter ?

par Maggie Rousseau



Le bris d'ampoules fluocompactes en milieu résidentiel suscite des inquiétudes quant aux risques pour la santé résultant d'une exposition potentielle aux vapeurs de mercure.

Les ampoules fluocompactes contiennent des quantités de mercure variant de 0,9 à 18 mg selon le type de fluorescent (en moyenne 5 mg). Ce mercure se trouve sous forme de vapeur dont une partie est adsorbée à la surface de la poudre fluorescente. Lors du bris, le mercure sous forme de vapeur sera rapidement libéré (1,2 à 6,8 % du mercure total) alors que celui adsorbé sur la poudre sera progressivement libéré (20 à 30 % du mercure total en une semaine).

Quels sont les risques du mercure pour la santé ?

L'existence des risques pour la santé liés aux composés de mercure est reconnue depuis longtemps. Une exposition chronique peut entraîner des dommages au niveau du système nerveux central (particulièrement chez le fœtus et l'enfant en croissance), aux reins et au foie. Les principaux effets toxiques consécutifs à l'inhalation chronique de mercure incluent des changements à l'électroencéphalogramme, des déficits neurologiques périphériques, des effets sur le système nerveux autonome, des troubles du sommeil ainsi que des problèmes de motricité fine, de coordination visuomotrice, du temps de réaction visuel, de concentration et de mémoire. Finalement, de récentes découvertes mentionnent des effets indésirables sur les systèmes immunitaire et cardiovasculaire à de très faibles concentrations.

Quelle est l'exposition en mercure lors d'un bris d'ampoule ?

En comparaison, les thermomètres au mercure contiennent environ 500 mg de mercure soit 100 fois plus que la quantité totale contenue dans une ampoule fluocompacte. La quantité de mercure qui s'échappe lors du bris d'une ampoule fluocompacte est évaluée à environ 1 mg sur une période de quelques jours. Aucun cas de toxicité clinique n'a été documenté à la suite de petits déversements de mercure qui ont été **adéquatement nettoyés**. Il est certain que si cette quantité de mercure est libérée dans une petite pièce peu ou pas ventilée, la concentration de mercure dans l'air pourra dépasser la limite de 0.2 µg/m³.

Quelle est l'estimation du risque ?

Considérant que cette limite correspond à la concentration maximale de mercure de référence établie par l'ATSDR (*Agency for Toxic Substances and Disease Registry*) pour une exposition pendant la vie entière pour les enfants (qui constituent le groupe de plus sensible à la toxicité du mercure), que le bris d'une ampoule est un événement rare et ponctuel et que la période de dépassement de cette concentration suite au bris d'une ampoule est de courte durée, le risque d'effets néfastes sur la santé provenant d'une telle exposition est très faible.

Comment réduire les risques ?

Néanmoins, afin de réduire les risques pour la santé, nous vous incitons à recommander à vos patients qui ont de tels incidents dans leur résidence d'effectuer une décontamination en appliquant la procédure de nettoyage élaborée par Santé Canada. Elle peut être consultée en ligne au : http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/prod/cfl-afc-fra.pdf.

Texte inspiré de l'« Avis scientifique sur les risques pour la santé de l'exposition au mercure lors du bris d'ampoules fluo-compactes » paru dans le bulletin d'information toxicologique d'Août 2009.



Une formation sur les ITSS : ça vous intéresse ?

par Louise Poulin

Dans le but d'optimiser vos interventions et de vous permettre d'intégrer les plus récentes recommandations sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), nous vous offrons la possibilité d'assister à la formation **Mieux prévenir et mieux traiter** développée et offerte par l'Institut national de santé publique du Québec (l'INSPQ).

Cet atelier est donné dans le cadre d'une session intensive de six heures, autour de trois modules thématiques de deux heures chacun :

Module 1 : Approche clinique de la personne asymptomatique

Module 2 : Prise en charge clinique de la personne atteinte et interventions

Module 3 : ITS virales les plus courantes : herpès génital et condylomes

Six heures de crédit en formation médicale continue (catégorie 1) sont accordées au médecin omnipraticien participant à cet atelier.

Si cette formation vous intéresse personnellement ou que vous désirez l'intégrer à l'horaire de formation médicale continue de votre groupe, veuillez nous le faire savoir en communiquant avec moi, au 418-389-1510.



GRIPPE : Où en est-on ??

par Brigitte Fournier

Fin de la deuxième vague au Québec

Le directeur national de santé publique (DNSP) a annoncé le 7 janvier 2010 la fin de la deuxième vague épidémique de la pandémie de grippe A(H1N1) au Québec. Les experts québécois sont d'avis que la survenue d'une troisième vague épidémique du virus de l'influenza A(H1N1) 2009 au Québec est peu probable ou qu'elle serait d'une faible intensité si elle survenait.

Dans la région

Pour le moment, le virus de la grippe A(H1N1) et le virus saisonnier ne semblent pas circuler dans notre région.

Bilan des cas de grippe A(H1N1)

Entre le 30 août 2009 et le 10 février 2010, au Québec, 2 490 personnes souffrant de la grippe A(H1N1) ont dû être hospitalisées. Parmi celles-ci, 361 ont été transférées aux soins intensifs et 82 en sont décédées. Dans la région de la Chaudière-Appalaches, pour la même période ce sont 76 personnes qui ont été hospitalisées en raison de la grippe A(H1N1) et on ne note aucun décès.

Note : Le cas hospitalisé est un patient ayant occupé un lit de courte durée (incluant un lit débordement) et ayant obtenu un résultat de RT-PCR positif pour la grippe A(H1N1).

Signalement des cas

La recommandation de la Direction générale de la santé publique (DGSP) à l'effet de prélever les patients hospitalisés présentant des symptômes pouvant être attribuables à l'influenza est maintenue aux fins de la surveillance épidémiologique.

Utilisation des antiviraux pour le traitement

Les antiviraux contre la grippe (Tamiflu^{mc} et Relenza^{mc}) continuent d'être accessibles gratuitement par l'entremise des pharmacies communautaires pour le traitement des personnes symptomatiques.

Les critères d'utilisation des antiviraux en traitement a été déposé sur le site WEB de l'Agence de la santé et des services sociaux à l'adresse <http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/H1N1.htm>, dans la section professionnels de la santé. Vous pouvez y consulter la version la plus à jour.

Vaccination

La vaccination contre la grippe A(H1N1) et la vaccination contre la grippe saisonnière se poursuivent. Pour le moment, les dates de fin de ces campagnes de vaccination ne sont pas connues.

Mesures de santé publique

L'hygiène respiratoire et le lavage des mains demeurent des recommandations pour la population en tout temps.

Les mesures destinées aux cliniques médicales se retrouvant dans le document *Cliniques médicales- Mesures à prendre pour prévenir la transmission de la grippe, 15 juillet 2009* doivent être maintenues. Ce document vous a été acheminé en août dernier et il se trouve à l'adresse suivante :

<http://www.msss.gouv.qc.ca/extranet/pandemie/download.php?f=2435ce03b4f59e4ff20fcb20b58e1994>.

Manifestations cliniques inhabituelles (MCI) post vaccin contre la grippe A(H1N1)

par Michel Giguère

AU CANADA

En date du 30 janvier 2010, un total de 25 143 millions de doses de vaccins avaient été distribuées au Canada.

À la même date, 6 131 effets secondaires avaient été signalés à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) par les autorités responsables des programmes de vaccination provinciaux et territoriaux. De ce nombre, 250 cas répondaient à un ou à plusieurs des critères requis pour être jugés graves. Les cas d'effets secondaires graves regroupent 131 réactions anaphylactiques.

*Le terme **effet secondaire grave suivant l'immunisation** désigne tout effet secondaire qui peut entraîner ou qui entraîne la mort, qui exige une hospitalisation ou la prolongation d'une hospitalisation en cours ou qui entraîne une invalidité résiduelle.*

Au Canada, treize décès ont été déclarés et font l'objet d'une enquête.

Les effets secondaires le plus souvent signalés étaient bénins et comprenaient des réactions au site d'injection, des nausées, des vomissements, des étourdissements, des maux de tête et de la fièvre.

Aucune donnée recueillie jusqu'à maintenant ne remet en doute l'innocuité du vaccin contre la grippe A(H1N1) donné aux femmes enceintes.

Comment doit-on interpréter les résultats de la surveillance canadienne ?

Le taux de déclaration d'effets secondaires par 100 000 doses distribuées au Canada est de 24,4. Le taux de signalement d'**effets secondaires graves** est de 0,99 cas par 100 000 doses distribuées.

Le seul risque d'effet secondaire grave clairement reconnu suivant la vaccination est le risque de réaction anaphylactique. À ce jour, la fréquence globale des cas d'anaphylaxie suivant l'immunisation contre la grippe A(H1N1) est de 0,52 cas par 100 000 doses distribuées, soit un taux qui se situe dans la fourchette normale des taux observés après toute vaccination.

Le type et la fréquence des effets secondaires (graves et bénins) observés au Canada correspondent aux résultats obtenus au cours des essais cliniques. Ils s'apparentent aussi à la situation observée dans les autres pays où le vaccin avec adjuvant est utilisé.



AU QUÉBEC

Au Québec, depuis le début de la campagne de vaccination contre la grippe pandémique A (H1N1), 4 420 500 personnes âgées de 6 mois ou plus ont été vaccinées et 2 278 MCI ont été signalées, dont 94 considérées sérieuses.

Le taux d'incidence s'établit à 39,4 pour 100 000 doses de vaccin distribuées pour l'ensemble des MCI, et à 1,6 pour 100 000 doses de vaccin distribuées pour les MCI sérieuses.

Quatre décès ayant une relation temporelle avec la vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1) ont été signalés à ce jour au Québec. Un de ces cas est encore sous enquête car la cause de décès n'est pas encore connue, tandis qu'un autre cas a présenté des symptômes compatibles avec ceux d'une réaction allergique grave au vaccin.

Comment doit-on interpréter les résultats de la surveillance québécoise ?

Le taux de MCI sérieuses attribuables à la vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1) est similaire aux taux de MCI sérieuses survenues à la suite de la vaccination contre la grippe saisonnière au cours des années antérieures.

Qu'en est-il du syndrome de Guillain Barré (SGB) au Québec ?

Tous les cas de SGB sont actuellement signalés au Québec qu'ils soient ou non reliés à une vaccination contre la grippe. Depuis le début de l'enquête jusqu'au 25 février 2010, 43 cas de SGB ont été déclarés, dont 2 récidives. Vingt cas (dont une récidive) ont été déclarés dans les huit semaines suivant l'administration d'un vaccin contre la grippe pandémique A(H1N1). Les 23 autres cas déclarés étaient sans lien avec la vaccination.

Le taux d'incidence des SGB observé après la vaccination contre la grippe A(H1N1) est de 0,31 pour 100 000 doses de vaccins distribuées. Le taux observé lors de la vaccination contre la grippe saisonnière est de 0,14 pour 100 000 doses de vaccin distribuées. En tenant compte du fait que l'incidence de SGB est plus élevée pendant l'hiver, et en poussant plus loin les analyses il apparaît que le taux d'incidence actuel des SGB se situe donc dans les limites normalement attendues pour la saison et, par conséquent, **aucune augmentation significative de cas de SGB n'est associée à ce jour au vaccin contre la grippe pandémique A(H1N1).** En fait, le risque d'être atteint du SGB suite à une grippe est plus élevé qu'après avoir reçu un vaccin contre la grippe.

Quelles ont été les manifestations signalées dans notre région ?

Selon les données disponibles le 10 février 2010, 233 198 personnes ont été vaccinées contre la grippe A(H1N1) dans la région de la Chaudière Appalaches. Après enquête, 81 incidents reliés dans le temps à l'administration d'un vaccin contre la grippe A(H1N1) ont été retenus. Les manifestations les plus souvent rapportées étaient : les allergies (34 cas), les syndromes oculo-respiratoires (11 cas) et les réactions locales (10 cas). Aucun décès n'a été signalé suite à la vaccination contre la grippe dans notre région.

Les réactions ont-elles été plus fréquentes qu'attendues ?

Le taux d'incidence des MCI dans notre région ne semble pas significativement supérieur à ce qui était observé dans la province au cours des années antérieures avec le vaccin contre la grippe saisonnière.

Le saviez-vous ?

Les recommandations pour **la vaccination contre l'hépatite A et contre l'hépatite B** ont été modifiées au cours des derniers mois. Dans certains cas, les clientèles ont été précisées et de nouveaux groupes ont été ajoutés.

Ainsi, les personnes suivantes devraient être immunisées contre l'hépatite A et contre l'hépatite B* :

- Les personnes atteintes d'hémophilie qui reçoivent des facteurs de coagulation dérivés du plasma ;
- Les personnes atteintes de maladies chroniques du foie (ex. porteur de l'hépatite B ou de l'hépatite C, personne atteinte de cirrhose) ;
- Les personnes qui prennent des produits hépatotoxiques.

Aussi, la vaccination contre l'hépatite B est recommandée pour les personnes suivantes :

- Personnes qui sont appelées à recevoir fréquemment des produits sanguins ;
- Personnes hémodialysées et celles sous dialyse péritonéale ainsi que les personnes pour lesquelles une dialyse est prévue.

De plus, **ces personnes peuvent recevoir gratuitement cette vaccination**, selon les modalités déjà en place :

- Il est possible de référer votre client au CSSS pour l'administration de ces vaccins ;

A-t-on observé des cas de syndrome de Guillain Barré en Chaudière-Appalaches ?

En Chaudière-Appalaches, on a enregistré 4 cas de syndrome de Guillain Barré (SGB) depuis le début de la période de surveillance des SGB. Aucun cas n'a été signalé moins de 6 semaines après l'administration du vaccin contre la grippe A(H1N1). Deux personnes ont présenté un SGB entre 6 et 8 semaines après avoir été vaccinées, les deux autres n'avaient pas reçu le vaccin contre la grippe A(H1N1).

En conclusion, bien que l'analyse des données ne soit pas terminée, les systèmes de surveillance mis en place n'ont pas identifié d'effets indésirables inattendus secondaires aux vaccins contre la grippe A(H1N1).

Pour plus de détails sur la surveillance des effets secondaires du vaccin contre la grippe A(H1N1), consultez le site : <http://www.phac-aspc.gc.ca/alerte-alerte/h1n1/vacc/addeve-fra.php?option=print>

par Brigitte Fournier

- Si vous êtes un médecin vaccinateur, vous pouvez obtenir ces vaccins selon les modalités habituelles.

Nous vous ferons parvenir, d'ici peu, une mise à jour du tableau résumant l'ensemble des clientèles ayant accès gratuitement à la vaccination contre l'hépatite A et/ou l'hépatite B.

Les personnes qui pourraient moins bien répondre à la vaccination contre l'hépatite A ou contre l'hépatite B (ex. les personnes immunosupprimées, les personnes avec maladies chroniques du foie ou les personnes sous dialyse) devraient recevoir les vaccins monovalents contre l'hépatite A et contre l'hépatite B de façon à pouvoir leur administrer les posologies adéquates de chacun de ces vaccins.



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

Brigitte Fournier
Nathalie Jouanneau
Équipes maladies infectieuses et santé et environnement
1702-6245
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

PUBLICATION

Direction de santé publique et de l'évaluation
363, route Cameron
Sainte-Marie G6E 3E2