



Volume 10, numéro 2 — Février 2004 ISSN # 2-89342-027-7

MALADIES RESPIRATOIRES SÉVÈRES ÉMERGENTES

- [LA GRIPPE AVIAIRE.](#)
- [LE SYNDROME RESPIRATOIRE AIGÛ SÉVÈRE. \(SRAS\)](#)
- [APPEL À LA VIGILANCE DES MALADIES RESPIRATOIRES](#)
- [CAMPAGNE « JE PROTÈGE LES AUTRES » UNE NOUVEAUTÉ](#)

MALADIES RESPIRATOIRES SÉVÈRES ÉMERGENTES

LES MALADIES RESPIRATOIRES SÉVÈRES ÉMERGENTES REGROUPENT DES MALADIES RESPIRATOIRES TRANSMISSIBLES AVEC UNE MORBIDITÉ ET UNE MORTALITÉ ÉLEVÉES, POUVANT ÊTRE CAUSÉES PAR DES PATHOGÈNES CONNUS OU EN ÉMERGENCE ET AYANT LE POTENTIEL DE PROVOQUER UNE ÉPIDÉMIE OU MÊME UNE PANDÉMIE.

LA GRIPPE AVIAIRE

Depuis la mi-décembre 2003, des éclosions d'influenza aviaire hautement pathogène H5N1 ont été rapportées chez les poulets et les canards dans 8 pays du sud-est asiatique. À ce jour, 23 cas humains ont été identifiés au Vietnam et 9 en Thaïlande dont 22 sont décédés. La situation est préoccupante et à la fin janvier, les autorités de santé publique recommandaient la surveillance des maladies respiratoires sévères potentiellement associées à l'influenza aviaire, ainsi que la mise en place de stratégies d'intervention en préparation d'une pandémie d'influenza.

QU'EST-CE QUE LA GRIPPE AVIAIRE

La grippe aviaire est une maladie infectieuse affectant toutes les espèces d'oiseaux et moins fréquemment les porcs. Le gibier d'eau migrateur, notamment les canards sauvages, constitue le réservoir naturel de ces virus. Ces oiseaux sont les plus résistants à l'infection alors que les volailles domestiques (poulets et dindes) y sont particulièrement sensibles. On connaît 15 sous-types de virus grippal chez les oiseaux. À ce jour, les flambées les plus pathogènes ont été causées par les virus grippaux A de sous-types H5 et H7.

La transmission s'effectue lors de contacts fréquents et intensifs avec des sécrétions respiratoires ou des déjections d'oiseaux infectés. Le contact direct ou indirect entre les oiseaux domestiques et le gibier d'eau migrateur a souvent été à l'origine des épidémies. Les marchés d'oiseaux vivants ont également joué un rôle important dans la propagation de l'infection. Les virus grippaux aviaires se transmettent facilement d'une ferme à l'autre par des moyens mécaniques : matériel, véhicules, aliments, cages ou vêtements contaminés. Les virus hautement pathogènes peuvent survivre longtemps dans l'environnement, surtout à basse température.

UN VIRUS EN MUTATION CONSTANTE : DEUX CONSÉQUENCES

Tous les virus grippaux de type A sont génétiquement instables. Leur composition génétique change à mesure qu'ils se répliquent chez l'homme ou chez l'animal et une nouvelle variante antigénique remplace bientôt la souche de départ. C'est le glissement antigénique, une modification mineure des virus grippaux A.

De plus, les virus A de différentes espèces peuvent échanger leur matériel génétique et le fusionner. Ce processus entraîne une variation antigénique majeure qui aboutit à la création d'un nouveau sous-type, différent des deux virus dont il est issu. Comme les populations humaines n'ont aucune immunité contre ce nouveau sous-type et qu'aucun vaccin ne permet de s'en protéger, ces variations antigéniques majeures ont entraîné dans le passé l'apparition de pandémies avec une mortalité élevée. Pour qu'un tel événement puisse se produire, le nouveau sous-type doit avoir des gènes provenant de virus grippaux humains qui lui donnent la possibilité de se transmettre facilement et durablement d'une personne à l'autre.

On a longtemps pensé que les conditions favorables à l'apparition de variations antigéniques majeures sont réunies lorsque l'homme vit à proximité immédiate des volailles et des porcs. Comme les porcs sont sensibles aux infections à la fois par les virus aviaires et par les virus des mammifères, notamment les souches humaines, ils peuvent servir de creuset pour le mélange du matériel génétique des virus humains et aviaires.

LES INFECTIONS HUMAINES CAUSÉES PAR DES VIRUS GRIPPAUX AVIAIRES

Les premiers cas d'infections humaines par des virus de grippe aviaire se sont produits à Hong Kong en 1997, lorsqu'une souche H5N1 a provoqué une affection respiratoire grave chez 18 personnes et entraîné la mort de 6 d'entre elles. Cette infection a coïncidé avec une épidémie de grippe aviaire hautement pathogène, provoquée par la même souche, affectant les volailles. On a établi que des contacts étroits avec des volailles vivantes contaminées étaient à l'origine de tous les cas. C'était la première démonstration qu'un virus grippal aviaire se transmettait directement à l'être humain et provoquait une maladie grave avec une mortalité élevée. Un deuxième épisode dû au virus H5N1 a été à l'origine de 2 cas dont un mortel en février 2003.

POURQUOI LE VIRUS AVIAIRE H5N1 ACTUEL EST-IL AUSSI INQUIÉTANT ?



Le virus grippal aviaire H5N1 isolé récemment chez des oiseaux aquatiques mute rapidement et a une propension à acquérir les gènes des virus infectant d'autres espèces. La généralisation des épidémies chez l'oiseau augmente les possibilités d'exposition pour l'homme. Les études ont montré que le risque de transmission directe du virus H5N1 de l'oiseau à l'homme est maximal pour les personnes en contacts étroits avec des volailles vivantes infectées. La circulation des virus grippaux humains et l'accroissement du nombre des infections de souches aviaires chez l'homme augmentent les possibilités pour les virus aviaires et humains d'échanger leur matériel génétique. Si un nouveau sous-type apparaissait et si celui-ci s'avérait capable de se propager facilement et durablement d'une personne à l'autre, les conditions seraient alors réunies pour le début d'une pandémie. Heureusement, dans l'épidémie actuelle, tous les gènes de la source variante H5N1 isolés à partir des cas humains sont d'origine aviaire et le virus n'a pas encore acquis de gènes du virus grippal humain.

LES MESURES ENTREPRISES POUR STOPPER LE VIRUS AVIAIRE H5N1

La mise en quarantaine des élevages contaminés et l'abattage massif et rapide des volailles infectées ou exposées au virus H5N1 sont en cours dans les pays atteints par la flambée. Ce sont les mesures classiques de lutte qui visent à éviter la propagation de l'infection à d'autres fermes. On estime que quelques 50 millions de volailles ont été abattues depuis le début de la crise. ■

La pandémie d'influenza : un risque réel

Une pandémie d'influenza survient quand :

- ☐ un nouveau sous-type de virus de l'influenza est identifié chez l'humain en l'absence d'une immunité dans la population;
- ☐ l'infection qu'il cause a une morbidité ou une mortalité élevée;
- ☐ l'infection peut se transmettre facilement d'une personne à une autre;
- ☐ l'infection se retrouve dans plusieurs régions géographiques du monde.

Actuellement, un nouveau virus influenza a été identifié chez l'humain causant une mortalité élevée.

ACTIONS ENTREPRISES

...au niveau mondial

La stratégie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) repose sur les mesures suivantes :

- ☐ une surveillance animale et humaine active de l'influenza aviaire dans les régions affectées;

- ☐ le développement d'un nouveau vaccin. Toutefois, les experts estiment qu'un vaccin ne sera vraisemblablement pas disponible en début de pandémie, le cas échéant;
- ☐ une collaboration avec les pays concernés pour réaliser les mesures de contrôle, essentiellement l'élimination sécuritaire des animaux infectés et la vaccination.

... au Canada

Santé Canada et l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) ont accru leur surveillance. Ils maintiennent des liens étroits avec les autorités internationales et fournissent, au besoin, à toutes les provinces une mise à jour de l'information et des recommandations. Santé Canada a développé un « Plan de pandémie d'influenza » qui fait état des mesures à prendre pour limiter l'impact d'une pandémie sur le territoire canadien.

... et au Québec

L'ensemble des activités du programme de lutte contre l'influenza du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sont intensifiées au niveau de la surveillance de l'influenza et de l'actualisation du plan de pandémie québécois. Une surveillance animale active est également menée par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) pour le volet animal. ■



Le SRAS est une nouvelle maladie respiratoire. Certaines personnes l'appellent « pneumonie atypique ». Cette maladie a fait son apparition en Asie à la fin de 2002. Elle s'est répandue par la suite dans différents pays, dont le Canada, à l'occasion de voyages internationaux.

QU'EST-CE QUI CAUSE LE SRAS ?



Le SRAS est causé par un type de coronavirus, inconnu auparavant, appelé coronavirus SRAS (CoV SRAS). Normalement, les coronavirus provoquent des symptômes légers ou modérés des voies respiratoires supérieures comme le rhume. Il peut y avoir des facteurs personnels reliés au système immunitaire ou des facteurs du milieu qui influent sur les symptômes et la gravité du SRAS.

Les données entourant le rôle des animaux à l'égard de l'origine, de la transmission et du réservoir du CoV SRAS sont limitées. Des analyses faites sur des spécimens de différents animaux provenant de marchés où ils étaient vendus pour la consommation humaine ont décelé la présence de virus analogues au CoV SRAS chez la civette palmée de l'Himalaya (civette), le chien viverrin et le bobak chinois. D'autres études ont démontré que des travailleurs de ces marchés ont été infectés par le CoV SRAS. Il faudra réaliser encore beaucoup d'études avant d'en arriver à des conclusions.

COMMENT SE PRÉSENTE LE SRAS



La période d'incubation du SRAS est habituellement de 2 à 7 jours mais des rapports isolés suggèrent une période d'incubation pouvant aller jusqu'à 10 jours.

La maladie commence habituellement avec un prodrome de fièvre souvent élevée (> 38 °C), parfois associée à des frissons et pouvant être accompagnée d'autres symptômes, y compris des maux de tête, des malaises et des myalgies. Au début de la maladie, certains cas présentent de légers symptômes respiratoires. Typiquement, il n'y a pas d'éruption cutanée ni de symptômes neurologiques ou gastro-intestinaux, bien que certains patients aient signalé de la diarrhée au cours de la phase prodromique fébrile.

Après 3 à 7 jours, survient la phase respiratoire, touchant les voies respiratoires inférieures et se manifestent par une toux sèche ou une dyspnée pouvant évoluer vers une détresse respiratoire. Dans environ 10 à 20 % des cas, la maladie est suffisamment grave pour exiger une intubation et une ventilation mécanique. Les radiographies pulmonaires peuvent être normales au cours du prodrome fébrile et pendant l'évolution de la maladie. Mais chez un nombre important de patients, la phase respiratoire est caractérisée par l'évolution vers une pneumonie radiologique. Même si certaines personnes meurent de cette maladie, la grande majorité (95 %) des gens en guérissent.

COMMENT SE TRANSMET LE SRAS



Le SRAS se transmet par des contacts étroits avec une personne atteinte du SRAS.

Être en contact étroit signifie : vivre dans la même maison ou donner des soins ou avoir un contact direct avec les sécrétions respiratoires ou les liquides organiques d'une personne atteinte du SRAS. Jusqu'à maintenant, il semble que les personnes atteintes du SRAS ne soient pas contagieuses avant l'apparition des symptômes.

Puisque la maladie se transmet par contact direct, il faut placer les malades hospitalisés dans des chambres d'isolement, pour éviter qu'ils contaminent d'autres patients. Le personnel soignant doit adopter de strictes mesures de protection personnelle (par exemple, port du masque, blouse et gants).

Au Québec, la Direction générale de santé publique (DGSP) du MSSS a émis des recommandations sur les mesures de protection personnelle pour les travailleurs en milieu hospitalier en présence d'un cas de SRAS. Ces recommandations ont été largement diffusées aux agents de prévention des infections et aux microbiologistes des centres hospitaliers ainsi qu'aux professionnels des CLSC lors de journées de formation sur le sujet. Un outil-vidéo est également disponible pour la formation du personnel soignant sur les mesures de protection personnelle (choix et ajustement des masques et des autres types d'équipements de protection selon la situation, méthode pour la mise en place et le retrait des équipements individuels de protection personnelle, etc.).

FAITS SAILLANTS DE L'ÉCLOSION DE SRAS EN 2003

Au niveau mondial, du 1^{er} novembre 2002 au 7 août 2003, 8422 cas de SRAS (dont 916 décès) répartis dans 29 pays ont été rapportés à l'OMS. La majorité des cas (92 %) proviennent de Chine. L'âge moyen des personnes atteintes est de 41,5 ans et le taux de mortalité est de 11 %. Les personnes affectées sont des travailleurs de la santé dans 20 % des cas (1725 cas). En moins de 4 mois cette nouvelle maladie fut maîtrisée.

Au Canada, le SRAS a fait son apparition à la fin de février 2003 à la suite de l'importation du premier cas à Toronto. En date du 5 septembre 2003, on dénombrait un total de 438 cas dont 251 probables et 187 suspects. Il y a eu 44 décès (9,8 %). Les trois quarts des cas ont été attribués à une exposition dans un hôpital ou un milieu de soins de santé. L'écllosion de SRAS a affecté 108 travailleurs de la santé (43 % des cas) durant la période du 23 février au 12 juin 2003. Seulement 6 % des cas ont été contractés à la suite d'une exposition lors de voyages, les autres ayant été exposés à domicile.

Au Québec, aucun cas n'a été signalé. Plus de 300 personnes ayant été en contact étroit avec une personne atteinte du SRAS ont été placées en isolement chez elles (quarantaine), par mesure de prudence. Aucune d'elles n'a présenté de symptômes suggestifs du SRAS et elles ont pu reprendre leurs activités normales.

Le retour du SRAS?

- ☐ Depuis le 16 décembre 2003, il y a 4 cas de SRAS détectés en Chine, dans la région de Guangdong (3 cas confirmés et 1 probable).
- ☐ Il s'agit de cas sporadiques pour lesquels aucun lien épidémiologique n'a pu être établi.
- ☐ Il n'y a toujours aucune preuve de transmission de personne à personne.
- ☐ À ce jour, aucun des contacts identifiés n'a développé de symptômes du SRAS.

L'OMS continue de surveiller attentivement la situation et mène une enquête épidémiologique sur les sources possibles de transmission.

CONSEILS AUX VOYAGEURS

Il n'y a pas de recommandation à l'effet de restreindre les déplacements dans les pays affectés par la grippe aviaire et le SRAS pour le moment. Il est cependant recommandé aux voyageurs se rendant dans ces régions de consulter une clinique santé-voyage quelques semaines avant leur départ. Il est recommandé aux voyageurs qui deviendraient malades ou ne se sentiraient pas bien à leur retour de consulter leur médecin et de l'informer de leur séjour à l'étranger, en précisant les endroits visités.

Les mises à jour des avis de Santé Canada aux voyageurs peuvent être consultées aux sites suivants :

- ☐ Grippe aviaire H5N1: http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/tmp-pmv/2004/h5n1040219_f.html
- ☐ SRAS : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/tmp-pmv/2004/sars-sras040202_f.html



Dès décembre 2003, la DGSP a mis en place des mesures pour assurer une vigie continue de toute maladie respiratoire sévère (MRS) potentiellement associée au SRAS ou à d'autres infections respiratoires sévères ou émergentes. La vigie de l'influenza aviaire s'est ajoutée en janvier 2004.

Une vigilance accrue est l'élément pivot des interventions de santé publique, en cas de menace d'éclosion ou de pandémie. Les objectifs de la surveillance sont les suivants :

- ☐ détecter rapidement des syndromes respiratoires inhabituels sévères;
- ☐ implanter rapidement des mesures de préventions appropriées pour réduire la transmission dans les milieux de soins.

La Direction de santé publique (DSP) de la Montérégie a déjà diffusé en janvier et en février des communiqués aux médecins du territoire les invitant à signaler à la DSP les cas présentant des critères cliniques et épidémiologiques de maladies respiratoires sévères qui feraient suspecter le SRAS ou un influenza aviaire. L'objet de la surveillance doit constamment être ajusté en fonction de la situation épidémiologique et de l'évolution des connaissances. Des communiqués seront émis aux médecins de tout le réseau selon l'évolution de la situation. ■



La survenue du SRAS a rappelé le rôle des milieux de soins dans la transmission des maladies respiratoires infectieuses. Depuis, les experts de santé publique et de contrôle des infections, notamment Santé Canada, les Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) et plus récemment le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) recommandent d'instaurer des nouvelles mesures préventives pour réduire le risque de transmission des infections respiratoires en milieux de soins.

Un des moyens efficaces pour réduire les risques de transmission des infections respiratoires telles que rhume, grippe, pneumonie, SRAS et grippe aviaire est la mise en place de « l'étiquette respiratoire ». L'application de « l'étiquette respiratoire » est souhaitable dans tous les milieux de soins (clinique médicale, CLSC, salle d'urgence, milieu hospitalier et CHSLD) et particulièrement en période de transmission de ces infections respiratoires tout en tenant compte des contraintes de chaque milieu.

La Direction de santé publique de la Montérégie dans le cadre de la campagne de prévention des infections « Je protège les autres » a produit des outils de promotion en lien avec l'étiquette respiratoire. Ces outils ont pour but de :

- ☐ identifier rapidement les patients qui font de la fièvre et de la toux;
- ☐ les inviter à se laver les mains ou à désinfecter leurs mains avec un rince-mains antiseptique;
- ☐ fournir un masque et inciter les patients qui font de la fièvre et de la toux à porter un masque en milieu de soins;
- ☐ regrouper ces patients dans une section retirée de la salle d'attente, à plus d'un mètre des autres patients.

Le matériel de cette campagne, déjà envoyé aux CH, CLSC, CHSLD et cliniques médicales, comprend des affiches et des dépliants sur le port du masque en présence de fièvre et de toux et sur le lavage des mains. ■

Pour toute demande de renseignements, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

