

Vaccination contre l'influenza et le pneumocoque dans la région de la Capitale-Nationale

NOUVEAUTÉS EN 2007-2008

Début de la campagne : 1^{er} novembre 2007

Cette année, la campagne de vaccination contre l'influenza débutera le 1^{er} novembre 2007 et les vaccins seront livrés pour cette date.

Légère modification dans la composition du vaccin

Pour la saison 2007-2008, la souche H1N1 a été modifiée alors que les souches H3N2 et B demeurent semblables à celles de l'an dernier.

A/Solomon Islands/3/2006 (H1N1)

A/Wisconsin/67/2005 (H3N2)
ou la souche analogue
A/Hiroshima/52/2005 (H3N2)

B/Malaysia/2506/2004

Vaccins utilisés

Pour le programme de vaccination gratuite, les vaccinateurs recevront des vaccins Fluviral (GlaxoSmithKline) ou Vaxigrip (Sanofi Pasteur). Les vaccins contre l'influenza sont interchangeables. Ainsi, soit le Fluviral, soit le Vaxigrip peut être utilisé pour les enfants tel qu'indiqué dans le *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ, p.244).

«Lorsque les conditions d'asepsie et la chaîne de froid sont respectées, la fiole de Fluviral une fois entamée, peut être conservée jusqu'à sa date de péremption. Par contre, la fiole de Vaxigrip une fois entamée doit être jetée après 7 jours en raison de sa faible teneur en thimérosal», (PIQ, p. 242).

C'est pourquoi, il est préférable d'administrer rapidement le Vaxigrip pour éviter les pertes.



Sommaire

Vaccination contre l'influenza et le pneumocoque dans la région de la Capitale-Nationale NOUVEAUTÉS EN 2007-2008	1
BILAN DE LA SAISON 2006-2007 : HAUSSE CONSTANTE DES VACCINÉS	2
OBJECTIFS DE LA CAMPAGNE INFLUENZA 2007-2008 : MAINTENIR LE CAP ..	3
VACCINATION CONTRE LE PNEUMOCOQUE	3
Résumé du rapport annuel 2006 des maladies à déclaration obligatoire région de la Capitale-Nationale	6
Portrait de la vaccination offerte aux adultes dans la région de la Capitale-Nationale	11
Entre les transformations, les frissons, les passions... et toutes les questions ! Petit guide à l'intention des parents pour discuter de sexualité avec leur adolescent	12

Spécial
« Influenza »

BILAN DE LA SAISON 2006-2007 : HAUSSE CONSTANTE DES VACCINÉS

En 2006-2007, la campagne de vaccination contre l'influenza a encore permis de vacciner un très grand nombre de personnes. Comme au cours des années passées, les partenaires font de ce programme un réel succès. Ils y contribuent par l'intensité des efforts requis, particulièrement durant les mois de novembre et décembre. La vaccination est réalisée par de nombreux intervenants dans 241 sites, incluant les cliniques médicales, les CSSS¹ (missions CLSC² et CHSLD³), les CHSGS⁴ et les autres CHSLD.

La vaccination contre l'influenza est la mesure la plus efficace pour prévenir chez les personnes à risque les hospitalisations et les décès qui y sont reliés. En 2006-2007, on estimait à 220 386 le nombre de personnes à risque de complications à rejoindre, soit 4 633 de plus qu'en 2005-2006. Ce chiffre inclut les enfants de 6 à 23 mois, les personnes de 60 ans ou plus, les personnes atteintes d'une maladie chronique (2 à 59 ans) et les résidents des CHSLD. En ajoutant le personnel soignant, le programme de vaccination ciblait 244 338 personnes sur une population totale de 669 316 habitants, soit un peu plus d'une personne sur trois (37 %).

Plus de doses administrées

Au cours de la dernière campagne, 159 568 doses de vaccin contre l'influenza ont été administrées, soit 2 641 de plus qu'en 2005-2006. La différence entre le nombre de doses administrées et le nombre de personnes vaccinées s'explique du fait que les enfants de moins de 9 ans doivent recevoir deux doses s'ils n'ont jamais reçu le vaccin auparavant.

Plus de personnes vaccinées

En 2006-2007, ce programme a rejoint 3 744 personnes de plus que l'année précédente. C'est donc 157 364 personnes ciblées qui ont été protégées contre l'influenza au cours de la dernière saison. Il faut souligner que par rapport à 2000-2001, la hausse est de 57 839 personnes vaccinées. Les années où de nouveaux groupes ont été ciblés pour la première fois, on a observé des augmentations importantes du nombre de vaccinés. Les personnes de 60 à 64 ans sont devenues éligibles à la vaccination contre l'influenza en 2000-2001. Pour leur part les enfants de 6 à 23 mois et leurs contacts ont été inclus au programme en 2004-2005.

Personnes vaccinées, région de la Capitale-Nationale, 2000-2006

SAISON	VACCINÉS	En plus
2006-2007	157 364	3 744
2005-2006	153 620	13 765
2004-2005	139 855	23 303
2003-2004	116 552	8 393
2002-2003	108 159	5 220
2001-2002	102 939	3 414
2000-2001	99 525	14 095

Couverture vaccinale : une nette progression pour plusieurs groupes

Vaccination en CHSLD : plus de résidents et d'employés vaccinés

Le taux de la couverture vaccinale (TCV) des usagers des CHSLD se maintient depuis plusieurs années au-dessus de 80 %. Comme en 2005-2006, elle s'est maintenue à 86 % pour l'ensemble des CHSLD en 2006-2007. Il s'agit d'une hausse de 2 % par rapport à 2004-2005 (84 %). Quant au personnel des CHSLD, la couverture vaccinale s'est également accrue de 2 %, passant de 45 % en 2005-2006 à 47 % en 2006-2007 (tableau 1).

Enfants de 6 à 23 mois : un bon début

Ciblés pour une troisième année, 44 % des enfants âgés de 6 à 23 mois de la région ont reçu au moins une dose de vaccin contre l'influenza au cours de la campagne (tableau 2). Ils ont été majoritairement vaccinés en CLSC (55 %) et dans les cliniques pédiatriques (23 %). Quant aux autres enfants, ils ont été vaccinés dans des cliniques médicales (16 %), des cliniques externes et des unités de médecine familiale des centres hospitaliers (10 %).

1 CSSS : Centre de santé et de services sociaux

2 CLSC : Centre local de services communautaires

3 CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

4 CHSGS : Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés

Tableau 1
Vaccination contre l'influenza en CHSLD, région de la Capitale-Nationale, 2000-2006*

CHSLD	Année	Vaccinés	Visés	% vaccinés
Résidents des CHSLD	2006-2007	4 084	4 736	86 %
	2005-2006	4 107	4 781	86 %
	2004-2005	4 073	4 830	84 %
	2003-2004	4 047	4 869	83 %
	2002-2003	4 236	5 186	82 %
	2001-2002	4 360	5 346	82 %
	2000-2001	4 423	5 342	83 %
Employés des CHSLD	2006-2007	3 867	8 293	47 %
	2005-2006	3 992	8 947	45 %
	2004-2005	3 811	8 736	44 %
	2003-2004	3 259	8 949	36 %
	2002-2003	2 813	9 056	31 %
	2001-2002	2 725	9 043	30 %
	2000-2001	2 709	8 315	33 %

* Source : Programme d'immunisation, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale.

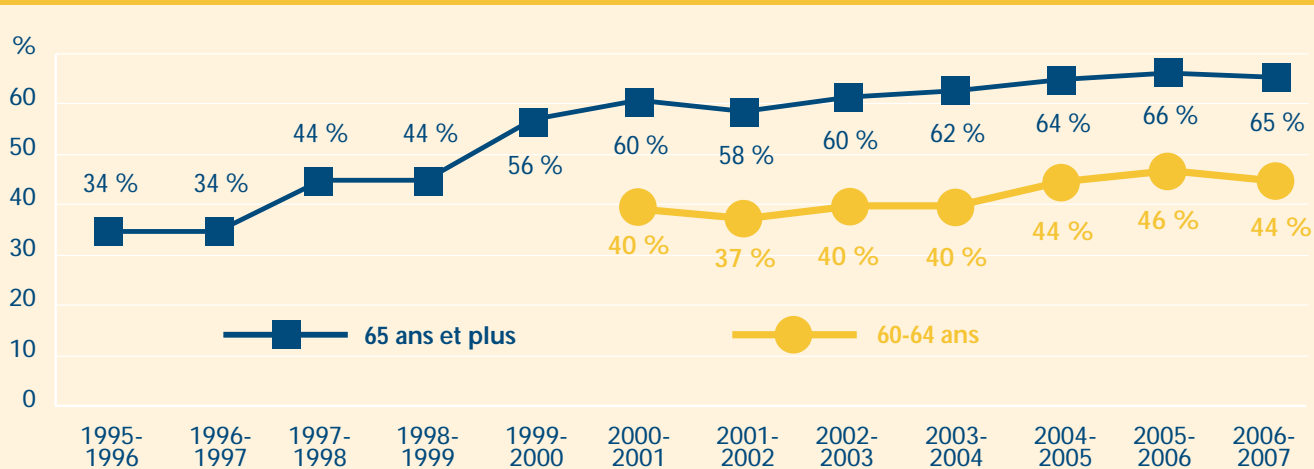
Personnes de 60 ans ou plus : baisse de la couverture vaccinale

Dans les groupes des personnes âgées de 60 ans ou plus (60-64 ans, 65 ans ou plus, 60 ans ou plus), la tendance à la hausse du nombre de personnes vaccinées (542) se maintient. Malgré tout, ces 542 personnes de plus ne permettent pas une hausse de la couverture vaccinale puisque le nombre de personnes à rejoindre augmente de façon beaucoup plus importante (4 768). On observe donc une baisse de 1 % à 2 % chez tous les groupes par rapport à la saison précédente (figure 1).

- Même si 299 personnes de plus du groupe des 60 à 64 ans ont été vaccinées, la couverture vaccinale est de 44 %, soit 2 % de moins qu'en 2005-2006, mais 4 % de plus qu'en 2000-2001 (40 %).
- On observe la même tendance chez les personnes âgées de 65 ans ou plus; en effet 65 % d'entre elles ont reçu le vaccin contre l'influenza, soit 1 % de moins qu'en 2006-2007 mais 5 % de plus qu'en 2000-2001 (60 %).

Ainsi, au total, 59 % des personnes âgées de 60 ans ou plus ont été vaccinées, soit 1 % de moins qu'en 2006-2007 mais 4 % de plus qu'en 2000-2001.

Figure 1
Personnes âgées de 60 ans ou plus vaccinées contre l'influenza en milieu ouvert
Région de la Capitale-Nationale, 1995-2007



Note : La vaccination contre l'influenza a été offerte pour la première fois en 2000-2001 aux personnes âgées de 60 à 64 ans.

Personnes atteintes d'une maladie chronique de 2 à 59 ans

En 2006-2007, 40 % des personnes atteintes d'une maladie chronique, âgées de 2 à 59 ans ont eu recours à la vaccination contre l'influenza, tout comme en 2004-2005. C'est une hausse de 1 % par rapport à 2005-2006.

Employés et médecins des centres hospitaliers

En 2006-2007, le TCV des employés et médecins a augmenté dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et diminué dans d'autres. Alors que le taux global avait augmenté en 2005-2006, il a diminué de 2,2 % en 2006-2007, pour se situer à 44,3 %. Malgré tout, il est plus élevé qu'en 2004-2005. Les TCV des CHSGS varient de 33 % à 58 % pour les établissements. En 2000-2001, ils n'étaient que 27 % à se faire vacciner (tableau 2).

Tableau 2
Vaccination contre l'influenza en milieu ouvert, région de la Capitale-Nationale, 2000-2006

MILIEU OUVERT	Année	Vaccinés	Visés	% vaccinés	
Personnes âgées de 65 ans ou plus	2006-2007	63 546	98 477	65 %	
	2005-2006	63 241	95 526	66 %	
	2004-2005	59 970	92 985	64 %	
	2003-2004	56 301	90 630	62 %	
	2002-2003	53 461	88 605	60 %	
	2001-2002	50 087	86 746	58 %	
	2000-2001	50 219	83 573	60 %	
Personnes âgées de 60 à 64 ans	2006-2007	18 299	41 183	44 %	
	2005-2006	18 062	39 366	46 %	
	2004-2005	16 241	37 300	44 %	
	2003-2004	14 202	35 222	40 %	
	2002-2003	13 064	32 841	40 %	
	2001-2002	11 429	30 798	37 %	
	2000-2001	11 632	29 257	40 %	
Personnes âgées de 60 ans ou plus	2006-2007	81 845	139 660	59 %	
	2005-2006	81 303	134 892	60 %	
	2004-2005	76 211	130 285	58 %	
	2003-2004	70 503	125 852	56 %	
	2002-2003	66 525	121 446	55 %	
	2001-2002	61 515	117 544	52 %	
	2000-2001	61 851	112 830	55 %	
Personnes de moins de 60 ans	2006-2007	26 574	66 071	40 %	
	2005-2006	25 817	66 289	39 %	
	2004-2005	26 412	66 156	40 %	
	2004-06: 2 ans à 59 ans	2003-2004	22 685	67 165	34 %
	2000-04 : 6 mois à 59 ans	2002-2003	21 165	66 787	32 %
	2001-2002	20 663	66 464	31 %	
	2000-2001	22 756	66 118	34 %	
Enfants de 6 à 23 mois Ayant reçu au moins une dose	2006-2007	4 362	9 919	44 %	
	2005-2006	3 724	9 899	38 %	
	2004-2005	2 955	9 580	31 %	
Employés des CHSGS	2006-2007	7 009	15 818	44 %	
	2005-2006	7 101	15 266	47 %	
	2004-2005	6 105	15 894	38 %	
	2003-2004	5 891	15 629	38 %	
	2002-2003	4 237	15 395	28 %	
	2001-2002	4 892	15 495	32 %	
	2000-2001	4 173	15 622	27 %	

NOTE : Les dénominateurs pour 2001-2006 ont été révisés à la suite de l'obtention des projections de population 2001-2026. Conséquemment, les % des personnes vaccinées diffèrent légèrement de ceux publiés dans les dernières années.

Source : Programme d'immunisation, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale.

OBJECTIFS DE LA CAMPAGNE INFLUENZA 2007-2008 : MAINTENIR LE CAP

L'objectif de couverture vaccinale énoncé dans le *Programme national de santé publique* (PNSP) est de vacciner 80 % des personnes appartenant aux groupes vulnérables ciblés par le programme de vaccination contre l'influenza d'ici 2012 (PNSP : p. 57-58). Même si les objectifs ne sont pas encore atteints pour plusieurs groupes, les hausses constantes observées au fil des ans chez certains d'entre eux sont prometteuses. Il est donc possible de croire que cet objectif pourra être atteint dans la région si la tendance se maintient. Depuis août 2007, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) précise un objectif intermédiaire pour le groupe des 65 ans ou plus, soit une couverture de 70 % en 2009.

La recommandation fait la différence

La recommandation d'un médecin ou d'une infirmière à leurs patients est déterminante dans la décision de se

faire vacciner. Même si plusieurs personnes refusent la vaccination, c'est souvent pour des croyances erronées sur lesquelles les professionnels de la santé peuvent agir. Ils peuvent influencer leurs patients en parlant de la vaccination.

Augmenter la couverture vaccinale contre l'influenza chez les groupes ciblés

Si l'objectif provincial est de 80 % pour les personnes à risque, il nous semble plus réaliste de proposer les objectifs de couverture vaccinale suivants dans notre région en 2007-2008 :

- les enfants âgés de 6 à 23 mois : 50 % ;
- les personnes atteintes d'une maladie chronique : 50 % ;
- les personnes âgées de 60 ans et plus : 64 % ;
- le personnel soignant des CH et des CHSLD : 60 % ;
- les usagers des CHSLD : 85 %.

VACCINATION CONTRE LE PNEUMOCOQUE

Entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2007, 5 267 personnes ont reçu le vaccin contre le pneumocoque : (3 683 personnes âgées de 65 ans ou plus, et 1 545 personnes âgées de 2 à 64 ans atteintes d'une maladie chronique). C'est 1 765 vaccins de moins que la saison dernière. Il y aura lieu d'intensifier cette vaccination l'an prochain puisqu'elle est essentielle contre le pneumocoque ainsi qu'en prévention des infections invasives à pneumocoque. Dans un contexte où la résistance aux antibiotiques est présente, l'administration de ce vaccin aux personnes vulnérables est plus que justifiée.

Les résultats de l'*Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque 2005-2006*, diffusés en décembre 2006, a permis de constater une hausse du TCV chez les 65 ans ou plus. Au printemps 2006, 48 % de personnes âgées étaient vaccinées contre le pneumocoque, alors qu'il se situait à 42 % en 2002. Il n'y a pas de différences entre les régions en 2006.

PERSONNES DE 65 ANS OU PLUS VACCINÉES CONTRE LE PNEUMOCOQUE

2002	2004	2006
41,8 %	43,7 %	48,3 %

De plus, au cours de cette même enquête, seulement 38 % des personnes qui venaient d'atteindre l'âge de 65 ans en 2005 avaient reçu le vaccin contre le pneumocoque. C'est pourquoi le MSSS a mis en place, depuis le début décembre 2006, une mesure particulière pour promouvoir la vaccination contre le pneumocoque. Le MSSS a pris entente avec la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour l'envoi d'une lettre incitant les personnes âgées à recevoir ce vaccin. La RAMQ joindra cette lettre à son envoi régulier aux personnes de 64 ans et demi, contactées pour leur inscription au régime d'assurance-médicament (40 % de la cohorte inscrite à ce régime).

La campagne de vaccination contre l'influenza constitue également une occasion privilégiée pour offrir la vaccination contre le pneumocoque aux personnes éligibles, puisqu'il peut être administré en même temps que le vaccin contre l'influenza. De plus, dans le contexte où la menace d'une pandémie d'influenza se

confirme, il est absolument essentiel que les vaccinateurs recommandent le vaccin polysaccharidique aux personnes âgées de 65 ou plus, ainsi qu'aux personnes atteintes d'une maladie chronique (PIQ, p. 258).

Même s'il n'est pas possible de documenter le statut vaccinal contre le pneumocoque, le Comité sur l'immunisation du Québec recommande de vacciner les personnes ciblées par le *Programme de vaccination contre le pneumocoque* (vaccin polysaccharidique Pneumovax) au moment où elles consultent pour éviter les occasions manquées de vaccination. Une des raisons que le comité invoque est qu'une non vaccination des personnes ciblées les laisse vulnérables à la maladie. De plus, plusieurs études récentes démontrent qu'il n'y a pas d'augmentation du nombre de réactions post vaccinales à la suite de l'administration de doses répétées de vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque à des personnes âgées.

Équipe du programme régional d'immunisation

Les membres du programme d'immunisation de la région de la Capitale-Nationale tiennent à vous remercier de votre contribution soutenue au programme de prévention de l'influenza et du pneumocoque. Prenez note de nos coordonnées :

Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

Colette Couture, infirmière, B.Sc., DRSP
666-7000, poste 401
Solange Jacques, infirmière, B.Sc., DRSP
666-7000, poste 300

Danièle Nollet, secrétaire, DRSP
666-7000, poste 342
Alain Paré, infirmier, B.A., MAP, DRSP
666-7000, poste 314
Chantal Sauvageau, M.D., DRSP
666-7000, poste 368
Geneviève Tremblay, M.D., DRSP
666-7000, poste 402

SRPIQ - Service régional de distribution des produits immunisants de Québec

Éric Beaudoin, pharmacien HSFA, responsable du SRPIQ
654-2799 Télécopieur : 654-2163
Anne-Catherine Martineau-Beaulieu, pharmacienne HSFA

RÉFÉRENCES

GUAY, Maryse et Luc CÔTÉ (2006). *Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque 2005-2006*, Montréal, Institut de la statistique du Québec et Institut national de santé publique du Québec, 46 p.
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Protocole d'immunisation du Québec*, 4^e édition, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 449 p. et annexes.
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p.
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). Correspondance du Dr Alain Poirier, directeur national de santé publique au Dr François Desbiens, DRSP de la Capitale-Nationale, *Programme d'immunisation contre l'Influenza, orientations 2007-2008*, 9 août 2007, 5 p.
TREMBLAY, G., C. COUTURE, S. JACQUES et R. MARANDA AUBUT (2006). *Programme de prévention de l'influenza et du pneumocoque de la région de la Capitale-Nationale : Bilan 2006-2007*, Québec, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, juin 2007, 40 pages.

Geneviève Tremblay, M.D.
Équipe immunisation

Résumé du rapport annuel 2006 des maladies à déclaration obligatoire région de la Capitale-Nationale¹

Portrait des déclarations

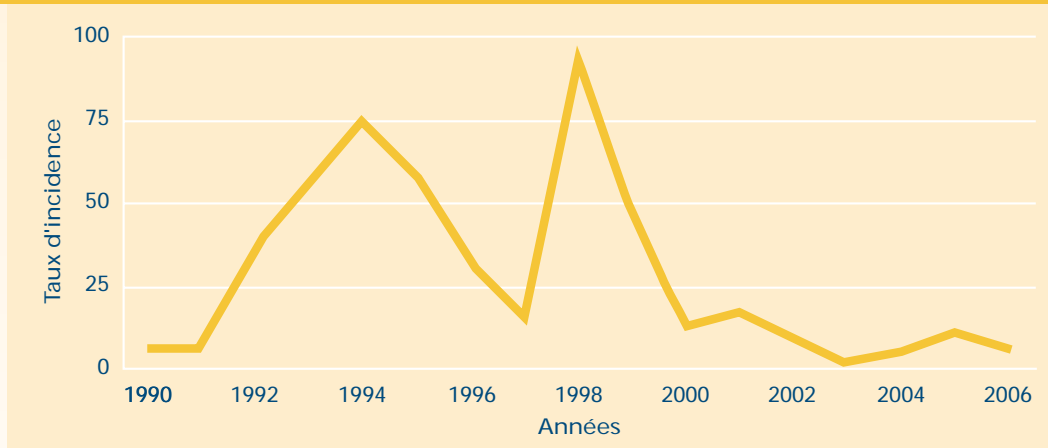
Au 18 mai 2007, la Direction régionale de santé publique (DRSP) avait reçu 2 275 déclarations de maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine infectieuse pour 2006, ce qui est comparable à l'année 2005 (2 296). Comme en 2005, le total des déclarations de la région représente 9 % du total des déclarations de la province.

Les maladies évitables par la vaccination de base ont connu une baisse suite à l'ajout de vaccins sur la liste du programme d'immunisation. Cette diminution est particulièrement marquée pour la coqueluche, les infections à méningocoque de type C ainsi que les infections invasives à pneumocoque chez les moins de 5 ans. L'ajout de la composante acellulaire dans le vaccin contre la coqueluche, en 1998, a fait chuter le nombre de cas, passant de 488 à 41. Par ailleurs, la

¹ Le rapport complet et détaillé sera disponible en novembre 2007.

FIGURE 1 COQUELUCHE

Taux d'incidence (100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1990-2006



moitié des infections invasives à pneumocoque survenues chez des personnes âgées de 65 ans et plus étaient causées par un pneumocoque dont le sérotype est inclus dans le vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque. Ces infections étaient donc évitables pour la majorité, mais 85 % des cas n'étaient pas vaccinés.

Quant aux infections transmissibles sexuellement et par le sang, le nombre de déclarations est stable (1 528 cas en 2005 et 1 526 en 2006). Soulignons néanmoins que les cas d'hépatite B ont diminué, passant de 51 à 42 pour la même période. Le nombre de cas d'hépatite C chronique a, quant à lui, diminué de 166 à 144. Les cas de syphilis contagieuse sont passés de 15 à 10 et ceux de la catégorie « Autres » de 12 à 5. Par contre, les chlamydioses génitales (1 230 à 1 264) et les gonorrhées (47 à 58) ont connu une hausse entre 2005 et 2006.

Pour les maladies transmissibles par gouttelettes, par voie aérienne ou par vecteur, soulignons que les infections à streptocoque du groupe A ont doublé de

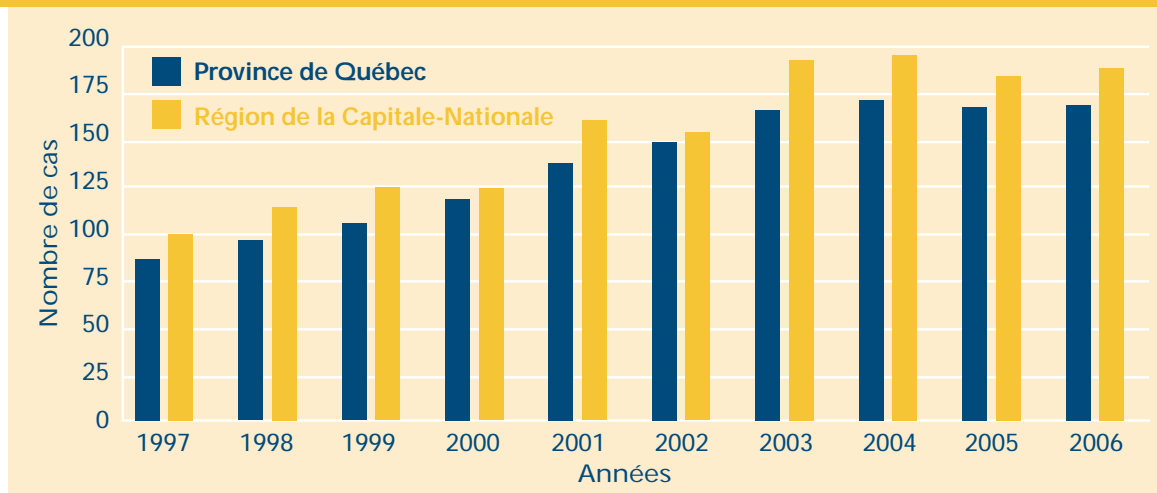
2005 à 2006, passant de 8 à 16 cas. Les cas de tuberculose sont demeurés relativement stables avec 7 et 9 cas respectivement par année. Le nombre de cas de malaria est passé de 7 à 1. Finalement, il est intéressant de mentionner que la région a connu son premier cas de maladie de Creutzfeldt-Jakob en 2006, et qu'aucun cas d'infection au virus du Nil occidental n'a été déclaré.

Enquêtes épidémiologiques

Les enquêtes épidémiologiques ont pour but de trouver les facteurs d'exposition aux maladies afin de les éliminer. Elles visent également la recherche des personnes qui ont été en contact avec les cas afin de leur offrir une prophylaxie (ex. : immunisation) lorsque celle-ci est disponible. Dans les cas d'intoxication par une substance chimique, une vérification systématique est faite pour s'assurer que la source de l'intoxication est connue et qu'une prise en charge de la situation permettra d'apporter des corrections et d'exercer une surveillance adéquate.

FIGURE 2 CHLAMYDIOSE GÉNITALE

Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, de 1996 à 2006



Des 2 275 déclarations, 297 ont fait l'objet d'une enquête épidémiologique, soit 13 % de toutes les MADO d'origine infectieuse. Ceci représente une diminution de 21,8 % par rapport à 2005 (380 cas). Cette diminution du nombre des enquêtes épidémiologiques est attribuable aux variations des nombres de déclarations des maladies qui font l'objet d'une enquête. Ainsi, la diminution du nombre de cas de campylobactériose (321 à 303), d'infection à *E. coli* (17 à 12), de shigellose (18 à 12), de coqueluche (72 à 41), d'infection à méningocoque (14 à 10), de porteur d'hépatite B (51 à 42), d'hépatite C chronique (166 à 144), de syphilis (15 à 10) et de malaria (7 à 1) a, entre autres, contribué à cette baisse.

Certaines maladies en hausse, telles la giardiase (86 à 90) et l'infection invasive à *Haemophilus influenzae* (7 à 9) ne font l'objet d'une enquête épidémiologique que pour certains groupes d'âge plus à risque de complications, dont le groupe des 0-5 ans. D'autres maladies ne font l'objet d'aucune enquête épidémiologique en raison, par exemple, d'une absence d'intervention efficace ou de la non faisabilité de l'intervention. Ce sont, entre autres, la chlamydie génitale (1 230 à 1 264) et l'infection à pneumocoque (57 à 65).

Soulignons que toutes les intoxications alimentaires (non incluses dans le total des MADO) font l'objet d'une enquête épidémiologique, et que toutes les hépatites C donnent lieu à un envoi aux médecins d'outils d'aide au counselling.

Finalement, du côté de la biovigilance, 225 cas ont fait l'objet d'une recherche de don ou de réception de sang ou de produits sanguins, de cellules, de tissus ou d'organes. Cette recherche implique non seulement des contacts avec les médecins ou les cas eux-mêmes, mais aussi avec les différents établissements concernés. De

plus, elle contribue à améliorer la sécurité du système du sang.

Éclosions

1. Gastro-entérites virales

En 2006, 57 éclosions de gastro-entérites virales ont été déclarées à la DRSP, dont la majorité, soit 36 (66,7 %), sont survenues dans des établissements de soins (CHSGS, CHSLD, résidences pour personnes âgées). Les autres (18) concernaient des garderies, des CPE et quelques écoles. Le pathogène identifié est surtout le Norovirus (24,1 %), mais il s'agit aussi parfois du Calicivirus (1,9 %) ou du Rotavirus (3,7 %).

2. Influenza

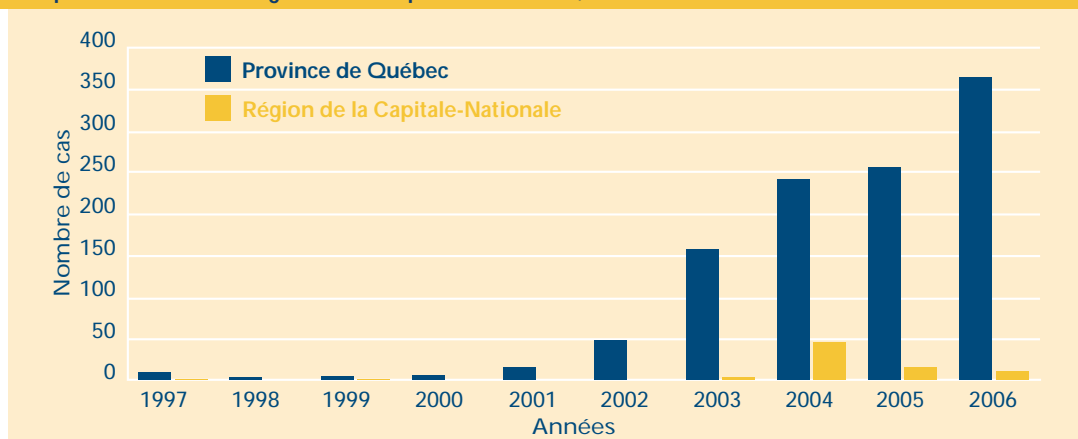
Les éclosions déclarées à la DRSP proviennent des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou des unités des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Il est reconnu que le personnel soignant contribue à la transmission de l'influenza dans ces milieux. C'est pourquoi on recommande fortement la vaccination du personnel soignant. La faible efficacité du vaccin contre l'influenza chez les usagers des CHSLD et les faibles taux de vaccination du personnel soignant sont des facteurs qui contribuent à favoriser la transmission de l'influenza en CHSLD.

Morsures animales

Cet élément occupe beaucoup de temps, surtout en période estivale. La DRSP a reçu 182 signalements de morsure animale, soit 29 de plus que l'année dernière pour une augmentation de 19 %. Elles touchaient au total 228 personnes, dont 168 adultes, 42 enfants (0-11 ans) et 18 adolescents (12-17 ans). Des 228 personnes touchées, 49 ont eu une recommandation de vaccination prophylactique post-exposition, soit 21,4 %.

FIGURE 3 SYPHILIS CONTAGIEUSE

Nombre de cas par année dans la région de la Capitale-Nationale, 1997-2006



Les animaux impliqués sont les chiens, les chauves-souris, les chats, les rats laveurs. Plus rarement, il peut y avoir d'autres animaux; en 2006 nous avons eu des signalements pour 1 renard, 2 singes, 3 rats, 1 lapin, 1 cheval, 1 écureuil, 1 tamia et 1 hamster. Les rongeurs ne représentent pas un risque d'exposition à la rage sauf, en des circonstances très particulières, lorsqu'ils ont un comportement anormal. Vingt-sept animaux ont fait l'objet d'analyse pour la recherche de la rage et aucun cas n'était porteur de la maladie. D'ailleurs, la région de la Capitale-Nationale est considérée à faible risque pour la rage animale puisqu'aucun cas n'a été détecté depuis plus de 5 ans.

Infections transmissibles sexuellement ou par le sang

Les principales infections transmissibles presque exclusivement par relations sexuelles (gonorrhée, chlamydie génitale et syphilis) représentent 58,5 % de toutes les MADO déclarées en 2006.

Les chlamydioses génitales ont atteint un plateau depuis 2004 et leur nombre demeure élevé. Les taux d'incidence régionale sont légèrement plus élevés que les taux moyens provinciaux et ce, de façon constante depuis 10 ans, à l'exception de 2001 où c'était l'inverse. Par contre, les infections gonococciques ont des taux d'incidence de près de la moitié des taux provinciaux.

La syphilis contagieuse a connu une augmentation importante en 2004 (45 cas) et une diminution en 2005 (15 cas) qui s'est poursuivie en 2006 (10 cas). Mais le nombre de cas n'a pas diminué au même niveau qu'avant 2004, alors que le nombre de cas variait de 0 à 1 annuellement.

Le nombre de cas d'hépatite B aiguë a commencé à descendre en 2004 pour atteindre son niveau le plus

bas en 2006. C'est probablement un effet de la vaccination universelle implantée en 1996. Les cas d'hépatite B chronique (porteur) ont aussi diminué mais de façon moins spectaculaire que l'hépatite B aiguë. Les taux d'incidence de l'hépatite C chronique sont stables depuis 2002.

Maladies entériques

La région de la Capitale-Nationale connaît des taux supérieurs à ceux de la province depuis plusieurs années, sans que l'on puisse en connaître la cause. Les infections à *E. coli*, plus présentes en saison estivale, ont connu une forte diminution en 2001 et sont stables depuis ce temps, tant en province qu'en région. Finalement, il y a eu peu de cas d'hépatite A depuis 1999.

Infections nosocomiales

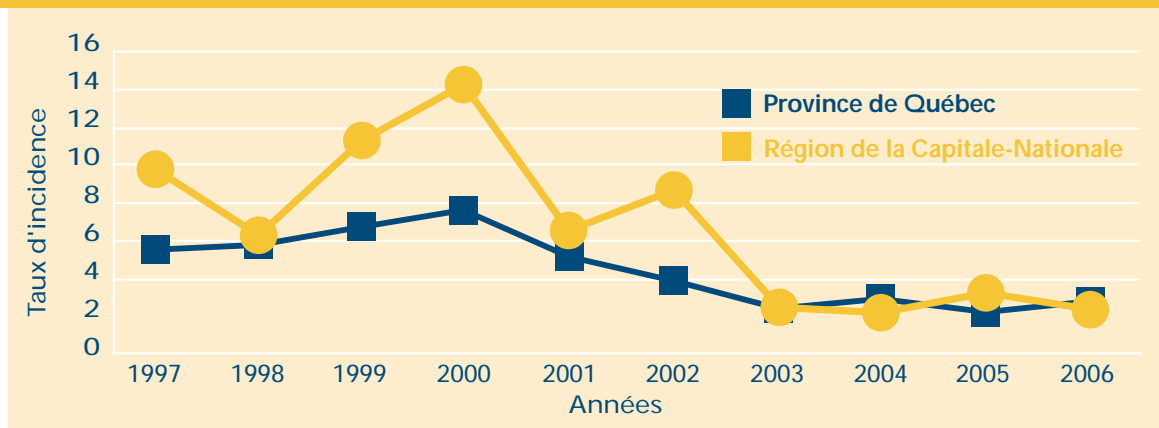
1. ERV et SARM

La présence des entérocoques résistant à la vancomycine (ERV) n'a été notée que de façon sporadique dans les centres hospitaliers de notre région. Il arrive à l'occasion que certains patients soient identifiés comme porteur de ERV, mais il n'y a eu aucun signalement d'éclosion en 2006.

Depuis quelques années, la plupart des centres hospitaliers régionaux sont considérés endémiques pour les souches de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline acquises à l'hôpital (SARM-AH). Cependant, seules les éclosions d'infections dans les établissements de soins de longue durée sont à déclaration obligatoire, et il n'y en a pas eu en 2006. Un nouveau pathogène en émergence, le SARM acquis en communauté, a fait l'objet d'une certaine surveillance dans la Capitale-Nationale en 2006, bien qu'il ne s'agisse pas d'une MADO.

FIGURE 4 ENTÉRITE À *E. COLI*

Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1997 à 2006



MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE D'ORIGINE INFECTIEUSE – RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE – 2006

MADO	TOTAL	SEXE ²		GROUPES D'ÂGE (an) ²						CSSS ²			
		Masc.	Fém.	0-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65 +	Portneuf	Québec-Nord	Vieille-Capitale	Charlevoix
Amibiase	22	17	5	1	0	7	6	5	3	1	6	15	0
Babésiose	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Botulisme	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Coqueluche	41	15	26	6	19	6	8	2	0	0	16	24	1
Fièvre Q	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Fièvre paratyphoïde A	2	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0
Fièvre paratyphoïde B	6	3	3	1	1	2	2	0	0	0	5	1	0
Gastro-entérite à Yersinia enterocolitica	7	2	5	1	1	0	1	4	0	0	1	3	1
Giardiase	90	56	34	15	6	15	34	14	6	2	45	40	1
Hépatite A	8	2	6	0	1	0	4	4	0	4	3	4	0
Hépatite B aiguë	2	1	1	0	0	0	0	2	0	1	1	1	0
Hépatite B porteur	42	30	12	1	0	5	18	16	2	0	9	32	0
Hépatite B sans précision	4	2	2	0	0	0	1	2	0	1	0	2	0
Hépatite C aiguë	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
Hépatite C sans précision	144	99	44	0	0	15	83	40	5	0	48	75	2
Infection à campylobacter	303	166	137	12	15	47	83	87	59	19	107	151	23
Infection génitale à Chlamydia trachomatis	1 264	386	878	0	4	797	419	38	3	52	429	743	25
Infection oculaire à Chlamydia trachomatis	3	1	2	0	0	1	1	1	0	0	0	3	0
Infection à E. coli producteur de verocytotoxine	12	4	8	1	2	3	2	2	2	1	4	7	0
Infection gonococcique (toute localisation)	58	47	11	0	1	17	28	9	3	2	14	40	2
Infection invasive à Haemophilus influenzae	9	4	5	1	0	0	4	0	4	0	5	4	0
Infection invasive à méningocoque	10	2	8	1	1	7	0	0	0	0	5	4	1
Infection invasive à streptocoque du groupe A	16	6	10	2	0	0	7	3	4	0	9	7	0
Infection invasive à Streptococcus pneumoniae	65	37	28	6	4	2	14	15	24	7	25	31	1
Infection à Plasmodium (malaria)	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Listériose	10	4	6	1	0	1	4	0	4	1	2	7	0
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Neurosyphilis	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Oreillons	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Psittacose	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Salmonellose	109	45	64	16	7	22	28	19	17	7	45	50	7
Shigellose	12	3	9	1	0	2	5	3	0	1	5	6	0
Syphilis contagieuse ³	10	10	1	0	0	1	5	6	0	0	2	9	0
Syphilis « autres » ⁴	5	4	0	0	0	0	1	1	2	0	3	1	0
Syphilis sans précision ⁵	3	2	1	0	0	0	1	2	0	0	1	1	1
Tuberculose	9	2	7	0	0	1	2	2	3	0	3	4	2
TOTAL	2 275	955	1 319	66	62	952	765	283	141	100	798	1 269	67
POURCENTAGE (%)⁶		42,0	58,0	2,9	2,7	42,0	33,7	12,5	6,2	4,5	35,7	56,8	3,0

2 Il est possible que le total des variables ne soit pas égal au total des MADO lorsqu'il y a une variable manquante.

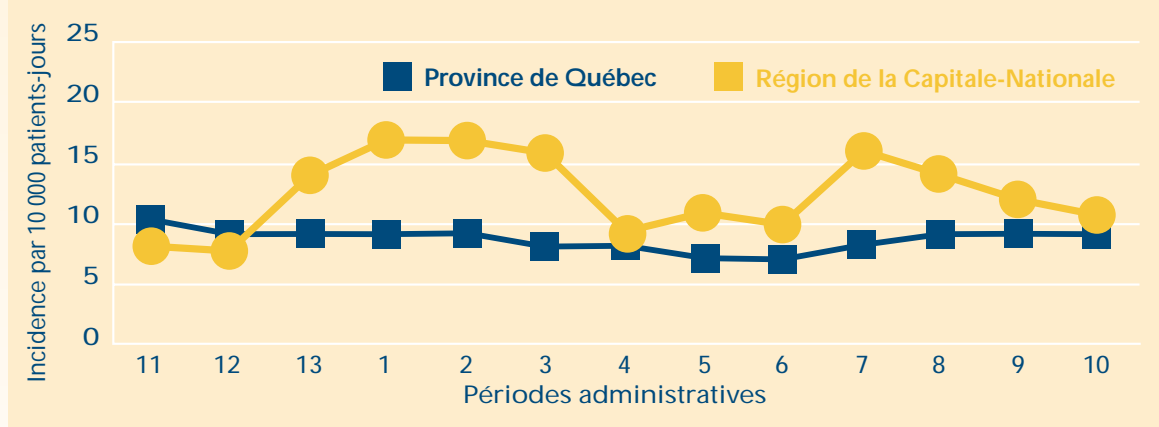
3 Inclut la syphilis primaire, la syphilis secondaire et la syphilis latente précoce (< 1 an).

4 Inclut la syphilis latente tardive (> 1 an), la syphilis tertiaire, la neurosyphilis et toute autre forme de syphilis.

5 Syphilis impossible à classer en raison d'un manque d'information clinique ou de résultats de laboratoire non concluants.

6 Calculé sur le total de la catégorie de variable.

FIGURE 5 DIARRHÉE ASSOCIÉE AU CLOSTRIDIUM DIFFICILE. Incidence par 10 000 patients-jour selon les périodes administratives*, région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 2006



* Elles couvrent la période du 8 janvier 2006 au 6 janvier 2007.

2. Diarrhée associée au Clostridium difficile (DACD)

En 2006, 674 cas de DACD d'origine nosocomiale ont été rapportés par les hôpitaux régionaux participants. Il s'agit d'une augmentation de 149 cas (28 %) par rapport à 2005. Les taux de 2006 sont plus élevés que ceux du reste de la province, contrairement à la situation qui prévalait en 2005. L'arrivée et l'expansion d'une souche hypervirulente dans la région peut expliquer cette augmentation.

Conclusion

La DRSP remercie ses partenaires pour la surveillance et le contrôle des MADO. Cependant, on doit rappeler et insister sur le fait que la base de ce système de surveillance est la déclaration des MADO par les médecins et les laboratoires, et qu'ils ont l'obligation légale de faire cette déclaration.

Michel Frigon, MD, M.Sc.
Surveillance et contrôle des maladies infectieuses

Portrait de la vaccination offerte aux adultes dans la région de la Capitale-Nationale

Merci aux participants

Au printemps dernier, une enquête sur l'organisation des services de vaccination a été réalisée auprès des responsables des cliniques médicales vaccinatrices et des CLSC de la région de la Capitale-Nationale. La participation a été excellente puisque 65 % des cliniques médicales et 100 % des CLSC ont complété le questionnaire qui leur avait été transmis. Les cliniques médicales sollicitées et les CLSC recevront les résultats de cette étude dès qu'ils seront publiés.

Cette enquête sera complétée par des entrevues réalisées cet automne auprès des participants à l'étude ayant accepté d'être rejoints pour cette étape.

Avec l'arrivée de plusieurs nouveaux vaccins, cette étude vise à préciser les services en vaccination offerts à la population adulte en vue de l'améliorer si besoin.

Les responsables de l'étude remercient tous les participants pour leur généreuse contribution.

Chantal Sauvageau, M.D.
Chercheuse principale de l'étude
Unité de recherche en santé publique, CHUQ

Entre les transformations, les frissons, les passions et toutes les questions ! Petit guide à l'intention des parents pour discuter de sexualité avec leur adolescent

Pistes de réflexion

Votre fils de 14 ans veut inviter sa copine à dormir à la maison.

Votre fille de 13 ans, qui s'apprête à aller au cinéma avec des amis, porte des vêtements que vous jugez trop suggestifs.

(Extrait de la brochure, page 22)

Contribuer à l'éducation à la sexualité de son adolescent fait en sorte qu'il soit davantage informé, épanoui et capable de faire des choix en matière de sexualité. Aborder ce sujet parfois délicat comporte des défis : Comment choisir les bons mots et le bon moment ? Que devrait-on savoir au sujet de la sexualité des adolescents d'aujourd'hui pour intervenir de façon efficace et sensible ? Cette brochure, nouvellement publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, avec l'appui de la Fédération des comités de parents du Québec, s'adresse aux parents et vise à les accompagner dans leur réflexion sur la sexualité des adolescents pour mieux dialoguer avec eux.

La brochure propose un survol des éléments marquants du développement psychosexuel des adolescents, soulève des pistes pour favoriser la création d'un climat favorable au dialogue sur la sexualité, offre des trucs concrets pour intervenir sur différentes situations en plus d'aborder les enjeux particuliers que sont la prévention des grossesses non planifiées et des ITSS/sida chez les jeunes.

Cette brochure est disponible gratuitement. Elle fait l'objet d'une distribution auprès des parents des élèves de la dernière année du 3^e cycle du primaire, orchestrée par les conseils d'établissements scolaires. Elle peut être commandée par courriel (diffusion@msss.gouv.qc.ca) ou encore consultée en ligne au www.msss.gouv.qc.ca/itss section Documentation, rubrique Parents.

Urgence en santé publique (maladies infectieuses)

Soirs, fins de semaine et congés fériés :

- composer le 648-2176 (Info-Santé pour professionnels);
- demander que le médecin de garde en santé publique vous rappelle;
- laisser vos coordonnées pour qu'on puisse vous rejoindre facilement.

Durant les heures ouvrables et en cas d'urgence, s'il vous est impossible de rejoindre le service de surveillance et de contrôle des maladies infectieuses de la façon habituelle (666-7000 poste 250), vous pouvez contacter le médecin de garde avec la procédure mentionnée ci-dessus.

Bulletin
de **santé publique**

Vol. 19, n° 2, octobre 2007

Publication de la Direction régionale de santé publique de l'ASSS de la Capitale-Nationale
2400, D'Estimauville, Québec (Québec)
G1E 7G9

Les bulletins de santé publique sont disponibles sous format électronique sur notre site Internet à l'adresse suivante :

www.dspq.qc.ca/doc_bulletins.html

Pour information,
contactez M^{me} Ginette Langevin
au 666-7000, poste 215 ou
ginette.langevin@ssss.gouv.qc.ca

Infographie : Atelier Infograph

Envoi de poste publication 40007047

**Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale**

Québec 