

Infections à *Clostridium difficile* : tout le monde en parle, parlons-en !

ÉPIDÉMIOLOGIE

La bactérie *Clostridium difficile*, décrite pour la première fois en 1935, est actuellement reconnue comme étant une cause majeure d'infections d'origine nosocomiale. En effet, jusqu'à 25 % des diarrhées hospitalières sont dues au *C. difficile*.

Il s'agit d'une bactérie anaérobie à Gram positif, et pouvant produire des spores. Celles-ci favorisent la transmission de la bactérie d'une personne à l'autre, de même que sa survie dans l'environnement. Une fois ingérées, elles se développent dans les intestins de la personne exposée. La bactérie est également productrice de toxines cytotoxiques qui sont à la base de l'at-

teinte du côlon du patient. Les caractéristiques de l'infection sont variées :

- porteur asymptomatique;
- simple diarrhée associée à la prise d'antibiotiques;
- colite sans formation de membranes;
- colite pseudomembraneuse;
- colite fulminante (mégacôlon toxique);
- infections récidivantes.

Le facteur de risque majeur qui entraîne une infection à *C. difficile* est la prise d'antibiotiques.

Parmi ceux-ci, la clindamycine représente le risque le plus élevé. Toutefois, la condition physique du patient influe grandement sur l'apparition des symptômes et sur leur gravité. Ces symptômes se manifestent sous forme de diarrhée, nausées, vomissements, fièvre et douleurs abdominales. La présence de sang dans les selles est rare. Le temps entre l'exposition aux antibiotiques et le début des symptômes est très variable ; il peut aller de 24 heures jusqu'à 6 semaines, et parfois davantage. Le diagnostic se fait par la recherche de la toxine dans les selles diarrhéiques.

Sommaire

Infections à clostridium difficile : tout le monde en parle, parlons-en !	1
Prévention de l'influenza, prévention de l'influenza dans la région de la capitale nationale	3
Maladies à déclaration obligatoire: aperçu des résultats et des interventions de la DSP pour 2003	6
Clin d'œil sur la contraception orale d'urgence	Encart

En cas d'urgence

comment rejoindre l'équipe des Maladies infectieuses de la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale :

1. Le jour, de 8h30 à midi, et de 13h00 à 16h30 :
(418) 666-7000 poste 250
2. Le soir, les fins de semaines, les congés fériés et entre midi et 13h00 :
648-2176 (Info-santé professionnel); demander à ce que le médecin de garde en maladies infectieuses vous rappelle.

Spécial
« Maladies infectieuses »

TRAITEMENT

Le traitement varie en fonction de la gravité des symptômes (voir le tableau). Il est inutile de traiter une personne chez qui on a dépisté la bactérie, mais qui n'a pas de symptômes. Dans les cas légers à modérés, l'arrêt des antibiotiques en cours pourrait suffire à corriger la situation. Sinon, le métronidazole demeure l'antibiotique privilégié. On ne devrait utiliser la vancomycine qu'en traitement de deuxième choix ou dans les cas de résistance au métronidazole. De 15 % à 35 % des patients pourront avoir une récurrence des symptômes après un traitement efficace.

Tableau

Traitement des infections à *Clostridium difficile*

- Si possible, cesser les antibiotiques en cours.
- Métronidazole per os : 250 mg 4 fois par jour, ou 500 mg 3 fois par jour pour 10 à 14 jours (peut aussi être administré par voie intraveineuse).
- Vancomycine per os : 125 mg 4 fois par jour pour 10 à 14 jours.
- Envisager la prise de probiotiques en cas de récurrence (*Saccharomyces boulardii* ou *Lactobacillus GG*).

Les probiotiques sont des préparations de bactéries vivantes lyophilisées dont l'efficacité est de plus en plus reconnue. Leur mode d'action n'est cependant pas encore complètement déterminé : effet neutralisant de la toxine ou rééquilibre de la flore intestinale, ou peut-être une combinaison des deux ?

MESURES PRÉVENTIVES

L'infection à *Clostridium difficile* étant principalement une infection nosocomiale, des mesures préventives sont essentielles pour prévenir la transmission d'une personne à l'autre. L'application de mesures de précautions au cours de contacts est à la base de la prévention. Ces mesures sont entre autres : le **lavage des mains** après tout contact avec les patients ; le port de gants pour manipuler du matériel contaminé ; la désinfection des équipements et des pièces contaminés ou susceptibles de l'être ; l'isolement adéquat des personnes atteintes. Les risques de transmission de l'infection aux personnes en bonne santé qui ne prennent pas d'antibiotiques sont minimes.

L'utilisation rationnelle des antibiotiques est une autre mesure importante pour le traitement et la prévention des infections. En effet, le facteur de risque majeur d'une infection à *C. difficile* étant la prise d'antibiotiques, ceux-ci ne devraient être prescrits que lorsque leur utilisation présente un avantage certain pour la santé du patient.

RÉSEAU DE SURVEILLANCE

C'est à la suite de la publication d'articles révélant une augmentation importante des cas d'infection à *Clostridium difficile* et des complications reliées à ce type d'infection (colectomies, décès, etc.) que le sujet est devenu d'actualité.

Au Québec, nous ne disposons actuellement que de peu de données pour bien caractériser la situation. On constate en revanche une progression marquée des cas d'infection et des complications, depuis avril 2003, dans certaines régions, soit Montréal, Laval, Laurentides, Estrie, Montérégie et Abitibi-Témiscamingue. Les causes exactes de cette augmentation ne sont pas encore connues, bien que plusieurs hypothèses soient envisagées.

Un réseau de surveillance a donc été mis en place par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Il permettra entre autres d'établir un portrait en temps réel de la situation et d'en suivre la progression. Il pourra aider à trouver les causes de l'augmentation du nombre d'infections, et par conséquent déterminer les mesures à prendre pour la maîtriser.

Les hôpitaux qui participent au réseau de surveillance ont déjà été contactés, et les données sont recueillies depuis août dernier. Pour l'heure, l'infection à *Clostridium difficile* comme telle n'a pas été incluse dans la liste des maladies à déclaration obligatoire (MADO), et n'a donc pas à être déclarée aux directions de santé publique.

Jasmin Villeneuve, M.D.

Sources : COHEN, Linda. « La colite à *Clostridium difficile* ? Une infection de plus en plus fréquente et de moins en moins facile à traiter », *MedActual FMC*, 28 juillet 2004, p. 2-6.

EMBIL, John. « The lowdown on *Clostridium difficile* », *The Canadian Journal of CME*, août 2004, p. 39-41.

PLUMMER, Sue, et coll. « *Clostridium difficile* pilot study: Effects of probiotic supplementation on the incidence of *C. difficile* diarrhoea », *Internal Microbiology*, 2004, vol. 7, p. 59-62.

POUTANEN, Susan M., et Andrew E. SIMOR. « *Clostridium difficile*-associated diarrhea in adults », *CMAJ*, vol. 171, p. 51-58.

Prévention de l'influenza

dans la région de la Capitale nationale

Bilan de saison 2003-2004 : la tendance à la hausse se maintient

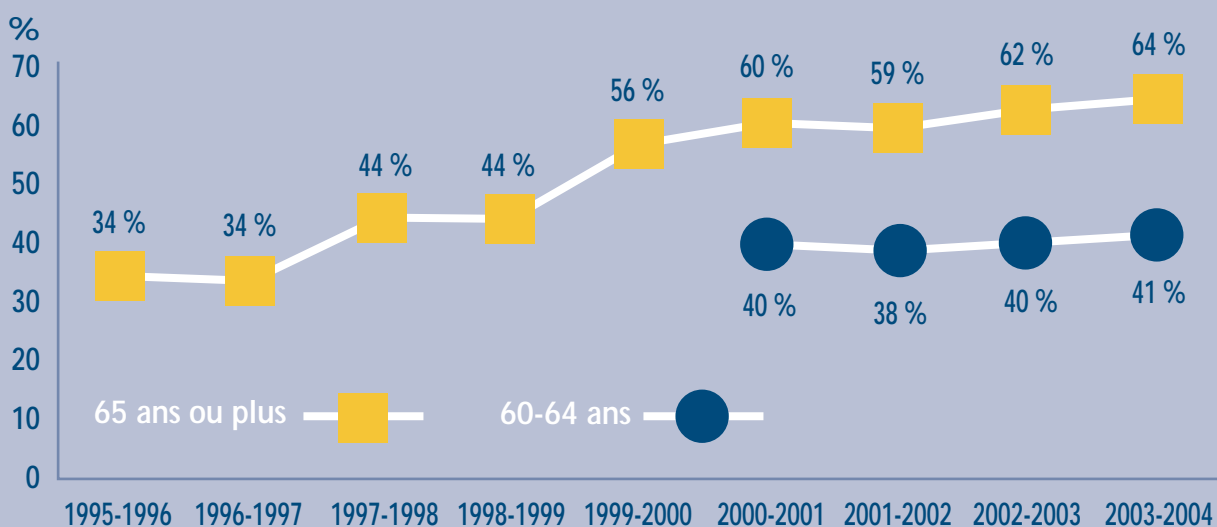
La vaccination contre l'influenza est la mesure la plus efficace pour prévenir les hospitalisations et les décès qui y sont reliés. En 2003-2004, le programme de vaccination contre l'influenza ciblait 221 687 personnes, soit le tiers de la population de la région de la Capitale nationale qui comptait 652 060 personnes.

Au cours de la campagne 2003-2004, 116 552 personnes ont reçu le vaccin contre l'influenza, soit 8393 de plus qu'au cours de la saison précédente, chiffre qui s'inscrit dans cette tendance à la hausse constatée depuis plusieurs années. Ce résultat est entre autres attribuable au travail constant de nombreux vaccinateurs, médecins et infirmières répartis en 251 sites (cliniques médicales, CLSC¹, CHSCD² et CHSLD³).

Les personnes âgées de 65 ans ou plus ont reçu le vaccin en grand nombre (dans une proportion de 64 %), soit une augmentation par rapport à 2002-2003. L'objectif de couverture vaccinale de ce groupe, fixé à 60 %, a été atteint pour une troisième fois en quatre ans. Par ailleurs, la couverture vaccinale s'améliore pour plusieurs groupes ciblés, notamment les 60 ans ou plus, les 60 à 64 ans ainsi que les moins de 60 ans atteints d'une maladie chronique. Les employés et les médecins des centres hospitaliers de soins de courte durée se sont également fait vacciner en plus grand nombre. La couverture vaccinale des employés des CHSCD a été de 38 % en 2003-2004, comparativement à 28 % pour l'année précédente.

Personnes âgées de 60 ans ou plus, vaccinées contre l'influenza en milieu ouvert, région de la Capitale nationale, 1995-2004

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



1 CLSC : Centre local de services communautaires.
2 CHSCD : Centre hospitalier de soins de courte durée.
3 CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Vaccination contre l'influenza en milieu ouvert, région de la Capitale nationale, 2000-2004

MILIEU OUVERT	Année	Vaccinés	Visés	% vaccinés
Personnes âgées de 65 ans ou plus	2003-2004	56 301	88 541	64 %
	2002-2003	53 461	86 856	62 %
	2001-2002	50 087	85 259	59 %
	2000-2001	50 219	83 573	60 %
Personnes âgées de 60 à 64 ans	2003-2004	14 202	34 553	41 %
	2002-2003	13 064	32 277	40 %
	2001-2002	11 429	30 365	38 %
	2000-2001	11 632	29 257	40 %
Personnes de moins de 60 ans	2003-2004	22 685	66 578	34 %
	2002-2003	21 165	66 463	32 %
	2001-2002	20 663	66 421	31 %
	2000-2001	22 756	66 118	34 %
Employés des CHSCD	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 %

Source : Programme d'immunisation, Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale

Vaccination contre l'influenza en CHSLD, région de la Capitale nationale, 2000-2004*

MILIEU FERMÉ	Année	Vaccinés	Visés	% vaccinés
Résidents des CHSLD	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	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

* La diminution du nombre de CHSLD en 2003-2004 s'explique par le transfert des ressources intermédiaires (relevant du Soutien à domicile des CLSC) au milieu ouvert.

Le défi en 2004-2005 : rejoindre mieux certains groupes

L'objectif de couverture vaccinale de 60 % n'est pas atteint pour plusieurs groupes, dont les employés des CHSLD (vaccinés à 36 %) et des CHSCD (38 %). Même si on constate une hausse importante du nombre des vaccinés, il faut maintenir les efforts de promotion qui ont été consentis dans les différents milieux et poursuivre sur cette lancée la hausse de la couverture vaccinale pour atteindre l'objectif ciblé de 60 %.

Les personnes de moins de 60 ans atteintes d'une maladie chronique et les personnes de 60 à 64 ans demeu-

rent peu sensibles aux messages généraux de promotion qui leur sont adressés. **Nous invitons donc tous les professionnels de la santé qui les rencontrent à leur recommander la vaccination.** Ce type de recommandation est reconnu comme un facteur déterminant dans la décision de se faire vacciner, en particulier en ce qui a trait à la vaccination contre l'influenza.

Le programme influenza doit chaque année rejoindre davantage de personnes, un défi de taille. Cet accroissement s'explique par le vieillissement constant de la population et l'ajout de nouveaux groupes cibles. En 2004-2005, le nombre de personnes supplémentaires à rejoindre est de 10 567, principalement des personnes

de 60 ans ou plus et les enfants âgés de 6 à 23 mois, nouvellement inclus au programme.

L'ajout de groupes cibles pour la vaccination gratuite contre l'influenza en 2004-2005

Cette année, la campagne débutera le **1^{er} novembre 2004** et pourra se prolonger jusqu'après l'arrivée du virus influenza au Québec.

Les populations suivantes pourront recevoir gratuitement le vaccin contre l'influenza :

- les personnes de tout âge souffrant de maladie pulmonaire, cardiaque ou métabolique chronique;
- les personnes résidant en centre d'hébergement, en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) ou dans les unités de soins prolongés des centres hospitaliers de soins de courte durée (CHSCD);
- les personnes âgées de 60 ans ou plus;
- **les enfants en bonne santé âgés de 6 à 23 mois inclusivement.** Les enfants âgés de moins de 6 mois sont considérés comme étant à risque élevé mais étant donné que le vaccin est moins immunogène à cet âge, son administration n'est pas recommandé dans leur cas;
- **les contacts domiciliaires des enfants âgés de 0 à 23 mois et les personnes qui en prennent soin** (ex.: travailleurs en garderie);
- les contacts domiciliaires de tout âge des personnes atteintes de maladies chroniques;
- le personnel des établissements de soins de santé.

Vaccin contre l'influenza 2004-2005

En 2003-2004, ce sont principalement des virus de souche A qui ont circulé (99 % des souches isolées au Canada). Parmi ces virus de type A, la majorité (96,2 %) étaient des virus apparentés à A/Fujian/411/2002 (H3N2) et une faible proportion (3,6 %) était analogue à A/Panama/2007/99 (H3N2), la souche incluse dans le vaccin. Des études ont cependant confirmé que le vaccin 2003-2004 contenant la souche A/Panama/2007/99 (H3N2) apportait une protection partielle en

raison des différences antigéniques entre les deux souches. Le vaccin contre l'influenza a donc été modifié pour tenir compte des souches qui ont circulé au cours de la saison dernière :

- A/New Caledonia/20/99(H1N1);
- A/Wyoming/3/2003(H3N2) souche analogue à A/Fujian/411/2002(H3N2) ;
- B/Jiangsu/10/2003 souche analogue à B/Shanghai/361/2002.

Seule la souche A/New Caledonia/20/99 demeure dans la composition du vaccin pour une cinquième saison consécutive. La surveillance mondiale de l'influenza montre que depuis le mois d'avril la souche A/Fujian est celle qui prédomine dans l'hémisphère sud.

Les membres du programme de prévention de l'influenza de la région de la Capitale nationale tiennent à vous remercier pour votre importante contribution au programme de prévention de l'influenza et du pneumocoque. Prenez note de nos coordonnées pour nous rejoindre.

Équipe du programme de prévention de l'influenza et du pneumocoque de la région de la Capitale nationale

Colette Couture, infirmière, B.Sc.,
DSP de la région de la Capitale nationale
666-7000 #401

Isabelle Laverdière, pharmacienne,
Pharmacie du CHUL, SRPIQ 654-2799
Télécopie : 654-2163

Solange Jacques, infirmière, B.Sc.,
DSP de la région de la Capitale nationale
666-7000 #300

Danièle Nollet, secrétaire,
DSP de la région de la Capitale nationale
666-7000 #342

Geneviève Tremblay, M.D.,
DSP de la région de la Capitale nationale
666-7000 #402

Geneviève Tremblay, M.D.
Médecin spécialiste en santé communautaire

Source : Tremblay G., Boulianne N., Couture C. et Jacques S., *Programme de prévention de l'influenza et du pneumocoque de la région de la Capitale nationale : Bilan 2003-2004*, Beauport, Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale, mai 2004, 21 p.



Maladies à déclaration obligatoire : aperçu des résultats et des interventions de la DSP pour 2003

La Direction régionale de santé publique a reçu de ses partenaires 2 407 déclarations de maladies entre le 1er janvier et le 31 décembre 2003, ce qui représente une hausse de 5 % par rapport à l'année précédente. Cette augmentation est attribuable principalement aux infections transmissibles sexuellement (18,9 %) et plus particulièrement aux chlamydioses génitales, pour lesquelles l'augmentation a été la plus élevée (14 %). Il convient de souligner que le nombre de déclarations d'infection au virus d'immunodéficience humaine (VIH) a diminué de plus de la moitié, passant de 33 cas en 2002 (avril à décembre) à 14 en 2003 (janvier à décembre); cependant, un délai de déclaration est possible. Par ailleurs, les maladies entériques ont diminué de 12 %, et les hépatites A, B et C ont diminué de 13 %, passant de 286 en 2002 à 248 en 2003.

Au chapitre des maladies évitables par la vaccination, la coqueluche a enregistré une diminution considérable, pour passer de 66 cas en 2002 à 12 cas en 2003. Quant au nombre des infections invasives à méningocoques, il est demeuré stable à onze déclarations pour ces deux années. La tuberculose est une autre maladie qui a enregistré une diminution importante; le nombre de déclarations est passé de 17 à 7 cas en 2002 et en 2003 respectivement.

Des 2 407 déclarations, 421 ont fait l'objet d'une enquête épidémiologique, soit 17,5 % de toutes les MADO déclarées dans la région en 2003, ce qui représente une diminution de 27 % par rapport à 2002 malgré une augmentation du nombre de cas déclarés. Cette diminution du nombre des enquêtes épidémiologiques est attribuable aux variations des nombres de déclarations des maladies qui font objet d'une enquête. La diminution du nombre de cas d'hépatite C, de tuberculose, de coqueluche, d'infection à E. coli et de giardiase a contribué à cette baisse. Il convient de préciser qu'en 2002, nous avons connu une augmentation de 30 % des enquêtes épidémiologiques par rapport à 2001.

L'objectif premier de ces enquêtes est de rechercher les facteurs d'exposition aux maladies afin, si possible, d'éliminer ces facteurs. Le second objectif est de rechercher les personnes qui ont été en contact avec les cas afin de leur offrir une prophylaxie (ex. : immunisation, chimioprophylaxie) lorsque celle-ci est disponible. Dans le cas des intoxications par des substances chimiques, une vérification systématique est faite pour nous assurer que la source de l'intoxication est connue et que la situation est prise en charge afin de la corriger et d'exercer une surveillance adéquate.



Au chapitre des écloisions, on note 45 épisodes touchant autant de groupes, dont plusieurs personnes ont rapporté des symptômes gastro-intestinaux; la cause était probablement d'origine virale dans tous les cas mais n'a jamais pu être précisée. Vingt-deux toxi-infections alimentaires ont également été signalées; il a été impossible d'en déterminer l'agent causal malgré les analyses du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ). Enfin, aucune éclosion d'influenza n'a été signalée dans la région en 2003, ce qui n'exclut cependant pas la présence de la maladie dans la communauté.

Il importe également de souligner que la DSP a reçu 125 signalements de contact avec les animaux. De ceux-ci, 66 se rapportaient à un contact significatif avec une chauve-souris; près de la moitié (31) ont fait l'objet d'une recommandation de vaccination contre la rage pour les personnes visées. Vingt chauves-souris ont été analysées et aucune n'était porteuse de la rage. Au total, 6 personnes ont été vaccinées contre la rage en raison d'une morsure animale et 70 l'ont été en raison d'un contact avec une chauve-souris. Il convient de rappeler que la rage est une maladie toujours mortelle et que, même si peu d'animaux au Québec en sont atteints, elle fait l'objet de l'application de mesures préventives très élargies.

Au chapitre des signalements et de la surveillance, la région de la Capitale nationale, à l'instar des autres régions du Québec, a été très active au moment de l'écllosion mondiale du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) : surveillance, mise en place d'un système d'alerte, distribution d'informations aux partenaires, élaboration d'un plan d'intervention, etc. L'équipe Maladies infectieuses s'est aussi engagée dans les dossiers du virus du Nil occidental (VNO), de l'histohémovigilance, des infections nosocomiales (ERV, SARM), du contrôle de la tuberculose chez les immigrants et de la santé des voyageurs.

L'équipe Maladies infectieuses de la Direction régionale de santé publique tient à remercier les médecins, les laboratoires des hôpitaux, Info-santé CLSC et le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) pour leurs déclarations de MADO. Nous désirons également remercier les intervenants qui ont signalé des cas, entre autres, les infirmières travaillant en milieu scolaire, en CLSC et en prévention des infections dans les milieux hospitaliers, ainsi que le personnel des écoles et des centres de la petite enfance.

FAITS SAILLANTS À PROPOS DES MADO RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE

La section qui suit présente la situation de la déclaration de certaines MADO pour 2003. Les maladies le plus souvent déclarées sont la chlamydie génitale (1 258 cas), la campylobactériose (353 cas), l'hépatite C (177 cas) et la salmonellose (134 cas), ce qui correspond à la tendance au niveau provincial. Parmi les produits chimiques, le plomb est celui qui est le plus souvent en cause. Les données d'incidence suivent les mêmes tendances. Cependant, on constate:

une stabilisation

- de l'incidence de la campylobactériose qui a atteint un sommet en 1998,
- de l'incidence de la salmonellose,
- de l'incidence du sida depuis 1999;

une diminution

- de l'incidence de la scarlatine depuis 2000,
- de l'incidence de l'hépatite C depuis 2001,

Tableau 1 Nombre de cas déclarés de MADO dans la région de la Capitale nationale de 1994 à 2003

MALADIE	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Amibiase	32	21	21	19	21	24	28	24	19	21
Campylobactériose	381	315	383	438	535	386	441	348	378	348
Entérite à E.Coli	19	27	16	60	37	70	90	39	54	11
Entérite à Y. entérocolitica	43	40	33	14	6	12	17	9	7	8
Giardiase	35	52	67	62	66	53	56	71	111	85
Salmonellose	160	142	169	132	153	115	102	118	119	133
Shigellose	28	27	13	35	25	19	22	15	10	15
Hépatite A	9	49	37	71	18	7	6	8	4	3
Hépatite B aiguë	41	42	23	41	17	15	18	13	16	16
Hépatite B porteur	65	63	39	77	74	79	59	66	54	52
Hépatite B sans précision	44	16	34	3	1	1	5	3	3	2
Hépatite C sans précision	2	4	16	254	295	317	337	315	208	177
Chlamydie génitale	749	563	571	649	744	815	803	1 041	1 002	1 254
Syphilis	15	2	4	3	5	2	0	1	3	7
Infection gonococcique	55	27	16	26	28	63	37	37	37	51
Sida	21	20	21	11	12	2	4	5	3	4
VIH	-	-	-	-	-	-	-	-	22	14
Rougeole	3	2	7	0	0	0	0	0	0	0
Rubéole	11	2	14	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	488	367	205	97	596	295	84	110	66	12
Haemophilus influenzae	1	3	1	0	0	1	2	1	0	2
Oreillons	11	2	3	1	0	1	1	0	0	0
Tétanos	-	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Infection à méningocoques	9	10	2	5	2	5	2	28	11	11
Scarlatine	144	52	79	56	56	81	140	75	59	40
Légionellose	2	1	16	4	2	0	0	1	0	1
Paludisme	1	6	4	5	5	4	20	39	6	7
Tuberculose	24	22	14	23	12	9	14	9	17	7
Streptocoque A invasif	-	15	6	7	6	13	14	16	8	22
Streptocoque pneumoniae	-	-	-	63	63	49	56	82	53	81

Source : Laboratoire de santé publique du Québec, Sommaire des maladies à déclaration obligatoire, période se terminant le 31 décembre 2003.
Production : Direction régionale de santé publique, Maladies infectieuses, juillet 2004.

- de l'incidence de l'entérite à E. COLI depuis 2000,
- de l'incidence de la coqueluche depuis 1999, plus marquée depuis 2000, après une éclosion en 1998 ;

une augmentation

- de l'incidence des infections invasives à méningocoques en 2001 suivie d'une diminution en 2002 et 2003,
- de l'incidence du paludisme en 2000-2001 avec un retour aux taux des années antérieures en 2002 et 2003,
- de l'incidence de la giardiase depuis 1999,

- de l'incidence de la chlamydie génitale depuis 1995, plus marquée en 2003,
- de l'incidence de l'infection à gonocoques qui était stable depuis l'an 2000,
- de l'incidence de la syphilis depuis 2000, plus marquée en 2003;

l'absence

- de rougeole et de rubéole depuis 1997,
- d'oreillons depuis 2001,
- de tétanos depuis 1997.

Tableau 2 Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) des MADO dans la région de la Capitale nationale de 1994 à 2003

MALADIE	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Amibiase	5,2	3,4	3,4	2,9	3,2	3,7	4,3	3,7	2,9	3,2
Campylobactériose	61,9	51,2	62,2	67,4	82,5	59,0	68,2	53,6	58,1	54,1
Entérite à E.Coli	3,1	4,4	2,6	9,2	5,7	10,7	13,9	6,0	8,3	1,8
Entérite à Y. entérocolitica	7,0	6,5	5,4	2,2	0,9	1,8	2,6	1,4	1,1	1,4
Giardiase	5,7	8,4	10,9	9,5	10,1	8,1	8,7	10,9	17,1	13,0
Salmonellose	26,0	23,1	27,5	20,3	23,5	17,6	15,8	18,2	18,3	20,6
Shigellose	4,5	4,4	2,1	5,4	3,8	2,9	3,4	2,3	1,5	2,3
Hépatite A	1,5	8,0	6,0	10,9	2,8	1,1	0,9	1,2	0,6	0,5
Hépatite B aiguë	6,7	6,8	3,7	6,3	2,6	2,3	2,8	2,0	2,5	2,6
Hépatite B porteur	10,6	10,2	6,3	11,9	11,3	12,1	9,1	10,2	8,3	8,0
Hépatite B sans précision	7,1	2,6	5,5	0,5	0,2	0,2	0,8	0,5	0,5	0,3
Hépatite C sans précision	0,3	0,6	2,6	39,1	45,2	48,4	52,1	48,6	32,0	27,1
Chlamydie génitale	121,7	91,5	92,8	99,9	114,1	124,6	124,1	160,5	154,1	192,9
Syphilis	2,4	0,4	0,7	0,6	0,8	0,4	0,0	0,2	0,5	1,3
Infection gonococcique	8,9	4,4	2,6	4,0	4,3	9,6	5,7	5,7	5,7	7,8
Sida	3,4	3,2	3,4	1,7	1,8	0,3	0,6	0,8	0,5	0,6
VIH	-	-	-	-	-	-	-	-	3,4	2,1
Rougeole	0,5	0,3	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rubéole	1,8	0,3	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Coqueluche	79,3	59,6	33,3	14,9	91,4	45,1	13,0	17,0	10,1	1,8
Haemophilus influenzae	0,2	0,6	0,2	0,0	0,0	0,2	0,3	0,2	0,0	0,3
Oreillons	1,8	0,3	0,5	0,2	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0
Tétanos	-	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Infection à méningocoques	1,5	1,6	0,3	0,8	0,3	0,8	0,3	4,3	1,7	1,7
Scarlatine	23,4	8,4	12,8	8,6	8,6	12,4	21,6	11,6	9,1	6,1
Légionellose	0,3	0,2	2,6	0,6	0,3	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2
Paludisme	1,9	1,14	2,3	0,9	0,8	0,7	3,0	6,2	0,9	1,3
Tuberculose	3,9	3,6	2,3	3,5	1,8	1,4	2,2	1,4	2,6	1,1
Streptocoque A invasif	-	2,4	1,0	0,9	0,9	2,0	2,2	2,5	1,2	3,4
Streptocoque pneumoniae	-	-	-	8,0	9,7	7,5	8,7	12,6	8,1	12,4

Source : Laboratoire de santé publique du Québec, *Sommaire des maladies à déclaration obligatoire*, période se terminant le 31 décembre 2003.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, juillet 2004

Population : Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

Michel Frigon, M.D., M.Sc.

Bulletin
de santé publique

V. 16, no. 5, novembre 2004

Publication de la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale
2400, D'Estimauville, Beauport (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/dspq/fr/frset-comm.html

Pour information,
contactez Ginette Langevin
au 666-7000, poste 215 ou
ginette.langevin@sss.gouv.qc.ca

Infographie : Atelier Infograph

Envoi de poste publication 40007047

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Capitale nationale

Clin d'œil

sur la contraception orale d'urgence



La contraception orale d'urgence (cou), quoi de neuf?

La contraception orale d'urgence (COU) est maintenant disponible directement en pharmacie, en arrière du comptoir, dans les pays suivants : Afrique du Sud, Albanie, Belgique, Cameroun, Canada (dans quatre provinces : Colombie-Britannique, Ontario, Québec et Saskatchewan), Danemark, Finlande, France, Guinée-Bissau, Latvie, Lituanie, Nouvelle Zélande, Portugal, Royaume Uni, et Suisse. Elle est en outre disponible en pharmacie directement sur les tablettes (OTC) en Suède, Norvège et Israël.

Le contraceptif oral d'urgence Preven (identique à Ovral) ne sera plus mis en marché en Amérique du Nord. Désormais, le contraceptif oral d'urgence le plus utilisé est Plan B.

AVIS AUX MÉDECINS : N'ARRÊTEZ PAS DE DONNER DES ORDONNANCES DE COU À L'AVANCE À VOS PATIENTES ! C'est un autre moyen d'augmenter l'accessibilité à la COU, de la faire connaître aux femmes et de faire du counselling sur la contraception régulière.

ÉTUDE SUR LES FACTEURS QUI AFFECTENT L'ORDONNANCE DE COU À L'AVANCE

Plusieurs études ont montré que les femmes qui recevaient une ordonnance de COU à l'avance avaient plus tendance à l'utiliser après une relation sexuelle non planifiée que celles qui n'en recevaient pas. L'une des ces études, réalisée dans le nord-est des États-Unis, visait à explorer les attitudes des médecins généralistes et des femmes à l'égard de la COU.

MÉTHODOLOGIE

Les chercheurs ont sélectionné 38 femmes clientes d'une clinique de médecine familiale d'un milieu socio-économique défavorisé ainsi que 25 médecins généralistes rattachés à 2 cliniques de médecine familiale du même milieu. Clientes et médecins signaient un formulaire de consentement et recevaient une information concise sur la COU avant de se soumettre à une entrevue individuelle semi-structurée d'une durée d'environ 30 minutes.

Dans le cas des femmes, les intervieweurs prenaient des notes qu'ils devaient retranscrire immédiatement après l'entrevue. Les entrevues avec les médecins étaient enregistrées et retranscrites. Deux des auteurs de l'Article portant sur cette étude ont ensuite procédé à une analyse de contenu.

RÉSULTATS

Les femmes sélectionnées présentaient les caractéristiques suivantes : âge moyen de 28 ans, non-blanches dans une proportion de 74 %, 12 ans de scolarité en moyenne, à faible revenu en moyenne; Par ailleurs, un peu plus de la moitié de ces femmes connaissaient la COU, 92 % avaient eu une relation sexuelle non protégée dans la dernière année, et une seule avait déjà utilisé la COU.

En général, les femmes étaient favorables à l'utilisation de la COU. Leur principale préoccupation avait trait aux effets secondaires de la COU à court et long terme (inquiétude de devenir infertile, de perdre ses cheveux, etc...). Seules deux femmes s'inquiétaient d'un effet abortif de la COU. Un tiers étaient peu favorables à l'usage répété de la COU et penchaient plutôt pour l'utilisation régulière de contraception. Certaines femmes, considérant que l'acte sexuel ne sert qu'à faire des enfants et devrait donc être planifié, avaient des objections morales à l'égard de la COU. La plupart des femmes préconisaient un modèle d'intervention selon lequel le médecin discute de façon proactive de la COU et donne des ordonnances à l'avance à toutes les femmes sans distinction. Elles justifiaient leur position par le fait que la COU n'était pas très accessible et qu'il est gênant de la demander. Par contre, certaines craignaient qu'une telle accessibilité augmente les comportements sexuels à risque.

La moitié des médecins interviewés connaissaient la COU et 20 % d'entre eux en discutaient régulièrement avec leurs patientes. La plupart étaient favorables à la COU. Un peu plus de la moitié des médecins étaient en accord avec un modèle d'intervention où le médecin discute de façon proactive de la COU donne des ordonnances à l'avance à toutes les femmes sans distinction. Les objections à ce modèle étaient les suivantes : craintes qu'en parlant de COU, on transmette le message que la contraception régulière ne fonctionne pas bien; recommandation de la COU seulement pour certaines femmes à risque; risque qu'une trop grande disponibilité de la COU augmente les relations sexuelles non protégées et les maladies transmissibles sexuellement. Des médecins faisaient une distinction claire entre la contraception régulière et la contraception d'urgence; quelques-uns considéraient même que les femmes utilisant fréquemment la COU ne méritaient pas de recevoir d'ordonnance à l'avance et devaient faire l'effort d'aller chercher une ordonnance à la clinique. Quelques-uns craignaient que les femmes comprennent mal le mode d'utilisation de la COU. Pour un petit nombre, enfin, les médecins, et non les femmes, considéraient que c'est une obligation et un privilège pour les médecins, d'exercer un contrôle sur la contraception.

CONCLUSION

Cette étude permet de préciser les mythes et les préoccupations morales liées à la contraception d'urgence. Les études réalisées à ce jour montrent que les utilisatrices de COU n'ont pas plus de relations sexuelles non protégées que les autres femmes et que la COU est une méthode préventive efficace contre la grossesse non planifiée.

ASPECTS ÉCONOMIQUES DE LA CONTRACEPTION

Les facteurs qui déterminent le choix d'une méthode contraceptive comprennent la réversibilité, l'efficacité, la facilité d'utilisation et l'innocuité. Ces facteurs influent également sur le coût des méthodes contraceptives, qui paraît souvent trop élevé. Cet article présente une analyse des aspects économiques de la contraception versus les coûts que représentent les grossesses non planifiées.

MÉTHODOLOGIE

Cette recension de la littérature scientifique présente les coûts associés aux différentes méthodes contraceptives : coûts directs (honoraires de consultation, achat de la méthode), coûts indirects (coût d'une grossesse non planifiée en cas d'échec, coûts des complications pro-

voquées par les méthodes contraceptives), coûts associés au développement de maladies qui auraient pu être prévenues par l'utilisation de méthodes contraceptives (cancer de l'ovaire, cancer de l'endomètre, etc.).

RÉSULTATS

Dans une étude de Trussell et coll. (1995), le coût des méthodes contraceptives, comparativement aux coûts de la grossesse non planifiée, est évalué sur des périodes d'un an et cinq ans. Les chercheurs en concluent que, l'utilisation de la contraception réduit toujours les dépenses liées à la santé, quels que soient la méthode choisie et le type de système de santé qui prévaut (public, privé). Le principal déterminant de cette évaluation des méthodes contraceptives est leur taux d'efficacité. Plus une méthode est efficace, moins son coût est élevé. Sur une période de cinq ans, les méthodes les plus rentables sont le stérilet, la vasectomie et les implants : elles coûtent environ 14 fois moins à la société que la non-utilisation de méthode contraceptive. De plus, ces méthodes gagnent en rentabilité, car elles sont utilisées longtemps. Il convient de souligner que ces méthodes sont peu liées aux utilisateurs puisqu'elles n'exigent pas de prise quotidienne ou hebdomadaire.

Une étude de Sonnenberg et coll. (2004) confirme les résultats précédents soit que les méthodes contraceptives sont rentables et que la vasectomie et le stérilet sont les méthodes les plus rentables. Ces chercheurs constatent que l'économie découlant de l'utilisation des méthodes contraceptives est attribuable principalement à la prévention de la grossesse et de ses conséquences (avortement spontané, interruption volontaire de grossesse et grossesse ectopique). Les effets secondaires des méthodes contraceptives et leur traitement contribuent très peu aux coûts de la santé, comparativement aux économies qu'entraîne l'utilisation de ces méthodes.

CONCLUSION

La prévention des grossesses non planifiées est rentable. L'efficacité des méthodes contraceptives jouant un rôle primordial, toute stratégie visant à augmenter l'observance des méthodes est susceptible de réduire les coûts liés à la santé.

Edith Guilbert, M.D., M.Sc.
Équipe Adaptation familiale et sociale

Sources : Karasz, A., NT Kirchen, et M. Gold. « The visit before the morning after: Barriers to preprescribing emergency contraception », *Annals of Family Medicine*, 2004;2(4): 345-50.

Burkman, RT. « Economic issues in Contraception », *Dialogues in Contraception*, 2001 ;6(7):1-3, 8.