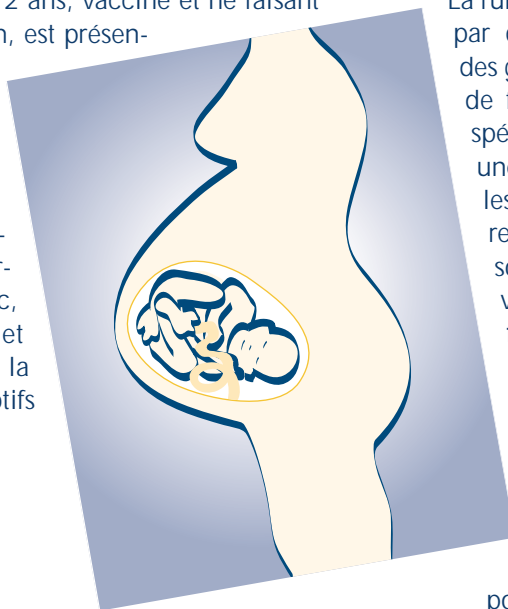


## Surveillance de la rubéole

Depuis le 3 mai dernier, les directions de santé publique (DSP) de la province sont en alerte suite à l'écllosion de cas de rubéole survenus dans une communauté religieuse du sud-ouest de l'Ontario où, depuis février 2005, 154 cas de rubéole ont été confirmés, dont 4 chez des femmes enceintes (11 autres cas sont sous enquête). Tous les cas identifiés proviennent de la communauté Dutch Reform. Aucune des personnes atteintes n'était vaccinée contre la rubéole, à l'exception d'un adulte immunisé en 1974 au moyen d'un vaccin moins efficace que les vaccins présentement utilisés. La très grande majorité des cas (92 %) concerne des enfants dont l'âge moyen est de 11 ans. La population avoisinant cette communauté ne semble pas avoir été touchée. Seul un enfant de 2 ans, vacciné et ne faisant pas partie du Dutch Reform, est présentement sous investigation.

Il ne semble pas y avoir de communauté portant ce nom au Québec; cependant, il existe d'autres communautés établies dans certaines régions du Québec, notamment Montréal et Lanaudière, qui refusent la vaccination pour des motifs religieux.



Compte tenu du contexte actuel, le Bureau de surveillance et de vigie sanitaire de la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux recommande une surveillance accrue de la rubéole dans toutes les régions du Québec. La DSP de la Capitale nationale désire aviser les médecins de son territoire d'être plus vigilants et sensibles à l'égard des éruptions cutanées qui pourraient être liées à l'écllosion ontarienne.

### Quelques données épidémiologiques

La rubéole est une affection virale qui se manifeste par des éruptions exanthémateuses transitoires, des ganglions cervicaux, des arthralgies et un peu de fièvre. Comme ces symptômes ne sont pas spécifiques, on peut confondre la maladie avec une infection causée par d'autres virus. Chez les enfants et les adultes, cette affection est relativement bénigne; les complications graves sont rares et jusqu'à 50 % des infections peuvent passer inaperçues. **Cependant, chez les femmes enceintes, la rubéole constitue une affection très sérieuse en raison de son potentiel tératogène.** Les programmes de vaccination contre la rubéole ont d'ailleurs été mis en place en grande partie dans le but de prévenir l'infection rubéoleuse pendant la grossesse, puisqu'elle peut être à l'origine d'une rubéole congénitale pouvant entraîner un avortement, la mort du fœtus ou des malformations comme une cardiopathie congénitale, des cataractes, la surdité ou une déficience intellectuelle. Le risque d'atteinte du fœtus est particulièrement élevé dans les premiers mois qui suivent la conception (85 % pendant le 1<sup>er</sup> trimestre) et diminue progressivement par la suite.

### Sommaire

|   |   |
|---|---|
| Surveillance de la rubéole .....  | 1 |
| Gare à l'herbe à poux .....   | 2 |
| La santé est la priorité mais pour qui ? .....  | 3 |
| Documents produits par la DSP .....   | 5 |
| Campagne de prévention de l'influenza et<br>du pneumocoque 2005-2006 dans la région de<br>la Capitale-Nationale ..... | 5 |

La rubéole est une maladie à déclaration obligatoire (MADO). Entre 2000 et 2004, 9 cas ont été répertoriés au Québec. En 2005, aucun cas n'a été signalé en date du 30 août, et le dernier cas de rubéole congénitale a été déclaré en 2001.

## Interventions de santé publique

Le Programme québécois de vaccination contre la rubéole existe depuis 1971. Actuellement, deux doses sont administrées à l'âge de 12 et 18 mois au moyen du vaccin Rougeole-Rubéole-Oreillons (RRO). Selon les études de couverture vaccinale réalisées dans plusieurs

régions au cours des dernières années, on estime que 97 % de la population est immunisée. **Il existe également un programme de dépistage des anticorps rubéoleux au début de la grossesse.** Si les anticorps sont inexistant, la vaccination de la femme est recommandée dans les heures ou les jours qui suivent l'accouchement, afin de réduire encore plus le nombre de femmes en âge de procréer non immunes.

**Michel Frigon, M.D.**  
**Équipe maladies infectieuses**

# Gare à l'herbe à poux

La Table québécoise sur l'herbe à poux (TQHP) a lancé sa campagne provinciale de sensibilisation « *L'herbe à poux : j'en NEZ assez!* » le 8 juin dernier dans le cadre de la Journée de l'air pur. Cette campagne vise à informer la population, particulièrement les personnes allergiques à cette plante, dans le but de les aider à protéger leur santé. Une affiche éducative, une fiche d'information, en français et en anglais, et le site Internet de la TQHP ([www.tqhp.qc.ca](http://www.tqhp.qc.ca)) permettent aux citoyens de toutes les municipalités du Québec de mieux connaître l'herbe à poux et d'agir efficacement pour la contrôler.

Les affiches ainsi que les fiches d'information sont disponibles à la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale.

Déjà, les Centres de la petite enfance, les cliniques médicales, les municipalités de même que les pharmacies de la région de la Capitale-Nationale ont reçu le matériel publicitaire. Des renseignements destinés à la population et aux professionnels concernés par l'herbe à poux sont disponibles sur le site de la TQHP; vous pourrez observer de nombreuses photographies de la plante et consulter la documentation sur le sujet.

Durant sa période de pollinisation, de la fin juillet aux premières gelées de l'automne, le pollen de l'herbe à poux se propage dans l'air sous forme d'une fine poussière

microscopique. De tous les aéroallergènes saisonniers connus au Québec, le pollen de l'herbe à poux est un des plus importants. Les allergènes actifs qui le composent provoquent une rhinite allergique saisonnière importante chez les personnes sensibilisées.

Cette allergie respiratoire, communément appelée rhume des foin, affecte près d'un Québécois sur dix chaque année. Loin de diminuer, les personnes touchées par cette allergie est en constante progression et depuis les 10 dernières années, le nombre de Québécois souffrant d'allergies respiratoires saisonnières n'a cessé d'augmenter. Ainsi, au même titre que les polluants atmosphériques, les pollens allergènes constituent une véritable pollution biologique.



Le réchauffement climatique n'améliore pas la situation. Une température plus chaude favorise une croissance plus importante des végétaux et allonge la saison de pollinisation. L'herbe à poux n'y fait pas exception. Les relevés de concentration de pollen enregistrés à Montréal démontrent que celui de l'herbe à poux est présent dans l'air sur une plus longue période. De plus, l'indice moyen du pollen d'herbe à poux suit une tendance à la hausse depuis quelques années. On comprend encore mieux l'importance d'agir!

## Si vos patients sont allergiques au pollen de l'herbe à poux

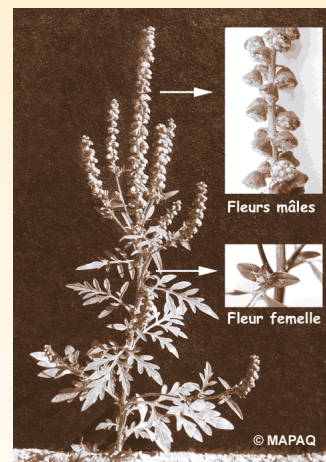
Certaines mesures simples peuvent aider vos patients à diminuer les effets de l'herbe à poux. Durant la période de propagation du pollen, voici les mesures recommandées :

- éviter de fréquenter les lieux infestés par l'herbe à poux;
- éviter les activités de plein air quand la concentration de pollen dans l'air est élevée, surtout entre 7 h et 13 h, par temps chaud, sec et venteux. Après la pluie, les grains de pollen se sont déposés au sol, ce qui réduit les réactions allergiques;
- éviter de tondre vous-même la pelouse ou de ramasser les feuilles;
- ne pas faire sécher vos vêtements à l'extérieur;
- laisser, si possible, les fenêtres fermées pour empêcher le pollen d'entrer dans la maison; utiliser un système de climatisation ou de filtration d'air;
- éviter le contact avec d'autres irritants, comme la fumée de tabac, qui peuvent amplifier les symptômes d'allergies.

## Limiter l'impact de l'herbe à poux

En apprenant à reconnaître adéquatement la plante, vos patients pourront agir afin de limiter l'impact sur leur santé et celle de leur communauté.

Différentes méthodes de contrôle permettent d'en réduire efficacement l'expansion. L'herbe à poux est une plante robuste qui s'implante facilement sur les sols nus. Elle n'a pas besoin d'un sol riche et bien fertile pour se multiplier. Par contre, elle est peu compétitive et se laisse rapidement étouffer lorsqu'une autre plante envahit son territoire. En général, on ne la retrouve pas sur des terrains bien entretenus. Sur un terrain résidentiel, une des méthodes efficaces connues est l'arrachage des plants d'herbe à poux dès le début juillet, avant qu'ils n'aient eu le temps de libérer leur pollen dans l'air. Maintenir une pelouse dense et en bonne santé limite l'apparition de mauvaises herbes. L'utilisation de paillis permet de réduire l'implantation de l'herbe à poux sur le sol nu, par exemple, dans les plates-bandes et le potager.



### Source

Table québécoise de l'herbe à poux. *Une campagne provinciale pour le contrôle de l'herbe à poux*, Communiqué de presse, 8 juin 2005.

Renée Levaque  
Équipe santé et environnement

## La santé est la priorité mais pour qui ?

*Voici un extrait de la lettre écrite par le Dr Alain Poirier, directeur national de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, lors du lancement du rapport national sur l'état de santé de la population du Québec en mai dernier.*

On le dit partout, la santé, c'est la priorité ! Toutefois, j'ai l'impression qu'à travers ce discours, on pense davantage que c'est le traitement de la maladie qui est prioritaire. Ainsi, on attend de notre réseau de la santé et des services sociaux qu'il produise des services accessibles et de qualité, mais s'il y a ces maladies à soigner, il y a aussi les mêmes à prévenir. C'est un peu le propos que j'ai tenu en rendant public récemment le rapport *Produire la santé*. Ce rapport présente un por-

trait des principaux problèmes évitables des Québécoises et Québécois et propose des pistes de solution que nous pourrions mettre en place pour améliorer la santé.

Trois idées émergent du rapport. Premièrement, bon nombre de problèmes psychosociaux et de santé sont évitables. Deuxièmement, ces problèmes sont dus à des facteurs communs. Et, troisièmement, il est possible d'agir sur ces facteurs et d'améliorer la santé de la population, si tous les secteurs d'activité de la société unissent leurs efforts.

L'état de santé de la population québécoise s'est beaucoup amélioré au cours des dernières décennies. Ainsi,

on peut observer une diminution, voire même la disparition de certaines maladies infectieuses grâce à la vaccination, une diminution importante des maladies cardiovasculaires depuis les années 1950, une baisse marquée des traumatismes routiers au cours des vingt dernières années et une réduction de plus de 80 % de la mortalité infantile depuis 1965. Le Québec se compare avantageusement au reste du monde à plusieurs égards. Par exemple, le taux de mortalité par maladies cardiovasculaires y est inférieur à ceux du Canada, de la Suède ou des États-Unis, et le taux de mortalité infantile est beaucoup moins élevé chez nous qu'aux États-Unis, et moins élevé que dans le reste du Canada ainsi qu'au Royaume-Uni.

Plusieurs problèmes continuent toutefois de faire des ravages, et de nouvelles craintes ont surgi, particulièrement en ce qui concerne les maladies infectieuses. Qu'on pense à la menace d'une pandémie d'influenza, aux infections nosocomiales et aux infections transmissibles sexuellement et par le sang. D'autre part, au cours des cinquante dernières années, les décès attribuables au cancer ont continuellement augmenté, tandis que sur une plus courte période, l'obésité a connu une augmentation de 56 % chez les adultes depuis 1987.

Du côté psychosocial, bon nombre de problèmes affectent les enfants et les adolescents : retards de développement, violence, troubles du comportement, délinquance, pour ne nommer que ceux-là. Par ailleurs, une personne sur cinq connaît, à un moment ou l'autre de son existence, un problème de santé mentale. De plus, le taux de suicide a malheureusement considérablement augmenté au Québec depuis les années 70.

Plusieurs croient en effet que l'état de santé d'une société est directement proportionnel aux dépenses engagées dans les services de santé. Or, on sait que le taux d'utilisation des services de santé et le recours aux soins n'expliqueraient que 20 % des différences de mortalité et de morbidité entre les populations des pays industrialisés.

Quels sont donc ces principaux moyens intersectoriels susceptibles d'influencer les déterminants communs des problèmes de santé évitables ? Le premier consiste

à réduire la pauvreté et les inégalités, car, dans toutes les sociétés, les plus pauvres risquent davantage d'être exposés aux maladies, d'être atteints plus jeunes d'une maladie et de mourir précocement. L'amélioration de la santé de la population passe également par l'amélioration de l'environnement physique, notamment par la réduction de la pollution de l'eau, de l'air et du sol.



Sur le plan individuel maintenant, les habitudes de vie influencent aussi la santé. Une alimentation inadéquate, la sédentarité, le tabagisme et une consommation excessive d'alcool sont en cause dans environ 40 % de tous les décès; dans le cas des décès attribuables aux maladies chroniques, cette proportion va même jusqu'à 80 %. Il faut renforcer les aptitudes des individus à faire des choix favorables à leur santé, notamment par le biais de campagnes de communication. Mais pour renforcer l'impact de ces campagnes, il est nécessaire de surtout créer des milieux et instaurer des politiques

qui favorisent l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. « L'école en santé » est un bel exemple de cette approche, puisqu'on peut difficilement faire la promotion d'une alimentation saine si on n'assure pas l'accès à des aliments sains dans une école.

Les moyens d'action sont bel et bien à notre portée. Bien que le Québec se soit déjà doté de plusieurs instruments susceptibles de contribuer à produire la santé, il revient aux décideurs de tous les milieux et bien sûr, aux citoyens eux-mêmes de saisir l'occasion d'agir encore plus énergiquement au regard de la pauvreté, de l'environnement, de la solidarité des communautés, de l'adoption de saines habitudes de vie, ainsi que par le développement des enfants et des jeunes. L'amélioration de la santé, c'est un défi auquel toutes et tous peuvent et doivent contribuer.

Le rapport *Produire la santé* est disponible à : [www.msss.gouv.qc.ca/publications](http://www.msss.gouv.qc.ca/publications)



*Nouveautés*

## Documents produits par la DSP

*Adoption québécoise : quand et comment aborder le sujet?* : ISBN : 2-89496-279-7. Édith Guilbert. \$10.00 + TPS

*Analyse organisationnelle de l'accessibilité aux services en santé mentale pour la population anglophone dans la région de Québec* : ISBN : 2-89496-267-3. Joliette Tr an, Cl ement Beaucage, Daniel Reinhartz. \$12.00 + TPS

*Bilan synth ese des activit es des tables d'actions pr eventives jeunesse 1999-2004* : ISBN : 2-89496-288-6. Daniel Paquette. \$10.00 + TPS

*Développement des communaut es et l'approche en empowerment :  valuation de l'implantation de trois projets dans la région de Québec* : ISBN : 2-89496-259-2. Clara B naz era. \$12.00 + TPS

*Documents audiovisuels sur le développement de l'enfant* : ISBN : 2-89496-293-2. Danielle Landry. \$7.00 + TPS

*Enquête provinciale sur l'herbe   poux : implication du milieu provincial en 2003*. Jean-François Duchesne. Gratuit

*Enquête sur l'élargissement du rôle du pharmaciens et des pharmaciennes en matière de prévention des grossesses non planifiées dans la région de la Capitale nationale à l'automne 2004* : ISBN : 2-89496-292-4.  dith Guilbert. \$7.00 + TPS

* quipe territoriale en pédopsychiatrie de Québec-métro :  valuation de l'implantation (mai 2002-janvier2003)* : ISBN : 2-89496-277-0. Pierre Racine. \$21.00 + TPS

* valuation du processus et de l'atteinte des objectifs : projet isocyanates* : ISBN : 2-89496-289-4. Sylviane Gignac. \$7.00 + TPS

*Feu de brousse : mise en situation pour la prévention du VIH-SIDA : guide d'animation* : ISBN : 2-89496-278-9. Pierre Berthelot. Gratuit avec vidéo

*Insalubrité morbide, syndrome de diog ne et santé publique* : ISBN : 2-89496-281-9. Reine Roy, Pierre Auger. Gratuit

*Interventions favorisant la participation des femmes au dépistage par mammographie : revue de littérature* : ISBN : 2-89496-275-4. Céline Lepage. \$12.00 + TPS

*Repérage en milieu collégial des étudiants et des étudiantes à risque de développer des problèmes d'adaptation : description, analyse et faisabilité* : ISBN : 2-89496-291-6. Valérie Houle. Disponible exclusivement en format électronique

## Campagne de prévention de l'influenza et du pneumocoque 2005-2006 dans la région de la Capitale-Nationale

### 1. NOUVEAUTÉS

#### **Début de la campagne devancé**

Cette année, **la campagne de vaccination contre l'influenza débutera le 17 octobre 2005**. Les vaccinateurs recevront les dates précises de livraison dans leur clinique ou établissement au début du mois d'octobre. Une majoration de l'ordre de 4 % pour la vaccination en général avec le Fluviral S/F, et de 10 % pour la vaccination des enfants de 6   23 mois avec le Vaxigrip, a été accordée à tous les vaccinateurs.

#### **Légère modification dans la composition du vaccin**

La composition du vaccin a été modifiée pour la saison 2005-2006. Les souches utilisées sont les suivantes et celle qui diffère de l'an dernier est indiquée en italique :

A/New Caledonia/20/99(H1N1)

A/New York/55/2004(H3N2), une souche analogue à A/California/7/2004(H3N2)

B/Jiangsu/10/2003, une souche analogue à B/Shanghai/361/2002.

## Ajout d'une nouvelle clientèle

Une nouvelle clientèle est éligible à la vaccination gratuite contre l'influenza, soit les enfants et les adultes présentant **des conditions médicales pouvant compromettre la fonction respiratoire ou l'évacuation des sécrétions respiratoires et celles qui augmentent les risques d'aspiration** (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

## 2. BILAN DE LA SAISON 2004-2005 : NOS EFFORTS PORTENT FRUIT

Chaque année, plusieurs partenaires font de ce programme un succès et y contribuent par l'intensité des efforts requis, particulièrement durant les mois de novembre et décembre. La vaccination est réalisée sur 244 sites incluant les cliniques médicales, les CSSS<sup>1</sup> (missions CLSC<sup>2</sup> et CHSLD<sup>3</sup>), les CHSGS<sup>4</sup> et les autres CHSLD.

La vaccination contre l'influenza est la mesure la plus efficace pour prévenir les hospitalisations et les décès qui y sont reliés. En 2004-2005, le programme de vaccination contre l'influenza ciblait 238 049 personnes (personnes à risque et personnel soignant), soit un peu plus d'une personne sur trois (36 %) de la région de la Capitale-Nationale (qui comptait à ce moment 664 203 habitants). De plus, les enfants âgés de 6 à 23 mois et leur famille sont devenues éligibles à la vaccination gratuite contre l'influenza.

La dernière campagne a encore une fois permis de rejoindre un plus grand nombre de gens visés, soit 139 855 comparativement à 116 552 en 2003-2004. C'est donc 23 303 personnes de plus qui ont été protégées contre l'influenza. C'est ainsi que 142 736 doses de vaccin contre l'influenza ont été administrées. 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.

Pour une première année, 35 % des enfants âgés de 6 à 23 mois au cours de la campagne ont reçu une dose de vaccin contre l'influenza. Cependant, la couverture vaccinale est moindre, puisque seulement 21 % des enfants de ce groupe d'âge ont été vaccinés avec les deux doses requises. Ils ont été majoritairement

vaccinés en CLSC (41 %) et dans les cliniques pédiatriques (32 %). Ce résultat est d'autant plus marquant que le vaccin conjugué contre le pneumocoque a également été introduit à la même période chez ce groupe.

Les personnes âgées de 60 à 64 ans ont été plus nombreuses à se faire vacciner, portant la couverture vaccinale de ce groupe à 44 %, soit une hausse de 4 % par rapport à 2003-2004 (40 %). On observe la même tendance chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, puisque 64 % ont reçu le vaccin contre l'influenza, une hausse de 2 % par rapport à la saison précédente. Ainsi, au total, la couverture vaccinale des personnes âgées de 60 ans ou plus est de 58 %, 2 % de plus qu'en 2003-2004.

En 2004-2005, les personnes atteintes d'une maladie chronique âgées de 2 à 59 ans ont elles aussi eu recours à la vaccination contre l'influenza en plus grand nombre, dans une proportion de 40 %. Rappelons qu'en 2003-2004, 34 % des personnes âgées de 6 mois à 59 ans atteintes d'une maladie chronique se sont fait vacciner, puisque les 6 à 23 mois n'étaient pas encore éligibles à la vaccination gratuite contre l'influenza.

La couverture vaccinale des employés et des médecins des CHSGS demeure globalement stable dans la région à 38 %, avec une légère hausse de 0,7 %. Cette stabilité masque cependant les efforts de ces institutions qui ont augmenté de façon notable la proportion d'employés vaccinés, alors que d'autres centres hospitaliers sont demeurés relativement stables ou ont même diminué cette proportion.

Dans l'ensemble des CHSLD, la couverture vaccinale des usagers se maintient à 84 % et la couverture vaccinale du personnel s'est accrue de 8 %, passant de 36 % en 2003-2004 à 44 % en 2004-2005.

1 CSSS : Centre de santé et de services sociaux.

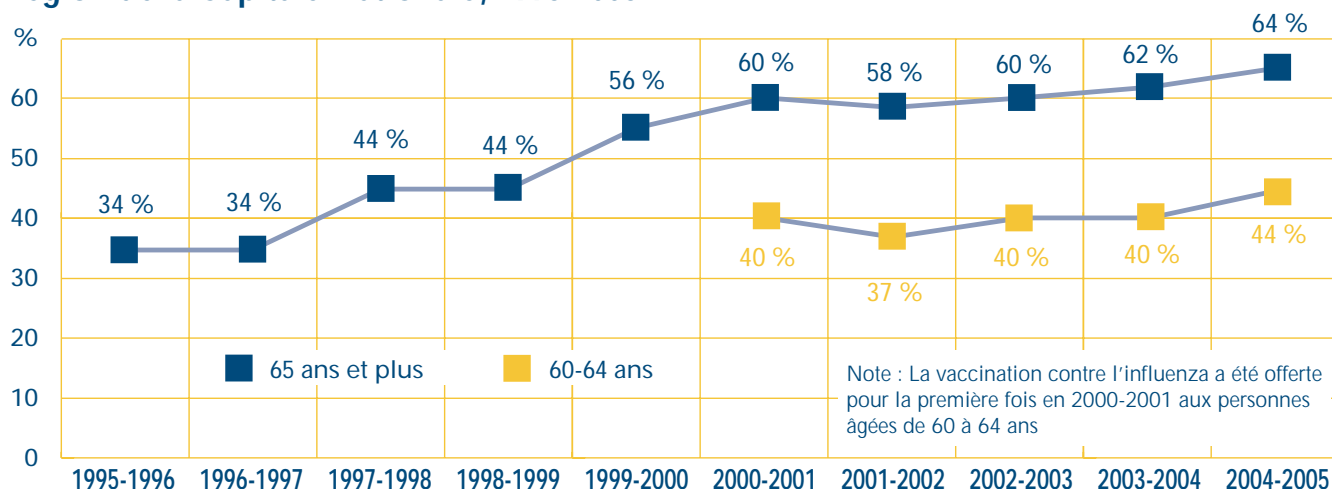
2 CLSC : Centre local de services communautaires.

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

4 CHSGS : Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

## Personnes âgées de 60 ans ou plus vaccinées contre l'influenza en milieu ouvert

### Région de la Capitale-Nationale, 1995-2005



### Vaccination contre l'influenza en milieu ouvert, Région de la Capitale-Nationale, 2000-2005

| MILIEU OUVERT   | Année     | Vaccinés | Visés  | % vaccinés |
|---|-----------|----------|--------|------------|
| Personnes âgées de 65 ans ou plus   | 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  | 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 moins de 60 ans<br>2004-05 : 2 ans à 59 ans<br>2000-04 : 6 mois à 59 ans | 2004-2005 | 26 412   | 66 156 | 40 %       |
|   | 2003-2004 | 22 685   | 67 165 | 34 %       |
|   | 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)                                       | 2004-2005 | 3 333    | 9 580  | 35 %       |
| Employés des CHCD   | 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 2001-2005 ont été révisés à la suite de l'obtention des projections de population 2001-2026. Conséquemment, les % des personnes vaccinées diffèrent donc légèrement de ceux publiés dans les dernières années.

**Source :**

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

### Vaccination contre l'influenza en CHSLD, Région de la Capitale-Nationale, 2000-2005\*

| MILIEU FERMÉ        | Année     | Vaccinés | Visés | % vaccinés |
|---------------------|-----------|----------|-------|------------|
| Résidents des CHSLD | 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  | 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.

\* 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.

### 3. Objectifs de la campagne 2005-2006 : poursuivre sur la lancée

#### ***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. Tout en discutant de la vaccination, ils peuvent influencer leurs patients.

#### ***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 2005-2006 :

- les enfants âgés de 6 à 23 mois = 50 %;
- les personnes atteintes d'une maladie chronique = 45 %;
- les personnes âgées de 60 ans ou plus = 65 %;
- le personnel soignant des CH et des CHSLD = 60 %;
- les usagers des CHSLD = 85 %.

#### ***Augmenter la couverture vaccinale chez les groupes ciblés par la vaccination avec le vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque***

- Selon l'*Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque 2003-2004*, la couverture vaccinale contre le pneumocoque est de 40 % pour les personnes âgées de 65 ans ou plus de la région de la Capitale-Nationale, alors qu'elle est de 44 % pour l'ensemble de la province.
- Plus de gens de 65 ans ou plus devraient être vaccinés, dans la mesure où les infections à pneumocoque surviennent fréquemment suite à une influenza

et que la résistance de cette bactérie aux antibiotiques est très bien documentée.

- 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 visées. On retrouve la liste des indications au chapitre 11, p. 258, du Protocole d'immunisation du Québec.

#### ***Équipe du programme régional d'immunisation***

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

##### **DSP**

M<sup>me</sup> Colette Couture, infirmière, B.Sc. 666-7000, poste 401  
M<sup>me</sup> Solange Jacques, infirmière, B.Sc. 666-7000, poste 300  
M<sup>me</sup> Danièle Nollet, secrétaire 666-7000, poste 342  
M<sup>me</sup> Geneviève Tremblay, M.D. 666-7000, poste 402

##### **Service régional des produits immunisants de Québec, pharmacie du CHUL**

M<sup>mes</sup> Isabelle Laverdière et Danielle Marois, pharmaciennes 654-2799  
Télécopie : 654-2163

##### **Sources**

GUAY, M., G. DUBÉ., L. CÔTÉ *et al.* (2004). *Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque 2003-2004*, Montréal, Institut de la statistique du Québec et Institut national de santé publique, 37 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Protocole d'immunisation du Québec*, 4<sup>e</sup> édition, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 449 p. et annexes.

TREMBLAY, G., C. COUTURE, S. JACQUES., et R. MARANDA-AUBUT (2005). *Programme de prévention de l'influenza et du pneumocoque de la région de la Capitale-Nationale : Bilan 2004-2005*, Beauport, Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale, juin 2005, 20 pages.

**Geneviève Tremblay, M.D.**  
**Équipe maladies infectieuses**

Bulletin  
de **santé publique**

Vol. 17, n° 4, septembre 2005

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](http://www.dspq.qc.ca/dspq/fr/frset-comm.html)

Pour information, contactez M<sup>me</sup> Ginette Langevin au 666-7000, poste 215 ou [ginette.langevin@ssss.gouv.qc.ca](mailto:ginette.langevin@ssss.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

