

## Bulletin de surveillance des maladies du Nouveau-Brunswick

Bureau du médecin-hygiéniste en chef du ministère de la Santé

### Introduction

Voici la 18<sup>e</sup> édition du *Bulletin de surveillance des maladies du Nouveau-Brunswick*.

Dans ce numéro, nous examinons les événements récents en ce qui a trait à deux maladies respiratoires – le virus de la grippe H7N9 et le coronavirus MERS-CoV – et nous présentons un résumé des principales mesures que doivent prendre les médecins. Nous avons aussi inclus un article sur la nécessité de collaborer en vue d'accroître l'administration des vaccins. Nous donnons aussi un aperçu du Réseau des praticiens sentinelles de l'influenza du Nouveau-Brunswick (RPSI-NB) et nous ajoutons les coordonnées de personnes-ressources pour ceux et celles qui désirent y participer. Le présent numéro contient un court message sur les risques pour la santé de l'exposition au radon et les moyens de le détecter dans les résidences. Nous faisons un résumé du rapport de la médecin-hygiéniste en chef sur la santé du cœur publié en septembre 2013.

Enfin, nous fournissons des renseignements expliquant les raisons pour lesquelles la consommation de boissons énergisantes chez les jeunes est une préoccupation pour la santé publique et nous faisons le point sur la récente séance de dialogue à l'intention des intervenants tenue par le Ministère le 1<sup>er</sup> octobre 2013.

### La consommation de boissons énergisantes chez les jeunes est une préoccupation pour la santé publique



Les boissons énergisantes sont des boissons qui contiennent des stimulants en concentrations allant de modérées à élevées, principalement de la caféine. Parmi les ingrédients fréquemment présents dans les boissons énergisantes, on retrouve le sucre, le guarana, des vitamines B et des fines herbes. Leur consommation a augmenté de façon constante en Amérique du Nord durant la dernière décennie, particulièrement auprès des jeunes en raison de leur présumée capacité à accroître l'énergie mentale et physique.<sup>1</sup> Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef est conscient des préoccupations croissantes des parents, des groupes communautaires et des fournisseurs de soins de santé au Nouveau-Brunswick concernant l'utilisation des boissons énergisantes par les enfants et les adolescents.

La consommation de boissons énergisantes chez les jeunes et les adolescents constitue une préoccupation pour plusieurs raisons. Contrairement aux boissons pour sportifs destinées à remplacer les liquides

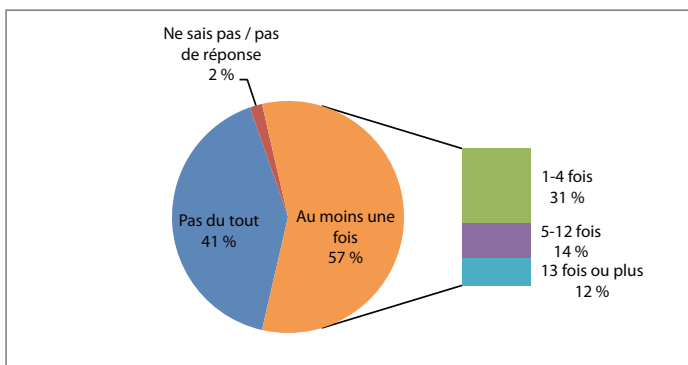
perdus au cours de l'exercice, les boissons énergisantes contiennent des substances neuroactives et n'offrent aucun bénéfice thérapeutique. Elles sont associées à un risque accru d'effets néfastes pour la santé, tels que l'anxiété, les nausées, les maux de tête, l'insomnie, un rythme cardiaque irrégulier, une crise cardiaque et, très rarement, la mort.<sup>2,3</sup>

## La consommation de boissons énergisantes au Nouveau-Brunswick

Jusqu'à récemment, on en savait peu sur la consommation de boissons énergisantes à base de caféine des adolescents du Nouveau-Brunswick. De nouveaux résultats de l'Enquête de 2012 sur la consommation de drogues chez les élèves du Nouveau-Brunswick (ECDENB) contribuent à combler des lacunes dans les données pour améliorer la compréhension des modes de consommation et la caractérisation des risques chez les adolescents du Nouveau-Brunswick.<sup>4</sup>

L'échantillon des adolescents dans le cadre de l'ECDENB de 2012 portait sur des élèves de 7<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> année, âgés de 11 à 19 ans, et révèle que plus de la moitié (57,2 %) d'entre eux avaient consommé des boissons énergisantes au cours des 12 derniers mois (figure 1). Aucune différence notable n'a été constatée dans les taux de consommation par région sanitaire, qui se situaient entre 54 et 61 pour cent. Les élèves du secondaire (9<sup>e</sup>, 11<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> année) étaient plus susceptibles de consommer ces boissons comparativement à ceux de l'école intermédiaire (7<sup>e</sup> année) (figure 2).

**Figure 1 : Pourcentage d'élèves adolescents ayant déclaré avoir consommé des boissons énergisantes à base de caféine au cours des 12 derniers mois, selon la fréquence de consommation, Nouveau-Brunswick, 2012**

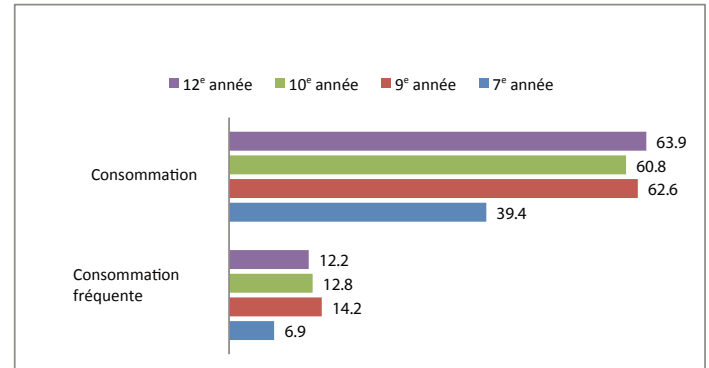


Remarque : Les données ont été saisies à partir d'auto-déclarations d'un échantillon représentatif d'élèves de 7<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> année. Ne sais pas / pas de réponse = Je ne sais pas ce que sont les boissons énergisantes à base de caféine / n'a pas répondu à la question de l'enquête.

Source : Bureau du médecin-hygiéniste en chef, en utilisant les données de l'Enquête de 2012 sur la consommation de drogues des élèves du Nouveau-Brunswick (taille de l'échantillon : 3.507).

Au palier secondaire, les taux de consommation sont similaires dans l'ensemble des classes. L'enquête indique également que les garçons sont plus susceptibles de consommer des boissons énergisantes que les filles. L'analyse montre une forte association entre la consommation de boissons énergisantes et d'alcool chez les élèves.

**Figure 2 : Pourcentage des élèves adolescents qui ont consommé des boissons énergisantes à base de caféine au cours des 12 derniers mois, par classe, Nouveau-Brunswick, 2012**



Remarque : \* = statistiquement plus faible que le taux pour les garçons de 12<sup>e</sup> année (p < 0,05). Toute consommation se réfère à la consommation de boissons énergisantes à base de caféine au cours des 12 derniers mois. La consommation fréquente signifie plus de 12 fois au cours des douze derniers mois.

Source : Bureau du médecin-hygiéniste en chef, en utilisant les données de l'Enquête de 2012 sur la consommation de drogues des élèves du Nouveau-Brunswick.

## Réglementations en vigueur et recommandations

En 2011, Santé Canada a classifié les boissons énergisantes à titre de produits alimentaires. Avant 2011, les boissons énergisantes étaient considérées des produits de santé naturels. Certains produits, comme les doses énergisantes, sont encore considérés des produits de santé naturels. La réglementation sur les produits alimentaires exige l'étiquetage nutritionnel et la liste des ingrédients sur les boissons énergisantes. Toutes les boissons énergisantes doivent présenter une étiquette de mises en garde indiquant que le produit n'est pas recommandé pour les enfants, les femmes enceintes ou qui allaitent, ou pour les personnes sensibles à la caféine, et que le produit ne doit pas être mélangé avec des boissons alcoolisées.<sup>5</sup> En outre, Santé Canada exige que les dispositions générales sur l'étiquetage des aliments s'y appliquent (p. ex., teneur maximale en caféine, liste des ingrédients dont l'utilisation est restreinte). En vertu de ces règlements, un contenant d'une portion unique ou non refermable ne doit pas excéder 180 mg de caféine.

## Points clés à retenir pour les fournisseurs de soins de santé

- Risques pour la santé associés aux boissons énergisantes : troubles du sommeil, insomnie, fatigue, nausées, maux de tête, rythme cardiaque irrégulier et palpitations, augmentation de la pression sanguine, diurèse et hyperglycémie.
- Les boissons énergisantes ne sont pas recommandées pour les enfants, les femmes enceintes ou qui allaitent et les personnes sensibles à la caféine.
- Les jeunes pourraient consommer des boissons énergisantes combinées à de l'alcool ou à des drogues.
- La consommation quotidienne de caféine par les enfants de moins de 12 ans ne doit pas excéder 2,5 mg par kilogramme de poids corporel.
- La consommation quotidienne de caféine pour les adultes en bonne santé ne doit pas excéder 400 mg.
- Il est nécessaire de veiller à ce que les parents soient sensibilisés aux risques pour la santé liés à la consommation de boissons énergisantes pendant l'enfance et l'adolescence.

Santé Canada recommande que la consommation quotidienne de caféine par les enfants de moins de 12 ans n'excède pas 2,5 mg par kilogramme de poids corporel. Cela représente 85 mg de caféine par jour pour un enfant de 10 à 12 ans au poids moyen. Le même apport maximal quotidien de 2,5 mg par kilogramme de poids corporel est suggéré pour les adolescents. Pour les adultes en bonne santé, il est conseillé de ne pas prendre plus de 400 mg de caféine par jour, soit l'équivalent d'environ trois tasses de 8 onces de café au percolateur.<sup>6</sup>

## Séance de dialogue à l'intention des intervenants afin de discuter de la question des boissons énergisantes

Le 1er octobre 2013, le ministère de la Santé a organisé une séance de dialogue d'une journée pour apprendre et engager la discussion à propos de la consommation de boissons énergisantes chez les

enfants et les adolescents. Des intervenants d'une grande diversité de secteurs ont été invités par le ministre de la Santé à prendre part à cette séance de dialogue. Plus de 120 représentants des domaines de l'éducation, et des sports et loisirs, d'organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé, d'ordres professionnels, de régies régionales de santé, de gouvernements provinciaux et fédéral, de groupes de jeunes, de l'industrie, d'élèves, des Premières Nations, d'universités et de forces policières ont participé à l'événement.

En matinée, ont eu lieu des exposés du Bureau du médecin-hygiéniste en chef, de Santé Canada, du Dr Michael Dickinson, de l'Association canadienne des boissons et de l'école secondaire Southern Victoria. Les présentations ont fourni une vaste vue d'ensemble du système actuel de réglementation au Canada, des éléments probants et des lacunes, des principales préoccupations pour la santé des enfants et des adolescents, et un exemple d'intervention au plan communautaire.

Le Dr Michael Dickinson, chef des services de pédiatrie à l'hôpital régional de Miramichi a discuté de ses préoccupations concernant la consommation de boissons énergisantes par les adolescents. À son avis, « les effets de doses élevées de caféine sur le développement du cerveau et du corps des adolescents sont mal connus. Il est particulièrement inquiétant de constater que les taux d'hormones naturelles élevés chez les adolescents en bonne santé semblent diminuer le métabolisme de la caféine, ce qui les rend particulièrement sensibles aux effets secondaires et à la surdose de caféine. » Le Dr Dickinson a affirmé qu'il pose maintenant aux jeunes patients des questions sur leur consommation de boissons énergisantes lorsqu'ils présentent des symptômes comme de l'insomnie, de la fatigue, des nausées, des maux de tête et des palpitations cardiaques. Il a également déclaré que les professionnels des soins de santé doivent être conscients que les jeunes pourraient consommer des boissons énergisantes combinées à de l'alcool ou à des drogues.

À la fin de la séance, quatre principaux thèmes ont émergé des discussions : recherche, éducation et sensibilisation, réglementation et mesures législatives, et engagement. Un rapport sommaire de la séance de dialogue est en cours de préparation et sera disponible plus tard cet automne sur le site Web du Bureau du médecin-hygiéniste en chef.

## Prochaines étapes

La consommation de boissons énergisantes chez les enfants et les adolescents constitue une préoccupation pour la santé et ne semble pas être en voie de disparition. Plusieurs secteurs ont un rôle à jouer afin de réduire les risques pour la santé des enfants et des adolescents. Au cours de la séance de dialogue, de nombreuses idées ont été abordées à cet égard : recherche continue pour mieux comprendre les effets des boissons énergisantes sur les enfants et les adolescents; mobilisation des jeunes dans les recherches et les discussions au sujet de la consommation et de l'accès; éducation et sensibilisation accrues au sein de nombreux secteurs (c.-à-d., fournisseurs de soins de santé, éducateurs, parents, commerçants); et exploration d'approches réglementaires additionnelles. Une approche à multiples facettes et une collaboration intersectorielle sont manifestement primordiales afin d'accroître la sensibilisation et de réduire les risques pour la santé liés à la consommation de boissons énergisantes.

- 
1. S. Azagba, D. Langille et M. Asbridge, « The consumption of alcohol mixed with energy drinks: prevalence and key correlates among Canadian high school students », *CMAJ Open* (en ligne), vol. 1, no 1 (2013), p. E19-E26.
  2. J. Rotstein et coll., « Energy drinks: an assessment of the potential health risks in the Canadian context », *International Food Risk Analysis Journal*, vol. 3, no 4, p. 1-29.
  3. Azagba S et al., 2013.
  4. N. Gupta et coll., Rapport de l'enquête de 2012 sur la consommation de drogues chez les élèves du Nouveau-Brunswick (en ligne), Fredericton, Ministère de la Santé, 2013, <http://www.gnb.ca/0378/pdf/2013/9230f.pdf>, consulté le 18 octobre 2013.
  5. Santé Canada, « Boissons énergisantes contenant de la caféine », *Aliments et nutrition* (en ligne), dernière mise à jour le 10 mai 2012, <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/prodnatur/caf-drink-boissons-fra.php>, consulté le 2 août 2013.
  6. Santé Canada, *Votre santé et vous : la caféine* (en ligne), <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/food-aliment/caffeine-fra.php>, consulté le 18 octobre 2013.

## La santé du cœur au Nouveau-Brunswick

Les maladies du cœur représentent l'une des principales causes d'hospitalisation et contribuent aussi grandement à faire grimper la facture des soins de santé dans la province. Bien que l'incidence ait diminué, les pressions exercées sur le système de soins de santé demeurent élevées en raison de l'augmentation globale de la prévalence du fait que les personnes souffrant de maladies du cœur vivent plus longtemps. En raison de la hausse rapide de la proportion de personnes âgées au Nouveau-Brunswick prévue dans les prochaines années et de l'augmentation du taux de diabète de type 2 et d'obésité, les données ne nous permettent pas de déterminer si cette tendance à la baisse de l'incidence se poursuivra dans les années à venir. Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef du ministère de la Santé a rendu public un rapport en septembre dressant le portrait des maladies du cœur dans la province et proposant une approche globale en matière de santé du cœur. Il est essentiel de comprendre la complexité des questions en matière de santé du cœur, les tendances des maladies du cœur et les facteurs de risque associés à la mauvaise santé du cœur pour élaborer des méthodes efficaces qui s'attaqueront au problème selon une approche globale. Le principal objectif du rapport intitulé État de la santé publique au Nouveau-Brunswick en 2013 : la santé du cœur est d'amorcer une discussion sur la façon de mieux comprendre et d'aborder les facteurs sous-jacents qui contribuent à une mauvaise santé du cœur, de susciter de nouvelles questions et de privilégier des mesures novatrices qui amélioreront le travail qu'accomplit un vaste groupe d'intervenants du secteur de la santé et d'autres secteurs pour prévenir ces maladies. Il est possible de télécharger le rapport à [http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Publications/Sante\\_du\\_coeur.pdf](http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Publications/Sante_du_coeur.pdf).



# Exposition au radon : sensibilisation et santé

Le radon est un gaz radioactif inodore et incolore présent dans l'environnement. Il résulte de la désintégration naturelle de l'uranium dans le sol et les roches. Cependant, le radon peut s'accumuler dans des endroits fermés, comme les maisons, et atteindre des taux considérés comme étant dangereux pour la santé. Une exposition à des concentrations élevées de radon est associée à un risque accru de cancer du poumon. Le risque dépend de la concentration de radon, de la durée de l'exposition et des habitudes liées au tabagisme des personnes exposées.

Selon les statistiques de Santé Canada, l'exposition au radon constitue la deuxième cause de cancer du poumon après le tabagisme.<sup>1</sup> La combinaison de l'exposition au radon et de la consommation de tabac peut fortement augmenter les risques de cancer du poumon, ce qui en explique l'effet synergique combiné. Par exemple, une personne qui a fumé toute sa vie aurait une chance sur huit d'être atteinte d'un cancer du poumon. Si cette personne était également exposée à une concentration élevée de radon, le risque passe à une chance sur trois. Le risque pour un non-fumeur exposé à une concentration aussi élevée de radon est d'un sur vingt.

La seule façon de détecter le radon est de faire des tests. Les tests de mesure du radon sont relativement simples et peu coûteux. Il est possible de se procurer des détecteurs de radon auprès de l'Association pulmonaire du Nouveau-Brunswick ([www.nb.poumon.ca](http://www.nb.poumon.ca)) et de divers laboratoires ou dans certaines quincailleries. On peut également s'en procurer sur Internet.

Il est recommandé de mesurer la concentration de radon dans les maisons pendant la période de chauffe, c'est-à-dire entre le mois d'octobre et d'avril lorsque les portes et les fenêtres sont habituellement fermées ce qui résulte en une concentration de radon plus élevée pendant cette période. Si les résultats indiquent une concentration élevée (supérieure à 200Bq/m<sup>3</sup>), il existe plusieurs mesures dont l'efficacité a été démontrée pour la réduire.

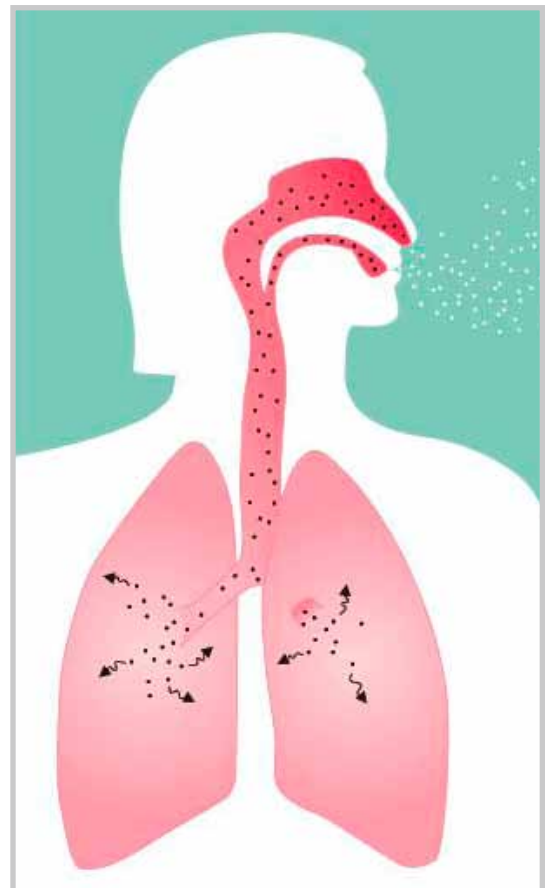
## Pistes d'action à adopter par les professionnels de la santé

- Informez les patients des risques que représente le radon.
- Offrez aux patients des conseils sur l'abandon du tabac et dirigez-les vers les services appropriés, selon la situation.
- Encouragez les patients à effectuer des tests de concentration de radon dans leur domicile et donnez-leur des renseignements sur les tests et les mesures correctives, au besoin.

Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez le site du gouvernement du Nouveau-Brunswick à l'adresse [www.gnb.ca/sante](http://www.gnb.ca/sante) et le site de Santé Canada à l'adresse [www.santecanada.gc.ca](http://www.santecanada.gc.ca).

## Référence

- (1) Santé Canada, Le radon – une autre raison d'arrêter (en ligne), s.l., Santé Canada, 2010, ISBN 978-1-97130-8, [http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/radiation/radon\\_smokers-fumeurs/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/radiation/radon_smokers-fumeurs/index-fra.php).



Source : © Tous droits réservés. Le radon : est-il présent dans votre maison? Santé Canada 2013. Reproduit avec la permission de la ministre de la Santé 2013.

# La vaccination, c'est l'affaire de tous : partenaires pour améliorer le taux de vaccination antigrippale au Nouveau-Brunswick

L'administration des vaccins antigrippaux financés par le gouvernement du Nouveau-Brunswick est effectuée par l'intermédiaire d'un réseau de dispensateurs de vaccins composé notamment de médecins, de pharmaciens, de personnel infirmier praticien, et d'infirmières dans le cadre de divers programmes. Les partenaires du programme d'immunisation du Nouveau-Brunswick travaillent ensemble en vue d'accroître la sensibilisation du public en ce qui a trait aux avantages, à la sécurité et à l'efficacité de la vaccination antigrippale.

## Le saviez-vous? ...

- Au cours de la saison de la grippe de 2012-2013, le Dépôt central de sérum du Nouveau-Brunswick a distribué **239 920 doses** de vaccins antigrippaux financés par l'État aux divers dispensateurs de vaccins d'un coin à l'autre de la province.
- L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommandent que 90 % des fournisseurs de soins de santé soient immunisés afin de réduire le nombre de personnes souffrant de complications de la grippe ou qui en meurent.<sup>1</sup>

La vaccination contre la grippe est avantageuse pour les travailleurs de la santé et pour les patients dont ils ont soin.<sup>2</sup>

- Malgré les avantages connus de la vaccination antigrippale, les taux d'inoculation chez les travailleurs de la santé demeurent faibles. Les taux actuels d'immunisation contre la grippe dans les établissements de soins de santé canadiens varient de 40 % à 60 % – bien en dessous de la cible recommandée. [1] Les taux de vaccination suboptimaux chez les travailleurs de la santé sont particulièrement préoccupants puisque le personnel non vacciné peut agir comme un vecteur de transmission aux patients à risque élevé.<sup>3</sup>



## Stratégies en vue d'améliorer le taux de vaccination

Le gouvernement, les organisations professionnelles du domaine de la santé et les fournisseurs de services de santé doivent tous faire appel à diverses interventions en collaboration et en complémentarité afin d'améliorer le taux de vaccination chez les travailleurs de la santé et la population, particulièrement les personnes à risques élevés de contracter des infections évitables par la vaccination ou de souffrir des complications de ces infections. Voici quelques stratégies proposées pour les travailleurs de la santé qui souhaitent faire la différence :

- Les travailleurs de la santé peuvent accroître la sensibilisation au sujet de la vaccination antigrippale au sein de la collectivité. Les travailleurs de la santé ont un rôle important à jouer dans l'éducation de leurs patients et de leur famille à propos de la vaccination antigrippale. Ils doivent prendre conscience qu'ils sont perçus comme étant des modèles à suivre.<sup>3</sup>
- Les travailleurs de la santé doivent se tenir informés des derniers développements en matière d'immunisation. Ils sont perçus comme étant des sources crédibles d'information en ce qui a trait à la vaccination contre la grippe auprès de leurs patients, d'autres travailleurs de la santé et du grand public.
- Les vaccinateurs peuvent faciliter l'accès à la vaccination pour les patients et les travailleurs de la santé en diversifiant les lieux et les horaires de vaccination. Au cours des dernières années, il est devenu plus facile d'obtenir le vaccin contre la grippe par la maximisation des services offerts par l'intermédiaire d'un réseau formé de divers dispensateurs de vaccins.

## Références

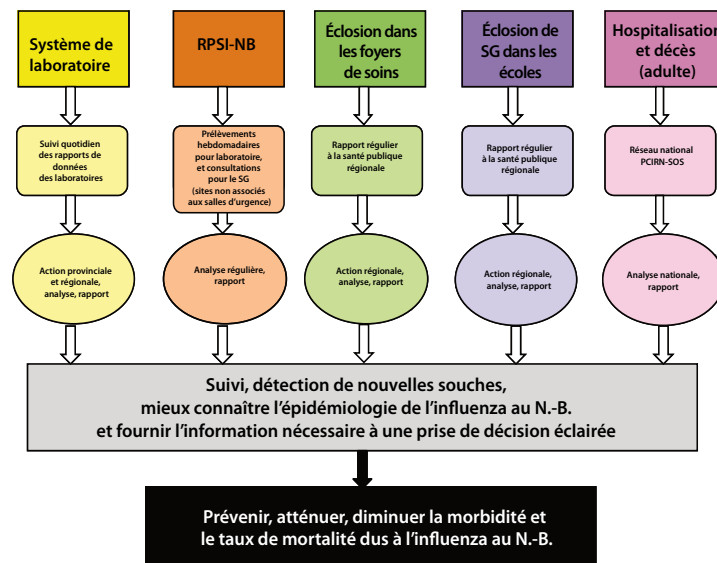
1. Réseau canadien d'immunisation contre l'influenza dans les soins de santé (en ligne), <http://www.chiin.ca/index.html>.
2. Comité consultatif national de l'immunisation, « Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2012-13 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 38 (DCC-2) (août 2012), <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/12vol38/acs-dcc-2/index-fra.php>.
3. D. M. Pierrynowski Gallant, M. A. Murray et S. McNeil, « Influenza Vaccination: A Call for a Multiple Intervention Approach », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 97, no 2 (mars-avril 2006), p. 136-137

# Réseau des praticiens sentinelles de l'influenza du Nouveau-Brunswick (RPSI-NB)

## Aperçu :

Le système de surveillance de la grippe du Nouveau-Brunswick permet à la Santé publique de surveiller et de détecter les fluctuations de l'activité grippale et des taux de morbidité et de mortalité, d'intervenir en cas de ce genre de fluctuations et de détecter rapidement les nouvelles souches en temps opportun. Il s'agit d'un système complet composé de plusieurs volets (voir figure 1). Il est également lié à une information de surveillance nationale et internationale et assure le suivi de plusieurs indicateurs de propagation et d'intensité de la grippe : la maladie clinique, le typage, la caractérisation antigénique, la résistance, les éclosions, et les cas les plus graves de la maladie. Ce système est conçu pour être souple et adaptable à l'évolution épidémiologique et aux besoins des programmes de santé publique.

**Tableau 1:**



Le Réseau des praticiens sentinelles de l'influenza du Nouveau-Brunswick (RPSI-NB) joue un rôle important dans la surveillance de la grippe. Les sites du RPSI-NB sont composés de médecins, de personnel infirmier praticien et d'infirmières qui travaillent dans plusieurs établissements de santé et zones géographiques de la province.

Pour cette saison, le système compte 25 sites répartis dans toutes les régions sanitaires de la province et comprend huit salles d'urgence, deux cliniques sans rendez-vous, trois cliniques universitaires, un foyer de soins, trois bureaux de médecins, six centres de santé communautaire et deux centres dans les communautés des Premières Nations. Ce système permet la surveillance de deux indicateurs : les symptômes correspondant au syndrome grippal et les résultats de laboratoire. Une fois par semaine, les sites transmettent des renseignements sur le nombre de patients atteints d'un syndrome grippal (SG) en fonction du nombre total de patients vus cette journée-là. En outre, on y prélève des échantillons de laboratoire auprès des patients présentant des symptômes correspondant au SG. Les résultats de laboratoire des spécimens du RPSI-NB sont complémentaires à la gestion clinique des échantillons en laboratoire permettant ainsi d'assurer une couverture plus complète.

## Recrutement

Nous sommes toujours à la recherche de nouveaux sites sentinelles. Des sites supplémentaires permettraient d'améliorer le système en offrant un portrait encore plus complet de la situation dans la province. Les trousse de tests nécessaires pour les spécimens en laboratoire sont fournies aux praticiens du RPSI-NB sur une base régulière. Si vous souhaitez en savoir plus au sujet du programme, veuillez communiquer avec l'épidémiologiste de l'Unité de contrôle des maladies transmissibles au 506-444-3044 ou par courriel CDCUnit@gnb.ca ou avec le médecin-hygiéniste régional de votre région.

## Autres renseignements :

Vous trouverez des renseignements sur le RPSI-NB à la section « Professionnels de la santé » du site Web du Bureau du médecin-hygiéniste en chef à l'adresse : [http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/professionnels\\_sante/maladie.html](http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/professionnels_sante/maladie.html)



# Maladies respiratoires émergentes

## Grippe A(H7N9)

### Contexte

La grippe A(H7N9) est un sous-groupe de virus de l'influenza qui circulent normalement parmi les oiseaux. Quelques cas sporadiques d'infection humaine par d'autres virus de la grippe H7 ont été signalés; ils ont cependant été associés à des éclosions chez la volaille. Les quelques cas d'infection humaine par le virus de la grippe A(H7) ayant été signalés dans un contexte de grippe aviaire ont en général provoqué une légère maladie respiratoire et une conjonctivite à l'exception d'un décès.<sup>1</sup>

Jusqu'à récemment, le virus de la grippe H7N9 n'avait pas été observé chez les humains. Cependant, un cas d'infection humaine a été signalé pour la première fois à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) par la Commission de la santé et de la planification de la République populaire de Chine le 31 mars 2013.

### Épidémiologie

En date du 16 octobre 2013, l'OMS a déclaré un total de 139 cas humains confirmés en laboratoire d'infection par le virus grippal aviaire A(H7N9), parmi lesquels 45 décès. Le taux de mortalité correspond à 30 %.

Des cas ont été signalés dans sept provinces, soit l'Anhui, le Henan, le Jiangsu, le Zhejiang, le Hunan, le Fujian et le Jiangxi, et dans deux villes, c'est-à-dire Shanghai et Beijing. En outre, un cas lié aux voyages a été signalé à Taiwan.<sup>2</sup>

On dispose de peu de renseignements au sujet des caractéristiques démographiques. Une étude épidémiologique publiée dans le *New England Journal of Medicine* au sujet de 82 cas confirmés indique que l'âge médian des patients était de 63 ans (éventail, 2 à 89); et que deux (2 %) d'entre eux étaient des enfants de moins de cinq ans, présentant tous deux une infection des voies respiratoires légère sur le plan clinique.<sup>1</sup>

Le nombre de cas décelés après le mois d'avril a chuté abruptement. La diminution du nombre de nouveaux cas d'infection humaine par le virus de la grippe H7N9 pourrait être attribuée aux mesures de confinement prises par les autorités

chinoises, notamment la fermeture des marchés de volailles vivantes, un changement saisonnier, ou une combinaison des deux. Les études indiquent que les virus de la grippe aviaire présentent un caractère saisonnier, les nouveaux cas pourraient par conséquent survenir lorsque les températures commenceront à baisser.

Le réservoir animal et le mode de transmission des virus qui ont contribué aux infections humaines de la grippe H7N9 en Chine demeurent à l'heure actuelle incertains. La volaille vendue dans les marchés d'oiseaux vivants jouerait un rôle, compte tenu du pourcentage élevé des cas associés à des contacts avec de la volaille ou des marchés de volailles vivantes, de la détection du virus de la grippe H7N9 chez la volaille et de l'environnement des marchés de volailles, ainsi que de la réduction des cas humains qui coïncide avec la fermeture des marchés de volailles vivantes à Shanghai.<sup>5</sup>

### Spectre clinique

Les renseignements sur les facteurs de risque et le spectre clinique sont restreints. La majorité des cas ont présenté des symptômes respiratoires semblables à ceux de la grippe, suivis d'une rapide progression vers des complications plus graves après cinq à sept jours, notamment un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA), un choc septique et un syndrome de dysfonctionnement multi-organique ainsi qu'une pneumonie grave.<sup>6</sup>

Les résultats de laboratoire fréquents comprenaient un nombre normal des globules blancs, la leucocytopénie, la lymphocytopénie, la thrombocytopénie et un taux d'enzymes hépatiques légèrement élevé. Quelques cas légers ont été signalés, particulièrement chez les enfants.<sup>6</sup>

### Mise au point de vaccins et sensibilité aux médicaments antiviraux

À l'heure actuelle, aucun vaccin pour ce sous-type du virus de la grippe H7N9 n'est disponible. Le 26 septembre 2013, l'OMS a formulé des recommandations relativement à l'élaboration de vaccins contre le virus H7N9.<sup>3</sup> Plus tôt ce mois-ci, les National Institutes of Health des États-Unis ont annoncé avoir commencé à tester des vaccins expérimentaux contre le virus H7N9 dans le cadre d'essais cliniques, examinant le rôle potentiel des adjuvants dans l'amélioration de l'immunogénicité sous-optimale des vaccins expérimentaux contre le virus du sous-type H7. Des essais effectués en

laboratoire ont confirmé que le virus de la grippe aviaire A (H7N9) est sensible aux inhibiteurs de la neuraminidase, oseltamivir et zanamivir, deux antiviraux qui sont stockés dans la Réserve nationale d'antiviraux et le Système de la réserve nationale d'urgence afin de pouvoir être utilisés pour traiter les Canadiens si cela devait se révéler nécessaire.<sup>4</sup>

Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour comprendre le tableau clinique, l'épidémiologie, les facteurs de risque ainsi que les interactions virus-hôte.

### Évaluation des risques

- Pour l'instant, le risque pour la santé publique canadienne associé au virus de la grippe aviaire A(H7N9) de la Chine est considéré comme faible.
- Il n'existe toujours aucune preuve de transmission interhumaine soutenue du virus de la grippe aviaire A(H7N9). Cependant, une transmission limitée entre humains dans les contacts étroits a été signalée.
- Rien n'indique qu'il y ait eu propagation à l'échelle internationale, bien que lorsque des personnes provenant de régions infectées voyagent, leur infection peut être détectée dans un autre pays.<sup>4</sup>

## Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)

### Contexte

Une nouvelle souche de coronavirus a fait son apparition en septembre 2012 chez les personnes atteintes d'une maladie respiratoire aiguë grave dans la péninsule d'Arabie. D'autres enquêtes ont permis de déceler des infections dès le printemps 2012, durant une éclosion de maladies respiratoires aiguës graves dans un hôpital. Il s'agit d'un nouveau coronavirus, différent des autres repérés auparavant comme le coronavirus du SRAS (SRAS-CoV) qui a causé une flambée de SRAS en 2003. Ces deux virus peuvent causer de graves maladies. Cependant, l'une des principales différences entre les deux est le fait que le MERS-CoV ne semble pas se transmettre d'une personne à une autre aussi facilement que ne le faisait le virus du SRAS.

### Épidémiologie

En date du 18 octobre 2013, 139 cas d'infection par le MERS-CoV avaient été confirmés par test de laboratoire et signalés dans neuf pays. La majorité des patients sont des hommes (62 %; 83 cas sur 133 où le sexe a été déclaré) et l'âge varie de 2 à 94 ans (âge médian de 58 ans, n=134). Soixante

cas confirmés sont décédés (taux de mortalité correspondant à 43 %).<sup>7</sup>

À ce jour, tous les cas sont survenus au Moyen-Orient ou ont été en contact direct avec un cas primaire infecté au Moyen-Orient. Douze cas ont été signalés à l'extérieur du Moyen-Orient : le Royaume-Uni (4), l'Italie (1), la France (2), l'Allemagne (2) et la Tunisie (3). Ces 12 cas sont consécutifs à six chaînes distinctes de transmission. Le cas primaire de chacune des chaînes a été infecté au Moyen-Orient et une transmission très limitée est intervenue au Royaume-Uni, en France et en Tunisie avec les contacts proches. Vingt-quatre pour cent des cas d'infection par le MERS-CoV sont survenus par une transmission nosocomiale en milieu de soins de santé, tant en Europe qu'au Moyen-Orient.<sup>7</sup>

Malgré des grappes discrètes au sein de foyers ou d'établissements hospitaliers, il n'existe actuellement aucune indication de transmission entre humains dans la communauté. Le ratio de cas asymptomatiques est en hausse, la majorité de ces cas étant de proches contacts des cas signalés. Dix-huit cas asymptomatiques ont été signalés depuis juin 2013, comparativement à aucun cas asymptomatique dans les cinq premiers mois de l'année. Une augmentation des cas légers ou asymptomatiques pourrait signifier une réduction de la virulence par la transmission entre humains ou une sous-détection significative d'autres cas.<sup>8</sup>

De nouvelles études sur la possibilité que d'autres animaux puissent servir de réservoirs pour le MERS-CoV sont disponibles, mais les implications de ces constatations demeurent incertaines. Du point de vue phylogénétique, le MERS-CoV ressemble le plus au coronavirus infectant les chauves-souris détecté à Hong Kong en 2006. Cependant, le réservoir du MERS-CoV, les hôtes potentiels, et la route de transmission du virus demeurent inconnus.<sup>8</sup>

### Spectre clinique

Les personnes infectées par le MERS-CoV présentent essentiellement des symptômes respiratoires. Elles développent généralement un syndrome d'allure grippale, y compris les signes et les symptômes de la pneumonie, qui peuvent inclure la toux, des mucosités, de l'essoufflement, des malaises, de la douleur thoracique et/ou de la fièvre. La plupart des patients présentent une maladie respiratoire aiguë grave nécessitant une hospitalisation et, ultimement, une ventilation artificielle ou une autre forme de système de support respiratoire de pointe.

Un certain nombre de complications secondaires ont également été signalées, y compris une insuffisance rénale aiguë, une insuffisance multi-organique, un syndrome de détresse respiratoire aigu, ainsi qu'une coagulopathie de consommation. En outre, de nombreux patients ont également déclaré des symptômes de gastroentérite, y compris la diarrhée.<sup>8</sup>

La plupart des patients ont eu au moins une comorbidité, mais bon nombre d'entre eux étaient également en bonne santé auparavant. Un plus petit nombre d'entre eux présentaient une co-infection avec d'autres virus, y compris la grippe de type A, la parainfluenza, l'herpès simplex et le pneumocoque. Exceptionnellement, l'infection au MERS-CoV peut d'abord se présenter sans symptômes respiratoires chez les personnes immunodéficientes.

### Évaluation des risques

- À l'heure actuelle, le risque pour les Canadiens est jugé faible. Ce virus ne semble pas se transmettre facilement d'une personne à une autre.
- À ce jour, aucun cas n'a été signalé au Canada. Bien qu'une propagation internationale soit possible, aucun cas de MERS-CoV n'a été signalé à l'extérieur du Moyen-Orient depuis juin 2013.
- Une transmission limitée entre humains dans les contacts très étroits a été signalée. Dans la plupart des grappes de cas d'infection, cependant, le nombre de cas secondaires confirmés demeure faible. Aucune transmission soutenue entre humains n'a été documentée à ce jour.
- En rapport avec cet événement, l'OMS ne conseille pas de dépistage particulier aux points d'entrée et ne recommande pas actuellement d'appliquer des restrictions aux voyages ou au commerce.<sup>7</sup>

## Surveillance et gestion du virus de la grippe A(H7N9) et du MERS-CoV au Nouveau-Brunswick

Afin d'améliorer le dépistage précoce du virus de la grippe H7N9 ou du MERS-CoV au Nouveau-Brunswick et de veiller à la gestion appropriée et en temps opportun des cas présumés ou confirmés, les cliniciens sont tenus d'effectuer ce qui suit :

- Demeurez vigilants à l'égard des cas de maladie respiratoire aiguë grave qui présentent notamment des symptômes de fièvre ou de toux et des signes cliniques ou radiologiques de maladie du parenchyme pulmonaire (p. ex., pneumonie ou syndrome respiratoire aigu grave).
- Si les maladies infectieuses n'ont pas été écartées, obtenez des renseignements sur tout déplacement ayant eu lieu dans les 14 jours précédant l'apparition de la maladie, ou sur les contacts étroits avec d'autres personnes ayant voyagé ou ayant été atteintes d'une maladie respiratoire aiguë grave. Tenez particulièrement compte des déplacements en Chine ou au Moyen-Orient.
- Mettez en œuvre les mesures appropriées pour éviter les infections dans votre milieu de soins de santé si un cas est présumé ou confirmé. Veuillez vous reporter aux lignes directrices les plus récentes de l'Agence de la santé publique du Canada et aux directives de prévention des infections de votre établissement en ce qui concerne les maladies respiratoires aiguës.
- Prélevez les échantillons cliniques appropriés en coordination avec les professionnels responsables du contrôle des infections et le laboratoire de votre établissement (L'OMS recommande fortement des échantillons provenant des voies respiratoires inférieures, tels que des expectorations, un aspirat endotrachéal ou des fluides de lavage broncho-alvéolaire lorsque possible et cliniquement indiqué.). Respectez les mesures rigoureuses de prévention et de contrôle des infections lors du prélèvement des échantillons provenant des voies respiratoires. Veuillez soumettre avec les échantillons toute information clinique pertinente, y compris l'information requise pour prioriser les tests : l'historique de voyage au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes, l'exposition aux animaux, en particulier aux oiseaux ou aux porcs.
- Conformément à la Loi sur la santé publique du Nouveau-Brunswick, **tous les cliniciens, y compris les laboratoires**, sont tenus de signaler rapidement au médecin hygiéniste régional **tout cas présumé ou confirmé en laboratoire d'infections par le MERS-CoV et le H7N9 en notant les symptômes, l'historique de voyage en Chine ou au Moyen-Orient au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes**. Le signalement des cas d'infection par le MERS-CoV présumés ou confirmés en laboratoire doit être effectué verbalement dans les 24 heures et par écrit dans les sept jours. Le signalement des cas d'infection par le H7N9 et autres nouveaux virus de la grippe présumés ou confirmés en laboratoire doit être effectué verbalement dans l'heure et par écrit avant la fin de la journée suivante. Continuez également de signaler **les grappes de maladies respiratoires** au médecin hygiéniste régional verbalement dans les 24 heures et par écrit dans les sept jours.<sup>9</sup>
- Veuillez conseiller aux patients qui prévoient voyager en Chine ou au Moyen-Orient de suivre les mesures habituelles de prévention de la grippe, comme se faire vacciner contre la grippe, maintenir de bonnes pratiques d'hygiène des mains et une bonne étiquette respiratoire, éviter le contact avec des personnes malades et éviter le contact avec des animaux d'élevage ou sauvages vivants.
- Tenez-vous à jour sur l'évolution du H7N9 et du MERS-CoV en consultant le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada relatif à ces deux virus.

*Pour les toutes dernières nouvelles canadiennes au sujet du H7N9 et du MERS-CoV, y compris les conseils de santé aux voyageurs et les avis de santé publique à l'intention de la population et des fournisseurs de services de santé, veuillez consulter les sites Web de l'Agence de la santé publique du Canada :*

**H7N9 :** <http://www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/h7n9/index-fra.php/>

**MERS-CoV :** <http://www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/coronavirus/index-fra.php>

## Références

1. Qun Li et coll., « Preliminary Report: Epidemiology of the Avian Influenza A (H7N9) Outbreak in China », *New England Journal of Medicine* (en ligne), 2013, <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1304617#t=article>, consulté le 1 octobre 2013.
2. Organisation mondiale de la Santé, « Infection humaine par le virus A(H7N9) de la grippe aviaire – mise à jour », Organisation mondiale de la Santé (en ligne), 16 octobre 2013, [http://www.who.int/csr/don/2013\\_10\\_16/fr/index.html](http://www.who.int/csr/don/2013_10_16/fr/index.html), consulté le 24 octobre 2013.
3. Organisation mondiale de la Santé, Recommendation on influenza A (H7N9) vaccine (en ligne), s.l., OMS, 26 septembre 2013, [http://www.who.int/influenza/human\\_animal\\_interface/influenza\\_h7n9/201309\\_h7n9\\_recommendation.pdf](http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/201309_h7n9_recommendation.pdf), consulté le 3 octobre 2013.
4. National Institutes of Health, « NIH begins testing H7N9 avian influenza vaccine candidate », National Institutes of Health (en ligne), 18 septembre 2013, <http://www.nih.gov/news/health/sep2013/niid-18.htm>, consulté le 3 octobre 2013.
5. Agence de la santé publique du Canada, « Résumé de l'évaluation du risque pour la santé publique au Canada associé au cas humains d'infection par le virus de la grippe aviaire A(H7N9) en Chine », Agence de la santé publique du Canada (en ligne), 2013, [http://www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/h7n9/risk\\_assessment-evaluation\\_risque-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/h7n9/risk_assessment-evaluation_risque-fra.php), consulté le 1 octobre 2013.
6. Organisation mondiale de la Santé, China—WHO Joint Mission on Human Infection with Avian Influenza A(H7N9) Virus (en ligne), s.l., OMS, 2013, [http://www.who.int/influenza/human\\_animal\\_interface/influenza\\_h7n9/ChinaH7N9JointMissionReport2013u.pdf](http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/ChinaH7N9JointMissionReport2013u.pdf), consulté le 3 octobre 2013.
7. Agence de la santé publique du Canada, « Résumé de l'évaluation du risque associé au coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) pour la santé publique au Canada », Agence de la santé publique du Canada (en ligne), 2013, [http://www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/coronavirus/risk\\_assessment-evaluation\\_risque-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/coronavirus/risk_assessment-evaluation_risque-fra.php), consulté le 24 octobre 2013.
8. Centre européen pour la prévention et de contrôle des maladies, Severe respiratory disease associated with Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV), Stockholm, CEPCM, 24 septembre 2013, [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/RRA\\_MERS-CoV\\_7th\\_update.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/RRA_MERS-CoV_7th_update.pdf), consulté le 24 octobre 2013.
9. Nouveau-Brunswick, Règlement sur certaines maladies et le protocole de signalement - Loi sur la santé publique, Règlement du N.-B. 2009-136, <http://laws.gnb.ca/fr/showdoc/cr/2009-136>, consulté le 1er octobre 2013.