

# CONTACT

Février 2018

## Responsable du Bulletin :

- **Brigitte Fournier**, médecin-conseil, Service de maladies infectieuses, Direction de santé publique

## Révision et mise en page :

- **Mélanie Laterreur**, agente administrative, Service de maladies infectieuses, Direction de santé publique

### *Dans ce numéro...*

- Implantation des fonctions allégées du registre de vaccination (SI-PMI)
- L'usager souffre d'une infection respiratoire qui guérira probablement sans antibiotique
- Nouveauté en prévention au Québec : Le Guide des bonnes pratiques en prévention clinique
- Les surdoses d'opiacés : où en sommes-nous en Chaudière-Appalaches
- La prophylaxie préexposition au VIH : pourquoi, pour qui, comment?
- Traitement des oxyuroses : pénurie de pyrantel
- Et si on parlait de la coqueluche...
- Choisir un vaccin contre le zona... pour que le médecin soit à l'aise d'en parler avec le patient

## IMPLANTATION DES FONCTIONS ALLÉGÉES DU REGISTRE DE VACCINATION (SI-PMI)

*Par Marie-France Labbé, conseillère en soins infirmiers*

D'ici décembre 2018, les fonctions allégées du registre de vaccination seront déployées dans l'ensemble des établissements du réseau de la santé des secteurs public et privé (ex. : CHSLD, hôpitaux), ainsi qu'aux intervenants n'agissant pas dans le cadre de la mission d'un centre exploité par un établissement (ex. : clinique médicale, GMF, pharmacie).

Pour connaître les particularités de cette implantation et les démarches à effectuer afin d'obtenir votre droit d'accès, visitez la [section « Professionnels » du site Web](#) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).<sup>1</sup>

Les fonctions allégées du registre de vaccination permettront aux utilisateurs d'avoir accès aux principales fonctionnalités du système, soit la consultation du profil vaccinal et de la prévision vaccinale, ainsi que la saisie des renseignements de vaccination.

<sup>1</sup> <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/registre-vaccination/deploiement/>

# L'USAGER SOUFFRE D'UNE INFECTION RESPIRATOIRE QUI GUÉRIRA PROBABLEMENT SANS ANTIBIOTIQUE

Par Maude Dionne, Ariane Plaisance, D<sup>r</sup> Jeannot Dumaresq et D<sup>r</sup> Patrick Archambault



Les infections des voies respiratoires supérieures (IVRS) aiguës telles que l'otite moyenne, la rhinosinusite, la pharyngite et la bronchite aiguë représentent jusqu'à 10 % des raisons de consultation aux urgences. Plusieurs études ont documenté que ces infections sont surtout virales, donc la plupart guérissent d'elles-mêmes.

Bien que l'antibiothérapie soit inutile dans le traitement d'IVRS virales, le recours à cette pratique

est encore largement répandu auprès des cliniciens d'Amérique du Nord. La prise inappropriée d'antibiotiques est associée à la résistance aux antibiotiques, à un risque plus élevé d'effets secondaires et à un plus haut taux de réadmission. C'est un problème de santé publique majeur.

Les outils d'information axés sur la **prise de décision partagée** sont une solution prometteuse pour mieux sensibiliser les patients et les médecins. La prise de décision partagée est un processus décisionnel où le médecin et l'utilisateur partagent des informations issues des données probantes pour évaluer toutes les options diagnostiques et thérapeutiques possibles, identifier les priorités de l'utilisateur, délibérer ensemble et finalement, décider conjointement de la meilleure prise en charge.

Le programme *Decision+2* est efficace pour réduire l'antibiothérapie dans le traitement des IVRS, sans augmenter les complications associées. Son applicabilité aux urgences, où l'achalandage est élevé et la pression, forte, n'avait pas été étudiée.

Une équipe de recherche incluant D<sup>r</sup> Jean-Simon Létourneau (résident en médecine d'urgence spécialisée de l'Université Laval), D<sup>r</sup> Patrick Archambault (urgentologue-intensiviste et chercheur intégré des IRSC au CISSS de Chaudière-Appalaches), D<sup>r</sup> Simon Berthelot (urgentologue et chercheur-clinicien boursier du FRQS au CHU de Québec (pavillon CHUL), D<sup>r</sup> Jeannot Dumaresq (microbiologiste-infectiologue du CISSS de Chaudière-Appalaches) et le Professeur Éric Kavanagh (École de design de l'Université Laval) ont adapté l'outil *Décision+2* au contexte des urgences en utilisant une conception centrée sur l'utilisateur.

Ce dépliant<sup>2</sup> est utilisable dans tous les milieux de soins pour faciliter la discussion avec les patients qui n'ont potentiellement pas besoin d'antibiotiques.

<sup>2</sup> Pour télécharger et imprimer l'outil : [www.cisss-ca.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Recherche/Depliant\\_antibiotique.pdf](http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Recherche/Depliant_antibiotique.pdf)

---

## NOUVEAUTÉ EN PRÉVENTION AU QUÉBEC : LE GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN PRÉVENTION CLINIQUE

Par D<sup>re</sup> Marie-Josée Drolet

Le MSSS vient de rendre disponible une [nouvelle plateforme Web sur les bonnes pratiques en prévention clinique](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/prevention-clinique/guide-des-bonnes-pratiques)<sup>3</sup>. Ce site Web a été développé en collaboration avec le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Le site est en évolution. Certaines sections seront complétées au cours des prochains mois.

La prévention clinique inclut des interventions réalisées par un clinicien, offertes sur une base individuelle, afin de prévenir un problème de santé.

Les domaines d'intervention peuvent être regroupés en quatre catégories :

- Immunisation (ex. : vaccination contre le VPH);
- Counseling (ex. : utilisation du condom);
- Traitement préventif (ex. : chimioprophylaxie postexposition);
- Dépistage (ex. : ITSS, certains cancers).

En vous rendant sur ce site, vous trouverez les recommandations préventives ainsi que les guides, en fonction des particularités de votre clientèle (âge, sexe, facteurs de risque, etc.).

Dans la région, nous sommes proactifs dans ce dossier. Le conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de la région (CISSS) de Chaudière-Appalaches a entériné la deuxième orientation du *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020*, qui consiste à « assurer la prestation des activités de prévention clinique reconnues efficaces avec le soutien du réseau national ».

Le directeur de santé publique, Docteur Philippe Lessard, a terminé une tournée des huit directions cliniques du CISSS de Chaudière-Appalaches afin de leur présenter la prévention clinique et de leur proposer une démarche d'accompagnement. Plusieurs directions sont engagées et des projets d'intégration du préventif dans le curatif seront bientôt mis en œuvre.

Pour plus d'information, contactez Marie-Josée Drolet, agente de liaison du dossier des pratiques préventives en Chaudière-Appalaches (téléphone : 418 833-3218 poste 1201, courriel : [marie-josée.drolet@msss.gouv.qc.ca](mailto:marie-josée.drolet@msss.gouv.qc.ca)).



---

<sup>3</sup> <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/prevention-clinique/guide-des-bonnes-pratiques>

---

## LES SURDOSES D'OPIACÉS : OÙ EN SOMMES-NOUS EN CHAUDIÈRE-APPALACHES

Par D<sup>re</sup> Louise Paré

Les surdoses d'opiacés, principalement avec le fentanyl, continuent de tuer des gens, particulièrement dans l'ouest du Canada.

Chaudière-Appalaches a connu deux intoxications au carfentanyl<sup>4</sup> à l'automne 2017, qui se sont résolues sans dommage pour les deux personnes. Les professionnels de la Direction de la santé publique (DSPublique) sont toujours en alerte pour détecter les incidents qui pourraient nous indiquer la circulation d'une substance mortelle dans notre région.

Les personnes ayant un trouble relié à l'usage d'opioïdes (illicite ou de prescription) connu ou suspecté sont à risque de surdose, mais cela concerne aussi toute personne ayant des opioïdes de prescription à haute dose.

La naloxone (antidote aux opiacés) est accessible gratuitement à tous, utilisateurs d'opiacés, proches, intervenants, etc. Elle est offerte sans prescription médicale dans la plupart des pharmacies communautaires de Chaudière-Appalaches. Lors de la remise du médicament, le pharmacien fournit les seringues et donne une courte formation à propos de son utilisation.

Pour permettre une plus grande accessibilité, le ministère de la Santé et des Services sociaux offrira une formation aux divers intervenants de la région (organismes communautaires, travailleurs de rue, etc.). Ils seront à leur tour en mesure de distribuer le produit.

Pour de plus amples informations, vous pouvez joindre Louise Paré, responsable de ce dossier ([louise\\_pare@ssss.gouv.qc.ca](mailto:louise_pare@ssss.gouv.qc.ca)).

---

## LA PROPHYLAXIE PRÉEXPOSITION AU VIH : POURQUOI, POUR QUI, COMMENT?

Par D<sup>re</sup> Brigitte Fournier

### Pourquoi?

La prophylaxie préexposition (PPrE) est maintenant considérée comme une des stratégies efficaces visant à contrôler l'épidémie d'infections à VIH. Basée sur le traitement préventif des personnes à risque au regard de cette infection, elle consiste en l'administration de médicaments actifs contre le VIH avant une exposition potentielle.



### Situation du VIH au Québec

Les populations les plus touchées demeurent les HARSAH, les personnes utilisatrices de drogues par injection et les personnes hétérosexuelles originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique. Ces trois groupes représentent 83,3 % des nouveaux diagnostics déclarés en 2015.

---

<sup>4</sup> carfentanyl : opioïde 10 000 plus puissant que la morphine

## Pour qui?

Un groupe d'experts québécois a récemment émis des recommandations sur l'utilisation de la PPrE.

Groupe de population	Conditions	Recommandation
HARSAH et femmes transgenres	Relations sexuelles anales non protégées par un condom au cours des six derniers mois ET une des conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• antécédent de syphilis ou d'une ITS bactérienne anale ;</li> <li>• relations sexuelles avec un partenaire séropositif pour qui le risque de transmettre le VIH est significatif ;</li> <li>• antécédent d'utilisation préalable de plus d'une prophylaxie postexposition ;</li> <li>• consommation de substances psychoactives à l'occasion de relations sexuelles ;</li> <li>• fait d'avoir eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des six derniers mois.</li> </ul>	Recommandée
	Relation stable exclusive avec un seul partenaire VIH négatif ou VIH positif pour qui le risque de transmettre le VIH est négligeable ou très faible*.	Non recommandée
Hommes et femmes hétérosexuels	Couples hétérosexuels sérodifférents ayant des relations sexuelles vaginales et anales non protégées par un condom lorsque, pour le partenaire séropositif, le risque de transmettre le VIH est significatif.	Recommandée
	Couples hétérosexuels sérodifférents ayant des relations sexuelles vaginales ou anales non protégées par un condom lorsque, pour le partenaire séropositif, le risque de transmettre le VIH est non négligeable sans être considéré comme élevé.	Peut être envisagée
	Relations sexuelles vaginales ou anales non protégées par un condom avec un ou plusieurs partenaires de statut VIH inconnu qui appartiennent à un groupe dans lequel la prévalence du VIH élevée (exemples : HARSAH pour qui la PPrE est déjà recommandée, utilisateur de drogues injectables qui partage du matériel d'injection, personne originaire d'une région où la prévalence du VIH est élevée).	Peut être envisagée
Utilisateurs de drogues par injection	Personnes à risque, au regard de l'acquisition du VIH, qui partagent du matériel d'injection de drogues.	Peut être envisagée
<p>* Dans le contexte de la PPrE, le risque de transmission du VIH au cours des relations sexuelles orales, vaginales ou anales – insertives ou réceptives – non protégées par un condom est considéré comme négligeable ou très faible uniquement lorsque toutes les conditions suivantes sont respectées : charge virale indétectable depuis au moins six mois et sur deux mesures consécutives grâce à un traitement antirétroviral efficace, observance du traitement optimale, suivi tous les trois ou quatre mois, relation stable et exclusive, et aucun des partenaires n'a une autre ITSS (adapté de <i>Consensus d'experts : charge virale et risque de transmission du VIH</i>, INSPQ, 2014 et du document du groupe d'experts canadiens).</p> <p><b>Abréviations :</b> HARSAH : homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ; ITS : infection transmissible sexuellement ; PPrE : prophylaxie préexposition ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine.</p>		

Source : MSSS, (Novembre 2017). *La prophylaxie préexposition au virus du VIH : Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, page 18.

## Comment?

### Examens requis avant de débuter la PPrE

- Statut sérologique à l'égard du VIH : doit être déterminé peu de temps avant le début de la PPrE;
- Dosage de la créatinine sérique;
- Analyse d'urine;
- Tests de dépistage des ITS (infection à Chlamydia, infection gonococcique et syphilis);
- Analyses sérologiques pour détecter les hépatites B et C;
- Statut immunitaire à l'égard des hépatites A et B.

### Administration de la médication

- Le ténofovir disoproxil/emtricitabine (Truvada<sup>MD</sup>) est le seul médicament autorisé par Santé Canada pour usage dans le cadre de la PPrE.
- Étant donné qu'il existe plus de preuves en faveur de l'efficacité de ce médicament, seule cette option est retenue pour la PPrE, à la fois par le groupe d'experts canadiens et par le comité d'experts québécois. La prise quotidienne de ténofovir disoproxil/emtricitabine 300/200 mg est recommandée.
- Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), le ténofovir disoproxil/emtricitabine 300/200 mg administré à la demande pourrait aussi être envisagé (deux pilules prises ensemble de 2 à 24 heures avant la première exposition sexuelle, puis une pilule tous les jours, jusqu'à 48 heures après la dernière activité sexuelle).

### Visites de suivi

Un suivi régulier est nécessaire à la fois pour rechercher les signes et symptômes de l'infection aiguë au VIH et de la toxicité des médicaments et pour réaliser un test de dépistage du VIH et des autres ITSS, par exemple.

L'adhésion est un facteur clef du succès de la PPrE. Elle doit faire l'objet d'un soutien au départ et à chaque visite durant le suivi des personnes recevant le traitement préventif.

### Qu'en est-il de la prophylaxie postexposition (PPE) pour un patient sous PPrE?

Lorsque l'adhésion à la PPrE est optimale, il n'y a pas d'indication d'utiliser la PPE après une exposition à risque. Par contre, la PPE peut être envisagée après une exposition à risque, si l'adhésion à la PPrE n'était pas optimale.

## Que nous disent les études les plus récentes sur la PPrE?

- L'efficacité de la PPrE varie entre 44 et 86 % (différence d'incidence de l'infection entre le groupe sous PPrE et le groupe ayant reçu le placebo).
- Dans toutes les études, l'adhésion constitue un facteur clef de l'efficacité : parmi les sujets ayant un taux de médicament détectable dans le sang, l'efficacité peut atteindre 92 %.
- Peu d'effets indésirables significatifs ont été rapportés.
- Chez les HARSAH sous PPrE, une fréquence élevée d'ITSS a été observée. Ainsi, le dépistage des ITSS doit être effectué fréquemment dans ce groupe de population.
- Peu de cas de résistance aux antirétroviraux ont été observés dans les essais cliniques. La cause principale de la résistance était la présence d'une primo-infection à VIH non décelée à l'instauration de la PPrE.

La prophylaxie préexposition est un outil de prévention au regard de l'acquisition de l'infection à VIH. Elle s'inscrit dans une démarche globale de prévention combinée, laquelle repose sur plusieurs aspects dont il faut faire la promotion, tels que counseling, éducation sur la prévention des ITSS (usage du condom, recours à des pratiques plus sécuritaires).



Vous trouverez les recommandations complètes du Comité d'experts québécois dans le document *La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, sur le site Web du MSSS<sup>5</sup>.

---

## TRAITEMENT DES OXYUROSES : PÉNURIE DE PYRANTEL

Par D<sup>re</sup> Diane Morin

Cette infestation revient dans l'actualité au moment où l'on observe une pénurie de pyrantel à l'échelle du Québec. Le pyrantel est un médicament en vente libre et, au besoin, peut être prescrit par le pharmacien.

Dans ce contexte de pénurie, les personnes qui ont besoin d'un traitement doivent être dirigées vers un médecin afin de recevoir une prescription de mébendazole. Selon les sources consultées, la pénurie de pyrantel est prévue jusqu'à la mi-mars. D'ici là, les pharmaciens et les infirmières recommanderont une consultation médicale pour cette condition.

---

<sup>5</sup> <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-334-02W.pdf>

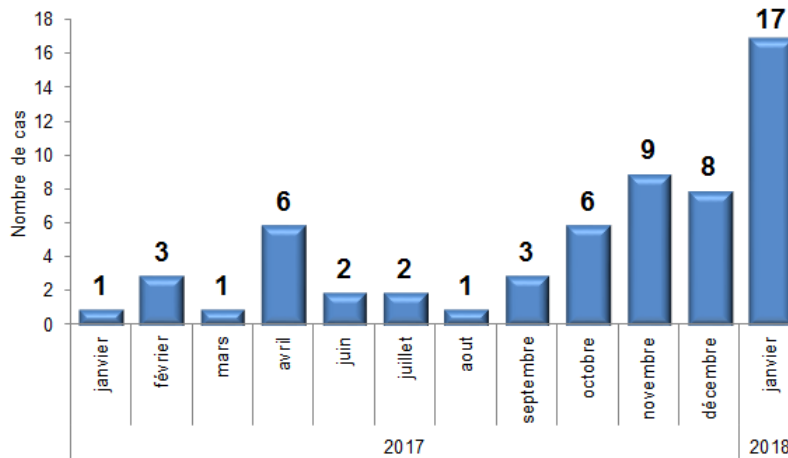
---

## ET SI ON PARLAIT DE LA COQUELUCHE...

Par D<sup>re</sup> Gabrielle Vermette

En Chaudière-Appalaches, après un pic de coqueluche en 2016 (179 cas), le nombre de cas a beaucoup diminué en 2017 pour se solder à 42 cas, avec un taux comparable à celui du Québec. Il faut cependant rester vigilants, car dans les trois derniers mois (novembre 2017 à janvier 2018), 34 cas de coqueluche ont été déclarés.

Nombre de cas de coqueluche selon le mois en 2017 et 2018, Chaudière-Appalaches



Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, Direction de santé publique, EMI, 2018

La DSPublique rappelle aux cliniciens l'importance de lui déclarer tout cas confirmé ou suspect de coqueluche, qu'un prélèvement ait été fait ou non.

### Ce que fait la DSPublique à la suite de la réception d'une déclaration de coqueluche sur une base clinique ou par laboratoire

- Chaque déclaration de coqueluche fait l'objet d'une validation et d'une enquête épidémiologique;
- L'objectif de l'intervention est de diminuer la mortalité et la morbidité de l'infection;
- Les personnes à risque de complications autres que celles de la maisonnée se voient offrir une antibioprofylaxie au besoin (les contacts de maisonnée sont sous la responsabilité du médecin traitant);
- Dans certains cas, une lettre est transmise aux personnes exposées (ex. : école ou milieu de garde);
- Toutes les déclarations qui répondent à la définition nosologique sont saisies dans le système québécois de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO).



## **Informations utiles pour gérer un cas de coqueluche : du diagnostic au traitement du cas et de ses contacts**

### **Comment le médecin devrait-il confirmer le diagnostic lorsqu'il suspecte une coqueluche?**

Bien qu'il soit possible de diagnostiquer la coqueluche sur une base clinique, surtout s'il y a un lien épidémiologique avec un cas de coqueluche déjà confirmé par laboratoire ou en présence d'une éclosion dans le milieu que la personne fréquente, il est souhaitable d'obtenir un **prélèvement naso-pharyngé** (par aspiration ou prélèvement par écouvillon flocké).

Le **test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN)** est le test diagnostique privilégié, beaucoup plus rapide et plus sensible que la culture (la culture n'est plus réalisée). Le prélèvement peut être fait en clinique, au CLSC ou à l'hôpital.

### **Comment interpréter les résultats du TAAN?**

Un résultat positif confirme le diagnostic. Les faux positifs sont quasi inexistantes.

Un résultat négatif ou équivoque n'exclut pas nécessairement la coqueluche et doit alors être interprété selon la clinique (la quantité d'ADN peut être insuffisante (ex. : un test fait après trois semaines de toux, une technique de prélèvement ou de conservation non adéquate, etc.). Une personne vaccinée ou ayant déjà fait l'infection dans le passé peut aussi excréter moins de bactéries).

### **Combien de temps la personne malade est-elle contagieuse?**

Du début de la phase catarrhale jusqu'à la situation, parmi les suivantes, qui se présente en premier :

- Jusqu'à trois semaines suivant le début de la toux (toux en quintes ou non);
- Jusqu'à cinq jours de traitement antibiotique approprié pour la coqueluche;
- Jusqu'à ce que la toux ait disparu.

### **Doit-on traiter la personne atteinte de coqueluche et si oui comment traiter?**

Oui, sauf si la toux est présente depuis plus de trois semaines. Voir l'encadré ci-dessous pour les antibiotiques à prescrire.

### **Le médecin doit-il recommander l'exclusion (école, milieu de garde ou tout autre milieu où peuvent se trouver des personnes à risque de complication ou des femmes enceintes en fin de grossesse)?**

Oui, et ce, pour la période où la personne est considérée comme contagieuse.

### **Le médecin doit-il vérifier s'il y a d'autres cas de coqueluche dans le milieu familial?**

Oui. Si un diagnostic de coqueluche est suspecté ou retenu chez une autre personne : la traiter comme un nouveau cas et en faire la déclaration à la DSPublique.



## Le médecin doit-il traiter toute la famille?

Les recommandations québécoises de santé publique ont été révisées en 2017. Voici ce qui en ressort :

Le médecin traitant est responsable de prescrire une antibioprofylaxie aux membres de la maisonnée du cas index dans la situation suivante:

- Le début des symptômes chez le cas index ou le **premier cas** (si plus d'un cas) de la maisonnée remonte à  $\leq 21$  jours.

ET

- Il y a présence d'une personne à risque de complications graves de la coqueluche, soit un enfant de moins de 6 mois, un enfant de 6 à 12 mois n'ayant pas reçu trois doses de vaccin contre la coqueluche ou une femme enceinte dans les quatre semaines précédant la date prévue d'accouchement.

## Quel antibiotique choisir?

Les mêmes antibiotiques servent au traitement du cas index et à la prophylaxie pour les contacts. Les posologies et les durées de traitement sont aussi les mêmes.

Groupes d'âge	Azithromycine	Clarithromycine	Érythromycine
< 1 mois	10 mg/kg/jour en 1 dose pendant 5 jours : 1 <sup>er</sup> choix, mais associée à une augmentation du risque de sténose hypertrophique du pylore.	Non recommandé (données de sécurité non disponibles).	40 mg/kg/jour divisés en 3 ou 4 doses pendant 7 jours. Associée à une augmentation du risque de sténose hypertrophique du pylore. À utiliser si l'azithromycine n'est pas offerte.
De 1 à 5 mois	10 mg/kg/jour en 1 dose pendant 5 jours.	15 mg/kg/jour divisés en 2 doses pendant 7 jours.	40 mg/kg/jour divisés en 3 ou 4 doses pendant 7 jours.
Enfants $\geq 6$ mois	10 mg/kg en 1 dose le premier jour (max : 500mg); puis 5 mg/kg/jour (max : 250 mg) en 1 dose les 4 jours suivants.	15 mg/kg/jour (max : 1g/jour) divisés en 2 doses pendant 7 jours.	40 mg/kg/jour (max : 2g/jour) divisés en 3 ou 4 doses pendant 7 jours.
Adolescents, adultes, femmes enceintes	500mg en 1 dose le premier jour; puis 250 mg en 1 dose les 4 jours suivants.	1g/jour divisé en 2 doses pendant 7 jours. La clarithromycine peut être utilisée durant la grossesse, idéalement après le premier trimestre.	2 g/jour divisés en 3 ou 4 doses pendant 7 jours (3,2 g/jour si l'éthylsuccinate est utilisé) (sel d'estolate doit être évité chez la femme enceinte).

Le TMP-SMX (triméthoprime-sulfaméthoxazole) peut être utilisé dans les rares cas de personnes âgées de 2 mois et plus chez qui les macrolides sont contre-indiqués. Il est contre-indiqué pour les enfants de moins de 2 mois et les femmes enceintes.

L'azithromycine et la clarithromycine sont préférés à l'érythromycine en raison de leurs effets secondaires moindres.

Les macrolides peuvent être associés à un allongement du QT et à des arythmies ventriculaires. Utiliser avec précaution chez les individus à risque.

En ce qui concerne la **femme enceinte** : le traitement est sous la responsabilité du médecin traitant. Le traitement avec un antibiotique est suggéré, en particulier dans les quatre semaines précédant la date prévue de l'accouchement. L'enfant né dans les cinq jours suivant le début du traitement donné à la mère devrait recevoir une chimioprofylaxie.

### Comment la maladie évolue-t-elle?

Elle évolue en trois phases :

#### 1. Phase catarrhale :

Symptômes apparaissent progressivement : rhinorrhée, larmolement et/ou toux non productive (une à deux semaines).

#### 2. Phase paroxystique :

Toux variable selon l'âge et le statut vaccinal de la personne :

- a. Toux paroxystique (quintes = secousses expiratoires successives sans arriver à inspirer entre chacune);
- b. Toux avec chant du coq inspiratoire (quintes suivies de longues inspirations pouvant ressembler au chant du coq);
- c. Toux se terminant par des vomissements, des haut-le-cœur ou de l'apnée. Entre les quintes, peu de toux. Fièvre habituellement absente ou peu élevée (une à six semaines, parfois davantage).

#### 3. Phase de convalescence :

Résolution graduelle des symptômes (deux à six semaines).

Chez les **nourrissons** : l'apnée est souvent le premier symptôme et la toux peut être légère, même absente.

Chez les **adolescents** et chez les **adultes, surtout s'ils ont été vaccinés** : les symptômes peuvent être légers ou atypiques.

### Quelles sont les personnes les plus à risque de complications graves?

- Les enfants de moins de 6 mois et les enfants de 6 à 12 mois n'ayant pas reçu trois doses de vaccin contre la coqueluche.
- Une attention particulière doit être portée aux femmes enceintes dans les quatre semaines précédant la date prévue de l'accouchement, car si elles étaient infectées, le risque de transmission de la coqueluche au nouveau-né est considéré comme élevé.

### Comment se transmet la maladie?

Par gouttelettes provenant des muqueuses du nez et de la gorge des personnes infectées.

### Quelle est la période d'incubation?

Généralement de 5 à 10 jours, mais peut se rendre à 21 jours.

### Peut-on avoir la coqueluche plus d'une fois dans sa vie?

La durée de l'immunité à la suite d'une infection naturelle est incertaine (estimée à 4 à 20 ans). Les réinfections sont donc possibles.

### Quelle est l'efficacité du vaccin contre la coqueluche pour prévenir la maladie?

L'efficacité du vaccin acellulaire est estimée à 85 % après trois doses (l'efficacité diminue sur une période de 10 ans).

---

## CHOISIR UN VACCIN CONTRE LE ZONA... POUR QUE LE MÉDECIN SOIT À L'AISE D'EN PARLER AVEC LE PATIENT<sup>6</sup>

Par D<sup>o</sup> Gabrielle Vermette

La vaccination est le meilleur moyen de protection contre le zona et ses complications.

### Quelles sont les recommandations du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) en matière de vaccination contre le zona?

Le CIQ recommande de vacciner :

- les personnes âgées de  $\geq 60$  ans;
- les personnes âgées de  $\geq 50$  ans prenant des agents de rémission immunosuppresseurs ou agents biologiques;
- les personnes âgées de  $\geq 50$  ans avant d'amorcer un traitement immunosuppresseur, incluant celles en attente de greffe d'organes solides.

Le fait qu'il s'agisse d'une recommandation d'un organisme consultatif comme le CIQ signifie que les personnes répondant aux conditions citées ci-dessus **doivent être informées, sur une base individuelle**, qu'il est important qu'elles reçoivent le vaccin contre le zona.

Selon le *Protocole d'immunisation du Québec*, il est autorisé de vacciner les personnes âgées de 50 ans à 59 ans.

Lorsqu'un vaccin est autorisé (mais non classé comme recommandé), cela signifie qu'il est homologué pour cette condition et peut être utilisé, mais n'a pas fait l'objet de recommandation par un organisme consultatif canadien en vaccination. Le vaccinateur peut informer les personnes visées. La fréquence et la gravité du zona commencent à augmenter vers 50-60 ans.

Étant donné que la durée de protection au-delà de cinq ans est inconnue, on ignore si la vaccination des personnes plus jeunes que 60 ans leur assurera une protection continue lorsqu'elles seront plus âgées, soit au moment où la fréquence du zona est encore plus élevée. Les études doivent se poursuivre pour connaître la protection à plus long terme et vérifier s'il y aura lieu de répéter la vaccination.

### Quels sont les vaccins à utiliser pour prévenir le zona et comment s'administrent-ils?

#### Vaccin inactivé sous-unitaire

- *Shingrix* (Zona-SU) (distribué par GlaxoSmithKline; **homologué récemment**)  
Administration : 2 doses IM avec intervalle recommandé de 2 à 12 mois entre les 2 doses (intervalle minimal de 8 semaines).

---

<sup>6</sup> Source : MSSS (Novembre 2017). *Protocole d'immunisation du Québec*.

## Vaccin vivant atténué

- *Zostavax II* (Zona-VA) (distribué par Merck)

Administration : 1 dose SC ou IM (absence de dose additionnelle recommandée, peu importe l'âge ou le statut immunitaire à la première dose).

## Quelle réponse procurent les deux vaccins?

Le vaccin inactivé sous-unitaire donnerait une efficacité plus élevée, moins variable selon l'âge d'administration du vaccin et plus durable pour prévenir la maladie et la névralgie post-herpétique, comparativement au vaccin vivant atténué.

## Résultats selon des études faites sur des milliers de personnes

Vaccins	Efficacité pour prévenir le zona	Efficacité pour prévenir la névralgie postherpétique
Inactivé sous-unitaire <i>Shingrix</i> (Zona-SU)	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1<sup>re</sup> étude chez des personnes âgées de 50 à 80 ans : efficacité de 97 % sur un suivi de 3 ans et 93 % après 4 ans.</li><li>• 2<sup>e</sup> étude chez des personnes âgées de 70 ans : efficacité de 91 %, et de 88 % après 4 ans.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Globalement de 89 % chez 70 ans (93 % chez les 70-79 ans; 71 % chez les personnes âgées de 80 ans).</li></ul>
Vivant atténué <i>Zostavax II</i> (Zona-VA)	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1<sup>re</sup> étude chez des personnes âgées de 50-59 ans : (recul médian de 1,3 an) efficacité de 70 %;</li><li>• 2<sup>e</sup> étude chez des personnes âgées de 60 ans : (recul moyen de 3,1 ans) efficacité de 64 % chez les 60-69 ans; 41 % chez les 70-79 ans; 18 % chez les 80 ans.</li><li>• 3<sup>e</sup> étude : sous-population de 2e étude : efficacité de 49 % sur 7 ans.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 65 % selon l'étude d'une sous-population de la 2<sup>e</sup> étude.</li></ul>

## Y a-t-il des contre-indications (CI) à l'utilisation du vaccin sous-unitaire Shingrix (Zona-SU)?

La seule CI est l'anaphylaxie suivant l'administration d'une dose antérieure du même vaccin ou d'un autre produit ayant un composant identique (voir monographie du vaccin). **Aucune CI en lien avec les états d'immunosuppression.**

## Quel vaccin choisir?

L'un ou l'autre des deux vaccins peut être utilisé. Le choix revient au vaccinateur et à son patient. Chez les personnes qui prennent des agents de rémission immunosuppresseurs ou des agents biologiques, on privilégiera le vaccin inactivé sous-unitaire.

Aucun vaccin n'est offert gratuitement (même lorsqu'il s'agit d'une personne pour qui la vaccination est recommandée).

- Coût du vaccin vivant atténué : environ 215 \$;
- Coût du vaccin inactivé sous-unitaire : environ 290 \$ (2 doses à 145 \$/dose).

### **Quels sont les effets secondaires du Shingrix (Zona-SU)?**

- La majorité des réactions rapportées sont légères ou modérées et de courte durée (médiane de trois jours);
- Des manifestations locales : douleur au site d'injection (dans plus de 50 % des cas), rougeur et gonflement (dans moins de 50 %);
- Des manifestations systémiques dans moins de 50 % des cas : myalgie, fatigue, céphalée, frissons, fièvre, manifestations gastro-intestinales (nausées, vomissements, diarrhée, maux de ventre) :
  - La douleur locale et les réactions systémiques ont été plus fréquentes chez les personnes âgées de 50 à 69 ans que chez les personnes âgées de  $\geq 70$  ans.
- Dans 17 % des cas, des réactions empêchant les activités quotidiennes ont été observées (un à deux jours); ces réactions étaient plus fréquentes après la deuxième dose, mais moins fréquentes lorsque l'individu est plus âgé lors de la vaccination;
- Comme pour tout médicament ou produit biologique, une réaction allergique reste possible.

### **Y a-t-il des particularités à considérer au moment de l'administration du vaccin?**

#### **Après un épisode de zona**

Attendre au moins six mois avant d'administrer le vaccin.

#### **Chez les personnes avec un antécédent de zona ophtalmique avec atteinte oculaire**

La vaccination est possible si plus de six mois se sont écoulés depuis la fin du traitement actif. Le vaccinateur doit informer ces personnes de quelques cas de récurrence de zona ophtalmique rapportés après l'administration du vaccin vivant, bien que le lien de cause à effet n'ait pas été établi.

Le risque de récurrence du zona ophtalmique à la suite du vaccin sous-unitaire par rapport à l'avantage associé à la prévention des récurrences futures de zona n'est pas connu. On peut vacciner indépendamment des antécédents de varicelle ou de vaccination contre la varicelle avec l'un ou l'autre des vaccins.

#### **Avant de revacciner une personne ayant déjà reçu le vaccin vivant atténué contre le zona**

Un intervalle d'un an est recommandé avant d'offrir le vaccin inactivé sous-unitaire.

## **Que faire en présence d'une manifestation clinique inhabituelle (MCI) observée suite à l'administration du vaccin?**

Si une MCI reliée temporellement à la vaccination est observée et que l'on soupçonne un lien entre le vaccin et cette manifestation, la situation doit être déclarée à la DSPublique dans les plus brefs délais.

Pour déclarer une MCI, consulter la [page Web](#)<sup>7</sup> du CISSS de Chaudière-Appalaches.

### **Pour joindre les services de maladies infectieuses et de santé et environnement :**

Pendant les heures ouvrables :

- Service maladies infectieuses (MI) : 418 389-1510
- Service santé et environnement (SE) : 418 389-1520

Pour joindre les médecins de garde en dehors des heures ouvrables (en semaine, de 16 h 30 à 8 h 30, les fins de semaine et jours fériés) :

- Services MI et SE : 418 397-4375 (numéro réservé aux professionnels de la santé)

### **Vous désirez être informés de chaque diffusion du bulletin Contact?**

Inscrivez-vous en tout temps en écrivant à l'adresse suivante : [12cisss-ca\\_bulletin\\_contact@ssss.gouv.qc.ca](mailto:12cisss-ca_bulletin_contact@ssss.gouv.qc.ca) ou téléphonez au 418 389-1510.

<sup>7</sup> <http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/professionnels-medecins-et-partenaires/maladies-infectieuses/immunisation-et-gestion-des-produits-immunisants/declarer-une-manifestation-clinique/>