

La santé publique et vous

Les PCP, c'est quoi cette bibitte là ???



*Huguette Bélanger, md
ASSS Montérégie*

Bibitte de plus en plus à la mode! Mises de l'avant comme une priorité par le Conseil de la santé et du bien-être en 2010, préconisées dans le rapport sur le financement du système de santé « En avoir pour son argent » en 2008, les PCP ou les pratiques cliniques préventives, réfèrent aux interventions préventives que les médecins, infirmières et autres professionnels de la santé effectuent auprès de leurs patients.

Que ce soit par un counselling, un dépistage, une immunisation ou une chimioprophylaxie, les professionnels interviennent régulièrement pour garder leurs patients en santé... Mais toutes les occasions de prévention sont-elles saisies???

La littérature nous dit que les médecins appliquent les recommandations dans leur pratique dans 35 à 60 % des cas. Plusieurs obstacles peuvent expliquer cela : horaires surchargés, pénurie de personnel et de ressources, absence de rémunération, etc. Malgré tout, les cliniciens trouvent que la prévention est importante et réalisent une partie des PCP recommandées.

Pouvons-nous faire plus dans le contexte actuel de pénurie de ressources?

Heureusement, c'est possible d'optimiser les services préventifs. La santé publique travaille à différents niveaux pour soutenir les cliniciens en ce sens.

Plusieurs régions profitent d'une ordonnance collective de la direction de santé publique qui permet aux fumeurs d'obtenir une thérapie de remplacement de la nicotine.

Une ordonnance collective provinciale, soutenue par la santé publique, offre aux femmes l'accès à une contraception hormonale en attendant la visite chez leur médecin.

Au niveau national, des négociations entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ont permis la rémunération d'actes préventifs comme le soutien médical à l'abandon du tabagisme et le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Des stratégies pour optimiser la prévention en clinique se sont démontrées efficaces. Certaines touchent l'organisation du travail des médecins, telle que la facilitation, c'est-à-dire une démarche soutenue par une infirmière formée à cette fin, et qui offre un soutien aux professionnels de la santé afin de mettre en place une façon de faire systématique, impliquant tout le personnel et qui permet de penser à la prévention à chaque fois que c'est possible.

Ce travail de promotion de la prévention effectué en santé publique se fait donc en complémentarité avec le travail quotidien effectué par les omnipraticiens en première ligne. Nous travaillons ensemble à contrer le fléau des maladies chroniques. ■

La santé publique et vous

La vaccination de A à Z



Lina Perron, md
ASSS Montérégie

Cet acrostiche souhaite vous faire mieux apprécier le travail des médecins de santé publique en vaccination et vous rappeler l'importance de la vaccination pour vos patients.

Agent de promotion de la vaccination que sera chaque médecin auprès de ses patients, et ce peu importe son milieu de pratique.

Balance des avantages de vacciner une personne par rapport aux risques de ne pas la vacciner. Elle penche à peu près toujours du côté de la vaccination !

Coqueluche pour laquelle tu recommanderas une dose du vaccin dcaT (Adacel, Boostrix) à chaque adulte pouvant être en contact avec un tout-petit afin d'éviter de lui transmettre la maladie.

Dossier de vaccination que tu placeras dans tes dossiers médicaux pour t'assurer que tes patients ont reçu les vaccins recommandés.

Essentiel est le travail des omni praticiens sur les Comités provinciaux en vaccination afin de faire valoir les préoccupations des médecins et de leur fournir les outils utiles.

Facilement, tu recommanderas de consulter le site Internet du MSSS à tes patients qui veulent s'informer ou qui ont des craintes et des réticences face à la vaccination

[www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/index.php?accueil].

Grippe que tu éviteras en te faisant vacciner et en recommandant le vaccin à tes patients.

Histoire de l'œuf et de la poule : plus les gens seront vaccinés, moins il y aura de personnes malades. Moins il y a de personnes malades, plus les gens doutent de l'utilité des vaccins.

Infection invasive à bactérie encapsulée (méningocoque, pneumocoque et H. influenza de type b), tu protégeras ta clientèle souffrant d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (maladie de Crohn, colite ulcéreuse) en raison d'une possible hyposplénie augmentant leur risque d'infection invasive.

Joyeusement, médecins de santé publique et médecins cliniciens travailleront ensemble pour le mieux-être des personnes.

K.O. seront de nombreux microbes si tu t'assures que tes patients sont adéquatement vaccinés.

Lien que tu feras! Si plus de personnes sont vaccinées contre une maladie (ex. : grippe), moins il y en aura à voir en consultation.

Meilleur est le travail des médecins de santé publique en vaccination, moins ils sont perçus utiles ou nécessaires.

Nonobstant les rumeurs sur les risques liés aux vaccins, tu t'informereras sur le site Internet du MSSS pour tenir tes connaissances à jour [www.msss.gouv.qc.ca/immunisation].

Outils les plus efficaces et les plus sécuritaires de la médecine occidentale traditionnelle. Les vaccins gagnent à être connus!

Pied de nez que tu feras au pneumocoque en recommandant le vaccin à tous tes patients visés par la vaccination.

Questions nombreuses sur la vaccination que tu auras de tes patients ou personnellement et auxquelles tu répondras en consultant le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

Rougeole tu préviendras en vérifiant si ta

clientèle est adéquatement protégée contre cette maladie grave et très contagieuse et, au besoin, tu leur recommanderas de se faire vacciner.

Soutien permanent et personnalisé aux vacinateurs, c'est là un des rôles des médecins de santé publique en vaccination.

Travail colossal accompli par les vacinateurs pour administrer, bon an mal an, 700 000 doses de vaccins par année seulement à la population montréalaise qui représente 18 % de la population québécoise.

Utile est le PIQ pour chaque médecin parce qu'il contient toutes les informations sur la vaccination.

Vaccins recommandés, en plus de la vaccination de base selon les conditions médicales, tu trouveras aux pages 173 et 174 du PIQ.

Web que tu consulteras pour tout connaître sur la vaccination [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/index.php?accueil].

Xiang ! non, la vaccination ce n'est pas du chinois, pour peu que l'on sache utiliser le PIQ et consulter au besoin les médecins de santé publique œuvrant en vaccination.

Yin et yang sont complémentaires comme le sont les médecins de santé publique et les cliniciens.

Zona que tu combattras en recommandant le vaccin aux personnes âgées de 60 ans ou plus et ce, peu importe leurs antécédents de varicelle ou de zona.

Je formule le souhait que nous nous soutenions mutuellement.



*Catherine Risi, md
ASSS Montérégie*

Une des solutions pour prévenir les grossesses non désirées !

Le « counselling » en matière de comportements sexuels et de contraception fait partie du travail quotidien du médecin de famille. Pas surprenant lorsque l'on sait que les deux tiers des femmes sexuellement actives âgées de 15 à 49 ans ont utilisé un moyen de contraception au cours des 12 derniers mois (ISQ 2008). Mais qu'en est-il des autres? Une grossesse non planifiée a des répercussions importantes sur la santé et le bien-être des femmes, des familles et des enfants. Au Québec, malgré une baisse des taux d'IVG depuis quelques années, celui-ci demeure un des plus élevés au Canada.

L'accessibilité élargie et rapide à la contraception est un des facteurs pouvant influencer à la baisse les grossesses non planifiées. Depuis le début des années 2000, plusieurs actions ont été mises en place pour améliorer l'accessibilité à la contraception notamment la consolidation en CSSS des services de type clinique jeunesse et l'accessibilité à la contraception orale d'urgence.

En 2003, l'adoption de la Loi 90 modifiant le Code des professions et d'autres mesures législatives dans le domaine de la santé a permis de réorganiser l'accessibilité à la contraception en première ligne. Ainsi, l'Institut national de santé publique (INSPQ), le Collège des médecins du Québec (CMQ), l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux ont élaboré un modèle provincial d'ordonnance collective (version 2006 et mise à jour en 2009) impliquant les médecins, les infirmières et les pharmaciens. Cette ordonnance collective vise à améliorer l'accessibilité à la contraception hormonale pour les femmes en bonne santé et permet l'initiation à une contraception pour une période

La santé publique et vous

L'accessibilité à la contraception...

de six mois. Ce modèle précise les contre-indications pour chacune des méthodes de contraception hormonale et ainsi facilite le travail des médecins notamment ceux qui sont ou seront signataires d'une ordonnance collective en contraception hormonale.

L'implantation du modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale bénéficie du soutien de responsables régionaux oeuvrant dans les Directions de santé publique (DSP). De plus, une formation en contraception hormonale, élaborée par l'INSPQ et l'OIIQ et ciblant principalement les infirmières a été offerte, en collaboration avec les DSP, dans toutes les régions du Québec. Elle est maintenant disponible en ligne sur le site de l'OIIQ.

Si vous travaillez en CLSC, il est fort probable que vous connaissiez le modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale. Mais savez-vous qu'il existe un site web sur le sujet, piloté par le comité en « planning » familial de l'INSPQ?

Ce comité est formé de médecins omnipraticiens et de médecins spécialistes impliqués dans les domaines de « planning » familial, de la gynécologie-obstétrique et de la santé publique. Leur site web vise à informer et mettre à jour les connaissances sur l'ordonnance collective de contraception hormonale et sur la contraception. Par exemple, il contient les documents relatifs à l'ordonnance collective de contraception hormonale avec les mises à jour sur les b contre-indications et sur les nouveaux contraceptifs, des avis scientifiques du comité et des liens internet sur le sujet. Si la contraception vous intéresse..., faites une petite visite au www.inspq.qc.ca/contraception.



Stéphane Roy, md
ASSS Montérégie

La santé publique et vous

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang

L'épidémie silencieuse! (1)

Quelques 40,000 Québécois et Québécoises reçoivent chaque année un diagnostic d'infection transmissible sexuellement ou par le sang (ITSS): chlamydie, gonorrhée, syphilis, VIH, hépatite C, virus de papillome humain, herpès. Le chiffre impressionne mais il n'inclut pas les personnes infectées qui l'ignorent. Et si rien n'est fait, l'histoire se répétera!

Les jeunes de 15 à 24 ans constituent le segment de la population qui compte le plus grand nombre de personnes infectées par une ITSS. Cependant, indépendamment de l'âge, d'autres groupes de la population sont également plus à risque et vulnérables, notamment les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les personnes utilisatrices de drogues par injection, les Autochtones, les personnes originaires d'un pays où l'infection par le VIH est endémique, les personnes incarcérées, les travailleurs et travailleuses du sexe.

Pour mener des activités de prévention efficaces, on doit tenir compte non seulement des infections comme telles, mais aussi des facteurs de vulnérabilité des personnes et des milieux dans lesquels elles évoluent.

Afin de diminuer l'incidence de plusieurs ITSS, plusieurs stratégies doivent être mises en œuvre dont l'intégration des pratiques cliniques préventives (counseling dépistage, vaccination et traitement précoce) dans les services de première ligne et les activités quotidiennes des professionnels.

Des outils provinciaux ont été développés par les professionnels de santé publique afin de soutenir la pratique clinique des médecins et des infirmières en lien avec l'intervention préventive

relative aux ITSS. Ils sont disponibles sur le site internet du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS):

www.msss.gouv.qc.ca/itss section professionnels de la santé, rubrique outils: intervention préventive relative aux ITSS.

Ils ont tous fait l'objet d'une validation auprès d'experts du Comité ITSS de l'Institut national de santé publique.

Outils en ITSS pour les cliniciens

★ Visite initiale et counseling prétest, et visite subséquente et counseling post-test :

Disponible sous forme de bloc-notes de 50 feuilles, en version française et en version anglaise, cet outil présente les éléments à considérer au moment de la visite initiale (recto) et au moment de la visite subséquente (verso). Cet aide-mémoire a été conçu de façon à ce que les omnipraticiens puissent y inscrire les renseignements recueillis et les interventions réalisées.

★ ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés :

Guide le praticien dans le choix des infections à rechercher à la suite de l'évaluation clinique recommandée dans l'outil d'aide à la pratique clinique.

★ Prélèvement et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage) :

Ce tableau guide le clinicien afin de choisir les prélèvements à faire et les analyses à demander à la suite de l'évaluation clinique recommandée dans l'outil d'aide à la pratique clinique.

★ Estimation du risque associé aux relations sexuelles :

Deux tableaux donnant l'information sur les aspects spécifiques des ITSS selon l'activité sexuelle et sur les ITSS susceptibles d'être transmissibles au cours

La santé publique et vous

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang

des activités sexuelles selon le niveau de risque.

★ Vaccination et ITSS :

Le présent aide-mémoire donne les indications vaccinales en rapport avec la sexualité ou la consommation de drogues. Les vaccins sont gratuits pour toutes ces personnes.

★ Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients en lien avec les ITSS :

Visent à soutenir l'intervention du clinicien dans le cadre de la prévention des ITSS. Dépliants ou brochures à remettre selon le sujet abordé.

★ Ressources et ITSS :

Liste de ressources et de sites internet pour les professionnels, le grand public et les personnes atteintes d'une ITSS.

★ Traitement des ITSS :

Guide d'usage optimal de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux; infection à *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*, syphilis, urétrite-cervicite-atteinte inflammatoire pelvien et épididymite, herpès génital et condylomes.

Les outils sur le traitement des ITSS sont disponibles sur le site internet de l'INESSS au www.inesss.qc.ca à la section publication.

★ Intervention préventive auprès des partenaires d'une personne atteinte d'une ITSS :

Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper! Aide-mémoire court à l'intention des professionnels de la santé.

★ Fiche de renseignements complémentaires:

Apporte des précisions à certains aspects de l'évaluation clinique et de l'intervention ITSS.

★ Formulaire de déclaration de maladies à déclaration obligatoire (MADO), formulaire AS 770;

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec les professionnels de votre direction de santé publique.

(1) Les infections transmissibles sexuellement et par le sang; l'épidémie silencieuse. Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population, 2010. ■

Stéphane Roy

La santé publique et vous

La médecin des voyages, un pérille où le monde entier vient à vous !



Yen-Giang Bui, md

ASSS Montérégie

Les belles aventures dans la vie débutent souvent par hasard. Mon histoire d'amour avec la santé-voyage a commencé il y a plus de 10 ans, par un détour en Extrême-Orient et en traversant une vaste région du Québec, la Montérégie.

Après une décennie de pratique en médecine familiale, je ressentais le besoin de me ressourcer et décidais de faire un stage en maladies tropicales au Vietnam, mon pays d'origine. Voilà comment j'ai attrapé la « piqûre » pour les parasites exotiques. J'ai aussi réalisé l'importance des bons programmes de santé publique, dont la vaccination, dans l'amélioration de la santé des patients.

Depuis 2001, je suis responsable à la Direction de santé publique de la Montérégie de la formation pour les cliniques santé-voyage. C'est un domaine relativement jeune de la médecine, mais qui demande une expertise et où la formation continue est essentielle.

J'organise régulièrement des réunions scientifiques pour les infirmières, médecins et pharmaciens de notre région. Les sujets portent entre autres sur les nouveautés en vaccination, les éclosions de maladies vectorielles (paludisme, fièvre dengue, fièvre jaune, etc.) ou encore les risques environnementaux (maladies de haute altitude, envenimations).

Au niveau provincial, je participe à la rédaction du Protocole d'immunisation du Québec et du Guide d'intervention santé-voyage, 2 outils sur lesquels les professionnels peuvent s'appuyer dans leur pratique de la santé-voyage. Ces documents sont disponibles en ligne aux adresses suivantes :

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/>

[4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1083_GuideSanteVoyage2010.pdf)

et

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1083_GuideSanteVoyage2010.pdf

Comme le jugement clinique demeure indispensable, je maintiens aussi une pratique de Ire ligne en santé-voyage à la Clinique Santé-Voyage du CSSS Champlain-Charles-LeMoynes ainsi qu'à la Clinique Santé-Voyage de la Fondation du CHUM.

Chaque voyageur (et chaque voyage) est différent. On peut rencontrer une famille qui célébrera Noël en République dominicaine, une jeune maman qui part avec son nourrisson au Pakistan pour visiter les grands-parents, un patient immunosupprimé qui décide d'explorer l'Amazonie, ou de jeunes étudiants qui partent construire une école en Bolivie.

La santé-voyage est en pleine évolution présentement au Québec. Le développement ainsi que le maintien des compétences pour les professionnels de la santé représentent un défi constant et passionnant.

Je me dis souvent que la vie est une mer de connaissances, et qu'il faut toujours aller vers la lumière. activités sexuelles selon le niveau de risque. ■

Yen-Giang Bui



Marie-Josée Lamoureux, md
ASSS Montérégie

La santé publique et vous

La prévention des infections au bureau et à domicile

La résistance croissante des bactéries aux antibiotiques fait maintenant partie des nouveaux défis de la médecine et représente une préoccupation de taille pour la santé publique. Afin de limiter la transmission de ces pathogènes dans les milieux de soins, des mesures de prévention et de contrôle des infections ont été élaborées par des comités d'experts tel le Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ). Celui-ci, composé de professionnels en prévention des infections et en santé publique, relève de l'Institut national de santé publique du Québec. Depuis la dernière décennie, les milieux de soins aigus du Québec ont été aux prises avec la transmission nosocomiale du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et de l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV). Dans le texte qui suit, nous allons énoncer les principales recommandations à suivre au bureau ou lors de visites à domicile concernant ces deux pathogènes.

SARM

Sachez que les lignes directrices sur le SARM intitulées Mesures de prévention et de contrôle des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) au Québec produites en 2006 sont toujours d'actualité. Le respect des pratiques de base demeure la clé du succès dans l'interruption de la transmission. Tel que dicté par celles-ci, le port de la blouse à manches longues, du masque et de la protection oculaire n'est nécessaire que lorsque vous procédez à une intervention pour laquelle il y a un risque de contact ou d'éclaboussure de liquides biologiques. L'hygiène des mains, primordiale, doit être faite avant et après tout contact avec un patient, après contamination avec un liquide biologique et après avoir retiré des gants. Ces mêmes recommandations s'appliquent lorsque vous visitez un patient connu porteur de SARM à domicile.

ERV

En attendant les nouvelles recommandations, les lignes directrices Mesures de contrôle et de prévention des infections à entérocoques résistants à la vancomycine au Québec, produites par le CINQ en 1999, sont toujours celles appliquées par les milieux de soins. L'intervenant qui donne des soins personnels (par exemple changements de pansements, soins corporels contaminants, soins de sonde, aspirations bronchiques) ou qui est en contact avec un environnement à risque d'être contaminé par les selles d'un patient porteur d'ERV doit appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par contact en plus des pratiques de base, comprenant l'hygiène des mains, telles qu'expliquées ci-dessus. Les précautions additionnelles comprennent le port des gants ainsi que la blouse à manches longues. Il est important de porter une attention au matériel utilisé lors des soins : le matériel à usage unique devra être jeté et celui qui est réutilisable devra être nettoyé et désinfecté.

Quant à la visite à domicile d'un patient connu porteur d'ERV, voici quelques petites astuces pouvant favoriser de meilleures pratiques quant à la prévention de la transmission des infections. D'abord, n'apportez au domicile que le matériel nécessaire. Pensez à prendre connaissance du dossier avant votre visite pour ainsi éviter de l'apporter au domicile. Une fois à l'intérieur, laissez votre manteau et autres effets personnels à l'entrée. Un équipement jetable (incluant la blouse) devrait être privilégié et pourra être jeté avec les ordures ménagères. Après utilisation, placez l'équipement réutilisable destiné aux soins dans un sac de plastique séparément pour ensuite être nettoyé et désinfecté à votre retour au bureau avec un produit recommandé. Il est important avant de quitter le domicile de bien vous laver les mains à l'eau et au savon ou encore d'utiliser un

La santé publique et vous

La prévention des infections au bureau et à domicile

rince-mains antiseptique.

Pour conclure, certaines bactéries avec de nouveaux profils de résistance, telles le *Staphylococcus aureus* ayant une sensibilité réduite à la vancomycine et les bêta-lactamases à spectre étendu dont les entérobactéries productrices de carbapénémases, font l'objet d'articles de plus en plus fréquents dans la littérature médicale. Cependant, c'est davantage dans les milieux de soins aigus que l'on craint leur apparition et leur transmission. N'hésitez pas à consulter l'équipe locale de prévention des infections de votre établissement pour davantage d'information. Tout compte fait, la prévention de la transmission des infections est l'affaire de tous. En tant que professionnels responsables de la santé de nos patients, nous avons un grand rôle à jouer et nous devons servir d'exemple auprès de ceux-

ci, de même qu'auprès de nos collègues. Adoptons ces comportements préventifs pour la santé de nos patients... et la nôtre!

Nous vous invitons à consulter le détail des mesures décrites ci-dessus dans le document Mesures spécifiques de prévention et de contrôle des infections élaboré par la Direction de santé publique de la Montérégie en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il est disponible sous forme d'affiche ou de dépliant et vous pouvez le télécharger ou le commander à l'adresse suivante :

<http://mssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/7f4b8ccdb3018c72852571e30060a06e?OpenDocument>. ■

Marie-Josée Lamoureux

La santé publique et vous

Les zoonoses : diagnostics différentiels des maladies émergentes



Louise Lambert, md
ASSS Montérégie

Saviez-vous que...

De 2007 à 2011, 70 cas de maladie de Lyme, 161 cas de fièvre Q et 46 cas d'infection par le virus du Nil occidental ont été déclarés aux directions de santé publique au Québec[1].

Les agents infectieux pathogènes chez certaines espèces animales ne le sont généralement pas pour d'autres espèces; c'est la barrière interespèce. Néanmoins, plusieurs de ces microorganismes sont transmissibles et pathogènes pour l'humain. Ces maladies sont appelées des zoonoses. La surveillance des MADO zoonotiques permet à la santé publique d'en suivre l'évolution épidémiologique, d'alerter précocement les cliniciens et de les supporter dans leur pratique. L'enquête épidémiologique peut aussi permettre d'identifier la source probable de l'infection et de prévenir une réinfection ou d'autres cas.

Les zoonoses sont des maladies rares. Souvent autolimitées, parfois traitables, elles peuvent toutefois provoquer des atteintes graves, permanentes, voire mortelles. Certaines sont en émergence au Québec comme la maladie de Lyme, d'autres, par exemple la salmonellose, occasionnent des syndromes fréquents, mais sont rarement identifiées comme acquises par un contact direct avec un animal.

L'anamnèse est primordiale pour les maladies rares ou émergentes. Les indices à rechercher en relation avec les zoonoses concernent les domaines suivants : l'environnement social et physique, l'occupation, les loisirs, le contact avec des animaux, les activités et les conditions de vie à domicile, les voyages ou les déplacements, la consommation d'eau et d'aliments, des produits de santé, etc.

Des questions...

- ★ La rage est une maladie mortelle, mais évitable

par la vaccination après la morsure animale. Quand la prophylaxie post-exposition est-elle indiquée? Où sont les secteurs géographiques à risque élevé?

- ★ La gastro-entérite est-elle virale ou est-ce une salmonellose transmise par un animal à la maison? Dois-je demander une culture de selles?
- ★ La maladie de Lyme est plus facilement traitable au début de la maladie; quand dois-je demander une sérologie? Quand débiter l'antibiothérapie?
- ★ Une lésion érythémateuse de plus de 5 cm, croissant lentement, est-ce une cellulite, une dermatomycose, un érythème migrant (maladie de Lyme) ?
- ★ Le syndrome viral estival, est-ce un entérovirus ou une maladie transmise par un vecteur comme l'infection par le virus du Nil occidental (VNO), une maladie de Lyme, une babésiose ou l'anaplasmose?
- ★ Une fièvre prolongée évoque-t-elle la leptospirose ou une fièvre Q?
- ★ Les atteintes neurologiques sont souvent énigmatiques. Une névrite ou une polynévrite, crânienne ou périphérique, ex. paralysie de Bell, évoque-t-elle une zoonose? Une infection par le VNO, une maladie de Lyme? Ou encore, une encéphalite estivale, est-ce une encéphalite à arbovirus (VNO, virus de l'encéphalite équine de l'Est, virus de Powassan, ou de La Crosse)? Quelles sérologies doit-on demander?
- ★ Des personnes sont particulièrement vulnérables : les femmes enceintes et les personnes immunosupprimées. Y a-t-il un risque d'avortement, de fièvre Q, de toxoplasmose? En passant, dites surtout à la femme enceinte bien laver les légumes du potager : c'est une belle litière pour les chats du voisinage!

Et des réponses...

Les médecins de santé publique ont comme

La santé publique et vous

Les zoonoses : diagnostics différentiels des maladies émergentes

mission de soutenir les médecins et les intervenants de 1re ligne. Plusieurs outils de formation ou d'intervention sont élaborés par la santé publique et sont disponibles pour les cliniciens.

- ★ Les morsures animales sont bien connues des médecins et la santé publique a mis en ligne plusieurs outils performants pour les cliniciens : « Aide à la décision » et les cartes des secteurs géographiques à risque élevé et moyen de rage au Québec : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/maladies-infectieuses/RAGE-aide-decision-Etape1.pdf>
- ★ Quatre zoonoses problématiques : la rage, l'infection au VNO, la maladie de Lyme, la fièvre Q sont détaillées sur l'Extranet de la direction de la santé publique de l'ASSSM : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/maladies-infectieuses/zoonose/index.fr.html#Lyme>
- ★ La maladie de Lyme est émergente dans le sud du Québec. Le bulletin Sentinelle de la DSP Montérégie (juin 2012) nous le rappelle : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/maladies-infectieuses/sentinelle.fr.html>

D'autres organismes de santé publique offrent aussi des informations synthétiques sur les zoonoses ou un portail vers d'autres sites intéressants, entre autres :

- ★ MSSS (sujet Santé publique) <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/>
- ★ Guides d'intervention sur la Rage (en ligne) et la maladie de Lyme (à venir) <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/preventioncontrole/maladies-transmissibles.php>
- ★ Gouvernement du Québec (Rage) <http://rage.gouv.qc.ca/>

- ★ INSPQ (Zoonoses) <http://www.inspq.qc.ca/dossiers/zoonoses/>
- ★ ASPC (Maladies infectieuses) <http://www.phac-aspc.gc.ca/id-mi/index-fra.php>
- ★ DSP Montérégie (onglet Santé publique) <http://www.santemonteregie.qc.ca/>
- ★ DSP Montréal (dossiers thématiques) <http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/> ■

Louise Lambert



Éric Levac, md
ASSS Montérégie

La santé publique et vous

Les maladies à déclaration obligatoire (MADO)

L'objectif de cette chronique est d'illustrer les actions faites par la santé publique après réception d'un formulaire de déclaration d'une maladie à déclaration obligatoire (MADO).

J'aurais pu intituler ce texte par « Ce que vous avez toujours voulu savoir sur les MADO sans avoir osé le demander ». Entre autres :

- ★ *Quelles sont les actions qui découlent de la déclaration des MADO?*
- ★ *Pourquoi le médecin doit-il déclarer une MADO si le laboratoire le fait déjà?*
- ★ *Pourquoi y a-t-il parfois une discordance entre la validation d'un cas par la santé publique et le diagnostic clinique posé par le médecin?*
- ★ *Il existe plusieurs raisons qui justifient qu'une maladie soit dans la liste des MADO. Ces raisons varient en fonction de chaque-maladie. D'un côté, il y a des maladies pour lesquelles, seule une surveillance est exercée. De l'autre côté, il y a des maladies qui nécessitent une intervention auprès des contacts.*

Lorsqu'on effectue la vigie ou la surveillance d'une maladie, un élément important consiste à comparer les données actuelles avec des données de référence. Il peut s'agir des données d'années précédentes, pour détecter une augmentation. Il peut également s'agir de données de régions voisines, pour déterminer si le problème est pire à certains endroits. Pour effectuer ces comparaisons, il est essentiel de s'assurer que les cas soient comptés de la même façon. C'est la raison pour laquelle chaque MADO possède des critères de validation : les « définitions nosologiques ».

Les définitions nosologiques sont assez précises pour correspondre, la plupart du temps, au diagnostic clinique. Il peut y avoir, parfois,

quelques discordances. Il faut comprendre qu'il s'agit de deux processus ayant des objectifs différents.

L'absence d'uniformité, soit dans le temps ou dans l'espace, dans la validation des MADO pourraient générer des artéfacts. Par exemple, supposons que dans une région, on ne valide que les cas d'une maladie ayant un test de laboratoire positif. Dans la région voisine, on valide tous les cas déclarés, même avec quelques symptômes peu spécifiques et sans résultat de laboratoire. Cette différence ferait en sorte que les rapports de surveillance arriveraient à la conclusion (erronée) que la 2e région est plus touchée.

Ceci nous amène à la deuxième grande utilité des MADO : certaines interventions seront illustrées avec quelques exemples.

Pour le premier exemple, j'utiliserai deux infections transmises sexuellement (ITS) : la gonorrhée et la syphilis. Pour la gonorrhée, la validation se fait obligatoirement avec un test de laboratoire positif. La syphilis requiert également des tests de laboratoire, mais nécessite également des informations cliniques, notamment pour préciser le stade de la maladie. Ces informations ne sont pas disponibles auprès des laboratoires, d'où l'importance de la déclaration des médecins.

Les déclarations de ces ITS permettent des actions à deux niveaux. Tout d'abord, il y a l'intervention auprès des contacts. Les intervenants des DSP collaborent avec le médecin traitant pour cette intervention. Au cours des dernières années, les données de surveillance ont été à l'origine de deux modifications de recommandations de traitement pour la gonorrhée (remplacer ciprofloxacine par cefixime comme traitement recommandé, augmentation de la dose de 400 mg à 800 mg).

La santé publique et vous

Les maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Source : Le bulletin de l'AMCLSCQ, volume 37, numéro 3, décembre 2012

Pour ces deux ITS, il y a également eu des modifications au niveau des groupes atteints. Cela n'a pas apporté de changement pour les recommandations de dépistage pour l'instant.

Le deuxième exemple est celui d'une déclaration de rougeole. Pour valider le cas, il y a plusieurs options. Certaines d'entre elles nécessitent un résultat de laboratoire (culture virale, détection d'acides nucléiques, sérologie). Il y a également la possibilité de valider avec la présentation clinique et la présence d'un lien épidémiologique avec un autre cas confirmé. Cette deuxième option ne nécessite pas de test de laboratoire. Elle présente l'avantage de permettre l'intervention auprès des contacts plus rapidement (la déclaration du médecin arrive avant les résultats de laboratoire).

Le troisième exemple est celui de l'infection invasive à méningocoque. L'intérêt principal de cette MADO est d'effectuer une prophylaxie aux contacts. De façon plus large, en présence d'une augmentation importante du nombre de cas, cela peut mener à des interventions à plus grande échelle. Par exemple, en 2001, il y avait eu une intervention conjointe du CLSC et de la DSP dans une école polyvalente de la Montérégie.

La validation d'un cas d'infection invasive à méningocoque comporte quelques particularités. Premièrement, il est possible de valider cette maladie seulement sur une base clinique. Ceci est possible avec la présence de symptômes pathognomoniques (un purpura fulminans). La déclaration par le médecin permet une intervention plus rapide (le résultat de culture arrivant plusieurs jours après).

L'infection à méningocoque permet également

de comprendre la nuance entre le diagnostic clinique et la validation aux fins de surveillance. Il arrive quelques fois qu'un médecin déclare un cas d'infection à méningocoque, sans les symptômes suffisants pour qu'il soit validé comme MADO (culture négative, absence de purpura fulminans). Dans cette situation, l'intervention auprès des contacts peut parfois être réalisée, même en l'absence de validation. La DSP tient compte de l'opinion du professionnel pour l'intervention.

Comme quatrième exemple, j'utiliserai l'infection à *Cyclospora*. L'infection causée par ce parasite représente un intérêt de santé publique seulement lorsqu'il y a présence d'une éclosion. Le hic, c'est qu'il faut recevoir les déclarations individuelles pour détecter les éclosions. Aussitôt qu'une augmentation est observée, les intervenants de santé publique effectuent des enquêtes auprès des personnes pour déterminer s'il y a une source commune. Lorsqu'une source alimentaire est détectée, une intervention est réalisée pour l'éliminer. Celle-ci se fait en collaboration avec le Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ).

Il y aurait beaucoup d'autres exemples à donner. Par exemple, l'intervention auprès d'un cas de tuberculose et de ses contacts. Il y a également beaucoup de maladies pour lesquelles il y a une intervention de biovigilance (vérification s'il y a eu don ou réception de produits sanguins, tissus ou organes).

Tous ces exemples ne sont pas exhaustifs des situations rencontrées. Chaque maladie pourrait faire l'objet d'une chronique. L'objectif était d'illustrer certains aspects reliés aux MADO. ■

Éric Levac

La santé publique et vous

Maladie de Lyme - Scénario I



Louise Lambert, md
ASSS Montérégie

Un des mandats de la santé publique est de soutenir les médecins de première ligne à prévenir, diagnostiquer, traiter et déclarer les maladies à déclaration obligatoire. La maladie de Lyme est une MADO depuis novembre 2003. C'est une zoonose peu connue, mais en émergence, particulièrement dans le sud du Québec.

L'article se divise en deux scénarios. Le premier est présenté dans ce bulletin et le second le sera dans une prochaine parution.

Scénario I : Le patient vous consulte pour une piqûre de tique.

Scénario II : Le patient vous consulte pour des symptômes évocateurs de maladie de Lyme.

SCÉNARIO I : Le patient vous consulte pour une piqûre de tique



Plusieurs médecins de famille ont reçu en consultation un patient qui se présente avec une tique, encore attachée sur sa peau ou déjà retirée et dans un pot. Savez-vous quoi faire dans cette situation?

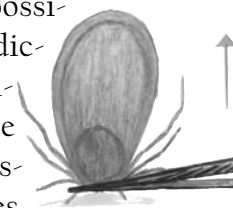
La tique. Saviez-vous que le service de parasitologie du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) offre l'identification de tique d'origine humaine? S'il s'agit de l'espèce *Ixodes scapularis*, le laboratoire national de microbiologie recherchera systématiquement la présence du *Borrelia burgdorferi* (Bb).

Identifier, Analyser la tique et documenter sa provenance. Une seule espèce de tique transmet le Bb au Québec. La prévalence de la bactérie chez cette tique varie selon le degré d'endémicité dans la région source. Comme la tique reste attachée sur l'hôte au plus quelques jours, il faut rechercher les déplacements hors de la municipalité de résidence dans les 2 semaines précédant la découverte de la tique.

Cette information aide à l'évaluation du risque pour le patient. Toutefois, le délai pour recevoir les

résultats de microbiologie de la tique peut être de plusieurs semaines et n'est pas vraiment utile pour la prise en charge. Par contre, les laboratoires compilent l'information sur les tiques analysées. Ces données de surveillance sont très utiles pour mieux comprendre l'évolution épidémiologique et géographique de la maladie. Cela permet en retour une information à jour aux cliniciens.

Extraire et collecter la tique. Placer une fine pince aux extrémités pointues le plus près possible de la peau et tirer la tique perpendiculairement par un mouvement constant, sans rotation. Écraser la tique peut augmenter le risque de transmission de la bactérie. Les parties buccales difficiles à extraire demeurent un simple corps étranger.



La tique, vivante ou morte, doit être conservée à sec, sans rien ajouter, dans un petit contenant rigide et propre (ex. : un contenant de pilules, un petit pot ou un tube à prélèvement). Elle peut être conservée quelques jours à la température de la pièce. Acheminer le spécimen au laboratoire du centre hospitalier selon les modalités locales usuelles.

Requête et formulaire. Compléter une requête de demande d'identification de la tique et y inscrire les informations sur sa provenance : le lieu et la date de chaque déplacement hors de la municipalité de résidence pendant les deux semaines avant la découverte de la tique. Le médecin remplit le formulaire requis par son laboratoire pour identification de la tique et recherche de Bb. Un formulaire de collecte de renseignements est proposé par les DSP de la Montérégie¹ et de l'Estrie².

Le patient.

Évaluer le risque et rassurer le patient

Globalement, le risque d'acquisition de la maladie au Québec est faible. Contacter votre Département de santé publique (DSP) pour obtenir

La santé publique et vous

Maladie de Lyme

plus d'informations sur les secteurs à risque ou endémiques.

- ★ Le risque de transmission varie selon la durée d'attachement de la tique : il est pratiquement nul si la tique est retirée en moins de 24 heures et faible si la tique est retirée en moins de 36 heures.
- ★ La tique observée n'est peut-être pas la seule qui a piqué le patient; les nymphes, plus petites que les tiques adultes passent souvent inaperçues. Au Québec, les nymphes sont actives de mai à septembre et les tiques adultes d'avril à décembre.
- ★ Questionner si le patient a eu des activités à risque³ dans un secteur où la tique est présente.
- ★ La maladie de Lyme est fortement endémique en Europe de l'Ouest et de l'Est et dans les États américains du nord-est et du centre-nord. Elle est présente en Russie, en Chine et au Japon. Au Canada, des zones restreintes sont reconnues, ou suspectées, être endémiques : au sud de l'Ontario, du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse et au sud-ouest du Québec (Montréal).
- ★ De rares cas isolés sont possibles partout au Québec et au Canada, transmis par la piqûre d'une tique infectée transportée par les oiseaux migrateurs en provenance des secteurs endémiques aux États-Unis.



Surveiller les manifestations cliniques. Un guide d'intervention sur la maladie de Lyme, prochainement publié par le MSSS⁴, contient les principaux éléments de connaissance sur cette maladie. Un tableau des manifestations cliniques est inclus.

Voici les principaux symptômes à surveiller durant le mois suivant la piqûre :

- ★ Lésion érythémateuse unique qui s'étend à plus de 5 cm de diamètre ou une éruption cutanée.
- ★ Des arthralgies inhabituelles.
- ★ Paralysie faciale ou d'autres signes de névrite.

- ★ Un syndrome viral non spécifique.

Conduite suite à la piqûre d'une tique. Un algorithme synthétise l'information⁴ et ⁵.

Antibiotique?

Dans le contexte québécois, la personne piquée ne nécessite pas d'antibiotique, ni prophylactique ni thérapeutique, tant qu'elle demeure asymptomatique, même si la tique est positive au Bb.

Sérologie?

Une sérologie n'est pas indiquée lors d'une piqûre de tique, tant que la personne est asymptomatique. La bactérie, si elle est présente, demeure localement dans les tissus au début de l'infection et il n'y a pas de réaction immunitaire à ce moment. C'est une période fenêtre.

Promouvoir les mesures préventives. Lors d'activités à risque dans des zones endémiques, il est recommandé de rester dans les sentiers. Au retour, examinez la peau afin de détecter les tiques et de les extraire le plus rapidement possible, changer de vêtements et prendre une douche sont conseillés. Les vêtements longs et l'application de DEET sont aussi des mesures préventives efficaces.

1 *Formulaire pour la tique Montréal* <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/maladies-infectieuses/ZOO-Form-identification-tique-2012-07-20.pdf>

2 *Formulaire pour la tique Estrie* http://www.santeestrie.qc.ca/sante_publicque/protection_maladies_infectieuses/documents/Formulairerenseignementstique.pdf

3 *Exemples d'activité extérieure à risque : la randonnée en forêt, dans un sous-bois, un champ ou des hautes herbes, le jardinage, la chasse, etc.*

4 *Le guide d'intervention sera bientôt disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web du Ministère de la Santé et des Services sociaux au < www.msss.gouv.qc.ca >, section Documentation, rubrique Publications.*

5 *Algorithme décisionnel concernant l'infection dans un contexte évocateur de la maladie de Lyme* <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/maladies-infectieuses/ZOO-Conduite-maladie-Lyme-suspectee.pdf>



Louise Lambert, md
ASSS Montérégie

La santé publique et vous

La maladie de Lyme - Scénario II

SCÉNARIO II :

Le patient vous consulte avec des symptômes évocateurs de la maladie de Lyme.

Une dame se présente pour une rougeur cutanée au thorax, indolore et non prurigineuse qui s'étend depuis deux semaines. Un jeune adulte souffre d'une paralysie de l'hémiface droite depuis quelques jours. Qu'ont en commun ces deux patients?

Une étude récente réalisée auprès des médecins de famille du sud du Québec a démontré que près de la moitié des médecins de la Montérégie et du tiers des autres régions ont envisagé un diagnostic de maladie de Lyme chez au moins un patient durant l'année 2011¹. Cette maladie en émergence dans le sud du Québec impose de nouveaux défis aux cliniciens.

Symptômes évocateurs. La présentation clinique au moment de la consultation varie principalement selon le stade clinique. La maladie de Lyme évolue naturellement en trois stades cliniques, plus ou moins juxtaposés ou entrecoupés de périodes de latence. L'évolution clinique est variable d'un individu à l'autre.

Stade 1 : Infection précoce localisée

L'infection aiguë se manifeste initialement par l'**érythème migrant (EM)** ou par un **syndrome d'allure virale**. Ce stade peut aussi passer inaperçu.

- ★ L'EM est présent dans environ 80 % des cas. La lésion érythémateuse peut être de forme et de couleur variées, généralement asymptomatique. Lésion expansive, l'EM doit mesurer **5 cm ou plus** de diamètre pour être un critère diagnostique.
- ★ Des symptômes constitutionnels ou un syndrome d'allure virale sont parfois les seules manifestations de la maladie : fatigue, fièvre, céphalées, anorexie, myalgies et arthralgies diffuses.



Stade 2 : Infection précoce disséminée

De quelques semaines à quelques mois après la contamination, des manifestations **multisystémiques et intermittentes** d'ordre dermatologique, neurologique, cardiaque ou articulaire apparaissent. Les plus fréquentes sont :

- ★ des lésions cutanées multiples ou un érythème secondaire;
- ★ une névrite crânienne, une méningite ou une neuropathie périphérique; la paralysie faciale (de Bell) unilatérale ou bilatérale est fréquente;
- ★ un bloc auriculo-ventriculaire, rarement une myocardite;
- ★ des myalgies et des arthralgies prolongées migratrices. De brefs épisodes d'arthrite (avec gonflement) sont possibles. L'articulation temporomandibulaire et le genou sont souvent touchés.

Stade 3 : Infection tardive persistante

La forme clinique prédominante en Amérique du Nord, associée à *B. burgdorferi*, est l'arthrite persistante; des polynévrites, des polyradiculopathies et une forme frustrée d'encéphalomyélite sont aussi fréquentes. Une infection associée aux espèces européennes de *Borrelia* peut entraîner une encéphalomyélite chronique ou l'acrodermatite chronique atrophique.

Exposition. Quatre indices permettent d'estimer la probabilité de l'exposition.

Période de temps à questionner

Rechercher une exposition possible dans les

La santé publique et vous

La maladie de Lyme - Scénario II

Louise Lambert, collaboratrice, AMCLSCO / page 2

quatre semaines précédant le début de l'érythème migrant ou d'un syndrome d'allure virale. Pour les patients ayant une infection disséminée, la période d'exposition peut être antérieure, de plusieurs semaines à plusieurs mois.

Activités à risque

Rechercher toute histoire d'activités de plein air ou extérieures près du domicile et lors de déplacements, peu importe la durée, dans un habitat propice aux tiques. Certaines activités sont fréquemment rapportées, exemple : randonnée, camping, vélo, pêche, jardinage, coupe de bois, chasse.

Secteurs à risque

Au Québec, aux fins de la vigilance clinique, le risque est faible dans l'ensemble des régions sociosanitaires du Québec où la tique est occasionnellement retrouvée, le risque est élevé dans les secteurs où plusieurs indices laissent croire que les tiques *I. scapularis* sont en voie de s'établir, comme en Montérégie. La maladie de Lyme est reconnue endémique dans certains secteurs sud de provinces canadiennes, plusieurs États américains et en Europe (cf. volet I). Vous pouvez contacter votre DSP pour obtenir des précisions sur les secteurs à risque.

Piqûre de tique observée : pas toujours

Seulement la moitié des patients qui ont un diagnostic de maladie de Lyme se souviennent d'une piqûre de tique. L'infection peut aussi avoir été transmise à l'occasion d'une autre piqûre, non reconnue celle-là, par exemple par une nymphe à un autre moment. De même, plusieurs tiques peuvent avoir piqué la personne, de sorte que l'érythème migrant peut s'observer sur le site d'une piqûre non reconnue. Rechercher une exposition possible dans les deux semaines précédant une piqûre de tique objectivée.

Sérologie. Les épreuves de laboratoire sont utiles pour :

- ★ identifier un cas probable lorsque la probabilité d'une exposition est faible;

- ★ établir un diagnostic en présence de symptômes compatibles associés à une exposition possible lors d'une activité à risque dans une région d'endémie confirmée ou suspectée;
- ★ confirmer un diagnostic clinique lorsque les manifestations sont classiques et qu'il y a eu exposition dans une région où la maladie est endémique;
- ★ démontrer la présence d'anticorps aux stades tardifs de la maladie.

La sérologie ne devient positive qu'après l'apparition des symptômes. Elle n'est pas utile lors d'une piqûre de tique.

Pour un EM ou un syndrome d'allure virale, si la première sérologie est faite :

- ★ **moins** de six semaines après le début des symptômes, prélever un 2^e sérum, de deux à quatre semaines après le 1^{er};
- ★ **plus** de six semaines après le début des symptômes, une 2^e sérologie n'est pas nécessaire.

Pour une infection disséminée, une seule sérologie est suffisante. Lorsqu'indiqué, le 1^{er} sérum doit être acheminé au LSPQ sans attendre le 2^e.

Inscrire sur la requête de sérologie :

1. les manifestations cliniques et leurs dates d'apparition et ;
2. les lieux d'activités de plein air ou de déplacement en zone endémique ou suspecte de l'être au cours des quatre semaines précédant le début de l'infection précoce.

Les deux épreuves EIA faites de routine au Québec et au Canada détectent autant les espèces européennes (*B. garinii* et *B. afzelii*) que l'espèce américaine (*B. burgdorferi*). Par contre, les épreuves Western Blot réalisées au laboratoire national de microbiologie (LNM) sont spécifiques à l'espèce. Dans le cas d'une exposition en Europe, le médecin doit en informer le laboratoire.

Traitement. Suite à une piqûre de tique au Québec, l'antibioprophylaxie n'est pas recommandée. Au Québec comme en Montérégie, la présence du *Borrelia*

La santé publique et vous

La maladie de Lyme - Scénario II

Louise Lambert, collaboratrice, AMCLSCO / page 3

burgdorferi chez les tiques *Ixodes scapularis* soumises pour analyse est de l'ordre de 5 à 13 % selon diverses études (sources INSPQ, LSPQ, ASPC). Par contre, elle pourrait être indiquée lors d'un séjour en Nouvelle-Angleterre et en Europe. Pour obtenir plus d'information sur les critères reconnus pour l'antibioprophylaxie, le formulaire de demande d'identification d'une tique au laboratoire et de l'information sur la méthode d'extraction, consultez :

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/maladiesinfectieuses/zoonose/index.fr.html?mode=previue>.

En présence de manifestations cliniques, l'antibiothérapie est démontrée efficace. Le traitement réduit la durée des manifestations cutanées ainsi que l'incidence de la progression vers des manifestations ou des séquelles tardives de l'infection. Le traitement approprié varie selon les stades de l'infection et les atteintes cliniques. Pour visualiser le tableau des antibiotiques indiqués et des posologies consultez :

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/maladies-infectieuses/Zoo-Traitement-maladie-Lyme.pdf>). En résumé :

- ★ pour un érythème migrant, une paralysie faciale infranucléaire et un bloc cardiaque de premier degré, un traitement oral avec la doxycycline, l'amoxicilline ou le céfuroxime axétil est généralement indiqué;
- ★ les atteintes neurologiques, cardiaques, musculosquelettiques ou autres que celles mentionnées ci-dessus nécessitent de la ceftriaxone ou de la pénicilline administrées par voie intraveineuse.

Le médecin peut traiter d'emblée, sans demander ou attendre les résultats d'une sérologie, un patient qui présente ces trois conditions associées : ¹) un érythème migrant classique, ²) acquis lors d'une activité à risque et ³) dans une région reconnue endémique. Cette situation est rarement rencontrée au Québec.

Si les manifestations cliniques laissent croire à un diagnostic de la maladie de Lyme et que la confirmation de laboratoire est manquante, le jugement clinique doit guider la décision quant au traitement. La prise d'antibiotique précoce peut diminuer la réaction

immunologique et les anticorps ne sont pas détectables lors d'une sérologie subséquente.

Il est souvent opportun de consulter un médecin microbiologiste-infectiologue dans les cas complexes ou à un stade disséminé de la maladie.

Une coinfection ou d'autres maladies transmises par vecteur peuvent être envisagées (ex. : babésiose, anaplasmose, infection par le VNO, encéphalite de la Crosse, encéphalite de Powassan) selon la présentation clinique au départ et lorsque les symptômes de la maladie de Lyme persistent après un traitement approprié.

Déclaration à la DSP. La maladie de Lyme et d'autres maladies transmises par vecteur font l'objet de surveillance à des fins épidémiologique, d'hémovigilance et d'histovigilance, car elles sont transmissibles par le sang. La déclaration se fait à la DSP selon les modalités usuelles.

- ★ Médecins : déclaration des cas d'érythème migrant, même sans résultat de sérologie positive pour *Borrelia burgdorferi*.
- ★ Laboratoires : déclaration des résultats positifs pour toute maladie transmise par vecteur (ex. : maladie de Lyme, babésiose, anaplasmose).

Références :

- ★ Page web de la DSP de la Montérégie à l'intention de la population au sujet de la maladie de Lyme : <http://www.santemonteregie.qc.ca/agence/santepublique/directiondesantepublique/maladiedelyme.fr.html>
- ★ Page web de la DSP de la Montérégie à l'intention des professionnels de la santé au sujet de la maladie de Lyme dont une sélection de nombreux outils et cartes pour le clinicien : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/maladies-infectieuses/zoonose/index.fr.html>
- ★ Bulletins Sentinelle vol. 19 n° 7 (2013) et vol. 18 n° 7 (2012) sur la maladie de Lyme, le VNO et d'autres encéphalites vectorielles : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/maladies-infectieuses/sentinelle.fr.html>

Source des images libres de droit: Public Health Image Library (PHIL) / CDC - National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID) Division of Vector-Borne Diseases (DVBD); Lyme Disease <http://phil.cdc.gov/phil/details.asp>

- i Ferrouillet C., Lambert L., Milord F., Vibien A., Ravel A.; (2013). Aperçu de l'étude sur les connaissances et les pratiques des médecins de famille relatives à la maladie de Lyme (Article à paraître).
- ii Provinces canadiennes touchées : Colombie-Britannique, Manitoba,



Catherine Risi, md
ASSS Montérégie

La santé publique et vous

Du nouveau dans le dépistage du cancer du col utérin

Le cancer du col utérin est le troisième cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde. Cependant, le dépistage du cancer du col effectué depuis plus de 40 ans a permis de diminuer grandement l'incidence et la mortalité dans plusieurs pays, dont le Canada et le Québec.

Peu fréquent avant 30 ans, quasi inexistant chez les moins de 20 ans, le cancer du col utérin est tout de même le deuxième plus prévalent chez les femmes de 25-44 ans au Canada. Au Québec, il y a près de 300 nouveaux cas de cancer du col utérin par année. Un peu plus de 50 % des échecs de dépistage s'expliqueraient par l'absence de dépistage antérieur ou un intervalle prolongé entre deux dépistages.

Le dépistage opportuniste du cancer du col actuellement en cours au Québec était basé sur des lignes directrices qui dataient de plusieurs années. L'amélioration des connaissances des causes du cancer du col, la compréhension de son évolution naturelle et l'arrivée de nouvelles technologies ont rendu nécessaire la mise à jour des recommandations de dépistage.

Des nouvelles recommandations au Québec. En 2011, l'INSPQ a publié des lignes directrices sur le dépistage du cancer du col (voir tableau 1).

Le groupe de travail qui a rédigé ces lignes directrices et qui était formé de représentants de plusieurs disciplines a aussi émis des recommandations sur le suivi des cytologies anormales. De fait, sauf pour les résultats équivoques (ASC-US), toute femme qui a un résultat anormal de cytologie doit être orientée en colposcopie.

Pour les femmes ayant un ASC-US comme résultat de cytologie, un suivi doit être fait soit en répétant les cytologies ou en effectuant un test de détection de VPH oncogène, dépendamment de l'âge

de la patiente (voir tableau 2).

Tableau 1 :
Lignes directrices québécoises sur le dépistage du cancer du col utérin

Population cible	Toute femme active, sexuellement ou qui l'a déjà été
Début du dépistage	21 ans
Intervalle entre deux dépistages	2 à 3 ans Plus nécessaire de répéter le test annuellement au début
Cessation du dépistage	65 ans chez les femmes dépistées régulièrement et pour lesquelles au cours des dix dernières années précédentes, les deux derniers tests sont négatifs (À individualiser chez les femmes dépistées de façon irrégulière ou avec une situation particulière)
Test de dépistage	Cytologie conventionnelle ou en milieu liquide (sensibilité et spécificité équivalente pour ces deux tests)

Tableau 2 :
Suivi des résultats anormaux de cytologies

Résultats de la cytologie	Recommandations
ASC-US	Avant 30 ans Refaire une cytologie à 6 et 12 mois et orienter en colposcopie si un résultat anormal (incluant persistance de l'ASC-US) Après 30 ans Faire un test de détection de VPH oncogène et orienter en colposcopie si positif. Si négatif, refaire une cytologie dans 12 mois. (si test de détection du VPH oncogène non disponible, faire la même conduite que chez les femmes de moins de 30 ans)
Autres résultats anormaux	Orienter en colposcopie

Que disent les Canadiens et les Américains? Le Groupe d'étude canadien pour les soins de santé préventifs (GECSSP) a publié en 2012

La santé publique et vous

Du nouveau dans le dépistage du cancer du col utérin

Catherine Risi, collaboratrice, AMCLSCO / page 2

des recommandations concernant le dépistage du cancer du col qui diffèrent quelque peu des lignes directrices québécoises notamment concernant l'âge pour débiter le dépistage. En effet, le GECSSP recommande de débiter le dépistage à 25 ans.

En réponse à cette recommandation canadienne, la Société des obstétriciens-gynécologues du Canada (SOGC), la Société des gynéco-oncologue du Canada (GOC) et la Société canadienne des colposcopistes (SCC) ont publié une déclaration de principes. Appuyé par le fait qu'il n'existe pas de consensus au Canada pour retarder le début du dépistage à 25 ans et la faible qualité des études, mentionnée aussi par le GECSSP, ces sociétés recommandent de débiter le dépistage du cancer du col utérin à 21 ans.

En effet, la recommandation de débiter le dépistage à 25 ans est basée sur des études effectuées dans des pays où l'âge des premières relations sexuelles est plus tardif et des études où l'âge à laquelle les femmes sont invitées à se soumettre à un dépistage encadré dans un programme est aussi plus tardif sans considérer le fait que plusieurs femmes ont eu des cytologies antérieures à leur participation au programme.

Du côté des Américains, le *US Preventive Services Task Force* a aussi mis à jour en 2012 les recommandations concernant le dépistage du cancer du col et l'âge pour débiter le dépistage est de 21 ans.

En conclusion. Outre le fait que la mise à jour des recommandations de dépistage du cancer du col utérin est une opportunité pour revoir les pratiques actuelles, elle peut aussi servir de référence pour l'élaboration d'ordonnances collectives pour le dépistage par les infirmières ou les technologues médicaux.

Et rappelons-nous que la problématique du cancer du col utérin est en évolution et qu'inévitablement l'amélioration des connaissances sur le VPH et des technologies par rapport au test de dépistage, l'augmentation de l'immunisation par la mise en œuvre

de la vaccination contre le VPH amèneront, à plus ou moins moyen terme, une révision des pratiques recommandées.

Pour en savoir plus.

La Direction de santé publique de la Montérégie a produit un **aide-mémoire pour les cliniciens incluant un algorithme décisionnel** pour les suivis de cytologies anormales, disponible sur son site web :

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/promotion-prevention/pratiques-cliniques-preventives/depistage-cancer-col.fr.html>

Les **lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec** (INSPQ 2011), disponibles sur le site web de l'INSPQ :

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1279_LignesDirectDepistCancerColUterin.pdf

Déclaration de principes; **recommandations concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus (SOGC, GOC et SCC**, mars 2013), disponible sur le site web de la SOGC :

<http://sogc.org/wpcontent/uploads/2013/04/medCervicalCancerScreeningFRE1302201.pdf>

Recommandations de **dépistage du cancer du col de l'utérus du GECSSP**, disponibles en ligne :

<http://canadiantaskforce.ca/fr/2013/01/the-canadian-task-force-on-preventive-health-care-releases-updated-guideline-for-cervical-cancer-screening/>

Recommandations concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus du US Preventive Services Task Force, disponibles en ligne :

<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspscerv.htm>