

RÉSEAU DE SANTÉ PUBLIQUE



APERÇU

La santé publique et les Centres
de collaboration nationale

33

AVIS

Résumé du CCNI : l'utilisation
du vaccin MenB-fHBP au Canada

40

RAPPORT D'ÉCLOSION

Manquements aux pratiques de
prévention et de contrôle des
infections

45

PROCHAIN NUMÉRO LE 2 AVRIL 2020

RMTC

RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA

Le *Relevé des maladies transmissibles au Canada* (RMTC) est une revue scientifique bilingue révisée par les pairs et en accès libre publié par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Il fournit des informations pratiques et fiables aux cliniciens et aux professionnels de la santé publique ainsi qu'aux chercheurs, aux décideurs politiques, aux enseignants, aux étudiants et aux autres personnes qui s'intéressent aux maladies infectieuses.

Le comité de rédaction du RMTC est composé de membres en provenance du Canada, des États-Unis, de l'Union européenne et de l'Australie. Les membres du conseil sont des experts reconnus dans le monde entier et actifs dans les domaines des maladies infectieuses, de la santé publique et de la recherche clinique. Ils se rencontrent quatre fois par année et fournissent des avis et des conseils à le rédacteur scientifique en chef du RMTC.

Bureau de la rédaction

Rédacteur scientifique en chef

Michel Deilgat, M.D.

Rédactrice émérite

Patricia Huston, M.D., M.S.P.

Éditrices scientifiques associées

Rukshanda Ahmad, MBBS., M.G.S.S.
Catherine Allen-Ayodabo, M.D., MPH
Erika Bontovics, M.D., FFPH (UK), CIC

Responsables de la production

Wendy Patterson
Lyal Saikaly, B.I.T.

Coordinatrice à la rédaction

Laura Rojas Higuera

Soutien web

Liang (Richard) You, B. Sc.,
B. Sc. inform., M. Sc.

Révisseurs

Alejandra Dubois, Ph.D.
Joanna Odrowaz-Pieniazek
Laura Stewart-Davis, Ph.D.

Conseillère en communications

Susan Demaray

Rédactrice junior

Shehla Zafar

Membre du comité de rédaction du RMTC

Heather Deehan, infirmière autorisée,
B. Sc, MHSc

Centre du vaccin, Division des
approvisionnements UNICEF
Copenhagen, Danemark

Michel Deilgat, M.D., M.A.P., M.Ed.,
CCPE

Bureau du conseiller scientifique en
chef, Agence de la santé publique du
Canada, Ottawa, Canada

Jacqueline J Gindler, M.D.

Centre de prévention et de contrôle
des maladies
Atlanta, États-Unis

Richard Heller, B.M. B.C., M.D., FRCP
Universités de Manchester,
Royaume-Uni et Newcastle, Australie

Rahul Jain, M.D., CCMF, MScCH
Department of Family and Community
Medicine (département de médecine
familiale et communautaire)
l'Université de Toronto et le
Sunnybrook Health Sciences Centre,
Toronto, Canada

Jennifer LeMessurier, M.D., M.S.P.,
Résidente, Santé publique et
médecine familiale, Université
d'Ottawa, Ottawa, Canada

Caroline Quach, M.D., M. Sc, FRCPC,
FSHEA
Microbiologiste-infectiologue
pédiatrique, Centre hospitalier
universitaire Sainte-Justine et
Université de Montréal, Montréal,
Québec, Canada

Références Photographiques

L'image sur la couverture de ce numéro illustre le réseau de santé publique, soit un réseau de personnes des quatre coins du Canada provenant de nombreux secteurs et ordres de gouvernement qui travaillent avec efficacité ensemble pour renforcer la santé publique du pays. (<https://www.shutterstock.com/image-photo/structure-medical-researches-quality-blurred-background-1350333653>)

Contactez-le bureau de la rédaction

phac.ccdr-rmtc.aspc@canada.ca
613.301.9930

Répertoire

dans PubMed, Directory of Open
Access (DOAJ)/Medicus

Disponible

dans PubMed Central (texte entier)



RÉSEAU DE SANTÉ PUBLIQUE TABLE DE MATIÈRES

ÉDITORIAL

- Le réseautage : Une activité de santé publique par excellence 33
M Deilgat, P Huston

APERÇU

- Les Centres de collaboration nationale du Canada : Faciliter la prise de décisions informées par des données probantes en matière de santé publique 35
A Dubois, M Lévesque

DÉCLARATION DU COMITÉ CONSULTATIF

- Résumé de la déclaration du CCNI sur l'utilisation du vaccin bivalent dirigé contre la protéine de liaison au facteur H (MenB-fHBP) pour la prévention de l'infection à méningocoque du séro groupe B 40
R Harrison, R Stirling, O Baclic, W Vaudry, au nom du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)

RAPPORT D'ÉCLOSION

- Bris de retraitement des dispositifs médicaux dans une clinique de médecine familiale d'Ottawa, en Ontario, en 2018 45
G Cadieux, D Spatz Friedman, L Tilley, T Mazzulli, C McDermaid

SÉRIE

- Optimisation du matériel de communication pour vaincre l'hésitation à la vaccination 54
E Dubé, D Gagnon, M Vivion

ACTUALITÉS SUR LES MALADIES INFECTIEUSES

- Des partenariats efficaces pour répondre aux priorités de santé publique 60
L'impact des partenariats médico-légaux pour améliorer les résultats de santé 60
Nouveau coronavirus de 2019 : Mise à jour sur l'éclosion 61

ERRATUM

- RMTC 2020:46(1) Erratum 62
Équipe de rédaction du Relevé des maladies transmissibles au Canada



Le réseautage : Une activité de santé publique par excellence

Michel Deilgat¹, Patricia Huston¹

Il est surprenant de constater que relativement peu de choses ont été écrites au sujet du réseautage, alors qu'il s'agit d'un élément indispensable à la planification, à la coordination et à l'exécution des activités de santé publique. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que le réseautage est décrit de multiples façons : coordination de la mobilisation des intervenants, travail pluridisciplinaire et approche intersectorielle. Cela pourrait aussi être dû au fait que les réseaux sont tellement inscrits dans les gènes de la santé publique que l'on prend rarement le recul nécessaire pour en apprécier leur valeur... un peu comme un poisson qui se contente de présumer l'existence de l'eau.

Un réseau de santé publique est un groupe de personnes qui représentent des organisations, des intérêts ou des ordres de gouvernement et qui travaillent de concert dans le but d'améliorer la santé publique. Les réseaux facilitent l'interaction sociale, le partage des connaissances et la participation à d'autres activités en lien avec un but commun dans un domaine précis de connaissances et de pratique (1). À bien y réfléchir, il est difficile d'imaginer la santé publique sans les réseaux.

Cette édition de février 2020 du *Relevé des maladies transmissibles au Canada* (RMTC) a pour thème ces réseaux de santé publique. Découvrez un « réseau de réseaux » : les centres de collaboration nationale du Canada (CCN) (2). Les CCN représentent six centres d'expertise composés d'équipes pluridisciplinaires dont les membres agissent en tant que « courtiers » de connaissances afin de cerner les lacunes et de synthétiser, de partager et d'utiliser les connaissances en vue de promouvoir la prise de décisions éclairées par des données probantes en matière de santé publique. Pour ce faire, ils emploient une stratégie, caractéristique de la santé publique, qui consiste à réseauter à tous les niveaux du système de santé publique canadien, dans les autres disciplines et à l'échelle internationale pour faciliter l'utilisation des connaissances dans les politiques et la pratique. Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) offre un autre excellent exemple du pouvoir du réseautage. Le CCNI est un comité pluridisciplinaire dont les membres possèdent l'un des savoirs les plus complets du pays en matière de vaccins. Ces membres résument les données probantes et formulent des recommandations de santé publique et de soins cliniques. Créé en 1964, le CCNI constitue, depuis près de 60 ans, une source fiable de renseignements sur l'immunisation pour le Canada (3,4). Découvrez dans cette édition ses travaux les plus récents, ainsi qu'un résumé de sa dernière prise de position concernant l'utilisation de Trumenba^{MC} pour la prévention du méningocoque de sérogroupe B (5). Vous trouverez également à la fin de cette édition plusieurs actualités sur les maladies infectieuses, dont les résultats d'une étude attendue depuis longtemps sur l'efficacité du réseautage et des partenariats destinés à répondre aux priorités de santé publique.

Le réseautage comme stratégie de santé publique mérite plus de reconnaissance et doit être étudié de manière plus approfondie. Bien que le réseautage fasse partie intégrante des activités de santé publique, paradoxalement, peu d'études ont cherché à en évaluer son efficacité. Nous devons bien entendu nous renseigner davantage sur ce qui peut fonctionner et ne pas fonctionner, ainsi que sur les pratiques exemplaires susceptibles de faciliter l'élaboration des futures stratégies de réseautage.

Citation proposée : Deilgat M, Huston P. Le réseautage : une activité de santé publique par excellence. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2020;46(2/3):33–4. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v46i23a01f>

Cette oeuvre est mise à la disposition selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0



Affiliation

¹ Bureau de la conseillère scientifique en chef, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, ON



Références

1. Robeson P. Le réseautage en santé publique : analyse de la valeur des réseaux pour les Centres de collaboration nationale en santé publique. Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. Hamilton (ON): CCNSP ; 2009 (Accédé 2020-01-02). https://www.nccmt.ca/pubs/NetworkingPaperApr09EN_WEB.pdf
2. Dubois A, Lévesque M. Les Centres de collaboration nationale du Canada : Faciliter la prise de décisions informées par des données probantes en matière de santé publique. Relevé des maladies transmissibles au Canada, 2020;46(2/3):35–9. DOI
3. Gemmill I. Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) : Célébration de 50 ans de service . Relevé des maladies transmissible au Canada 2014 Oct;40(17):374–6. DOI
4. Desai S, Lsmaïl SJ, Lerch R, Warshawsky BF, Gemmill I. Canada's National Advisory Committee on Immunization: Celebrating 50 years. Can J Infect Dis Med Microbiol 2015 May-Jun;26(3):126–8. DOI PubMed
5. Harrison R, Stirling R, Baclic O, Vaudry W. Résumé de la déclaration du CCNI sur l'utilisation du vaccin bivalent dirigé contre la protéine de liaison au facteur H (MenB-fHBP) pour la prévention de l'infection à méningocoque du séro groupe B. Relevé des maladies transmissible au Canada 2020;46(2/3):40–4. DOI



Les Centres de collaboration nationale du Canada : Faciliter la prise de décisions informées par des données probantes en matière de santé publique

Alejandra Dubois^{1*}, Mélanie Lévesque¹

Résumé

Bien que la prise de décisions informées par des données probantes soit essentielle à la protection de la santé publique, elle s'avère complexe dans la pratique, car on assiste en permanence à un foisonnement de données probantes et à l'apparition de nouveaux problèmes auxquels les professionnels de la santé publique doivent faire face aux échelons local, régional et national. C'est notamment par l'entremise de ses six Centres de collaboration nationale (CCN) en santé publique que le Canada s'est attaqué à ces obstacles persistants. Les CCN en santé publique ont été créés afin de promouvoir et faciliter l'utilisation des connaissances issues de la recherche scientifique et des autres savoirs dans le but de renforcer les pratiques, les programmes et les politiques de santé publique au Canada. Les CCN repèrent les lacunes en matière de connaissances, favorisent le réseautage entre les secteurs et les juridictions et fournissent aux acteurs du système de santé publique un éventail de ressources et de services d'application des connaissances éclairés par des données probantes. Chaque centre est hébergé au sein d'une université ou d'un organisme gouvernemental répartis à travers le Canada, et se concentre sur un domaine prioritaire particulier de la santé publique : déterminants de la santé; santé environnementale; politiques publiques favorables à la santé; santé autochtone; maladies infectieuses; outils et méthodes d'application des connaissances. Depuis leur création en 2005, les CCN ont été soumis à deux évaluations fédérales, dont les résultats ont clairement démontré leur contribution significative à la prise de décisions informées par des données probantes en santé publique au Canada, et ont contribué à mettre en lumière des possibilités de croissance pour le futur. Les CCN permettent de jeter un pont solide entre les données probantes, les politiques et les pratiques, mais aussi de faciliter la mise en œuvre des données probantes dans des contextes souvent complexes.

Citation proposée : Dubois A, Lévesque M. Les Centres de collaboration nationale du Canada : Faciliter la prise de décisions informées par des données probantes en santé publique. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2020;46(2/3):35–9. <http://doi.org/10.14745/ccdr.v46i23a02f>

Mots-clés : santé publique, réseaux, synthèse des connaissances, application des connaissances, équité en santé, déterminants de la santé, pratique éclairée par des données probantes, prise de décisions éclairées par des données probantes

Introduction

L'une des caractéristiques essentielles de la santé publique au Canada et dans le monde est l'accent mis sur la prise de décisions informées par des données probantes (PDIDP). Puisque de nouvelles connaissances sont continuellement générées, il est nécessaire, en santé publique, de continuer à synthétiser ces connaissances dans le contexte de ce qui est déjà connu, de les intégrer dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et des pratiques, et d'évaluer leur application pour

garantir l'atteinte des résultats escomptés. Bien que la PDIDP soit essentielle à la santé publique, elle s'avère complexe dans la pratique. L'Organisation mondiale de la Santé a reconnu que la mise en œuvre d'interventions informées par les données probantes était « l'un des plus grands défis... [pour] la communauté mondiale de la santé » (1). Les obstacles auxquels le Canada doit faire face en matière de santé publique sont notamment les suivants :

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](#).



Affiliation

¹ Bureau du conseiller scientifique en chef, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, ON

*Correspondance :

alejandra.dubois@canada.ca



1. Les décideurs n'ont pas forcément accès aux nouvelles données probantes à mesure que celles-ci deviennent disponibles
2. Tous les professionnels de la santé publique n'ont pas les connaissances, les compétences ou les ressources nécessaires pour entreprendre des activités de synthèse et d'application des connaissances adaptées aux besoins des décideurs provenant de divers contextes
3. Les organisations de santé publique ne possèdent pas nécessairement pas l'infrastructure nécessaire pour appuyer ces activités (2)

C'est notamment par la création de six Centres de collaboration nationale (CCN), collectivement désignés sous le nom de « programme des Centres de collaboration nationale en santé publique » (CCNSP; www.ccns.ca), que le Canada s'est attaqué à ces obstacles persistants. Les CCN ont été établis en 2005 dans le cadre de l'engagement du gouvernement fédéral pour le renouvellement et le renforcement de la santé publique au Canada (3). Ils visent à promouvoir et faciliter l'utilisation des connaissances issues de la recherche scientifique et des autres savoirs dans le but de renforcer les pratiques, les programmes et les politiques de santé publique au Canada. Les CCN ont été décrits comme un réseau unique de « courtiers de connaissances » (4) qui, ensemble, « repèrent les lacunes en matière de connaissances, favorisent le réseautage et fournissent aux acteurs du système de santé publique un éventail de ressources informées par les données probantes [...] et de services d'application des connaissances » (5).

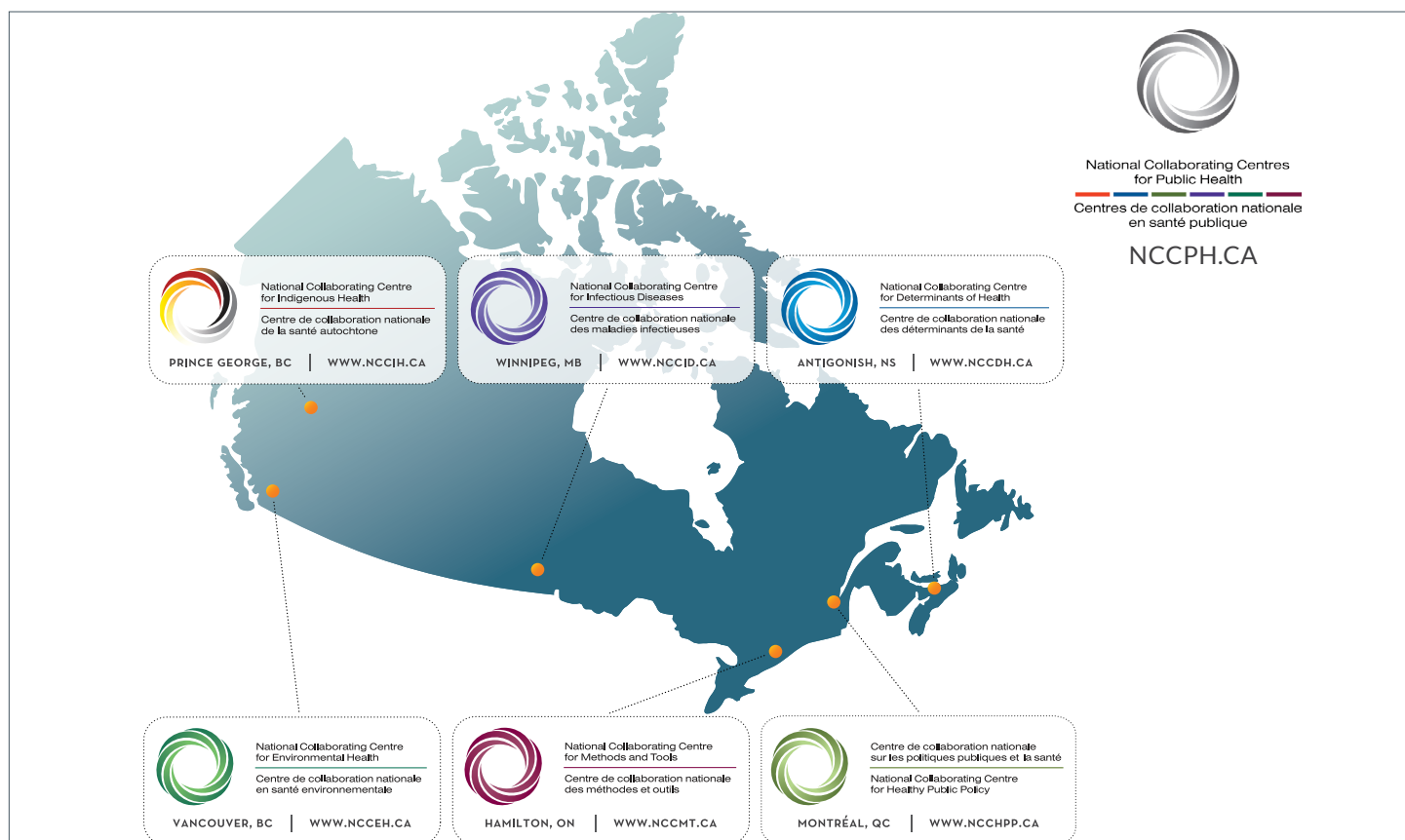
Il s'agit d'un défi de taille. Les CCN s'acquittent de leur mission en favorisant la collaboration et le réseautage entre différents intervenants et en mettant à profit l'expertise régionale, nationale et internationale. Ils travaillent avec une grande variété d'organisations et à travers les juridictions afin de créer des occasions d'apprendre les uns des autres et de favoriser la collaboration. Par exemple, les CCN collaborent avec le Conseil du Réseau pancanadien de santé publique, le réseau formel chargé de faire le lien entre les treize gouvernements provinciaux et territoriaux et l'Agence de la santé publique du Canada, et de rendre compte à la Conférence des sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé (6).

Cet article a pour but de décrire les activités des CCN, de mettre en lumière leurs priorités et domaines d'interventions actuels et futurs et de préciser la manière dont ils intègrent les données probantes et les autres systèmes de connaissances dans les politiques et les pratiques.

Les Centres de collaboration nationale en santé publique

Financés par l'Agence de la santé publique du Canada et répartis d'un bout à l'autre du Canada (**figure 1**), les six CCN se concentrent chacun sur un domaine prioritaire particulier en santé publique : déterminants de la santé; santé environnementale; politiques publiques favorables à la santé; santé autochtone; maladies infectieuses; outils et méthodes

Figure 1 : Les Centres de collaboration nationale en santé publique





d'application des connaissances. Chaque CCN est hébergé au sein d'une université ou d'un organisme gouvernemental.

Les CCN synthétisent et diffusent des données probantes et des connaissances de haute qualité, favorisent la collaboration entre les différentes parties prenantes, et encouragent les professionnels de la santé publique, les responsables de politiques et les décideurs à utiliser les connaissances informées par des données probantes pour améliorer l'état de santé des Canadiens. Les CCN transforment les connaissances issues de la recherche scientifique et des autres savoirs en « produits de connaissance » adaptés à des publics et à des contextes spécifiques, et disponibles dans les deux langues officielles. Ces produits comprennent notamment des documents d'orientation, des rapports, des revues de données probantes, des fiches d'information et des études de cas.

Chaque CCN dispose d'un conseil consultatif d'experts pour définir les orientations et prodiguer des conseils stratégiques. Les priorités sont établies au moyen d'une grande variété de stratégies, notamment l'organisation de rencontres nationales, le soutien et la participation à des réseaux et des comités, la conduite d'enquêtes, la réalisation d'analyses environnementales et de revues de la littérature, la réalisation d'entrevues auprès des principaux répondants, l'évaluation des activités et des ressources, la conclusion de partenariats avec les dirigeants et les organismes autochtones et la collaboration avec tous les ordres de gouvernement. Comme indiqué dans un document récent que les CCNSP ont présenté au Conseil du Réseau pancanadien de santé publique (*document non publié, Centres de collaboration nationale en santé publique, 2019*), les priorités actuelles, les stratégies et les principaux domaines d'intervention de chaque CCN sont décrits dans la section suivante.

CCN des déterminants de la santé

Le CCN des déterminants de la santé (CCNDS) est hébergé à l'Université St Francis Xavier à Antigonish, en Nouvelle-Écosse. Le CCNDS se concentre sur trois domaines prioritaires : s'attaquer aux causes structurelles des inégalités, soutenir la « culture de l'équité » en santé publique, et promouvoir l'adoption d'actions sur les facteurs qui influencent l'équité en santé, soit les déterminants sociaux de la santé. Les stratégies établies pour y parvenir sont notamment les suivantes : faire de l'équité en santé un objectif explicite des organisations, des programmes et des politiques, promouvoir les rôles de santé publique visant à renforcer l'équité en santé, soutenir l'utilisation des connaissances et des pratiques prometteuses axées sur l'équité, faciliter le réseautage et l'échange de connaissances et influencer les pratiques d'application des connaissances pour soutenir l'adoption d'actions sur l'équité en santé.

CCN en santé environnementale

Le CCN en santé environnementale (CCNSE) est hébergé au Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique à Vancouver, en Colombie-Britannique. Le CCNSE se concentre sur trois priorités. La première consiste à sensibiliser et mieux faire comprendre 1) les risques et les bénéfices actuels et émergents pour l'environnement et 2) les moyens d'atténuer ces risques et d'optimiser les bénéfices. La deuxième consiste à traduire et à mettre en lumière les recherches qui informent les pratiques efficaces en matière de santé environnementale. La troisième consiste à mettre à profit l'expérience cumulative des praticiens en santé environnementale de tout le Canada pour éclairer les pratiques réputées efficaces et adaptées au caractère évolutif de la santé publique. Les domaines prioritaires sont notamment 1) les environnements naturels et bâtis, 2) les changements climatiques, la préparation et la réponse en cas d'urgence, et 3) les ressources destinées à faciliter les inspections sanitaires, la protection de la santé publique et l'élaboration des politiques.

CCN sur les politiques publiques et la santé

Le CCN sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec à Montréal, au Québec. Le CCNPPS se concentre sur trois priorités. La première consiste à soutenir l'amélioration des compétences et des capacités organisationnelles en analyse des politiques. La deuxième consiste à faciliter la mise en œuvre d'approches intersectorielles afin de promouvoir des politiques publiques favorables à la santé. La troisième consiste à élaborer des approches en matière de politiques en ce qui concerne les enjeux émergents de santé publique. Les domaines prioritaires sont notamment l'analyse des politiques, la Santé dans toutes les politiques, l'évaluation d'impact sur la santé, les changements climatiques, la santé mentale et le bien-être des populations, l'éthique en santé publique, les inégalités de santé et le partage des connaissances.

CCN de la santé autochtone

Le CCN de la santé autochtone (CCNSA) est hébergé à l'Université de Northern British Columbia à Prince George, en Colombie-Britannique. Le CCNSA se concentre sur deux priorités. La première consiste à mieux comprendre et utiliser les données probantes issues des savoirs autochtones sur la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis tout au long de leur vie, et ce, pour faciliter la prise de décisions sur les politiques, les pratiques et les programmes de santé publique. La deuxième consiste à encourager les partenariats, la collaboration et le réseautage entre les secteurs et les juridictions afin de mobiliser les données probantes issues des savoirs autochtones et d'améliorer l'équité en santé des populations autochtones. Les axes du CCNSA en matière de santé sont notamment les priorités émergentes de santé publique, les déterminants sociaux de la santé, la santé des enfants, des jeunes et des familles, et les connaissances autochtones et la santé publique.



CCN des maladies infectieuses

Le CCN des maladies infectieuses (CCNMI) est hébergé à l'Université du Manitoba à Winnipeg, au Manitoba. Le CCNMI s'est fixé trois priorités pour les années à venir. La première consiste à soutenir la réponse de santé publique pour aborder les maladies infectieuses chez les populations migrantes et mobiles. La deuxième consiste à adresser les inégalités dans les réponses de santé publique en matière de maladies transmissibles dans les collectivités rurales et éloignées. La troisième consiste à favoriser les occasions d'utiliser les mégadonnées pour faciliter la surveillance, la prévention, le contrôle et le monitoring des maladies infectieuses. Les domaines ciblés sont notamment le VIH et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), la tuberculose, la stigmatisation, les interventions sensibles aux réalités locales et culturelles, la base de données des maladies à déclaration obligatoire, la résistance aux antimicrobiens et la gestion de l'utilisation des antimicrobiens, ainsi que les changements climatiques et les maladies à transmission vectorielle. Le CCNMI soutient des réseaux thématiques (comme le réseau des ITSS et l'ancienne GAM Canada) et anime chaque année au moins deux rencontres nationales destinées à favoriser l'échange de connaissances.

CCN des méthodes et outils

Le CCN des méthodes et outils (CCNMO) est hébergé à l'Université McMaster à Hamilton, en Ontario. Le CCNMO se concentre sur trois priorités. La première consiste à faciliter la prise de décisions informées par des données probantes en matière de santé publique au Canada. La deuxième consiste à rendre facilement accessibles, ou à créer, le cas échéant, les méthodes et les outils permettant d'accroître la capacité à prendre des décisions informées par des données probantes. La troisième consiste à faciliter et encourager le changement organisationnel au sein des organisations de santé publique. Le CCNMO élabore des ressources visant à renforcer les capacités, les connaissances et les compétences organisationnelles en lien avec la PDIDP sur l'ensemble des services de santé publique du Canada, contribuant à améliorer la prise de décisions et l'élaboration des politiques dans les principaux domaines de la santé publique. Le CCNMO établit des liens avec des réseaux et des partenaires régionaux, nationaux et internationaux concernant la pratique, l'éducation, la recherche et l'application des connaissances en santé publique, et ce, afin de repérer les lacunes dans les connaissances et leur utilisation et de collaborer à l'élaboration de nouveaux outils et de nouvelles ressources.

Discussion

Près de quinze ans après leur création, les CCN ont démontré leur capacité à répondre aux besoins de la santé publique avec des données probantes, des systèmes de connaissances et le développement de réseaux. L'un de leur plus gros défis

est de choisir les enjeux sur lesquels travailler, les partenaires à impliquer, ainsi que les lieux et les modalités de synthèse et d'application des connaissances. Le secteur de la santé publique regroupe en effet une main-d'œuvre interdisciplinaire variée, un large éventail de programmes et de services et un vaste réseau de partenaires et de parties prenantes qui s'entrecroisent, notamment des membres des communautés et tous les ordres de gouvernement.

Pour garantir l'efficacité du programme des CCNSP, deux évaluations fédérales ont été menées : la première ciblait la période allant de 2008 à début 2014 (7), et la seconde, la période allant de 2014 à septembre 2018 (8). Selon les conclusions du dernier rapport d'évaluation, les CCN sont des sources incontournables d'information crédibles sur de nombreux enjeux de santé publique, générant une grande variété de produits d'application des connaissances de haute qualité. Le rapport a mis en évidence de nombreux exemples où les CCN ont contribué à la prise de décisions et à l'élaboration de politiques dans le domaine de la santé publique. Il y est également précisé que la « capacité des CCN à collaborer sur différentes initiatives et à réseauter avec différents partenaires du système de santé publique était considérée comme l'une de leurs compétences les plus précieuses » (8).

L'évaluation réalisée en 2018 contient également de nombreux exemples où les CCN ont contribué à aborder les nouveaux enjeux de santé publique. Elle souligne néanmoins la nécessité de gagner en flexibilité pour faire face à des enjeux émergents, ainsi que l'intérêt potentiel d'une plus grande collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada pour mettre à profit les connaissances, les ressources et les réseaux respectifs.

Les priorités, les stratégies et les domaines d'intervention actuels des CCN s'alignent à plusieurs des tendances macro actuelles en santé publique : changements climatiques, Santé dans toutes les politiques, déterminants structurels des inégalités de santé, mégadonnées et transitions démographiques (comme les populations migrantes et mobiles) (9). Le travail des CCN concorde également avec la nouvelle approche « Public Health 3.0 » préconisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, laquelle met l'accent sur la « collaboration intersectorielle et l'adoption de mesures à l'échelle de l'environnement, de la politique et des systèmes pour influencer directement sur les déterminants sociaux de la santé » (10).

L'Agence de la santé publique du Canada reconnaît la contribution des CCN et réaffirme son engagement à renforcer la capacité de santé publique par la science, le savoir et la PDIDP. Les CCN sont un pilier fondamental de l'infrastructure de santé publique du Canada et un atout très précieux à protéger et à bien utiliser.



Conclusion

Il existe un besoin continu en ce qui concerne les services d'application des connaissances pour rendre les données probantes accessibles et utiles aux professionnels et aux organisations de santé publique, ainsi qu'à tous les ordres de gouvernement, pour faire progresser les priorités nationales en matière de santé publique. De plus, « dans le système de santé multijuridictionnel du Canada, il demeure essentiel de renforcer les réseaux qui y sont établis. Les CCN occupent une niche unique, axée sur l'application pratique des connaissances et des données probantes pour appuyer les professionnels de la santé du pays » (8). Les CCN continuent à jouer un rôle crucial dans le domaine de la santé publique au Canada, et ce, en repérant les lacunes en matière de connaissances et en jetant des ponts entre les données probantes, les politiques et les pratiques. Les CCN ont su démontrer leur capacité à faciliter la mise en œuvre des données probantes dans des contextes souvent complexes, et continueront à assumer un rôle de premier plan dans le système de santé publique du Canada.

Déclaration des auteurs

A. D. — Conception originale, examen des versions préliminaires et révision finale

M. L. — Contribution à la conception, appui technique et examen des versions préliminaires

Conflit d'intérêts

Aucun.

Remerciements

Nous tenons à remercier les principaux membres de chaque Centre de collaboration nationale en santé publique d'avoir examiné les versions préliminaires de cet article et d'avoir apporté leurs contributions pendant la période des vacances. Nous remercions également D^{re} Patricia Huston pour sa contribution à la structure initiale et à la conception de ce manuscrit.

Références

1. Peters DH, Tran NT, Adam T. La recherche sur la mise en œuvre en santé : Guide pratique. Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, Organisation mondiale de la Santé. Genève (CH) : OMS; 2013. https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Implementation_Research_FR2.PDF?ua=1
2. Peirson L, Ciliska D, Dobbins M, Mowat D. Building capacity for evidence informed decision making in public health: a case study of organizational change. BMC Public Health 2012 Feb;12:137. DOI PubMed
3. Medlar B, Mowat D, Di Ruggiero E, Frank J. Introducing the National Collaborating Centres for Public Health. CMAJ 2006 Aug;175(5):493–4. DOI PubMed
4. McAteer J, Di Ruggiero E, Fraser A, Frank JW. Bridging the academic and practice/policy gap in public health: perspectives from Scotland and Canada. J Public Health (Oxf) 2019 Sep;41(3):632–7. DOI PubMed
5. Centres de collaboration nationale en santé publique. À propos. (Accédé 2020-01-02). <https://ccnsp.ca/about-us/>
6. Réseau pancanadien de santé publique. À propos du Réseau pancanadien de santé publique. RSP (Accédé 2019-12-31). <http://www.phn-rsp.ca/network-fra.php>
7. Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada. Évaluation du programme des Centres de collaboration nationale en santé publique de 2008-2009 à 2013-2014. Ottawa (ON) : ASPC (Accédé 2020-01-02). <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/mandat/a-propos-agence/bureau-evaluation/rapports-evaluation/evaluation-programme-centres-collaboration-nationale-sante-publique-2008-2009-a-2013-2014.html>
8. Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada. Évaluation du programme des Centres de collaboration nationale en santé publique de 2014-2015 à 2018-2019. Ottawa (ON) : ASPC; p. 33. (Accédé 2020-01-02). <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/evaluation/2014-2015-2018-2019-rapport-evaluation-programme-centres-collaboration-nationale-sante-publique.html>
9. Erwin PC, Brownson RC. Macro Trends and the Future of Public Health Practice. Annu Rev Public Health 2017 Mar;38:393–412. DOI PubMed
10. DeSalvo KB, O'Carroll PW, Koo D, Auerbach JM, Monroe JA. Public Health 3.0: time for an Upgrade. Am J Public Health 2016 Apr;106(4):621–2. DOI PubMed



Résumé de la déclaration du CCNI sur l'utilisation du vaccin bivalent dirigé contre la protéine de liaison au facteur H (MenB-fHBP) pour la prévention de l'infection à méningocoque du sérotype B

Robyn Harrison^{1,2}, Robert Stirling³, Oliver Baclic³, Wendy Vaudry^{2,4}, au nom du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)*

Résumé

Contexte : Trumenba^{MC}, un vaccin bivalent contre l'infection invasive à méningocoque du sérotype B (MenB-fHBP) de la protéine liant le facteur H, a été autorisé au Canada en octobre 2017 pour la prévention de l'infection invasive à méningocoque causée par la bactérie *Neisseria meningitidis* du sérotype B chez les personnes âgées de 10 à 25 ans. Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) formule des recommandations à l'Agence de santé publique du Canada sur l'utilisation des vaccins contre le méningocoque.

Objectif : Résumer les recommandations du CCNI concernant l'utilisation du vaccin MenB-fHBP au Canada.

Méthodes : Le groupe de travail du CCNI sur l'infection à méningocoque a élaboré une stratégie de recherche prédéfinie en vue de dresser la liste de toutes les études admissibles, en évaluer leur qualité, et résumer et analyser leurs résultats. Selon le processus fondé sur des données probantes du CCNI, le groupe de travail a ensuite proposé des recommandations et déterminé la qualité des évidences à l'appui. À la lumière des données probantes, les recommandations ont ensuite été examinées et approuvées par le CCNI.

Résultats : Les deux vaccins contre le méningocoque du sérotype B actuellement autorisés au Canada ne sont pas interchangeables puisqu'ils contiennent des antigènes différents et qu'il n'existe aucune étude publiée sur l'immunogénicité d'une série de vaccins conjuguant les deux produits. À la suite de l'examen des données probantes, le CCNI recommande l'utilisation du vaccin MenB-fHBP chez les personnes de 10 ans et plus dans les situations où un vaccin contre l'infection invasive à méningocoque du sérotype B devrait être proposé : 1) au cours d'une épidémie de cas d'infection à méningocoque du sérotype B ou lors de l'émergence de souches hyperendémiques de *N. meningitidis* qui devraient être réceptives au vaccin; 2) pour la protection des sujets en contact étroit avec un cas d'infection invasive à méningocoque attribué à *N. meningitidis* du sérotype B; 3) pour les sujets atteints de problèmes de santé sous-jacents les exposant à un risque de méningococcie supérieur à celui de l'ensemble de la population; ou 4) pour les sujets présentant un risque d'exposition aux isolats de méningococcie du sérotype B supérieur à celui de l'ensemble de la population. Le CCNI recommande également de considérer le vaccin MenB-fHBP comme une option pour les personnes âgées de 10 à 25 ans qui ne présentent pas un risque de méningococcie supérieur à celui de l'ensemble de la population, mais qui souhaitent réduire leur risque de contracter une infection invasive à méningocoque du sérotype B.

Conclusion : Le CCNI recommande toujours d'offrir un vaccin contre l'infection invasive à méningocoque du sérotype B à tous les sujets qui sont à plus haut risque d'infection en raison d'un problème de santé sous-jacent ou un majeur risque d'exposition. En plus de fournir des conseils relatifs aux décideurs en santé publique (c.-à-d. les provinces et les territoires qui prennent des décisions concernant les programmes publics de vaccination), ces recommandations du CCNI fournissent des renseignements aux particuliers,

Cette œuvre est mise à la disposition selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0



Affiliations

¹ Président du groupe de travail du CCNI sur la méningococcie

² Université de l'Alberta, Edmonton, AB

³ Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, ON

*Correspondance :

phac.naci-ccni.aspc@canada.ca



aux fournisseurs de vaccins et aux organisations sur les vaccins qui ne sont peut-être pas actuellement inclus dans les programmes publics de vaccination. Le CCNI continue de ne pas recommander l'utilisation des vaccins du sérotype B dans les programmes universels canadiens de vaccination systématique pour le moment.

Citation proposée : Harrison R, Stirling R, Baclic O, Vaudry W, au nom du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). Résumé de la déclaration du CCNI sur l'utilisation du vaccin bivalent dirigé contre la protéine de liaison au facteur H (MenB-fHBP) pour la prévention de l'infection à méningocoque du sérotype B. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2020;46(2/3):40–4. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v46i23a03f>

Mots-clés : Comité consultatif national de l'immunisation, CCNI, MI, vaccin contre le méningocoque, directives

Introduction

L'infection invasive à méningocoque se caractérise habituellement par une maladie fébrile aiguë d'apparition soudaine à des caractéristiques de méningite ou de septicémie (méningococcémie), ou les deux, et une éruption cutanée sans blancheur caractéristique. Le taux de létalité globale est d'environ 10 % et jusqu'à un tiers des survivants conservent des séquelles durables, notamment une perte d'audition, des atteintes neurologiques et l'amputation de doigts ou de membres. Entre 2012 et 2016, 353 des 583 (60,5 %) cas d'infection invasive à méningocoque signalés au Canada étaient causés par les bactéries du sérotype B. L'incidence de l'infection atteint son sommet chez les enfants de moins d'un an.

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) formule des recommandations sur l'utilisation des vaccins contre le méningocoque à l'Agence de santé publique du Canada (ASPC). Trumenba^{MC}, un vaccin bivalent dirigé contre la protéine de liaison au facteur H de méningocoque du sérotype B (MenB-fHBP) a été autorisé au Canada en octobre 2017 pour la prévention de l'infection invasive à méningocoque causée par la bactérie *Neisseria meningitidis* du sérotype B chez les personnes âgées de 10 à 25 ans. L'objectif de cet article est de résumer les recommandations du CCNI sur l'utilisation du vaccin MenB-fHBP pour la prévention de l'infection invasive à méningocoque du sérotype B au Canada (1).

Méthodes

Pour préparer la *Déclaration du CCNI sur l'utilisation du vaccin bivalent dirigé contre la protéine de liaison au facteur H (MenB-fHBP) pour la prévention de l'infection à méningocoque du sérotype B*, le groupe de travail sur l'infection à méningocoque a recensé 10 essais contrôlés randomisés (ECR) et six études d'observation qui se sont penchés sur l'immunogénicité du vaccin MENB-fHBP, et 14 autres études (11 ECR et trois études d'observation) qui examinaient l'innocuité du vaccin MenB-fHBP. Après examen et analyse, le groupe de travail a formulé des recommandations conformément

au processus fondé sur des données probantes du CCNI (2). Il a également demandé des informations provenant d'une évaluation économique non publiée du vaccin MenB-fHBP et a examiné 14 évaluations économiques publiées de vaccins à base de protéines contre le MenB. L'ASPC a effectué une analyse épidémiologique de l'infection invasive à méningocoque du sérotype B au Canada. Le CCNI a procédé à une évaluation critique des données disponibles et a approuvé les recommandations spécifiques formulées.

Résultats

Épidémiologie

Le sérotype B est actuellement la cause la plus fréquente d'infection invasive du méningocoque au Canada. Entre 2012 et 2016, 60,5 % (n = 353) des cas de MI étaient attribuables au sérotype B, l'incidence la plus élevée étant observée chez les enfants de moins d'un an (n = 10 cas annuellement, soit 2,7 cas pour 100 000), suivis des enfants de 1 à 9 ans (14 cas annuellement, soit 0,9 cas pour 100 000) et des adolescents de 15 à 19 ans (11 cas annuellement ou 0,5 cas pour 100 000). Au cours de la même période, 63,8 % (n = 95) des cas de MI chez les personnes âgées de 10 à 25 ans étaient attribuables au sérotype B, ce qui représente une incidence de 0,3 à 0,9 cas pour 100 000 personnes dans ce groupe d'âge.

Immunogénicité et efficacité

Chez les adolescents (11 à 18 ans) et les jeunes adultes (18 à 25 ans), le vaccin MenB-fHBP s'est révélé immunogène contre les souches d'essai MenB primaires et secondaires contenant une gamme de variantes de fHBP qui étaient représentatives des souches en circulation causant une infection invasive du méningocoque en Europe et aux États-Unis à cette époque. Deux études de vaccin MenB-fHBP sur la persistance de la réaction immunitaire jusqu'à 48 mois après la vaccination chez les adolescents et 9 à 11 mois dans une petite étude chez les adultes (24 à 66 ans) ont fourni peu de données probantes et aucune donnée sur la nécessité de doses de rappel après la série de vaccinations primaires. Le groupe de travail sur la méningococcie n'a trouvé aucune donnée populationnelle sur



l'efficacité du vaccin MenB-fHBP ou son effet sur le portage du méningocoque ou sur l'immunité collective.

Innocuité

L'immunisation avec le vaccin MenB-fHBP s'est avérée sûre et aucun effet indésirable grave associé n'a été signalé chez les personnes immunocompétentes âgées de 10 à 25 ans. La plupart des effets indésirables généraux et locaux étaient d'intensité légère à modérée et transitoires (de 1 à 3 jours).

Aspects économiques

Aucun des 14 articles (10 études évaluées par des pairs et quatre rapports d'étude publiés par des organisations) mentionnés dans la revue de la littérature ne comportait d'évaluations des aspects économiques du vaccin MenB-fHBP. L'examen de la documentation relative aux aspects économique a révélé que le 4CMenB (Bexsero®), dont l'utilisation est autorisée au Canada chez les personnes âgées de deux mois à 17 ans, n'est pas rentable aux seuils couramment utilisés en raison de la faible incidence de l'infection invasive de méningocoque du sérogroupe B et du coût relativement élevé du vaccin. En se fondant sur les données économiques relatives au vaccin 4CMenB et sur la répartition par âge du fardeau de l'infection invasive de méningocoque du sérogroupe B (le plus élevé chez les enfants de moins de 10 ans), le groupe de travail sur la méningococcie a conclu qu'il était peu probable que le vaccin MenB-fHBP soit rentable.

Résumé des recommandations du CCNI concernant l'utilisation du vaccin MenB-fHBP pour la prévention de la méningococcie invasive

Le CCNI recommande toujours d'offrir un vaccin contre l'infection invasive à méningocoque à tous les sujets qui sont à haut risque d'infection en raison d'un problème de santé sous-jacent ou un plus grand risque d'exposition. Toutefois, les deux vaccins contre l'infection invasive à méningocoque du sérogroupe B dont l'utilisation est présentement autorisés au Canada ne sont pas interchangeables. Ces deux produits contiennent des antigènes distincts et aucune étude publiée ne fait état de l'immunogénicité issue d'une série de vaccins combinant les deux produits. Par conséquent, il faut administrer le même vaccin pour toutes les doses de la série vaccinale. Si on ne connaît pas le vaccin employé chez une personne qui n'a pas complété la série vaccinale, il faut ignorer les doses initiales et entamer une nouvelle série de vaccins en administrant le même produit pour toutes les doses de la nouvelle série.

Recommandations relatives aux programmes d'immunisation de santé publique

Recommandation 1 : Le CCNI recommande de ne pas offrir le vaccin MenB-fHBP dans le cadre des programmes universels canadiens de vaccination systématique pour le moment. (Forte recommandation du CCNI).

- Le CCNI conclut qu'il existe des données probantes insuffisantes pour recommander la vaccination universelle systématique (données probantes de Catégorie I)

Recommandation 2a : Le CCNI recommande d'offrir un vaccin contre le méningocoque du sérogroupe B (MenB-fHBP ou 4CMenB) dans les provinces et les territoires touchés par une éclosion des cas d'infection à méningocoque du sérogroupe B ou par l'émergence de souches hyperendémiques de *N. meningitidis* qui devraient être réceptives au vaccin. (Forte recommandation du CCNI).

- Le CCNI conclut qu'il existe des données probantes acceptables pour recommander l'administration du vaccin pendant les éclosons (données probantes de Catégorie B).

Recommandation 2b : Le CCNI recommande d'envisager l'administration du vaccin MenB-fHBP aux sujets âgés de 10 ans et plus dans de telles circonstances. (Recommandation discrétionnaire du CCNI).

- Le CCNI conclut qu'il existe des données probantes insuffisantes pour recommander l'administration du vaccin MenB-fHBP dans de telles circonstances (données probantes de Catégorie I); par conséquent, cette recommandation se fonde sur l'opinion d'experts.

Recommandation 3a : Le CCNI recommande d'offrir un vaccin contre le méningocoque du sérogroupe B (MenB-fHBP ou 4CMenB), en plus de la chimioprophylaxie, pour la protection des sujets en contact étroit avec un cas d'infection invasive à méningocoque attribuée à *N. meningitidis* du sérogroupe B. (Forte recommandation du CCNI).

- Le CCNI conclut qu'il existe des données probantes insuffisantes concernant l'efficacité réelle du vaccin chez les sujets en contact étroit avec un cas d'infection invasive à méningocoque (données probantes de Catégorie I); par conséquent, cette recommandation se fonde sur l'opinion d'experts.

Recommandation 3b : Le CCNI recommande d'envisager l'administration du vaccin MenB-fHBP aux sujets âgés de 10 ans et plus qui sont en contact étroit avec un cas d'infection invasive à méningocoque attribuée à *N. meningitidis* du sérogroupe B. (Recommandation discrétionnaire du CCNI).



- Le CCNI conclut qu'il existe des données probantes insuffisantes concernant l'utilisation du vaccin MenB-fHBP chez les sujets en contact étroit avec un cas d'infection invasive à méningocoque (données probantes de Catégorie I); par conséquent, cette recommandation se fonde sur l'opinion d'experts.

Recommandation 4a : Le CCNI recommande d'offrir un vaccin contre le méningocoque du sérogroupe B (MenB-fHBP ou 4CMenB) pour l'immunisation active des sujets atteints de problèmes de santé sous-jacents les exposant à un risque de méningococcie supérieur à celui de l'ensemble de la population, afin de réduire le risque d'infection invasive à méningocoque du sérogroupe B (Forte recommandation du CCNI).

- Le CCNI conclut qu'il existe des données probantes insuffisantes concernant la vaccination des sujets présentant un haut risque (données probantes de Catégorie I); par conséquent, cette recommandation se fonde sur l'opinion d'experts.

Recommandation 4b : Le CCNI recommande d'envisager l'utilisation du vaccin MenB-fHBP selon un calendrier de vaccination à 3 doses (zéro, 1 à 2 mois, et six mois) chez les sujets âgés de 10 ans et plus présentant un haut risque afin de réduire le risque d'infection invasive à méningocoque du sérogroupe B. (Recommandation discrétionnaire du CCNI).

- Le CCNI conclut qu'il existe des données probantes insuffisantes concernant l'administration du vaccin MenB fHBP chez les sujets présentant un haut risque (données probantes de Catégorie I); par conséquent, cette recommandation se fonde sur l'opinion d'experts.

Recommandations relatives au processus décisionnel à l'échelle individuelle

Pour les personnes qui souhaitent prévenir l'infection invasive à méningocoque du sérogroupe B ou les cliniciens qui désirent conseiller leurs patients au sujet de la prévention de ce type d'infection grâce à des vaccins qui ne sont présentement peut-être pas offerts par les programmes de vaccination de la santé publique. Pour les organisations ou les décideurs responsables des programmes offrant des services de vaccination à divers groupes, notamment les personnes à risque de contracter ce type d'infection.

Recommandation 5a : Le CCNI recommande d'offrir un vaccin contre le méningocoque du sérogroupe B (MenB-fHBP ou 4CMenB) pour l'immunisation active des sujets présentant un risque d'exposition aux isolats de méningocoque du sérogroupe B supérieur à celui de l'ensemble de la population, afin de réduire le risque d'infection invasive à méningocoque du sérogroupe B. (Forte recommandation du CCNI).

- Le CCNI conclut qu'il existe des données probantes insuffisantes concernant la vaccination des sujets présentant un haut risque (données probantes de Catégorie I); par conséquent, cette recommandation se fonde sur l'opinion d'experts.

Recommandation 5b : Le CCNI recommande d'envisager l'administration du vaccin MenB-fHBP selon un calendrier de vaccination à deux doses (aux mois zéro et 6) chez les sujets âgés de 10 ans et plus présentant un tel risque afin de réduire le risque d'infection invasive à méningocoque du sérogroupe B. (Recommandation discrétionnaire du CCNI).

- Le CCNI conclut qu'il existe des données probantes insuffisantes concernant l'administration du vaccin MenBfHBP chez les sujets présentant un haut risque (données probantes de Catégorie I); par conséquent, cette recommandation se fonde sur l'opinion d'experts.

Recommandation 6 : Le CCNI recommande d'envisager l'administration du vaccin MenB-fHBP selon le calendrier de vaccination à deux doses (aux mois zéro et 6) chez les sujets âgés de 10 à 25 ans qui ne présentent pas un risque de méningococcie supérieur à celui de l'ensemble de la population afin de réduire le risque d'infection invasive à méningocoque du sérogroupe B. (Recommandation discrétionnaire du CCNI).

- Le CCNI conclut qu'il existe des données probantes acceptables concernant l'immunogénicité du vaccin pour recommander l'administration du vaccin MenB-fHBP selon le calendrier de vaccination utilisé au cours des essais cliniques (données probantes de Catégorie B).

Conclusion

Le CCNI formule des recommandations fondées sur des données probantes concernant l'utilisation des vaccins commercialisés au Canada afin de soutenir la prise de décisions cliniques et celles relatives aux programmes. La *Déclaration du CCNI sur l'utilisation du vaccin bivalent dirigé contre la protéine de liaison au facteur H (MenB-fHBP) pour la prévention de l'infection à méningocoque B du sérogroupe B* fournit des renseignements et des conseils, en plus de ceux fournis dans la monographie du produit, sur l'utilisation du vaccin MenB-fHBP récemment homologué.

En raison de la faible incidence de l'infection invasive du méningocoque du sérogroupe B dans le groupe d'âge pour lequel l'utilisation du vaccin MenB-fHBP est autorisée, associée à l'absence de données sur l'efficacité du vaccin, la durée de la protection, l'effet sur le portage des méningocoques, l'immunité collective et la rentabilité, le CCNI a conclu que le vaccin ne devrait pas être proposé actuellement dans les programmes de vaccination universelle courante au Canada.



Déclaration des auteurs

R. S. — Rédaction de l'ébauche initiale, révision et édition
O. B. — Rédaction de l'ébauche initiale, révision et édition
R. H. — Rédaction de l'ébauche initiale, révision et édition
W. V. — Rédaction de l'ébauche initiale, révision et édition

Conflit d'intérêts

Aucun.

Remerciements

Membres du groupe de travail sur la méningococcie : R. Harrison (président), W. Vaudry (président sortant), M. Baca-Estrada, J. Bettinger, S. Deeks, P. De Wals, J. Embree, B. Henry, M. Saboui, R. Tsang, M. Yeung, J. Xiong

Membres du CCNI : C. Quach (présidente), S. Deeks (vice-président), W. Vaudry (vice-président sortant), N. Dayneka, P. De Wals, V. Dubey, R. Harrison, K. Hildebrand, J. Papenburg, C. Rotstein, M. Salvadori, S. Smith, B. Sander, N. Sicard

Représentants de liaison : L. M. Bucci (Association canadienne de santé publique), E. Castillo (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada), A. Cohn (Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis), L. Dupuis (Association des infirmières et infirmiers du Canada), J. Emili (Collège des médecins de famille du Canada), M. Naus (Comité canadien d'immunisation), D. Moore (Société canadienne de pédiatrie), A. Pham-Huy (Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada)

Représentants d'office : J. Gallivan (Direction des produits de santé commercialisés [DPSC]), E. Henry (Centre d'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses [CIMRI], Agence

de la santé publique du Canada [ASPC], Santé Canada [SC]), M. Lacroix (Groupe consultatif en matière d'éthique en santé publique, ASPC), J. Pennock (CIMRI, ASPC), R. Pless (Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques, SC), G. Poliquin (Laboratoire national de microbiologie), C. Rossi (Défense nationale et Forces armées canadiennes), T. Wong (Santé des Premières nations et des Inuits, Services autochtones Canada)

Le Comité consultatif national de l'immunisation remercie J. Chor, N. Gravelle, L. Glandon et C. Mauviel, et reconnaît leur contribution à cette déclaration.

Financement

Les travaux du Comité consultatif national de l'immunisation sont financés par l'Agence de la santé publique du Canada.

Références

1. Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). Résumé de la déclaration du CCNI sur l'utilisation du vaccin bivalent dirigé contre la protéine de liaison au facteur H (MenB-fHBP) pour la prévention de l'infection à méningocoque du sérogroupe B. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vaccins-immunisation/bivalent-dirige-contre-protéine-liaison-facteur-h-prevention-infection-meningocoque-serogroupe-b.html>
2. Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). Recommandations fondées sur des données probantes en matière d'immunisation - méthodes du Comité consultatif national de l'immunisation. Déclaration du Comité consultatif (DCC). Relevé des maladies transmissibles au Canada 2009;35(ACS-1):1-10. [PubMed](#)



Bris de retraitement des dispositifs médicaux dans une clinique de médecine familiale d'Ottawa, en Ontario, en 2018

Geneviève Cadieux^{1*}, Dara Spatz Friedman¹, Leslie Tilley¹, Tony Mazzulli², Cameron McDermaid¹

Résumé

Contexte : En avril 2018, Santé publique Ottawa a identifié plusieurs manquements aux pratiques de prévention et de contrôle des infections (PCI) à grande échelle, dont un bris de retraitement des dispositifs médicaux (RDM) critiques réutilisables, sur une période de quinze ans dans une clinique de médecine familiale.

Objectifs : Décrire l'intervention de santé publique et estimer le risque de transmission du virus de l'hépatite B (VHB), du virus de l'hépatite C (VHC) et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en lien avec ce bris de RDM.

Méthodes : Les patients qui ont subi un acte préoccupant (lors duquel un dispositif médical critique réutilisable aurait pu être utilisé) à cette clinique ont été identifiés à l'aide des données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, et avisés individuellement. Les tests de dépistage du VHB, VHC et VIH ont été réalisés par le laboratoire de Santé publique Ontario et le risque d'infection a été estimé.

Résultats : Parmi les 4 495 patients possiblement exposés à ce bris de RDM, 1 496 (33,3 %) ont subi un dépistage dans les six mois qui ont suivi l'avis. La prévalence de l'infection au VHB, VHC et VIH dans ce groupe était inférieure à celle de la population canadienne en général. Parmi les patients d'abord diagnostiqués avec le VHB après un acte préoccupant, les risques de transmission du VHB n'étaient pas plus élevés lorsque l'acte s'était déroulé dans les 7 ou 28 jours après un autre patient avec un résultat positif pour le VHB ($RC_{7 \text{ jours, ajusté selon l'âge}} = 0,59$, IC de 95 % : 0,14 à 2,51; $RC_{28 \text{ jours, ajusté selon l'âge}} = 1,35$, IC de 95 % : 0,62 à 2,93). Il n'a pas été possible d'estimer les risques de transmission du VHC et du VIH puisqu'aucun patient n'a été diagnostiqué avec le VHC ou le VIH après avoir subi un acte préoccupant dans les 28 jours après un autre patient avec un résultat positif pour le VHC ou le VIH.

Conclusion : Aucune évidence de transmission du VHB, VHC ou VIH associée au bris de RDM n'a été constatée. Cependant, on ne peut pas complètement exclure la possibilité d'une transmission, puisque seulement le tiers des patients possiblement exposés ont subi les tests de dépistage.

Citation proposée : Cadieux G, Friedman DS, Tilley L, Mazzulli T, McDermaid C. Bris de retraitement des dispositifs médicaux dans une clinique de médecine familiale d'Ottawa, en Ontario, en 2018. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2020;46(2/3):45–53. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v46i23a04f>

Mots-clés : prévention et contrôle des infections, manquement/transgression en matière de contrôle des infections, milieux de soins de santé communautaire, exercice privé, normes privées, médecine familiale, interventions chirurgicales ambulatoires, prévention et contrôle de la contamination croisée, contamination de l'équipement

Introduction

Dans la période de dix ans allant de 2008 à 2017, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis ont noté 61 éclosions dues aux virus de l'hépatite B (VHB) et

C (VHC) liées à des écarts entre les pratiques observées et les pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans les établissements de soins (1). Plus de 115 000 patients potentiellement exposés ont été avisés dans le cadre de ces enquêtes sur les éclosions associées aux soins

Cette oeuvre est mise à la disposition selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0



Affiliations

¹ Santé publique Ottawa, Ottawa, ON (lorsque cette étude a été menée)

² Laboratoire de Santé publique Ontario et Département de biopathologie et de médecine de laboratoire, Université de Toronto, Toronto, ON

*Correspondance : genevieve.cadieux.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca



de santé et 179 cas de VHB et plus de 295 cas de VHC ont été identifiés (1). La majorité (n = 58/61 ou 95 %) de ces éclosions de VHB et VHC associées aux soins de santé est survenue dans un milieu de soins extrahospitalier (1). Malheureusement, des données de surveillance nationale semblables ne sont pas disponibles pour le Canada; par conséquent, on ignore le fardeau des infections au VHB et au VHC associées aux manquements aux pratiques de PCI et aux bris de retraitement des dispositifs médicaux à l'échelle canadienne. Cependant, une enquête récente des unités de santé publique de l'Ontario a permis de constater une hausse de presque six fois les plaintes relatives aux pratiques de PCI et presque un triplement des manquements aux pratiques de PCI de 2015 à 2018 (2).

Les objectifs du présent article sont : 1) décrire un manquement aux pratiques de PCI à grande échelle incluant un bris de retraitement des dispositifs médicaux (RDM) critiques réutilisables dans une clinique de médecine familiale d'Ottawa, en Ontario; 2) estimer les risques de transmission du VHB, du VHC et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) découlant de ce bris de RDM et 3) illustrer les défis rencontrés lors de l'intervention de santé publique en lien avec ce bris de RDM.

Contexte

En Ontario, le mandat et l'organisation des unités de santé publique sont définis par la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (3). À l'heure actuelle, l'Ontario possède 35 unités de santé publique : 21 indépendantes d'administrations municipales locales, sept départements de santé publique régionaux et sept unités de santé publique liées à l'administration d'une municipale à pallier supérieur ou à une autre administration municipale (4). Les *Normes de santé publique de l'Ontario* (5) définissent les programmes et services de santé publique obligatoires et les protocoles et lignes directrices connexes fournissent un encadrement supplémentaire. En 2015, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a modifié le *Protocole concernant les plaintes relatives aux pratiques de prévention et de contrôle des infections* (6), qui demande aux unités de santé publique d'enquêter sur les pratiques de PCI dans un éventail de milieux, dont ceux des services personnels (p. ex. salons de manucure, de coiffure et de tatouage) et les établissements au sein desquels les membres d'une profession de la santé réglementée (p. ex. infirmiers, médecins, dentistes) mènent leurs activités.

Conformément au *Protocole concernant les plaintes relatives aux pratiques de prévention et de contrôle des infections, 2019* (6), les unités de santé publique doivent recevoir les plaintes relatives aux pratiques de PCI, enquêter sur ces plaintes et prendre des mesures visant à réduire le risque d'infection. En général, à la suite d'une plainte, un inspecteur ou infirmier de santé publique réalise une inspection des lieux au moyen des outils de vérification et autres ressources développés par Santé publique Ontario (7) et le Comité consultatif provincial des

maladies infectieuses (8,9) dans le but d'évaluer les écarts entre les pratiques observées et les pratiques exemplaires en matière de PCI. Dans le *Protocole concernant les plaintes relatives aux pratiques de prévention et de contrôle des infections*, on définit le manquement aux pratiques de PCI comme le « non-respect des pratiques de prévention et de contrôle des infections, entraînant ainsi un risque de transmission de maladies infectieuses aux clients, aux personnes présentes ou aux membres du personnel par l'exposition de ces personnes à du sang, à des liquides organiques, à des sécrétions, à des excréments, à des muqueuses, à des lésions cutanées ou encore à du matériel contaminé et à des articles souillés » (6). La plupart des plaintes relatives aux pratiques de PCI enquêtées par les unités de santé publique révèlent des écarts entre les pratiques observées et les pratiques exemplaires en matière de PCI qui, suite à une évaluation du risque, ne représentent pas un risque suffisant de transmission d'infections pour qu'il s'agisse d'un manquement ou d'un bris. Santé publique Ontario offre du soutien aux unités de santé publique en lien avec les évaluations du risque complexes.

Si le médecin hygiéniste ou une personne désignée détermine qu'il y a eu un manquement aux pratiques de PCI, il doit le déclarer publiquement sur le site Web de l'unité de santé publique, en vertu du *Protocole concernant les déclarations relatives aux pratiques de prévention et de contrôle des infections* (10). Si un exploitant (c.-à-d. une personne qui exploite un milieu de service personnel ou de soins de santé) ne collabore pas à l'enquête ou ne met pas les mesures correctives en place dans les délais négociés et si le médecin hygiéniste ou un inspecteur en santé publique est d'avis qu'il existe un risque pour la santé, une ordonnance en vertu de l'article 13 conformément à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* peut être émise pour faire cesser une pratique ou la prestation d'un service, ou encore fermer un milieu de services personnels ou de soins.

Méthodes

Détection du manquement aux pratiques de prévention et du contrôle des infections

Santé publique Ottawa (SPO) a reçu une plainte d'un membre du public concernant la propreté d'une clinique de médecine familiale, y compris son équipement médical, en avril 2018. Le personnel de SPO a inspecté la clinique le même jour que la plainte a été reçue. On a découvert plusieurs écarts entre les pratiques de la clinique et les pratiques exemplaires en PCI, dont : 1) l'ensemble des étapes de retraitement des dispositifs médicaux critiques réutilisables, 2) l'entreposage et l'administration des médicaments, 3) l'entreposage et la manipulation des spécimens à être analysés au laboratoire, 4) l'hygiène des mains, 5) le nettoyage environnemental, 6) les pratiques de base et précautions additionnelles et 7) la santé et la sécurité au travail. Ces écarts entre les pratiques observées



et les pratiques exemplaires en matière de PCI semblaient avoir été présents depuis l'ouverture de la clinique en décembre 2003, jusqu'au moment de la plainte en avril 2018. Il convient de noter que les médecins sont membres d'une profession autoréglementée et il n'y a pas d'inspection périodique des pratiques de PCI dans les cliniques médicales extrahospitalières de l'Ontario.

La clinique s'est prêtée volontairement à l'exigence de SPO de cesser de réaliser les actes médicaux nécessitant l'usage de dispositifs médicaux critiques réutilisables jusqu'à nouvel ordre. Plusieurs inspections de suivi ont permis d'assurer le respect des mesures correctives exigées par SPO.

Évaluation du risque

Conformément au mandat de santé publique en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, l'évaluation du risque s'est penchée sur la probabilité de transmission du VHB, VHC et VIH, puisque ces infections peuvent échapper au diagnostic pendant plusieurs années, menant ainsi à des conséquences néfastes sur la santé et une transmission secondaire. Une interrogation du Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP) pour les cas déclarés de VHB, VHC et VIH résidant dans la zone desservie par la clinique n'a pas permis d'identifier d'excès de cas comparativement au reste d'Ottawa ou au Canada.

Santé publique Ontario a évalué de manière qualitative le risque de transmission d'infections associé au bris de retraitement des dispositifs médicaux critiques réutilisables comme étant « faible » pour le VHB et le VHC, et « très faible » pour le VIH. Santé publique Ontario a recommandé le rappel des patients et de dépistages du VHB, le VHC et le VIH.

De plus, SPO a effectué une évaluation quantitative du risque au moyen d'une méthodologie publiée dans les écrits scientifiques (11,12). L'évaluation du risque de SPO s'est basée sur des estimations de la prévalence du VHB (13), VHC (14) et VIH dans la population canadienne (15), des estimations du risque de transmission du VHB, du VHC et du VIH après une exposition percutanée publiées dans les écrits scientifiques (16) et a supposé le pire scénario, soit que la stérilisation était totalement inefficace; les résultats de cette évaluation (non publiés) étaient comparables à l'évaluation qualitative de Santé publique Ontario. Si le risque estimé avait été plus près du seuil de 1:1 000 000 à partir duquel le rappel des patients est préconisé dans les écrits scientifiques (11,12), le *cadre d'éthique de 2014* de SPO aurait également pu être utilisé pour guider le processus décisionnel concernant le rappel des patients, comme cela a été le cas lors de l'intervention de SPO suite au bris de RDM à une clinique d'endoscopie en 2011 (17).

Patients possiblement exposés : Définition

Un patient possiblement exposé était défini comme une personne ayant subi un acte médical nécessitant possiblement l'usage d'un dispositif médical critique réutilisable à la clinique

de médecine familiale concernée entre son ouverture en décembre 2003 et la cessation de ces actes en avril 2018 selon les données de facturation du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO). Les patients étaient considérés « possiblement exposés » (plutôt qu'exposés) puisqu'il se pourrait que certains actes n'aient pas nécessité l'usage de dispositifs médicaux critiques réutilisables (p. ex. une réparation de lacération faite avec de la colle au lieu de sutures).

Patients possiblement exposés : Identification

Plus de 90 000 patients uniques ont été traités entre décembre 2003 et avril 2018. Pour identifier les patients possiblement exposés à un dispositif médical critique réutilisable, SPO a révisé les types de procédures invasives effectuées à la clinique et évalué si des dispositifs médicaux critiques jetables à usage unique ou réutilisables étaient utilisés. Conformément à l'information obtenue de la clinique, SPO a conclu que les actes préoccupants étaient les suivants : ablation des acrochordons, grains de beauté et kystes avec un bistouri ou des ciseaux; biopsie cutanée; incision, drainage et tamponnement d'un abcès ou kyste; ablation d'un ongle incarné; réparation de lacération; retrait de sutures ou d'agrafes; retrait d'un corps étranger.

En collaboration avec la clinique, SPO a produit une liste des codes de facturation correspondant aux actes préoccupants. Ensuite, la division du Régime d'assurance-santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a extrait et transmis à SPO toutes les facturations soumises par les médecins de la clinique en lien avec l'un des actes préoccupants pour lesquelles le code postal était le même que celui de la clinique (il n'y avait qu'une clinique dans ce code postal à six caractères).

Patients possiblement exposés : Rappel

Les patients possiblement exposés à la suite du présent bris de RDM ont été avisés par la poste en juillet 2018. La lettre d'avis a été approuvée par SPO et envoyée par la clinique. Le jour de l'envoi postal, SPO a tenu une conférence de presse et donné des entrevues aux médias pour divulguer l'information aux patients possiblement exposés qui n'auraient pas été identifiés grâce aux données de facturation (p. ex. patients non assurés, services non assurés, omissions dans la facturation). SPO a également publié un site Web avec de l'information détaillée sur ce bris de RDM le jour de l'envoi postal. Ce même jour, SPO a envoyé une télécopie aux partenaires du système de soins de santé, y compris les fournisseurs de soins primaires, pour les informer du bris de RDM, du rappel et du dépistage recommandé pour les patients, ainsi que pour fournir des ressources concernant le counseling des patients, les analyses de laboratoire à demander et le suivi clinique. Puisque la décision de subir les dépistages est une décision individuelle, des rappels additionnels (au-delà de la lettre d'avis) n'ont pas été envoyés aux patients. SPO a participé à de nombreuses entrevues avec les médias locaux concernant le taux de participation aux dépistages et les résultats agrégés plusieurs semaines et mois après l'envoi initial des lettres d'avis aux patients.



Facilitation des dépistages

Une demande d'analyse du laboratoire de Santé publique Ontario (LSPO) pour le dépistage du VHB, du VHC et du VIH préremplie par l'un des médecins de la clinique accompagnait chaque lettre d'avis, permettant aux patients de se rendre directement à un centre de prélèvements pour une prise de sang et d'éviter une consultation médicale visant à obtenir une ordonnance pour des analyses de laboratoire.

Les patients qui ne souhaitent pas que leurs résultats soient envoyés à la clinique ont été invités à consulter le professionnel de la santé de leur choix dans le but d'obtenir une ordonnance pour des analyses de laboratoire. Un formulaire d'ordonnance du LSPO partiellement rempli (avec les analyses à demander et le numéro d'enquête spéciale) a été publié sur le site Web de SPO, afin que les patients puissent l'apporter au professionnel de santé de leur choix.

Analyses de laboratoire

Le LSPO a réalisé toutes les analyses pour le VHB, le VHC et le VIH en lien avec le rappel, et un numéro d'enquête spéciale a permis de suivre tous les résultats en lien avec le rappel. Le dépistage sérologique initial pour le VHB, le VHC et le VIH a été réalisé à l'aide de l'instrument Architect d'Abbott (Abbott Laboratories, Wiesbaden, Allemagne) en respectant les directives du fabricant. Les échantillons de sérum positifs pour les anticorps du VHC ont ensuite été analysés avec une deuxième analyse sérologique (ORTHO® HCV Version 3.0 ELISA Test System, Ortho Clinical Diagnostics Inc., Raritan, New Jersey, États-Unis), tandis que les échantillons de sérum positifs aux anticorps du VIH ont été ensuite analysés à l'aide du dépistage Geenius™ HIV 1/2 Confirmatory Assay (Bio-Rad Laboratories, Redmond, Washington, États-Unis). Les patients pour lesquels l'analyse sérologique suggérait une infection ont ensuite subi une analyse et un génotypage de l'ADN/ARN dans le cadre du suivi clinique habituel (cobas® HBV et cobas® HCV avec l'instrument Roche 6800, Roche Molecular Systems Inc., Laval, Québec, Canada; Abbott RealTime HIV-1 en utilisant le système m2000 d'Abbott, Abbott Molecular Inc., Des Plaines, Illinois, États-Unis).

Si un agrégat d'au moins deux cas de VHB, de VHC ou de VIH du même génotype avait été détecté, nous aurions demandé au Laboratoire national de microbiologie de procéder à d'autres analyses moléculaires. Le LSPO a transmis tous les résultats d'analyses disponibles à SPO un mois, trois mois et six mois après le rappel des patients. De plus, le LSPO a transmis à SPO tous les résultats positifs et négatifs des analyses moléculaires et sérologiques pour le VHB, VHC et VIH depuis 1996, pour les patients avec un dépistage positif pour le VHB, VHC ou VIH ayant été possiblement exposés à la suite du bris de RDM. Ces données ont été utilisées pour estimer le moment auquel l'infection est probablement survenue, ainsi que la période infectieuse possible.

Enquêtes des cas de VHB, VHC et VIH

Les infections à VHB, VHC et VIH sont des maladies à déclaration obligatoire en Ontario en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. À ce titre, les nouveaux cas déclarés à SPO sont tous enquêtés conformément aux politiques et procédures en vigueur. Spécifiquement, un infirmier de santé publique communique avec le médecin demandeur du test, lui demande de remplir un formulaire de suivi et de l'envoyer à SPO; ce formulaire demande de l'information sur les facteurs de risque, la prise en charge clinique et la recherche des contacts effectué par le professionnel de la santé; de plus, le formulaire fournit un outil pour le counseling des patients quant aux mesures pour éviter la transmission. Au besoin, un infirmier de santé publique communique également avec le cas ou son plus proche parent pour obtenir les facteurs de risque, coordonner la prise en charge clinique, effectuer la recherche de contacts et offrir du counseling. Les renseignements recueillis sont saisis dans le SIISP.

Les patients possiblement exposés au bris de RDM avec des résultats positifs pour le VHB, VHC ou VIH, diagnostiqués suite au rappel ou avant le rappel et signalés à SPO, ont tous été enquêtés selon la méthode susmentionnée. Ensuite, l'infirmière-gestionnaire et l'épidémiologiste de l'équipe des infections transmissibles sexuellement et par le sang de SPO ont passé en revue manuellement les dossiers de tous les cas de VHB, VHC et VIH possiblement exposés à la suite du bris de RDM afin d'évaluer la présence d'agrégats ou de transmission associées au bris de RDM, et d'identifier les autres facteurs de risque.

Analyses statistiques

La prévalence des infections au VHB, VHC et VIH a été estimée chez les patients ayant subi une analyse après le rappel. L'association entre la survenue d'un diagnostic d'infection au VHB, VHC ou VIH après un acte préoccupant et cet acte ayant eu lieu dans les sept jours suivant un autre acte concernant un patient avec un résultat d'analyse positif pour le même virus antérieur à leur propre acte a été estimée à l'aide de rapports de cotes. L'évaluation de l'exposition et du résultat clinique était fondée sur les résultats d'analyse de laboratoire disponibles et les dates des actes préoccupants. Le résultat clinique était défini comme l'état d'infection au VHB, VHC ou VIH après l'acte préoccupant. Aux fins de la présente analyse, les patients étaient considérés exposés lorsqu'ils avaient subi au moins un acte préoccupant dans les sept jours suivant un patient avec un résultat de dépistage positif pour le VHB, le VHC ou le VIH antérieur à leur propre acte. Les patients étaient considérés non-exposés lorsqu'ils avaient subi un acte préoccupant plus de sept jours après un patient avec un résultat de dépistage positif pour le VHB, le VHC ou le VIH antérieur à leur propre acte ou après un patient sans résultat de dépistage positif pour le VHB, le VHC ou le VIH. La fenêtre de sept jours utilisée était fondée sur les données concernant la survie du virus (18–22)



et la fréquence d'utilisation et de retraitement des dispositifs médicaux critiques réutilisables (c'est-à-dire que la transmission n'a été considérée que pour la première personne sur laquelle le dispositif mal stérilisé a été utilisé; les cycles de retraitement ultérieurs devraient avoir réduit le risque de transmission à nul).

Étant donné que les infections au VHB et au VHC peuvent se résoudre spontanément, nous ne pouvions pas déterminer de manière définitive l'état d'infection au VHB et au VHC de certains patients au moment de leur acte. Par exemple, on considérait un patient sans analyse négative antérieure pour l'hépatite B ayant d'abord obtenu un résultat positif pour les anticorps anti-HBc et négatif pour les antigènes Hbs (indiquant une immunité site à une infection naturelle résolue) après le rappel comme une source potentielle d'infection pour un autre patient ayant subi un acte préoccupant dans une fenêtre de sept jours, et comme ayant potentiellement été infecté lors de son propre acte préoccupant. Puisque l'information sur la charge virale du VIH n'était pas accessible (c'est-à-dire que les résultats d'analyses pour la charge virale du VIH n'ont pas à être déclarés à la santé publique en Ontario), les patients avec un dépistage positif du VIH avant leur acte préoccupant étaient considérés contagieux au moment de leur acte.

Le rapport de cotes a été la mesure de l'association choisie parce que la faible participation au dépistage n'a pas permis une estimation fiable de la prévalence des infections et les intervalles de confiance de 95 % ont été estimés à l'aide de la méthode exacte. Les analyses ont été effectuées à l'aide de la version 14.2 du logiciel Stata (StataCorp, États-Unis). Des analyses de sensibilité ont été effectuées avec une fenêtre de temps plus courte et plus longue (un et 28 jours) et avec les données au niveau des actes-patients plutôt qu'au niveau des patients.

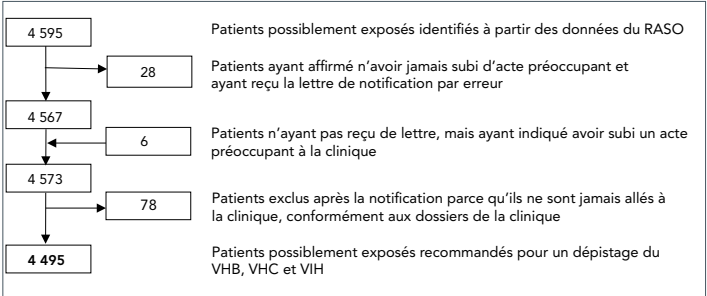
Résultats

Un total de 4 595 patients ayant subi un acte préoccupant ont été identifiés à partir des données de facturation du RASO (figure 1); ensemble, ces patients ont subi 6 832 actes préoccupants. Parmi ces 4 595 patients, 28 ont communiqué avec SPO après avoir reçu une lettre d'avis pour indiquer qu'ils n'avaient jamais subi d'acte préoccupant à la clinique et 78 n'ont jamais fréquenté la clinique selon les dossiers de la clinique. Six autres patients non-identifiés à partir des données de facturation du RASO ont communiqué avec SPO pour indiquer avoir subi un acte préoccupant à la clinique. Parmi le total révisé de 4 495 patients possiblement exposés, 1 496 (33,3 %) ont subi le dépistage recommandé pour le VHB, le VHC ou le VIH au moins une fois dans les six mois ayant suivi l'envoi postal des lettres d'avis concernant le bris de RDM.

En moyenne, les patients ayant subi le dépistage recommandé étaient plus âgés que ceux n'ayant pas subi le dépistage. La participation au dépistage recommandé ne différait pas selon

le moment de l'acte préoccupant (récemment ou il y a plusieurs années) ou le nombre d'actes préoccupants (tableau 1).

Figure 1 : Identification de patients possiblement exposés à ce bris de retraitement des dispositifs médicaux critiques réutilisables



Abbreviations : RASO, Régime d'assurance-santé de l'Ontario; VHB, virus de l'hépatite B; VHC, virus de l'hépatite C; VIH, virus de l'immunodéficience humaine
Remarque : Certains patients pourraient avoir reçu une lettre, déterminé n'avoir jamais subi d'acte préoccupant et omis d'aviser Santé publique Ottawa ou la clinique; ces patients sont compris dans ce chiffre comme étant possiblement exposés. Certains patients pourraient ne pas avoir reçu de lettre, s'être considérés comme ayant subi un acte préoccupant et avoir cherché à se faire dépister sans utiliser la demande d'analyse de laboratoire spéciale contenant le numéro de suivi d'enquête; ces patients ne sont pas compris dans ce chiffre

Tableau 1 : Caractéristiques des patients possiblement exposés au bris de retraitement des dispositifs médicaux critiques réutilisables, selon la participation au dépistage du VHB, VHC et VIH six mois après l'envoi de la lettre d'avis (N = 4 495)

Caractéristique du patient	Patients possiblement exposés qui ont subi un dépistage (N = 1 496)		Patients possiblement exposés qui n'ont pas subi un dépistage (N = 2 999)			
	N	%	N	%		
Groupe d'âge						
0 à 17 ans	142	10	274	9		
18 à 44 ans	410	27	1 414	47		
45 à 64 ans	566	38	884	30		
65 ans et plus	377	25	426	14		
Données manquantes	1	moins de 1	1	moins de 1		
Moment de l'acte préoccupant le plus récent						
Il y a moins de 12 mois	144	10	198	7		
Entre 12 et 23 mois	138	9	256	9		
Entre 24 et 35 mois	125	8	209	7		
Il y a 36 mois ou plus	1 089	73	2 336	78		
Nombre d'actes « risqués »	Moyenne	Médiane	Étendue	Moyenne	Médiane	Étendue
	1,5	1	1 à 25	1,6	1	1 à 23

Abbreviations : VHB, virus de l'hépatite B; VHC, virus de l'hépatite C; VIH, virus de l'immunodéficience humaine

Parmi les patients ayant subi un dépistage du VHB, VHC ou VIH après l'envoi des lettres d'avis, il y a eu deux nouveaux diagnostics d'infection au VHC (tableau 2) : un patient avec un ARN positif (indiquant une infection chronique) et un patient avec un ARN négatif (indiquant une infection résolue). Le patient avec une infection chronique au VHC a été référé à un



Tableau 2 : Nombre de patients ayant subi et n'ayant pas subi un acte préoccupant dans les sept jours suivant un patient potentiellement infectieux, par résultat de dépistage du VHB, VHC et VIH six mois après l'envoi des lettres d'avis^a

État d'exposition	Résultat d'analyse pour le VHB ^b (N = 1 466)			Résultat d'analyse pour le VHC ^b (N = 1 441)			Résultat d'analyse pour le VIH ^b (N = 1 251)	
	Infection chronique	Infection résolue (immunité naturelle) ^c	Non infecté	Positif à l'ARN (infection chronique)	Positif pour les anticorps, négatif à l'ARN/inconnu	Non infecté	Infecté	Non infecté
A subi un acte préoccupant dans les sept jours ^d suivant un autre patient avec un résultat d'analyse positif ^d pour le même virus antérieur à son propre acte (exposé)	0	2	153	0	0	78	0	8
N'a pas subi d'acte préoccupant dans les sept jours ^d suivant un autre patient avec un résultat d'analyse positif pour le même virus antérieur à son propre acte (non exposé)	1	26	1 284	5	12	1 346	1	1 242

Abréviations : VHB, virus de l'hépatite B; VHC, virus de l'hépatite C; VIH, virus de l'immunodéficience humaine

^a Ce ne sont pas tous les patients ont subi un dépistage des trois agents infectieux; par conséquent, les totaux des cellules sont différents pour chaque infection

^b Le résultat est le résultat d'analyse six mois après l'envoi de la lettre d'avis; les dénombrements comprennent également les patients ayant reçu un diagnostic de VHB, VHC ou VIH un certain temps après leur acte préoccupant et avant le rappel des patients suite au bris de retraitement des dispositifs médicaux (RDM) critiques réutilisables

^c On a combiné le dénombrement des cas pour l'infection au VHB chronique et l'infection au VHB résolue dans l'analyse, étant donné la durée prolongée du bris de RDM et le moment d'acquisition inconnu de l'infection

^d Cette fenêtre de temps était fondée sur la période de survie probable du virus et la fréquence d'utilisation et de retraitement des instruments critiques réutilisables (la transmission a été considérée uniquement pour la première personne sur laquelle l'instrument a été utilisé; les cycles de retraitement ultérieurs devraient réduire le risque de transmission à nul)

infectiologue par son médecin de famille pour la prise en charge clinique et l'enquête habituelle de santé publique a permis de constater que ce patient présentait d'autres facteurs de risque pour l'infection au VHC (c.-à-d. transmission verticale ou horizontale potentielle par les contacts familiaux). Les dépistages du VHB et du VIH suite au rappel des patients exposés n'ont pas permis d'identifier de nouveaux diagnostics d'infection aiguë ou chronique au VHB ou d'infection au VIH.

Dans l'ensemble, parmi les 4 495 patients possiblement exposés à un dispositif médical critique réutilisable à la clinique, selon les données d'analyse de laboratoire transmises à SPO six mois après l'envoi postal de la lettre d'avis aux patients, la prévalence était de 0,07 %, IC de 95 % (0 à 2,8 %) pour l'infection au VHB (chronique ou résolue), de 0,35 %, IC de 95 % (0,10 à 0,80 %) pour l'infection au VHC (chronique ou résolue) et de 0,08 %, IC de 95 % (0 à 0,49 %) pour l'infection au VIH. Ces résultats sont inférieurs à la prévalence estimée parmi la population canadienne pour le VHB (13), le VHC (14) et le VIH (15,23) et inférieurs aux estimations récentes pour le VHC en Ontario (24).

Parmi les patients diagnostiqués pour la première fois avec une infection au VHB après un acte préoccupant, les risques d'infection au VHB n'étaient pas plus élevés lorsque l'acte s'était déroulé dans les sept jours après un autre acte concernant une personne avec un résultat de dépistage du VHB positif antérieur à son propre acte ($RC_{\text{dans les sept jours}} = 0,62$, IC de 95 % : 0,15 à 2,63). Parce que les patients ayant subi le dépistage après l'envoi de la lettre d'avis étaient en moyenne plus âgés que ceux n'ayant pas subi d'analyse, un rapport de cotes ajusté selon l'âge a été estimé; l'estimation ajustée selon l'âge était semblable

($RC_{\text{dans les sept jours, ajusté selon l'âge}} = 0,59$, IC de 95 % : 0,14 à 2,51). Des résultats statistiquement non significatifs ont également été obtenus en augmentant la fenêtre d'exposition à 28 jours ($RC_{\text{dans les 28 jours, ajusté selon l'âge}} = 1,35$, IC de 95 % : 0,62 à 2,93); l'analyse avec la fenêtre d'un jour n'a pas pu être réalisée car le numérateur était égal à zéro. Des résultats semblables ont été obtenus lorsque l'analyse a été réalisée au niveau de l'acte-patient ($RC_{\text{dans les sept jours, ajusté selon l'âge}} = 0,45$, IC de 95 % : 0,11 à 1,85) plutôt qu'au niveau du patient. Il n'a pas été possible d'estimer les risques de transmission du VHC et du VIH, parce qu'aucun patient n'a d'abord été diagnostiqué avec le VHC ou le VIH après avoir subi un acte préoccupant dans les 28 jours suivant un autre acte concernant un patient avec un résultat de dépistage du VHC ou VIH positif antérieur à son propre acte.

Discussion

En réaction à une plainte relative aux pratiques de PCI, SPO a identifié un manquement aux pratiques de PCI, dont un bris de retraitement des dispositifs médicaux critiques réutilisables, sur quinze ans dans une clinique de médecine familiale. Santé publique Ontario a estimé de manière qualitative que le risque d'infection était « faible » pour le VHB et le VHC, et « très faible » pour le VIH. Les patients possiblement exposés ont été identifiés à l'aide des données de facturation du RASO; ils ont ensuite été avisés individuellement par l'envoi d'une lettre d'avis les informant de leur exposition possible à la suite du bris de RDM et leur recommandant de subir un dépistage pour le VHB, le VHC et le VIH. Six mois après l'envoi des lettres d'avis, seulement 33 % des patients avaient subi un dépistage;



une proportion plus élevée de patients âgés s'était soumise au dépistage recommandé comparativement aux patients plus jeunes. Le dépistage réalisé suite au bris de RDM a permis d'identifier deux nouveaux diagnostics d'infection au VHC (c.-à-d. une infection chronique et une infection résolue); le nouveau cas d'infection chronique au VHC aurait probablement été infecté par une transmission verticale ou intrafamiliale. Le dépistage suite au bris de RDM n'a pas révélé de nouveaux diagnostics d'infection au VHB ou au VIH. La prévalence de l'infection au VHB, VHC et VIH parmi les patients possiblement exposés était inférieure à celle de la population canadienne. Le risque d'infection au VHB n'était pas plus élevé parmi les patients ayant subi un acte préoccupant dans les 7 ou 28 jours suivant un autre acte concernant un patient avec un résultat de VHB positif antérieur à son propre acte. Il n'a pas été possible d'estimer le risque d'infection au VHC et au VIH parce que les nombres étaient insuffisants. L'enquête de Santé publique Ottawa n'a révélé aucune évidence de transmission du VHB, du VHC ou du VIH associée au bris de RDM. Cependant, on ne peut pas complètement exclure la possibilité d'une transmission, puisque seulement le tiers des patients possiblement exposés ont subi les tests de dépistage recommandés.

L'enquête de SPO en lien avec un bris de RDM à une clinique d'endoscopie en 2011, qui avait concerné 6 992 patients (17), parmi lesquels 75 % s'étaient soumis au dépistage du VHB, VHC et VIH, n'avait pas non plus identifié de transmission. De plus, une revue des éclosions de VHB et VHC associées aux soins de santé déclarées au CDC des États-Unis n'a permis d'identifier aucune éclosion de VHB ou de VHC reliée avec un bris de retraitement de dispositifs médicaux critiques réutilisables semblables à ceux concernés par le présent bris de RDM (c.-à-d. des dispositifs médicaux utilisés pour effectuer des interventions chirurgicales mineures) (1). Les écarts entre les pratiques observées et les pratiques exemplaires en matière de PCI associés avec une transmission du VHB et du VHC étaient plutôt liés aux analyses de glycémie au chevet du patient et à la mauvaise utilisation des flacons multidoses et du matériel d'injection (1).

Points forts et limites

Un point fort important de cette enquête était la capacité d'identifier les patients possiblement exposés à partir des données de facturation du RASO. Ce processus pourrait être amélioré si les données du RASO comprenaient un identifiant unique obligatoire pour le milieu de soins où l'acte a été effectué. D'autres points forts comprenaient la centralisation des analyses de dépistage au LSPO, qui a permis de faire le suivi des résultats, ainsi que l'accès aux résultats des analyses de laboratoire précédentes pour identifier les patients possiblement exposés avec un résultat antérieur positif pour le VHB, le VHC ou le VIH. Une limite importante de cette enquête était la participation relativement faible au dépistage et le biais de participation potentiel parce que les patients choisissaient eux-mêmes de subir ou non le dépistage. Les patients qui ont choisi de subir le dépistage étaient en moyenne plus âgés que ceux qui

ne l'ont pas fait; nous avons tenté d'ajuster les résultats de nos analyses pour cette différence en estimant un RC ajusté selon l'âge, qui s'est avéré semblable au RC non-ajusté. À l'exception de l'âge (c.-à-d. la date de naissance), les caractéristiques sociodémographiques des patients potentiellement exposés au bris de RDM n'étaient pas recueillies ni disponibles, et nous n'avons pas pu évaluer si d'autres facteurs étaient associés à la participation au dépistage. De plus, plusieurs facteurs limitaient notre capacité à vérifier l'état d'exposition, ce qui aurait pu mener à une erreur de classification de l'exposition et à une dilution de l'effet : l'incapacité de déterminer quel patient avait été exposé à un instrument donné, parce qu'il n'y avait pas de système de traçabilité des instruments (p. ex. code à barres) en place à cette clinique, le manque d'accès aux résultats négatifs pour le VHB, le VHC et le VIH pour tout test effectué avant le rappel des patients (à l'exception des patients avec un résultat positif pour la même infection, parce que les résultats négatifs n'ont pas à être déclarés à la santé publique), le manque d'information concernant le moment précis auquel les patients ont été infectés par le VHB, VHC ou VIH, et le manque d'information concernant la contagiosité au moment de l'acte préoccupant.

Conclusion

Il est important de partager les résultats des enquêtes à grande échelle suite aux bris de RDM pour que ces résultats puissent contribuer à orienter l'intervention de santé publique lors de futurs bris semblables. Les enquêtes sur les bris de RDM à venir pourraient tirer profit d'une meilleure évaluation du statut infectieux et de l'exposition, par exemple, en ayant accès à l'ensemble des résultats de dépistage du VHB, VHC et VIH (y compris les résultats négatifs) contenus dans les bases de données des laboratoires. De plus, puisque l'évaluation du risque d'infection au VHB, VHC et VIH associé à un bris de RDM constitue un processus imprécis et ce, que l'on utilise une méthode d'évaluation du risque qualitative (25,26) ou quantitative (11,12), une surveillance provinciale des bris de RDM et des interventions de santé publique en lien avec ceux-ci, ainsi que la prise en compte des résultats de ces enquêtes permettraient de renforcer les données probantes qui sous-tendent les évaluations du risque et aiderait au processus décisionnel concernant le rappel et le dépistage des patients.

En Ontario, la prévention des manquements aux pratiques de PCI excède en grande partie le mandat officiel des unités de santé publique; cette responsabilité est surtout celle des gestionnaires des cliniques et fournisseurs de services, des programmes de formation des professionnels de la santé, des organismes d'attribution des permis, des ordres professionnels et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Cela dit, après ce bris de RDM, SPO s'est associé à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et à Santé publique Ontario pour offrir une séance de formation professionnelle continue sur les pratiques exemplaires en matière de PCI à l'intention des médecins de famille d'Ottawa. De plus, SPO a développé et livré une séance de formation pour



les résidents en médecine familiale de l'Université d'Ottawa. Enfin, SPO a évalué les pratiques actuelles et les besoins d'apprentissage en matière de PCI des cliniques médicales et dentaires d'Ottawa (27) dans le but d'orienter de futures interventions visant à améliorer les pratiques de PCI dans ces milieux.

Déclaration des auteurs

Cadieux était l'auteur principal du manuscrit. Friedman a contribué à l'évaluation de l'exposition et du résultat, en plus de fournir de la rétroaction sur le manuscrit. Tilley a réalisé l'évaluation de l'exposition et du résultat, en plus de fournir de la rétroaction sur le manuscrit. Mazzulli a supervisé les analyses de laboratoire et a contribué au manuscrit. McDermaid a réalisé les analyses statistiques et a contribué au manuscrit.

Conflit d'intérêts

Aucun.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier les personnes et organismes ayant participé à l'enquête sur le bris de retraitement des dispositifs médicaux, ainsi que les personnes et collectivités touchées par ce bris.

Financement

Les auteurs ont reçu une aide salariale de leurs organismes respectifs pour réaliser le présent travail.

Références

- Centers for Disease Control and Prevention. Viral Hepatitis. Atlanta (GA): CDC; 2018 (Accédé 2019-04-27). <https://www.cdc.gov/hepatitis/outbreaks/pdfs/healthcareinvestigationtable.pdf>
- Cadieux G, Brown C, Sachdeva H. Enquête des plaintes relatives aux pratiques de prévention et de contrôle des infections par la santé publique en Ontario, de 2015 à 2018. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2019;45(11):318–25. DOI
- Ontario Health Protection and Promotion Act, R.S.O. 1990, c. H.7. Ontario; 1990. <https://www.ontario.ca/laws/statute/90h07/v6>
- Association of Local Public Health Agencies. Milestones and History: History of Public Health Units in Ontario. Toronto (ON): alPHA; 2018 (Accédé 2019-10-29). <https://www.alphaweb.org/page/milestones>
- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario Public Health Standards: Requirements for Programs, Services, and Accountability (Standards). Gov't of Ontario; 2018 (Accédé 2019-09-07). http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/IPAC_Complaint_Protocol_2019_en.pdf
- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Infection Prevention and Control Complaint Protocol, 2019. Gov't of Ontario; 2019 (Accédé 2019-09-07). http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/IPAC_Complaint_Protocol_2019_en.pdf
- Public Health Ontario. IPAC Checklist for Clinical Office Practice: Core Elements. PHO; 2018 (Accédé 2019-09-07). <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/checklist-clinical-office-core.pdf?la=en>
- Provincial Infectious Diseases Advisory Committee. (2013). Best Practices for Cleaning, Disinfection and Sterilization of Medical Equipment/Devices In All Health Care Settings, 3rd edition (Accédé 2019-09-07). <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/bp-cleaning-disinfection-sterilization-hcs.pdf?la=en>
- Provincial Infectious Diseases Advisory Committee. (2015). Infection Prevention and Control for Clinical Office Practice (Accessed: 2019-09-07). <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/bp-clinical-office-practice.pdf?la=en>
- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. (2019). Infection Prevention and Control Disclosure Protocol (Accédé 2019-09-07). http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/Infection_Prevention_and_Control_Disclosure_Protocol_2019_en.pdf
- Weber DJ, Rutala WA. Assessing the risk of disease transmission to patients when there is a failure to follow recommended disinfection and sterilization guidelines. Am J Infect Control 2013 May;41(5 Suppl):S67–71. DOI PubMed
- Rutala WA, Weber DJ. How to assess risk of disease transmission to patients when there is a failure to follow recommended disinfection and sterilization guidelines. Infect Control Hosp Epidemiol 2007 Feb;28(2):146–55. DOI PubMed
- Rotermann M, Langlois K, Andonov A, Trubnikov M. Seroprevalence of hepatitis B and C virus infections: Results from the 2007 to 2009 and 2009 to 2011 Canadian Health Measures Survey. Health Rep 2013 Nov;24(11):3–13. PubMed
- Trubnikov M, Yan P, Archibald C. Estimation de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C au Canada, 2011. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2014;40(19):442–50. DOI



15. Agence de la santé publique du Canada. Résumé : Estimations de l'incidence de la prévalence, et de la proportion non diagnostiquée au VIH au Canada, 2014. Ottawa (ON) : ASPC; 2015 (Accédé 2019-10-29). <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/diseases-conditions-maladies-affections/hiv-aids-estimates-2014-vih-sida-estimations/alt/hiv-aids-estimates-2014-vih-sida-estimations-fra.pdf>
16. U.S. Public Health Service. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR Recomm Rep 2001 Jun;50 RR-11:1–52. [PubMed](#)
17. Willmore J, Ellis E, Etches V, Labrecque L, Osiowy C, Andonov A, McDermaid C, Majury A, Achonu C, Maher M, MacLean B, Levy I. Public health response to a large-scale endoscopy infection control lapse in a nonhospital clinic. Can J Infect Dis Med Microbiol 2015 Mar-Apr;26(2):77–84. [DOI PubMed](#)
18. Bond WW, Favero MS, Petersen NJ, Gravelle CR, Ebert JW, Maynard JE. Survival of hepatitis B virus after drying and storage for one week. Lancet 1981 Mar;1(8219):550–1. [DOI PubMed](#)
19. Ciesek S, Friesland M, Steinmann J, Becker B, Wedemeyer H, Manns MP, Steinmann J, Pietschmann T, Steinmann E. How stable is the hepatitis C virus (HCV)? Environmental stability of HCV and its susceptibility to chemical biocides. J Infect Dis 2010 Jun;201(12):1859–66. [DOI PubMed](#)
20. Doerrbecker J, Friesland M, Ciesek S, Erichsen TJ, Mateu-Gelabert P, Steinmann J, Steinmann J, Pietschmann T, Steinmann E. Inactivation and survival of hepatitis C virus on inanimate surfaces. J Infect Dis 2011 Dec;204(12):1830–8. [DOI PubMed](#)
21. Kamili S, Krawczynski K, McCaustland K, Li X, Alter MJ. Infectivity of hepatitis C virus in plasma after drying and storing at room temperature. Infect Control Hosp Epidemiol 2007 May;28(5):519–24. [DOI PubMed](#)
22. Paintsil E, Binka M, Patel A, Lindenbach BD, Heimer R. Hepatitis C virus maintains infectivity for weeks after drying on inanimate surfaces at room temperature: implications for risks of transmission. J Infect Dis 2014 Apr;209(8):1205–11. [DOI PubMed](#)
23. Agence de la santé publique du Canada. Résumé : Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016. Ottawa (ON) : PHAC; 2018 (Accédé on: 2019-11-09). <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90/pub-fra.pdf>
24. Bolotin S, Feld JJ, Garber G, Wong WW, Guerra FM, Mazzulli T. Population-based estimate of hepatitis C virus prevalence in Ontario, Canada. PLoS One 2018 Jan;13(1):e0191184. [DOI PubMed](#)
25. Patel PR, Srinivasan A, Perz JF. Developing a broader approach to management of infection control breaches in health care settings. Am J Infect Control 2008 Dec;36(10):685–90. [DOI PubMed](#)
26. Centers for Disease Control and Prevention. Steps for Evaluating an Infection Control Breach. Atlanta (GA); CDC; 2012 (Accédé 2019-04-27). https://www.cdc.gov/hai/outbreaks/steps_for_eval_ic_breach.html
27. Cadieux G, Bhatnagar A, Schindeler T, Prematunge C, Perron D, Willmore J. Assessment of the infection prevention and control learning needs of Ottawa community-based healthcare providers. Can J Infect Control 2019;34(3):135–40. <https://www.researchgate.net/publication/337735988>



Optimisation du matériel de communication pour vaincre l'hésitation à la vaccination

Eve Dubé^{1,2*}, Dominique Gagnon¹, Maryline Vivion¹

Résumé

L'hésitation à la vaccination (soit la réticence à accepter les vaccins recommandés) est un problème complexe qui complique la communication des risques pour les autorités sanitaires publiques et les cliniciens. Des études démontrent que fournir trop de données probantes sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins aux personnes hésitantes à la vaccination ne permet pas de diminuer les croyances et craintes associées à l'hésitation. Le présent document a pour objectif de décrire les bonnes pratiques en matière d'élaboration de matériel de communication visant à contrer l'hésitation à la vaccination.

Nous avons évalué un échantillon de matériel de communication sur la vaccination utilisé au Canada en s'appuyant sur les recommandations d'un comité d'experts sur l'efficacité de la communication des risques pour les produits de santé du Conseil des académies canadiennes (2015). Plusieurs produits de communication actuels pourraient être améliorés si on se conformait aux pratiques d'excellence en matière de communication des risques fondées sur des données probantes. Nous avons désigné cinq pratiques d'excellence. Premièrement, déterminer le public cible et établir la confiance. Deuxièmement, fournir de l'information tant sur les risques que les avantages de la vaccination, puisque la plupart des gens souhaitent obtenir des renseignements nuancés. Troisièmement, présenter les faits avant de parler des mythes. Quatrièmement, utiliser des supports visuels. Cinquièmement, tester le matériel de communication avant le lancement.

Mettre ces pratiques d'excellence en œuvre avec les produits de communication actuels ou à venir aidera les vaccinoteurs (dont les médecins, infirmiers praticiens, pharmaciens et professionnels de la santé publique) à créer du matériel de communication sensible aux moyens complexes que les personnes utilisent pour traiter et valoriser l'information et, par conséquent, plus susceptible d'optimiser l'adoption des vaccins au sein de leur collectivité.

Citation proposée : Dubé E, Gagnon D, Vivion M. Optimisation du matériel de communication pour vaincre l'hésitation à la vaccination. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2020;46(2/3):54–9.

<https://doi.org/10.4745/ccdr.v46i23a05f>

Mots-clés : hésitation à la vaccination, communication, adoption des vaccins, produits d'information, communication des risques, acceptation des vaccins, désinformation au sujet des vaccins

Introduction

Des études démontrent que fournir des données probantes sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins aux personnes hésitantes à la vaccination a peu fait pour diminuer les croyances et craintes associées à l'hésitation. Des études antérieures démontrent que les messages qui donnent de l'information sur les vaccins et en font la promotion avec trop d'agressivité peuvent s'avérer contre-productifs avec les personnes qui hésitent déjà (1). Donner trop d'information peut même encourager l'hésitation (2). Pour aborder cet effet paradoxal de certains outils de communication, nous avons fait de la recherche pour connaître les techniques et stratégies de communication les

plus efficaces. Fischhoff et ses collègues (3) ont compilé les conclusions de recherche sur ce qui fonctionne (ou pas) en communication des risques pour la santé. Le comité d'experts sur l'efficacité de la communication des risques pour les produits de santé du Conseil des académies canadiennes (4) les a adoptés en tant que bonnes pratiques. Dans le but d'explorer la façon dont le matériel de communication canadien reflète ces pratiques d'excellence, nous avons évalué un échantillon de matériel de communication utilisé au Canada sur la vaccination (sites Web, fiches d'information, affiches, vidéos, etc.) à l'aide des bonnes pratiques de Fischhoff (3).

Cette œuvre est mise à la disposition selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0



Affiliations

¹ Institut national de santé publique du Québec, Québec, QC

² Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval, Québec, QC

*Correspondance :

eve.dube@inspq.qc.ca



Bien que la communication de l'information soit l'un des principaux outils à la disposition des vaccinateurs, il est peu probable que l'information seule change l'acceptation des vaccins de manière spectaculaire. En raison de la quantité de ressources humaines et financières investies dans l'élaboration et la diffusion du matériel de communication sur la vaccination, il est toutefois essentiel d'optimiser ces outils pour veiller à ce qu'ils fonctionnent selon les attentes. Le présent document a pour objectif de décrire les bonnes pratiques en matière d'élaboration de matériel de communication visant à vaincre l'hésitation à la vaccination (5,6).

Observations générales

Notre analyse indique qu'on pourrait améliorer le matériel de communication actuel au Canada pour mieux correspondre aux pratiques d'excellence établies en matière de communication des risques. Nous constatons que la plupart des outils de communication sont axés sur les maladies pouvant être prévenues par un vaccin, les risques associés aux événements indésirables et la réfutation des mythes courants. En général, les démarches utilisées pour réfuter les mythes sont axées sur le mythe même plutôt que sur les bons renseignements. Nous constatons que l'information sur le risque est surtout qualitative (p. ex. « le risque d'événement indésirable après l'immunisation est faible » ou « les maladies qu'on peut éviter avec les vaccins peuvent provoquer une pneumonie, la surdité, des lésions cérébrales, des troubles cardiaques, la cécité et la paralysie chez les enfants qui ne sont pas protégés »). Peu des outils utilisés font usage de probabilités pour quantifier les risques. Lorsqu'il y a des probabilités, elles sont unidirectionnelles (p. ex. présenter uniquement le risque de maladie ou le nombre de cas lors d'une écloison) plutôt que bidirectionnelles (p. ex. présenter le risque de maladie et le risque d'événement indésirable après l'immunisation). Seule une minorité du matériel utilise des graphiques ou des vidéos.

Nous avons ensuite procédé à un balayage limité du matériel international, pour découvrir que certains outils de communication sont conformes à ces pratiques d'excellence et nous pourrions les adapter à l'intention des parents canadiens (p. ex. <http://talkingaboutimmunisation.org.au/>).

Pratiques d'excellence

Pour contrer l'hésitation à la vaccination, il faut des stratégies sur mesure mises à l'essai, fondées sur des données probantes et qui reconnaissent que l'hésitation à la vaccination est complexe et propre au contexte, en plus de varier selon le temps, le lieu et le type de vaccin (7).

1. Déterminer le public cible et établir la confiance

« Comprendre le point de vue des personnes visées par les services d'immunisation et leur mobilisation vis-à-vis la question », écrit Goldstein et ses collègues, « est tout aussi important que l'information que les experts souhaitent communiquer. » (8). La quantité, le contenu et le type d'information nécessaires pour convaincre une personne hésitante à la vaccination d'accepter les vaccins diffèrent beaucoup des renseignements fondamentaux dont une personne déjà favorable à la vaccination et qui a l'intention de se faire vacciner a besoin. Les études indiquent que les personnes hésitantes à la vaccination sont des « chercheurs d'information actifs » qui recherchent des renseignements « nuancés » présentant les avantages et inconvénients de la vaccination, et ce, pour faire un choix éclairé (9,10). D'habitude, leurs besoins en information ne sont pas comblés par l'information habituelle des autorités sanitaires publiques, et ce, puisqu'en général, ces renseignements ne font pas référence à des études scientifiques et on les perçoit souvent comme axés sur les avantages des vaccins sans discuter de leurs risques potentiels (7). Il faut des stratégies particulières pour les personnes qui sont fortement contre la vaccination. Ce n'est pas l'objet du présent document, mais nous en parlerons dans un résumé à venir du CANVax.

Un facteur clé qui influence le processus décisionnel en matière de vaccination est la confiance envers l'efficacité et l'innocuité des vaccins, le système qui les fournit (dont la fiabilité et la compétence des services de santé et des professionnels de la santé) et les motivations des décideurs politiques, qui décident quels sont les vaccins nécessaires, (où et quand) (11). De nombreuses études démontrent que l'hésitation à la vaccination ne découle pas du fait d'être mal informé, mais reflète plutôt un manque de confiance général envers les médecins, les sources publiques et les sociétés pharmaceutiques (12–14). Dans ce contexte, la crédibilité perçue des établissements qui fournissent les renseignements sur la vaccination est souvent plus importante que l'information même (15), ce qui met en lumière l'importance de la transparence et de l'honnêteté (16). Il est également essentiel de présenter à la fois les avantages et préjudices potentiels des vaccins. Des études d'autres pays indiquent qu'il s'agit d'une démarche prometteuse pour accroître l'acceptation des vaccins (17–19).

La recherche démontre que les personnes confrontées à de l'information qui contredit leurs valeurs peuvent se sentir menacées et réagir de manière défensive. Cette situation crée de la résistance, ce qui renforce leurs croyances initiales et réduit les chances de se livrer au comportement souhaité (c.-à-d. l'acceptation de la vaccination) (20). Cependant, on peut structurer les messages de façon à aborder les valeurs des patients et à favoriser la confiance (21). Par exemple, lorsqu'on a présenté la vaccination pour le virus du papillome humain en tant que vaccination pour prévenir le cancer, il y a eu moins



de résistance que lorsqu'on la présentait comme moyen de prévention des infections transmissibles sexuellement (22).

2. Fournir tant les risques que les avantages de la vaccination

Fournir de l'information sur les risques et avantages de la vaccination n'est pas aussi simple qu'il y paraît (3). Lorsqu'ils élaborent du matériel de communication, les professionnels de la santé doivent se montrer sensibles aux moyens complexes que les personnes utilisent pour traiter et intégrer l'information. Il ne faut pas présumer que « les chiffres parleront d'eux-mêmes ». La manière dont le message est élaboré est aussi importante que le contenu (23) : tandis que le contenu des outils doit être fondé sur les données probantes scientifiques accessibles, l'élaboration doit se fonder sur la communication des risques (24).

Les pratiques d'excellence qui découlent de cette revue de la littérature comprennent fournir des données sur les risques et avantages de la vaccination, de même que fournir des renseignements qualitatifs essentiels :

- Fournir la probabilité numérique des risques et avantages de la vaccination

Les outils doivent définir clairement tant les risques que les conséquences potentielles du fait de ne pas être vacciné (risques de maladies pouvant être prévenues par les vaccins), ainsi que les risques d'événement indésirable après la vaccination. Il faut le faire non seulement avec des mots, mais aussi avec des chiffres. Il faut garder les dénominateurs constants (p. ex. un sur 10 000; 25 sur 10 000) et utiliser des nombres entiers au lieu de fractions ou de décimales (25,26).

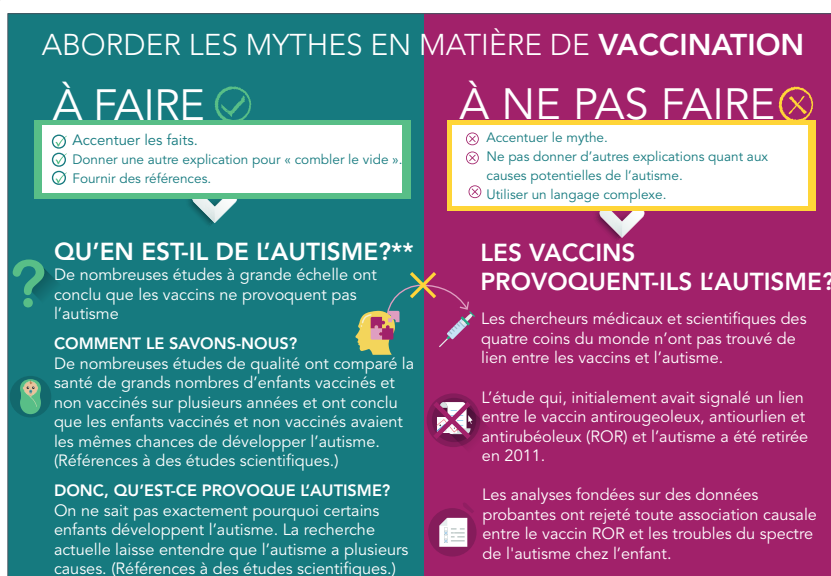
- Fournir des renseignements qualitatifs essentiels

Le matériel ne doit pas seulement présenter de l'information numérique qualitative sur les risques et avantages de la vaccination, mais également fournir de l'information qualitative visant à présenter les données probantes qui appuient ces estimations. Il faut mettre l'accent sur les renseignements essentiels et la raison pour laquelle il est essentiel que les gens les comprennent dans le but de prendre leur décision en matière de vaccination. Par exemple, les personnes pourraient ne pas réaliser que leur décision de vaccination individuelle a des répercussions sur l'immunité collective ou les parents pourraient ne pas comprendre qu'ils ont le choix de reporter la vaccination.

3. Présenter les faits d'abord, puis aborder les mythes

Un des principaux objectifs de la plupart des outils de communication sur la vaccination est de « corriger » les idées fausses en matière de vaccination. Toutefois, il faut concevoir le matériel de communication avec soin, et ce, puisque les tentatives pour contrer un mythe pourraient plutôt le renforcer (20). Lors de l'élaboration du matériel de communication, nous devons mettre l'accent sur les faits et non sur les mythes. La technique commune de mettre les mythes sur la vaccination en tête d'affiche en grosses lettres ne constitue pas la meilleure stratégie, puisque les gens se souviendront des mythes et non des faits. À la place, il faut communiquer le fait principal en tête d'affiche, puis suivre avec une explication alternative. Lorsqu'un mythe est démonté, on crée un vide dans l'esprit de la personne. Pour être efficace, le matériel de communication doit ensuite combler ce vide (figure 1).

Figure 1 : Aborder les mythes en matière de vaccination



Source : Adapté de http://adelaidephn.com.au/assets/What_autism.pdf

4. Utiliser des aides visuelles

Les aides visuelles telles que les infographies et les vidéos peuvent parfaire la compréhension de l'information complexe sur les risques. Les études démontrent que les aides visuelles peuvent aider les personnes à comprendre les risques pour la santé, en particulier celles dont les aptitudes en calcul sont faibles (27,28). Les aides visuelles comprennent les vidéos, les images, les grilles d'icônes (c.-à-d. une image qui utilise une forme répétée un nombre précis de fois, en général 10, 100 ou 1,000, avec certaines des formes modifiées, d'habitude d'une couleur différente, pour représenter une proportion) ou infographies (c.-à-d. une combinaison d'images et de texte visant à résumer rapidement une grande quantité d'information). Les graphiques peuvent faciliter la compréhension des renseignements numériques et les pictogrammes constituent la meilleure stratégie pour communiquer à la fois le point principal (la signification) et le compte rendu textuel (l'information exacte) (figure 2).

Figure 2 : Une brève introduction à la sécurité des vaccins par Immunisation Canada



Source : Source: <https://www.youtube.com/watch?v=oTECvMGO8k>

5. Mettre la communication à l'essai avant le lancement

Il est important de tester le matériel de communication avant le lancement pour s'assurer qu'il fonctionne comme prévu pour le public cible. Les résultats peuvent surprendre – une étude indique que l'information donnée en formats de fréquence (p. ex. un nourrisson sur 10 aura de la fièvre après un vaccin) est perçue comme plus risquée que la même information transmise en termes probabilistes (p. ex. 10 % des nourrissons auront de la fièvre après un vaccin) (27). De plus, les études indiquent que jusqu'à un adulte sur deux ne possède pas les aptitudes nécessaires pour interpréter les probabilités et autres concepts mathématiques (27,28).

- Utiliser du matériel de communication clair et facile à comprendre

Il faut utiliser un langage simple, des phrases courtes et des sous-titres. On évite le langage dramatique et les commentaires désobligeants qui sèment la discorde. Il importe que les chiffres utilisés soient faciles à comprendre (28).

- Éviter d'obtenir l'effet inverse

En ce qui concerne les personnes qui ont des idées toutes faites, les confronter à des contre-arguments peut entraîner le renforcement de leurs idées (29). Il est important de tester le matériel de communication, et ce, puisque même les efforts conçus avec soin pour influencer les personnes qui ont des croyances inexacts peuvent, en fait, consolider ces croyances (29).

Conclusion

Il ne faut pas uniformiser les messages sur les risques, puisque les approches personnalisées sont les plus efficaces. La plupart des gens recherchent des renseignements équilibrés sur les vaccins lorsqu'ils décident de les accepter ou non. Les gens font confiance à leur professionnel de santé lorsqu'il leur affirme qu'il y a de la désinformation au sujet des vaccins. Les personnes avec des opinions solides contre la vaccination pourraient ne pas changer d'avis, peu importe le message ou la façon dont il est communiqué; par conséquent, des messages courts pourraient suffire. Pour aborder l'éventail des croyances qui contribuent à l'hésitation à la vaccination, il faut du matériel de communication sur mesure et ciblé vis-à-vis ces systèmes de connaissances différents et les besoins d'information et préférences uniques de collectivités particulières (8,23). Les mises à jour sur ce sujet publiées seront sur le site Web de CANVax (5).

Déclaration des auteurs

E. D. — Conceptualisation, supervision, rédaction (première ébauche)

D. G. — Rédaction (révision et mise en forme)

M. V. — Conservation des données, analyse formelle, rédaction (révision et mise en forme)

Conflit d'intérêts

Le D^{re} Dubé fait état de subventions de l'Agence de la santé publique du Canada, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, du Fonds de recherche en santé du Québec, des Instituts de recherche en santé du Canada, du Réseau canadien de recherche sur l'immunisation et du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Le D^{re} Vivion mentionne des subventions de l'Association canadienne de santé publique et du Réseau canadien de recherche sur l'immunisation au cours de l'étude.



Financement

L'analyse du matériel de communication a reçu l'appui du Réseau canadien de recherche sur l'immunisation en vertu de la subvention 385094. La création des résumés du CANVax est appuyée par le Fonds de partenariat d'immunisation de l'Agence de la santé publique du Canada.

Références

1. Nyhan B, Reifler J. Does correcting myths about the flu vaccine work? An experimental evaluation of the effects of corrective information. *Vaccine* 2015 Jan;33(3):459–64. DOI PubMed
2. Scherer LD, Shaffer VA, Patel N, Zikmund-Fisher BJ. Can the vaccine adverse event reporting system be used to increase vaccine acceptance and trust? *Vaccine* 2016 May;34(21):2424–9. DOI PubMed
3. Fischhoff B, Brewer N, Downs J, editors. *Communicating Risks and Benefits: An Evidence-based User's Guide*. Silver Springs (MD): US Department of Health and Human Services; 2011. <https://www.fda.gov/media/81597/download>
4. Council of Canadian Academies. *The Expert Panel on the Effectiveness of Health Product Risk Communication. Health Product Risk Communication: Is the Message Getting Through?* Ottawa (ON): CCA, 2015. <https://cca-reports.ca/reports/health-product-risk-communication-is-the-message-getting-through/>
5. CANVax. Centre canadien de ressources et d'échange sur les données probantes en vaccination. Ottawa (ON). <https://www.canvax.ca/fr>
6. MacDonald NE, Dubé E. Nouvelle ressource permettant de résumer les données sur la vaccination provenant du Centre canadien de ressources et d'échange sur les données probantes en vaccination (CANVax). *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2020;46(1):17–21. DOI
7. MacDonald NE; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine* 2015 Aug;33(34):4161–4. DOI PubMed
8. Goldstein S, MacDonald NE, Guirguis S; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Health communication and vaccine hesitancy. *Vaccine* 2015 Aug;33(34):4212–4. DOI PubMed
9. Wheeler M, Bутtenheim AM. Parental vaccine concerns, information source, and choice of alternative immunization schedules. *Hum Vaccin Immunother* 2013 Aug;9(8):1782–9. DOI PubMed
10. Sobo EJ, Huhn A, Sannwald A, Thurman L. Information curation among vaccine cautious parents: Web 2.0, Pinterest thinking, and pediatric vaccination choice. *Med Anthropol* 2016 Nov-Dec;35(6):529–46. DOI PubMed
11. Dubé E, Vivion M, Sauvageau C, Gagneur A, Gagnon R, Guay M. "Nature Does Things Well, Why Should We Interfere?": Vaccine Hesitancy Among Mothers (Canada). *Qual Health Res* 2016 Feb;26(3):411–25. DOI PubMed
12. Attwell K, Ward PR, Meyer SB, Rokkas PJ, Leask J. "Do-it-yourself": vaccine rejection and complementary and alternative medicine (CAM). *Soc Sci Med* 2018 Jan;196:106–14. DOI PubMed
13. Ward PR, Attwell K, Meyer SB, Rokkas PJ, Leask J. Risk, responsibility and negative responses: a qualitative study of parental trust in childhood vaccinations. *J Risk Res* 2017;21(9):1117–30. DOI
14. Attwell K, Leask J, Meyer SB, Rokkas P, Ward P. Vaccine Rejecting Parents' Engagement With Expert Systems That Inform Vaccination Programs. *J Bioeth Inq* 2017 Mar;14(1):65–76. DOI PubMed
15. Yaqub O, Castle-Clarke S, Sevdalis N, Chataway J. Attitudes to vaccination: a critical review. *Soc Sci Med* 2014 Jul;112:1–11. DOI PubMed
16. MacDonald NE, Smith J, Appleton M. Risk perception, risk management and safety assessment: what can governments do to increase public confidence in their vaccine system? *Biologicals* 2012 Sep;40(5):384–8. DOI PubMed
17. Haase N, Schmid P, Betsch C. Impact of disease risk on the narrative bias in vaccination risk perceptions. *Psychol Health* 2019 Sep; (epub ahead of print):1–20. DOI PubMed
18. Nan X, Madden K. HPV Vaccine Information in the Blogosphere: How Positive and Negative Blogs Influence Vaccine-Related Risk Perceptions, Attitudes, and Behavioral Intentions. *Health Commun*. Nov;27(8):829–36. DOI
19. Daley MF, Narwaney KJ, Shoup JA, Wagner NM, Glanz JM. Addressing Parents' Vaccine Concerns: A Randomized Trial of a Social Media Intervention. *Am J Prev Med* 2018 Jul;55(1):44–54. DOI PubMed
20. Cook J, Lewandowsky S. *The Debunking Handbook*. St. Lucia, Australia: University of Queensland, 2011. https://skepticalscience.com/docs/Debunking_Handbook.pdf
21. Kahan DM. Social science. A risky science communication environment for vaccines. *Science* 2013 Oct;342(6154):53–4. DOI PubMed
22. Vorpahl MM, Yang JZ. Who Is to Blame? Framing HPV to Influence Vaccination Intentions among College Students. *Health Commun* 2018 May;33(5):620–7. DOI PubMed
23. Parrish-Sprowl J. Vaccine hesitancy communication: what counts as evidence. *Vaccine* 2018 Oct;36(44):6529–30. DOI PubMed
24. Thomson A, Vallée-Tourangeau G, Suggs LS. Strategies to increase vaccine acceptance and uptake: from behavioral insights to context-specific, culturally-appropriate, evidence-based communications and interventions. *Vaccine* 2018 Oct;36(44):6457–8. DOI PubMed



25. Downs J, Fischhoff B. Qualitative Information. In: Fischhoff B, Brewer N, Downs J, editors. Communicating Risks and Benefits: An Evidence-based User's Guide Silver Springs: US Department of Health and Human Services; 2011 (Chapter 8). <https://www.fda.gov/about-fda/reports/communicating-risks-and-benefits-evidence-based-users-guide>
26. Fagerlin A, Peters E. Quantitative Information. In: Fischhoff B, Brewer N, Downs J, editors. Communicating Risks and Benefits: An Evidence-based User's Guide. Silver Springs: US Department of Health and Human Services; 2011 (Chapter 7). <https://www.fda.gov/about-fda/reports/communicating-risks-and-benefits-evidence-based-users-guide>
27. Peters E. Numeracy and the perception and communication of risk. Ann N Y Acad Sci 2008 Apr;1128:1–7. DOI PubMed
28. Peters E. Beyond comprehension: the role of numeracy in judgments and decisions. Curr Dir Psychol Sci 2012;21(1):31–5. DOI
29. Nyhan B, Reifler J, Richey S, Freed GL. Effective messages in vaccine promotion: a randomized trial. Pediatrics 2014 Apr;133(4):e835–42. DOI PubMed



Des partenariats efficaces pour répondre aux priorités de santé publique

Source : Awale J, Choudhary M, Solomon R, Chaturvedi A. *Effective Partnership Mechanisms: A Legacy of the Polio Eradication Initiative in India and Their Potential for Addressing Other Public Health Priorities*. *Am J Trop Med Hyg*. Oct. 2019;101(4_Suppl):21–32. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.18-0938>. (En anglais seulement).

Si de nombreux facteurs ont contribué au succès de l'élimination de la poliomyélite en Inde, les mécanismes de partenariat et de coordination à plusieurs niveaux qui ont évolué au fil des ans en ont été un élément important. Les leçons tirées de ces mécanismes de partenariat et de coordination entre les diverses parties prenantes impliquées dans la prestation de services, la surveillance, la mobilisation communautaire et la gouvernance méritent d'être documentées comme la contribution du programme. Cet article examine les divers processus et techniques adoptés pour établir des partenariats et des mécanismes de coordination solides entre les parties prenantes en optimisant leurs points forts et en saisissant les occasions qui mènent à l'éradication de la poliomyélite en Inde. Des données secondaires et l'analyse documentaire des rapports, des documents et des articles pertinents ont été adoptées comme méthodologie pour l'élaboration de cet article de recherche. L'article fournit un cadre conceptuel modèle pour les partenariats et l'applique aux partenariats du projet sur la poliomyélite de CORE Group (CGPP) en Inde et aux partenariats entre les parties prenantes pour l'éradication de la polio en Inde. Les apprentissages et l'expertise du CGPP en matière d'élaboration, de gestion et d'entretien de partenariats peuvent être adaptés et reproduits pour l'élimination ou le contrôle d'autres maladies (en particulier celles qui sont évitables par la vaccination ainsi que la tuberculose et les maladies à transmission vectorielle) et pour mettre fin aux décès évitables des enfants et des mères.

L'impact des partenariats médico-légaux pour améliorer les résultats de santé

Source : Muñoz-Laboy M, Martínez O, Davison R, Fernandez I. *Examining the impact of medical legal partnerships in improving outcomes on the HIV care continuum: rationale, design and methods*. *BMC Health Serv Res*. 20 nov. 2019;19(1):849. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4632-x>. (En anglais seulement).

Contexte : Nous avons constaté, au cours des deux dernières décennies, une augmentation à l'échelle nationale du recours aux partenariats médico-légaux (PML) visant à remédier aux disparités en santé qui touchent les populations vulnérables. Ces partenariats avec des professionnels du droit renforcent l'aptitude des équipes médicales à faire face aux menaces sociales et environnementales qui pèsent sur la santé des patients, telles que les conditions de logement dangereuses. Malgré l'expansion de l'utilisation des modèles de soins de PML dans les milieux de soins de santé, l'efficacité des PML concernant les résultats pour la santé n'a pas encore été examinée, particulièrement pour les maladies chroniques complexes comme le VIH.

Méthodologie : Cette étude à méthodes mixtes en cours a recours à des méthodologies institutionnelles d'étude de cas et de cartographie des interventions pour développer un modèle logique de partenariat médico-légal correspondant au contexte du VIH. Des données qualitatives organisationnelles à jour ont été recueillies. Voici les prochaines étapes de cette étude : (1) recrutement de 100 prestataires de PML dans le cadre d'une enquête nationale sur les cliniques, les organisations communautaires et les hôpitaux; (2) entrevues approfondies de 50 dyades de prestataires de services de PML et clients vivant avec le VIH pour évaluer l'impact potentiel à grande échelle des partenariats juridiques sur les besoins non satisfaits de cette population; et (3) élaboration d'un modèle d'intervention des PML pour améliorer la continuité des soins en matière de VIH en utilisant la cartographie des interventions.

Discussion : L'étude proposée est très importante parce qu'elle cible une population vulnérable, les PVVS, et qu'elle consiste en un travail de formation et de développement pour étudier l'impact des PML sur les résultats sanitaires, juridiques et psychosociaux au sein de cette population. Les PML offrent une approche intégrée de la prestation des soins de santé qui semble prometteuse pour répondre aux besoins des PVVS, mais qui n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation rigoureuse dans cette population.



Nouveau coronavirus de 2019 : Mise à jour sur l'éclosion

Source : Gouvernement du Canada. [Nouveau coronavirus de 2019: Mise à jour sur l'éclosion](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html); 2020 fév 04. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html>

Surveillance de l'infection au nouveau coronavirus 2019 par le Canada

L'Agence de la santé publique du Canada travaille de pair avec les provinces et territoires, et des partenaires internationaux, dont l'Organisation mondiale de la Santé, pour surveiller de près la situation.

L'administratrice en chef de la santé publique maintient des contacts étroits avec les médecins hygiénistes en chef des provinces et des territoires pour s'assurer que tous les cas de nCoV-2019 recensés au Canada continuent d'être rapidement détectés et gérés, afin d'ultimement protéger la santé des Canadiens.

Pour en savoir plus, visitez la page Réponse du Canada.

Risque pour les Canadiens

L'ASPC a évalué le risque pour la santé publique associé au nCoV-2019 comme étant faible pour le Canada.

Dans l'ensemble, le risque pour les voyageurs canadiens à l'étranger est faible. Le risque pour les voyageurs canadiens se rendant en Chine est jugé élevé. Le gouvernement du Canada recommande d'éviter :

- **tout voyage non essentiel** en Chine
- **tout voyage** dans la province du Hubei, en Chine, y compris dans la ville de Wuhan

Une évaluation du risque sera effectuée au fur et à mesure que de nouveaux renseignements sont disponibles.

Histoire

Le 31 décembre 2019, l'Organisation mondiale de la Santé a été alertée de plusieurs cas de pneumonie à Wuhan, en Chine. Le virus ne correspondait à aucun autre virus connu. Le 7 janvier 2020, la Chine a confirmé avoir détecté le nCoV-2019.

Veuillez consulter [les conseils de santé aux voyageurs](https://voyage.gc.ca/voyager/sante-securite/conseils-sante-voyageurs/210) (<https://voyage.gc.ca/voyager/sante-securite/conseils-sante-voyageurs/210>) pour plus d'information, si vous envisagez de vous rendre en Chine.



Relevé des maladies transmissibles au Canada 2020:46(1) Erratum

Équipe de rédaction du *Relevé des maladies transmissibles*

Vol. 46, No. 1

Dans le rapport « *Rapport national de mi-saison sur la grippe, 2019–2020* », à la page 28, il faut lire « Ceci est un résumé de la saison de la grippe au Canada basé sur les données de surveillance disponibles du 25 août au 14 décembre 2019 (semaines épidémiologiques 35 à 50) et sur les données de caractérisation des souches et de tests antiviraux disponibles du 1^{er} septembre au 19 décembre 2019 (1)... au lieu de « Il s'agit ici d'un résumé... les rapports hebdomadaires FluWatch préparés par l'Agence de la santé publique du Canada (1) ».

À la page 28, il faut lire « Le Laboratoire national de microbiologie (LNM) a caractérisé 159 virus de la grippe (78 A(H3N2), 45 A(H1N1)... » au lieu de 45 A(H3N2).

À la page 31, référence 8, il faut lire « Allen UD » au lieu de « Upton DA ».

Cette correction a été apportée à la version en ligne à partir du 6 février 2020.

DOI: <https://doi.org/10.14745/ccdr.v46i01a05f>

RMTC

RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA

Agence de la santé publique du Canada
130, chemin Colonnade
Indice de l'adresse 6503B
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
phac.ccdr-rmtc.aspc@canada.ca

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens au moyen du leadership, de partenariats, de l'innovation et de la prise de mesures dans le domaine de la santé publique.

Agence de la santé publique du Canada
Publication autorisée par la ministre de la Santé.

© Cette œuvre est mise à la disposition selon les termes de la licence internationale [Creative Commons Attribution 4.0](#)

On peut aussi consulter cette publication en ligne :
<https://www.canada.ca/rmtc>

Also available in English under the title:
Canada Communicable Disease Report