



MADO D'INTÉRÊT – REHAUSSER LA VIGILANCE



TULARÉMIE SUR LA CÔTE-NORD - UN CAS HUMAIN RAPPORTÉ

CONTEXTE

Depuis le début de l'automne 2015, [trois lièvres infectés par la tularémie](#) ont été répertoriés sur la Côte-Nord et **un cas humain** a été déclaré chez un trappeur de la région. Comme la saison de la chasse et du piégeage bat son plein, une vigilance accrue s'impose.

Causée par la bactérie *Francisella tularensis*, la tularémie peut toucher de nombreux mammifères, mais s'observe principalement chez les lièvres, les castors, les rats musqués et d'autres petits rongeurs. On trouve également la bactérie chez certains invertébrés, comme les tiques. Celles-ci contaminent souvent les lièvres qui, par la suite, meurent rapidement.

MODES DE TRANSMISSION

Site d'entrée	Mode de transmission
Peau	Inoculation : La plupart du temps, par contact de la peau avec la fourrure ou les viscères de lièvres malades ou porteurs. Le passage du germe s'effectue à travers la peau saine (même sans excoriations) et à travers les muqueuses.
Tractus gastro-intestinal (rare)	Ingestion de viande insuffisamment cuite ou absorption d'eau contaminée.
Yeux	Manipulation d'animaux infectés.
Voies respiratoires	Inhalation (aérosols) de gouttelettes contaminées qui se localisent dans l'appareil respiratoire et qui peuvent atteindre la circulation sanguine par les vaisseaux lymphatiques, provoquant ainsi une bactériémie.

PRÉVENTION DES INFECTIONS

Même s'il n'existe aucun cas rapporté de transmission de personne à personne, on doit porter une attention particulière aux exsudats provenant des ulcères, des ganglions lymphatiques ou du sac conjonctival. L'application rigoureuse des pratiques de base est requise, notamment :

- Port de gants lors de la réfection du pansement;
- Port de la blouse, du masque chirurgical et d'une protection oculaire selon le risque de projection d'éclaboussures;
- Lavage des mains.

LA TULARÉMIE NE SE TRANSMET PAS DE PERSONNE À PERSONNE

La dose infectieuse est extrêmement faible : une très petite quantité de bactéries peut causer la tularémie chez l'humain, soit une à dix bactéries. En comparaison, 10 000 bactéries sont nécessaires pour causer une salmonellose et au-dessus d'un million de bactéries pour une infection par *E. coli*. La bactérie peut également persister longtemps dans l'environnement (ex. : jusqu'à quatre semaines à l'intérieur d'une carcasse en décomposition) et résiste au froid et à la congélation.

PERSONNES À RISQUE

Considérant les multiples voies de transmission, toute personne exposée à la faune sauvage court un risque de contracter la tularémie, par exemple lors de :

- Randonnée dans les bois;
- Préparation d'un petit gibier pour la consommation;
- Contact direct avec des animaux sauvages ou morts.

PÉRIODE D'INCUBATION

En moyenne de trois à cinq jours, mais peut s'étendre de un à 21 jours.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

Après une courte incubation apparaissent de la fièvre, des frissons et des malaises généraux (céphalée, myalgie, nausées, etc.). Par la suite, l'une des formes cliniques suivantes se développe, selon la voie d'entrée et la virulence de la souche en cause.

FORME	SIGNE CLINIQUE/SYMPTÔME
Ulcéroganglionnaire (75 à 85 % des cas)	<ul style="list-style-type: none"> • Lésion maculaire érythémateuse dans les premiers 48 heures; ulcération au site d'inoculation • Adénopathie régionale douloureuse • Fièvre soudaine persistante (40-41°C) • Hépatosplénomégalie (rare) • Lymphangite (rare)
Ganglionnaire (5 à 10 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Adénopathie sans lésion de la peau • Fièvre soudaine persistante (40-41°C) • Hépatosplénomégalie
Oculoganglionnaire (1 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Souvent unilatéral • Douleur, congestion, prurit des yeux, larmoiement, écoulement mucopurulent, photophobie
Typhoïdique (entérique) (5 à 15 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre, malaises, myalgie, céphalée, toux non productive
Oropharyngée (rare)	<ul style="list-style-type: none"> • Pharyngo-amygdalite • Adénopathie cervicale
Pleuropulmonaire (complication)	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie : survient dans 30 à 60 % des personnes atteintes de la forme typhoïdique et dans 10 à 15 % des cas de la forme ulcéroganglionnaire. • Souvent non spécifique : toux sèche, expectorations mucoïdes.

DIAGNOSTIC

Avec l'histoire clinique (notion de contact avec des animaux ou des tiques) et l'examen physique, le diagnostic repose sur l'identification de l'agent infectieux par :

- Sérologie (méthode de choix) : L'épreuve d'agglutination donne un diagnostic fiable. Les titres sont, dans la majorité des cas, positifs deux semaines après l'apparition de la maladie et atteignent leur maximum au bout de quatre à huit semaines. Ils peuvent rester élevés durant de nombreuses années;
- Culture (difficile) : Ensemencement du spécimen biologique (pus ou tout exsudat provenant des ulcères ou des ganglions lymphatiques) directement sur un milieu de culture.

TRAITEMENT... EN BREF

Plusieurs antibiotiques peuvent être utilisés dans le traitement de la tularémie, dont la streptomycine, la gentamicine, la doxycycline et la ciprofloxacine. Un microbiologiste infectiologue peut être consulté au besoin.



QUOI FAIRE EN PRÉVENTION

De simples gestes comme porter des gants imperméables, des lunettes et un masque lors de la manipulation de carcasses animales ou humecter la fourrure avant l'éviscération et l'écorchage permettent de minimiser les risques de transmission.

Pour plus de conseils de prévention, veuillez consulter le site Internet du [Ministère des Forêts, de la Faune et des Parcs](#).



LA COQUELUCHE

L'épidémiologie actuelle de la coqueluche au Québec indique une **période d'activité accrue**. À ce jour, 641 cas incluant deux décès, ont été répertoriés dans la province, comparativement à

239 en 2014. Sur la Côte-Nord, deux cas confirmés ont été signalés depuis le début de l'année 2015.

La coqueluche est une maladie infectieuse très contagieuse causée par la bactérie *Bordetella pertussis*. Elle se transmet par contact avec les gouttelettes présentes dans l'air, provenant du nez et de la gorge des personnes infectées. La période d'incubation est de sept à dix jours.

La personne est contagieuse du début de la phase catarrhale jusqu'à trois semaines après le début de la toux et jusqu'à six semaines pour les nourrissons n'ayant pas reçu trois doses de vaccin. Un traitement adéquat permet de diminuer la contagiosité à cinq jours, après le début de celui-ci.

L'objectif de l'intervention de santé publique est de diminuer le risque de mortalité pour les enfants de moins de 12 mois et pour les enfants à naître.

MANIFESTATION CLINIQUE	
Phase catarrhale	Malaise, anorexie, rhinorrhée, larmoiement, toux
Phase paroxystique	Quintes de toux, toux souvent suivi de vomissement, toux avec des épisodes d'apnée ou de cyanose, toux avec chant du coq
Phase de convalescence	Résolution graduelle des symptômes, un épisode infectieux des voies respiratoires dans l'année qui suit l'infection peut déclencher de nouveaux symptômes coqueluchoïdes
Complications	Otite, pneumonie, convulsion, encéphalopathie, hémorragie, décès

DIAGNOSTIC

- Examen clinique;
- Écouvillonnage nasopharyngé pour analyse (PCR) des sécrétions est à privilégier. À effectuer avant la prise du traitement antibiotique. (l'écouvillon, de type Flocked Swab, sera acheminé sur glace au laboratoire dans un milieu de transport pour virus);
- Un PCR négatif ne permet pas d'éliminer un diagnostic de coqueluche.

TRAITEMENT

Le traitement antibiotique permet de réduire les complications de la coqueluche. Cependant, il a peu d'effet sur la durée de la toux. Il doit être prescrit pour :

- Tout cas confirmé par laboratoire;
- Tout cas probable âgé de < 1 an **ET** toux qui dure depuis < 6 semaines;
- Tout cas probable âgé de ≥ 1 an **ET** toux qui dure depuis < 3 semaines, particulièrement les femmes enceintes en fin de grossesse (**3 semaines ou moins** de la date prévue d'accouchement).

Pour les modalités thérapeutiques, se référer au [Guide d'intervention provincial](#)

MESURE DE PRÉVENTION

La prévention de la maladie par la **vaccination est la mesure à privilégier.**

AU TRIAGE OU À L'ACCUEIL

- Identifier rapidement un patient qui présente de la **TOUX** et un des symptômes décrits ci-dessus;
- S'assurer qu'il porte un masque chirurgical et l'isoler (le mettre dans une pièce individuelle ou créer une barrière physique (ex. : rideaux) ou maintenir une distance de deux mètres avec les autres patients;
 - L'évaluer le plus rapidement possible;
 - **Appliquez les précautions contre la transmission par gouttelettes.**

EXCLUSION

- Retirer le cas du milieu de garde, de l'école ou de tout autre milieu où se trouve des individus susceptibles de contracter la maladie (ex. : camp de jour, colonie de vacances, rassemblement sportifs) **jusqu'à cinq jours après le début d'un traitement antibiotique.**
- En l'absence de traitement, l'exclusion devra être de trois semaines après le début de la toux ou tant que la toux persiste (selon l'éventualité la plus longue).

PROPHYLAXIE

Lorsque l'apparition des symptômes du cas remonte à 21 jours ou moins, la chimioprophylaxie doit être offerte par le médecin traitant aux membres de la maison si présence :

- Enfant < 12 mois;
- Femme enceinte à 3 semaines ou moins de la date prévue d'accouchement.



Toute personne vivant sous le même toit et présentant des symptômes compatibles doit être évaluée.

CAS PROBABLE – À DÉCLARER

TOUX DEPUIS AU MOINS DEUX SEMAINES et AU MOINS L'UNE DES MANIFESTATIONS :

- **Toux paroxystique (quinte de toux);**
- **Sifflement inspiratoire (chant du coq);**
- **Toux se terminant par des vomissements ou de l'apnée.**

La **coqueluche** est une
MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE.

Pour joindre le service de garde 24/7
de la Direction de santé publique :

1 844 589-MADO (6236)



LA SHIGELLOSE

La shigellose est une maladie entérique infectieuse causée par un groupe de bactérie nommé *Shigella*. Depuis le début de l'année, une recrudescence des cas de shigellose au niveau provincial a été constatée, soit 303 cas depuis le début de l'année 2015 comparativement à 166 pour l'année 2014. Jusqu'à maintenant, deux cas ont été déclarés et enquêtés à la Direction de la santé publique. Le dernier cas remontait à 2012.

MODES DE TRANSMISSION

- Ingestion d'eau ou d'aliment contaminé;
- Contact direct et indirect avec les selles d'une personne infectée;
- Contact sexuel.

MILIEUX DE SOINS :

**Application des mesures
contre la transmission
par contact.**

PÉRIODE D'INCUBATION

Un à sept jours, habituellement de un à trois jours.

PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ

La période de contagiosité dure tant que la bactérie est présente dans les selles. Elle est habituellement éliminée 4 semaines suivant la maladie. L'antibiothérapie diminue la période d'excrétion dans les selles.

**Les éclosions en milieu de soins
et en milieu de garde sont les
plus difficiles à contrôler!**

GROUPES À RISQUE

Bien que toute personne puisse contracter l'infection, les plus à risque sont :

- Les enfants et les travailleurs en milieu de garde;
- Les enfants de moins de dix ans;
- Les travailleurs de la santé;
- Les manipulateurs d'aliments;
- Les hommes ayant des relations avec des hommes.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

Le tableau clinique débute souvent soudainement :

- Diarrhée accompagnée de fièvre et de crampes intestinales;
- Dans les cas graves, les selles peuvent contenir du sang, du mucus ou du pus.

TRAITEMENT

La plupart des infections guérissent d'elles-mêmes. Le traitement antibiotique diminue cependant la durée de la maladie et élimine plus rapidement la bactérie des selles.

MESURE DE PRÉVENTION

- Retirer et exclure les cas provenant d'un milieu à risque de transmission (milieu de garde, milieu de soins, manipulateur d'aliment), jusqu'à l'obtention de deux analyses de selles négatives consécutives recueillies à 24 heures d'intervalle et un minimum de 24 heures après la disparition des symptômes;
- Si le patient est sous antibiothérapie, le 1^{er} spécimen doit être recueilli au moins 48 heures après la fin du traitement;
- Rehausser le lavage des mains et la désinfection de l'environnement.

SOURCES

Tularémie

- Gabriele-Rivet V, Massé A et Arsenault Julie. 2015. Tularémie au Québec : doit-on s'en préoccuper? Le Coureur des bois, no 41, Revue de la Fédération des trappeurs gestionnaires du Québec, p.17-20
- [Ministère des Forêts, de la Faune et des Parcs](#)
- Régie régionale de la Côte-Nord (2002). Protocole d'intervention - Tularémie
- American Academy of Pediatrics (2012). Redbook : Report of the Committee on Infectious Diseases, 29^e édition. [Centres for diseases control and prevention \(CDC\)](#)

Coqueluche

- [Guide d'intervention - La coqueluche \(mise à jour 2009\)](#)

Shigellose

- [Agence de santé publique du Canada - Shigellose](#)
- [Prévention et contrôle des infections dans les services de garde et écoles du Québec - Guide d'intervention édition 2015](#)



Rédaction

Geneviève Anctil, conseillère en soins infirmiers
Manon Gingras, médecin conseil
Julie Lafrenière, conseillère en soins infirmiers

Collaboration

Hélène Chouinard, chef de service – maladies infectieuses
Pascal Paradis, conseiller en communication

Mise en page

Chantale Dallaire, agente administrative

Information et urgence

Téléphone 24/7:

1-844-589-MADO (6236)

Télécopieur dédié à la déclaration :

418 589-1603

Production

Contamine-Action est publié par la Direction de santé publique du
Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord.

Ce bulletin est disponible sur le site internet à l'adresse suivante :

www.ciasss-cotenord.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0852-6061

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Côte-Nord
Québec 

