

## MISE À JOUR – ACTIVITÉ DE LA PANDÉMIE DE GRIPPE H1N1 EN 2009 – 4 JANVIER 2010

À l'échelle mondiale, plus de 208 pays ont signalé des cas d'infection par le virus de la grippe pandémique (H1N1), confirmés en laboratoire, et au moins 10 582 cas de décès sont attribuables à ce virus. L'activité grippale est la plus élevée dans l'hémisphère nord et dans la plupart des régions d'Europe, mais elle continue d'augmenter en Europe centrale et dans les régions du Sud-Est, ainsi qu'en Asie centrale et méridionale. La propagation de la grippe demeure élevée en Asie centrale et occidentale, alors qu'elle est en baisse en Asie orientale et au Japon. La présence du virus de la grippe pandémique (H1N1) a été constatée dans la plupart des régions d'Afrique.

Aux États-Unis, l'activité grippale est à la baisse depuis 6 semaines consécutives. Une activité grippale généralisée a été signalée dans 7 États. Aucune activité n'a été signalée à l'île de Guam et un autre État, tandis qu'elle est régionale, locale ou sporadique ailleurs. Le nombre de décès attribuables à la pneumonie et à la grippe continue de baisser en-dessous du seuil épidémiologique et les cas confirmés d'hospitalisation ou de décès sont également à la baisse.

Au Canada, l'activité grippale globale continue de baisser. Durant la semaine 50 (semaine prenant fin le 19 décembre), aucune activité généralisée n'a été signalée et une seule région en T.-N. a enregistré une activité localisée. Le taux national de consultations pour les maladies pseudo-grippales était de 20/1000 consultations, un taux bien inférieur à celui que l'on prévoit normalement à ce moment de l'année. Du 13 au 19 décembre, 121 nouveaux échantillons prélevés se sont révélés positifs pour la grippe, dont 99,1 % correspondaient au virus H1N1 de 2009. Seul le Québec a signalé la présence de grippe saisonnière de type A, avec 43 cas de virus H3N2 enregistrés depuis le 30 août 2009. Au Canada, seuls 9 isolats du virus H1N1 ont présenté une résistance à l'oseltamivir.

### Comment les responsables de la santé publique mesurent-ils l'activité grippale?

L'activité grippale est mesurée de quatre façons au Canada (voir le tableau ci-dessous). La surveillance de la grippe comprend également l'évaluation des souches responsables de l'infection, la mesure du taux de résistance aux antiviraux et la détermination des taux d'hospitalisation chez les enfants par le biais du système IMPACT.

Valeur mesurée	Méthode utilisée	Valeur seuil en hiver	Début de la saison de la grippe	Taux élevés d'activité
Pourcentage de consultations auprès d'un omnipraticien en raison d'une maladie pseudogrippale	Recensement par des médecins de famille désignés (un par secteur de recensement) du nombre total de consultations et des consultations en raison d'une maladie pseudogrippale, une journée par semaine	Environ 2 à 2,5 % (varie en fonction des mois)	Activité supérieure à la valeur seuil durant 2 semaines consécutives	5 % ou plus des consultations attribuables à une maladie pseudogrippale
Pourcentage positif d'échantillons soumis pour dépistage de la grippe	Signalement volontaire par la plupart des laboratoires de virologie au Canada	Moins de 2 %	Plus de 5 % des échantillons sont positifs durant 2 semaines consécutives	Plus de 15 % des échantillons sont positifs
Évaluation globale par les épidémiologistes de l'unité de santé publique locale	Meilleure évaluation de l'activité globale dans une région par les épidémiologistes	Aucune activité, ou activité sporadique	Activité localisée	Activité répandue

En date du 19 décembre 2009, on avait recensé 8 436 hospitalisations, 1 404 admissions aux soins intensifs et 401 décès attribuables au virus H1N1 de 2009. Malgré l'activité grippale existante, une baisse constante a été notée dans toutes les provinces, comme en témoigne la diminution du nombre d'hospitalisations (79 vs 159), d'admissions aux soins intensifs (21 vs 40) et de décès (11 cas vs 21) signalés cette semaine par rapport à la semaine dernière.

Les patients atteints d'une affection sous-jacente étaient presque cinq fois plus susceptibles d'être hospitalisés, sept fois plus susceptibles d'être admis aux USI et plus de 14 fois plus susceptibles de mourir, comparativement à ceux ne présentant aucune affection sous-jacente.

Les campagnes de vaccination ciblant la grippe H1N1 de 2009 se poursuivent dans l'ensemble du pays, tant au niveau des cabinets des médecins que de la santé publique; toutefois, en raison de la baisse de la demande, les heures d'ouverture de certaines cliniques de santé publique ont été réduites. À ce stade, trois vaccins contre le virus H1N1 de 2009 sont offerts. Le premier est le vaccin avec l'adjuvant AS03 appelé Arepanrix<sup>MC</sup>, qui est fabriqué par GSK. Les deux autres sont des vaccins sans adjuvant – l'un est fabriqué par GSK (un vaccin monovalent sans adjuvant n'ayant pas de nom commercial), et l'autre est fabriqué en Australie par CSL Biotherapies (Panvax<sup>®</sup>).



L'Agence de la santé publique du Canada continue de recommander la vaccination de tous les Canadiens contre la grippe H1N1. Le vaccin sans adjuvant est principalement réservé aux femmes enceintes, tandis que le vaccin avec adjuvant est recommandé au reste de la population. Les réserves du vaccin sans adjuvant sont désormais suffisantes pour qu'il puisse être administré même aux personnes qui n'entrent pas dans la catégorie des femmes

enceintes; toutefois, la réponse immunogène à ce vaccin semble être moins bonne chez les enfants, comparativement au vaccin avec adjuvant; les enfants doivent donc recevoir Arepanrix<sup>MC</sup> (le vaccin avec adjuvant).



Chez les sujets de plus de 10 ans, la dose du vaccin (peu importe celui qui est choisi) est de 0,5 mL, administrée par voie intramusculaire (IM). Chez les enfants de moins de 10 ans, la dose du vaccin avec adjuvant est de 0,25 mL par voie IM. Une deuxième dose de 0,25 mL doit également être administrée 21 jours ou plus après la première dose chez les enfants âgés de 6 à 35 mois, et chez ceux de 3 à 9 ans qui présentent une maladie immunodépressive. Si un vaccin sans adjuvant est administré à un enfant (ce qui n'est pas recommandé à moins que les parents refusent l'administration du vaccin avec adjuvant), la dose est alors de 0,5 mL chez les enfants âgés de 3 à 9 ans, et de 0,25 mL chez les enfants âgés de 6 à 35 mois. Une deuxième dose est nécessaire et doit être administrée au moins 21 jours plus tard.

Le Système canadien de surveillance des effets secondaires suivant l'immunisation (SCSESSI) surveille les effets secondaires liés à tous les vaccins approuvés. L'Agence de la santé publique du Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/index-fra.php>) signale qu'en date du 12 décembre 2009, 24,071 millions de doses des trois types de vaccins contre le virus H1N1 de 2009 ont été distribuées dans l'ensemble du pays. Parmi les 4 995 effets secondaires signalés depuis le début de la campagne de vaccination, 155 étaient considérés comme graves, dont 94 cas de réactions anaphylactiques. Le taux signalé d'effets secondaires graves est donc de 0,64 par 100 000 doses distribuées, avec un taux d'anaphylaxie de 0,32 par 100 000 doses distribuées. Ces chiffres sont comparables aux taux d'effets secondaires signalés à la suite de l'administration d'autres vaccins, y compris le vaccin contre la grippe saisonnière. La grande majorité des effets secondaires signalés étaient d'intensité légère. Un des lots (lot 7A) du vaccin avec adjuvant a été associé à un taux de réactions anaphylactiques supérieur aux valeurs attendues (soit 3,5 par 100 000 doses distribuées), ce qui a entraîné le rappel des vaccins du lot 7A. Aucune hospitalisation ni aucun décès n'ont été observés parmi les 6 cas d'anaphylaxie liés au lot 7A. De plus amples renseignements concernant le SCSESSI et la surveillance des effets secondaires suivant la vaccination au Canada peuvent être trouvés à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/im/vs-sv/caefiss-fra.php>.

## DANS QUELLE MESURE LE DIAGNOSTIC CLINIQUE DE LA GRIPPE EST-IL PRÉCIS ET UTILE CHEZ LES ENFANTS EN CONTEXTE AMBULATOIRE : LES MÉDECINS PEUVENT-ILS DISTINGUER LA GRIPPE H1N1 DE LA GRIPPE SAISONNIÈRE EN CLINIQUE?

**D' Moshe Ipp, MD**

Professeur, Département de pédiatrie, Université de Toronto; pédiatre, Hospital for Sick Children, Toronto

Les médecins pourraient croire que le diagnostic clinique de la grippe chez les enfants est plutôt simple. Toutefois, ce diagnostic n'est jamais évident. En effet, chez les enfants, les symptômes varient beaucoup en fonction de l'âge. Selon les manuels, chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents, la présentation classique de la grippe consiste en l'apparition soudaine de fièvre, souvent accompagnée de frissons ou de raideurs, de maux de tête, de malaises, de myalgie et de toux sèche. Des maux de gorge, de la congestion nasale, une rhinite et une aggravation de la toux surviennent ensuite. D'autres symptômes courants observés principalement chez les enfants un peu plus vieux et les adolescents, et qui ne sont pas toujours mentionnés dans la documentation, comprennent une prostration grave, l'épuisement et un sommeil excessif. Les parents rapportent souvent que leur enfant dort tout le temps, et il n'est pas rare de trouver un adolescent endormi dans le cabinet du médecin en attendant d'être examiné. D'autres symptômes plus rares de la grippe comprennent la conjonctivite, les douleurs abdominales, les nausées, les vomissements et la diarrhée. Au mieux, le taux de précision pour diagnostiquer la grippe (d'après l'examen et les antécédents cliniques) chez les enfants d'âge préscolaire, en milieu ambulatoire, est d'environ 50 %. Si l'on inclut les enfants en garderie et les nourrissons, ce taux tombe à 38 %. C'est chez les enfants de moins de 3 ans que le diagnostic clinique est le moins précis, avec un taux de 21 %. Chez les nourrissons, la fièvre et une sepsie présumée pourraient être les seuls symptômes observés. Le faible degré de précision du diagnostic chez les nourrissons et les tout-petits pourrait être dû au fait que ces derniers ne parlent pas encore, et ne sont pas en mesure de rapporter les symptômes caractéristiques de la grippe tels que la céphalée, la myalgie ou le mal de gorge. Pour ce groupe d'âge, on utilise souvent des marqueurs de substitution cliniques non spécifiques comme l'irritabilité (qui pourrait indiquer une céphalée ou une myalgie) et le refus de manger ou de boire (évoquant un mal de gorge).



La difficulté à poser un diagnostic clinique précis de grippe est principalement attribuable au fait que de nombreuses autres maladies virales présentent des symptômes comparables ou identiques. La plupart de ces virus se propagent presque exclusivement en hiver. Aussi, lorsque le virus de l'influenza est le principal virus en circulation durant une saison inhabituelle, p. ex. durant les mois d'été comme dans le cas de la pandémie de grippe H1N1 de 2009, il est alors beaucoup plus facile de poser un diagnostic clinique de grippe. Toutefois, durant les mois d'hiver, de nombreux autres virus tels que le rhinovirus, le virus respiratoire syncytial, le virus parainfluenza, l'adénovirus, le bocavirus et le métapneumovirus humain, provoquent des symptômes similaires à ceux de la grippe. Le terme « maladie pseudogrippale » est donc utilisé pour décrire la présentation clinique consistant en de la fièvre plus une toux ou un mal de gorge. Même si ces symptômes sont traditionnellement associés à la grippe, ils peuvent être causés par de nombreux autres virus.

Les symptômes de la grippe H1N1 de la pandémie de 2009 ne sont pas différents de ceux de la grippe saisonnière, à quelques exceptions près. Il semblerait que la diarrhée soit plus courante dans la grippe H1N1 de la pandémie de 2009 que dans la grippe saisonnière; de plus, selon un rapport, jusqu'à 20 % des enfants infectés par la grippe H1N1 en 2009 pourraient ne pas présenter une fièvre d'au moins 38 °C. Toutefois, tant dans la grippe saisonnière que dans la grippe H1N1, des symptômes d'infection des voies respiratoires supérieures accompagnés de symptômes généraux (p. ex. fièvre, léthargie) constituent la présentation la plus courante et la maladie est d'intensité légère. Il n'est donc pas si impératif de poser un diagnostic clinique précis de grippe, puisque aucun traitement antiviral n'est requis. Il est toutefois plus important de pouvoir poser un diagnostic chez les enfants vulnérables (p. ex. enfants de moins de 2 ans, enfants atteints d'une maladie chronique ou immunodéprimés) ou chez ceux qui étaient auparavant en bonne santé, mais qui sont désormais malades au point de devoir être possiblement hospitalisés. Dans ces cas, un traitement antirétroviral (oseltamivir) pourrait aider à prévenir l'hospitalisation ou à réduire la gravité des symptômes, même s'il est entrepris plus de 48 heures après l'apparition des symptômes.



## POSOLOGIE DE L'OSELTAMIVIR CHEZ LES ENFANTS

La Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a émis une autorisation d'utilisation d'urgence concernant l'emploi de l'oseltamivir pour traiter la grippe chez les enfants de moins d'un an. La prophylaxie n'est pas recommandée chez les enfants de moins d'un an. Les parents et les tuteurs doivent être informés qu'il s'agit là d'une utilisation exceptionnelle. La posologie doit être adaptée en fonction de l'âge et du poids de l'enfant (voir le tableau ci-dessous). Pour de plus amples renseignements, consultez l'Agence de la santé publique du Canada<sup>1</sup>.

Tableau 1. Posologie recommandée pour les enfants < 12 mois

Âge	Dose recommandée (en fonction du poids) <sup>a,b</sup>
1 mois à < 12 mois	3 mg/kg/dose deux fois par jour durant 5 jours
< 1 mois	2 mg/kg/dose deux fois par jour durant 5 jours

<sup>a</sup> Ne pas dépasser 30 mg deux fois par jour, conformément à la posologie pour les enfants de plus de 1 an

<sup>b</sup> Adapter la posologie en fonction du poids, de préférence; toutefois, si le poids n'est pas connu, la posologie suivante en fonction de l'âge peut être utilisée chez les *nourrissons nés à terme*: 0 < 3 mois = 12 mg deux fois par jour; 3 < 6 mois = 20 mg deux fois par jour; 6 < 12 mois = 25 mg deux fois par jour

Ces posologies pour les nourrissons de moins de 1 an ne s'appliquent pas aux nourrissons nés prématurément (c.-à-d. âge gestationnel < 37 semaines à la naissance, n'ayant pas atteint la date d'accouchement prévue), et pourraient entraîner des concentrations élevées de médicament dans ce groupe d'âge. Les données sont trop limitées à ce stade pour que des recommandations puissent être émises concernant les nourrissons nés prématurément.

La suspension pédiatrique doit être utilisée si elle est disponible; dans le cas contraire, consultez la section « Préparation d'urgence d'une suspension buvable à partir de gélules TAMIFLU » à la page 16 de la monographie de Tamiflu<sup>®2</sup>. Les enfants de moins de 1 an atteints de la grippe doivent être traités dans un hôpital.

Références :

<sup>1</sup>ASPC. Document d'orientation provisoire pour l'usage d'urgence de l'oseltamivir (Tamiflu MD) chez les enfants âgés de moins d'un an dans le contexte de la pandémie (H1N1) 2009, accessible à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/guidance-orientation-07-20-fra.php>

<sup>2</sup>Hoffmann-La Roche Limitée. Monographie de Tamiflu, accessible à l'adresse : [http://www.rochecanada.com/portal/eipf/ca/portal/froche/reenseignements\\_pour\\_le\\_consommateur](http://www.rochecanada.com/portal/eipf/ca/portal/froche/reenseignements_pour_le_consommateur)

L'oseltamivir est homologué tant pour le traitement que la prévention chez les enfants > 1 an et les adultes.

Si la suspension Tamiflu est prescrite à des enfants, le pharmacien peut la substituer par des gélules à 30 et 45 mg.

Tableau 2. Posologie recommandée pour les enfants de 1 à 12 ans

Poids corporel		Dose d'oseltamivir en gélules pour le traitement*	Dose d'oseltamivir en gélules pour la prévention** (durée de 10 jours)
Kg	Lb		
≤ 15 kg	≤ 33 lb	30 mg deux fois par jour	30 mg une fois par jour
> 15 kg à 23 kg	> 33 lb à 51 lb	45 mg deux fois par jour	45 mg une fois par jour
> 23 kg à 40 kg	> 51 lb à 88 lb	60 mg (2 x 30 mg) deux fois par jour	60 mg une fois par jour
> 40 kg	> 88 lb	75 mg deux fois par jour	75 mg une fois par jour

Tableau 3. Posologie recommandée pour les adultes et les adolescents (≥ 13 ans)

Oseltamivir chez les adultes et les adolescents	
Treatment Dose thérapeutique*	Dose préventive**
(durée de 5 jours)	(durée de 10 jours)
75 mg deux fois par jour	75 mg une fois par jour

\*Idéalement, le traitement doit être amorcé dans les 2 jours suivant l'apparition des symptômes de la grippe.

\*\*Idéalement, le traitement doit être amorcé dans les 2 jours suivant l'exposition, après l'apparition des symptômes chez un cas de référence, et être poursuivi durant au moins 10 jours.

Pour de plus amples renseignements concernant la posologie de l'oseltamivir, consultez la monographie de TAMIFLU<sup>®</sup>.

## ÉTUDE DE CAS

Kellie E. Murphy M.D., M.Sc., FRCSC, FACOG

Service d'obstétrique et de gynécologie, Mount Sinai Hospital

**Une femme de 35 ans enceinte de 36 semaines se présente pour une visite de suivi et vous pose la question suivante :**

### Devrais-je me faire vacciner contre la grippe H1N1?

Oui. Les femmes enceintes sont aussi susceptibles que les autres de contracter la grippe H1N1 et elles sont plus sujettes aux complications graves de la grippe. L'Agence de la santé publique du Canada, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et les Centers for Disease Control recommandent tous aux femmes enceintes de recevoir le vaccin contre la grippe H1N1 et le vaccin contre la grippe saisonnière. Les femmes peuvent être vaccinées en tout temps durant la grossesse.

L'immunisation des femmes enceintes est essentielle pour réduire les risques associés à la grippe durant la grossesse.

Deux vaccins contre la grippe H1N1 sont offerts aux femmes enceintes. L'un est le vaccin régulier contre la grippe, c'est-à-dire fabriqué selon la méthode habituelle pour les vaccins antigrippaux en Amérique du Nord avec 15 µg d'antigène du virus grippal dans chaque dose. Ce type de vaccins est utilisé depuis de nombreuses années en Amérique du Nord. Le second vaccin est le celui avec adjuvant. Ce dernier, en plus de renfermer l'antigène du virus grippal (en concentration plus faible), contient du squalène (un précurseur naturel du cholestérol) et une forme de vitamine E (l'alpha-tocophérol), des substances chimiques qui stimulent le système immunitaire afin d'obtenir une meilleure réponse à l'antigène. Les vaccins antigrippaux renfermant du squalène

comme adjuvant sont utilisés depuis plus de 10 ans en Europe; ils ne sont toutefois pas utilisés chez les femmes enceintes. Leur avantage est qu'ils entraînent une production supérieure d'anticorps comparativement aux vaccins habituels contre la grippe, et aucune donnée ne démontre un risque associé à leur utilisation chez les femmes enceintes. Cependant, comme les vaccins avec adjuvant n'ont jamais été utilisés chez les femmes enceintes auparavant, on recommande de ne pas les administrer aux femmes enceintes de moins de 20 semaines.



## Le vaccin contre la grippe H1N1 est-il sûr pour mon fœtus et moi?

Après la vaccination, environ 70 % des personnes constatent une sensibilité au bras. Ce symptôme est généralement léger et ne dure qu'une journée ou deux. Une réaction allergique au vaccin antigrippal a été observée dans de très rares cas. Le vaccin peut renfermer des traces de protéines d'œufs, et il ne doit donc pas être administré aux personnes allergiques aux œufs. Le vaccin antigrippal est associé, quoique très rarement, à un syndrome de Guillain-Barré (moins de 1 cas sur un million). Toutefois, la grippe elle-même peut également occasionner ce syndrome.

Le vaccin antigrippal est sans danger pour le fœtus. Des études ont montré qu'une réduction significative du risque de contracter la grippe entre l'âge de 0 et 6 mois est observée chez les nourrissons dont la mère a été vaccinée durant la grossesse.

**La patiente se fait vacciner contre la grippe H1N1. Cinq jours plus tard, son mari présente de la fièvre (39 °C), des maux de gorge et des douleurs musculaires. Son médecin de famille soupçonne qu'il s'agit de la grippe H1N1, et comme son épouse est enceinte, il lui prescrit un traitement à base d'oseltamivir (Tamiflu), à raison de 75 mg par voie orale deux fois par jour durant 5 jours. Son épouse a plusieurs questions.**

## Quels sont les risques qu'elle contracte la grippe?

Lorsqu'un membre de la maison souffre de la grippe H1N1, le risque de contracter la grippe est d'environ 25 %.

## Combien de jours après la vaccination le vaccin contre la grippe H1N1 est-il efficace?

Des anticorps contre le virus H1N1 apparaissent entre 10 et 21 jours après la vaccination. La patiente ne dispose donc pas encore des anticorps nécessaires pour être protégée.

## La patiente devrait-elle prendre de l'oseltamivir, au cas où?

Comme le risque de contracter la grippe n'est que d'environ 25 %, et que le recours à des mesures préventives peut réduire le risque d'au moins 50 %, il

n'est généralement pas recommandé d'administrer de l'oseltamivir aux femmes enceintes à des fins préventives. Toutefois, si des symptômes de la grippe apparaissent, le traitement doit alors être instauré immédiatement.

## Qu'est-ce que la patiente peut faire pour se protéger contre la grippe H1N1?

Plusieurs mesures préventives peuvent aider à prévenir la contamination.

1. Se laver les mains au moins 5 fois par jour avec de l'eau et du savon, ou avec une solution à base d'alcool. Comme son partenaire est malade, la patiente doit se laver les mains après tout contact avec lui, ou avec des objets que son partenaire a manipulés récemment.
2. Éviter de propager les germes en s'abstenant de se toucher les yeux, le nez et la bouche.
3. Éviter les contacts étroits avec son partenaire (c'est-à-dire demeurer à une distance d'au moins 6 pieds), et avec toute personne qui présente des symptômes de la grippe.
4. Si c'est possible, demander à un autre membre de la famille de prendre soin de son mari.
5. Ne pas partager d'objets ayant pu entrer en contact avec la salive de son partenaire (tasses, brosses à dents).
6. Si c'est possible, la personne malade doit demeurer à l'écart dans une autre pièce.



**Trois jours plus tard, la patiente présente de la fièvre (38,5 °C), de la toux, des maux de gorge et une myalgie.**

## Que doit faire la patiente à ce stade?

La patiente doit entreprendre un traitement contre la grippe H1N1 avec l'oseltamivir (75 mg par voie orale deux fois par jour durant 5 jours) ou le zanamivir (2 inhalations de 5 mg [10 mg en tout] deux fois par jour durant 5 jours). On doit également lui conseiller de prendre de l'acétaminophène (Tylenol) lorsque sa température dépasse 38,0 °C, et d'appeler son



médecin ou de se présenter à l'hôpital si ses symptômes s'aggravent (difficulté à respirer, douleur thoracique, étourdissements, vomissements persistants, diminution des mouvements du fœtus ou fièvre non apaisée par l'acétaminophène).

**La patiente entreprend le traitement avec l'oseltamivir (75 mg par voie orale deux fois par jour durant 5 jours). Dans la soirée, la patiente présente des contractions et donne naissance à son enfant.**

## Quelles sont les précautions qui doivent être prises?

1. Isoler la mère malade des mères en bonne santé.
2. Si c'est possible, placer un masque sur le visage de la mère durant l'accouchement afin de protéger le personnel et le nouveau-né contre la grippe H1N1.
3. La mère doit envisager de ne pas avoir de contact avec son nourrisson jusqu'à ce que 48 heures se soient écoulées depuis le début du traitement avec l'oseltamivir, qu'elle ne présente plus de fièvre et qu'elle soit en mesure de contrôler sa toux et ses sécrétions.
4. Par la suite, la mère doit être invitée à porter un masque et des vêtements propres lorsqu'elle est en contact avec son enfant, et elle doit s'assurer de se laver soigneusement les mains avant de toucher ou de nourrir son enfant. La patiente doit respecter ces précautions pendant les 7 jours qui suivent l'apparition des symptômes.



## Références :

1. Centers for Disease Control, [http://www.cdc.gov/H1N1flu/clinician\\_pregnant.htm](http://www.cdc.gov/H1N1flu/clinician_pregnant.htm)
2. Agence de la santé publique du Canada, <http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/guidance-orientation-07-09-fra.php>
3. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, <http://www.sogc.org>

Pour obtenir de plus amples renseignements et des réponses aux questions déjà posées, veuillez consulter la version en ligne de notre bulletin, à l'adresse [http://microbiology.mtsinai.on.ca/avian/tibdn\\_newsletter.asp](http://microbiology.mtsinai.on.ca/avian/tibdn_newsletter.asp)

Rédactrice en chef :

**Karen Green, inf., M.Sc.**

Toronto Invasive Bacterial Diseases Network

Mount Sinai Hospital

Toronto (Ontario) M5G 1X5

Téléphone : 416-586-5105; courriel : [kgreen@mtsina.on.ca](mailto:kgreen@mtsina.on.ca)

**TIBDN** TORONTO  
INVASIVE  
BACTERIAL  
DISEASES  
NETWORK

Le présent bulletin est une publication du Toronto Invasive Bacterial Diseases Network (TIBDN), qui promeut la collaboration des laboratoires microbiologiques, des centres de contrôle des maladies infectieuses et des responsables de la santé publique au service de la population de la région métropolitaine de Toronto et des municipalités régionales de Peel, York, Durham, Simcoe, Hamilton et Halton. Pour obtenir une version électronique du présent bulletin, veuillez visiter notre site Web aux adresses suivantes : [microbiology.mtsinai.on.ca/tibdn](http://microbiology.mtsinai.on.ca/tibdn) ou [www.pandemicwatch.ca](http://www.pandemicwatch.ca).



La publication du présent bulletin a été rendue possible grâce au généreux soutien de Hoffmann-La Roche.

PM40064463