Contact

Bulletin d'information de santé publique

Santé Québec Chaudière-Appalaches

Octobre 2026

Dans ce numéro

- Campagne de vaccination contre les infections respiratoires (COVID-19, influenza et VRS)
- Actualisation des recommandations en prévention et contrôle des virus respiratoires
- Maladies infectieuses en milieu scolaire et en service de garde : le retrait du milieu de garde ou milieu scolaire, un casse-tête?
- Ebola : comment Santé Québec Chaudière-Appalaches se prépare?
- Vigilance rage en Chaudière-Appalaches : optimiser la prise en charge clinique postexposition
- Les tiques encore actives à l'automne

CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LES INFECTIONS RESPIRATOIRES (COVID-19, INFLUENZA ET VRS)

Par Mélyna Jacques, Joannie Lachance et Marie-Christine Jomphe, conseillères en soins infirmiers, et Dre Marie-Ève Beauregard, médecin spécialiste en santé publique

La campagne de vaccination automnale contre les infections respiratoires (COVID-19, influenza et virus respiratoire syncytial (VRS)) se déploie progressivement dans la région pour les clientèles recommandées.

Le rôle du professionnel de la santé dans la recommandation de la vaccination saisonnière contre les infections respiratoires est d'une importance élevée dans l'acceptation de la vaccination par les usagers ciblés.

La coadministration des vaccins contre l'influenza, la COVID-19 et le VRS est sécuritaire et recommandée pour les clientèles ciblées. De plus, la vaccination automnale représente une occasion idéale pour s'assurer que les clientèles visées par la vaccination pneumocoque soient adéquatement protégées.

Faits saillants concernant la campagne 2026-2027

- **La gratuité du vaccin contre l'influenza est désormais réservée aux groupes à risque ciblés, comme c'est également le cas pour le vaccin contre la COVID-19.**
- La vaccination contre l'influenza des enfants et des adolescents sous traitement prolongé à l'acide acétylsalicylique n'est plus recommandée par le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ).
- L'accès gratuit au vaccin contre le VRS est élargi à l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus.
- Les adultes ayant subi une greffe de cellules souches hématopoïétiques dans les deux dernières années ou une greffe pulmonaire ont maintenant accès à la vaccination gratuite contre le VRS.

Clientèle visée par la gratuité offerte par le Programme québécois d'immunisation (PQI)

Influenza et COVID-19	VRS adultes	VRS nourrissons
• Personnes résidant en CH, en CHSLD, en RPA ou vivant dans d'autres milieux collectifs comportant une proportion élevée de personnes aînées et vulnérables; • Personnes âgées de 65 ans et plus; • Personnes immunodéprimées, dialysées ou vivant avec une maladie chronique; • Personnes enceintes; • Travailleurs de la santé (TdeS); • Adultes vivant en région éloignée ou isolée; • **Pour l'influenza seulement : personnes susceptibles de transmettre la grippe à des personnes à risque élevé de complications.**	• Personnes âgées de **60 ans et plus résidant en CHSLD/MDAA**; • Personnes âgées de 75 ans et plus; • Adultes ayant subi une greffe de cellules souches hématopoïétiques dans les deux dernières années; • Adultes ayant subi une greffe pulmonaire. Les adultes ayant déjà reçu une dose de vaccin contre le VRS n'ont pas à recevoir de rappel du vaccin contre le VRS pour la campagne 2026-2027.	• Nourrissons nés à partir du **30 septembre 2026**; • Bébés nés à partir du **1er avril 2026** et qui n'ont pas déjà reçu le Nirsévimab; • Bébés nés à partir du **1er février 2026** qui n'ont pas déjà reçu le nirsévimab et qui présentent une condition de vulnérabilité; • Bébés nés à partir du **1er mars 2025** qui sont à leur deuxième saison du VRS et qui présentent une condition de vulnérabilité.

Immunisation des nourrissons contre le VRS



Depuis son déploiement en 2024, les données montrent que le nirsévimab est efficace à plus de 85 % pour prévenir les consultations médicales, les hospitalisations et les admissions aux soins intensifs chez les bébés ciblés. Grâce au programme, environ 1 000 hospitalisations liées au VRS ont été évitées chez les poupons au Québec au cours de la saison 2024-2025.

À consulter : Prévention des infections graves par le virus respiratoire syncytial chez l'enfant

Les points de service locaux (PSL) de la Direction des services généraux de première ligne et des services sociaux multidisciplinaires (DSGPLSSoM) sont toujours en place et permettront de desservir la population en vue de cette campagne automnale. D'autres lieux de vaccination, comme les pharmacies communautaires, permettent aussi l'accessibilité à la vaccination contre les infections respiratoires.

Toute l'information pour les professionnels de la santé, dont les formations pour les vaccinateurs, se retrouve sur la page Web Immunisation et Gestion des produits immunisants.

Les personnes non admissibles au programme de vaccination gratuite contre l'influenza et la COVID-19 pourront également recevoir le vaccin de façon payante, en prenant rendez-vous sur Clic Santé ou en téléphonant au 1 877 644-4545.

ACTUALISATION DES RECOMMANDATIONS EN PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES VIRUS RESPIRATOIRES

Par Vanessa Perreault et Aimie Germain, conseillères en soins infirmiers

Les virus respiratoires ont un impact considérable sur nos milieux de soins, tant par le nombre d'hospitalisations qu'ils occasionnent que par la transmission active qui en découle et le nombre d'éclosions qu'ils peuvent provoquer.

Récemment, l'Institut national de santé publique (INSPQ) a réalisé une revue de littérature afin d'actualiser les recommandations en prévention et contrôle des infections liées aux virus respiratoires. Cette démarche a permis d'intégrer le SRAS-CoV-2 (COVID-19) aux autres virus respiratoires, favorisant ainsi une uniformisation des mesures pour l'ensemble des virus respiratoires.

Principaux changements

- L'INSPQ recommande désormais les précautions additionnelles gouttelettes-contact pour la COVID-19. **Ainsi, le port systématique de la protection oculaire n'est plus requis en présence de SRAS-CoV-2**. Les données probantes ne permettaient pas de démontrer que la protection oculaire, utilisée isolément des autres équipements de protection individuelle, permettait de réduire la transmission du virus. De plus, plusieurs milieux de soins ont procédé au retrait de la protection oculaire et aucune recrudescence des cas n'est survenue.
- La protection oculaire demeure toutefois indiquée dans le cadre des pratiques de base lorsqu'il existe un risque d'éclaboussures de liquide biologique.
- **La CNESST maintient toutefois l'exigence du port de l'appareil de protection respiratoire N95 pour la protection des TdeS en présence de SRAS-CoV-2.**
- Il n'y a plus de retrait automatique pour un TdeS qui est un cas clinique d'infection respiratoire aigüe ou un cas confirmé.

La décision de retirer un TdeS du milieu de travail doit :

- Être prise localement, conformément aux politiques de l'établissement;
- Tenir compte de plusieurs facteurs, notamment :
  - Le type de clientèle exposée;
  - L'état clinique du TdeS;
  - L'impact du retrait du TdeS sur la continuité des soins.

L'ensemble des recommandations actualisées est disponible sur la page *Les infections nosocomiales et leur surveillance* de l'INSPQ, section *Guide PCI par microorganisme ou type d'infection*. Vous y retrouverez plusieurs fiches spécifiques pour la gestion des virus respiratoires en milieu de soins.

Par ailleurs, les précautions additionnelles aériennes-contact demeurent requises pour un usager ayant une infection confirmée au SRAS-CoV-2 lors d'interventions médicales générant des aérosols (IMGA). Une recension des données probantes a été réalisée et la liste des IMGA reconnues comme telles par la communauté médicale est disponible dans la fiche *Activités préparatoires et gestion en présence d'un cas*.

En ce qui concerne la durée d'application des précautions additionnelles, aucun changement n'a été apporté. **Elles doivent être appliquées pendant 10 jours dans le cas du SRAS-CoV-2 et pendant cinq jours pour les autres virus respiratoires**.

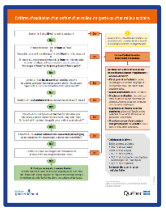
La Direction de santé publique (DSPublique) demeure disponible pour soutenir les milieux communautaires (RPA, CPE, etc.), de même que les milieux de soins qui ne relèvent pas de Santé Québec, dans la prévention et la gestion des virus respiratoires.

MALADIES INFECTIEUSES EN MILIEU SCOLAIRE ET EN SERVICE DE GARDE : LE RETRAIT DU MILIEU, UN CASSE-TÊTE?

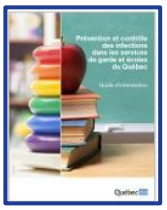
Par Claudia Giroux-Poulin, conseillère en soins infirmiers et D^re^ Gabrielle Vermette, médecin-conseil

Avec le retour en classe et la reprise des activités, les occasions de transmission des infections respiratoires, gastroentérites et autres maladies contagieuses sont nombreuses. Lorsque vous êtes consultés, vous pouvez vous questionner sur l'indication de retrait de l'enfant malade de son milieu. Quoiqu'il présente son lot d'inconvénients, le retrait du milieu doit parfois être retenu pour offrir à l'enfant le meilleur environnement pour guérir, diminuer la transmission de l'infection dans le milieu et protéger les personnes les plus vulnérables.

Mais quand le retrait de l'enfant malade doit-il être recommandé, et par qui ?



Comme cliniciens, vous êtes souvent les premiers et parfois les seuls à recommander le retrait temporaire du milieu. En effet, la DSPublique n'est informée que lorsqu'il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire (MADO) ou lorsqu'une situation inquiète le milieu éducatif. **Nous vous invitons à consulter les outils de référence suivants pour vous soutenir dans la conduite à tenir :**



- *Critères d'exclusion d'un enfant d'un milieu de garde ou d'un milieu scolaire*
- Guide d'intervention *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde et écoles du Québec* (principalement les chapitres 6 et 7)

Critères d'exclusion

Le clinicien doit considérer le retrait en présence des facteurs suivants :

1. L'état général permet à l'enfant de suivre les activités du groupe;
2. L'enfant fait de la fièvre;
3. Il présente de la diarrhée (ou du sang ou du mucus dans les selles);
4. Il a des vomissements (deux ou plus au cours des dernières 24 h);
5. Il présente des lésions cutanées purulentes ne pouvant être couvertes.

D'autres critères additionnels s'ajoutent en présence de certains pathogènes. Sans être exhaustif, le tableau ci-dessous reprend les consignes à formuler par le clinicien en lien avec l'exclusion de l'enfant malade et son retour dans le milieu dans différentes situations.

Diagnostic	Le clinicien recommande aux parents le retrait de l'enfant jusqu'à…
Critères généraux **Toute maladie infectieuse** *Incluant les gastroentérites sans pathogène identifié, les infections communes des voies respiratoires, l'influenza, la COVID-19, l'érythème infectieux, la maladie pieds-mains-bouche, la varicelle et une conjonctivite sans complications.*	• L'état général permet à l'enfant de participer aux activités du groupe; • Absence de fièvre; • Aucun vomissement depuis 24 h; • Absence de sang ou de mucus dans les selles; • En présence de diarrhée, les selles peuvent être contenues dans la couche ou l'enfant peut se rendre à la toilette sans perdre de selles; • En présence de lésions purulentes, jusqu'à ce que les lésions soient croûtées, à moins qu'elles puissent être recouvertes avec un pansement imperméable.

Diagnostic	Le clinicien recommande aux parents le retrait de l'enfant jusqu'à…
Critères spécifiques s'ajoutant EN PLUS aux critères généraux selon le diagnostic : • **Gastroentérites à E. coli 0157 H7* ou autre producteur de shigatoxine*, shigellose*** • **Campylobactériose* et salmonellose***	• Consulter le guide d'intervention *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde et écoles du Québec, chapitre 7*. • Les conditions de retour dans le milieu varient selon l'agent infectieux et le milieu fréquenté (ex. : période d'exclusion additionnelle suivant la disparition des symptômes et/ou à l'obtention de prélèvements de contrôle négatifs).
Impétigo, scarlatine ou pharyngite à streptocoque du groupe A	• Jusqu'à 24 heures après le début de l'antibiotique.
Coqueluche*	• **Retrait en milieu de garde :** jusqu'à 5 jours après le début de l'antibiotique OU 3 semaines après le début de la toux si l'enfant n'est pas traité OU la disparition de la toux si celle-ci dure moins de 3 semaines. • **En milieu scolaire :** pas de retrait. Port du masque.
Hépatite A*	• Jusqu'à 7 jours après le début des symptômes
Oreillons*	• Jusqu'à 5 jours après le début du gonflement des glandes salivaires
Rougeole*	• Jusqu'à 4 jours après le début des rougeurs
Rubéole*	• Jusqu'à 7 jours après le début des rougeurs
Oxyurose, pédiculose, teigne	• De préférence, jusqu'à ce qu'un premier traitement soit complété.
Gale	• Jusqu'à ce qu'un traitement soit réalisé.

**La DSPublique est avisée dans ces cas et émet les recommandations conséquentes.*

Lorsque vous diagnostiquez une maladie infectieuse transmissible, il est important de :

- **Rappeler aux parents d'informer rapidement l'école ou le service de garde** (préciser par écrit le diagnostic permet d'éviter la confusion des diagnostics, malheureusement rapportée). Le milieu pourra renforcer les mesures et transmettre une lettre d'information au besoin.
- **Rappeler l'importance des gestes simples pour limiter la transmission des infections**. *Gestes pour limiter la transmission des maladies infectieuses*.
- **Rappeler l'importance d'une vaccination à jour**. La vaccination demeure l'un des moyens les plus efficaces pour prévenir plusieurs maladies infectieuses et/ou en diminuer les complications. Consultez le Calendrier régulier de vaccination (MSSS) pour connaître les recommandations en vigueur.

En nous appuyant sur des recommandations et des pratiques communes en matière de transmission des infections, basées sur les meilleures données disponibles, nous pouvons intervenir de façon cohérente et contribuer ainsi à limiter les infections dans les milieux éducatifs.

EBOLA : COMMENT SANTÉ QUÉBEC CHAUDIÈRE-APPALACHES SE PRÉPARE

Par Arianne Leblanc, agente de programmation, de planification et de recherche, et Aimie Germain, assistante du supérieur immédiat



Depuis le printemps 2026, une éclosion de maladie à virus Ebola, causée par le virus Bundibugyo, sévit principalement en République démocratique du Congo (RDC). Avec plus de 7 000 cas et plus de 3 000 décès recensés, il s'agit de l'une des plus importantes éclosions observées en RDC et l'une des plus rapides à progresser dans l'histoire de la maladie.

Dans ce contexte, les autorités fédérales, provinciales et régionales travaillent de concert afin d'assurer la surveillance des voyageurs potentiellement exposés et de préparer le réseau de la santé à une éventuelle prise en charge. En Chaudière-Appalaches, le Service en maladies infectieuses de la DSPublique joue un rôle central dans cette préparation.

Le suivi des voyageurs : 21 jours de vigilance

Afin de réduire le risque d'importation de cas au Canada, des mesures de surveillance ont été mises en place pour les personnes ayant séjourné dans les pays considérés comme à risque, soit la RDC et deux de ses pays limitrophes, soit l'Ouganda et le Soudan du Sud.

À leur arrivée au pays, les voyageurs visés doivent se déclarer aux autorités frontalières et se conformer à une quarantaine pendant 21 jours suivant leur arrivée au Canada, soit la période maximale d'incubation de la maladie. Les directions régionales de santé publique sont ensuite responsables d'assurer le suivi de ces personnes sur leur territoire.

Le saviez-vous?

Le Service en maladies infectieuses de la Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches a déjà assuré le suivi de plus de 20 voyageurs en quarantaine.

Lorsqu'un voyageur résidant en Chaudière-Appalaches est identifié, une conseillère en soins infirmiers communique rapidement avec lui afin de s'assurer qu'il comprend les mesures d'isolement et qu'il dispose des ressources nécessaires pour les respecter. Ce premier contact permet également de vérifier son état de santé, de rappeler les symptômes à surveiller et de lui fournir les coordonnées à utiliser en cas de besoin. Une personne en quarantaine doit contacter la DSPublique en tout temps avant de se présenter dans un milieu de soins, sauf en cas d'urgence vitale, afin que son arrivée soit préparée de manière sécuritaire, en concertation avec le milieu de soins.

Préparer le réseau

Le Service en maladies infectieuses collabore étroitement avec de nombreux partenaires régionaux, notamment les équipes de prévention et contrôle des infections (PCI), les services d'urgence et les soins intensifs des centres hospitaliers de la région, les services préhospitaliers d'urgence, le centre de communication d'urgence de Chaudière-Appalaches (CAUCA) ainsi que la sécurité civile.

Ensemble, ces acteurs travaillent à définir, tester et actualiser les trajectoires cliniques et opérationnelles nécessaires à la gestion de différents scénarios. Ces travaux visent notamment à assurer une coordination efficace entre les différents intervenants impliqués dans l'évaluation, le transport et la prise en charge d'une personne sous investigation pour la maladie à virus Ebola.

À retenir

- Aucun cas de maladie à virus Ebola n'a été déclaré au Canada à ce jour;
- La DSPublique assure le suivi des voyageurs potentiellement exposés, durant leur période de quarantaine obligatoire de 21 jours;
- La DSPublique soutient activement les partenaires du réseau afin d'assurer une réponse rapide, sécuritaire et coordonnée de tout cas suspecté;
- Des trajectoires cliniques et opérationnelles régionales ont d'ailleurs été élaborées afin d'assurer une prise en charge rapide, sécuritaire et coordonnée;
- Pour toute question ou préoccupation, contactez la garde 24/7 du Service en maladies infectieuses de la DSPublique de Chaudière-Appalaches.

VIGILANCE RAGE EN CHAUDIÈRE-APPALACHES : OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE CLINIQUE POSTEXPOSITION

Par Cynthia Sirois, conseillère en soins infirmiers, et D^re^ Gabrielle Vermette, médecin-conseil en santé publique

Actuellement, le contexte épidémiologique de la rage évolue au Québec. Parallèlement au risque constant lié aux chauves-souris partout dans la province, la rage du raton laveur continue sa progression en Estrie, en Montérégie et en Mauricie-Centre-du-Québec. La rage étant mortelle une fois les symptômes déclarés, la rigueur clinique et le suivi administratif lors d'une exposition sont notre seule ligne de défense.

Depuis le début de l'année 2026, au Québec, 205 cas de rage du raton laveur ont été confirmés chez des ratons laveurs (n=193), des mouffettes (n=10) et des chats (n=2).

Voici un bref rappel des pratiques essentielles pour éviter les erreurs qui nous sont fréquemment rapportées lors de la gestion d'une exposition potentielle à la rage.

Le nettoyage immédiat est indispensable.	Ne jamais omettre l'étape du lavage de la plaie, même si vous administrez une prophylaxie postexposition (PPE). Un nettoyage immédiat et vigoureux à l'eau et au savon pendant 10 à 15 minutes, complété par un virucide, réduit considérablement la charge virale locale.
Les RIg ne doivent pas être oubliées.	Lorsque l'administration des vaccins contre la rage est jugée nécessaire, l'administration concomitante des immunoglobulines contre la rage (RIg) l'est généralement tout autant (sauf si vaccination antérieure complète contre la rage chez une personne immunocompétente). Les RIg fournissent une protection immédiate contre la rage pendant que la personne développe sa réponse immunitaire à la vaccination. Toutefois, si la première dose de vaccin contre la rage a déjà été reçue il y a ≥ 8 jours, les RIg ne sont plus indiquées.
Les RIg ne s'injectent pas uniquement en intramusculaire (IM).	Lors de l'exposition, le virus se réplique au site de l'inoculation avant de migrer vers le système nerveux central. La plus grande quantité possible de la dose requise de RIg doit donc être infiltrée **dans et autour** de la plaie, même si celle-ci est cicatrisée, afin de neutraliser le virus localement. Seul l'excédent ne pouvant être contenu dans la ou les plaie(s) doit être administré en IM. Injecter l'entièreté de la dose uniquement par voie IM constitue un risque d'échec thérapeutique majeur, puisque le rôle des RIg au niveau de la plaie ne peut être rempli.

Ne jamais injecter les RIg et le vaccin au même site.	Les immunoglobulines et la première dose de vaccin contre la rage doivent être administrées dans des sites anatomiques distincts (ex. : maximum de RIg dans et autour de la plaie, l'excédent dans le deltoïde gauche et le vaccin contre la rage dans le deltoïde droit). L'injection des immunoglobulines au même site que le vaccin neutralise ce dernier, annulant ainsi la réponse immunitaire active.
Respecter le bon dosage des RIg déterminé selon le poids du client	La réponse immunitaire au vaccin peut être inhibée par l'administration simultanée des RIg si ces dernières dépassent la dose recommandée. L'effet des RIg peut aussi être sous-optimal si la dose de RIg n'est pas suffisante.
Diriger au bon endroit votre demande d'évaluation du risque de rage chez un animal	Ne confondez pas les compétences ministérielles. Le MAPAQ s'occupe des animaux domestiques et le MELCCFP des animaux sauvages. Par exemple, il est inutile d'orienter au MAPAQ une demande d'évaluation pour un raton laveur. Lors d'une demande d'évaluation du risque envoyée au MAPAQ, il faut impérativement inscrire **votre nom** et le **numéro de télécopieur** où la réponse doit vous être transmise afin d'éviter tout délai.

Pour en savoir plus et accéder à toutes les informations importantes concernant la gestion d'une exposition potentielle à la rage, visitez :

- La section Rage dédiée aux professionnels sur le Portail Web de Santé Québec Chaudière-Appalaches. Vous y trouverez, en plus des informations nécessaires à la gestion d'une exposition potentielle à la rage, les formulaires, outils et formations sur le sujet.
- La section Immunoglobulines contre la rage du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

LES TIQUES ENCORE ACTIVES À L'AUTOMNE

Par Cynthia Sirois, conseillère en soins infirmiers, et D^re^ Gabrielle Vermette, médecin-conseil en santé publique



En automne, il y a toujours possibilité d'être consulté par une personne ayant été piquée par une tique ou présentant des symptômes de la maladie de Lyme.

En effet, il y a plusieurs occasions d'entrer en contact avec les tiques durant cette période de l'année, que ce soit lors des activités de randonnée, l'entretien du terrain (ramassage et jeux dans les feuilles, taillage des arbustes, etc.), le cordage du bois de chauffage, la chasse, etc.

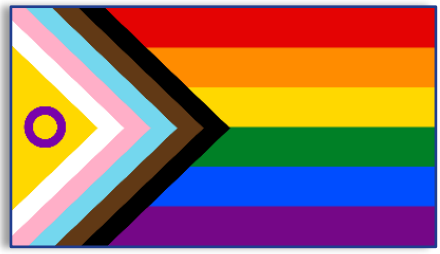
Il faut se rappeler que les tiques à pattes noires (principales vectrices de la maladie de Lyme, de l'anaplasmose, de la babésiose et du virus de Powassan) peuvent être actives d'avril jusqu'à la fin de novembre (pourvu que la température soit de 4° C ou plus).

Pour en savoir plus sur la gestion des expositions aux tiques, consultez dans l'extranet de Santé Québec Chaudière-Appalaches la section Zoonoses / maladie de Lyme.

DIVERSITÉ SEXUELLE ET DE GENRE : UNE PAGE WEB POUR VOUS OUTILLER

Par Véronique Binet, sexologue et agente de planification, de programmation et de recherche

Les personnes de la diversité sexuelle et de genre peuvent rencontrer des obstacles dans leur parcours de soins et de services. Mieux connaître leurs réalités permet de porter un regard plus attentif sur nos façons d'accueillir, de communiquer et d'intervenir. Cette compréhension favorise des soins et des services mieux adaptés ainsi que des milieux plus inclusifs.



La page Web ***Diversité sexuelle et de genre*** rassemble en un seul endroit des contenus, des outils et des ressources pour vous accompagner. Vous y trouverez notamment des informations et des données sur les réalités vécues, des outils concrets pour soutenir les pratiques cliniques et professionnelles, des pistes pour favoriser des environnements en cohérence avec les besoins de ces populations, des ressources vers lesquelles orienter les personnes ainsi qu'un répertoire de formations.

Que ce soit pour approfondir vos connaissances, répondre à une question ou trouver un outil pertinent pour accompagner les personnes LGBTQ+, cette page constitue un point de repère accessible.

Consultez la page Web Diversité sexuelle et de genre.