

Bulletin de l'unité

Maladies infectieuses

Plus de 660 d'entre vous l'ont fait en 1998 La déclaration des MADO fait partie de l'acte médical

En 1998, quelque 665 médecins de la région de Montréal ont fait, au total, près de 2 000 déclarations de cas de maladies à déclaration obligatoire (MADO). Ce faisant, ces médecins ont respecté la *Loi sur la protection de la santé publique*, mais surtout, ils ont intégré la déclaration des MADO à leur pratique comme un geste associé à l'acte médical.

Ce geste qui prend moins de cinq minutes, permet à l'Unité Maladies infectieuses de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre de conduire une enquête épidémiologique, de prendre les mesures nécessaires à la protection de l'entourage et de prévenir ainsi de nouveaux cas, voire un début d'épidémie et même des décès.

Les déclarations de ces médecins sont d'autant plus essentielles que seulement 19% des omnipraticiens et 6% des médecins spécialistes (15% dans certaines spécialités) font des déclarations de MADO.

Bien sûr, la situation épidémiologique générale peut être suivie grâce aux déclarations beaucoup plus nombreuses (près de 9 000) des laboratoires mais le faible taux de médecins déclarants peut

être inquiétant quant à la sous-déclaration de certaines maladies et à la possibilité qu'un foyer d'épidémie puisse se développer sans faire l'objet de déclaration réduisant ainsi la mise en place de mesures de prévention adéquates.

À peine 9 des 53 maladies infectieuses à déclaration obligatoire sont à déclaration par le médecin seulement, toutes les autres le sont par le médecin et par le laboratoire. Aussi, il semble conce-
suite page 6: La déclaration

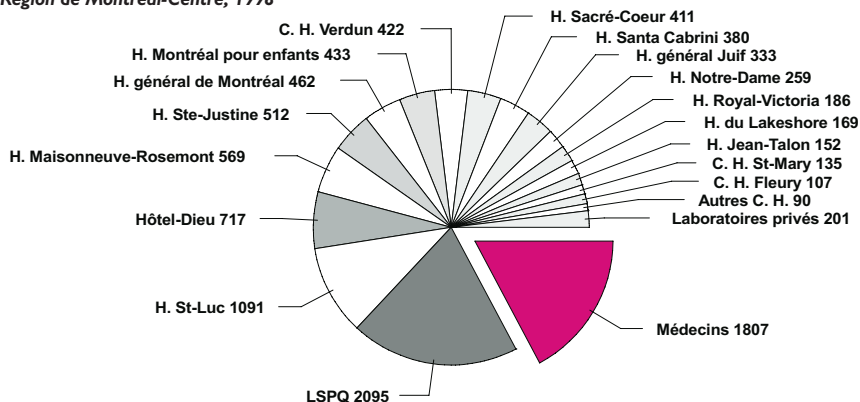
La Direction de la santé publique de Montréal-Centre rend hommages aux médecins et aux responsables de laboratoires qui ont le souci de déclarer les cas de maladies à déclaration obligatoire.

Ils sont essentiels à la surveillance des maladies infectieuses, des toxico-infections alimentaires et des intoxications chimiques.

Ils sont indispensables à la protection de la santé publique.

Vous pouvez en être.

Nombre de déclarations par déclarant
 Région de Montréal-Centre, 1998



DÉCLARATION DE MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
du lundi au vendredi, de 8h30 à 16h30 :
par télécopieur confidentiel : 528-2461 ♦ par téléphone : 528-2400
(formulaire à photocopier en page 4)

En dehors des heures ouvrables, pour une prise en charge épidémiologique immédiate: 528-2400 et suivre les instructions.

Déclarer, c'est obligatoire et c'est facile

Bilan synthèse

Les maladies infectieuses à déclaration obligatoire en 1998

Les médecins traitants, les chefs de départements de biologie médicale et les directeurs de laboratoires partagent l'obligation de déclarer au Directeur de la santé publique certaines maladies infectieuses et intoxications biologiques ou chimiques dites à déclaration obligatoire en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique et de son règlement d'application (RRQ P-35, r.1 (20/12/95)).

Par téléphone, poste, télécopie et courriel

Les déclarations peuvent être faites par téléphone, poste, télécopie et courrier électronique chiffré; l'essentiel est d'acheminer les déclarations complètes le plus rapidement possible. On peut utiliser les formulaires du ministère de la Santé et des Services sociaux, des photocopies des extraits informatiques du laboratoire et de la clinique ou le formulaire proposé ci-joint en encart.

Complètement

Il est important que tous les renseignements exigés par le Règlement soient fournis afin que la santé publique puisse intervenir rapidement et compiler des statistiques valables. Sinon, nous devons compléter la déclaration en appelant le médecin. Prendre le temps de déclarer complètement sauve du temps à tous.

Rapidement

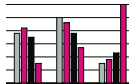
Le délai d'intervention efficace auprès des contacts d'une personne malade ou dans la communauté est court. Il est en effet inférieur à la période d'incubation de la maladie. Au-delà de ce délai, l'intervention perd généralement de son efficacité, la déclaration restant cependant importante. Il est donc primordial de déclarer rapidement.

Confidentiellement

Seule la préposée à la saisie des données et le médecin ou l'infirmière qui assure le suivi du cas connaissent les noms des personnes faisant l'objet d'une déclaration. Ces personnes, comme tout le personnel de l'Unité Maladies infectieuses, ont signé un engagement à la confidentialité. Par ailleurs, toutes les procédures de saisie, d'analyse informatique et d'archivage sont strictement conformes aux règles de la Commission de l'accès à l'information (CAI).

Les 7 885 déclarations reçues et validées en 1998 représentent une hausse de plus de 1 100 cas par rapport à 1997. Les hépatites virales et surtout l'hépatite C sont responsables de cette hausse.

Hépatites virales



Après deux ans et demi de forte incidence, l'hépatite A est de retour à la normale et même légèrement à la baisse par rapport aux années inter-épidémiques. Les principaux groupes affectés demeurent principalement les voyageurs en pays endémiques (34%), suivis de près par la communauté homosexuelle masculine (19%).

En ce qui concerne l'hépatite B, la tendance à la baisse se continue depuis quelques années. À moins que la vigilance à déclarer n'ait diminuée, cette baisse des cas pourrait être attribuée aux programmes élargis de vaccination contre l'hépatite B.

La plupart des cas aigus sont reliés à des relations hétérosexuelles avec un cas connu ou à des relations homosexuelles. Un

nombre non négligeable de cas (30%) ne révèle aucun facteur de risque particulier.

Le nombre de déclarations

d'hépatite C a presque triplé mais ce phénomène, selon nous, est le reflet d'une plus grande attention à la déclaration volontaire qu'auparavant. Il n'y a pour le moment aucun suivi individuel effectué auprès de ces cas.

MTS

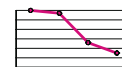


L'infection à *Chlamydia* demeure la MTS la plus fréquente et même la MADO la plus fréquente à Montréal-Centre. L'augmentation notée l'an passé continue malheureusement et ce dans tous les groupes d'âge.

Le nombre de cas de gonorrhée est resté relativement stable.

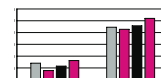
L'incidence de la syphilis reste stable et basse avec aucun cas de syphilis congénitale depuis 1995.

Sida



Le nombre de cas de sida a continué sa chute probablement suite aux succès du traitement. Par contre, on estime à près de 1 000 par année le nombre de nouveaux cas d'infection au VIH, celle-ci n'étant cependant pas à déclaration obligatoire en 1998.

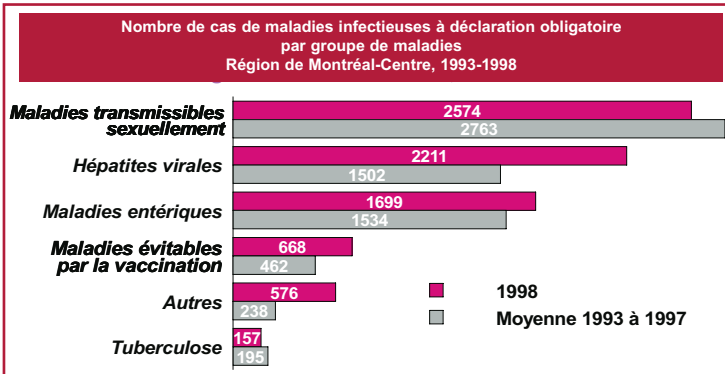
Maladies entériques



Année relativement tranquille sauf pour les infections à *campylobacter* qui continuent leur hausse. Une analyse rapide des cas à Montréal démontre que l'excès de cas s'explique par des infections acquises à l'extérieur de Montréal. Un comité provincial est prévu pour étudier plus précisément les raisons de la hausse à travers le Québec. Les infections à *E. coli* O157 : H7 continuent

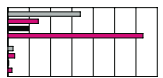
également leur hausse préoccupante compte tenu des complications qu'elles entraînent.

L'incidence la plus grande se situe chez les enfants de moins de 10 ans où elle atteint plus de 9 cas par 100 000. L'incidence des infections à salmonelles est toujours oscillante d'une année à l'autre. Ce sont les salmonelles du groupe B qui sont les plus prévalentes (n=87); plus préoccupantes sont les infections du groupe D (n=45) dont plus de 33 sont du type *enteritidis*. Dans les études, on attribue ces infections à l'ingestion d'œufs mal cuits. Le nombre de déclarations de shigellose est de retour à la normale après une éclosion majeure mais circonscrite en 1997.



Les maladies infectieuses à déclaration obligatoire en 1998

Maladies évitables par vaccination

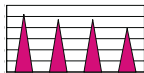


L'année 1998 fut l'année «coqueluche» avec un pic d'augmentation de presque 600% du nombre de cas par rapport à l'année 1997. Tous les groupes d'âge ont été touchés, mais particulièrement les moins d'un an. Des pics de coqueluche apparaissent régulièrement aux 2 à 3 ans suivis d'une période de diminution sur 2 à 3 ans et d'un autre pic. La prévision conséquente de forte incidence en 1999 semble pourtant ne pas devoir se réaliser, le nombre de déclarations ressemblant plutôt à celui de 1997.

Petit nombre de cas d'oreillons mais augmentation majeure par rapport à l'année précédente. À l'automne, il y a eu dans plusieurs écoles un début d'éclosion d'oreillons chez des enfants non vaccinés en provenance de divers pays. Faute de confirmation de laboratoire, seulement 19 cas ont été comptabilisés bien que plus d'une quarantaine de déclarations nous soient parvenues.

Compte tenu de la bonne couverture vaccinale chez les autres élèves des écoles concernées, la transmission secondaire sur plusieurs générations ne s'est pas produite. Il y a eu très peu de cas de rougeole, de rubéole et d'*Haemophilus*. Les résultats positifs de la campagne de vaccination chez les enfants semble donc se continuer. Cependant, une sous-déclaration de ces maladies reste possible.

Tuberculose



En 1998, on a enregistré la plus grande baisse de cas de tuberculose depuis plusieurs années avec 30 cas de moins qu'en 1997. Cette diminution pourrait résulter d'un meilleur suivi des patients (près de 42 d'entre eux ayant bénéficié en 1998 de la thérapie sous observation) conjuguée à une

réduction de l'immigration en provenance des pays endémiques bien que cette dernière hypothèse soit à confirmer.

Et les autres MADO



Le nombre de cas d'infections envahissantes à streptocoques des groupes A et B est resté relativement stable. L'augmentation de près de 40 cas d'infections invasives à *streptococcus pneumoniae* demeure inexpliquée bien qu'une meilleure déclaration pourrait en être la cause.

En 1998, l'UMI a du faire plus de 2 000 appels et ainsi «déranger» les «déclarants» pour obtenir des renseignements qui n'avaient pas été donnés au moment de la déclaration.

L'adresse du patient est le renseignement qui est le plus souvent omis ainsi que la date de début de la maladie.

Une MADO peut être déclarée sous plusieurs formats mais l'important est d'y retrouver tous les renseignements requis par la Loi.

La scarlatine est à déclaration obligatoire par le médecin seulement mais le diagnostic doit être confirmé par le test de laboratoire pour être enregistré. Le laboratoire ne peut la déclarer de lui-même. L'augmentation du nombre de cas de scarlatine de plus de 300 % cette année est due à une démarche de rappel des médecins pour obtenir cette confirmation du laboratoire qu'ils omettent souvent de joindre à leur déclaration.

Les limites



Nous sommes conscients que ces données ne représentent qu'une fraction de ce qui survient réelle-

ment dans la communauté. Ceci est particulièrement vrai pour les maladies qui ne sont pas confirmées par laboratoire et qui ne sont pas sévères. Un nouveau test diagnostique ou l'abandon d'une recherche systématique d'une infection quelconque pour des raisons budgétaires peut également influencer le nombre d'infections signalées. Plusieurs des infections sont surreprésentées chez les jeunes enfants et les personnes âgées, clientèles qui font plus appel aux services de santé ou pour qui le réflexe du clinicien serait plus grand de demander des tests de laboratoire pour confirmer un diagnostic. Finalement, les renseignements manquants dans les déclarations engendrent des distortions dans les répartitions statistiques géographiques.

Déclarer par informatique

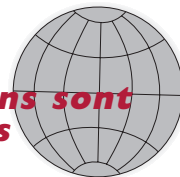
L'arrivée d'un nouveau millénaire nous fait réfléchir sur la possibilité d'exploiter l'informatique pour la déclaration. Ceci aurait l'avantage d'être rapide, facile et vous ferait gagner du temps. Le département d'urgence d'un centre hospitalier de notre région le fait déjà par Lotus. Les données sont codées et l'envoi est sécuritaire. Nous encourageons tous ceux d'entre vous qui avez les outils informatiques pour faire ces déclarations informatiques d'en faire autant. Nous sommes à votre disposition pour faire les arrangements nécessaires pour concrétiser une façon de déclarer qui sera sûrement la norme d'ici quelques années.

Faites-le...ou faites-le faire

Vous n'avez pas le temps de remplir le formulaire... Alors, faites-le faire.

Certains de vos confrères l'ont essayé avec succès. Ils demandent à leur secrétaire de compléter le formulaire du MSSS ou de télécopier de la santé publique et de téléphoner en cas d'urgence.

Vos déclarations sont internationales



En déclarant une maladie infectieuse, vous participez non seulement à informer vos collègues de l'Île de Montréal, mais également vos collègues québécois, canadiens et internationaux.

Les données dépersonnalisées sont acheminées quotidiennement dans un répertoire provincial qui permet une surveillance provinciale constante. Certaines données sont également communiquées aux instances fédérales qui les transmettent à leur tour aux instances internationales.

Les données statistiques mises à jour aux quatre semaines sont disponibles sur le site internet de la Direction de la santé publique: www.santepub-mtl.qc.ca

MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

NOMBRE DE CAS PAR ANNÉE, RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 1990-1998

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Amibiase	72	83	104	97	123	99	150	146	102
Botulisme	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Brucellose	0	0	1	1	0	2	1	0	0
Campylobactériose	454	466	373	420	443	455	489	597	624
Chancre mou	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Choléra	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Coqueluche	509	197	361	833	540	339	141	97	633
Diarrhée épidémique	9	5	22	3	8	6	27	53	87
Entérite à <i>E. coli</i> O157:H7	56	67	56	31	46	56	31	46	65
Entérite à <i>E. coli</i> pathogène	59	32	16	17	17	28	22	8	2
Fièvre Q	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Fièvre paratyphoïde	2	5	4	6	3	2	3	2	4
Fièvre typhoïde	3	12	12	20	24	21	7	9	12
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	95	102	114	95	75	64	60	42	41
Giardiase	206	205	229	192	218	230	291	285	281
Hépatite A	173	429	173	85	91	231	360	265	73
Hépatite B aiguë	165	140	174	170	148	101	116	84	71
Hépatite B porteur	638	722	784	737	791	700	690	608	541
Hépatite B non précisée	376	277	258	215	178	146	120	164	138
Hépatite C sans précision	14	25	52	128	216	375	381	481	1387
Hépatite virale sans précision	0	0	0	0	4	10	5	1	0
Herpès néonatal	1	0	1	1	0	0	1	0	0
Infection gonococcique	1209	865	585	409	438	394	306	350	308
Infections à <i>Chlamydia trachomatis</i>	4544	3136	2692	2291	1812	1783	1718	1835	2086
Infections à <i>H. influenzae</i> , bactériémie	7	5	3	3	2	4	1	0	1
Infections à <i>H. influenzae</i> , méningite	10	6	15	2	1	1	1	0	0
Infections à <i>H. influenzae</i> , autres formes envah.	8	12	4	2	3	0	2	0	2
Infections à méningocoques	30	23	21	30	26	28	10	13	10
Inf. invasive à streptocoque du groupe A	0	0	0	0	0	19	31	60	50
Inf. invasive à streptocoque du groupe B	0	0	0	0	0	0	0	21	13
Inf. invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	0	0	0	0	0	0	1	286	327
Légionellose	4	4	2	0	3	3	6	4	6
Lèpre	1	1	0	1	1	4	3	0	0
Lymphogranulomatose vénérienne	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Méningite à entérovirus	21	32	29	21	44	17	24	61	28
Oreillons	6	8	9	17	19	12	16	2	19
Paludisme	14	21	18	24	30	75	82	112	74
Psittacose	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Rougeole	24	8	4	14	43	11	12	2	2
Rubéole	31	6	2	58	7	12	5	3	1
Salmonellose	472	384	314	330	274	353	296	265	289
Scarlatine	116	124	108	96	86	23	20	21	78
Shigellose	209	162	131	151	139	177	137	268	136
SIDA	337	238	303	446	302	616	598	264	155
Syphilis	133	128	124	68	58	56	41	28	25
Toxi-infection alimentaire	17	26	12	7	46	29	59	73	56
Tuberculose	182	191	200	181	209	207	188	188	157
Tularémie	0	1	0	0	0	1	0	0	0
TOTAL	10208	9149	7310	7203	6469	6691	6456	6744	7885

Les MADDO suivantes n'ont donné lieu à aucune déclaration de 1991 à 1998: charbon, diphtérie, encéphalites transmises par arthropodes, fièvre de Lassa, fièvre hémorragique africaine (Ebola), fièvre jaune, granulome inguinal, hépatite C aiguë, maladie de Marburg, peste, poliomyélite, rage, tétanos, trichinose, typhus, variole.

TÉLÉCOPIE CONFIDENTIELLE*

Du lundi au vendredi, de 8h30 à 16h30

En dehors de ces heures, pour une prise en charge épidémiologique immédiate, contacter le (514) 528-2400 et suivre les instructions

Destinataire : Unité Maladies infectieuses, Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Télécopieur dédié confidentiel : (514) 528-2461



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

DÉCLARATION D'UNE MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE*

Nom du malade		Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
Adresse									
N°		Rue							
Municipalité			N° téléphone						
Date de naissance		Année		Mois		Jour		Occupation	

Nom de la maladie (* *): _____

Début de la maladie _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

Prélèvement soumis au laboratoire oui non

Nom du médecin en lettres moulées			
Adresse			
N° Rue			
Municipalité		N° téléphone	

(*) Pour la déclaration d'une maladie vénérienne, utiliser la formule AS-771.
Pour la déclaration du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), utiliser la formule AS-757.

(**) Voir ci-bas la liste des maladies à déclaration obligatoire en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique, codifiées selon la neuvième révision de la Classification internationale des Maladies.

Date _____ Signature _____ M.D.

AS-770 (rev. 95-08)

À TRANSMETTRE AU DIRECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE VOTRE TERRITOIRE

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE PAR LE MÉDECIN

À DÉCLARER D'URGENCE PAR TÉLÉPHONE OU TÉLÉGRAMME SIMULTANÉMENT AU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET AU DIRECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE VOTRE TERRITOIRE ET À CONFIRMER DANS LES 48 HEURES À L'AIDE DE LA PRÉSENTE FORMULE

- botulisme (005.1)
- choléra (001)
- fièvre de Lassa (078.8)
- fièvre hémorragique africaine (Ebola) (078.8)
- fièvre jaune (060)
- maladie de Marburg (078.8)
- peste (020)
- variole (050)

À DÉCLARER À L'AIDE DE LA PRÉSENTE FORMULE (CI-HAUT) AU DIRECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE VOTRE TERRITOIRE DANS LES 48 HEURES :

- coqueluche (033)
- diarrhée épidémique (009.2)
- diphtérie (032)
- fièvres typhoïde (002) et paratyphoïde (002)
- hépatite virale (070)
- herpès néonatal (054)
- **Infections à *Chlamydia trachomatis* :**
 - génitales (099.4, 099.8, 616)
 - oculaires (076, 077.0)
 - pulmonaires (483)
- **Infections à *Haemophilus influenzae* :**
 - méningite (320.0)
 - bactériémie (038.4)
 - autres formes envahissantes (041.5)
- infections à méningocoques (036)
- infections invasives à streptocoque (035.0, 038.0, 038.2, 041.0, 041.2, 320.2, 481, 482.3, 711.0, 728.0, 730.2, 785.5, 998.5)
- légionellose
- lépre (030)
- oreillons (072)
- poliomyélite (045)
- rage (071)
- rougeole (055)
- rubéole (056)
- rubéole congénitale (771.0)
- scarlatine (034.1)
- tétanos (037)
- toxi-infection alimentaire (005)
- tuberculose (010-018)

Intoxications par :

- benzène (982.0)
- béryllium et ses composés (985.3)
- chlore et ses composés
 - chlore gazeux (987.6)
 - composé (983.9)
- chrome et ses composés (985.6)
- cuivre, nickel et zinc (985.8)
- fluor (987.8)
- hydrocarbures chlorés
 - solvants (tétrachlorure de carbone) (982.1)
 - non solvants (989.2)
- monoxyde de carbone (986)
- nitro et amino dérivés du benzène, phénol et leur homologues
 - vapeur (987.8)
 - solvants (982.9)
 - non solvants (989.9)
- pesticides
 - vapeur (989.4)
 - arsenic (985.1)
 - carbamate (989.3)
 - chlore (989.2)
 - composite précisée NCA (989.4)
- cyanure (989.0)
- mixte (989.4)
- organochloré (989.2)
- organophosphoré (989.3)
- strychnine (989.1)
- thallium (985.8)
- phosphore et ses composés (983.9)
- soufre et ses composés
 - soufre (989.8)
 - acide sulfurique (989.1)
 - sulfure de carbone (982.20)
- dioxyde (gaz) (987.3)
- hydrogène (987.8)
- médicinal (onguent) (976.4)
- pesticide (vapeur) (989.4)
- vapeur NCA (987.8)
- vapeurs nitreuses
 - maladie des ouvriers de silo (506.9)
 - oxyde nitreux (968.2)
 - oxyde nitreux non anesthésique (987.2)
 - oxyde nitrique (987.8)

À DÉCLARER À L'AIDE DE LA FORMULE AS-771 (AS-757 - sida) AU DIRECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE VOTRE TERRITOIRE DANS LES 48 HEURES :

- chancre mou
- granulome inguinal
- infection gonococcique
- lymphogranulomatose vénérienne
- syphilis
- sida

*Note au récipiendaire

L'information contenue dans ce message est de nature privilégiée et confidentielle et est strictement réservée à l'usage de son destinataire. Si vous n'êtes pas ce destinataire, prenez avis, par la présente, que tout usage, divulgation, distribution ou copie de ce message demeurent strictement interdits. De plus, si vous avez reçu cette communication par erreur, veuillez en aviser immédiatement par téléphone l'Unité Maladies infectieuses et lui faire parvenir cette feuille par la poste ou par courrier spécial. Merci !

Unité Maladies infectieuses, 1301, rue Sherbrooke Est Montréal, Québec, H2L 1M3. Téléphone: (514) 528-2400.

Outre la stimulation de la déclaration par informatique, plusieurs projets touchant la surveillance sont prévus à la Direction de la santé publique dans l'année qui vient. Le choix de déclarants sentinelle pour certaines MADO ainsi que pour des syndromes cliniques qui peuvent servir d'indicateur pour l'émergence d'infections non reconnues autrement est à l'ordre du jour.

L'exploitation d'Internet pour vous offrir des données sur mesure est également priorisée. Nous moderniserons également la production des rapports épidémiologiques qui incluront non seulement les tendances selon le temps, le lieu et la personne mais également la description des programmes de prévention entrepris par notre direction de santé publique.

Dans des domaines plus précis, la surveillance de la tuberculose, l'étude de la prévalence des infections à *Chlamydia*, l'impact socio-sanitaire des infections à rotavirus, le profil d'acquisition de l'hépatite C et les diverses infections résistantes aux antibiotiques seront priorisés.

La surveillance de la coqueluche sera étudiée pour mesurer plus en détail l'impact du changement vaccinal et également les difficultés rencontrées dans l'application des définitions nosologiques pour fin de surveillance.

Finalement, la direction de la santé publique explorera le développement de dossiers informatisés pour le suivi des éclosions, l'exploitation de fichiers non nominaux pour les facteurs de risque et la rétroinformation individuelle aux médecins quant aux données sur leur clientèle.

N. Gonorrhoeæ résistantes aux fluoroquinolones

Depuis le début de 1999, déjà 4 souches de *N. gonorrhoeæ* résistantes à la ciprofloxacine ont été identifiées dans la région de Montréal ce qui représente 1,6% des 250 cas déclarés alors que les souches productrices de B-lactamase.

Tous les patients ont présenté une uréthrite; un cas a présenté une orchépididymite. Les souches isolées provenaient de l'urètre. Les cas n'apparaissent pas liés. On a relevé les caractéristiques épidémiologiques suivantes :

- Tous de sexe masculin.
- Âge: 16, 21, 40 et 59 ans.
- Trois hétérosexuels, un homosexuel.
- Une personne était originaire

d'Asie centrale, deux des Antilles anglaises et la dernière était canadienne-française.

- Une personne a acquis son infection lors d'un voyage dans son pays d'origine (Asie centrale). Les autres auraient acquis leur infection à Montréal. Toutes ont eu des relations sexuelles avec au moins un partenaire

«d'aventure» durant la période d'incubation.

- Aucun cas n'a été associé à des activités de prostitution ou d'usage de drogue par injection.

Une souche a été indentifiée la première fois en 1994 suivie de 3 en 1995 et d'une chaque année en 1996, 1997, 1998. La persistance et le pic récent d'infections gonococciques résistantes aux fluoroquinolones mettent en lumière l'importance :

- de proposer la céfixime comme le traitement de 1^{er} choix d'une gonococcie (Re : recommandation issue des «Lignes directrices canadiennes sur les MTS 1998»);
- d'envisager une culture de contrôle post-traitement si l'on n'utilise pas la céfixime ou la ceftriaxone
- d'accorder une importance particulière à la notification aux partenaires des cas d'infection gonococcique. Le service de soutien à la notification aux partenaires de la DSP Montréal-Centre peut y aider: 528-2400, poste 3840.

La déclaration, suite de la page 1

vable que le médecin laisse aux laboratoires le soin de déclarer, d'autant plus que plusieurs résultats de tests apparaissent plus certains que le diagnostic clinique. Cependant cela entraîne des délais dans la réception des déclarations et dans le déploiement des mesures épidémiologiques et une sous-déclaration importante des 9 maladies qui ne sont pas à déclaration par le laboratoire: coqueluche, diarrhée épidémique, oreillons, rougeole, rubéole, rubéole congénitale, scarlatine, syphilis et sida.

De fait, l'obligation de déclarer du laboratoire ne libère pas le médecin de la sienne et il est recommandé que le médecin signale les cas de MADO dès qu'il les soupçonne.

Les laboratoires

Près de 80% des déclarations proviennent des laboratoires d'hôpitaux et du Laboratoire de santé publique du Québec dont le rôle de confirmation des tests hospitaliers en fait le plus important déclarant, suivi des hôpitaux Saint-Luc, Hôtel-Dieu de Montréal et Maisonneuve-Rosemont ayant tous déclaré chacun plus de 500 cas.

Le nombre de déclarations par les hôpitaux correspond généralement aux types de clientèles qui les fréquentent mais l'assiduité à déclarer varie également entre eux. Les laboratoires privés déclarent maintenant davantage malgré qu'une étude ait montré qu'ils reçoivent peu de tests à effectuer concernant des MADO.

Bulletin de l'Unité

Maladies infectieuses

Une publication de l'Unité Maladies infectieuses de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 1M3
Téléphone: (514) 528-2400
Télécopieur: (514) 528-2452
Courriel: blefevre@santepub-mtl.qc.ca

Responsable de l'UMI:

Dr John Carsley

Rédactrice en chef:

Dr Monique Letellier

Édition:

Blaise Lefebvre

Textes d'origine:

Lucie Bédard

ISSN 1205-9943



Hôpital général de Montréal
mandataire

Mise à jour *

Novembre 1999

Hépatites et pneumocoque

Groupes-cibles pour la vaccination gratuite

AIDE-MÉMOIRE (applicable à la région de Montréal-Centre)

Vaccination à poursuivre

Vaccination à entreprendre

Vaccins

Groupes ayant déjà la gratuité

Groupes qui s'ajoutent dès 1999-2000

Hépatite B

(Recombivax HB®)

Pour les hémodialysés et pour les personnes immunosupprimées présentant un des facteurs de risque ci-contre: la dose est - de 40 µg/ml (concentrée) pour les 20 ans et plus, - double de la dose régulière pour les moins de 20 ans. (Voir PIQ, p.171)

- ♦ Jeunes de 4^e année du primaire.
- ♦ Le contact sexuel ou la personne vivant sous le même toit qu'un porteur ou qu'un cas aigu d'hépatite B.
- ♦ Le nouveau-né d'une mère HBsAg positive (infection aiguë ou chronique).
- ♦ Tout enfant né depuis le 1/1/95 et dont au moins un des parents est né dans un pays d'Asie du Sud-Est.
- ♦ Tout enfant de 7 ans et moins d'une famille où il y a des comportements à haut risque notamment l'utilisation de drogues injectables ou la prostitution.
- ♦ Toute personne qui s'adonne à la prostitution et tout partenaire sexuel d'une telle personne.
- ♦ Toute personne de moins de 26 ans ayant une des MTS suivantes ainsi que ses partenaires sexuels: gonorrhée, syphilis en phase contagieuse.
- ♦ Toute personne ayant le syndrome de Down.
- ♦ Tout enfant de moins de 10 ans ayant une déficience intellectuelle et susceptible d'avoir des contacts quotidiens avec des porteurs chroniques d'hépatite B.
- ♦ Toute personne, dans la communauté, qui se fait mordre par un humain (avec bris cutané) ou qui se blesse avec une aiguille contaminée par du sang. (Les travailleurs accidentés sont couverts par les programmes de la CSST).
- ♦ Toute victime d'une agression sexuelle.
- ♦ Toute autre personne référée par la santé publique après évaluation.

- ♦ Jeunes du secondaire V (1999-2000, 2000-2001) et de classes terminales équivalentes de 18 ans et moins.
- ♦ Jeunes de 10-18 ans non rejoints par la vaccination en milieu scolaire.
- ♦ Les enfants de moins de 7 ans dont la famille a immigré en provenance de régions où l'hépatite B est fortement endémique. Plusieurs pays s'ajoutent aux seuls pays d'Asie du Sud-Est retenus antérieurement. (Voir liste jointe.)
- ♦ Toute personne ayant une des MTS suivantes ainsi que ses partenaires sexuels: -gonorrhée, -syphilis en phase contagieuse. (Il n'y a plus de limite pour l'âge.)
- * ♦ Dialysés (hémodialyse, dialyse péritonéale).
- ♦ Hémophiles.
- ♦ Les voyageurs de 18 ans et moins séjournant plus de 6 mois dans des régions où l'hépatite B est endémique.

Hépatite A

(Vaqta®)

- ♦ Porteurs chroniques du VHB. (Particulièrement s'il y a maladie hépatique chronique)

Hépatite A et B

(Twinrix™ ou vaccins monovalents)

- ♦ Hommes homosexuels ou bisexuels.
- ♦ Utilisateurs de drogues.
- ♦ Jeunes de la rue (Montréal-Centre)
- ♦ Porteurs chroniques du VHC suivis par un spécialiste.

- * ♦ Personnes atteintes de cirrhose.
- ♦ Tout porteur chronique du VHC.

Pneumocoque

(Pneumovax® 23)

- ♦ Porteurs du VIH.
- ♦ Aspléniques anatomiques ou fonctionnels.

- ♦ Personnes de 2 ans et plus atteintes de certaines maladies chroniques. (Voir verso)
- * ♦ Personnes de 65 ans et plus en CHSLD
- ♦ À partir d'avril 2000: - toute personne âgée de 65 ans et plus.

Approvisionnement en vaccins

Ces vaccins, tout comme les vaccins pour l'immunisation de base, sont distribués par la Direction de la santé publique et fournis gratuitement par le ministère de la Santé et des Services sociaux. On peut s'inscrire sur la liste des vaccinateurs en communiquant avec Mme Gisèle Oceau au 514-528-2400, poste 3845. Certaines conditions doivent être remplies, en particulier la réfrigération adéquate des vaccins et l'envoi d'un rapport d'utilisation des doses au moment d'une nouvelle commande.

Vaccin contre le pneumocoque

La gratuité est étendue aux personnes atteintes de certaines maladies chroniques

- ◆ Dès maintenant, le vaccin contre le pneumocoque peut être administré **gratuitement** aux personnes de 2 ans et plus atteintes d'une des pathologies chroniques suivantes:
 - ◆ maladie cardiaque chronique (ex.: insuffisance cardiaque, cardiomyopathie);
 - ◆ maladie pulmonaire chronique (ex.: maladie pulmonaire obstructive chronique, emphysème, asthme si accompagné de bronchite chronique, d'emphysème ou d'une corticothérapie systémique de longue durée);
 - ◆ diabète;
 - ◆ cirrhose;
 - ◆ alcoolisme chronique;
 - ◆ écoulement chronique de liquide céphalo-rachidien;
 - ◆ néphropathie chronique (ex.: insuffisance rénale chronique, syndrome néphrotique);
 - ◆ affection associée à l'immunosuppression (ex.: leucémie, lymphome, maladie de Hodgkin, myélome multiple, néoplasie généralisée, traitement immunosuppresseur, greffe d'organe ou de moelle osseuse).
- ◆ La gratuité du vaccin contre le pneumocoque est maintenue pour les personnes ayant une:
 - ◆ asplénie anatomique (ex.: splénectomie) ou fonctionnelle (ex.: anémie falciforme);
 - ◆ infection par le VIH, symptomatique ou non.
- * ◆ La gratuité s'étend aussi immédiatement aux personnes de 65 ans et plus résidant en CHSLD.
- ◆ À partir d'avril 2000, le vaccin contre le pneumocoque sera également gratuit pour toute personne de 65 ans et plus, quel que soit son état de santé, en milieu ouvert ou en milieu fermé.

Profitez de la campagne anti-influenza

Comme les personnes visées par la gratuité de la vaccination contre le pneumocoque sont en majorité déjà couvertes par le programme influenza, **il serait judicieux de profiter de la prochaine campagne de vaccination contre l'influenza pour leur donner le vaccin contre le pneumocoque.** Les deux vaccins peuvent être donnés lors de la même visite, en des sites différents. Par ailleurs, le médecin qui ne vaccine pas lui-même peut faciliter l'obtention de la vaccination gratuite par son patient en lui remettant une recommandation de vaccination qu'il pourra présenter à un médecin vaccinateur ou dans un CLSC.

Évitez une revaccination inappropriée

- La vaccination contre le pneumocoque ne se donne qu'une seule fois, sauf indication contraire pour des cas bien précis (voir PIQ, p.198) et, dans ces cas, il est important de respecter un interval minimal afin de réduire les risques d'effets secondaires, dont un phénomène d'Arthus pouvant être assez grave.
- ◆ Ne revaccinez qu'une seule fois et sur prescription médicale individuelle.
 - ◆ Évitez de revacciner si une vaccination contre le pneumocoque a déjà été reçue
 - au cours des 5 dernières années pour les personnes de plus de 10 ans,
 - au cours des 3 dernières années pour les enfants de 10 ans ou moins.
 - ◆ Collaborez à l'établissement d'un registre de la vaccination contre le pneumocoque par les instances de santé publique en fournissant tous les renseignements nécessaires par bordereaux ou autres moyens à la Direction de santé publique sur les patients que vous vaccinez ou que vous savez avoir reçu le vaccin antérieurement: ce registre vous permettra de vérifier la vaccination reçue par de nouveaux patients et permettra à un autre praticien de vérifier la vaccination de votre patient.

Un vaccin sécuritaire et efficace

Le vaccin contre le pneumocoque est un vaccin inactivé contenant 23 sérotypes polysaccharidiques capsulaires de *Streptococcus pneumoniae* qui représentent 90% des souches de pneumocoque associées à des infections invasives au Québec. La protection conférée par le vaccin chez les personnes immunocompétentes est de 80% en regard des infections invasives causées par le pneumocoque, principalement celles associées à une bactériémie. (Pour plus d'information voir le PIQ: Protocole d'Immunsation du Québec).