


Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides

Québec 

Direction de santé publique

Rapport des maladies à déclaration obligatoire (MADO) dans les Laurentides

2012

Préparé par
Docteure Marie-Claude Lacombe

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tous les médecins et laboratoires qui ont déclaré les cas de maladies à déclaration obligatoire (MADO). Ce rapport est essentiellement basé sur les données qu'ils nous ont communiquées.

Nous remercions également les infirmières en milieu scolaire, en prévention des infections et « contacts Mado », les coordonnateurs des CSSS du territoire pour leur excellente collaboration, de même que les pharmaciens des centres hospitaliers pour toutes les occasions où leur participation aux mesures de contrôle des MADO a été sollicitée.

Enfin, nos remerciements vont aussi aux nombreux relecteurs de la Direction de santé publique des Laurentides et à Caroline Latour pour le traitement de texte et la mise en page de ce document.

Rapport des maladies à déclaration obligatoire (MADO) 2012

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

ISBN : 978-2-89547-210-0 (PDF)

© Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2014

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source en soit mentionnée. Ce document est disponible sur le site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides au www.santelaurentides.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIERES

Liste des figures	4
Liste des tableaux.....	5
Introduction.....	7
Section 1 Maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (MADO)	8
1.1 Infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS).....	9
Syphilis	9
Chlamydie et gonorrhée	11
Hépatite C (sans précision).....	13
1.2 Maladies entériques.....	14
Campylobactériose.....	15
Maladies entériques et voyages	16
1.3 Maladies évitables par la vaccination (MEV)	16
Coqueluche	17
1.4 Autres maladies à déclaration obligatoire.....	19
Tularémie	19
Malaria.....	19
Fièvre Q.....	20
Légionellose.....	20
Virus du Nil (VNO).....	21
Streptocoque du groupe A.....	22
Section 2 Maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique : santé environnementale	23
Monoxyde de carbone	24
Conclusion	27

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Taux de déclarations de MADO infectieuses par 100 000, 2007-2012.....	8
Figure 2 Proportion en % des déclarations MADO d'origine infectieuse, région des Laurentides, 2012	9
Figure 3 Nombre de cas de syphilis infectieuse, région des Laurentides et province de Québec, 1995-2012.....	10
Figure 4 Nombre de cas de syphilis infectieuse selon l'âge, région des Laurentides, 2011-2012.....	10
Figure 5 Taux d'infection à chlamydia par 100 000 de population par année, région des Laurentides, 1995-2012.....	11
Figure 6 Taux de gonorrhée par 100 000 par année, région des Laurentides et province de Québec, 1995-2012.....	11
Figure 7 Nombre de cas de gonorrhée selon l'âge, région des Laurentides, 2012.....	12
Figure 8 Taux d'infection à chlamydia par CSSS par 100 000 personnes, région des Laurentides, 2011-2012.....	12
Figure 9 Nombre de cas de gonorrhée par CSSS, région des Laurentides, 2010-2011-2012.....	13
Figure 10 Nombre de cas déclarés d'infections à hépatite C (sans précision) par année, région des Laurentides, 2007-2012	13
Figure 11 Maladies entériques, région des Laurentides, moyenne 2007-2011, 2011 et 2012.....	14
Figure 12 Taux d'infection à campylobacter par 100 000 personnes, par RLS, région des Laurentides, 2012	15
Figure 13 Nombre de cas d'infections à campylobacter par mois, région des Laurentides, 2011-2012	15
Figure 14 Nombre de cas déclarés de maladies évitables par la vaccination, région des Laurentides, moyenne 2007-2011, 2011 et 2012	17
Figure 15 Nombre de cas de coqueluche, région des Laurentides, 1995-2012.....	18
Figure 16 Nombre de cas de coqueluche par tranche d'âge, région des Laurentides, 2012	18
Figure 17 Nombre de cas d'autres maladies à déclaration obligatoire, région des Laurentides, moyenne 2007-2011, 2011 et 2012	19
Figure 18 Nombre de cas de Légionellose, région des Laurentides, 2007-2012	20
Figure 19 Nombre de cas de Légionellose par groupe d'âge, région des Laurentides, 2011-2012	21
Figure 20 Nombre de cas d'infections au virus du Nil par tranche d'âge, région des Laurentides, 2012	21
Figure 21 Nombre et taux par 100 000 de cas d'infections invasives à streptocoque du groupe A, région des Laurentides, 1995-2012.....	22
Figure 22 Nombre de déclarations d'intoxications chimiques de sources environnementales, région des Laurentides, 2007-2012.....	23
Figure 23 Répartition du nombre de déclarations d'intoxications chimiques de sources environnementales, région des Laurentides, 2012	24
Figure 24 Causes principales d'intoxications au monoxyde de carbone, région des Laurentides, 2012	24
Figure 25 Nombre de déclarations d'intoxications au monoxyde de carbone par année, région des Laurentides, 2008-2012	25
Figure 26 Nombre de déclarations d'intoxications au CO par mois, région des Laurentides, total 2010-2012.....	25

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Pays d'acquisition des cas déclarés de maladies entériques acquises à l'extérieur du Québec, région des Laurentides, 2012.....	16
--	----

INTRODUCTION

La Loi sur la santé publique (LSP) (L.R.Q. S-2.2) prévoit une liste de maladies réglementées dont la déclaration est obligatoire par tout médecin et/ou par le laboratoire qui identifie l'agent pathogène selon le règlement ministériel d'application de la LSP. Les intoxications, les infections ou les maladies médicalement reconnues comme pouvant constituer une menace pour la santé d'une population, nécessitant une vigilance des autorités de santé publique, font partie de cette liste. Le directeur régional de la santé publique a la responsabilité de recevoir ces déclarations.

La déclaration d'une maladie à déclaration obligatoire (MADO) vise essentiellement deux objectifs : la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général. La déclaration permet de mettre en place, le plus rapidement possible, l'intervention de santé publique visant à prévenir la survenue de cas secondaires. La compilation des MADO, tant au niveau régional que provincial, permet, quant à elle, de connaître l'état de santé de la population et d'exercer une vigie et une surveillance de ces maladies. Ce rapport de surveillance des MADO a été élaboré à partir des données disponibles dans le fichier central MADO, géré par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Le présent rapport contient les données relatives aux maladies et aux intoxications, pour la région des Laurentides, pour l'année 2012. Le fichier pour les MADO infectieuses a été extrait en octobre 2013. Les données MADO chimiques environnementales ont été extraites pour la dernière fois en novembre 2013. À des fins de comparaison, certaines données des années antérieures sont aussi présentées, de même que certaines données provinciales.

Il importe de rappeler que ce rapport constitue un portrait de la "déclaration" de certaines maladies et non une image réelle et fiable de la situation épidémiologique de ces maladies sur notre territoire. Cependant, l'évolution à travers les années permet de démontrer des tendances.

Ce rapport présente les MADO en 2 sections :

- ❖ les MADO d'origine infectieuse (section 1)
- ❖ les MADO d'origine environnementale (section 2)

SECTION 1 MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE D'ORIGINE INFECTIEUSE (MADO)

En 2012, 2541 déclarations de maladies infectieuses (MADO) ont été reçues, pour un taux de déclarations de 447/100 000 habitants pour l'année, une augmentation significative par rapport à la moyenne des 5 dernières années. En 2012, le taux de déclarations des Laurentides a rejoint celui de la province.

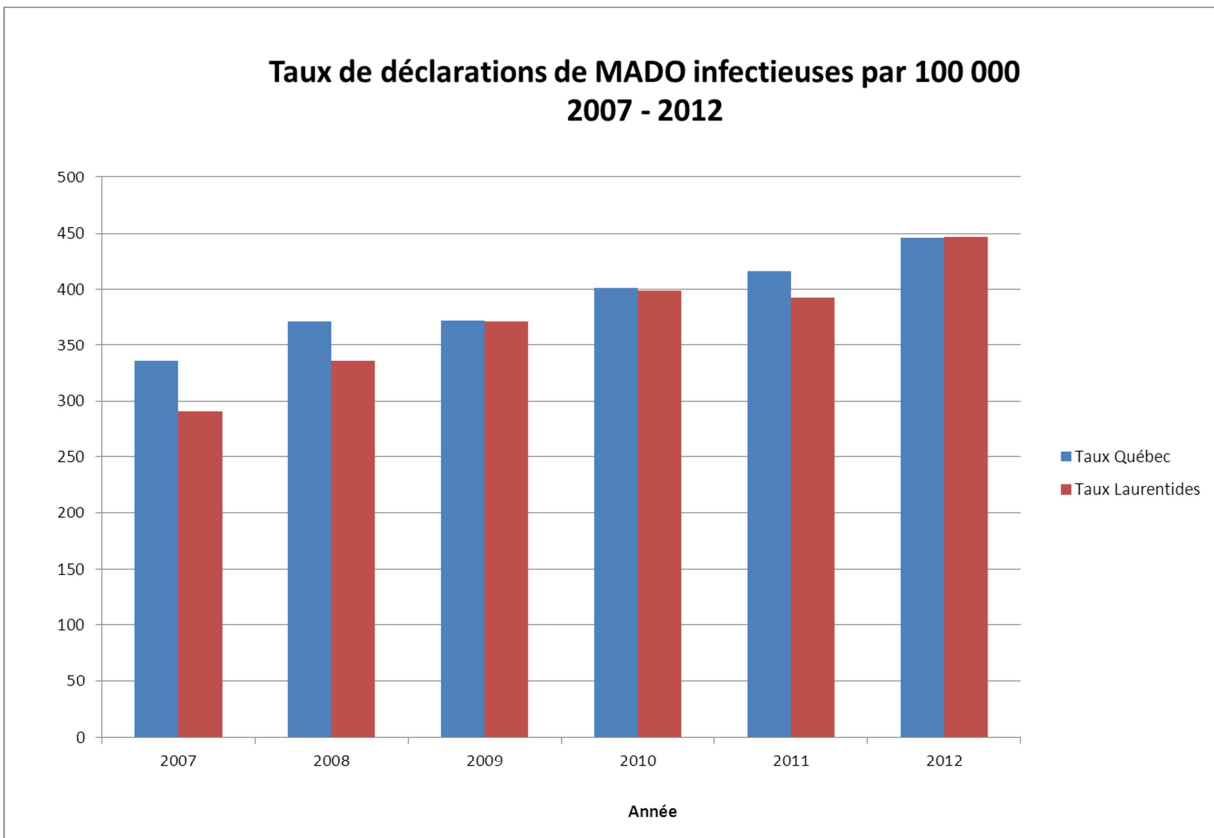


FIGURE 1 TAUX DE DÉCLARATIONS DE MADO INFECTIEUSES PAR 100 000, 2007-2012

Les maladies rapportées le plus fréquemment sont présentées en % dans la figure 2 :

- la chlamydie génitale (1595 cas, 62.8 %);
- La coqueluche et l'hépatite C (156 et 159 cas chacun, 6.1 % et 6.3 %);
- La campylobactériose et la gonorrhée (142 et 86 cas chacun, 5.6 % et 3.4 %).

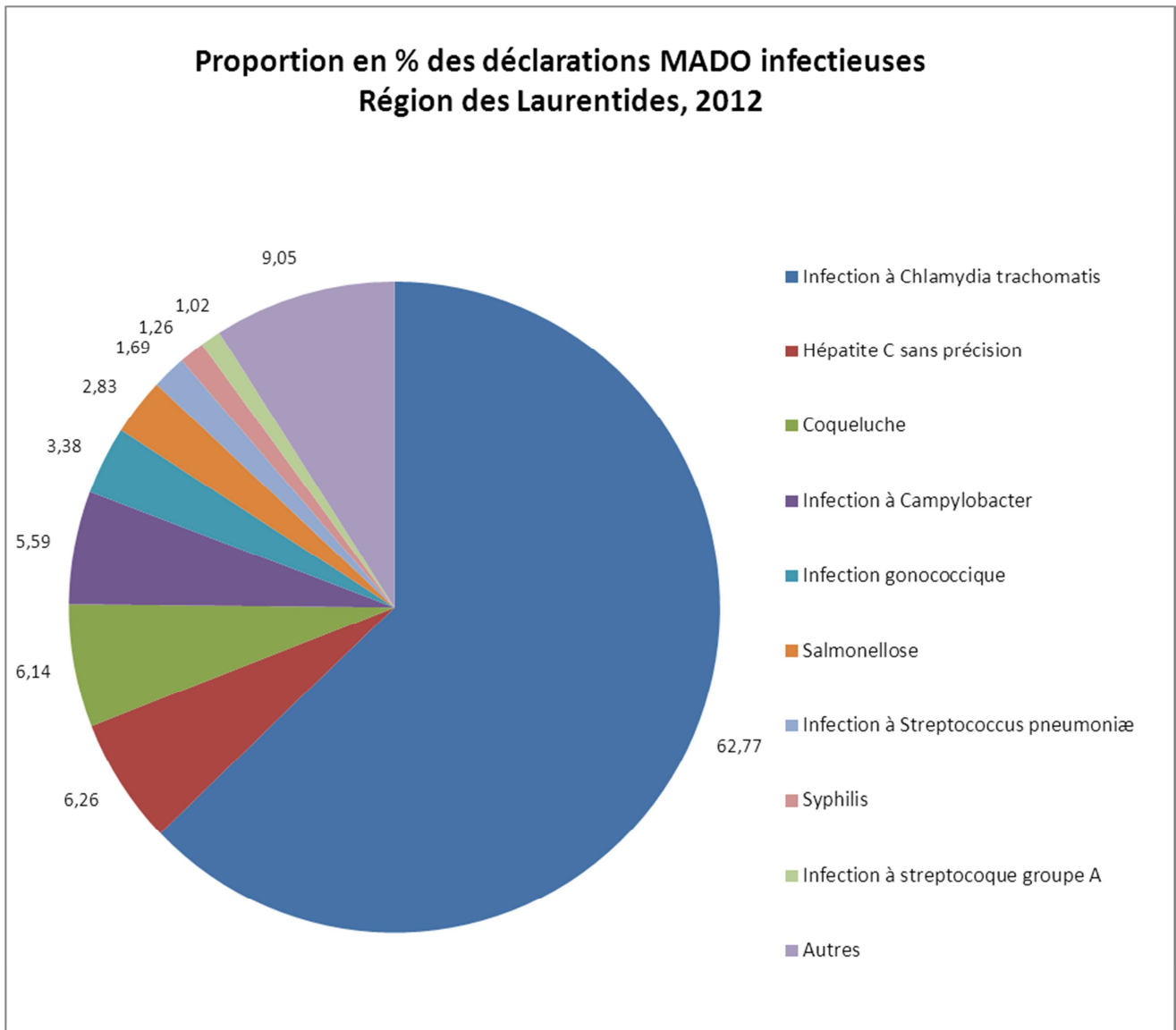


FIGURE 2 PROPORTION EN % DES DÉCLARATIONS MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE, RÉGION DES LAURENTIDES, 2012

Nous présenterons les MADO infectieuses en fonction d'une classification générale usuelle : les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), les maladies entériques, les maladies évitables par l'immunisation (MEV) et les autres MADO.

1.1 INFECTIONS TRANSMISES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS)

SYPHILIS

Ce qui retient l'attention en 2012 en ITSS est l'augmentation marquée du nombre de cas de syphilis. On retrouve la majorité des cas entre l'âge de 15 et 29 ans. Les hommes représentent encore la majorité des cas (30 sur 32). La syphilis se transmet par les relations sexuelles non protégées et peut se présenter par un chancre non douloureux. Non traitée, elle peut se compliquer de symptômes neurologiques et même mener à la mort.

Nombre de cas de syphilis infectieuse Région des Laurentides et Province de Québec 1995-2012

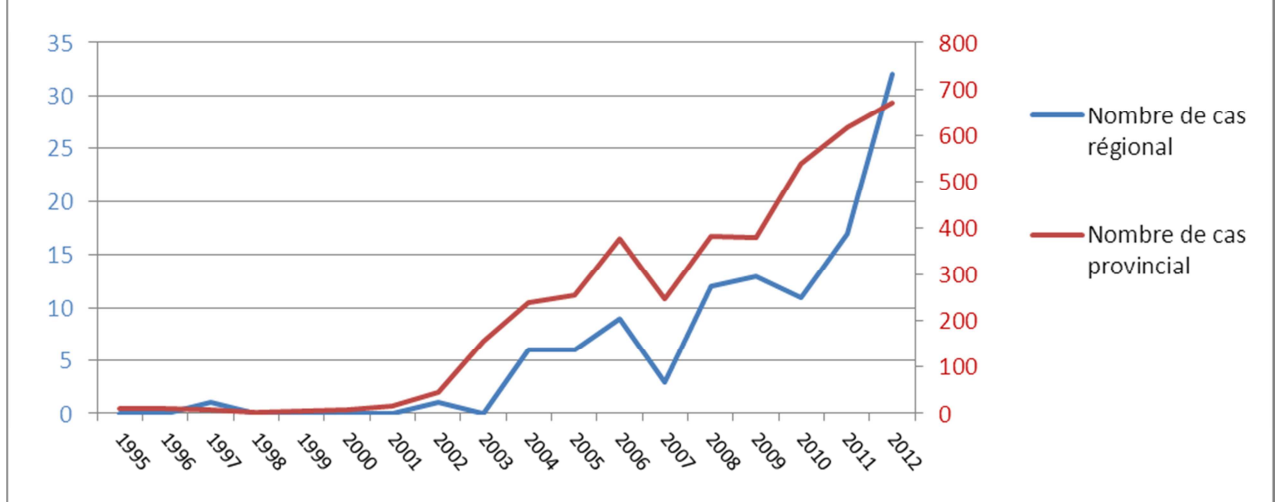


FIGURE 3 NOMBRE DE CAS DE SYPHILIS INFECTIEUSE, RÉGION DES LAURENTIDES ET PROVINCE DE QUÉBEC, 1995-2012

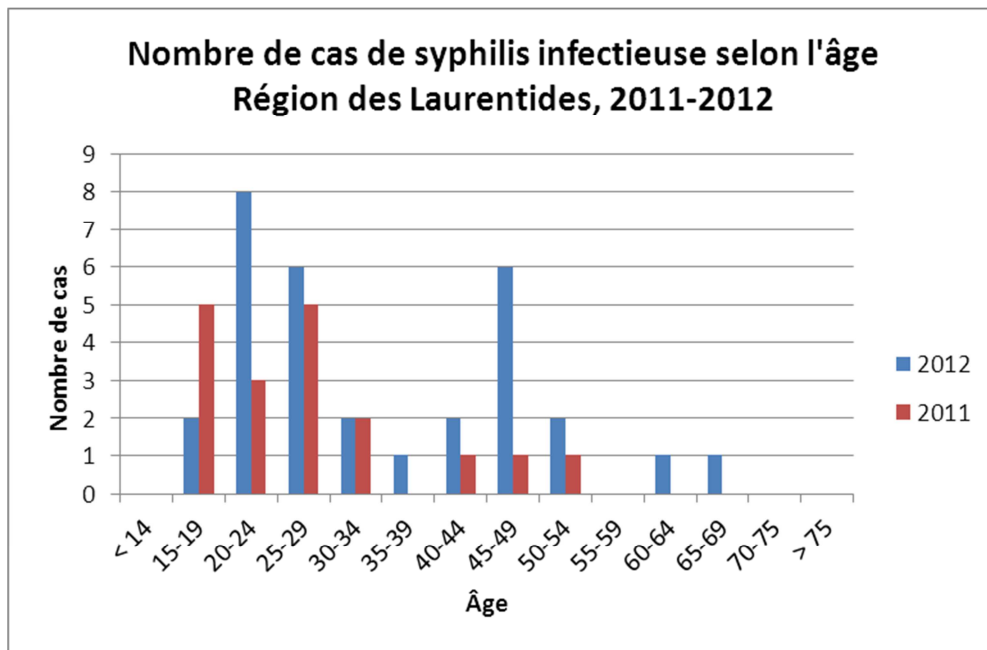


FIGURE 4 NOMBRE DE CAS DE SYPHILIS INFECTIEUSE SELON L'ÂGE, RÉGION DES LAURENTIDES, 2011-2012

CHLAMYDIOSE ET GONORRHÉE

Ces infections bactériennes génitales, transmises par les relations sexuelles non protégées, peuvent entraîner des complications importantes telles la salpingite et l'infertilité. Les infections à chlamydia continuent de faire des ravages avec un taux de 280.2 cas par 100 000 habitants. Dans la région, on note une stabilisation du nombre de cas d'infections de gonorrhée. Cependant, ceux-ci se retrouvent chez des personnes de plus en plus jeunes dont les femmes en âge de procréer. Alors que la gonorrhée est retrouvée autant chez l'homme que chez la femme (47.7 % et 52.3 %), la chlamydie est plus souvent dépistée chez la femme (71.8 %).

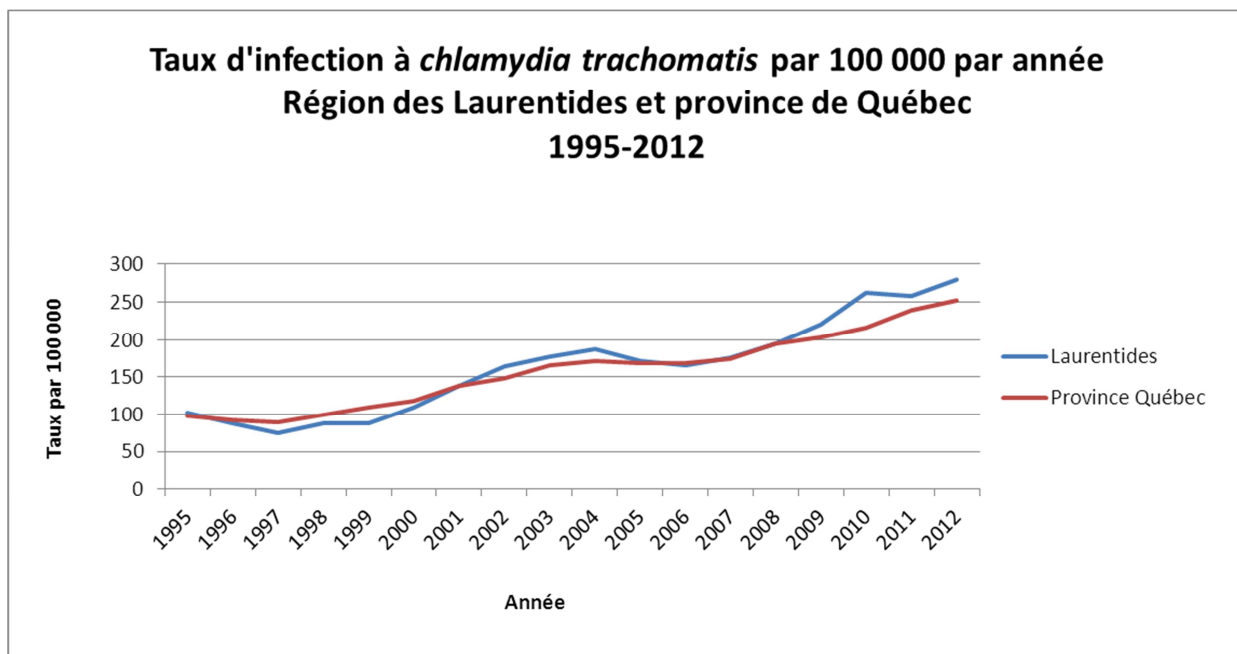


FIGURE 5 TAUX D'INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* PAR 100 000 DE POPULATION PAR ANNÉE, RÉGION DES LAURENTIDES, 1995-2012

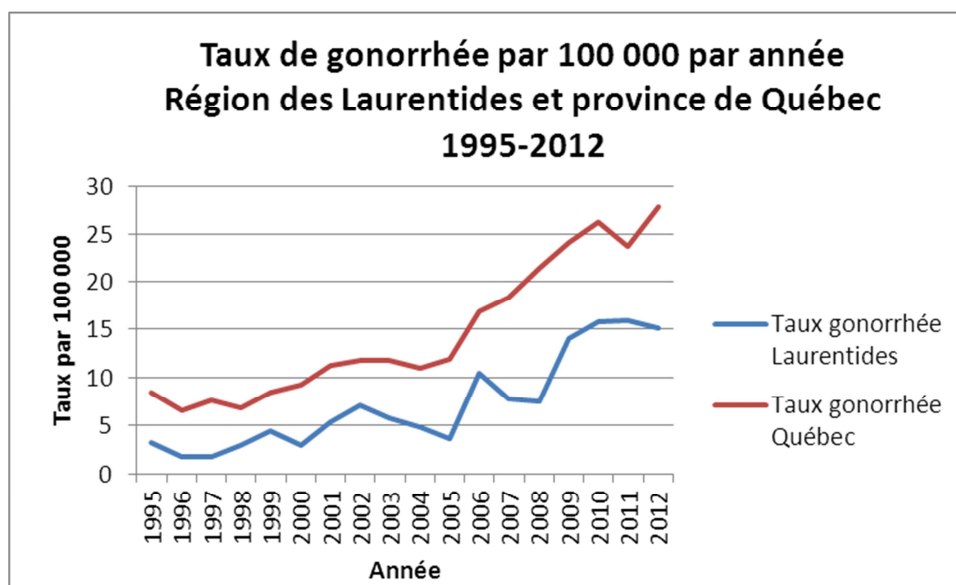


FIGURE 6 TAUX DE GONORRHÉE PAR 100 000 PAR ANNÉE, RÉGION DES LAURENTIDES ET PROVINCE DE QUÉBEC, 1995-2012

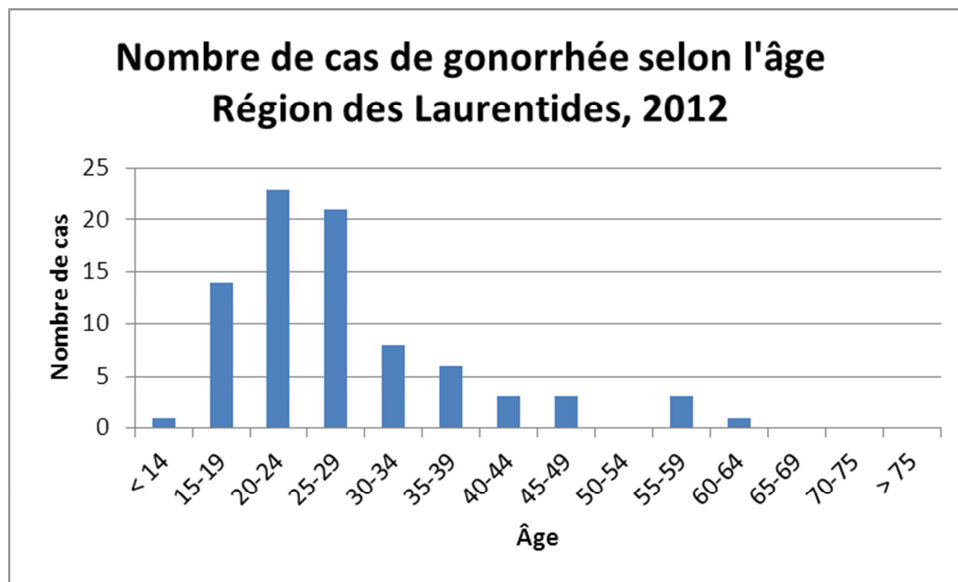


FIGURE 7 NOMBRE DE CAS DE GONORRHÉE SELON L'ÂGE, RÉGION DES LAURENTIDES, 2012

Les taux d'infections à chlamydia sont plus élevés dans les territoires du CSSS de Saint-Jérôme. Les taux d'infections à gonorrhée sont plus élevés dans les territoires des CSSS de Thérèse-de Blainville et de Saint-Jérôme, avec une tendance à la hausse pour ce dernier.

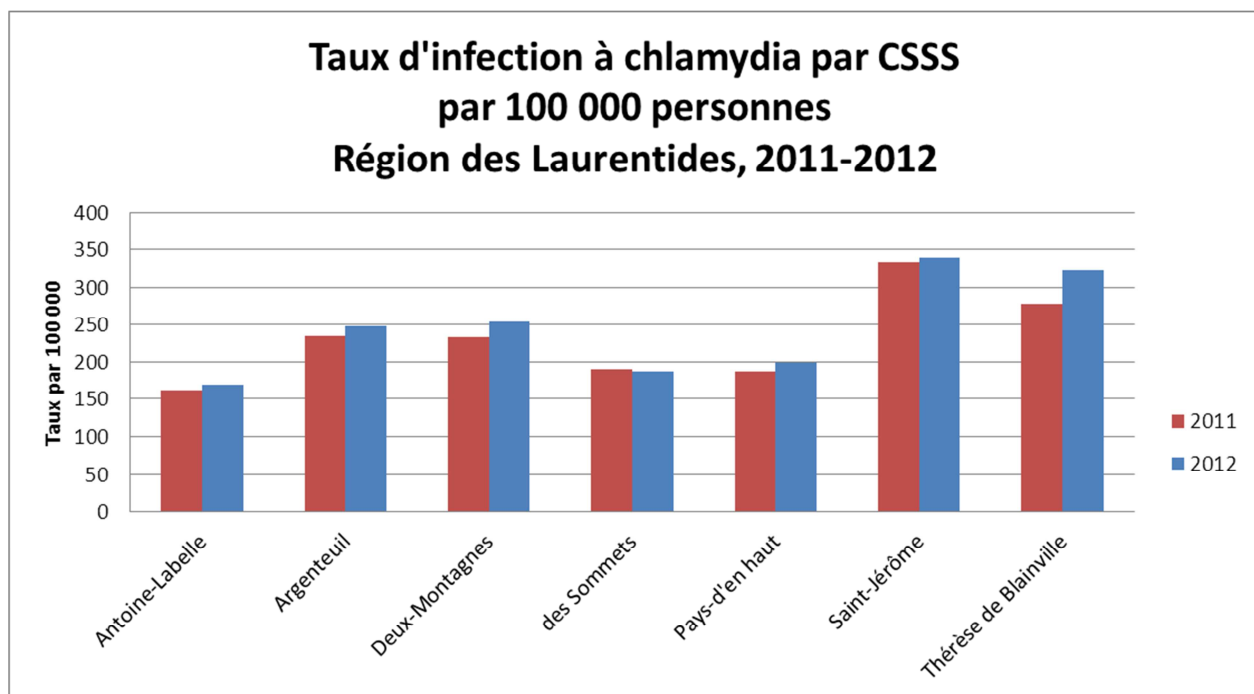


FIGURE 8 TAUX D'INFECTION À CHLAMYDIA PAR CSSS PAR 100 000 PERSONNES, RÉGION DES LAURENTIDES, 2011-2012

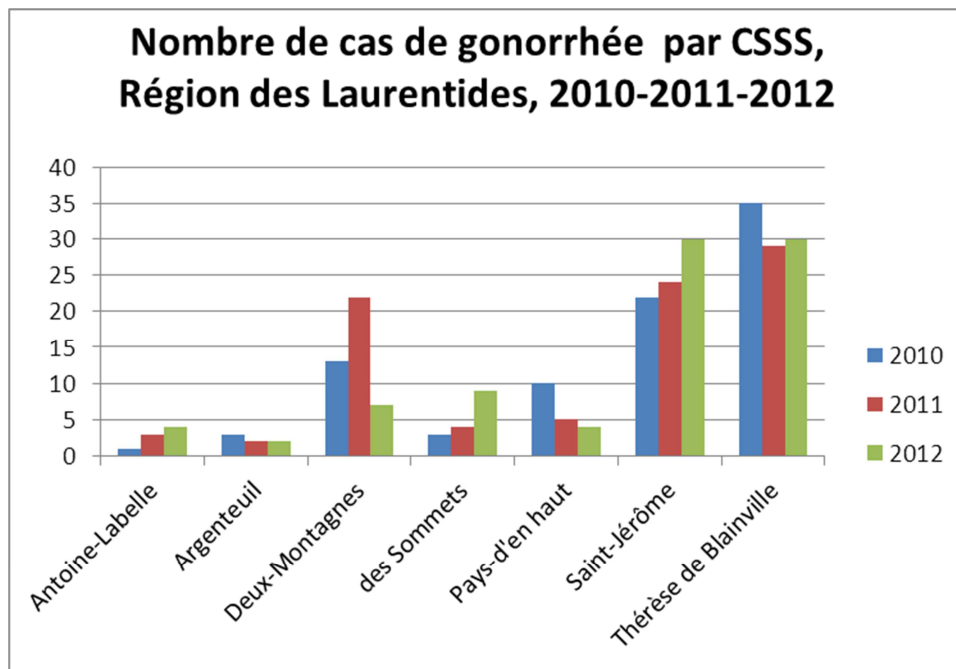


FIGURE 9 NOMBRE DE CAS DE GONORRHÉE PAR CSSS, RÉGION DES LAURENTIDES, 2010-2011-2012

HÉPATITE C (SANS PRÉCISION)

Cette infection se transmet principalement chez les utilisateurs de drogues intraveineuses (UDI) par le partage de seringues. Elle est dite « sans précision » car le marqueur ne permet pas de déterminer si le cas est aigu ou chronique, mais la très grande majorité des cas sont chroniques. Cette maladie évolue à long terme vers la cirrhose, l'insuffisance hépatique et le cancer du foie. La DSP des Laurentides a reçu 159 déclarations de nouveaux cas d'hépatite C en 2012. Nous notons que les déclarations nous parviennent surtout de milieux ciblés, telle la clinique du Centre Sida-Amitié, plutôt que de milieux cliniques habituels.

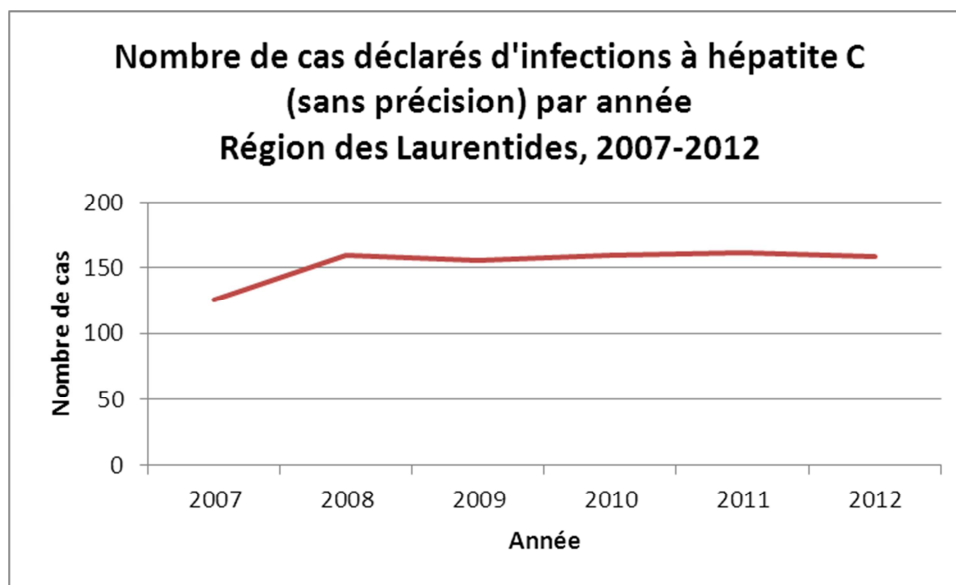


FIGURE 10 NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS D'INFECTIONS À HÉPATITE C (SANS PRÉCISION) PAR ANNÉE, RÉGION DES LAURENTIDES, 2007-2012

1.2 MALADIES ENTÉRIQUES

Les maladies entériques sont regroupées, à ce titre, en raison de leur mode de transmission caractéristique. Il s'agit de maladies virales, bactériennes ou parasitaires qui se transmettent par la voie fécale-orale. Les moyens de prévention, face à ces maladies, comprennent l'utilisation d'eau potable saine et non contaminée (systèmes d'aqueducs ou de puits, réseaux d'eau potable), la salubrité des aliments (incluant toute la chaîne alimentaire depuis la production, la manipulation, la cuisson, jusqu'à l'assiette), le lavage des mains de même que, pour certaines d'entre elles, la vaccination. Elles se manifestent toutes par un symptôme commun, la diarrhée et/ou les vomissements, accompagnés d'autres symptômes tels la fièvre, les crampes abdominales, le sang dans les selles. Leur déclaration est souvent basée sur la culture des selles et signalée par les laboratoires. Comme de nombreux cas ne consultent pas ou ne sont pas assez malades pour donner un spécimen de selles, la sous-déclaration est importante (phénomène de « la pointe de l'iceberg »). Cependant, l'évolution dans le temps et la présence d'agrégats peuvent permettre de détecter des problèmes émergents ou une éclosion due à une source commune.

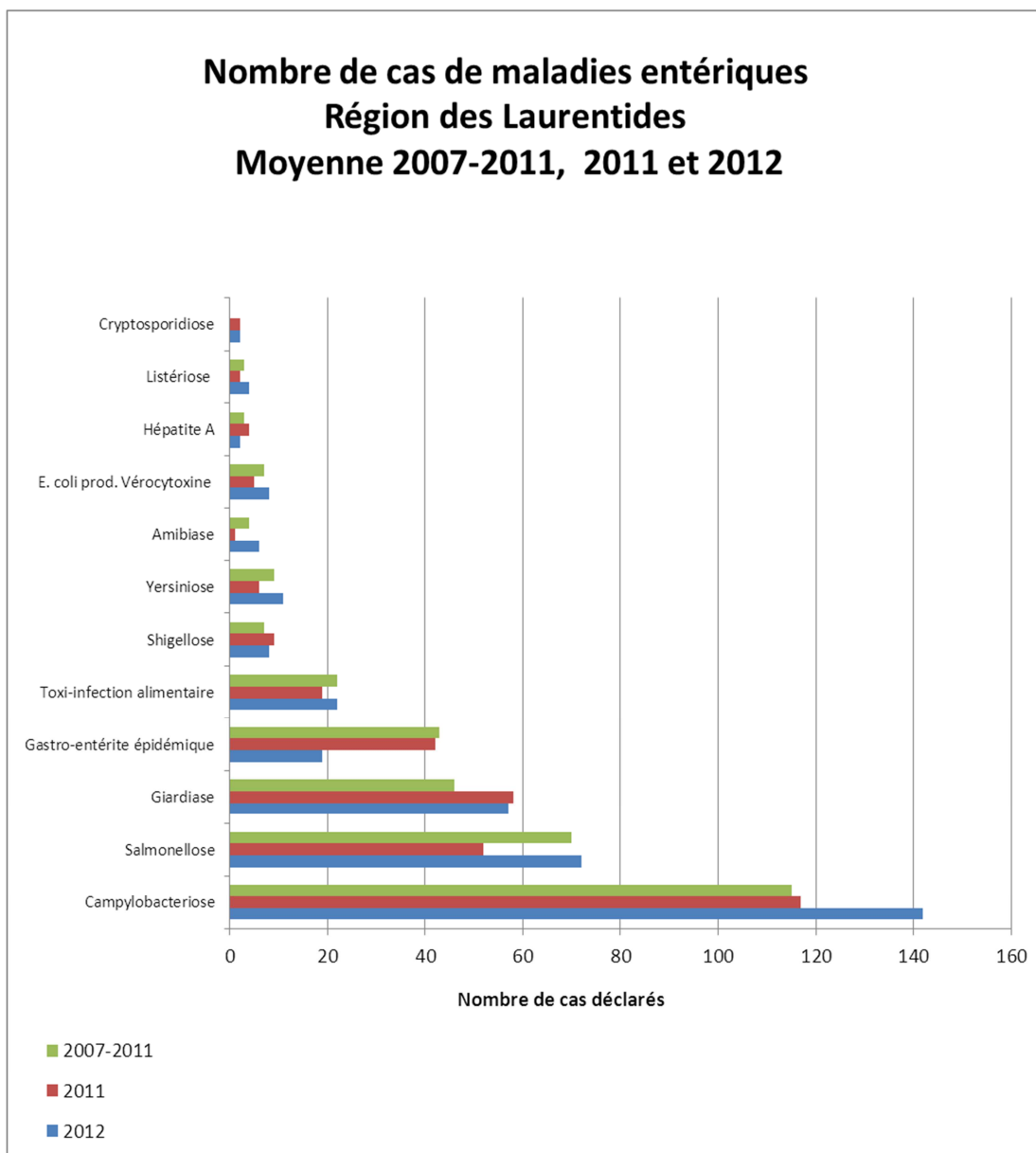


FIGURE 11 MALADIES ENTÉRIQUES, RÉGION DES LAURENTIDES, MOYENNE 2007-2011, 2011 ET 2012

CAMPYLOBACTÉRIOSE

Une augmentation importante des déclarations a été notée en 2012 (taux de 24,8 par 100 000). Malgré une investigation plus poussée des cas, aucun facteur commun n'a pu être décelé. Par contre, les enquêtes épidémiologiques ont permis de faire de l'enseignement aux patients en lien avec la manipulation et la cuisson sécuritaire des aliments. Soixante-trois pourcent (63 %) des cas sont survenus chez des hommes. Les cas survenaient surtout dans la région du CSSS des Sommets (21 cas) et du CSSS d'Argenteuil (12 cas). Il y a eu augmentation des cas déclarés au mois de mars et avril par rapport à l'année 2011 (13 cas supplémentaires) ainsi qu'en janvier et juillet.

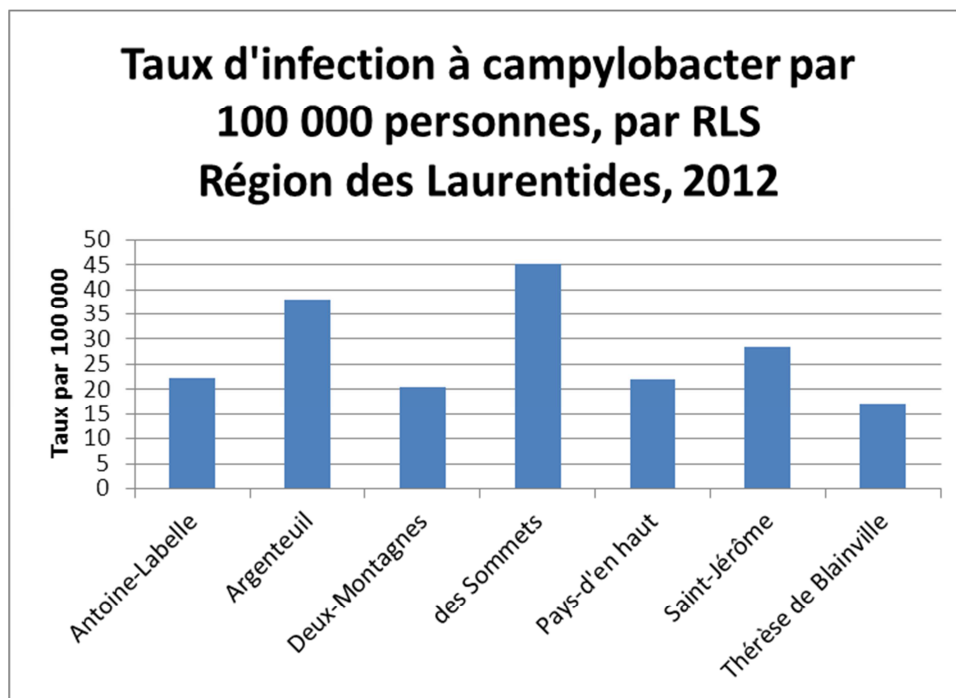


FIGURE 12 TAUX D'INFECTION À CAMPYLOBACTER PAR 100 000 PERSONNES, PAR RLS, RÉGION DES LAURENTIDES, 2012

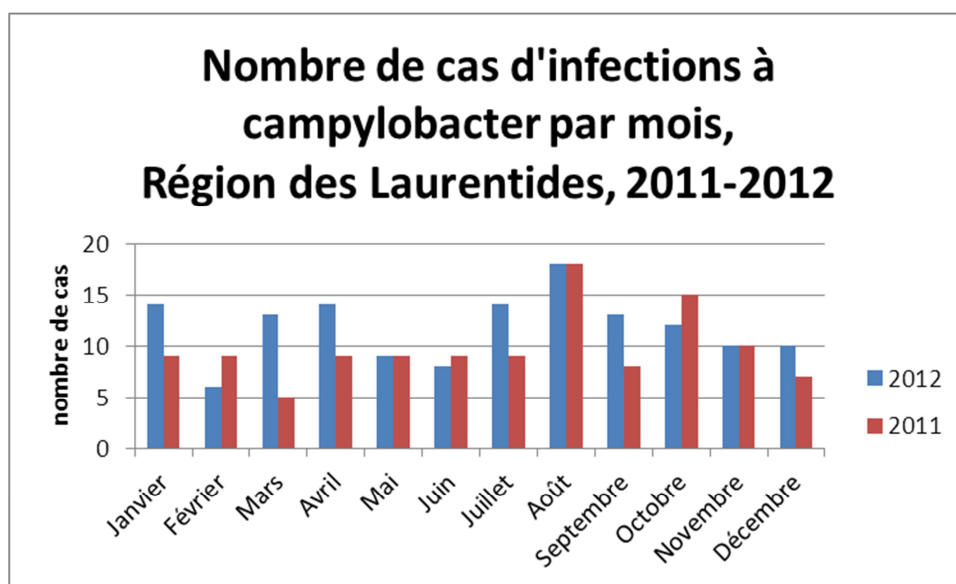


FIGURE 13 NOMBRE DE CAS D'INFECTIONS À CAMPYLOBACTER PAR MOIS, RÉGION DES LAURENTIDES, 2011-2012

MALADIES ENTERIQUES ET VOYAGES

Les voyages à l'étranger, dans les pays non-occidentalisés, constituent un risque reconnu d'acquisition des maladies entériques à cause des réseaux d'eau potable de mauvaise qualité ou des aliments mal préparés ou conservés. La *turista* est le prototype de l'infection entérique virale acquise lors d'un séjour dans le Sud. L'augmentation du nombre de voyages effectués par les Québécois se traduit par une augmentation de la proportion des cas de maladies entériques acquises à l'extérieur du Québec parmi les cas déclarés dans les Laurentides. Quatorze (14) cas de salmonellose déclarés ont été acquis en voyage (40%). Le tableau suivant donne les principaux pays impliqués dans les cas de maladies entériques acquises à l'extérieur du Québec parmi les voyageurs des Laurentides. On note l'importance des voyages sur les plages du Sud avec 71 % des infections déclarées (Cuba 13 (37 %), Mexique 9 (26 %), la République Dominicaine 3 (9 %)).

TABLEAU 1 PAYS D'ACQUISITION DES CAS DÉCLARÉS DE MALADIES ENTÉRIQUES ACQUISES À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC, RÉGION DES LAURENTIDES, 2012

Pays	Nombre de cas							
	Maladie	Yersiniose	Giardiase	Salmonellose	Shigellose	E. Coli	Campylobacter	Total
Chine			3					3
Costa Rica							1	1
Cuba		2		7	3		1	13
Espagne				1				1
Inde							1	1
Mali					1			1
Mexique		1		3		1	4	9
Pakistan								1
Panama				1				1
République Dominicaine				2			1	3
Vénézuéla							1	1
Total		3	4	14	4	1	9	35

1.3 MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION (MEV)

Le programme d'immunisation du Québec offre actuellement une protection contre 15 maladies : le rotavirus, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, l'*Haemophilus influenzae* de type B (Hib), la rougeole, la rubéole, les oreillons, le méningocoque de type C, le pneumocoque, la varicelle, l'hépatite B, le VPH (chez les filles) et l'influenza. Ce ne sont pas toutes des MADO (par exemple l'infection au VPH et l'influenza) et ne peuvent donc être incluses dans ce rapport. La figure 12 présente les nombres de cas de MEV, déclarés en 2012, en comparaison avec les nombres de 2011 et les nombres moyens de 2007 à 2011.

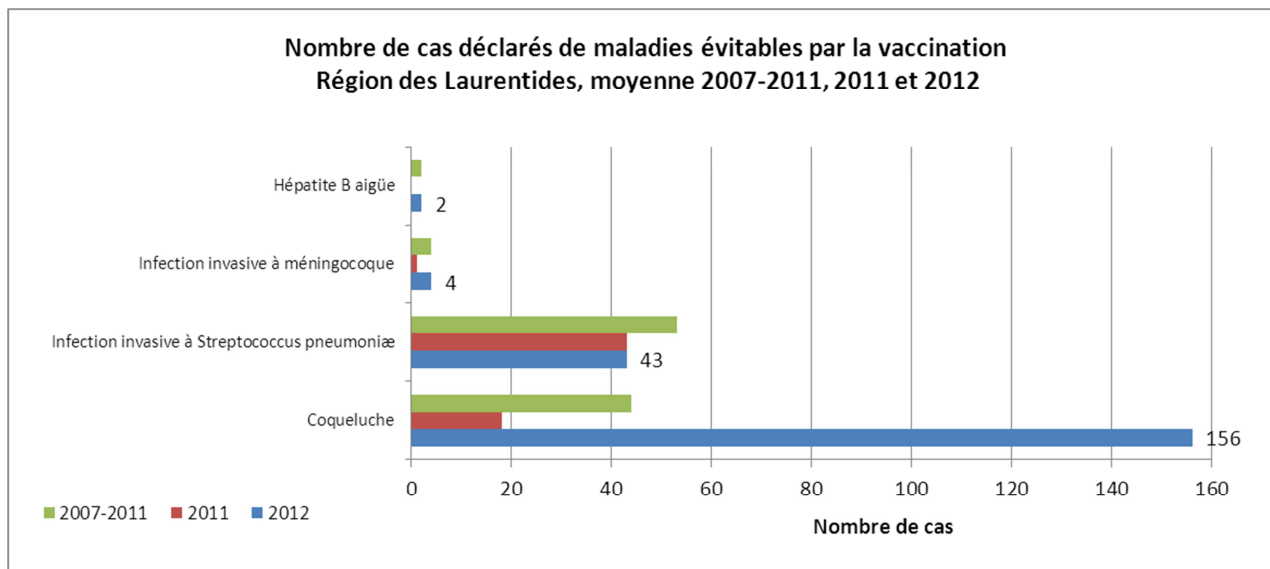


FIGURE 14 NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS DE MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION, RÉGION DES LAURENTIDES, MOYENNE 2007-2011, 2011 ET 2012

COQUELUCHE

La coqueluche est une infection fortement contagieuse des voies respiratoires causée par une bactérie nommée *Bordetella pertussis*. Le symptôme distinctif est une quinte de toux suivie d'un son semblable au « chant du coq » pendant la prochaine inspiration. La maladie peut frapper à tout âge. Les nourrissons de moins d'un an sont les plus vulnérables face aux effets de la coqueluche. La vaccination vise à les protéger des formes graves de coqueluche et de décès.

En 2004, le vaccin contre la diphtérie, la coqueluche (acellulaire) et le tétanos (dcaT) est devenu disponible au Québec et a remplacé le vaccin contre la diphtérie et le tétanos (d2T5) pour la vaccination en 3^e secondaire. Malgré une efficacité plus élevée, celle-ci n'est que de 85 %. La coqueluche est une des maladies les plus contagieuses et continue à faire des ravages. Heureusement, les enfants vaccinés ont des symptômes moins sévères. En 2012, le comité sur l'immunisation du Québec a émis un avis favorable à l'utilisation du vaccin dcaT en prophylaxie post-exposition dans le traitement des plaies en remplacement de l'actuel vaccin d2T5. C'est une opportunité pour augmenter de façon significative la protection contre la coqueluche dans la population adulte.

En 2012, nous avons assisté à une recrudescence des déclarations (taux pour les Laurentides de 27.4). Cette augmentation du nombre de cas indique qu'un nouveau cycle de la maladie s'est produit, le dernier datant de 2009 avec un taux de 21.0 par 100 000 (voir figure 15).

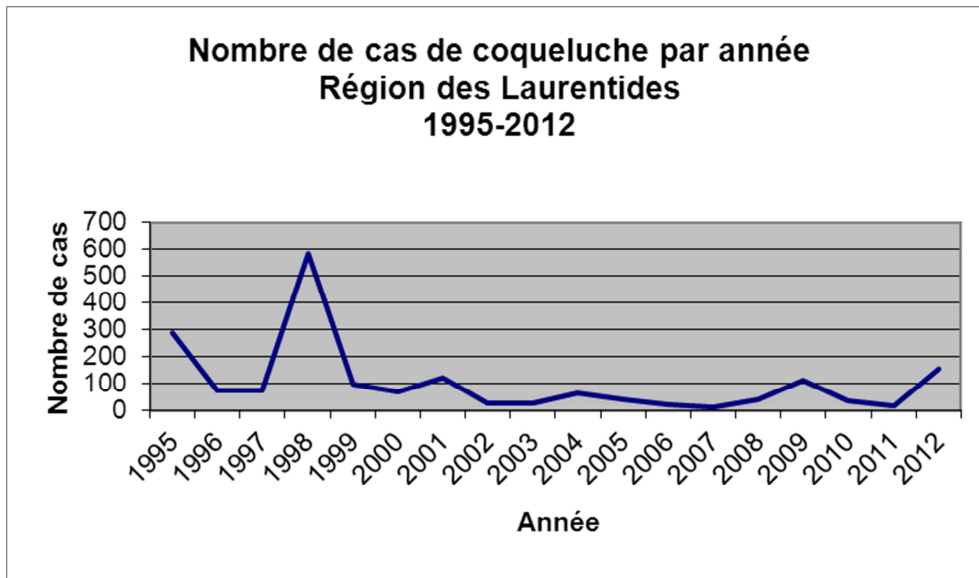


FIGURE 15 NOMBRE DE CAS DE COQUELUCHE PAR ANNÉE, RÉGION DES LAURENTIDES, 1995-2012

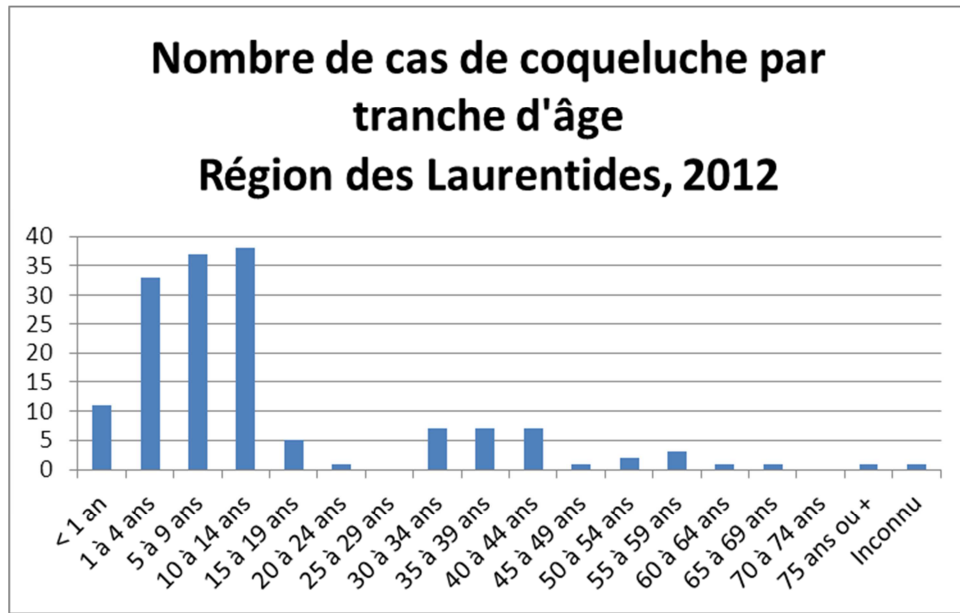


FIGURE 16 NOMBRE DE CAS DE COQUELUCHE PAR TRANCHE D'ÂGE, RÉGION DES LAURENTIDES, 2012

1.4 AUTRES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

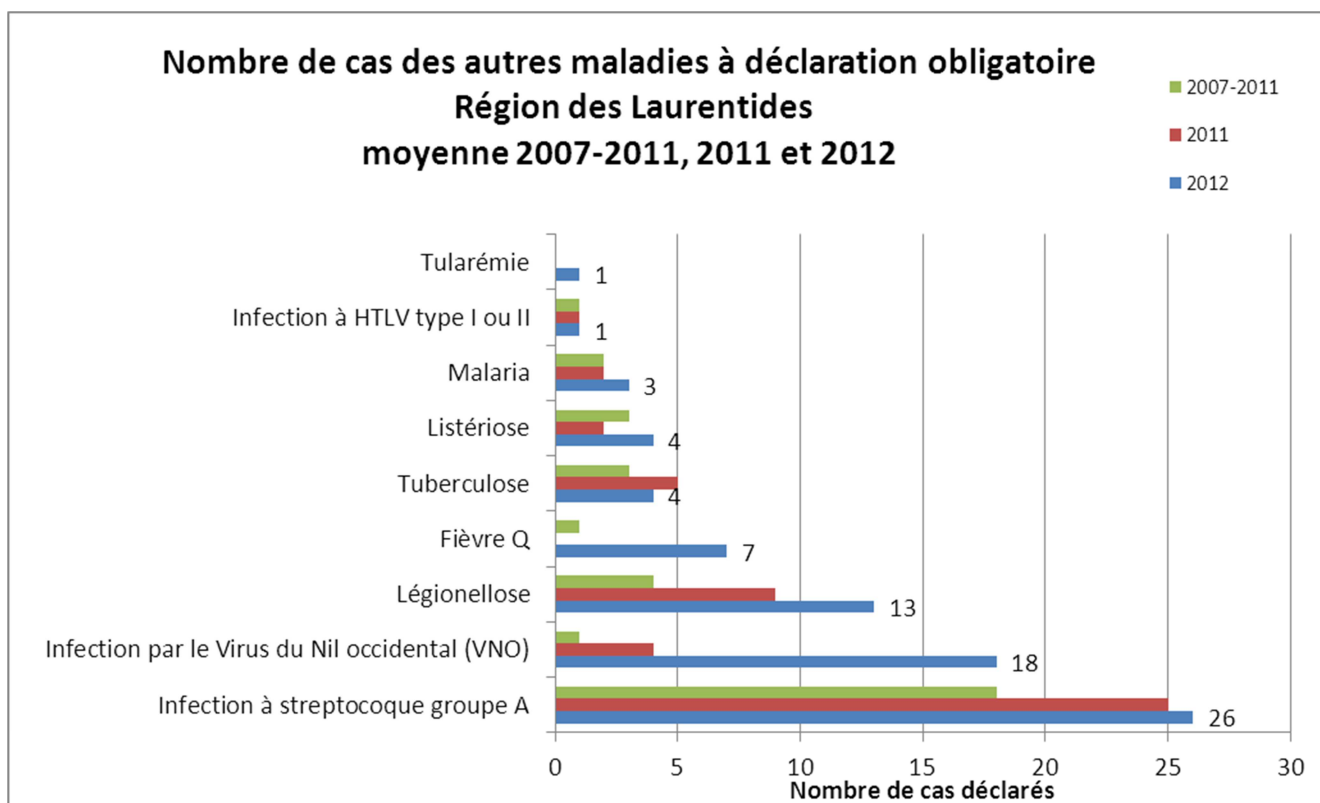


FIGURE 17 NOMBRE DE CAS DES AUTRES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE, RÉGION DES LAURENTIDES, MOYENNE 2007-2011, 2011 ET 2012

TULARÉMIE

La tularémie est une infection bactérienne qui est présente chez les animaux sauvages en Amérique du Nord. Les animaux sauvages les plus souvent infectés sont les rongeurs, dont le lapin, le rat musqué et le castor. La tularémie peut se propager des animaux aux humains, bien que cela ne se produise pas fréquemment. Les symptômes de la tularémie sont les suivants : ulcères cutanés ou buccaux, ganglions enflés ou douloureux, fièvre soudaine, frissons, mal de tête, diarrhée, douleur musculaire, toux sèche, mal de gorge, faiblesse progressive, douleur aux articulations, yeux enflés et douloureux.

Le cas déclaré cette année a été acquis en dépeçant un lièvre.

MALARIA

La malaria est une maladie fébrile parasitaire transmise par un moustique. Si le traitement est retardé, des complications peuvent survenir telles que l'encéphalopathie, l'anémie sévère, l'insuffisance rénale, la détresse respiratoire et le décès. Elle est endémique dans la majorité des pays tropicaux. De la prophylaxie médicamenteuse est disponible pour les voyageurs afin de prévenir la maladie.

Deux cas ont été acquis lors de voyages en Afrique, aucune prophylaxie n'a été prise. L'autre cas est survenu chez une réfugiée en provenance du Bénin.

FIÈVRE Q

La fièvre Q est causée par la bactérie *Coxiella burnetii*. La transmission s'effectue principalement par l'inhalation d'aérosols contaminés par le liquide amniotique, le placenta ou la laine des animaux de ferme (bovins, moutons, chèvres, chats et chiens). La transmission peut également se produire par contact direct ou indirect avec des animaux infectés. Jusqu'à 60 % des cas d'infections sont asymptomatiques. Le tableau clinique de la fièvre Q aiguë est extrêmement variable. Les manifestations les plus courantes de cette affection sont des symptômes d'allure grippale, une pneumonie atypique, une hépatite et elles sont spontanément résolutive. Elle peut devenir chronique.

En 2012, une éclosion dans une petite municipalité du nord des Laurentides a vu 5 cas déclarés, dont 3 confirmés et 2 probables. Puis, 4 ont eu une source commune confirmée par un prélèvement positif chez 5 chèvres : 2 cas par contact direct, 2 cas par contact indirect (vêtements). Un cas n'a pas eu de source formelle identifiée (bovin probable). L'éclosion s'est produite de janvier à avril. Les cas sont tous des hommes de 47 à 64 ans. Un cas s'est compliqué d'une hépatite. Un autre cas a fait une endocardite et est devenu chronique.

Les 2 autres cas sont isolés. L'un a été contaminé lors d'une visite chez un éleveur de chèvres au moment de la mise bas. Ce cas est devenu chronique. Pour l'autre cas, il s'agit d'un employé travaillant dans une bergerie où des avortements spontanés ont lieu.

LÉGIONELLOSE

La légionellose est une maladie pulmonaire bactérienne atypique. C'est une maladie qui peut être très sévère avec un taux de mortalité de près de 15 %. On retrouve la présence du *Legionellae pneumophila* dans l'eau, surtout l'eau stagnante et tiède comme dans les pommeaux de douche, les climatiseurs, les humidificateurs, etc.

On note une augmentation significative des cas en 2012 avec 13 cas (taux 2.3). Même si la majorité des cas sont survenus sur le territoire de Thérèse-de Blainville (8 cas), aucun lien n'a pu être fait entre les cas. Durant cette même année, une importante éclosion de 173 cas a touché la ville de Québec (taux 24.9).

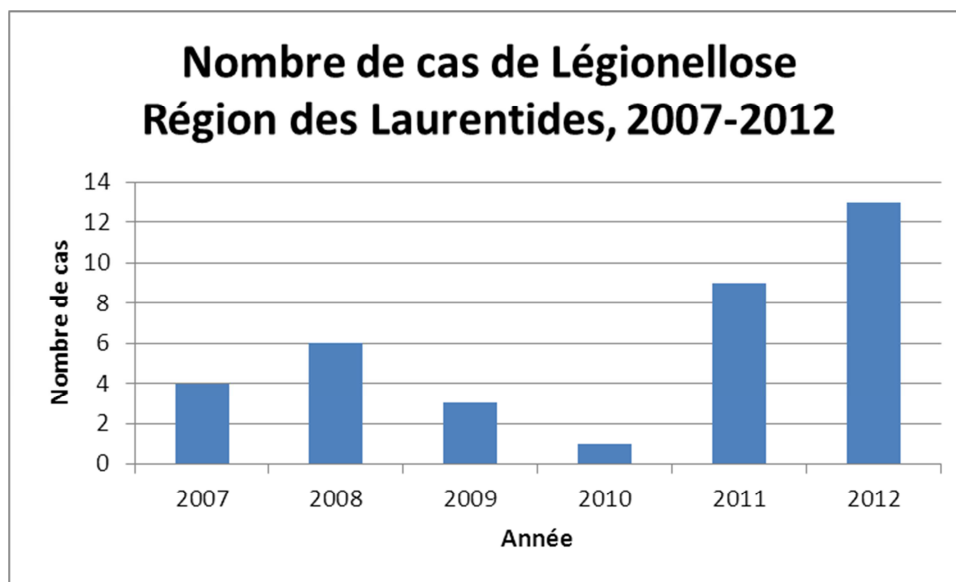


FIGURE 18 NOMBRE DE CAS DE LÉGIONELLOSE, REGION DES LAURENTIDES, 2007-2012

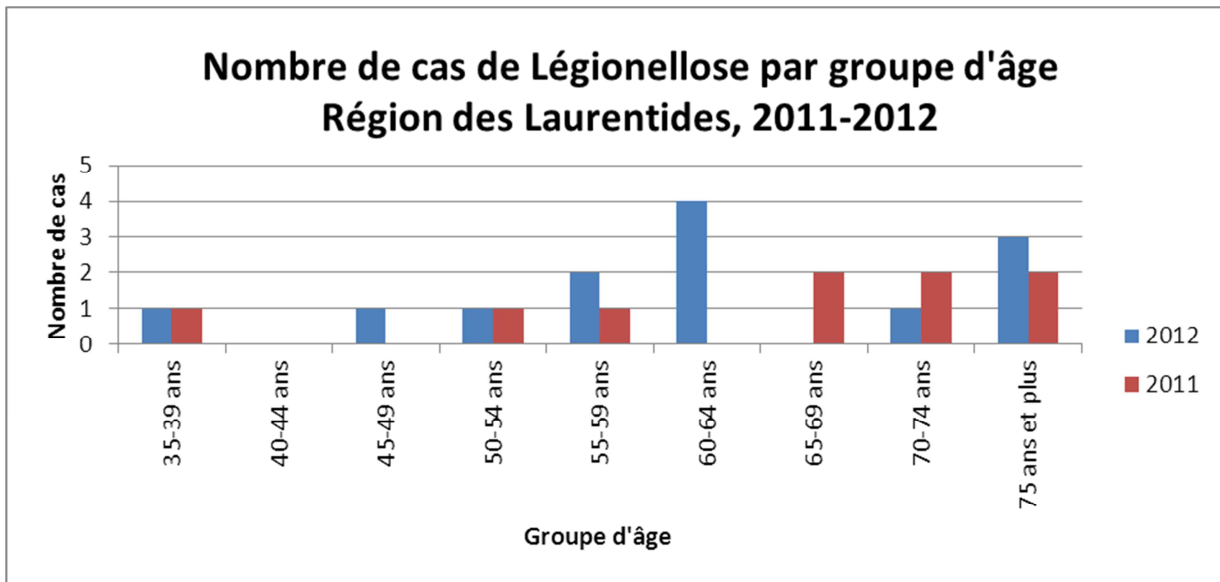


FIGURE 19 NOMBRE DE CAS DE LÉGIONELLOSE PAR GROUPE D'ÂGE, RÉGION DES LAURENTIDES, 2011-2012

VIRUS DU NIL (VNO)

Détecté pour la première fois en Amérique du Nord en 1999, le virus du Nil est un flavivirus transmis principalement par des moustiques, après que ceux-ci se soient nourris sur des oiseaux infectés. Les symptômes associés vont d'un épisode fébrile systémique (20 %) à un syndrome neurologique invasif (1 %) de type encéphalite ou méningite. Plus de 80 % des personnes infectées sont asymptomatiques.

Au Québec, le virus est apparu en 2002. Un programme de surveillance aviaire et entomologique a alors été mis en place. Celui-ci a été restreint depuis 2006 suite à une diminution des cas humains.

En 2012, les Laurentides ont eu 18 cas déclarés dont la majorité sont des personnes âgées de plus de 40 ans. Les cas sont survenus sur les territoires de Deux-Montagnes (7 cas), Thérèse-de Blainville (10 cas) et des Pays-d'en-Haut (1 cas).

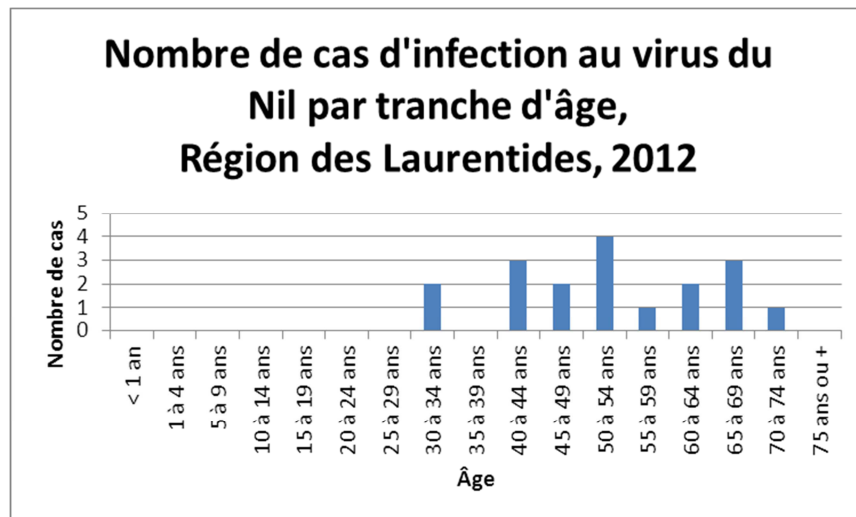


FIGURE 20 NOMBRE DE CAS D'INFECTIONS AU VIRUS DU NIL PAR TRANCHE D'ÂGE, RÉGION DES LAURENTIDES, 2012

STREPTOCOQUE DU GROUPE A

Le streptocoque du groupe A est une bactérie qui cause de nombreux types d'infections, allant de la pharyngite à l'impétigo en passant par l'otite moyenne et les infections de plaies. Rarement, l'infection à streptocoque devient invasive et peut alors causer de graves séquelles ou la mort. Seule l'infection invasive est à déclaration obligatoire. Nous notons, dans la région, une augmentation constante des cas d'infections invasives à streptocoque du groupe A (figure 21), surtout des fasciites nécrosantes et des chocs toxiques, ce qui suit les tendances québécoises et canadiennes. L'hypothèse de la cause de cette augmentation est la variation antigénique des souches.

Les cas surviennent surtout dans les territoires de Deux-Montagnes (7 cas, taux de 6.2), Saint-Jérôme (8 cas, taux de 5.5), Pays-d'en-Haut (2 cas, 4.9) et Thérèse-de Blainville (6 cas, taux de 3.8).

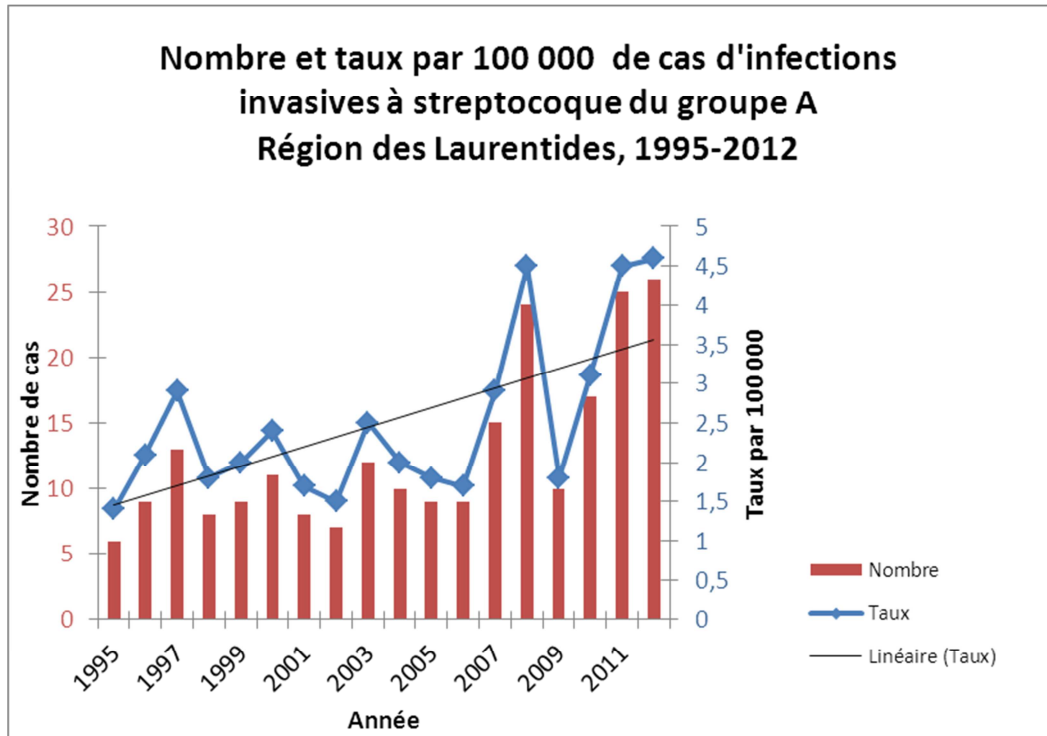


FIGURE 21 NOMBRE ET TAUX PAR 100 000 DE CAS D'INFECTIONS INVASIVES À STREPTOCOQUE DU GROUPE A, RÉGION DES LAURENTIDES, 1995-2012

SECTION 2 MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE D'ORIGINE CHIMIQUE : SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Les intoxications par une substance chimique, dues à une exposition d'origine environnementale ou professionnelle, sont à déclaration obligatoire, tel que stipulé dans le règlement ministériel d'application de la *Loi sur la santé publique*. Depuis 2003, la liste des MADO chimiques a été révisée avec des changements substantiels. Des définitions nosologiques ont été produites et un système d'enregistrement des cas au niveau provincial fut implanté en 2007. Dans les Laurentides, en santé environnementale, nous recevons quelques dizaines de déclarations annuellement dont 50 en 2012 (figure 18). Une augmentation significative qui peut être expliquée par la déclaration de plusieurs MADO, suite à l'enquête canadienne sur les mesures de la santé. On peut identifier, sur la figure 19, les agents responsables de ces intoxications. Également, 32 enquêtes ont été menées pour des déclarations de laboratoires qui finalement ne répondaient pas aux définitions nosologiques des MADO chimiques.

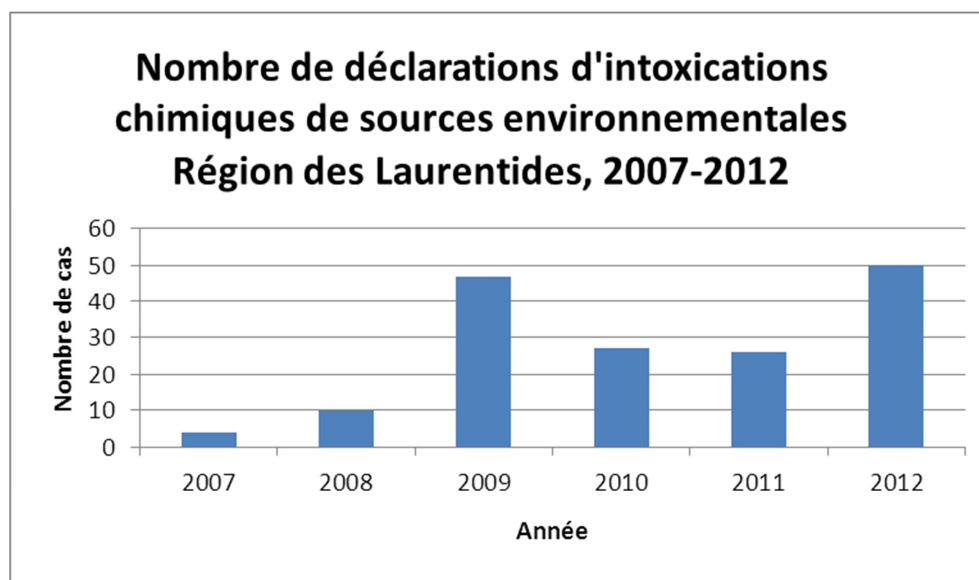


FIGURE 22 NOMBRE DE DÉCLARATIONS D'INTOXICATIONS CHIMIQUES DE SOURCES ENVIRONNEMENTALES, RÉGION DES LAURENTIDES, 2007-2012

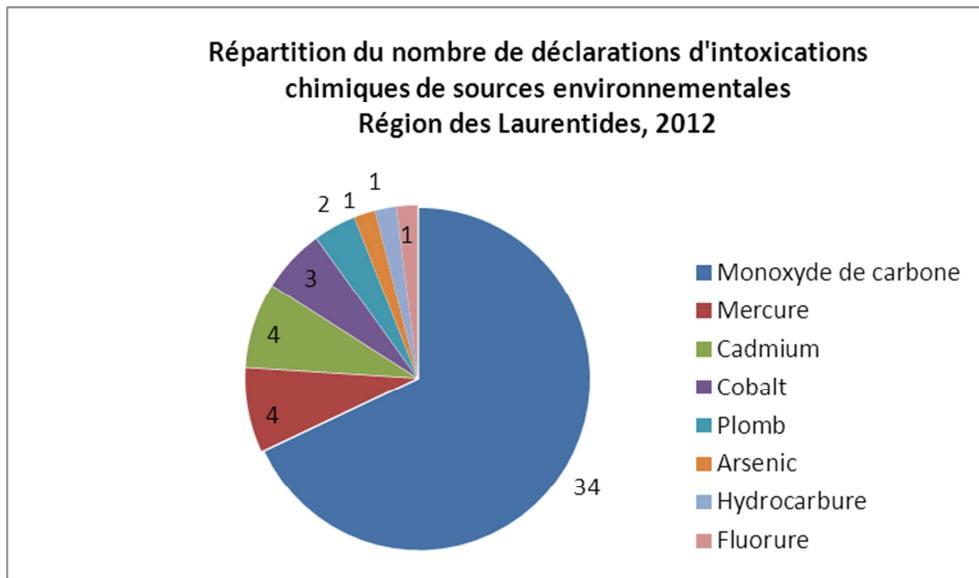


FIGURE 23 RÉPARTITION DU NOMBRE DE DÉCLARATIONS D'INTOXICATIONS CHIMIQUES DE SOURCES ENVIRONNEMENTALES, RÉGION DES LAURENTIDES, 2012

MONOXYDE DE CARBONE

Le monoxyde de carbone est un gaz inodore et incolore qui cause des céphalées, des nausées et des vomissements lorsque inhalé. Il peut entraîner la perte de conscience, le coma et peut être mortel à court terme. Il est dégagé lors de la combustion incomplète du combustible. Dans les Laurentides, il y a eu 34 intoxications au monoxyde de carbone déclarées en 2012, dont 24 sont accidentelles. L'augmentation des déclarations peut, en partie, être expliquée par la promotion de la déclaration auprès des laboratoires des centres hospitaliers. Il existe une saisonnalité à la déclaration, ainsi les intoxications sont plus fréquentes en hiver (figure 26).

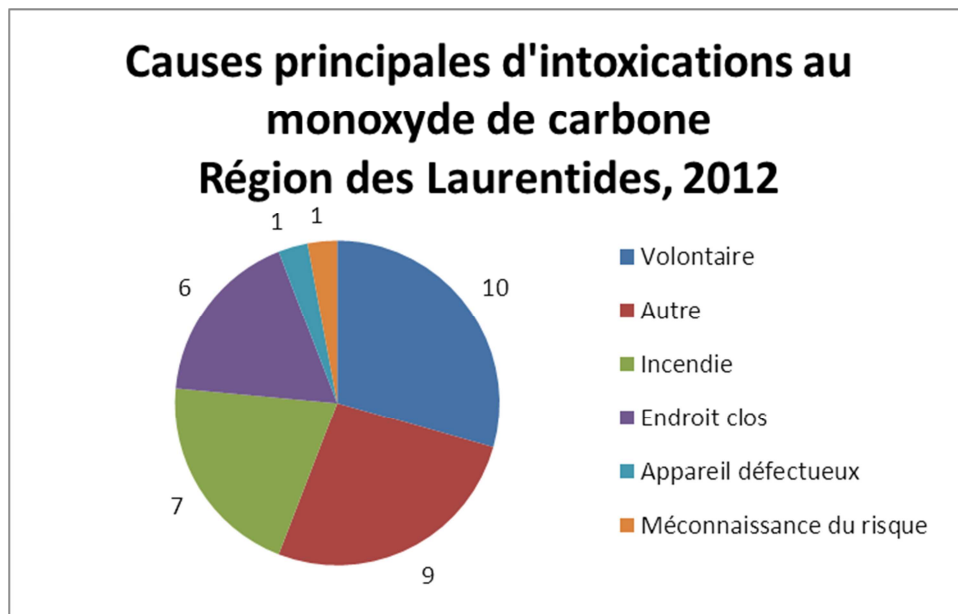


FIGURE 24 CAUSES PRINCIPALES D'INTOXICATIONS AU MONOXYDE DE CARBONE, RÉGION DES LAURENTIDES, 2012

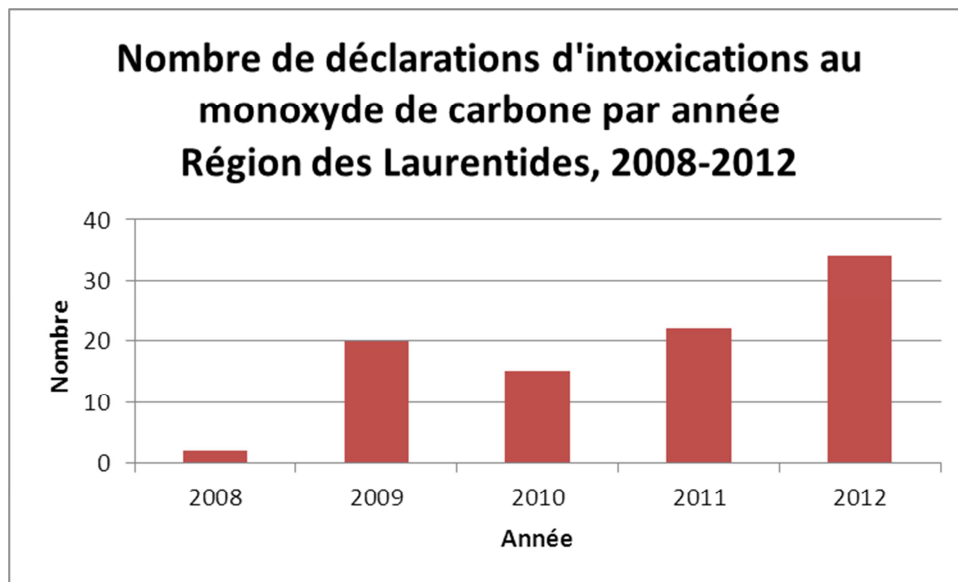


FIGURE 25 NOMBRE DE DÉCLARATIONS D'INTOXICATIONS AU MONOXYDE DE CARBONE PAR ANNÉE, RÉGION DES LAURENTIDES, 2008-2012

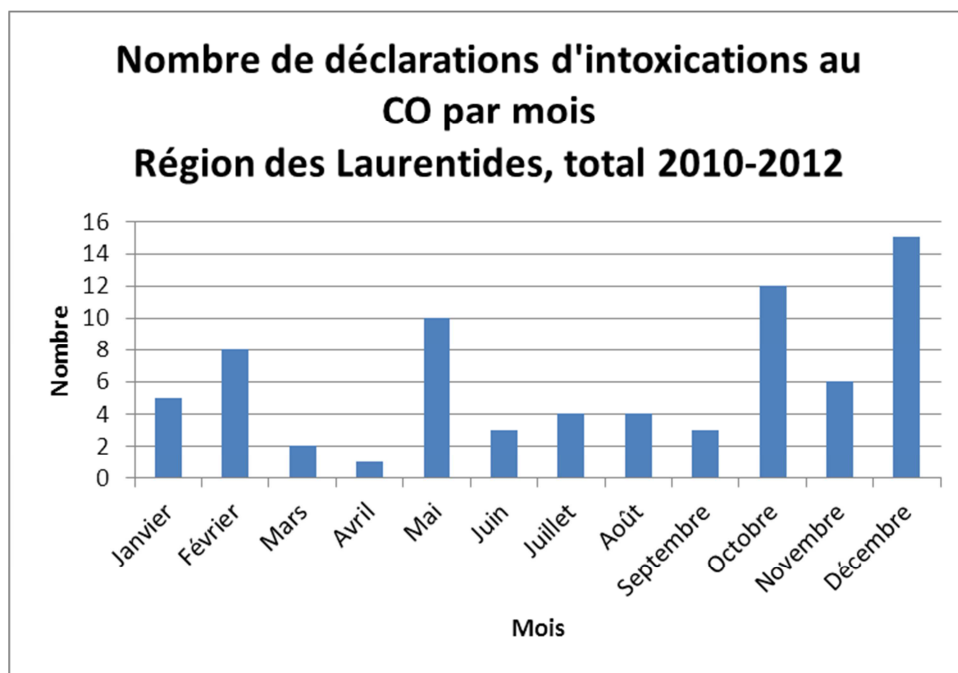


FIGURE 26 NOMBRE DE DÉCLARATIONS D'INTOXICATIONS AU CO PAR MOIS, RÉGION DES LAURENTIDES, TOTAL 2010-2012

CONCLUSION

Ce rapport cible les principales maladies et intoxications à déclaration obligatoire. Il donne un portrait des cas déclarés en 2012, ainsi que les tendances des dernières années. Les ITSS demeurent malheureusement les MADO les plus fréquentes et restent une problématique sérieuse avec l'importante augmentation récente de syphilis. D'ailleurs, la Direction de la santé publique des Laurentides fait des ITSS une de ses priorités d'intervention. Des efforts devront continuer à être déployés, par l'ensemble du réseau de la santé en lien avec les organismes communautaires, pour parvenir à contrôler celles-ci.

Les maladies entériques, quant à elles, semblent en lente régression possiblement grâce au meilleur contrôle des facteurs alimentaires et au renforcement des mesures d'hygiène. Les voyages sont une source de plusieurs maladies entériques à déclaration obligatoire. Le rappel des mesures d'hygiène et la vaccination sont des mesures efficaces de prévention auprès des voyageurs. Les maladies évitables par l'immunisation sont peu fréquentes mais nous ne sommes pas à l'abri de réapparition de maladies. Les cas de malaria proviennent de l'étranger. Le virus du Nil a augmenté en 2012 en raison des conditions climatiques propices. La légionellose et la tuberculose sont toujours présentes sur notre territoire et doivent faire partie des diagnostics différentiels. Enfin, les intoxications par agents chimiques restent rares et le monoxyde de carbone est l'agent le plus fréquemment retrouvé dans ces intoxications.