

## Déclaration des MADO

### Indifférence, omission, imprécisions, délais de votre part et un cas de maladie infectieuse devient une éclosion, une épidémie...

La déclaration rapide et complète de maladies contagieuses ou d'intoxications chimiques permet à la Direction de santé publique de déployer les mesures épidémiologiques nécessaires pour identifier la source et briser la chaîne de transmission de la maladie. A contrario, l'absence de déclaration, les délais mis à la faire ou le défaut de donner tous les renseignements demandés peuvent parfois signifier que des dizaines, des centaines de personnes seront infectées, deviendront contagieuses, asymptomatiques ou malades, nécessiteront des traitements, voire des hospitalisations et que quelques-unes pourraient bien en décéder. Pour celui qui a pu, ou pourrait être en contact avec un patient contagieux ou une source d'intoxication, cette pratique est à risque... et éventuellement, à risque aussi pour ceux qui le côtoient...

#### Détecter l'infection mais aussi prendre de court sa transmission

Déclarer les maladies infectieuses et les intoxications chimiques à déclaration obligatoire est vital pour préserver la santé publique. Mais l'efficacité de l'intervention épidémiologique est exponentiellement proportionnelle à sa rapidité de déploiement.

#### Déclarer dès le constat des signes cliniques caractéristiques

Pour éviter les risques de contagion, le médecin doit déclarer toute possibilité d'une maladie à déclaration obligatoire dès qu'il peut la soupçonner au constat de ses signes cliniques caractéristiques.

L'article 82 de la Loi sur la santé publique enjoint maintenant clairement de déclarer dès le constat des signes cliniques caractéristiques.

« Sont tenus de faire cette déclaration [...] 1° tout médecin qui diagnostique une intoxication, une infection ou une maladie inscrite à la liste [des MADO] ou qui constate la présence de signes cliniques caractéristiques de l'une de ces intoxications, infections ou maladies, chez une personne vivante ou décédée ; [...] » Art 82.

Attendre le résultat de laboratoire pour déclarer ou laisser au laboratoire le soin de déclarer lui-même entraîne des délais dans la réception des déclarations par la Direction de santé publique et retarde l'intervention.

#### Signaler dès le soupçon d'une menace à la santé publique

Le médecin est la première vigie capable de percevoir les tout premiers signes d'une éclosion de maladies infectieuses ou d'une intoxication quelles qu'elles soient, à déclaration obligatoire ou pas.

Aussi, lorsqu'il prend connaissance de quelques cas d'un syndrome inhabituel ou d'un nombre inhabituel de cas d'un syndrome connu et qu'on peut soupçonner que le phénomène pourrait être dû à un agent pathogène commun, le médecin est tenu légalement de signaler le phénomène à la Direction de santé publique. (Art. 93)

Les responsables, médecins ou non, d'établissements de santé et de services sociaux ont la même obligation dans le cadre de leur établissement. (Art. 93)

#### Fournir tous les renseignements, tous sont indispensables

Adresse, numéro de téléphone, date de début de la maladie et occupation sont des renseignements déterminants dans l'évaluation de l'urgence épidémiologique de la situation et pour la mise en place rapide de mesures adéquates.

La comparaison de l'adresse à celles d'autres cas permet de déceler si une concentration géographique de cas semble se profiler et si alors certaines mesures doivent être prises pour circonscrire une possible épidémie: accélération des enquêtes sur ces cas, recherche d'une source commune, etc..

De même, la date de début de la maladie peut permettre de faire des liens dans le temps entre des déclarations, de leur donner priorité pour enquête et ainsi mettre rapidement sur la piste d'une source commune d'infection alors que si ces déclarations ne comportent pas cette date, elles ne seront pas traitées en priorité.

Le numéro de téléphone permet de joindre rapidement le patient lorsqu'on suspecte un agrégat de cas à partir de déclarations multiples.

Les renseignements sur l'occupation de la personne atteinte d'une MADO et sur celle de ses proches permettent d'évaluer l'ampleur du risque de transmission que ces personnes représentent et l'urgence de mettre en place des mesures de prévention. Les mesures épidémiologiques à prendre ne sont évidemment pas les mêmes dans un cas d'hépatite A chez un manipulateur d'aliments dont la conjointe travaille en garderie que chez l'informaticien travaillant à la maison et sans conjointe.

Ainsi, l'insistance mise à obtenir ces renseignements n'est pas entêtement de fonctionnaire ou caprice de statisticien: ce sont des renseignements essentiels à l'évaluation des risques et à l'opportunité de l'intervention épidémiologique.

Le règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique fait obligation au médecin (art. 6) et au dirigeant d'un laboratoire ou d'un département de biologie médicale (art. 7) déclarant une MADO de fournir certains renseignements dont: le nom, le sexe, la date de naissance, l'adresse incluant le code postal, le numéro de téléphone et le numéro d'assurance maladie de la personne concernée ainsi que l'occupation de celle-ci.

17 cas d'hépatite A  
Une histoire vraie  
...page 4

*Docteur,  
si votre enfant attrapait une maladie infectieuse parce qu'un confrère n'a pas fait de déclaration à la Santé publique, a tardé à le faire ou a induit des délais d'intervention, l'en blâmeriez-vous ?*

## Déclarer, c'est obligatoire et c'est facile

Les médecins traitants, les chefs de départements de biologie médicale et les directeurs de laboratoires partagent l'obligation de déclarer au Directeur de santé publique certaines maladies infectieuses et intoxications biologiques ou chimiques dites à déclaration obligatoire en vertu de la Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S-2.2) et de ses règlements d'application.

### 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 ou tout autre formulaire (des photocopies des extraits informatiques du laboratoire et de la clinique...) à condition qu'il fournisse au minimum tous les renseignements exigés sur le formulaire concerné du Ministère. Pour des raisons de sécurité des renseignements confidentiels, la déclaration par courriel n'est autorisée qu'aux membres du réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS). Pour les télécopies, la mise du numéro dédié à joindre à la Direction de santé publique (514-528-2461) dans la mémoire de l'appareil limite les risques d'erreurs de composition.

### 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, il faudra compléter la déclaration en appelant le médecin ou son personnel. 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. Au-delà de ce délai, l'intervention perd généralement de son efficacité, la déclaration restant cependant importante. Il est donc primordial de déclarer rapidement, le délai de 48 heures (sauf pour les maladies à surveillance extrême à déclaration immédiate) demeurant une exigence légale qu'il est préférable de devancer.

### 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 sont tenues légalement à la confidentialité. Par ailleurs, toutes les procédures de saisie, d'analyse informatique et d'archivage sont strictement conformes aux règles de conservation des dossiers médicaux, à celles de la Commission de l'accès à l'information (CAI) et aux articles de la Loi sur la santé publique.

## Bilan synthèse 2004

7990 déclarations validées retenues pour fin de statistiques dont environ 900 faites in situ  
Les maladies à déclaration obligatoire marquantes dans la région

### LES MALADIES

#### Tendances

#### Populations affectées

#### Hépatites

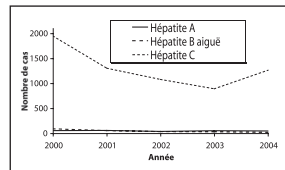
##### Hépatite A, Hépatite B-aiguë

• Baisse d'incidence se continue; impact des programmes élargis de vaccination et de la prise en charge rapide des personnes atteintes.

- Hép. A : tous les groupes d'âge, des deux sexes, voyageurs, contacts de cas, HARSAH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes), ou personne souffrant d'intoxication alimentaire, UDI;
- Hép. B : majoritairement des hommes adultes de 20 à 60 ans, contacts sexuels ou familiaux de cas aigus ou porteurs, UDI.

##### Hépatite C

• Baisse attendue non survenue cette année. Les programmes de dépistage des personnes transfusées n'auraient pas encore rejoint toutes leurs cibles.

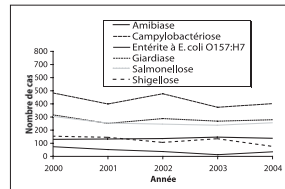


• Toutes les hépatites virales sont à déclaration obligatoire. Bien qu'aucune déclaration d'hépatite Delta ou E en 2004, elles ont fait leur apparition en 2005.

- Majoritairement hommes de >29 ans.
- Cas incidents : majoritairement des UDI; transmission sexuelle (5 % après 20-30 ans de rel. sexuelles avec partenaire infecté); contacts percutanés avec aiguilles souillées (1.8 % des contacts).
- Cas prévalents : majoritairement des personnes transfusées; enfants de mères atteintes; risque d'infection par transfusion (< 1/500,000); (n = 0 en 2004).

#### Maladies entériques

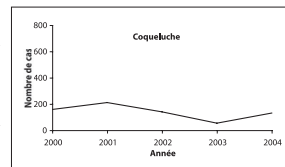
- Toutes endémiques à ampleur variable.
- Éclosions fréquentes de giardiase.
- Les nouvelles MADO entériques comme la cryptosporidiose, la cyclosporoïse et la listériose se font rares en 2004.



- Incidence plus élevée chez les enfants.
- Toutes infections confondues : ratio h/f près de 1, sauf pour l'amibiase: h/f : 3/1.
- Facteurs de risque: contacts de cas (familiaux, social, garderie, travail); toxi-infections; voyages en pays à forte endémicité (incluant immigrants visitant famille); vacances dans des sites agricoles; HARSAH.

#### Maladies évitables par la vaccination

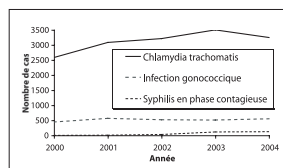
- Épidémie attendue en 2004: incidence doublée mais loin des taux des années '90.
- Méningocoque: maintenant majoritairement du groupe B donc non évitables par la vaccination.
- *Strep. pneumoniae* invasif: disparaît peu à peu chez les moins de 5 ans.



- Coqueluche: de plus en plus de cas chez adolescents et jeunes adultes.
- Autres MEV: adolescents ou jeunes adultes.
- Facteurs de risque: non ou incomplètement vaccinés ou perte d'immunité contre la coqueluche; non vaccinés pour les autres. Plupart des cas de rougeole et plusieurs cas de rubéole et d'oreillons: acquis lors d'un voyage dans zone à risque parmi groupes refusant la vaccination.

#### Infections transmissibles sexuellement

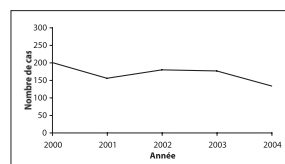
- À la hausse pour toutes les ITS sauf la chlamydie; l'écllosion de syphilis se poursuit. Nouvelle ITSS: la lymphogranulomatose vénérienne (LGV), 1 cas en 2004. Une dizaine en 2005.
- Gonorrhée: remontée de la résistance aux antibiotiques.



- *Chlamydia*: les 15 à 40 ans; ratio h/f: 2.5/1
- Gonorrhée: les 15 à 40 ans; ratio h/f: 7/1
- Syphilis: les 20 à 60 ans; ratio h/f : 5/1
- Facteurs de risque: syphilis, gonorrhée, LGV: plusieurs cas chez les HARSAH; relations sexuelles anonymes avec des personnes venant de régions à ITS endémiques (New York, Antilles, ...).

#### Tuberculose

- Incidence relativement stable; 2/3 des cas au Québec résident à Montréal.



- Personnes de 15 ans et plus.
- Facteurs de risque: majoritairement provenance de pays à TB endémique (pas toujours immigrants récents); contacts de cas familiaux, sociaux et de travail.

## LE RÔLE DE VIGILANCE DU MÉDECIN

### Le diagnostic

### Évaluation et prévention

- Diagnostic rapide d'un cas aigu : recherche des bons marqueurs  
Hép A : anti HAV IgM;  
Hép B : HbsAg, HbeAg, anti-HbcIgM.

La déclaration  
fait partie de  
l'acte médical

- Pas de tests disponibles pour distinguer une infection aiguë d'une infection ancienne; anti VHC .

- Cultures de selles si :
  - manipulateur d'aliments,
  - travailleur en garderie,
  - début d'intoxication alimentaire soupçonnée.

- Coqueluche : recherche de *Bordetella pertussis*.
- Rougeole, rubéole : recherche IgM rougeole, rubéole et parvovirus. Dans le cas de la rougeole : recherche virale sera demandée.
- Oreillons : IgM pour tous les cas de parotidite et chez les personnes ayant voyagé dans des zones à risque ou non vaccinées ou à statut vaccinal inconnu.

- *Chlamydia* : PCR sur urine pour les hommes, sur prélèvement à l'endocol ou à l'urètre chez la femme.
- *N. gonorrhoeae* : culture ou PCR.
- Syphilis : être alerte aux signes et symptômes de la syphilis (ulcères, éruptions cutanées); demander VDRL et TPPA.
- LGV : sérologie / séquençage.

- Personne souffrant de toux persistante et originaire d'un pays à tuberculose endémique: RX pulmonaire et recherche du bacille tuberculeux dans les expectorations ( 2 cas récents de tuberculose à Montréal ont eu jusqu'à 6 consultations médicales sur 6 mois avant que le diagnostic de tuberculose ne soit évoqué: plusieurs cas secondaires se sont produits).

- Évaluation pour distinguer hépatite A de B ou de C : voyages récents ? Orientation sexuelle ? Exposition alimentaire ? UDI ? Exposition nosocomiale ? Occupation du cas ?
- Prévention: Contacts sociaux ou familiaux qui pourraient bénéficier de prophylaxie ou de vaccination ?
  - Vaccination gratuite pour votre clientèle à risque, contacts de cas ou atteints d'hépatite C.
  - Dépistage des enfants des mères infectées (Hép. B et C).
  - Questionner sur dons/réceptions de sang, produits sanguins ou organes.
  - Retrait du travail pour manipulateur d'aliments souffrant d'hépatite A.
  - Retrait possible pour les cas d'hépatites B et C pour professions à risque.

- Évaluation de la source: Voyages ? Sources alimentaires possibles ? Contacts avec une personne souffrant de symptômes gastro-intestinaux ? Orientation sexuelle ?
- Évaluation de la transmission possible : occupation du cas? Reste d'aliments?
- Prévention primaire : conseil d'usages aux voyageurs et aux manipulateurs d'aliments.
- Attention spéciale aux immigrants retournant dans leur famille : précaution d'usage et vaccination contre la fièvre typhoïde.

- Évaluation des expositions récentes: avec une personne souffrant d'une MEV ? Voyages ?
- Évaluation de la transmission possible: occupation du cas ?
- Prévention primaire : vaccination primaire de votre clientèle pédiatrique. Questionner sur le statut vaccinal de votre clientèle adulte.  
Contacts non vaccinés qui pourraient bénéficier d'immunoglobuline ou du vaccin.

- Évaluation des expositions : orientation sexuelle ? Contacts sexuels à l'extérieur du Québec ?
- Évaluation de la transmission possible : recherche de contacts sexuels.
- Prévention primaire: promouvoir l'usage du condom, offrir vaccination contre les hépatites A et B. Notification aux partenaires. (Voir «Fiche PPM #9)

- Évaluation des expositions : pays d'origine ? Voyages ? Contacts avec une personne souffrant possiblement de tuberculose.
- Évaluation de la transmission possible : occupation du cas ? Contacts familiaux et sociaux ?  
La tuberculose est une maladie à traitement obligatoire: si refus ou infidélité au traitement, déclaration obligatoire de votre part à la Direction de santé publique.

## 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 ou technicienne de compléter le formulaire concerné et de téléphoner en cas d'urgence.

## Vos déclarations sont internationales

En déclarant une maladie infectieuse, vous participez à un réseau de surveillance des maladies infectieuses qui informe non seulement vos collègues de l'Île de Montréal mais également vos collègues québécois, canadiens et internationaux. L'information sur l'incidence des maladies infectieuses et aussi sur les caractéristiques des cas (âge, sexe, région socio-sanitaire et parfois source de contamination ou facteur de risque particulier) peut susciter chez tous ces collègues une attention particulière aux patients présentant des caractéristiques similaires et permet à un réseau international de lancer des appels à la vigilance et de retrouver des sources de contamination.

Vos déclarations, 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.

## Obligation légale, responsabilités professionnelle et civile

La déclaration des MADO (art. 82, LSP) de même que la déclaration reliée aux effets inhabituels d'une vaccination (art. 69, LSP) font partie de la pratique médicale car elles sont des obligations légales et non une tracasserie administrative de statisticiens.

Les médecins ont également l'obligation de signaler à la Direction de santé publique de leur territoire les patients atteints de tuberculose (seule maladie à traitement obligatoire au Québec) qui notamment ne collaborent pas à leur traitement ou refusent tout soin (art. 86, LSP).

L'omission de ces déclarations est une infraction punissable par une amende de 600 \$ à 1 200 \$ (art. 138, LSP) et en cas de récidive, les minima et maxima [...] sont portées au double. (art. 142).

Une telle infraction pourrait être par ailleurs donner matière à une poursuite au civil.

Enfin, l'obligation de signalement est aussi une exigence du Code de déontologie des médecins du Québec qui prescrit à l'article 40:

«Le médecin qui a des motifs de croire que la santé de la population ou d'un groupe d'individus est menacée doit en aviser les autorités de santé publique concernées.»



## Précisions sur les définitions de cas de MADO

La révision des définitions de cas des MADO s'est faite en parallèle avec l'adoption de la nouvelle loi sur la santé publique en novembre 2003. Comme le nombre de MADO est élevé et que les définitions de cas qui y sont associées comportent des détails qui passent souvent inaperçus, il est important de faire de temps à autres certaines mises au point.

### Rougeole, rubéole, oreillons :

Pour ces trois MADO, les déclarations de cas avec tableau clinique suggestif de la maladie mais sans confirmation de laboratoire ne sont plus acceptées aux fins de surveillance. En ce qui concerne la rougeole, même la détection d'IgM chez un cas sporadique qui n'a pas d'antécédents de voyage récent dans une région où l'on sait qu'il y a des cas de rougeole, ne suffit pas à confirmer un cas et elle doit être complétée par l'isolement du virus ou la démonstration d'une élévation du titre des IgG entre les échantillons de la phase aiguë et ceux de la phase de convalescence.

### Infection invasive à *Haemophilus influenzae* :

Toutes les infections à *Haemophilus influenzae* sont à déclaration obligatoire peu importe la souche. La souche doit cependant être isolée d'un site stérile (le sang, les liquides céphalo-rachidien, pleural, péritonéal, péricardique et articulaire, les tissus obtenus par biopsie ou par prélèvements per-opératoires) sauf pour une épiglottite. Pour une surveillance adéquate, le typage des souches est essentiel. La DSP reçoit souvent des déclarations d'infections à *Haemophilus influenzae* isolées des voies respiratoires ou d'infections provenant de sites stériles mais dont le sérotypage n'a pas été demandé.

### Infection invasive à streptocoques $\beta$ - hémolytique du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) :

La scarlatine n'est plus une MADO. Comme pour les infections invasives à *Haemophilus influenzae*, seuls les isollements de *Streptococcus pyogenes* d'un site normalement stérile doivent être déclarés à moins que le cas ne présente un choc toxique.

### Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoque) :

Ici encore, seuls les isollements de pneumocoque d'un site normalement stérile doivent être déclarés.

### Infection invasive à *Escherichia coli* :

L'expression peut porter à confusion mais seules les complications associées aux gastro-entérites à *Escherichia coli* O157:H7 ou O157 ou à tout autre sérotype producteur de vérocytotoxine sont visées ici : donc tous les cas qui présentent des manifestations compatibles avec un syndrome hémolytique urémique (SHU) ou un purpura thrombopénique thrombotique (PTT) chez qui on a isolé un *E. coli* producteur de vérocytotoxine dans les selles ou qui présentent un SHU ou un PTT ayant débuté à l'intérieur d'une période de trois semaines suivant un épisode de diarrhée aiguë ou sanguinolente.

### Hépatite A :

Le diagnostic d'hépatite A s'appuie sur la recherche d'IgM anti-VHA. Cependant, en présence d'un tableau suggestif chez un manipulateur d'aliments ou chez une employée de garderie par exemple, il ne faut pas hésiter à déclarer le cas avant sa confirmation par le laboratoire.

### Hépatite B :

Seuls les cas qui présentent une infection aiguë ou chronique doivent être déclarés. Il faut nécessairement un HbsAg positif ou des IgM anti-Hbc positifs. La présence d'un anti-Hbs positif signe une infection passée mais ne doit pas être déclarée.

### Infection par le VIH et SIDA :

L'infection par le VIH et le SIDA sont à déclaration obligatoire par le médecin traitant **si et seulement si** la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus.

### Parasitoses :

Certains parasites fréquemment retrouvés dans les selles comme *Blasocystis hominis*, *Enterobius vermicularis* (oxyurose) et *Ascaris lumbricoïdes* (ascariase) ne sont pas des MADO. Cependant, depuis novembre 2003, la cryptosporidiose et la cyclosporoïse, responsables de gastro-entérites, sont devenues des MADO.

### Éclotions ERV :

Deux cas de colonisation ou d'infection par une même souche transmise en milieu de soins suffisent à définir une écloison qui doit être déclarée.

## 17 cas d'hépatite A

### Une histoire vraie

Jour 1 - Monsieur Lambert se sent trop malade pour aller travailler : fièvre, courbatures, maux de ventre, fatigue depuis quelques jours. Il reste à la maison.

Jour 2 - Monsieur Lambert se réveille...jaune ! Il décide de consulter un médecin.

Jour 4 - Oui, il s'agit d'une hépatite aiguë, un bilan hépatique ainsi que des tests sérologiques pour les hépatites A, B et C sont prescrits. Diagnostic présumptif d'hépatite B selon les facteurs de risque personnels de monsieur Lambert.

Jour 7 - Monsieur Lambert se rend au CLSC pour le prélèvement sanguin. L'échantillon part pour le laboratoire de l'hôpital.

Jour 11 - C'est mardi, c'est la journée des hépatites au laboratoire. Tous les tests séros sont faits.

Jour 13 - Le résultat est positif. Une déclaration de MADO est envoyée à la Direction de santé publique (DSP).

Jour 15 - La déclaration arrive à la DSP. Une infirmière essaie de joindre monsieur Lambert pour enquêter sur ce cas d'hépatite A aiguë. Personne à la maison, un message est laissé.

Jour 16 - Monsieur Lambert rappelle l'infirmière et l'informe qu'il travaille dans un kiosque de sandwiches dans une aire de restauration rapide d'une place commerciale.

Jour 25 au jour 50 - Quelque 17 cas secondaires d'hépatite A sont découverts parmi des employés et des clients du kiosque.

**Révision :** La sonnette d'alarme d'un danger pour la santé publique n'a pas retenti chez le médecin traitant.

**Règle de pratique :** Toujours vous demander quel est le pire scénario pour la santé publique qui pourrait résulter de la transmission de l'infection d'un patient atteint d'une maladie infectieuse. Quelle est le risque de transmission ? Peut-on offrir immédiatement une prophylaxie aux contacts et proposer des mesures de prévention ? Pourquoi ne pas appeler tout de suite la Direction de santé publique ?

### L'histoire revue et corrigée

Jour 4 - Dès son diagnostic présumptif d'hépatite, le médecin traitant s'inquiète de la possibilité d'une hépatite A chez un manipulateur d'aliments. Il appelle la Santé publique. La DSP communique avec le laboratoire de l'hôpital pour demander une analyse d'urgence et coordonne le transport du prélèvement.

Jour 5 - L'hépatite A est confirmée.

Jour 6 -- La vaccination active et passive des employés du kiosque ainsi que des clients exposés dans la période de contagiosité est offerte par le Centre de santé et de services sociaux.

Jour 25 à 50 - Seulement 2 cas secondaires trouvés.

## Prévention en pratique médicale

Un bulletin de la Direction de santé publique de Montréal publié avec la collaboration de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal dans le cadre du programme Prévention en pratique médicale, Volet Information coordonné par le docteur Jean Cloutier.

Ce numéro est une réalisation du secteur Vigie et protection.

**Responsable du secteur :** Dr John Carsley

**Rédacteur en chef :** Dr John Carsley

**Édition :** Blaise Lefebvre

**Infographie :** Manon Girard

**Auteurs :** Lucie Bédard,  
Dr Suzanne Brisson  
Dr Paul Rivest

1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3  
Téléphone : (514) 528-2400, télécopieur : (514) 528-2452  
<http://www.santepub-mtl.qc.ca>  
courriel: [jcloutie@santepub-mtl.qc.ca](mailto:jcloutie@santepub-mtl.qc.ca)

ISSN (version imprimée) : 1481-3734

ISSN (version en ligne) : 1712-2937

### Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

Numéro de convention : 40005583

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Québec  
Montréal



ASSOCIATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DE MONTRÉAL

Santé publique