

Rapport annuel 2006

Les maladies infectieuses en Montérégie,
incluant
les maladies à déclaration obligatoire
(MADO)

Lina Perron

Éric Levac

Louise de la Boissière

Céline Gariépy

François Milord

Nathanaëlle Thériault

Juin 2007

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie

Québec 

Auteurs

Lina Perron
Éric Levac
Louise de la Boissière
Céline Gariépy
François Milord
Nathanaëlle Thériault

Collaborateurs et collaboratrices de l'équipe maladies transmissibles

Marie-Josée Archetto	Philippe Koné	Andrée Perreault
Sophie Blanchette	Agathe Lagacé	Julie Picard
Isabelle Boily	Ginette Lagarde	Stéphane Roy
Yen-Giang Bui	Louise Lambert	Marie St-Amour
Anne-Marie Clouâtre	Josée Massicotte	Dominique Tremblay
Serge Dufresne	Danielle Meilleur	Nicole Trudeau
Hélène Favron	Thérèse Monast	Jean-Jacques Turcotte
Lucie Fugère	Denise Palardy	Danielle Vachon
France Janelle		

Secrétariat et mise en page

Louise Couture

Conception et réalisation de la page couverture

René Larivière

Responsable de l'édition

François Simard

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Service ressources documentaires – Vente de publications
Agence de santé et de services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3
(450) 928-6777, poste 4213

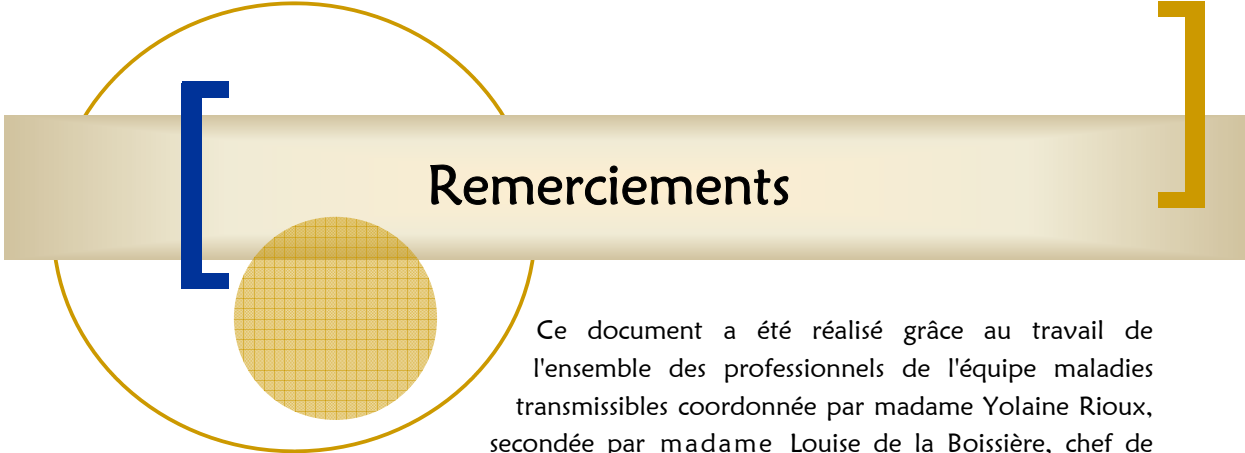
Cette publication est disponible sur le site Internet de l'Agence à l'adresse :
www.rrsss16.gouv.qc.ca

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2007
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 978-2-89342-387-6



Ce document est imprimé sur du papier recyclé



Remerciements

Ce document a été réalisé grâce au travail de l'ensemble des professionnels de l'équipe maladies transmissibles coordonnée par madame Yolaine Rioux, secondée par madame Louise de la Boissière, chef de service Vigie et ITSS et par madame Anne-Marie Clouâtre, chef d'équipe en immunisation.

Nous remercions les médecins et le personnel des laboratoires des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des laboratoires privés qui ont déclaré des cas de maladies à déclaration obligatoire (MADO). Nous remercions tous les intervenants et particulièrement les infirmières œuvrant dans les missions CLSC, CH et CHSLD des CSSS ainsi que le personnel des écoles et des services de garde à l'enfance qui ont signalé des cas possibles de maladies infectieuses.

Nous remercions aussi l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) et l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) d'avoir fourni certaines données nécessaires à la rédaction de ce rapport.

Nous adressons un merci tout spécial aux agentes administratives Mesdames France Bélanger, Gaétane Bilodeau, Sylvie Cayouette, Ginette Comeau, Maryse Danault, Margelaine Gauthier, Marie-Claude Guillette, Claudette Jarry, Liette Labrecque, Claire Lavoie, Monique Lévesque, pour leur étroite collaboration à la saisie, à l'archivage et à la collecte d'informations assurant ainsi la qualité du système de surveillance.

Enfin, les auteurs tiennent à remercier chaleureusement Madame Louise Couture, pour sa créativité dans la mise en forme du rapport et pour sa patience envers les rédacteurs.



Mot de la directrice

La Loi sur la santé publique exige de la directrice de santé publique qu'elle prenne les mesures pour prévenir et enrayer la contagion ou l'épidémie et protéger la santé de la population lorsqu'une maladie à déclaration obligatoire ou un problème de nature infectieuse ou toxique lui est signalé. Pour assumer cette responsabilité, la directrice doit compter sur une équipe dédiée à la surveillance, à la prévention et au contrôle des maladies infectieuses.

Je suis fier de vous présenter ce neuvième rapport annuel sur les maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse en Montérégie produit par la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSSM).

La publication du rapport 2006 est un moyen privilégié pour présenter l'état de situation le plus récent sur les maladies infectieuses en Montérégie ainsi que sur les actions réalisées pour réduire leur incidence et leur impact dans notre communauté.

La qualité d'un système de surveillance dépend de nombreux intervenants qui contribuent à la déclaration, à la collecte, à la validation, à l'analyse et à la diffusion des données. Celles-ci permettent à la fois de suivre les tendances des maladies, de détecter les éclosions, d'identifier les problèmes prioritaires ainsi que certains facteurs de risque et déterminants sociodémographiques associés aux différentes infections.

Je tiens à remercier tous ceux et celles qui collaborent au système de surveillance sur les maladies infectieuses en Montérégie et qui sont associés, de près ou de loin, à ce rapport.

La directrice,



Jocelyne Sauvé, M.D.

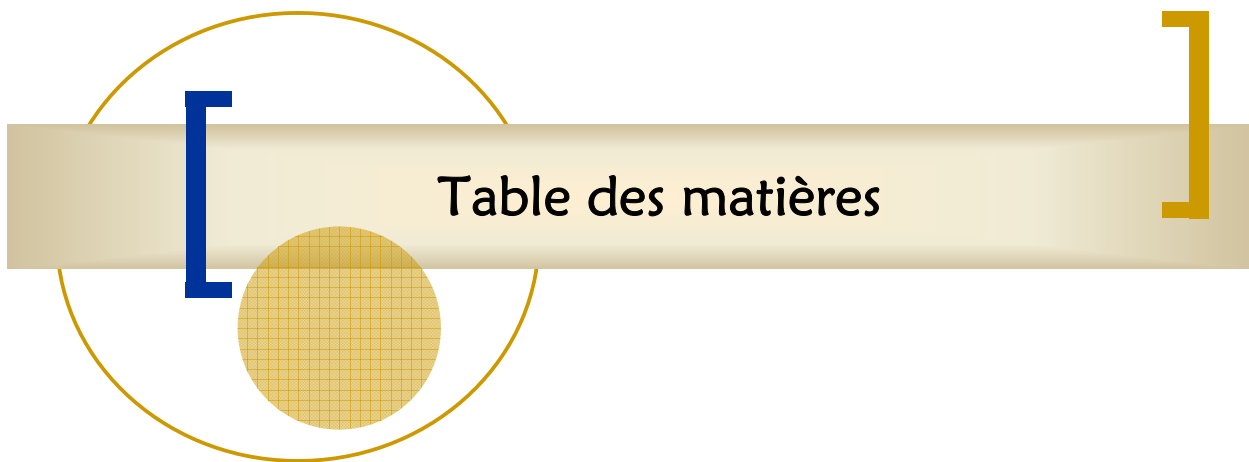


Table des matières

LISTE DES TABLEAUX	9
LISTE DES FIGURES	11
LISTE DES ANNEXES	13
LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES	15
FAITS SAILLANTS	17
INTRODUCTION	19
1. MÉTHODOLOGIE	21
1.1 Sources des données	21
1.2 Analyse des données	23
2. PORTRAIT DES DÉCLARATIONS	25
3. MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION	29
3.1 Maladies faisant l'objet d'un programme de vaccination	29
3.2 Couvertures vaccinales	34
3.3 Manifestations cliniques survenant après la vaccination (MCSAV)	39
4. MALADIES TRANSMISSIBLES PAR VOIE RESPIRATOIRE	43
5. INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT	47
5.1 Infections faisant l'objet de surveillance	47
5.2 Interventions préventives auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires (IPPAP)	53
6. INFECTIONS D'INTÉRÊT POUR LA BIOVIGILANCE	57
6.1 Système de biovigilance	57
6.2 Déclarations liées à la biovigilance	58

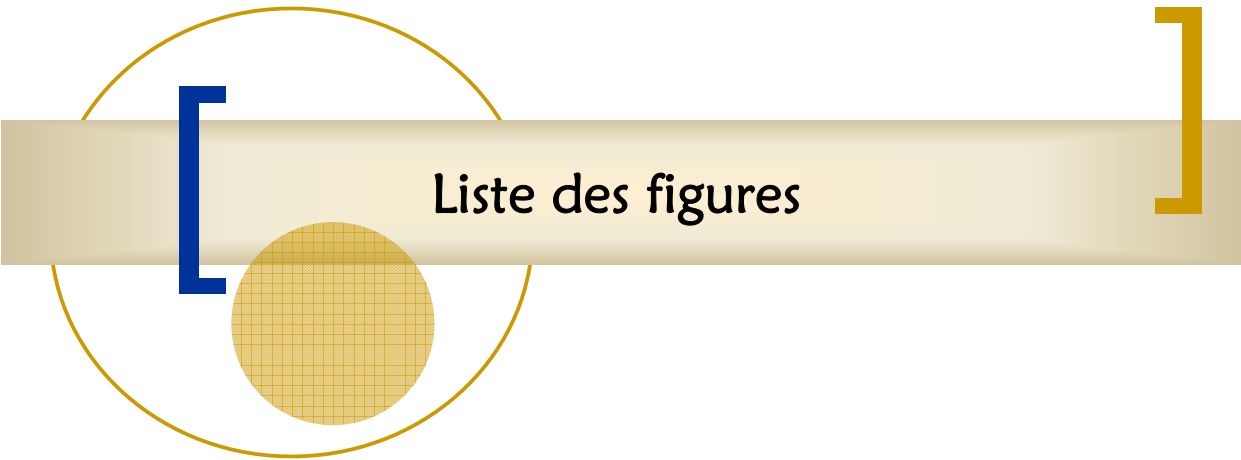
7. MALADIES ENTÉRIQUES	61
7.1 Maladies entériques selon la nature de l'agent pathogène	61
7.2 Éclosions de maladies entériques	66
8. ZOONOSES ET MALADIES TRANSMISSIBLES PAR VECTEUR	71
8.1 Zoonoses	71
8.2 Maladies transmissibles par vecteur	73
9. INFECTIONS NOSOCOMIALES	75
9.1 Infections nosocomiales causées par des bactéries multirésistantes	75
9.2 Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i> (DACD)	76
CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIE	81



Liste des tableaux

Tableau I	Distribution des déclarations des MADOs d'origine infectieuse selon les déclarants, Montérégie, 2002-2006	27
Tableau II	Nombre annuel de cas de maladies évitables par la vaccination, Montérégie, 1997-2006	28
Tableau III	Distribution selon le sexe et l'âge des maladies évitables par la vaccination, Montérégie, 2006	28
Tableau IV	Nombre de cas et incidence par 100 000 de la coqueluche selon l'âge, Montérégie, 2003-2006	29
Tableau V	Nombre annuel de cas d'infection invasive à pneumocoque causés par un sérotype contenu dans un vaccin contre le pneumocoque selon le groupe d'âge et le vaccin recommandé, Montérégie, 1998-2006	31
Tableau VI	Synthèse des éclosions d'influenza, Montérégie, 2006-2007	33
Tableau VII	Nombre de doses administrées des vaccins contre la varicelle et contre l'hépatite B ainsi que la couverture vaccinale pour l'hépatite B des élèves de la 4 ^e année du primaire selon le CSSS, Montérégie, 2005-2006	35
Tableau VIII	Nombre de doses administrées du vaccin dCaT et couverture vaccinale des élèves de la 3 ^e année du secondaire selon le CSSS, Montérégie, 2005-2006	36
Tableau IX	Nombre de personnes vaccinées avec le vaccin polysaccharidique 23-valent contre le pneumocoque selon la clientèle visée et selon le CSSS, Montérégie, 2004-2005 et 2005-2006	37
Tableau X	Nombre de doses administrées du vaccin contre l'influenza dans les différents lieux de vaccination selon le CSSS, Montérégie, 2005-2006	39
Tableau XI	Nombre de manifestations cliniques survenues après une vaccination selon le type de vaccin, Montérégie, 2006	41

Tableau XII	Nombre annuel de cas de maladies transmissibles par voie respiratoire, Montérégie, 1997-2006	42
Tableau XIII	Distribution selon le sexe et l'âge des maladies transmissibles par voie respiratoire, Montérégie, 2006	42
Tableau XIV	Présentations cliniques et facteurs de risque des infections invasives à streptocoque du groupe A, Montérégie, 2006	43
Tableau XV	Nombre annuel de cas d'infections transmissibles sexuellement, Montérégie, 1997-2006	46
Tableau XVI	Distribution selon le sexe et l'âge des infections transmissibles sexuellement, Montérégie, 2006	46
Tableau XVII	Programme d'interventions préventives auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires (IPPAP), Montérégie, 2006	54
Tableau XVIII	Nombre et proportion des IPPAP et des notifications des partenaires (NOPA) réalisées selon la nature de l'infection, Montérégie, 2006	55
Tableau XIX	Nombre annuel de cas d'infections d'intérêt pour la biovigilance, Montérégie, 1997-2006	56
Tableau XX	Distribution selon le sexe et l'âge des infections d'intérêt pour la biovigilance, Montérégie, 2006	56
Tableau XXI	Liste des infections et des maladies à déclaration obligatoire pour la biovigilance, Québec, 2006	59
Tableau XXII	Nombre annuel de cas de maladies entériques, Montérégie, 1997-2006	60
Tableau XXIII	Distribution selon le sexe et l'âge des maladies entériques, Montérégie, 2006	60
Tableau XXIV	Synthèse des éclosions de maladies entériques, Montérégie, 2006	67
Tableau XXV	Nombre annuel de cas de zoonoses et de maladies transmissibles par vecteur, Montérégie, 1997-2006	70
Tableau XXVI	Distribution selon le sexe et l'âge des zoonoses et des maladies transmissibles par vecteur, Montérégie, 2006	70
Tableau XXVII	Nombre d'enquêtes et de prophylaxies postexposition contre la rage (PPE) recommandées selon l'espèce animale, Montérégie, 2001-2006	73
Tableau XXVIII	Données sur les cas de SARM dans les centres hospitaliers, Montérégie, 2005-2006 et 2006-2007	75
Tableau XXIX	Nombre et proportion des DACD nosocomiales ayant amené une complication ou un décès, Montérégie, 2005-2006 et 2006-2007	77



Liste des figures

Figure 1	Distribution des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse, Montérégie, 2006 _____	17
Figure 2	Distribution des déclarations selon le type de déclarant, Montérégie, 2002-2006 _____	25
Figure 3	Nombre de cas d'infection invasive à pneumocoque chez des enfants âgés de moins de 5 ans selon le sérotype en cause, Montérégie, 1998-2006 _____	32
Figure 4	Incidence annuelle moyenne par 100 000 des infections invasives à pneumocoque selon le CSSS, Montérégie, 2004-2006 _____	33
Figure 5	Pourcentage du personnel des établissements de soins vaccinés contre l'influenza selon le type d'établissement, Montérégie, 2003-2004 à 2005-2006 _____	38
Figure 6	Incidence par 100 000 des infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> selon le sexe et l'âge, Montérégie, 2006 _____	49
Figure 7	Carte de l'incidence annuelle moyenne par 100 000 des infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> selon le CSSS, Montérégie, 2004-2006 _____	49
Figure 8	Nombre et incidence par 100 000 des infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> selon le CSSS, Montérégie, 2006 _____	50
Figure 9	Incidence par 100 000 des infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> , Montérégie et Québec, 1990-2006 _____	50
Figure 10	Incidence par 100 000 des infections gonococciques, Montérégie et Québec, 1990-2006 _____	51
Figure 11	Nombre et incidence par 100 000 des infections gonococciques selon le CSSS, Montérégie, 2006 _____	52
Figure 12	Incidence par 100 000 des cas de syphilis infectieuse, Montérégie et Québec, 1990-2006 _____	53
Figure 13	Carte de l'incidence annuelle moyenne par 100 000 des infections à <i>Campylobacter</i> selon le CSSS, Montérégie, 2004-2006 _____	63

Figure 14	Carte de l'incidence annuelle moyenne par 100 000 des infections à <i>Salmonella</i> selon le CSSS, Montérégie, 2004-2006 _____	64
Figure 15	Carte de l'incidence annuelle moyenne par 100 000 des cas de giardiase selon le CSSS, Montérégie, 2004-2006 _____	65
Figure 16	Nombre d'épisodes de gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée, Montérégie, mai 2002 à avril 2007 _____	68
Figure 17	Localisation des animaux rabiques infectés par la souche virale du raton laveur, MRC touchée et MRC contiguës, Montérégie, 2006 _____	72
Figure 18	Nombre de cas d'infection à <i>Plasmodium</i> selon la nature du parasite, Montérégie, 1997-2006 _____	74
Figure 19	Incidence par 10 000 patients-jours de DACD nosocomiale selon le centre hospitalier, Montérégie 2005-2006 et 2006-2007 _____	76
Figure 20	Incidence par 10 000 patients-jours de DACD d'acquisition nosocomiale, Montérégie et Québec, avril 2004 à mars 2007 _____	77



Liste des annexes

- | | |
|-----------|---|
| Annexe 1 | Liste des maladies d'origine infectieuse à déclaration obligatoire au Québec et liste des modifications faites depuis le début du registre central MADO |
| Annexe 2 | Nombre annuel de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Montérégie, 1997-2006 |
| Annexe 3 | Incidence annuelle par 100 000 des maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Montérégie, 1997-2006 |
| Annexe 4 | Nombre de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon le CSSS, Montérégie, 2006 |
| Annexe 5 | Incidence par 100 000 des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon le CSSS, Montérégie, 2006 |
| Annexe 6 | Nombre de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'âge et le sexe, Montérégie, 2006 |
| Annexe 7 | Incidence par 100 000 des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'âge, Montérégie, 2006 |
| Annexe 8 | Nombre de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon le mois de déclaration, Montérégie, 2006 |
| Annexe 9 | Nombre annuel de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Québec, 1997-2006 |
| Annexe 10 | Incidence annuelle par 100 000 des maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Québec, 1997-2006 |
| Annexe 11 | Nombre de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'âge et le sexe, Québec, 2006 |
| Annexe 12 | Données de population, Montérégie et Québec, 1990-2006 et carte des CSSS de la Montérégie |
| Annexe 13 | Objectifs du <i>Programme national de santé publique 2003-2012</i> pour les maladies infectieuses et les couvertures vaccinales |



Liste des sigles et des acronymes

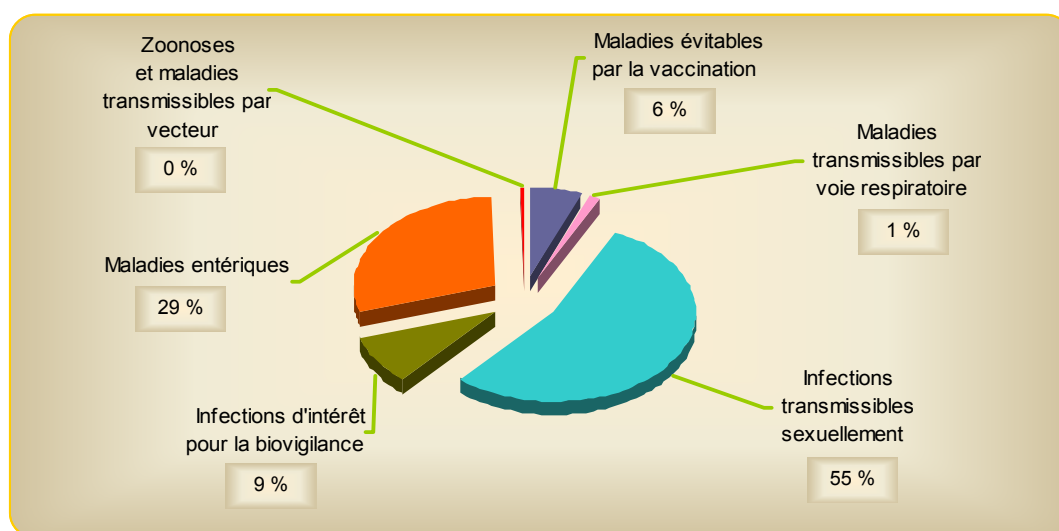
ACIA	Agence canadienne d'inspection des aliments
AIP	Atteinte inflammatoire pelvienne
ASSSM	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
CCEC	Comité consultatif sur l'évaluation de la causalité
CIVD	Coagulation intra-vasculaire disséminée
CLSC	Centre local de services communautaires
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CPE	Centre de la Petite Enfance
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DACD	Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i>
dCaT	Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos
DSP	Direction de santé publique
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
ESPRI	Effets secondaires des produits immunisants
GMF	Groupe de médecine de famille
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> type b
HTLV	Virus T-lymphotrope humain
INH	Isoniazide
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang

LDC-ITS	Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
LNM	Laboratoire national de microbiologie
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MCJ	Maladie de Creutzfeldt-Jakob
MCSAV	Manifestation clinique survenant après la vaccination
MRC	Municipalité régionale de comté
MRNF	Ministère des Ressources naturelles et de la Faune
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NOPA	Notification des partenaires
OMS	Organisation mondiale de la santé
PES	Programme d'échange de seringues
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PNSP	Programme national de santé publique 2003-2012
PPE	Prophylaxie postexposition
RRO	Vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons
SGB	Syndrome de Guillain et Barré
SARV	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la vancomycine
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SOR	Syndrome oculo-respiratoire
SURV-UDI	Surveillance épidémiologique du VIH et du VHC chez les utilisateurs de drogues par injection au Québec
TOD	Thérapie sous observation directe
UDI	Utilisateur de drogue par injection
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VNO	Virus du Nil occidental
VPH	Virus du papillome humain

Faits saillants

En 2006, un total de 3 488 cas de maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse ont été déclarés en Montérégie.

Figure 1 Distribution des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse, Montérégie, 2006 (N = 3 488)



Maladies évitables par la vaccination

- En 2006, on observe une diminution de près de 50 % des cas de coqueluche (81 cas) comparativement à l'année 2005 (153 cas).
- Le nombre de cas d'infection invasive à méningocoque est le plus élevé des 5 dernières années. Le sérotype est connu pour 10 des 11 cas : sérotype B (8), sérotype W135 (1) et sérotype C (1). La personne atteinte par le sérotype C n'était pas visée par le programme de vaccination.
- La couverture vaccinale contre l'influenza du personnel des CSSS (49 %) demeure nettement inférieure à l'objectif de 80 %.
- Dix (10) épidémies d'influenza sont survenues dans des CHSLD.

Infections transmissibles sexuellement

- L'incidence des infections à *Chlamydia trachomatis* et des infections gonococciques a augmenté respectivement de 5 % et de 41 % par rapport à l'année 2005.
- Plus de la moitié (56 %) des souches de *Neisseria gonorrhoeae* présentent une résistance à la ciprofloxacine comparativement à 27 % en 2005.
- En 2006, le nombre de cas de syphilis infectieuse en Montérégie (28) est semblable à celui de 2005 (28). Cependant, cette maladie continue d'augmenter dans la région de Montréal, 180 cas en 2005 et 285 cas en 2006.
- Les premiers cas de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ont été déclarés en Montérégie (3 cas). À noter que la LGV est réapparue au Québec en 2005 dans la région de Montréal, 22 cas en 2005 et 41 cas en 2006.

Maladies entériques

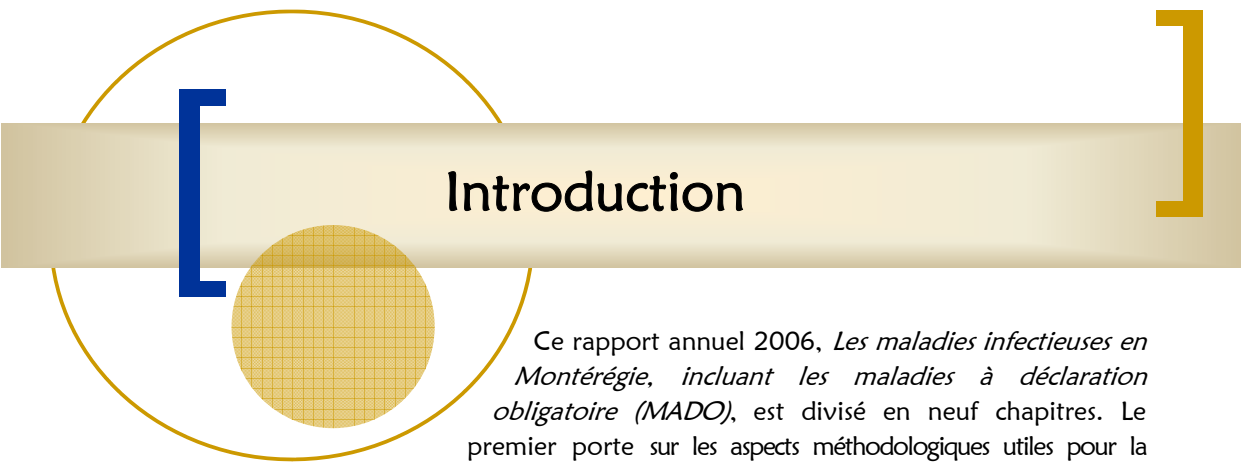
- Une importante éclosion d'hépatite A a sévi tout au cours de l'année 2006 sur les territoires des CSSS du Haut-Saint-Laurent (26 cas), du Suroît (5 cas) et Jardins-Roussillon (5 cas).
- Le nombre de cas de fièvre paratyphoïde (8) est le plus élevé depuis 1997. Cinq (5) cas ont comme source confirmée ou probable l'eau contaminée d'un aquarium domestique.
- Les gastro-entérites à *Yersinia enterocolitica* ont augmenté au cours des 2 dernières années, passant d'une moyenne de 14 cas par année de 1998 à 2004, à 23 cas en 2005 et à 30 cas en 2006.
- Un total de 101 épisodes de gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée, impliquant près de 4 000 personnes, ont été déclarés entre novembre 2006 et avril 2007. Le LSPQ a détecté la présence de norovirus dans des spécimens provenant de 16 de ces éclosions.

Zoonoses et maladies transmissibles par vecteur

- Quatre (4) rats laveurs infectés par la souche virale de la rage du raton laveur ont été identifiés en Montérégie. Aucun animal infecté par cette souche n'avait été identifié auparavant au Québec.

Infections nosocomiales

- Le nombre de nouveaux cas de SARM a diminué de 22 %.
- L'incidence de la diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD) a diminué de 23 %, mais une éclosion dans un établissement a généré de nombreuses interventions médiatiques.



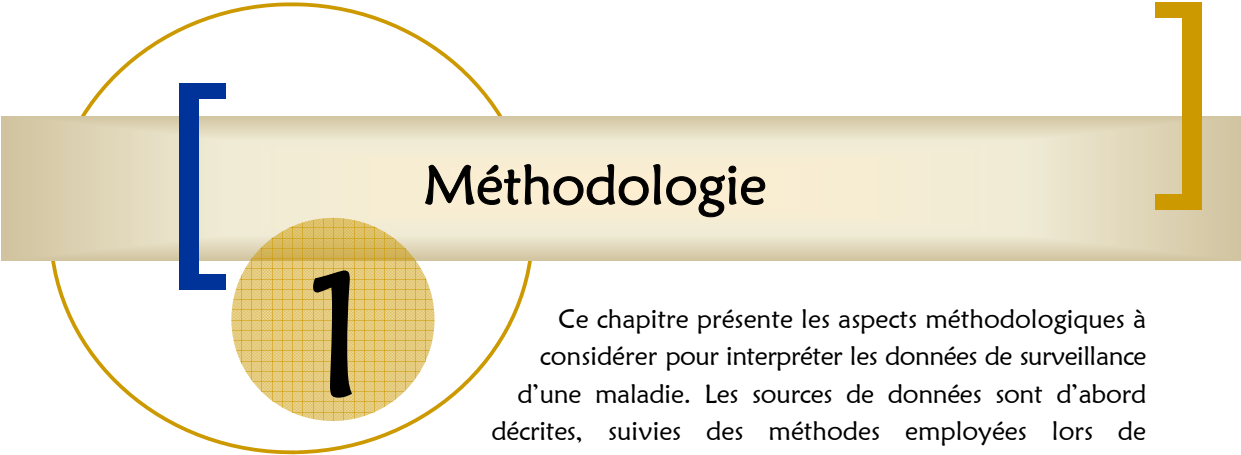
Introduction

Ce rapport annuel 2006, *Les maladies infectieuses en Montérégie, incluant les maladies à déclaration obligatoire (MADO)*, est divisé en neuf chapitres. Le premier porte sur les aspects méthodologiques utiles pour la compréhension et l'interprétation des données présentées. Le deuxième chapitre dresse le portrait des déclarants pour les cas de maladies à déclaration obligatoire de la Montérégie. Le troisième chapitre traite des maladies évitables par la vaccination et se divise en trois rubriques pour inclure, en plus des données sur les maladies, des données sur les couvertures vaccinales et sur les manifestations cliniques survenues à la suite d'une vaccination. Les chapitres 4 à 8 présentent une analyse et une interprétation des données sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire regroupées selon leur mode de transmission :

- les maladies transmissibles par voie respiratoire (chapitre 4);
- les infections transmissibles sexuellement (chapitre 5);
- les infections d'intérêt pour la biovigilance (chapitre 6);
- les maladies entériques (chapitre 7);
- les zoonoses et les maladies transmissibles par vecteur (chapitre 8).

En raison de l'importance des infections nosocomiales, cette problématique fait l'objet du chapitre 9.

La liste des maladies d'origine infectieuse à déclaration obligatoire au Québec et les modifications apportées depuis le début du registre central MADO en 1990 sont présentées à l'annexe 1. Des tableaux synthèses portant sur les maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse sont présentés dans les 10 annexes qui suivent. Ces tableaux détaillent le nombre et l'incidence annuels des cas déclarés en Montérégie depuis 1997 (annexes 2 et 3). Ce rapport fournit ensuite, pour l'année 2006, le nombre de cas et l'incidence selon le Centre de santé et de services sociaux (annexes 4 et 5), la distribution des cas selon le sexe et l'âge (annexe 6), l'incidence selon l'âge (annexe 7) et la distribution des cas selon le mois de déclaration (annexe 8). Les annexes 9 et 10 présentent le nombre et l'incidence annuels des cas déclarés au Québec depuis 1997 et l'annexe 11 présente la distribution selon le sexe et l'âge des cas déclarés en 2006. Des données sur la population de la Montérégie et du Québec sont fournies à l'annexe 12 de même qu'une carte des territoires des CSSS de la Montérégie. Finalement, les objectifs pour l'année 2006 du *Programme national de santé publique 2003-2012*¹ sur les maladies infectieuses et les couvertures vaccinales visées par les programmes de vaccination sont énumérés à l'annexe 13.



Méthodologie

Ce chapitre présente les aspects méthodologiques à considérer pour interpréter les données de surveillance d'une maladie. Les sources de données sont d'abord décrites, suivies des méthodes employées lors de l'analyse. La présentation des données tient compte des définitions nosologiques des infections et des maladies. L'emploi de définitions communes permet d'assurer une standardisation des données. La diarrhée associée au *Clostridium difficile* et l'influenza font l'objet d'une surveillance spécifique.

Certaines maladies n'apparaissent pas dans les tableaux présentés en annexe :

- les maladies extrêmement rares pour lesquelles aucun cas n'a été déclaré au Québec depuis 1990 : charbon (anthrax), fièvre jaune, fièvres hémorragiques virales, paralysie flasque aiguë, peste, typhus, syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), variole;
- les maladies pour lesquelles aucun cas n'a été déclaré depuis 1997, soit en Montérégie (annexes 2 à 8), soit au Québec (annexes 9 à 11);
- les infections nosocomiales causées par des bactéries multirésistantes telles l'éclosion à entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), l'éclosion à staphylocoque résistant à la méthicilline (SARM) et l'infection à staphylocoque résistant à la vancomycine (SARV).

Les maladies ajoutées à la liste des MADO en 2004 sont présentées dans les tableaux en annexe même si aucun cas n'a été déclaré.

1.1 Sources des données

Les maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse décrites dans ce rapport concernent les cas validés chez des personnes résidant en Montérégie au moment de la déclaration. Les médecins et les directeurs de laboratoire sont tenus de déclarer les cas portés à leur attention. Certains cas peuvent avoir été signalés par d'autres intervenants (ex. : infirmière en milieu scolaire). Un cas déclaré est validé lorsqu'il répond à la définition nosologique du ministère de la Santé et des Services sociaux². Chacune des directions de santé publique saisit les cas validés dans un fichier informatisé sécurisé, géré par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Ce registre, appelé registre central MADO, contient toutes les MADO d'origine infectieuse validées au Québec depuis le 1^{er} janvier 1990. Ce registre sert à la fois de soutien aux interventions de protection de la santé publique et aux activités de surveillance.

Depuis 2004, la surveillance de l'infection par le VIH et du sida est exercée au niveau provincial et les données sont gérées par le LSPQ. Toutefois, à des fins de biovigilance, si la personne atteinte a reçu ou donné, soit du sang ou des produits sanguins, soit des organes ou des tissus, le médecin doit déclarer le cas à la DSP (Chapitre 6 « Infections d'intérêt pour la biovigilance »). Les données de la surveillance provinciale pour l'année 2006 n'apparaissent pas parce qu'elles n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction de ce rapport.

Pour l'influenza, les informations sont tirées de données québécoises fournies par le LSPQ et provenant de deux laboratoires sentinelles en Montérégie, l'Hôpital du Haut-Richelieu et l'Hôpital Charles LeMoine, ainsi que des données provenant du système régional de surveillance de l'influenza. Ce système permet de connaître, en temps réel, la circulation du virus de l'influenza en Montérégie. Tous les laboratoires des centres hospitaliers transmettent à la DSP, à chaque semaine, le nombre de tests effectués pour l'influenza et le nombre de tests positifs. Les données sont disponibles le mercredi de la semaine suivante sur le site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie au www.rrsss16.gouv.qc.ca.

Les couvertures vaccinales des programmes de vaccination en milieu scolaire, soit la vaccination contre l'hépatite B en 4^e année du primaire et la mise à jour du calendrier vaccinal en 3^e année du secondaire, ont été calculées pour l'année scolaire 2005-2006 à partir des données fournies par les CSSS. Pour l'influenza et le pneumocoque, les couvertures vaccinales ont été calculées par la DSP à partir d'informations fournies par les vaccinateurs et des données d'enquête de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Les manifestations cliniques survenant après la vaccination (MCSAV) sont à déclaration obligatoire en vertu de la *Loi sur la santé publique*. À la suite d'un signalement, les professionnels de la DSP valident la manifestation clinique selon les critères définis dans le *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)*³. Les manifestations cliniques validées sont saisies dans un fichier informatisé sécurisé, géré par le LSPQ. Ce registre, appelé fichier ESPRI, contient les incidents déclarés au Québec depuis le 1^{er} janvier 1990. Un incident est défini comme l'ensemble des manifestations cliniques survenues chez une personne à la suite d'une séance de vaccination où au moins un vaccin a été administré. Un même incident peut impliquer plus d'un vaccin et plus d'une manifestation clinique. Il est important de préciser que la déclaration d'un incident dans le registre informatisé n'implique pas que le vaccin soit la cause de la manifestation clinique observée. En effet, une manifestation clinique est définie comme une réaction liée dans le temps à la vaccination, qu'elle soit causée ou non par le vaccin.

Pour les infections nosocomiales, les données proviennent de trois sources. Celles sur les infections à déclaration obligatoire telles que les écloisions d'ERV dans un établissement de soins, les écloisions de SARM dans un établissement de soins de longue durée et les cas d'infection à SARV sont extraites du registre central MADO. Les cas de SARM sont décrits à partir des données de la surveillance régionale du SARM faite en collaboration avec les centres hospitaliers de la Montérégie. Pour la diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD), les données proviennent du programme provincial de surveillance géré par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

1.2 Analyse des données

Les dénominateurs employés pour calculer les taux d'incidence par 100 000 personnes proviennent des projections démographiques calculées par l'Institut de la statistique du Québec à partir des données du recensement de 2001. Ces projections démographiques sont disponibles dans le site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie au :

www.rrsss16.gouv.qc.ca/santepublique/surveillance/projections_démographiques.xls.

De légères variations dans les taux d'incidence des années antérieures peuvent être observées. Ces variations sont attribuables à deux phénomènes distincts. D'une part, l'utilisation des nouvelles projections démographiques a modifié légèrement les dénominateurs utilisés dans le calcul des taux d'incidence, plus particulièrement pour les années 2001, 2002 et 2003. D'autre part, des ajustements sont parfois apportés au statut de certains cas, entraînant des variations dans le nombre de cas validés. Ces ajustements concernent plus particulièrement les cas d'hépatite B et d'hépatite C.

Les cas sont catégorisés selon les caractéristiques épidémiologiques classiques de temps, de lieu et de personne. Les facteurs de risque identifiés lors des enquêtes sont décrits lorsque pertinents. Par convention, la date d'inscription au registre central MADDO correspond à la date de réception de la première déclaration à la DSP et non à celle du début des symptômes. Les données sont présentées pour l'année civile à l'exception des couvertures vaccinales, des données de l'influenza et des infections nosocomiales.

Deux nouvelles présentations visuelles des données d'incidence ont été utilisées dans ce rapport. Premièrement, des cartes de la Montérégie avec une échelle de couleur illustrant l'incidence selon le CSSS de certaines ITS et maladies entériques. À noter que les échelles de couleur varient d'une carte à l'autre. Deuxièmement, des histogrammes combinant l'incidence et le nombre de cas selon le CSSS de certaines ITS. La largeur de chaque barre de l'histogramme est proportionnelle à la population du CSSS et la hauteur à l'incidence de la maladie. Ainsi, l'aire de chaque barre (hauteur $\times$ largeur) est proportionnelle au nombre de cas par CSSS.

Les données de surveillance sont un reflet imparfait de la réalité puisque seulement les cas déclarés, une fraction des cas réels, sont inscrits au registre central MADDO. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation : une infection asymptomatique, l'absence de consultation lors d'une infection symptomatique, l'absence de diagnostic et la non déclaration d'un cas diagnostiqué. On comprendra que l'ampleur de la sous-déclaration varie selon qu'il s'agisse d'une maladie grave ou bénigne. À ce sujet, la littérature démontre que :

- les infections invasives à méningocoque sont déclarées dans une proportion de 95 %⁴ ;
- la chlamydie et la gonorrhée sont sous-déclarées, car les données du programme québécois de gratuité des médicaments montrent qu'il y aurait de 2 à 3 fois plus de traitements prescrits que de déclarations⁵ ;
- la coqueluche ne serait déclarée que pour 6 % des infections⁶ ;
- de 2 à 10 % des infections à *Salmonella*, à *Campylobacter* et à *Escherichia coli* producteur de vérocytotoxine sont déclarées⁷.

D'autres facteurs peuvent aussi causer des variations temporelles des taux d'incidence tels que la promotion de la déclaration, des changements de pratique, la disponibilité de nouveaux tests.

Portrait des déclarations

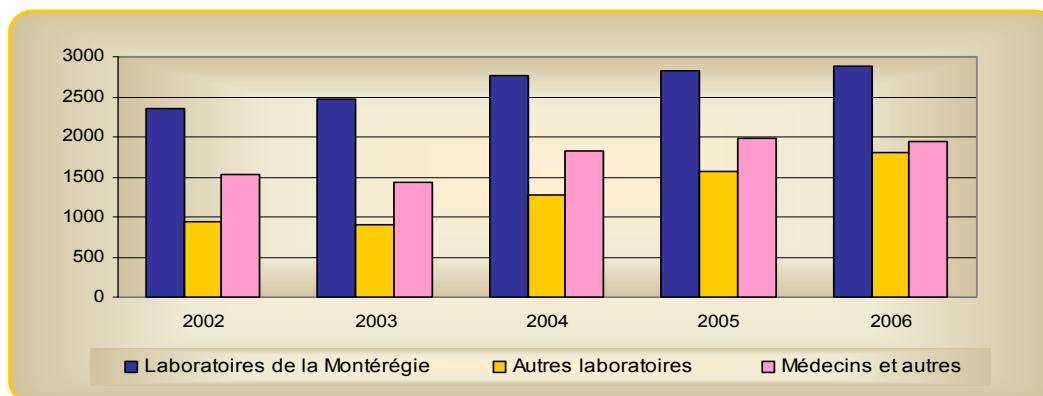
2

Plus de 6 600 déclarations ont été reçues pour les 3 488 cas de maladies à déclaration obligatoire (MADO) validés en 2006. Près du trois-quarts (71 %) de ces déclarations proviennent des laboratoires et 29 % des médecins et des autres déclarants. La majorité des maladies étant à déclaration obligatoire à la fois par le médecin et par le laboratoire, la double déclaration est attendue et normale. De plus, pour toute analyse demandée et réalisée par un laboratoire de référence, la DSP reçoit une seconde déclaration du laboratoire de référence. Le tableau 1 comptabilise le nombre annuel de déclarations reçues à la DSP de la Montérégie selon le type de déclarant de 2002 à 2006.

Parmi les 4 686 déclarations reçues des laboratoires, 61 % proviennent des hôpitaux de la Montérégie, 22 % d'autres laboratoires publics et privés du Québec et 16 % du LSPQ. Moins du tiers (29 %) des déclarations provenaient d'un médecin ou d'un autre déclarant (ex. : infirmière). Un grand nombre de médecins (772) ont déclaré au moins 1 cas.

Pour 95 % des cas, un rapport de laboratoire a été transmis à la DSP, ce qui est attendu considérant que, pour la majorité des maladies, une analyse de laboratoire positive est nécessaire pour valider le cas. Une déclaration provenant d'un médecin a été transmise à la DSP pour 49 % des cas. La collaboration du médecin traitant est essentielle et sa déclaration est un élément incontournable si une intervention de santé publique auprès du cas et de ses contacts est indiquée.

Figure 2 Distribution des déclarations selon le type de déclarant, Montérégie, 2002-2006



De 2002 à 2006, le nombre total de déclarations a augmenté de 37 %. Cette augmentation est principalement due à un nombre plus élevé de déclarations faites par les laboratoires tant par ceux des hôpitaux de la Montérégie que ceux d'autres laboratoires publics et privés du Québec et du LSPQ.

Tableau I **Distribution des déclarations des MADO d'origine infectieuse selon les déclarants, Montérégie, 2002-2006(a)**

Centre hospitalier	Nombre de déclarations				
	2002	2003	2004	2005	2006
Hôpital Charles LeMoine	468	496	596	486	627
Hôpital du Haut-Richelieu	386	404	433	533	469
Hôpital Honoré-Mercier	331	354	352	402	406
Centre hospitalier Pierre-Boucher	334	367	314	356	344
Centre hospitalier Régional du Suroît ^(b)	223	258	271	292	292
Centre hospitalier de Granby	186	170	222	254	257
Hôpital Anna-Laberge	224	166	269	232	229
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	122	165	184	168	174
Hôtel-Dieu de Sorel	80	81	115	91	80
Total des laboratoires de la Montérégie	2 354	2 461	2 756	2 814	2 878
Autres laboratoires ^(c)	496	521	762	901	1 054
Laboratoire de santé publique du Québec	443	373	507	672	754
Total des autres laboratoires	939	894	1 269	1 573	1 808
Médecins	1 393	1 382	1 712	1 862	1 813
Autres déclarants (infirmières et autres)	134	58	104	125	120
Total des médecins et autres déclarants	1 527	1 440	1 816	1 987	1 933
Nombre total de déclarations	4 820	4 795	5 841	6 374	6 619

(a) Le nombre total de déclarations est supérieur au nombre de cas, car chaque cas peut avoir plus de 1 déclarant.

(b) Ces données incluent les déclarations des analyses faites pour l'Hôpital Barrie Memorial.

(c) Ces données incluent les hôpitaux des autres régions et les laboratoires privés.

Tableau II **Nombre annuel de cas de maladies évitables par la vaccination, Montérégie, 1997-2006**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Coqueluche	117	723	316	141	156	181	40	73	153	81
Infection invasive à <i>H. influenzae</i> ^(a)	2	1	1	-(b)	-	2	8	5	15	10
Infection invasive à méningocoque	12	4	5	6	13	9	8	7	9	11
Infection invasive à pneumocoque	98	95	97	120	110	124	113	128	115	97
Oreillons	-	1	-	1	-	1	1	-	-	1
Rougeole	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
Rubéole	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Rubéole congénitale	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
Tétanos	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-

(a) De 1990 à 2003, seulement le type b était à déclaration obligatoire. Depuis 2004, tous les types d'*Haemophilus influenzae* sont à déclaration obligatoire.

(b) Aucun cas déclaré.

Tableau III **Distribution selon le sexe et l'âge des maladies évitables par la vaccination, Montérégie, 2006**

	Cas ^(a)	Sexe		Groupes d'âge (années)						
		M	F	< 1	1-4	5-14	15-24	25-39	40-59	≥ 60
Coqueluche	81	26	54	5	4	54	1	9	6	-(b)
Infection invasive à <i>H. influenzae</i>	10	6	4	3	-	1	-	1	-	5
Infection invasive à méningocoque	11	5	6	-	2	2	1	-	3	3
Infection invasive à pneumocoque	97	47	50	4	9	4	1	6	19	54
Oreillons	1	1	-	-	-	-	-	1	-	-

(a) Le nombre total de cas peut être supérieur au total du nombre de cas selon le sexe ou selon l'âge s'il y a des données manquantes.

(b) Aucun cas déclaré.

Maladies évitables par la vaccination

3

3.1 Maladies faisant l'objet d'un programme de vaccination

En 2006, le calendrier régulier de vaccination comprenait un vaccin contre les maladies suivantes : diphtérie, coqueluche, tétanos, poliomyélite, infection à *Haemophilus influenzae* de type b (Hib), infection à pneumocoque, rougeole, rubéole, oreillons, varicelle, infection à méningocoque de sérogroupe C, hépatite B et influenza.

En 2006, 81 cas de **coqueluche** ont été déclarés. Il s'agit d'une diminution de près de 50 % par rapport à 2005, mais un nombre supérieur aux 73 cas déclarés en 2004. L'incidence en Montérégie (5,9 par 100 000) est la même qu'au Québec (5,8 par 100 000). Les enfants les plus touchés sont ceux âgés de moins de 1 an (37,0 par 100 000), suivis de ceux âgés de 5 à 14 ans (32,4 par 100 000). Les deux tiers des cas ont été déclarés au cours des 3 premiers mois de l'année. Ceci termine le pic d'incidence observé entre les mois de septembre 2005 et mars 2006.

Tableau IV Nombre de cas et incidence par 100 000 de la coqueluche selon l'âge, Montérégie, 2003-2006

Groupes d'âge	Nombre de cas				Incidence par 100 000			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
Moins de 1 an	7	8	15	5	53,5	59,4	111,1	37,0
1 à 4 ans	8	4	17	4	14,7	7,4	31,4	7,3
5 à 14 ans	21	50	100	54	11,7	28,2	57,9	32,4
15 ans ou plus	4	11	21	16	0,4	1,0	1,9	1,4
Inconnu	0	0	0	2	-	-	-	-
Total	40	73	153	81	3,0	5,4	11,3	5,9

Le nombre de cas d'**hépatite B aiguë** demeure encore bas, soit 5 cas en Montérégie et 36 cas au Québec. La distribution des 5 cas selon le sexe et l'âge est la suivante : 4 hommes âgés de 29 à 60 ans et 1 femme âgée entre 40 et 59 ans. Deux (2) personnes ont contracté le virus de l'hépatite B par des relations sexuelles non protégées, 1 personne par l'usage de drogue intraveineuse et 1 personne à la suite d'une exposition accidentelle au sang dans le cadre de son travail. Ce dernier cas aurait pu être évité par l'application des mesures de postexposition accidentelle au sang. Aucun facteur de risque n'a été identifié pour 1 personne. Les cas d'hépatite B aiguë surviennent chez des gens visés par la vaccination en raison d'un risque

accru d'hépatite B, mais qui sont plus difficiles à joindre et à vacciner, soit les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et les utilisateurs de drogue par injection (UDI).

Parmi les 10 cas d'**infection invasive à *Haemophilus influenzae* (Hib)**, aucun n'a été causé par une souche de type b. La présentation clinique a été une bactériémie pour 9 cas et l'*Haemophilus influenzae* a été identifié dans le liquide pleural chez 1 personne. La moitié (5) des personnes atteintes sont âgées de 60 ans ou plus.

Onze (11) cas d'**infection invasive à méningocoque** ont été déclarés, dont 8 de sérogroupe B. Le sérogroupe C et le sérogroupe W135 ont été isolés chacun chez 1 personne et 1 cas est probable en raison de manifestations cliniques compatibles avec une méningite avec présence de *purpura fulminans*. La personne atteinte par le méningocoque de sérogroupe C n'était pas visée par le programme de vaccination contre le sérogroupe C. Aucun enfant âgé de moins de 1 an n'a été atteint. Un peu plus de la moitié des personnes atteintes (6 cas) sont âgées de 40 ans ou plus. La méningite a été une présentation clinique chez 10 personnes, accompagnée parfois de *purpura fulminans* ou de coagulation intra-vasculaire disséminée (CIVD) (4 cas). Une (1) personne a présenté une arthrite septique. Le seul décès est survenu chez la personne dont l'infection a été causée par un méningocoque de sérogroupe C. Toutes les souches étaient sensibles à la pénicilline, à la rifampicine, à la ceftriaxone et à la ciprofloxacine. Au total, une chimioprophylaxie a été prescrite à 64 personnes.

Tableau V Nombre annuel de cas d'infection invasive à pneumocoque causés par un sérotype contenu dans un vaccin contre le pneumocoque selon le groupe d'âge et le vaccin recommandé, Montérégie, 1998-2006

		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Enfants âgés de 2 mois à 4 ans										
Sérotype par rapport au vaccin conjugué 7-valent	contenu ^(a)	11	20	18	15	14	20	15	10	4
	non contenu	-	1	4	-	2	4	2	9	7
	inconnu	8	7	14	11	22	7	14	-	2
	Total	19	28	36	26	38	31	31	19	13
Personnes âgées de 65 ans ou plus										
Sérotype par rapport au vaccin polysacch. 23-valent	contenu ^(b)	11	16	18	13	15	10	17	10	9
	non contenu	-	-	-	3	-	3	-	2	2
	inconnu	22	13	17	21	18	25	34	20	35
	Total	33	29	35	37	33	38	51	32	46

(a) Sérotypes 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F et 23F.

(b) Sérotypes 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F et 33F.

En 2006, 97 cas d'**infection invasive à pneumocoque** (*Streptococcus pneumoniae*) ont été déclarés. L'incidence de la maladie est la plus élevée chez les nourrissons de moins de 1 an (29,6 par 100 000) et chez les 60 ans ou plus (21,4 par 100 000). Parmi les 46 cas survenus chez des personnes de 65 ans ou plus, le sérotype n'est connu que pour 11 cas. De ce nombre, 9 (90 %) sont inclus dans le vaccin polysaccharidique 23-valent recommandé aux personnes de cet âge. Chez les enfants âgés de moins de 5 ans, le sérotype est connu pour 11 des 13 cas. Pour les 4 cas survenus chez des enfants âgés de 2 mois à 4 ans, le sérotype était inclus dans le vaccin conjugué 7-valent administré aux enfants de cet âge. Parmi ces cas, 2 enfants n'avaient

reçu aucune dose de vaccin, 1 enfant n'avait reçu qu'une seule dose de vaccin au lieu des 2 recommandées pour son âge et 1 enfant n'avait pas encore reçu la dose de rappel prévue à 12 mois. Il demeure important de promouvoir et d'assurer la vaccination des enfants âgés de moins de 5 ans et des personnes âgées de 65 ans ou plus afin de réduire les cas évitables.

Figure 3 Nombre de cas d'infection invasive à pneumocoque chez des enfants âgés de moins de 5 ans selon le sérotype en cause, Montérégie, 1998-2006

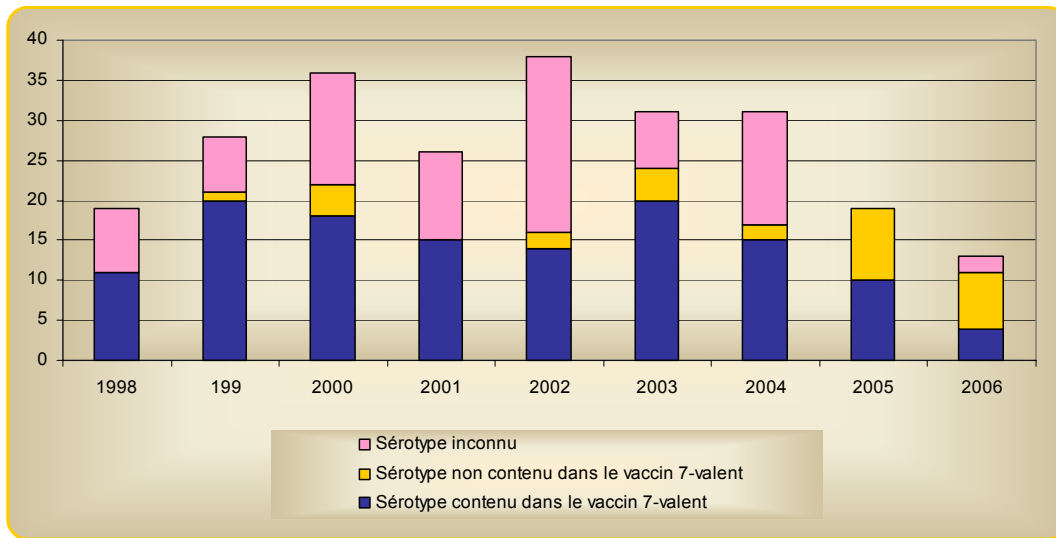
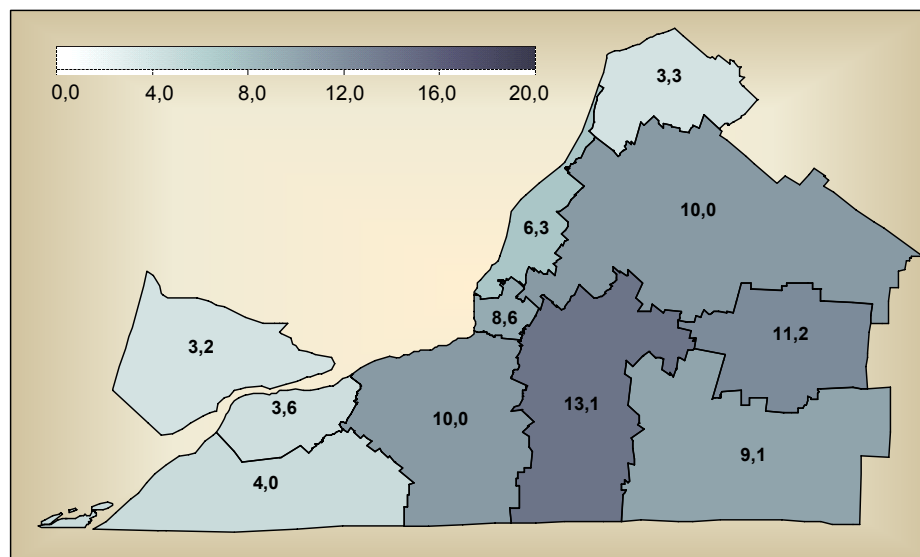


Figure 4 Incidence annuelle moyenne par 100 000 des infections invasives à pneumocoque selon le CSSS, Montérégie, 2004-2006



Les 3 premiers cas confirmés d'influenza pour la saison grippale 2006-2007 étaient de type A et sont survenus dans la semaine se terminant le 5 décembre 2006. Les 3 premiers cas d'influenza de type B sont apparus dans la semaine se terminant le 6 janvier 2007. En date du 28 avril 2007, un total de 2 890 analyses ont été effectuées dans les laboratoires des centres hospitaliers de la Montérégie, ce qui représente une augmentation de 33 % du nombre d'analyses par rapport à la saison précédente. De ces analyses, un total de 508 tests (18 %) se sont avérés positifs pour l'influenza. Parmi les 444 cas (87 %) pour lesquels le type d'influenza est connu, 75 % sont de type A et 25 % de type B. Selon les cultures effectuées par le laboratoire national de microbiologie à Winnipeg, la principale souche en circulation était A/Wisconsin/H3N2, suivie de A/New Caledonia/H1N1. Ces deux souches étaient incluses dans le vaccin contre l'influenza. Cependant, l'influenza B en circulation au Québec était de souche B/Shangai, non incluse dans le vaccin, mais incluse dans le vaccin administré en 2005-2006.

En 2006-2007, le pic de l'activité grippale pour l'influenza A a été atteint dans la semaine se terminant le 10 mars, soit la 10^e semaine de l'année 2007. Habituellement le pic est atteint autour de la 6^e semaine de l'année. Quant à l'influenza B, son activité a commencé à monter à partir de la 10^e semaine de l'année, soit la même semaine que celle du pic de l'influenza A.

La première éclosion d'influenza en établissement de soins a été déclarée le 5 janvier 2007. En date du 28 avril 2007, 10 éclosions ont été rapportées en CHSLD, dont 6 causées par le type A, 2 par le type B et 2 par les types A et B. La taille des établissements touchés varie beaucoup (Tableau VI).

Tableau VI Synthèse des éclosions d'influenza, Montérégie, 2006-2007

Type influenza	Bénéficiaires			Membres du personnel		
	Nombre total	Couverture vaccinale avant éclosion	Nombre cas influenza ^(a)	Nombre total	Couverture vaccinale avant éclosion	Nombre cas influenza ^(a)
A et B	435	88 %	7	778	49 %	7
A et B	69	86 %	2	n.d. ^(b)	n.d.	1
A	42	88 %	21	58	29 %	13 ^(c)
A	194	56 %	16	n.d.	n.d.	n.d.
A	103	80 %	4	n.d.	n.d.	0
A	125	66 %	8	n.d.	n.d.	0
A	224	80 %	12	300	24 %	9 ^(c)
B	12	92 %	2	15	93 %	0
B	37	89 %	9	190	50 %	10
A	177	84 %	5	292	31 %	0
Total	1 418	79 %	86	n.d.	41 %	40

(a) Nombre de cas confirmés et de cas probables.

(b) Donnée non disponible.

(c) Nombre de cas probables, car le nombre de cas confirmés est non disponible.

En 2006, aucun cas humain d'**influenza aviaire** n'a été signalé en Montérégie. La vigie de l'influenza aviaire a été relancée à deux reprises, en février et en juillet, auprès des médecins œuvrant dans les hôpitaux. De plus, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie a complété son Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza. Celui-ci est disponible dans le site Internet de l'Agence. L'année 2006 a été l'année d'élaboration des plans locaux de lutte à une pandémie d'influenza pour tous les établissements du réseau de la santé. Dans tout le Québec, la mise en œuvre des mesures régionales et locales se poursuit afin de se préparer adéquatement si une pandémie devait être déclarée.

En 2006, 1 cas d'**oreillons** a été déclaré chez un adulte non vacciné, ayant contracté l'infection en Nouvelle-Écosse. Neuf (9) signalements d'oreillons ont été faits pour 6 enfants et 3 adultes. Après validation du diagnostic présomptif et, le cas échéant, d'une analyse de laboratoire, aucun signalement n'a été confirmé.

Aucun cas de **rougeole** ou de **rubéole** n'a été déclaré en 2006. La DSP a reçu 1 signalement de rougeole et 4 de rubéole pour 2 enfants et 3 adultes. Après validation du diagnostic présomptif et, le cas échéant, d'une analyse de laboratoire, aucun signalement n'a été confirmé.

3.2 Couvertures vaccinales

La couverture vaccinale est définie par la proportion de personnes qui ont reçu le nombre de doses requises des vaccins prévus au calendrier vaccinal selon leur âge par rapport au nombre de personnes visées par la vaccination.

Vaccination en 4^e année du primaire

Depuis l'année scolaire 1995-1996, le programme de vaccination contre l'**hépatite B** réalisé en milieu scolaire par les infirmières des CSSS, mission CLSC, permet d'atteindre une couverture vaccinale de plus de 90 % des élèves de la 4^e année du primaire. Ceci confirme que ce mode d'organisation de la vaccination permet de joindre facilement les jeunes à vacciner et est très efficace pour obtenir une couverture vaccinale élevée.

L'année scolaire 2005-2006 est la première année où le vaccin contre la **varicelle** a été offert aux élèves qui n'avaient pas fait la varicelle.

Tableau VII Nombre de doses administrées des vaccins contre la varicelle et contre l'hépatite B ainsi que la couverture vaccinale pour l'hépatite B des élèves de la 4^e année du primaire selon le CSSS, Montérégie, 2005-2006

CSSS	VARICELLE	HÉPATITE B	
	Nombre doses administrées vaccin varicelle	Nombre doses administrées vaccin hépatite B	Couverture vaccinale hépatite B
du Haut-Saint-Laurent	44	711	92,5 %
du Suroît	72	1 658	96,0 %
Jardins-Roussillon	243	7 246	92,0 %
Champlain	292	6 428	92,3 %
Pierre-Boucher	288	8 108	94,2 %
Haut-Richelieu-Rouville	203	5 790	87,1 %
Richelieu-Yamaska	247	7 287	91,5 %
de Sorel-Tracy	63	1 451	88,8 %
La Pommeraie	54	1 509	89,9 %
de la Haute-Yamaska	67	2 951	90,8 %
de Vaudreuil-Soulanges	166	4 965	93,4 %
Total Montérégie	1 739	48 104	91,8 %

Vaccination en 3^e année du secondaire

Le vaccin acellulaire contre la **coqueluche** (dCaT) est administré en milieu scolaire aux élèves de la 3^e année du secondaire. À cette occasion, la couverture vaccinale des élèves est évaluée pour les vaccins du calendrier vaccinal régulier, soit ceux contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, les oreillons, le méningocoque de séro groupe C et l'hépatite B. Les vaccins requis pour compléter la mise à jour du calendrier vaccinal sont administrés en milieu scolaire en même temps que le vaccin acellulaire contre la coqueluche. La mise à jour de la vaccination de chaque adolescent en 3^e année du secondaire est la dernière opportunité de joindre l'ensemble des jeunes de cet âge et de compléter la mise à jour de leur vaccination.

La couverture vaccinale a été calculée pour les élèves ayant présenté une preuve de vaccination comme leur carnet de vaccination, soit 70 % des élèves. Pour l'ensemble de la Montérégie, la proportion des élèves de la 3^e année du secondaire adéquatement vaccinés, c'est-à-dire ayant reçu l'ensemble des vaccins prévus au calendrier vaccinal régulier, est de 86 % en 2005-2006, comparativement à 82 % en 2004-2005. Le tableau VIII montre les couvertures vaccinales selon le CSSS.

Tableau VIII **Nombre de doses administrées du vaccin dCaT et couverture vaccinale des élèves de la 3^e année du secondaire selon le CSSS, Montérégie, 2005-2006**

CSSS	Nombre d'élèves avec preuve de vaccination	Nombre de doses administrées vaccin dCaT	Nombre d'élèves adéquatement vaccinés ^(a)
du Haut-Saint-Laurent	433	338	77 %
du Suroît	811	733	95 %
Jardins-Roussillon	2 799	2 230	93 %
Champlain	3 198	2 575	88 %
Pierre-Boucher	3 031	2 467	81 %
Haut-Richelieu-Rouville	2 319	1 968	88 %
Richelieu-Yamaska	2 960	2 370	88 %
de Sorel-Tracy	562	475	84 %
La Pommeraie	720	571	83 %
de la Haute-Yamaska	1 289	957	82 %
de Vaudreuil-Soulanges	1 618	1 333	74 %
Total Montérégie	19 740^(b)	16 017	86 %

(a) Pourcentage d'élèves ayant reçu les vaccins du calendrier vaccinal régulier à la fin de l'intervention en milieu scolaire parmi ceux ayant présenté une preuve de vaccination.

(b) Ce nombre représente 70 % des élèves de secondaire 3.

Vaccination contre le pneumocoque

Depuis 1999, le vaccin polysaccharidique 23-valent contre le pneumocoque fait partie du programme de vaccination visant les personnes âgées de 2 ans ou plus ayant une condition médicale qui augmente leur risque d'infection invasive et, depuis 2000, du programme visant les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Selon l'étude Santé Québec menée en 2006⁸, la couverture vaccinale du vaccin polysaccharidique 23-valent contre le pneumocoque des personnes âgées de 65 ans ou plus est de 46 % en Montérégie et de 48 % au Québec. Il s'agit d'une augmentation par rapport à l'enquête menée en 2004 où la couverture en Montérégie était de 41 % et celle du Québec de 44 %. En Montérégie, on estime qu'environ 10 000 personnes par année atteignent l'âge de 65 ans et, de ce fait, devraient recevoir le vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque. En 2005-2006, 7 510 personnes ont été vaccinées comparativement à 6 358 en 2004-2005.

Tableau IX Nombre de personnes vaccinées avec le vaccin polysaccharidique 23-valent contre le pneumocoque selon la clientèle visée et selon le CSSS, Montérégie, 2004-2005 et 2005-2006

CSSS	2004-2005 ^(a)		2005-2006 ^(a)	
	Personnes âgées 2-64 ans avec maladie chronique vaccinées	Personnes âgées 65 ans ou plus vaccinées	Personnes âgées 2-64 ans avec maladie chronique vaccinées	Personnes âgées 65 ans ou plus vaccinées
du Haut-Saint-Laurent	74	162	75	143
du Suroît	162	337	231	454
Jardins-Roussillon	365	616	604	972
Champlain	295	834	437	1 068
Pierre-Boucher	521	1 137	532	1 230
Haut-Richelieu-Rouville	233	686	329	741
Richelieu-Yamaska	462	1 103	625	1 414
de Sorel-Tracy	128	551	277	436
La Pommeraie	102	351	123	246
de la Haute-Yamaska	98	175	96	154
de Vaudreuil-Soulanges	140	406	163	652
Total Montérégie	2 580	6 358	3 492	7 510

(a) Du 1^{er} avril au 31 mars.

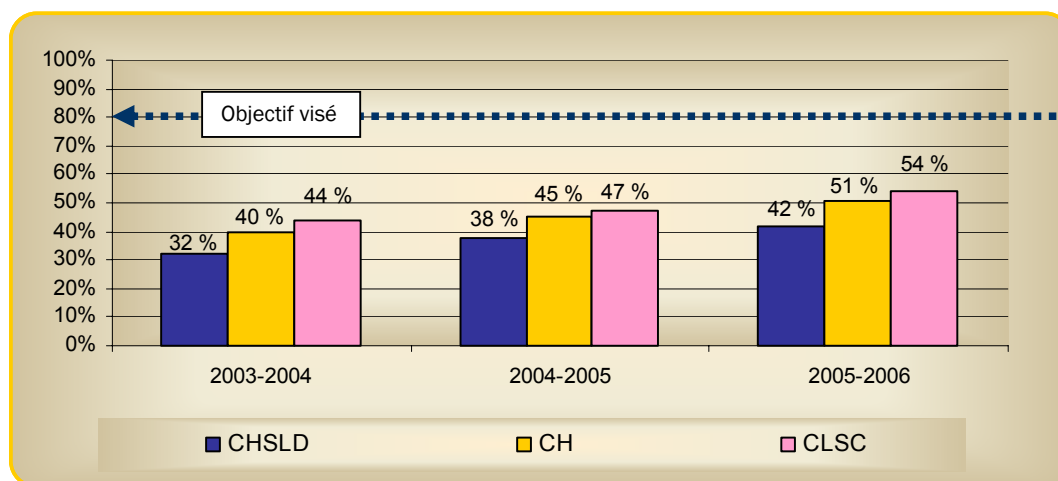
Vaccination contre l'influenza

Centres de santé et de services sociaux

La couverture vaccinale des bénéficiaires résidant en CHSLD est de 84 % en 2005-2006. Depuis 2000-2001, plus de 80 % des bénéficiaires en CHSLD sont vaccinés annuellement contre l'influenza.

Toutefois, la couverture vaccinale de l'ensemble du personnel des CSSS est seulement de 49 %, 54 % pour le personnel en CLSC, 51 % pour le personnel en CH et 42 % pour le personnel en CHSLD (Fig. 5). Bien que la mesure la plus efficace pour réduire le nombre d'éclosions et la mortalité des bénéficiaires dans les CHSLD soit la vaccination du personnel, la couverture vaccinale du personnel en CHSLD est la plus basse et demeure nettement inférieure à l'objectif visé (80 %). Il reste encore beaucoup de travail pour promouvoir la vaccination contre l'influenza auprès du personnel du réseau de la santé.

Figure 5 Pourcentage du personnel des établissements de soins vaccinés contre l'influenza selon le type d'établissement, Montérégie, 2003-2004 à 2005-2006



Personnes vivant dans la communauté

Le programme gratuit de vaccination contre l'influenza a débuté en 1971 pour les personnes âgées de 65 ans ou plus et en 2000 pour celles âgées de 60 à 64 ans. Selon l'étude Santé Québec menée en 2006⁸, la couverture vaccinale pour la saison 2005-2006 du vaccin contre l'influenza des personnes âgées de 60 ans ou plus est de 59 % en Montérégie et de 60 % au Québec.

Les enfants âgés de 6 à 23 mois sont inclus dans le programme gratuit de vaccination contre l'influenza depuis 2004. Pour être vacciné adéquatement, un enfant de cet âge doit recevoir 2 doses de vaccin lors de sa première vaccination contre l'influenza. En 2005-2006, 12 004 doses de vaccin contre l'influenza ont été administrées à des enfants âgés de 6 à 23 mois, dont 67 % dans les CSSS et 33 % dans les cliniques médicales. Les données pour déterminer la couverture vaccinale de cette clientèle ne sont pas disponibles.

Nombre de vaccins administrés

Le nombre de doses de vaccins contre l'influenza administrées annuellement en Montérégie est considérable; en 2005-2006, 264 350 doses ont été administrées. Plusieurs groupes de personnes sont visés par le programme de vaccination contre l'influenza :

- les enfants âgés de 6 à 23 mois en bonne santé;
- les personnes âgées de 60 ans ou plus en bonne santé;
- les personnes de tout âge résidant en centre d'accueil ou dans un établissement de soins prolongés;
- les enfants et les adultes âgés de 2 à 59 ans souffrant d'une maladie chronique qui augmente leur risque de complications (ex. : diabète, asthme, cancer, maladie cardiaque, pulmonaire ou rénale, immunosuppression);
- les personnes qui pourraient transmettre l'influenza à une personne à risque citée précédemment (ex. : les contacts domiciliaires et les personnes ayant de nombreux contacts tels les travailleurs de la santé).

Tableau X Nombre et pourcentage de doses administrées du vaccin contre l'influenza dans les différents lieux de vaccination selon le CSSS, Montérégie, 2005-2006

CSSS	CLSC	CHSLD	CH	Cliniques médicales	Total
Champlain	12 164 35 %	1 199 3 %	4 620 ^(a) n.a. ^(b)	21 562 62 %	34 925
de la Haute-Yamaska	8 148 53 %	520 3 %	491 3 %	6 266 41 %	15 425
du Haut-Saint-Laurent	3 572 59 %	103 2 %	77 1 %	2 327 38 %	6 079
du Suroît	6 752 28 %	706 5 %	251 2 %	7 662 50 %	15 371
Pierre-Boucher	13 147 44 %	1 232 3 %	1 100 2 %	32 299 68 %	47 778
Haut-Richelieu-Rouville	13 582 45 %	1 105 4 %	1 382 5 %	13 995 47 %	30 064
Jardins-Roussillon	16 189 49 %	1 979 6 %	615 2 %	14 595 44 %	33 378
La Pommeraie	4 920 44 %	383 3 %	221 2 %	5 684 51 %	11 208
Richelieu-Yamaska	20 170 51 %	1 623 4 %	1 102 3 %	16 322 42 %	39 217
de Sorel-Tracy	6 281 62 %	644 6 %	488 5 %	2 765 27 %	10 178
de Vaudreuil-Soulanges	8 412 52 %	408 3 %	- -	7 287 45 %	16 107
Total Montérégie	113 337 43 %	9 902 4 %	10 347 4 %	130 764 49 %	264 350 100 %

(a) Les données de l'Hôpital Charles LeMoine, qui ne fait partie d'aucun CSSS, sont présentées avec celles du CSSS Champlain.

(b) Non applicable car les doses administrées à l'hôpital Charles LeMoine sont exclues.

3.3 Manifestations cliniques survenant après la vaccination (MCSAV)

En vertu de la *Loi sur la santé publique*, les médecins et les infirmières sont tenus de déclarer à la direction de santé publique une manifestation clinique inhabituelle temporellement associée à l'administration d'un vaccin. En Montérégie, les vaccins sont distribués dans plus de 235 sites de vaccination (CLSC, CH, CHSLD, cliniques médicales, pharmacies et agences de soins de santé). À l'automne, 236 vaccinataires s'ajoutent pour l'administration du vaccin contre l'influenza.

En 2006, 356 signalements de MCSAV ont été faits à la direction de santé publique par des infirmières (80 %) ou des médecins (20 %). De ce nombre, 215 incidents ont été validés et inscrits au registre provincial informatisé (fichier ESPRI). À noter que pour un même incident, il peut y avoir plus d'un vaccin impliqué et plus d'une manifestation clinique associée. Prenons comme exemple un enfant de 12 mois ayant reçu 4 vaccins (RRO, varicelle, pneumocoque conjugué et méningocoque de sérogroupe C) qui présente de la fièvre et une urticaire

18 heures après l'administration des vaccins. On déclarera 1 incident, 4 vaccins seront impliqués et 2 manifestations cliniques seront associées à chacun des vaccins pour un total de 8 MCSAV. En 2006, 669 995 doses de vaccins ont été distribuées pour un taux de 3,2 incidents par 10 000 doses de vaccin distribuées (Tableau XI).

Le **vaccin contre l'influenza**, en raison du nombre élevé de doses de vaccin administrées (264 350) est celui pour lequel il y a le plus grand nombre d'incidents déclarés (59), mais aussi celui associé au plus petit taux d'incidents déclarés par 10 000 doses de vaccin administrées (2,2). La déclaration d'un syndrome oculo-respiratoire (SOR) ne compte que pour 15 % des incidents déclarés. Les MCSAV les plus fréquentes ont été les manifestations de type allergique (24) et les réactions locales (19). Un enfant est décédé à la suite d'une myélite transverse survenue 13 jours après la vaccination. Ce dernier cas est soumis au Comité consultatif sur l'évaluation de la causalité (CCEC) au niveau canadien pour un examen du lien de causalité. Un cas de syndrome de Guillain et Barré (SGB) survenu après une vaccination contre l'influenza est aussi soumis au CCEC.

Le nombre d'incidents associés au **vaccin DCaT-Polio-Hib** a beaucoup diminué au cours des dernières années, surtout le nombre de réactions systémiques. Par contre, la fréquence et l'intensité des réactions locales ont augmenté. Celles-ci surviennent surtout après l'administration de la 4^e et de la 5^e dose. Le vaccin DCaT-Polio-Hib a été impliqué dans 34 incidents avec 38 MCSAV associées. Près du deux tiers (62 %) étaient des réactions locales et 24 % des manifestations de type allergique. Le vaccin conjugué contre le pneumocoque est souvent administré en même temps que le vaccin DCaT-Polio-Hib.

Depuis 2004, le **vaccin acellulaire contre la coqueluche** (dCaT) est administré aux adolescents et aux adultes. Il est administré aux adultes une seule fois dans leur vie en remplacement du vaccin d₂T₅. Le taux d'incidents déclarés par 10 000 doses de vaccin distribuées pour les vaccins d₂T₅ et dCaT est passé de 3,4 en 2004 à 4,5 en 2005 et à 8,4 en 2006. La plupart des incidents déclarés pour le vaccin dCaT (87 %) étaient des réactions locales dont les deux tiers se sont manifestées 3 jours ou plus après l'administration du vaccin, avec une moyenne de 6 jours.

Les réactions locales sont les manifestations cliniques les plus souvent déclarées pour le **vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque**.

Les vaccins contre la rougeole, la rubéole, les oreillons, la varicelle, le méningocoque, l'hépatite A, l'hépatite B, la rage et les vaccins pour les voyageurs sont rarement impliqués dans les déclarations de MCSAV.

Tableau XI Nombre de manifestations cliniques survenues après une vaccination selon le type de vaccin, Montérégie, 2006

	DcaT-Polio-Hib	Pneumocoque conjugué	RRO	Méningocoque conjugué	Varicelle	Hépatite B	dCaT	d2T ₅ , d2T ₅ -Polio, Polio, Hib	Influenza	Pneumocoque polysaccharidique	Rage	Autres ^(a)	Total
Doses distribuées ^(b)	64 155	42 635	31 480	14 970	29 330	52 889	43 750	38 960	312 080	22 475	1 072	16 199	669 995
Incidents déclarés ^(c)	34	18	15	8	13	18	48	22	59	29	1	26	291
Taux d'incidents déclarés par 10 000 doses	5,3	4,2	4,8	5,3	4,4	3,4	11,0	5,7	2,2	12,9	9,3	^(d)	4,3
Fièvre	2	3	4	3	-	4	-	-	2	5	-	2	25
Abcès stérile/nodule	2	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	1	5
Réaction locale importante	13	6	2	-	8	3	25	13	19	19	-	7	115
Cellulite	5	-	2	-	-	-	18	6	-	7	-	4	42
Adénopathie grave	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Allergie	10	7	9	5	4	9	6	2	24	1	-	12	89
Éruption cutanée	3	1	-	-	-	2	-	1	1	2	-	-	10
Hypotonie/hyporéactivité	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Arthralgie/arthritis	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	3
Vomissements	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
Cris ou pleurs persistants	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Convulsions	-	-	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	5
Anesthésie/paresthésie	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	1	4
Paralysie	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Syndrome de Guillain et Barré	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Parotidite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thrombocytopénie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syndrome oculo-respiratoire	-	-	-	-	-	-	-	-	11	1	-	-	12
Autres ^(e)	-	-	-	-	-	1	-	-	6	-	-	-	7

(a) Vaccins contre l'hépatite A, contre l'hépatite A et l'hépatite B, contre la fièvre jaune, contre la typhoïde, contre la rage et test cutané à la tuberculine (TCT).

(b) Doses distribuées par la DSP, excluant les vaccins achetés et administrés dans le secteur privé.

(c) Incidents déclarés reflètent les manifestations cliniques associées temporellement à l'administration d'un vaccin sans nécessairement un lien de causalité.

(d) Taux d'incidents déclarés non calculé en l'absence de données sur le nombre de doses de vaccin distribuées; les incidents déclarés peuvent avoir eu lieu à la suite de l'administration de vaccins non distribués par la DSP (ex : vaccins contre la typhoïde et contre la fièvre jaune).

(e) Par exemple, myélite progressive, narcolepsie, migraine ophtalmique.

Tableau XII Nombre annuel de cas de maladies transmissibles par voie respiratoire, Montérégie, 1997-2006

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Infection invasive à streptocoque du groupe A	35	46	30	23	16	29	52	35	36	23
Légionellose	1	2	1	2	3	6	-(a)	5	4	7
Tuberculose	30	23	29	22	16	30	21	16	26	19

(a) Aucun cas déclaré.

Tableau XIII Distribution selon le sexe et l'âge des maladies transmissibles par voie respiratoire, Montérégie, 2006

	Cas	Sexe		Groupes d'âge (années)						
		M	F	< 1	1-4	5-14	15-24	25-39	40-59	≥ 60
Infection invasive à streptocoque du groupe A	23	15	8	-(a)	2	1	1	3	7	9
Légionellose	7	4	3	-	-	-	-	-	3	4
Tuberculose	19	12	7	-	-	-	3	2	6	8

(a) Aucun cas déclaré.

Maladies transmissibles par voie respiratoire

4

Infection invasive à streptocoque du groupe A

Vingt-trois (23) cas d'infection invasive à streptocoque du groupe A ont été déclarés. Les deux groupes les plus touchés sont les 1-4 ans (36 par 100 000) et les 60 ans ou plus (3,6 par 100 000). Parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, la maladie est beaucoup plus fréquente chez les hommes (7 cas) que chez les femmes (2 cas). En 2006, les cas se répartissent tout au long de l'année, contrairement à l'année précédente où 44 % des cas étaient survenus de janvier à mars.

Les présentations cliniques les plus fréquentes sont la cellulite (35 %) et la pneumonie (26 %). La majorité des personnes atteintes présentaient au moins 1 facteur de risque et 5 personnes en présentaient 2. Huit (8) personnes ont présenté un choc toxique et 3 d'entre elles, âgées de 40 à 59 ans, sont décédées. Une (1) infection est survenue chez une mère en postpartum immédiat. Les critères d'indication de la prophylaxie étaient présents pour 11 cas (49 %). Une prophylaxie a été offerte à 39 personnes dont 37 étaient des contacts domiciliaires.

Tableau XIV Présentations cliniques et facteurs de risque des infections invasives à streptocoque du groupe A, Montérégie, 2006

Présentations clinique	Nombre ^(a)	Facteurs de risque	Nombre ^(b)
Cellulite	8	Trauma ou plaie	10
Pneumonie	6	Diabète	4
Bactériémie	3	Abus d'alcool	3
Fasciite nécrosante	2	Immunosuppression	2
Arthrite	2	Cancer	1
Adénite	1	Aucun	8

(a) Le total (22) n'égale pas le nombre de cas (23) à cause d'une donnée manquante.

(b) Le nombre de facteurs de risque est supérieur au nombre de cas, car une personne peut avoir plus d'un facteur de risque.

Légionellose

Sept (7) cas sporadiques de légionellose ont été déclarés en 2006. Ce nombre est le plus important depuis 1997. Les personnes atteintes étaient âgées de plus de 40 ans. Deux personnes sont décédées. L'incidence en Montérégie (0,5 par 100 000) est comparable à celle du Québec. Trois (3) cas ont été identifiés sur le territoire d'un CSSS, les autres CSSS ont déclaré un maximum de 1 cas. Une acquisition nosocomiale de l'infection a été considérée comme possible chez 2 personnes alors que la source de l'infection demeure inconnue pour les 5 autres personnes. Un cas a donné lieu à une investigation en milieu de travail qui a conclu que le milieu de travail n'était pas la source de l'infection. Une intervention a été réalisée pour en informer les travailleurs.

Tuberculose

Il y a eu 19 cas déclarés de tuberculose cette année. Un peu plus de la moitié des personnes (10/19) étaient âgées de plus de 50 ans et aucun cas n'est survenu chez les enfants âgés de 10 ans ou moins. Onze (11) personnes sont nées au Canada. Les autres sont nées en Asie (4), en Europe (2), en Amérique Centrale (1) ou en Afrique (1). Plus du tiers des personnes habitent le territoire du CSSS Champlain. Aucune des 19 personnes n'avait présenté d'épisode antérieur de tuberculose active.

Un peu plus de la moitié des personnes (11) ont présenté une atteinte du système respiratoire, soit 10 atteintes pulmonaires et 1 pleurésie. Les autres présentations cliniques étaient une atteinte ganglionnaire (3), osseuse (3), miliaire (1) et génito-urinaire (1). Aucune personne n'a présenté d'atteinte de plusieurs systèmes. Le diagnostic a été porté lors de l'investigation de symptômes compatibles pour 15 cas, de manière fortuite pour 3 cas ou en *post mortem* pour 1 cas. La maladie a causé le décès d'une personne.

Parmi les personnes ayant présenté une atteinte pulmonaire, trois (3) présentaient une cavité à la radiographie. Un examen microscopique des sécrétions bronchiques s'est révélé positif pour 5 des 10 personnes chez qui il a été effectué. La présence de *Mycobacterium tuberculosis* a été confirmée par culture pour les 19 cas déclarés. Une seule souche présentait une résistance à l'isoniazide (INH). Une personne a été soumise à une thérapie sous observation directe (TOD) par des professionnels du CSSS de résidence.

Pour l'ensemble des 19 déclarations, 80 contacts ont été référés pour un dépistage de la tuberculose. Le nombre de contacts par cas varie de 0 à 29. Ces dépistages ont été effectués principalement par le personnel de trois CSSS : Pierre-Boucher (30), Jardins-Roussillon (16) et Champlain (5). D'autres contacts ont été référés à des ressources spécialisées (22), tel l'Institut thoracique de Montréal.

Tableau XV Nombre annuel de cas d'infections transmissibles sexuellement, Montérégie, 1997-2006

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Hépatite B aiguë	43	27	41	32	14	20	20	13	4	5
Hép. B porteur chronique	120	119	127	103	96	97	78	117	108	113
Hép. B non précisée	3	1	1	-(a)	1	-	3	2	3	5
Infection à <i>C. trachomatis</i>	772	872	969	1 157	1 313	1 325	1 489	1 665	1 523	1 604
Infection gonococcique	66	48	66	48	62	96	91	68	94	133
LGV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Infection par le VIH	n.d.(b)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	52	34	67	40	N.D.(c)
Sida	23	15	7	11	3	18	8	N.D.	N.D.	N.D.
Syphilis infectieuse(d)	-	-	-	-	1	3	14	19	28	28
Syphilis non infectieuse	4	-	2	2	2	2	8	12	19	23
Syphilis sans précision	-	-	-	-	-	-	4	16	4	-

(a) Aucun cas déclaré.

(b) Non disponible car non à déclaration obligatoire pour l'année en question.

(c) Les données de la surveillance provinciale n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction du rapport.

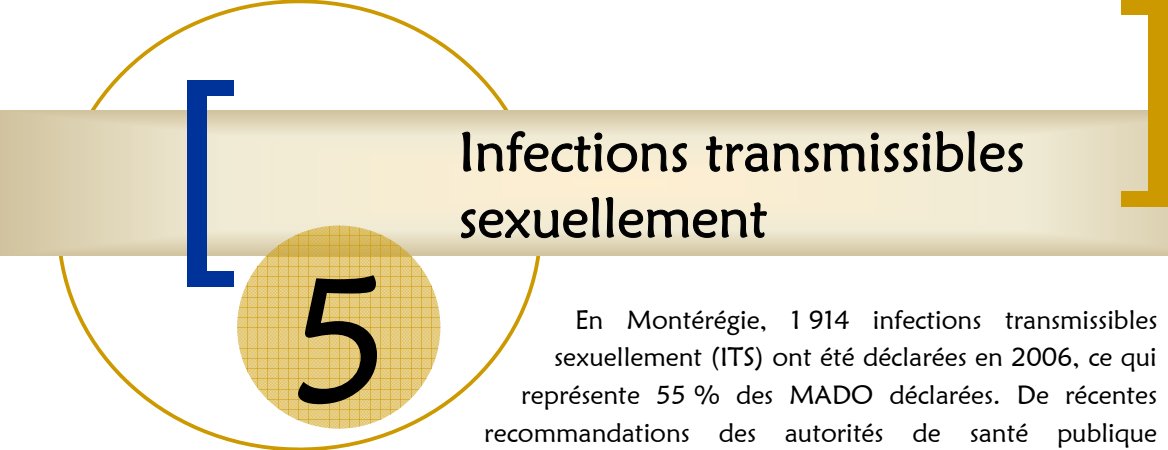
(d) Syphilis primaire, secondaire et latente de moins de 1 an.

Tableau XVI Distribution selon le sexe et l'âge des infections transmissibles sexuellement, Montérégie, 2006

	Cas	Sexe		Groupes d'âge (années)						
		M	F	< 1	1-4	5-14	15-24	25-39	40-59	≥ 60
Hépatite B aiguë	5	4	1	-(a)	-	-	-	2	2	1
Hép. B porteur chronique	113	68	45	-	2	1	9	34	49	18
Hép. B non précisée	5	4	1	-	-	-	-	5	-	-
Infection à <i>C. trachomatis</i>	1 604	420	1 184	-	-	16	1 105	422	56	4
Infection gonococcique	133	92	41	-	-	1	47	48	32	4
LGV	3	3	-	-	-	-	-	2	1	-
Syphilis infectieuse(b)	28	28	-	-	-	-	3	10	14	1
Syphilis non infectieuse	23	11	12	-	-	-	-	5	9	9
Syphilis sans précision	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(a) Aucun cas déclaré.

(b) Syphilis primaire, secondaire et latente de moins de 1 an.



Infections transmissibles sexuellement

En Montérégie, 1 914 infections transmissibles sexuellement (ITS) ont été déclarées en 2006, ce qui représente 55 % des MADO déclarées. De récentes recommandations des autorités de santé publique québécoise et canadienne définissent les normes de bonne pratique dans le domaine des infections transmissibles sexuellement : le *Guide québécois de dépistage des ITSS 2006* (www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publication) et les *Lignes directrices canadiennes sur les ITS 2006 (LDC-ITS)* (www.santepublique.gc.ca/its).

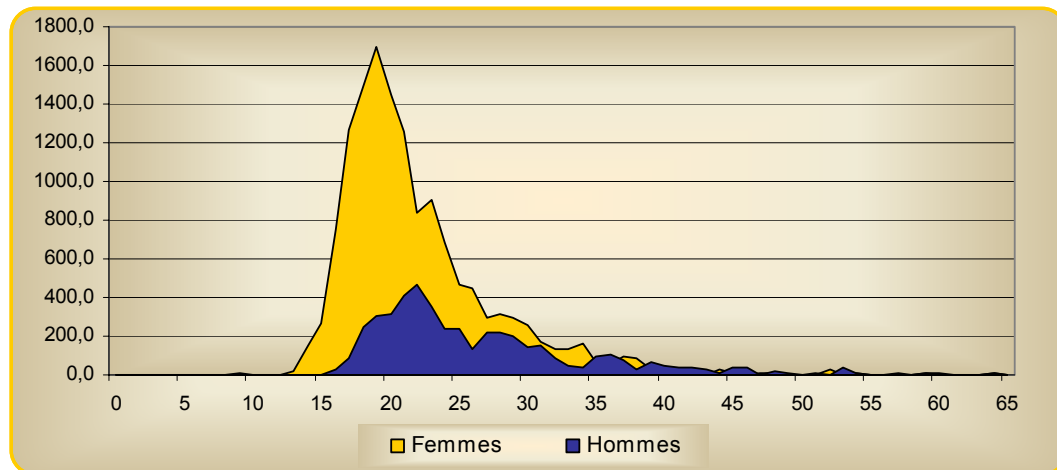
Bien que n'étant pas à déclaration obligatoire, l'**infection par le virus du papillome humain (VPH)** est l'ITS la plus fréquente. Près du trois quarts (70 %) de la population adulte sera infectée par le VPH au moins une fois au cours de sa vie. Les infections par le VPH sont souvent contractées entre l'âge de 15 à 19 ans. Même si plus de 80 % de ces infections se résolvent spontanément en moins de 18 mois, l'infection par le VPH est responsable de plusieurs pathologies. L'infection par le VPH cause des verrues génitales et anales, aussi appelées condylomes, et des cancers ano-génitaux, dont le plus fréquent est le cancer du col utérin⁹. Un vaccin contre le VPH est disponible depuis août 2006. Le vaccin prévient l'infection due aux VPH 16 et 18, responsables de 70 % des cancers du col utérin, et celle due aux VPH 6 et 11, responsables de 90 % des verrues génitales. Le vaccin est indiqué pour les femmes âgées de 9 à 26 ans.

5.1 Infections faisant l'objet de surveillance

Un total de 123 cas d'**hépatite B** ont été déclarés, 5 cas aigus, 113 porteurs chroniques et 5 cas d'hépatite B non précisée. Le facteur de risque des cas d'hépatite B aiguë est connu pour 4 cas : les relations sexuelles non protégées (2), l'utilisation de drogue par injection (1) et une exposition accidentelle au sang dans le cadre du travail (1). Aucun facteur de risque n'a pu être identifié pour 1 cas. Les porteurs chroniques de l'hépatite B sont surtout des hommes âgés de 20 à 59 ans (54) et des femmes âgées de 30 à 54 ans (27).

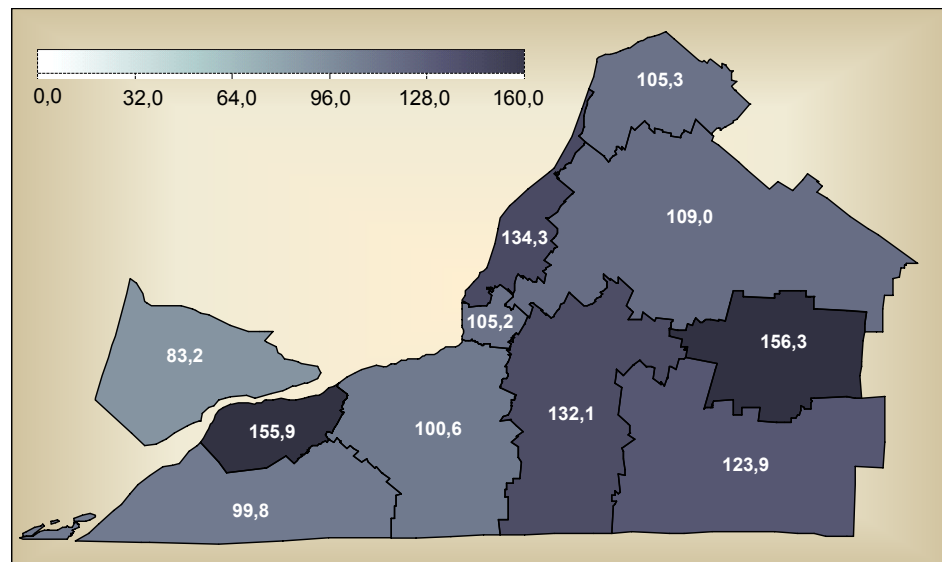
En 2006, 1 604 cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* ont été déclarés en Montérégie pour une incidence de 117,6 par 100 000. Les trois quarts des 1 184 femmes atteintes sont âgées de 15 à 24 ans, avec un pic d'incidence à 19 ans, et la moitié des 420 hommes atteints sont âgés de 15 à 24 ans, avec un pic à 22 ans (Fig. 6).

Figure 6 Incidence par 100 000 des infections à *Chlamydia trachomatis* selon le sexe et l'âge, Montérégie, 2006



La figure 7 démontre que l'infection à *Chlamydia trachomatis* est présente partout en Montérégie et que l'incidence est élevée dans tous les CSSS.

Figure 7 Carte de l'incidence annuelle moyenne par 100 000 des infections à *Chlamydia trachomatis* selon le CSSS, Montérégie, 2004-2006



L'histogramme de la figure 8 illustre à la fois l'incidence et le nombre de cas selon le CSSS. La largeur de chaque barre de l'histogramme est proportionnelle à la population du CSSS et la hauteur à l'incidence. Ainsi, l'aire de chaque barre (hauteur × largeur) est proportionnelle au nombre de cas indiqué au-dessus de chaque barre.

Figure 8 Nombre et incidence par 100 000 des infections à *Chlamydia trachomatis* selon le CSSS, Montérégie, 2006

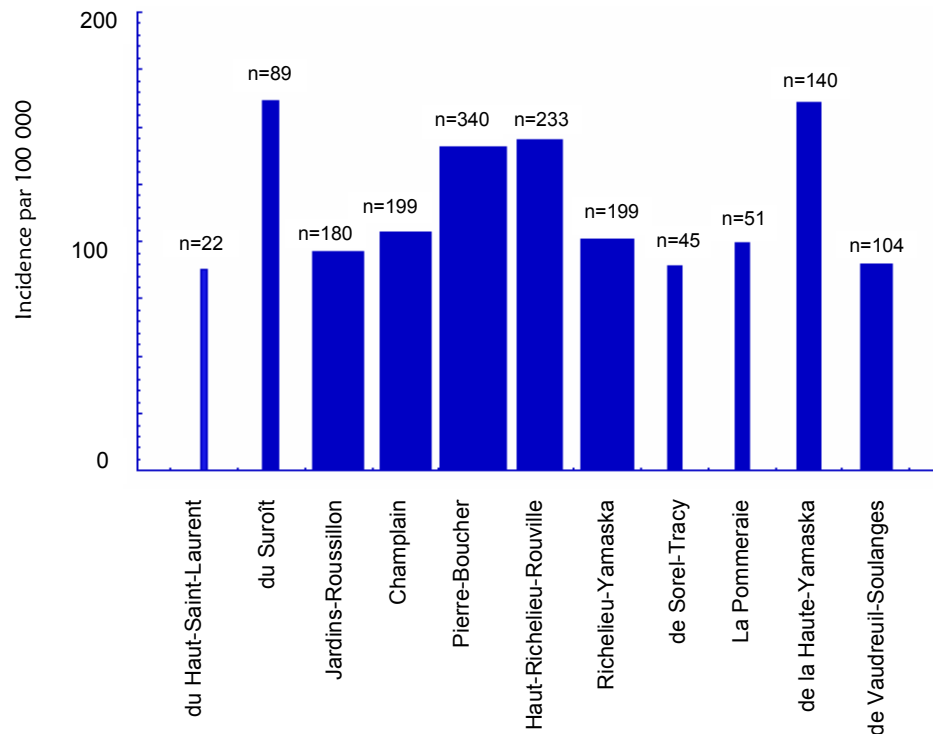
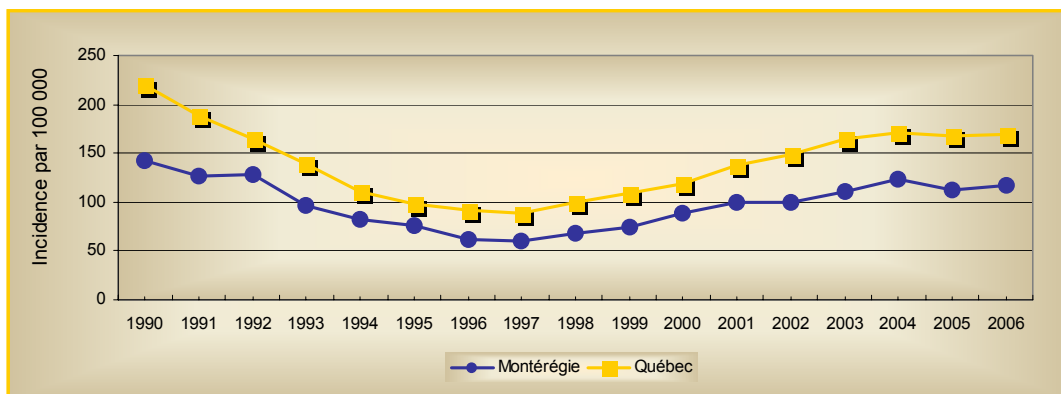
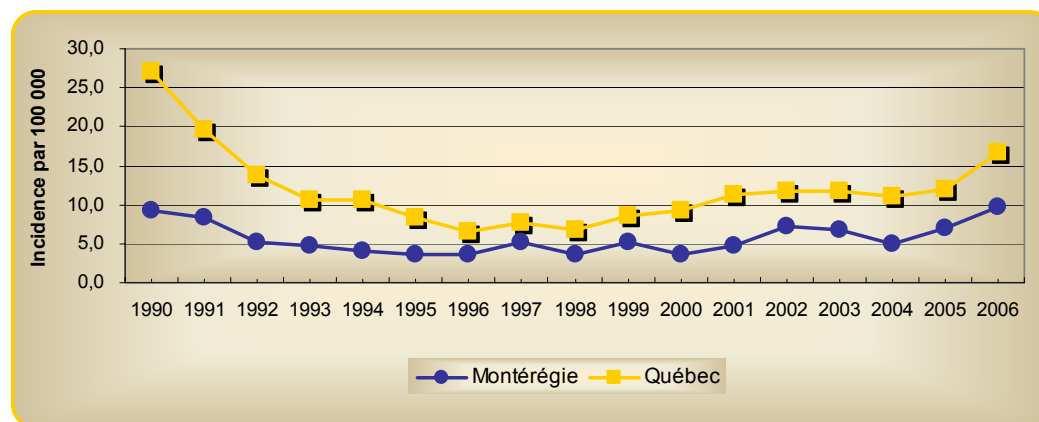


Figure 9 Incidence par 100 000 des infections à *Chlamydia trachomatis*, Montérégie et Québec, 1990-2006



Un total de 133 cas d'infection **gonococcique** ont été déclarés en Montérégie pour une incidence de 9,7 par 100 000, semblable à celle de 1990 (Fig. 10). Le groupe d'âge le plus touché est celui des 15 à 24 ans avec une incidence de 26,8 par 100 000. La majorité des personnes atteintes (69 %) sont des hommes.

Figure 10 Incidence par 100 000 des infections gonococciques, Montérégie et Québec, 1990-2006

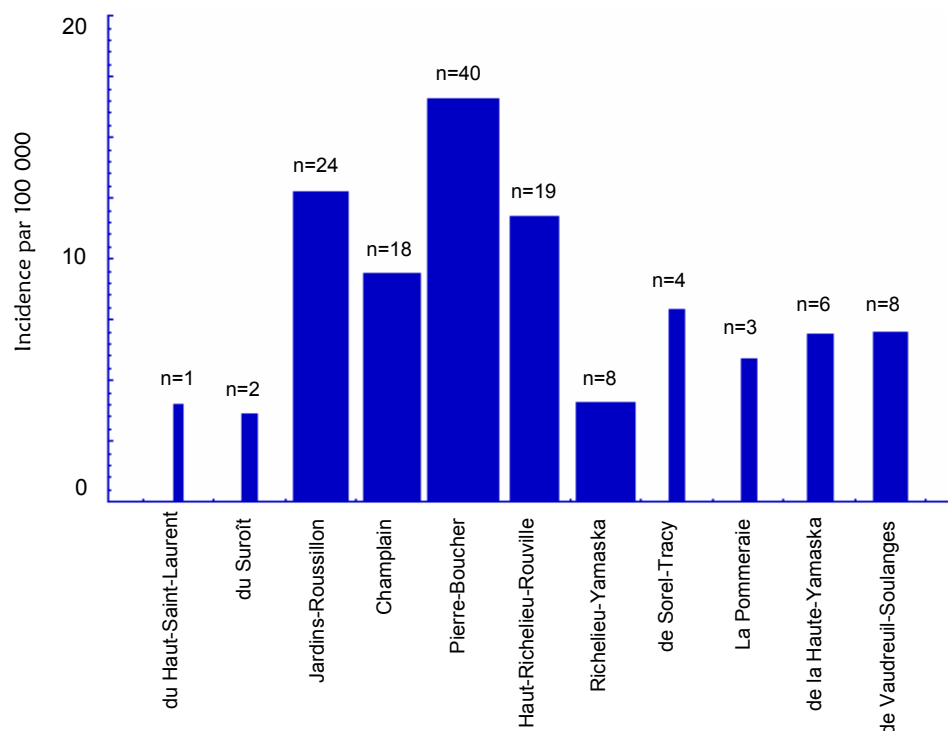


Pour les 73 hommes pour lesquels l'information est disponible, 51 % (37) ont eu des relations sexuelles avec des partenaires de même sexe et 42 % (31) avec des partenaires de sexe féminin. Pour les 29 femmes pour lesquelles l'information est disponible, 83 % (24) ont eu des relations sexuelles avec des partenaires de sexe masculin et 17 % (5) avec des partenaires des 2 sexes. Plusieurs facteurs de risque de l'infection ont été rapportés par les personnes atteintes qui ont accepté de répondre. Près du tiers (29/97) disent avoir eu de multiples partenaires sexuels, soit plus de 2 au cours des 2 derniers mois ou plus de 5 au cours de la dernière année, 17 % (9/54) ont recruté leurs partenaires sexuels dans les saunas et 14 % (8/59) par Internet, 10 % (8/82) ont eu des relations sexuelles lors d'un voyage à l'extérieur du Canada et 6 % (5/80) avec un partenaire venant de l'extérieur du Canada. Finalement, le quart des personnes (17) ont mentionné avoir été avisées par leur partenaire de consulter un médecin.

Une grande majorité (96 %) des hommes étaient symptomatiques au moment de la consultation. Cette proportion est moindre chez les femmes (53 %). En 2006, 70 % des cas déclarés ont été traités avec un traitement antibiotique recommandé comme premier choix tel que la cefixime. Il est important de signaler que plus de la moitié (56 %) des 113 souches testées pour la résistance à la ciprofloxacine ont démontré une résistance alors que cette proportion n'était que de 27 % en 2005. Parmi les 17 personnes ayant reçu de la ciprofloxacine ou de l'ofloxacine comme premier traitement, 8 étaient infectées par une souche résistante à la ciprofloxacine et parmi ces dernières, 4 personnes ont pu être traitées de nouveau avec de la cefixime, 1 personne a été avisée de consulter de nouveau et 3 personnes n'ont pu être jointes.

L'histogramme de la figure 11 illustre à la fois l'incidence et le nombre de cas par CSSS. La largeur de chaque barre de l'histogramme est proportionnelle à la population et la hauteur à l'incidence. L'aire de chaque barre (hauteur × largeur) est proportionnelle au nombre de cas. Bien qu'ayant une incidence moins élevée que celle de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique est présente partout en Montérégie.

Figure 11 Nombre et incidence par 100 000 des infections gonococciques selon le CSSS, Montérégie, 2006



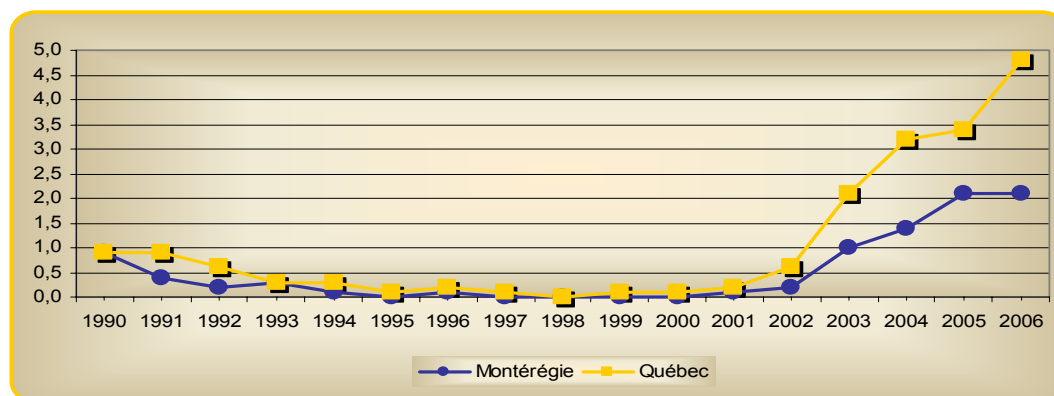
Les données provinciales de surveillance sur les cas déclarés en 2006 d'**infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)** et de **sida** n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction du rapport.

En 2006, 3 cas de **lymphogranulomatose vénérienne (LGV)** ont été déclarés. Il s'agit des premiers cas à survenir en Montérégie depuis 1990. À noter que la LGV est réapparue au Québec en 2005 dans la région de Montréal, 23 cas en 2005 et 47 cas en 2006 chez des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Les 3 personnes atteintes de la Montérégie sont des HARSAH âgés de 25 à 59 ans et 2 d'entre eux avaient des antécédents d'ITS. Tous ont reçu le traitement recommandé, soit la doxycycline 100 mg par voie orale deux fois par jour pendant 21 jours.

De 2001 à 2005, le nombre de cas de **syphtis infectieuse** fût en augmentation constante. En 2006, le nombre de cas déclarés en Montérégie (28) est demeuré stable (Fig. 12). La majorité des personnes (86 %) étaient symptomatiques au moment du diagnostic. Tous les cas déclarés sont des hommes. Les groupes d'âge les plus touchés sont les 25-39 ans (3,8 par 100 000) et les 40-59 ans (3,2 par 100 000).

La DSP a réalisé une enquête épidémiologique auprès de l'ensemble des cas de syphilis infectieuse. Les données portent sur les cas pour lesquels l'information est disponible. Plus du tiers des personnes (8/22) ont affirmé avoir eu un contact sexuel récent avec une personne atteinte d'une ITS et 95 % des hommes (21/22) avaient eu des relations sexuelles avec d'autres hommes. Les facteurs de risque rapportés sont le recrutement des partenaires sexuels dans les saunas (67 %), le fait d'avoir de nombreux partenaires sexuels (65 %) et le recrutement de partenaires sexuels par Internet (48 %).

Figure 12 Incidence par 100 000 des cas de syphilis infectieuse, Montérégie et Québec, 1990-2006



5.2 Interventions préventives auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires (IPPAP)

Depuis le printemps 2004, des professionnelles de la DSP appliquent le Programme d'interventions préventives auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires (IPPAP). Il s'agit de services offerts à la personne atteinte d'une ITS ainsi qu'à ses partenaires. En mai 2004, l'IPPAP a été mise en place pour les cas de syphilis et de gonorrhée et en décembre 2005 pour certains cas prioritaires d'infection à *Chlamydia trachomatis* (Tableau XVII).

L'IPPAP comporte trois volets :

- counseling général offert au cas index;
- counseling sur l'intervention préventive auprès des partenaires offert au cas index;
- notification aux partenaires et intervention préventive auprès d'eux le cas échéant, après entente avec le cas index.

Tableau XVII **Programme d'interventions préventives auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires (IPPAP), Montérégie, 2006**

Infection	Critères pour l'IPPAP
Infection gonococcique (n=133)	Tous les cas
Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) (n=3)	Tous les cas
Syphilis (n=28) ^(a)	Syphilis infectieuse (primaire, secondaire ou latente précoce) Syphilis latente tardive (titre test non tréponémique (VDRL) élevé, 1:32 ou plus)
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> (n=489) ^(b)	Jeunes âgés de 17 ans ou moins Antécédent d'ITS (2 épisodes ou plus) Partenaires sexuels multiples Femme enceinte ou partenaire d'une femme enceinte 2 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ou plus Antécédent d'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP)

(a) Tous les cas étaient des cas de syphilis infectieuse.

(b) Approximativement la moitié des cas étaient chez des jeunes âgés de 17 ans ou moins et l'autre moitié chez des personnes ayant des antécédents d'ITS.

En 2006, une intervention préventive IPPAP a été réalisée pour 639 cas d'ITS dont 59 % par les infirmières de la DSP (Tableau XVIII). À noter que la notification des partenaires faite par une infirmière de la DSP est peu élevée, soit moins de 20 cas (4,5 %). Ceci s'explique, entre autres, par le délai de quelques semaines entre le diagnostic et l'intervention préventive auprès de la personne atteinte. Lors de l'IPPAP, la personne atteinte a déjà avisé tous ses partenaires et ces derniers ont reçu un traitement par leur médecin traitant.

Pour les cas d'infection à *Chlamydia trachomatis*, 15 % des médecins traitants ou des infirmières des CSSS préfèrent réaliser eux-mêmes l'IPPAP en raison du jeune âge de leur clientèle et du lien de confiance à préserver auprès des jeunes qui vivent encore dans le milieu familial. C'est pourquoi la DSP a offert des sessions de formation et a formé plus de 76 infirmières pour qu'elles puissent réaliser l'IPPAP auprès de leur clientèle.

Tableau XVIII **Nombre et proportion des IPPAP et des notifications des partenaires (NOPA) réalisées selon la nature de l'infection, Montérégie, 2006**

	Infection à <i>C. trachomatis</i>	Infection gonococcique	Syphilis infectieuse	LGV	Total
Cas déclarés	1 604	133	28	3	1 759
IPPAP à réaliser	475 (30 %)	133 (100 %)	28 (100 %)	3 (100 %)	639 (36 %)
IPPAP réalisée par infirmière de la DSP	273 (57 %)	82 (62 %)	18 (65 %)	2 (67 %)	375 (59 %)
IPPAP réalisée par médecin traitant ou par infirmière du CSSS	96 (20 %)	15 (11 %)	6 (22 %)	1 (33 %)	118 (19 %)
IPPAP non réalisée	106 (22 %)	36 (27 %)	4 (14 %)	0 (0 %)	146 (23 %)
- patient impossible à joindre	56	21	2	N/A	79
- autres raisons ^(a)	50	15	2	N/A	67
Nombre de NOPA réalisées par infirmière de la DSP sur le nombre de NOPA acceptées par le cas index	12/16 (75 %)	0/1 (0 %)	3/4 (75 %)	1/1 (100 %)	16/22 (73 %)

(a) Médecin impossible à joindre, refus du patient, délai de plus de 1 mois après la déclaration d'un cas d'infection à *Chlamydia trachomatis*.

Tableau XIX **Nombre annuel de cas d'infections d'intérêt pour la biovigilance, Montérégie, 1997-2006**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Hépatite C	134	255	304	352	303	378	365	402	322	293
Infection à HTLV-1 ou HTLV-2	n.d. ^(a)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-(b)	2	1

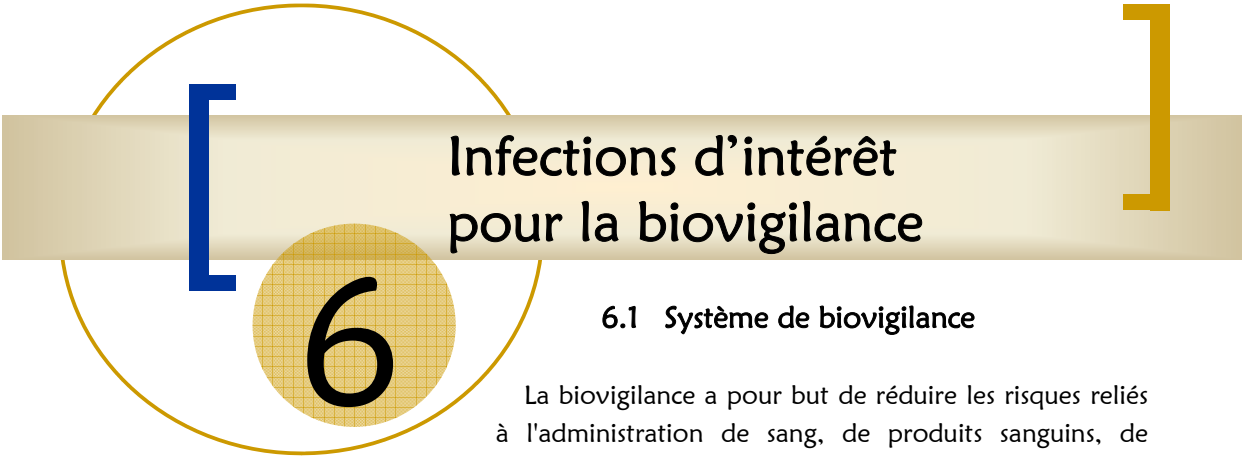
(a) Non disponible, car n'était pas à déclaration obligatoire.

(b) Aucun cas déclaré.

Tableau XX **Distribution selon le sexe et l'âge des infections d'intérêt pour la biovigilance, Montérégie, 2006**

	Cas	Sexe		Groupes d'âge (années)						
		M	F	< 1	1-4	5-14	15-24	25-39	40-59	≥ 60
Hépatite C	293	196	97	-(a)	-	-	12	65	191	25
Infection à HTLV-1 ou HTLV-2	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1

(a) Aucun cas déclaré.



Infections d'intérêt pour la biovigilance

6.1 Système de biovigilance

La biovigilance a pour but de réduire les risques reliés à l'administration de sang, de produits sanguins, de cellules, de tissus ou d'organes. Les principaux acteurs impliqués dans le système de biovigilance sont :

- **Héma-Québec et Québec-transplant** s'assurent de la sécurité et de l'innocuité des produits qu'elles distribuent.
- Le **centre hospitalier** s'assure de stocker et d'administrer des produits selon les règles en vigueur.
- Le **médecin** traitant demande à son patient atteint d'une maladie ou d'une infection transmissible par le sang (Tableau XXI) s'il a déjà reçu ou donné du sang, des produits sanguins, des cellules, des tissus ou des organes. Il remplit la section de la biovigilance sur le formulaire de déclaration des MADO (AS-770) et l'achemine à la DSP.
- La **DSP** initie l'enquête à la suite de la déclaration du médecin traitant.

Si un patient a donné un produit possiblement infecté, un professionnel de la DSP informe Héma-Québec ou Québec-Transplant afin de retracer les produits potentiellement contaminés et leurs receveurs.

Si un patient a reçu du sang ou des produits sanguins depuis 1982, un professionnel de la DSP communique avec le patient pour savoir où la transfusion a eu lieu et il communique avec le CH impliqué. Ce dernier établit la liste des lots transfusés et la transmet à Héma-Québec afin qu'elle retrace les donneurs et détermine s'ils sont infectés.

En 2006, la DSP a initié une enquête pour la biovigilance auprès de 358 personnes résidant en Montérégie. Les enquêtes demandées par la DSP à Héma-Québec ou à Québec-Transplant permettent de retracer d'anciens donneurs infectés ainsi que des patients ayant possiblement été infectés et qui pourraient ignorer leur statut au regard de la maladie.

Un avis a été fait à Héma-Québec et à Québec-Transplant pour 58 personnes :

- ↳ 30 personnes, infectées par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C qui avaient donné du sang;

- ➔ 26 personnes, infectées par le virus de l'hépatite A, de l'hépatite B, de l'hépatite C ou de la syphilis qui avaient reçu du sang;
- ➔ 2 personnes, infectées par le virus de l'hépatite B ou par le bacille *Mycobacterium tuberculosis* (tuberculose) qui avaient reçu des tissus ou organes.

Ces avis permettent de s'assurer que les produits et les organes, reçus ou donnés, ne sont pas impliqués dans la transmission de l'infection.

6.2 Déclarations liées à la biovigilance

Dans le présent chapitre, seules les maladies pour lesquelles la DSP intervient à des fins de biovigilance et pour lesquelles au moins 1 cas a été déclaré en 2006 sont présentées. Le tableau XXI identifie l'ensemble des maladies et des infections qui sont à déclaration obligatoire.

Tableau XXI Liste des infections et des maladies à déclaration obligatoire pour la biovigilance, Québec, 2006

Catégorie	Infections ou maladies
Maladies évitables par la vaccination	Hépatite B
Maladies transmissibles par voie respiratoire	Tuberculose
Infections transmissibles sexuellement	Infection par le VIH, sida, syphilis
Infections d'intérêt pour la biovigilance	Babésiose, fièvres hémorragiques virales, hépatite C, infection à HTLV de type I ou II, maladie de Chagas, maladie de Creutzfeldt-Jakob et ses variantes
Maladies entériques	Hépatite A
Zoonoses	Brucellose, fièvre Q, rage
Maladies transmissibles par vecteur	Encéphalite virale transmise par arthropodes, infection à <i>Plasmodium</i> (malaria), infection par le virus du Nil occidental (VNO), maladie de Lyme

En 2006, il y a eu 293 déclarations d'**hépatite C** non précisée dont 67 % chez des hommes. Comme pour les années antérieures, le groupe d'âge le plus touché est celui des 40 à 59 ans. Ces cas représentent probablement des infections chroniques. Rappelons que le virus de l'hépatite C (VHC) est transmis principalement par le sang. Ainsi, près de 60 % des utilisateurs de drogue par injection seraient infectés par le VHC de 6 à 12 mois après le passage à l'injection et 90 % après 5 ans¹⁰. La transmission verticale de la mère à l'enfant est de 5 % et devient plus élevée s'il y a co-infection avec le VIH. L'exposition parentérale par le tatouage et le *piercing* est possible si ces activités sont faites dans des conditions non hygiéniques. La transmission sexuelle est rare mais demeure possible.

En Montérégie, on estime à 5 105 le nombre d'utilisateurs de drogues par injection (UDI), dont la plupart (83 %) sont des hommes¹⁰. L'âge moyen est de 33,5 ans chez les hommes et de 27,6 ans chez les femmes. En Montérégie comme au Québec, la prévalence du VHC chez les UDI est estimée à 60 % et celle du VIH à 10 %. Les UDI des régions semi-urbaines empruntent et prêtent davantage leurs seringues que ceux des régions urbaines. En Montérégie, près de 95 000 seringues ont été distribuées par le biais du Programme d'échange de seringues (PES) en 2005-2006 et on prévoit une augmentation de ce nombre en 2006-2007.

Un (1) cas d'**infection à HTLV de type I** a été déclaré en 2006 chez une personne âgée de plus de 60 ans dépistée par Héma-Québec lors d'un don de sang. Tout comme l'hépatite C, les virus HTLV se transmettent principalement par le sang. Le virus est surtout présent en Afrique de l'Ouest, en Amérique du Sud et dans les Antilles.

La DSP a reçu le signalement d'un cas suspect de la forme classique de la **maladie de Creutzfeldt-Jakob** (MCJ) chez une personne âgée de plus de 80 ans. Toutefois, le cas n'a pas été validé comme étant un cas probable, même si la personne présentait plusieurs manifestations cliniques compatibles.

Tableau XXII Nombre annuel de cas de maladies entériques, Montérégie, 1997-2006

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Amibiase	14	24	17	11	22	14	10	18	20	24
Botulisme	-(a)	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Cryptosporidiose	n.d.(b)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	9	6	3
Cyclospore	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1	23	2
Fièvre paratyphoïde	-	2	-	2	5	4	4	3	2	8
Fièvre typhoïde	1	-	2	-	-	1	2	1	3	1
Gastro-entérite épidémique	3	6	9	15	6	21	20	30	10	34
Gastro-entérite à <i>Yersinia</i>	22	15	13	14	11	15	16	13	23	30
Giardiase	117	148	168	140	144	143	179	148	181	150
Hépatite virale A	49	22	24	17	14	12	14	18	11	46
Infection à <i>Campylobacter</i>	519	499	468	406	419	440	403	456	452	467
Infection à <i>Escherichia coli</i> (c)	52	62	84	105	44	58	28	23	35	23
Listériose	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3	8	8
Salmonellose	194	176	145	157	149	203	163	158	157	160
Shigellose	54	27	30	22	34	26	20	23	19	28
Toxi-infection alimentaire	60	71	19	63	36	27	24	31	29	35

(a) Aucun cas déclaré.

(b) Non disponible car non à déclaration obligatoire pour l'année en question.

(c) De 1990 à 2003, toutes les entérites à *E. coli* étaient à déclaration obligatoire. Depuis 2004, seules l'infection invasive à *E. coli* et l'infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine sont à déclaration obligatoire.

Tableau XXIII Distribution selon le sexe et l'âge des maladies entériques, Montérégie, 2006

	Cas (a)	Sexe		Groupes d'âge (années)						
		M	F	< 1	1-4	5-14	15-24	25-39	40-59	≥ 60
Amibiase	24	14	10	- (b)	-	-	2	9	11	2
Cryptosporidiose	3	1	2	-	-	1	1	1	-	-
Cyclospore	2	1	1	-	-	-	-	-	1	1
Fièvre paratyphoïde	8	4	4	-	-	3	1	1	2	1
Fièvre typhoïde	1	1	-	-	-	-	-	1	-	-
Gastro-entérite à <i>Yersinia</i>	30	14	15	4	4	4	6	1	7	4
Giardiase	150	80	69	-	28	25	9	45	33	10
Hépatite virale A	46	23	23	1	5	13	5	12	8	2
Infection à <i>Campylobacter</i>	467	271	195	3	22	42	97	111	123	69
Infection à <i>Escherichia coli</i>	23	15	8	-	1	3	2	3	6	7
Listériose	8	4	4	-	-	-	-	-	3	5
Salmonellose	160	68	92	11	15	30	18	35	30	21
Shigellose	28	12	16	-	1	4	5	6	12	-

(a) Le nombre total de cas peut être supérieur au total du nombre de cas selon le sexe ou selon l'âge s'il y a des données manquantes.

(b) Aucun cas déclaré.



Maladies entériques

En 2006, 950 cas de maladies entériques ont été déclarés en Montérégie :

- **725 infections bactériennes** : infection à *Campylobacter* (467), salmonellose (160), gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica* (30), shigellose (28), infection à *E. coli* (23), listériose (8), fièvre paratyphoïde (8), fièvre typhoïde (1);
- **179 infections parasitaires** : giardiase (150), amibiase (24), cryptosporidiose (3), cyclospore (2);
- **46 infections virales** : hépatite A (46).

De ce nombre, au moins 43 infections (5 %) ont été contractées à l'extérieur du Canada : shigellose (19), giardiase (10), hépatite A (3), infection à *E. coli* (3), cyclospore (2), infection à *Campylobacter* (2), salmonellose (1), fièvre typhoïde (1), fièvre paratyphoïde (1) et gastro-entérite à *Yersinia* (1). Cela démontre que les mesures de prévention en voyage pour réduire les risques d'attraper une maladie entérique, telles que le lavage des mains ainsi que le choix des aliments et des sources d'eau potable, sont importantes et nécessaires.

7.1 Maladies entériques selon la nature de l'agent pathogène

Infections bactériennes

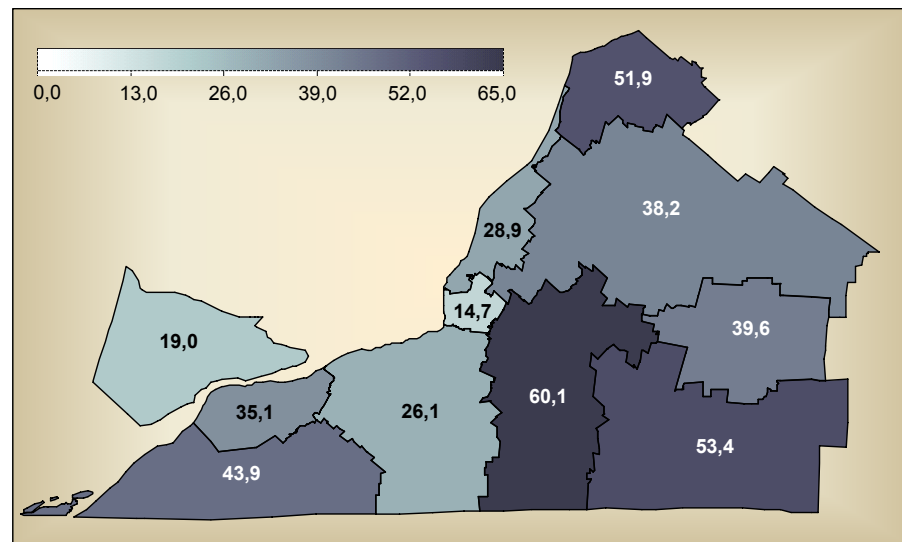
Le nombre déclaré (8) d'infections à *Salmonella paratyphi* (**fièvre paratyphoïde**) est le plus élevé depuis 1997. Le sérotype de tous les cas est le paratyphi B, var Java. Cinq (5) cas ont comme source confirmée ou probable l'eau contaminée d'un aquarium domestique. Un cas a un lien possible avec un voyage en Floride. Pour 2 personnes, la source de l'infection n'a pu être identifiée.

Un seul cas de **fièvre typhoïde** a été déclaré en 2006. Cette personne, dont les symptômes ont débuté avant son arrivée au Canada, est originaire d'un pays endémique.

Trente (30) cas de **gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica*** ont été déclarés. Il s'agit du nombre de cas le plus élevé depuis 1997. De 1990 à 1996, le nombre annuel de cas a varié de 35 à 76 avec une moyenne de 53 cas. Par la suite, de 1997 à 2005, ce nombre a diminué de 70 % avec une moyenne de 16 cas par année. En 2006, 60 % des cas sont survenus chez des gens âgés de moins de 25 ans. Les cas se répartissent également entre les hommes et les femmes. L'incidence la plus élevée est celle du CSSS Jardins-Roussillon (4,3 par 100 000).

En 2006, 467 cas d'infection à *Campylobacter* ont été déclarés pour une incidence de 34,2 par 100 000. Il s'agit de la 2^e maladie à déclaration obligatoire la plus fréquente, tant en Montérégie qu'au Québec. Le groupe d'âge le plus touché est celui des 15-24 ans (55,2 par 100 000) et, dans ce groupe d'âge, 68 % des personnes atteintes sont des hommes. Les cas sont déclarés tout au long de l'année. La moitié des cas sont déclarés durant les mois de juillet à octobre. En 2006, l'incidence est supérieure à 60,0 par 100 000 sur le territoire du CSSS Haut-Richelieu-Rouville (65,0) et du CSSS La Pommeraie (62,4). La figure 13 présente l'incidence moyenne sur une période de 3 ans, de 2004 à 2006.

Figure 13 Carte de l'incidence annuelle moyenne par 100 000 des infections à *Campylobacter* selon le CSSS, Montérégie, 2004-2006



Un total de 23 cas d'infection à *Escherichia coli* ont été déclarés en 2006 et la presque totalité des cas est due à une souche de sérotype O157. Après avoir augmenté de 52 % entre 2004 et 2005, le nombre de cas a diminué de 34 % en 2006 par rapport à 2005. Contrairement à l'année dernière où l'incidence la plus élevée (7,1 par 100 000) avait été observée chez les jeunes âgés de 14 ans ou moins, en 2006, les personnes âgées de 60 ans ou plus sont celles qui sont le plus souvent atteintes (2,8 par 100 000). L'incidence la plus élevée (4,0 par 100 000) est sur le territoire du CSSS du Haut-Saint-Laurent, soit plus de deux fois l'incidence en Montérégie (1,7 par 100 000). Neuf (9) personnes ont dû être hospitalisées pour une durée variant de 2 à 20 jours. Aucun décès n'a été rapporté. Une enquête épidémiologique a été réalisée pour tous les cas. Les principaux facteurs de risque identifiés sont la consommation de bœuf haché mal cuit, de produits laitiers non pasteurisés et de gibier. Trois (3) personnes ont contracté l'infection lors d'un voyage à l'étranger. Trois (3) cas étaient reliés à une éclosion provinciale associée au pulsovar 618.

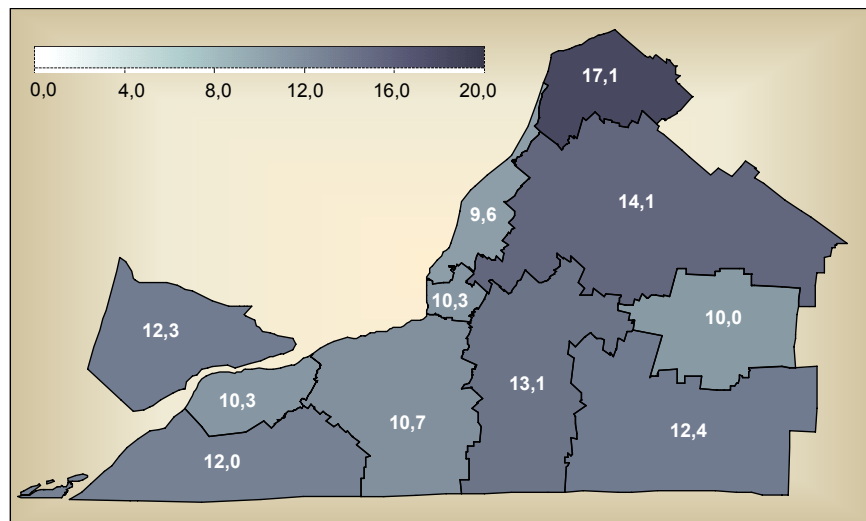
Huit (8) cas de **listériose** ont été déclarés chez 3 personnes âgées de 40 à 59 ans et 5 âgées de 60 ans ou plus. Les pulsovars disponibles sont tous différents. Un décès est survenu. Toutes les personnes atteintes présentaient au moins un facteur de risque de la maladie : âge de plus de 60 ans, immunosuppression ou consommation abusive d'alcool. Même si aucune source n'a

pu être déterminée hors de tout doute, une source d'exposition possible est la consommation de fromage de lait non pasteurisé.

En 2006, 160 cas de **salmonellose** ont été déclarés, avec un nombre de cas plus élevé en août (20) et en septembre (19). L'incidence tend à être plus faible en Montérégie (11,7 par 100 000) qu'au Québec (13,8 par 100 000). Les enfants de moins de 1 an présentent l'incidence la plus élevée (81,3 par 100 000). Le CSSS du Haut-Saint-Laurent et les CSSS du Suroît et Jardins-Roussillon affichent, respectivement, l'incidence la plus élevée et la plus basse de la région, 15,9 *versus* 9,1 et 9,0 par 100 000. Trois (3) cas font partie d'une écloison provinciale de 53 cas d'infection à *Salmonella* Saintpaul de pulsovar 17 dont la source n'a pu être identifiée. La figure 14 présente l'incidence moyenne selon le CSSS sur une période de 3 ans, de 2004 à 2006.

Sur les 28 cas de **shigellose** déclarés, les deux tiers (19) des personnes atteintes ont effectué un voyage à l'extérieur du Canada. L'espèce est connue pour l'ensemble des cas : *flexneri* (15), *sonnei* (10), *dysenteriae* (2) et *boydii* (1). À la suite d'un voyage, 2 enfants d'une même famille ont été infectés par des souches différentes de *Shigella* et tous deux avaient une infection concomitante à *Campylobacter jejuni*. La source de l'infection n'a pu être précisée pour 1 cas survenu chez un technicien de laboratoire qui n'avait pas effectué de voyage à l'extérieur du pays.

Figure 14 Carte de l'incidence annuelle moyenne par 100 000 des infections à *Salmonella* selon le CSSS, Montérégie, 2004-2006



Infections parasitaires

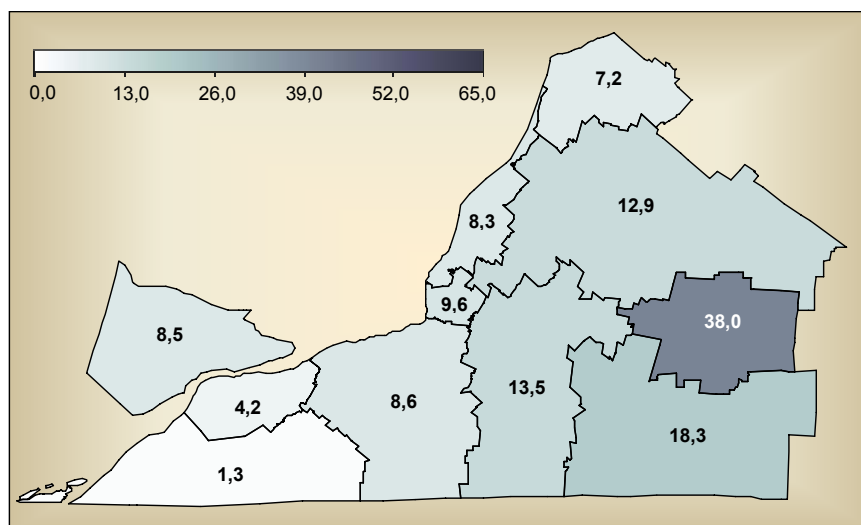
Sur les 24 cas déclarés d'**amibiase**, 3 ont été causés par l'espèce pathogène *histolytica*. Pour les 21 autres cas, on ignore s'il s'agit de l'espèce pathogène *histolytica* ou de l'espèce non pathogène *dispar*. Cinq (5) autres signalements n'ont pas été retenus, car le parasite était de l'espèce non pathogène *dispar*. Plus de la moitié (54 %) des personnes atteintes sont âgées de 40 ans ou plus. Les cas sont survenus chez 14 hommes et 10 femmes.

Trois (3) cas de **cryptosporidiose** ont été déclarés chez 1 enfant âgé entre 5 et 14 ans et 2 adultes de moins de 30 ans.

Deux (2) cas de **cyclospore** ont été déclarés. Les 2 cas sont reliés à des voyages, l'un dans les Antilles et l'autre en Amérique du Sud.

En 2006, 150 cas de **giardiase** ont été déclarés pour une incidence de 11,0 par 100 000, taux comparable à celui des dix dernières années. Le nombre moyen de cas par mois est de 10, mais ce nombre double durant les mois d'août à octobre. Les enfants âgés de 1 à 4 ans sont les plus touchés (51,1 par 100 000), suivi des adultes de 25 à 39 ans (17,1 par 100 000). L'incidence selon le CSSS varie de 0,0 à 42,4 par 100 000. Comme pour l'année dernière, l'incidence la plus élevée se retrouve sur le territoire du CSSS de la Haute-Yamaska. Depuis janvier 2007, afin d'identifier les causes possibles de l'incidence élevée, une enquête épidémiologique est effectuée auprès de toutes les personnes atteintes de giardiase demeurant sur le territoire du CSSS de la Haute-Yamaska.

Figure 15 Carte de l'incidence annuelle moyenne par 100 000 des cas de giardiase selon le CSSS, Montérégie, 2004-2006



Infections virales

En 2006, 46 cas d'**hépatite A** ont été déclarés, dont 36 reliés à une éclosion (voir la rubrique « 7.2 Éclosions »). Parmi les 10 cas non reliés à l'éclosion, 3 personnes ont contracté l'infection à l'étranger dont 1 enfant adopté en Haïti. Un (1) cas secondaire est survenu dans une famille à la suite de l'administration tardive de la prophylaxie (vaccin et immunoglobulines). Le cas primaire, non déclaré, ni par le médecin ni par le laboratoire, a été signalé par la famille un mois après le début des symptômes. Aucune source n'a pu être identifiée pour les 6 autres cas.

7.2 Éclosions de maladies entériques

Éclosions

Une **éclosion** est identifiée lorsque deux ou plusieurs cas d'une maladie dont le pathogène en cause est connu, ont un lien épidémiologique entre eux. Les éclosions représentent des épisodes et non des cas individuels. En 2006, 18 épisodes d'éclosions de maladies entériques impliquant un total de 80 personnes ont été reconnus. Les pathogènes impliqués étaient le *Giardia lamblia* (7), le *Campylobacter jejuni* (5), la *Salmonella* (4), le *Escherichia coli* (1) et le virus de l'hépatite A (1). Mis à part l'éclosion d'hépatite A, les épisodes concernaient surtout des familles, peu de personnes étaient atteintes et la source de l'éclosion était rarement identifiée de façon certaine. Le tableau XXIV présente un résumé des éclosions de maladies entériques déclarées en 2006.

Éclosion d'hépatite A

Une éclosion d'hépatite A a sévi dans le sud-ouest de la Montérégie de janvier 2006 à janvier 2007. Au total 39 cas ont été déclarés (35 confirmés et 4 probables). Il s'agit de la plus importante éclosion d'hépatite A documentée en Montérégie et pour l'ensemble du Québec à l'extérieur des grands centres urbains. L'éclosion a touché trois CSSS, du Haut-Saint-Laurent (26 cas), du Suroît (8 cas) et Jardins-Roussillon (5 cas). Un cas relié à l'éclosion a été déclaré en Ontario, mais aucun cas n'a été documenté dans les comtés voisins de l'État de New-York. Les hommes et les femmes ont été touchés en proportion égale. L'âge moyen des personnes est de 24 ans et 41 % d'entre elles sont âgées de 10 ans ou moins.

Un génotypage a été effectué pour 15 cas et les résultats ont indiqué un seul profil génétique du virus. Ce profil est différent des souches de virus de l'hépatite A qui ont circulé ailleurs au Québec et au Canada. Des analyses de l'eau ont révélé la présence du virus dans le puits du cas index. Deux (2) personnes ayant habité par la suite à la même adresse que le cas index ont, elles aussi, contracté l'hépatite A. L'analyse de la situation suggère que ces deux familles ont donné lieu aux autres cas par transmission de personne à personne. L'enquête réalisée par le MAPAQ n'a révélé aucune source alimentaire.

Plusieurs interventions de santé publique ont été réalisées pour cette éclosion. Le vaccin contre l'hépatite A et les immunoglobulines ont été offerts aux contacts étroits des cas. Le vaccin a aussi été offert au personnel, aux enfants ainsi qu'aux familles de 3 écoles primaires et de 2 centres de la petite enfance (CPE) du secteur. Au total 195 contacts étroits ont été identifiés et près de 2 000 doses de vaccins ont été administrés. Les médecins des CSSS touchés ont été avisés de la situation afin d'exercer une vigilance accrue au regard de cette infection.

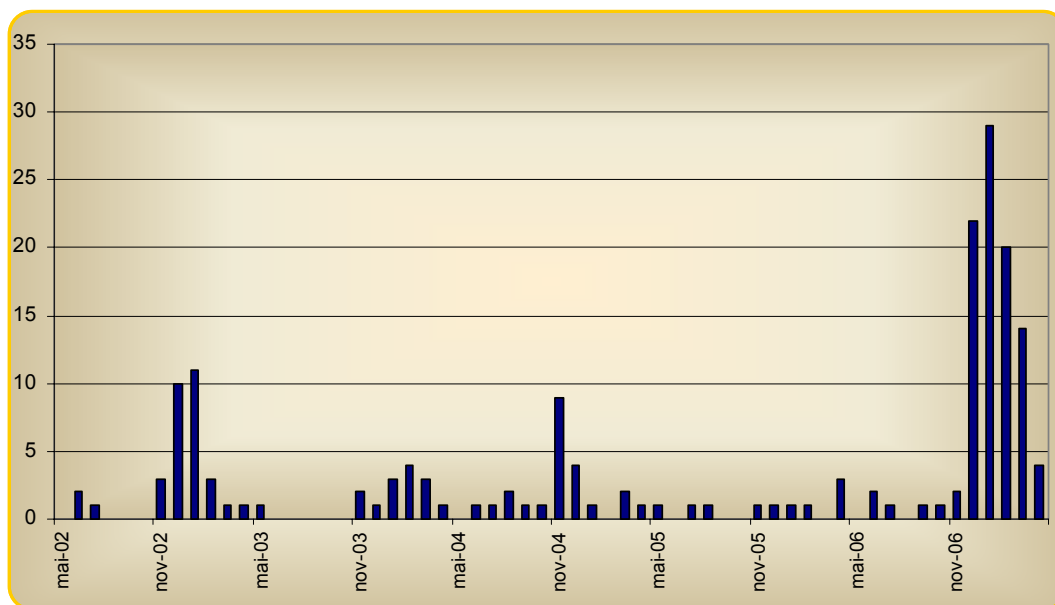
Tableau XXIV Synthèse des éclosions de maladies entériques, Montérégie, 2006

Agent pathogène	Nombre de cas	Milieu impliqué	Source
<i>Campylobacter jejuni</i>	3	Famille	Non identifiée (1 cas primaire) Transmission fécale-orale (2 cas secondaires)
<i>Campylobacter jejuni</i>	2	Famille	Consommation de fromage en grain de fabrication artisanale (source probable)
<i>Campylobacter jejuni</i>	2	Famille	Voyage au Pakistan
<i>Campylobacter jejuni</i>	2	Famille	Non identifiée
<i>Campylobacter jejuni</i>	2	Famille	Non identifiée
<i>E. coli</i> O157:H7 pulsovars 618 et 619	3	-	Non identifiée, faisant partie d'une éclosion provinciale de 44 cas
<i>Giardia lamblia</i>	4	Famille	Voyage en République dominicaine
<i>Giardia lamblia</i>	2	Famille	Non identifiée
<i>Giardia lamblia</i>	2	Famille	Non identifiée
<i>Giardia lamblia</i>	7	Famille	Séjour en Afrique
<i>Giardia lamblia</i>	2	Famille	Non identifiée
<i>Giardia lamblia</i>	2	Famille	Non identifiée
<i>Giardia lamblia</i>	2	Garderie familiale	Non identifiée
<i>Salmonella</i> Saintpaul pulsovar 17	3	-	Non identifiée, faisant partie d'une éclosion provinciale de 53 cas
<i>Salmonella</i> typhimurium	2	Famille	Non identifiée
<i>Salmonella</i> Heidelberg	2	Famille	Non identifiée
<i>Salmonella</i> Stanley	2	Famille	Non identifiée
Virus de l'hépatite A	36	20 familles	Eau contaminée et transmission fécale-orale

Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée

La gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée se définit par des symptômes gastro-intestinaux d'étiologie infectieuse, confirmée ou présumée, chez au moins deux personnes et un lien épidémiologique entre les cas sans qu'une origine alimentaire ou hydrique n'ait été mise en évidence. En 2006, un total de 34 épisodes, impliquant près de 1 400 personnes, ont été déclarés. Vingt-quatre (24) épisodes sont survenus au cours des mois de novembre et de décembre, ce qui représente une recrudescence par rapport à 2005. Le taux d'attaque élevé, la courte période d'incubation et la récupération rapide font suspecter une étiologie virale. D'ailleurs, le LSPQ a détecté la présence de norovirus dans des spécimens provenant de 10 éclosions survenues en novembre et en décembre. Ces éclosions, qui sont parfois plus fréquentes en hiver, se sont poursuivies au début de l'année 2007 avec beaucoup d'intensité comme le montre la figure 16.

Figure 16 Nombre d'épisodes de gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée, Montérégie, mai 2002 à avril 2007



L'hiver 2006-2007 se distingue par le nombre élevé d'épisodes. De novembre 2006 à avril 2007, 101 épisodes ont été signalés touchant 9 CH, 33 CHSLD, 20 résidences pour personnes âgées, 2 centres de la petite enfance et 2 écoles. Certains établissements ont connu jusqu'à 5 épisodes distincts. Au total, au cours de l'hiver 2006-2007, pour l'ensemble des éclosions signalées à la DSP, près de 4 000 personnes ont été malades. L'éclosion la plus importante est survenue en janvier 2007 dans un CHSLD et a touché 113 bénéficiaires et 185 membres du personnel. Plusieurs régions du Québec et plusieurs pays, dont l'Allemagne, les États-Unis et le Japon, ont également connu d'importantes éclosions de norovirus. Les éclosions de gastro-entérite d'allure virale nécessitent l'application de mesures de prévention et de contrôle présentées dans un guide publié par l'Institut national de santé publique du Québec en juin 2005¹¹.

Toxi-infection alimentaire et hydrique

La **toxi-infection alimentaire et hydrique** se définit par des manifestations cliniques similaires chez au moins deux personnes ayant consommé des aliments ou de l'eau en commun, avec ou sans identification d'un agent pathogène. Trente-cinq (35) toxi-infections alimentaires, impliquant 202 personnes malades et 25 commerces de restauration, ont été déclarées. Les deux plus importantes toxi-infections ont impliqué 25 personnes chacune. Vingt-deux (22) épisodes sur 35 (63 %) concernent des familles qui ont pris un repas en commun au restaurant ou au domicile. Le nombre de personnes malades y est peu élevé, de 2 à 4 personnes par épisode, et les cas ont souvent partagé plusieurs autres repas en commun. Le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) a été avisé dans tous les cas où l'information nécessaire était disponible.

Tableau XXV Nombre annuel de cas de zoonoses et de maladies transmissibles par vecteur, Montérégie, 1997-2006

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ZOONOSES										
Brucellose	-(a)	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Fièvre Q	2	7	96	8	3	8	13	5	4	8
Psittacose	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trichinose	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-
Tularémie	-	-	-	6	1	-	-	1	1	-
TRANSMISSIBLES PAR VECTEUR										
Encéphalite à arbovirus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	16	9	11	26	30	7	12	4	10	3
Infection par le VNO	n.d.(b)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5	6	1	-	-
Maladie de Lyme	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-	3	1

(a) Aucun cas déclaré.

(b) Non disponible, car n'était pas à déclaration obligatoire.

Tableau XXVI Distribution selon le sexe et l'âge des zoonoses et des maladies transmissibles par vecteur, Montérégie, 2006

	Cas	Sexe		Groupes d'âge (années)						
		M	F	< 1	1-4	5-14	15-24	25-39	40-59	≥ 60
Fièvre Q	8	5	3	-(a)	-	-	-	3	4	1
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	3	3	-	-	-	-	-	1	2	-
Maladie de Lyme	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1

(a) Aucun cas déclaré.



Zoonoses et maladies transmissibles par vecteur

8

Une zoonose peut être définie par la présence des 3 critères suivants :

- réservoir chez les animaux vertébrés autres que les humains;
- transmission de l'agent pathogène directement de l'animal à l'humain ou par des produits dérivés de l'animal hôte ou encore par l'intermédiaire d'un arthropode;
- présence d'un syndrome clinique chez les humains susceptibles.

8.1 Zoonoses

Rage animale

En 2006, 5 cas de rage animale ont été déclarés en Montérégie, à savoir une chauve-souris parmi 59 analysées et 4 ratons laveurs parmi 34 mammifères terrestres analysés. Des interventions ont été réalisées auprès de personnes potentiellement exposées au virus de la rage pour recommander ou non une prophylaxie postexposition (PPE).

Concernant l'exposition aux mammifères terrestres, le nombre d'enquêtes (268) est stable, mais la proportion de personnes avec une recommandation de PPE a augmenté à 18 % comparativement à une moyenne de 12 % entre 2001 et 2005 (Tableau XXVII). Ces interventions impliquaient des enfants dans seulement 22 % des cas. Une partie de la hausse est secondaire aux cas de rage du raton laveur identifiés entre mai et novembre 2006 en Montérégie.

Le premier animal infecté par la souche virale de la rage du raton laveur a été identifié dans la municipalité de Dunham. Aucun animal infecté n'avait été identifié auparavant au Québec, malgré la présence de cette souche virale dans les états frontaliers américains depuis plusieurs années.

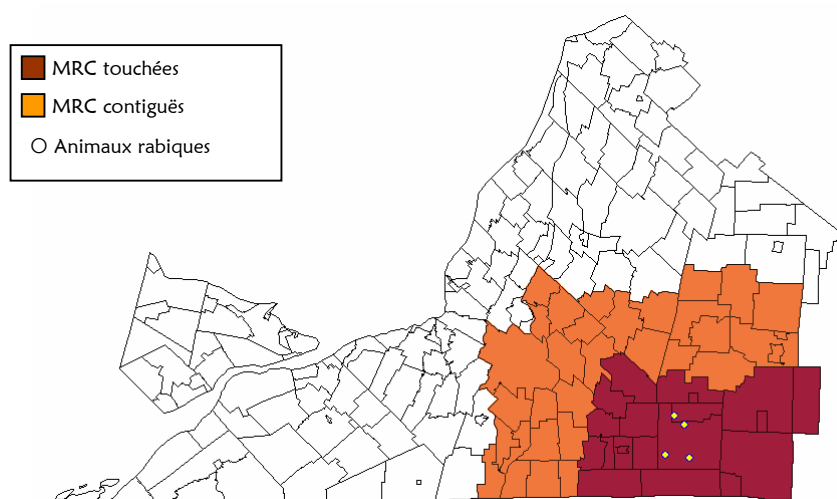
En réponse à cette situation, la Direction de santé publique de la Montérégie et 4 ministères provinciaux et fédéral (MSSS, MAPAQ, MRNF, ACIA) se sont unis pour mettre en place un plan d'intervention. Des contacts ont aussi été établis avec le Nouveau-Brunswick, l'Ontario et les États-Unis afin de bénéficier de leur expertise en la matière.

Six (6) opérations terrestres et aériennes ont été organisées. Plus de 95 trappeurs, techniciennes en santé animale, agents de la faune et vétérinaires, provenant d'un peu

partout au Québec, ont été formés pour intervenir. Grâce à l'implication des CSSS, la plupart de ces personnes ont pu recevoir en préexposition les 3 doses de vaccin recommandées. Le trappage a permis la vaccination et la relâche ou l'euthanasie et l'analyse de 6 107 animaux. Pas moins de 120 000 doses de vaccin ont été larguées lors d'une opération aérienne qui a couvert un territoire de 2 271 km². Trois (3) autres ratons laveurs rabiques ont été identifiés lors de ces interventions.

La zone de surveillance active a été redéfinie et renforcée. Elle couvre les municipalités de la Montérégie et de l'Estrie situées dans une bande de 20 km au nord de la frontière. La directive invitant la population à signaler un raton laveur, une mouffette, un renard, un chien et un chat désorienté, anormalement agressif, paralysé ou mort a été maintenue.

Figure 17 Localisation des animaux rabiques infectés par la souche virale du raton laveur, MRC touchée et MRC contiguës, Montérégie, 2006



Concernant l'exposition aux chauves-souris, le nombre d'enquêtes (214) et la proportion de personnes avec recommandation de PPE (53 %) se comparent à la moyenne des 5 dernières années, 216 enquêtes et 56 % de recommandation de PPE. Ces interventions impliquaient des enfants dans 40 % des cas. Des incidents ont été signalés dans une dizaine d'établissements différents : écoles, camp de jour ou gymnase (5), centres d'hébergement et de soins de longue durée (3), centres hospitaliers de soins de courte durée (2) et usine (1).

Tableau XXVII Nombre d'enquêtes et de prophylaxies postexposition contre la rage (PPE) recommandées selon l'espèce animale, Montérégie, 2001-2006

	Nombre d'enquêtes ^(a) et de PPE	Chauves-souris	Autres animaux sauvages	Animaux domestiques	Petits rongeurs	Total
2001	enquêtes	107	21	236	13	377
	PPE	72	13	13	-	98
2002	enquêtes	274	32	186	15	507
	PPE	126	21	10	1	158
2003	enquêtes	204	28	189	13	434
	PPE	132	14	11	-	157
2004	enquêtes	370	29	222	9	630
	PPE	141	22	14	-	177
2005	enquêtes	125	24	195	13	357
	PPE	77	17	11	1	106
2006	enquêtes	214	49	203	13	479 ^(b)
	PPE	114	25	21	1	161 ^(c)
Total	enquêtes	1 294	183	1 231	76	2 787
	PPE	662	112	80	3	857

- (a) Le nombre d'enquêtes correspond généralement au nombre de personnes évaluées pour une exposition potentielle au virus de la rage. Les enquêtes en établissement peuvent entraîner une sous-estimation ou une surestimation du nombre de personnes impliquées. Par exemple, plusieurs personnes exposées à une chauve-souris peuvent être évaluées sur un seul questionnaire d'enquête ou inversement une enquête peut être faite en l'absence d'exposition significative.
- (b) Ce nombre exclut 3 enquêtes reliées à des animaux inconnus.
- (c) Ce nombre inclut 7 personnes ayant refusé la PPE à la suite d'une exposition à une chauve-souris (6) ou un chat ainsi que 14 personnes ayant cessé la vaccination lorsque l'animal s'est révélé négatif pour la rage (6 chauves-souris, 5 chats et 3 rats laveurs).

Autres zoonoses

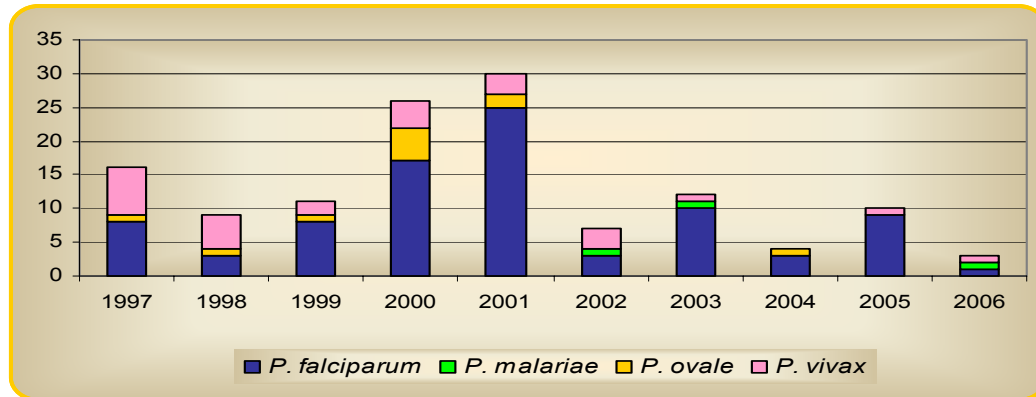
Huit (8) cas de **fièvre Q** ont été déclarés en 2006. Il s'agit de 3 femmes et de 5 hommes âgés de 25 à 79 ans (moyenne de 46). Une source probable a été identifiée pour 4 cas : contact avec des chèvres ou une chatte ayant mis bas et transport de carcasses d'animaux. Dans ce dernier cas, l'enquête du MAPAQ suggère que le nettoyage du camion au jet d'eau aurait pu favoriser l'inhalation de la bactérie. À noter qu'une déclaration de laboratoire n'a pas été validée parce que les résultats sérologiques reflétaient une infection chronique et que la surveillance de cette infection cible plutôt les cas aigus.

8.2 Maladies transmissibles par vecteur

En 2006, 3 cas d'infection à *Plasmodium* (malaria) ont été déclarés chez des voyageurs, ce qui représente le nombre annuel de cas le plus bas depuis 1997. Les 3 personnes atteintes sont des hommes âgés entre 25 et 59 ans. Deux infections ont été contractées en Afrique subsaharienne, dont 1 causée par *Plasmodium falciparum* et 1 par *Plasmodium malariae*. Une infection par *Plasmodium vivax* a été contractée en Asie. L'infection à *P. malariae* s'est déclarée 20 mois après le retour du voyage. La durée des voyages était de 1 mois ou plus. Une personne prenait la chimioprophylaxie de façon irrégulière, une autre l'a cessée prématurément après son retour et la troisième a consulté en clinique santé-voyage, mais a

refusé la chimioprophylaxie.

Figure 18 Nombre de cas d'infection à *Plasmodium* selon la nature du parasite, Montérégie, 1997-2006



Entre 1997 et 2006 de 3 à 30 cas de paludisme ont été déclarés annuellement, avec une médiane de 11 cas. La majorité est due au *P. falciparum* (68 %) et *P. vivax* (20 %). Des pics de 26 et 30 cas ont été observés en 2000 et 2001. La plupart des personnes atteintes étaient des réfugiés nouvellement arrivés d'Afrique. Une étude sur le dépistage du paludisme effectuée auprès de ces personnes a pu contribuer à une détection accrue de la maladie. Depuis 2002 des interventions préventives sont menées auprès des réfugiés et l'incidence du paludisme a diminué. La grande majorité des voyageurs ayant contracté le paludisme n'ont pris aucune chimioprophylaxie ou encore une chimioprophylaxie inadéquate. Les groupes à risque sont les travailleurs, les expatriés, les personnes séjournant 3 semaines ou plus en région impaludée et celles retournant visiter leur pays d'origine.

En 2006, il n'y a eu aucun cas d'infection par le virus du Nil occidental (VNO) déclaré en Montérégie. Un (1) seul cas a été déclaré au Québec.

Un cas de **maladie de Lyme** a été confirmé en 2006 chez une personne qui avait visité un camping du Rhode Island en juillet 2005. Elle avait développé un érythème migratoire 3 semaines plus tard, mais la sérologie a été faite tardivement après une visite médicale de routine. Cette personne n'avait pas remarqué de morsure de tique. Un médecin a signalé un autre cas cliniquement compatible qui n'a pas été retenu, car la sérologie s'est avérée négative.

Infections nosocomiales

9

9.1 Infections nosocomiales causées par des bactéries multirésistantes

En 2006, aucun centre hospitalier de la Montérégie n'a déclaré d'**éclosion d'entérocoque résistant à la vancomycine** (ERV). De même, aucun établissement de soins de longue durée n'a déclaré d'**éclosion au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline** (SARM). Aucun cas d'infection au *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine (SARV) n'a été déclaré.

Des changements ont été apportés pour la présentation des données du programme régional de surveillance des nouveaux cas de colonisation ou d'infection à SARM. Les données sont présentées pour les 13 périodes, du 1^{er} avril au 31 mars, pour les années 2005-2006 et 2006-2007 et l'incidence est calculée par 1 000 patients-jours plutôt que par 100 admissions. À noter que les données de la période 13 de l'année 2006-2007 étaient non disponibles pour 2 CH au moment de la rédaction de ce rapport.

Tableau XXVIII Données sur les cas de SARM dans les centres hospitaliers, Montérégie, 2005-2006 et 2006-2007

	Montérégie		Valeur médiane par CH	
	2005-2006	2006-2007	2005-2006 (étendue selon le CH)	2006-2007 (étendue selon le CH)
Nombre de nouveaux cas	1 646	1 286	138 (de 19 à 337)	112 (de 30 à 296)
Nombre de cas nosocomiaux	853	644	72 (de 9 à 148)	53 (de 17 à 152)
Incidence par 1 000 patients-jours des cas nosocomiaux	1,5	1,1	1,2 (de 0,8 à 2,7)	1,2 (de 0,6 à 1,7)
Proportion cas infectés/cas nosocomiaux	18 %	15 %	16 %	14 % (de 5 à 35 %)

En 2006-2007, le nombre de nouveaux cas de SARM a diminué de 22 %, passant de 1 646 cas en 2005-2006 à 1 286 cas en 2006-2007. Parmi ces nouveaux cas, certains sont dits d'origine nosocomiale parce qu'ils sont considérés comme étant contractés dans le centre hospitalier déclarant. La proportion globale de cas de SARM d'acquisition nosocomiale n'a pas varié par rapport à l'année précédente (52 % en 2005-2006 et 50 % en 2006-2007). Selon le centre hospitalier, cette proportion varie de 30 à 61 %. L'incidence des cas de SARM d'acquisition

nosocomiale a diminué, passant de 1,5 par 1 000 patients-jours en 2005-2006 à 1,1 par 1 000 patients-jours en 2006-2007. La proportion des cas de SARM nosocomiaux infectés a aussi diminué, passant de 18 % (de 7 à 52 % selon le CH) en 2005-2006 à 15 % (de 5 à 35 % selon le CH) en 2006-2007.

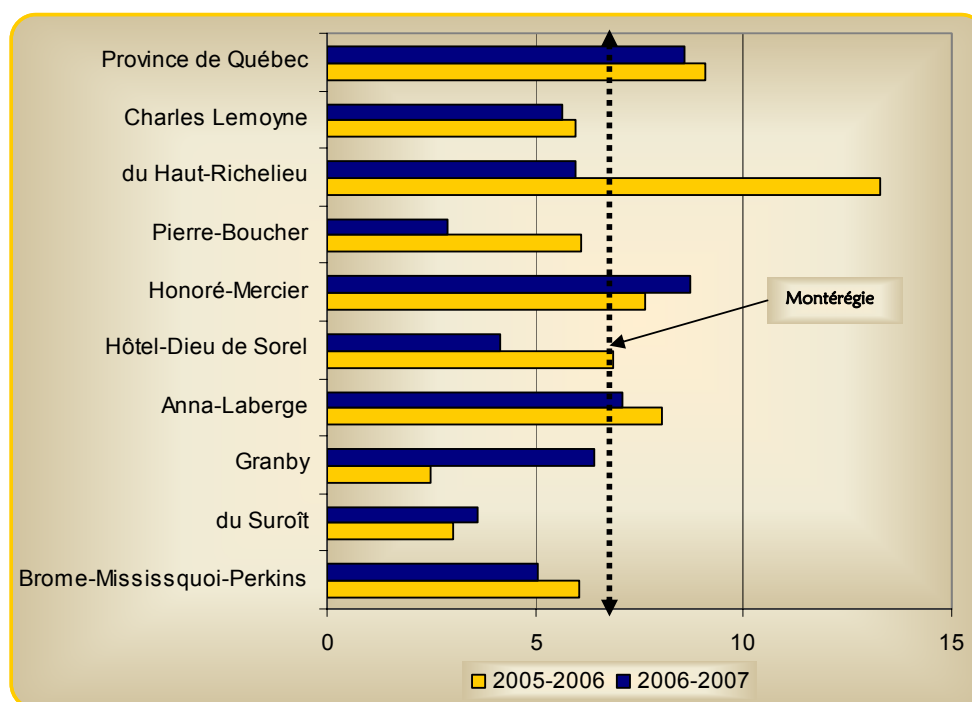
9.2 Diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD)

Dans ce rapport, les données du programme provincial de surveillance de la DACD sont présentées pour les 13 périodes financières, du 1^{er} avril au 31 mars, pour les années 2005- 2006 et 2006-2007.

En 2006-2007, 341 cas de diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD) ont été déclarés par les 10 centres hospitaliers de la Montérégie. L'incidence a diminué de 23 % par rapport à l'année précédente, passant de 7,3 à 5,6 par 10 000 patients-jours. Au cours de la même période, l'incidence au Québec n'a diminué que de 6 % (9,1 à 8,6 par 10 000 patients-jours).

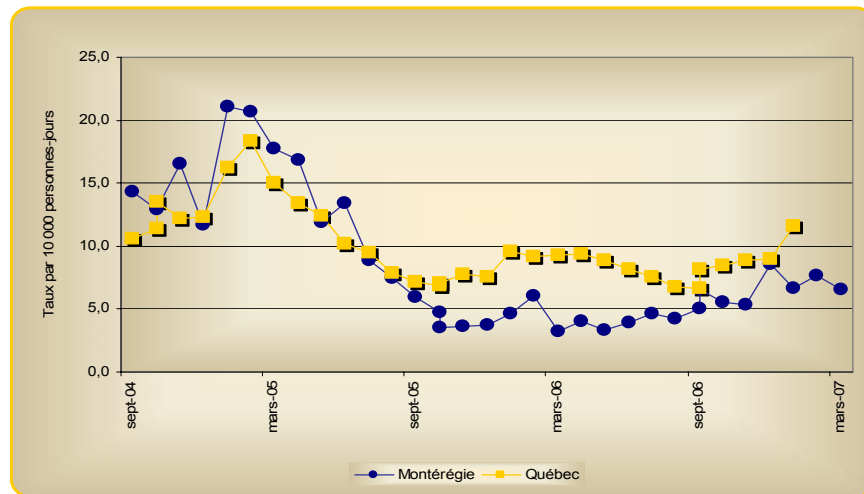
En 2006-2007, le nombre annuel de cas de DACD par centre hospitalier a varié de 12 à 66, pour une médiane de 27. La figure 19 montre l'incidence par centre hospitalier au cours des 2 dernières années.

Figure 19 Incidence par 10 000 patients-jours de DACD nosocomiale, selon le centre hospitalier, Montérégie et Québec, 2005-2006 et 2006-2007



La figure 20 montre la variation de l'incidence de la DACD depuis le début du programme provincial de surveillance. En 2006-2007, l'incidence a varié de la même façon en Montérégie et au Québec, mais l'incidence en Montérégie est toujours demeurée inférieure à celle de la province.

Figure 20 Incidence par 10 000 patients-jours de DACD d'acquisition nosocomiale, Montérégie et Québec, septembre 2004 à mars 2007



Le tableau XXIX présente le nombre de complications et de décès reliés à une DACD. En 2006-2007, en Montérégie, la complication la plus fréquente est l'admission aux soins intensifs (5,6 %) alors qu'au Québec c'est la réadmission (5,0 %). La mortalité associée à la DACD a augmenté en Montérégie, passant de 6,7 % en 2005-2006 à 10,7 % en 2006-2007. Au cours de la même période, la mortalité a peu varié au Québec, 6,5 % en 2005-2006 et 6,9 % en 2006-2007. Cette augmentation des complications et des décès par rapport à l'année précédente s'explique par une éclosion de DACD survenue dans un centre hospitalier causée par la souche A, souche plus virulente. Une étude réalisée en 2005 par l'INSPQ¹¹ a démontré que la souche de génotype A est associée à une forme plus grave de la maladie et à un nombre plus grand d'admissions aux soins intensifs, de colectomies et de décès attribuables à la DACD.

Tableau XXIX Nombre et proportion des DACD nosocomiales ayant amené une complication ou un décès, Montérégie, 2005-2006 et 2006-2007^(a)

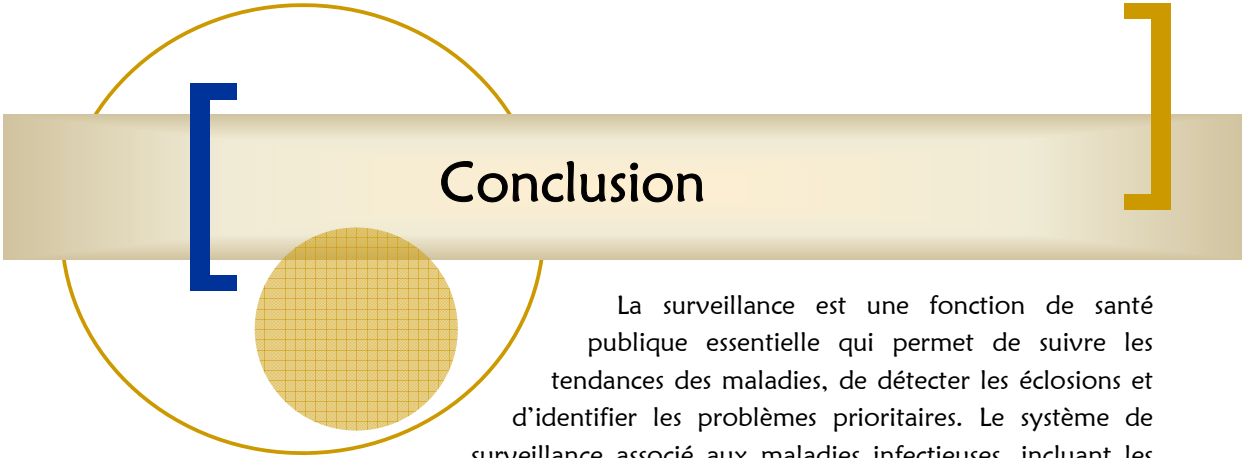
Complications	2005-2006 ^(b)		2006-2007 ^(d)	
	Nombre de cas	Proportion des DACD nosocomiales	Nombre de cas	Proportion des DACD nosocomiales
Réadmission	31	7,4 %	6	2,6 %
Admission aux soins intensifs	16	3,8 %	13	5,6 %
Colectomie	3	0,7 %	6	2,6 %
Décès associés ^(d)	28	6,7 %	25	10,7 %

(a) La surveillance des complications et des décès est un volet optionnel du programme provincial de surveillance de la DACD.

(b) L'information est disponible pour 419 cas, soit 97 % des cas.

(c) L'information est disponible pour 240 cas, soit 70 % des cas.

(d) Cas pour lesquels la DACD est la cause principale du décès ou une cause contributive.



Conclusion

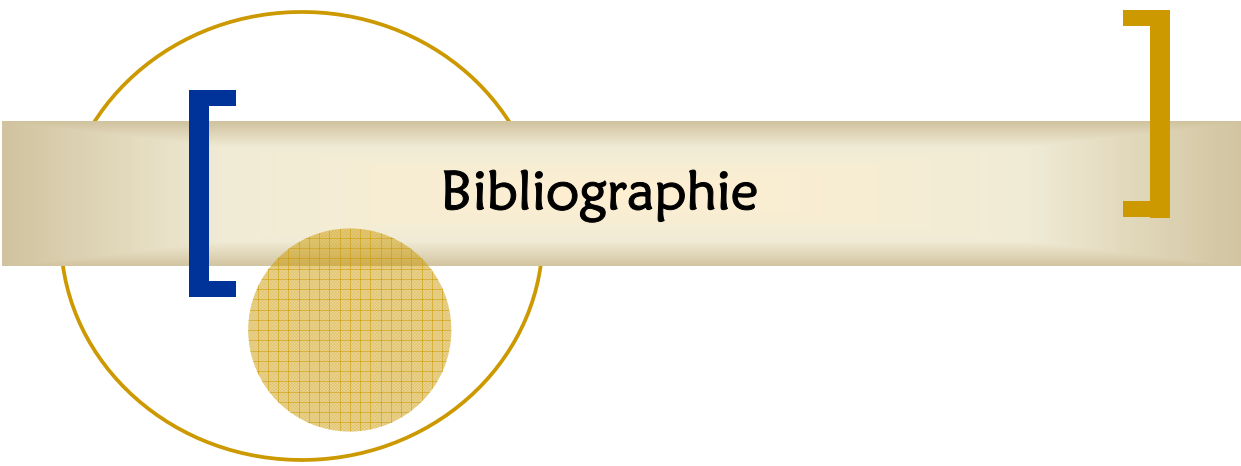
La surveillance est une fonction de santé publique essentielle qui permet de suivre les tendances des maladies, de détecter les éclosions et d'identifier les problèmes prioritaires. Le système de surveillance associé aux maladies infectieuses, incluant les maladies à déclaration obligatoire (MADO), est un système qui se doit d'être utile aux professionnels de la santé et l'utilisation des informations de ce rapport doit être encouragée.

Ce rapport 2006 sur les maladies infectieuses en Montérégie est un outil de surveillance qui permet aux gestionnaires et aux intervenants des CSSS de mieux connaître l'état de santé de leur population au regard des maladies infectieuses. La surveillance permet d'orienter les actions à poser en vue de corriger les problèmes observés.

Chacune de ces situations confirme qu'il demeure indispensable de maintenir nos efforts pour améliorer la santé de la population. Pour ce faire, la collaboration étroite entre la Direction de santé publique et les professionnels du réseau de la santé est une condition incontournable pour mettre en place des actions efficaces.

Ce rapport nous le souhaitons vivement, devrait faire partie des outils dont les professionnels disposent pour réussir notre mission commune :

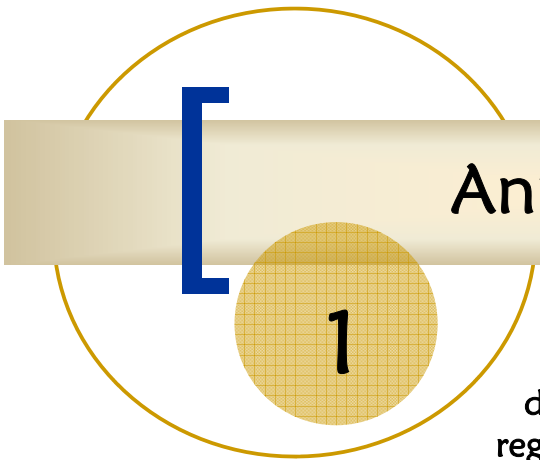
L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION !



Bibliographie

- 1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 2003, 133 p.
- 2 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec. Définitions nosologiques. Maladies d'origine infectieuse*, 6^e édition, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 119 p.
- 3 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocole d'immunisation du Québec*, 4^e édition, Québec, Gouvernement du Québec, 2004, 471 p.
- 4 RIVEST, P., et autres. « Evaluation of the completeness of reporting of invasive meningococcal disease », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 90, n° 4, 1999, p. 250-252.
- 5 POULIN, C. *Évaluation du programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement, de 1998 à 2002*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 70 p.
- 6 DEEKS, S., et autres. « Failure of physicians to consider the diagnosis of pertussis in children », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 28, 1999, p. 840-846.
- 7 THOMAS K.M., et autres. « Estimated numbers of community cases of illness due to *Salmonella*, *Campylobacter* and verotoxicogenic *Escherichia coli*: pathogen-specific community rates », *Canadian Journal of Infectious diseases and Medical Microbiology*, vol. 17, n° 4, 2006, p. 229-234.
- 8 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque 2005-2006*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2006, 43 p.
- 9 AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement 2006*, Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 2006, 426 p.
- 10 ROY, É., et autres. *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection : épidémiologie du VIH de 1995 à 2005, épidémiologie du VHC de 2003 à 2005*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2006, 51 p.

- 11 PILON, P.A. et R. Paré. *Mesures de contrôle et prévention des éclosions de cas de gastro-entérite infectieuse d'allure virale (norovirus) à l'intention des établissements de soins*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2005, 66 p.
- 12 BRUNO, H., et autres. *Caractéristiques des souches de Clostridium difficile au Québec en 2005. Impact sur l'incidence et la fréquence des complications des diarrhées associées au Clostridium difficile*, Institut national de santé publique du Québec, décembre 2006, 49 p. (disponible au www.inspq.qc.ca/publications).



Annexe

1

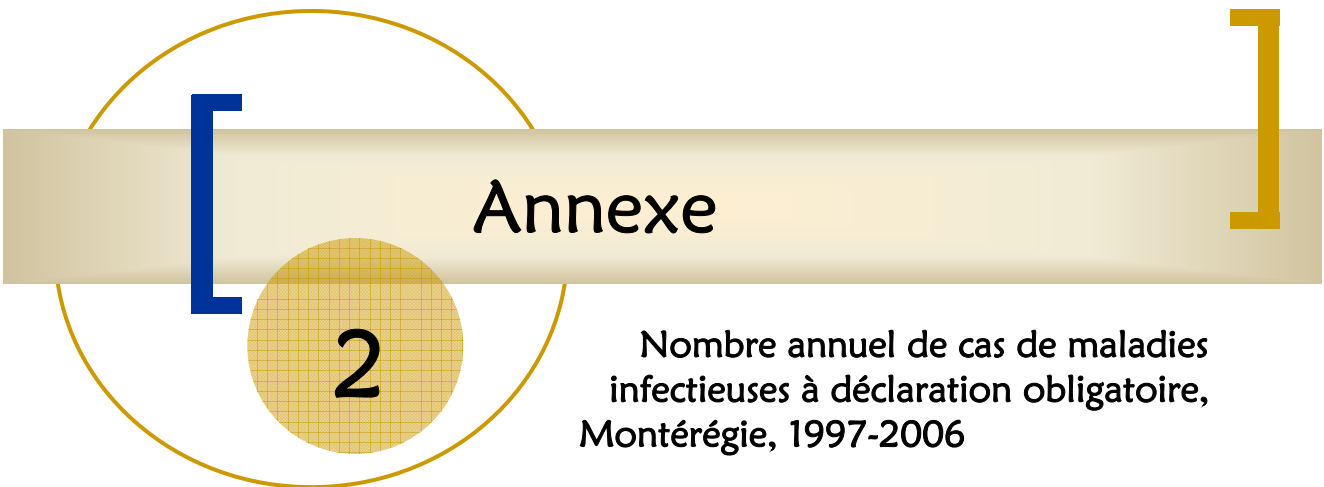
Liste des maladies d'origine infectieuse à
déclaration obligatoire au Québec et liste
des modifications faites depuis le début du
registre central MADO

ANNEXE I Liste des maladies d'origine infectieuse à déclaration obligatoire au Québec et liste des modifications faites depuis la création du registre MADO

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Maladies évitables par la vaccination																	
Coqueluche																	
Diphtérie																	
Infection à <i>Haemophilus influenzae</i>	a b																
Oreillons	a																
Paralysie flasque aiguë																	
Poliomyélite																	
Rougeole	a																
Rubéole	a																
Rubéole congénitale																	
Tétanos																	
Variole																	
Maladies transmissibles par voie respiratoire																	
Anthrax (maladie du charbon)																	
Infection invasive à méningocoque																	
Infection invasive à pneumocoque																	
Inf. invasive à strept. du groupe A																	
Inf. invasive à strept. du groupe B	c																
Légionellose	a																
Lèpre																	
Méningite à entérovirus																	
Peste																	
Scarlatine																	
SRAS																	
Tuberculose																	
Maladies transmissibles sexuellement																	
Chancre mou																	
Granulome inguinale																	
Hépatite B (aiguë, chron., non préc.)																	
Herpès néonatal																	
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>																	
Infection gonococcique																	
Lymphogranulomatose vénérienne																	
Infection par le VIH	d																
Sida	d																
Syphilis	a																
Infections d'intérêt pour la biovigilance																	
Babésiose																	
Fièvres hémorragiques virales																	
Hépatite C																	
Hépatite D																	
Hépatite E																	
Hépatite sans précision																	
Infection à HTLV-I ou HTLV-2																	
Maladie de Chagas																	
Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)																	

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Maladies entériques																	
Amibiase																	
Botulisme																	
Choléra																	
Cryptosporidiose																	
Cyclosporoze																	
Fièvre paratyphoïde																	
Fièvre typhoïde																	
Gastro-entérite épidémique															e		
G.-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>																	
Giardiase																	
Hépatite A																	
Infection à <i>Campylobacter</i>																	
Infection à <i>Escherichia coli</i>								f			g				h		
Listériose																	
Salmonellose																	
Shigellose																	
Toxi-infection alimentaire																	
Zoonoses																	
Brucellose																	
Fièvre Q																	
Infection à hantavirus																	
Leptospirose																	
Psittacose																	
Rage																	
Trichinose																	
Tularémie																	
Typhus																	
Maladies transmissibles par vecteur																	
Encéphalite à arbovirus																j	
Fièvre jaune																	
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)																	
Infection par virus du Nil occidental																	
Maladie de Lyme																	
Infections nosocomiales																	
Écllosion à ERV																	
Écllosion à SARM																	
Infection à SARV																	

- a Retrait de la catégorie « Cas clinique ».
- b Ajout de tous les sérotypes d'*Haemophilus influenzae*.
- c Déclaration seulement pour les nouveau-nés âgés de moins de 1 mois.
- d Déclaration à la DSP si la personne a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des tissus ou des organes.
- e La catégorie « Diarrhée épidémique » changée pour « Gastro-entérite épidémique ».
- f Déclaration seulement des souches d'*Escherichia coli* O157.
- g Ajout de la déclaration des souches d'*Escherichia coli* productrices de vérocytotoxine.
- h Ajout de la déclaration des infections invasives à *Escherichia coli*, peu importe la souche.
- i Ajout de la catégorie « Cas clinique ».
- j Avant 2004, une encéphalite causée par le VNO aurait été déclarée comme une encéphalite à arbovirus.



Annexe

2

Nombre annuel de cas de maladies
infectieuses à déclaration obligatoire,
Montréal, 1997-2006

ANNEXE 2 Nombre annuel de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Montérégie, 1997-2006

[illegible]

ANNEXE 2 Nombre annuel de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Montérégie, 1997-2006

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Maladies entériques										
Amibiase	14	24	17	11	22	14	10	18	20	24
Botulisme	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Cryptosporidiose	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	9	6	3
Cyclospore	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1	23	2
Fièvre paratyphoïde	-	2	-	2	5	4	4	3	2	8
Fièvre typhoïde	1	-	2	-	-	1	2	1	3	1
Gastro-entérite épidémique ^(e)	3	6	9	15	6	21	20	30	10	34
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	22	15	13	14	11	15	16	13	23	30
Giardiase	117	148	168	140	144	143	179	148	181	150
Hépatite A	49	22	24	17	14	12	14	18	11	46
Infection à <i>Campylobacter</i>	519	499	468	406	419	440	403	456	452	467
Infection à <i>Escherichia coli</i>	52 ^(a)	62	84	105	44 ^(a)	58	28	23 ^(a)	35	23
Listériose	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3	8	8
Salmonellose	194	176	145	157	149	203	163	158	157	160
Shigellose	54	27	30	22	34	26	20	23	19	28
Toxi-infection alimentaire et hydrique ^(e)	60	71	19	63	36	27	24	31	29	35
Zoonoses										
Brucellose	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Fièvre Q	2	7	96	8	3	8	13	5	4	8
Infection à hantavirus	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-	-	-
Leptospirose	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-	-	-
Psittacose	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trichinose	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-
Tularémie	-	-	-	6	1	-	-	1	1	-
Maladies transmissibles par vecteur										
Encéphalite à arbovirus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	16	9	11	26	30	7	12	4	10	3
Infection par le virus du Nil occidental (VNO)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5	6	1	-	-
Maladie de Lyme	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-	3	1
Total de cas déclarés	2 565	3 301	3 084	3 014	3 028	3 359	3 273	3 597	3 504	3 488

Données tirées du registre central MADO, 2 avril 2007

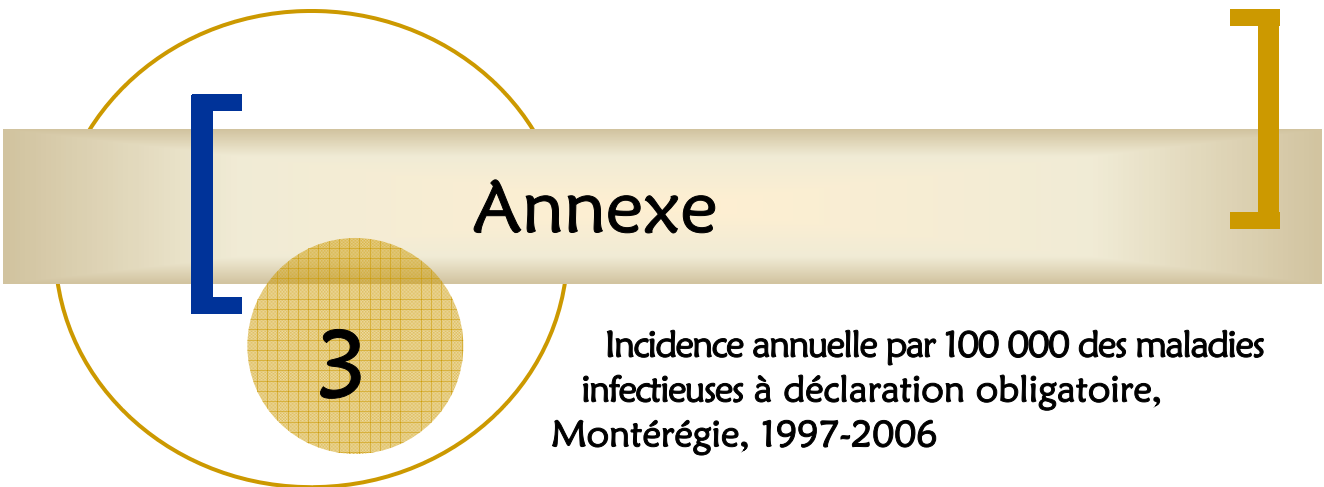
(a) Définition nosologique modifiée pour l'année en question (voir l'annexe 1).

(b) Aucun cas déclaré.

(c) Non disponible, car non à déclaration obligatoire pour l'année en question.

(d) Données non disponibles au moment de la rédaction de ce rapport.

(e) Nombre d'épisodes déclarés.



Annexe

3

Incidence annuelle par 100 000 des maladies
infectieuses à déclaration obligatoire,
Montréal, 1997-2006

ANNEXE 3 Incidence annuelle par 100 000 des maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Montérégie, 1997-2006

[illegible]

ANNEXE 3 Incidence annuelle par 100 000 des maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Montérégie, 1997-2006

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Maladies entériques										
Amibiase	1,1	1,9	1,3	0,8	1,7	1,1	0,7	1,3	1,5	1,8
Botulisme	-	-	-	-	0,1	-	-	-	-	-
Cryptosporidiose	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,7	0,4	0,2
Cyclospore	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,1	1,7	0,1
Fièvre paratyphoïde	-	0,2	-	0,2	0,4	0,3	0,3	0,2	0,1	0,6
Fièvre typhoïde	0,1	-	0,2	-	-	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	1,7	1,2	1,0	1,1	0,8	1,1	1,2	1,0	1,7	2,2
Giardiase	9,1	11,4	12,9	10,7	11,0	10,8	13,4	11,0	13,3	11,0
Hépatite A	3,8	1,7	1,8	1,3	1,1	0,9	1,0	1,3	0,8	3,4
Infection à <i>Campylobacter</i>	40,3	38,5	36,0	31,1	31,9	33,2	30,2	33,9	33,3	34,2
Infection à <i>Escherichia coli</i>	4,0 ^(a)	4,8	6,5	8,0	3,4 ^(a)	4,4	2,1	1,7 ^(a)	2,6	1,7
Listériose	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,2	0,6	0,6
Salmonellose	15,1	13,6	11,2	12,0	11,4	15,3	12,2	11,7	11,6	11,7
Shigellose	4,2	2,1	2,3	1,7	2,6	2,0	1,5	1,7	1,4	2,1
Zoonoses										
Brucellose	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	-
Fièvre Q	0,2	0,5	7,4	0,6	0,2	0,6	1,0	0,4	0,3	0,6
Infection à hantavirus	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-	-	-
Leptospirose	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-	-	-
Psittacose	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trichinose	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	-	-
Tularémie	-	-	-	0,5	0,1	-	-	0,1	0,1	-
Maladies transmissibles par vecteur										
Encéphalite à arbovirus ^(a)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	1,2	0,7	0,8	2,0	2,3	0,5	0,9	0,3	0,7	0,2
Infection par le virus du Nil occidental (VNO)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,4	0,4	0,1	-	-
Maladie de Lyme	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-	0,2	0,1
Incidence annuelle moyenne	194,1	249,0	235,1	224,9	227,6	250,0	241,6	262,5	255,5	250,6

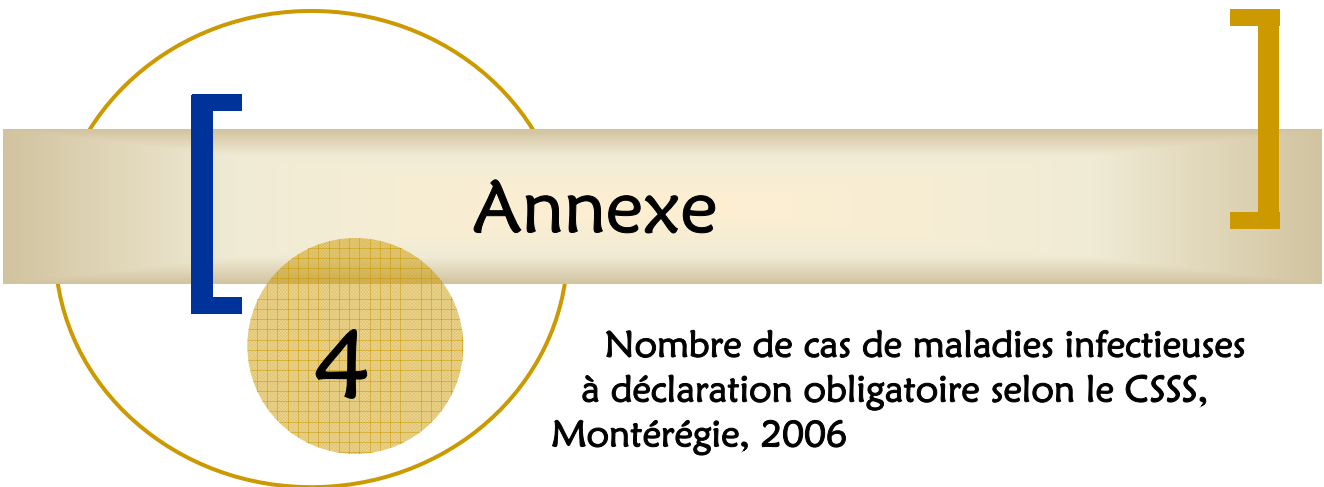
Données tirées du registre central MADO, 2 avril 2007

(a) Définition nosologique modifiée pour l'année en question (voir l'annexe 1).

(b) Aucun cas déclaré.

(c) Non disponible, car non à déclaration obligatoire pour l'année en question.

(d) Données non disponibles au moment de la rédaction de ce rapport.



Annexe

4

Nombre de cas de maladies infectieuses
à déclaration obligatoire selon le CSSS,
Montréal, 2006

ANNEXE 4 Nombre de cas de maladies infectieuses à déclaration selon le CSSS, Montérégie 2006

[illegible]

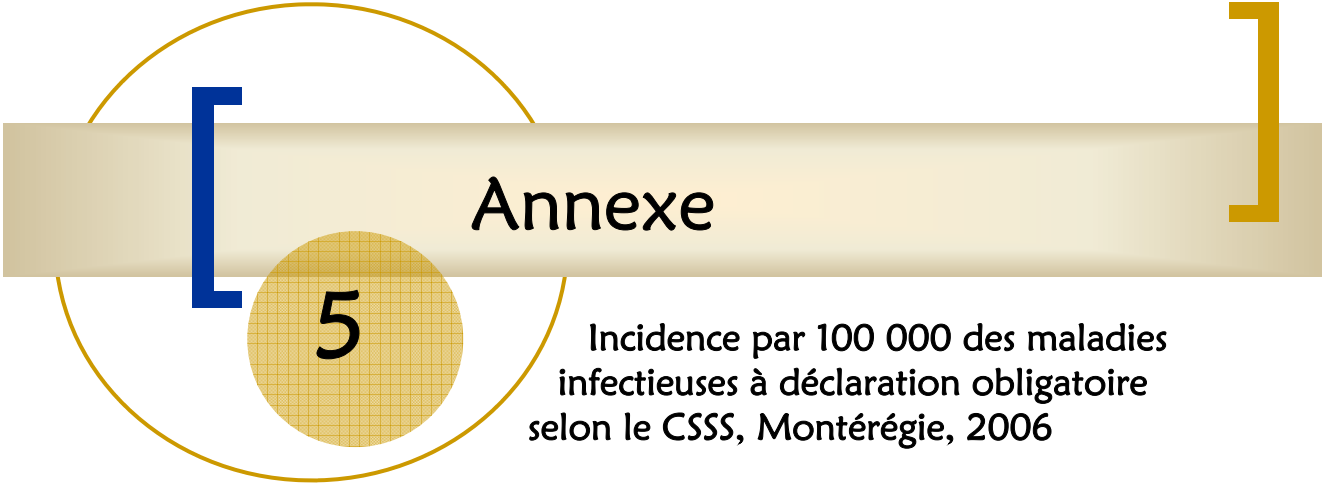
ANNEXE 4 Nombre de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon le CSSS, Montérégie 2006

Centres de santé et des services sociaux	du Haut St-Laurent	du Suroît	Jardins Roussillon	Champlain	Pierre Boucher	Haut- Richelieu- Rouville	Richelieu Yamaska	de Sorel Tracy	La Pommerai	Haute Yamaska	de Vaudreuil Soulanges	Inconnu	Total
Maladies entériques													
Amibiase	-	-	2	7	-	2	2	1	2	5	3	-	24
Cryptosporidiose	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	3
Cyclospore	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2
Fièvre paratyphoïde	2	1	-	1	3	1	-	-	-	-	-	-	8
Fièvre typhoïde	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Gastro-entérite épidémique ^(b)	-	1	1	8	10	3	2	1	1	4	1	2	34
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	1	-	8	4	5	2	6	-	-	3	-	1	30
Giardiase	-	5	9	20	23	23	17	2	9	37	5	-	150
Hépatite A	26	5	6	1	2	-	2	1	-	2	1	-	46
Infection à <i>Campylobacter</i>	9	9	43	24	70	105	93	19	32	38	25	-	467
Infection à <i>Escherichia coli</i>	1	1	3	4	6	1	3	-	1	1	2	-	23
Listériose	-	2	-	1	1	1	2	1	-	-	-	-	8
Salmonellose	4	5	17	25	24	18	28	6	5	9	17	2	160
Shigellose	-	-	2	9	5	4	5	-	1	2	-	-	28
Toxi-infection alimentaire ^(b)	1	1	3	3	7	7	9	1	1	-	2	-	35
Zoonoses													
Brucellose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fièvre Q	-	-	-	-	1	1	4	1	-	-	1	-	8
Psittacose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trichinose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tularémie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maladies transmissibles par vecteur													
Encéphalite à arbovirus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	3
Infection par le virus du Nil occidental (VNO)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maladie de Lyme	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Total de cas déclarés	75	147	376	467	670	512	480	101	144	291	216	9	3 488

Données tirées du registre central MADO, 2 avril 2007

(a) Aucun cas déclaré.

(b) Nombre d'épisodes déclarés.



Annexe

5

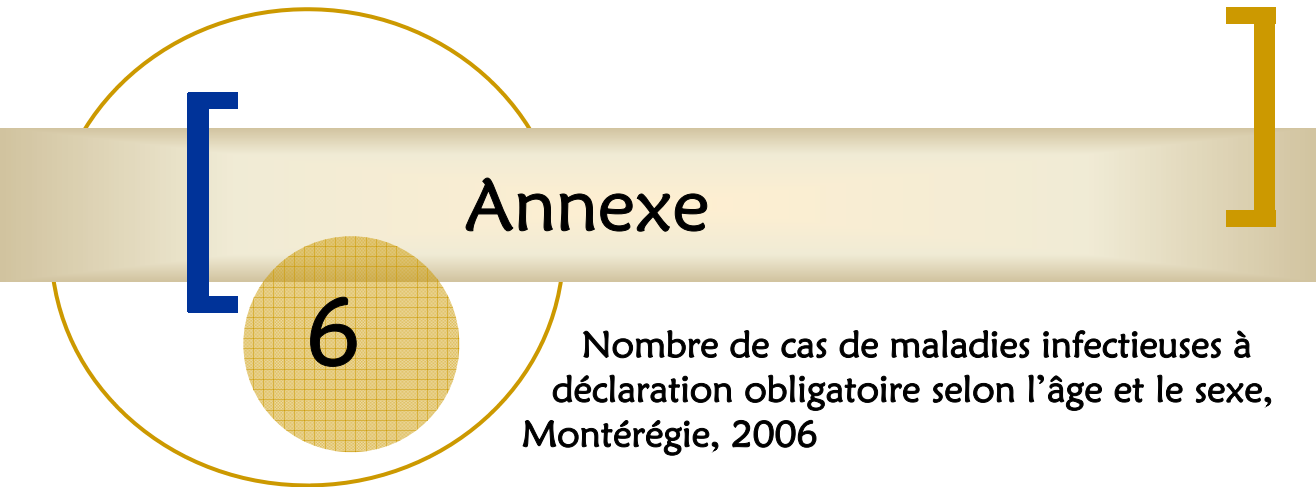
Incidence par 100 000 des maladies
infectieuses à déclaration obligatoire
selon le CSSS, Montréal, 2006

ANNEXE 5 Incidence par 100 000 des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon le CSSS, Montérégie 2006

Centres de santé et des services sociaux	Haut- du St-Laurent	du Suroît	Jardins- Roussillon	Champlain	Pierre- Boucher	Haut- Richelieu- Rouville	Richelieu- Yamaska	Sorel- Tracy	La Pommerai	de la Haute- Yamaska	de Vaudreuil- Soulanges	Total
Maladies entériques												
Amibiase	-	-	1,1	3,7	-	1,2	1,0	2,0	3,9	5,7	2,6	1,8
Cryptosporidiose	-	-	-	-	0,4	-	1,0	-	-	-	-	0,2
Cyclosporose	-	1,8	-	-	-	0,6	-	-	-	-	-	0,1
Fièvre paratyphoïde	8,0	1,8	-	0,5	1,2	0,6	-	-	-	-	-	0,6
Fièvre typhoïde	-	-	-	-	0,4	-	-	-	-	-	-	0,1
Gastroentérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	4,0	-	4,3	2,1	2,1	1,2	3,0	-	-	3,4	-	2,2
Giardiase	-	9,1	4,8	10,4	9,5	14,2	8,6	4,0	17,5	42,4	4,3	11,0
Hépatite A	103,6	9,1	3,2	0,5	0,8	-	1,0	2,0	-	2,3	0,9	3,4
Infection à <i>Campylobacter</i>	35,9	16,3	22,9	12,5	29,0	65,0	47,1	37,7	62,4	43,5	21,7	34,2
Infection à <i>Escherichia coli</i>	4,0	1,8	1,6	2,1	2,5	0,6	1,5	-	1,9	1,1	1,7	1,7
Listériose	-	3,6	-	0,5	0,4	0,6	1,0	2,0	-	-	-	0,6
Salmonellose	15,9	9,1	9,0	13,1	9,9	11,1	14,2	11,9	9,7	10,3	14,7	11,7
Shigellose	-	-	1,1	4,7	2,1	2,5	2,5	-	1,9	2,3	-	2,1
Zoonoses												
Brucellose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fièvre Q	-	-	-	-	0,4	0,6	2,0	2,0	-	-	0,9	0,6
Psittacose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trichinose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tularémie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maladies transmissibles par vecteur												
Encéphalite à arbovirus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	-	-	-	-	0,4	1,2	-	-	-	-	-	0,2
Infection par le virus du Nil occidental (VNO)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maladie de Lyme	-	-	-	0,5	-	-	-	-	-	-	-	0,1
Incidence annuelle moyenne	298,8	266,2	200,2	243,8	277,7	316,8	243,3	200,3	280,7	333,5	187,2	250,3

Données tirées du registre central MADO, 2 avril 2007

(a) Aucun cas déclaré.



Annexe

6

Nombre de cas de maladies infectieuses à
déclaration obligatoire selon l'âge et le sexe,
Montréal, 2006

ANNEXE 6 Nombre de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'âge et le sexe, Montérégie, 2006

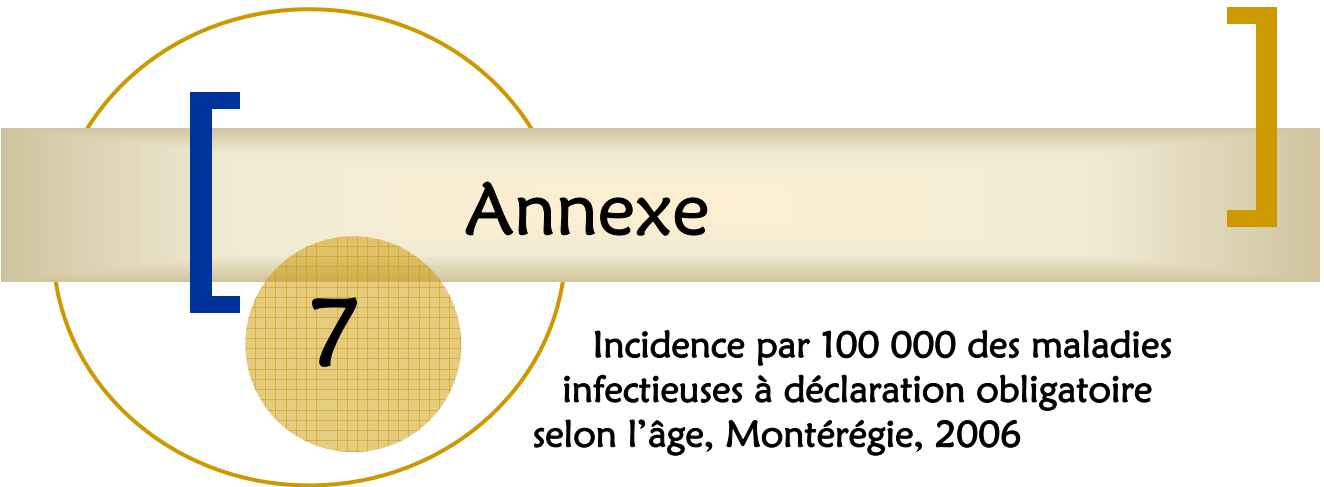
[illegible]

ANNEXE 6 Nombre de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'âge et le sexe, Montérégie, 2006

	< 1 an		1-4 ans		5-14 ans		15-24 ans		25-39 ans		40-59 ans		≥ 60 ans		Inc.	Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F
Maladies entériques																	
Amibiase	-	-	-	-	-	-	1	1	6	3	6	5	1	1	-	14	10
Cryptosporidiose	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	2
Cyclospore	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	1
Fièvre paratyphoïde	-	-	-	-	2	1	1	-	-	1	-	2	1	-	-	4	4
Fièvre typhoïde	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	2	2	2	1	1	3	1	5	-	1	5	2	3	1	1	14	15
Giardiase	-	-	15	13	17	8	5	4	22	22	17	16	4	6	1	80	69
Hépatite A	1	-	3	2	7	6	1	4	6	6	5	3	-	2	-	23	23
Infection à <i>Campylobacter</i>	1	2	11	11	33	9	66	31	56	54	69	54	35	34	1	271	195
Infection à <i>Escherichia coli</i>	-	-	1	-	3	-	1	1	2	1	2	4	5	2	1	15	8
Listériose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	2	3	-	4	4
Salmonellose	6	5	6	9	15	15	8	10	12	23	10	20	11	10	-	68	92
Shigellose	-	-	1	-	4	-	2	3	2	4	3	9	-	-	-	12	16
Zoonoses																	
Brucellose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fièvre Q	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	3	1	1	-	-	5	3
Psittacose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trichinose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tularémie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maladies transmissibles par vecteur																	
Encéphalite à arbovirus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	3	-
Infection par le virus du Nil occidental (VNO)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maladie de Lyme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-
Total de cas déclarés	15	16	46	48	106	98	340	989	404	438	403	237	142	128	9	1 459	1 956

Données tirées du registre central MADO, 2 avril 2007

(a) Aucun cas déclaré.



Annexe

7

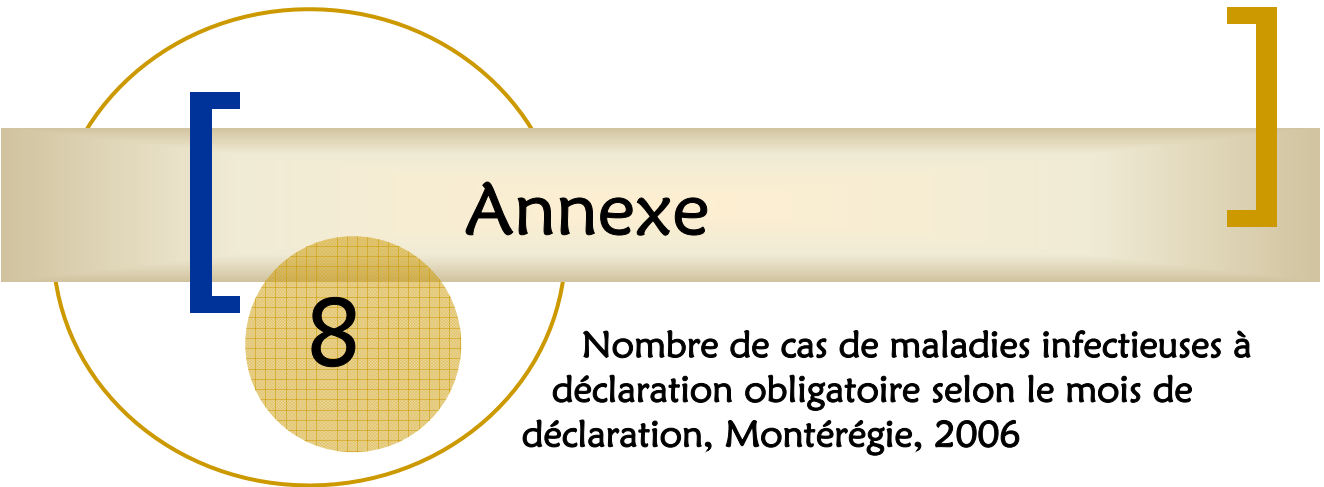
Incidence par 100 000 des maladies
infectieuses à déclaration obligatoire
selon l'âge, Montérégie, 2006

ANNEXE 7 Incidence par 100 000 des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'âge, Montérégie 2006

	< 1 an	1-4 ans	5-14 ans	15-24 ans	25-39 ans	40-59 ans	≥ 60 ans	Inc.	Total
Maladies entériques									
Amibiase	-	-	-	1,1	3,4	2,5	0,8	-	1,8
Cryptosporidiose	-	-	0,6	0,6	0,4	-	-	-	0,2
Cyclosporose	-	-	-	-	-	0,2	0,4	-	0,1
Fièvre paratyphoïde	-	-	1,8	0,6	0,4	0,5	0,4	-	0,6
Fièvre typhoïde	-	-	-	-	0,4	-	-	-	0,1
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	29,6	7,3	2,4	3,4	0,4	1,6	1,6	-	2,2
Giardiase	-	51,1	15,0	5,1	17,1	7,5	4,0	-	11,0
Hépatite A	7,4	9,1	7,8	2,8	4,6	1,8	0,8	-	3,4
Infection à <i>Campylobacter</i>	22,2	40,1	25,2	55,2	42,1	28,1	27,3	-	34,2
Infection à <i>Escherichia coli</i>	-	1,8	1,8	1,1	1,1	1,4	2,8	-	1,7
Listériose	-	-	-	-	-	0,7	2,0	-	0,6
Salmonellose	81,3	27,4	18,0	10,2	13,3	6,9	8,3	-	11,7
Shigellose	-	1,8	2,4	2,8	2,3	2,7	-	-	2,1
Zoonoses									
Brucellose	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fièvre Q	-	-	-	-	1,1	0,9	0,4	-	0,6
Psittacose	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trichinose	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tularémie	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maladies transmissibles par vecteur									
Encéphalite à arbovirus	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	-	-	-	-	0,4	0,5	-	-	0,2
Infection par le virus du Nil occidental (VNO)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maladie de Lyme	-	-	-	-	-	-	0,4	-	0,1
Incidence annuelle moyenne	229,1	171,5	122,3	756,8	319,7	146,1	107,0	-	250,6

Données tirées du registre central MADO, 2 avril 2007

(a) Aucun cas déclaré.



Annexe

8

Nombre de cas de maladies infectieuses à
déclaration obligatoire selon le mois de
déclaration, Montérégie, 2006

ANNEXE 8 Nombre de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon le mois de déclaration, Montérégie, 2006

[illegible]

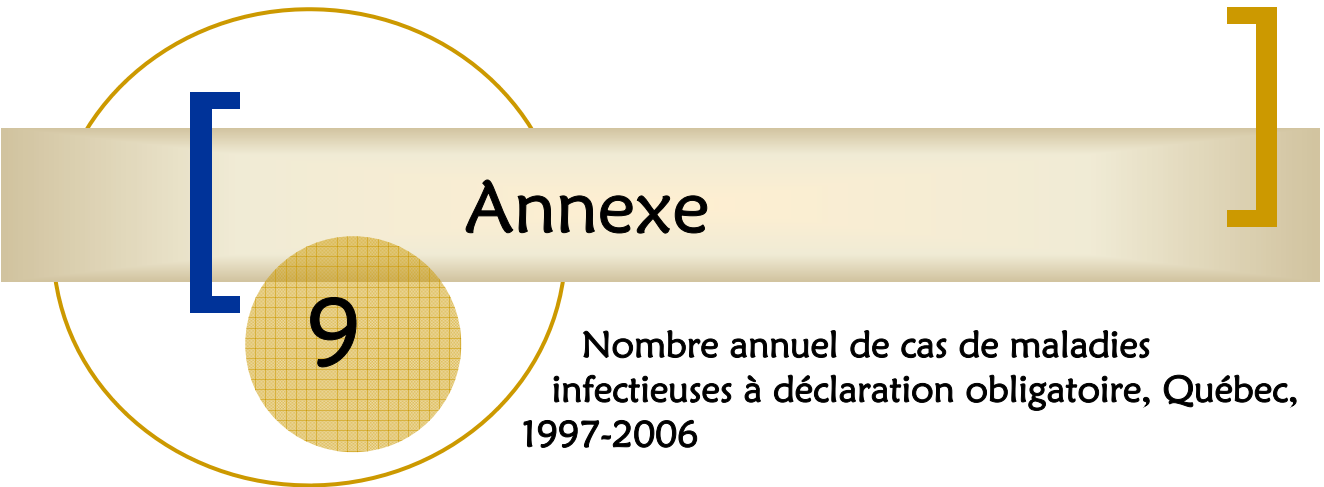
ANNEXE 8 Nombre de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon le mois de déclaration, Montérégie, 2006

	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
Maladies entériques													
Amibiase	1	2	2	-	3	3	3	1	3	1	3	2	24
Cryptosporidiose	-	-	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	3
Cyclospore	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2
Fièvre paratyphoïde	-	1	-	3	1	-	-	-	-	-	3	-	8
Fièvre typhoïde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Gastro-entérite épidémique ^(b)	1	1	-	3	-	2	1	-	1	1	2	22	34
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	7	4	2	2	1	1	-	5	2	2	2	2	30
Giardiase	9	10	10	10	10	7	6	20	23	20	11	14	150
Hépatite A	3	6	4	10	2	-	2	5	3	11	-	-	46
Infection à <i>Campylobacter</i>	34	20	50	17	25	29	57	59	47	69	39	21	467
Infection invasive à <i>Escherichia coli</i>	-	-	1	2	3	6	2	2	-	2	2	3	23
Listériose	-	-	1	1	-	-	2	2	1	-	1	-	8
Salmonellose	15	10	17	6	16	16	14	20	19	9	9	9	160
Shigellose	6	-	3	3	1	3	2	1	4	2	2	1	28
Toxi-infection alimentaire ^(b)	4	4	2	2	2	2	3	6	1	3	4	2	35
Zoonoses													
Brucellose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fièvre Q	2	1	-	1	-	-	-	2	-	1	-	1	8
Psittacose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trichinose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tularémie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maladies transmissibles par vecteur													
Encéphalite à arbovirus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	3
Infection par le virus du Nil occidental (VNO)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maladie de Lyme	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Total de cas déclarés	286	298	316	254	286	239	272	313	307	353	285	279	3 488

Données tirées du registre central MADO, 2 avril 2007

^(a) Aucun cas déclaré.

^(b) Nombre d'épisodes déclarés.



Annexe

9

Nombre annuel de cas de maladies
infectieuses à déclaration obligatoire, Québec,
1997-2006

ANNEXE 9 Nombre annuel de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Québec, 1997-2006

[illegible]

ANNEXE 9 Nombre annuel de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Québec, 1997-2006

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Maladies entériques										
Amibiase	241	217	217	215	218	199	215	213	192	226
Botulisme	12	5	3	2	4	7	4	5	-	7
Cryptosporidiose	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	36	31	21
Cyclosporoze	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	11	39	5
Fièvre paratyphoïde	3	7	9	12	17	15	33	16	21	28
Fièvre typhoïde	13	15	10	11	11	14	16	8	15	16
Gastro-entérite épidémique ^(e)	93	120	26	66	30	108	108	154	55	180
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	164	145	150	140	119	141	142	102	122	130
Giardiase	898	981	1 091	930	881	955	938	955	1 005	974
Hépatite A	567	195	173	110	108	96	100	106	91	121
Infection à <i>Campylobacter</i>	3 454	3 334	2 834	2 663	2 418	2 541	2 348	2 449	2 450	2 447
Infection à <i>Escherichia coli</i>	372 ^(a)	378	453	536	339 ^(a)	260	134	174 ^(a)	135	168
Listériose	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	32	38	49
Salmonellose	1 224	1 180	1 026	1 063	1 056	1 202	1 089	1 021	1 091	1 049
Shigellose	475	281	211	458	294	197	228	150	265	143
Toxi-infection alimentaire et hydrique ^(e)	259	213	131	184	107	142	111	140	93	103
Zoonoses										
Brucellose	-	-	3	1	3	2	2	3	-	1
Fièvre Q	27	35	110	42	41	33	38	43	29	34
Infection à hantavirus	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-	1	-
Leptospirose	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2	-	1
Psittacose	1	1	2	1	-	-	2	2	2	3
Rage	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Trichinose	4	1	1	-	-	-	6	5	-	2
Tularémie	4	5	12	18	8	8	8	8	16	7
Maladies transmissibles par vecteur										
Encéphalite à arbovirus	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	156	109	99	171	178	101	111	110	83	44
Infection par le virus du Nil occidental (VNO)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	20	17	3	5	1
Maladie de Lyme	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2	8	5
Total de cas déclarés	21 009	25 695	23 076	23 358	23 664	24 906	24 833	25 841	25 617	25 544

Données tirées du registre central MADO, 2 avril 2007

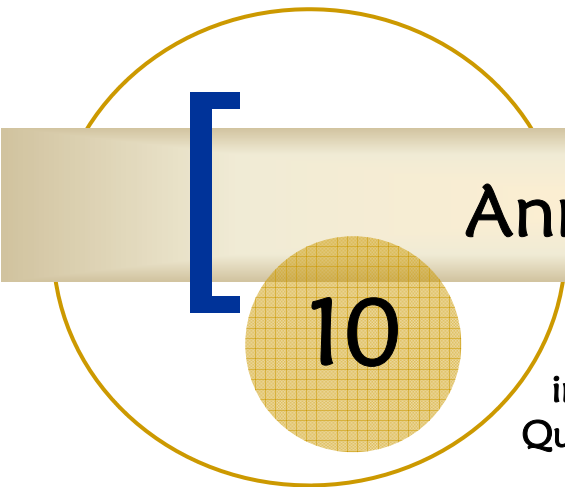
(a) Définition nosologique modifiée pour l'année en question (voir l'annexe 1).

(b) Aucun cas déclaré.

(c) Non disponible, car non à déclaration obligatoire pour l'année en question.

(d) Données non disponibles au moment de la rédaction de ce rapport.

(e) Nombre d'épisodes déclarés.



Annexe

10

Incidence annuelle par 100 000 des maladies
infectieuses à déclaration obligatoire,
Québec, 1997-2006

ANNEXE 10 Incidence annuelle par 100 000 des maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Québec, 1997-2006

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Maladies évitables par la vaccination										
Coqueluche	14,8	66,9	25,1	10,9	13,8	14,4	3,8	6,9	10,9	5,8
Infection invasive à <i>Haemophilus influenzae</i>	0,3 ^(a)	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,7 ^(a)	1,0	1,2
Infection invasive à méningocoque	0,9	0,5	0,5	0,5	1,4	1,0	0,8	1,0	1,0	1,1
Infection invasive à pneumocoque	9,3	10,5	10,3	10,5	11,9	11,0	11,5	12,8	11,1	8,4
Oreillons	0,2	0,4	0,1	0,3	0,2	< 0,1	0,1	< 0,1	.. ^(b)	0,1
Rougeole	0,1	< 0,1	< 0,1	0,4	-	< 0,1	< 0,1	< 0,1	-	< 0,1
Rubéole	0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	-	< 0,1	< 0,1	-
Rubéole congénitale	-	-	< 0,1	< 0,1	< 0,1	-	-	-	-	-
Tétanos	-	-	-	-	-	-	-	< 0,1	< 0,1	-
Maladies transmissibles par voie respiratoire										
Infection invasive à streptocoque du groupe A	2,4	2,5	2,3	2,7	2,1	2,1	3,7	2,7	2,6	2,4
Légionellose	0,3	0,4	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,3	0,3	0,5
Lèpre	-	-	-	< 0,1	-	< 0,1	-	< 0,1	< 0,1	-
Tuberculose	4,9	4,0	4,3	4,3	3,5	3,9	3,4	2,9	3,4	2,8
Infections transmissibles sexuellement										
Chancre mou	-	-	-	-	< 0,1	-	-	-	-	< 0,1
Granulome inguinal	-	-	-	-	-	-	-	< 0,1	-	-
Hépatite B aiguë	3,1	2,4	2,2	2,4	1,3	1,3	1,2	0,9	0,6	0,5
Hépatite B porteur chronique	15,0	13,6	13,4	12,8	14,1	13,0	11,8	10,2	7,0	8,0
Hépatite B non précisée	2,2	1,7	1,8	1,7	1,6	1,6	2,1	4,4	6,4	5,2
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	88,8	99,2	109,0	118,3	137,8	149,0	164,7	171,2	168,0	168,8
Infection gonococcique	7,6	6,8	8,5	9,2	11,2	11,8	11,8	11,0	11,9	16,8
Lymphogranulomatose vénérienne	< 0,1	-	-	-	-	-	< 0,1	< 0,1	0,3	0,6
Infection par le VIH	n.d. ^(c)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	6,8	5,3	10,2	6,4	N.D. ^(d)
Sida	4,8	3,0	2,4	2,2	1,5	1,4	1,8	N.D.	N.D.	N.D.
Syphilis infectieuse	0,1	< 0,1	0,1	0,1	0,2	0,6	2,1	3,2	3,4	4,8
Syphilis non infectieuse	0,5	0,5	0,4	0,3	0,5	0,7	1,6	1,3	1,2	1,4
Syphilis non précisée	< 0,1	0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,1	0,1	0,6	0,4	1,7
Infection d'intérêt pour la biovigilance										
Babésiose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	< 0,1
Hépatite C	23,6	40,4	44,7	50,3	39,5	34,1	30,0	36,6	32,0	29,4
Hépatite D	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	< 0,1	0,2
Hépatite E	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,1	< 0,1
Infection au HTLV type I ou II	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,1	0,2	0,1
Maladie de Chagas	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	< 0,1	< 0,1	-
Maladie de Creutzfeldt-Jakob et ses variantes	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	< 0,1	< 0,1	< 0,1

ANNEXE 10 Incidence annuelle par 100 000 des maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Québec, 1997-2006

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Maladies entériques										
Amibiase	3,3	3,0	3,0	2,9	2,9	2,7	2,9	2,8	2,5	3,0
Botulisme	0,2	0,1	< 0,1	< 0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	-	0,1
Cryptosporidiose	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,5	0,4	0,3
Cyclosporoze	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,1	0,5	0,1
Fièvre paratyphoïde	< 0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,3	0,4
Fièvre typhoïde	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	2,3	2,0	2,0	1,9	1,6	1,9	1,9	1,4	1,6	1,7
Giardiase	12,3	13,4	14,9	12,6	11,9	12,8	12,5	12,7	13,3	12,8
Hépatite A	7,8	2,7	2,4	1,5	1,5	1,3	1,3	1,4	1,2	1,6
Infection à <i>Campylobacter</i>	47,5	45,7	38,7	36,2	32,7	34,1	31,4	32,5	32,4	32,2
Infection à <i>Escherichia coli</i>	5,1 ^(a)	5,2	6,2	7,3	4,6 ^(a)	3,5	1,8	2,3 ^(a)	1,8	2,2
Listériose	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,4	0,5	0,6
Salmonellose	16,8	16,2	14,0	14,4	14,3	16,1	14,5	13,6	14,4	13,8
Shigellose	6,5	3,9	2,9	6,2	4,0	2,6	3,0	2,0	3,5	1,9
Zoonoses										
Brucellose	-	-	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	-	< 0,1
Fièvre Q	0,4	0,5	1,5	0,6	0,6	0,4	0,5	0,6	0,4	0,4
Infection à hantavirus	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-	< 0,1	-
Leptospirose	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	< 0,1	-	< 0,1
Psittacose	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	-	-	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Rage	-	-	-	< 0,1	-	-	-	-	-	-
Trichinose	0,1	< 0,1	< 0,1	-	-	-	0,1	0,1	-	< 0,1
Tularémie	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Maladies transmissibles par vecteur										
Encéphalite à arbovirus	-	-	-	-	< 0,1	-	< 0,1	- ^(a)	< 0,1	-
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	2,1	1,5	1,4	2,3	2,4	1,4	1,5	1,5	1,1	0,6
Infection par le virus du Nil occidental (VNO)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,3	0,2	< 0,1	0,1	< 0,1
Maladie de Lyme	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	< 0,1	0,1	0,1
Incidence annuelle moyenne	284,0	347,6	313,0	314,1	318,1	331,3	328,8	349,7	343,0	332,2

Données tirées du registre central MADO, 2 avril 2007

(a) Définition nosologique modifiée pour l'année en question (annexe 1).

(b) Aucun cas déclaré.

(c) Non disponible, car non à déclaration obligatoire pour l'année en question.

(d) Données non disponibles au moment de la rédaction de ce rapport.



Annexe

11

Nombre de cas de maladies infectieuses à
déclaration obligatoire selon l'âge et le sexe,
Québec, 2006

ANNEXE 11 Nombre de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'âge et le sexe, Québec, 2006

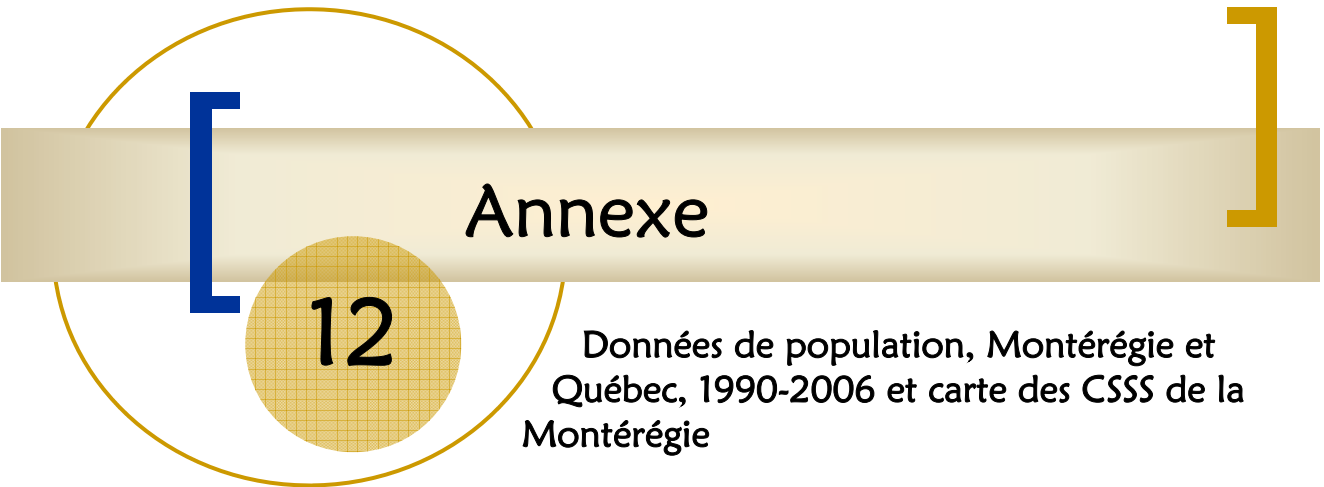
	< 1 an		1-4 ans		5-14 ans		15-24 ans		25-39 ans		40-59 ans		≥ 60 ans		Inc.	Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F
Maladies évitables par la vaccination																	
Coqueluche	28	16	38	38	97	103	11	19	3	34	19	23	4	2	4	201	237
Infection invasive à <i>Haemophilus influenzae</i>	6	3	5	3	2	4	-(a)	1	1	10	4	10	25	21	-	43	52
Infection invasive à méningocoque	4	5	5	6	5	5	12	18	6	2	3	9	3	4	-	38	49
Infection invasive à pneumocoque	15	14	30	19	24	9	7	3	41	30	84	73	136	152	1	337	300
Oreillons	-	-	-	-	-	1	2	1	1	-	1	1	-	1	-	4	4
Rougeole	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Rubéole	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rubéole congénitale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tétanos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maladies transmissibles par voie respiratoire																	
Infection invasive à streptocoque du groupe A	2	1	9	5	8	3	4	8	19	27	26	17	36	21	-	104	82
Légionellose	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	15	5	10	3	-	28	8
Tuberculose	-	1	4	2	-	1	20	18	24	24	28	21	41	30	1	117	97
Infections transmissibles sexuellement																	
Chancre mou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-
Hépatite B aiguë	-	2	-	-	-	-	-	1	10	3	10	3	4	3	-	24	12
Hépatite B porteur chronique	1	-	2	1	3	5	24	24	147	100	151	52	62	31	2	390	214
Hépatite B non précisée	-	-	-	-	1	1	17	18	90	101	89	42	17	10	10	214	172
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	3	3	-	-	3	95	1 860	6 403	1 572	2 267	330	198	22	10	71	3 804	8 994
Infection gonococcique	-	1	-	1	1	6	252	238	391	85	226	16	14	4	44	909	366
Lymphogranulomatose vénérienne	-	-	-	-	-	-	4	-	16	-	27	-	-	-	-	47	-
Syphilis infectieuse	-	-	-	-	-	-	26	2	127	3	194	1	14	-	-	361	6
Syphilis non infectieuse	-	-	-	-	-	-	2	2	16	14	30	10	19	14	1	67	40
Syphilis non précisée	-	-	-	-	-	-	2	2	24	7	60	3	13	13	4	100	25
Infections d'intérêt pour la biovigilance																	
Babésiose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	1
Hépatite C	1	2	-	1	-	-	60	58	394	213	897	301	100	116	95	1 458	696
Hépatite D	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	9	1	-	-	-	11	3
Hépatite E	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	-	1	2
Infection au HTLV type I ou II	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	4	-	4	-	1	9
Maladie de Chagas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maladie de Creutzfeldt-Jakob et ses variantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2

ANNEXE 11 Nombre de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'âge et le sexe, Québec, 2006

	< 1 an		1-4 ans		5-14 ans		15-24 ans		25-39 ans		40-59 ans		≥ 60 ans		Inc.	Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F
Maladies entériques																	
Amibiase	-	-	1	6	7	3	14	11	52	24	68	15	20	5	-	162	64
Botulisme	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	1	1	1	-	5	2
Cryptosporidiose	-	-	2	1	3	1	2	3	6	2	1	-	-	-	-	14	7
Cyclosporoze	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	1	-	3	2
Fièvre paratyphoïde	1	1	1	1	3	1	7	3	-	4	1	3	2	-	-	15	13
Fièvre typhoïde	-	-	1	3	2	2	1	2	1	3	-	1	-	-	-	5	11
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	4	4	15	4	9	9	4	15	5	14	13	11	13	9	1	63	66
Giardiase	3	2	87	76	74	40	58	57	159	134	130	85	32	36	1	543	430
Hépatite A	2	-	6	3	11	13	4	12	14	16	15	12	4	9	-	56	65
Infection à <i>Campylobacter</i>	7	7	84	64	112	68	250	181	304	288	373	272	217	219	1	1 347	1 099
Infection à <i>Escherichia coli</i>	3	1	14	13	17	13	13	14	12	9	11	18	9	20	1	80	88
Listériose	1	1	-	-	-	-	-	2	1	6	6	3	13	16	-	21	28
Salmonellose	23	24	71	66	82	48	76	68	85	108	89	112	88	108	1	514	535
Shigellose	1	-	11	8	7	4	10	15	12	19	16	30	5	5	-	62	81
Zoonoses																	
Brucellose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Fièvre Q	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2	14	3	6	5	-	24	10
Infection hantavirus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leptospirose	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-
Psittacose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	2	1
Rage	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trichinose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2
Tularémie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2	2	-	-	5	2
Maladies transmissibles par vecteur																	
Encéphalite à arbovirus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	1	-	3	-	2	2	4	2	6	5	16	1	2	-	-	34	10
Infection par le virus du Nil occidental (VNO)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Maladie de Lyme	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	2	-	-	5	-
Total de cas déclarés	106	88	389	321	473	437	2 747	7 202	3 554	3 558	2 967	1 365	939	877	238	11 223	13 890

Données tirées du registre central MADO, 2 avril 2007

^(a) Aucun cas déclaré.



Annexe

12

Données de population, Montérégie et
Québec, 1990-2006 et carte des CSSS de la
Montérégie

Population selon l'année, Montérégie et Québec, 1990-2006

Année	Population Montérégie	Population Québec
1990	1 211 900	7 003 876
1991	1 233 824	7 064 586
1992	1 247 274	7 108 000
1993	1 262 089	7 155 273
1994	1 271 246	7 191 884
1995	1 277 256	7 219 446
1996	1 282 494	7 246 896
1997	1 288 836	7 274 630
1998	1 294 568	7 295 973
1999	1 299 715	7 323 308
2000	1 305 578	7 357 029
2001	1 312 173	7 396 988
2002	1 324 321	7 443 171
2003	1 336 241	7 486 114
2004	1 346 998	7 527 454
2005	1 356 331	7 566 409
2006	1 364 287	7 603 083

Source : Projections démographiques calculées par l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) à partir des données du recensement de 2001, disponibles sur le site internet de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie : http://rrsss16.gouv.qc.ca/santepublique/surveillance/projections_démographiques.xls.

Distribution de la population selon l'âge et le sexe, Montérégie et Québec, 2006

	Montérégie			Québec		
	Féminin	Masculin	Total	Féminin	Masculin	Total
< 1 an	6 591	6 938	13 529	36 139	38 002	74 141
1-4 ans	26 758	28 057	54 815	145 706	152 122	297 828
5-14 ans	81 160	85 580	166 740	420 439	442 195	862 634
15-17 ans	27 812	29 492	57 304	143 364	150 291	293 655
18-24 ans	57 209	61 097	118 306	323 730	340 598	664 328
25-39 ans	129 367	133 733	263 370	748 345	785 045	1 533 390
40-59 ans	221 179	216 757	437 936	1 195 420	1 189 467	2 384 887
60 ans ou plus	138 081	114 206	252 287	835 970	656 250	1 492 220
Total	688 427	675 860	1 364 287	3 849 113	3 753 970	7 603 083

Source : Projections démographiques calculées par l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) à partir des données du recensement de 2001, disponibles sur le site internet de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie : http://rrsss16.gouv.qc.ca/santepublique/surveillance/projections_démographiques.xls.

**Distribution de la population selon
le Centre de santé et de services sociaux (CSSS), Montérégie, 2006**

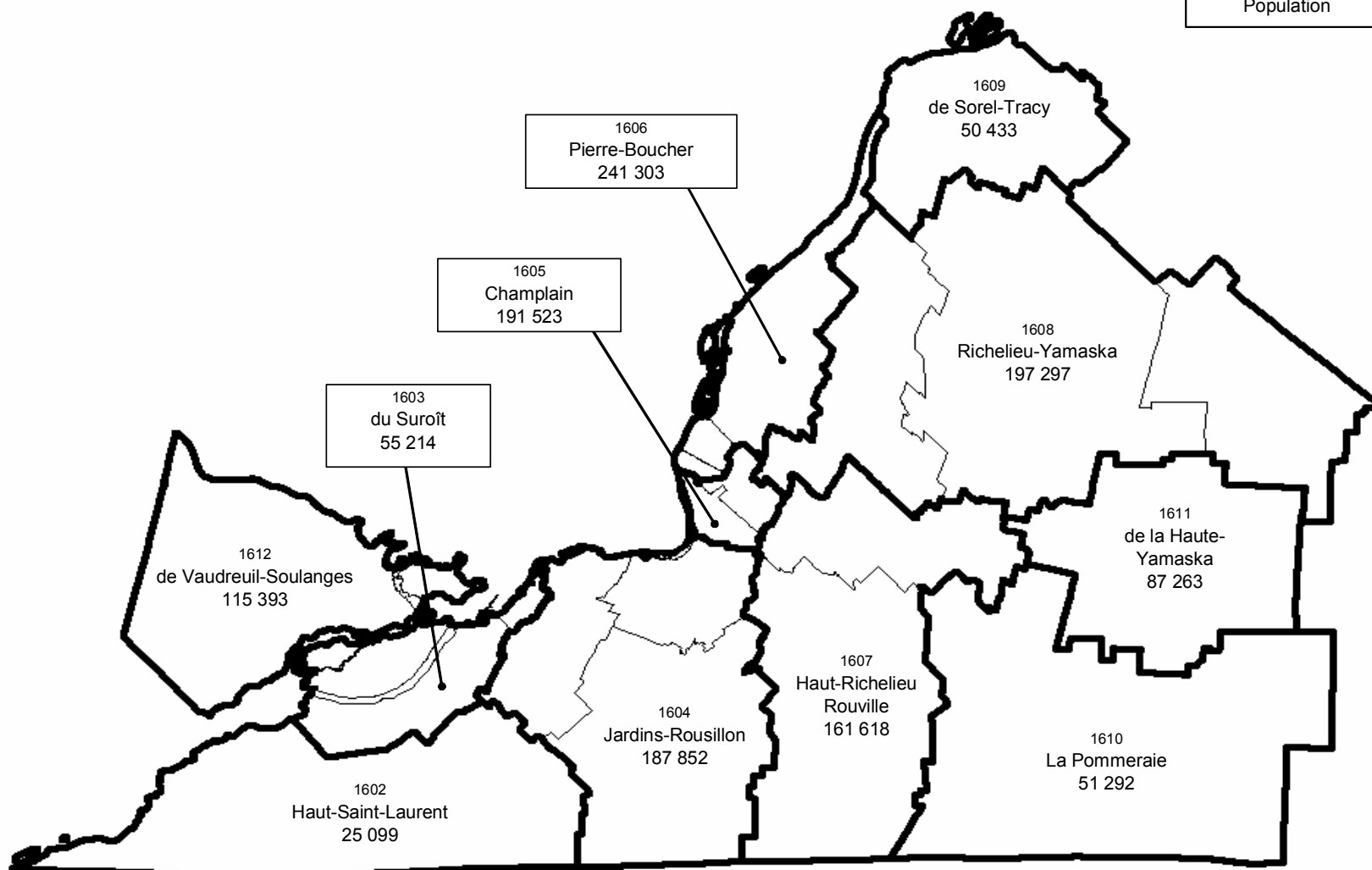
Numéro du CSSS	CSSS	Population
1602	CSSS du Haut-Saint-Laurent	25 099
1603	CSSS du Suroît	55 214
1604	CSSS Jardins-Roussillon	187 852
1605	CSSS Champlain	191 523
1606	CSSS Pierre-Boucher	241 303
1607	CSSS Haut-Richelieu-Rouville	161 618
1608	CSSS Richelieu-Yamaska	197 297
1609	CSSS de Sorel-Tracy	50 433
1610	CSSS La Pommeraie	51 292
1611	CSSS de la Haute-Yamaska	87 263
1612	CSSS de Vaudreuil-Soulanges	115 393
Total Montérégie		1 364 287

Source : Projections démographiques calculées par l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) à partir des données du recensement de 2001, disponibles sur le site internet de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie : http://rrsss16.gouv.qc.ca/santepublique/surveillance/projections_démographiques.xls.

Population de la Montérégie par territoire de CSSS, 2006

Légende

Code du CSSS
Nom du CSSS
Population





Annexe

13

Objectifs du *Programme national de santé publique 2003-2012* pour les maladies infectieuses et les couvertures vaccinales

Objectifs du Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012

(Les objectifs du PNSP sont actuellement en révision)

VIH/sida, VHC et infections transmissibles sexuellement (ITS)

- Réduire à moins de 5 le nombre de nouveau-nés infectés par le VIH chaque année
- Réduire à moins de 50 cas par 100 000 personnes le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis*
- Réduire à 50 % le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans
- Maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination (à moins de 0,2 cas pour 100 000)
- Réduire à 0 le nombre de nouveau-nés infectés par la syphilis congénitale
- Maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement

Maladies évitables par l'immunisation

- Maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie, de la poliomyélite, du tétanos et de la rage en ce qui concerne les cas indigènes
- Maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sous le seuil d'élimination
- Maintenir le nombre moyen de cas d'infection invasive à *H. influenzae* de type b sous le seuil de 5 par année chez les enfants de moins de 5 ans
- Réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002
- Réduire l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse et la rubéole congénitale à 0
- Réduire de 50 % (à 2,5/100 000) l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A
- Réduire de 50 % (à 1/100 000) l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë
- Réduire à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérogroupe C dans la population âgée de 20 ans ou moins
- Réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination

Couvertures vaccinales visées

- Que 95 % des jeunes soient vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, les infections à *Haemophilus influenzae* de type b, la rougeole, la rubéole, les oreillons, les infections à méningocoque du groupe C et la varicelle (vaccination de base)
- Que 95 % des jeunes soient vaccinés contre les infections à pneumocoque
- Que 90 % des élèves de la 4^e année du primaire aient reçu le vaccin contre l'hépatite B
- Que 95 % des élèves de la 3^e année du secondaire aient reçu les vaccins du calendrier vaccinal régulier
- Que 90 % des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec aient reçu le vaccin contre l'hépatite B
- Que 80 % des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec aient reçu le vaccin contre les infections à pneumocoque
- Que 80 % des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec reçoivent le vaccin contre l'influenza

Autres maladies infectieuses

- Réduire de 15 % l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales dans les établissements de soins et, plus particulièrement, empêcher la transmission des bactéries ayant une résistance multiple aux antibiotiques afin de prévenir l'endémie dans les centres hospitaliers et dans les autres établissements de soins
- Réduire de 50 % le taux d'incidence des infections à *Escherichia coli* 0157
- Réduire de 50 % le taux d'incidence des infections à *Salmonella enteritidis*
- Réduire de 30 % le taux d'incidence des infections à *Campylobacter*
- Réduire les infections virales transmissibles par les produits sanguins
- Réduire le taux d'incidence annuel de tuberculose active à 3,5 pour 100 000 personnes et, plus précisément :
 - réduire le taux d'incidence annuel de tuberculose active à 8 pour 100 000 personnes dans la région de Montréal-Centre,
 - maintenir un taux d'incidence annuel maximal de 2 pour 100 000 personnes dans les autres régions du Québec
- Maintenir à moins de 20 le nombre annuel de cas sporadiques de zoonoses autres que la rage