

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

D'ORIGINE INFECTIEUSE

ET

D'ORIGINE CHIMIQUE

RAPPORT ANNUEL 2007

**Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Direction de santé publique
Octobre 2008**

AUTEURS

Docteur Michel Frigon, responsable de la rédaction, Équipe Maladies infectieuses (MI), surveillance et contrôle
Docteur Denis Laliberté, Équipe Santé au travail, risques biologiques
Docteure Geneviève Tremblay, MI, maladies évitables par la vaccination
Docteur Jasmin Villeneuve, MI, surveillance et contrôle

COLLABORATION DE L'ÉQUIPE MI, SURVEILLANCE ET CONTRÔLE

Marilou Kiely, infirmière clinicienne
Stéphanie Michaud, infirmière clinicienne
Alain Paré, agent de planification, programmation et recherche
Dominique Poirier, infirmière clinicienne
Suzie Sinclair, infirmière clinicienne

SOUTIEN ADMINISTRATIF MI

Danièle Nollet, secrétaire
Liduina van de Vliet, assistante de recherche

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse
www.dspq.qc.ca, section **Documentation**, rubrique **Publications**

Vous pouvez vous procurer ce document au coût de 15 \$ plus TPS de 5 % (15.75 \$ au total), à l'ordre de :

ASSS de la Capitale-Nationale
Direction de santé publique
Centre de documentation
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : 418 666-7000, poste 217
Télécopieur : 418 666-2776
Courriel : s.belanger@ssss.gouv.qc.ca

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

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2008
Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
ISBN : 978-2-89496-352-4 (Version imprimée)
978-2-89496-353-1 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, en autant que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

FRIGON, M. *Rapport annuel 2007 – Maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse et d'origine chimique – Rapport annuel*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique, 2008, 100 p.

©Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale



Abréviation, sigles et acronymes

CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CPE :	Centre de la petite enfance
CSST :	Commission de la santé et de la sécurité au travail
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DSP :	Direction de santé publique
DACD :	Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i>
<i>E. coli</i> :	<i>Escherichia coli</i> producteur de vérocytotoxine, ou 0157:H7
ERV :	Entérocoque résistant à la vancomycine
Hib :	<i>Hæmophilus influenzae</i> de type b
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
ISQ :	Institut de la statistique du Québec
ITSS :	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LSPQ :	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO :	Maladies à déclaration obligatoire
MAPAQ :	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
SARM :	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SIDA :	Syndrome d'immunodéficience acquise
USI :	Unité de soins intensifs
VIH :	Virus d'immunodéficience humaine



La surveillance des maladies infectieuses et des intoxications par des agents chimiques à déclaration obligatoire, communément appelées MADO, repose essentiellement sur leur déclaration par les responsables des laboratoires des établissements et par les médecins.

Le présent rapport est le reflet, quoique non exhaustif, de la présence des maladies transmissibles au sein de la population de la région de la Capitale-Nationale et des risques d'intoxication qui peuvent toucher la population.

Nos remerciements vont à tous ceux et celles qui participent directement à ce système de surveillance et de contrôle des MADO : les médecins, les responsables des laboratoires, les membres des équipes Maladies infectieuses et Santé au travail de la Direction de santé publique (DSP).

Nous remercions également ceux et celles qui y participent indirectement : les infirmières en maladies infectieuses des centres de santé et de services sociaux (CSSS), les infirmières en prévention des infections dans les établissements et les infirmières qui travaillent dans les milieux scolaires et les services de garde à l'enfance qui nous signalent des situations susceptibles de menacer la santé de la population.

Merci à nos partenaires : Héma-Québec, Québec-Transplant, les banques de tissus et les banques d'yeux de même que le personnel des banques de sang, Info-Santé, le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Nous adressons un merci tout particulier aux autres directions de santé publique pour leur précieuse collaboration.

Enfin, nous remercions le personnel de bureau, le service des communications et le service de la documentation de la DSP pour la production et la diffusion de ce rapport.



Table des matières

RÉSUMÉ	13
INTRODUCTION	17
MÉTHODOLOGIE	19
A. SOURCE DES DONNÉES	19
B. ANALYSE DES DONNÉES	19
C. LIMITES DE L'ANALYSE	19
D. MISES EN GARDE	20
FAITS SAILLANTS.....	21
ANALYSE DESCRIPTIVE	23
A.1. <i>Coqueluche</i>	25
A.2 <i>Infection invasive à Hæmophilus influenzae de type b</i>	28
A.3. <i>Infections invasives à méningocoques</i>	30
B. INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG.....	33
B.1. <i>Infections transmissibles sexuellement</i>	34
C. MALADIES ENTÉRIQUES	43
C.1. <i>Infection à Campylobacter</i>	44
C.2. <i>Entérite à E. coli</i>	45
C.3. <i>Salmonellose</i>	47
C.4. <i>Giardiase</i>	48
C.5. <i>Hépatite A</i>	49
D. MALADIES TRANSMISSIBLES PAR GOUTTELETTES OU PAR VOIE AÉRIENNE	49
D.1. <i>Tuberculose</i>	50
D.2. <i>Infection invasive à streptocoques β-hémolytique du groupe A</i>	51
D.3. <i>Infection invasive à Streptococcus pneumoniae</i>	52
E. AUTRES MALADIES INFECTIEUSES SOUS SURVEILLANCE	54
E.1. <i>Morsures animales et exposition potentielle à la rage</i>	54
E.2. <i>Infections à entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)</i> <i>et à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)</i>	55
E.3. <i>Diarrhée associée au Clostridium difficile</i>	56
E.4. <i>Éclotions de gastro-entérites virales</i>	59
E.5. <i>Toxi-infections alimentaires</i>	59
E.6. <i>Éclotions d'influenza</i>	60
F. MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE D'ORIGINE NON INFECTIEUSE	62
F.1. <i>Intoxication au plomb</i>	63
F.2. <i>Maladies liées à l'amiante</i>	65
F.3. <i>Intoxication au monoxyde de carbone (CO)</i>	65
F.4. <i>Intoxications par des métaux autres que le plomb</i>	66
F.5. <i>Agents sensibilisants</i>	66
F.6. <i>Résumé</i>	66
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	69
BIBLIOGRAPHIE	71

ANNEXES 73

LISTE DES INTOXICATIONS, DES INFECTIONS ET DES MALADIES QUI DOIVENT ÊTRE
DÉCLARÉES AUX AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE EN VERTU DU CHAPITRE VIII DE LA LOI
PAR TOUT DIRIGEANT D'UN LABORATOIRE OU D'UN DÉPARTEMENT DE BIOLOGIE MÉDICALE
..... 97

LISTE DES INTOXICATIONS, DES INFECTIONS ET DES MALADIES QUI DOIVENT ÊTRE
DÉCLARÉES AUX AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE EN VERTU DU CHAPITRE VIII DE LA LOI
PAR LES MÉDECINS 99

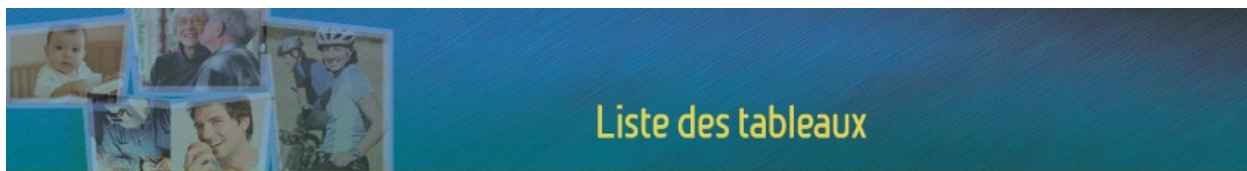


TABLEAU 1	COQUELUCHE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2007	25
TABLEAU 2	COQUELUCHE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) selon le CSSS, région de la Capitale-Nationale, 2000-2007	28
TABLEAU 3	INFECTIONS INVASIVES À HÆMOPHILUS INFLUENZÆ. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) selon le sérotype, région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1990-2007	30
TABLEAU 4	INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUES. Nombre de cas selon le sérotype, région de la Capitale-Nationale, 1990-2007*	31
TABLEAU 5	INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG. Distribution des nombres de cas, région de la Capitale-Nationale, 2006-2007	33
TABLEAU 6	INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1998-2007	34
TABLEAU 7	CHLAMYDIOSE GÉNITALE. Répartition des cas par territoire de CSSS, région de la Capitale-Nationale, 2007	36
TABLEAU 8	INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines infections, région de la Capitale-Nationale, 1998-2007.....	39
TABLEAU 9	HÉPATITE B. Nombre de cas selon le type d'hépatite B, région de la Capitale-Nationale, 1990-2007	40
TABLEAU 10	MALADIES ENTÉRIQUES. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines maladies, région de la Capitale-Nationale, 1998-2007.....	43
TABLEAU 11	INFECTIONS INVASIVES À STREPTOCOCCUS PNEUMONIÆ. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1997-2007	52
TABLEAU 12	DIARRHÉE ASSOCIÉE AU CLOSTRIDIUM DIFFICILE. Résultats des analyses de souches effectuées sur des échantillons de selles dans la région de la Capitale-Nationale, 2005, 2006 et 2007.....	57
TABLEAU 13	DIARRHÉE ASSOCIÉE AU CLOSTRIDIUM DIFFICILE. Fréquence des complications au cours des 30 jours suivant le diagnostic de la maladie, région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 2006 et 2007.....	58
TABLEAU 14	INFLUENZA. Éclosions dans les CHSLD et dans les unités des CHSGS, région de la Capitale-Nationale, 2004-2007.....	61
TABLEAU 15	MADO D'ORIGINE NON INFECTIEUSE. Nombre de cas déclarés par contaminant, région de la Capitale-Nationale, 2007.....	62
TABLEAU 16	MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), CSSS de Charlevoix, 2003-2007.....	75
TABLEAU 17	MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), CSSS de Portneuf, 2003-2007	78

TABLEAU 18 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), CSSS de Québec-Nord, 2003-2007	81
TABLEAU 19 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), CSSS de la Vieille-Capitale, 2003-2007	84
TABLEAU 20 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1998-2007	87
TABLEAU 21 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, par groupes d'âge, 2007.....	90
TABLEAU 22 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas, région de la Capitale-Nationale, par mois, 2007	93
TABLEAU 23 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 2007	95
TABLEAU 24 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas par sexe, région de la Capitale-Nationale, 2007	96

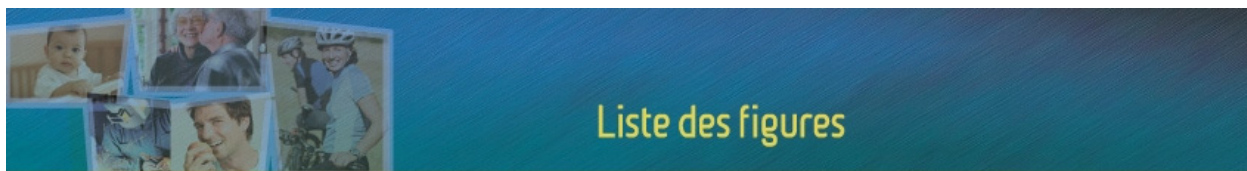


FIGURE 1	COQUELUCHE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1990-2007	26
FIGURE 2	COQUELUCHE. Distribution des cas selon le mois et l'année, région de la Capitale-Nationale, 2000-2007	27
FIGURE 3	COQUELUCHE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) selon le groupe d'âge, région de la Capitale-Nationale, 1990-2007.....	28
FIGURE 4	INFECTIONS INVASIVES À HÆMOPHILUS INFLUENZÆ de type B. Incidence (par 100 000 personnes-année) chez les jeunes de zéro à quatre ans, région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1990-2007	29
FIGURE 5	INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUES. Incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1990-2007.....	31
FIGURE 6	INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUES. Nombre de cas des sérogroupes B et C, région de la Capitale-Nationale, 1990-2007	32
FIGURE 7	CHLAMYDIOSE GÉNITALE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2007.....	35
FIGURE 8	CHLAMYDIOSE GÉNITALE. Taux d'incidence par 100 000 personnes par année par groupes d'âge, région de la Capitale-Nationale, 2007	36
FIGURE 9	INFECTION GONOCOCCIQUE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-années), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2007.....	37
FIGURE 10	SYPHILIS CONTAGIEUSE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) , région de la Capitale-Nationale, 1998-2007.....	38
FIGURE 11	HÉPATITE B AIGUË. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) selon les groupes d'âge, province de Québec, 1990-2007.....	41
FIGURE 12	HÉPATITE C SANS PRÉCISION (CHRONIQUE). Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2007	42
FIGURE 13	INFECTION À CAMPYLOBACTER. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2007	44
FIGURE 14	ENTÉRITE À E. COLI. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2007.....	45
FIGURE 15	ENTÉRITE À E. COLI. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) par groupes d'âge, région de la Capitale-Nationale, 2006	45
FIGURE 16	ENTÉRITE À E. COLI. Nombre de cas déclarés par mois pour l'année 2007, région de la Capitale-Nationale.....	46
FIGURE 17	SALMONELLOSE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2007	47
FIGURE 18	GIARDIASE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2007	48

FIGURE 19 HÉPATITE A. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2007	49
FIGURE 20 TUBERCULOSE. Nombre de cas par année et taux incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1997-2007.....	50
FIGURE 21 TUBERCULOSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) par groupes d'âge, région de la Capitale-Nationale, année 2007	51
FIGURE 22 INFECTION INVASIVE À STREPTOCOQUES DU GROUPE A. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1998-2007	51
FIGURE 23 INFECTIONS INVASIVES À STREPTOCOCCUS PNEUMONIÆ. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1997-2007	53
FIGURE 24 INFECTIONS INVASIVES À STREPTOCOCCUS PNEUMONIÆ. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) chez les moins de cinq ans et chez les 65 ans ou plus, région de la Capitale-Nationale, 1997-2007.....	54
FIGURE 25 MORSURES ANIMALES. Nombre de signalements par mois, région de la Capitale-Nationale, 2007	55
FIGURE 26 DIARRHÉE ASSOCIÉE AU CLOSTRIDIUM DIFFICILE. Taux d'incidence (par 10 000 personnes-jour) selon les périodes administratives, région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 2007	56
FIGURE 27 ÉCLOSIONS DE GASTRO-ENTÉRITES VIRALES. Répartition par mois des éclosions, région de la Capitale-Nationale, 2007	59
FIGURE 28 PLOMBÉMIE. Évolution de la proportion (%) des plombémies inférieures à 1 µmol/L et supérieures à 1,25 µmol/L déclarées à la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale	64
FIGURE 29 PLOMBÉMIE. Évolution de la médiane des plombémies déclarées à la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale.....	64
FIGURE 30 PLOMBÉMIE. Répartition des plombémies déclarées à la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, par secteurs d'activité	65



Portrait des déclarations

Au 18 mai 2008, la Direction de santé publique avait reçu 2 150 déclarations de MADO d'origine infectieuse pour 2007, ce qui est légèrement inférieur à l'année 2006 avec 2 275 déclarations. Le total des déclarations de la région représente 8,6 % du total des déclarations de la province, ce qui est comparable au 9 % de 2006.

Dans la région, les maladies évitables par la vaccination de base continuent de demeurer à de très faibles taux. Plusieurs de ces infections ont connu une baisse à la suite de l'introduction de nouveaux vaccins dans le Programme d'immunisation du Québec. Cette diminution est particulièrement marquée pour l'hépatite B aiguë, la coqueluche, les infections à méningocoques de sérotype C ainsi que pour les infections invasives à pneumocoques (IIP) chez les moins de cinq ans. Lors de l'introduction de la composante acellulaire dans le vaccin contre la coqueluche en 1998, le nombre de cas est passé de 596 à ce moment à 6 en 2007.

Quant aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), le nombre de déclarations a légèrement diminué (1 526 cas en 2006 et 1 459 en 2007). Soulignons néanmoins que les cas d'hépatite B ont diminué, passant de 42 en 2006 à 30 en 2007. Également, le nombre de cas d'hépatite C chronique a diminué, passant de 166 à 144. Les cas de syphilis contagieuse sont passés de dix à onze et ceux de la catégorie « autres », de cinq à neuf. Quant aux cas de chlamydie génitale, ils ont connu également une légère baisse, passant de 1 266 en 2006 à 1 211 cas en 2007. Par contre, les cas de gonorrhée ont connu une augmentation, passant de 58 en 2006 à 84 en 2007.

Pour les maladies transmissibles par gouttelettes, par voie aérienne ou par vecteur, les infections à streptocoques du groupe A ont continué à augmenter de 2006 à 2007, passant de 16 à 29 cas. Les cas de tuberculose ont diminué de neuf à cinq cas de 2006 à 2007. Pour le nombre de cas de malaria, après une chute de sept à un cas de 2005 à 2006, il est remonté à neuf en 2007. Finalement, il est intéressant de mentionner que la région avait connu son premier cas de maladie de Creutzfeldt-Jakob en 2006 et qu'un deuxième cas a été déclaré en 2007. Aucun cas d'infection au virus du Nil occidental n'a été déclaré.

Enquêtes épidémiologiques

Les enquêtes épidémiologiques ont pour objectif de déterminer les facteurs d'exposition aux maladies afin d'éliminer ces facteurs. Elles visent également à retrouver des personnes qui ont été en contact avec les cas afin de leur offrir une prophylaxie (par exemple, l'immunisation) lorsqu'elle existe. Dans les cas d'intoxication par une substance chimique, une vérification systématique est faite pour s'assurer que la source de l'intoxication est connue et qu'une prise en charge de la situation peut permettre d'apporter les correctifs nécessaires. L'équipe pourra également exercer une surveillance adéquate.

Des 2 150 déclarations, 411 ont fait l'objet d'une enquête épidémiologique, soit 19 % de tous les cas de MADO d'origine infectieuse. Ce nombre représente une augmentation de

46,2 % par rapport à 2006 (297 cas). Cette augmentation du nombre des enquêtes épidémiologiques est attribuable aux variations du nombre de déclarations des maladies qui font l'objet d'une enquête. Ainsi, l'augmentation du nombre de cas d'infection à *E. coli* (de 12 en 2006 à 24 en 2007), d'infection gonococcique (de 58 en 2006 à 84 en 2007), d'infection à streptocoques du groupe A (de 16 en 2006 à 29 en 2007) et de malaria (de 1 en 2006 à 9 en 2007) a, entre autres, contribué à cette hausse. Tous les cas de ces maladies font l'objet d'une enquête épidémiologique. D'autres maladies ont connu une baisse, mais elles ne font pas l'objet d'une enquête ou, lorsqu'elles en font l'objet, l'enquête vise seulement certains groupes d'âge (par exemple, les moins de cinq ans).

Soulignons que toutes les intoxications alimentaires (non incluses dans le total des MADO) font l'objet d'une enquête épidémiologique. De plus, pour toutes les hépatites C, chaque médecin traitant reçoit par courrier des outils d'aide au counseling.

Finalement, du côté de la biovigilance, 199 cas ont fait l'objet d'une recherche de don ou de réception de sang ou de produits sanguins, de cellules, de tissus ou d'organes. La biovigilance nécessite non seulement des contacts avec les médecins ou avec les cas eux-mêmes, mais aussi avec les différents établissements concernés. Elle contribue à améliorer la sécurité du système du sang.

Éclosions

1. Gastro-entérites virales

Pour l'année 2007, 64 épisodes ont été déclarés à la DSP, dont la majorité, soit 42 (64,6 %), est survenue dans des établissements de soins (CHSGS, CHSLD, résidences pour personnes âgées). Les autres épisodes (22) sont survenus dans des garderies, dans des CPE, dans une école et dans un établissement de détention.

Dans la majorité de ces éclosions (87,5 %), l'agent causal n'a pas été trouvé, soit parce qu'il n'y a pas eu de prélèvement effectué, soit parce que les résultats sont revenus négatifs. Lorsqu'un agent pathogène est trouvé, il s'agit surtout de Norovirus (9,4 %), mais aussi parfois de Calicivirus (1,9 %) ou de Rotavirus (1,9 %).

2. Influenza (grippe)

Les éclosions déclarées à la Direction de santé publique sont celles qui surviennent dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou dans des unités des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). En 2007-2008, treize éclosions d'influenza ont été déclarées à la DSP, dont six de type A et sept de type B; douze de ces éclosions sont survenues dans des CHSLD. L'absence de concordance entre la souche vaccinale de type B a contribué à la survenue des éclosions associées à ce type d'influenza.

Morsures animales

Les morsures animales sont très fréquentes, surtout en période estivale. En 2007, la DSP a reçu 237 signalements de morsures animales, soit 48 de plus qu'en 2006 et 77 de plus qu'en 2005. Les signalements touchaient au total 296 personnes, dont 218 adultes, 53 enfants (zéro à onze ans) et 25 adolescents (douze à dix-sept ans). Des 296 personnes touchées, 81 d'entre elles (27,4 %) ont reçu une recommandation d'obtenir une vaccination prophylactique post exposition contre la rage.

Les animaux en cause sont les chiens (39 % des signalements), les chats (26 %), les chauves-souris (19 %), les rats laveurs (2,5 %) et plus rarement les singes, les rats, les marmottes, les daims, les mulots, les ânes, les furets, les écureuils, les hiboux, les perroquets, etc. Aucun des animaux analysés (18) n'était porteur du virus de la rage.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang

Les principales infections transmissibles presque exclusivement par relations sexuelles (gonorrhée, chlamydie génitale et syphilis) représentent 60 % de toutes les MADO déclarées en 2007.

Les chlamydioses génitales ont atteint un plateau depuis 2004 et demeurent nombreuses depuis ce temps. Le taux d'incidence régionale est légèrement plus élevé que le taux moyen provincial, et ce, de façon constante depuis dix ans, à l'exception de 2001 où le taux était légèrement plus faible. Par contre, malgré l'augmentation notée en 2007, les taux d'infection gonococcique sont près d'une fois et demie inférieurs aux taux provinciaux.

La syphilis contagieuse a augmenté de façon importante en 2004 (45 cas) pour redescendre en 2005 (15 cas) et en 2006 (10 cas) pour se stabiliser en 2007 (11 cas). Cependant, le nombre de cas n'est pas redescendu au niveau d'avant 2004 alors qu'il variait de zéro à un annuellement.

Le nombre de cas d'hépatite B aiguë a commencé à diminuer en 2004 pour atteindre son niveau le plus bas en 2006 (deux cas), mais avec une légère remontée en 2007 (cinq cas). Le nombre de cas d'hépatite B chronique (porteur) a diminué également, mais de façon moins importante que l'hépatite B aiguë. Les taux d'incidence de l'hépatite C chronique sont en baisse constante depuis 2004.

Maladies entériques

Dans la région de la Capitale-Nationale, les taux relatifs à plusieurs maladies entériques sont supérieurs à ceux de la province depuis quelques années sans que l'on puisse en déterminer la cause. Les infections à *E. coli* ont connu une forte diminution en 2001 et ont été relativement stables depuis ce temps sauf en 2007 où on remarque une légère augmentation. Une saisonnalité estivale est associée à cette maladie. Finalement, il y a eu peu de cas d'hépatite A depuis 1999.

Infections nosocomiales

1. *Éclosions d'infections à entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) et à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)*

Comme par les années antérieures, la présence des ERV n'a été notée que de façon sporadique dans les centres hospitaliers de notre région. Il arrive à l'occasion que certains patients soient porteurs d'ERV, mais aucune éclosion n'a été rapportée en 2007.

Depuis quelques années, les souches de SARM contractées dans la plupart des centres hospitaliers régionaux (SARM-AH) sont considérées comme endémiques. Cependant, seules les éclosions d'infections dans les CHSLD sont à déclaration obligatoire et il n'y en a pas eu en 2007. Le SARM acquis en communauté (SARM-AC) continue de faire l'objet d'une surveillance locale par le personnel des centres hospitaliers.

2. Diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD)

Pour l'année 2007¹, 642 cas de DACD d'origine nosocomiale ont été rapportés par les responsables des hôpitaux régionaux participants. Il s'agit d'une diminution de 32 cas (4,7 %) en comparaison avec l'année 2006. Les taux de DACD ont été beaucoup plus élevés dans la région que dans l'ensemble de la province pendant la première moitié de l'année 2007. D'ailleurs, le taux atteint à la période administrative 13 (soit 19,2 par 10 000 personnes-jour) est le taux le plus élevé rapporté dans la région depuis la création du réseau de surveillance.

Conclusion

La Direction de santé publique remercie ses partenaires pour la surveillance et le contrôle des MADO. Elle insiste cependant pour rappeler que la base de ce système de surveillance est la déclaration des MADO par les médecins et les responsables des laboratoires et qu'ils ont l'obligation légale de faire cette déclaration.

¹ Soit du 7 janvier 2007 au 5 janvier 2008.



Le présent rapport portant sur les maladies à déclaration obligatoire a été préparé afin de dresser un portrait des maladies infectieuses et des intoxications chimiques et d'en suivre l'évolution.

Les listes des infections et des intoxications à déclaration obligatoire présentées dans les annexes comportent 64 maladies à déclarer par les médecins et 59 par les responsables des laboratoires. La plupart de ces maladies sont communes aux deux listes. Elles incluent également l'exposition d'origine environnementale ou professionnelle à seize produits chimiques.

Les listes de MADO ont été adoptées par voie réglementaire le 20 novembre 2003. Une place importante y est faite aux infections potentiellement transmissibles par le sang (16 sur 64), dont plusieurs se subdivisent en entités plus spécifiques comme les fièvres hémorragiques virales (par exemple, la fièvre d'Ebola, la fièvre de Marburg, fièvre de Crimée-Congo, fièvre de Lassa) et l'encéphalite virale transmissible par arthropodes (par exemple, le virus du Nil occidental, la fièvre dengue). En plus de maladies sporadiques, les listes comprennent également des maladies dont seules les éclosions sont à déclaration obligatoire. Ce sont, par exemple, les éclosions causées par le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline ou encore les éclosions causées par l'entérocoque résistant à la vancomycine.

Les médecins traitants et les directeurs de laboratoire ont tous l'obligation de déclarer au directeur de santé publique les maladies infectieuses contenues dans ces listes et les intoxications par agents chimiques en vertu de la Loi sur la santé publique.

Finalement, le rapport présente une analyse descriptive de certaines MADO selon le nombre de cas et leurs taux d'incidence répartis selon les années, la saison, l'âge et les territoires de CSSS.

Les maladies évitables par la vaccination font l'objet d'une analyse particulière. En effet, le suivi temporel de leurs taux d'incidence touche les programmes de vaccination, démontrant ainsi leur influence sur ces taux.



A. SOURCE DES DONNÉES

La majorité des données provient du fichier central des MADO, dont la gestion a été confiée au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), sous la direction de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Elles ont été extraites soit directement par génération de rapports, soit à partir des rapports cumulatifs annuels des MADO au Québec préparés par le LSPQ. De plus, les données prises en compte sont uniquement celles dont les cas ont été validés, c'est-à-dire ceux qui répondent aux définitions nosologiques formulées par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS 2008, septième édition). Les totaux d'un tableau peuvent ne pas être identiques à ceux d'un autre tableau en raison de l'absence de certaines variables.

D'autres données proviennent des dossiers de la Direction de santé publique. Ce sont des données de signalements ou d'événements qui, souvent, ont mené à une intervention (par exemple, les morsures animales).

Les données sur les infections nosocomiales proviennent de deux sources : le réseau de surveillance du *Clostridium difficile*, sous la responsabilité de l'INSPQ, et les établissements de santé, pour les autres maladies.

B. ANALYSE DES DONNÉES

Les données pour l'année 2007 ont été extraites du fichier central des MADO au mois de mai 2008, ou tout au long de l'année 2007, selon le cas. Les données démographiques pour les calculs des taux d'incidence sont celles de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) établies en 2000 pour les années 1996 à 2000 inclusivement, et en 2005 pour les années subséquentes à 2000. Ces données sont présentées en annexe.

C. LIMITES DE L'ANALYSE

Le rapport n'est pas exhaustif quant au nombre exact de maladies survenues dans la région et dans la province. En effet, il est le reflet des déclarations de la plupart des MADO; certaines peuvent ne pas avoir été déclarées dans leur totalité. Le rapport permet toutefois de dégager des tendances et de suivre l'évolution de différentes maladies infectieuses et l'exposition aux produits chimiques.

Les données d'incidence doivent être interprétées avec prudence dans certains cas en raison du petit nombre de déclarations ou de la population qui est peu nombreuse.

Les taux sont bruts et n'ont pas été standardisés pour l'âge. La comparaison des résultats peut donc être compromise. Par exemple, un district où des maladies touchent davantage

certaines groupes d'âge, constituant une part plus importante de la population, paraîtra plus touché.

En outre, pour plusieurs de ces maladies, peu d'informations cliniques existent, car une enquête épidémiologique n'a pas été effectuée pour tous les cas déclarés. Les tendances peuvent être suivies dans le temps en fonction de certaines caractéristiques (comme l'âge) ou de facteurs saisonniers et géographiques, mais ces données ne nous renseignent pas sur les facteurs de risque qui prédisposent une personne à contracter l'une ou l'autre de ces maladies.

D. MISES EN GARDE

Les éléments suivants doivent être pris en compte :

1. Il est possible que certaines MADO ne paraissent pas dans le rapport, car seules celles pour lesquelles il y a eu déclaration dans la région y figurent. Par exemple, si aucun cas d'amiantose n'a été déclaré, cette maladie est exclue du rapport.
2. Les maladies qui ne paraissent plus dans la liste des MADO, telle que promulguée en novembre 2003 dans le règlement d'application de la Loi sur la santé publique, ont aussi été exclues du rapport. Ainsi, la scarlatine, qui était à déclaration obligatoire auparavant, n'y figure plus.
3. L'analyse des MADO n'a été effectuée que pour celles dont des critères de gravité, de nombre ou de résultat d'intervention la justifient (par exemple, l'impact de la vaccination sur la rougeole).
4. Les catégories de regroupement des maladies ne sont pas mutuellement exclusives. Un choix a été exercé quant à la classification des maladies, surtout selon la similarité des modes de transmission.
5. Le fichier MADO étant un fichier dynamique, c'est-à-dire que des ajouts, des retraits ou des précisions y sont faits constamment, et ce, même rétrospectivement, il peut arriver que les totaux des années antérieures varient d'un rapport à l'autre.
6. Les totaux d'une même année peuvent différer selon les documents consultés en raison de la variation des dates d'extraction des données du fichier.



Dans la région de la Capitale-Nationale, 2 150 cas de MADO d'origine infectieuse ont été déclarés à la Direction de santé publique. En général, les taux d'incidence dans la province de Québec sont comparables à ceux de la région. Toutefois, on trouve des différences relativement importantes entre certaines maladies. Ainsi, le taux d'incidence de l'hépatite B sans précision est de 4,7² pour la province et de 1,1 pour la région. L'hépatite C sans précision suit la même tendance avec des taux de 24,4 et de 16,4 respectivement; l'infection gonococcique présente des taux de 18,6 et de 12,8 respectivement et la syphilis contagieuse des taux de 3,1 et de 1,8 toujours respectivement. Inversement, l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* présente un taux d'incidence de 177,0 dans la province et de 184,0 dans la région et l'infection à *Campylobacter* montre des taux de 29,4 et de 41,2 respectivement.

De façon générale, on constate :

– **une diminution :**

- de l'incidence de la coqueluche depuis 1998;
- de l'incidence de l'hépatite B aiguë depuis 1994;
- du nombre de déclarations de porteurs du virus de l'hépatite B depuis 1994;
- du nombre de cas d'hépatite C sans précision;
- de l'incidence de l'infection à *Campylobacter*;
- de l'incidence de l'hépatite A en 2007;
- de l'incidence de la syphilis contagieuse depuis 2004, après une éclosion en 2003;
- de l'incidence des infections invasives à pneumocoque chez les moins de cinq ans depuis 2005;
- de l'infection invasive à *Haemophilus influenzae*.

– **une augmentation de l'incidence :**

- de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* depuis 2003 avec stabilisation ces dernières années;
- de l'infection gonococcique depuis 2004;
- de l'infection invasive à *Haemophilus influenzae* depuis 2004 (voir le texte pour explication);
- de l'infection à *Plasmodium*;
- de la listériose depuis 2004;
- des infections invasives à pneumocoques (*Streptococcus pneumoniae*).

– **une stabilisation de l'incidence :**

- des infections invasives à méningocoques depuis 2002, tous sérogroupes confondus;
- de la tuberculose.

² Tous les taux d'incidence sont par 100 000 personnes par année (personnes-année) sauf indication différente.

– ***l'absence :***

- de chancre mou;
- de fièvre typhoïde;
- d'infection par le virus du Nil occidental;
- de lymphogranulomatose vénérienne;
- de rougeole, de rubéole et de tétanos depuis 1997;
- de diphtérie, de poliomyélite et de rubéole congénitale;
- d'oreillons en 2007 (entre 0 et 1 cas depuis 1997);
- de l'infection invasive à méningocoques de sérogroupe C chez les jeunes vaccinés depuis 2001;
- de l'infection invasive à *Hæmophilus influenzae* de type b chez les moins de cinq ans depuis 2000;
- de l'hépatite B chez les personnes vaccinées âgées de moins de vingt ans.

Certaines maladies rares qui étaient absentes depuis quelques années ont fait leur apparition en 2007, soit la maladie de Lyme et la légionellose qui affichent 2 cas chacun.



Analyse descriptive

Pour l'analyse, les MADO sont regroupées de la façon suivante :

- ▶ maladies évitables par la vaccination et ciblées par le Programme d'immunisation du Québec;
- ▶ infections transmissibles sexuellement et par le sang;
- ▶ maladies entériques;
- ▶ maladies transmissibles par gouttelettes ou par voie aérienne;
- ▶ maladies transmissibles par vecteur;
- ▶ éclosions;
- ▶ maladies à déclaration obligatoire d'origine non infectieuse (exposition environnementale ou professionnelle);
- ▶ autres maladies infectieuses sous surveillance.

Dans le but d'alléger la présentation, seules les maladies qui sont le plus souvent déclarées ou celles faisant l'objet d'une surveillance ou d'une intervention particulières seront analysées.

A. Maladies évitables par la vaccination et ciblées par le Programme d'immunisation du Québec

La vaccination existe pour plusieurs maladies infectieuses qu'on nomme « maladies évitables par la vaccination ». Le Programme d'immunisation du Québec permet d'offrir gratuitement des vaccins à tous les nourrissons et tous les jeunes en milieu scolaire ainsi qu'à des groupes particulièrement vulnérables à certaines infections.

- Les maladies évitables par la vaccination de base (offerte à tous les nourrissons) sont : la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, l'infection à *Hæmophilus influenzae* de type b, la rougeole, la rubéole, les oreillons, l'infection à méningocoques de séro groupe C, les infections invasives à pneumocoques, la varicelle et l'influenza³.
- Le programme de vaccination en milieu scolaire⁴ permet de compléter le calendrier de vaccination commencé à l'âge de deux mois et d'offrir en 4^e année du primaire la vaccination contre l'hépatite B. Le vaccin contre l'infection au virus du papillome humain (VPH) sera également offert aux filles de la 4^e année du primaire et à celles de la 3^e année du secondaire à partir de septembre 2008. Par conséquent, en 3^e année du secondaire, tous les jeunes de ce niveau auront complété leur calendrier de vaccination.
- D'autres vaccins gratuits ciblent des personnes appartenant à des groupes vulnérables reconnus par le Programme d'immunisation du Québec (PIQ). Ces vaccins sont destinés à les protéger contre certaines infections, comme l'hépatite A, l'hépatite B, l'influenza et le pneumocoque.
- Toutes ces maladies, à l'exception de l'influenza, de l'infection à VPH et de la varicelle, doivent être obligatoirement déclarées et font l'objet d'une surveillance étroite.
- Les infections invasives à pneumocoques sont abordées à la section « Maladies transmissibles par gouttelettes ou par voie aérienne » de ce rapport et l'hépatite B est traitée à la section « Infections transmissibles sexuellement et par le sang ».

Quelques-unes de ces maladies sont devenues rares au Québec. Malgré tout, en 2007 au Québec, 27 cas d'oreillons et 96 cas de rougeole ont été déclarés, même si la région de la Capitale-Nationale a été épargnée.

Dans la région de la Capitale-Nationale, il n'y a pas eu de cas de diphtérie ni de poliomyélite depuis de nombreuses années (depuis 1990). Le dernier cas de tétanos observé dans la région remonte à 1996. Aucun cas de rougeole ni de rubéole n'est survenu dans la région depuis 1997. Entre 1997 et 2007, on a signalé un cas d'oreillons par année en 1997, 1999, 2000 et 2006.

³ Depuis 2004, de nouveaux vaccins ont été introduits au calendrier de vaccination des nourrissons : la vaccination annuelle contre l'influenza pour les enfants âgés de 6 à 23 mois (octobre 2004), le vaccin conjugué contre le pneumocoque visant à prévenir les infections invasives à pneumocoques (décembre 2004) ainsi que le vaccin contre la varicelle (janvier 2006).

⁴ À partir du 1^{er} septembre 2008, d'autres vaccins seront offerts en milieu scolaire. En 4^e année du primaire, le vaccin combiné contre les hépatites B et A pour tous les jeunes leur apportera, en plus de la protection contre l'hépatite B, celle contre l'hépatite A. De plus, des activités de rattrapage pour la vaccination contre la varicelle et contre le VPH se poursuivront quelques années encore.

A.1. Coqueluche

Baisse du nombre de cas et de l'incidence grâce la vaccination

L'incidence de la coqueluche est très inférieure au taux observé en 1998 (tableau 1), année où la composante acellulaire du vaccin contre la coqueluche a été introduite dans les vaccins Pentacel⁵ et Quadracel⁶ pour les jeunes enfants. Cette composante a remplacé le vaccin à cellules entières utilisé auparavant.

TABLEAU 1 COQUELUCHE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2007

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Région 03										
cas	596	295	84	110	66	12	33	72	41	6
incidence	92,3	45,6	12,9	16,9	10,1	1,8	5,0	10,8	6,1	0,9
Province										
incidence	67	25	11	14	14	4	7	11	6	2

En 2007, seulement six cas de coqueluche ont été déclarés dans la région, pour un taux d'incidence d'un cas pour 100 000 personnes par année. Ce nombre est beaucoup moindre qu'en 1998 où 596 cas avaient été observés (tableau 1). Cette baisse est également observée dans la province (figure 1).

Le caractère cyclique de l'infection est manifeste dans la figure 1 qui illustre les pics de l'infection qui surviennent tous les trois ou quatre ans. Ainsi, à partir de 1998, à la suite de la chute des taux d'incidence, une hausse a été observée en 2004 et 2005. Malgré tout, l'incidence de la maladie se situait bien en deçà de celle observée en 1998 en raison de l'introduction du vaccin acellulaire contre la coqueluche. Ainsi, de légères variations dans les taux sont attendues au cours des prochaines années en raison du caractère cyclique de l'infection, mais les hausses devraient être cependant bien inférieures à celles observées au cours des années 1990.

⁵ Le vaccin Pentacel est administré à 2, 4, 6 et 18 mois (DCaT-Polio-Hib). Le vaccin Pediacel (DCaT-Polio-Hib) est aussi utilisé.

⁶ Le vaccin Quadracel est administré aux enfants âgés de quatre à six ans (DCaT-Polio).

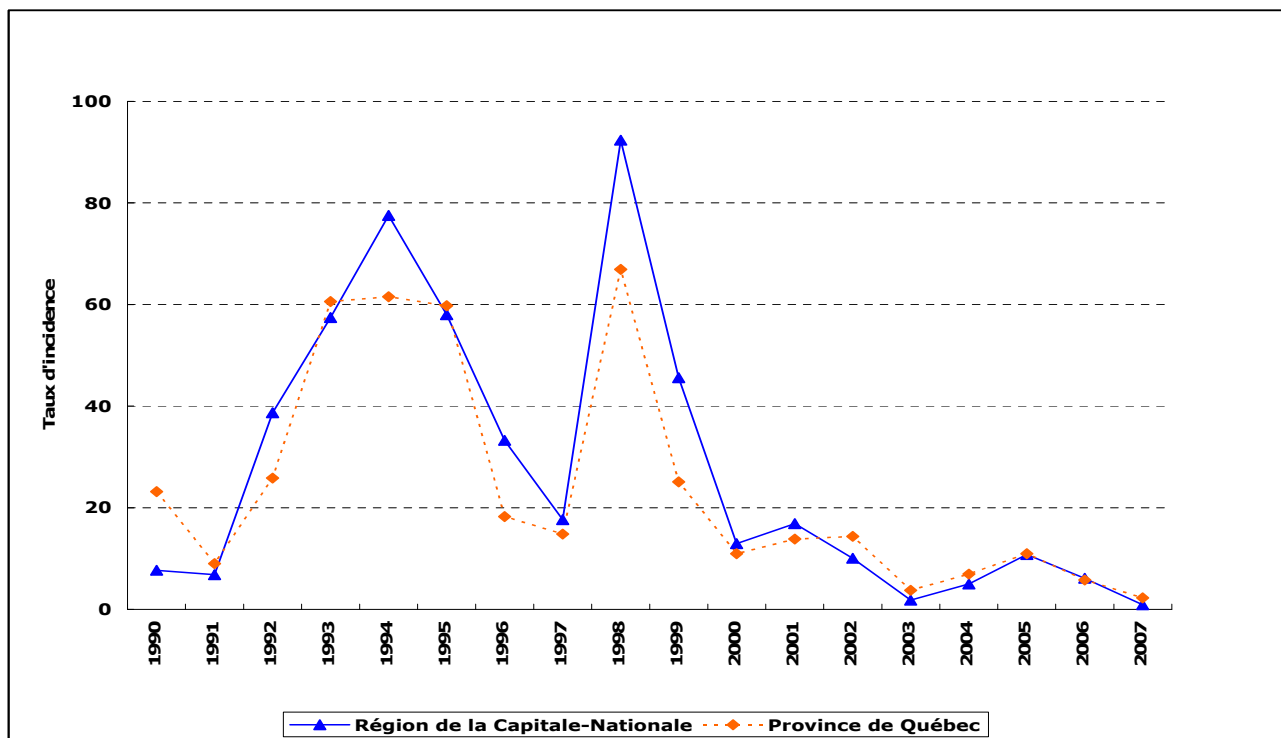


FIGURE 1 COQUELUCHE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1990-2007

En plus de son caractère cyclique, la coqueluche est une infection saisonnière. De 2000 à 2006, les deux tiers des cas ont été observés au cours de l'automne et de l'hiver. En 2007, les six cas observés sont survenus de façon aléatoire de mai à octobre. À la figure 2, on peut observer la fluctuation saisonnière de l'infection.

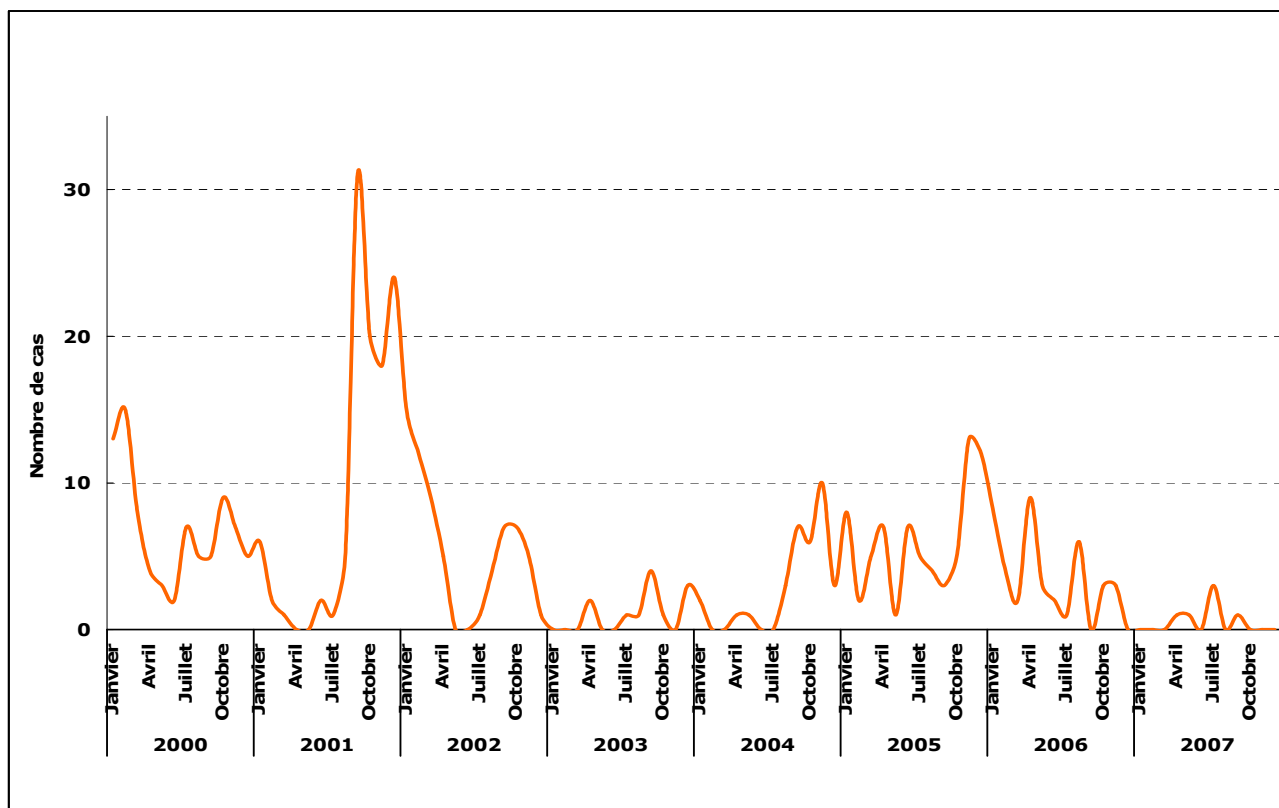


FIGURE 2 COQUELUCHE. Distribution des cas selon le mois et l'année, région de la Capitale-Nationale, 2000-2007

Les jeunes de moins de vingt ans sont les plus touchés

La coqueluche est une maladie associée au jeune âge. En 2007, la majorité des cas a été observée chez les jeunes de moins de vingt ans, soit cinq cas sur six (85 %). En 1998, la même proportion de cas se trouvait chez les moins de 5 ans, soit 514 des 596 cas observés. La baisse du nombre de cas est donc notable chez les moins de 5 ans. Depuis 1996, aucun cas n'a été déclaré chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, sauf en 2005 (un cas).

À partir de 1998, la baisse de l'incidence de la coqueluche a été observée dans tous les groupes d'âge. Depuis 2003, cependant, on a observé chez les 10 à 14 ans une hausse de l'incidence plus marquée que dans les autres groupes d'âge (figure 3); en effet, ce groupe n'avait pas reçu toutes les doses du vaccin acellulaire contre la coqueluche. Une dose de rappel⁷ ajoutée en troisième année du secondaire, depuis janvier 2004, assure ces jeunes d'une protection à plus long terme. En 2007, les jeunes auront reçu, pour la plupart, au moins une dose du vaccin acellulaire contre la coqueluche avant la dose de rappel en 3^e année du secondaire. De plus, dans la région, entre janvier et juin 2004, trois CSSS ont également administré une dose de ce vaccin aux élèves des première et deuxième années du secondaire, ce qui a contribué à maintenir, dans ces CSSS, des taux plus bas en 2005 (tableau 2).

⁷ Le vaccin utilisé (dCaT) inclut la composante acellulaire du vaccin contre la coqueluche aux doses de rappel contre la diphtérie et le tétanos.

TABEAU 2 COQUELUCHE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) selon le CSSS, région de la Capitale-Nationale, 2000-2007

CSSS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Portneuf	22,0	7,0	4,0	0,0	11,0	0,0	0,0
Vieille-Capitale	17,0	11,0	1,0	3,0	8,0	8,0	1,0
Québec-Nord	17,0	10,0	2,0	9,0	9,0	5,0	1,0
Charlevoix	0,0	3,0	0,0	0,0	56,0	3,0	0,0
Région 03	17,0	10,0	2,0	5,0	11,0	6,0	1,0

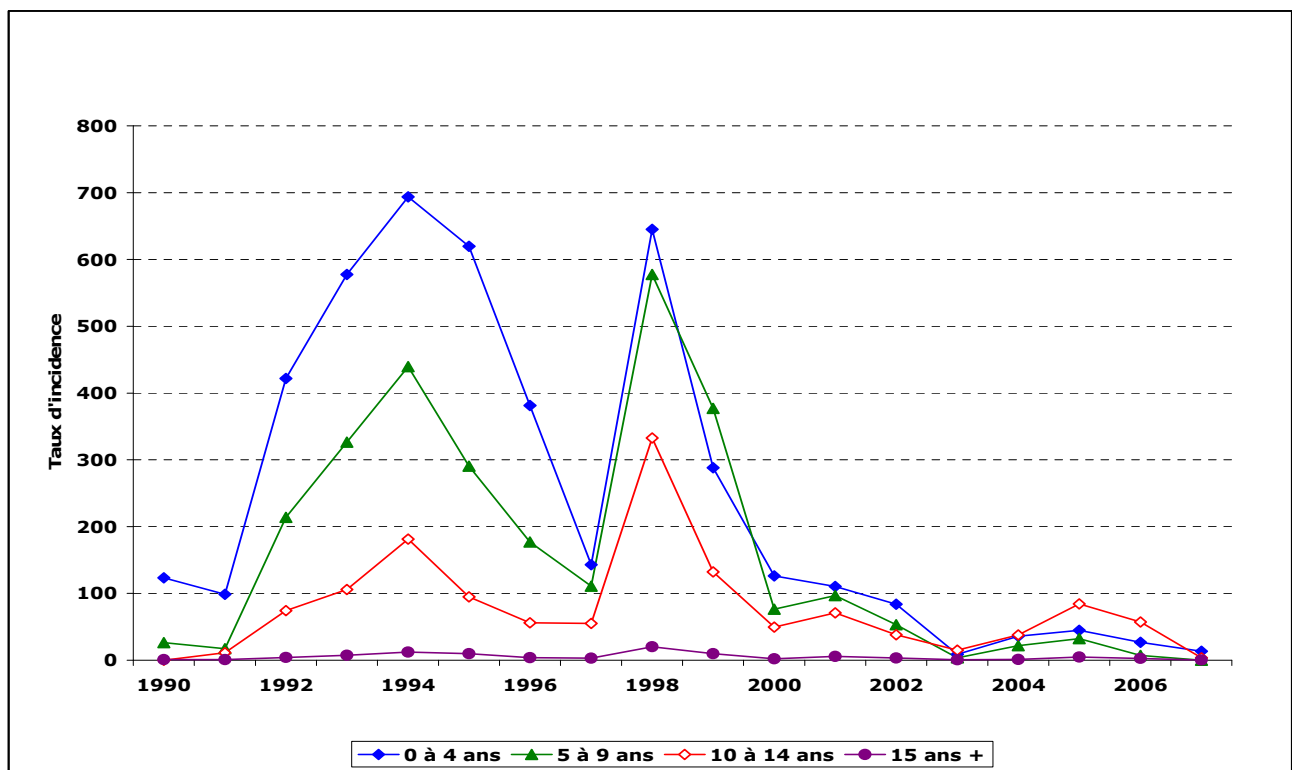


FIGURE 3 COQUELUCHE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) selon le groupe d'âge, région de la Capitale-Nationale, 1990-2007

A.2 Infection invasive à *Hæmophilus influenzae* de type b

Cette infection, qui touchait presque essentiellement les enfants de moins de cinq ans (les autres personnes atteintes sont celles souffrant d'une immunodéficience), est maintenant très rare dans ce groupe d'âge depuis l'introduction de la vaccination contre l'*Hæmophilus influenzae* de type b (Hib) dans le calendrier régulier en 1988 (à l'âge de deux ans) et ensuite en 1992 (deux, quatre, six et dix-huit mois). C'est à partir de ce moment qu'on observe une baisse de l'incidence des infections invasives à Hib chez les jeunes âgés de zéro à quatre ans (figure 4), et ce, tant dans la région que dans la province.

Dans la région, depuis 1996, aucun cas de méningite à Hib n'a été diagnostiqué. Les deux cas de Hib signalés chez les moins de cinq ans entre 1996 et 2007 sont des cas de bactériémie. Ils sont survenus chez des enfants de moins d'un an en 2000 et en 2007 (figure 4).

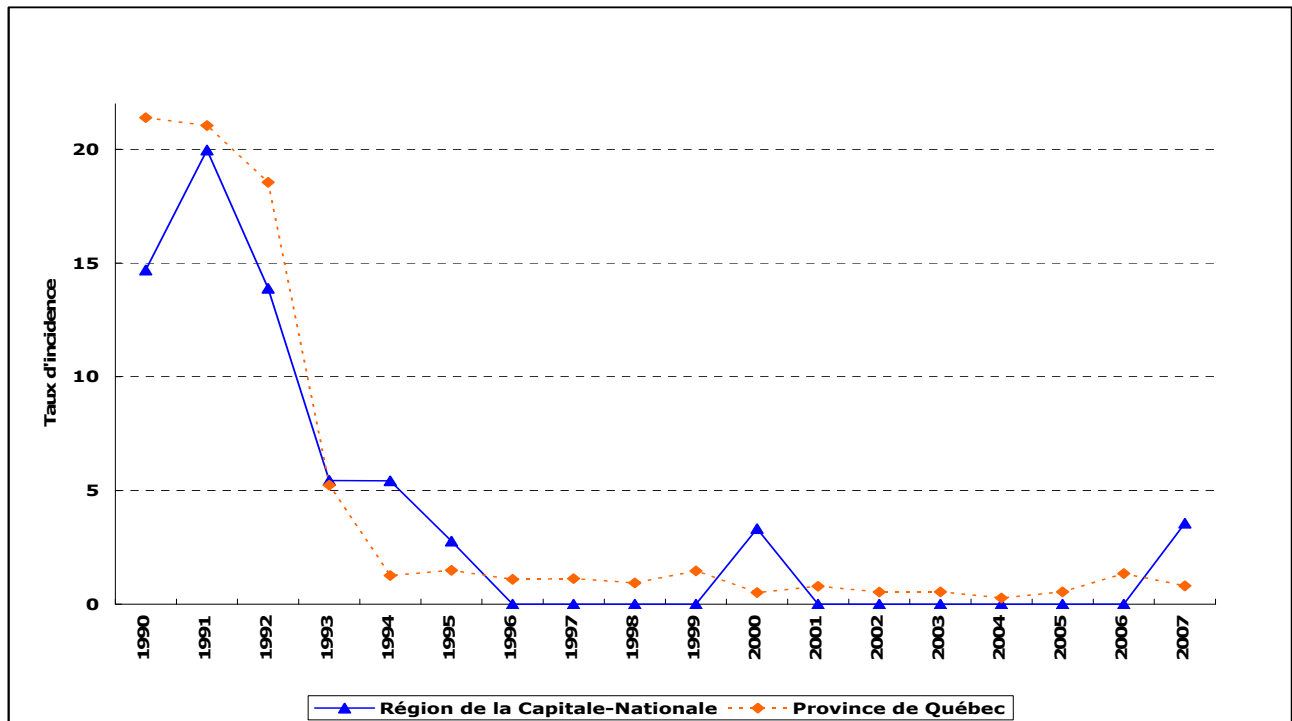


FIGURE 4 INFECTIONS INVASIVES À HÆMOPHILUS INFLUENZÆ de type B. Incidence (par 100 000 personnes-année) chez les jeunes de zéro à quatre ans, région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1990-2007

Avant novembre 2003, seules les infections invasives à Hib étaient inscrites au fichier MADO. Depuis ce temps, toutes les infections à *Hæmophilus influenzae* sont incluses au fichier quel que soit le type, ce qui explique l'augmentation de l'incidence globale des infections à *Hæmophilus influenzae* depuis 2003 (tableau 3). Le nombre de cas déclarés annuellement d'infection invasive à Hib dans la région se situe entre zéro et trois depuis quelques années. En 2007, deux cas de bactériémie à Hib ont été déclarés. Ils sont survenus chez un enfant de moins d'un an et chez une personne âgée de 30 à 34 ans.

TABLEAU 3 INFECTIONS INVASIVES À HÆMOPHILUS INFLUENZÆ. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) selon le sérotype, région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1990-2007

Région de la Capitale-Nationale		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cas	Hib	8	12	7	4	3	3	1	0	0	1	2	1	0	1	3	1	2	2
	Tous sérotypes	8	12	7	4	3	3	1	0	0	1	2	1	0	2	5	7	9	7
Inci-dence	Hib	1,3	1,9	1,1	0,6	0,5	0,5	0,2	0,0	0,0	0,2	0,3	0,2	0,0	0,2	0,5	0,1	0,3	0,3
	Tous sérotypes	1,3	1,9	1,1	0,6	0,5	0,5	0,2	0,0	0,0	0,2	0,3	0,2	0,0	0,3	0,8	1,0	1,3	1,0
Province de Québec		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Inci-dence	Hib	1,8	1,9	1,6	0,6	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2
	Tous sérotypes	1,8	1,9	1,6	0,6	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,7	1,0	1,2	1,2

A.3. Infections invasives à méningocoques

Les infections invasives à méningocoques surviennent de façon cyclique. Elles sont principalement causées par deux sérogroupes : le B et le C. On peut observer le dernier pic épidémique survenu en 2001 (figure 5). L'infection à méningocoques de sérotype C a diminué de façon importante grâce à l'introduction d'une vaccination universelle à la suite de l'écllosion d'infections invasives à méningocoques de sérotype C survenue en 2001. Globalement, le nombre de cas a diminué depuis 2001, mais chacun des sérogroupes se comporte différemment (tableau 4).

TABLEAU 4 INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUES. Nombre de cas selon le sérotype, région de la Capitale-Nationale, 1990-2007*

SÉROGROUPE	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Sérotype C	2	5	7	4	0	2	1	0	0	0	0	20	8	3	2	1	0	0
Sérotype B	0	3	5	4	6	6	0	3	1	4	1	4	2	7	5	12	9	9
Autres sérotypes	0	1	0	2	2	0	0	2	0	0	0	1	1	0	1	0	0	
TOTAL	5	13	14	12	9	10	2	5	2	5	2	28	11	11	8	14	10	10

*Les cas de sérotype inconnu sont inclus dans le total.

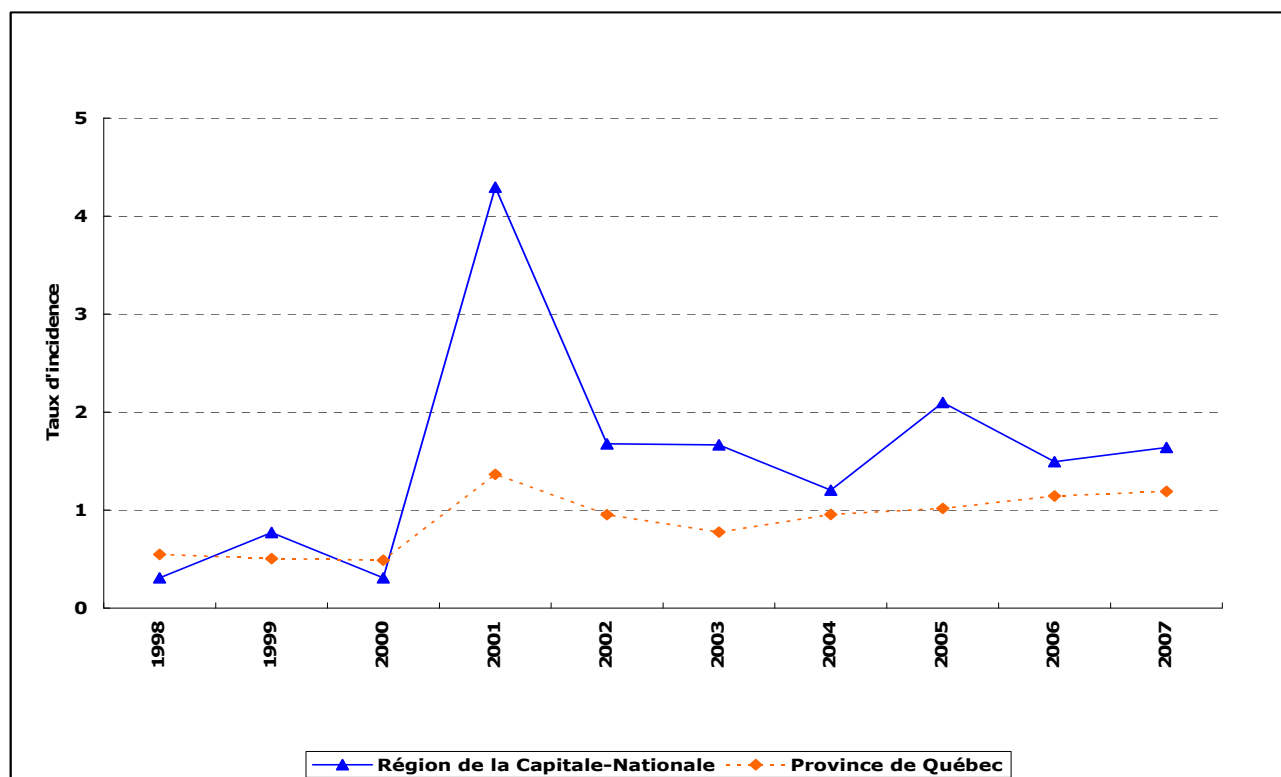


FIGURE 5 INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUES. Incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1990-2007

L'écllosion d'infections à méningocoques de sérotype C survenue en 2001 dans la région et dans la province a pu être jugulée principalement par une campagne de vaccination massive. Les infections à méningocoques de sérotype C sont en baisse constante depuis l'introduction, en 2001, de la vaccination universelle contre cette infection à l'âge de douze mois (figure 6). Le dernier cas, survenu en 2005, a touché une personne âgée de 35 ans non ciblée par le programme de vaccination.

Par ailleurs, la région demeure aux prises avec les infections à sérotype B, alors qu'un pic a été observé en 2005; ce pic a chuté à neuf cas en 2007 (figure 6). Aucun cas d'infection secondaire n'est survenu dans l'entourage des personnes malades en raison de l'application de mesures de contrôle strictes, dont la de chimioprophylaxie.

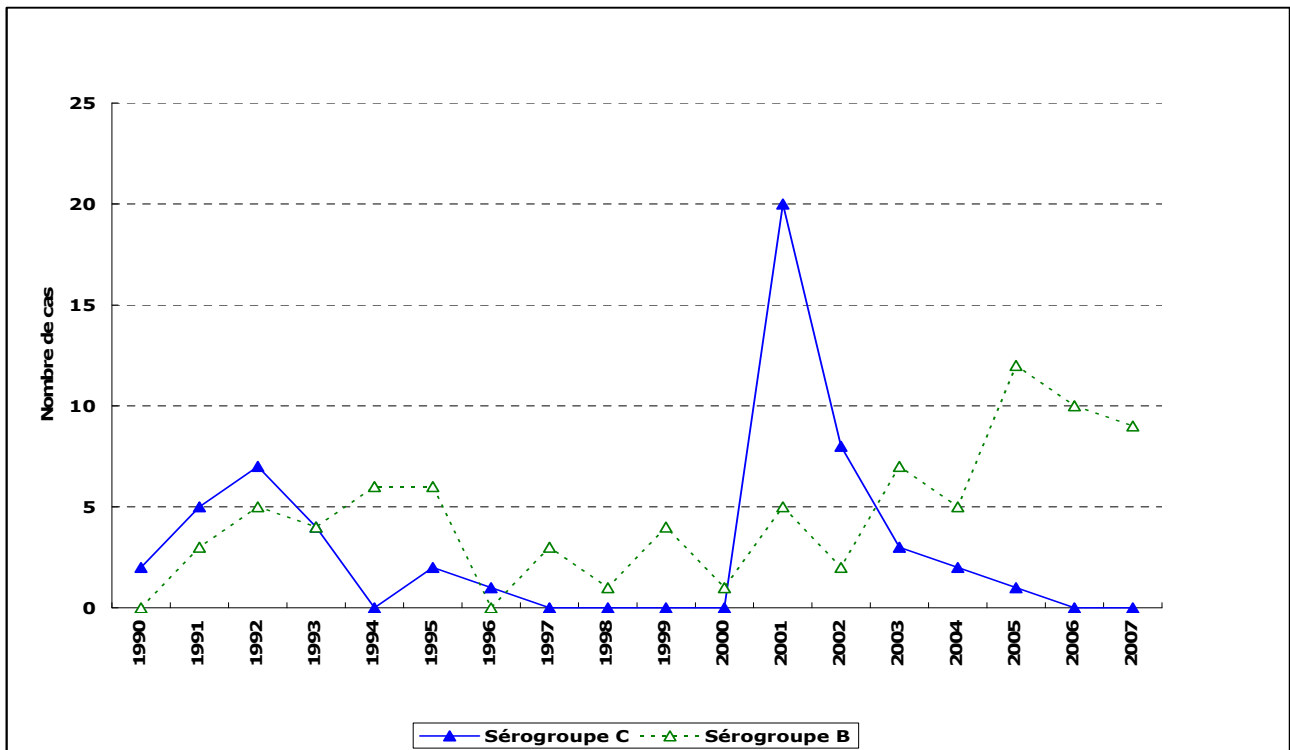


FIGURE 6 INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUES. Nombre de cas des sérotypes B et C, région de la Capitale-Nationale, 1990-2007

B. INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

TABLEAU 5 INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG. Distribution des nombres de cas, région de la Capitale-Nationale, 2006-2007

MALADIES	2006	2007
Hépatite B aiguë	2	5
Hépatite B porteur chronique	42	30
Hépatite C chronique	144	109
Chlamydie	1266	1211
Gonorrhée	58	84
Neurosyphilis	1	0
Syphilis contagieuse	10	11
Syphilis autres ¹	5	9
TOTAL	1526	1459

¹ Syphilis sans précision, syphilis cardiaque, syphilis latente de plus d'un an.

La présentation se limite aux trois infections transmissibles presque exclusivement par relations sexuelles mentionnées dans le tableau 6. D'autres maladies comme la neurosyphilis, la syphilis sans précision, la chlamydie oculaire et l'infection gonococcique « autre localisation » sont très peu nombreuses et n'ont aucun effet sur l'épidémiologie des maladies.

TABLEAU 6 INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1998-2007

MALADIE	ANNÉE									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Chlamydirose génitale	115,3	126,1	123,7	160,3	154,4	192,0	195,1	187,8	192,9	184,0
Infection gonococcique	4,5	9,8	7,0	6,3	5,8	7,8	5,0	7,2	8,8	12,8
Syphilis contagieuse	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,5	6,9	2,3	1,5	1,6

B.1. Infections transmissibles sexuellement

B.1.1 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*

Le nombre de cas déclarés de chlamydirose génitale est toujours important d'une année à l'autre mais il n'augmente pas. Il était de 1 230 en 2005, de 1 266 en 2006 et de 1 211 en 2007 (tableaux 5 et 6). Depuis 2003, les taux d'incidence sont relativement stables, et ce, tant pour la province que pour la région (figure 7).

Les groupes d'âge les plus atteints sont les 15-19 et les 20-24 ans (figure 8). Comparativement à 2006, on note une diminution des incidences chez les 15 à 19 ans et chez les 20 à 24 ans en 2007. En effet, les incidences sont passées de 719,1 en 2006 à 693 en 2007 et de 1 124,2 en 2006 à 1 072,4 en 2007. Entre 2005 et 2006, on avait noté une augmentation des incidences chez ces deux groupes d'âge. Cependant, on ne peut expliquer ces variations.

Il y a 4,5 fois plus de cas de sexe féminin dans le groupe des 15 à 19 ans et deux fois et demi plus dans le groupe des 20 à 24 ans par rapport aux cas de sexe masculin. Pour tous les groupes d'âge, deux femmes en sont atteintes pour chaque homme.

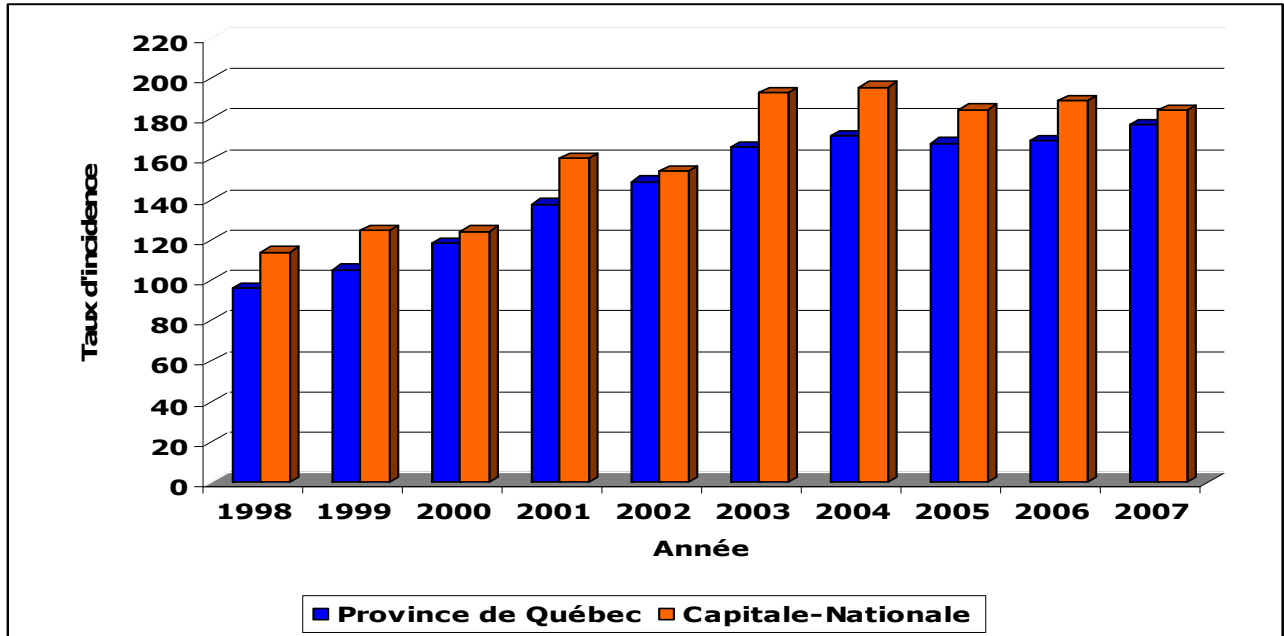


FIGURE 7 CHLAMYDIOSE GÉNITALE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2007

On retrouve le plus de cas sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale avec 61 % des cas. Viennent ensuite, par ordre décroissant, le CSSS de Québec-Nord avec 32,6 % des cas, le CSSS de Portneuf avec 3,4 % des cas et finalement le CSSS de Charlevoix avec 1,8 % des cas (tableau 7).

TABEAU 7 CHLAMYDIOSE GÉNITALE. Répartition des cas par territoire de CSSS, région de la Capitale-Nationale, 2007

CSSS	NOMBRE (TAUX D'INCIDENCE)
Vieille-Capitale	739 (247,4)
Québec-Nord	395 (85,0)
Portneuf	41 (87,3)
Charlevoix	22 (77,1)

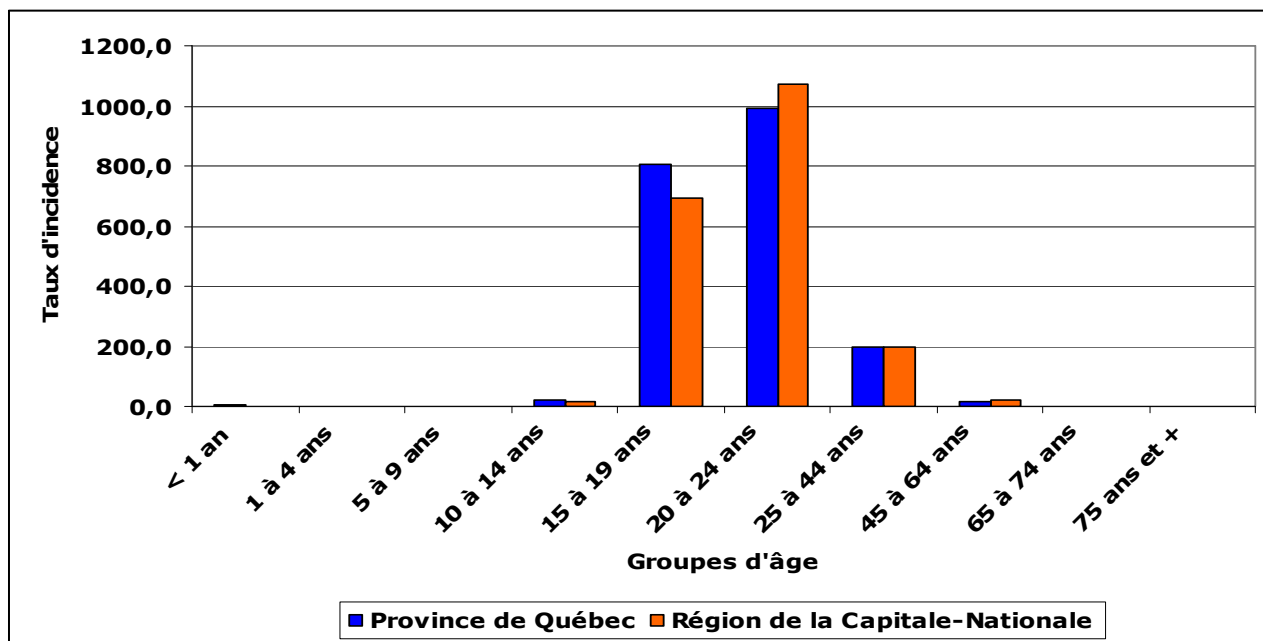


FIGURE 8 CHLAMYDIOSE GÉNITALE. Taux d'incidence par 100 000 personnes par année par groupes d'âge, région de la Capitale-Nationale, 2007

B.1.2 Infection gonococcique

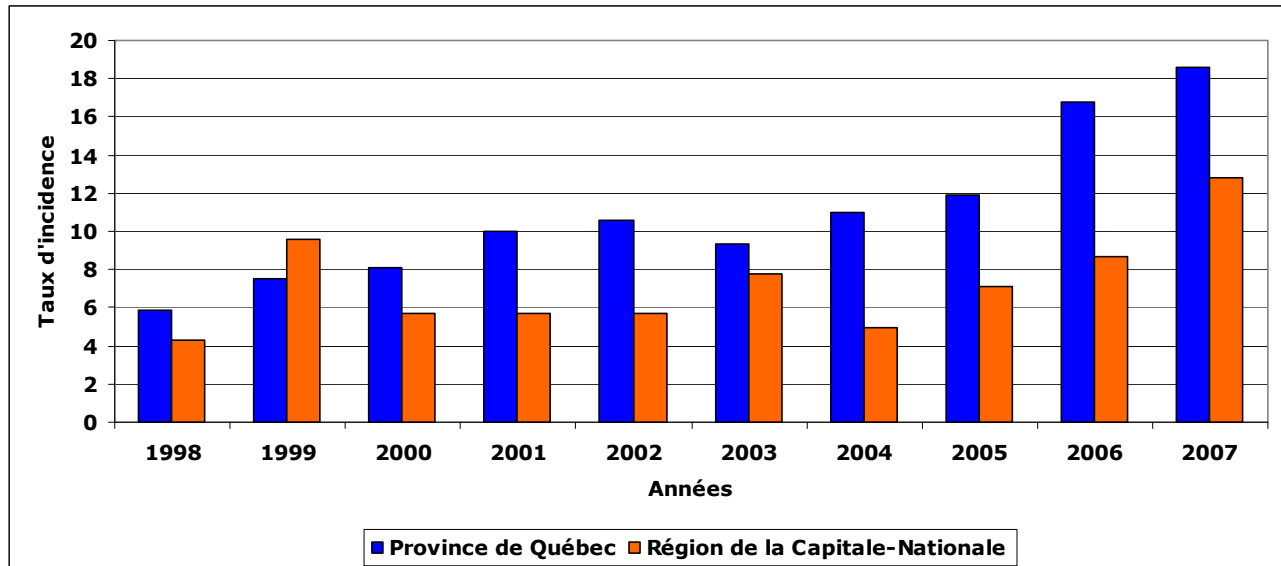


FIGURE 9 INFECTION GONOCOCCIQUE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-années), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2007

Depuis les quatre dernières années, on remarque une augmentation des cas d'infection gonococcique qui sont passés de 33 en 2004, à 47 en 2005, à 58 en 2006 et à 84 en 2007. Les taux d'incidence régionaux ont été stables en 2000, 2001 et 2002 (figure 9). Une éclosion a eu lieu en 2003, avec un retour du taux d'incidence, en 2004, au même niveau qu'antérieurement. Hormis en 1999, les taux régionaux sont toujours inférieurs à ceux de la province.

Le groupe d'âge le plus atteint est celui des 20-24 ans, suivi des 25-29 ans. Les hommes sont les plus atteints avec 66 % des cas, ce qui constitue une diminution par rapport à 2006 alors que le pourcentage de cas était de 81%. Les CSSS de la Vieille-Capitale (53 %) et Québec-Nord (46 %) se partagent presque 100 % des cas. Le CSSS Portneuf n'a eu qu'un cas alors que celui de Charlevoix n'en a eu aucun.

B.1.3 Syphilis

La syphilis contagieuse regroupe les syphilis primaire, secondaire et latente de moins d'un an. Elles font toutes l'objet d'une enquête épidémiologique en raison de leur potentiel de transmissibilité. Les syphilis latentes de plus d'un an, tertiaires et sans précision ainsi que la neurosyphilis ne sont pas considérées comme contagieuses.

Après une éclosion en 2004 avec 45 cas, la situation semble revenir peu à peu aux valeurs attendues avec quinze cas en 2005, dix en 2006 et onze en 2007 (figure 10). Par contre, dans la province, la tendance est davantage à l'augmentation depuis 2003 avec cependant un fléchissement en 2007. La syphilis contagieuse touche 6,5 hommes pour une femme. Le facteur de risque le plus fréquent pour les hommes est celui associé aux relations sexuelles avec d'autres hommes. La maladie est présente surtout chez les 20 à 24 ans (cinq cas) et les 40 à 44 ans (quatre cas). Finalement, les cas se retrouvent majoritairement dans le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale avec 64 % des cas. Les CSSS de Portneuf et de Québec-Nord se partagent chacun 18 % des cas alors que celui de Charlevoix ne compte aucun cas.

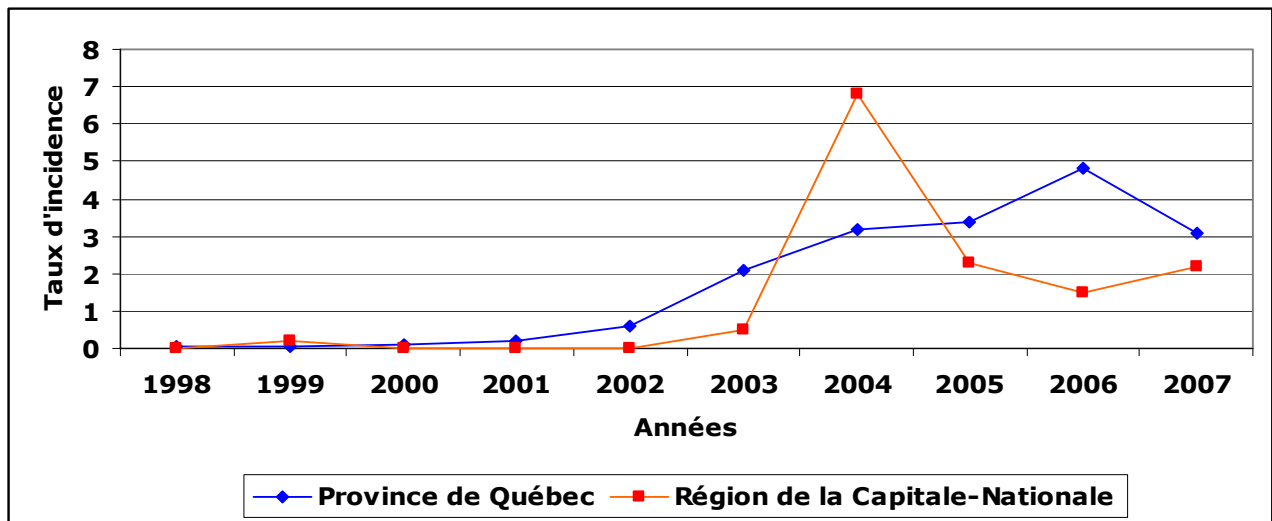


FIGURE 10 SYPHILIS CONTAGIEUSE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1998-2007

B.2. Infections transmissibles sexuellement et par le sang

Cette section traite des cas d'hépatite B aiguë, des porteurs chroniques de l'hépatite B et des hépatites C sans précision (souvent associées aux hépatites C chroniques). Soulignons que 66 % des cas d'hépatite B (tous des cas chroniques) sont survenus chez des personnes immigrantes, toutes catégories confondues.

TABLEAU 8 INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines infections, région de la Capitale-Nationale, 1998-2007

MALADIES	ANNÉES									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)
Hépatite B aiguë	16 (2,5)	17 (2,6)	16 (2,5)	12 (1,8)	17 (2,6)	16 (2,4)	11 (1,7)	4 (0,6)	2 (0,3)	5 (0,7)
Hépatite B chronique	75 (11,6)	77 (12,0)	57 (8,8)	63 (9,7)	51 (7,8)	47 (7,1)	56 (8,4)	53 (7,9)	43 (6,4)	36 (5,4)
Hépatite B ss précision	1 (0,2)	1 (0,2)	3 (0,5)	3 (0,5)	2 (0,3)	2 (0,3)	4 (0,6)	4 (0,6)	3 (0,5)	1 (0,2)
Hépatite C aiguë	0	0	0	0	0	0	1 (0,2)	0	1 (0,2)	4 (0,6)
Hépatite C chronique	288 (44,6)	305 (47,1)	286 (44,1)	273 (41,9)	184 (28,0)	159 (24,1)	178 (26,8)	164 (24,6)	148 (22,1)	114 (17,0)
Infection par le VIH¹	-	-	-	-	32 (4,9) ²	65 (10,0)	72 (11,0)	63 (9,6)	29 (4,4) ³	ND

¹ INSPQ. *Surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine au Québec, cas déclarés de janvier à juin 2006 et cas cumulatifs d'avril 2002 à juin 2006.*

² Cas déclarés d'avril à décembre 2002.

³ Cas déclarés de janvier à juin 2006.

B.2.1 Hépatites

TABLEAU 9 HÉPATITE B. Nombre de cas selon le type d'hépatite B, région de la Capitale-Nationale, 1990-2007

MALADIES	ANNÉES																	
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Hépatite B aiguë	14	13	15	15	10	10	9	12	2	3	2	2	3	2	2	1	0	1
Hépatite B chronique	16	17	18	17	16	16	12	17	12	12	9	10	8	7	8	8	6	4
Hépatite B sans précision	1	0	15	11	43	18	6	4	1	1	3	3	2	2	4	5	3	9
TOTAL	29	30	36	34	32	29	23	29	14	15	12	12	11	10	11	9	7	7

B.2.2 Hépatite B aiguë

L'introduction, en 1994, du programme de vaccination universelle contre l'hépatite B en 4^e année du primaire a eu des effets notables, car la majorité des jeunes de moins de vingt ans est maintenant vaccinée et donc protégée contre la maladie. La figure 11 illustre bien les résultats du programme autant chez les neuf à dix-neuf ans maintenant vaccinés, que chez les vingt ans ou plus. Les données de la région se comparent à celles de la province. Comme la stabilité des données pour la province est meilleure en raison de la taille de la population, les données sont présentées par groupes d'âge pour ce territoire.

En 2007, cinq cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés à la DSP chez des personnes âgées de 30 à 79 ans. À titre de comparaison, 63 cas avaient été déclarés dans la région en 1994.

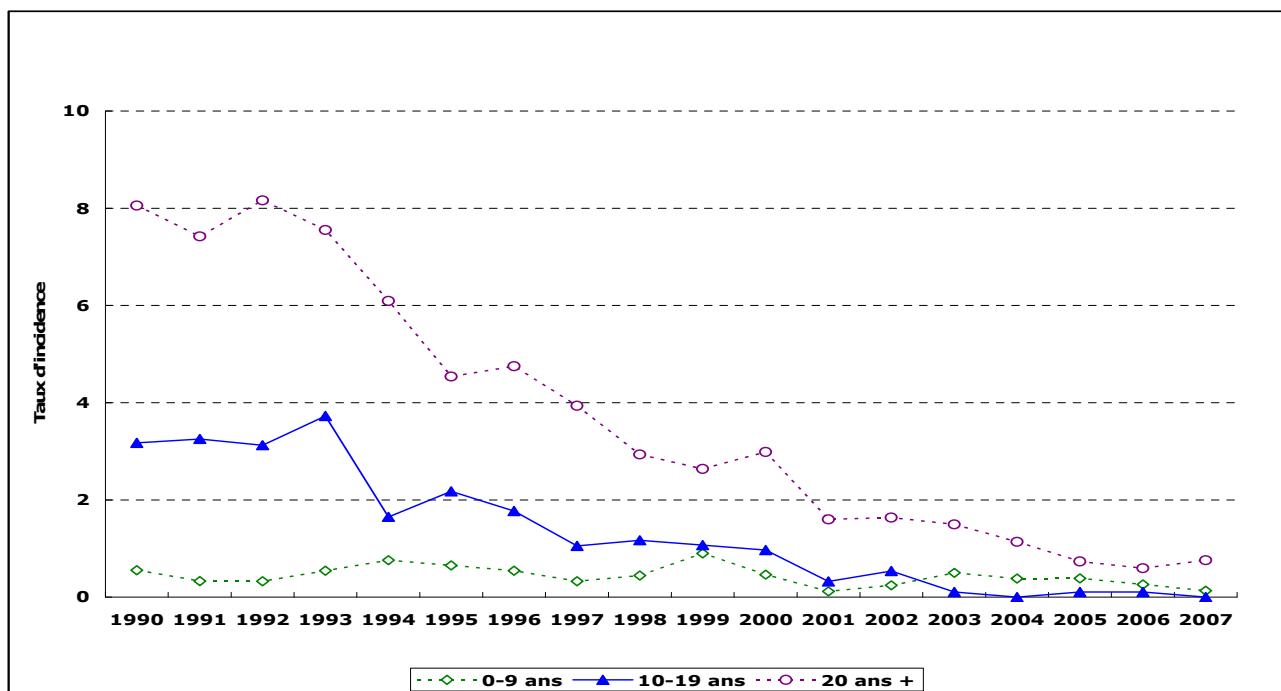


FIGURE 11 HÉPATITE B AIGUË. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) selon les groupes d'âge, province de Québec, 1990-2007

B.2.3 Hépatite B chronique

Les cas porteurs d'hépatite B présentent la même courbe descendante que les cas d'hépatite B aiguë. Le nombre de cas est passé de 53 en 2005 à 43 en 2006 et à 36 en 2007. Le groupe des 20 à 29 ans est le plus touché, mais presque tous les groupes d'âge le sont. Par surcroît, deux cas ont été déclarés dans le groupe des un à quatre ans. L'incidence régionale est légèrement inférieure à l'incidence provinciale (tableau 23) avec 4,7 et 7,9 par 100 000 personnes-année respectivement. Au total, 55 % des cas sont des hommes. Les cas sont concentrés sur les territoires des CSSS de la Vieille-Capitale (80 % des cas) et de Québec-Nord (20 %). Les CSSS de Portneuf et de Charlevoix ne comptent aucun cas.

B.2.4 Hépatite C chronique

À partir de 1999, le nombre de cas d'hépatite C chronique avait diminué, et ce, jusqu'en 2003. Le nombre de cas a augmenté de nouveau en 2004 pour redescendre depuis ce temps. La courbe épidémiologique de la maladie pour la région suit sensiblement celle de la province (figure 12).

La maladie est présente surtout chez les 25 à 54 ans et chez près des deux tiers des hommes (62 %). Les cas ont été dénombrés sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale (68 %), sur celui du CSSS Québec-Nord (13 %) et quelques cas sur le territoire du CSSS Portneuf.

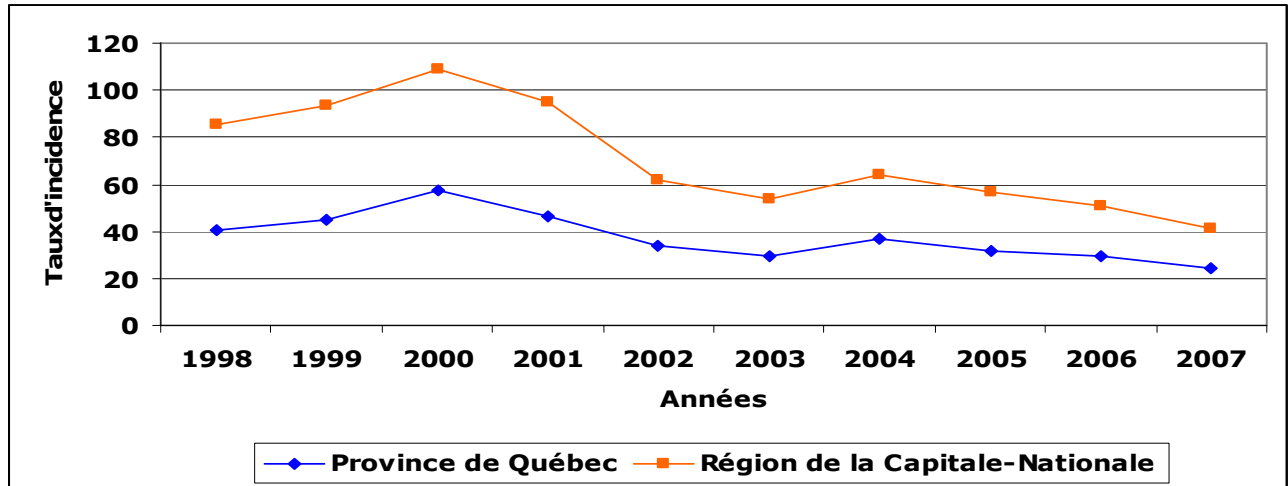


FIGURE 12 HÉPATITE C SANS PRÉCISION (CHRONIQUE). Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2007

B.2.5 Infection par le virus de l'immunodéficience humaine

Les infections au VIH et le sida n'ont pas à être déclarés obligatoirement aux directions de santé publique sauf pour l'hémovigilance. Leur surveillance est encadrée par un programme spécial, le Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) du Québec. Les résultats ne sont pas disponibles pour 2007.

D'avril 2002 à juin 2006, 261 cas d'infection au VIH chez des personnes résidant dans la région de la Capitale-Nationale ont été déclarés au programme de surveillance, soit 189 hommes et 72 femmes. La répartition annuelle est présentée au tableau 8. De janvier à juin 2006, 29 personnes (8 % des cas de la province) résidaient dans la région; on en dénombrait 63 pour toute l'année 2005.

Finalement, cinq cas dont le facteur de risque était lié à la biovigilance (ayant reçu ou donné du sang, un produit sanguin ou des cellules, des tissus ou des organes) résidaient dans la région de la Capitale-Nationale au moment de leur déclaration au Programme de surveillance entre avril 2002 et juin 2006. Ces cas n'ont pas été déclarés à la Direction de santé publique par les médecins traitants malgré l'obligation légale de le faire. Des démarches ont été entreprises auprès des instances décisionnelles pour trouver une solution à cette problématique.

C. MALADIES ENTÉRIQUES

TABLEAU 10 MALADIES ENTÉRIQUES. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines maladies, région de la Capitale-Nationale, 1998-2007

MALADIES	ANNÉES									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Amibiase	3,2	3,7	4,3	3,7	2,9	3,2	3,8	2,1	3,3	3,6
Campylobactériose	82,5	59,0	68,2	53,6	58,1	54,1	56,2	48,1	45,3	41,2
Entérite à <i>E. coli</i>	5,7	10,7	13,9	6,0	8,3	1,8	1,5	2,6	1,8	3,6
Entérite à <i>Y. enterocolitica</i>	0,9	1,8	2,6	1,4	1,1	1,4	1,1	1,7	1,0	1,1
Giardiase	10,1	8,1	8,7	10,9	17,1	13,0	14,8	13,0	13,4	13,1
Salmonellose	23,5	17,6	15,8	18,2	18,3	20,6	13,5	16,2	16,3	13,8
Shigellose	3,8	2,9	3,4	2,3	1,5	2,3	1,1	2,7	1,8	1,4
Hépatite A	2,8	1,1	0,9	1,2	0,6	0,5	1,8	0,2	1,2	0,6

C.1. Infection à *Campylobacter*

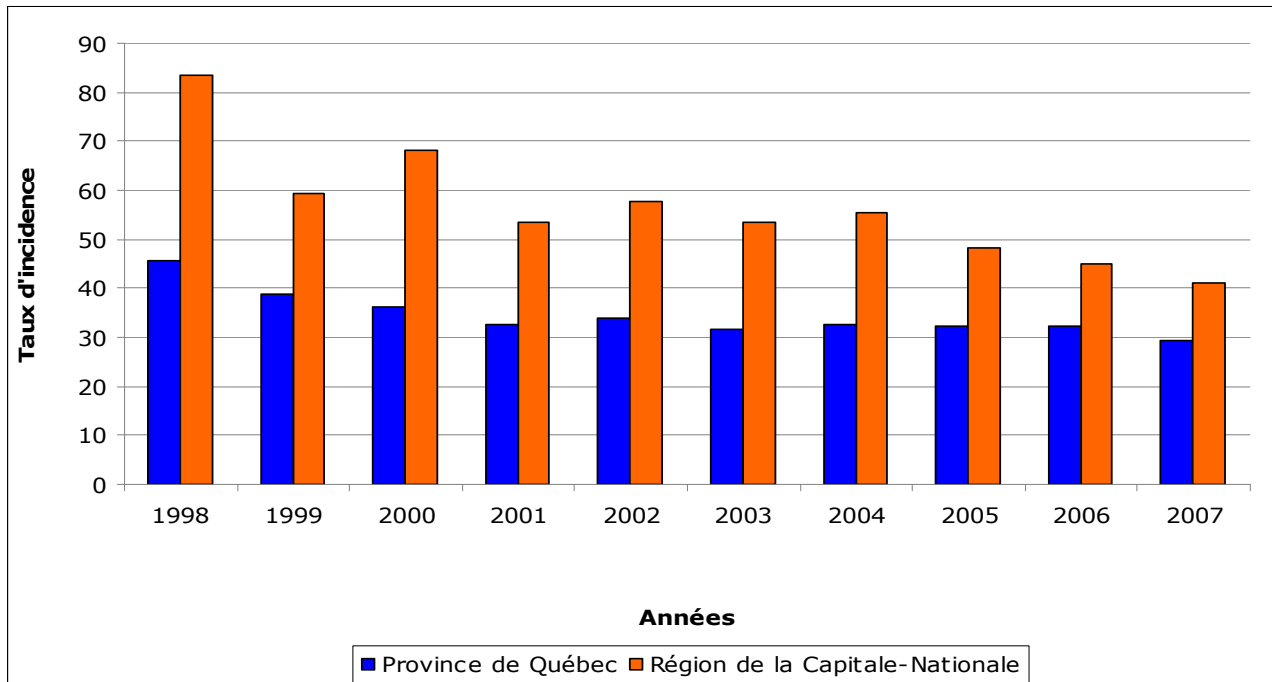


FIGURE 13 INFECTION À *CAMPYLOBACTER*. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2007

La campylobactériose est la maladie entérique la plus déclarée à la DSP avec un taux de 41,2, suivie de la salmonellose avec un taux de 13,8 (tableau 10). L'incidence de la campylobactériose a continuellement diminué depuis un pic d'activité en 1998. Il est à noter que les taux de la région ont toujours été plus élevés que ceux de la province (figure 13). La maladie semble avoir une variation saisonnière (plus grande incidence de juin à octobre) avec une plus forte activité en été. De plus, elle touche davantage les hommes (146 cas) que les femmes (125 cas).

C.2. Entérite à *E. coli*

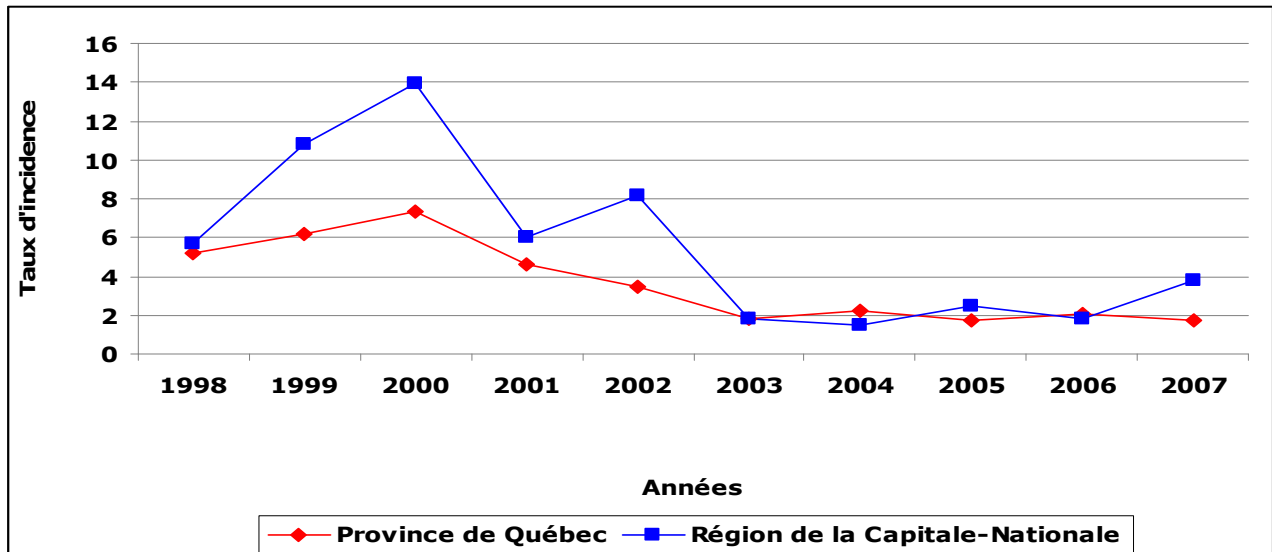


FIGURE 14 ENTÉRITE À *E. COLI*. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2007

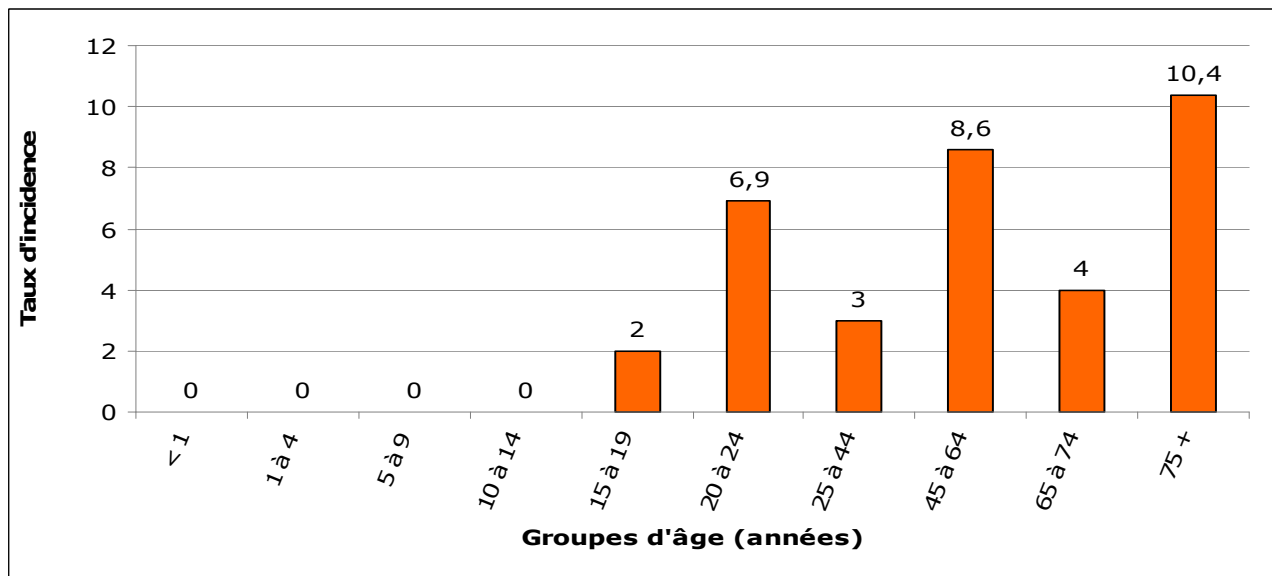


FIGURE 15 ENTÉRITE À *E. COLI*. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) par groupes d'âge, région de la Capitale-Nationale, 2006

Mises à part les éclosions de 2000 et de 2002, nous assistons pour l'année 2007 à une remontée de l'infection à *E. coli* comparativement à 2006. Le taux est passé de 1,8 en 2006 à 3,6 en 2007 (tableau 10). Les mesures prises au cours des dernières années, dont les campagnes d'information auprès du public sur les modes de cuisson de la viande, ont certainement contribué à faire baisser le taux répertorié par les années passées (sauf pour

les années 2000 et 2002), mais il semble y avoir un relâchement de la vigilance. Chaque cas déclaré fait toujours l'objet d'une enquête épidémiologique par la DSP et d'une enquête alimentaire par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) lorsqu'un aliment y est relié comme cause possible.

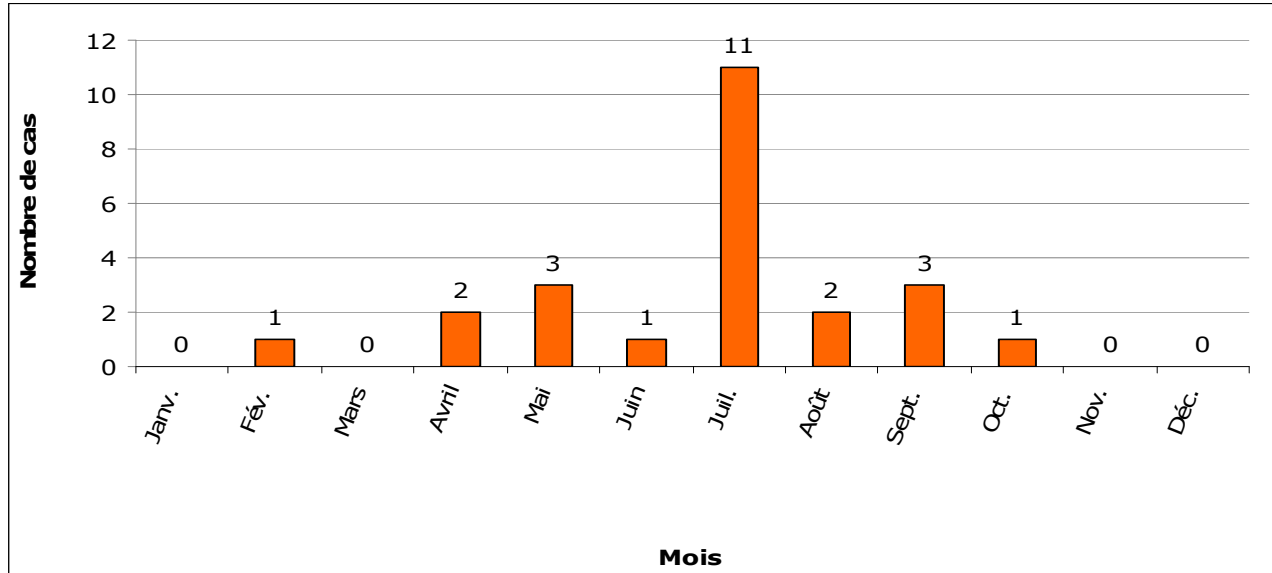


FIGURE 16 ENTÉRITE À E. COLI. Nombre de cas déclarés par mois pour l'année 2007, région de la Capitale-Nationale

En 2007, la maladie a touché presque tous les groupes d'âge à partir de l'âge de quinze ans (figure 15) et particulièrement les personnes de 75 ans ou plus. Le printemps et le début de l'été sont propices à la survenue de nouveaux cas, avec un mois de juillet très actif (figure 16).

C.3. Salmonellose

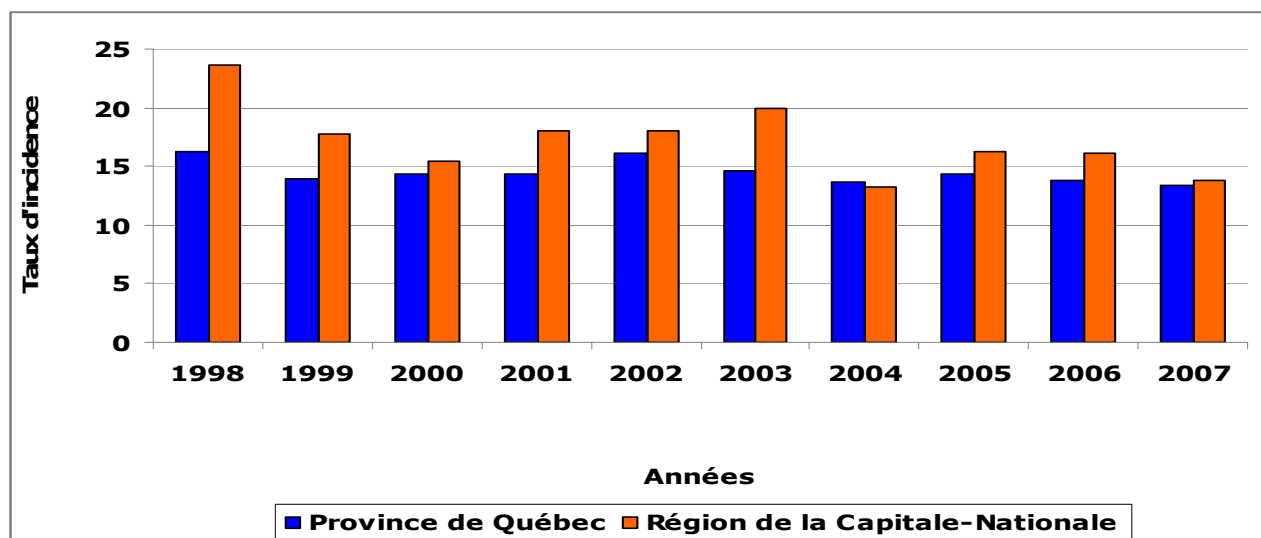


FIGURE 17 SALMONELLOSE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2007

Le nombre de cas de salmonellose a peu fluctué au Québec au cours des dernières années. Les taux d'incidence dénombrés dans la région ont toujours été légèrement supérieurs à ceux de la province, si l'on fait exception de l'année 2004 (figure 17).

En 2007, cette maladie touche toujours tous les groupes d'âge. Cependant, les cas de salmonellose ne font pas tous l'objet d'une enquête épidémiologique de santé publique. Les enquêtes ciblent particulièrement les enfants atteints âgés de moins de six ans qui fréquentent un milieu de garde. Également, tous les cas de salmonellose de sérotype D (*species enteritidis*) font l'objet d'une enquête épidémiologique quel que soit le groupe d'âge, et ce, à la demande du MSSS.

La distribution des taux d'incidence ne permet pas d'associer la maladie à un facteur saisonnier. Les cas se répartissent sur toute l'année, selon un modèle variable.

C.4. Giardiase

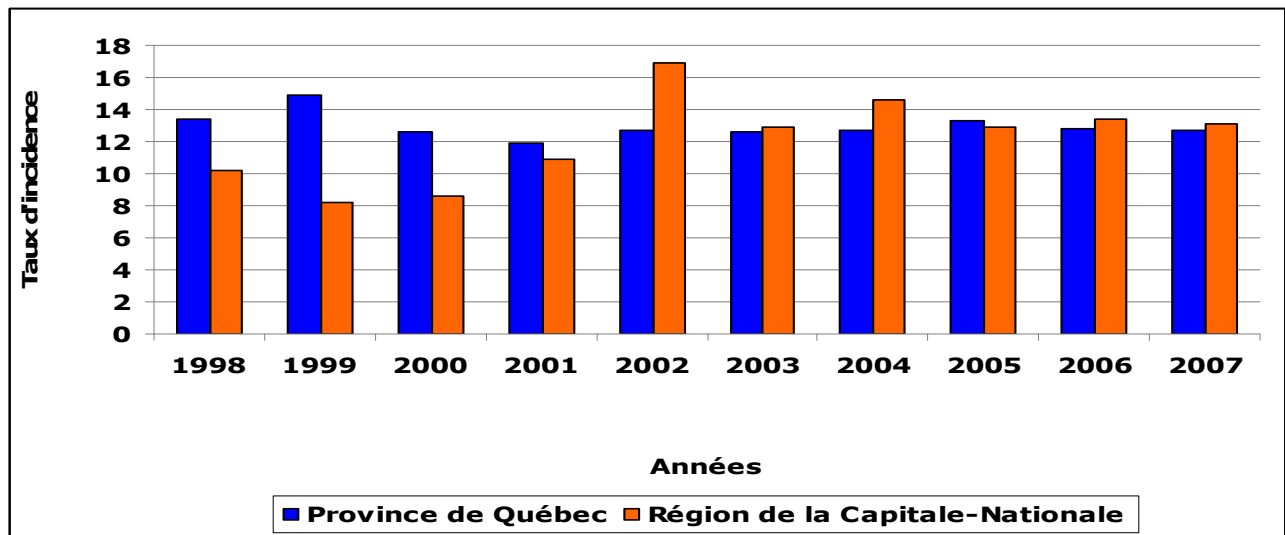


FIGURE 18 GIARDIASE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2007

En 2007, 86 cas de giardiase ont été déclarés, soit un nombre identique à celui de 2006. Hormis pour l'année 2002 (111 cas), les taux d'incidence sont relativement stables depuis plus de dix ans (figure 18). En outre, l'incidence dans la province était supérieure à celle de la région de la Capitale-Nationale jusqu'en 2001; cette tendance s'est inversée en 2002. En 2007, les déclarations de cas ont augmenté durant les mois d'août à octobre. L'incidence, en 2007, fut plus élevée parmi les enfants âgés de 5 à 9 ans et chez les adultes âgés de 20 à 24 ans (tableau 21). Les femmes sont moins touchées que les hommes (tableau 24) : 40 cas par rapport à 46. Toutefois, cette différence n'est pas significative.

C.5. Hépatite A

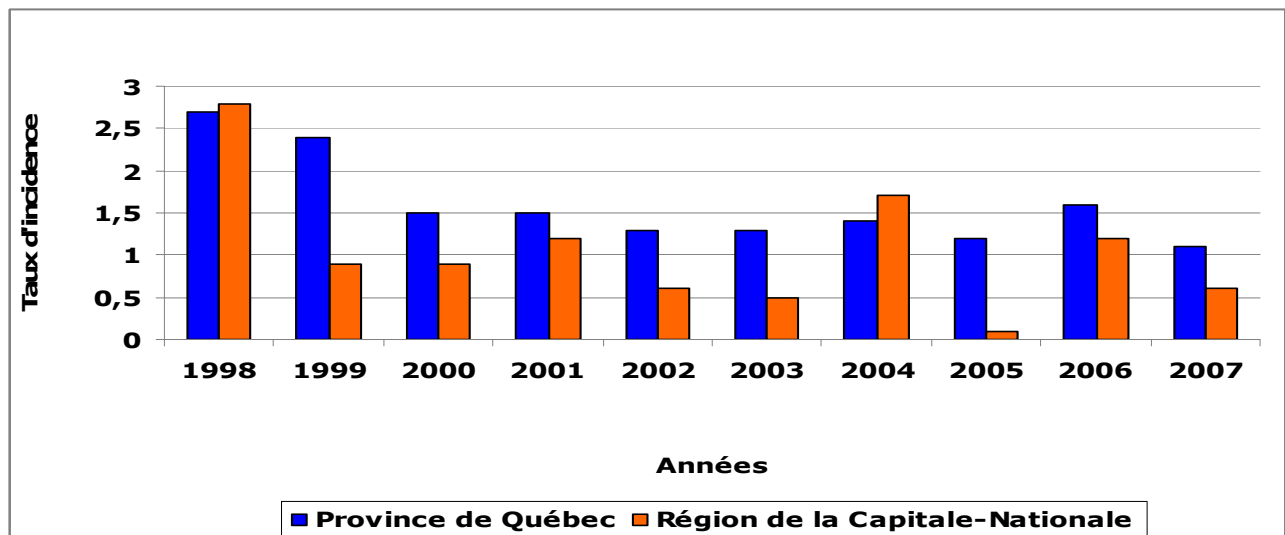


FIGURE 19 HÉPATITE A. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2007

En 2007, quatre cas d'hépatite A ont été déclarés dans la région de la Capitale-Nationale, soit deux fois moins qu'en 2006 (tableau 10). L'incidence des cas régionaux demeure inférieure à celle des cas dans la province (figure 19). Tous les cas se sont manifestés chez des femmes âgées de 20 à 64 ans (tableaux 21 et 24). En général, les cas sont liés à un voyage dans un pays où la maladie est endémique.

D. MALADIES TRANSMISSIBLES PAR GOUTTELETTES OU PAR VOIE AÉRIENNE

Parmi ces maladies, nous avons choisi d'aborder la tuberculose et l'infection invasive à streptocoques du groupe A en raison de leur transmissibilité, de leur morbidité et de la signification sociale particulière qu'elles peuvent parfois avoir.

D.1. Tuberculose

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2007, seulement cinq cas de tuberculose ont été déclarés dans la région de la Capitale-Nationale, touchant deux hommes et trois femmes. Les cas sont répartis sur les territoires des CSSS Québec-Nord et de la Vieille-Capitale.

Le nombre de cas est inférieur à la moyenne des dix dernières années (11,9 cas par année). Le taux d'incidence régional en 2007 était de 0,79 pour 100 000 personnes par année, ce qui est nettement inférieur à l'incidence provinciale de 2,91 (figure 20). Le total des cas régionaux correspond à 2,3 % de l'ensemble des cas rapportés pour la province en 2007 (soit 222 cas au total).

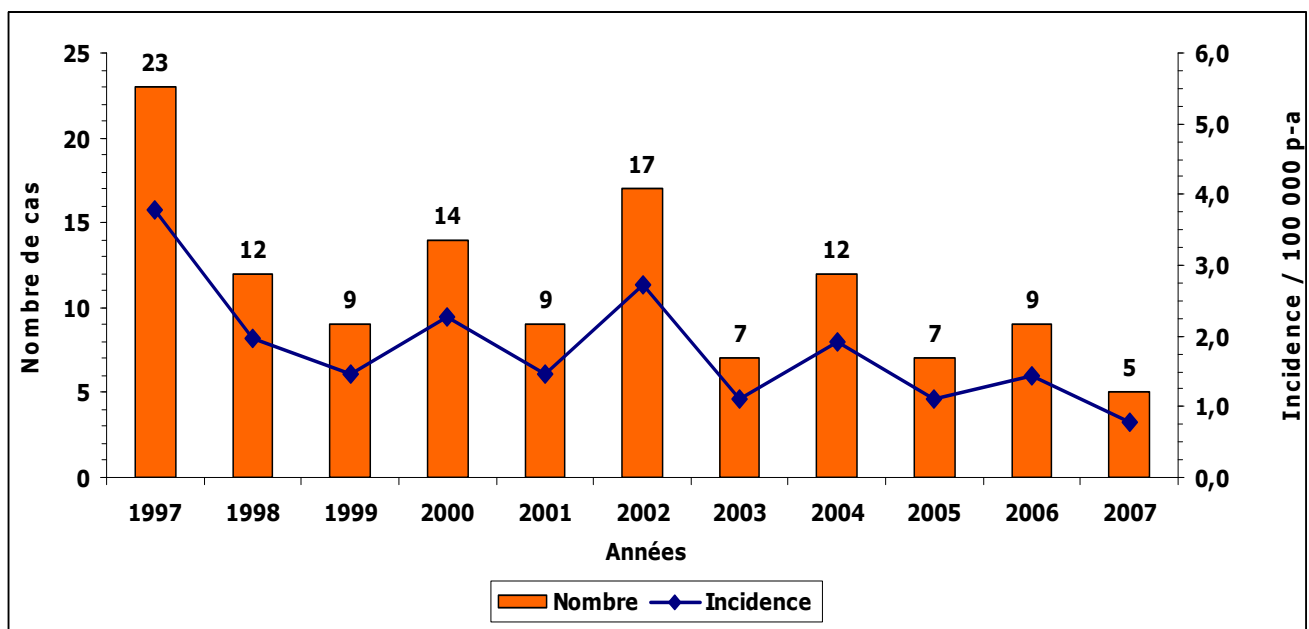


FIGURE 20 TUBERCULOSE. Nombre de cas par année et taux incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1997-2007

Pour cinq cas, un cas correspond à une infection abdominale, un cas à un abcès au muscle psoas et trois cas à une infection pulmonaire. Une enquête est faite pour chacune des situations, mais la recherche des contacts n'est réalisée que pour les infections respiratoires, les infections non respiratoires étant considérées comme non contagieuses de personne à personne. Il n'y a pas eu de cas secondaire déclaré parmi les contacts.

Dans la région, l'incidence de l'infection tuberculeuse est plus élevée parmi les personnes âgées, même si le nombre de cas demeure faible (figure 21).

Parmi les cas, quatre sont survenus chez des personnes ayant immigré au pays.

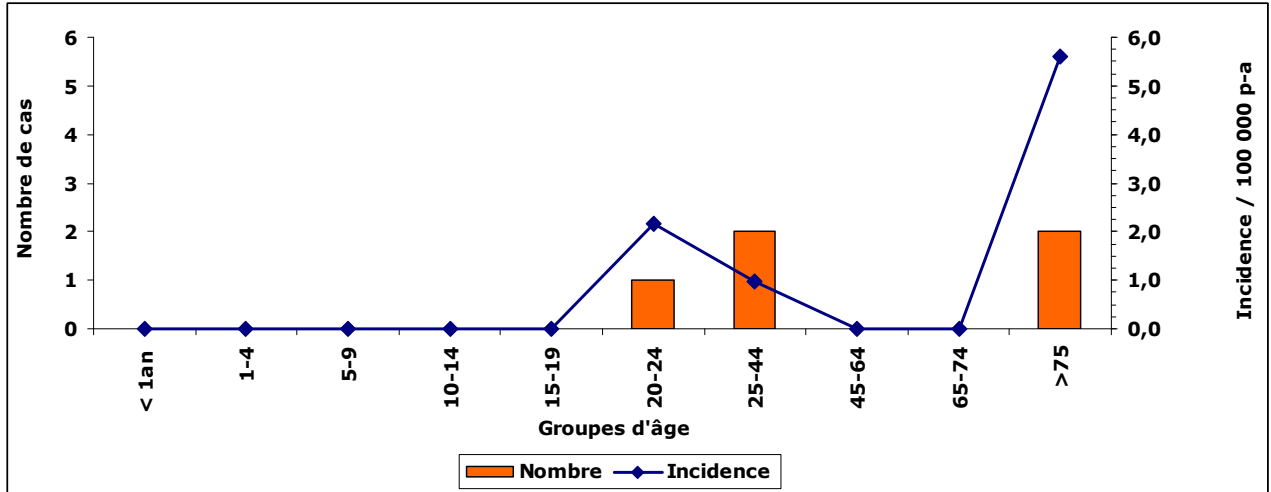


FIGURE 21 TUBERCULOSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) par groupes d'âge, région de la Capitale-Nationale, année 2007

D.2. Infection invasive à streptocoques β -hémolytique du groupe A

Communément appelée « infection à bactérie mangeuse de chair », l'infection invasive à streptocoques du groupe A (SGA) connaît une grande variabilité au fil des ans. Le taux d'incidence dans la province (3,5) est inférieur à celui de la région (4,4) en 2007 (tableau 23). Les cas sont dénombrés tout au long de l'année (tableau 22).

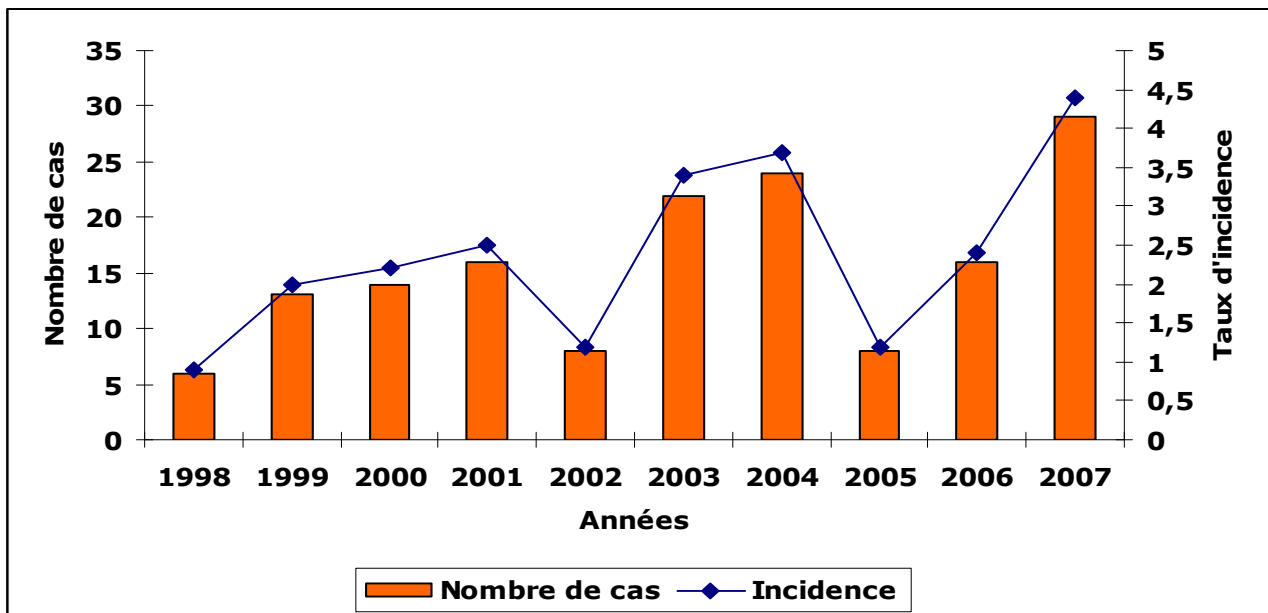


FIGURE 22 INFECTION INVASIVE À STREPTOCOQUES DU GROUPE A. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1998-2007

D.3. Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae*

L'incidence des infections invasives à pneumocoques de la région de la Capitale-Nationale se situe dans le même ordre de grandeur que celle de la province pour les années 1997-2007, années au cours desquelles on a observé une fluctuation des taux d'infection entre huit et treize cas par 100 000 personnes par année (tableau 11 et figure 23). En 2007, l'incidence régionale est passée de dix à neuf cas par 100 000 personnes par année alors que celle de la province affichait une hausse de son incidence de huit à dix cas par 100 000 personnes par année (tableau 11) par rapport à 2006.

TABLEAU 11 INFECTIONS INVASIVES À STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1997-2007

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Région 03											
cas	52	63	49	54	82	53	80	82	57	65	58
incidence	8,0	10,0	8,0	8,0	13,0	8,0	12,0	12,0	9,0	10,0	9,0
Province											
incidence	9,0	10,0	10,0	11,0	12,0	11,0	12,0	13,0	11,0	8,0	10,0

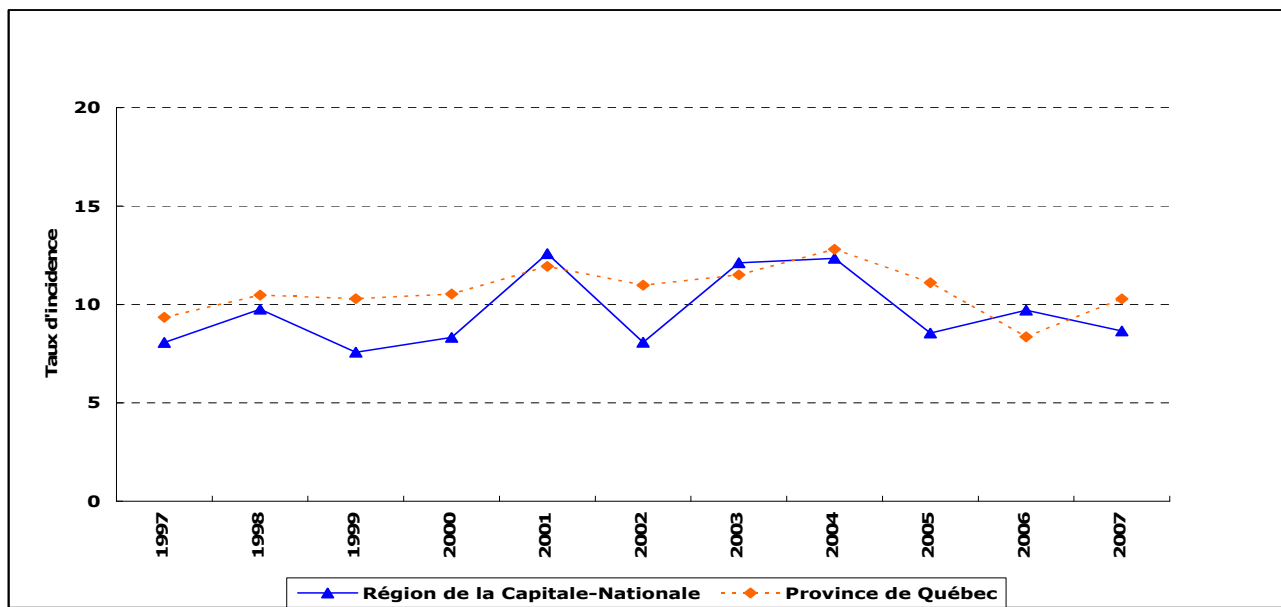


FIGURE 23 INFECTIONS INVASIVES À *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1997-2007

Les enfants de moins de cinq ans et les personnes âgées de 65 ans ou plus sont les groupes les plus vulnérables à cette infection. Les cas observés dans ces deux groupes représentent environ 50 % de tous les cas de 2007. Depuis 2000, le vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque est offert à toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus et le vaccin conjugué contre le pneumocoque a été inclus dans le calendrier régulier de vaccination des enfants depuis novembre 2004. Ce dernier vaccin a contribué à la baisse importante des cas d'infection invasive à pneumocoques causés par les sérotypes inclus dans le vaccin chez les moins d'un an (figure 24). Cependant, en 2007, la hausse globale de l'incidence des IIP dans le groupe des zéro à quatre ans a été causée par des IIP (11 cas sur 12) dont les sérotypes ne sont pas inclus au vaccin, soit les sérogroupes 7, 10, 15, 19A, 21 et 22F.

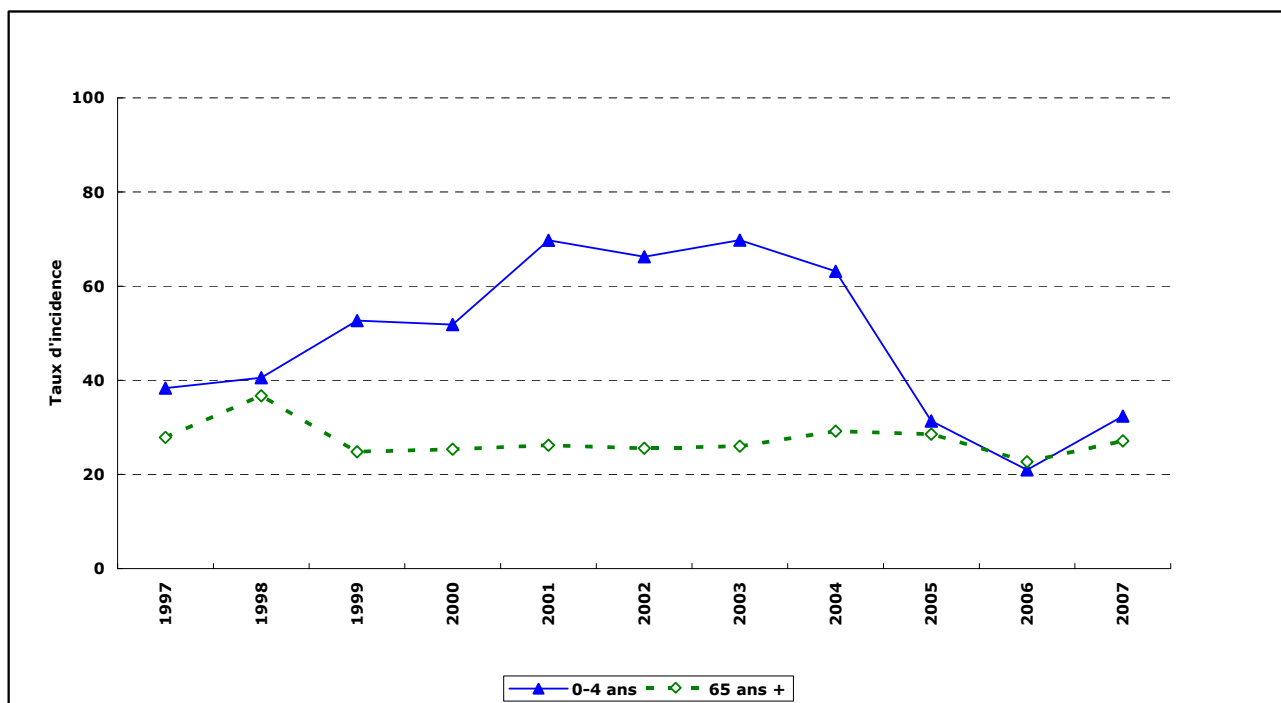


FIGURE 24 INFECTIONS INVASIVES À STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) chez les moins de cinq ans et chez les 65 ans ou plus, région de la Capitale-Nationale, 1997-2007

E. AUTRES MALADIES INFECTIEUSES SOUS SURVEILLANCE

E.1. Morsures animales et exposition potentielle à la rage

En 2007, la DSP a reçu 237 signalements de morsures animales, soit 48 de plus qu'en 2006 et 77 de plus qu'en 2005. La DSP a noté une augmentation constante depuis que de telles données sont recueillies. Les signalements touchaient au total 296 personnes, dont 218 adultes, 53 enfants (zéro à onze ans) et 25 adolescents (douze à dix-sept ans). Des 296 personnes touchées, 81 d'entre elles (27,4 %) ont reçu une recommandation d'obtenir une vaccination prophylactique post exposition contre la rage.

Les animaux en cause sont les chiens (39 % des signalements), les chauves-souris (19 %), les chats (26 %), les rats laveurs (2,5 %) et plus rarement les singes, les rats, les marmottes, les daims, les mulots, les ânes, les furets, les écureuils, les hiboux, les perroquets, etc. Les rongeurs ne représentent pas un risque d'exposition à la rage, car la maladie est très brève chez eux, limitant les possibilités de la transmettre. De même, les oiseaux n'étant pas des mammifères, ils ne peuvent pas transmettre la rage. Aucun des animaux analysés (18) n'était porteur de la maladie. D'ailleurs, la région de la Capitale-Nationale est considérée comme à faible risque pour ce qui est de la rage animale, car aucun cas animal n'a été détecté depuis plus de cinq ans.

Les signalements émanent de plusieurs partenaires : Info-Santé (20 %), l'Agence canadienne d'inspection des aliments (secteur santé animale, 16 %), les CLSC (13 %), les

autres DSP (3 %), les médecins en cabinet privé (6 %) et les centres hospitaliers (39 %). La distribution des signalements au long de l'année suit une courbe normale avec un pic durant l'été (figure 25).

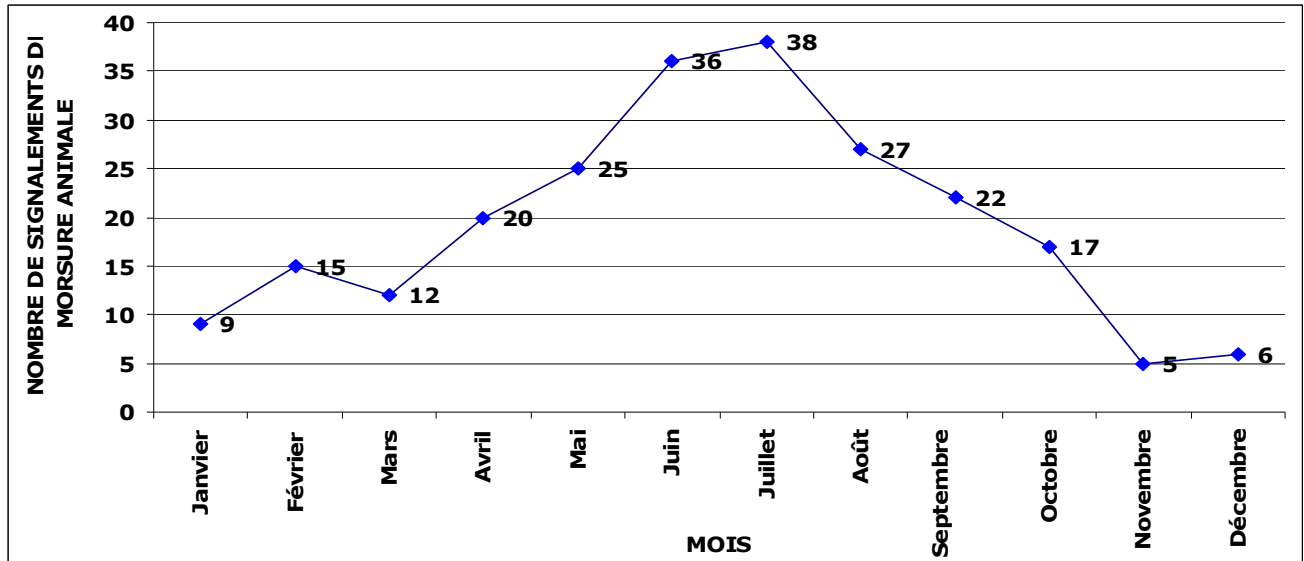


FIGURE 25 MORSURES ANIMALES. Nombre de signalements par mois, région de la Capitale-Nationale, 2007

E.2. Infections à entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) et à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)

Comme par les années antérieures, la présence des ERV n'a été notée que de façon sporadique dans les centres hospitaliers de la région. Le personnel hospitalier effectue une surveillance, principalement lors de l'admission de patients ayant séjourné au préalable dans des centres hospitaliers ciblés. Il arrive à l'occasion que certains de ces patients soient reconnus comme porteurs de ERV, mais il n'y a eu aucune éclosion rapportée en 2007.

Depuis quelques années, la plupart des centres hospitaliers régionaux sont considérés comme endémiques pour les souches de SARM acquises à l'hôpital (SARM-AH). Une surveillance active est effectuée dans les établissements de soins de courte durée afin de détecter les porteurs et les nouveaux cas d'acquisition nosocomiale. Cependant, seules les éclosions d'infections dans les établissements de soins de longue durée sont à déclaration obligatoire et il n'y en a pas eu en 2007.

Les responsables des centres hospitaliers continuent de surveiller le SARM acquis en communauté (SARM-AC). Une éclosion concernant une famille de quatre personnes (deux adultes et deux adolescents) a d'ailleurs été signalée. Au sein de cette famille, des infections cutanées et urinaires survenaient à répétition. Une intervention consistant en l'application de mesures de prévention ainsi qu'une décolonisation des membres de la famille ont permis de briser la chaîne de transmission.

E.3. Diarrhée associée au *Clostridium difficile*

Les infections causées par le *Clostridium difficile* ne font pas partie de la liste des MADO. En août 2004, l'INSPQ a créé un programme de surveillance obligatoire des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) d'origine nosocomiale auquel participent huit hôpitaux⁸ de soins généraux et spécialisés de la région de la Capitale-Nationale. Les données présentées ici sont tirées principalement de ce programme.

Pour l'année 2007⁹, 642 cas de DACD d'origine nosocomiale ont été rapportés par les responsables des hôpitaux régionaux participants. Il s'agit d'une diminution de 32 cas (4,7 %) en comparaison avec l'année 2006. La figure 26 montre que les taux de DACD ont été beaucoup plus élevés dans la région que dans l'ensemble de la province pendant la première moitié de l'année 2007. D'ailleurs, le taux atteint à la période administrative 13 (soit 19,2 par 10 000 personnes-jour) est le taux le plus élevé rapporté dans la région depuis la création du réseau de surveillance. Toutefois, une diminution des taux est notée à partir des mois de juillet et d'août (période administrative 5), et cette tendance se maintient jusqu'à la fin de l'année 2007.

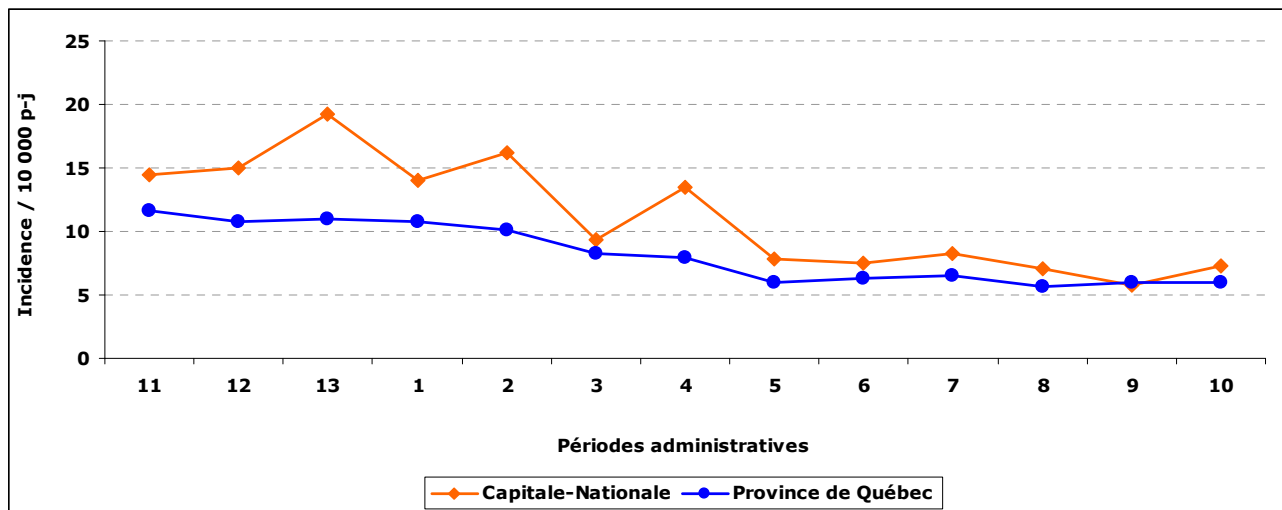


FIGURE 26 DIARRHÉE ASSOCIÉE AU CLOSTRIDIUM DIFFICILE. Taux d'incidence (par 10 000 personnes-jour) selon les périodes administratives, région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 2007

La souche « hypervirulente » NAP1/027 (aussi appelée de type A) s'est bien implantée dans la région au cours des dernières années. En effet, alors qu'elle n'était rapportée que dans 3 % des échantillons de selles analysés par le LSPQ en 2005 pour la région, en 2007, une analyse similaire rapporte 81 % de la présence de cette souche (tableau 12).

⁸ Au départ, sept hôpitaux étaient inscrits au réseau de surveillance. Un huitième hôpital s'est ajouté dans la région à partir de janvier 2007.

⁹ Soit du 7 janvier 2007 au 5 janvier 2008.

TABLEAU 12 DIARRHÉE ASSOCIÉE AU CLOSTRIDIUM DIFFICILE. Résultats des analyses de souches effectuées sur des échantillons de selles dans la région de la Capitale-Nationale, 2005, 2006 et 2007

Années	% génotype NAP1/027	Nb CH en prédominance NAP1/027
2005	3 %	0
2006	40 %	2
2007	81 %	6

Source: LSPQ, *Rapport – Surveillance des diarrhées associées à Clostridium difficile au Québec*, bilan du 22 août 2004 au 18 août 2007.

Le suivi des complications au cours des 30 jours suivant le diagnostic montre une augmentation en 2007 de l'ensemble des complications notées dans la région (tableau 13) en comparaison avec l'année 2006. Seules les réadmissions pour DACD semblent stables. Pour l'ensemble de la province, on note une augmentation du taux de décès, tandis que les autres complications sont stables. La prédominance de la souche NAP1/027 dans la majorité des hôpitaux de la Capitale-Nationale est certainement liée à l'augmentation des complications.

TABLEAU 13 DIARRHÉE ASSOCIÉE AU CLOSTRIDIUM DIFFICILE. Fréquence des complications au cours des 30 jours suivant le diagnostic de la maladie, région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 2006 et 2007

Complications au cours des 30 jours suivant le diagnostic	Capitale-Nationale		Province de Québec	
	2006 Nombre (%)	2007 Nombre (%)	2006 Nombre (%)	2007 Nombre (%)
Décès				
DACD cause principale	21 (3,6)	41 (7,0)	95 (2,6)	82 (2,8)
DACD cause contributive	25 (4,3)	29 (5,0)	139 (3,9)	145 (4,9)
DACD cause non reliée	52 (9,0)	55 (9,5)	294 (8,2)	271 (9,2)
Total des décès	98 (16,9)	125 (21,5)	528 (14,7)	498 (16,8)
Admission en USI pour DACD	10 (1,7)	22 (3,8)	77 (2,1)	74 (2,5)
Réadmission pour DACD	29 (5,0)	31 (5,3)	179 (5,0)	170 (5,7)
Colectomie pour DACD	4 (0,7)	7 (1,2)	37 (1,0)	35 (1,2)
TOTAL DE CAS SUIVIS	578	582	3 586	2 960

Note : Les chiffres entre parenthèses correspondent au pourcentage par rapport au total des cas suivis.

Il est à noter que les hôpitaux font un suivi des complications sur une base volontaire, mais que 90,7 % des cas de complications (soit 582 sur 642) ont quand même reçu un suivi dans le mois suivant le diagnostic.

Histoire de cas :

Entre le 4 mars et le 26 mai 2007, le personnel en prévention et contrôle des infections nosocomiales d'un hôpital de la région note une augmentation inquiétante des complications, dont des décès, parmi leurs cas de DACD. Le signalement de cette situation à la Direction de santé publique a entraîné la tenue d'une enquête épidémiologique afin de tenter de cerner les causes pouvant expliquer cette augmentation et de pouvoir ainsi y apporter les corrections nécessaires.

Au total, 74 dossiers de patients ayant reçu un premier résultat de toxine positive pour le *C. difficile* ont été révisés. Les analyses effectuées ont permis de conclure que la survenue de cette situation était causée par la combinaison de quatre facteurs principaux :

1. un âge élevé des patients atteints (âge moyen de 76,6 ans);
2. la présence d'une maladie pulmonaire sous-jacente, aiguë ou chronique;
3. la prise d'antibiotiques, principalement ceux de la classe des quinolones;
4. la prédominance de la souche NAP1/027.

Au total, 23 recommandations ont été émises afin de prévenir la récurrence de cette situation.

E.4. Éclosions de gastro-entérites virales

Les gastro-entérites virales entrent dans la catégorie des gastro-entérites épidémiques d'origine indéterminée. Cette catégorie fait partie de la liste des MADDO. Pour l'année 2007, 64 épisodes ont été déclarés à la DSP, dont la majorité, soit 42 (64,6 %), est survenue dans des établissements de soins (CHSGS, CHSLD, résidences pour personnes âgées). Les autres épisodes (22) sont survenus dans des garderies, dans des CPE, dans une école et dans un établissement de détention. À noter qu'il existe probablement une sous-déclaration des épisodes survenant dans les milieux autres que les établissements de soins.

La tendance à la hausse du nombre d'éclosions notée à la fin de l'année 2006 s'est poursuivie au début de 2007. En effet, plus des trois quarts des éclosions (soit 43 sur 64) ont été rapportées au cours des mois de janvier, février et mars 2007 (figure 27). Une augmentation des éclosions a également été notée pour l'ensemble de la province pendant la même période.

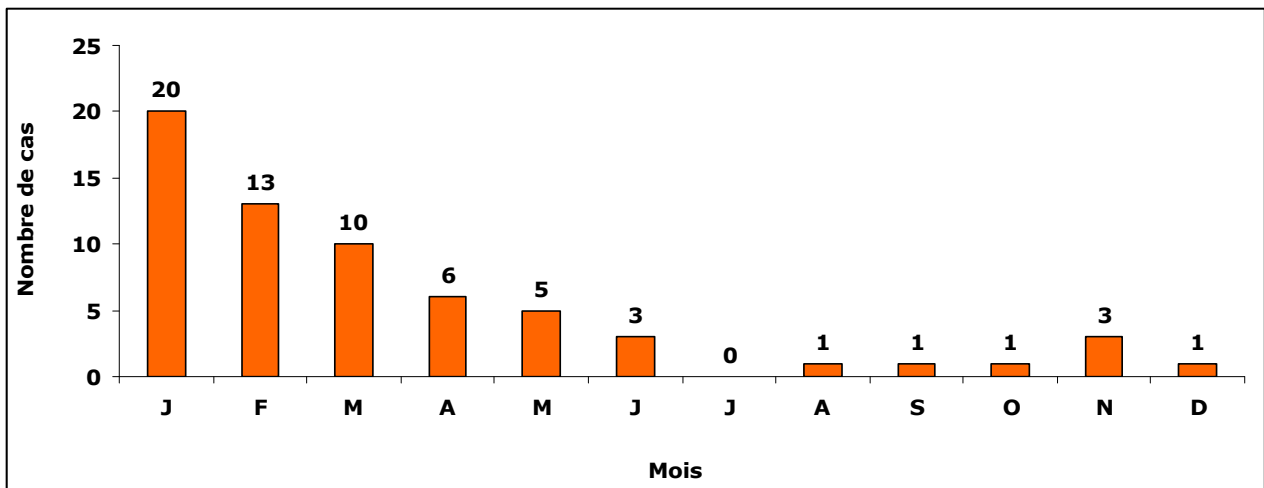


FIGURE 27 ÉCLOSIONS DE GASTRO-ENTÉRITES VIRALES. Répartition par mois des éclosions, région de la Capitale-Nationale, 2007

Dans la majorité de ces éclosions (87,5 %), l'agent causal n'a pas été trouvé, soit parce qu'il n'y a pas eu de prélèvement effectué, soit parce que les résultats sont revenus négatifs. Lorsqu'un agent pathogène est trouvé, il s'agit surtout de Norovirus (9,4 %), mais aussi parfois de Calicivirus (1,9 %) ou de Rotavirus (1,9 %).

E.5. Toxi-infections alimentaires

Les toxi-infections alimentaires (TIA) se définissent comme la présence de manifestations cliniques similaires chez au moins deux personnes, et par le lien épidémiologique entre le fait d'être malade et la consommation d'aliments ou d'eau (source commune), avec ou sans identification d'un agent pathogène. Pour l'ensemble de l'année 2007, la DSP a reçu un total de 29 déclarations. Toutefois, six d'entre elles ne répondaient pas à la définition

nosologique, car elles ne touchaient qu'une seule personne à la fois et deux étaient à portée suprarégionale.

Parmi les 21 TIA régionales touchant deux personnes ou plus, une situation était liée à un buffet (dix personnes), quinze situations étaient liées à un repas pris au restaurant ou à la consommation de mets achetés préparés (de deux à huit personnes) et cinq étaient liées à un repas pris à la maison (de deux à quinze personnes).

Les situations touchant deux personnes ou plus sont signalées au MAPAQ pour complément d'enquête et recherche de l'agent pathogène pouvant être en cause. Dans la majorité des cas toutefois, il n'est pas possible d'isoler un microorganisme en particulier. Il n'a pas été possible de faire de liens entre les différentes TIA déclarées, et aucune enquête n'a mené au retrait d'un aliment.

Les deux toxi-infections alimentaires suprarégionales ont mené à des enquêtes conjointes avec la Direction générale de santé publique du MSSS. Une était liée au *Staphylococcus aureus* trouvé dans des pâtisseries et l'autre à l'*Escherichia coli* O157:H7 (pulsovar 700 et associés) trouvé dans de la viande hachée achetée en épicerie et consommée à la maison.

E.6. Éclosions d'influenza

Les éclosions d'influenza¹⁰ ne sont pas des événements à déclaration obligatoire. Les établissements les signalent sur une base volontaire. Ce type d'éclosion, qui peut survenir surtout au cours de la saison d'activité grippale entre les mois de novembre et d'avril, fait cependant l'objet d'une surveillance étroite. La surveillance des éclosions d'influenza a commencé le 1^{er} novembre 2004. La période de surveillance allait du 1^{er} novembre au 30 avril en 2004-2005 et en 2005-2006, puis a été prolongée jusqu'au 1^{er} juin en 2006-2007.

Les éclosions d'influenza déclarées à la DSP sont celles qui surviennent dans des CHSLD ou dans des unités des CHSGS. La saison 2005-2006 fut une saison grippale marquée par de nombreuses éclosions d'influenza (27) dans les CHSLD au Québec comme partout au Canada. En 2006-2007, le nombre d'éclosions (6) a été moindre qu'au cours des deux années précédentes. En 2007-2008, treize éclosions d'influenza ont été déclarées à la Direction de santé publique, dont six de type A et sept de type B (tableau 14).

¹⁰ Une éclosion d'influenza est confirmée par la présence d'un test positif pour l'influenza et de deux cas de syndrome d'allure grippale (SAG) en dix jours (SAG : toux et température) si le virus circule dans la communauté; sinon, deux tests positifs sont requis. En plus de la vaccination, d'autres mesures sont alors prises pour limiter la transmission du virus et pour prévenir l'apparition de nouveaux cas.

TABLEAU 14 INFLUENZA. Éclosions dans les CHSLD et dans les unités des CHSGS, région de la Capitale-Nationale, 2004-2007

Saison	CHSLD	CHSGS	TOTAL
2004-2005	14	4	18
2005-2006	24	3	27
2006-2007	7	1	6
2007-2008	12	1	13

Dans les milieux où les personnes sont regroupées, comme les CHSLD, le risque de transmission de l'influenza est accru. Il est également reconnu que le personnel soignant contribue à sa transmission dans ces milieux. C'est pourquoi on recommande fortement que le personnel soignant se fasse vacciner. La faible efficacité du vaccin contre l'influenza chez les usagers des CHSLD et les faibles taux de vaccination du personnel soignant sont des facteurs qui contribuent à favoriser la transmission de l'influenza en CHSLD.

- ▶ Dans les CHSLD, malgré des taux de couverture vaccinale de plus de 80 % chez les usagers, l'influenza est susceptible de se manifester, car le vaccin ne protège qu'à 40 % contre les infections dans ces milieux. Les personnes qui résident en CHSLD sont souvent âgées, souffrent de maladies chroniques et leur réponse immunitaire est moins bonne. Pour elles, le vaccin peut prévenir les complications de l'infection : il prévient 60 % des hospitalisations et 80 % des décès causés par l'influenza.
- ▶ Les taux de couverture vaccinale des employés des CHSLD ont augmenté à 51 % en 2007-2008 alors que l'objectif de 60 % permettrait de réduire le risque d'écllosion d'influenza dans ces centres. La hausse constante du personnel vacciné est encourageante.

Par ailleurs, les mesures de surveillance et de contrôle sont appliquées de plus en plus rigoureusement dans les établissements. La collaboration entre la DSP, les CHSLD et les CHSGS est assurée. La DSP est convaincue que la très grande majorité des éclosions dans la région est signalée grâce à l'appui de la Table régionale de prévention des infections nosocomiales.

F. MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE D'ORIGINE NON INFECTIEUSE

Au cours de l'année 2007, la Direction de santé publique (DSP) de la Capitale-Nationale a reçu 138 déclarations de MADO d'origine chimique.

Généralement, la grande majorité des déclarations de MADO d'origine chimique ou physique est faite à la DSP par les responsables des laboratoires; très peu de déclarations sont faites par les médecins traitants de la région. Par ailleurs, depuis 2006, la DSP reçoit des déclarations pour des maladies pulmonaires professionnelles provenant du comité des maladies professionnelles pulmonaires de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST). Ces déclarations concernent des cas qui ont été acceptés pour indemnisation par la CSST.

Les contaminants qui ont été à la source de plus de déclarations au directeur régional sont, dans l'ordre, le plomb, l'amiante et le monoxyde de carbone (tableau 15).

TABLEAU 15 MADO D'ORIGINE NON INFECTIEUSE. Nombre de cas déclarés par contaminant, région de la Capitale-Nationale, 2007

CONTAMINANTS	NOMBRE DE CAS	%
Plomb	79	57,2 %
Amiante	26	18,8 %
Monoxyde de carbone	13	9,4 %
Silice	4	2,9 %
Métaux autres que le plomb	7	5,1 %
Produits chimiques sensibilisants	6	4,3 %
Autres ou inconnus	3	2,2 %
TOTAL	138	100 %

F.1. Intoxication au plomb

L'exposition au plomb est sans contredit celle qui se prête le mieux à la surveillance biologique des travailleurs. Une forte proportion des déclarations est donc liée à ce contaminant. Plusieurs de ces déclarations découlent d'ailleurs des activités de surveillance médicale menées par les équipes de santé au travail des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) auprès de travailleurs de milieux de travail qui sont visés par la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

Au Québec, le niveau seuil de déclaration pour l'intoxication par le plomb est établi à 0,5 µmol/L afin de permettre une intervention précoce auprès de groupes vulnérables tels les enfants et les femmes enceintes. Ces groupes sont particulièrement sensibles aux effets d'une imprégnation sanguine par le plomb. Par contre, ce niveau ne représente pas un danger important pour l'adulte, selon les connaissances actuelles. C'est pourquoi, dans le guide de pratique professionnelle visant la prévention et le contrôle des intoxications par le plomb en milieu de travail, les membres du comité médical provincial en santé au travail ont comme objectif commun d'éliminer toute exposition professionnelle susceptible d'entraîner des plombémies supérieures à 1,25 µmol/L¹¹. Il convient donc de suivre le mieux possible la situation en vérifiant l'évolution de la distribution des cas à la lumière de ce paramètre, entre autres.

En 2007, si l'on ne retient que le résultat individuel le plus élevé obtenu en cours d'année, 79 cas d'intoxication par le plomb ont été déclarés à la DSP, soit une augmentation de 33 cas par rapport au nombre de 46 cas déclarés en 2006. Cette hausse peut s'expliquer par une accentuation de la surveillance médicale pour le plomb auprès des établissements industriels de certains secteurs, notamment celui de la réparation automobile. La majorité des MADO causées par le plomb surviennent à la suite d'activités de travail, alors qu'un nombre plus restreint est lié à la pratique de passe-temps comme des activités artistiques ou des activités de loisir (par exemple, les activités de tir) (figure 30).

Des 79 cas déclarés, 78,5 % présentaient une plombémie inférieure à 1 µmol/L, alors que cette proportion était de 76,9 % en 2006 et de 72,0 % en 2005 (figure 28). La valeur médiane du résultat personnel le plus élevé de plombémie déclaré à la DSP en cours d'année est de 0,74 µmol/L, soit une baisse par rapport à 2005 (0,81 µmol/L) et à 2004 (0,84 µmol/L). Bien que ce résultat médian ne touche que les personnes ayant été investiguées et déclarées, il vient confirmer que le niveau d'imprégnation médian de la population par le plomb est en baisse (figure 29).

où les travailleurs ont des expositions mal contrôlées au plomb. Ces deux cas Par contre, en 2007, dix cas, soit 12,8 % des cas déclarés de plombémie élevée, présentaient des concentrations sanguines supérieures à 1,25 µmol/L, alors que cette proportion s'élevait à 10,9 % en 2006 et à 12,9 % en 2005. Par ailleurs, alors que depuis quelques années aucune plombémie déclarée n'avait excédé le niveau de 2 µmol/L (longtemps considéré comme le seuil de réaffectation des travailleurs), un cas a atteint, en 2007, ce niveau d'imprégnation. Ces deux informations semblent suggérer que malgré une baisse du niveau médian d'imprégnation, il existe toujours des travailleurs qui ont accumulé une charge corporelle en plomb qui demande une très longue période de temps pour diminuer de façon importante ou

¹¹ COMITÉ MÉDICAL PROVINCIAL EN SANTÉ AU TRAVAIL DU QUÉBEC. La prévention et le contrôle des intoxications par le plomb en milieu de travail, 2001.

des activités professionnelles peuvent également dénoter un plafonnement pour ce qui est des efforts de prévention.

Les intoxications par le plomb déclarées à la DSP découlent très majoritairement d'activités liées au travail ou encore d'un emploi antérieur (par exemple, les retraités) (figure 30). En 2007, ces déclarations provenaient principalement du secteur de l'entretien des automobiles. Ce secteur a également été davantage ciblé pour des activités de surveillance médicale.

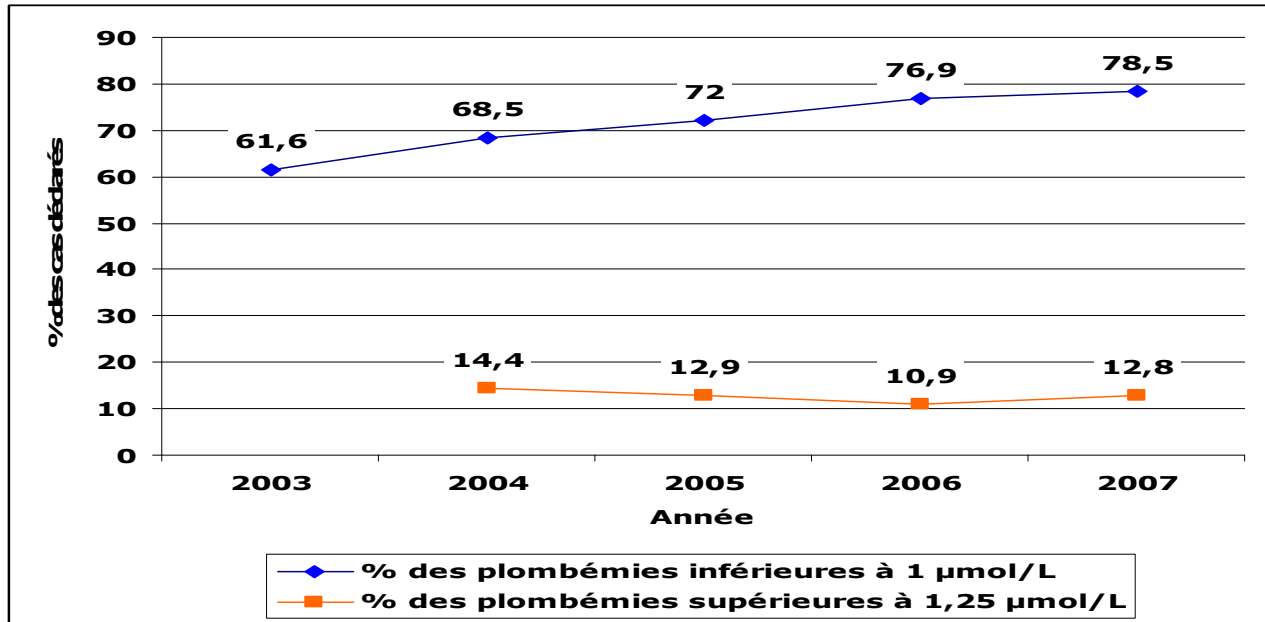


FIGURE 28 PLOMBÉMIE. Évolution de la proportion (%) des plombémies inférieures à 1 µmol/L et supérieures à 1,25 µmol/L déclarées à la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale

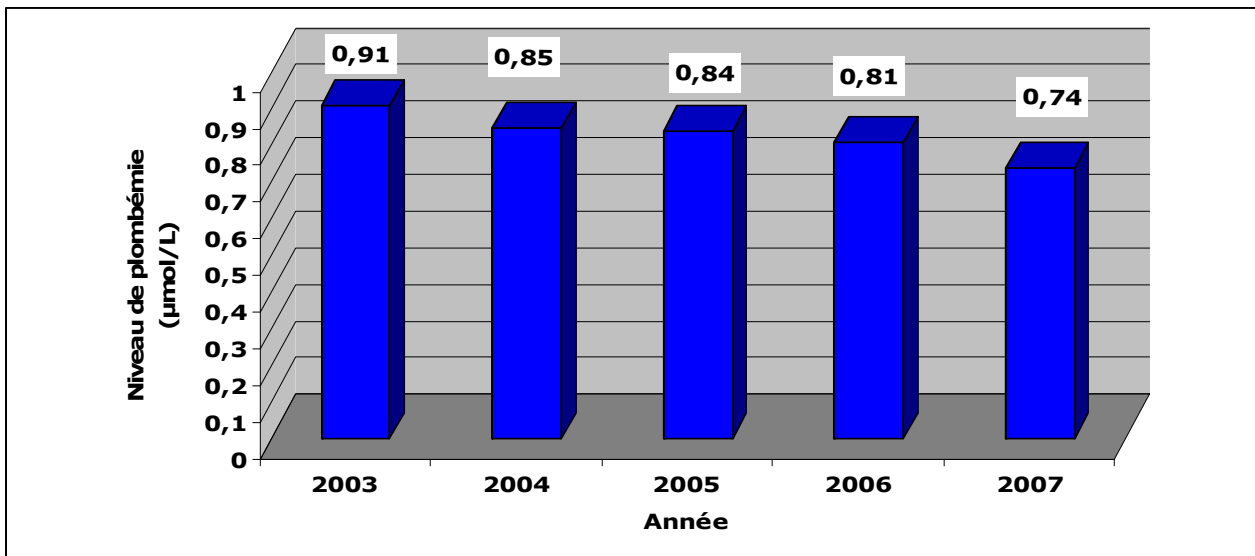


FIGURE 29 PLOMBÉMIE. Évolution de la médiane des plombémies déclarées à la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale

Les intoxications par le plomb déclarées à la DSP découlent très majoritairement d'activités liées au travail ou encore d'un emploi antérieur (par exemple, les retraités) (figure 30). En 2007, ces déclarations provenaient principalement du secteur de l'entretien des automobiles. Ce secteur a également été davantage ciblé pour des activités de surveillance médicale.

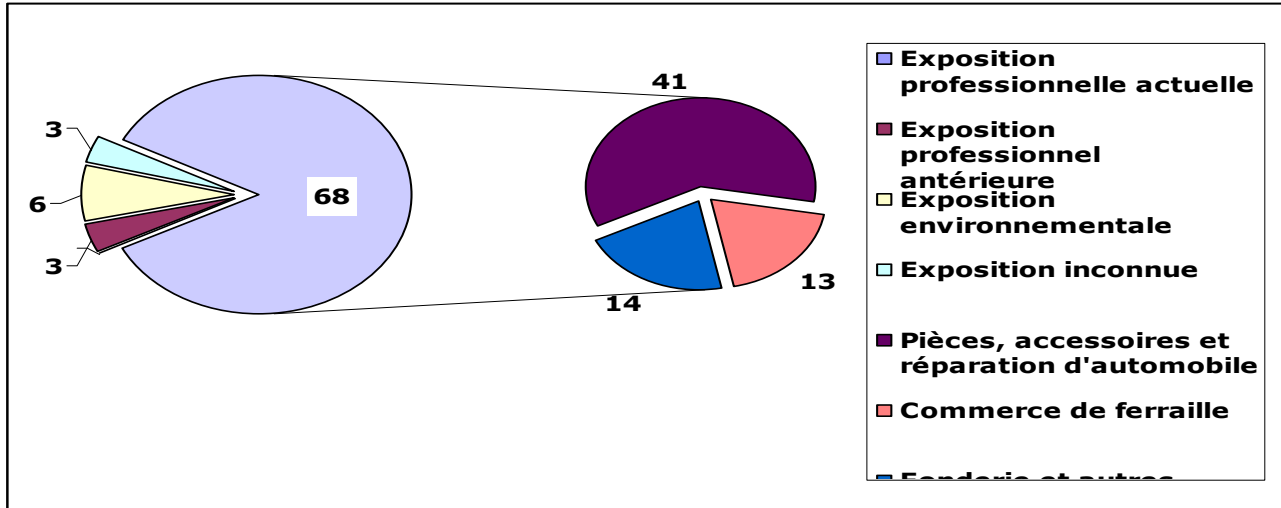


FIGURE 30 PLOMBÉMIE. Répartition des plombémies déclarées à la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, par secteurs d'activité

F.2. Maladies liées à l'amiante

En 2007, la DSP a reçu 27 déclarations de maladies liées à l'amiante touchant 26 résidents de la région de la Capitale-Nationale. La majorité (55,6 %) de ces déclarations concernait des cas d'amiantose (quinze cas). Cependant, six cas de mésothéliomes malins et six cas de cancers du poumon liés à l'amiante ont également été déclarés à la DSP. Les maladies liées à l'amiante se développent généralement à la suite d'une exposition prolongée à l'amiante (quelques décennies). Les maladies déclarées en 2007 reflètent donc des conditions d'exposition qui se sont déroulées sur plusieurs années et peuvent ou non être encore présentes dans les milieux de travail. C'est l'histoire professionnelle des cas déclarés qui permet d'identifier les milieux de travail où chacune des personnes a travaillé au cours de sa carrière. Ainsi, en 2007, les cas déclarés de maladies liées à l'amiante provenaient principalement des secteurs de travail suivants : construction (12 cas confirmés sur 26) et réparation de navires (3 cas sur 26).

F.3. Intoxication au monoxyde de carbone (CO)

En 2007, 13 cas d'intoxication par le monoxyde de carbone ont été déclarés à la DSP, une hausse par rapport aux dix déclarations de l'année précédente. De ces cas, dix étaient des intoxications non intentionnelles au CO, dont trois étaient d'origine environnementale, c'est-à-dire qu'elles sont survenues à lors d'activités personnelles ou de loisir (par exemple, le séjour dans un chalet). Par ailleurs, sept cas d'intoxication au CO étaient d'origine professionnelle dont trois étaient liés à des aplanisseurs de béton. Les circonstances entourant ces intoxications mettent en évidence, qu'encore en 2007, plusieurs cas d'intoxication au CO étaient liés au travail découlant de l'utilisation d'un petit outil à moteur fonctionnant avec un combustible fossile.

Dans la région de la Capitale-Nationale, les expositions accidentelles conduisant à une MADO sont sous-estimées, et ce, de façon importante. En effet, les déclarations faites à la DSP ne représentent qu'une partie de la réalité, car seulement les cas les plus graves qui ont nécessité un séjour en chambre hyperbare sont généralement déclarés, alors que les intoxications moins sévères ayant reçu une consultation médicale à l'urgence ou en cabinet le sont rarement.

F.4. Intoxications par des métaux autres que le plomb

Au total, en 2007, sept déclarations d'intoxication par des métaux autres que le plomb ont été transmises à la DSP. Ces intoxications proviennent essentiellement des milieux de travail où ces métaux sont utilisés, manipulés, ouvragés ou transformés. Il s'agit d'intoxication par le cobalt, le nickel et le mercure. Ces intoxications ont, par ailleurs, été observées dans des milieux de travail où des équipes de santé au travail du réseau des CSSS offrent des activités de prévention.

F.5. Agents sensibilisants

En 2007, huit cas d'asthme liés au travail, soit par le contact avec diverses substances, notamment des agents sensibilisants, ont été déclarés à la DSP de la région de la Capitale-Nationale. Il s'agit d'un nombre plus élevé que ce qui avait été observé antérieurement et qui nécessitera une surveillance de l'évolution de ce phénomène. Les agents sensibilisants ayant causé ce type d'asthme chez les travailleurs sont variés et incluent les isocyanates, utilisés notamment dans les peintures, le latex, le bois et la farine.

F.6. Résumé

Les données recueillies en 2007 sur les MADO non infectieuses permettent de mettre en lumière certaines informations :

1. Le nombre brut d'intoxications par le plomb déclarées a augmenté en 2007, comparativement à 2006, en raison d'une surveillance médicale plus soutenue dans le secteur de la réparation automobile. Si le niveau global de la plombémie des intoxications observées en 2007 semble moins grave que celui de 2006 et des années précédentes, la proportion des plombémies supérieures à 1,25 µmol/L qui demeure stable depuis quelques années suggère que ces résultats sont le reflet d'une imprégnation passée qui a laissé une charge corporelle qui se libère progressivement ou encore que les mesures préventives mises de l'avant dans certains secteurs d'activité économique sont encore insuffisantes.
2. Les maladies liées à l'amiante ont représenté en 2007 près de 20 % des maladies chimiques à déclaration obligatoire chez des résidents de la région de la Capitale-Nationale. Ces maladies, dont plusieurs néoplasies, découlent d'une exposition à l'amiante acquise pendant plusieurs années. Il est donc encore pertinent de s'assurer pour chaque MADO que le niveau d'exposition ayant conduit à l'apparition de la maladie est maintenant bien contrôlé.
3. Les intoxications graves au monoxyde de carbone continuent de survenir dans la région de la Capitale-Nationale. Même si leur nombre ne semble pas très important, il est bon de se rappeler que les cas d'intoxication moins sévères au CO sont sous-déclarés de sorte que la DSP n'est informée que des cas les plus sévères, c'est-à-dire les cas de personnes ayant été traitées en chambre hyperbare. La sous-déclaration

donne donc un aperçu partiel du nombre réel d'intoxications au monoxyde de carbone survenant sur le territoire.

4. Les intoxications au CO survenues dans le milieu de travail continuent d'être fréquemment liées à l'utilisation de petits outils à combustion interne (au propane ou à essence) qui représentent toujours un risque d'intoxication grave au CO, particulièrement s'ils sont utilisés sans une ventilation d'appoint efficace.



Conclusion générale

Le contrôle des maladies infectieuses et non infectieuses dans la région de la Capitale-Nationale ne peut se faire de façon efficace qu'en partenariat. C'est tout un système dont chaque élément dépend des autres, à partir de la déclaration des MADO jusqu'à la recherche des causes, à leur élimination et à la protection des personnes en contact avec les malades.



Bibliographie

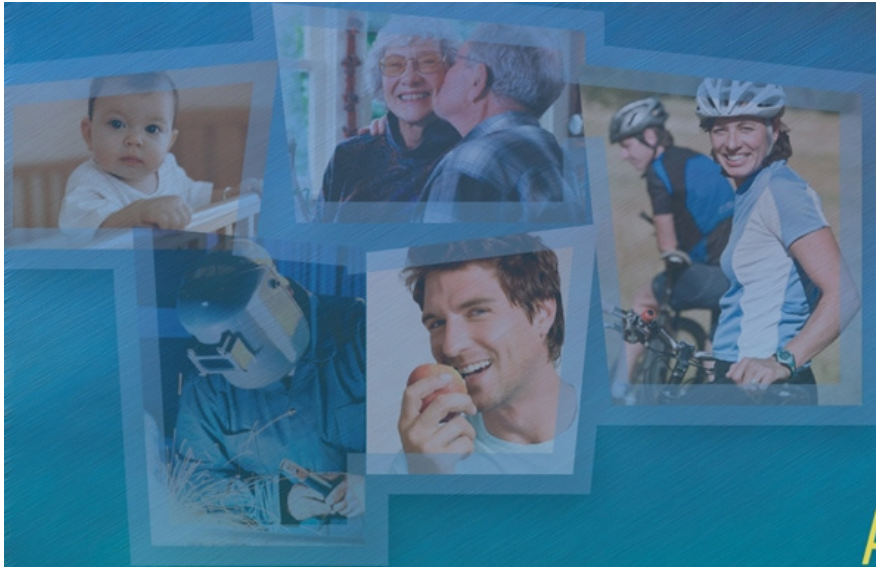
AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Rapport annuel 2006 : maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse et d'origine chimique*, Québec, Direction de santé publique, 2006, 92 pages.

COMITÉ MÉDICAL PROVINCIAL EN SANTÉ AU TRAVAIL DU QUÉBEC. *La prévention et le contrôle des intoxications par le plomb en milieu de travail*, Québec, Comité médical provincial en santé au travail du Québec, 2001.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : cas déclarés de janvier à juin 2006 et cas cumulatifs d'avril 2002 à juin 2006*, Québec, L'Institut national de santé publique et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, avril 2007.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire, de 1981 à 2026*, Québec, DIRECTION DES COMMUNICATIONS, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : définitions nosologiques des maladies d'origine infectieuse*, Québec, 6^e édition, Direction des communications, 2006.



Annexes

**TABLEAU 16 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année),
CSSS de Charlevoix, 2003-2007**

MALADIES	2003		2004		2005		2006		2007	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Amibiase	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Babésiose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Botulisme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brucellose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chancre mou	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Coqueluche	0	0,0	0	0,0	17	56,4	1	3,3	0	0,0
Cyclosporose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fièvre Q	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,5
Fièvre paratyphoïde A	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fièvre paratyphoïde B	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fièvre typhoïde	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	0	0,0	1	3,3	1	3,3	1	3,3	1	3,5
Giardiase	4	13,2	5	16,6	3	10,0	1	3,3	4	14,0
Hépatite A	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hépatite B aiguë	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hépatite B porteur chronique	3	9,9	1	3,3	5	16,6	0	0,0	0	0,0
Hépatite B sans précision	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hépatite C aiguë	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hépatite C sans précision	1	3,3	0	0,0	1	3,3	2	6,7	0	0,0
HTLV I et II	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection à <i>Campylobacter</i>	26	86,0	16	53,0	18	59,8	23	76,6	16	56,1
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	15	49,6	31	102,7	27	89,6	25	83,3	22	77,1
Infection oculaire à <i>Chlamydia trachomatis</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

**TABLEAU 16 MAD0 D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année),
CSSS de Charlevoix, 2003-2007 (suite)**

MALADIES	2003		2004		2005		2006		2007	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Infection à <i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	2	6,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection gonococcique (toute localisation)	1	3,3	2	6,6	0	0,0	2	6,7	0	0,0
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection invasive à méningocoques	0	0,0	0	0,0	2	6,6	1	3,3	0	0,0
Infection invasive à streptocoques du groupe A	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	0	0,0	1	3,3	1	3,3	1	3,3	0	0,0
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,5
Infection par le virus du Nil occidental	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Légionellose	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	3,5
Listériose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,5
Lymphogranulome vénérien	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maladie de Lyme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Neurosyphilis	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Oreillons	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Psittacose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rougeole	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rubéole	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

**TABLEAU 16 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année),
CSSS de Charlevoix, 2003-2007 (suite)**

MALADIES	2003		2004		2005		2006		2007	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Salmonellose	10	33,1	4	13,2	17	56,4	7	23,3	3	10,5
Shigellose	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Syphilis contagieuse ¹	0	0,0	2	6,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Syphilis autres ²	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Syphilis sans précision ³	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0
Tétanos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tuberculose	2	6,6	1	3,3	0	0,0	2	6,7	0	0,0
Tularémie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	66		64		94		67		50	

1. Les syphilis primaire, latente précoce (< 1 an) et secondaire sont considérées comme contagieuses.

2. Cette catégorie comprend les syphilis latente tardive (> 1 an) et tertiaire.

3. La catégorie « Syphilis sans précision » comprend les syphilis qui ne peuvent être classées dans les catégories de syphilis déjà connues.

**TABLEAU 17 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année),
CSSS de Portneuf, 2003-2007**

MALADIES	2003		2004		2005		2006		2007	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Amibiase	0	0,0	3	6,4	0	0,0	1	2,1	0	0,0
Babésiose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Botulisme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brucellose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chancres mou	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Coqueluche	2	4,3	0	0,0	5	10,6	0	0,0	0	0,0
Cyclosporose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fièvre Q	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0
Fièvre paratyphoïde A	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fièvre paratyphoïde B	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fièvre typhoïde	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	0	0,0	0	0,0	3	6,4	2	4,3	0	0,0
Giardiase	6	12,9	6	12,9	5	10,7	4	8,5	1	2,1
Hépatite A	1	2,2	1	2,1	0	0,0	1	2,1	0	0,0
Hépatite B aiguë	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hépatite B porteur chronique	1	2,2	3	6,4	2	4,3	1	2,1	0	0,0
Hépatite B sans précision	1	2,2	1	2,1	0	0,0	1	2,1	0	0,0
Hépatite C aiguë	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hépatite C sans précision	15	32,3	14	30,0	15	32,0	19	40,5	15	31,9
HTLV I et II	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection à <i>Campylobacter</i>	19	41,0	24	51,4	16	34,2	19	40,5	19	40,4
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	52	112,1	36	77,2	43	91,8	52	110,8	41	87,3
Infection oculaire à <i>Chlamydia trachomatis</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

**TABLEAU 17 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année),
CSSS de Portneuf, 2003-2007 (suite)**

MALADIES	2003		2004		2005		2006		2007	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Infection à <i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	3	6,5	0	0,0	1	2,1	1	2,1	2	4,3
Infection gonococcique (toute localisation)	0	0,0	1	2,1	0	0,0	2	4,3	1	2,1
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	1	2,1
Infection invasive à méningocoques	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection invasive à streptocoques du groupe A	1	2,2	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	6	12,9	10	21,4	5	10,7	7	14,9	4	8,5
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection par le virus du Nil occidental	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Légionellose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Listériose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0
Lymphogranulome vénérien	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maladie de Lyme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Neurosyphilis	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Oreillons	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Psittacose	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0
Rougeole	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rubéole	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

TABLEAU 17 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), CSSS de Portneuf, 2003-2007 (suite)

MALADIES	2003		2004		2005		2006		2007	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Salmonellose	10	21,6	7	15,0	8	17,1	7	14,9	6	12,8
Shigellose	0	0,0	0	0,0	2	4,3	1	2,1	0	0,0
Syphilis contagieuse ¹	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	2	4,3
Syphilis autres ²	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0
Syphilis sans précision ³	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tétanos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tuberculose	1	2,2	1	2,1	1	2,1	0	0,0	0	0,0
Tularémie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	118		113		109		119		92	

¹ Sont considérées comme contagieuses les syphilis primaire, latente précoce (< 1 an) et secondaire.

² Inclut les syphilis latente tardive (> 1 an) et tertiaire.

³ Ce sont les syphilis dont la classification a été impossible.

**TABLEAU 18 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année),
CSSS de Québec-Nord, 2003-2007**

MALADIES	2003		2004		2005		2006		2007	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Amibiase	6	2,1	7	2,4	4	1,4	6	2,0	5	1,7
Babésiose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Botulisme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Brucellose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chancre mou	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Coqueluche	7	2,4	25	8,6	25	8,6	16	5,4	2	0,7
Cyclosporose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Fièvre Q	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Fièvre paratyphoïde A	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Fièvre paratyphoïde B	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,7	0	0,0
Fièvre typhoïde	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	5	1,7	5	1,7	3	1,0	1	0,3	1	0,4
Giardiase	40	13,9	43	14,8	36	12,3	45	15,3	26	8,8
Hépatite A	0	0,0	8	2,8	0	0,0	3	1,0	1	0,4
Hépatite B aiguë	5	1,7	2	0,7	3	1,0	1	0,3	4	1,4
Hépatite B porteur chronique	14	4,9	14	4,8	9	3,1	9	3,1	6	2,0
Hépatite B sans précision	1	0,3	1	0,3	3	1,0	0	0,0	0	0,0
Hépatite C aiguë	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Hépatite C sans précision	40	13,9	54	18,6	56	19,2	48	16,3	14	4,7
HTLV I et II	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection à <i>Campylobacter</i>	123	42,8	123	42,4	128	43,8	107	36,4	67	22,7
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	434	151,1	442	152,5	415	142,0	429	145,9	251	85,0
Infection oculaire à <i>Chlamydia trachomatis</i>	1	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,4

**TABLEAU 18 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année),
CSSS de Québec-Nord, 2003-2007 (suite)**

MALADIES	2003		2004		2005		2006		2007	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Infection à <i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	3	1,0	3	1,0	8	2,7	4	1,4	6	2,0
Infection gonococcique (toute localisation)	14	4,9	10	3,4	8	2,7	14	4,8	28	9,5
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>	1	0,3	1	0,3	5	1,7	5	1,7	4	1,4
Infection invasive à méningocoques	5	1,7	5	1,7	4	1,4	5	1,7	3	1,0
Infection invasive à streptocoques du groupe A	10	3,5	16	5,5	5	1,7	9	3,1	10	3,4
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	37	12,9	39	13,5	23	7,9	25	8,5	11	3,7
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	1	0,3	1	0,3	2	0,7	1	0,3	2	0,7
Infection par le virus du Nil occidental	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Légionellose	0	0,0	2	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Listériose	0	0,0	1	0,3	2	0,7	2	0,7	5	1,7
Lymphogranulome vénérien	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maladie de Lyme	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Maladie de Chagas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Neurosyphilis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Oreillons	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Psittacose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rougeole	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rubéole	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

**TABLEAU 18 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année),
CSSS de Québec-Nord, 2003-2007 (suite)**

MALADIES	2003		2004		2005		2006		2007	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Salmonellose	58	20,2	34	11,7	38	13,0	45	15,3	27	9,1
Shigellose	2	0,7	2	0,7	1	0,3	5	1,7	2	0,7
Syphilis contagieuse ¹	1	0,3	12	4,1	7	2,4	2	0,7	0	0,0
Syphilis autres ²	1	0,3	1	0,3	1	0,3	3	1,0	1	0,4
Syphilis sans précision ³	0	0,0	2	0,7	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Tétanos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tuberculose	2	0,7	6	2,1	2	0,7	3	1,0	1	0,1
Tularémie	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	811		862		789		799		485	

¹ Sont considérées comme contagieuses les syphilis primaire, latente précoce (< 1 an) et secondaire.

² Inclut les syphilis latente tardive (> 1 an) et tertiaire.

³ Ce sont les syphilis dont la classification a été impossible.

**TABLEAU 19 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année),
CSSS de la Vieille-Capitale, 2003-2007**

MALADIES	2003		2004		2005		2006		2007	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Amibiase	12	4,0	14	4,7	10	3,4	15	5,0	17	5,7
Babésiose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Botulisme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brucellose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chancre mou	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Coqueluche	3	1,0	7	2,4	25	8,4	24	8,0	3	1,0
Cyclosporose	0	0,0	0	0,0	2	0,7	0	0,0	0	0,0
Fièvre Q	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Fièvre paratyphoïde A	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Fièvre paratyphoïde B	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Fièvre typhoïde	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	3	1,0	1	0,3	4	1,3	3	1,0	3	1,0
Giardiase	34	11,5	38	12,8	51	17,1	40	13,4	45	15,1
Hépatite A	1	0,3	2	0,7	1	0,3	4	1,3	2	0,7
Hépatite B aiguë	11	3,7	8	2,7	1	0,3	1	0,3	1	0,3
Hépatite B porteur chronique	28	9,4	34	11,4	33	11,1	32	10,7	30	10,0
Hépatite B sans précision	0	0,0	1	0,3	3	1,0	2	0,7	1	0,3
Hépatite C aiguë	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,3	3	1,0
Hépatite C sans précision	10	3,4	99	33,3	91	30,5	75	25,1	76	25,4
HTLV I et II	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection à <i>Campylobacter</i>	155	52,3	180	60,5	156	52,4	151	50,6	130	43,5
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	688	231,9	671	225,6	733	246,0	743	249,0	739	247,4
Infection oculaire à <i>Chlamydia trachomatis</i>	2	0,7	0	0,0	1	0,3	3	1,0	2	0,7

**TABLEAU 19) MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année),
CSSS de la Vieille-Capitale, 2003-2007 (suite)**

MALADIES	2003		2004		2005		2006		2007	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Infection à <i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	3	1,0	6	2,0	8	2,7	7	2,3	12	4,0
Infection gonococcique (toute localisation)	35	11,8	19	6,4	39	13,1	40	13,4	44	14,7
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>	0	0,0	4	1,3	1	0,3	4	1,3	2	0,7
Infection invasive à méningocoques	6	2,0	2	0,7	8	2,7	4	1,3	6	2,0
Infection invasive à streptocoques du groupe A	11	3,7	7	2,4	3	1,0	7	2,3	16	5,4
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	37	12,5	29	9,8	27	9,1	31	10,4	34	11,4
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	6	2,0	14	4,7	5	1,7	0	0,0	5	1,7
Infection par le virus du Nil occidental	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Légionellose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Listériose	0	0,0	1	0,3	3	1,0	7	2,3	5	1,7
Lymphogranulome vénérien	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maladie de Lyme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maladie de Chagas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Neurosyphilis	0	0,0	2	0,7	2	0,7	1	0,3	0	0,0
Oreillons	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Psittacose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rougeole	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rubéole	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

TABLEAU 19 (suite) MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), CSSS de la Vieille-Capitale, 2003-2007 (suite)

MALADIES	2003		2004		2005		2006		2007	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Salmonellose	52	17,5	37	12,4	43	14,4	50	16,8	42	14,1
Shigellose	12	4,0	4	1,3	15	5,0	6	2,0	8	2,7
Syphilis contagieuse ¹	2	0,7	27	9,1	11	3,7	9	3,0	7	2,3
Syphilis autres ²	1	0,3	6	2,0	6	2,0	1	0,3	8	2,7
Syphilis sans précision ³	1	0,3	4	1,3	1	0,3	1	0,3	1	0,3
Tétanos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tuberculose	2	0,7	4	1,3	4	1,3	4	1,3	4	1,3
Tularémie	1	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	1118		1224		1287		1269		1249	

¹ Sont considérées comme contagieuses les syphilis primaire, latente précoce (< 1 an) et secondaire.

² Inclut les syphilis latente tardive (> 1 an) et tertiaire.

³ Ce sont les syphilis dont la classification a été impossible.

TABLEAU 20 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1998-2007

MALADIES	ANNÉES																			
	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	Nb	Tau x	Nb	Tau x	Nb	Tau x	Nb	Tau x	Nb	Tau x	Nb	Tau x	Nb	Tau x	Nb	Tau x	Nb	Tau x	Nb	Tau x
Amibiase	21	3,3	24	3,7	28	4,3	24	3,7	19	2,9	21	3,2	25	3,8	14	2,1	22	3,4	24	3,8
Babésiose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0
Botulisme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0
Brucellose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chancre mou	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Coqueluche	596	92,4	295	45,7	84	13,0	110	17,0	66	10,1	12	1,8	33	5,0	72	11,0	41	6,2	6	1,0
Cyclosporose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0	1	0,2
Fièvre Q	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2	1	0,2	1	0,2	1	0,2	2	0,3
Fièvre paratyphoïde A	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0
Fièvre paratyphoïde B	0	0,0	0	0,0	3	0,5	3	0,5	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	6	0,9	2	0,3
Fièvre typhoïde	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	6	0,9	12	1,9	17	2,6	9	1,4	8	1,2	8	1,2	7	1,1	11	1,7	7	1,1	7	1,1
Giardiase	66	10,2	53	8,2	56	8,7	71	10,9	111	17,1	85	13,0	97	14,8	86	13,1	90	13,7	86	13,7
Hépatite A	18	2,8	6	0,9	6	0,9	8	1,2	4	0,6	3	0,5	11	1,7	1	0,2	8	1,2	4	0,6
Hépatite B aiguë	16	2,5	17	2,6	16	2,5	12	1,8	17	2,6	16	2,5	11	1,7	4	0,6	2	0,3	5	0,8
Hépatite B porteur	75	11,6	76	11,8	57	8,8	63	9,7	50	7,7	46	7,1	55	8,4	51	7,8	42	6,4	36	5,7
Hépatite B ss précision	1	0,2	1	0,2	3	0,5	3	0,5	2	0,3	2	0,3	4	0,6	6	0,9	4	0,6	1	0,2
Hépatite C aiguë	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2	4	0,6
Hépatite C ss précision	287	44,5	303	46,9	285	44,1	271	41,8	180	27,7	158	24,2	174	26,6	166	25,3	144	21,9	114	18,1
HTLV I et II	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection à <i>Campylobacter</i>	538	83,4	385	59,6	441	68,2	348	53,6	383	58,9	348	53,4	367	56,2	321	49,0	303	46,2	271	43,0
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	744	115,3	814	126,1	800	123,7	1040	160,3	1004	154,4	1252	192,0	1275	195,1	1230	187,8	1264	192,6	1209	191,9

TABLEAU 20 MAD0 D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1998-2007 (suite)

MALADIES	ANNÉES																			
	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	Nb	Tau x	Nb	Tau x	Nb	Tau x	Nb	Tau x	Nb	Tau x	Nb	Tau x	Nb	Tau x	Nb	Tau x	Nb	Tau x	Nb	Tau x
Infection oculaire à <i>Chlamydia trachomatis</i>	0	0,0	1	0,2	1	0,2	2	0,3	2	0,3	3	0,5	2	0,3	1	0,2	3	0,5	3	0,5
Infection à <i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	37	5,7	70	10,8	90	13,9	39	6,0	55	8,5	11	1,7	10	1,5	17	2,6	12	1,8	24	3,8
Infection gonococcique (toute localisation)	29	4,5	63	9,8	45	7,0	41	6,3	38	5,8	51	7,8	33	5,0	47	7,2	58	8,8	84	13,3
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>	0	0,0	1	0,2	2	0,3	1	0,2	0	0,0	2	0,3	5	0,8	7	1,1	9	1,4	7	1,1
Infection invasive à méningocoques	2	0,3	5	0,8	2	0,3	28	4,3	11	1,7	11	1,7	8	1,2	14	2,1	10	1,5	10	1,6
Infection invasive à streptocoques du groupe A	6	0,9	13	2,0	14	2,2	16	2,5	8	1,2	22	3,4	24	3,7	8	1,2	16	2,4	29	4,6
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	63	9,8	49	7,6	54	8,3	82	12,6	53	8,1	80	12,3	82	12,5	57	8,7	65	9,9	58	9,2
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	5	0,8	4	0,6	20	3,1	39	6,0	7	1,1	7	1,1	15	2,3	7	1,1	1	0,2	9	1,4
Infection par le virus du Nil occidental	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Légionellose	2	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2	2	0,3	1	0,2	0	0,0	2	0,3
Listériose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	5	0,8	10	1,5	13	2,1
Lymphogranulome vénérien	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maladie de Lyme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,3
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2

TABLEAU 20 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1998-2007 (suite)

MALADIES	ANNÉES																			
	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Neurosyphilis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	3	0,5	3	0,5	1	0,2	0	0,0
Oreillons	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0
Psittacose	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0
Rougeole	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rubéole	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Salmonellose	153	23,7	115	17,8	100	15,5	118	18,2	119	18,3	131	20,1	88	13,5	108	16,5	109	16,6	90	14,3
Shigellose	25	3,9	19	2,9	22	3,4	15	2,3	10	1,5	15	2,3	7	1,1	18	2,7	12	1,8	11	1,7
Syphilis contagieuse ¹	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5	45	6,9	15	2,3	10	1,5	11	1,7
Syphilis autres ²	3	0,5	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,3	8	1,2	12	1,8	5	0,8	9	1,4
Syphilis sans précision ³	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	1	0,2	7	1,1	2	0,3	3	0,5	1	0,2
Tétanos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tuberculose	12	1,9	9	1,4	14	2,2	9	1,4	17	2,6	7	1,1	12	1,8	7	1,1	9	1,4	5	0,8
Tularémie	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	2711		2342		2161		2357		2168		2301		2418		2296		2275		2150	

¹ Sont considérées comme contagieuses les syphilis primaire, latente précoce (< 1 an) et secondaire.

² Inclut les syphilis latente tardive (> 1 an) et tertiaire.

³ Ce sont les syphilis dont la classification a été impossible.

TABLEAU 21 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, par groupes d'âge, 2007

MALADIES	< 1 an		1-4 ans		5-9 ans		10-14 ans		15-19 ans		20-24 ans		25-44 ans		45-64 ans		65-74 ans		75 ans +	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Amibiase	0	0,0	1	4,5	0	0,0	2	5,7	0	0,0	3	6,5	9	4,4	9	5,5	0	0,0	0	0,0
Coqueluche	1	17,6	2	8,9	0	0,0	1	2,9	1	2,6	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Fièvre Q	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Fièvre paratyphoïde B	0	0,0	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	0	0,0	0	0,0	1	3,5	1	2,9	0	0,0	0	0,0	2	1,0	2	1,2	0	0,0	1	2,0
Giardiase	0	0,0	5	22,3	10	34,6	2	5,7	3	7,8	14	30,2	30	14,6	19	11,7	0	0,0	3	6,1
Hépatite A	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1	1	0,5	2	1,2	0	0,0	0	0,0
Hépatite B aiguë	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,5	0	0,0	1	2,0
Hépatite B porteur	0	0,0	2	8,9	0	0,0	1	2,9	1	2,6	6	12,9	12	5,9	11	6,8	2	4,0	1	2,0
Hépatite B sans précision	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hépatite C aiguë	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,2	0	0,0	1	0,5	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Hépatite C sans précision	0	0,0	0	0,0	1	3,5	1	2,9	4	10,4	7	15,1	64	31,2	31	19,1	3	6,0	3	6,1
Infection à <i>Campylobacter</i>	1	17,6	6	26,7	8	27,7	4	11,4	16	41,7	24	51,8	79	38,5	68	41,8	27	54,4	38	76,9
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	17,1	266	693,0	496	1070,2	407	198,4	33	20,3	0	0,0	0	0,0

TABLEAU 21 MAD0 D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, par groupes d'âge, 2007 (suite)

MALADIES	< 1 an		1-4 ans		5-9 ans		10-14 ans		15-19 ans		20-24 ans		25-44 ans		45-64 ans		65-74 ans		75 ans +	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Infection oculaire à <i>Chlamydia trachomatis</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	7,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection à <i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	0	0,0	0	0,0	2	6,9	3	8,6	4	10,4	2	4,3	2	1,0	3	1,8	1	2,0	7	14,2
Infection gonococcique	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	23,4	26	56,1	39	19,0	8	4,9	2	4,0	0	0,0
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>	2	35,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0
Infection invasive à méningocoques	2	35,3	0	0,0	2	6,9	0	0,0	2	5,2	1	2,2	2	1,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Infection invasive à streptocoques du groupe A	0	0,0	3	13,4	1	3,5	0	0,0	1	2,6	1	2,2	11	5,4	5	3,1	4	8,1	3	6,1
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	6	105,8	6	26,7	1	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	4,4	16	9,8	6	12,1	14	28,3
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	0	0,0	0	0,0	1	3,5	0	0,0	0	0,0	1	2,2	3	1,5	4	2,5	0	0,0	0	0,0
Légionellose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,6	0	0,0	0	0,0

TABLEAU 21 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, par groupes d'âge, 2007 (suite)

MALADIES	< 1 an		1-4 ans		5-9 ans		10-14 ans		15-19 ans		20-24 ans		25-44 ans		45-64 ans		65-74 ans		75 ans +	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Listériose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	7	4,3	2	4,0	3	6,1
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0
Maladie de Chagas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Maladie de Lyme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Salmonellose	2	35,3	4	17,8	4	13,8	6	17,1	7	18,2	8	17,3	17	8,3	29	17,8	5	10,1	8	16,2
Shigellose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	0	0,0	2	4,3	4	2,0	4	2,5	0	0,0	0	0,0
Syphilis contagieuse ¹	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	8,6	4	2,0	3	1,8	0	0,0	0	0,0
Syphilis autres ²	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,0	3	1,8	2	4,0	2	4,1
Syphilis sans précision ³	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tuberculose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2	2	1,0	0	0,0	0	0,0	2	4,1

¹ Sont considérées comme contagieuses les syphilis primaire, latente précoce (< 1 an) et secondaire.

² Inclut les syphilis latente tardive (> 1 an) et tertiaire.

³ Ce sont les syphilis dont la classification a été impossible.

TABLEAU 22 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas, région de la Capitale-Nationale, par mois, 2007

MALADIE	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	TOTAL
Amibiase	1	3	1	2	3	2	2	2	3	1	2	2	24
Coqueluche	0	0	0	1	1	0	3	0	1	0	0	0	6
Cyclosporose	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Fièvre Q	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
Fièvre paratyphoïde B	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	2	1	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	7
Giardiase	4	3	7	6	5	8	6	12	15	13	4	3	86
Hépatite A	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	4
Hépatite B aiguë	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	5
Hépatite B porteur chronique	2	4	3	4	1	4	2	4	3	4	5	0	36
Hépatite B sans précision	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Hépatite C aiguë	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	4
Hépatite C sans précision	11	7	5	7	12	14	6	12	9	9	13	9	114
Infection à <i>Campylobacter</i>	23	11	23	20	21	29	30	25	31	28	19	11	271
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	98	100	98	100	112	94	112	91	117	104	98	85	1209
Infection oculaire à <i>Chlamydia trachomatis</i>	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
Infection à <i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	0	1	0	2	3	1	11	2	3	1	0	0	24

TABLEAU 22 (suite) MAD0 D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas, région de la Capitale-Nationale, par mois, 2007

MALADIE	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	TOTAL
Infection gonococcique	4	6	4	3	8	3	8	14	5	10	8	11	84
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	7
Infection invasive à méningocoques	4	1	0	0	0	1	0	2	1	0	1	0	10
Infection invasive à streptocoques du groupe A	4	5	2	7	2	3	1	2	0	0	2	1	29
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	5	7	6	7	3	10	0	2	2	3	11	2	58
Légionellose	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
Listériose	0	0	2	0	1	1	1	3	2	0	2	1	13
Maladie de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Maladie de Lyme	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
Salmonellose	14	6	6	9	7	3	10	10	6	3	9	7	90
Shigellose	0	0	0	0	1	1	2	1	0	2	1	3	11
Syphilis contagieuse¹	0	0	1	0	0	0	2	1	0	2	3	2	11
Syphilis autres²	0	0	2	0	1	0	2	0	1	3	0	0	9
Syphilis sans précision³	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tuberculose	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	5
TOTAL	178	157	165	172	183	177	208	187	202	187	186	141	2143

¹ Sont considérées comme contagieuses les syphilis primaire, latente précoce (< 1 an) et secondaire.

² Inclut les syphilis latente tardive (> 1 an) et tertiaire.

³ Ce sont les syphilis dont la classification a été impossible.

TABLEAU 23 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 2007

MALADIES	Province de Québec		Région de la Capitale-Nationale	
	Nombre	Incidence	Nombre	Incidence
Amibiase	235	3,1	24	3,6
Coqueluche	171	2,3	6	0,9
Fièvre Q	26	0,3	2	0,3
Fièvre paratyphoïde B	14	0,2	2	0,3
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	127	1,7	7	1,1
Giardiase	962	12,7	86	13,1
Hépatite A	84	1,1	4	0,6
Hépatite B aiguë	49	0,6	6	0,9
Hépatite B porteur chronique	599	7,9	31	4,7
Hépatite B sans précision	353	4,7	7	1,1
Hépatite C aiguë	5	0,1	3	0,5
Hépatite C sans précision	1846	24,4	108	16,4
Infection à <i>Campylobacter</i>	2220	29,4	271	41,2
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	13383	177,0	1210	184,0
Infection oculaire à <i>Chlamydia trachomatis</i>	21	0,3	3	0,5
Infection à <i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	172	2,3	24	3,6
Infection gonococcique	1403	18,6	84	12,8
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>	91	13,8	7	1,1
Infection invasive à méningocoques	91	1,2	11	1,7
Infection invasive à streptocoques du groupe A	267	3,5	29	4,4
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	785	10,4	58	8,8
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	82	1,0	9	1,4
Listériose	64	0,8	13	2,0
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	5	0,1	1	0,2
Maladie de Chagas	3	0,04	2	0,3
Maladie de Lyme	7	0,1	2	0,3
Salmonellose	1011	13,4	91	13,8
Shigellose	200	2,6	9	1,4
Syphilis contagieuse ¹	236	3,1	11	1,8
Syphilis autres ²	84	1,1	9	1,4
Tuberculose	224	3,0	5	0,8
TOTAL	24924		2135	

¹ Sont considérées comme contagieuses les syphilis primaire, latente précoce (< 1 an) et secondaire.

² Inclut les syphilis latente tardive (> 1 an) et tertiaire.

TABLEAU 24 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas par sexe, région de la Capitale-Nationale, 2007

MALADIES	MASCULIN	FÉMININ	TOTAL
Amibiase	14	10	24
Coqueluche	1	5	6
Fièvre Q	2	0	2
Cyclosporose	1	0	1
Fièvre paratyphoïde B	1	1	2
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	3	4	7
Giardiase	46	40	86
Hépatite A	0	4	4
Hépatite B aiguë	5	0	5
Hépatite B porteur chronique	20	16	36
Hépatite B sans précision	0	1	1
Hépatite C aiguë	3	1	4
Hépatite C sans précision	71	43	114
Infection à <i>Campylobacter</i>	146	125	271
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	384	823	1209 ¹
Infection oculaire à <i>Chlamydia trachomatis</i>	1	2	3
Infection à <i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	10	14	24
Infection gonococcique	60	24	84
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>	5	2	7
Infection invasive à méningocoques	6	4	10
Infection invasive à streptocoques du groupe A	13	16	29
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	36	22	58
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	7	2	9
Légionellose	0	2	2
Listériose	9	4	13
Maladie de Chagas	1	1	2
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	1	0	1
Maladie de Lyme	2	0	2
Salmonellose	38	52	90
Shigellose	5	6	11
Syphilis contagieuse ²	10	1	11
Syphilis autres ³	6	3	9
Syphilis sans précision ⁴	0	1	1
Tuberculose	2	3	5
TOTAL	909	1232	2143

¹ Le total inclut 2 cas de sexe inconnu

² Sont considérées comme contagieuses les syphilis primaire, latente précoce (< 1 an) et secondaire.

³ Comprennent les syphilis latentes de plus de un an et tertiaires.

⁴ Ce sont les syphilis dont la classification a été impossible.

LISTE DES INTOXICATIONS, DES INFECTIONS ET DES MALADIES QUI DOIVENT ÊTRE DÉCLARÉES AUX AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE EN VERTU DU CHAPITRE VIII DE LA LOI PAR TOUT DIRIGEANT D'UN LABORATOIRE OU D'UN DÉPARTEMENT DE BIOLOGIE MÉDICALE

À jour au 3 août 2004

Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique

Maladies à surveillance extrême :

► à déclarer par téléphone ou par télécopieur simultanément au directeur national de santé publique et au directeur régional de santé publique et à confirmer par écrit dans les 48 heures.

Botulisme	Choléra
Fièvre jaune	Fièvres hémorragiques virales
Maladie du charbon	Peste
Variole	

Maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire :

► à déclarer dans les 48 heures au directeur régional de santé publique.

Amibiase
Babésiose
Brucellose
Chancre mou
Coqueluche
Cryptosporidiose
Cyclospore
Diphthérie
Encéphalite virale transmise par arthropodes (virus du Nil occidental, dengue)
Fièvre Q
Fièvre typhoïde et paratyphoïde
Gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica*
Giardiase
Granulome inguinal
Hépatites virales
Infection à *Campylobacter*
Infection à *Chlamydia trachomatis*
Infection à *Escherichia coli* producteur de vérocytotoxine
Infection à *Hantavirus*
Infection à HTLV type I ou II
Infection à *Plasmodium*
Infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine (SARV)
Infection gonococcique
Infection invasive à *Escherichia coli*
Infection invasive à *Hæmophilus influenzae*
Infection invasive à méningocoques
Infection invasive à streptocoques du groupe A
Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae*
Infection par le virus du Nil occidental
Intoxication par les substances chimiques toxiques faisant partie des classes suivantes, lorsque les résultats de mesures d'indicateur biologique obtenus indiquent une valeur anormalement élevée qui dépasse les seuils reconnus en santé publique :

- alcools
- cétones
- glycols
- hydrocarbures et autres composés organiques volatils

- esters
- gaz et asphyxiants
- métaux et métalloïdes
- pesticides

Légionellose
Lèpre
Leptospirose
Listériose
Lymphogranulomatose vénérienne
Maladie de Chagas
Maladie de Lyme
Oreillons
Poliomyélite
Psittacose
Rage
Rougeole
Rubéole
Salmonellose
Shigellose
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
Syphilis
Tétanos
Trichinose
Tuberculose
Tularémie
Typhus

LISTE DES INTOXICATIONS, DES INFECTIONS ET DES MALADIES QUI DOIVENT ÊTRE DÉCLARÉES AUX AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE EN VERTU DU CHAPITRE VIII DE LA LOI PAR LES MÉDECINS

À jour au 3 août 2004

Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique

Maladies à surveillance extrême :

► à déclarer par téléphone ou par télécopieur simultanément au directeur national de santé publique et au directeur régional de santé publique, et à confirmer par écrit dans les 48 heures.

Botulisme	Choléra
Fièvre jaune	Fièvres hémorragiques virales
Maladie du charbon	Peste
Variole	

Maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire :

► à déclarer dans les 48 heures au directeur régional de santé publique.

Amiantose

Angiosarcome du foie

Asthme dont l'origine professionnelle a été confirmée par un comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires formé en vertu de l'article 231 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (L.R.Q., c. A-3.001)

Atteinte broncho-pulmonaire aiguë d'origine chimique (bronchiolite, pneumonite, alvéolite, bronchite, syndrome d'irritation bronchique ou œdème pulmonaire)

Atteinte des systèmes cardiaque, gastro-intestinal, hématopoïétique, rénal, pulmonaire ou neurologique lorsque le médecin a des motifs sérieux de croire que cette atteinte est consécutive à une exposition chimique d'origine environnementale ou professionnelle par les :

- alcools
- aldéhydes
- cétones
- champignons
- corrosifs
- esters
- glycols
- hydrocarbures et autres composés organiques volatils
- métaux et métalloïdes
- pesticides
- plantes

Babésiose

Béryllose

Brucellose

Byssinose

Cancer du poumon lié à l'amiante dont l'origine professionnelle a été confirmée par un comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires formé en vertu de l'article 231 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

Chancre mou

Coqueluche

Diphthérie

Écllosion d'infections à entérocoques résistants à la vancomycine
Écllosion d'infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline
Encéphalite virale transmise par arthropodes
Fièvre Q
Fièvre typhoïde ou paratyphoïde
Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée
Granulome inguinal
Hépatites virales
Infection à *Chlamydia trachomatis*
Infection à *Hantavirus*
Infection à *Plasmodium*
Infection gonococcique
Infection invasive à *Escherichia coli*
Infection invasive à *Hæmophilus influenzae*
Infection invasive à méningocoques
Infection invasive à streptocoques du groupe A
Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae*
Infection par le VIH seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus
Infection par le virus du Nil occidental
Légionellose
Lèpre
Lymphogranulomatose vénérienne
Maladie de Chagas
Maladie de Creutzfeldt-Jakob et ses variantes
Maladie de Lyme
Mésothéliome
Oreillons
Paralysie flasque aiguë
Poliomyélite
Psittacose
Rage
Rougeole
Rubéole
Rubéole congénitale
Sida, seulement si la personne atteinte a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus
Silicose
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
Syphilis
Tétanos
Toxi-infection alimentaire ou hydrique
Trichinose
Tuberculose
Tularémie
Typhus