

RAPPORT ANNUEL

2003

Maladies à déclaration obligatoire

RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE

Michel Frigon

Avec la collaboration des

Dr Denis Laliberté

Dr Geneviève Tremblay

Direction régionale de santé publique
de la Capitale nationale

Décembre 2004

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Internet de la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale :
[www.rrsss03.gouv.qc.ca/dspq/index.htm].

Référence suggérée :

FRIGON, M., *Rapport annuel 2003 — Maladies à déclaration obligatoire — Région de la Capitale nationale*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de santé publique, 2004, 72 p.

Vous pouvez vous procurer une copie du document au coût de 10 \$ plus TPS de 0,70 \$. Faire un chèque de 10,70 \$ à l'ordre de CHUQ – CHUL et le faire parvenir à l'adresse suivante :

M^{me} Sylvie Bélanger
Centre de documentation
Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale
2400, avenue D'Estimauville
Beauport (Québec)
G1E 7G9

Téléphone : (418) 666-7000, poste 217
Télécopieur : (418) 666-2776
Courriel : s_belanger@sss.gouv.qc.ca

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada, 2004
Bibliothèque nationale du Québec, 2004

ISBN : 2-89496-274-6

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

REMERCIEMENTS

La surveillance des maladies infectieuses et des intoxications chimiques à déclaration obligatoire, communément appelées MADO, s'effectue de façon quotidienne sur le territoire de la région de la Capitale nationale.

Le présent rapport se veut le reflet des déclarations faites par les médecins et les laboratoires à la Direction régionale de santé publique au cours de l'année 2003 dans la région de la Capitale nationale. Nos remerciements vont d'abord à tous ceux et celles qui participent à ce système de surveillance et de contrôle des maladies infectieuses transmissibles et des intoxications chimiques, dont les membres des équipes Maladies infectieuses et Santé au travail de la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale.

Nous remercions aussi les médecins, les laboratoires des centres hospitaliers, Info-santé CLSC et le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) pour leurs déclarations de MADO.

Nous désirons également remercier les intervenants qui ont signalé des cas, notamment les infirmières travaillant en milieu scolaire, en CLSC et en prévention des infections des milieux hospitaliers, ainsi que le personnel des écoles et des centres de la petite enfance. Nos remerciements vont encore aux autres directions régionales de santé publique de la province pour leur collaboration au cours des enquêtes épidémiologiques et des interventions qui en découlent.

Nous nous en voudrions enfin d'oublier M^{mes} Ginette Langevin et Diane Careau, du Service des communications ainsi que M^{me} Danielle Nollet, secrétaire à l'équipe Maladies infectieuses.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| LISTE DES TABLEAUX | 7 |
| LISTE DES FIGURES | 8 |
| ABRÉVIATIONS | 9 |
| ACTIVITÉS RÉALISÉES EN COURS D'ANNÉE : RÉSUMÉ..... | 11 |
| INTRODUCTION | 13 |
| MÉTHODOLOGIE | 15 |
| A. Source des données..... | 15 |
| B. Analyse des données | 15 |
| C. Limites de l'analyse | 15 |
| ANALYSE DESCRIPTIVE DE CERTAINES MADO | 35 |
| 1. Maladies évitables par la vaccination de base..... | 35 |
| 1.1 <i>Coqueluche</i> | 36 |
| 1.2 <i>Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b</i> | 38 |
| 1.3 <i>Infections invasives à méningocoques</i> | 38 |
| 1.4 <i>Rougeole, rubéole, oreillons, poliomyélite, tétanos</i> | 41 |
| 2. Infections transmissibles sexuellement (ITS) | 42 |
| 2.1 <i>Infections à Chlamydia trachomatis</i> | 42 |
| 2.2 <i>Infections gonococciques</i> | 44 |
| 2.3 <i>Syphilis</i> | 45 |
| 3. Infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS) | 46 |
| 3.1 <i>Hépatite B</i> | 46 |
| 3.2 <i>Hépatite C</i> | 48 |
| 3.3 <i>Sida et infection à VIH</i> | 49 |
| 4. Maladies entériques..... | 50 |
| 4.1 <i>Infection à campylobacter</i> | 50 |
| 4.2 <i>Entérite à E. coli O157 : H7</i> | 52 |
| 4.3 <i>Salmonellose</i> | 53 |
| 4.4 <i>Giardiase</i> | 55 |
| 4.5 <i>Hépatite A</i> | 56 |
| 5. Maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire | 56 |
| 5.1 <i>Infection invasive à streptocoque β-hémolytique du groupe A</i> | 57 |
| 5.2 <i>Infection à Streptococcus pneumoniae</i> | 57 |
| 5.3 <i>Tuberculose</i> | 58 |
| 6. Maladies transmissibles par vecteur..... | 58 |
| 6.1 <i>Malaria (paludisme)</i> | 58 |
| 6.2 <i>Virus du Nil occidental</i> | 59 |

| | |
|---|----|
| 7. Autres maladies infectieuses sous surveillance | 59 |
| 7.1 Morsures animales et exposition potentielle à la rage | 59 |
| 7.2 Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) et staphylocoques résistants à la méthicilline (SARM)..... | 60 |
| 7.3 Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) | 61 |
| 8. Maladies à déclaration obligatoire non infectieuses | 62 |
| CONCLUSION | 65 |
| ANNEXE I | 69 |
| 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 | |
| ANNEXE II..... | 71 |
| 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 | |

LISTE DES TABLEAUX

| | | |
|------------|---|----|
| Tableau 1 | Nombre de cas déclarés de MADO, province de Québec, de 1994 à 2003 | 20 |
| Tableau 2 | Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) des MADO, province de Québec, de 1994 à 2003 | 21 |
| Tableau 3 | Nombre de cas déclarés de MADO, région de la Capitale nationale, de 1994 à 2003 | 26 |
| Tableau 4 | Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) des MADO, région de la Capitale nationale, de 1994 à 2003 | 27 |
| Tableau 5 | Nombre de cas déclarés de MADO par mois, région de la Capitale nationale, année 2003 | 28 |
| Tableau 6 | Nombre de cas déclarés de MADO par groupe d'âge, région de la Capitale nationale, année 2003 | 29 |
| Tableau 7 | Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) des MADO par groupe d'âge, région de la Capitale nationale, année 2003 | 30 |
| Tableau 8 | Nombre de cas déclarés de MADO par district de CLSC, région de la Capitale nationale, année 2003 | 31 |
| Tableau 9 | Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) des MADO par district de CLSC, région de la Capitale nationale, année 2003 | 32 |
| Tableau 10 | Nombre de cas de MADO selon le sexe, région de la Capitale nationale, année 2003 | 33 |
| Tableau 11 | Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) des MADO selon le sexe, région de la Capitale nationale, année 2003 | 34 |
| Tableau 12 | Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines maladies évitables par la vaccination de base, région de la Capitale nationale, de 1994 à 2003 | 35 |
| Tableau 13 | Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines maladies transmissibles sexuellement, région de la Capitale nationale, de 1994 à 2003 | 42 |
| Tableau 14 | Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines maladies transmissibles sexuellement ou par le sang dans la région de la Capitale nationale, de 1994 à 2003 | 46 |
| Tableau 15 | Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines maladies entériques, région de la Capitale nationale, de 1994 à 2003..... | 50 |
| Tableau 16 | Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire dans la région de la Capitale nationale, de 1994 à 2003 | 57 |
| Tableau 17 | Nombre de cas déclarés de mado d'origine non infectieuse, région de la Capitale nationale, pour l'année 2003 | 62 |
| Tableau 18 | Nombre de cas déclarés de MADO d'origine non infectieuse selon les niveaux de plombémie, région de la Capitale nationale, année 2003 | 63 |

LISTE DES FIGURES

| | | |
|-----------|--|----|
| Figure 1 | COQUELUCHE - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1994 à 2003..... | 36 |
| Figure 2 | COQUELUCHE - Nombre de cas déclarés par mois et par année, région de la Capitale nationale, 2000 à 2003..... | 37 |
| Figure 3 | COQUELUCHE - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par groupe d'âge, région de la Capitale nationale, 2000 à 2003..... | 37 |
| Figure 4 | INFECTIONS À MÉNINGOCOQUES - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1994 à 2003..... | 39 |
| Figure 5 | INFECTIONS À MÉNINGOCOQUES - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par groupe d'âge, région de la Capitale nationale, 2003..... | 39 |
| Figure 6 | INFECTIONS À MÉNINGOCOQUES - Nombre de cas déclarés par mois, région de la Capitale nationale, 2003..... | 40 |
| Figure 7 | INFECTIONS À MÉNINGOCOQUES - Nombre de cas selon le séro groupe, région de la Capitale nationale, 2001 à 2003..... | 40 |
| Figure 8 | CHLAMYDIOSE GÉNITALE - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1994 à 2003..... | 43 |
| Figure 9 | CHLAMYDIOSE GÉNITALE - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par groupe d'âge, région de la Capitale nationale, 2003..... | 43 |
| Figure 10 | INFECTIONS GONOCOCCIQUES - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1994 à 2003..... | 44 |
| Figure 11 | HÉPATITE B AIGUË - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par groupe d'âge et par année, région de la Capitale nationale, 2000 à 2003..... | 47 |
| Figure 12 | HÉPATITE B - PORTEURS CHRONIQUES - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par groupe d'âge, région de la Capitale nationale, 2000 à 2003..... | 47 |
| Figure 13 | HÉPATITE C SANS PRÉCISION - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1996 à 2003..... | 48 |
| Figure 14 | INFECTION À CAMPYLOBACTER - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1994 à 2003..... | 51 |
| Figure 15 | INFECTION À CAMPYLOBACTER - Nombre de cas déclarés par année et par mois, région de la Capitale nationale, 2000 à 2003..... | 51 |
| Figure 16 | ENTÉRITE À <i>E. COLI</i> - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1994 à 2003..... | 52 |
| Figure 17 | ENTÉRITE À <i>E. COLI</i> - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par groupe d'âge, région de la Capitale nationale, 2003..... | 52 |
| Figure 18 | ENTÉRITE À <i>E. COLI</i> - Nombre de cas déclarés par année et par mois, région de la Capitale nationale, 2000 à 2003..... | 53 |
| Figure 19 | SALMONELLOSE - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par groupe d'âge et par année, région de la Capitale nationale, 2000 à 2003..... | 54 |
| Figure 20 | SALMONELLOSE - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1994 à 2003..... | 54 |
| Figure 21 | GIARDIASE - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1994 à 2003..... | 55 |
| Figure 22 | HÉPATITE A - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1994 à 2003..... | 56 |

ABRÉVIATIONS

Entérite à *Y. enterocolitica* : entérite à *Yersinia enterocolitica*.

ERV : entérocoque résistant à la vancomycine.

Haemo. influenzae type b : *Haemophilus influenzae* de type b.

Hépatite B ss préc. : hépatite B sans précision.

Hépatite C ss préc. : hépatite C sans précision.

Infection à méningo. : infection à méningocoques.

MADO : maladie à déclaration obligatoire.

SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline.

Strepto. A invasif : streptocoque β -hémolytique du groupe A invasif.

Strepto. pneumo. : *Streptocoque pneumoniae*.

ACTIVITÉS RÉALISÉES EN COURS D'ANNÉE : RÉSUMÉ

La Direction régionale de santé publique (DSP) a reçu de ses partenaires 2 407 déclarations de maladies en 2003, ce qui représente une hausse de 5 % par rapport à l'année précédente. Cette augmentation est attribuable principalement au secteur des infections transmissibles sexuellement (18,9 %), et plus particulièrement aux chlamydioses génitales pour lesquelles l'augmentation a été la plus élevée (14 %). Il convient de souligner que le nombre de déclarations d'infection au virus d'immunodéficience humaine (VIH) a diminué de plus de la moitié, soit de 33 cas en 2002 (d'avril à décembre) à 14 en 2003 (de janvier à décembre); cependant, un délai de déclaration est possible. Par ailleurs, les maladies entériques ont diminué de 12 %, et les hépatites A, B et C de 13 %, pour passer de 286 en 2002 à 248 en 2003.

Au chapitre des maladies évitables par la vaccination, la coqueluche a connu une diminution considérable, passant de 66 cas en 2002 à 12 en 2003. Le nombre d'infections invasives à méningocoques de sérogroupe C est pour sa part passé de 8 à 3. La tuberculose est une autre maladie pour laquelle la diminution a été importante, le nombre de déclarations passant de 17 en 2002 à 7 en 2003.

Des 2 407 déclarations, 421 ont fait l'objet d'une enquête épidémiologique, soit 17,5 % de toutes les MADO déclarées dans la région en 2003, ce qui représente une diminution de 27 % par rapport à 2002 malgré une augmentation du nombre de cas déclarés. Cette diminution du nombre des enquêtes épidémiologiques est attribuable aux variations des nombres de déclarations des maladies qui font l'objet d'une enquête. Ainsi, la diminution du nombre de cas d'hépatite C, de tuberculose, de coqueluche, d'infection à *E. coli* et de giardiase a contribué à cette baisse. Il faut souligner qu'en 2002, la région avait connu une augmentation de 30 % des enquêtes épidémiologiques par rapport à 2001.

Le premier but de ces enquêtes est de rechercher les facteurs d'exposition aux maladies afin, si possible, d'éliminer ces facteurs. Le deuxième but est de rechercher les personnes qui ont été en contact avec les cas afin de leur offrir une prophylaxie (ex. : immunisation) lorsque celle-ci est disponible. Dans les cas d'intoxication par une substance chimique, une vérification systémique est faite pour nous assurer que la source de l'intoxication est connue et que la situation est prise en charge afin de la corriger et d'exercer une surveillance adéquate.

Au chapitre des éclosions, 45 épisodes ont touché autant de groupes, avec plusieurs personnes qui ont rapporté des symptômes gastro-intestinaux; la cause était probablement d'origine virale dans tous les cas mais n'a jamais pu être précisée. Vingt-deux toxi-infections alimentaires ont également été signalées; il a été impossible d'en déterminer l'agent causal malgré les analyses du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ). Enfin, aucune éclosion d'influenza en établissement n'a été signalée à la DSP en 2003, ce qui n'exclut pas la présence de la maladie dans la communauté.

Il importe également de souligner que la DSP a reçu 125 signalements de contact à risque avec des animaux. Soixante-six de ces signalements se rapportaient à un contact significatif avec une chauve-souris, dont près de la moitié (31) ont fait l'objet d'une recommandation

de vaccination contre la rage, touchant 70 personnes. Vingt chauves-souris ont été analysées et aucune n'était porteuse de la rage. Par ailleurs, pour les 59 signalements de morsure par un animal autre que la chauve-souris, 6 personnes ont été vaccinées contre la rage. Rappelons que la rage est une maladie toujours mortelle; aussi, bien qu'au Québec elle soit peu répandue chez les animaux, elle fait l'objet de l'application de mesures préventives très élargies.

Au chapitre des signalements et de la surveillance, la région de la Capitale nationale, à l'instar des autres régions du Québec, a été très active au moment de l'éclosion mondiale du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) : surveillance, mise en place d'un système d'alerte, distribution d'information aux partenaires, élaboration d'un plan d'intervention, etc. Soulignons enfin la participation de l'équipe Maladies infectieuses dans les dossiers du virus du Nil occidental (VNO), de l'histo-hémovigilance, des infections nosocomiales (ERV, SARM), du contrôle de la tuberculose chez les immigrants et de la santé des voyageurs.

INTRODUCTION

Le présent rapport sur les maladies à déclaration obligatoire (MADO) a été préparé afin de dresser un portrait des maladies infectieuses et des intoxications chimiques mais également dans le but d'en suivre l'évolution. Toutefois, ce rapport ne prétend pas être exhaustif; un choix a été exercé quant à l'inclusion ou à l'exclusion de certaines MADO en fonction de leur fréquence et de leur importance sur la santé de la population. La Direction régionale de santé publique peut cependant fournir de l'information sur des MADO qui ne figurent pas dans le rapport.

Les listes des maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire (MADO) comportent 59 éléments pour les laboratoires et 64 pour les médecins. La plupart de ces éléments sont communs aux deux listes. L'exposition d'origine environnementale ou occupationnelle à seize produits chimiques y est incluse. Les deux listes sont présentées en annexe.

Ces listes sont celles qui ont été adoptées par voie réglementaire le 20 novembre 2003. Comparativement aux listes antérieures, certaines maladies ont été retirées, et ne sont donc plus à déclaration obligatoire. Ce sont : l'herpès néonatal, les infections invasives à streptocoques de groupe B, les méningites à entérovirus et la scarlatine. Par contre, plusieurs maladies ont été ajoutées, dont des infections potentiellement transmissibles par le sang (babésiose, maladie de Chagas, maladie de Creutzfeldt-Jakob et ses variantes, infections à HTLV I et II), des maladies entériques (cryptosporidiose, cyclosporoïse, listériose), des zoonoses ou maladies transmissibles par vecteur (infection à *Hantavirus*, leptospirose, maladie de Lyme, infection par le VNO), des maladies évitables par la vaccination de base (paralysie flasque aiguë, dans le contexte de la surveillance de la poliomyélite), d'autres maladies infectieuses telles que les éclosions à staphylocoques résistants à la méthicilline (SARM), l'infection à staphylocoques résistants à la vancomycine (SARV), les éclosions à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) et le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Aucun cas de ces nouvelles MADO n'a été déclaré dans la région de la Capitale nationale au cours de l'année 2003.

Les médecins traitants et les directeurs de laboratoires partagent l'obligation de déclarer au directeur régional de santé publique certaines maladies infectieuses et intoxications par agents chimiques, dites à déclaration obligatoire, en vertu de la Loi sur la santé publique et de la réglementation qui y est associée.

La première partie du rapport présente une analyse descriptive de certaines MADO et compare les données régionales aux données provinciales selon différentes variables. La seconde partie présente les données de surveillance sous forme de tableaux de fréquences, avec le nombre de cas de maladies et les taux d'incidence aux niveaux provincial et régional, la répartition mensuelle et la distribution des maladies selon l'âge et le secteur de CLSC.

MÉTHODOLOGIE

A. Source des données

Les données proviennent du fichier central des MADO, dont la gestion a été confiée au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour les **cas déclarés** par les médecins et les laboratoires entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2003. Les données de 1994 à 2002 proviennent du même fichier et sont présentées aux fins de comparaison. De plus, les données contiennent uniquement les cas validés, c'est-à-dire ceux qui répondent aux définitions nosologiques émises par le MSSS. Les totaux d'un tableau peuvent ne pas être identiques à ceux d'un autre tableau car certaines variables peuvent être manquantes.

Cette année, nous complétons ce rapport en y incluant les intoxications par agents chimiques à déclaration obligatoire.

B. Analyse des données

Pour effectuer les analyses, nous avons importé les données du fichier central MADO du LSPQ. Les données ont été extraites du fichier au mois de juillet 2004. Les dénominateurs utilisés pour les calculs des taux d'incidence proviennent, pour les années 1994 et 1995, des données de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) telles qu'établies en mai 1999, et, pour les années subséquentes, des données de l'ISQ également, mais telles qu'établies en juin 2000. Ces dénominateurs, basés sur les données du dernier recensement, tiennent compte du sous-dénombrement de certaines catégories et des projections de population. En 2002, les dénominateurs retenus sont de 648 694 personnes pour la région de la Capitale nationale et de 7 399 931 personnes pour la province, alors qu'en 2003, ils sont de 652 060 et 7 456 130 respectivement.

Les cas sont catégorisés en fonction de variables épidémiologiques de temps, de lieu et de personne. Par convention, la date d'épisode est la date de réception de la déclaration du cas à la DSP et non la date d'inscription au fichier informatisé du LSPQ. La date de début de la maladie n'est pas toujours disponible.

C. Limites de l'analyse

Le rapport n'est pas exhaustif quant au nombre réel de maladies effectivement survenues dans la région et dans la province. En effet, il est le reflet des **déclarations** des MADO; celles-ci 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 expositions aux produits chimiques au fil des années.

Aux fins de comparaison, les données sont présentées sous forme de tableaux d'incidences. Ces dernières doivent cependant être interprétées avec prudence dans certains cas, en raison du petit nombre de déclarations.

Les taux d'incidence sont des taux bruts et n'ont pas été standardisés pour l'âge. Cela peut affecter la comparaison des résultats par secteur car si des maladies touchent davantage certains groupes d'âge et que ceux-ci sont plus importants dans un district donné, ce district paraîtra plus touché par la maladie.

En outre, pour plusieurs de ces maladies, nous détenons peu d'information clinique puisque nous n'effectuons pas d'enquête pour tous les cas déclarés. Nous pouvons donc suivre les tendances dans le temps en fonction de certaines caractéristiques personnelles (comme l'âge) et de facteurs saisonniers et géographiques, mais nous ne pouvons fournir d'explication sur les facteurs de risque qui prédisposent à l'acquisition de ces maladies (ex. : vulnérabilité).

RAPPORT ANNUEL

2003

**Maladies
à déclaration obligatoire
d'origine infectieuse**

DONNÉES PROVINCIALES

FAITS SAILLANTS — PROVINCE DE QUÉBEC

Dans la province de Québec, 26 311 déclarations de MADO ont été dénombrées en 2003. Ce chiffre inclut les déclarations relatives aux intoxications chimiques, au nombre de 420, dont la plus fréquente est l'intoxication au plomb et à ses composantes (354 cas). Les maladies le plus souvent déclarées sont la chlamydie génitale (12 384 cas), l'hépatite C (2 574 cas), la campylobactériose (2 364 cas), la salmonellose (1 106 cas) et la giardiase (945 cas). En ce qui a trait aux MADO chimiques, le système provincial de collecte des données présentait des lacunes telles que plus de la moitié des régions, dont la nôtre, n'y ont pas inscrit leurs déclarations. Les 420 intoxications par le plomb déclarées dans le registre provincial ne contiennent donc pas les cas déclarés dans la région de la Capitale nationale.

La présentation des données d'incidence des maladies infectieuses et des intoxications chimiques de la province permet de dégager les faits suivants.

De façon générale, on constate :

une diminution

- de l'incidence des entérites à *E. coli* depuis 2000, après une augmentation qui durait depuis 1994;
- de l'incidence de l'hépatite B aiguë depuis 1994, avec une tendance à la stabilisation depuis 2000;
- de l'incidence des cas porteurs d'hépatite B depuis 2001;
- de l'incidence de l'hépatite C depuis 2000;
- de l'incidence des coqueluches (diminution de 73 % par rapport à 2002);
- de l'incidence des infections à méningocoques;

une augmentation

- de l'incidence de la chlamydie génitale depuis 1998;
- de l'incidence de la gonorrhée depuis 1999;
- de l'incidence des infections à pneumocoques depuis 1997;
- de la syphilis depuis 1999, et particulièrement à la fin de 2003 (augmentation de 63 % en une année);
- de l'incidence des infections à streptocoque A invasif d'environ 43 % par rapport aux années précédentes.

Tableau 1 Nombre de cas déclarés de MADO, province de Québec, de 1994 à 2003

| MALADIE | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| Amibiase | 238 | 198 | 250 | 242 | 217 | 217 | 216 | 218 | 201 | 213 |
| Campylobactériose | 2 434 | 2 462 | 2 816 | 3 454 | 3 335 | 2 835 | 2 669 | 2 428 | 2 527 | 2 364 |
| Entérite à <i>E. coli</i> | 289 | 342 | 301 | 372 | 378 | 452 | 536 | 339 | 258 | 136 |
| Entérite à <i>Y. enterocolitica</i> | 307 | 314 | 297 | 164 | 144 | 150 | 142 | 119 | 139 | 143 |
| Giardiase | 713 | 794 | 934 | 899 | 981 | 1 091 | 931 | 882 | 949 | 945 |
| Salmonellose | 1 206 | 1 328 | 1 611 | 1 226 | 1 181 | 1 029 | 1 067 | 1 058 | 1 203 | 1 106 |
| Shigellose | 303 | 330 | 285 | 475 | 282 | 211 | 458 | 294 | 196 | 229 |
| Hépatite A | 210 | 445 | 589 | 568 | 195 | 172 | 110 | 108 | 96 | 101 |
| Hépatite B aiguë | 347 | 268 | 259 | 225 | 177 | 163 | 183 | 96 | 98 | 93 |
| Hépatite B porteur | 1 247 | 1 185 | 1 029 | 1 073 | 955 | 959 | 975 | 1 065 | 967 | 869 |
| Hépatite B sans précision | 310 | 241 | 279 | 193 | 162 | 180 | 140 | 122 | 157 | 189 |
| Hépatite C sans précision | 2 | 17 | 21 | 1 728 | 3 030 | 3 390 | 4 218 | 3 426 | 2 842 | 2 574 |
| Chlamydirose génitale | 7 900 | 7 048 | 6 656 | 6 439 | 7 228 | 7 969 | 8 732 | 10 204 | 11 068 | 12 384 |
| Infection gonococcique | 749 | 603 | 478 | 555 | 493 | 623 | 672 | 829 | 871 | 888 |
| Sida | 419 | 781 | 734 | 350 | 214 | 160 | 162 | 108 | 91 | 128 |
| Syphilis (toutes catégories) | 103 | 80 | 63 | 52 | 50 | 29 | 33 | 53 | 94 | 256 |
| VIH* | ** | - | - | - | - | - | - | - | 412 | 395 |
| Rougeole | 128 | 31 | 83 | 4 | 2 | 3 | 32 | 0 | 2 | 3 |
| Rubéole | 63 | 48 | 55 | 8 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 0 |
| Coqueluche | 4 429 | 4 319 | 1 320 | 1 077 | 4 880 | 1 838 | 805 | 1 025 | 1 065 | 285 |
| <i>Haemophilus influenzae</i> | 27 | 24 | 15 | 20 | 18 | 17 | 8 | 7 | 8 | 19 |
| Oreillons | 83 | 75 | 79 | 13 | 26 | 7 | 19 | 15 | 3 | 6 |
| Tétanos | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Infection à méningocoques | 95 | 96 | 59 | 68 | 40 | 38 | 37 | 101 | 71 | 58 |
| Scarlatine | 1 305 | 966 | 790 | 861 | 933 | 1 117 | 1 298 | 618 | 653 | 468 |
| Légionellose | 11 | 18 | 32 | 24 | 26 | 15 | 12 | 18 | 26 | 15 |
| Tuberculose | 362 | 381 | 336 | 359 | 289 | 316 | 318 | 260 | 283 | 245 |
| Paludisme | 54 | 110 | 117 | 157 | 109 | 98 | 171 | 180 | 101 | 111 |
| Streptocoque A invasif | - | 89 | 115 | 175 | 184 | 172 | 196 | 154 | 160 | 280 |
| <i>Streptocoque pneumoniae</i> | - | - | 11 | 683 | 764 | 754 | 780 | 883 | 818 | 866 |

Source : Laboratoire de santé publique du Québec; Sommaire des maladies à déclaration obligatoire, période pour l'année 2003 se terminant le 31 décembre 2003.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, juillet 2004.

* : Le VIH est devenu à déclaration obligatoire par les laboratoires en avril 2002.

** : Aucune donnée disponible.

Tableau 2 Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) des MADO, province de Québec, de 1994 à 2003

| MALADIE | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|-------------------------------------|-------|-------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Amibiase | 3,5 | 2,9 | 3,6 | 3,2 | 2,9 | 2,9 | 2,9 | 2,9 | 2,7 | 2,9 |
| Campylobactériose | 35,3 | 35,7 | 40,9 | 46,3 | 44,4 | 37,5 | 36,2 | 32,8 | 34,0 | 31,7 |
| Entérite à <i>E. coli</i> | 4,2 | 5,0 | 4,4 | 5,0 | 5,0 | 6,0 | 7,3 | 4,6 | 3,5 | 1,8 |
| Entérite à <i>Y. enterocolitica</i> | 4,5 | 4,6 | 4,3 | 2,2 | 1,9 | 2,0 | 1,9 | 1,6 | 1,9 | 1,9 |
| Giardiase | 10,3 | 11,5 | 13,6 | 12,1 | 13,1 | 14,4 | 12,6 | 11,9 | 12,8 | 12,7 |
| Salmonellose | 17,5 | 19,3 | 23,4 | 16,4 | 15,7 | 13,6 | 14,5 | 14,3 | 16,2 | 14,8 |
| Shigellose | 4,4 | 4,8 | 4,1 | 6,4 | 3,8 | 2,8 | 6,2 | 4,0 | 2,6 | 3,1 |
| Hépatite A | 3,0 | 6,5 | 8,5 | 7,6 | 2,6 | 2,3 | 1,5 | 1,5 | 1,3 | 1,4 |
| Hépatite B aiguë | 5,0 | 3,9 | 3,8 | 3,0 | 2,4 | 2,2 | 2,5 | 1,3 | 1,3 | 1,2 |
| Hépatite B porteur | 18,1 | 17,2 | 14,9 | 14,4 | 12,7 | 12,7 | 13,2 | 14,4 | 13,0 | 11,7 |
| Hépatite B sans précision | 4,5 | 3,5 | 4,0 | 2,6 | 2,2 | 2,4 | 1,9 | 1,6 | 2,1 | 2,6 |
| Hépatite C sans précision | 0,0 | 0,2 | 0,3 | 23,2 | 40,4 | 44,8 | 57,2 | 46,3 | 38,3 | 34,5 |
| Chlamydie génitale | 114,6 | 102,3 | 96,6 | 86,4 | 96,3 | 105,4 | 118,5 | 137,9 | 149,0 | 166,1 |
| Infection gonococcique | 10,8 | 80,7 | 7,0 | 7,4 | 6,5 | 8,2 | 9,1 | 11,2 | 11,7 | 11,9 |
| Sida | 6,1 | 11,3 | 10,8 | 4,7 | 2,8 | 2,1 | 2,2 | 1,5 | 1,2 | 1,7 |
| Syphilis (toutes catégories) | 1,5 | 1,0 | 0,9 | 0,6 | 0,6 | 0,2 | 0,4 | 0,7 | 1,3 | 3,4 |
| VIH* | -** | - | - | - | - | - | - | - | 5,5 | 5,3 |
| Rougeole | 1,9 | 0,4 | 1,2 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Rubéole | 0,9 | 0,7 | 0,8 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | - |
| Coqueluche | 64,3 | 62,7 | 19,2 | 14,4 | 65,0 | 24,3 | 10,9 | 13,9 | 14,3 | 3,8 |
| <i>Haemophilus influenzae</i> | 0,4 | 0,35 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,3 |
| Oreillons | 1,2 | 1,1 | 1,1 | 0,2 | 0,3 | 0,1 | 0,3 | 0,2 | 0,0 | 0,1 |
| Tétanos | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Infection à méningocoques | 1,4 | 1,4 | 0,9 | 0,9 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 1,4 | 1,0 | 0,8 |
| Scarlatine | 18,9 | 14,0 | 11,5 | 11,6 | 12,4 | 14,8 | 17,6 | 8,4 | 8,8 | 6,3 |
| Légionellose | 0,2 | 0,3 | 0,5 | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,4 | 0,2 |
| Tuberculose | 5,3 | 5,5 | 4,9 | 4,8 | 3,8 | 4,2 | 4,3 | 3,5 | 3,8 | 3,3 |
| Paludisme | 0,7 | 1,43 | 1,52 | 2,2 | 1,5 | 1,3 | 2,4 | 2,3 | 1,3 | 1,5 |
| Streptocoque A invasif | - | 1,3 | 1,7 | 2,3 | 2,5 | 2,3 | 2,7 | 2,1 | 2,2 | 3,8 |
| <i>Streptocoque pneumoniae</i> | - | - | 0,2 | 9,2 | 10,2 | 10,0 | 10,6 | 11,9 | 11,0 | 11,6 |

Source : Laboratoire de santé publique du Québec; Sommaire des maladies à déclaration obligatoire, période pour l'année 2003 se terminant le 31 décembre 2003.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, juillet 2004.

Population : Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

* : Le VIH est devenu à déclaration obligatoire par les laboratoires en avril 2002.

** : Aucune donnée disponible.

RAPPORT ANNUEL

2003

**Maladies
à déclaration obligatoire
d'origine infectieuse
et non infectieuse**

DONNÉES DE LA RÉGION DE LA
CAPITALE NATIONALE

FAITS SAILLANTS — RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE

Dans la région de la Capitale nationale, 2 407 déclarations de MADO ont été acheminées à la Direction régionale de santé publique. La tendance des maladies le plus souvent déclarées se compare à celle du niveau provincial, soit la chlamydie génitale (1 258 cas), la campylobactériose (353 cas), l'hépatite C (177 cas) et la salmonellose (134 cas). Parmi les produits chimiques, le plomb est celui qui est le plus souvent en cause. Les données d'incidence suivent les mêmes tendances. Cependant, on constate :

une stabilisation

- de l'incidence de la campylobactériose qui a atteint un sommet en 1998;
- de l'incidence de la salmonellose;
- de l'incidence du sida depuis 1999;

une diminution

- de l'incidence de la scarlatine depuis 2000;
- de l'incidence de l'hépatite C depuis 2001;
- de l'incidence de l'entérite à *E. coli* depuis 2000;
- de l'incidence de la coqueluche depuis 1999, davantage marquée depuis 2000, après une éclosion en 1998;

une augmentation

- de l'incidence des infections invasives à méningocoques de sérotype C en 2001 suivie d'une diminution en 2002 et 2003;
- de l'incidence du paludisme en 2000 et 2001 avec un retour aux taux des années antérieures en 2002 et 2003;
- de l'incidence de la giardiase depuis 1999;
- de l'incidence de la chlamydie génitale depuis 1995, davantage marquée en 2003;
- de l'incidence de l'infection à gonocoques qui était stable depuis 2000;
- de l'incidence de la syphilis depuis 2000, davantage marquée en 2003;

l'absence

- de rougeole et de rubéole depuis 1997;
- d'oreillons depuis 2001;
- de tétanos depuis 1997.

Tableau 3 Nombre de cas déclarés de MADO, région de la Capitale nationale, de 1994 à 2003

| MALADIE | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|
| Amibiase | 32 | 21 | 21 | 19 | 21 | 24 | 28 | 24 | 19 | 21 |
| Campylobactériose | 381 | 315 | 383 | 438 | 535 | 386 | 441 | 348 | 378 | 348 |
| Entérite à <i>E. coli</i> | 19 | 27 | 16 | 60 | 37 | 70 | 90 | 39 | 54 | 11 |
| Entérite à <i>Y. enterocolitica</i> | 43 | 40 | 33 | 14 | 6 | 12 | 17 | 9 | 7 | 8 |
| Giardiase | 35 | 52 | 67 | 62 | 66 | 53 | 56 | 71 | 111 | 85 |
| Salmonellose | 160 | 142 | 169 | 132 | 153 | 115 | 102 | 118 | 119 | 133 |
| Shigellose | 28 | 27 | 13 | 35 | 25 | 19 | 22 | 15 | 10 | 15 |
| Hépatite A | 9 | 49 | 37 | 71 | 18 | 7 | 6 | 8 | 4 | 3 |
| Hépatite B aiguë | 41 | 42 | 23 | 41 | 17 | 15 | 18 | 13 | 16 | 16 |
| Hépatite B porteur | 65 | 63 | 39 | 77 | 74 | 79 | 59 | 66 | 54 | 52 |
| Hépatite B sans précision | 44 | 16 | 34 | 3 | 1 | 1 | 5 | 3 | 3 | 2 |
| Hépatite C sans précision | 2 | 4 | 16 | 254 | 295 | 317 | 337 | 315 | 208 | 177 |
| Chlamydirose génitale | 749 | 563 | 571 | 649 | 744 | 815 | 803 | 1 041 | 1 002 | 1 254 |
| Syphilis | 15 | 2 | 4 | 3 | 5 | 2 | 0 | 1 | 3 | 7 |
| Infection gonococcique | 55 | 27 | 16 | 26 | 28 | 63 | 37 | 37 | 37 | 51 |
| Sida | 21 | 20 | 21 | 11 | 12 | 2 | 4 | 5 | 3 | 4 |
| VIH | - | - | - | - | - | - | - | - | 22 | 14 |
| Rougeole | 3 | 2 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Rubéole | 11 | 2 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Coqueluche | 488 | 367 | 205 | 97 | 596 | 295 | 84 | 110 | 66 | 12 |
| <i>Haemophilus influenzae</i> | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 |
| Oreillons | 11 | 2 | 3 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Tétanos | - | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Infection à méningocoques | 9 | 10 | 2 | 5 | 2 | 5 | 2 | 28 | 11 | 11 |
| Scarlatine | 144 | 52 | 79 | 56 | 56 | 81 | 140 | 75 | 59 | 40 |
| Légionellose | 2 | 1 | 16 | 4 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Paludisme | 1 | 6 | 4 | 5 | 5 | 4 | 20 | 39 | 6 | 7 |
| Tuberculose | 24 | 22 | 14 | 23 | 12 | 9 | 14 | 9 | 17 | 7 |
| Streptocoque A invasif | - | 15 | 6 | 7 | 6 | 13 | 14 | 16 | 8 | 22 |
| <i>Streptocoque pneumoniae</i> | - | - | - | 63 | 63 | 49 | 56 | 82 | 53 | 81 |

Source : Laboratoire de santé publique du Québec; Sommaire des maladies à déclaration obligatoire, période pour l'année 2003 se terminant le 31 décembre 2003.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, juillet 2004.

Tableau 4 Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) des MADO, région de la Capitale nationale, de 1994 à 2003

| MALADIE | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|-------------------------------------|-------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Amibiase | 5,2 | 3,4 | 3,4 | 2,9 | 3,2 | 3,7 | 4,3 | 3,7 | 2,9 | 3,2 |
| Campylobactériose | 61,9 | 51,2 | 62,2 | 67,4 | 82,5 | 59,0 | 68,2 | 53,6 | 58,1 | 54,1 |
| Entérite à <i>E. coli</i> | 3,1 | 4,4 | 2,6 | 9,2 | 5,7 | 10,7 | 13,9 | 6,0 | 8,3 | 1,8 |
| Entérite à <i>Y. enterocolitica</i> | 7,0 | 6,5 | 5,4 | 2,2 | 0,9 | 1,8 | 2,6 | 1,4 | 1,1 | 1,4 |
| Giardiase | 5,7 | 8,4 | 10,9 | 9,5 | 10,1 | 8,1 | 8,7 | 10,9 | 17,1 | 13,0 |
| Salmonellose | 26,0 | 23,1 | 27,5 | 20,3 | 23,5 | 17,6 | 15,8 | 18,2 | 18,3 | 20,6 |
| Shigellose | 4,5 | 4,4 | 2,1 | 5,4 | 3,8 | 2,9 | 3,4 | 2,3 | 1,5 | 2,3 |
| Hépatite A | 1,5 | 8,0 | 6,0 | 10,9 | 2,8 | 1,1 | 0,9 | 1,2 | 0,6 | 0,5 |
| Hépatite B aiguë | 6,7 | 6,8 | 3,7 | 6,3 | 2,6 | 2,3 | 2,8 | 2,0 | 2,5 | 2,6 |
| Hépatite B porteur | 10,6 | 10,2 | 6,3 | 11,9 | 11,3 | 12,1 | 9,1 | 10,2 | 8,3 | 8,0 |
| Hépatite B sans précision | 7,1 | 2,6 | 5,5 | 0,5 | 0,2 | 0,2 | 0,8 | 0,5 | 0,5 | 0,3 |
| Hépatite C sans précision | 0,3 | 0,6 | 2,6 | 39,1 | 45,2 | 48,4 | 52,1 | 48,6 | 32,0 | 27,1 |
| Chlamydirose génitale | 121,7 | 91,5 | 92,8 | 99,9 | 114,1 | 124,6 | 124,1 | 160,5 | 154,1 | 192,9 |
| Syphilis | 2,4 | 0,4 | 0,7 | 0,6 | 0,8 | 0,4 | 0,0 | 0,2 | 0,5 | 1,3 |
| Infection gonococcique | 8,9 | 4,4 | 2,6 | 4,0 | 4,3 | 9,6 | 5,7 | 5,7 | 5,7 | 7,8 |
| Sida | 3,4 | 3,2 | 3,4 | 1,7 | 1,8 | 0,3 | 0,6 | 0,8 | 0,5 | 0,6 |
| VIH | - | - | - | - | - | - | - | - | 3,4 | 2,1 |
| Rougeole | 0,5 | 0,3 | 1,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Rubéole | 1,8 | 0,3 | 2,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Coqueluche | 79,3 | 59,6 | 33,3 | 14,9 | 91,4 | 45,1 | 13,0 | 17,0 | 10,1 | 1,8 |
| <i>Haemophilus influenzae</i> | 0,2 | 0,6 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0,0 | 0,3 |
| Oreillons | 1,8 | 0,3 | 0,5 | 0,2 | 0,0 | 0,2 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Tétanos | - | 0,2 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Infection à méningocoques | 1,5 | 1,6 | 0,3 | 0,8 | 0,3 | 0,8 | 0,3 | 4,3 | 1,7 | 1,7 |
| Scarlatine | 23,4 | 8,4 | 12,8 | 8,6 | 8,6 | 12,4 | 21,6 | 11,6 | 9,1 | 6,1 |
| Légionellose | 0,3 | 0,2 | 2,6 | 0,6 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,2 |
| Paludisme | 1,9 | 1,14 | 2,3 | 0,9 | 0,8 | 0,7 | 3,0 | 6,2 | 0,9 | 1,3 |
| Tuberculose | 3,9 | 3,6 | 2,3 | 3,5 | 1,8 | 1,4 | 2,2 | 1,4 | 2,6 | 1,1 |
| Streptocoque A invasif | - | 2,4 | 1,0 | 0,9 | 0,9 | 2,0 | 2,2 | 2,5 | 1,2 | 3,4 |
| <i>Streptocoque pneumoniae</i> | - | - | - | 8,0 | 9,7 | 7,5 | 8,7 | 12,6 | 8,1 | 12,4 |

Source : Laboratoire de santé publique du Québec; Sommaire des maladies à déclaration obligatoire, période pour l'année 2003 se terminant le 31 décembre 2003.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, juillet 2004.

Population : Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

Tableau 5 Nombre de cas déclarés de MADO par mois, région de la Capitale nationale, année 2003

| MALADIE | JAN. | FÉV. | MARS | AVRIL | MAI | JUIN | JUIL. | AOÛT | SEPT. | OCT. | NOV. | DÉC. | TOTAL |
|-------------------------------------|------|------|------|-------|-----|------|-------|------|-------|------|------|------|-------|
| Amibiase | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 21 |
| Campylobactériose | 19 | 15 | 15 | 25 | 22 | 41 | 29 | 43 | 36 | 50 | 27 | 26 | 348 |
| Entérite à <i>E. coli</i> | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 11 |
| Entérite à <i>Y. enterocolitica</i> | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 8 |
| Giardiase | 5 | 4 | 6 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 13 | 27 | 10 | 4 | 85 |
| Salmonellose | 11 | 1 | 8 | 18 | 15 | 18 | 15 | 11 | 15 | 4 | 4 | 13 | 133 |
| Shigellose | 1 | 3 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 0 | 15 |
| Hépatite A | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Hépatite B aiguë | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 16 |
| Hépatite B porteur | 4 | 2 | 6 | 7 | 2 | 4 | 2 | 6 | 1 | 7 | 8 | 3 | 52 |
| Hépatite B sans précision | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Hépatite C sans précision | 15 | 18 | 17 | 12 | 23 | 11 | 17 | 11 | 13 | 14 | 19 | 7 | 177 |
| Chlamydie génitale | 96 | 111 | 107 | 78 | 119 | 80 | 92 | 94 | 122 | 122 | 132 | 101 | 1 254 |
| Infection gonococcique | 4 | 5 | 5 | 3 | 1 | 4 | 4 | 3 | 6 | 4 | 11 | 1 | 52 |
| Syphilis (toutes catégories) | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 7 |
| Sida | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| VIH | 0 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| Coqueluche | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 1 | 0 | 3 | 12 |
| <i>Haemophilus influenzae</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Infection à méningocoques | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 2 | 11 |
| Légionellose | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Paludisme | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 7 |
| Scarlatine | 12 | 5 | 3 | 2 | 6 | 3 | 0 | 0 | 5 | 1 | 3 | 0 | 40 |
| Streptocoque A invasif | 4 | 2 | 3 | 2 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 2 | 1 | 2 | 22 |
| Streptocoque B | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| <i>Streptocoque pneumoniae</i> | 2 | 5 | 8 | 17 | 8 | 8 | 5 | 4 | 3 | 13 | 4 | 4 | 81 |
| Tuberculose | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 7 |

Source : Laboratoire de santé publique du Québec; Sommaire des maladies à déclaration obligatoire, période pour l'année 2003 se terminant le 31 décembre 2003.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, juillet 2004.

Tableau 6 Nombre de cas déclarés de MADO par groupe d'âge, région de la Capitale nationale, année 2003

| MALADIE | <1 | 1-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-39 | 40-59 | 60+ | TOTAL |
|-------------------------------------|----|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|
| Amibiase | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 3 | 1 | 3 | 8 | 2 | 21 |
| Campylobactériose | 1 | 10 | 9 | 17 | 29 | 44 | 47 | 45 | 82 | 62 | 348 |
| Entérite à <i>E. coli</i> | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 5 | 0 | 11 |
| Entérite à <i>Y. enterocolitica</i> | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 8 |
| Giardiase | 1 | 23 | 3 | 2 | 3 | 8 | 9 | 16 | 15 | 5 | 85 |
| Salmonellose | 2 | 11 | 16 | 5 | 7 | 8 | 9 | 15 | 27 | 33 | 133 |
| Shigellose | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 2 | 5 | 1 | 15 |
| Hépatite A | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 |
| Hépatite B aiguë | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 11 | 1 | 16 |
| Hépatite B porteur | 0 | 1 | 0 | 0 | 5 | 0 | 4 | 10 | 24 | 8 | 52 |
| Hépatite B sans précision | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| Hépatite C sans précision | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 12 | 22 | 56 | 78 | 8 | 177 |
| Chlamydirose génitale | 0 | 0 | 0 | 6 | 303 | 527 | 224 | 138 | 50 | 3 | 1 254 |
| Infection gonococcique | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 14 | 7 | 13 | 9 | 0 | 50 |
| Sida | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 4 |
| Syphilis (toutes catégories) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 7 |
| VIH | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 9 | 1 | 14 |
| Coqueluche | 1 | 1 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 12 |
| <i>Haemophilus influenzae</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| Infection à méningocoques | 1 | 0 | 2 | 0 | 5 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 11 |
| Scarlatine | 1 | 17 | 19 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 40 |
| Paludisme | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 7 |
| Légionellose | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Streptocoque A invasif | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 4 | 5 | 6 | 22 |
| Streptocoque B | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| <i>Streptocoque pneumoniae</i> | 4 | 23 | 5 | 1 | 1 | 0 | 0 | 5 | 18 | 24 | 81 |
| Tuberculose | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 4 | 7 |

Source : Laboratoire de santé publique du Québec; Sommaire des maladies à déclaration obligatoire, période pour l'année 2003 se terminant le 31 décembre 2003.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, juillet 2004.

Tableau 7 Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) des MADO par groupe d'âge, région de la Capitale nationale, année 2003

| MALADIE | <1 | 1-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-39 | 40-59 | 60+ | TOTAL |
|-------------------------------------|------|-------|------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|------|-------|
| Amibiase | 0,0 | 4,5 | 3,1 | 0,0 | 5,4 | 6,6 | 2,3 | 3,3 | 4,0 | 1,6 | 42,0 |
| Campylobactériose | 18,5 | 45,0 | 27,7 | 45,4 | 79,3 | 96,8 | 108,1 | 49,5 | 41,0 | 49,6 | 69,6 |
| Entérite à <i>E. coli</i> | 0,0 | 4,5 | 3,1 | 5,3 | 0,0 | 2,2 | 2,3 | 0,0 | 2,5 | 0,0 | 2,2 |
| Entérite à <i>Y. enterocolitica</i> | 0,0 | 4,5 | 0,0 | 5,3 | 0,0 | 4,4 | 2,3 | 1,1 | 0,5 | 0,0 | 1,6 |
| Giardiase | 18,5 | 103,6 | 9,3 | 5,3 | 8,1 | 17,6 | 20,7 | 17,6 | 17,5 | 4,0 | 17,2 |
| Salmonellose | 37,0 | 49,5 | 49,6 | 13,5 | 18,9 | 17,6 | 20,7 | 16,5 | 13,5 | 26,4 | 26,6 |
| Shigellose | 0,0 | 4,5 | 3,1 | 2,7 | 0,0 | 2,2 | 6,9 | 2,2 | 2,5 | 0,8 | 3,0 |
| Hépatite A | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,1 | 0,6 |
| Hépatite B aiguë | 0,0 | 0,0 | 3,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 4,6 | 1,1 | 10,5 | 0,8 | 3,2 |
| Hépatite B porteur | 0,0 | 4,5 | 0,0 | 0,0 | 13,5 | 0,0 | 9,2 | 11,0 | 12,0 | 6,4 | 10,4 |
| Hépatite B sans précision | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,3 | 1,1 | 0,0 | 0,0 | 0,4 |
| Hépatite C sans précision | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,7 | 26,4 | 50,6 | 61,6 | 39,0 | 6,4 | 27,1 |
| Chlamydirose génitale | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 16,2 | 818,1 | 1 159,4 | 515,2 | 151,8 | 25,0 | 2,1 | 250,8 |
| Infection gonococcique | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 19,1 | 31,3 | 16,0 | 14,2 | 4,3 | 0,0 | 7,7 |
| Sida | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,1 | 1,5 | 2,1 | 0,8 |
| Syphilis | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,2 | 0,0 | 2,2 | 1,0 | 1,6 | 1,4 |
| VIH | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 4,4 | 4,5 | 0,8 | 2,8 |
| Coqueluche | 18,5 | 4,5 | 3,1 | 13,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,2 | 0,5 | 0,8 | 2,4 |
| <i>Haemophilus influenzae</i> | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,1 | 0,0 | 0,8 | 0,4 |
| Infection à méningocoques | 18,5 | 0,0 | 6,2 | 0,0 | 13,5 | 0,0 | 4,6 | 0,0 | 0,5 | 0,0 | 2,2 |
| Scarlatine | 18,5 | 76,5 | 58,9 | 2,7 | 0,0 | 0,0 | 2,3 | 1,1 | 0,0 | 0,0 | 8,0 |
| Paludisme | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,7 | 2,2 | 2,3 | 1,1 | 1,0 | 0,8 | 1,4 |
| Légionellose | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,8 | 0,2 |
| Streptocoque A invasif | 0,0 | 4,5 | 6,2 | 5,4 | 0,0 | 2,2 | 2,3 | 4,4 | 2,5 | 4,8 | 4,4 |
| Streptocoque B | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,5 | 0,8 | 0,4 |
| <i>Streptocoque pneumoniae</i> | 74,0 | 103,6 | 15,5 | 2,7 | 2,7 | 0,0 | 0,0 | 5,5 | 9,0 | 19,2 | 16,2 |
| Tuberculose | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,2 | 0,0 | 1,1 | 0,5 | 3,2 | 1,4 |

Source : Laboratoire de santé publique du Québec; Sommaire des maladies à déclaration obligatoire, période pour l'année 2003 se terminant le 31 décembre 2003.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, juillet 2004.

Population : Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

Tableau 8 Nombre de cas déclarés de MADO par district de CLSC, région de la Capitale nationale, année 2003

| MALADIE | 3000 | 3102 | 3202 | 3204 | 3300 | 3402 | 3500 | 3701 | 1 | TOTAL |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|----|-------|
| Amibiase | 0 | 3 | 7 | 2 | 3 | 5 | 1 | 0 | 0 | 21 |
| Campylobactériose | 19 | 66 | 47 | 42 | 49 | 32 | 42 | 26 | 25 | 348 |
| Entérite à <i>E. coli</i> | 3 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 11 |
| Entérite à <i>Y. enterocolitica</i> | 0 | 3 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 8 |
| Giardiase | 6 | 12 | 11 | 11 | 7 | 24 | 9 | 4 | 1 | 85 |
| Salmonellose | 11 | 19 | 22 | 11 | 23 | 17 | 18 | 10 | 2 | 133 |
| Shigellose | 0 | 9 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 15 |
| Hépatite A | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| Hépatite B aiguë | 0 | 3 | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 16 |
| Hépatite B porteur | 2 | 11 | 16 | 5 | 2 | 9 | 4 | 3 | 0 | 52 |
| Hépatite B sans précision | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Hépatite C sans précision | 21 | 17 | 65 | 26 | 6 | 19 | 19 | 2 | 3 | 177 |
| Chlamydirose génitale | 52 | 265 | 268 | 158 | 137 | 150 | 147 | 15 | 62 | 1 254 |
| Infection gonococcique | 0 | 10 | 10 | 15 | 2 | 4 | 8 | 1 | 0 | 50 |
| Sida | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 4 |
| Syphilis | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 6 |
| Coqueluche | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 5 | 1 | 0 | 0 | 12 |
| <i>Haemophilus influenzae</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| Infection à méningocoques | 0 | 2 | 3 | 1 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | 11 |
| Scarlatine | 9 | 6 | 4 | 4 | 3 | 10 | 4 | 0 | 0 | 40 |
| Légionellose | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Paludisme | 0 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 7 |
| Streptocoque A invasif | 1 | 6 | 2 | 3 | 1 | 3 | 6 | 0 | 0 | 22 |
| Streptocoque B | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| <i>Streptocoque pneumoniae</i> | 6 | 19 | 11 | 8 | 8 | 14 | 15 | 0 | 0 | 81 |
| Tuberculose | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 7 |

Source : Laboratoire de santé publique du Québec; Sommaire des maladies à déclaration obligatoire, période pour l'année 2003 se terminant le 31 décembre 2003.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, juillet 2004.

| | | | |
|------|-----------------------------------|------|---------------------|
| 3000 | Portneuf | 3300 | Haute-Saint-Charles |
| 3102 | Sainte-Foy - Sillery - Laurentien | 3402 | Orléans |
| 3202 | Basse-Ville - Limoilou - Vanier | 3500 | La Source |
| 3204 | Haute-Ville-des-Rivières | 3701 | Charlevoix |

Note : La variable « district de CLSC » ne fait pas partie des données sur le VIH, c'est pourquoi cette maladie n'apparaît pas dans le tableau.

Tableau 9 Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) des MADO par district de CLSC, région de la Capitale nationale, année 2003

| MALADIE | 3000 | 3102 | 3202 | 3204 | 3300 | 3402 | 3500 | 3701 | TOTAL |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| Amibiase | 0,0 | 2,4 | 9,1 | 2,6 | 3, | 4,5 | 1,1 | 0,0 | 4,2 |
| Campylobactériose | 41,8 | 52,8 | 61,1 | 54,6 | 53,6 | 28,8 | 46,2 | 85,8 | 69,6 |
| Entérite à <i>E. coli</i> | 6,6 | 0,0 | 2,6 | 1,3 | 0,0 | 0,9 | 2,2 | 6,6 | 2,2 |
| Entérite à <i>Y. enterocolitica</i> | 0,0 | 2,4 | 0,0 | 0,0 | 2,2 | 0,9 | 2,2 | 0,0 | 1,6 |
| Giardiase | 13,2 | 9,6 | 14,3 | 14,3 | 7,7 | 21,6 | 9,9 | 13,2 | 17,0 |
| Salmonellose | 24,2 | 15,2 | 28,6 | 14,3 | 25,3 | 15,3 | 19,8 | 33,0 | 26,6 |
| Shigellose | 0,0 | 7,2 | 1,3 | 2,6 | 0,0 | 1,8 | 0,0 | 3,3 | 3,0 |
| Hépatite A | 2,2 | 0,0 | 0,0 | 1,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,6 |
| Hépatite B aiguë | 0,0 | 2,4 | 3,9 | 6,5 | 1,1 | 2,7 | 1,1 | 0,0 | 3,2 |
| Hépatite B porteur | 4,4 | 8,8 | 20,8 | 6,5 | 2,2 | 8,1 | 4,4 | 9,9 | 10,4 |
| Hépatite B sans précision | 2,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,4 |
| Hépatite C sans précision | 46,2 | 13,6 | 84,5 | 33,8 | 6,6 | 17,1 | 20,9 | 6,6 | 27,1 |
| Chlamydirose génitale | 114,4 | 212,0 | 348,4 | 205,4 | 150,7 | 135,0 | 161,7 | 49,5 | 250,8 |
| Infection gonococcique | 0,0 | 7,6 | 12,5 | 19,7 | 2,2 | 3,8 | 1,1 | 0,0 | 7,7 |
| Sida | 0,0 | 0,0 | 1,3 | 1,3 | 0,0 | 0,0 | 1,1 | 0,0 | 0,8 |
| Syphilis | 0,0 | 1,6 | 2,6 | 0,0 | 0,0 | 0,9 | 1,1 | 0,0 | 1,2 |
| Coqueluche | 4,4 | 1,6 | 1,3 | 0,0 | 1,1 | 4,5 | 1,1 | 0,0 | 2,4 |
| <i>Haemophilus influenzae</i> | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,9 | 0,0 | 3,3 | 0,4 |
| Infection à méningocoques | 0,0 | 1,6 | 3,9 | 1,3 | 0,0 | 1,8 | 3,3 | 0,0 | 2,2 |
| Scarlatine | 19,8 | 4,8 | 5,2 | 5,2 | 3,3 | 9,0 | 4,4 | 0,0 | 8,0 |
| Légionellose | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,1 | 0,0 | 0,2 |
| Paludisme | 0,0 | 2,4 | 2,6 | 1,3 | 0,0 | 0,0 | 1,1 | 0,0 | 1,4 |
| Streptocoque A invasif | 2,2 | 4,8 | 2,6 | 3,9 | 1,1 | 2,7 | 6,6 | 0,0 | 4,4 |
| Streptocoque B | 2,2 | 0,0 | 1,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,4 |
| <i>Streptocoque pneumoniae</i> | 13,2 | 15,2 | 14,3 | 10,4 | 8,8 | 12,6 | 16,5 | 0,0 | 16,2 |
| Tuberculose | 2,2 | 0,0 | 2,6 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,2 | 6,6 | 1,4 |

Source : Laboratoire de santé publique du Québec; Sommaire des maladies à déclaration obligatoire, période pour l'année 2003 se terminant le 31 décembre 2003.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, juillet 2004.

Population : Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

| | | | |
|------|-----------------------------------|------|---------------------|
| 3000 | Portneuf | 3300 | Haute-Saint-Charles |
| 3102 | Sainte-Foy - Sillery - Laurentien | 3402 | Orléans |
| 3202 | Basse-Ville - Limoilou - Vanier | 3500 | La Source |
| 3204 | Haute-Ville-des-Rivières | 3701 | Charlevoix |

Tableau 10 Nombre de cas de MADO selon le sexe, région de la Capitale nationale, année 2003

| MALADIE | HOMME | FEMME | INCONNU | TOTAL |
|-------------------------------------|-------|-------|---------|-------|
| Amibiase | 13 | 8 | 0 | 21 |
| Campylobactériose | 186 | 162 | 0 | 348 |
| Entérite à <i>E. coli</i> | 4 | 7 | 0 | 11 |
| Entérite à <i>Y. enterocolitica</i> | 3 | 5 | 0 | 8 |
| Giardiase | 38 | 47 | 0 | 85 |
| Salmonellose | 59 | 74 | 0 | 133 |
| Shigellose | 7 | 8 | 0 | 15 |
| Hépatite A | 2 | 1 | 0 | 3 |
| Hépatite B aiguë | 12 | 4 | 0 | 16 |
| Hépatite B porteur | 38 | 14 | 0 | 52 |
| Hépatite B sans précision | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Hépatite C sans précision | 128 | 49 | 0 | 177 |
| Chlamydirose génitale | 389 | 864 | 1 | 1 254 |
| Infection gonococcique | 45 | 6 | 0 | 51 |
| Sida | 3 | 1 | 0 | 4 |
| Syphilis | 6 | 1 | 0 | 7 |
| VIH | 10 | 4 | 0 | 14 |
| Coqueluche | 5 | 7 | 0 | 12 |
| <i>Haemophilus influenzae</i> | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Infection à méningocoques | 8 | 3 | 0 | 11 |
| Scarlatine | 21 | 19 | 0 | 40 |
| Paludisme | 4 | 3 | 0 | 7 |
| Légionellose | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Streptocoque A invasif | 8 | 14 | 0 | 22 |
| Streptocoque B | 2 | 0 | 0 | 2 |
| <i>Streptocoque pneumoniae</i> | 45 | 36 | 0 | 81 |
| Tuberculose | 3 | 4 | 0 | 7 |

Source : Laboratoire de santé publique du Québec; Sommaire des maladies à déclaration obligatoire, période pour l'année 2003 se terminant le 31 décembre 2003.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, juillet 2004.

Tableau 11 Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) des MADO selon le sexe, région de la Capitale nationale, année 2003

| MALADIE | HOMME | FEMME | TOTAL |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|
| Amibiase | 3,9 | 2,4 | 4,2 |
| Campylobactériose | 55,8 | 48,6 | 69,6 |
| Entérite à <i>E. coli</i> | 1,2 | 2,1 | 2,2 |
| Entérite à <i>Y. enterocolitica</i> | 0,9 | 1,5 | 1,6 |
| Giardiase | 11,4 | 14,1 | 17,0 |
| Salmonellose | 17,7 | 22,2 | 26,6 |
| Shigellose | 2,1 | 2,4 | 3,0 |
| Hépatite A | 0,6 | 0,3 | 0,6 |
| Hépatite B aiguë | 3,6 | 1,2 | 3,2 |
| Hépatite B porteur | 11,4 | 4,2 | 10,4 |
| Hépatite B sans précision | 0,6 | 0,0 | 0,4 |
| Hépatite C sans précision | 38,4 | 14,7 | 27,1 |
| Chlamydirose génitale | 116,7 | 259,2 | 250,8 |
| Infection gonococcique | 1,4 | 0,2 | 7,8 |
| Sida | 0,9 | 0,3 | 0,8 |
| Syphilis | 1,8 | 0,3 | 1,4 |
| VIH | 3,0 | 1,2 | 2,8 |
| Coqueluche | 1,5 | 2,1 | 2,4 |
| <i>Haemophilus influenzae</i> | 0,6 | 0,0 | 0,4 |
| Infection à méningocoques | 2,4 | 0,9 | 2,2 |
| Scarlatine | 6,3 | 5,7 | 8,0 |
| Paludisme | 1,2 | 0,9 | 1,4 |
| Légionellose | 0,3 | 0,0 | 0,2 |
| Streptocoque A invasif | 2,4 | 4,2 | 4,4 |
| Streptocoque B | 0,6 | 0,0 | 0,4 |
| <i>Streptocoque pneumoniae</i> | 13,5 | 10,8 | 16,2 |
| Tuberculose | 0,9 | 1,2 | 1,4 |

Source : Laboratoire de santé publique du Québec; Sommaire des maladies à déclaration obligatoire, période pour l'année 2003 se terminant le 31 décembre 2003.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, juillet 2004.

Population : Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

ANALYSE DESCRIPTIVE DE CERTAINES MADO

Dans cette partie du rapport, les MADO sont regroupées sous les rubriques suivantes :

- Certaines maladies évitables par la vaccination de base;
- Infections transmissibles sexuellement (ITS);
- Maladies transmissibles sexuellement ou par le sang;
- Maladies entériques;
- Maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire;
- Maladies transmissibles par vecteur;
- Autres maladies infectieuses sous surveillance;
- Intoxications par des produits chimiques (exposition environnementale ou occupationnelle).

Dans le but d'alléger la présentation, nous nous attarderons aux maladies le plus souvent déclarées ou à celles faisant l'objet d'une surveillance ou d'une intervention particulière.

1. Maladies évitables par la vaccination de base

Finalité poursuivie par le plan d'action régionale

Contrôler, voire éliminer, les maladies évitables par la vaccination par l'application du Programme d'immunisation du Québec et des objets qui y sont rattachés, soit l'accessibilité à des services de vaccination, la disponibilité de produits immunisants de qualité et la surveillance des effets indésirables de la vaccination.

Les maladies ciblées dans le programme de vaccination de base du Québec sont la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, l'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b, l'infection invasive à méningocoques de sérogroupe C, la rougeole, la rubéole, les oreillons, l'hépatite B. Les enfants reçoivent ces vaccins dès l'âge de 2 mois, sauf le vaccin contre l'hépatite B qui est administré en 4^e année du primaire.

Quelques-unes de ces maladies sont devenues rares au Québec; ainsi la rougeole, la rubéole et les oreillons sont pratiquement éliminées. Par élimination, on entend l'absence de circulation du microbe chez les résidents du Québec, même lorsqu'il y a importation de la maladie par une personne ayant séjourné à l'extérieur de la province ou ayant été en contact avec une personne qui revient de voyage.

Tableau 12 Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines maladies évitables par la vaccination de base, région de la Capitale nationale, de 1994 à 2003

| MALADIE | ANNÉE | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
| Rougeole | 0,5 | 0,3 | 1,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Rubéole | 1,8 | 0,3 | 2,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Coqueluche | 79,3 | 59,6 | 33,3 | 14,9 | 91,4 | 45,1 | 13,0 | 17,0 | 10,1 | 1,8 |
| <i>Haemo. influenzae</i> type b | 0,2 | 0,6 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0,0 | 0,3 |
| Oreillons | 1,8 | 0,3 | 0,5 | 0,2 | 0,0 | 0,2 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Tétanos | - | 0,2 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Méningocoque (tous séro.) | 1,5 | 1,6 | 0,3 | 0,8 | 0,3 | 0,8 | 0,3 | 4,3 | 1,7 | 1,7 |

Source : Fichier central MADO.

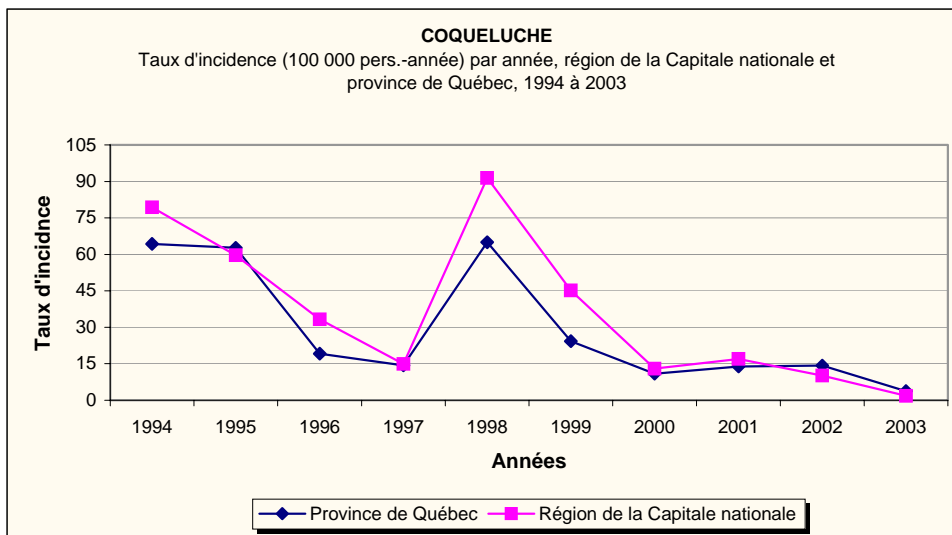
Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, juillet 2004.

Population : Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

1.1 Coqueluche

| Définition nosologique | |
|------------------------|--|
| ■ | Cas confirmé |
| ■ | Présence d'une des trois conditions suivantes : |
| 1. | isolement de <i>Bordetella pertussis</i> ; ou |
| 2. | détection d'acides nucléiques de <i>Bordetella pertussis</i> par une technique d'amplification génique appropriée; ou |
| 3. | personne qui répond à la définition de cas probable et présence d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé par un test de laboratoire. |
| ■ | Cas probable |
| ■ | Présence d'une toux qui dure depuis au moins deux semaines et au moins une des manifestations suivantes sans autre cause apparente : |
| 1. | toux paroxystique (quintes de toux); ou |
| 2. | sifflement inspiratoire (chant du coq); ou |
| 3. | toux se terminant par des vomissements ou par de l'apnée. |

Figure 1 COQUELUCHE - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1994 à 2003



Après une diminution constante de 1994 à 1997, la coqueluche est devenue épidémique en 1998. L'incidence de la maladie est redescendue en 1999 et 2000, tant dans la province de Québec que dans la région de la Capitale nationale, et est demeurée stable durant les deux années subséquentes. Cependant, en 2003, on constate une autre diminution importante : le nombre de cas a atteint son niveau le plus bas en dix ans (figure 2). Par ailleurs, de 2000 à 2003, la majorité des cas ont été observés entre les mois de septembre et avril.

Figure 2 COQUELUCHE - Nombre de cas déclarés par mois et par année, région de la Capitale nationale, 2000 à 2003

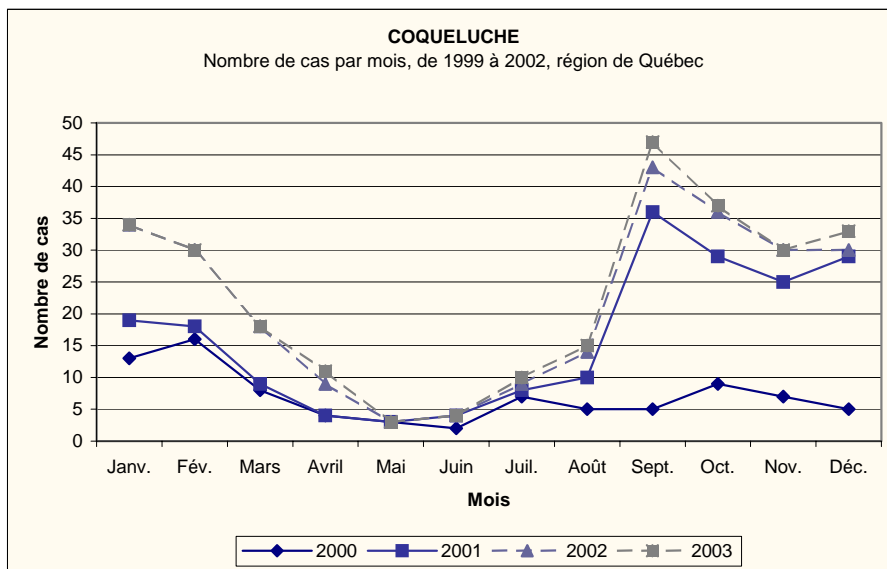
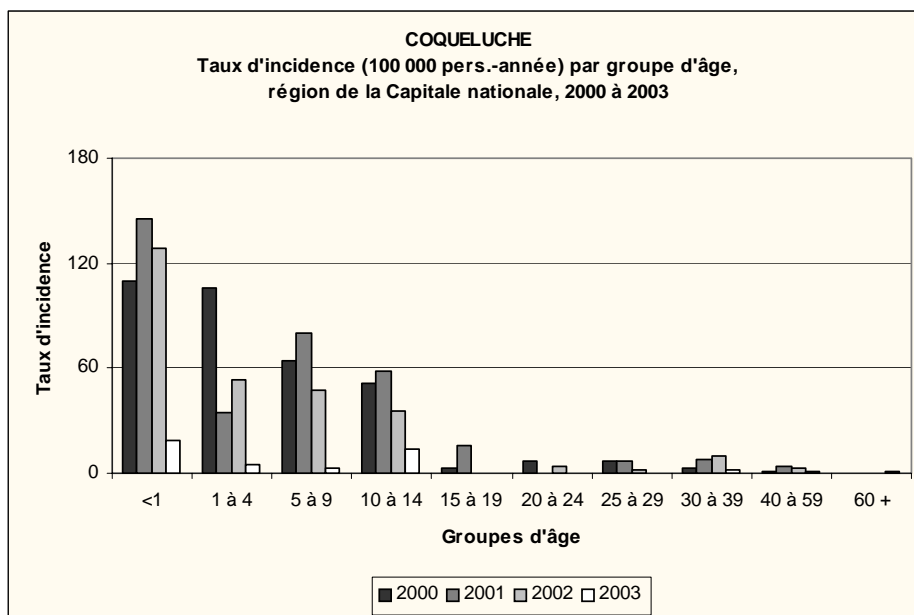


Figure 3 COQUELUCHE - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par groupe d'âge, région de la Capitale nationale, 2000 à 2003



Ce graphique montre que l'incidence de la coqueluche a considérablement diminué en 2003 dans tous les groupes d'âge. L'introduction du nouveau vaccin acellulaire dans le calendrier régulier de vaccination, en 1998, a contribué à cette diminution, de même, sans doute, que le cycle épidémique de la maladie même.

1.2 Infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b

Définition nosologique

- Cas confirmé
 - Présence d'une des deux conditions suivantes :
 1. isolement d'*Haemophilus influenzae*¹ ou détection d'acides nucléiques d'*H. influenzae* par une technique d'amplification génique d'un site normalement stérile; **ou**
 2. manifestations cliniques compatibles avec une épiglottite et isolement d'*Haemophilus influenzae* de la gorge, du nasopharynx ou de l'épiglotte.
- Note explicative
 - (1) À des fins de surveillance, le typage des souches d'*Haemophilus influenzae* est essentiel.

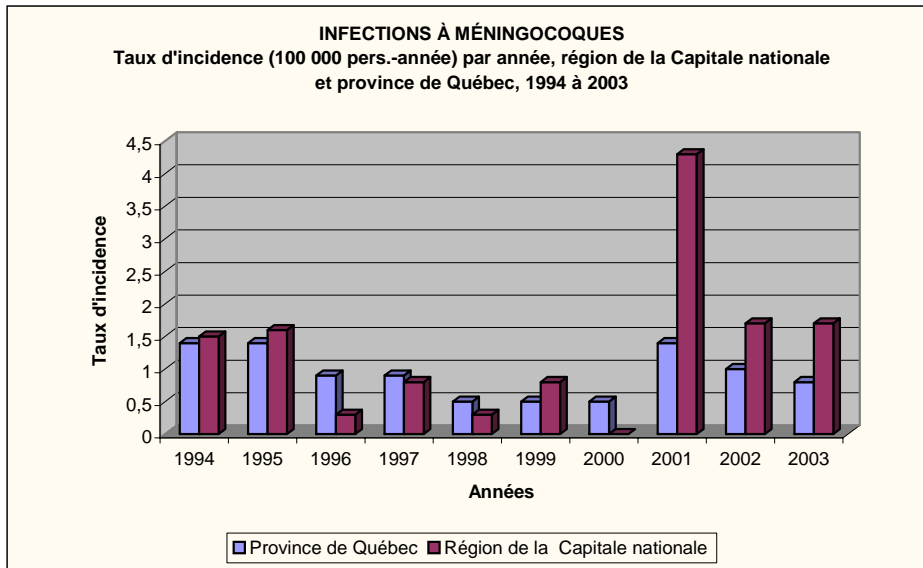
Cette infection, qui touche presque essentiellement les enfants de moins de 5 ans (les autres personnes atteintes sont celles souffrant d'une immunodéficience), est maintenant très rare depuis l'introduction de la vaccination dans le calendrier régulier en 1998. Le nombre de cas déclarés annuellement se situe entre zéro et deux, le plus souvent un seul cas. En 2003, les deux cas déclarés se rapportaient à des adultes non ciblés par le programme de vaccination.

1.3 Infections invasives à méningocoques

Définition nosologique

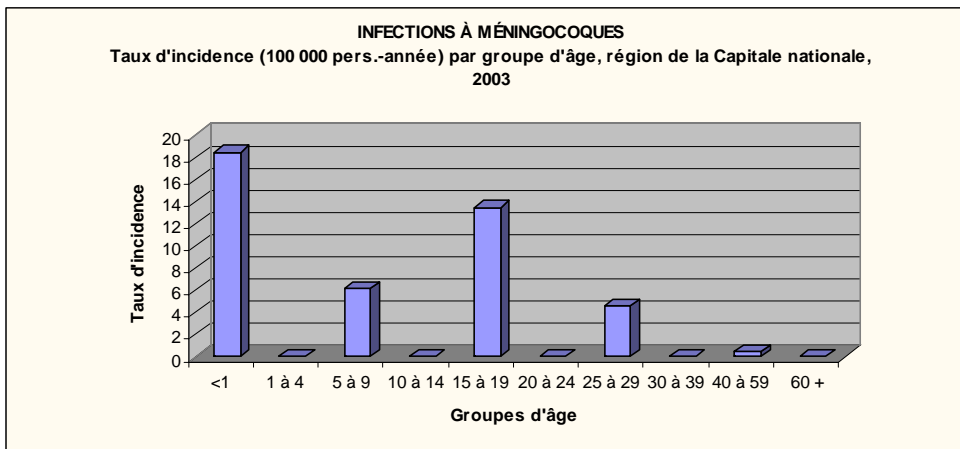
- Cas confirmé
 - Manifestations cliniques compatibles¹ et isolement ou détection par PCR de *Neisseria meningitidis* d'un site normalement stérile.
- Cas probable
 - En l'absence de confirmation par culture ou par PCR, présence d'une des deux conditions suivantes :
 1. manifestations cliniques compatibles incluant obligatoirement un purpura fulminans²; **ou**
 2. manifestations cliniques compatibles et détection d'antigènes méningococciques sur un prélèvement du LCR.
- Notes explicatives
 - (1) La pneumonie à *Neisseria meningitidis* est une entité très rare et la confirmation en laboratoire est problématique compte tenu de la contamination possible des expectorations ou des sécrétions bronchiques par la flore des voies respiratoires supérieures; seule la présence d'une hémoculture ou d'une culture du liquide pleural positive permet de confirmer un cas à des fins de surveillance.
 - (2) Le cas doit présenter des signes hémorragiques cutanés majeurs pour être inscrit comme cas probable. Un enfant peut présenter un purpura mécanique après avoir subi une ponction lombaire. De plus, d'autres maladies, comme le purpura d'Henoch-Schönlein, se caractérisent entre autres par la présence de pétéchies. C'est pourquoi un enfant avec de la fièvre et quelques pétéchies ne doit pas être inscrit comme un cas probable.

Figure 4 INFECTIONS À MÉNINGOCOQUES - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1994 à 2003



En 2003, les infections à méningocoques ont été aussi nombreuses qu'en 2002. Par contre, le nombre de cas déclarés est plus de deux fois moindre qu'en 2001 alors que s'était produite une éclosion d'infections invasives à méningocoques de sérotype C. D'autres régions du Québec ont connu une variation similaire. L'éclosion a pu être jugulée par une campagne de vaccination massive dans toute la province.

Figure 5 INFECTIONS À MÉNINGOCOQUES - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par groupe d'âge, région de la Capitale nationale, 2003



Les groupes les plus affectés par la maladie sont les moins de 1 an et les 15-19 ans. Le sexe masculin est 2,6 fois plus touché que les sexe féminin. Le sérotype B, en cause dans six cas, est le plus fréquent, alors que trois cas sont dus au sérotype C. Le sérotype n'a pu être déterminé pour les autres cas.

Figure 6 INFECTIONS À MÉNINGOCOQUES - Nombre de cas déclarés par mois, région de la Capitale nationale, 2003

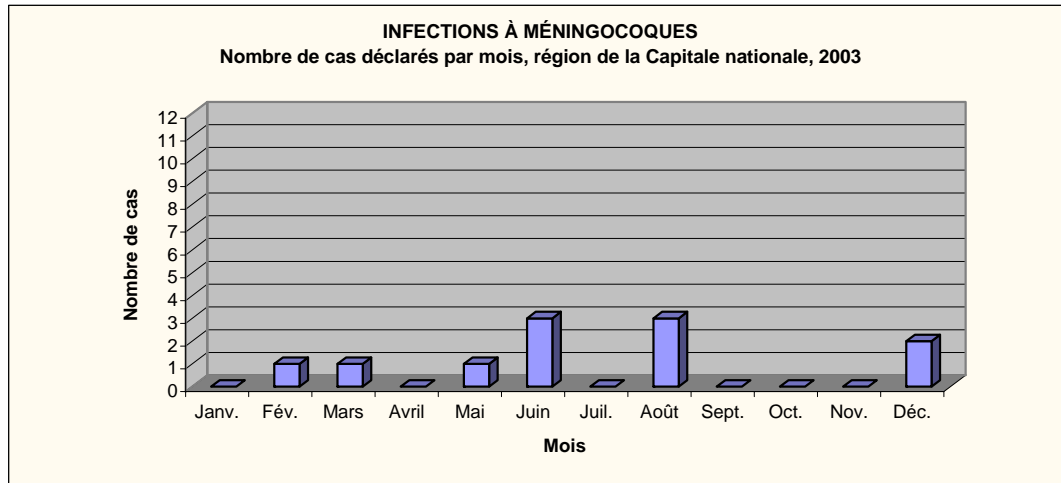
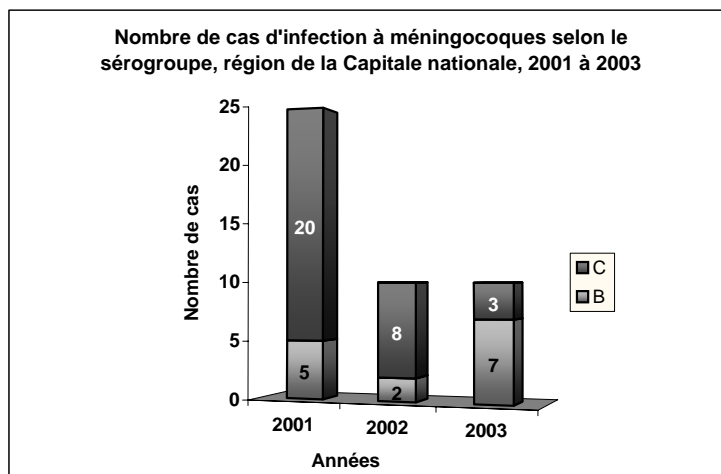


Figure 7 INFECTIONS À MÉNINGOCOQUES - Nombre de cas selon le sérotype, région de la Capitale nationale, 2001 à 2003



Depuis l'introduction, en 2002, de la vaccination universelle contre les infections à méningocoques de sérotype C, le nombre de cas d'infections invasives causées par ce sérotype est passé de vingt en 2001 à huit en 2002 et à trois en 2003.

1.4 Rougeole, rubéole, oreillons, poliomyélite, tétanos

Définition nosologique : ROUGEOLE

- Cas confirmé
 - Présence d'une des trois conditions suivantes en l'absence d'immunisation récente¹ contre la rougeole:
 1. isolement ou détection antigénique rapide du virus de la rougeole d'un échantillon clinique approprié; **ou**
 2. détection sérologique d'IgM contre le virus de la rougeole²; **ou**
 3. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le virus de la rougeole entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence³; **ou**
 - Manifestations cliniques suivantes :
 1. fièvre $\geq 38,3$ °C;
 2. toux ou coryza ou conjonctivite;
 3. éruption maculopapulaire généralisée d'une durée minimale de trois jours et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire susmentionnés.
- Notes explicatives
 - (1) En présence d'une immunisation récente, la validation du cas devra s'appuyer sur la détection du virus sauvage dans un échantillon clinique approprié.
 - (2) La détection d'IgM chez un cas sporadique qui n'a pas d'antécédents de voyage récent dans une région où l'on sait qu'il y a des cas de rougeole, ne suffit pas à confirmer un cas et elle doit être complétée par l'isolement du virus ou la démonstration d'une élévation du titre des IgG entre les échantillons de la phase aiguë et ceux de la phase de convalescence.
 - (3) L'augmentation du taux d'anticorps sera considérée significative en fonction de la technique utilisée pour analyser simultanément au même laboratoire les deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle.

Définition nosologique : RUBÉOLE

- Cas confirmé
 - Présence d'une des trois conditions suivantes en l'absence d'immunisation récente contre la rubéole :
 1. isolement du virus de la rubéole d'un échantillon clinique approprié; **ou**
 2. détection sérologique d'IgM contre le virus de la rubéole; **ou**
 3. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le virus de la rubéole entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence; **ou**
 - Manifestations cliniques suivantes :
 1. fièvre;
 2. éruption cutanée maculopapulaire généralisée;
 3. arthralgie ou arthrite ou lymphadénopathie ou conjonctivite et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire susmentionnés; **ou**
 - Mère d'un nouveau-né atteint d'un syndrome de rubéole congénitale.
- Note explicative

L'augmentation du taux d'anticorps sera considérée significative en fonction de la technique utilisée pour analyser simultanément au même laboratoire les deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle.

Définition nosologique : OREILLONS

- Cas confirmé
 - Présence d'une des trois conditions suivantes en l'absence d'immunisation récente contre les oreillons:
 1. isolement du virus des oreillons dans un échantillon clinique approprié; **ou**
 2. détection sérologique d'IgM contre le virus des oreillons; **ou**
 3. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre le virus des oreillons entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence; **ou**
 - Manifestations cliniques compatibles (ex. : fièvre, tuméfaction douloureuse d'une ou plusieurs glandes salivaires) et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire susmentionnés.

Depuis plusieurs années, aucun cas de rougeole, de rubéole, d'oreillons, de poliomyélite et de tétanos n'a été déclaré dans la région. Tout signalement d'un cas possible doit être confirmé au moyen d'un prélèvement approprié en raison de la rareté de ces maladies.

2. Infections transmissibles sexuellement (ITS)

Finalité poursuivie par le plan d'action régional

Prévenir les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), soit l'hépatite B (VHB), l'hépatite C (VHC), le VIH-sida et les autres infections transmissibles sexuellement (ITS) auprès des groupes vulnérables parmi les adolescents et les adultes.

Tableau 13 Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines maladies transmissibles sexuellement, région de la Capitale nationale, de 1994 à 2003

| MALADIE | ANNÉE | | | | | | | | | |
|------------------------|-------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
| Chlamydie génitale | 121,7 | 91,5 | 92,8 | 99,9 | 114,1 | 124,6 | 124,1 | 160,5 | 154,1 | 192,9 |
| Syphilis | 2,4 | 0,4 | 0,7 | 0,6 | 0,8 | 0,4 | 0,0 | 0,2 | 0,5 | 1,3 |
| Infection gonococcique | 8,9 | 4,4 | 2,6 | 4,0 | 4,3 | 9,6 | 5,7 | 5,7 | 5,7 | 7,8 |

Source : Fichier central MADO.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, juillet 2004.

Population : Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

Nous présentons essentiellement la chlamydie génitale, les infections à gonocoques et la syphilis. Les maladies très peu fréquentes, telles que le chancre mou, l'herpès néonatal et la lymphogranulomatose vénérienne, ne seront pas commentées.

2.12.1 Infections à *Chlamydia trachomatis*

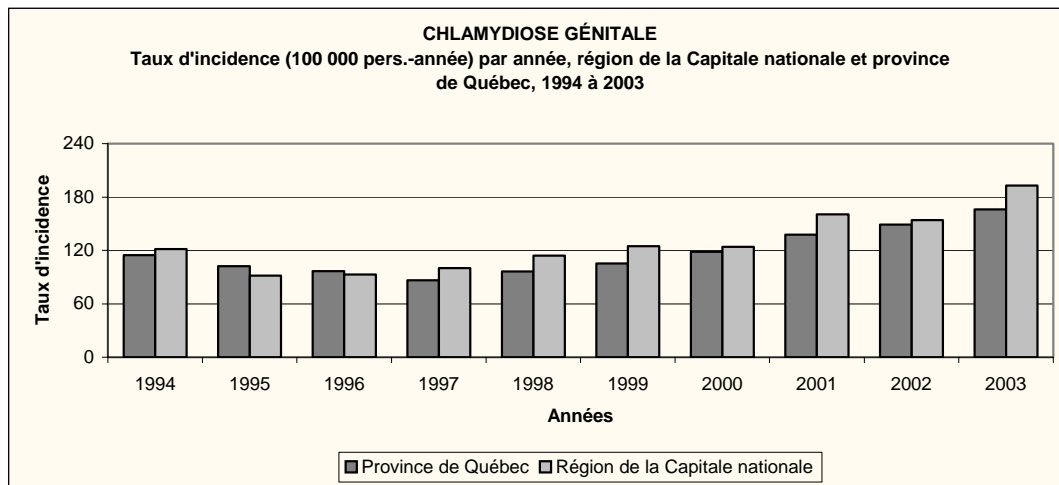
Mise en forme : Puces et numéros

Définition nosologique

- Cas confirmé
 - Présence d'une des cinq conditions suivantes :
 1. isolement de *Chlamydia trachomatis* par culture cellulaire; **ou**
 2. détection d'antigènes de *Chlamydia trachomatis* à l'aide d'une technique EIA ou DFA dans un prélèvement d'origine conjonctivale, urétrale ou endocervicale; **ou**
 3. détection d'antigènes de *Chlamydia trachomatis* à l'aide d'une technique EIA ou DFA dans un prélèvement du rhinopharynx chez un nourrisson; **ou**
 4. détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis* dans un prélèvement d'origine urétrale, endocervicale ou urinaire; **ou**
 5. détection sérologique d'IgM spécifiques chez un nourrisson.
- Note explicative :

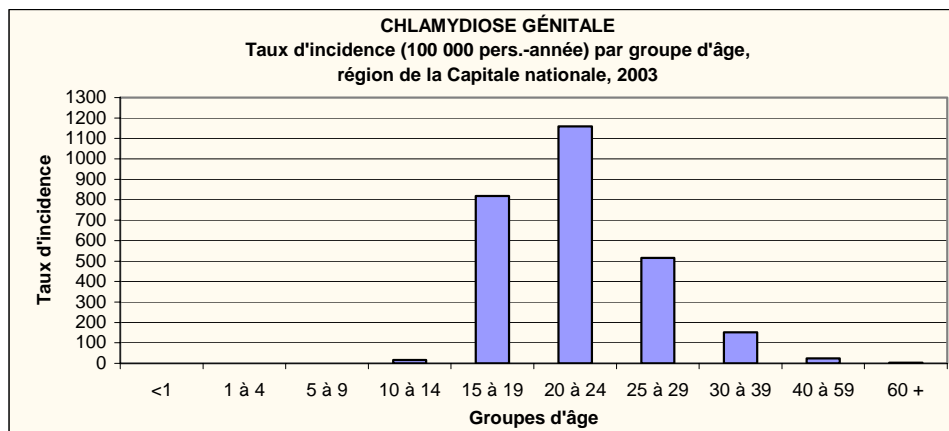
Sauf si des renseignements permettent de considérer deux déclarations comme deux épisodes distincts, un nouvel épisode d'infection à *Chlamydia trachomatis* ne devrait pas être créé à l'intérieur d'une période de 2 mois suivant un épisode antérieur.

Figure 8 CHLAMYDIOSE GÉNITALE - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1994 à 2003



Le nombre de cas déclarés de chlamydie génitale est toujours important. Il était de 1 002 en 2002 et de 1 254 en 2003, ce qui représente une augmentation importante qu'on ne peut expliquer que par le relâchement des moyens de protection au cours des relations sexuelles. La déclaration de cette maladie est constante au cours des mois.

Figure 9 CHLAMYDIOSE GÉNITALE - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par groupe d'âge, région de la Capitale nationale, 2003



L'incidence est très élevée dans le groupe d'âge des 20 à 24 ans, qui est suivi de près par le groupe des 15 à 19 ans. Les femmes sont 2,5 fois plus touchées par cette infection que les hommes. Ce portrait se répète depuis au moins deux ans.

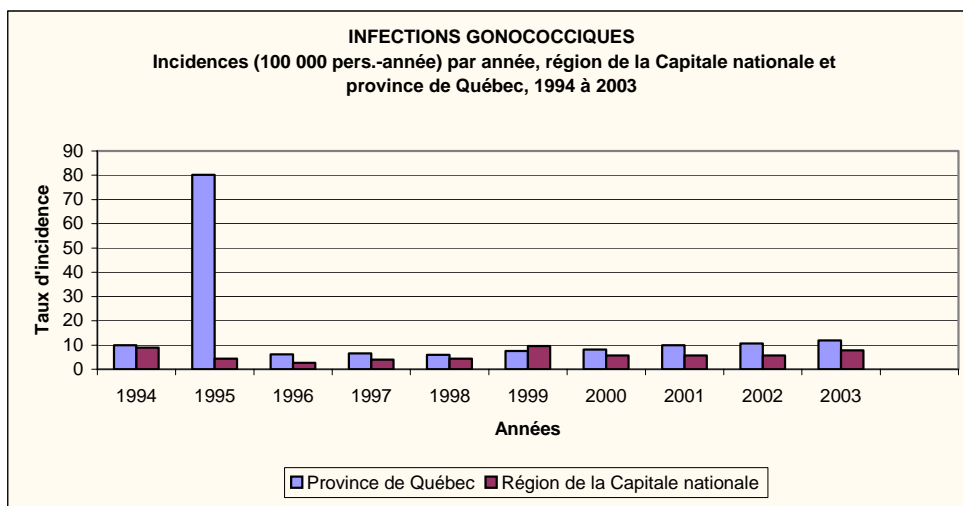
2.2 Infections gonococciques

Définition nosologique

- Cas confirmé
 - Présence d'une des quatre conditions suivantes :
 1. isolement de *Neisseria gonorrhoeae* d'un spécimen du tractus urogénital; **ou**
 2. détection d'acides nucléiques de *Neisseria gonorrhoeae* d'un spécimen d'origine urétrale, endocervicale ou urinaire; **ou**
 3. détection de *Neisseria gonorrhoeae* par une technique de laboratoire appropriée d'un spécimen d'origine urétrale ou endocervicale.
- Note :

Cette définition ne tient pas compte des infections gonococciques de l'œil ou d'autres localisations qui sont quand même à déclaration obligatoire.

Figure 10 INFECTIONS GONOCOCCIQUES - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1994 à 2003



Trente-sept cas d'infections gonococciques ont été déclarés en 2002 et 51 en 2003. L'incidence de la gonorrhée, qui était stable depuis 2000 dans la région, a connu une forte augmentation en 2003. La province enregistre une augmentation depuis 1999, avec une incidence de 8,1 par 100 000 personnes-année en 2000, de 10,0 en 2001, de 10,6 en 2002 et de 11,9 en 2003. Pour cette dernière année, dans la région, 88 % des cas sont des hommes comparativement à 65 % en 2002.

2.3 Syphilis

Définition nosologique

- **Note :**
*pour alléger le texte, la définition présentée ici est celle de la **syphilis primaire**. Le lecteur trouvera les définitions des syphilis secondaire, syphilis latente précoce, syphilis latente tardive, neurosyphilis, syphilis tertiaire autre que neurosyphilis, syphilis congénitale et syphilis sans précision dans Surveillance des maladies à déclaration obligatoire – Définitions nosologiques : maladies d'origine infectieuse; MSSS; Gouvernement du Québec; 2004.*
- **Cas confirmé**
 - Observation de *Treponema pallidum* dans un prélèvement provenant d'un chancre ou d'un ganglion lymphatique régional par un examen microscopique sur fond noir ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP); **ou**
 - Détection dans un prélèvement provenant d'un chancre par une technique d'amplification génique appropriée d'acides nucléiques de *Treponema pallidum*; **ou**
 - Présence d'au moins un chancre compatible avec une syphilis primaire et détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres) chez une personne sans antécédent de syphilis; **ou**
 - Présence d'au moins un chancre compatible avec une syphilis primaire et augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres) par rapport au test non tréponémique précédent chez une personne ayant déjà été traitée pour la syphilis.
- **Note explicative**
 - En plus des résultats positifs d'observation de *Treponema pallidum* dans un prélèvement provenant d'un chancre ou d'un ganglion lymphatique, les laboratoires doivent déclarer aux directions de santé publique les résultats de laboratoires suivants :
Tous les résultats positifs de tests non tréponémiques sur un sérum (VDRL, RPR, TRUST ou autre), peu importe le titre, confirmés par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autres tests reconnus). La déclaration doit inclure la dilution du résultat (1/1, 1/2, 1/4, 1/8, etc.).

Même en présence d'une épreuve non tréponémique négative, tous les résultats positifs d'épreuves tréponémiques (TP-A, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autres tests reconnus), lorsque les informations disponibles telles que les données cliniques inscrites sur la requête suggèrent une acquisition récente de la syphilis.

Tous les résultats positifs d'un VDRL utilisant une procédure spécifique validée pour le diagnostic de la neurosyphilis sur un spécimen de LCR (cette épreuve spécifique doit habituellement être effectuée par un laboratoire de référence). Les cas ayant déjà été déclarés et qui présenteraient un profil de résultats de tests non tréponémiques ou tréponémiques pouvant suggérer l'acquisition d'une nouvelle infection doivent faire l'objet d'une nouvelle déclaration.

Le nombre de cas de syphilis est en constante augmentation depuis 1999 dans la province, plus particulièrement depuis 2001, passant de 672 cas en 2000 à 829 en 2001. La région a suivi cette tendance ascendante mais seulement à compter de 2003. La maladie affecte six hommes pour une femme. Les enquêtes épidémiologiques que nous effectuons pour tous les cas ont mis en évidence que la plupart de ces hommes avaient des relations sexuelles non sécuritaires avec d'autres hommes. Ces personnes se disent surprises d'avoir contracté une ITS alors qu'elles appliquent les moyens de protection contre le sida, ce qui nous indique que les moyens de transmission des ITS et de protection contre ces maladies ne sont pas connus ou compris.

3. Infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS)

Cible du plan d'action régional

Assurer aux clientèles visées une protection optimale contre les hépatites A et B.

Tableau 14 Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines maladies transmissibles sexuellement ou par le sang dans la région de la Capitale nationale, de 1994 à 2003

| MALADIE | ANNÉE | | | | | | | | | |
|----------------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
| Hépatite B aiguë | 6,7 | 6,8 | 3,7 | 6,3 | 2,6 | 2,3 | 2,8 | 2,0 | 2,5 | 2,6 |
| Hépatite B chronique | 10,6 | 10,2 | 6,3 | 11,9 | 11,3 | 12,1 | 9,1 | 10,2 | 8,3 | 8,0 |
| Hépatite C | 0,3 | 0,6 | 2,6 | 39,1 | 45,2 | 48,4 | 52,1 | 48,6 | 32,0 | 27,1 |
| Infection au VIH | - | - | - | - | - | - | - | - | 3,4 | 2,1 |
| SIDA | 3,4 | 3,2 | 3,4 | 1,7 | 1,8 | 0,3 | 0,6 | 0,8 | 0,5 | 0,6 |

Source : Fichier central MADO.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, juillet 2004.

Population : Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

3.1 Hépatite B

Définition nosologique : HÉPATITE B AIGUË

- Cas confirmé
 - Détection sérologique d'IgM anti-HBc et d'HBsAg; **ou**
 - Présence des trois conditions suivantes :
 1. *manifestations cliniques suggestives d'hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées) ou augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT; et*
 2. *détection sérologique d'HBsAg associée à une recherche négative des IgM anti-VHA; et*
 3. *aucune autre cause apparente; ou*
Nourrisson chez qui on a décelé la présence d'HBsAg et qui est né d'une mère HbsAg positive.
- Cas probable
 - Présence des trois conditions suivantes :
 1. *manifestations cliniques suggestives d'hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées) ou augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT; et*
 2. *détection sérologique d'HBsAg alors que l'IgM anti-VHA n'a pas été recherché ou que le résultat n'est pas disponible; et*
 3. *aucune autre cause apparente.*

Définition nosologique : HÉPATITE B CHRONIQUE

- Cas confirmé
 - Détection à deux reprises d'HBsAg à au moins six mois d'intervalle.
- Cas probable
 - Présence d'une des deux conditions suivantes :
 1. *détection sérologique d'HBsAg chez une personne déclarée comme « porteur », « porteur chronique » ou « porteur sain » par un médecin; ou*
 2. *détection sérologique d'HBsAg chez une personne asymptomatique.*

Le nombre de cas d'hépatite B est stable depuis 1998 pour les cas aigus, et depuis 2000 pour les porteurs chroniques. Le nombre de cas d'hépatite B sans précision (non classée en aiguë ou chronique) a chuté considérablement en 1997 et demeure faible depuis ce temps, variant de un à cinq; ce résultat reflète bien nos changements de pratique qui se sont traduits par la mise en place de mesures conduisant à une plus grande précision du diagnostic de la maladie. En 2003, la majorité des cas d'hépatite B aiguë appartiennent au groupe d'âge des 40 à 59 ans.

Au niveau provincial, les cas aigus affichent une tendance à la baisse alors que les porteurs chroniques sont en nombre relativement stable.

Figure 11 HÉPATITE B AIGUË - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par groupe d'âge et par année, région de la Capitale nationale, 2000 à 2003

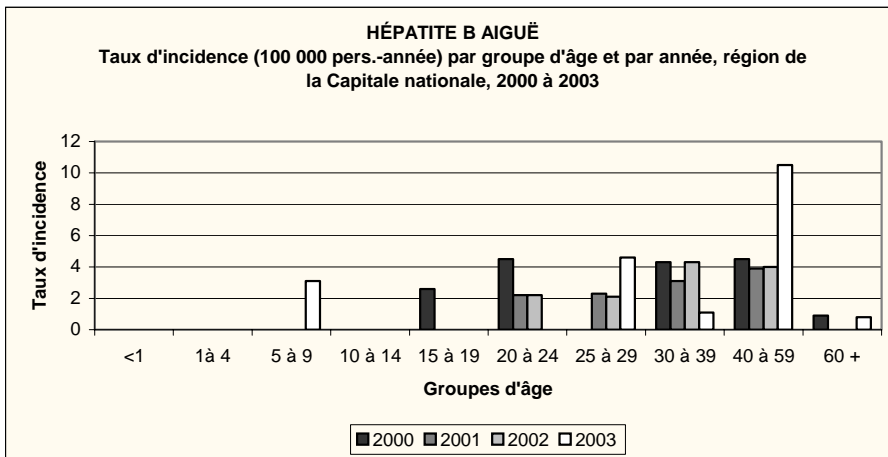
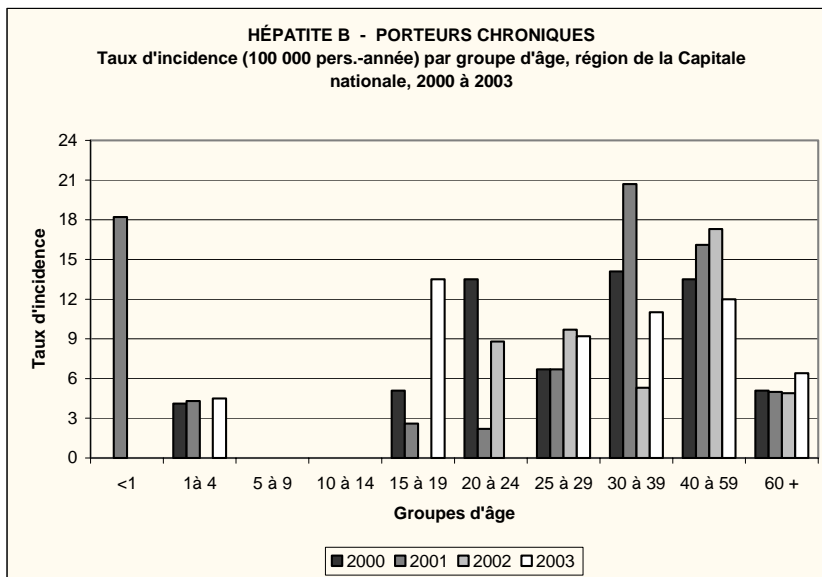


Figure 12 HÉPATITE B - PORTEURS CHRONIQUES - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par groupe d'âge, région de la Capitale nationale, 2000 à 2003



Le nombre de porteurs chroniques de l'hépatite B augmente avec l'âge, depuis l'âge de 25 ans jusqu'à 59 ans. Le groupe des 15-19 ans enregistre une concentration des cas chroniques pour 2003, ce qui est inhabituel et qu'on ne peut expliquer. Les hommes sont le plus souvent atteints, dans une proportion d'environ trois fois supérieure aux femmes, et ce, tant pour les cas aigus que pour les porteurs chroniques.

3.2 Hépatite C

Définition nosologique : HÉPATITE C AIGÜE

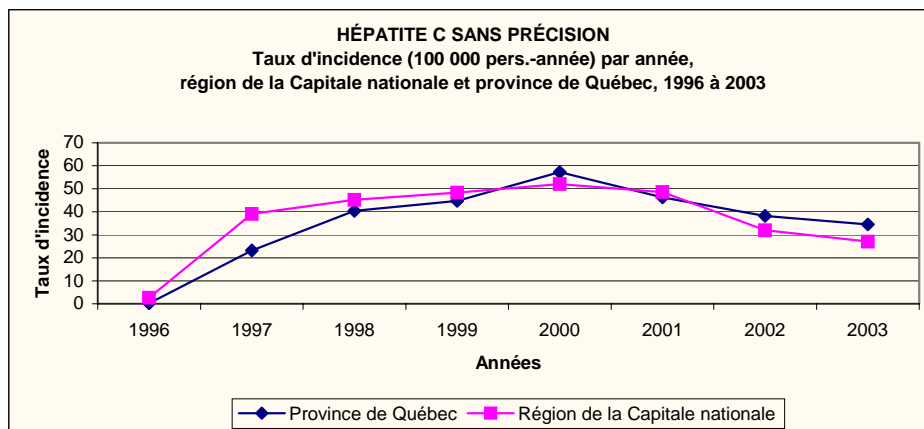
- Cas confirmé
 - Chez le sujet âgé d'un an et plus, présence des sept conditions suivantes :
 1. manifestations cliniques suggestives d'hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées, douleurs abdominales diffuses, fatigue, anorexie); **et**
 2. augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT de plus de 2,5 fois la limite supérieure normale; **et**
 3. détection sérologique de l'anti-VHC confirmée par des tests complémentaires (EIA, RIBA) ou détection de l'ARN du VHC par une technique d'amplification génique; **et**
 4. recherche des IgM anti-VHA négative; **et**
 5. recherche des IgM anti-HBc négative ou en son absence, recherche de l'HBsAg négative; **et**
 6. exposition depuis moins de six mois à un mode de transmission reconnu¹ en l'absence de toute exposition antérieure; **et**
 7. aucune autre cause apparente; **ou**
Séro-conversion à l'égard des anti-VHC à l'intérieur d'une période de six mois à la suite d'une exposition documentée; **ou**
Chez un nourrisson de moins d'un an, détection de l'ARN du VHC par RT-PCR² quel que soit le résultat de l'anti-VHC.
- Notes explicatives
 - (1) L'utilisation de drogues injectables, la réception de produits sanguins, le fait d'être partenaire sexuel d'un individu anti-VHC positif sont des modes de transmission reconnus.
 - (2) Excluant les prélèvements faits sur le sang du cordon compte tenu de la contamination potentielle par le sang maternel.

Définition nosologique : HÉPATITE C NON PRÉCISÉE

- Cas confirmé
 - Chez le sujet âgé d'un an et plus pour lequel l'information disponible ne permet pas de le classer comme cas aigu, présence d'une des deux conditions suivantes :
 1. détection sérologique de l'anti-VHC confirmée par des tests complémentaires (EIA, RIBA); **ou**
 2. détection de l'ARN du VHC par RT-PCR.

Dans la région de la Capitale nationale, l'incidence des cas déclarés d'hépatite C a augmenté de 1997 à 2000, puis elle a commencé à redescendre en 2001 pour atteindre son niveau le plus bas en 2003; nous saurons au cours des prochaines années si la tendance se maintient. La courbe épidémiologique de la maladie pour la région suit sensiblement celle de la province. Les hommes sont atteints 2,5 fois plus souvent que les femmes.

Figure 13 HÉPATITE C SANS PRÉCISION - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1996 à 2003



Les tests de laboratoire pour le dépistage de l'hépatite C n'existent que depuis 1990. Ces données ne fournissent pas d'information sur le moment de l'infection puisque les personnes peuvent être porteuses depuis des années lorsqu'elles subissent le test.

Le programme québécois de dépistage et d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C a incité de nombreuses personnes à se soumettre à un test de dépistage; le programme visait à notifier les personnes qui auraient pu avoir été infectées par transfusion sanguine. Cette phase est terminée, et les cas nouvellement dépistés appartiennent en majorité à la catégorie des utilisateurs de drogues par injection.

3.3 Sida et infection à VIH

Définition nosologique : INFECTION À VIH¹

- Cas confirmé
 - Présence d'une des quatre conditions suivantes :
 1. isolement du VIH effectué par co-culture sur des lymphocytes du sang périphérique confirmé par un test de détection de l'antigène p24 (Ag p24); **ou**
 2. détection chez un enfant de moins de deux ans de l'ADN proviral (génom viral) du VIH par une technique d'amplification génique appropriée²; **ou**
 3. détection de l'Ag p24 confirmée par un test de neutralisation; **ou**
 4. détection d'anticorps³ par une épreuve EIA réactive de manière répétée chez un adulte ou un enfant âgé de plus de 2 ans, confirmée par un test supplémentaire tel qu'un Western blot ou un RIPA⁴.
- Notes explicatives
 - (1) L'infection par le VIH est à déclaration obligatoire par le médecin traitant si et seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus.
 - (2) Actuellement, cette technique n'est pas homologuée à des fins de diagnostic et remplace la co-culture sur lymphocytes pour isolement du VIH pour confirmer une infection chez les enfants de moins de deux ans nés de mères infectées par le VIH.
 - (3) Dans le cas d'un test rapide sur un échantillon de sang capillaire dont le résultat est positif, indéterminé ou invalide, il est obligatoire de prélever un échantillon de sang veineux pour effectuer un test selon les techniques reconnues.
 - (4) Les tests commerciaux pour la mesure de la charge virale ne sont pas des analyses homologuées pour le diagnostic de laboratoire de l'infection par le VIH. Ils ne doivent pas être utilisés seuls pour confirmer une infection.

En 2003, quatre cas de sida ont été déclarés, soit un de plus qu'en 2002; le nombre de cas varie de deux à cinq par année depuis 1999. Ce petit nombre de cas s'accorde à la tendance provinciale. L'utilisation de la multithérapie retarde probablement l'évolution des symptômes vers le sida ou en fait une maladie chronique, et assure une certaine qualité de vie pouvant aller jusqu'au retour au travail.

Quant au VIH, devenu une infection à déclaration obligatoire en avril 2002 seulement, le nombre de cas déclarés en 2003 a diminué de 36 %, passant de 22 pour neuf mois de déclaration en 2002 à 14 pour douze mois de déclaration en 2003. Nous ne pouvons dégager une tendance sur ces seules données. De plus, un délai de déclaration est possible.

Définition nosologique : SIDA

- **Note :**
pour alléger le texte, la définition ci-dessous est incomplète. Pour la définition nosologique complète du SIDA, le lecteur doit se référer au document *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire – Définitions nosologiques : maladies d'origine infectieuse; MSSS; Gouvernement du Québec; 2004.*
- **Cas confirmé**
 - Présence des deux conditions suivantes :
 1. un test positif à l'égard de l'infection au VIH ou une absence de causes désignées de carence immunitaire; et
 2. au moins une des atteintes révélatrices désignées.
- **Notes explicatives**
 1. Le sida est à déclaration obligatoire par le médecin si et seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus.
 2. L'application de la définition aux cas pédiatriques ou aux adultes diffère de deux façons. D'abord, les infections bactériennes graves, multiples ou récidivantes et la pneumonie interstitielle lymphoïde ou l'hyperplasie lymphoïde pulmonaire sont acceptées comme étant révélatrices du sida chez les enfants mais pas chez les adultes. Ensuite, les critères de laboratoire relatifs à l'infection au VIH sont plus rigoureux pour un enfant de moins de 15 mois dont on pense que la mère a contracté l'infection au VIH au cours de la période périnatale. En effet, la présence d'anticorps anti-VIH chez l'enfant ne constitue pas en soi une preuve suffisante d'infection au VIH puisque des anticorps maternels acquis passivement peuvent persister jusqu'à 15 mois après la naissance.
 3. Les tests de laboratoire à l'égard du VIH peuvent être positifs, négatifs ou indéterminés.

4. Maladies entériques

Tableau 15 Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines maladies entériques, région de la Capitale nationale, de 1994 à 2003

| MALADIE | ANNÉE | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
| Amibiase | 5,2 | 3,4 | 3,4 | 2,9 | 3,2 | 3,7 | 4,3 | 3,7 | 2,9 | 3,2 |
| Campylobactériose | 61,9 | 51,2 | 62,2 | 67,4 | 82,5 | 59,0 | 68,2 | 53,6 | 58,1 | 54,1 |
| Entérite à <i>E. coli</i> | 3,1 | 4,4 | 2,6 | 9,2 | 5,7 | 10,7 | 13,9 | 6,0 | 8,3 | 1,8 |
| Entérite à <i>Y. enterocolitica</i> | 7,0 | 6,5 | 5,4 | 2,2 | 0,9 | 1,8 | 2,6 | 1,4 | 1,1 | 1,4 |
| Giardiase | 5,7 | 8,4 | 10,9 | 9,5 | 10,1 | 8,1 | 8,7 | 10,9 | 17,1 | 13,0 |
| Salmonellose | 26,0 | 23,1 | 27,5 | 20,3 | 23,5 | 17,6 | 15,8 | 18,2 | 18,3 | 20,6 |
| Shigellose | 4,5 | 4,4 | 2,1 | 5,4 | 3,8 | 2,9 | 3,4 | 2,3 | 1,5 | 2,3 |
| Hépatite A | 1,5 | 8,0 | 6,0 | 10,9 | 2,8 | 1,1 | 0,9 | 1,2 | 0,6 | 0,5 |

Source : Fichier central MAD0.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, juillet 2004.

Population : Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

4.1 Infection à campylobacter

Définition nosologique

- **Cas confirmé**
Isolement d'une des espèces de *Campylobacter* dans un échantillon clinique approprié.

Figure 14 INFECTION À CAMPYLOBACTER - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1994 à 2003

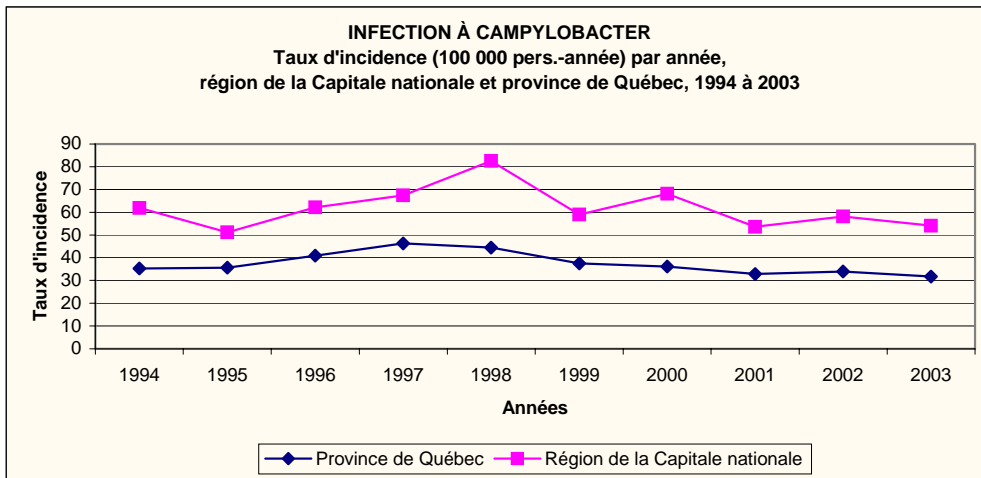
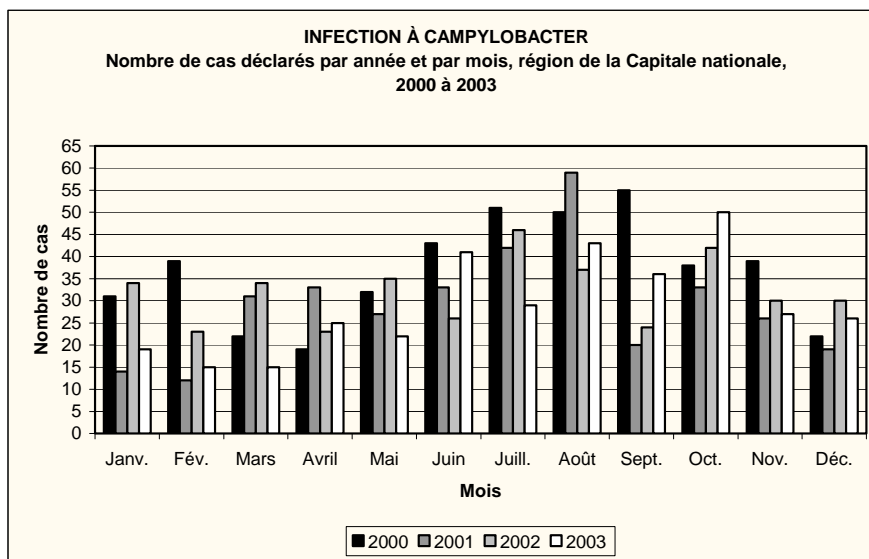


Figure 15 INFECTION À CAMPYLOBACTER - Nombre de cas déclarés par année et par mois, région de la Capitale nationale, 2000 à 2003



La campylobactériose représente la deuxième maladie la plus déclarée après la chlamydia. L'incidence de la campylobactériose avait légèrement augmenté entre 1995 et 1998, avec un pic d'activité plus marqué en 1998. Depuis, les taux d'incidence sont comparables d'une année à l'autre. La maladie semble plus active au cours de la période estivale, et touche autant les hommes que les femmes.

4.2 Entérite à *E. coli* O157 : H7

Définition nosologique¹

- Cas confirmé
 - Isolement d'*Escherichia coli* producteur de vérocytotoxine² dans un échantillon clinique approprié.
- Notes explicatives
 - (1) Les infections à *Escherichia coli* qui s'accompagnent d'un SHU ou d'un PTT seront inscrits au registre central des maladies sous infection invasive à *Escherichia coli*.
 - (2) Parmi les *Escherichia coli* producteurs de vérocytotoxine, appelés également *Escherichia coli* entéro-hémorragique (EHEC), on retrouve entre autres les sérotypes O157:H7, O157:non mobile, O26:H11, O111:H8, O104:H21.

Figure 16 ENTÉRITE À *E. COLI* - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1994 à 2003

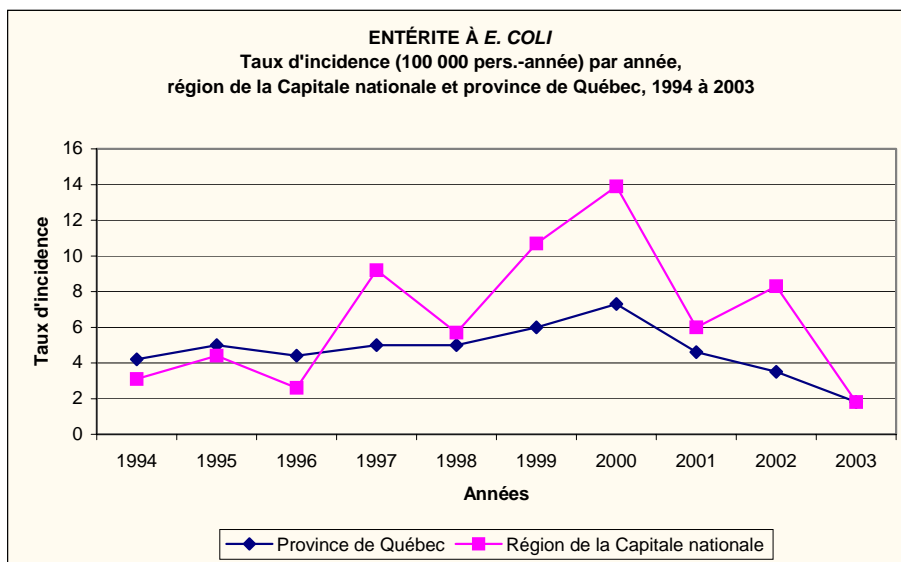
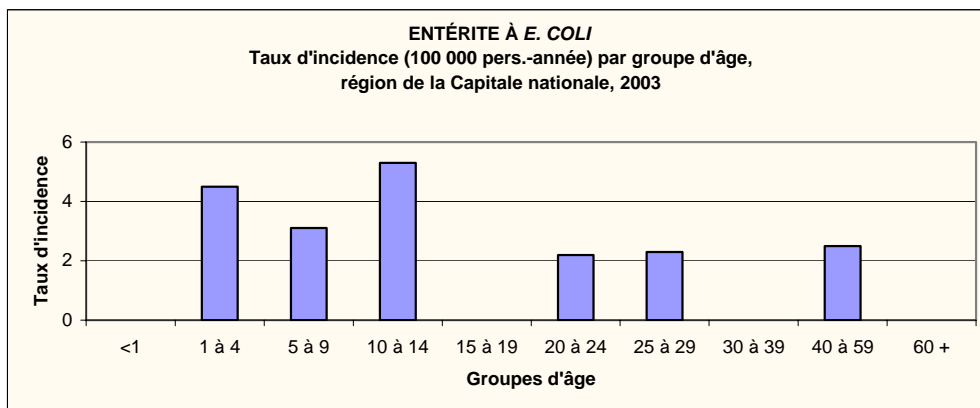
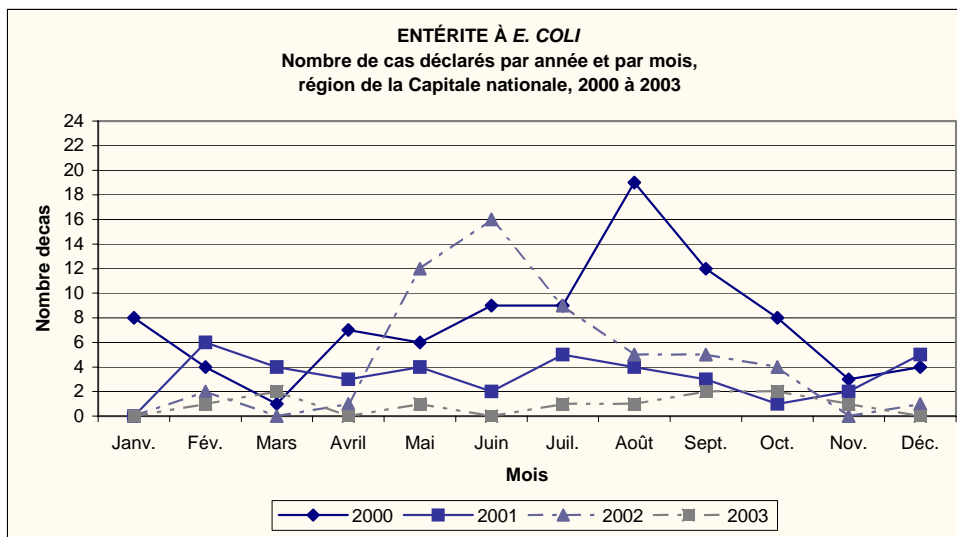


Figure 17 ENTÉRITE À *E. COLI* - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par groupe d'âge, région de la Capitale nationale, 2003



Après une baisse, en 2001, de plus du double par rapport à 2000, l'incidence des cas de *E. coli* O157 : H7 avait augmenté de nouveau en 2002 dans la région de la Capitale nationale, contrairement à la province dont le nombre de cas avait continué à diminuer. Cependant, en 2003, le nombre de cas a chuté de façon importante dans la région, passant de 54 en 2002 à 11 en 2003. Chaque cas déclaré fait 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).

Figure 18 ENTÉRITE À *E. COLI* - Nombre de cas déclarés par année et par mois, région de la Capitale nationale, 2000 à 2003



Les campagnes de sensibilisation à une bonne cuisson des viandes qui circulent chaque année dans les journaux, à la radio, à la télévision et dans les épiceries commenceraient-ils à porter fruit ? Il est en tout cas important de poursuivre nos campagnes d'information afin de contrer cette maladie.

La maladie affecte tous les groupes d'âge, mais particulièrement les enfants de moins de 1 an et les jeunes de 5 à 14 ans. La période estivale est propice à la survenue de nouveaux cas. Cependant, depuis quelques années, des cas sont déclarés tout au long de l'année.

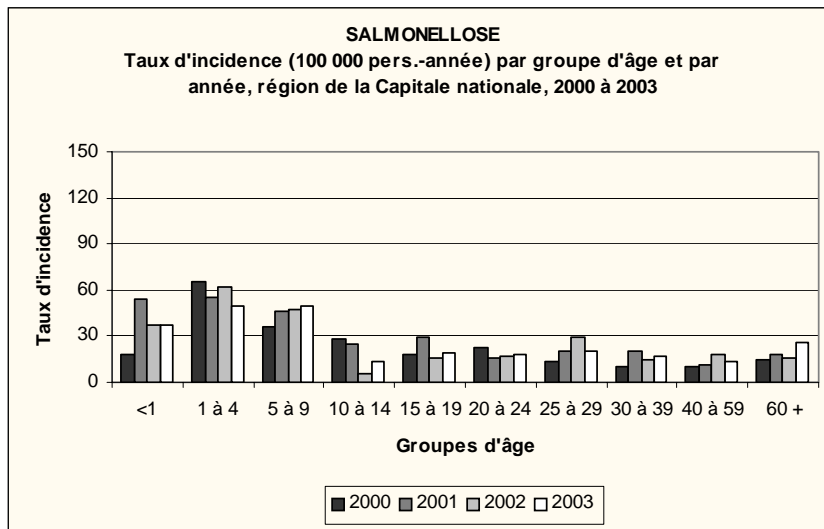
4.3 Salmonellose

Définition nosologique

■ Cas confirmé

Isolement de Salmonella (excluant Salmonella Typhi ou Paratyphi) d'un échantillon clinique approprié.

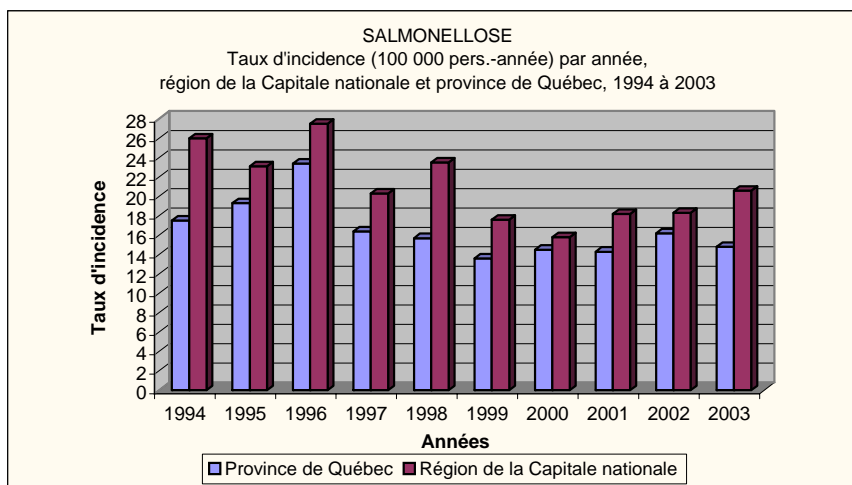
Figure 19 SALMONELLOSE - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par groupe d'âge et par année, région de la Capitale nationale, 2000 à 2003



Le nombre de cas de salmonellose est variable, mais à des niveaux relativement stables au Québec depuis 1993. La région de la Capitale nationale accuse en revanche une tendance à l'augmentation du nombre de cas depuis 2000. Les taux d'incidence de la région ont toujours été légèrement supérieurs à ceux de la province.

Cette maladie affecte tous les groupes d'âge. En 2003, les enfants de 1 à 4 ans et les 5-9 ans affichent toutefois l'incidence la plus élevée, suivis des moins de 1 an. Nous ne pouvons en expliquer la raison. 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 6 ans qui fréquentent un milieu de garde. La majorité des cas déclarés étaient des cas isolés et les sérotypes étaient très variés.

Figure 20 SALMONELLOSE - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1994 à 2003



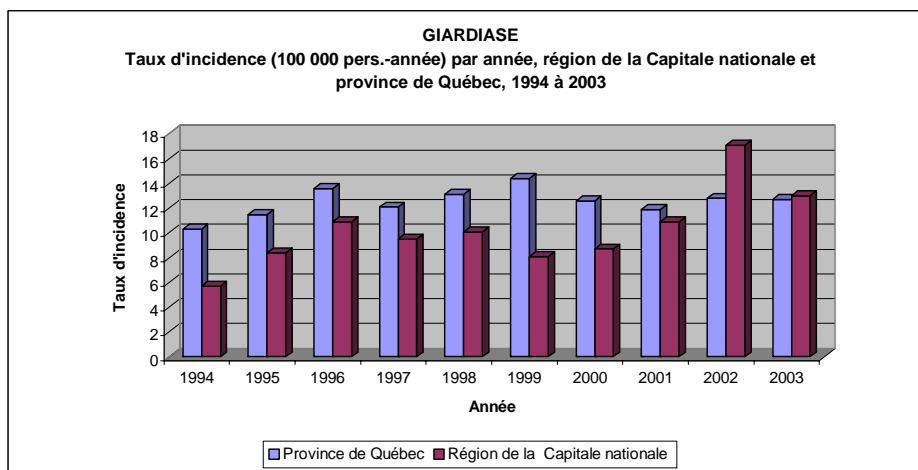
La distribution des taux d'incidence ne permet pas d'associer la maladie à un facteur saisonnier. Les cas se répartissent sur toute l'année, selon un modèle variable. Les femmes sont légèrement plus touchées que les hommes sans qu'on puisse en expliquer la raison.

4.4 Giardiase

Définition nosologique

- Cas confirmé
 - Présence d'une des deux conditions suivantes :
 1. Présence de kystes ou de trophozoïtes de *Giardia lamblia* dans les selles, dans du liquide duodénal ou dans une biopsie du petit intestin; **ou**
 2. détection d'antigènes de *Giardia lamblia* dans les selles à l'aide d'une technique EIA ou DFA.

Figure 21 GIARDIASE - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1994 à 2003



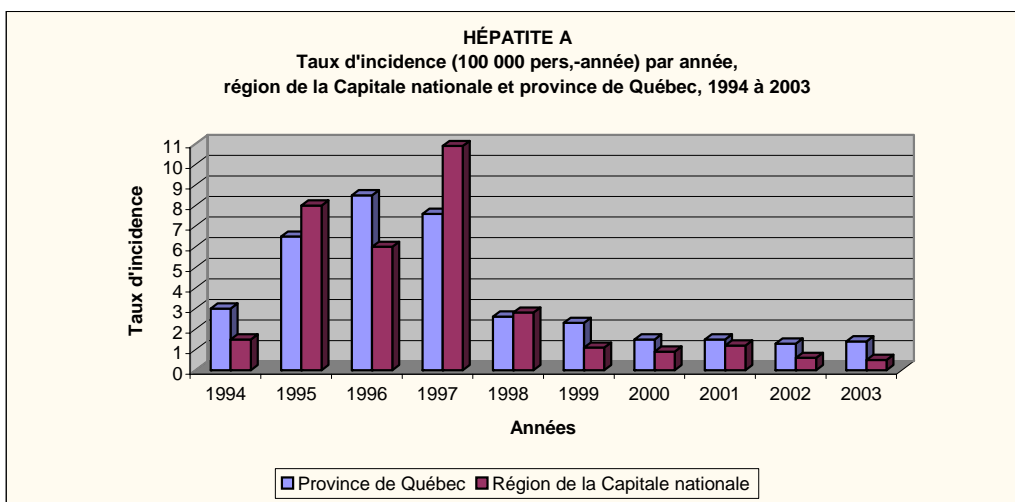
En 2002, 111 cas de giardiase avaient été déclarés, ce qui représentait une augmentation marquée par rapport à 2001 (71 cas). Cette augmentation s'expliquait par une éclosion dans un milieu de garde où une cinquantaine de cas avaient été découverts. Hormis cet événement, les taux d'incidence sont relativement stables depuis 1992. En 2003, 85 cas ont été déclarés. Il appert en outre que l'incidence au niveau de la province était supérieure à celle de la région de la Capitale nationale jusqu'en 2001, année où la tendance s'est inversée. Les déclarations augmentent durant les mois de septembre et octobre. L'incidence est plus élevée parmi les 1 à 4 ans et les 25-29 ans, suivis de près par les moins de 1 an; en fait, les groupes d'âge les moins atteints sont les 5-19 ans et les plus de 60 ans. Les femmes sont plus touchées que les hommes dans une proportion de 1,24 pour 1.

4.5 Hépatite A

Définition nosologique

- Cas confirmé
 - Détection sérologique d'IgM anti-VHA¹.
- Cas probable
 - Présence des trois conditions suivantes :
 1. *manifestations cliniques suggestives d'hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées) ou augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT; et*
 2. *lien épidémiologique avec un cas confirmé d'hépatite A; et*
 3. *aucune autre cause apparente.*
- Note explicative
 - (1) *En présence de vaccination récente contre l'hépatite A, la détection d'IgM anti-VHA chez un individu devra être appuyée par des manifestations cliniques suggestives et un lien épidémiologique avec un cas confirmé.*

Figure 22 HÉPATITE A - Taux d'incidence (100 000 personnes-année) par année, région de la Capitale nationale et province de Québec, 1994 à 2003



En 2003, seulement trois cas d'hépatite A ont été déclarés dans la région de la Capitale nationale. L'incidence des cas de notre région est inférieure à celle de la province, qui a légèrement augmenté cette année. L'infection a touché deux hommes et une femme. En général, les cas sont reliés à un voyage en pays endémique.

5. Maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire

Les maladies sont ainsi regroupées : infections invasives (les infections à méningocoques, le streptocoque invasif du groupe A et le pneumocoque) et la tuberculose.

Tableau 16 Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire dans la région de la Capitale nationale, de 1994 à 2003

| MALADIE | ANNÉE | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
| Scarlatine | 23,4 | 8,4 | 12,8 | 8,6 | 8,6 | 12,4 | 21,6 | 11,6 | 9,1 | 6,1 |
| Légionellose | 0,3 | 0,2 | 2,6 | 0,6 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,2 |
| Tuberculose | 3,9 | 3,6 | 2,3 | 3,5 | 1,8 | 1,4 | 2,2 | 1,4 | 2,6 | 1,1 |
| Strepto. A invasif | - | 2,4 | 1,0 | 0,9 | 0,9 | 2,0 | 2,2 | 2,5 | 1,2 | 3,4 |
| <i>Strepto. Pneumo.</i> | - | - | - | 8,0 | 9,7 | 7,5 | 8,7 | 12,6 | 8,1 | 12,4 |

Source : Fichier central MADO.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, juillet 2004.

Population : Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

5.1 Infection invasive à streptocoque β -hémolytique du groupe A

Définition nosologique

- Cas confirmé
 - Isolement du streptocoque β -hémolytique du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) d'un site normalement stérile.
- Cas probable
 - Présence des deux conditions suivantes :
 1. choc toxique¹; et
 2. isolement du streptocoque β -hémolytique du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) d'un site non stérile et aucune autre cause pouvant expliquer le choc toxique.
- Note explicative

(1) Le choc toxique est défini comme la présence d'hypotension accompagnée d'au moins deux des conditions cliniques suivantes : défaillance rénale, coagulopathie, atteinte hépatique, syndrome de détresse respiratoire de l'adulte, éruption érythémateuse, nécrose des tissus mous.

Vingt-deux cas de streptocoque invasif du groupe A ont été déclarés dans la région en 2003, soit près de trois fois plus que l'an dernier. L'incidence régionale (3,4 cas par 100 000 personnes-année) est semblable à l'incidence provinciale (3,8 cas par 100 000 personnes-année). Différentes interventions ont été menées autour des contacts étroits, en particulier lorsque les personnes étaient gravement atteintes (ex. : infection invasive avec choc toxique, pneumonie, myosite, fasciite nécrosante) ou lorsque la varicelle était présente dans l'environnement du patient. Aucun facteur saisonnier n'est associé à ces cas. L'incidence augmente à compter de 30 ans et les femmes sont presque deux fois plus touchées que les hommes.

5.2 Infection à *Streptococcus pneumoniae*

Définition nosologique

- Cas confirmé
 - Présence d'une des deux conditions suivantes :
 1. isolement du pneumocoque (*Streptococcus pneumoniae*) d'un site normalement stérile; ou
 2. manifestations cliniques compatibles et détection de l'antigène du pneumocoque dans le LCR.

En ce qui concerne les infections à *Streptococcus pneumoniae*, 81 cas (incidence de 12,4 par 100 000 personnes-année) ont été déclarés en 2003, contre 53 en 2002. L'incidence provinciale de cette infection est de 11,6 par 100 000 personnes-année. La maladie affecte les

1-4 ans puis les moins de 1 an, qui sont suivis par les plus de 60 ans. Cette infection touche davantage les hommes que les femmes, dans une proportion de cinq pour quatre. Actuellement, nous ne faisons pas d'enquête lorsqu'une infection à pneumocoque est déclarée.

5.3 Tuberculose

Cible du Plan d'action régional

Prévenir la tuberculose et sa transmission par l'application du Protocole provincial d'intervention.

Définition nosologique

- Cas confirmé¹
 - Isolement ou détection par une technique d'amplification génique, d'une mycobactérie faisant partie du complexe *Mycobacterium tuberculosis*, c'est-à-dire *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis* (excluant la souche BCG) ou *Mycobacterium africanum*.
- Cas probable
 - En l'absence d'identification microbienne précise, présence d'au moins une des trois conditions suivantes :
 1. *présence de symptômes et signes compatibles avec une tuberculose évolutive; ou*
 2. *radiographie(s) pulmonaire(s) suggestive(s) de tuberculose évolutive; ou*
 3. *examen pathologique de tissus provenant de biopsie ou d'autopsie suggestif de tuberculose; et Prescription d'un traitement antituberculeux (sauf si le diagnostic a été posé en post-mortem).*
- Note explicative
 - (1) *On qualifiera un épisode comme « nouveau cas » si une personne n'a pas d'histoire précise de tuberculose évolutive antérieure. Si l'histoire est confuse ou imprécise, un nouveau cas est un cas qui n'a jamais été déclaré au Registre central des mado et qui n'a jamais reçu de traitement antituberculeux.*
 - On qualifiera un épisode comme « récurrence » en présence d'une personne qui raconte une histoire précise de tuberculose évolutive antérieure. Pour inscrire un nouvel épisode en tant que récurrence, la personne devrait avoir pris un traitement antituberculeux et;*
 1. *avoir été asymptomatique pendant six mois après la fin du traitement ou;*
 2. *ne pas avoir eu de suivi médical pour une période de 12 mois et plus. Un nouvel épisode ne devrait jamais être créé à l'intérieur d'une période de 12 mois suivant un épisode antérieur (sauf si la présence de deux souches différentes a été confirmée par RFLP).*

En 2003, la région de la Capitale nationale a enregistré sept déclarations de tuberculose, ce qui représente une diminution par rapport à 2002 (dix-sept cas). La répartition selon le sexe est de trois hommes et quatre femmes. Quatre de ces cas avaient plus de 60 ans. Ce sont les infirmières des CSLC qui procèdent aux enquêtes auprès des patients, avec le soutien de la DSP.

6. Maladies transmissibles par vecteur

6.1 Malaria (paludisme)

Définition nosologique

- Cas confirmé
 - Détection d'hématozoaires d'une espèce de *Plasmodium* sur un frottis du sang périphérique.
- Note explicative

Une attaque subséquente de paludisme ne sera considérée comme nouvel épisode que si elle est causée par une espèce différente de Plasmodium ou si, en présence d'une même espèce, la personne a de nouveau séjourné en zone endémique depuis l'épisode précédent.

Vingt cas avaient été déclarés en 2000, et 39 en 2001. Ces chiffres représentent des augmentations significatives par rapport aux années précédentes. Ces augmentations

s'expliquent par l'arrivée, dans la région de la Capitale nationale, de groupes d'immigrants venant de camps africains de réfugiés.

En 2002 et 2003, le nombre de cas déclarés est revenu au niveau des années antérieures, soit six et sept cas respectivement. Toutes ces infections ont été acquises à l'étranger.

6.2 Virus du Nil occidental

Cible du Plan d'action régional

Prévenir et surveiller l'encéphalite du virus du Nil occidental par l'application des recommandations québécoises adaptées aux modes de transmission de cette maladie.

Définition nosologique

- Cas confirmé
 - Présence d'une des cinq conditions suivantes :
 1. isolement du VNO dans le sang, les tissus ou le LCR; **ou**
 2. détection d'acides nucléiques du VNO dans le LCR ou dans un tissu d'autopsie; **ou**
 3. détection sérologique d'IgM contre le VNO par immunocapture (MAC-EIA) confirmée par une épreuve de neutralisation par réduction des plages de lyse (PRNT)¹; **ou**
 4. détection par EIA ou inhibition de l'hémagglutination (HI) d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le VNO entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence, confirmée par une épreuve de PRNT^{1,2}; **ou**
 5. détection d'un seul titre d'anticorps totaux contre le VNO ≥ 320 par HI, confirmée par une épreuve de PRNT².
- Cas probable
 - Présence d'une des trois conditions suivantes :
 1. détection sérologique d'IgM contre le VNO par MAC-EIA; **ou**
 2. détection par EIA ou HI d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le VNO entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence; **ou**
 3. détection d'un seul titre d'anticorps totaux contre le VNO ≥ 320 par HI.
- Notes explicatives
 - (1) En l'absence de confirmation par PRNT, un cas pourra être considéré confirmé s'il a un lien géographique avec les cinq premiers cas confirmés de l'année dans une région donnée.
 - (2) L'augmentation du taux d'anticorps sera considérée significative en fonction de la technique utilisée pour analyser simultanément au même laboratoire les deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle.

Même si cette infection n'était pas à déclaration obligatoire à l'été 2003, elle faisait l'objet d'une surveillance particulière. Dans la région de la Capitale nationale, 448 oiseaux (corvidés) ont été signalés au Service de la faune. Le VNO a été détecté chez dix d'entre eux. Il n'a cependant été détecté dans aucun des 317 pools de moustiques recueillis. Enfin, aucun cas humain n'a été déclaré dans la région alors qu'ailleurs dans la province, dix-sept cas étaient recensés.

7. Autres maladies infectieuses sous surveillance

7.1 Morsures animales et exposition potentielle à la rage

Cible du Plan d'action régional

Prévenir, dans la population, les zoonoses telles que la rage.

Il convient de souligner que la DSP a reçu 125 signalements de contact à risque avec des animaux. Soixante-six de ces signalements se rapportaient à un contact significatif avec une chauve-souris, dont près de la moitié (31) ont fait l'objet d'une recommandation de vaccination contre la rage, touchant 70 personnes. Vingt chauves-souris ont été analysées et au

cune n'était porteuse de la rage. Par ailleurs, pour les 59 signalements de morsure par un animal autre que la chauve-souris, 6 personnes ont été vaccinées contre la rage. Rappelons que la rage est une maladie toujours mortelle; aussi, bien qu'au Québec elle soit peu répandue chez les animaux, elle fait l'objet de l'application de mesures préventives très élargies.

7.2 Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) et staphylocoques résistants à la méthicilline (SARM)

Définition nosologique : SARM

- Cas confirmé
 - Isolement de *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine¹.
- Note explicative
 - Une souche de *Staphylococcus aureus* est résistante à la vancomycine si la concentration minimale inhibitrice (CMI) pour cet antibiotique est ≥ 8 mg/L. Cependant, toute souche avec une CMI ≥ 4 mg/L doit être confirmée par un laboratoire de référence.
- Éclosion
 - Présence dans un même établissement de soins de longue durée de deux nouveaux cas d'infections graves causées par la même souche² de SARM transmise en milieu de soins et nécessitant une chirurgie ou une antibiothérapie intraveineuse de plus de 14 jours. La transmission doit survenir à l'intérieur d'un mois.
- Notes explicatives
 - (1) Une souche de *Staphylococcus aureus* est résistante à la méthicilline si : 1) la concentration minimale inhibitrice (CMI) pour cet antibiotique est ≥ 16 mg/L ou; 2) la CMI pour l'oxacilline est de 4, 8 ou 16 mg/L et que l'on peut confirmer par une technique d'amplification génique que la souche possède le gène *mecA* ou; 3) la CMI pour l'oxacilline est de 4, 8 ou 16 mg/L et que l'on peut confirmer par une méthode d'agglutination au latex que la souche fabrique un produit de ce gène soit la protéine PBP2a ou PBP 2' ou; 4) la CMI pour l'oxacilline est ≥ 32 mg/L.
 - (2) L'hypothèse de transmission de l'infection entre 2 ou plusieurs patients doit principalement être basée sur l'enquête épidémiologique. La caractérisation des souches par une méthode de typage est complémentaire à l'enquête épidémiologique.

Définition nosologique : ERV

- Éclosion
 - Présence dans un même établissement de soins de deux cas de colonisation ou d'infection par une même souche d'ERV¹ transmise en milieu de soins.
- Note explicative
 - (1) Une souche d'*Enterococcus faecium* ou d'*Enterococcus faecalis* est résistante à la vancomycine si 1) la concentration minimale inhibitrice (CMI) pour cet antibiotique est ≥ 32 mg/L ou 2) la CMI pour cet antibiotique est de 8 ou 16 mg/L et que l'on peut confirmer par une technique d'amplification génique que la souche possède un gène de résistance à la vancomycine (*VanA*, *VanB*, *VanD*, *VanE* ou tout autre gène pouvant confirmer la résistance).

La surveillance des SARM et des ERV se fait sur une base volontaire au Laboratoire de santé publique du Québec grâce à la participation des responsables des laboratoires hospitaliers de microbiologie. Toutes les souches d'entérocoques présumées résistantes à la vancomycine venant de personnes colonisées ou infectées sont envoyées au LSPQ. En 2003, la surveillance n'a pu être effectuée au niveau régional car la maladie n'était pas à déclaration obligatoire avant le mois de novembre. Depuis cette date, seules les éclosions à ERV et à SARM sont à déclaration obligatoire, mais aucune n'a été déclarée.

7.3 Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

Définition nosologique

- Cas confirmé
 - Présence des trois conditions suivantes :
 1. signes cliniques précoces de SRAS (fièvre > 38 °C et toux ou difficulté à respirer); **et**
 2. signes radiologiques d'infiltrats correspondant à une pneumonie ou au syndrome de détresse respiratoire (SDR); **et**
 3. preuve en laboratoire d'infection au coronavirus associé au SRAS (CoV-SRAS)¹; **ou**
 - Dans le cas d'un décès, présence des trois conditions suivantes :
 1. histoire de symptômes respiratoires précoces du SRAS (fièvre > 38 °C et toux ou difficulté à respirer) résultant en un décès; **et**
 2. résultats d'autopsie correspondant au SRAS (évidence de pneumonie ou de SDR sans autre cause identifiée); **et**
 3. preuve en laboratoire d'infection au coronavirus associé au SRAS (CoV-SRAS)¹.
- Cas probable
 - Présence des trois conditions suivantes :
 1. signes cliniques précoces de SRAS (fièvre > 38 °C et toux ou difficulté à respirer); **et**
 2. signes radiologiques d'infiltrats correspondant à une pneumonie ou au SDR; **et**
 3. lien épidémiologique avec une personne² ou un endroit³ associé au SRAS. **ou**
 - Dans le cas d'un décès, présence des trois conditions suivantes :
 1. histoire compatible avec un SRAS (fièvre de plus de 38 °C et toux ou respiration laborieuse) conduisant au décès; **et**
 2. résultats d'autopsie compatibles avec le SRAS (évidence de pneumonie ou de SDR sans autre cause identifiée); **et**
 3. lien épidémiologique avec une personne² ou un lieu³ associé au SRAS.
- Notes explicatives
 - (1) Les résultats de laboratoire suivants confirment l'infection par le coronavirus associé au SRAS :
 Isolement sur culture cellulaire d'un coronavirus associé au SRAS confirmé par la détection d'acides nucléiques à l'aide d'une technique d'amplification génique appropriée ; **ou**
 Détection par EIA ou par IFA d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre un coronavirus associé au SRAS entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence; **ou**
 Détection par EIA ou par IFA d'anticorps contre un coronavirus associé au SRAS dans un sérum prélevé en phase de convalescence alors que la recherche d'anticorps dans le sérum prélevé en phase aiguë s'était révélée négative.
 - (2) Les expositions suivantes sont considérées comme significatives : avoir eu un contact étroit avec un cas confirmé de SRAS ou avec une personne symptomatique présentant des résultats de laboratoire témoignant d'une infection au CoV-SRAS dans les 10 jours précédant l'apparition des symptômes. Un contact étroit signifie s'être occupé, avoir vécu ou avoir été en contact face-à-face (moins d'un mètre) ou avoir eu un contact direct avec des sécrétions respiratoires ou des liquides corporels d'une personne atteinte du SRAS.
 - (3) Les expositions suivantes sont considérées comme significatives : résidence, visite ou voyage récent dans une région de transmission locale récente⁴ au cours des dix jours précédant l'apparition des symptômes ou contact étroit (incluant des prestataires de soins de santé) avec un cas probable qui est allé dans une région de transmission locale récente au cours des 10 jours précédant l'apparition des symptômes.
 On peut obtenir la liste des régions de transmission locale récente⁴ en consultant le site de Santé Canada à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/sars-sras/srascasedef_f.html ou celui de l'OMS à l'adresse suivante : <http://www.who.int/csr/SRAS/areas/en/>.

Au printemps 2003, une nouvelle maladie virale est apparue en Asie. Elle s'est répandue dans plusieurs pays du monde par l'entremise de voyageurs venant d'Asie ou y ayant séjourné. Dans presque tous ces pays, la maladie a été circonscrite localement sans transmission communautaire. Le Canada a connu un sort différent : la région de Toronto a été « victime » d'une éclosion avec transmission dans la communauté. Le personnel de la santé a été le plus atteint.

Dans la région de la Capitale nationale, aucun cas n'a été détecté et aucune mesure de quarantaine n'a dû être mise en place. Cependant, la Direction régionale de santé publique a été très active en instaurant un système de surveillance et de dépistage précoce dans les milieux cliniques. Des mesures ont également été prises avec les organismes gestionnaires

des principaux points d'entrée des voyageurs : port de Québec et aéroport Jean-Lesage. Les communications avec les partenaires ont été intenses et fréquentes.

Cet épisode nous a démontré la vulnérabilité du réseau de la santé de la région en cas de maladie grave à caractère épidémique. Plusieurs actions ont été menées afin de pallier cette situation, dont la mise sur pied d'un comité aviseur au directeur de santé publique ainsi que l'élaboration d'un plan et d'outils d'intervention en santé publique. Parmi les autres actions entreprises, soulignons un élément majeur : l'acheminement, à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, de recommandations sur l'organisation régionale à mettre en place pour faire face à une maladie quarantenaire éventuelle, dont une unité hospitalière dédiée avec chambres d'isolement respiratoire. La vocation de cette unité couvre toute maladie respiratoire sévère comme le SRAS.

Cet épisode a de plus conduit à instaurer deux éléments de prévention dans les milieux cliniques : le lavage des mains pour le personnel hospitalier et l'étiquette respiratoire, qui contribuent à limiter la propagation des agents microbiens entre patients.

Même s'il n'y a plus de cas dans le monde actuellement, l'état d'alerte est toujours en vigueur, mais en mode vigie sanitaire.

8. Maladies à déclaration obligatoire non infectieuses

Pour donner un portrait régional plus global des MADO, le rapport annuel fera dorénavant état des maladies à déclaration obligatoire qui ne sont pas d'origine infectieuse.

Au cours de l'année 2003, le directeur de santé publique de la région de Québec a reçu 204 déclarations de maladies à déclaration obligatoire non infectieuses, toutes d'origine chimique. Plusieurs de ces déclarations sont consécutives à la surveillance médicale exercée par les équipes de santé au travail; certains de ces travailleurs ont donc subi plus d'un test. Ces déclarations se rapportent à 118 personnes et hormis les 2 cas de manganèse et de zinc, qui sont reliés à des traitements d'hyper alimentation, il s'agit toujours d'expositions professionnelles. Seule l'intoxication par le monoxyde de carbone (oxyde de carbone) a été déclarée par un médecin traitant; toutes les autres déclarations ont été faites par les laboratoires ou les médecins responsables dans le cadre de la surveillance médicale des programmes de santé spécifiques. Les contaminants reliés au travail qui ont justifié ces déclarations sont le plomb, le chrome et l'oxyde de carbone.

Tableau 17 Nombre de cas déclarés de MADO d'origine non infectieuse, région de la Capitale nationale, pour l'année 2003

| CONTAMINANT | NOMBRE DE CAS |
|------------------|---------------|
| Plomb | 112 |
| Chrome | 3 |
| Manganèse | 1 |
| Zinc | 1 |
| Oxyde de carbone | 1 |
| Total | 118 |

L'exposition au plomb est sans contredit celle qui se prête le mieux à la surveillance biologique des travailleurs et cela explique, en bonne partie, pourquoi la quasi-totalité des déclarations se rapportent à ce contaminant. Afin de permettre une intervention appropriée et précoce auprès des enfants (ceux-ci étant plus sensibles aux effets du plomb), le seuil de déclaration de 0,5 µmol/L a été retenu, même si ce niveau ne représente pas de danger pour l'adulte, à tout le moins pas selon les connaissances actuelles.

Dans le cadre du guide de pratique professionnelle visant la prévention et le contrôle des intoxications par le plomb en milieu de travail adopté en 2001, les membres du comité médical provincial en santé au travail ont repris à leur compte l'objectif formulé dans *Healthy People 2000*, soit l'élimination de toute exposition professionnelle susceptible d'entraîner des plombémies supérieures à 1,25 µmol/L¹; par ailleurs, lorsque le travailleur exerce son droit de retrait préventif, le seuil de réaffectation, qui est le niveau à partir duquel le médecin peut exiger l'affectation du travailleur à un poste où il ne sera plus exposé ou son retrait du travail, a été fixé à 2 µmol/L. Il convient donc de suivre le mieux possible la situation en vérifiant l'évolution de la distribution des cas à la lumière de ces paramètres, entre autres. L'année 2003 servira donc de point de comparaison. Dix-sept travailleurs (15,2 %) présentaient alors des niveaux de plombémie supérieurs à 1,25 µmol/L; par contre, aucune plombémie n'excédait le seuil de réaffectation (2 µmol/L) recommandé.

Tableau 18 Nombre de cas déclarés de MADO d'origine non infectieuse selon les niveaux de plombémie, région de la Capitale nationale, année 2003

| NIVEAU DE PLOMBÉMIE (µMOL/L) | NOMBRE DE CAS |
|------------------------------|---------------|
| 0,50 à 0,74 | 33 |
| 0,75 à 0,99 | 36 |
| 1,00 à 1,24 | 26 |
| 1,25 à 1,49 | 6 |
| 1,50 à 1,74 | 6 |
| 1,75 à 1,99 | 5 |
| Total | 112 |

Depuis plusieurs années, l'expérience nous révèle que les seules intoxications chimiques que déclarent occasionnellement certains médecins traitants sont les intoxications au monoxyde de carbone. Aussi avons-nous profité des modifications apportées à la liste des MADO pour commencer à sensibiliser les médecins traitants à une meilleure déclaration des maladies à déclaration obligatoire qui ne sont pas d'origine infectieuse, en illustrant mieux les actions qui sont entreprises à la suite de ces déclarations.

1. Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives, 1991, repris dans Baser, 1992.

CONCLUSION

En plus des activités habituelles de contrôle des MADO et de la surveillance des événements pouvant avoir un impact sur la santé de la population, deux maladies émergentes dans le monde ont retenu particulièrement notre attention et nos énergies : le SRAS et la grippe aviaire.

Le SRAS a nécessité la mise en place de mesures de surveillance et de dépistage précoce de la maladie visant la prise en charge adéquate des cas, la prévention de la transmission de la maladie particulièrement chez les travailleurs de la santé, et le maintien des services à la population. Les équipes Maladies infectieuses et Santé au travail ont produits des outils et diffusé les informations pour soutenir le réseau de la santé vers l'atteinte de ces objectifs.

La grippe aviaire, quoique transmissible à l'homme mais pas entre ceux-ci jusqu'à présent, demeure une préoccupation par son potentiel de croisement génétique avec un virus humain qui pourrait être à l'origine d'une épidémie, voire d'une pandémie, d'influenza. Ici encore, l'information au réseau fut importante.

Ces événements nous rappellent l'importance des moyens simples et efficaces de contrôle des infections : l'hygiène et le lavage fréquent des mains.

Hormis ces épisodes, les éléments qui nous ont surtout mobilisés en 2003 sont l'augmentation des infections gonococciques et le début d'écllosion de syphilis, les morsures animales mettant particulièrement en cause des chauves-souris et la campagne de vaccination contre l'influenza.

Finalement, la déclaration des MADO en totalité demeure un élément important pour connaître la situation réelle de la santé de la population et ainsi intervenir plus efficacement. La vigilance et l'assiduité des médecins et des responsables de laboratoire à nous déclarer les maladies et à nous signaler les situations pouvant avoir un impact sur la santé publique sont essentielles et fortement sollicitées.

ANNEXES

ANNEXE I

Liste des intoxications, des infections et des maladies qui doivent être déclarées aux autorités de santé publique en vertu du chapitre VIII de la loi² par les médecins

À jour au 3 août 2004

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

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 oedème 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*
 - gaz et asphyxiants*
 - glycols*
 - hydrocarbures et autres composés organiques volatils*
 - *métaux et métalloïdes*
 - *pesticides*
 - *plantes*
 - Babébiose
 - Bériylliose
 - 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
 - Diphtérie
 - Éclosion à entérocoques résistants à la vancomycine
 - Éclosion au *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

2. Les caractères gras dans la liste indiquent les maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire (MADO) ajoutées le 20 novembre 2003.

- Hépatites virales
- Infection à Chlamydia trachomatis
- **Infection à Hantavirus**
- Infection à Plasmodium
- Infection gonococcique
- Infection invasive à Escherichia coli
- Infection invasive à *Haemophilus 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

ANNEXE II

Liste des intoxications, des infections et des maladies qui doivent être déclarées aux autorités de santé publique en vertu du chapitre VIII de la loi³ 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

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

Fièvre jaune

Maladie du charbon

Varirole

Choléra

Fièvres hémorragiques virales

Peste

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
 - Diphtérie
 - Encéphalite virale transmise par arthropodes (VNO, 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 au *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine
 - Infection gonococcique
 - Infection invasive à *Escherichia coli*
 - Infection invasive à *Haemophilus 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*
 - esters*
 - gaz et asphyxiants*
 - glycols*
 - hydrocarbures et autres composés organiques volatils*
 - métaux et métalloïdes*
 - pesticides*

3. Les caractères gras dans la liste indiquent les maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire (MADO) ajoutées le 20 novembre 2003.

- Leptospirose
- Lèpre
- Légionellose
- 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

