

**RAPPORT ANNUEL**

**2002**

**Maladies infectieuses  
à déclaration obligatoire**

**RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE**

**Michel Frigon, M.D.  
Équipe Maladies infectieuses**

**Direction régionale de santé publique  
de la Capitale nationale**

**Avril 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/drsp/index.htm](http://www.rrsss03.gouv.qc.ca/drsp/index.htm))

Référence suggérée :

FRIGON, M. *Rapport annuel 2002 — Maladies infectieuses 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 de la Capitale nationale, 2004, 51 p.

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

M<sup>me</sup> 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@ssss.gouv.qc.ca](mailto:s_belanger@ssss.gouv.qc.ca)

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

ISBN : 2-89496-253-3

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

## REMERCIEMENTS

La surveillance des maladies infectieuses 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 de santé publique au cours de l'année 2002 dans la région de la Capitale nationale. Nous tenons à remercier particulièrement tous ceux et celles qui participent à ce système de surveillance et de contrôle des maladies infectieuses transmissibles, dont l'équipe Maladies infectieuses de la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale (DSP).

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

Nous désirons également remercier les intervenants ayant signalé des cas, entre autres, 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 remercions enfin madame Ginette Langevin, du service des Communications ainsi que madame Danielle Nollet, secrétaire de l'équipe Maladies infectieuses de la DSP.



## TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS .....	8
ACTIVITÉS RÉALISÉES EN COURS D'ANNÉE : RÉSUMÉ .....	9
INTRODUCTION .....	11
MÉTHODOLOGIE .....	13
A. Source des données .....	13
B. Analyse des données .....	13
C. Limites de l'analyse .....	13
FAITS SAILLANTS — PROVINCE DE QUÉBEC.....	17
FAITS SAILLANTS — RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE .....	23
ANALYSE DESCRIPTIVE DE CERTAINES MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO).....	33
1. Maladies évitables par l'immunisation de base .....	33
2. Infections transmissibles sexuellement et par le sang .....	36
2.1 Maladies transmissibles sexuellement.....	36
2.2 Maladies transmissibles sexuellement et par le sang.....	38
2.3 Maladies transmissibles par le sang.....	39
3. Maladies entériques.....	40
3.1 Maladies entériques bactériennes et infections bactériennes .....	40
3.2 Infections parasitaires .....	44
3.3 Infection virale .....	45
4. Maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire .....	46
4.1 Infections invasives.....	46
4.2 Tuberculose.....	48
5. Maladies transmissibles par vecteur.....	48
6. Autres maladies infectieuses sous surveillance.....	48
6.1 Morsures animales et exposition potentielle à la rage .....	48
6.2 Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) et staphylocoques résistants à la méthicilline (SARM) .....	49
CONCLUSION .....	51

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS DE MADO DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC DE 1994 À 2002 INCLUSIVEMENT .....	18
TABLEAU 2	TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) DES MADO DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC DE 1994 À 2002.....	19
TABLEAU 3	NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS DE MADO DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE DE 1994 À 2002 .....	24
TABLEAU 4	TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) DES MADO DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE DE 1994 À 2002.....	25
TABLEAU 5	NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS DE MADO PAR MOIS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE AU COURS DE L'ANNÉE 2002.....	26
TABLEAU 6	NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS DE MADO PAR GROUPE D'ÂGE DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE AU COURS DE L'ANNÉE 2002 .....	27
TABLEAU 7	TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) DES MADO PAR GROUPE D'ÂGE DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE AU COURS DE L'ANNÉE 2002 .....	28
TABLEAU 8	NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS DE MADO PAR DISTRICT DE CLSC DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE AU COURS DE L'ANNÉE 2002 .....	29
TABLEAU 9	TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) DES MADO PAR DISTRICT DE CLSC DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE AU COURS DE L'ANNÉE 2002 .....	30
TABLEAU 10	NOMBRE DE CAS DE MADO RÉPARTIS SELON LE SEXE DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE AU COURS DE L'ANNÉE 2002 .....	31
TABLEAU 11	TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) DES MADO RÉPARTIS SELON LE SEXE DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE AU COURS DE L'ANNÉE 2002 .....	32
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 2002. ....	34
TABLEAU 13	TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) DE CERTAINES MALADIES TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE, DE 1994 À 2002 .....	36
TABLEAU 14	TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) DE CERTAINES MALADIES ENTÉRIQUES DANS LA CAPITALE NATIONALE DE 1994 À 2002 .....	40
TABLEAU 15	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 2002.....	46

## LISTE DES FIGURES

FIGURE 1	COQUELUCHE. TAUX D'INCIDENCE PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE, RÉGION ET PROVINCE DE QUÉBEC, 1994 À 2002 .....	34
FIGURE 2	COQUELUCHE. NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS PAR MOIS, 1999-2002, RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE .....	35
FIGURE 3	COQUELUCHE. TAUX D'INCIDENCE PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE PAR GROUPE D'ÂGE, RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE, 1999-2002 .....	35
FIGURE 4	CHLAMYDIOSE GÉNITALE. TAUX D'INCIDENCE PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE, RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 1994 À 2002.....	36
FIGURE 5	CHLAMYDIOSE GÉNITALE. TAUX D'INCIDENCE PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE PAR GROUPE D'ÂGE, RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE, 2002.....	37
FIGURE 6	GONORRÉE GÉNITO-URINAIRE. TAUX D'INCIDENCE PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE, RÉGION ET PROVINCE DE QUÉBEC, 1994-2002 .....	37
FIGURE 7	HÉPATITE B – PORTEURS CHRONIQUES. TAUX D'INCIDENCE PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE, PAR GROUPE D'ÂGE ET PAR ANNÉE DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE, 1999-2002.....	38
FIGURE 8	HÉPATITE B AIGÜE. TAUX D'INCIDENCE PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE, PAR GROUPE D'ÂGE ET PAR ANNÉE DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE, 1999-2002 .....	39
FIGURE 9	HÉPATITE C. TAUX D'INCIDENCE PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE PAR ANNÉE, RÉGION ET PROVINCE DE QUÉBEC, 1994-2002 .....	39
FIGURE 10	CAMPYLOBACTÉRIOSE. TAUX D'INCIDENCE PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE PAR ANNÉE, RÉGION ET PROVINCE DE QUÉBEC, 1994-2002 .....	40
FIGURE 11	ENTÉRITE À E. COLI PATHOGÈNE. TAUX D'INCIDENCE PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE PAR ANNÉE, RÉGION ET PROVINCE DE QUÉBEC, 1994-2002.....	41
FIGURE 12	ENTÉRITE À E. COLI PATHOGÈNE. TAUX D'INCIDENCE PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE, PAR GROUPE D'ÂGE, RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE, 2002 .....	41
FIGURE 13	ENTÉRITE À E. COLI PATHOGÈNE. NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS PAR MOIS ET PAR ANNÉE, RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE, 1999-2002 .....	42
FIGURE 14	SALMONELLOSE. TAUX D'INCIDENCES PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE, PAR GROUPE D'ÂGE ET PAR ANNÉE, RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE, 1999-2002.....	43
FIGURE 15	SALMONELLOSE. TAUX D'INCIDENCES PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE PAR ANNÉE, RÉGION ET PROVINCE DE QUÉBEC, 1994-2002.....	44
FIGURE 16	GIARDIASE. TAUX D'INCIDENCES PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE PAR ANNÉE, RÉGION ET PROVINCE DE QUÉBEC, 1994-2002 .....	44
FIGURE 17	HÉPATITE A. TAUX D'INCIDENCES PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE PAR ANNÉE, RÉGION ET PROVINCE DE QUÉBEC, 1994-2002 .....	45
FIGURE 18	INFECTIONS À MÉNINGOCOQUES. TAUX D'INCIDENCES PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE PAR ANNÉE, RÉGION ET PROVINCE DE QUÉBEC, 1994-2002.....	46
FIGURE 19	INFECTIONS À MÉNINGOCOQUES. TAUX D'INCIDENCES PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE, PAR GROUPE D'ÂGE DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE, 2002.....	47
FIGURE 20	INFECTIONS À MÉNINGOCOQUES. NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS PAR MOIS, RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE, 2002 .....	47

## ABRÉVIATIONS

Entérite à ***Yersinia e.*** : entérite à ***Yersinia entérocolitica.***

ERV : entérocoque résistant à la vancomycine.

Gono. gén.-urin. : gonorrhée génito-urinaire.

***Haemo. influenzae*** type b : ***Haemophilus influenzae*** 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  $\beta$ -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 2 300 déclarations de maladies de la part de ses partenaires en 2002, ce qui représente une baisse de 7,5 % par rapport à l'année précédente. Cette baisse peut s'expliquer, entre autres, par une légère diminution du nombre des maladies entériques ainsi que par une diminution des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), dont le sida. La région a en outre enregistré une diminution du nombre de maladies évitables par l'immunisation, dont la coqueluche (-40 %) et les infections invasives à méningocoques (-60 %). En revanche, les cas de tuberculose (TB) ont augmenté de 60 %, passant de 10 à 17 de 2001 à 2002. Enfin, 22 cas d'infection au virus d'immunodéficience humaine (VIH) ont été déclarés depuis le 1<sup>er</sup> avril 2002 pour la région de la Capitale nationale ; cette infection n'était pas à déclaration obligatoire auparavant.

Des 2 300 déclarations, 578, soit 25 % de toutes les MADO, ont fait l'objet d'une enquête épidémiologique, ce qui représente une augmentation de 30 % par rapport à 2001. Le premier but des enquêtes est de rechercher les facteurs d'exposition aux maladies afin de pouvoir intervenir et, 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. Au chapitre des éclosions, la région a connu 15 situations, sous forme soit de diarrhée épidémique, soit d'intoxication alimentaire ; elles sont toutes d'origine virale prouvée ou probable.

L'équipe de surveillance et contrôle des maladies infectieuses est engagée dans plusieurs dossiers à caractère régional et provincial en collaboration avec ses partenaires :

- l'hémovigilance, pour assurer la sécurité du système du sang ;
- les infections résistantes aux antibiotiques, pour empêcher leur transmission ;
- les infections nosocomiales, en soutien aux équipes hospitalières ;
- le bioterrorisme, contre lequel il faut se prémunir ;
- la production d'un protocole régional pour le contrôle des infections en milieu scolaire et en milieu de garde, de concert avec les CLSC ;
- la mise en place de systèmes de surveillance à l'occasion d'événements provinciaux et internationaux se produisant dans la région ;
- la référence des immigrants pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose ;
- la réponse d'expertise régionale pour des dossiers particuliers : hépatite B, hépatite C, VIH, maladies entériques, VNO, SRAS, etc.

L'équipe assure également une réponse 24 heures par jour, 7 jours par semaine, pour tout événement pouvant porter atteinte à la santé de la population.

En avril 2002, enfin, la DRSP a été l'hôte du 9<sup>e</sup> colloque provincial en maladies infectieuses dont le thème était « Cap sur le partenariat ». Le colloque a réuni plus de 350 personnes venant de toutes les régions du Québec et rattachées à toutes les organisations partenaires. Il se voulait l'occasion de consolider le partenariat essentiel à la poursuite de nos objectifs de protection de la santé publique.



## INTRODUCTION

Le présent rapport portant sur les maladies à déclaration obligatoire (MADO) a été préparé afin de dresser un portrait des maladies infectieuses mais également dans le but d'en suivre l'évolution. Toutefois, ce rapport ne prétend pas être exhaustif.

Plus d'une quarantaine de MADO sont inscrites au formulaire. Nous nous concentrons davantage sur celles dont l'incidence semble plus importante et sur celles qui ont nécessité des interventions de santé publique. La Direction régionale de santé publique peut cependant fournir aux personnes qui le désirent de l'information sur certaines maladies infectieuses ne figurant pas dans ce rapport.

Comme chaque année, nous rappelons que 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 présente les données de surveillance sous forme de tableaux de fréquences qui comprennent le nombre de cas de maladies et les taux d'incidence aux niveaux provincial et régional, la répartition mensuelle et la distribution des maladies par groupe d'âge. La seconde partie présente une analyse descriptive de certaines MADO et compare les données régionales aux données provinciales.



## 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<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2002. Les données de 1994 à 2001 proviennent du même fichier et sont présentées aux fins de référence. De plus, les données contiennent uniquement les cas validés, c'est-à-dire ceux qui répondent aux définitions nosologiques émanant du MSSS. Les totaux d'un tableau peuvent ne pas être identiques à ceux d'un autre tableau. Cela est dû au fait que certaines variables sont manquantes.

En ce qui concerne les bactéries résistantes aux antibiotiques, les staphylocoques résistants à la méthicilline (SARM) et les entérocoques résistants à la vancomycine (ERV), les données représentent un échantillon des cas existants puisque l'information disponible ne se rapporte qu'aux souches transmises au LSPQ pour identification ou confirmation d'un antibiogramme.

Les intoxications par agents chimiques à déclaration obligatoire ne sont pas traitées dans ce rapport.

### 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 d'août 2003. Les dénominateurs utilisés pour les calculs des taux d'incidence sont ceux établis en 2000 par le Service de l'analyse statistique du MSSS. Ces dénominateurs, basés sur les données du dernier recensement, tiennent compte du sous-dénombrement de certaines catégories et des projections de population ; les dénominateurs retenus sont de 648 694 personnes pour la région de la Capitale nationale, et de 7 399 931 personnes pour la province.

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 DRSP 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

Comme nous l'avons mentionné précédemment, ce rapport n'est pas exhaustif quant au nombre réel de maladies qui sont survenues effectivement dans la région et dans la province. Il est le reflet des **déclarations** des MADO. Il permet toutefois de dégager des tendances et de suivre l'évolution de différentes maladies infectieuses au fil des années, bien que l'incidence de certaines maladies puisse être sous-estimée.

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 peu de cas déclarés.

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 sont davantage présentes dans 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 de MADO. 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**

**2002**

---

**Maladies infectieuses  
à déclaration obligatoire**

**DONNÉES PROVINCIALES**



## **FAITS SAILLANTS — PROVINCE DE QUÉBEC**

Dans la province de Québec, 26 620 déclarations de MADO ont été dénombrées en 2002. Ce chiffre inclut les déclarations relatives aux intoxications chimiques, au nombre de 349. Les maladies le plus souvent déclarées sont la chlamydie génitale, l'hépatite C, la campylobactériose, la salmonellose et la coqueluche.

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

De façon générale, on note :

### **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 2 ans,
- de l'incidence du sida depuis 1996,
- de l'incidence de l'hépatite C depuis 2000 ;

### **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.

**Tableau 1** Nombre de cas déclarés de MADO dans la province de Québec de 1994 à 2002 inclusivement

MALADIE	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Amibiase	238	198	250	242	217	217	216	218	201
Campylobactériose	2 434	2 462	2 816	3 454	3 335	2 835	2 669	2 428	2 527
Entérite à <i>E. Coli</i>	289	342	301	372	378	452	536	339	258
Entérite à <i>Yersinia e.</i>	307	314	297	164	144	150	142	119	139
Giardiase	713	794	934	899	981	1 091	931	882	949
Salmonellose	1 206	1 328	1 611	1 226	1 181	1 029	1 067	1 058	1 203
Shigellose	303	330	285	475	282	211	458	294	196
Hépatite A	210	445	589	568	195	172	110	108	96
Hépatite B aiguë	347	268	259	225	177	163	183	96	98
Hépatite B porteur	1 247	1 185	1 029	1 073	955	959	975	1 065	967
Hépatite B ss préc.	310	241	279	193	162	180	140	122	157
Hépatite C ss préc.	2	17	21	1 728	3 030	3 390	4 218	3 426	2 842
Chlamydirose génitale	7 900	7 048	6 656	6 439	7 228	7 969	8 732	10 204	11 068
Gono. gén.-urin.	692	568	426	487	445	570	599	739	788
Gono. Autres localisations	57	35	52	68	48	53	73	90	83
Sida	419	781	734	350	214	160	162	108	91
Syphilis	103	80	63	52	50	29	33	53	94
VIH*	-**	-	-	-	-	-	-	-	412
Rougeole	128	31	83	4	2	3	32	0	2
Rubéole	63	48	55	8	2	1	3	2	3
Coqueluche	4 429	4 319	1 320	1 077	4 880	1 838	805	1 025	1 065
<i>Haemo. influenzae</i> type b	27	24	15	20	18	17	8	7	8
Oreillons	83	75	79	13	26	7	19	15	3
Tétanos	1	4	2	0	0	0	0	0	0
Infection à méningo.	95	96	59	68	40	38	37	101	71
Scarlatine	1 305	966	790	861	933	1 117	1 298	618	653
Légionellose	11	18	32	24	26	15	12	18	26
Tuberculose	362	381	336	359	289	316	318	260	283
Paludisme	54	110	117	157	109	98	171	180	101
Strepto. A invasif	-	89	115	175	184	172	196	154	160
<b>Strepto. Pneumo.</b>	-	-	11	683	764	754	780	883	818

Source : Fichier central MADO.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, août 2003.

\* 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 dans la province de Québec de 1994 à 2002**

<b>MALADIE</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Amibiase	3,5	2,9	3,6	3,2	2,9	2,9	2,9	2,9	2,7
Campylobactériose	35,3	35,7	40,9	46,3	44,4	37,5	36,2	32,8	34,0
Entérite à <b>E. Coli</b>	4,2	5,0	4,4	5,0	5,0	6,0	7,3	4,6	3,5
Entérite à <b>Yersinia e.</b>	4,5	4,6	4,3	2,2	1,9	2,0	1,9	1,6	1,9
Giardiase	10,3	11,5	13,6	12,1	13,1	14,4	12,6	11,9	12,8
Salmonellose	17,5	19,3	23,4	16,4	15,7	13,6	14,5	14,3	16,2
Shigellose	4,4	4,8	4,1	6,4	3,8	2,8	6,2	4,0	2,6
Hépatite A	3,0	6,5	8,5	7,6	2,6	2,3	1,5	1,5	1,3
Hépatite B aiguë	5,0	3,9	3,8	3,0	2,4	2,2	2,5	1,3	1,3
Hépatite B porteur	18,1	17,2	14,9	14,4	12,7	12,7	13,2	14,4	13,0
Hépatite B ss préc.	4,5	3,5	4,0	2,6	2,2	2,4	1,9	1,6	2,1
Hépatite C ss préc.	0,0	0,2	0,3	23,2	40,4	44,8	57,2	46,3	38,3
Chlamydirose génitale	114,6	102,3	96,6	86,4	96,3	105,4	118,5	137,9	149,0
Gono. gén.-urin.	10,0	80,2	6,2	6,5	5,9	7,5	8,1	10,0	10,6
Gono, autres localisations	0,8	0,5	0,8	0,9	0,6	0,7	1,0	1,2	1,1
Sida	6,1	11,3	10,8	4,7	2,8	2,1	2,2	1,5	1,2
Syphilis	1,5	1,0	0,9	0,6	0,6	0,2	0,4	0,7	1,3
VIH	-	-	-	-	-	-	-	-	5,5
Rougeole	1,9	0,4	1,2	0,1	0,0	0,0	0,4	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
<b>Haemo. influenzae</b> type b	0,4	0,35	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1
Oreillons	1,2	1,1	1,1	0,2	0,3	0,1	0,3	0,2	0,0
Tétanos	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Infection à méningo.	1,4	1,4	0,9	0,9	0,5	0,5	0,5	1,4	1,0
Scarlatine	18,9	14,0	11,5	11,6	12,4	14,8	17,6	8,4	8,8
Légionellose	0,2	0,3	0,5	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,4
Tuberculose	5,3	5,5	4,9	4,8	3,8	4,2	4,3	3,5	3,8
Paludisme	0,7	1,43	1,52	2,2	1,5	1,3	2,4	2,3	1,3
Strepto. A invasif	-	1,3	1,7	2,3	2,5	2,3	2,7	2,1	2,2
<b>Strepto. Pneumo.</b>	-	-	0,2	9,2	10,2	10,0	10,6	11,9	11,0

Source : Fichier central MADO.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, août 2003.

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



**RAPPORT ANNUEL**

**2002**

---

**Maladies infectieuses  
à déclaration obligatoire**

**DONNÉES DE LA RÉGION  
DE LA CAPITALE  
NATIONALE**



## **FAITS SAILLANTS — RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE**

Dans la région de la Capitale nationale, 2 300 déclarations de MADO ont été acheminées à la Direction de santé publique. Les maladies le plus souvent déclarées sont les mêmes qu'au niveau provincial, soit la chlamydie génitale, la campylobactériose, l'hépatite C, la salmonellose et la coqueluche.

Les données d'incidence des maladies infectieuses pour la région de la Capitale nationale reflètent sensiblement les mêmes tendances qu'au niveau provincial. Cependant, on note :

### **une stabilisation**

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

### **une diminution**

- de l'incidence de la scarlatine depuis 2000,
- de l'incidence de l'hépatite C par rapport à l'année précédente,
- 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 en 2001 suivie d'une diminution en 2002,
- de l'incidence du paludisme en 2000-2001 avec un retour aux taux des années antérieures en 2002,
- de l'incidence de la giardiase depuis 1999,
- de l'incidence de la chlamydie génitale depuis 1995,
- de l'incidence de l'infection à gonocoques depuis 2000,
- de l'incidence de la syphilis depuis 2000 ;

### **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 dans la région de la Capitale nationale de 1994 à 2002

MALADIE	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Amibiase	32	21	21	19	21	24	28	24	19
Campylobactériose	381	315	383	438	535	386	441	348	384
Entérite à <i>E. Coli</i>	19	27	16	60	37	70	90	39	55
Entérite à <i>Yersinia e.</i>	43	40	33	14	6	12	17	9	8
Giardiase	35	52	67	62	66	53	56	71	111
Salmonellose	160	142	169	132	153	115	102	118	120
Shigellose	28	27	13	35	25	19	22	15	10
Hépatite A	9	49	37	71	18	7	6	8	4
Hépatite B aiguë	41	42	23	41	17	15	18	13	17
Hépatite B porteur	65	63	39	77	74	79	59	66	54
Hépatite B ss préc.	44	16	34	3	1	1	5	3	3
Hépatite C ss préc.	2	4	16	254	295	317	337	315	208
Chlamydirose génitale	749	563	571	649	744	815	803	1 041	1 006
Syphilis	15	2	4	3	5	2	0	1	3
Gono. gén.-urin.	55	27	16	26	28	63	37	37	37
Sida	21	20	21	11	12	2	4	5	3
VIH	-	-	-	-	-	-	-	-	22
Rougeole	3	2	7	0	0	0	0	0	0
Rubéole	11	2	14	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	488	367	205	97	596	295	84	110	66
<i>Haemo. influenzae</i>	1	3	1	0	0	1	2	1	0
Oreillons	11	2	3	1	0	1	1	0	0
Tétanos	-	1	1	0	0	0	0	0	0
Infection à méningo.	9	10	2	5	2	5	2	28	11
Scarlatine	144	52	79	56	56	81	140	75	59
Légionellose	2	1	16	4	2	0	0	1	0
Paludisme	1	6	4	5	5	4	20	39	6
Tuberculose	24	22	14	23	12	9	14	9	17
Strepto. A invasif	-	15	6	7	6	13	14	16	8
<i>Strepto. Pneumo.</i>	-	-	-	63	63	49	56	82	53

Source : Fichier central MADO.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, août 2003.

**Tableau 4 Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) des MADO dans la région de la Capitale nationale de 1994 à 2002**

<b>MALADIE</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Amibiase	5,2	3,4	3,4	2,9	3,2	3,7	4,3	3,7	2,9
Campylobactériose	61,9	51,2	62,2	67,4	82,5	59,0	68,2	53,6	58,1
Entérite à <i>E. Coli</i>	3,1	4,4	2,6	9,2	5,7	10,7	13,9	6,0	8,3
Entérite à <i>Yersinia e.</i>	7,0	6,5	5,4	2,2	0,9	1,8	2,6	1,4	1,1
Giardiase	5,7	8,4	10,9	9,5	10,1	8,1	8,7	10,9	17,1
Salmonellose	26,0	23,1	27,5	20,3	23,5	17,6	15,8	18,2	18,3
Shigellose	4,5	4,4	2,1	5,4	3,8	2,9	3,4	2,3	1,5
Hépatite A	1,5	8,0	6,0	10,9	2,8	1,1	0,9	1,2	0,6
Hépatite B aiguë	6,7	6,8	3,7	6,3	2,6	2,3	2,8	2,0	2,5
Hépatite B porteur	10,6	10,2	6,3	11,9	11,3	12,1	9,1	10,2	8,3
Hépatite B ss préc.	7,1	2,6	5,5	0,5	0,2	0,2	0,8	0,5	0,5
Hépatite C ss préc.	0,3	0,6	2,6	39,1	45,2	48,4	52,1	48,6	32,0
Chlamydirose génitale	121,7	91,5	92,8	99,9	114,1	124,6	124,1	160,5	154,1
Syphilis	2,4	0,4	0,7	0,6	0,8	0,4	0,0	0,2	0,5
Gono. gén.-urin.	8,9	4,4	2,6	4,0	4,3	9,6	5,7	5,7	5,7
Sida	3,4	3,2	3,4	1,7	1,8	0,3	0,6	0,8	0,5
VIH	-	-	-	-	-	-	-	-	3,4
Rougeole	0,5	0,3	1,1	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
Coqueluche	79,3	59,6	33,3	14,9	91,4	45,1	13,0	17,0	10,1
<i>Haemo. influenzae</i> type b	0,2	0,6	0,2	0,0	0,0	0,2	0,3	0,2	0,0
Oreillons	1,8	0,3	0,5	0,2	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0
Tétanos	-	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Infection à méningo.	1,5	1,6	0,3	0,8	0,3	0,8	0,3	4,3	1,7
Scarlatine	23,4	8,4	12,8	8,6	8,6	12,4	21,6	11,6	9,1
Légionellose	0,3	0,2	2,6	0,6	0,3	0,0	0,0	0,2	0,0
Paludisme	1,9	1,14	2,3	0,9	0,8	0,7	3,0	6,2	0,9
Tuberculose	3,9	3,6	2,3	3,5	1,8	1,4	2,2	1,4	2,6
Strepto. A invasif	-	2,4	1,0	0,9	0,9	2,0	2,2	2,5	1,2
<i>Strepto. Pneumo.</i>	-	-	-	8,0	9,7	7,5	8,7	12,6	8,1

Source : Fichier central MADO.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, août 2003.

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

**Tableau 5** Nombre de cas déclarés de MADO par mois dans la région de la Capitale nationale au cours de l'année 2002

MALADIE	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
Amibiase	4	0	1	0	3	1	1	6	1	1	0	1	19
Campylobactériose	34	23	34	23	35	26	46	37	24	42	30	30	384
Entérite à <b>E. Coli</b>	0	2	0	1	12	16	9	5	5	4	0	1	55
Entérite à <b>Yersinia e.</b>	0	1	0	2	0	0	3	0	0	0	0	2	8
Giardiase	6	2	1	4	5	3	6	4	7	7	28	38	111
Salmonellose	6	6	4	19	7	14	14	16	10	12	5	7	120
Shigellose	1	2	0	1	0	2	1	0	1	0	1	1	10
Hépatite A	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4
Hépatite B aiguë	2	0	2	5	1	1	0	2	2	0	0	2	17
Hépatite B porteur	2	4	6	6	0	8	4	4	2	11	5	4	56
Hépatite B ss préc.	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	4
Hépatite C ss préc.	21	18	14	17	25	14	21	28	15	13	20	13	219
Chlamydirose génitale	88	93	84	100	83	49	69	75	91	91	92	96	1 011
Gono. gén.-urin.	4	6	0	4	2	3	2	3	2	4	1	6	37
Syphilis	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	3
Sida	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3
VIH	-	1	0	0	0	6	4	4	1	7	3	2	28
Coqueluche	15	12	9	5	0	0	0	4	7	8	5	1	66
<b>Haemo. influenzae</b> type b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection à méningo.	1	1	1	0	0	2	1	0	2	1	2	0	11
Légionellose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludisme	0	0	0	0	1	1	0	2	1	1	0	1	7
Scarlatine	6	3	7	5	8	4	2	2	2	8	4	9	60
Strepto. A invasif	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	2	8
Streptocoque B	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
<b>Strepto. Pneumo.</b>	7	5	4	3	5	6	3	3	1	7	6	3	53
Tuberculose	3	0	1	4	0	2	2	1	2	1	1	0	17

Source : Fichier central MADO.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, août 2003.

**Tableau 6** Nombre de cas déclarés de MADO par groupe d'âge dans la région de la Capitale nationale au cours de l'année 2002

MALADIE	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	Total
Amibiase	0	0	0	0	0	4	1	5	6	2	18
Campylobactériose	6	10	13	10	26	42	61	41	97	76	382
Entérite à <i>E. Coli</i>	0	9	9	3	4	2	1	3	10	14	55
Entérite à <i>Yersinia e.</i>	0	2	3	0	0	0	2	0	0	1	8
Giardiase	1	46	2	1	2	10	14	17	14	4	111
Salmonellose	2	14	15	1	6	6	11	12	33	20	120
Shigellose	1	1	0	0	1	4	1	0	1	0	9
Hépatite A	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4
Hépatite B aiguë	0	0	0	0	0	1	0	2	9	5	17
Hépatite B porteur	0	0	0	0	0	4	4	6	36	6	56
Hépatite B ss préc.	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4
Hépatite C ss préc.	1	0	1	0	6	17	17	76	90	11	219
Chlamydieose génitale	0	0	0	6	240	440	179	102	41	1	1 009
Gono. gén.-urin.	0	0	0	0	5	8	4	13	6	1	37
Sida	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3
Syphilis	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3
VIH	0	0	0	0	0	2	4	8	12	2	28
Coqueluche	7	12	16	13	0	2	1	9	7	0	67
<i>Haemo. influenzae</i> type b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection à méningo.	0	0	0	1	0	2	0	1	4	3	11
Scarlatine	1	28	23	4	1	0	0	1	2	0	60
Paludisme	0	0	1	1	0	0	0	2	2	1	7
Légionellose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Strepto. A invasif	0	1	1	1	0	0	1	1	3	0	8
Streptocoque B	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
<i>Strepto. Pneumo.</i>	6	12	0	2	0	1	1	9	5	17	53
Tuberculose	0	0	0	0	0	1	0	2	2	12	17

Source : Fichier central MADO.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, août 2003.

**Tableau 7 Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) des MADO par groupe d'âge dans la région de la Capitale nationale au cours de l'année 2002**

MALADIE	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	Total
Amibiase	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,9	2,3	5,3	2,9	1,6	2,8
Campylobactériose	110,1	44,2	38,4	27,2	70,2	93,2	138,3	43,6	46,7	61,5	58,7
Entérite à <b>E. Coli</b>	0,0	39,7	26,6	8,2	10,8	4,4	2,3	3,2	4,8	11,3	8,5
Entérite à <b>Yersinia e.</b>	0,0	8,8	8,9	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	0,8	1,2
Giardiase	18,4	203,1	5,9	2,7	5,4	22,2	31,7	18,1	6,7	3,2	17,1
Salmonellose	36,7	61,8	44,3	2,7	16,2	13,3	24,9	12,8	15,9	16,2	18,5
Shigellose	18,4	4,4	0,0	0,0	2,7	8,9	2,3	0,0	0,5	0,0	1,4
Hépatite A	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	1,1	0,5	0,8	0,7
Hépatite B aiguë	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	2,1	4,3	4,0	2,6
Hépatite B porteur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,9	9,1	6,4	17,3	4,9	8,6
Hépatite B ss préc.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	1,0	0,9	0,6
Hépatite C ss préc.	18,4	0,0	3,0	0,0	16,2	37,7	38,5	80,8	43,3	8,9	33,7
Chlamydirose génitale	0,0	0,0	0,0	16,3	648,3	976,0	405,9	108,5	19,7	0,8	155,1
Gono. gén.-urin.	0,0	0,0	0,0	0,0	13,5	17,8	9,1	13,8	2,9	0,8	5,7
Sida	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,8	0,5
Syphilis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,5	0,8	0,5
VIH	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,4	9,1	8,5	5,8	1,6	4,3
Coqueluche	128,50	53,0	47,3	35,4	0,0	4,4	2,3	9,6	3,4	0,0	10,3
<b>Haemo. influenzae</b> type b	,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Infection à méningo.	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	4,4	0,0	1,1	1,9	2,4	1,7
Scarlatine	18,4	123,6	68,0	10,9	2,7	0,0	0,0	1,1	1,0	0,0	9,2
Paludisme	0,0	0,0	3,0	2,7	0,0	0,0	0,0	2,1	1,0	0,8	1,1
Légionellose	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Strepto. A invasif	0,0	4,4	3,0	2,7	0,0	0,0	2,3	1,1	1,4	0,0	1,2
Streptocoque B	36,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
<b>Strepto. Pneumo.</b>	110,1	53,0	0,0	5,4	0,0	2,2	2,3	9,6	2,4	13,7	8,2
Tuberculose	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	2,1	1,0	9,7	2,6

Source : Fichier central MADO.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, août 2003.

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

**Tableau 8** Nombre de cas déclarés de MADO par district de CLSC dans la région de la Capitale nationale au cours de l'année 2002

MALADIE	3000	3101	3102	3201	3202	3203	3204	3300	3401	3402	3500	3701	3702	1	Total
Amibiase	1	1	5	6	2	1	0	0	0	0	1	0	0	2	19
Campylobactériose	28	33	37	29	15	28	24	50	34	10	55	14	7	19	383
Entérite à <b>E. Coli</b>	3	2	4	3	1	4	2	10	1	0	10	4	11	0	55
Entérite à <b>Yersinia e.</b>	2	0	1	0	0	0	0	2	0	1	1	1	0	0	8
Giardiase	4	5	6	8	3	8	3	3	54	4	5	1	2	5	111
Salmonellose	7	8	17	7	7	16	9	5	12	7	13	5	6	1	120
Shigellose	0	1	4	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	10
Hépatite A	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4
Hépatite B aiguë	0	0	1	3	3	0	0	2	2	0	5	0	1	0	17
Hépatite B porteur	4	4	11	5	6	6	2	3	6	1	5	1	0	0	54
Hépatite B ss préc.	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Hépatite C ss préc.	21	3	11	17	35	31	20	5	24	2	31	2	1	5	208
Chlamydirose génitale	24	94	141	85	88	132	53	89	98	29	137	8	1	27	1006
Gono. gén.-urin.	0	1	4	5	5	6	0	0	3	3	6	2	0	2	37
Sida	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3
Syphilis	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
Coqueluche	3	14	3	1	1	9	4	3	20	2	3	0	1	2	66
<b>Haemo. influenzae</b> type b															
Infection à méningo.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	1	2	0	0	1	9	1	1	0	3	0	0	0	11
Scarlatine	13	9	3	2	3	3	1	5	11	1	6	1	0	1	59
Légionellose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludisme	0	0	5	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	7
Strepto. A invasif	4	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0	8
Streptocoque B	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
<b>Strepto. Pneumo.</b>	4	7	7	1	4	2	2	2	8	6	6	4	0	0	53
Tuberculose	2	0	4	3	2	1	0	0	2	2	1	0	0	0	17

Source : Fichier central MADO.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, août 2003.

3000	Portneuf	3300	Jacques-Cartier
3101	Laurentien	3401	Beauport
3102	Sainte-Foy/Sillery	3402	Orléans
3201	Québec, Haute-Ville	3500	La Source
3202	Québec, Basse-Ville	3701	Charlevoix Est
3203	Limoilou/Vanier	3702	Charlevoix Ouest
3204	Duburger/Les Saules/Lebourgneuf		

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

**Tableau 9 Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) des MADO par district de CLSC dans la région de la Capitale nationale au cours de l'année 2002**

MALADIE	3000	3101	3102	3201	3202	3203	3204	3300	3401	3402	3500	3701	3702	Total
Amibiase	2,2	1,7	7,0	16,7	6,2	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	2,9
Campylobactériose	60,8	55,2	52,0	80,5	48,1	49,9	60,2	56,6	43,7	34,9	59,8	83,6	52,5	58,3
Entérite à <i>E. Coli</i>	6,5	3,3	5,7	8,3	3,2	7,1	5,0	11,3	1,3	0,0	10,9	23,9	82,5	8,4
Entérite à <i>Yersinia e.</i>	4,4	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0	3,5	1,1	6,0	0,0	1,2
Giardiase	8,7	8,4	8,4	22,2	9,6	14,3	7,5	3,4	69,5	14,0	5,4	6,0	15,0	16,9
Salmonellose	15,2	13,4	23,9	19,4	22,5	28,5	22,6	5,7	15,4	24,4	14,1	29,9	45,0	18,2
Shigellose	0,0	1,7	5,6	2,8	0,0	0,0	2,5	1,1	0,0	3,5	1,1	0,0	0,0	1,5
Hépatite A	0,0	1,7	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
Hépatite B aiguë	0,0	0,0	1,4	8,3	9,6	0,0	0,0	2,3	2,6	0,0	5,4	0,0	7,5	2,6
Hépatite B porteur	8,7	6,7	15,5	13,9	19,3	10,7	5,0	3,4	7,7	3,5	5,4	6,0	0,0	8,2
Hépatite B ss préc.	6,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Hépatite C ss préc.	45,6	5,0	15,5	47,2	112,3	55,3	50,2	5,7	30,9	7,0	33,7	12,0	7,5	31,7
Chlamydie génitale	52,1	157,1	198,1	235,9	282,4	235,4	132,9	100,8	126,0	101,2	148,8	47,8	7,5	153,1
Gono. gén.-urin.	0,0	1,7	5,6	13,9	16,1	10,7	0,0	0,0	3,9	10,5	6,5	12,0	0,0	5,6
Sida	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Syphilis	2,17	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,5
Coqueluche	6,5	23,4	4,2	2,8	3,2	16,1	10,3	3,4	25,7	7,0	3,3	0,0	7,5	10,1
<i>Haemo. influenzae</i> type b	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Infection à méningo.	4,4	1,7	2,8	0,0	0,0	1,8	0,0	1,1	1,3	0,0	3,3	0,0	0,0	1,7
Scarlatine	28,2	15,0	4,2	5,6	9,6	5,4	2,5	5,7	14,2	3,5	6,5	6,0	0,0	9,0
Légionellose	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Paludisme	0,0	0,0	7,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	1,1	0,0	0,0	1,1
Strepto. A invasif	8,7	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	1,2
Streptocoque B	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
<i>Strepto. Pneumo.</i>	8,7	11,7	9,8	2,8	12,8	3,6	5,0	2,3	10,3	21,0	6,5	23,9	0,0	8,1
Tuberculose	4,4	0,0	5,6	8,3	6,4	1,8	0,0	0,0	2,6	7,0	1,1	0,0	0,0	2,6

Source : Fichier central MADO.  
 Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, août 2003.  
 Population : Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

**Tableau 10** Nombre de cas de MADO répartis selon le sexe dans la région de la Capitale nationale au cours de l'année 2002

MALADIE	Homme	Femme	Inconnu	Total
Amibiase	12	7	0	19
Campylobactériose	191	192	0	383
Entérite à <i>E. Coli</i>	26	29	0	55
Entérite à <i>Yersinia e.</i>	5	3	0	8
Giardiase	54	57	0	111
Salmonellose	70	50	0	120
Shigellose	1	9	0	10
Hépatite A	3	1	0	4
Hépatite B aiguë	13	4	0	17
Hépatite B porteur	45	9	0	54
Hépatite B ss préc.	3	0	0	3
Hépatite C ss préc.	140	68	0	208
Chlamydirose génitale	304	701	1	1 006
Gono. gén.-urin.	28	9	0	37
Sida	3	0	0	3
Syphilis	1	2	0	3
VIH	23	5	0	28
Coqueluche	34	32	0	66
<i>Haemo. influenzae</i> type b	0	0	0	0
Infection à méningocoques	4	7	0	11
Scarlatine	25	34	0	59
Paludisme	5	2	0	7
Légionellose	0	0	0	0
Strepto. A invasif	4	4	0	8
Streptocoque B	0	2	0	2
<i>Strepto. Pneumo.</i>	31	22	0	53
Tuberculose	11	6	0	17

Source : Fichier central MADO.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, août 2003.

**Tableau 11 Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) des MADO répartis selon le sexe dans la région de la Capitale nationale au cours de l'année 2002**

<b>MALADIE</b>	<b>Homme</b>	<b>Femme</b>	<b>Total</b>
Amibiase	3,8	2,1	2,9
Campylobactériose	60,3	57,5	58,9
Entérite à <b>E. Coli</b>	8,2	8,7	8,5
Entérite à <b>Yersinia e.</b>	1,6	0,9	1,2
Giardiase	17,1	17,1	17,1
Salmonellose	22,1	15,0	18,5
Shigellose	0,3	2,7	1,5
Hépatite A	1,0	0,3	0,6
Hépatite B aiguë	4,1	1,2	2,6
Hépatite B porteur	14,2	2,7	8,3
Hépatite B ss préc.	1,0	0,0	0,5
Hépatite C ss préc.	44,2	20,4	32,0
Chlamydirose génitale	96,0	210,1	154,7
Gono. gén.-urin.	8,8	2,7	5,7
Sida	1,0	0,0	0,5
Syphilis	0,3	0,6	0,5
VIH	7,3	1,5	4,3
Coqueluche	10,7	9,6	10,1
<b>Haemo. influenzae</b> type b	0,0	0,0	0,0
Infection à méningo.	1,3	2,1	1,7
Scarlatine	7,9	10,2	9,1
Paludisme	1,6	0,6	1,1
Légionellose	0,0	0,0	0,0
Strepto. A invasif	1,3	1,2	1,2
Streptocoque B	0,0	0,6	0,3
<b>Strepto. Pneumo.</b>	9,8	6,6	8,2
Tuberculose	3,5	1,8	2,6

Source : Fichier central MADO.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, août 2003.

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

## **ANALYSE DESCRIPTIVE DE CERTAINES MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO)**

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

- Maladies évitables par l'immunisation de base ;
- Infections transmissibles sexuellement et par le sang ;
- Maladies entériques ;
- Maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire ;
- Maladies transmissibles par vecteur ;
- Autres maladies infectieuses sous surveillance.

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 l'immunisation de base**

Les maladies ciblées dans le programme de vaccination du Québec sont la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, l'infection invasive à *Haemophilus influenzae* type b, l'infection invasive à méningocoques de séro groupe C, la rougeole, la rubéole, les oreillons et l'hépatite B (en 4<sup>e</sup> année du primaire).

À l'exception de la coqueluche, ces maladies évitables par la vaccination 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.

Aucun cas de rougeole, de rubéole ni d'oreillons n'a été déclaré en 2002. De plus, le nombre de cas déclarés de coqueluche a diminué par rapport à l'année précédente, passant de 110 en 2001 à 66 en 2002.

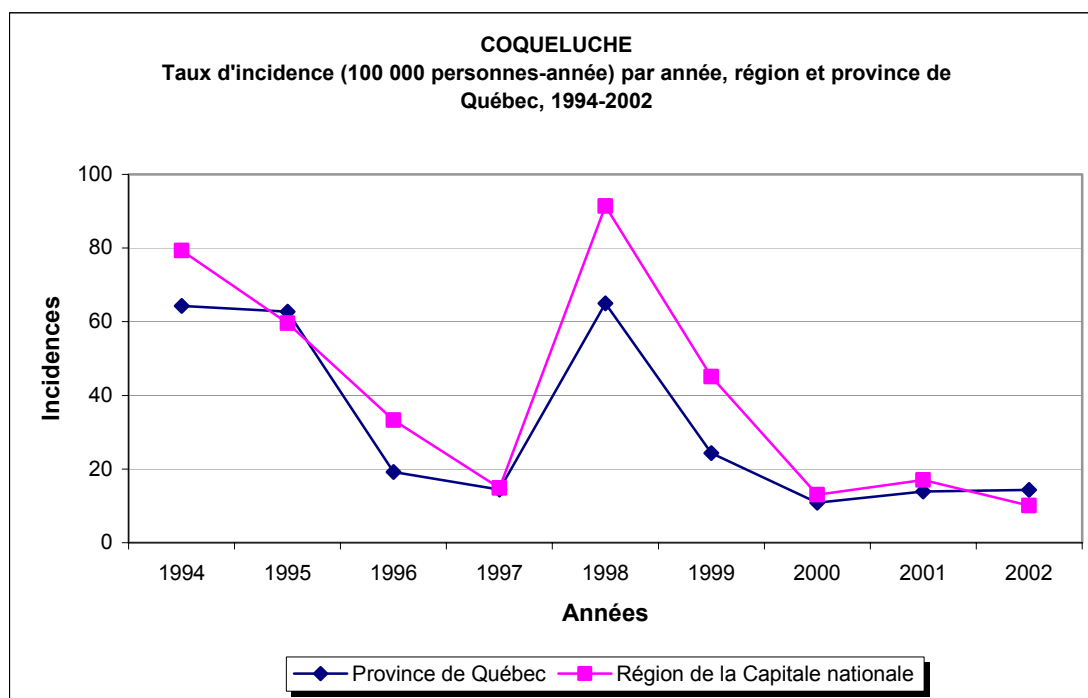
La vaccination contre le séro groupe C de l'infection à méningocoques est incluse dans le programme national d'immunisation de base. Cependant, pour des raisons de logistique, la maladie sera abordée dans le chapitre des maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire.

**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 2002.**

Maladies évitables par la vaccination	ANNÉE									
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Rougeole	1,9	0,4	1,2	0,1	0,0	0,0	0,4	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	
<i>Haemo. influenzae</i> type b	0,4	0,35	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	
Oreillons	1,2	1,1	1,1	0,2	0,3	0,1	0,3	0,2	0,0	
Tétanos	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	

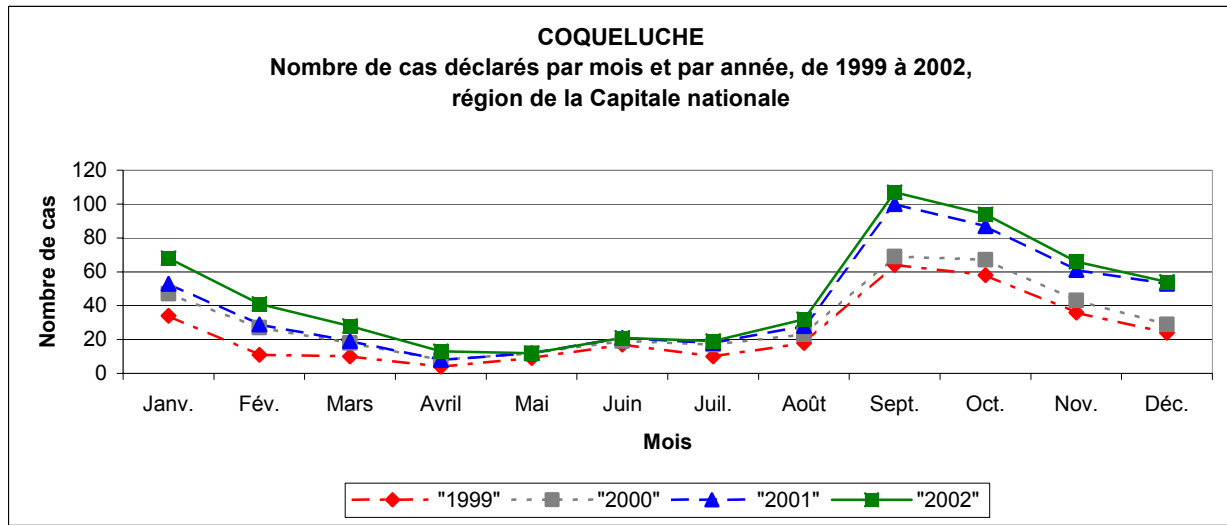
Source : Fichier central MADO.  
 Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, août 2003.  
 Population : Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

**Figure 1**



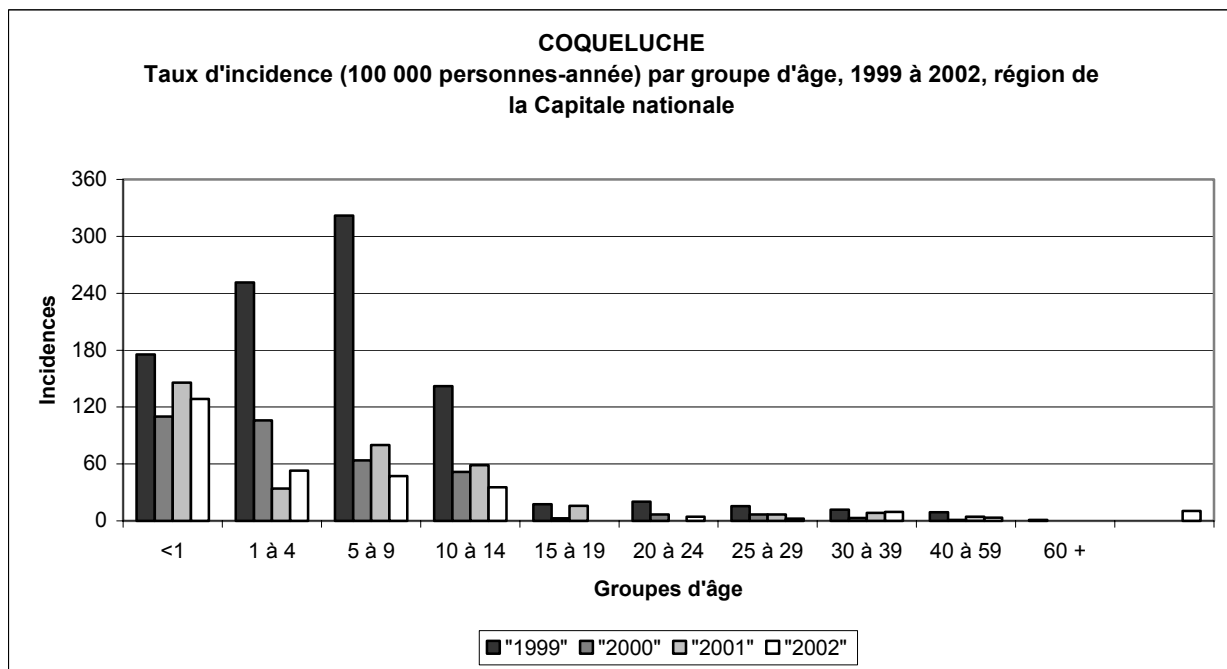
Après une diminution constante de 1994 à 1997, la coqueluche est devenue épidémique en 1998. L'incidence de la maladie est redescendue en 1999 et 2000, tant dans la province de Québec que dans la région de la Capitale nationale. Cependant, en 2001 et 2002, les taux d'incidence sont demeurés sensiblement stables.

Figure 2



Depuis au moins 4 ans, la coqueluche est en recrudescence entre les mois d'août et de décembre. Sur une base annuelle, le nombre de cas a atteint, en 2002, son niveau le plus bas depuis 10 ans (figure 3).

Figure 3



Ce graphique montre que l'incidence de la coqueluche a diminué dans tous les groupes d'âge entre 1999 et les années subséquentes, mais qu'elle demeure stable depuis 2000. L'introduction du nouveau vaccin acellulaire dans le calendrier régulier de vaccination, en 1998, a très certainement contribué à cette situation pour les moins de 10 ans ; chez les 10 ans ou plus, cette diminution est probablement due aux cycles épidémiques de la maladie.

## 2. Infections transmissibles sexuellement et par le sang

**Tableau 13 Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines maladies transmissibles sexuellement et par le sang dans la région de la Capitale nationale, de 1994 à 2002**

Maladies transmissibles Sexuellement et par le sang	ANNÉE									
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Hépatite B aiguë	6,7	6,8	3,7	6,3	2,6	2,3	2,8	2,0	2,5	
Hépatite B porteur	10,6	10,2	6,3	11,9	11,3	12,1	9,1	10,2	8,3	
Hépatite B ss préc.	7,1	2,6	5,5	0,5	0,2	0,2	0,8	0,5	0,5	
Hépatite C ss préc.	0,3	0,6	2,6	39,1	45,2	48,4	52,1	48,6	32,0	
Chlamydirose génitale	121,7	91,5	92,8	99,9	114,1	124,6	124,1	160,5	154,1	
Syphilis	2,4	0,4	0,7	0,6	0,8	0,4	0,0	0,2	0,5	
Gono. Gén.-urin.	8,9	4,4	2,6	4,0	4,3	9,6	5,7	5,7	5,7	
Sida	3,4	3,2	3,4	1,7	1,8	0,3	0,6	0,8	0,5	
VIH	-	-	-	-	-	-	-	-	3,4	

Source : Fichier central MADO.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, août 2003.

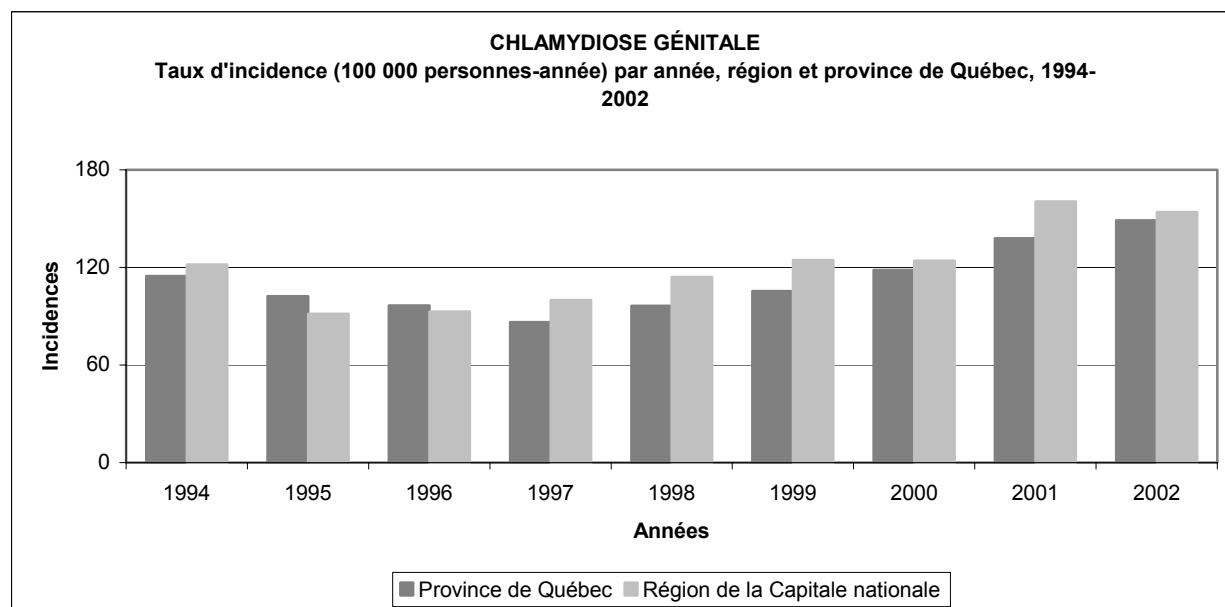
Population : Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

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

### 2.1 Maladies transmissibles sexuellement

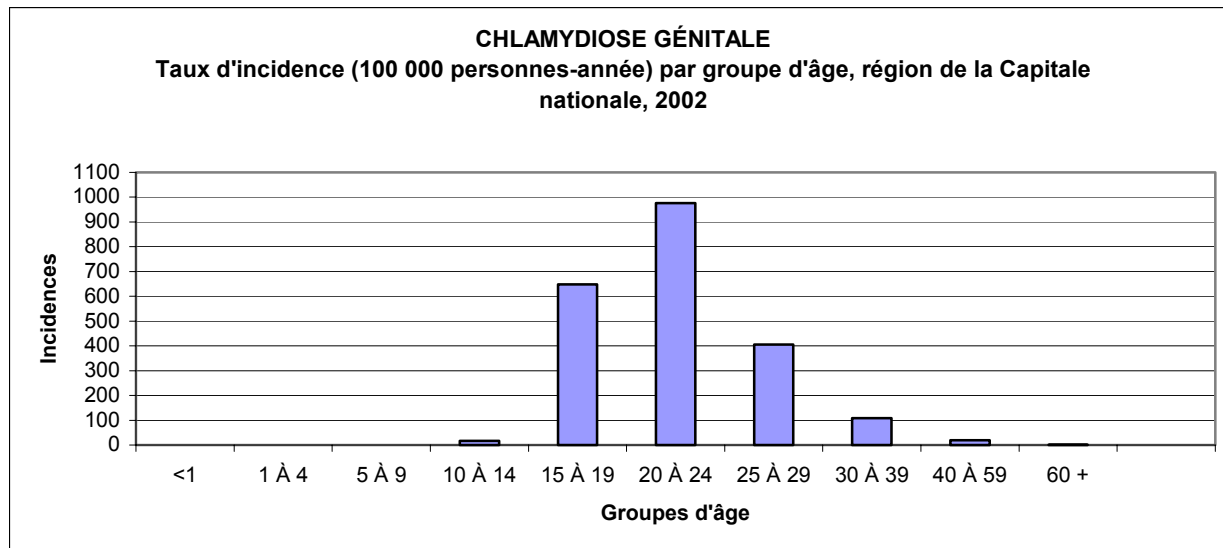
#### LA CHLAMYDIOSE

Figure 4



Le nombre de cas déclarés de chlamydie génitale est toujours important. Celui-ci était de 1 041 en 2001 et de 1 002 en 2002. La déclaration de cette maladie est constante au cours des mois.

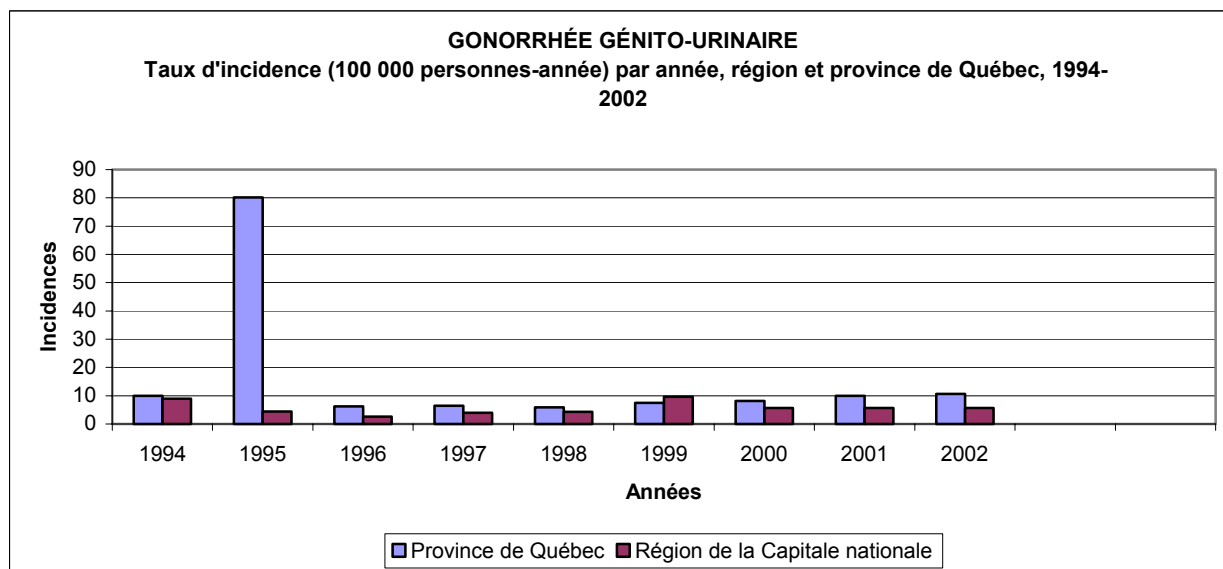
Figure 5



L'incidence est très élevée parmi 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.

### LA GONORRHÉE

Figure 6



Trente-sept cas d'infections gonococciques ont été déclarés en 2002, soit le même nombre de cas que l'année précédente. L'incidence de la gonorrhée demeure stable depuis 2000. La province enregistre en revanche une augmentation d'une année à l'autre, avec une incidence de 8,1 par 100 000 personnes-année en 2000, de 10,0 en 2001 et de 10,6 en 2002. Cette dernière année, dans la région, près du tiers des cas étaient des femmes.

## 2.2 Maladies transmissibles sexuellement et par le sang

### LE SIDA

En 2002, 3 cas de sida ont été déclarés, soit 2 de moins qu'en 2001 ; le nombre de cas varie de 2 à 5 par année depuis 1999. Ce petit nombre de cas reflète également la tendance provinciale. L'utilisation de la multithérapie retarde probablement l'évolution des symptômes vers le sida. Le fait que l'infection à VIH soit devenue à déclaration obligatoire en 2002 nous fournira un meilleur portrait de la prévalence de la maladie.

### L'HÉPATITE B

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 1 à 5 ; ce résultat reflète bien nos changements de pratique qui ont eu comme résultat la mise en place de mesures conduisant à une plus grande précision du diagnostic de la maladie.

Au niveau provincial, les cas aigus affichent une tendance à la baisse alors que les porteurs chroniques sont en nombre relativement stable. Comme en 2001, aucun cas âgé de moins de 20 ans n'a été déclaré en 2002. La majorité des cas appartenaient au groupe d'âge des 40 à 59 ans.

Figure 7

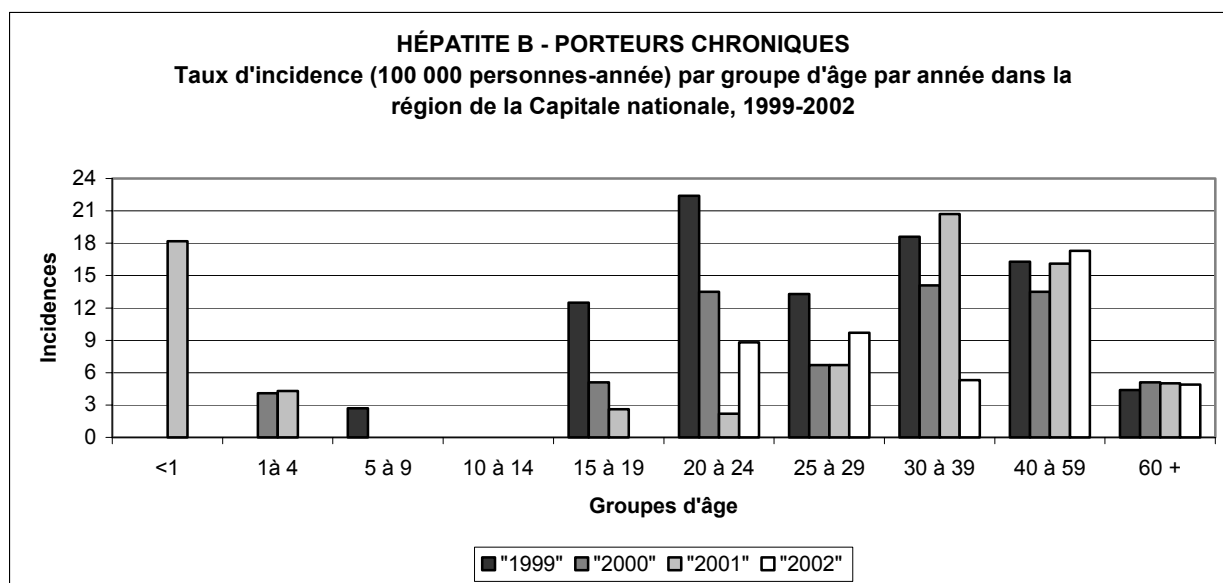
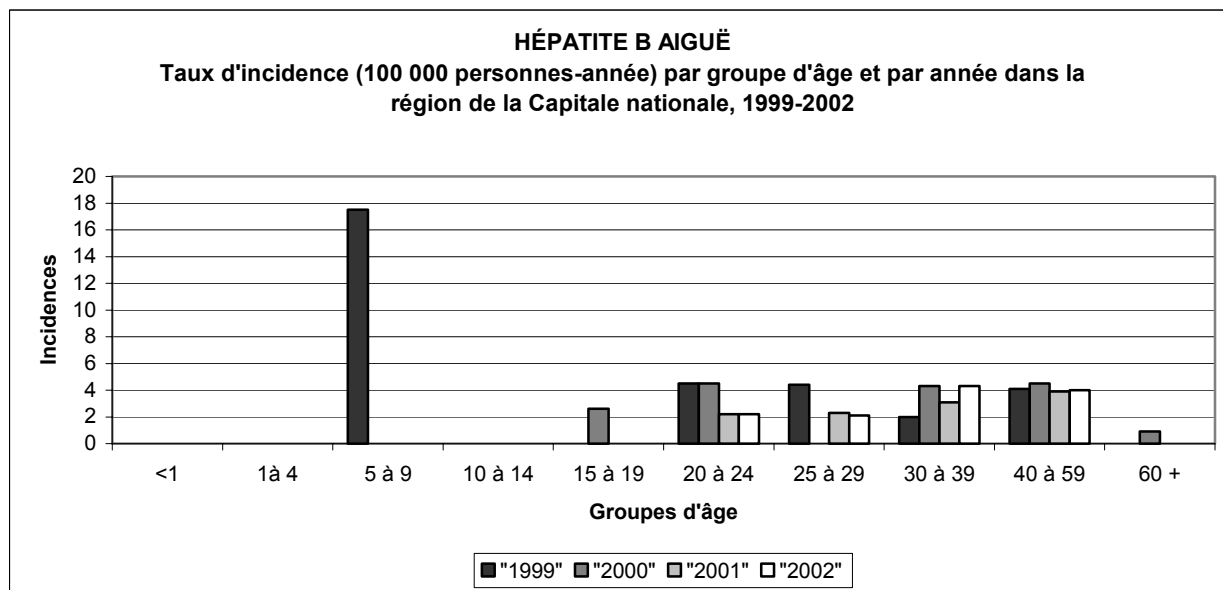


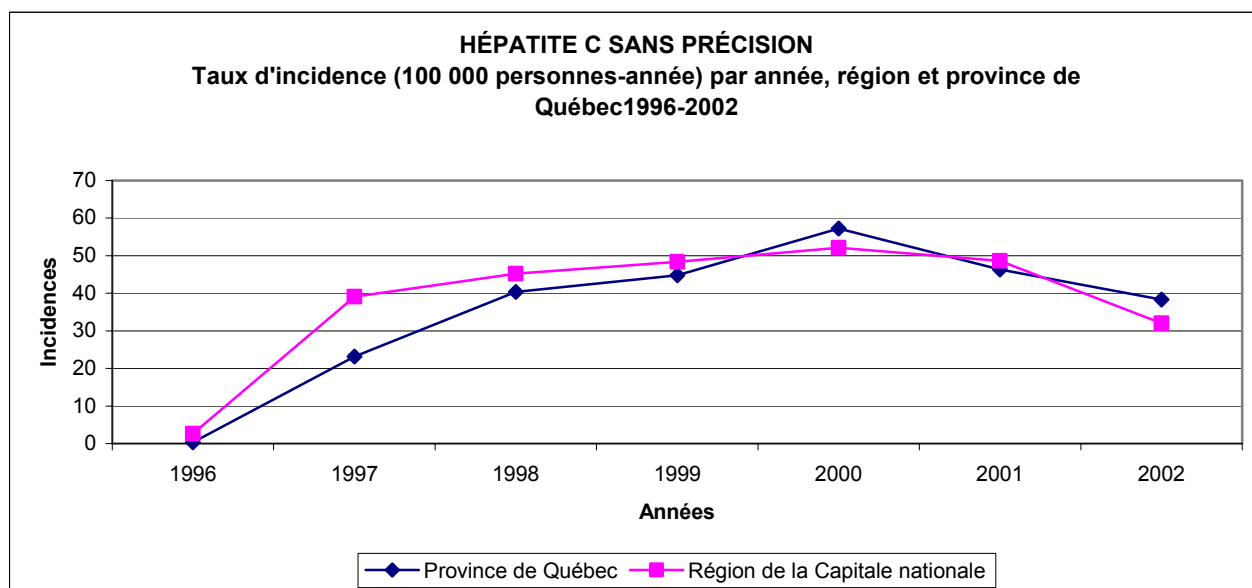
Figure 8



### 2.3 Maladies transmissibles par le sang

Dans 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 2002. La courbe épidémiologique de la maladie pour la région suit sensiblement celle de la province.

Figure 9



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 d'acquisition 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 être infectées par transfusion sanguine. Cette phase étant terminée, les cas nouvellement dépistés appartiennent en majorité à la catégorie des utilisateurs de drogues par injection.

### 3. Maladies entériques

**Tableau 14 Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines maladies entériques dans la Capitale nationale de 1994 à 2002**

Maladies entériques	ANNÉE									
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Amibiase	3,5	2,9	3,6	3,2	2,9	2,9	2,9	2,9	2,7	
Campylobactériose	35,3	35,7	40,9	46,3	44,4	37,5	36,2	32,8	34,0	
Entérite à <i>E. Coli</i>	4,2	5,0	4,4	5,0	5,0	6,0	7,3	4,6	3,5	
Entérite à <i>Yersinia e.</i>	4,5	4,6	4,3	2,2	1,9	2,0	1,9	1,6	1,9	
Giardiase	10,3	11,5	13,6	12,1	13,1	14,4	12,6	11,9	12,8	
Salmonellose	17,5	19,3	23,4	16,4	15,7	13,6	14,5	14,3	16,2	
Shigellose	4,4	4,8	4,1	6,4	3,8	2,8	6,2	4,0	2,6	
Hépatite A	3,0	6,5	8,5	7,6	2,6	2,3	1,5	1,5	1,3	

Source : Fichier central MADO.

Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, août 2003.

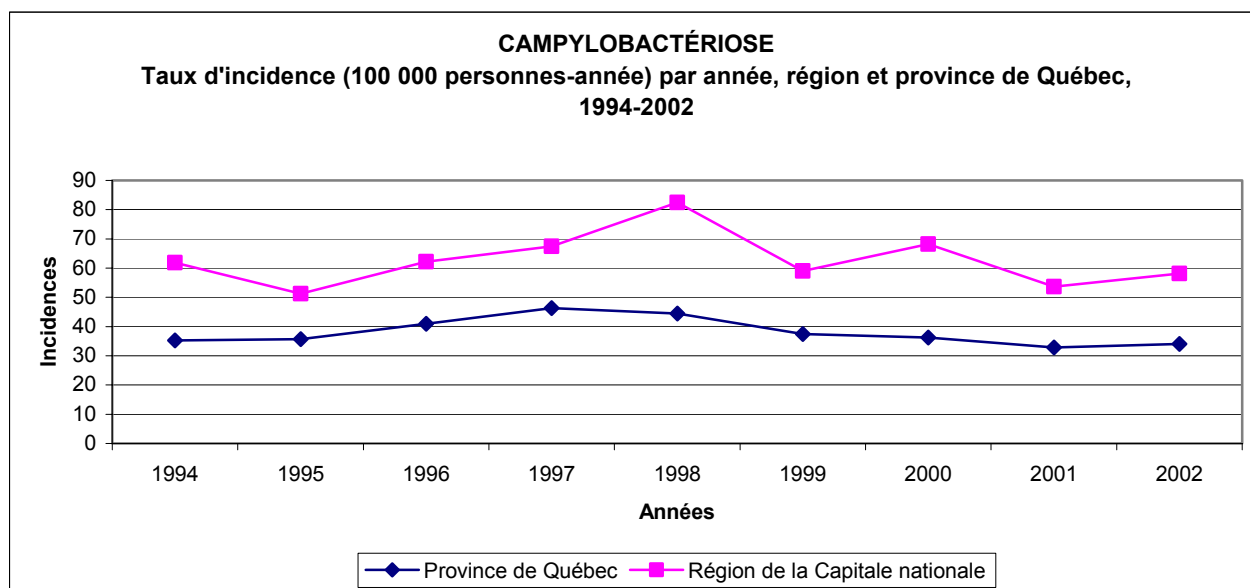
Population : Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

Les maladies entériques sont ainsi regroupées : entérites bactériennes (campylobactériose, entérite à *E. COLI*, entérite à *Yersinia*, salmonellose et shigellose), infections bactériennes (fièvre paratyphoïde), infections parasitaires (amibiase et giardiase) et infections virales.

#### 3.1 Maladies entériques bactériennes et infections bactériennes

##### LA CAMPYLOBACTÉRIOSE

**Figure 10**



La campylobactériose représente la deuxième maladie la plus déclarée après la chlamydiae. L'incidence de la campylobactériose avait légèrement augmenté entre 1995 et 1998, avec un pic d'activité plus marqué en 1998.

L'augmentation de l'incidence était moins marquée au niveau provincial. La maladie semble plus active au cours de la période estivale.

### L'ENTÉRITE À *E. COLI* O157 :H7

Figure 11

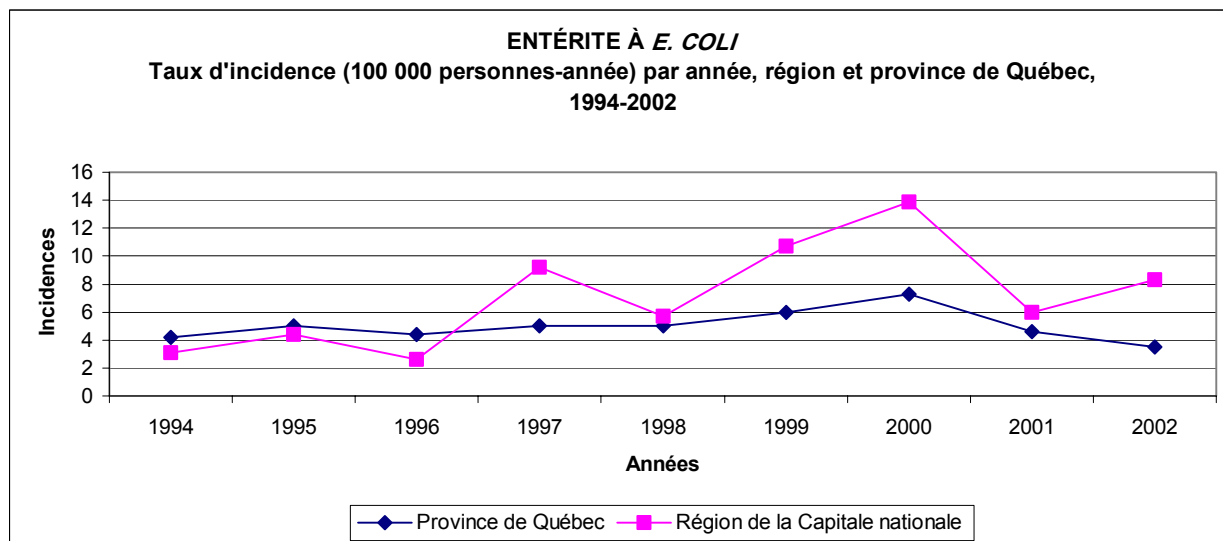
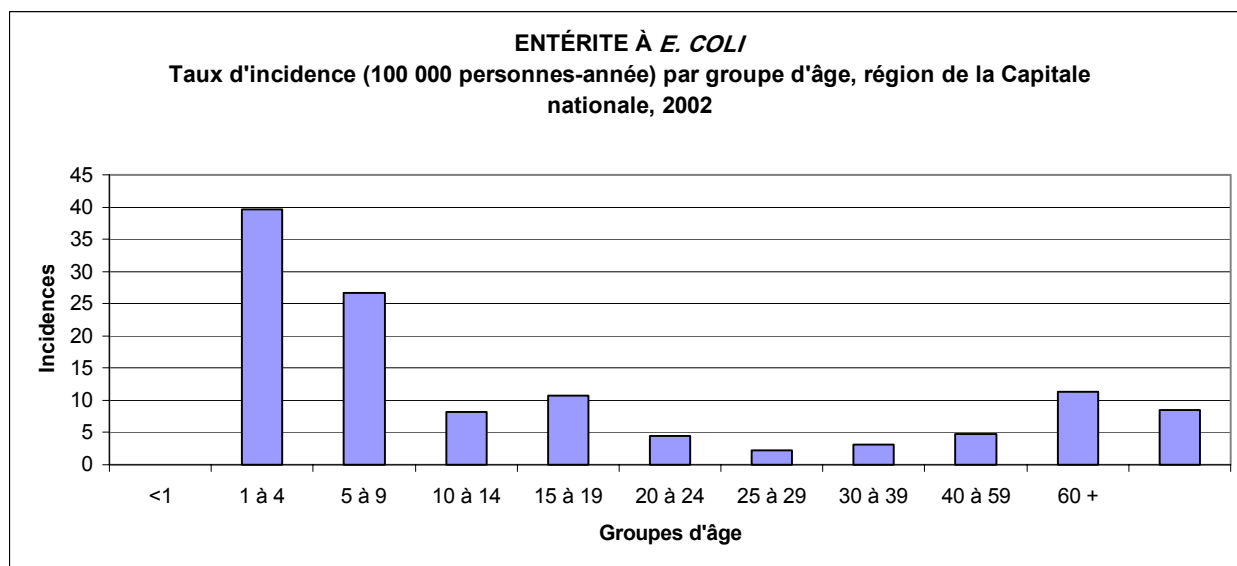
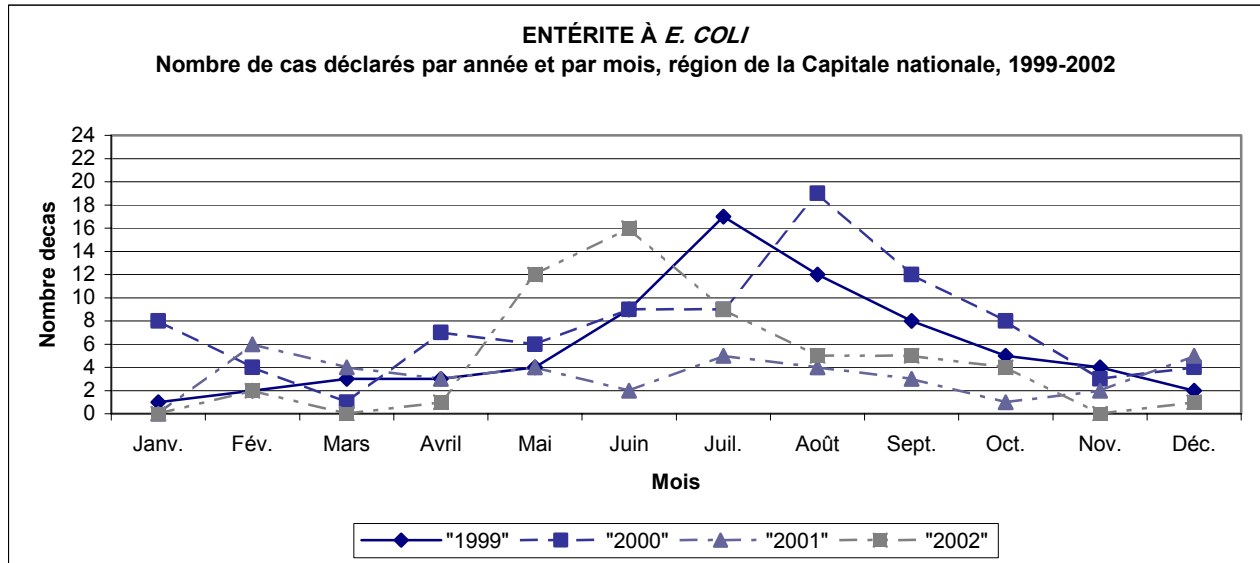


Figure 12



En 2001, l'incidence des cas de *E. COLI* O157 :H7 avait diminué dans la région de la Capitale nationale comme dans la province. Mais la région a connu une remontée en 2002, contrairement à la province dont le nombre de cas a continué à diminuer. Malgré les enquêtes effectuées, une source commune de contamination n'a pu être mise en évidence.

Figure 13



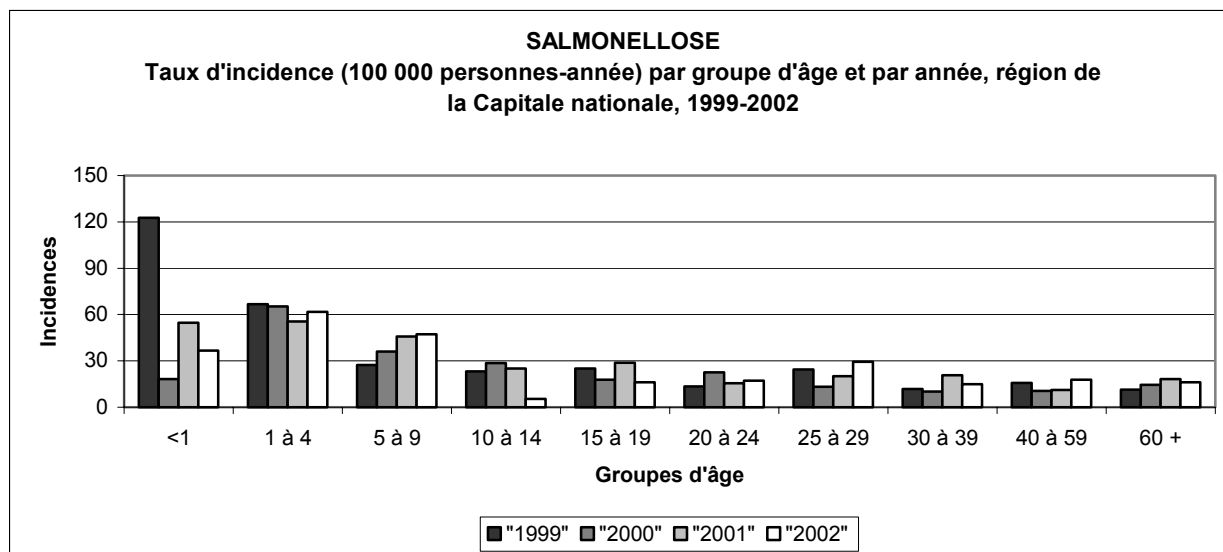
Les enquêtes permettent toutefois de constater que bon nombre de personnes consomment du bœuf haché cru ou insuffisamment cuit, et ce, malgré les campagnes d'information qui circulent chaque année dans les journaux, à la radio, à la télévision et dans les épiceries. Il est important de poursuivre nos campagnes d'information afin de contrer cette maladie.

Chaque cas déclaré fait l'objet d'une enquête épidémiologique par la DRSP et d'une enquête alimentaire par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ).

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.

## LA SALMONELLOSE

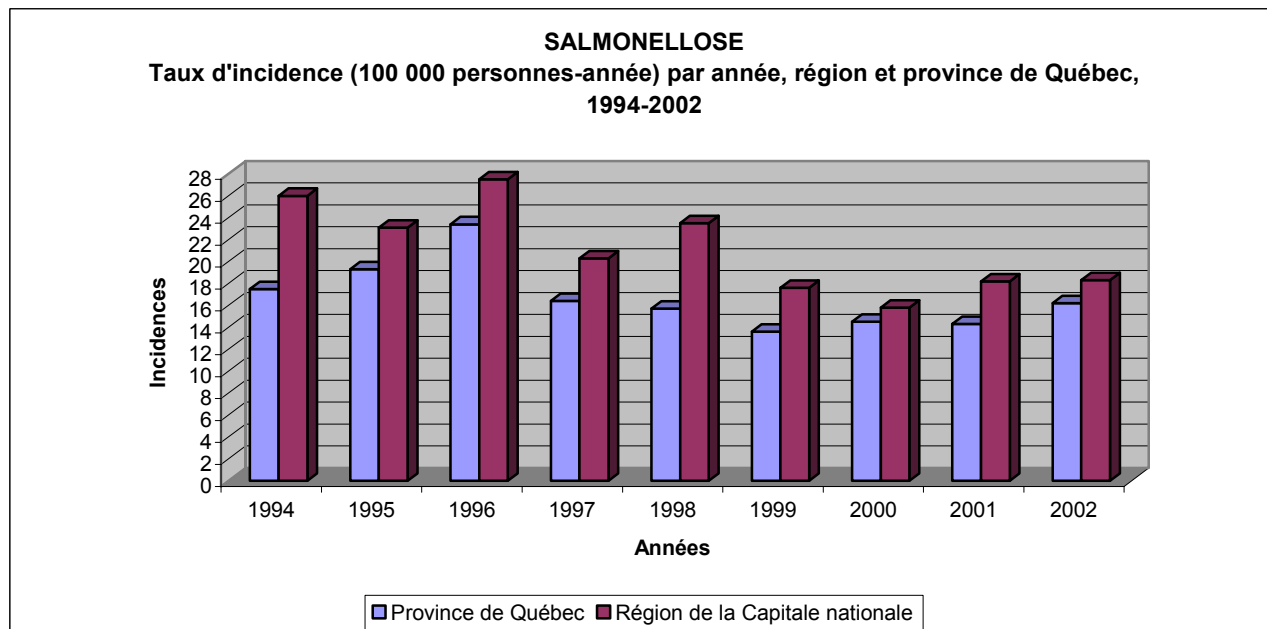
Figure 14



L'incidence de la salmonellose est relativement stable au Québec depuis 1993, et sensiblement à la baisse depuis 1999. Cent dix-huit cas ont été déclarés en 2001, et 119 en 2002. Les taux d'incidence de la région de la Capitale nationale, relativement stables depuis plusieurs années, ont toujours été légèrement supérieurs à ceux de la province.

Cette maladie affecte tous les groupes d'âge, mais très peu les enfants âgés de moins de 1 an. En 2002, les enfants de 1 à 4 ans présentent toutefois l'incidence la plus élevée, suivis des 5 à 9 ans puis 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 de santé publique. Nous enquêtons particulièrement sur 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 15



Le schéma de 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.

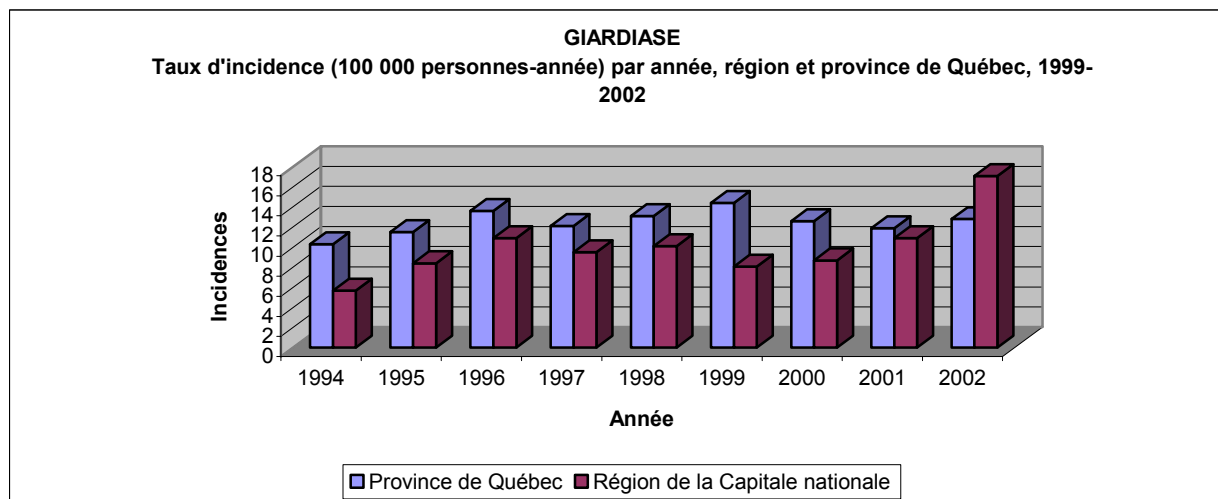
### 3.2 Infections parasitaires

#### AMIBIASE

En 2002, 19 cas d'amibiase ont été déclarés. Le nombre de cas est relativement stable depuis 10 ans, les déclarations variant de 19 à 32 annuellement.

#### GIARDIASE

Figure 16

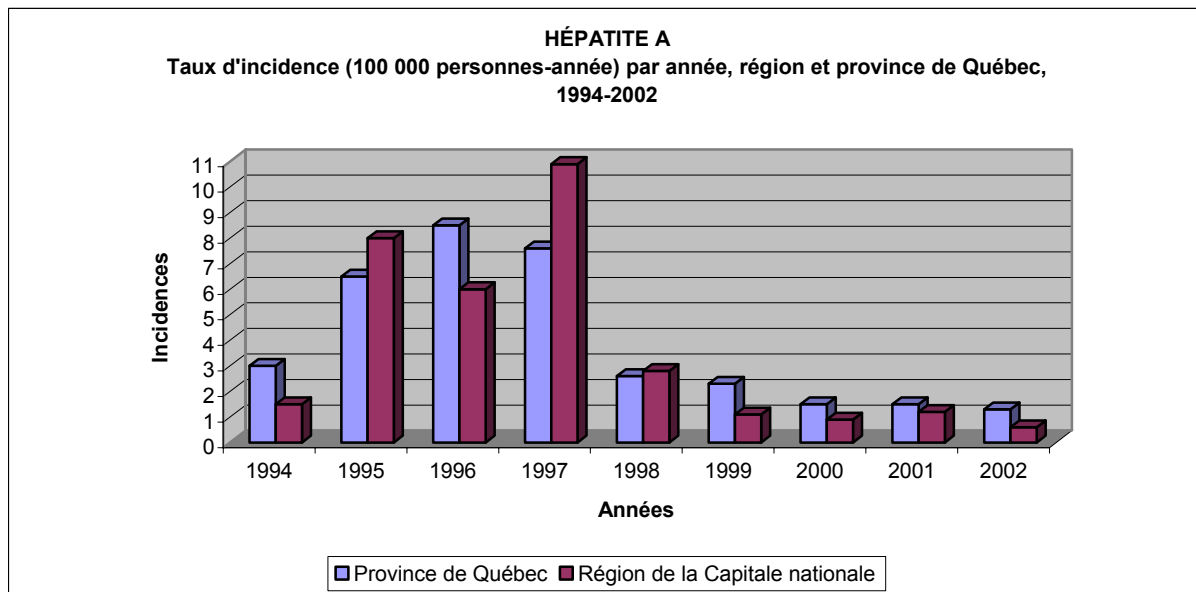


En 2002, 111 cas de giardiase ont été déclarés, ce qui représente une augmentation marquée comparativement à 2001 (71 cas). Cette augmentation s'explique par une éclosion dans un milieu de garde où une cinquantaine de cas avaient été découverts. Hormis cet événement, les taux d'incidence sont relativement stables depuis 1992. On constate également que l'incidence au niveau de la province était supérieure à celle de la région de la Capitale nationale. Les déclarations augmentent durant les mois de septembre et octobre. L'incidence est plus élevée parmi les 1 à 4 ans et les 30 à 39 ans. Les hommes sont presque aussi touchés que les femmes.

### 3.3 Infection virale

#### L'HÉPATITE A

Figure 17



En 2002, seulement 4 cas d'hépatite A ont été déclarés dans la Capitale nationale, ce qui représente 50 % de moins qu'en 2001. L'incidence des cas de notre région est inférieure à celle de la province. Cette infection a touché 3 hommes et 1 femme.

#### 4. 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), tuberculose et autres maladies. La coqueluche a été incluse dans le groupe des maladies évitables par la vaccination.

**Tableau 15 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 2002**

Maladies transmises par contact direct ou par voie respiratoire	ANNÉE									
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Infection à méningo.	1,5	1,6	0,3	0,8	0,3	0,8	0,3	4,3	1,7	
Scarlatine	23,4	8,4	12,8	8,6	8,6	12,4	21,6	11,6	9,1	
Légionellose	0,3	0,2	2,6	0,6	0,3	0,0	0,0	0,2	0,0	
Paludisme	1,9	1,14	2,3	0,9	0,8	0,7	3,0	6,2	0,9	
Tuberculose	3,9	3,6	2,3	3,5	1,8	1,4	2,2	1,4	2,6	
Strepto. A invasif	-	2,4	1,0	0,9	0,9	2,0	2,2	2,5	1,2	
<b>Strepto. Pneumo.</b>	-	-	-	8,0	9,7	7,5	8,7	12,6	8,1	

Source : Fichier central MADO.

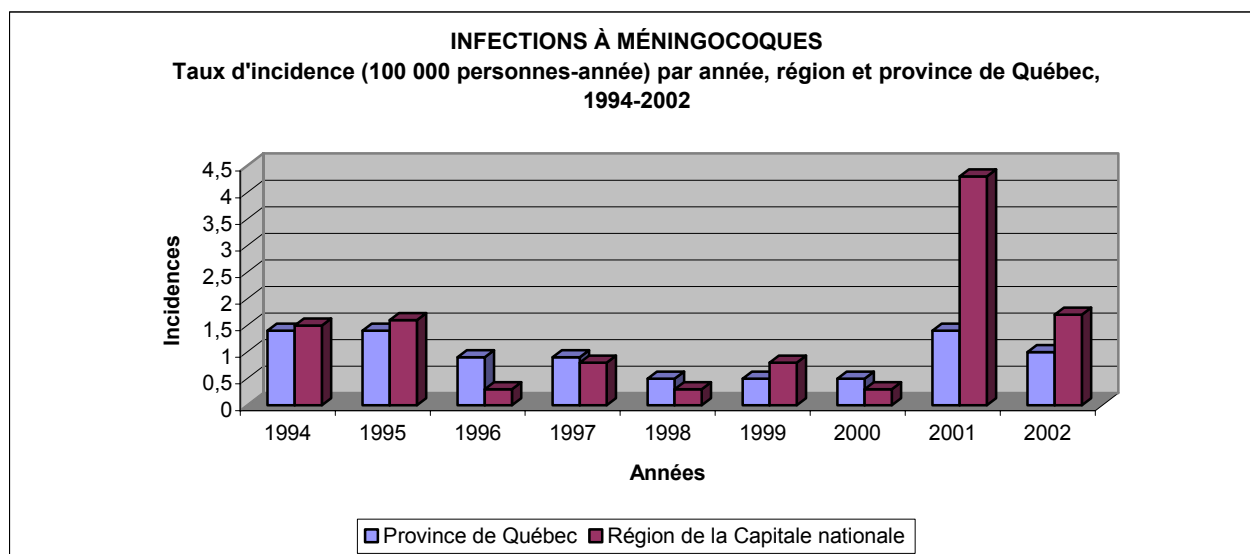
Production : Maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, août 2003.

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

#### 4.1 Infections invasives

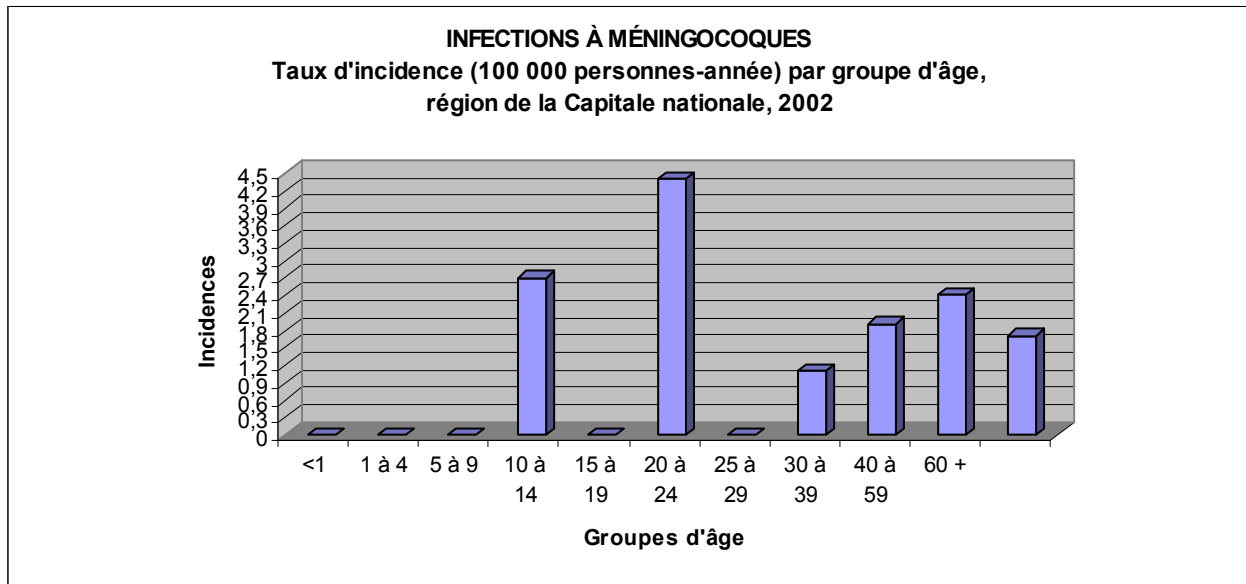
##### MÉNINGOCOQUE

Figure 18



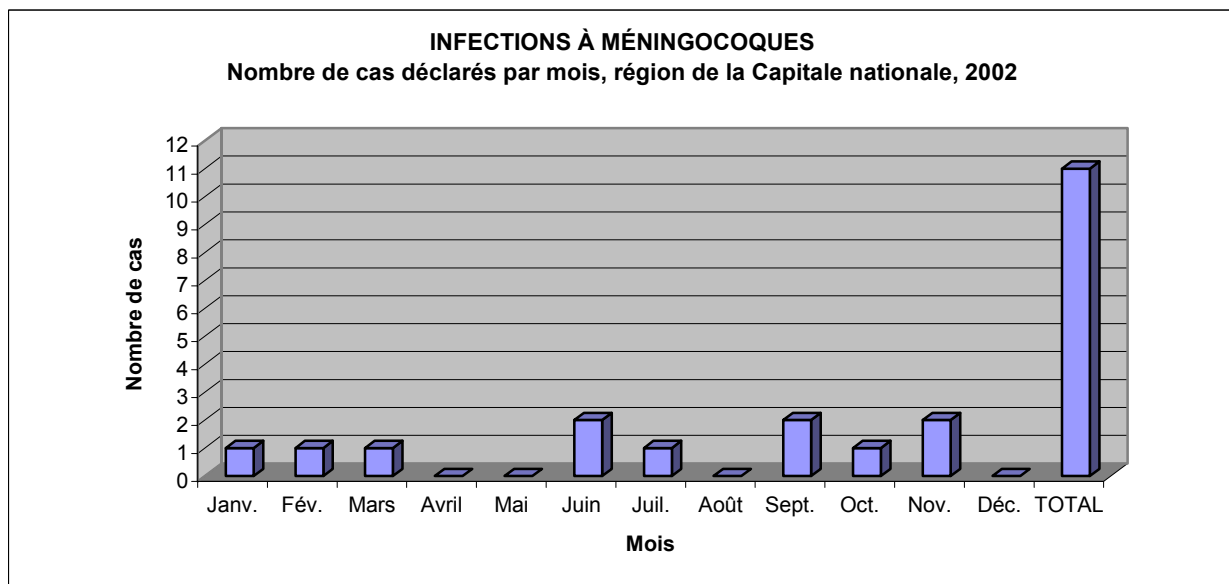
En 2002, les infections à méningocoques ont été moins nombreuses qu'en 2001 alors que s'était produite une éclosion. D'autres régions du Québec ont connu également une variation similaire. L'éclosion a pu être jugulée par une campagne de vaccination massive dans toute la province.

Figure 19



Les groupes les plus affectés par la maladie sont les 20 à 24 ans et les adolescents.

Figure 20



### **STREPTOCOQUE INVASIF**

Huit cas de streptocoque invasif du groupe A, soit la moitié moins que l'an dernier, ont été déclarés dans la région. L'incidence régionale (1,2 par 100 000 personnes-année) est inférieure à l'incidence provinciale (2,2 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.

### **PNEUMOCOQUE**

En ce qui concerne les infections à *streptocoque pneumoniae*, 53 cas (incidence de 8,1 par 100 000 personnes-année) ont été déclarés en 2002, contre 82 en 2001. L'incidence provinciale de cette infection est de 11,0 par 100 000 personnes-année. La maladie affecte la plupart des groupes d'âge, surtout aux extrémités de l'échelle. Les enfants âgés de moins de 1 an ont l'incidence la plus élevée (110,1 par 100 000 personnes-année), et sont suivis des enfants de 1 à 4 ans (53,0 par 100 000 personnes-année). Cette infection touche davantage les hommes que les femmes, dans une proportion de 2 pour 1. Actuellement, nous ne faisons pas d'enquête lorsqu'une infection à pneumocoque est déclarée.

## **4.2 Tuberculose**

En 2002, la région de la Capitale nationale a enregistré 17 déclarations de tuberculose, dont 11 hommes et 6 femmes. Douze 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.

## **5. Maladies transmissibles par vecteur**

Il s'agit essentiellement de la malaria. Vingt cas avaient été déclarés en 2000, et 39 en 2001. Ces chiffres représentaient des augmentations significatives comparativement aux années précédentes. Ces augmentations s'expliquent par l'arrivée, dans la région de la Capitale nationale, de groupes d'immigrants en provenance de camps de réfugiés africains.

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

## **6. Autres maladies infectieuses sous surveillance**

### **6.1 Morsures animales et exposition potentielle à la rage**

La Direction de santé publique reçoit régulièrement des signalements de morsure. En 2002, 78 signalements ont fait l'objet d'une enquête dans le but d'évaluer le risque d'exposition au virus de la rage et de prescrire une prophylaxie post-exposition si nécessaire. Lorsque l'animal en cause est disponible, c'est-à-dire observable en tout temps, nous le signalons à l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), Division santé animale, qui en assure l'observation.

Le contact avec une chauve-souris représente un risque particulier. En effet, le corps et les crocs de cet animal sont très petits et une morsure peut facilement passer inaperçue. La DSP a reçu également plusieurs signalements de contact avec cet animal, qui concernaient principalement des adolescents dans des cours d'école.

Plus de 58 personnes ont dû recevoir une immunisation et des immunoglobulines antirabiques en 2002. La plupart d'entre elles avaient eu un contact récent avec une chauve-souris.

## ***6.2 Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) et staphylocoques résistants à la méthicilline (SARM)***

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 provenant de personnes colonisées ou infectées sont envoyées au LSPQ. En 2002, la surveillance n'a pu être effectuée au niveau régional car la maladie n'était pas à déclaration obligatoire, et tous les hôpitaux étaient considérés comme ayant eu des cas de SARM et d'ERV.



## **CONCLUSION**

En ce qui concerne les maladies à déclaration obligatoire, l'année 2002 a été marquée par une diminution des infections invasives à méningocoques. Cette diminution montre que la vaste campagne de vaccination des jeunes âgés de 2 mois à 20 ans inclusivement, au cours du printemps 2001 dans la région de la Capitale nationale, a été efficace pour endiguer l'éclosion.

Par ailleurs, la région de la Capitale nationale se situe dans la moyenne quant au nombre de maladies infectieuses à déclaration obligatoire. Notre vigilance est l'élément de base pour assurer le contrôle des maladies infectieuses transmissibles et leur maintien au niveau le plus bas possible.

En matière de prévention, le lavage fréquent des mains demeure la mesure la plus simple, la plus efficace et la moins dispendieuse. Ainsi, les infections nosocomiales, dont le SARM et l'ERV, seront mieux contrôlées.

