

Maladies à déclaration obligatoire,
intoxications, infections
et autres événements
sous surveillance



Rapport annuel 2008

Direction régionale de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale

**MALADIES, INFECTIONS, INTOXICATIONS
ET
AUTRES MALADIES INFECTIEUSES OU ÉVÉNEMENTS SOUS SURVEILLANCE**

RAPPORT ANNUEL 2008

Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

Août 2009

Ce document est diffusé dans le site Internet de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, à l'adresse :

www.dspq.qc.ca/asp/listPublication.asp

Référence suggérée :

FRIGON, M., *et al. Maladies, infections, intoxications et autres maladies infectieuses ou événements sous surveillance : Rapport annuel 2008*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2009.

Personne à contacter pour obtenir une copie du document :

Madame Sylvie Bélanger
Centre de documentation
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9

Téléphone : 418 666-7000, poste 217

Télécopieur : 418 666-2776

Courriel : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Coût : 15,75 \$ (y compris la TPS de 0,75 \$)

Libellez votre chèque à l'ordre de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Dépôt légal :

Bibliothèque et Archives Canada, 2009

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

ISBN : 978-2-89496-417-0 (Version imprimée)

ISBN : 978-2-89496-418-7 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

RESPONSABLE DE LA RÉDACTION

Docteur Michel Frigon

Équipe Maladies infectieuses, surveillance et contrôle

AUTEURS

Docteur Christian Fortin

Équipe Maladies infectieuses, surveillance et contrôle

Docteur Michel Frigon

Équipe Maladies infectieuses, surveillance et contrôle

Docteur Denis Laliberté

Équipe Santé au travail, risques biologiques

Docteure Geneviève Tremblay

Équipe Maladies infectieuses, maladies évitables par la vaccination

Docteure Gisèle Trudeau

Équipe Maladies infectieuses, maladies évitables par la vaccination

Docteur Jasmin Villeneuve

Équipe Maladies infectieuses, surveillance et contrôle

COLLABORATEURS

Marilou Kiely, infirmière clinicienne

Équipe Maladies infectieuses, surveillance et contrôle

Manon Lefebvre, infirmière clinicienne

Équipe Maladies infectieuses, surveillance et contrôle

Stéphanie Michaud, infirmière clinicienne

Équipe Maladies infectieuses, surveillance et contrôle

Alain Paré, infirmier

Équipe Maladies infectieuses, surveillance et contrôle

Dominique Poirier, infirmière clinicienne

Équipe Maladies infectieuses, surveillance et contrôle

SOUTIEN ADMINISTRATIF

Nathalie Allemand, assistante de recherche

Équipe Maladies infectieuses

Lucie Murphy, agente administrative

Équipe Maladies infectieuses

Danièle Nollet, agente administrative

Équipe Maladies infectieuses

COORDONNATRICE

Renée Maranda-Aubut, infirmière, M.B.A.

Équipe Maladies infectieuses

PRODUCTION

Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale



CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CPE :	Centre de la petite enfance
CSST :	Commission de la santé et de la sécurité au travail
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DRSP :	Direction régionale de santé publique
DACD :	Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i>
<i>E. coli</i> :	<i>Escherichia coli</i> producteur de vérocytotoxine, ou 0157:H7
ERV :	Entérocoque résistant à la vancomycine
ESPRI :	Effets secondaires possiblement reliés à l'immunisation
Hib :	<i>Hæmophilus influenzae</i> de type b
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
IIP :	Infections invasives à pneumocoques
ISQ :	Institut de la statistique du Québec
ITSS :	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LSPQ :	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO :	Maladies à déclaration obligatoire
MAPAQ :	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MCI :	Manifestation clinique inhabituelle
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PIQ :	Protocole d'immunisation du Québec
PQI :	Programme québécois d'immunisation
SARM :	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SGB :	Syndrome de Guillain et Barré
SOR :	Syndrome oculo-respiratoire
SIDA :	Syndrome d'immunodéficience acquise
USI :	Unité de soins intensifs
TIA :	Toxi-infections alimentaires
VIH :	Virus d'immunodéficience humaine



La surveillance des maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire communément appelées MADO et des autres maladies infectieuses ou événements sous surveillance dont il est question dans ce rapport, repose sur leur déclaration ou leur signalement par les responsables des laboratoires concernés (publics et privés), par les médecins et les infirmières, et par tout autre professionnel qui a des raisons de croire que la santé de la population est menacée.

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

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

Nous voulons aussi exprimer notre reconnaissance aux infirmières en maladies infectieuses des centres de santé et de services sociaux, aux infirmières en prévention des infections dans les établissements et aux infirmières en milieux scolaires et en services de garde à l'enfance, qui nous signalent des situations susceptibles de menacer la santé de la population, ainsi qu'aux médecins et infirmières qui déclarent les manifestations cliniques inhabituelles survenant après la vaccination.

Nous nous en voudrions d'oublier nos partenaires : Héma-Québec, Québec-Transplant, les banques de tissus, les banques d'yeux et les banques de sang, Info-Santé, le Laboratoire de santé publique du Québec et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Nous adressons des remerciements tout particuliers aux autres directions régionales de santé publique pour leur précieuse collaboration.

Nous tenons enfin à remercier le personnel de bureau, le Service des communications et le Service de la documentation de la DRSP pour la production et la diffusion de ce rapport.



ABRÉVIATIONS.....	5
REMERCIEMENTS.....	7
TABLE DES MATIÈRES.....	9
LISTE DES TABLEAUX	11
LISTE DES FIGURES.....	13
RÉSUMÉ	15
INTRODUCTION.....	23
MÉTHODOLOGIE	25
A. SOURCE DES DONNÉES	25
B. ANALYSE DES DONNÉES	25
C. LIMITES DE L'ANALYSE	26
D. MISES EN GARDE	26
FAITS SAILLANTS	29
ANALYSE DESCRIPTIVE	30
A. MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION ET CIBLÉES PAR LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS D'IMMUNISATION	32
A.1. Coqueluche	33
A.2 Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i> de type b	37
A.3. Infections invasives à méningocoques.....	39
B. INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG	42
B.1. Infections transmissibles sexuellement.....	43
B.2. Infections transmissibles sexuellement et par le sang.....	48
C. MALADIES ENTÉRIQUES	52
C.1. Infection à <i>Campylobacter</i>.....	52
C.2. Entérite à <i>E. coli</i>.....	53
C.3. Salmonellose.....	55
C.4. Giardiase.....	56
C.5. Hépatite A.....	57
C.6. Listériose	58
D. MALADIES TRANSMISSIBLES PAR GOUTTELETTES OU PAR VOIE AÉRIENNE	59
D.1. Tuberculose	59
D.2. Infection invasive à streptocoques β-hémolytique du groupe A.....	60
D.3. Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>.....	61
E. AUTRES MALADIES INFECTIEUSES SOUS SURVEILLANCE	63
E.1. Morsures animales et exposition potentielle à la rage.....	63
E.2. Éclosions à entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) et à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM)	65
E.3. Diarrhée associée à <i>Clostridium difficile</i>	65
E.4. Éclosions de gastro-entérites virales	68
E.5. Toxi-infections alimentaires.....	69
E.6 Psittacose	70
E.7. Éclosions d'influenza.....	70
E.8. Manifestations cliniques inhabituelles survenant après la vaccination.....	72

F. MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE D'ORIGINE NON INFECTIEUSE	75
F.1. Intoxication par le plomb	76
F.2. Maladies liées à l'amiante	79
F.3. Intoxication par le monoxyde de carbone	79
F.4. Intoxications par des métaux autres que le plomb.....	80
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	81
ANNEXES	85
TABLEAU 19 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), CSSS DE CHARLEVOIX, 2004-2008.	86
TABLEAU 20 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), CSSS de Portneuf, 2004-2008.....	87
TABLEAU 21 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), CSSS DE QUÉBEC-NORD, 2004-2008.	89
TABLEAU 22 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE, 2004-2008.....	91
TABLEAU 23 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 1999-2008.....	93
TABLEAU 24 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, PAR GROUPES D'ÂGE, 2008.	96
TABLEAU 25 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. NOMBRE DE CAS, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, PAR MOIS, 2008.....	98
TABLEAU 26 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2008.	100
TABLEAU 27 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. NOMBRE DE CAS PAR SEXE, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2008.	102
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.....	103
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	105



Liste des tableaux

TABLEAU 1	COQUELUCHE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2008.....	33
TABLEAU 2	COQUELUCHE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), selon le groupe d'âge, région de la Capitale, 1998-2008.....	36
TABLEAU 3	COQUELUCHE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) selon le CSSS, région de la Capitale-Nationale, 2001-2008.....	36
TABLEAU 4	INFECTIONS INVASIVES À HÆMOPHILUS INFLUENZÆ. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) selon le sérotype, région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1990-2008.....	39
TABLEAU 5	INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUES. Nombre de cas selon le sérotype, région de la Capitale-Nationale, 1990-2008*.....	39
TABLEAU 6	INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG. Distribution des nombres de cas, région de la Capitale-Nationale, 2006-2007-2008.....	42
TABLEAU 7	INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1999-2008.....	43
TABLEAU 8	CHLAMYDIOSE GÉNITALE. Répartition des cas par territoire de CSSS, région de la Capitale-Nationale, 2008.....	45
TABLEAU 9	INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines infections, région de la Capitale-Nationale, 1999-2008.....	48
TABLEAU 10	HÉPATITE B. Nombre de cas selon le type d'hépatite B, région de la Capitale-Nationale, 1994-2008.....	49
TABLEAU 11	MALADIES ENTÉRIQUES. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines maladies, région de la Capitale-Nationale, 1999-2008.....	52
TABLEAU 12	INFECTIONS INVASIVES À STREPTOCOCCUS PNEUMONIÆ. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1997-2008.....	61
TABLEAU 13	DIARRHÉE ASSOCIÉE AU CLOSTRIDIUM DIFFICILE. Résultat des analyses de souche effectuées sur des échantillons de selles dans la région de la Capitale-Nationale, années 2005 à 2008.....	67
TABLEAU 14	DIARRHÉE ASSOCIÉE AU CLOSTRIDIUM DIFFICILE. Fréquence des complications au cours des 30 jours suivant le diagnostic de la maladie, région de la Capitale-Nationale et province de Québec, années 2007 et 2008.....	68
TABLEAU 15	INFLUENZA. Éclosions dans les CHSLD et dans les unités des CHSGS, région de la Capitale-Nationale, 2004-2009.....	71
TABLEAU 16	Nombre de déclarations de MCI en 2008 selon le vaccin.....	74
TABLEAU 17	Nombre de déclarations de MCI en 2008 selon la manifestation.....	74
TABLEAU 18	MADO D'ORIGINE NON INFECTIEUSE. Nombre de cas déclarés par contaminant, région de la Capitale-Nationale, 2008.....	75
TABLEAU 19	MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), CSSS de Charlevoix, 2004-2008.....	86
TABLEAU 20	MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), CSSS de Portneuf, 2004-2008.....	87
TABLEAU 21	MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), CSSS de Québec-Nord, 2004-2008.....	89

TABLEAU 22	MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), CSSS de la Vieille-Capitale, 2004-2008.	91
TABLEAU 23	MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1999-2008.	93
TABLEAU 24	MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, par groupes d'âge, 2008.	96
TABLEAU 25	MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas, région de la Capitale-Nationale, par mois, 2008.	98
TABLEAU 26	MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 2008.	100
TABLEAU 27	MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas par sexe, région de la Capitale-Nationale, 2008.	102



Liste des figures

FIGURE 1	COQUELUCHE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1990-2008.	34
FIGURE 2	COQUELUCHE. Distribution des cas selon le mois et l'année, région de la Capitale-Nationale, 2000-2008.	35
FIGURE 3	COQUELUCHE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) selon le groupe d'âge, région de la Capitale-Nationale, 1990-2008.	37
FIGURE 4	INFECTIONS INVASIVES À <i>HÆMOPHILUS INFLUENZÆ</i> de type B. Incidence (par 100 000 personnes-année) chez les jeunes de zéro à quatre ans, région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1990-2008.	38
FIGURE 5	INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUES. Incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1990-2008.	40
FIGURE 6	INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUES. Incidence (taux par 100 000 personnes-année) selon le sérotype, région de la Capitale-Nationale, 1990-2008.	41
FIGURE 7	CHLAMYDIOSE GÉNITALE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1999-2008.	44
FIGURE 8	CHLAMYDIOSE GÉNITALE. Taux d'incidence par 100 000 personnes-année par groupes d'âge, province de Québec et région de la Capitale-Nationale, 2008.	45
FIGURE 9	INFECTION GONOCOCCIQUE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1999-2008.	46
FIGURE 10	SYPHILIS CONTAGIEUSE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), province de Québec et région de la Capitale-Nationale, 1999-2008.	47
FIGURE 11	HÉPATITE B AIGÜE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) selon les groupes d'âge, province de Québec, 1990-2008.	50
FIGURE 12	HÉPATITE C SANS PRÉCISION (CHRONIQUE). Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1999-2008.	51
FIGURE 13	INFECTION À <i>CAMPYLOBACTER</i>. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1999-2008.	53
FIGURE 14	ENTÉRITE À <i>E. COLI</i>. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1999-2008.	54
FIGURE 15	ENTÉRITE À <i>E. COLI</i>. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) par groupes d'âge, région de la Capitale-Nationale, 2008.	54
FIGURE 16	ENTÉRITE À <i>E. COLI</i>. Nombre de cas déclarés par mois pour l'année 2008, région de la Capitale-Nationale.	55
FIGURE 17	SALMONELLOSE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1999-2008.	56
FIGURE 18	GIARDIASE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1999-2008.	57
FIGURE 19	HÉPATITE A. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1999-2008.	57
FIGURE 20	Listériose Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1999-2008.	58

FIGURE 21	TUBERCULOSE. Nombre de cas par année et incidence, région de la Capitale-Nationale, de 1998 à 2008.	59
FIGURE 22	TUBERCULOSE. Nombre de cas et taux d'incidence par groupes d'âge, région de la Capitale-Nationale, année 2008.	60
FIGURE 23	INFECTION INVASIVE À STREPTOCOQUES DU GROUPE A. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1999-2008.	61
FIGURE 24	INFECTIONS INVASIVES À <i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE</i> . Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1997-2008.	62
FIGURE 25	INFECTIONS INVASIVES À <i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE</i> . Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) chez les moins de cinq ans et chez les 65 ans ou plus, région de la Capitale-Nationale, 1997-2008.	63
FIGURE 26	MORSURES ANIMALES. Nombre de signalements par mois, région de la Capitale-Nationale, 2007-2008.	64
FIGURE 27	DIARRHÉE ASSOCIÉE AU <i>CLOSTRIDIUM DIFFICILE</i> . Incidence par 10 000 personnes-jours selon les périodes administratives, région de la Capitale-Nationale et province de Québec, année 2008.	66
FIGURE 28	ÉCLOSIONS DE GASTRO-ENTÉRITES VIRALES. Répartition par mois des éclosions, région de la Capitale-Nationale, années 2007 et 2008.	69
FIGURE 29	PLOMBÉMIE. Évolution de la proportion (%) des plombémies inférieures à 1 µmol/L déclarées à la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale	77
FIGURE 30	PLOMBÉMIE. Évolution de la médiane des plombémies déclarées à la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale	78
FIGURE 31	PLOMBÉMIE. Répartition des plombémies déclarées à la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, par secteur d'activité	78



Portrait des déclarations

Au 24 février 2009, la Direction de santé publique avait reçu 2482 déclarations de MADO d'origine infectieuse pour 2008, ce qui représente une augmentation de 16 % par rapport à 2007. La proportion des déclarations de la région comparativement à celles de la province pour 2008 est identique à celle de 2007, soit 8,7 %.

Enquêtes épidémiologiques

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

Des 2482 déclarations de maladies infectieuses, 405 ont fait l'objet d'une enquête épidémiologique, soit 16% de tous les cas de MADO d'origine infectieuse. Ce nombre ne diffère pas de façon significative par rapport à 2007 (411 cas). Tous les cas de ces maladies (infection à *E. coli*, infection gonococcique, infection à streptocoques du groupe A, malaria, hépatite A, infection à méningocoques, coqueluche, etc) font l'objet d'une enquête épidémiologique. D'autres maladies ont connu une baisse, mais elles ne font pas l'objet d'une enquête ou, lorsqu'elles en font l'objet, l'enquête vise seulement certains groupes d'âge (par exemple, les moins de cinq ans).

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

Finalement, du côté de la biovigilance, 289 cas ont fait l'objet d'une recherche de don ou de réception de sang ou de produits sanguins, de cellules, de tissus ou d'organes, ce qui représente une augmentation de 45% par rapport à 2007. La biovigilance nécessite non seulement des contacts avec les médecins ou avec les cas eux-mêmes, mais aussi avec les différents établissements concernés. Elle contribue à améliorer la sécurité du système du sang.

Maladies évitables par la vaccination et ciblées par le programme québécois d'immunisation

Dans la région, les maladies évitables par la vaccination de base demeurent à des taux très faibles. Plusieurs de ces infections ont connu une baisse à la suite de l'introduction de nouveaux vaccins dans le Programme d'immunisation du Québec. Cette diminution est particulièrement marquée pour l'hépatite B aiguë, la coqueluche, les infections à méningocoques de sérogroupe C ainsi que pour les infections invasives à pneumocoques causées par les sérotypes inclus dans le vaccin aux nourrissons (IIP) chez les moins de cinq ans. Lors de l'introduction de la composante acellulaire dans le vaccin contre la coqueluche en 1998, le nombre de cas annuel est passé de 596 à 70 en 2008.

Manifestations cliniques inhabituelles survenant après la vaccination

Le rapport annuel 2008 présente pour la première fois un bilan des signalements des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) survenant après la vaccination. En vertu de la Loi sur la santé publique, les médecins et les infirmières qui constatent une MCI temporellement associée à une vaccination et qui soupçonnent un lien avec le vaccin doivent la déclarer au directeur de santé publique.

Ce programme permet de détecter des signaux, c'est-à-dire tout changement significatif dans l'incidence des manifestations cliniques postvaccinales en vue de prendre les mesures appropriées. Il n'a pas pour objectif d'établir la causalité.

En 2008, 368 633 doses de vaccins ont été distribuées gratuitement pour le programme public et 99 MCI ont été déclarées, ce qui donne un taux de 26,9/100 000 doses distribuées. On n'a noté aucune situation inhabituelle dans le nombre ou le type de MCI déclarées comparativement à la province ou aux années antérieures. Le nouveau programme de vaccination contre le virus du papillome humain a amené plusieurs signalements ce qui est attendu avec les nouveaux programmes.

Maladies transmissibles par gouttelettes ou par voie aérienne

Pour les maladies transmissibles par gouttelettes, par voie aérienne ou par vecteur, les infections à streptocoques du groupe A ont connu une légère diminution de 2007 à 2008, passant de 29 à 24 cas. Les cas de tuberculose ont presque doublé de 5 à 9 cas de 2007 à 2008. Pour le nombre de cas de malaria, après une chute de 7 à 1 cas de 2005 à 2006, il est remonté à 9 en 2007 pour redescendre à 4 cas en 2008; ces variations peuvent être attribuables à celles observées en immigration. Finalement, il est intéressant de mentionner que la région avait connu son premier cas de maladie de Creutzfeldt-Jakob en 2006 et qu'un deuxième cas a été déclaré en 2007 et 2 en 2008. Aucun cas d'infection au virus du Nil occidental n'a été déclaré.

Éclosions

1. Gastro-entérites virales

Pour l'année 2008, 66 épisodes ont été déclarés à la DSP, dont la majorité, soit 46 (69,7%), sont survenus dans des établissements de soins (CHSGS, CHSLD, résidences pour personnes âgées). Les autres épisodes (20) sont survenus dans des garderies, des CPE et des écoles.

Dans la majorité de ces éclosions (93,9%), l'agent causal n'a pas été trouvé, soit parce qu'il n'y a pas eu de prélèvement effectué, soit parce que les résultats sont revenus négatifs. Lorsqu'un agent pathogène est trouvé, il s'agit surtout de Norovirus (4,5%) ou de Rotavirus (1,5%).

2. Influenza (grippe)

Les éclosions déclarées à la Direction de santé publique sont celles qui surviennent dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou dans des unités des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Pour la saison 2008-2009, 12 éclosions d'influenza ont été déclarées à la DSP, dont 7 de type A, 4 de type B et une de type A et B; toutes sont survenues dans des CHSLD. Cette saison, on observait à nouveau l'absence de concordance entre la souche vaccinale de type B et la souche circulante qui a contribué à la survenue des éclosions associées à ce type d'influenza.

Morsures animales

Les morsures animales sont très fréquentes, surtout en période estivale. En 2008, la DSP a reçu 129 signalements de morsures animales, soit 107 (45%) de moins qu'en 2007. Cette diminution importante peut être attribuable à l'application d'un nouvel algorithme d'aide à la décision qui restreint la définition d'exposition significative aux chauves-souris essentiellement.

Les signalements touchaient au total 129 personnes, dont 97 adultes, 15 enfants (0 à 11 ans) et 17 adolescents (12 à 17 ans). Des 129 personnes touchées, 29 (23%) ont reçu une recommandation d'obtenir une vaccination prophylactique post exposition contre la rage.

Les animaux en cause sont les chiens (52% des signalements), les chats (22,5%), les chauves-souris (15,5%), les singes (4), et plus rarement, les ratons laveurs (2 cas), les rats (2), un hibou, un serpent et un renard. Aucun des animaux analysés (11) n'était porteur du virus de la rage.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang

Le nombre des déclarations des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) a augmenté de 16% (1466 cas en 2007 et 1689 en 2008).

Les principales infections transmissibles presque exclusivement par relations sexuelles (gonorrhée, chlamydie génitale et syphilis) représentent 59% de toutes les MADO déclarées en 2008, ce qui est comparable à la situation de 2007 en terme de représentation.

Les chlamydioses génitales ont atteint un plateau depuis 2004 et demeurent nombreuses depuis ce temps. Elles ont connu une hausse en 2008, passant de 1209 en 2007 à 1324 cas. Le taux d'incidence régionale est légèrement plus élevé que le taux moyen provincial, et ce, de façon constante depuis 10 ans, à l'exception de 2001 où le taux était légèrement plus faible. L'année 2008 constitue véritablement un record.

L'année 2008 constitue un record également quant au taux régional d'infection gonococcique (14,3 par 100 000 p-a) qui demeure quand même en-deçà du taux provincial (21,5 par 100 000 p-a).

La syphilis contagieuse a augmenté de façon importante en 2008 avec plus de 2 fois plus de cas qu'en 2007 (25 et 11 cas respectivement). On retrouve 24 hommes pour une femme. Le risque le plus fréquent pour les hommes est celui associés aux relations sexuelles avec d'autres hommes.

Les cas d'hépatite B (aiguës et chroniques) ont augmenté, passant de 41 en 2007 à 61 en 2008. Le nombre de cas d'hépatite B aiguë a commencé à diminuer en 2004 pour atteindre son niveau le plus bas en 2006 (deux cas), mais avec une légère remontée en 2007 et 2008 (cinq et six cas). Le nombre de cas d'hépatite B chronique (porteur) a augmenté également et ce, de façon plus importante que l'hépatite B aiguë. Également, le nombre de cas d'hépatite C chronique a augmenté, passant de 114 à 159 respectivement.

Maladies entériques

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

Infections nosocomiales

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

Contrairement aux années antérieures, 3 éclosions de porteurs d'ERV ont été déclarées dans 3 établissements différents de soins de courte durée.

Depuis quelques années, les souches de SARM contractées dans la plupart des centres hospitaliers régionaux (SARM-AH) sont considérées comme endémiques. Cependant, seules les éclosions d'infections dans les CHSLD sont à déclaration obligatoire et il n'y en a pas eu en 2008. Le SARM acquis en communauté (SARM-AC) continue de faire l'objet d'une surveillance locale par le personnel des centres hospitaliers, et une éclosion touchant les membres d'une équipe sportive a été déclarée.

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

Pour l'année 2008¹, 501 cas de DACD d'origine nosocomiale ont été rapportés par les responsables des hôpitaux régionaux participants. Il s'agit d'une diminution de 141 cas (22%) en comparaison avec l'année 2007. Cependant, une augmentation des taux est notée vers la fin de 2008 (novembre – décembre). Les causes en sont variées et diffèrent d'un hôpital à l'autre.

¹ Soit du 6 janvier 2008 au 3 janvier 2009.

Maladies à déclaration obligatoire d'origine non infectieuse

Les données recueillies en 2008 sur les MADO non infectieuses permettent de mettre en lumière certains éléments :

1. Intoxication au plomb

Le nombre brut d'intoxications par le plomb déclarées a diminué en 2008, comparativement à 2007, ce qui s'explique par une surveillance médicale réduite dans certains secteurs d'activités qui n'ont pas été retenus prioritaires en 2008. Le niveau global de la plombémie des intoxications observées en 2008 semble assez semblable à celui de 2007, mais plus faible que celui des années précédentes. De plus, la proportion des plombémies supérieures à 1,25 $\mu\text{mol/L}$ a régressé en 2008, bien qu'il faut être prudent au niveau de l'interprétation en raison des petits nombres bruts d'intoxication, derrière les mesures en pourcentage.

2. Maladies liées à l'amiante

Les maladies liées à l'amiante ont représenté en 2008 plus de 15 % des maladies chimiques à déclaration obligatoire chez des résidents de la région de la Capitale-Nationale. Ces maladies, très majoritairement des cas d'amiantose, découlent d'une exposition à l'amiante acquise pendant plusieurs années et il demeure donc pertinent de s'assurer pour chaque MADO que le niveau d'exposition ayant conduit à l'apparition de la maladie est maintenant bien contrôlé. De plus, le secteur de la construction est celui qui est le plus touché par les maladies professionnelles liées à l'amiante.

3. Intoxication au monoxyde de carbone

Les intoxications graves au monoxyde de carbone continuent de survenir dans la région de la Capitale-Nationale. Même si leur nombre ne semble pas très important, il faut rappeler que les cas d'intoxication moins sévères au CO sont sous-déclarés de sorte que la DSP ne reçoit que les cas les plus sévères ayant été traités en chambre hyperbare; ceci donne un aperçu partiel du nombre réel d'intoxications au monoxyde de carbone survenant sur le territoire.

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

Conclusion

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



Ce rapport porte sur différentes maladies ou situations pour lesquelles la Direction de santé publique assure une surveillance ou est appelée à mener une intervention de santé publique. Il s'agit de maladies (infections ou intoxications) et d'éclotions dites à déclaration obligatoire (MADO) ou non (ex. : écloson d'influenza) ou faisant l'objet d'une surveillance organisée (ex. : *Clostridium difficile*). À ces maladies s'ajoutent les manifestations cliniques inhabituelles survenant après la vaccination, dont la surveillance est également bien structurée. Enfin, on trouvera dans ce rapport un aperçu des signalements de morsures animales qui visent à prévenir une MADO grave, la rage.

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

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

En vertu de la Loi sur la santé publique, les médecins traitants et les directeurs de laboratoire ont l'obligation de déclarer au directeur de santé publique les maladies infectieuses mentionnées dans ces listes et les intoxications par des agents chimiques.

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

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

Enfin est présenté, pour la première fois cette année, un bilan des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) survenant après la vaccination. Les MCI sont signalées dans le cadre du programme de surveillance provincial « Effets secondaires possiblement reliés à l'immunisation » (ESPRI). En vertu de la Loi sur la santé publique, les médecins et les infirmières qui constatent une MCI temporellement associée à une vaccination et qui soupçonnent un lien avec le vaccin doivent la déclarer au directeur de santé publique.



A. SOURCE DES DONNÉES

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

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

Les données sur les MCI sont celles déclarées à la Direction de santé publique en 2008. Les données proviennent du fichier informatisé ESPRI qui est lui aussi géré par le LSPQ. Depuis 2003, ces données sont traitées par le Bureau de surveillance et de vigilance (BSV) du ministère de la Santé et des Services sociaux pour en faciliter l'analyse. Le dénominateur utilisé est le nombre de doses de vaccins distribués gratuitement aux vacinateurs de la région pour le programme public.

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

B. ANALYSE DES DONNÉES

Les données pour l'année 2008 ont été extraites du fichier central des MADO au mois de février 2009. Ces données sont présentées en annexe. Les données démographiques pour

les calculs des taux d'incidence sont celles du MSSS (2005). Elles sont diffusées à l'adresse Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-407-01.pdf>.

Le nombre annuel de MCI déclarées étant limité, seule l'analyse régionale est faite.

C. LIMITES DE L'ANALYSE

Le rapport est le reflet de toutes les déclarations des MADO et des principaux événements sous surveillance. Certains cas peuvent avoir échappé à la déclaration; ainsi, le nombre réel de cas est probablement plus élevé, tant dans la région que dans la province. Le rapport permet toutefois de dégager des tendances et de suivre l'évolution des maladies et événements à déclarer et à surveiller.

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

Les taux sont bruts et n'ont pas été standardisés pour l'âge, ce qui peut rendre la comparaison des résultats hasardeuse. Par exemple, un district où des maladies touchent davantage des groupes d'âge qui constituent une part plus importante de la population paraîtra plus touché.

Même si la plupart des cas déclarés font l'objet d'une enquête épidémiologique en vue d'une intervention, certaines maladies ne sont déclarées que dans un but de surveillance et ne requièrent donc pas d'enquête. Des données sont donc absentes pour ces maladies qui ne seront alors pas considérées dans les analyses. Les tendances peuvent être suivies dans le temps en fonction de certaines caractéristiques (comme l'âge) ou de facteurs saisonniers et géographiques, mais ces données ne nous renseignent pas sur les facteurs de risque qui prédisposent une personne à contracter l'une ou l'autre de ces maladies.

D. MISES EN GARDE

Les éléments ci-dessous doivent être pris en compte.

1. Il est possible que certaines MADO soient absentes du rapport, car seules celles pour lesquelles il y a eu déclaration dans la région y figurent. Par exemple, si aucun cas d'amiantose n'a été déclaré, cette maladie n'apparaît pas dans le rapport.

2. Une analyse n'a été faite que pour les MADO et autres événements sous surveillance dont des critères de gravité, de nombre ou de résultat d'intervention le justifient (ex. : l'effet de la vaccination sur la rougeole ou les morsures animales).
3. Les catégories de regroupement des maladies ne sont pas mutuellement exclusives. Les maladies ont été regroupées surtout selon la similarité des modes de transmission.
4. Le fichier MADO étant un fichier dynamique, c'est-à-dire que des ajouts, des retraites ou des précisions y sont faits constamment, et ce, même rétrospectivement, il peut arriver que les totaux des années antérieures varient d'un rapport à l'autre.
5. Les totaux d'une même année peuvent différer selon les documents consultés en raison de la variation des dates d'extraction des données du fichier.
6. Le programme ESPRI recueille des informations sur les MCI qui se produisent après une vaccination. Le fait de retenir une situation clinique comme étant une MCI signifie que la manifestation est survenue après la vaccination (relation temporelle) sans pour autant signifier que le vaccin en est la cause. Établir la causalité est complexe et dépasse le cadre de ce programme. Les manifestations cliniques clairement attribuables à une infection ou à une autre étiologie concomitante ne sont pas retenues.



MADO

Dans la région de la Capitale-Nationale, 2482 cas de MADO d'origine infectieuse ont été déclarés à la Direction régionale de santé publique. En général, les taux d'incidence dans la région sont comparables à ceux de la province de Québec. Toutefois, on trouve des différences relativement importantes entre certaines maladies. Ainsi, le taux d'incidence de l'hépatite B sans précision est de 0,1² pour la région et de 4,6 pour la province. Les taux d'incidence de l'infection gonococcique sont de 14,3 et de 21,5 respectivement, alors que ceux de la syphilis contagieuse sont de 3,7 et de 4,5 respectivement. Inversement, le taux d'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* est de 197,0 dans la région et de 195,4 dans la province, et l'incidence de l'infection à *Campylobacter* est de 44,9 dans la région et de 31,4 dans la province.

De façon générale, on constate :

- **une diminution :**
 - de l'incidence de la coqueluche depuis 1998,
 - de l'incidence de l'hépatite B aiguë depuis 1994,
 - du nombre de déclarations de porteurs du virus de l'hépatite B de 1994 à 2007;
 - de l'incidence des infections invasives à pneumocoques chez les moins de 5 ans depuis 2005,
 - de l'incidence de la listériose depuis 2004,
 - de l'incidence de l'infection à *Plasmodium* (malaria),
 - de l'incidence de l'infection invasive à *Hæmophilus influenzae* de type b;

- **une augmentation :**
 - de l'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*,
 - du nombre de cas d'hépatite C sans précision,
 - de l'incidence de l'infection à *Campylobacter*,

1. Tous les taux d'incidence sont pour 100 000 personnes par année (personnes-années), sauf indication contraire.

- de l'incidence de la syphilis contagieuse,
 - de l'incidence de l'infection gonococcique depuis 2004,
 - de l'incidence de la tuberculose par rapport à 2007,
 - du nombre de porteurs du virus de l'hépatite B en 2008,
 - de l'incidence des infections invasives à pneumocoques (*Streptococcus pneumoniae*) dans la population en général.
- **une stabilisation :**
- de l'incidence des infections invasives à méningocoques depuis 2002, tous sérogroupes confondus,
 - de l'incidence de l'hépatite A en 2007;
- **l'absence :**
- de chancre mou,
 - de fièvre typhoïde,
 - d'infection par le virus du Nil occidental,
 - de lymphogranulomatose vénérienne,
 - de rougeole, de rubéole et de tétanos depuis 1997,
 - de diphtérie, de poliomyélite et de rubéole congénitale,
 - d'oreillons en 2008 (de 0 à 1 cas par année depuis 1997),
 - de l'infection invasive à méningocoques de séro groupe C chez les jeunes vaccinés depuis 2001,
 - de l'infection invasive à *Hæmophilus influenzae* de type b chez les moins de 5 ans depuis 2000,
 - de l'hépatite B aiguë dans les cohortes de jeunes vaccinés (c'est-à-dire âgés de 10 à 25 ans).

ANALYSE DESCRIPTIVE

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

- maladies évitables par la vaccination et ciblées par le Programme québécois d'immunisation;
- infections transmissibles sexuellement et par le sang;
- maladies entériques;
- maladies transmissibles par gouttelettes ou par voie aérienne;

- maladies transmissibles par vecteur;
- éclosions;
- maladies à déclaration obligatoire d'origine non infectieuse (exposition environnementale ou professionnelle);
- autres maladies infectieuses ou événements sous surveillance.

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

Enfin, pour la première fois cette année, un chapitre est consacré au programme de surveillance des manifestations cliniques inhabituelles survenant après la vaccination.

A. MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION ET CIBLÉES PAR LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS D'IMMUNISATION

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

- Les maladies évitables par la vaccination de base (offerte à tous les nourrissons) sont : la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, l'infection à *Hæmophilus influenzae* de type b, la rougeole, la rubéole, les oreillons, l'infection à méningocoques de séro groupe C, les infections invasives à pneumocoques, la varicelle et l'influenza³.
- Le programme de vaccination en milieu scolaire permet de compléter le calendrier de vaccination commencé à l'âge de 2 mois, avec un rappel du vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, et d'offrir en 4^e année du primaire la vaccination contre l'hépatite B (vaccin combiné contre les hépatites A et B). Le vaccin contre l'infection au virus du papillome humain (VPH) est offert aux filles de la 4^e année du primaire et à celles de la 3^e année du secondaire depuis septembre 2008. Par conséquent, en 3^e année du secondaire, tous les jeunes de ce niveau ont complété leur calendrier de vaccination. De plus, des activités de rattrapage pour la vaccination contre la varicelle et contre le VPH se poursuivront quelques années encore.
- D'autres vaccins gratuits sont destinés à des groupes de population vulnérables à certaines infections, comme l'hépatite A, l'hépatite B, l'influenza et le pneumocoque.
- À l'exception de l'influenza, de l'infection à VPH et de la varicelle, toutes les MEV doivent être déclarées et font l'objet d'une surveillance étroite.
- Pour les infections invasives à pneumocoques voir la section « Maladies transmissibles par gouttelettes ou par voie aérienne »; pour l'hépatite B, voir la section « Infections transmissibles sexuellement et par le sang ».

Quelques-unes de ces maladies sont devenues rares au Québec, mais peuvent ressurgir. En 2007, par exemple, 27 cas d'oreillons ont été déclarés dans la province. De plus, 2 écloisions de rougeole ont eu lieu au Québec depuis le début du siècle, avec 32 cas en 2000 et 96 cas en 2007.

Dans la région de la Capitale-Nationale, il n'y a pas eu de cas de diphtérie ni de poliomyélite depuis de nombreuses années. Le dernier cas de tétanos remonte à 1996. La région n'enregistre aucun cas de rougeole ni de rubéole depuis 1997. Entre 1997 et 2008, on a signalé un cas d'oreillons par année en 1997, 1999, 2000 et 2006.

A.1. Coqueluche

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

L'incidence de la coqueluche est de beaucoup inférieure au taux de 1998, année où le composant acellulaire du vaccin contre la coqueluche a été introduit dans les vaccins Pentacel et Quadracel² (tableau 1). Le vaccin acellulaire, plus efficace, a remplacé le vaccin à cellules entières utilisé jusque-là.

TABLEAU 1 COQUELUCHE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1998-2008

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Région 03											
Cas	596	295	84	110	66	12	33	72	41	6	70
Incidence	92	46	13	17	10	2	5	11	6	1	10
Province											
Incidence	67	25	11	14	14	4	7	11	6	2	7

En 2008, 70 cas de coqueluche ont été déclarés dans la région, pour un taux d'incidence de 10 cas pour 100 000 personnes par année, ce qui est légèrement supérieur à l'incidence de la province. Ce nombre est beaucoup moindre qu'en 1998, alors que 596 cas étaient enregistrés (tableau 1). La même tendance est constatée pour la province (figure 1).

Avec des pics qui se produisent tous les trois ou quatre ans depuis 1990, comme le montre la figure 1, l'infection a manifestement un caractère cyclique. Ainsi en 2008, après le seuil

très bas enregistré en 2007, tant la région que la province amorcent un cycle haussier, comme en 2004. Ce type de variation dans les taux est attendu pour les prochaines années en raison de la nature de l'infection, mais les hausses devraient être bien inférieures à celles des années 1990.

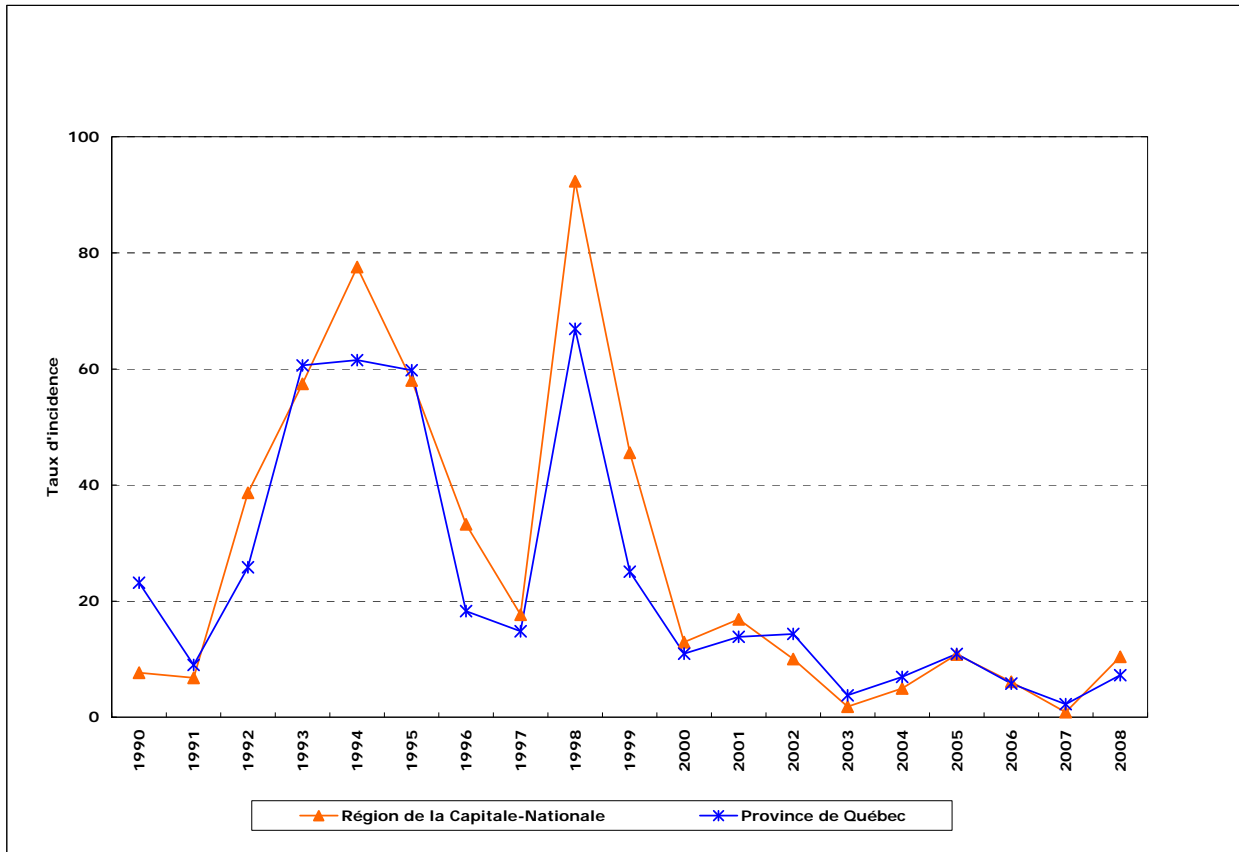


FIGURE 1 COQUELUCHE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1990-2008.

En plus d'avoir un caractère cyclique, la coqueluche est une infection saisonnière. De 2000 à 2006, les deux tiers des cas sont survenus en automne et en hiver, et en 2008, 59 des 70 cas (84 %) sont survenus entre août et décembre. À la figure 2, on peut observer la fluctuation saisonnière de l'infection.

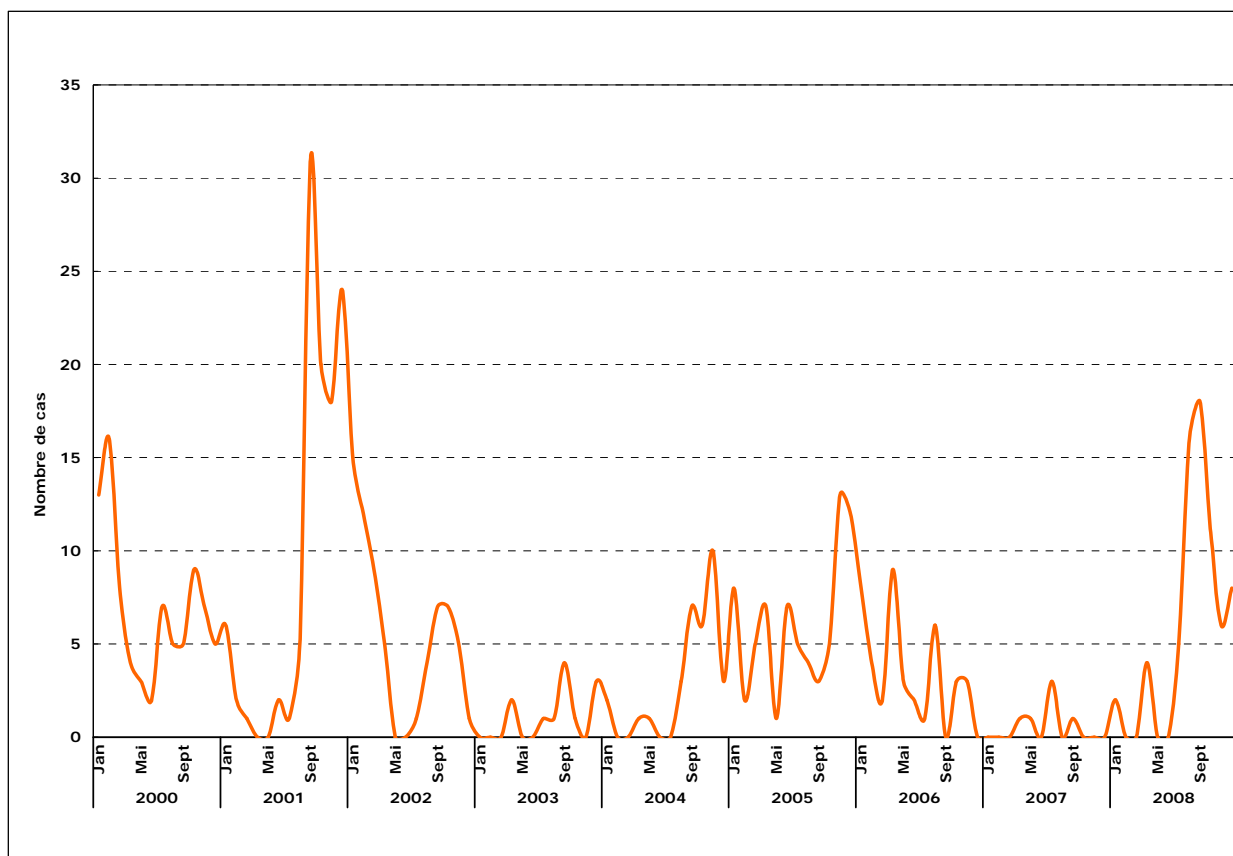


FIGURE 2 COQUELUCHE. Distribution des cas selon le mois et l'année, région de la Capitale-Nationale, 2000-2008.

► Les jeunes de moins de 15 ans

La coqueluche est une maladie associée surtout au jeune âge. En 2008, un peu plus de la moitié des cas, soit 38 sur 70, sont des jeunes de moins de 15 ans. En 1998, 86 % des cas, soit 514 sur 596, étaient dans ce groupe d'âge. Depuis 1996, aucun cas n'a été déclaré parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus, sauf en 2005 (un cas).

Les taux d'incidence de la coqueluche des moins de 5 ans, des 5-10 ans et des 10-14 ans sont supérieurs à ceux des 15 ans ou plus (tableau 2). Les moins de 1 an sont particulièrement touchés, et cette tendance se vérifie en 2008 dans la région comme dans la province. Même si 46 % des cas de la région ont 15 ans ou plus, l'incidence des cas déclarés dans ce groupe d'âge est beaucoup plus faible que dans les autres groupes.

TABLEAU 2 COQUELUCHE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), selon le groupe d'âge, région de la Capitale, 1998-2008.

Groupe d'âge	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
< 1 an	440	178	108	148	126	19	18	53	71	18	88
1-4 ans	548	249	102	76	53	4	32	31	9	9	13
5-9 ans	511	318	63	80	44	3	19	29	7	0	42
10-14 ans	352	141	51	70	35	13	32	70	47	3	53
15 ans +	20	10	2	6	3	1	1	5	3	0	6
Total	92	46	13	17	10	2	5	11	6	1	10

De façon globale, depuis 1998, soit depuis l'utilisation du vaccin acellulaire, l'incidence de la coqueluche a diminué dans tous les groupes d'âge, comme le montre le tableau 2. Cependant en 2003, on a constaté chez les 10-14 ans une hausse de l'incidence plus marquée que dans les autres groupes d'âge (figure 3). La raison en est que les jeunes de cet âge n'avaient pas reçu toutes les doses du vaccin acellulaire contre la coqueluche. C'est pourquoi une dose de rappel³ a été ajoutée en 3^e secondaire en janvier 2004. En 2008, la plupart des jeunes auront reçu au moins une dose du vaccin acellulaire contre la coqueluche avant la dose de rappel. Entre janvier et juin 2004, trois des quatre CSSS de la région ont également administré une dose de rappel aux élèves de 1^{re} et 2^e secondaire, ce qui a contribué à une plus faible incidence de la coqueluche dans ces CSSS en 2005 (tableau 3).

TABLEAU 3 COQUELUCHE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) selon le CSSS, région de la Capitale-Nationale, 2001-2008.

CSSS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Portneuf	22	7	4	0	11	0	0	4
Vieille-Capitale	17	11	1	3	8	8	1	9
Québec-Nord	17	10	2	9	9	5	1	14
Charlevoix	0	3	0	0	56	3	0	0
Région 03	17	10	2	5	11	6	1	10

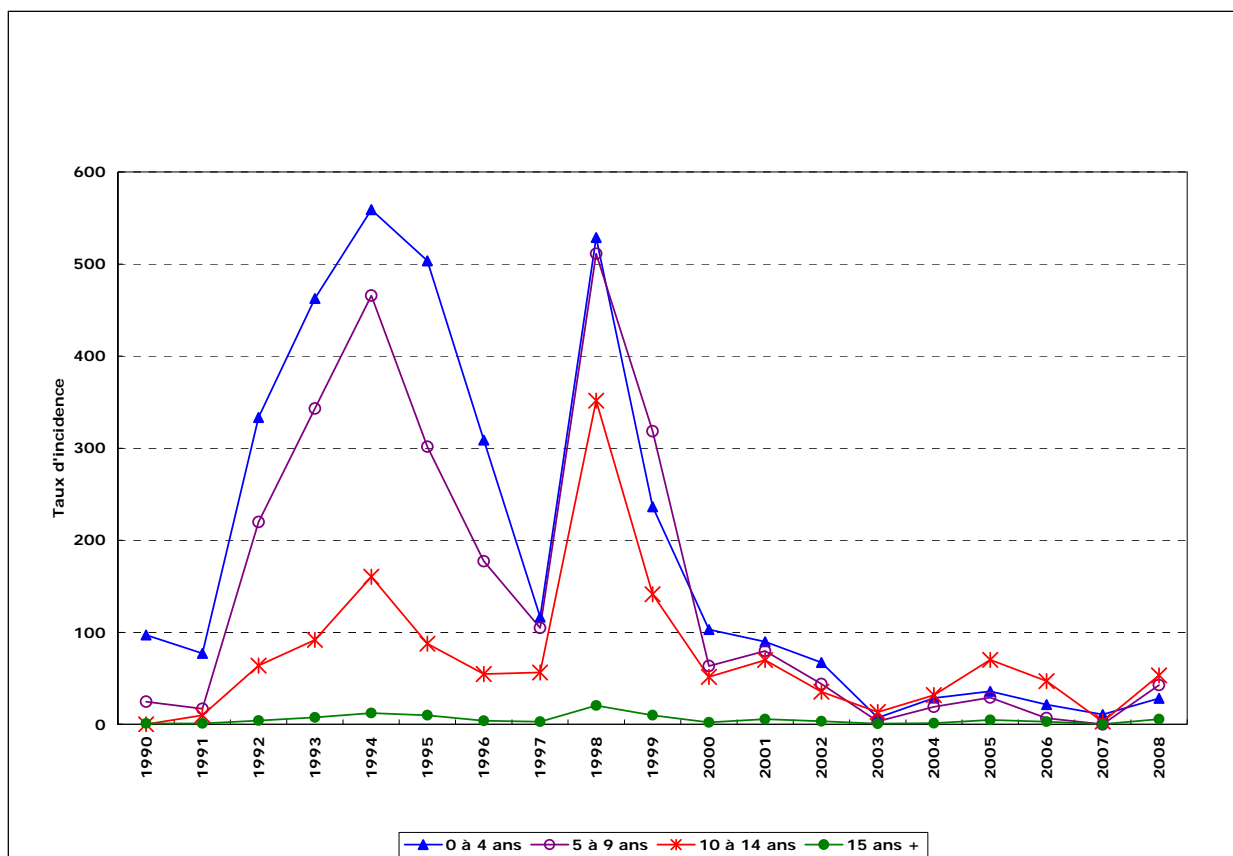


FIGURE 3 COQUELUCHE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) selon le groupe d'âge, région de la Capitale-Nationale, 1990-2008.

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

Cette infection, qui touchait presque essentiellement les enfants de moins de 5 ans (les autres personnes atteintes sont celles qui souffrent d'une immunodéficience), est maintenant très rare dans ce groupe d'âge depuis l'introduction du vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib) dans le calendrier, en 1988 pour les enfants âgés de 2 ans, puis en 1992 pour les enfants de 2, 4, 6 et 18 mois. C'est à compter de ce moment qu'on constate une baisse de l'incidence des infections invasives à Hib dans le groupe des 0-4 ans, et ce, tant dans la région que dans la province (figure 4).

Dans la région, depuis 1996, aucun cas de méningite à Hib n'a été diagnostiqué, et ce pour l'ensemble de la population. Les deux cas de Hib signalés entre 1996 et 2008 sont des cas de bactériémie; ils sont survenus chez des enfants de moins de 1 an en 2000 et en 2007.



FIGURE 4 INFECTIONS INVASIVES À *HÆMOPHILUS INFLUENZÆ* de type B. Incidence (par 100 000 personnes-année) chez les jeunes de zéro à quatre ans, région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1990-2008.

Avant novembre 2003, seules les infections invasives à Hib étaient inscrites au fichier des MAD0. Depuis ce temps, tous les types d'infection à *Hæmophilus influenzae* sont inscrits au fichier, ce qui explique l'augmentation de l'incidence globale des infections à *Hæmophilus influenzae* depuis 2003 (tableau 4). Dans la région, le nombre de cas déclarés annuellement d'infection invasive à Hib se situe entre zéro et trois depuis quelques années. En 2008, trois cas de bactériémie à Hib ont été déclarés chez des adultes, dont deux personnes âgées de plus de 70 ans.

TABLEAU 4 INFECTIONS INVASIVES À HÆMOPHILUS INFLUENZÆ. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) selon le sérotype, région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1990-2008.

Région de la Capitale-Nationale		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de cas	Hib	3	1	0	1	3	1	2	2	3
	Tous sérotypes	3	1	0	2	5	7	9	7	8
Incidence	Hib	0,5	0,2	0,0	0,2	0,5	0,1	0,3	0,3	0,4
	Tous sérotypes	0,5	0,2	0,0	0,3	0,8	1,0	1,3	1,0	1,2
Province		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de cas	Hib	7	7	8	18	8	7	10	9	11
	Tous sérotypes	8	7	8	22	53	77	95	91	116
Incidence	Hib	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Tous sérotypes	0,1	0,1	0,1	0,3	0,7	1,0	1,2	1,2	1,5

A.3. Infections invasives à méningocoques

Les infections invasives à méningocoques se produisent de façon cyclique. Elles sont causées principalement par deux sérogroupes : le B et le C. Le dernier pic épidémique, qui se situe en 2001, était causé par le séro groupe C (figures 5 et 6). Globalement, le nombre total de cas d'infections invasives à méningocoques a diminué depuis 2001, mais chacun des sérogroupes se comporte différemment (tableau 5).

TABLEAU 5 INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUES. Nombre de cas selon le séro groupe, région de la Capitale-Nationale, 1990-2008*.

Sérogroupe	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
C	2	5	7	4	0	2	1	0	0	0	0	20	8	3	2	1	0	0	1
B	0	3	5	4	6	6	0	3	1	4	1	5	2	7	5	12	9	9	2
Autres*	3	6	2	5	4	3	1	3	1	1	1	4	1	1	1	0	1	1	5
TOTAL	5	14	14	13	10	11	2	6	2	5	2	29	11	11	8	13	10	10	8

* Comprend les cas de séro groupe inconnu.

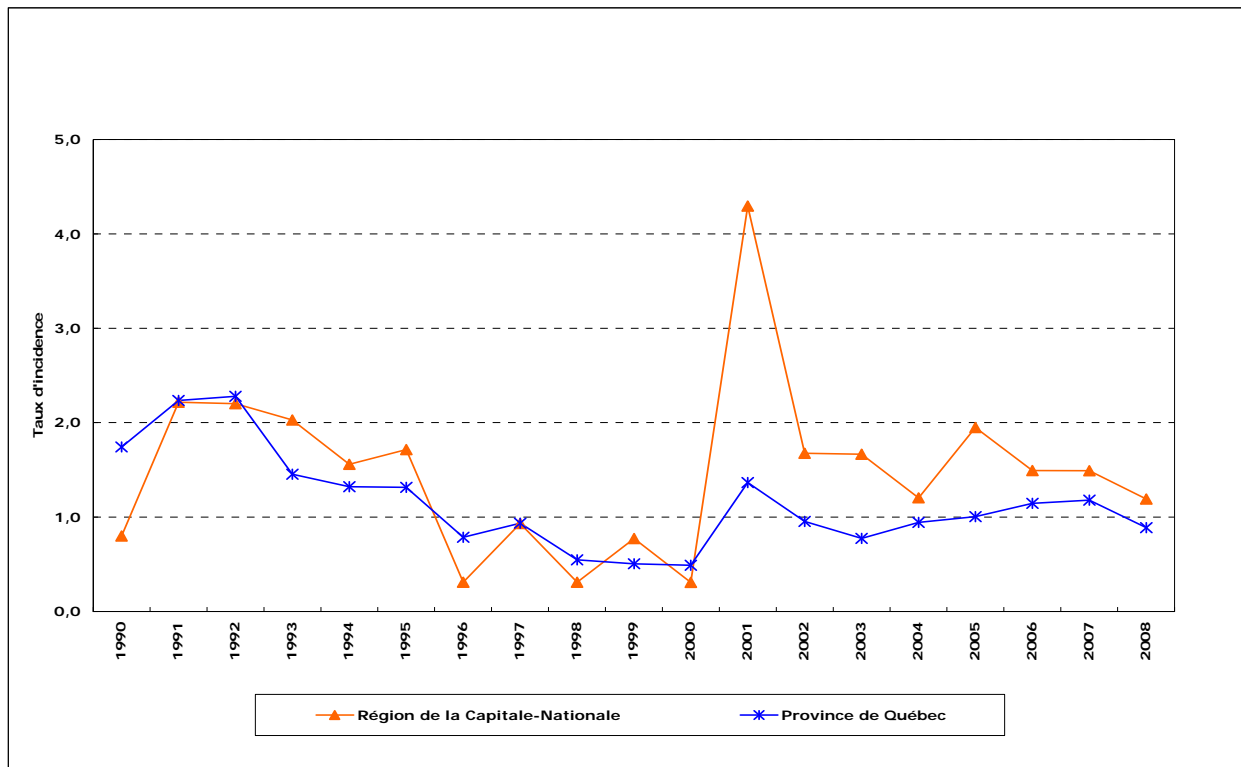


FIGURE 5 INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUES. Incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1990-2008.

L'écllosion d'infections à méningocoques de sérotype C survenue en 2001 dans la région et dans la province a donné lieu à une campagne de vaccination massive et à l'offre universelle d'un vaccin administré à l'âge de 12 mois. Depuis, les infections à méningocoques de sérotype C sont en baisse : aucun cas n'a été enregistré en 2006 ni en 2007 et les derniers cas, survenus en 2005 et 2008, étaient deux personnes âgées respectivement de 35 et 79 ans qui n'avaient donc pas reçu le vaccin (figure 6).

En ce qui concerne les infections de sérotype B, après un pic de douze cas en 2005, leur nombre a chuté à deux cas en 2008 (figure 6). Les infections de sérotype W135 connaissent toutefois une augmentation, à trois cas, alors que dans la province, elles demeurent stables. Aucun cas d'infection secondaire n'est survenu dans l'entourage des personnes malades en raison de l'application de mesures de contrôle strictes, dont la chimioprophylaxie.

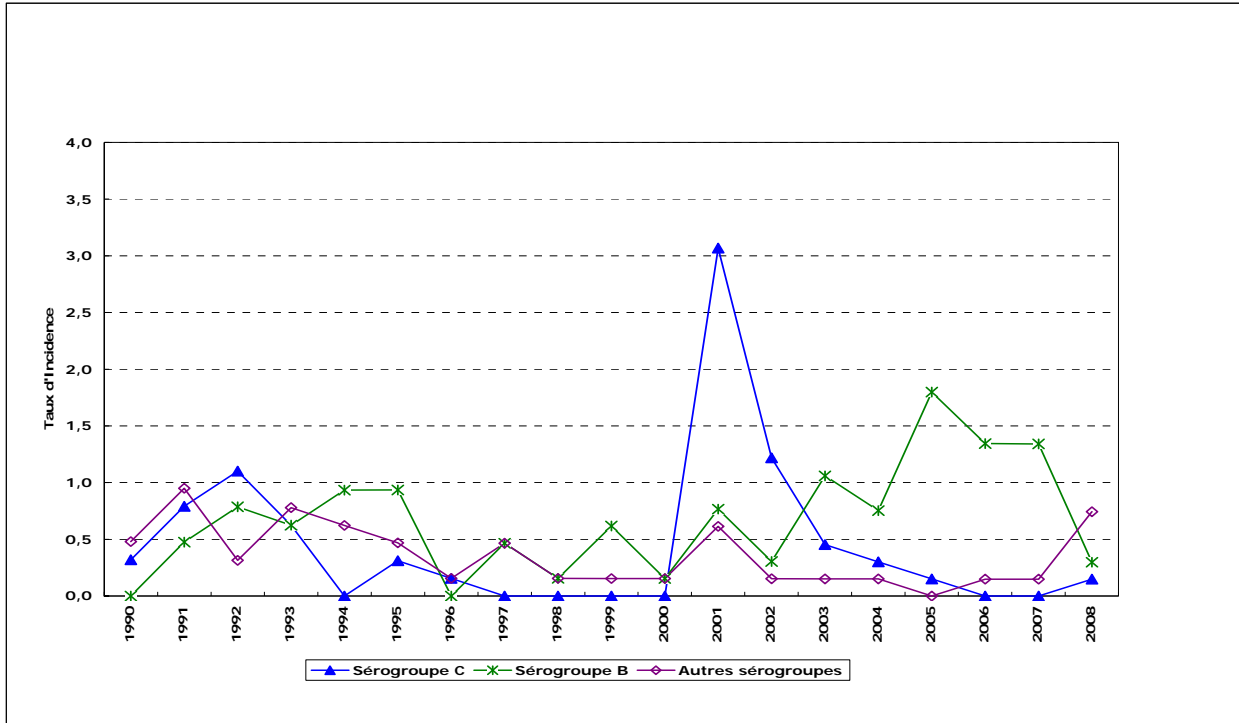


FIGURE 6 INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUES. Incidence (taux par 100 000 personnes-année) selon le séro groupe, région de la Capitale-Nationale, 1990-2008.

B. INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

TABLEAU 6 INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG.
Distribution des nombres de cas, région de la Capitale-Nationale,
2006-2007-2008.

MALADIE	2006	2007	2008
Hépatite B aiguë	2	5	6
Hépatite B porteur chronique	42	36	55
Hépatite C sans précision ou chronique	144	114	159
Chlamydieuse génitale	1266	1211	1324
Infection gonococcique	58	84	96
Neurosyphilis	1	0	3
Syphilis contagieuse ¹	10	11	25
Syphilis autres ²	8	10	21
TOTAL	1531	1471	1689

¹ Syphilis primaire, syphilis secondaire et syphilis latente de moins d'un an.

² Syphilis sans précision, syphilis cardiaque et syphilis latente de plus d'un an.

Pour ce qui est des infections transmissibles presque exclusivement par relations sexuelles, la présentation se limite à trois : chlamydieuse génitale, infection gonococcique et syphilis contagieuse (tableau 7). D'autres infections comme la neurosyphilis, la syphilis sans précision, la chlamydieuse oculaire et l'infection gonococcique « autre localisation » sont très peu nombreuses et n'ont aucun effet sur l'épidémiologie des maladies.

TABLEAU 7 INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1999-2008.

MALADIE	ANNÉE									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Chlamydirose génitale	126,1	123,7	160,3	154,4	192,0	195,1	187,8	192,9	184,0	197,0
Infection gonococcique	9,8	7,0	6,3	5,8	7,8	5,0	7,2	8,8	12,8	14,3
Syphilis contagieuse	0,2	0,0	0,0	0,0	0,5	6,9	2,3	1,5	1,6	3,7

B.1. Infections transmissibles sexuellement

B.1.1 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*

Le nombre de cas de chlamydirose génitale demeure important d'une année à l'autre. Il était de 1266 en 2006, de 1211 en 2007, et est de 1324 en 2008, soit une augmentation de 9,3 % par rapport à l'année précédente (tableau 8). Entre 2003 et 2007, les taux d'incidence sont restés relativement stables, tant dans la province que dans la région; or l'année 2008 est marquée par une augmentation non seulement dans la région, mais aussi à l'échelle de la province (figure 7).

Le groupe d'âge le plus atteint est celui des 20-24 ans suivi des 15-19 ans (figure 8). Dans ce dernier groupe d'âge, l'incidence est passée de 693,0 en 2007 à 890,2 en 2008, et les cas de sexe féminin sont 5,4 fois plus nombreux que les cas de sexe masculin. L'incidence a en revanche légèrement diminué chez les 20-24 ans, passant de 1072,4 en 2007 à 1048,7 en 2008. Dans ce groupe d'âge, les cas de sexe féminin sont 2,3 fois plus nombreux que les cas de sexe masculin.

Tous groupes d'âge confondus, les femmes sont deux fois plus atteintes que les hommes, et cette proportion est la même qu'en 2007. Par ailleurs, après une légère baisse de l'incidence globale dans la région en 2007, l'infection semble amorcer un nouveau cycle haussier en 2008.

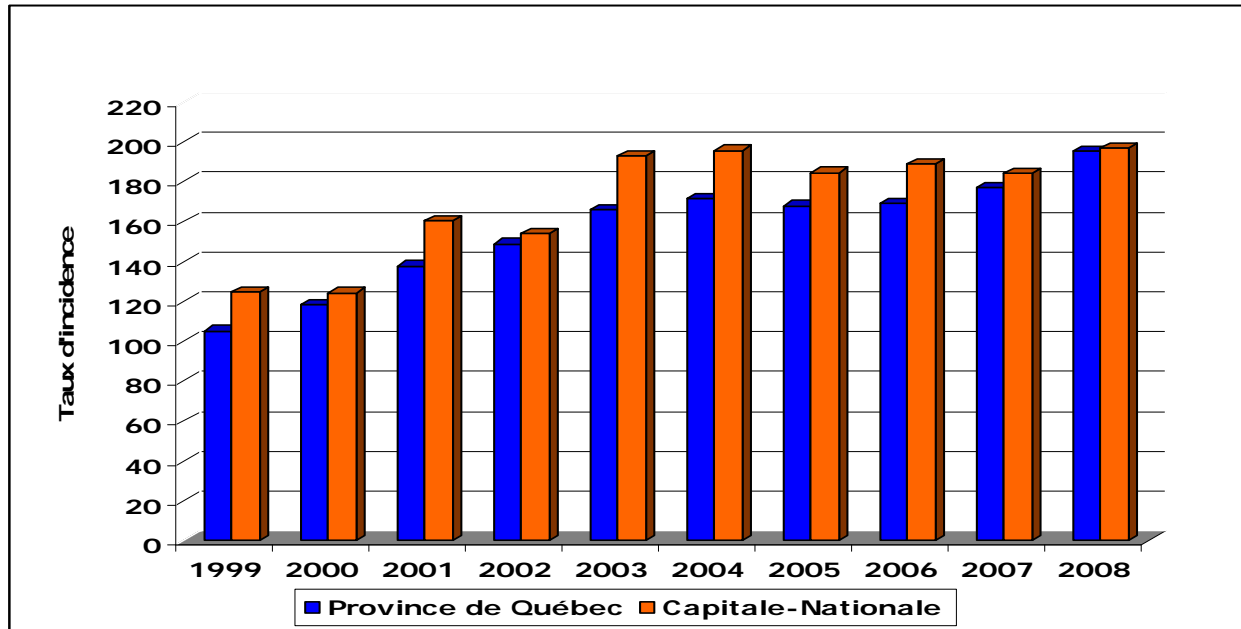


FIGURE 7 CHLAMYDIOSE GÉNITALE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1999-2008.

Le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale est celui qui affiche le plus grand nombre de cas (59 %). Suivent les territoires du CSSS de Québec-Nord (34,9 % des cas), du CSSS de Portneuf (2,9 %) et enfin, du CSSS de Charlevoix (0,7 %) (tableau 8). Malgré une légère diminution à l'échelle régionale en 2008, le nombre de cas sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale a augmenté par rapport à 2007, pour passer de 739 à 782. La plus forte augmentation est enregistrée sur le territoire du CSSS de Québec-Nord (67 cas de plus qu'en 2007). Sur le territoire du CSSS de Charlevoix, le nombre de cas est passé de 22 en 2007 à 10 en 2008, alors qu'une légère diminution est enregistrée sur le territoire du CSSS de Portneuf (41 cas en 2007 vs 38 en 2008).

TABLEAU 8 CHLAMYDIOSE GÉNITALE. Répartition des cas par territoire de CSSS, région de la Capitale-Nationale, 2008.

CSSS	NOMBRE (TAUX D'INCIDENCE)
Vieille-Capitale	782 (261,5)
Québec-Nord	462 (155,9)
Portneuf	38 (80,9)
Charlevoix	10 (33,6)

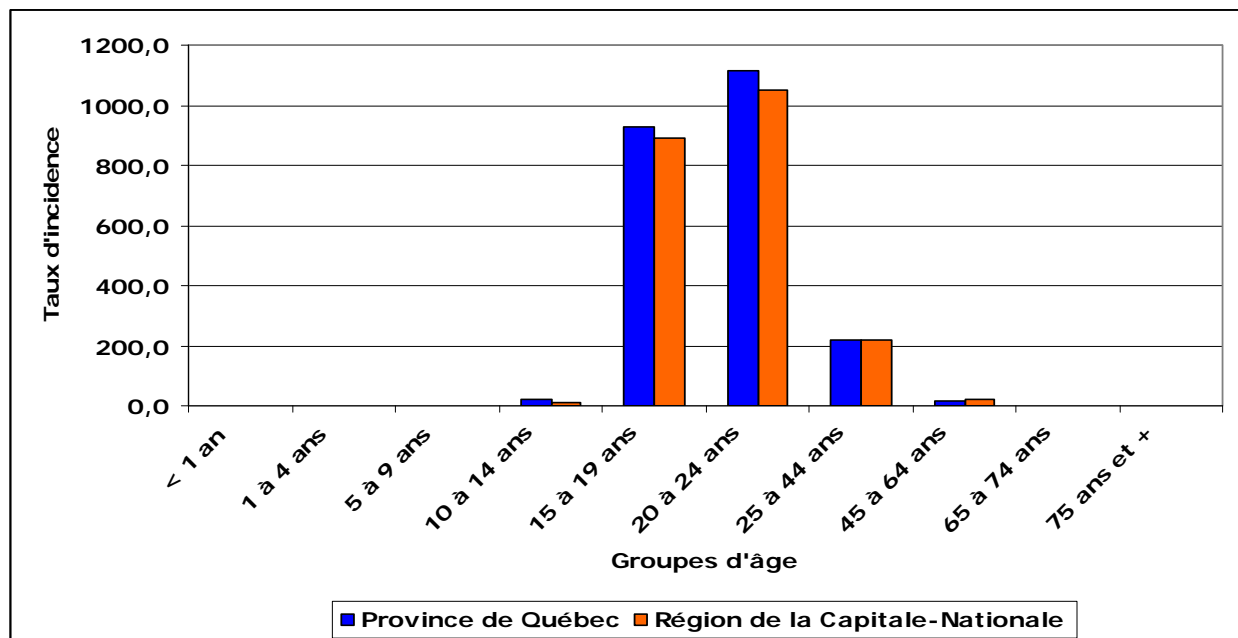


FIGURE 8 CHLAMYDIOSE GÉNITALE. Taux d'incidence par 100 000 personnes-année par groupes d'âge, province de Québec et région de la Capitale-Nationale, 2008.

B.1.2 Infection gonococcique

Après une stabilisation de 2000 à 2002, puis une éclosion en 2003, le taux d'incidence de l'infection gonococcique est revenu en 2004 au même niveau qu'antérieurement (figure 9). Sauf en 1999, les taux d'incidence régionaux sont toujours inférieurs à ceux de la province. Par ailleurs de 2004 à 2008, le nombre de cas est passé de 33 à 96 (47 en 2005, 58 en 2006 et 84 en 2007), soit une augmentation de presque du triple.

Le groupe d'âge le plus atteint est celui des 20-24 ans, avec un taux d'incidence de 59,7, suivi des 15-19 ans (taux d'incidence de 48,6). Les hommes représentent 69,8 % des cas, une augmentation de près de 4 % par rapport à 2007. La quasi-totalité des cas sont sur les territoires du CSSS de la Vieille-Capitale (68,8 %) et du CSSS de Québec-Nord (28,1 %). En 2008, le CSSS de Portneuf n'enregistre que deux cas et le CSSS de Charlevoix, un seul. Comparativement à 2007, le nombre de cas a augmenté de 69,3 5 sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale et de 237,5 % sur le territoire du CSSS de Québec-Nord.

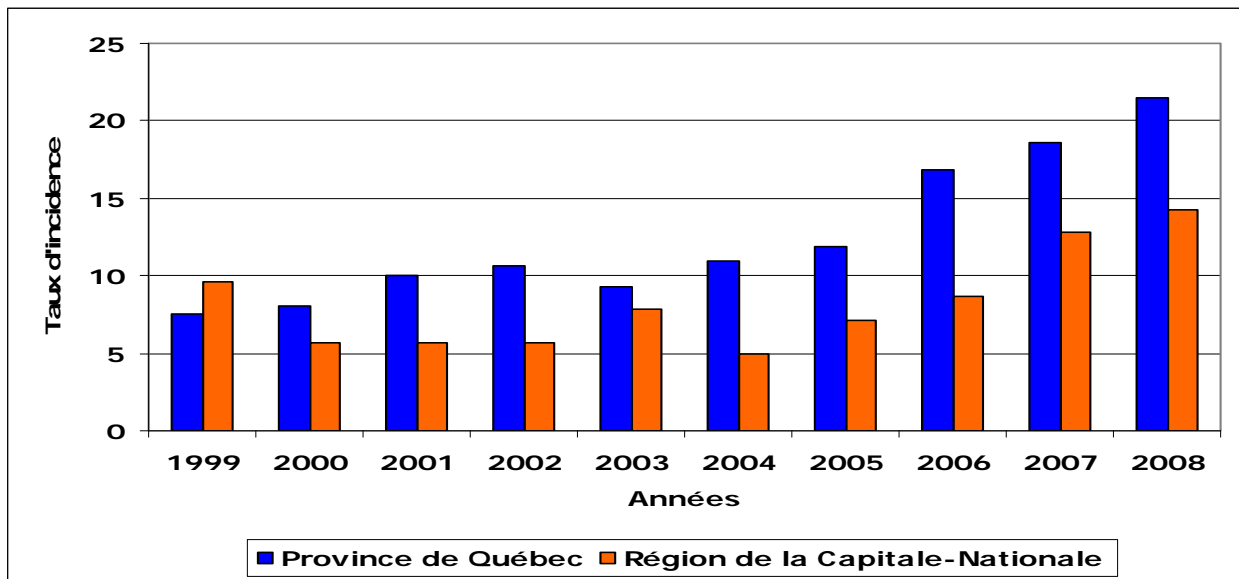


FIGURE 9 INFECTION GONOCOCCIQUE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1999-2008.

B.1.3 Syphilis

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

Après une éclosion en 2004 (45 cas déclarés), la situation semblait revenir peu à peu aux valeurs attendues, avec 15 cas en 2005, 10 en 2006 et 11 en 2007 (figure 10). Or la région a connu une autre éclosion en 2008 (25 cas déclarés). Pour la province, la tendance est plutôt à l'augmentation depuis 2003, malgré un fléchissement en 2007. La quasi-totalité des cas de syphilis contagieuse de la région, soit 24 sur 25, sont des hommes. Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) sont le groupe de population le plus touché. Quinze cas ont entre 45 et 64 ans alors que trois cas sont dans le groupe des 20-24 ans. La majorité des cas, soit 61 %, se trouvent sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale. Le territoire du CSSS de Québec-Nord compte 23 % des cas, une augmentation de 9 % par rapport à 2007. Les territoires du CSSS de Portneuf et du CSSS de Charlevoix se partagent chacun 8 % des cas, une hausse de 1 %.

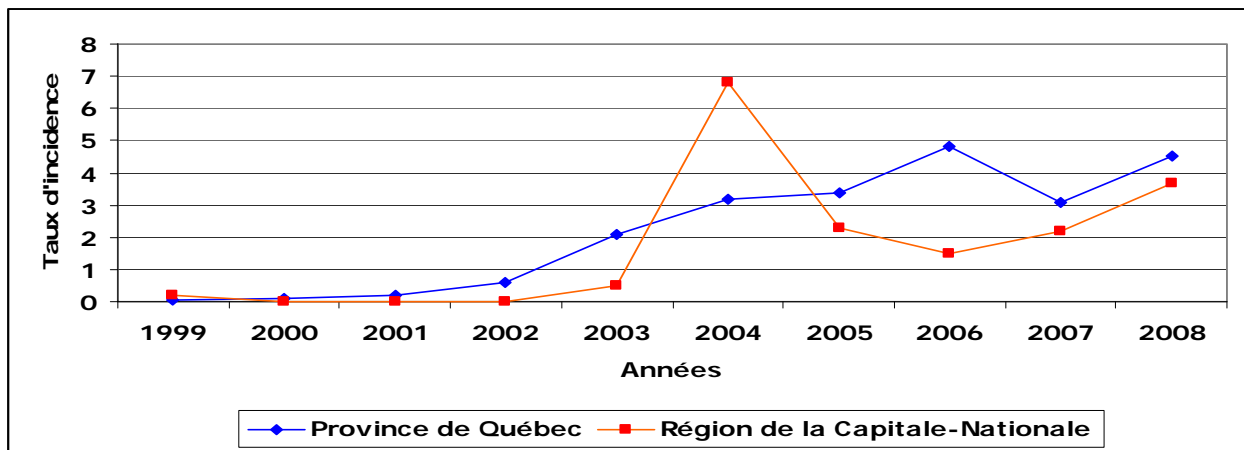


FIGURE 10 SYPHILIS CONTAGIEUSE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) , province de Québec et région de la Capitale-Nationale, 1999-2008.

B.2. Infections transmissibles sexuellement et par le sang

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) considérées dans cette section sont l'hépatite B aiguë, l'hépatite B chronique, les hépatites C sans précision (souvent associées aux hépatites C chroniques) et le VIH.

TABLEAU 9 INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines infections, région de la Capitale-Nationale, 1999-2008.

MALADIE	ANNÉE									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)
Hépatite B aiguë	17 (2,6)	16 (2,5)	12 (1,8)	17 (2,6)	16 (2,5)	11 (1,7)	4 (0,6)	2 (0,3)	5 (0,7)	6 (0,9)
Hépatite B chronique	77 (12,0)	57 (8,8)	63 (9,7)	50 (7,7)	46 (7,1)	55 (8,4)	51 (7,8)	43 (6,4)	36 (5,4)	55 (8,2)
Hépatite B sans précision	1 (0,2)	3 (0,5)	3 (0,5)	2 (0,3)	2 (0,3)	4 (0,6)	6 (0,9)	4 (0,6)	1 (0,2)	1 (0,2)
Hépatite C aiguë	0	0	0	0	0	1 (0,2)	0	1 (0,2)	4 (0,6)	0 (0,0)
Hépatite C chronique	305 (47,1)	286 (44,1)	273 (41,9)	184 (28,0)	159 (24,1)	178 (26,8)	164 (24,6)	144 (22,1)	114 (17,0)	159 (23,7)
Infection par le VIH ¹	-	-	-	32 (4,9)	65 (10,0)	72 (11,0)	63 (9,6)	50 (7,5)	41 (6,1)	22 ² (3,3)

¹ INSPQ. *Surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine au Québec, mise à jour des données au 30 juin 2008.*

² 1^{er} janvier au 30 juin 2008. Taux non ajusté.

B.2.1 Hépatites

TABLEAU 10 HÉPATITE B. Nombre de cas selon le type d'hépatite B, région de la Capitale-Nationale, 1994-2008.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Hépatite B aiguë	63	63	61	77	16	17	16	12	17	16	11	4	2	5	6
Hépatite B chronique	101	105	78	108	75	76	57	63	50	46	55	52	42	36	55
Hépatite B sans précision	43	18	6	4	1	1	3	3	2	2	4	4	3	1	1
TOTAL	207	186	145	189	92	94	76	78	69	64	70	60	47	42	62

B.2.1.1 Hépatite B aiguë

La mise en place, en 1994, du programme de vaccination universelle contre l'hépatite B en 4^e année du primaire a eu des effets notables, car la majorité des jeunes de moins de 25 ans sont maintenant vaccinés et donc, protégés contre la maladie. La diminution des cas d'hépatite B aiguë est constatée autant chez les 10-19 ans que chez les 20 ans ou plus; ce dernier groupe d'âge bénéficie probablement de la diminution de la circulation du virus dans la population. Les données de la région se comparent à celles de la province. Comme la stabilité des données de la province est meilleure en raison de la taille de la population, seuls les taux d'incidence relatifs à l'ensemble du Québec sont présentés. La figure 11 permet de constater les résultats du programme de vaccination contre l'hépatite B.

Dans la région, six cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés (tous chez des personnes âgées de 40 à 64 ans) en 2008. En 1994, 63 cas avaient été déclarés.

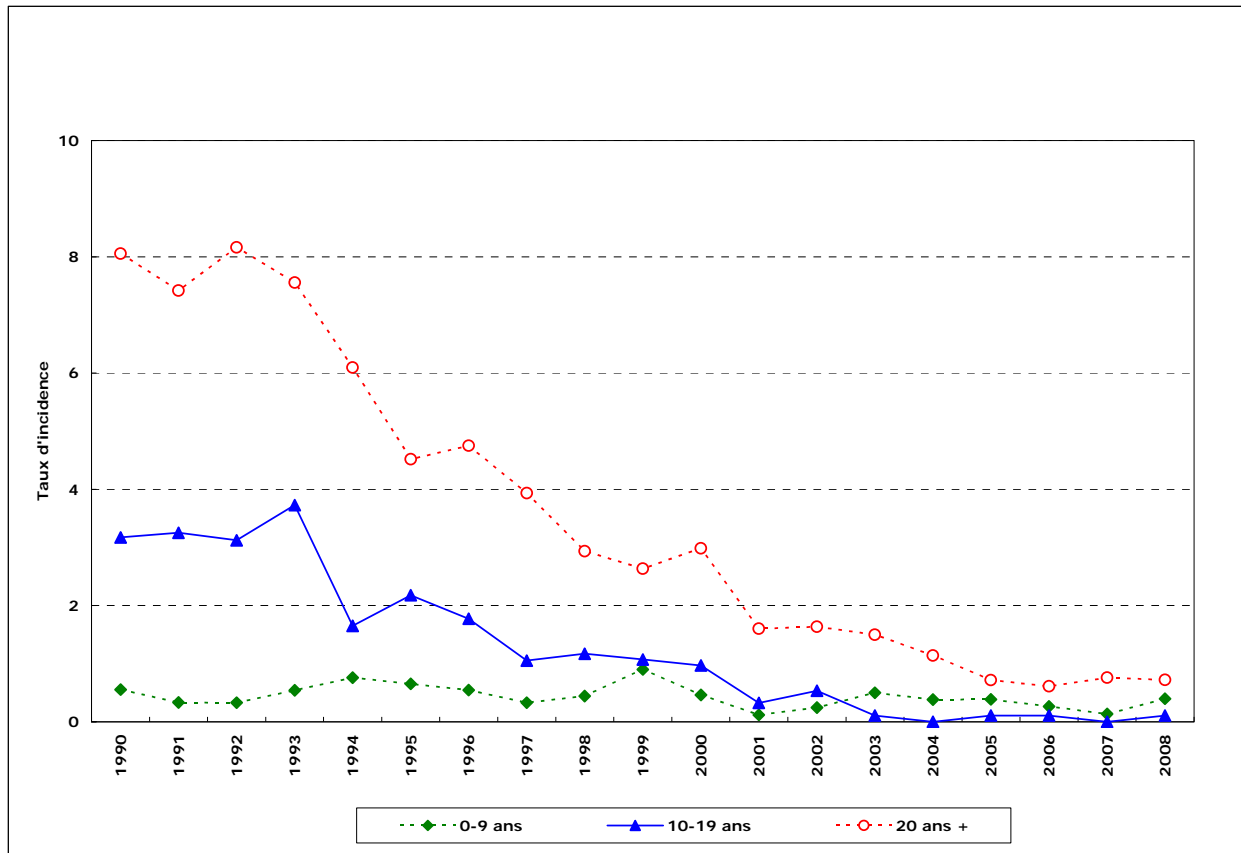


FIGURE 11 HÉPATITE B AIGÜE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) selon les groupes d'âge, province de Québec, 1990-2008.

B.2.1.2 Hépatite B chronique

Le nombre de déclaration de nouveaux porteurs d'hépatite B chronique a augmenté en 2008 après une diminution pendant plusieurs années. Leur nombre fluctue depuis 2005. En 2008, le nombre de cas, de 55, est du même ordre de grandeur qu'en 2005. Tous les groupes d'âge sont touchés, à l'exception des moins de 1 an et des plus de 75 ans. L'incidence régionale, de 7,8, est légèrement inférieure à l'incidence provinciale, (tableau 23), soit 7,8 et 8,2 par 100 000 personnes-année respectivement. La majorité des cas, soit 64 %, sont des hommes. En 2008, 49 % des nouveaux porteurs chroniques d'hépatite B sont des personnes provenant d'un pays endémique. Le territoire du CSSS de Charlevoix ne compte aucun cas; 64 % des cas se trouvent sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale, 28 % sur le territoire du CSSS de Québec-Nord et 8 % sur le territoire du CSSS de Portneuf. Les données régionales sur le nombre de cas et le taux d'incidence sont présentés au tableau 23, en annexe.

B.2.1.3 Hépatite C chronique

Le nombre de nouveaux cas d'hépatite C chronique a diminué en 2002 et en 2003, a augmenté en 2004, puis a diminué de nouveau jusqu'en 2007. En 2008, l'incidence de l'hépatite C chronique a recommencé à augmenter, alors qu'elle est restée stable dans la province (figure 12).

Les plus touchés sont les 25-44 ans, suivis des 45-64 ans et des 20-24 ans. Près des deux tiers des cas (67 %) sont des hommes. La majorité des cas (68 %) sont dénombrés sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale; le territoire du CSSS de Québec-Nord compte 18 % des cas (une augmentation de 5 % par rapport à 2007), le territoire du CSSS de Portneuf, 11 %, et le territoire du CSSS de Charlevoix, 2 %.

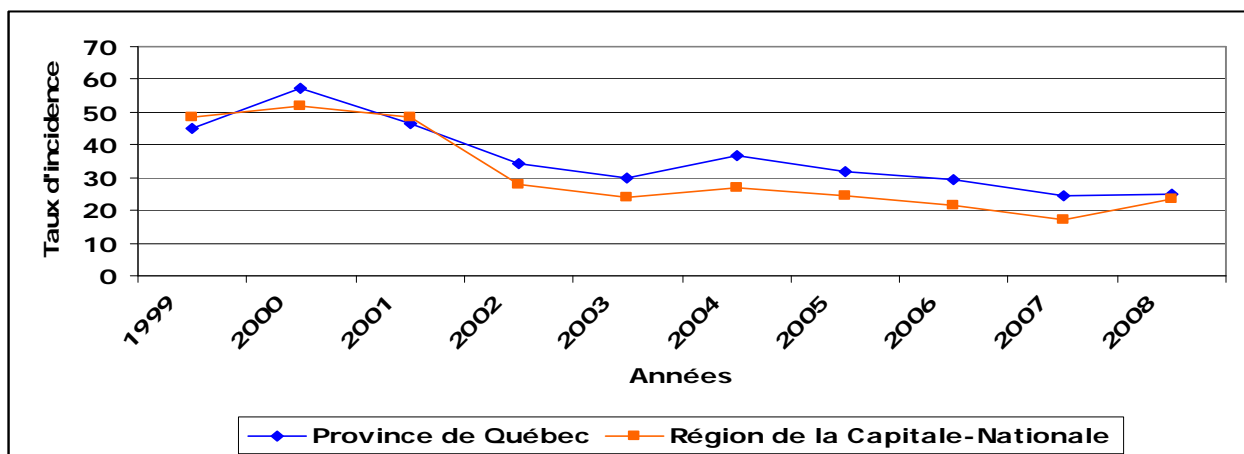


FIGURE 12 HÉPATITE C SANS PRÉCISION (CHRONIQUE). Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1999-2008.

B.2.2 Infection par le virus de l'immunodéficience humaine

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

Entre avril 2002 et juin 2008, dans la région de la Capitale-Nationale, 345 cas d'infection par le VIH ont été déclarés au programme de surveillance, soit 249 hommes et 96 femmes. La

répartition annuelle est présentée au tableau 9. Au 30 juin 2008, 6,3 % des cas de la province (22 personnes) étaient des résidants de la région.

Cinq cas dont le facteur de risque est lié à la biovigilance (avoir reçu ou donné du sang, un produit sanguin, des cellules, des tissus ou des organes) résidaient dans la région de la Capitale-Nationale au moment de leur déclaration au programme de surveillance (entre avril 2002 et juin 2006). Les médecins traitants n'ont pas déclaré ces cas à la DRSP, malgré leur obligation légale de le faire. Des démarches ont été faites auprès des instances décisionnelles afin de trouver une solution à ce problème. En 2008, aucun cas relié à la biovigilance n'a été déclaré dans la région.

C. MALADIES ENTÉRIQUES

TABLEAU 11 MALADIES ENTÉRIQUES. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines maladies, région de la Capitale-Nationale, 1999-2008.

MALADIE	ANNÉE									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Amibiase	3,7	4,3	3,7	2,9	3,2	3,8	2,1	3,3	3,6	3,7
Campylobactériose	59,5	68,0	53,4	57,6	53,4	55,3	48,1	45,1	40,4	44,9
Entérite à <i>E. coli</i>	10,8	13,9	6,0	8,2	1,8	1,5	2,5	1,8	3,6	1,8
Entérite à <i>Y. enterocolitica</i>	1,9	2,6	1,4	1,1	1,4	1,1	1,6	1,0	1,0	1,5
Giardiase	8,2	8,6	10,9	16,9	12,9	14,6	12,9	13,4	12,8	11,3
Salmonellose	17,8	15,4	18,1	18,0	20,0	13,2	16,2	16,1	13,6	15,9
Shigellose	2,9	3,4	2,3	1,5	2,3	1,1	2,7	1,8	1,3	1,6
Listériose	0	0	0	0	0	0,3	0,7	1,5	1,9	1,2
Hépatite A	0,9	0,9	1,2	0,6	0,5	1,7	0,1	1,2	0,6	0,7

C.1. Infection à *Campylobacter*

Avec un taux d'incidence de 44,9, la campylobactériose est la maladie entérique la plus déclarée à la DRSP, suivie de la salmonellose, qui affiche une incidence de 15,9 (tableau 11). De 2000 à 2007, l'incidence de la campylobactériose a diminué constamment,

pour s'établir à 40,4, puis a augmenté légèrement en 2008. Les taux de la région ont toujours été plus élevés que ceux de la province (figure 13). La maladie semble avoir une variation saisonnière (plus grande incidence de juin à octobre), avec une plus forte activité en été. Elle touche un peu plus les hommes que les femmes (incidence de 45,8 vs 44,1).

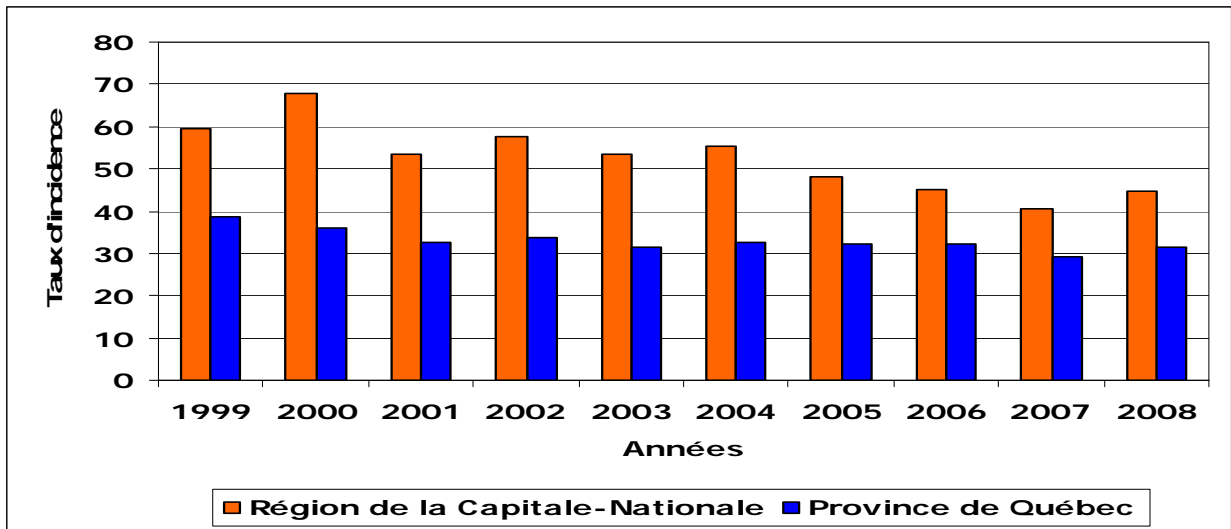


FIGURE 13 INFECTION À *CAMPYLOBACTER*. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1999-2008.

C.2. Entérite à *E. coli*

En 2008, l'incidence de l'entérite à *E. coli* est de 1,8, comparativement à 3,6 en 2007, soit le même taux qu'en 2006 (tableau 11). Les mesures prises au cours des dernières années, dont les campagnes d'information sur les modes de cuisson de la viande, ont certainement contribué à faire baisser le taux global d'incidence depuis 2000 (malgré les éclosions de 2000 et 2002). 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) lorsqu'un aliment est soupçonné d'en être la cause.

En 2008, la maladie a touché la majorité des groupes d'âge (figure 15). Mais contrairement à 2007, où les cas étaient plus nombreux (24) et concentrés en juillet, les cas de 2008 (12) sont répartis de mai à décembre (figure 16).

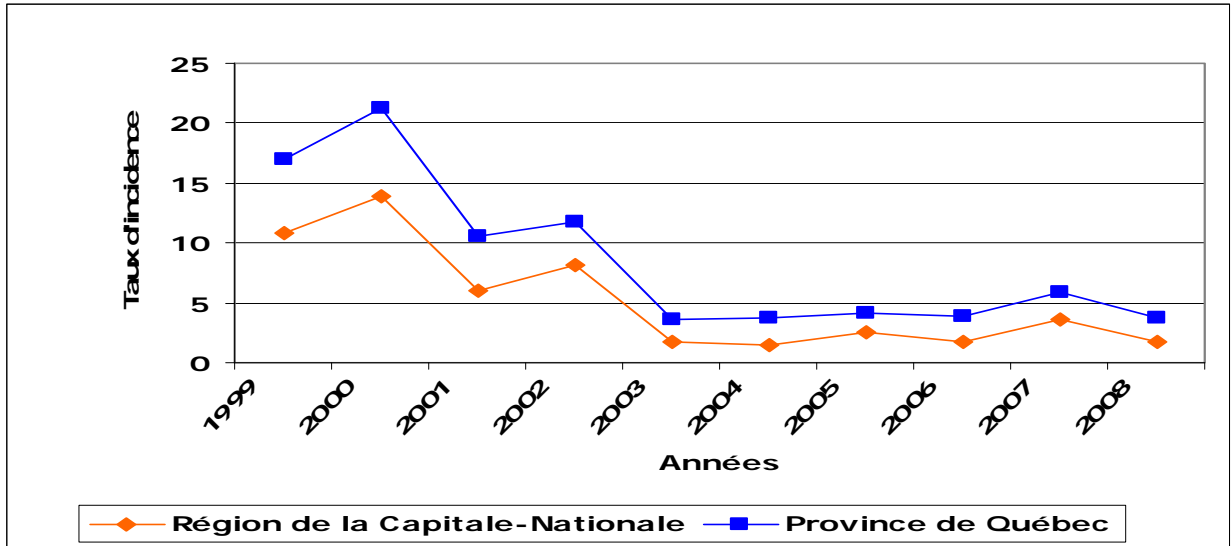


FIGURE 14 ENTÉRITE À *E. COLI*. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1999-2008.

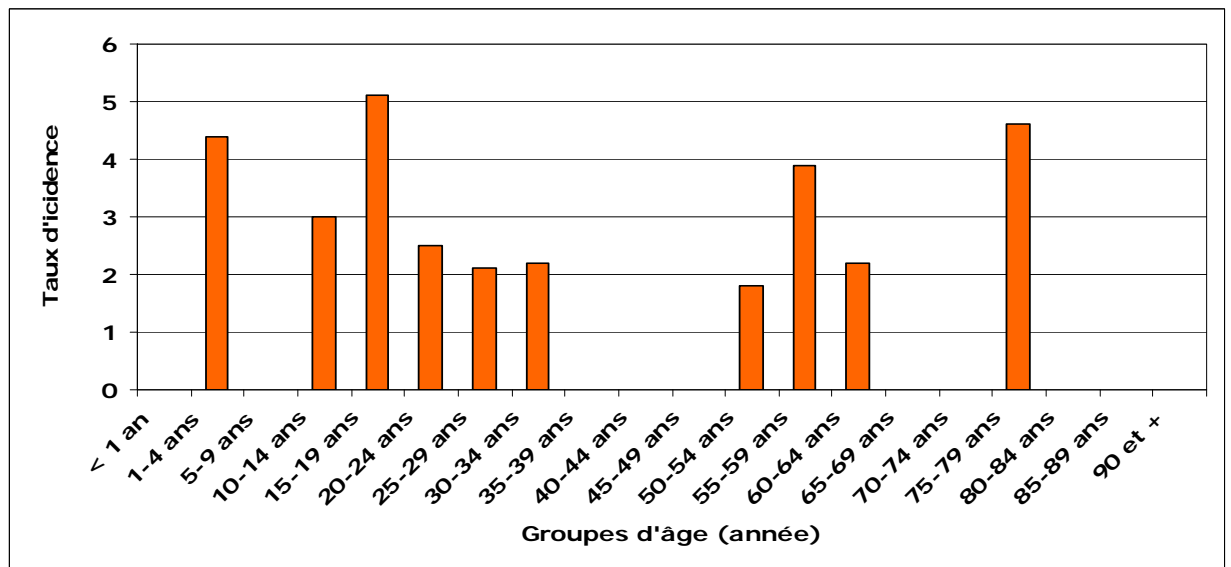


FIGURE 15 ENTÉRITE À *E. COLI*. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) par groupes d'âge, région de la Capitale-Nationale, 2008.

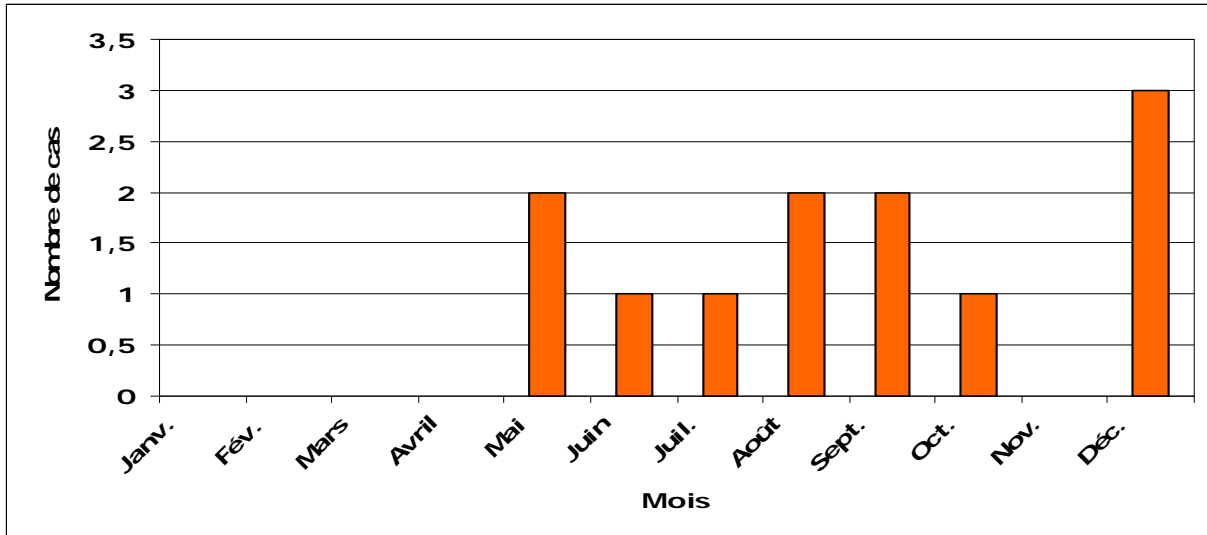


FIGURE 16 ENTÉRITE À *E. COLI*. Nombre de cas déclarés par mois pour l'année 2008, région de la Capitale-Nationale.

C.3. Salmonellose

Le nombre de cas de salmonellose a peu fluctué au Québec au cours des dernières années. Les taux d'incidence de la région ont toujours été légèrement supérieurs à ceux de la province, sauf en 2004 et 2008 (figure 17).

En 2008 comme par le passé, la maladie touche tous les groupes d'âge. Cependant, ce ne sont pas tous les cas de salmonellose qui font l'objet d'une enquête épidémiologique de santé publique. Les enquêtes visent particulièrement les enfants âgés de moins de 6 ans ainsi que tous les cas du sérotype D, et ce, à la demande du MSSS.

Les cas sont répartis sur toute l'année, selon un modèle variable. On ne peut donc pas associer la maladie à un facteur saisonnier.

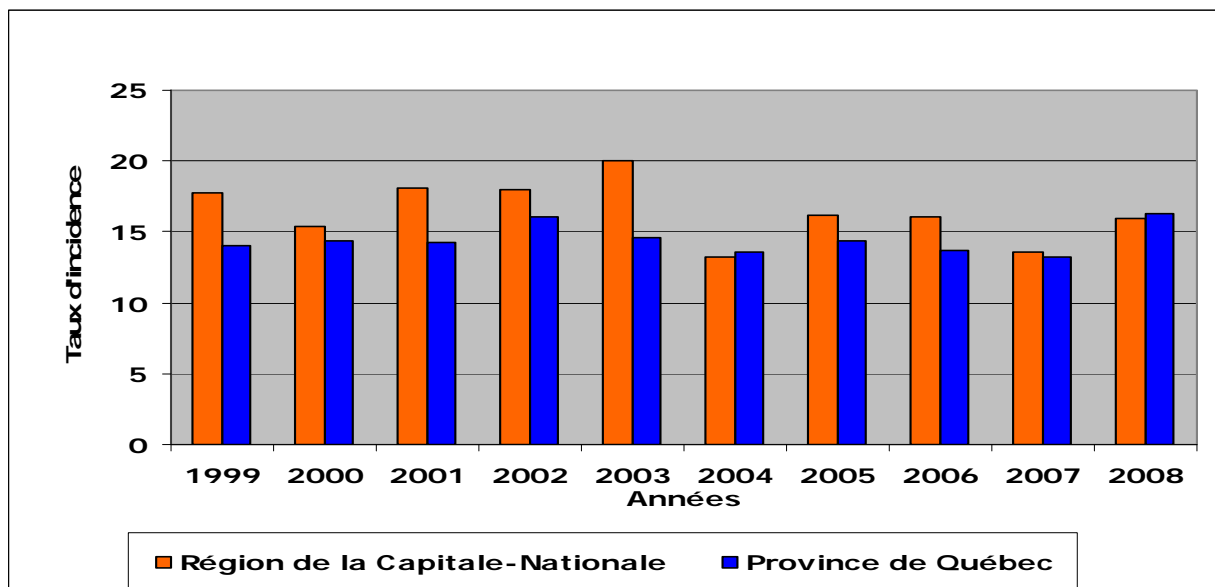


FIGURE 17 SALMONELLOSE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1999-2008.

C.4. Giardiase

En 2008, 76 cas de giardiase ont été déclarés, soit 10 de moins qu'en 2007. Un pic a été atteint en 2002, alors que 111 cas étaient enregistrés, mais depuis, les taux d'incidence sont relativement stables (figure 18). L'incidence de la province est généralement plus élevée que celle de la région de la Capitale-Nationale (sauf en 2002, 2005 et 2008). En 2008, les personnes les plus touchées sont les adultes de 25 à 44 ans, avec 30 cas, et les enfants âgés de 14 ans ou moins, avec 25 cas (tableau 24, en annexe). Les femmes sont moins touchées que les hommes, mais nous n'avons pas d'explication pour cette différence.

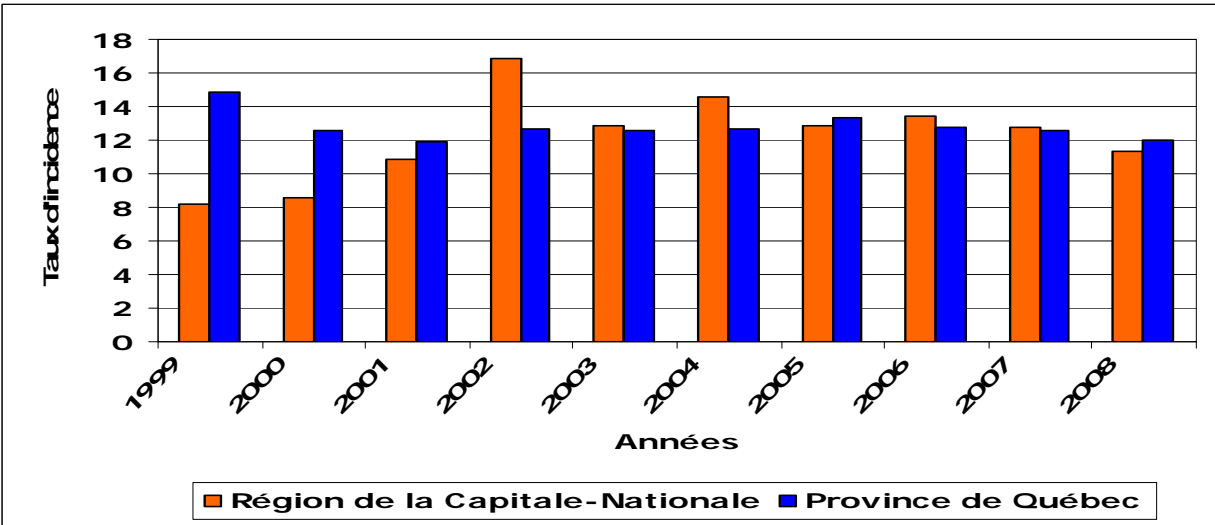


FIGURE 18 GIARDIASE. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1999-2008.

C.5. Hépatite A

En 2008, cinq cas d'hépatite A ont été déclarés dans la région de la Capitale-Nationale, soit un de plus qu'en 2007 (tableau 11). Sauf en 2004, l'incidence dans la région est nettement moins élevée que celle de la province (figure 19). En général, les cas sont liés à un voyage dans un pays où la maladie est endémique.

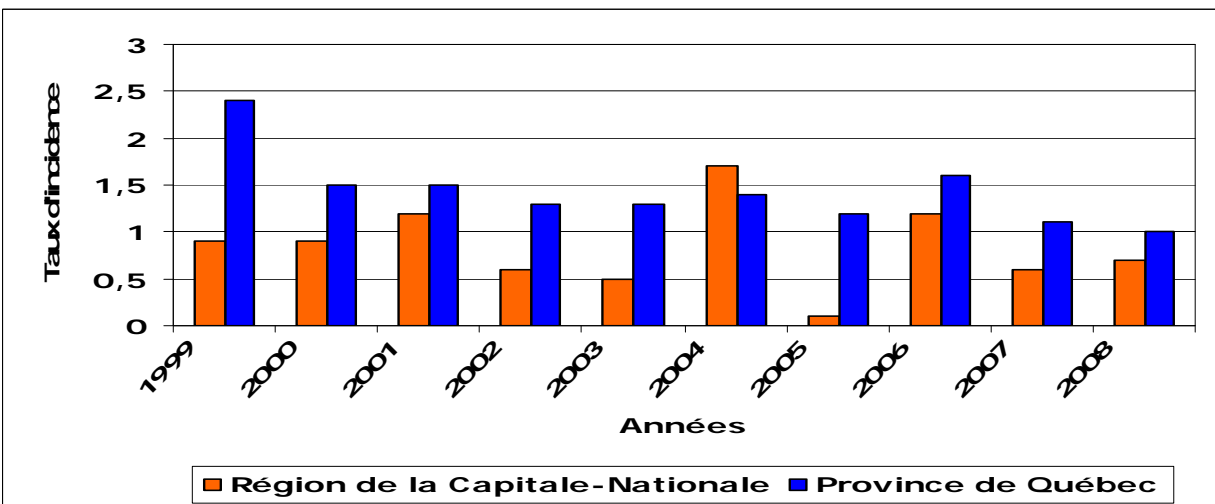


FIGURE 19 HÉPATITE A. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1999-2008.

C.6. Listériose

L'année 2008 a été marquée par une éclosion canadienne de listériose (pulsovars 136 et 180) reliée à la consommation de produits contaminés dans une usine de la compagnie Maple Leaf, à Toronto, et par une éclosion québécoise reliée à la consommation de fromages fins (contamination croisée chez les détaillants). Le *Listeria* (pulsovar 93) a été identifié chez deux fromagers. Huit cas sont survenus dans la région de la Capitale-Nationale (tableaux 24, 25 et 27, en annexe); tous appartenaient à des groupes vulnérables (personnes immunosupprimées et femmes enceintes). La listériose a causé deux accouchements prématurés, mais n'a entraîné aucun décès.

Le *Listeria* est un pathogène largement répandu dans l'environnement. Il ne se transmet pas de personne à personne, mais par contact direct avec des animaux ou des aliments contaminés. Les symptômes de la listériose sont généralement bénins (fièvre, douleurs musculaires, crampes abdominales, diarrhée), mais la maladie peut aussi provoquer une méningite ou une septicémie et ultimement, le décès. Sa période d'incubation est de 2 à 70 jours (moyenne de 21 jours), et les populations à risque sont les personnes âgées, les personnes immunosupprimées, les femmes enceintes et les très jeunes enfants.

Depuis 2005, le taux d'incidence de la listériose dans la région est sensiblement plus élevé que celui de la province, mais l'écart a de beaucoup diminué en 2008 (figure 20).

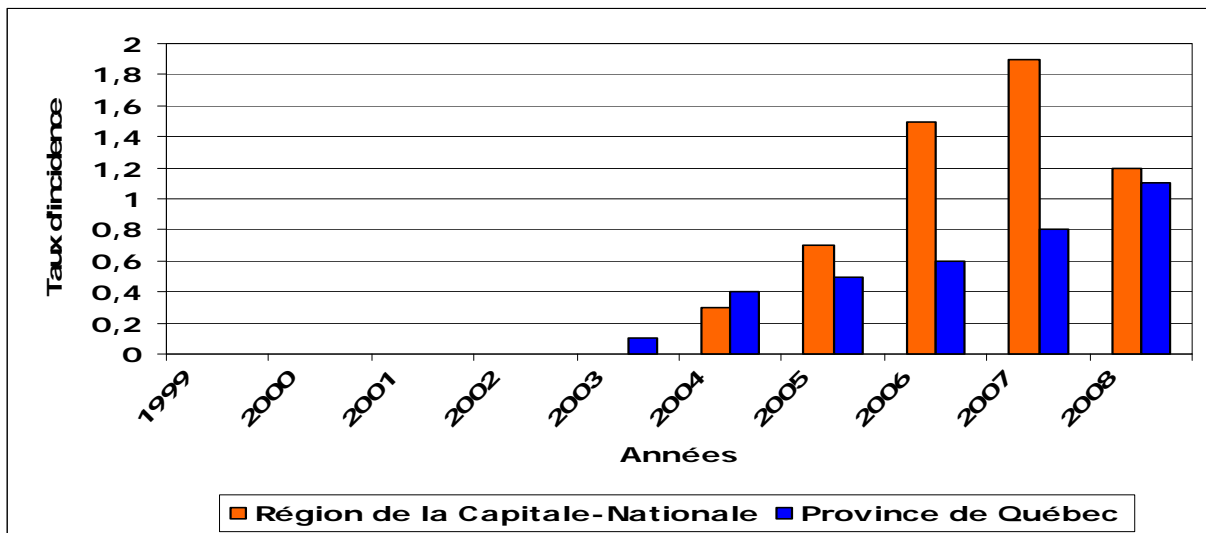


FIGURE 20 Listériose Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1999-2008.

D. MALADIES TRANSMISSIBLES PAR GOUTTELETTES OU PAR VOIE AÉRIENNE

Parmi les maladies transmissibles par gouttelettes ou par voie aérienne, la tuberculose, l'infection invasive à streptocoques du groupe A et l'infection invasive à pneumocoques ont été retenues pour les besoins de ce rapport en raison de leur transmissibilité, de leur morbidité et de la signification sociale particulière qu'elles peuvent parfois revêtir.

D.1. Tuberculose

En 2008, onze cas de tuberculose, soit six femmes et cinq hommes, ont été déclarés dans la région de la Capitale-Nationale. Ils sont concentrés sur les territoires du CSSS de la Vieille-Capitale et du CSSS de Québec-Nord.

Le nombre de cas est légèrement supérieur à la moyenne des dix dernières années (de 10,2 cas par année). Le taux d'incidence de la région se situe à 1,64 pour 100 000 personnes-années, ce qui est nettement moins que l'incidence provinciale de 3,09 (figure 21). Une certaine tendance à la baisse se dégage pour les dernières années, sauf 2008. Le total des cas régionaux correspond à 4,6 % de l'ensemble des cas rapportés pour la province en 2008, soit 237.

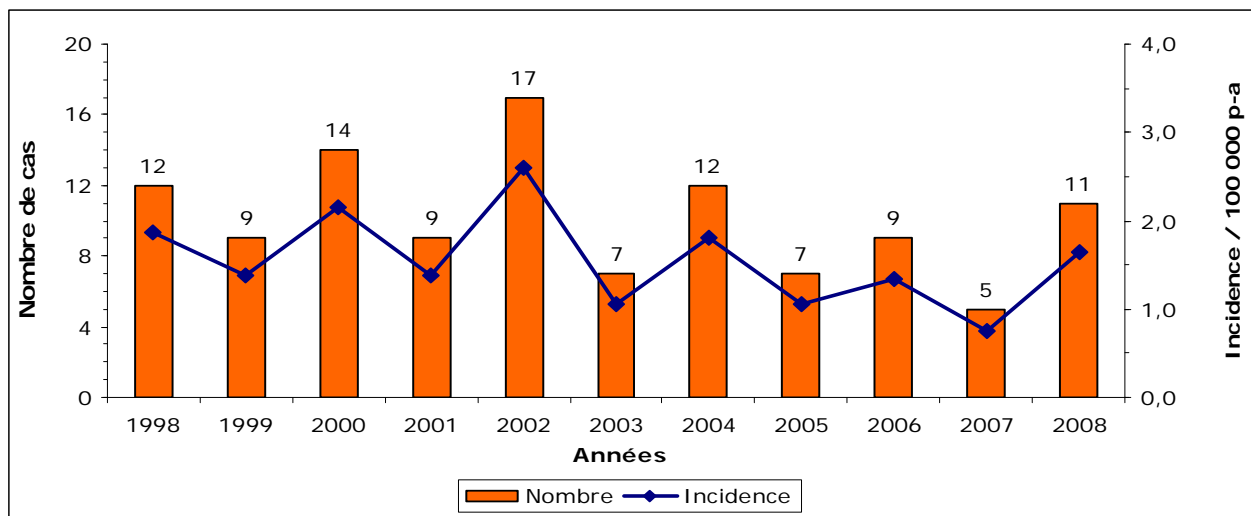


FIGURE 21 TUBERCULOSE. Nombre de cas par année et incidence, région de la Capitale-Nationale, de 1998 à 2008.

Sept cas correspondent à une infection pulmonaire, trois à une infection pleurale et un cas à une infection ganglionnaire. Une enquête est faite pour chaque cas, mais la recherche des contacts n'est faite que pour les infections respiratoires car les infections non respiratoires ne sont pas considérées comme contagieuses de personne à personne. Aucun cas secondaire n'a été déclaré parmi les contacts.

En 2008, le groupe des 45-64 ans est le plus touché, avec quatre cas (figure 22). Aucun cas n'avait été enregistré dans ce groupe d'âge en 2007. Comme en 2007 toutefois, c'est le groupe des 75 ans ou plus qui affiche le taux d'incidence le plus élevé.

Huit des onze cas sont des personnes nées au Canada et ne faisant par partie d'une communauté autochtone. Les autres sont des personnes immigrantes.

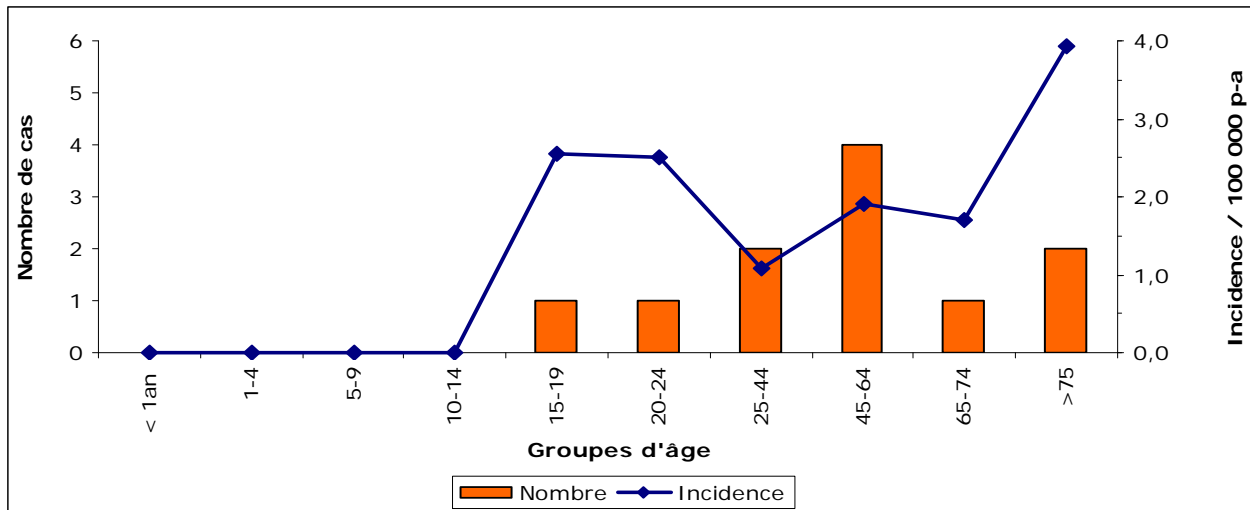


FIGURE 22 TUBERCULOSE. Nombre de cas et taux d'incidence par groupes d'âge, région de la Capitale-Nationale, année 2008.

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

Communément appelée « infection à bactérie mangeuse de chair », l'infection invasive à streptocoques du groupe A (SGA) connaît de grandes variations au fil des ans. Les cas se produisent tout au long de l'année (tableau 25, en annexe). Les taux d'incidence provincial et régional sont les mêmes, de 3,6 (tableau 26, en annexe).

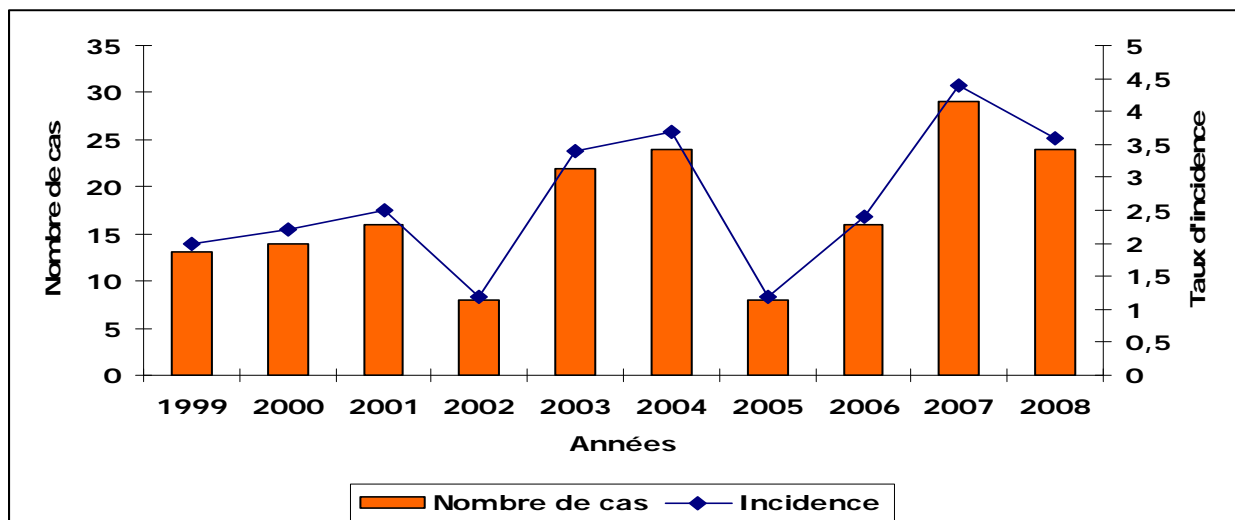


FIGURE 23 INFECTION INVASIVE À STREPTOCOQUES DU GROUPE A. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1999-2008.

D.3. Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae*

Durant la période 1997-2007, dans la région de la Capitale-Nationale, l'incidence des infections invasives à pneumocoques (IIP) varie entre 8 et 13 cas pour 100 000 personnes-années. Le taux le plus élevé est atteint en 2008 : 14 cas pour 100 000, alors qu'il était de 9 cas en 2007. En 2008, le taux d'incidence de la région est aussi plus élevé que celui de la province, qui s'établit à 11 (tableau 12 et figure 24).

TABLEAU 12 INFECTIONS INVASIVES À *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1997-2008.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Région de la Capitale-Nationale												
Cas	52	63	49	54	82	53	80	82	57	65	58	93
Incidence	8	10	8	8	13	8	12	12	9	10	9	14
Province de Québec												
Incidence	9	10	10	11	12	11	12	13	11	8	10	11

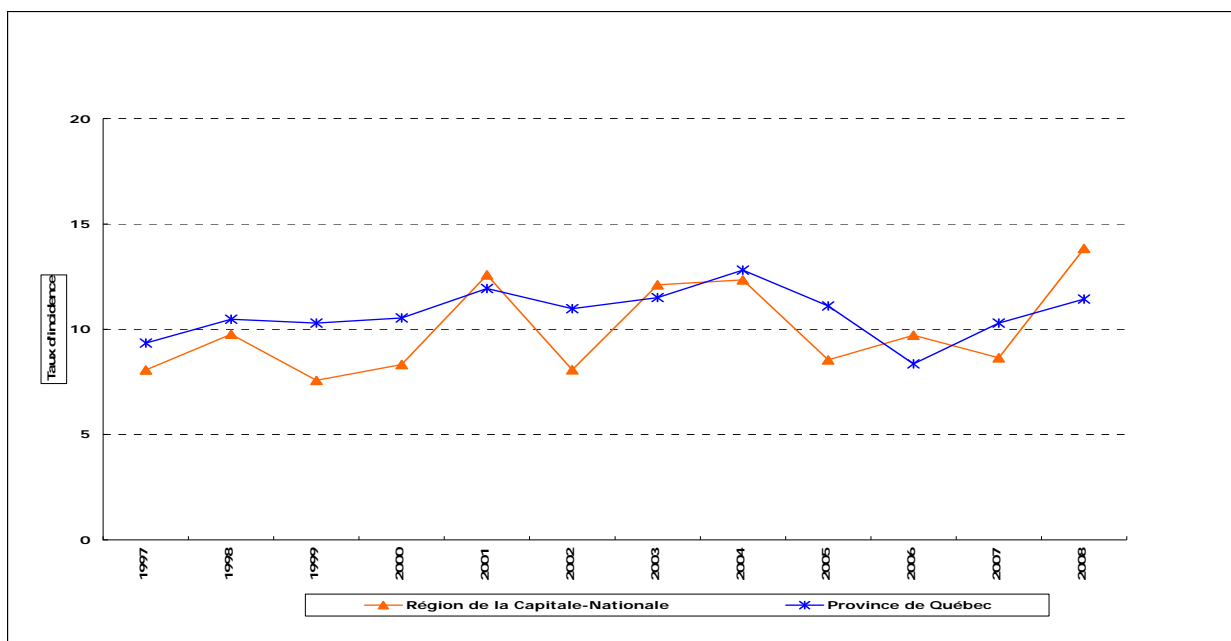


FIGURE 24 INFECTIONS INVASIVES À *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1997-2008.

Les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées de 65 ans ou plus sont les groupes de population les plus vulnérables à cette infection. Près de la moitié des 93 cas déclarés en 2008, soit 45, sont dans ces 2 groupes. Depuis 2000, le vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque est offert à toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus et à toutes les personnes à risque de plus de 2 ans. En outre, le vaccin conjugué 7-valent contre le pneumocoque a été intégré dans le calendrier régulier de vaccination des enfants en novembre 2004. Ce vaccin a contribué à la baisse importante, chez les moins de 5 ans, des cas d'IIP causés par les sérotypes qu'il contient (figure 25). La hausse du nombre de cas dans ce groupe, en 2007, est attribuable aux sérotypes absents du vaccin (onze des douze cas, plus un de sérotype inconnu), soit les sérogroupes 7, 10, 15, 19A, 21 et 22F. En 2008 comme en 2007, à l'exception d'un sérotype inconnu, aucun des onze cas de moins de 5 ans n'est dû à un sérotype présent dans le vaccin. La souche 19A, connue pour sa virulence, prédomine (cinq des onze cas). Pour ce qui est des 65 ans ou plus, 17 des 32 cas déclarés en 2008 sont causés par des souches contenues dans le vaccin antipneumococcique 23-valent et 6 par des souches absentes du vaccin, alors que pour 9 cas, le sérotype n'est pas connu. Il est difficile de dire si ces cas auraient pu être prévenus puisque l'information sur la couverture vaccinale n'est pas toujours disponible, aucune enquête n'étant réalisée pour ce groupe d'âge.

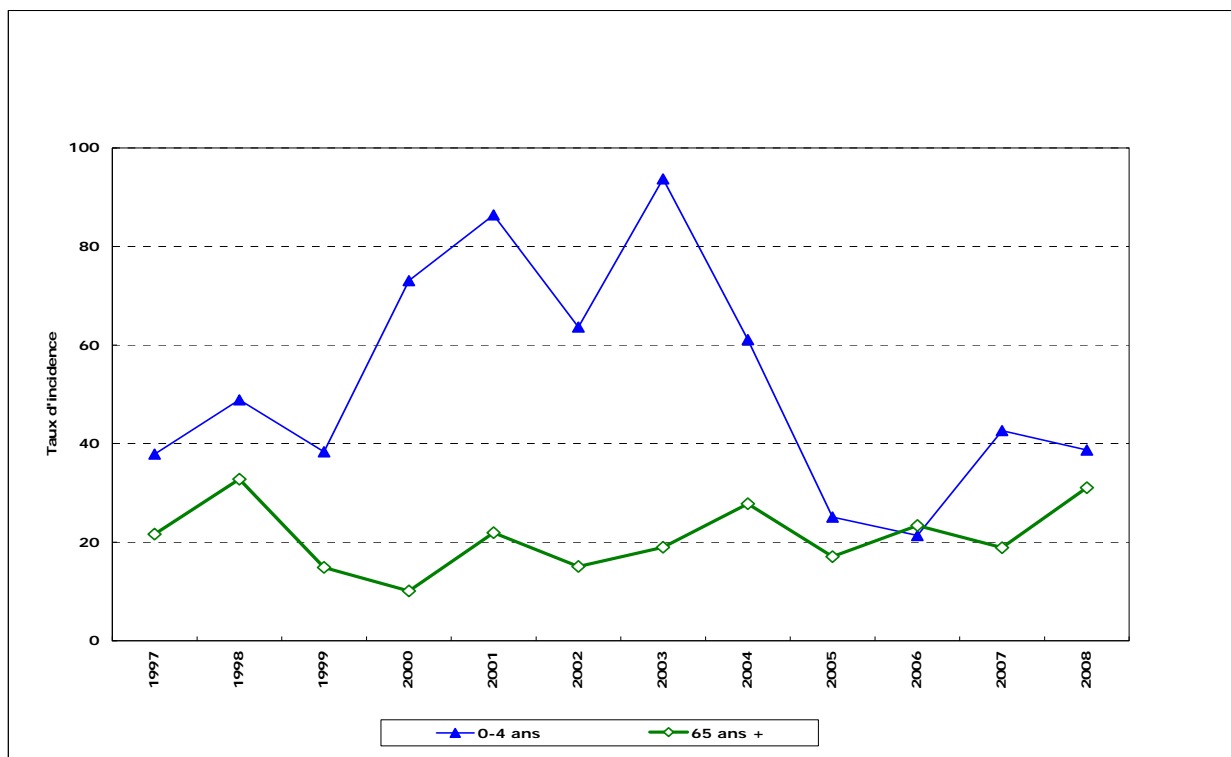


FIGURE 25 INFECTIONS INVASIVES À *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) chez les moins de cinq ans et chez les 65 ans ou plus, région de la Capitale-Nationale, 1997-2008.

E. AUTRES MALADIES INFECTIEUSES SOUS SURVEILLANCE

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

En 2008, la DRSP a reçu 129 signalements de morsures animales, soit 107 (45 %) de moins qu'en 2007. Il s'agit de la première diminution depuis que de telles données sont recueillies. Cette situation s'explique par le fait que de nouvelles recommandations et un nouvel algorithme ont été adoptés relativement à la prophylaxie post-exposition à une chauve-souris. En effet, certains types d'exposition à une chauve-souris ont été retirés de la définition de « contact significatif ».

Les signalements se rapportent au total à 129 personnes, soit 97 adultes (75 % des cas), 15 enfants de 0 à 11 ans (12 %) et 17 adolescents de 12 à 17 ans (13 %). Des 129 personnes touchées, 29 (23 %) ont reçu une recommandation de vaccination prophylactique post-exposition contre la rage.

Les animaux en cause sont les chiens (52 % des signalements), les chats (22,5 %), les chauves-souris (15,5 %) et, plus rarement, les singes (4 signalements), les rats (2), les ratons laveurs (2), les hiboux (1), les serpents (1) et les renards (1). Les rongeurs, à l'exception de la marmotte dans certaines circonstances, ne représentent pas de risque d'exposition à la rage car la maladie est très brève chez eux, ce qui limite les possibilités de transmission. De même, les oiseaux et les reptiles ne peuvent pas transmettre la rage puisqu'ils ne sont pas des mammifères. Aucun des onze animaux analysés n'était porteur de la maladie. Les 32 animaux placés en observation ne présentaient aucun symptôme eux non plus. D'ailleurs, la région de la Capitale-Nationale est considérée comme à faible risque pour la transmission de la rage car aucun cas animal n'a été détecté depuis plus de cinq ans.

Les signalements viennent de plusieurs partenaires. Les milieux cliniques (cliniques médicales, urgences, CSSS) représentent la plus grande proportion, soit 82,2 % des signalements. Ils sont suivis, dans l'ordre, d'Info-Santé, de l'Agence canadienne d'inspection des aliments (secteur santé animale), de la population elle-même et des autres DRSP. La distribution des signalements sur l'année suit une courbe normale, avec un pic durant l'été (figure 26).

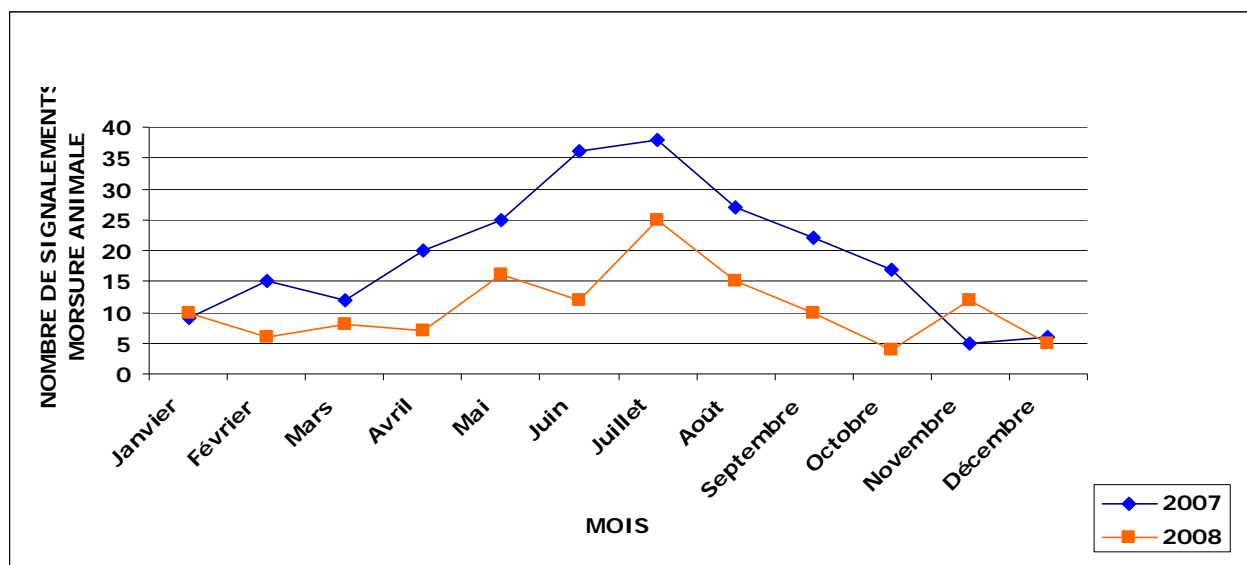


FIGURE 26 MORSURES ANIMALES. Nombre de signalements par mois, région de la Capitale-Nationale, 2007-2008.

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

En 2008, trois éclosions de porteurs d'ERV ont été déclarées dans trois établissements distincts de soins de courte durée de la région. Le cas source semble avoir été chaque fois une personne porteuse d'ERV à son admission, qui l'a ensuite transmis à l'intérieur de l'établissement. La durée de ces éclosions a varié de 59 à 162 jours, et de 5 à 44 cas secondaires ont été détectés. Ces éclosions ne sont pas reliées, c'est-à-dire que ce n'est pas le transfert d'un patient d'un centre en éclosion vers un autre centre qui a entraîné une nouvelle éclosion. L'application stricte de mesures de prévention a permis de résoudre ces éclosions. Il convient de souligner que malgré ces événements, la région n'est pas considérée comme endémique pour l'ERV.

En revanche depuis quelques années, la plupart des centres hospitaliers de la région sont considérés comme endémiques pour les souches de SARM acquises à l'hôpital (SARM-AH). Une surveillance active est réalisée en soins de courte durée afin de détecter les porteurs et les nouveaux cas d'infection nosocomiale. Cependant, seules les éclosions d'infections dans les établissements de soins de longue durée sont à déclaration obligatoire, et il n'y en a pas eu en 2008.

Le SARM acquis en communauté (SARM-AC) continue de faire l'objet d'une surveillance locale par les centres hospitaliers. Une éclosion a d'ailleurs été signalée, qui touchait les membres d'une équipe sportive. La DRSP et l'équipe d'infectiologie et de prévention des infections d'un hôpital ont mené conjointement une intervention. L'application des mesures recommandées a permis de maîtriser l'éclosion.

E.3. Diarrhée associée à *Clostridium difficile*

Les infections dues à *Clostridium difficile* ne font pas partie de la liste des MADDO. En août 2004, l'INSPQ a mis en place un programme de surveillance obligatoire des diarrhées associées à *Clostridium difficile* (DACD) d'origine nosocomiale, auquel participent huit centres hospitaliers⁴ de soins généraux et spécialisés de la région de la Capitale-Nationale. Les données présentées ici proviennent principalement de ce programme.

Pour l'année 2008⁵, les centres hospitaliers participants ont rapporté 501 cas de DACD d'origine nosocomiale. Il s'agit d'une diminution de 141 cas (22 %) comparativement à 2007 (figure 27). La moyenne régionale des taux d'incidence est en effet de 8,8 pour 10 000 patients-jours en 2008, contre 11,3 en 2007.

Une augmentation des taux est constatée aux périodes 9 et 10 de l'année 2008 (qui correspondent aux mois de novembre et décembre). L'augmentation pendant ces deux périodes est attribuable à plusieurs facteurs, qui varient selon l'établissement en cause.

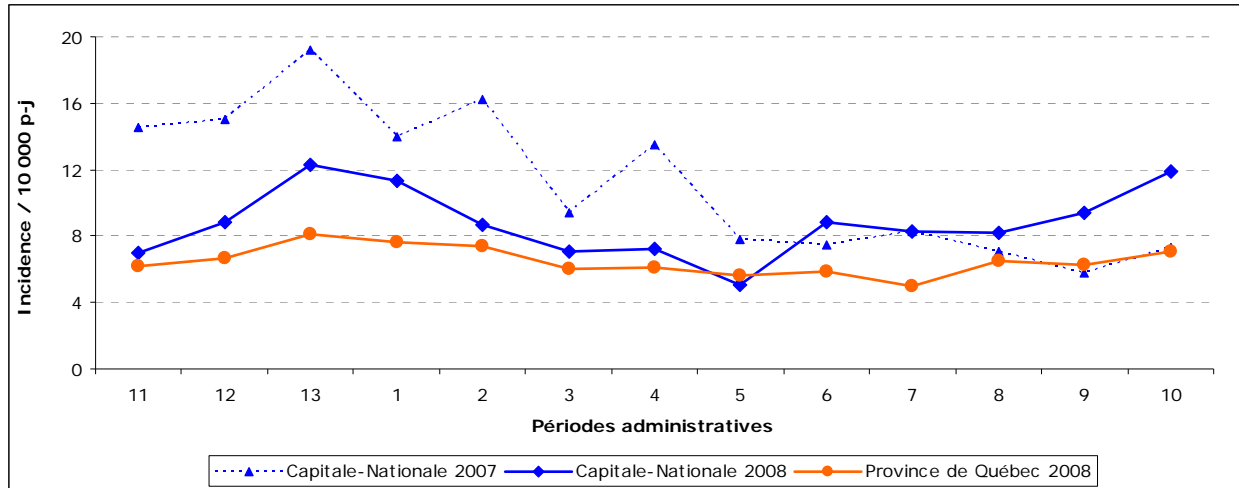


FIGURE 27 DIARRHÉE ASSOCIÉE AU *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*. Incidence par 10 000 personnes-jours selon les périodes administratives, région de la Capitale-Nationale et province de Québec, année 2008.

Les données sur les analyses de souches de DACD ont montré que la souche hypervirulente NAP1/027 (aussi appelée de type A) était bien implantée dans la région en 2007 (tableau 13). En effet, 81,4 % des échantillons de selles analysés qui venaient de cas de DACD étaient infectés par cette souche. En 2008 toutefois, l'analyse similaire montre que cette proportion a baissé à 44,1 %, et que seulement deux hôpitaux ont encore une prédominance de souche A. Cette diminution est attribuable aux mesures mises en place dans les établissements de soins depuis 2004. Il n'est cependant pas possible de déterminer quelles mesures se sont avérées les plus efficaces.

TABLEAU 13 DIARRHÉE ASSOCIÉE AU *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*. Résultat des analyses de souche effectuées sur des échantillons de selles dans la région de la Capitale-Nationale, années 2005 à 2008.

Année	Proportion du génotype NAP1/027	Nb CH en prédominance NAP1/027
2005	3,1 %	0
2006	50,0 %	2
2007	81,4 %	6
2008	44,1 %	2

Source des données : LSPQ.

Le mode de suivi des complications au cours des 30 jours suivant le diagnostic a été modifié en 2008. Depuis le 17 août 2008, la compilation des décès en cause principale, cause contributive et cause non reliée a été remplacée par un dénombrement du total des décès (toutes causes confondues) survenus entre 0 et 10 jours et des décès survenus entre 11 et 30 après le diagnostic. De plus, le suivi des décès est devenu obligatoire, tandis que le suivi des autres complications est demeuré optionnel.

Cette modification rend plus difficile la comparaison des taux de décès entre 2007 et 2008 (tableau 14). On ne peut que comparer le nombre total de décès, qui a diminué en 2008 par rapport à 2007 (15,5 % vs 21,5 %) dans la région. Cette proportion est restée stable dans la province, à 16,1 %. Pour ce qui est des autres complications, on constate une diminution des admissions aux soins intensifs et des colectomies. À l'échelle de la province, le taux de ces complications est resté stable.

Enfin, il est à noter que le suivi des complications a été fait pour 99,4 % des cas (soit 498 sur 501).

TABLEAU 14 DIARRHÉE ASSOCIÉE AU CLOSTRIDIUM DIFFICILE. Fréquence des complications au cours des 30 jours suivant le diagnostic de la maladie, région de la Capitale-Nationale et province de Québec, années 2007 et 2008.

Type de complication	Capitale-Nationale		Province de Québec	
	2007 Nombre (%)	2008 Nombre (%)	2007 Nombre (%)	2008 Nombre (%)
Décès				
DACD cause principale	41 (7,0)	2 (0,4)	82 (2,8)	31 (1,3)
DACD cause contributive	29 (5,0)	11 (2,2)	145 (4,9)	70 (2,8)
DACD cause non reliée	55 (9,5)	19 (3,8)	271 (9,2)	98 (4,0)
0-10 jours	S. O.	25 (5,0)	S. O.	108 (4,4)
11-30 jours	S. O.	20 (4,0)	S. O.	92 (3,7)
Total des décès	125 (21,5)	77 (15,5)	498 (16,8)	399 (16,1)
Admission en USI pour DACD	22 (3,8)	6 (1,2)	74 (2,5)	52 (2,1)
Réadmission pour DACD	31 (5,3)	28 (5,6)	170 (5,7)	137 (5,5)
Colectomie pour DACD	7 (1,2)	2 (0,4)	35 (1,2)	25 (1,0)
Total des cas suivis	582	498	2960	2472

* Le chiffre entre parenthèses correspond au pourcentage par rapport au total des cas suivis.

E.4. Éclosions de gastro-entérites virales

Les gastro-entérites virales entrent dans la catégorie des gastro-entérites épidémiques d'origine indéterminée, qui font partie de la liste des MADO. En 2008, 66 éclosions ont été déclarées à la DRSP. La majorité, soit 46 (69,7 %), sont survenues dans des établissements de soins (CHSGS, CHSLD, résidences pour personnes âgées), et les 20 autres dans des garderies, des CPE et des écoles. Il existe certainement une sous-déclaration de ces éclosions, particulièrement pour les épisodes survenant dans les milieux autres que les établissements de soins.

Les gastro-entérites virales se produisent principalement en période hivernale, avec un cycle sur quelques années. Ainsi le nombre d'éclosions déclarées dans les deux premiers mois de 2008 est beaucoup moindre que pour les deux premiers mois de 2007, alors que le nombre d'éclosions déclarées en novembre et décembre 2008 est beaucoup plus élevé qu'en novembre et décembre 2007 (figure 28).

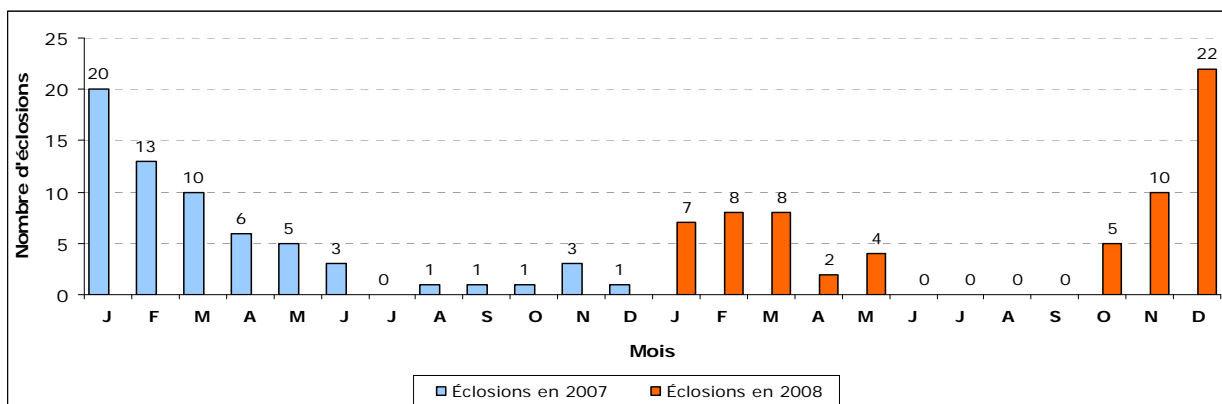


FIGURE 28 ÉCLOSIONS DE GASTRO-ENTÉRITES VIRALES. Répartition par mois des éclosions, région de la Capitale-Nationale, années 2007 et 2008.

Dans la grande majorité de ces éclosions, soit 93,9%, l'agent causal n'a pas été identifié, soit parce qu'il n'y a pas eu de prélèvements, soit parce que les résultats se sont révélés négatifs. Lorsqu'un pathogène a été identifié, il s'agissait de norovirus (4,5 %) ou de rotavirus (1,5 %).

E.5. Toxi-infections alimentaires

Les toxi-infections alimentaires (TIA) se définissent comme la *présence de manifestations cliniques similaires chez au moins deux personnes, et lien épidémiologique entre le fait d'être malade et la consommation d'aliments ou d'eau (source commune), avec ou sans identification d'un agent pathogène*. En 2008, 25 événements ont été déclarés, mais 5 ne répondaient pas à la définition nosologique puisqu'ils ne concernaient qu'une seule personne. Ces données sont similaires à celles de 2007.

Parmi les vingt TIA régionales, une se rapporte à un CPE, quinze à un repas pris au restaurant et quatre à un repas pris à la maison. De deux à quinze personnes ont été touchées à la fois. De plus, dans certaines circonstances, une transmission interhumaine ne peut être exclue.

Les TIA sont transférées au MAPAQ pour complément d'enquête et recherche du pathogène en cause. Dans la majorité des cas toutefois, il n'est pas possible d'isoler un micro-organisme en particulier. Aucun lien n'a pu être établi entre les TIA déclarées, et aucune d'elles n'a mené au retrait d'un aliment.

E.6 Psittacose

La psittacose est une infection peu fréquente causée par *Chlamydophila psittaci*. Les oiseaux, principalement les perroquets, en constituent le principal réservoir, et la transmission à l'humain se fait par contact direct ou par gouttelettes.

En 2008, un cas confirmé présentant une pneumonie a été déclaré à la DRSP à la suite d'un contact avec une perruche callopsite (cockatiel) porteuse de *C. psittaci*. Trois autres cas probables sont reliés à cet oiseau, mais ils n'ont pu être confirmés malgré de nombreuses analyses de laboratoire. Cet événement a néanmoins été retenu comme étant une éclosion.

Le MAPAQ a participé à l'intervention associée à cette éclosion. D'autres oiseaux ont été trouvés porteurs et ont reçu une prophylaxie. Comme ce pathogène est relativement fréquent chez les oiseaux en bonne santé, d'autres cas humains pourraient survenir au cours des prochaines années. Toutefois, comme ce diagnostic est rarement considéré en clinique et que la sensibilité des tests de laboratoire chez l'humain est peu évaluée, il existe probablement une sous-déclaration de ces cas.

E.7. Éclosions d'influenza

Les éclosions d'influenza⁶ ne sont pas des événements à déclaration obligatoire. Les établissements les signalent sur une base volontaire. Ce type d'éclosion, qui peut survenir surtout au cours de la saison d'activité grippale (novembre et avril), fait cependant l'objet d'une surveillance étroite. La surveillance des éclosions d'influenza a commencé le 1^{er} novembre 2004. La période de surveillance allait du 1^{er} novembre au 30 avril en 2004-2005 et en 2005-2006, puis a été prolongée jusqu'au 1^{er} juin depuis 2006-2007.

Les éclosions d'influenza déclarées à la DRSP sont celles qui surviennent dans des CHSLD ou dans des unités de CHSGS. La saison 2005-2006 a été marquée par de nombreuses éclosions d'influenza dans les CHSLD du Québec, comme partout au Canada (tableau 15). En 2006-2007, le nombre d'éclosions a été moindre qu'au cours des deux années précédentes. En 2007-2008, treize éclosions d'influenza ont été déclarées à la DRSP, dont six de type A et sept de type B. Pour la saison 2008-2009, le nombre d'éclosions d'influenza déclarées au 17 avril 2009 est de douze, soit sept de type A, quatre de type B et une avec les deux types simultanément. Toutes sont survenues en CHSLD entre janvier et avril 2009.

TABLEAU 15 INFLUENZA. Éclosions dans les CHSLD et dans les unités des CHSGS, région de la Capitale-Nationale, 2004-2009.

Saison	CHSLD	CHSGS	TOTAL
2004-2005	14	4	18
2005-2006	24	3	27
2006-2007	7	1	8
2007-2008	12	1	13
2008-2009	12	0	12

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

- Dans les CHSLD, malgré des taux de couverture vaccinale de plus de 80 % chez les usagers, l'influenza est susceptible de se manifester car dans ces milieux, le vaccin ne protège qu'à 40 % contre les infections. Les résidents des CHSLD sont souvent âgés, souffrent de maladies chroniques, et leur réponse immunitaire est moins bonne. Toutefois, le vaccin est une mesure préventive efficace : il prévient 60 % des hospitalisations et 80 % des décès causés par l'influenza.
- Les taux de couverture vaccinale des employés des CHSLD ont augmenté à 51 % en 2007-2008. Même si la couverture vaccinale du personnel augmente constamment, une couverture vaccinale plus élevée permettrait de réduire le risque d'éclosion d'influenza dans ces milieux. Au moment de la rédaction du rapport, les données de couverture vaccinale pour 2008-2009 n'étaient pas encore disponibles.

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

E.8. Manifestations cliniques inhabituelles survenant après la vaccination

Le programme de surveillance ESPRI (Événements secondaires possiblement reliés à la vaccination) a pour but de reconnaître rapidement tout changement significatif dans l'incidence des manifestations cliniques post-vaccinales en vue de prendre les mesures appropriées. Par exemple, c'est grâce à ce programme que le syndrome oculo-respiratoire (SOR) a été détecté au Québec en 2000. Cela a conduit à la réalisation d'études scientifiques et à la modification du processus de fabrication du vaccin contre l'influenza.

Puisque le nombre de doses administrées au niveau régional est plutôt petit, un événement inhabituel pourrait être difficile à reconnaître, à moins de se produire tout à coup à une grande fréquence ou de toucher uniquement la région (ex. : lot défectueux, erreur programmatique répétée avec un vaccinateur en particulier). C'est en analysant les données à l'échelle de la province ou du pays qu'on augmente les possibilités de reconnaître de tels signaux.

Chaque année, dans la région, les médecins et les infirmières déclarent une centaine de manifestations cliniques inhabituelles (MCI). Soulignons que le nombre de déclarations reste stable même si le nombre de vaccins administrés s'est accru de plus de 60 % au cours des cinq dernières années, en raison de l'ajout de plusieurs vaccins au calendrier régulier.

Pour chaque cas de MCI déclaré, un intervenant de la Direction de la santé publique communique avec le déclarant ou la personne vaccinée pour compléter l'information et vérifier si la MCI correspond aux définitions de surveillance, ou si elle peut être clairement attribuée à une autre étiologie ou à des conditions coexistantes. Si nécessaire, l'intervenant fait des recommandations sur l'évaluation de la MCI ou la poursuite de la vaccination.

En 2008, 368 633 doses de vaccins ont été administrées dans le cadre du programme public et 99 MCI ont été déclarées, ce qui donne un taux de 26,9 pour 100 000 doses administrées. Ce nombre de MCI représente 10 % des MCI déclarées dans la province, ce qui est conforme à la proportion attendue puisque la région représente 9 % de la population québécoise.

- Le nombre de MCI déclarées en fonction des vaccins est présenté au tableau 16. Si on limite l'analyse au vaccin contre l'influenza, qui est le vaccin administré le plus fréquemment, le taux de MCI est de 15 pour 100 000 doses administrées (28 pour 185 390). À l'automne 2008, le vaccin contre le virus du papillome humain a été

ajouté au calendrier de vaccination des filles de la 4^e année du primaire et de la 3^e secondaire. Les MCI déclarées à la suite de cette vaccination sont semblables à celles déclarées en général pour les autres vaccins.

- La fréquence des MCI par catégorie de manifestation est présentée au tableau 17. Les manifestations déclarées le plus souvent sont les réactions locales (31 %), suivies de la fièvre (13 %) et des allergies (11 %). Un cas d'anaphylaxie a été signalé à la suite d'une vaccination contre l'influenza. La personne a bien répondu au traitement et a récupéré complètement. Le taux attendu d'anaphylaxie est de 1 à 10 cas pour 1 000 000 doses administrées, selon le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).
 - Un syndrome de Guillain et Barré (SGB) est survenu à la suite d'une vaccination contre la diphtérie et le tétanos. La personne conserve des séquelles. L'association remarquée n'est probablement qu'une association temporelle car selon les données scientifiques (*cf.* PIQ), l'association entre le SGB et ce vaccin est exceptionnelle. L'incidence attendue de SGB dans la population adulte est de 10 à 20 cas pour 1 000 000 doses administrées.

La catégorie «Autres MCI» regroupe des événements variés ne pouvant être intégrés dans les autres catégories, et qui sont davantage inhabituels que graves (céphalées, fatigue, faiblesse, conjonctivite, nausées, et autres).

- Plus de la moitié (59 %) des cas ayant présenté une MCI ont consulté un médecin, et 9 % ont été hospitalisés. À l'exception du patient ayant fait un SGB, tous ont récupéré complètement.

TABLEAU 16 Nombre de déclarations de MCI en 2008 selon le vaccin.

Vaccins	Nombre de MCI déclarées*
Vaccins DCT-polio-Hib, DCT-Polio, dcT, dT	38
Vaccin contre l'influenza	28
Vaccin contre le VPH	17
RRO	8
Pneumocoque conjugué	8
Pneumocoque polysaccharidique	6
Varicelle	5
Méningocoque conjugué	5
Hépatites A, B et AB	4
Autres vaccins	6

* Le total excède le nombre de MCI puisque plusieurs vaccins peuvent avoir été administrés en même temps avant que la MCI ne se manifeste.

TABLEAU 17 Nombre de déclarations de MCI en 2008 selon la manifestation.

Type de manifestation	Nombre de déclarations*
Réaction locale (réaction locale importante et cellulite)	37
Fièvre	15
Allergie**	13
Éruption cutanée	11
Syndrome oculo-respiratoire	6
Adénopathie	3
Anesthésie ou paresthésie	3
Arthralgie ou arthrite	3
Convulsions	3
Vomissements ou diarrhée	3
Anaphylaxie	1
Syndrome de Guillain et Barré	1
Thrombocytopénie	1
Autres***	19

* Plusieurs manifestations peuvent être associées à une même déclaration.

** Surtout manifestations cutanées avec prurit ou urticaire.

*** Sous cette catégorie sont regroupés des événements variés qui ne peuvent être intégrés aux autres catégories, et qui sont plus inhabituels que graves (céphalées, fatigue, faiblesse, conjonctivite, nausées, etc.).

Le programme de surveillance des MCI est prescrit par la Loi sur la santé publique. Un tel programme est une composante essentielle de tout programme d'immunisation. Il ne pourrait exister sans la collaboration des médecins et des infirmières qui déclarent les MCI. Il s'ajoute aux données obtenues d'autres systèmes de surveillance tant au Québec qu'au Canada ou ailleurs dans le monde. La vaccination est sécuritaire, et le suivi assuré par la surveillance des MCI contribue à la rendre encore plus sécuritaire.

F. MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE D'ORIGINE NON INFECTIEUSE

Comme par les années passées, la grande majorité des MADO d'origine chimique ou physique sont déclarées à la DRSP par les laboratoires, alors que très peu le sont directement par les médecins traitants. Par ailleurs depuis 2006, la DRSP reçoit des déclarations venant du Comité des maladies professionnelles pulmonaires de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST); ces déclarations concernent uniquement les cas indemnisés par la CSST.

En 2008, les contaminants qui ont conduit au plus grand nombre de déclarations sont, dans l'ordre, le plomb, l'amiante et le monoxyde de carbone (tableau 18).

TABLEAU 18 MADO D'ORIGINE NON INFECTIEUSE. Nombre de cas déclarés par contaminant, région de la Capitale-Nationale, 2008.

CONTAMINANTS	NOMBRE DE CAS	PROPORTION
Plomb	51	43,2 %
Amiante	19	16,1 %
Monoxyde de carbone	17	14,4 %
Métaux autres que le plomb	11	9,3 %
Silice	7	5,9 %
Produits chimiques sensibilisants	3	2,5 %
Autres ou inconnus	10	8,5 %
TOTAL	118	100 %

F.1. Intoxication par le plomb

L'exposition au plomb, qui demeure courante dans les milieux de travail, se prête bien à la surveillance biologique des travailleurs, et cela explique en bonne partie pourquoi une forte proportion des déclarations se rapporte à ce contaminant. D'ailleurs, plusieurs de ces déclarations découlent directement des activités de surveillance médicale menées par les équipes de santé au travail des CSSS auprès de travailleurs visés par la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

En outre au Québec, le seuil de déclaration pour l'intoxication par le plomb est établi à $0,5 \mu\text{mol/L}$, un niveau suffisamment bas pour permettre une intervention précoce auprès de groupes plus vulnérables, tels les enfants et les femmes enceintes, qui sont particulièrement sensibles aux effets d'une imprégnation sanguine par le plomb. Selon les connaissances actuelles toutefois, ce niveau ne représente pas un danger significatif pour les groupes non vulnérables. C'est pourquoi le Comité médical provincial en santé au travail a retenu comme objectif l'élimination de toute exposition professionnelle susceptible d'entraîner des plombémies supérieures à $1,25 \mu\text{mol/L}$ ⁷. Il convient donc de suivre le mieux possible l'évolution de la distribution des cas, entre autres à la lumière de ce paramètre.

En 2008, si l'on ne retient que le résultat individuel le plus élevé obtenu en cours d'année, 51 cas d'intoxication par le plomb ont été déclarés à la DRSP, soit une diminution substantielle comparativement aux 79 cas déclarés en 2007. Cette baisse du nombre brut de déclarations peut s'expliquer par une réduction de la surveillance médicale pour le plomb dans les établissements industriels de certains secteurs qui n'ont pas été retenus comme prioritaires en 2008. La majorité des MADO causées par le plomb surviennent à la suite d'activités de travail, alors qu'un nombre minime est attribuable à des activités de loisir (ex. : tir).

Parmi les 51 cas déclarés en 2008, 74,5 % présentaient une plombémie inférieure à $1 \mu\text{mol/L}$, alors que cette proportion était de 78,5 % en 2007 et de 76,9 % en 2006 (figure 29). Cette légère baisse est venue briser une tendance haussière de cinq ans. En outre, la proportion des plombémies supérieures à $1,25 \mu\text{mol/L}$ était de 7,9 %, comparativement à 12,8 % en 2007 et à 10,9 % en 2006. Il convient également de souligner qu'en 2008, aucune plombémie déclarée n'a excédé le niveau de $2 \mu\text{mol/L}$,

longtemps considéré comme le seuil de réaffectation des travailleurs; au cours des dernières années, un seul cas a présenté ce niveau, en 2007.

La valeur médiane du résultat personnel le plus élevé de plombémie déclaré en 2008 est de 0,73 $\mu\text{mol/L}$, une diminution par rapport à 2007 (0,74 $\mu\text{mol/L}$) et 2006 (0,81 $\mu\text{mol/L}$). En fait une tendance à la baisse se confirme depuis les dernières années (figure 30), ce qui permet de croire que le niveau d'imprégnation de la population par le plomb est en baisse dans la région de la Capitale-Nationale.

Ces deux informations laissent croire que malgré une baisse du niveau médian d'imprégnation, d'une part, soit des travailleurs ont accumulé une charge corporelle en plomb qui demandera une très longue période de temps pour diminuer de façon significative, soit il subsiste dans la région des activités professionnelles où les travailleurs ont des expositions mal contrôlées au plomb. Un plafonnement des efforts de prévention doit également être envisagé.

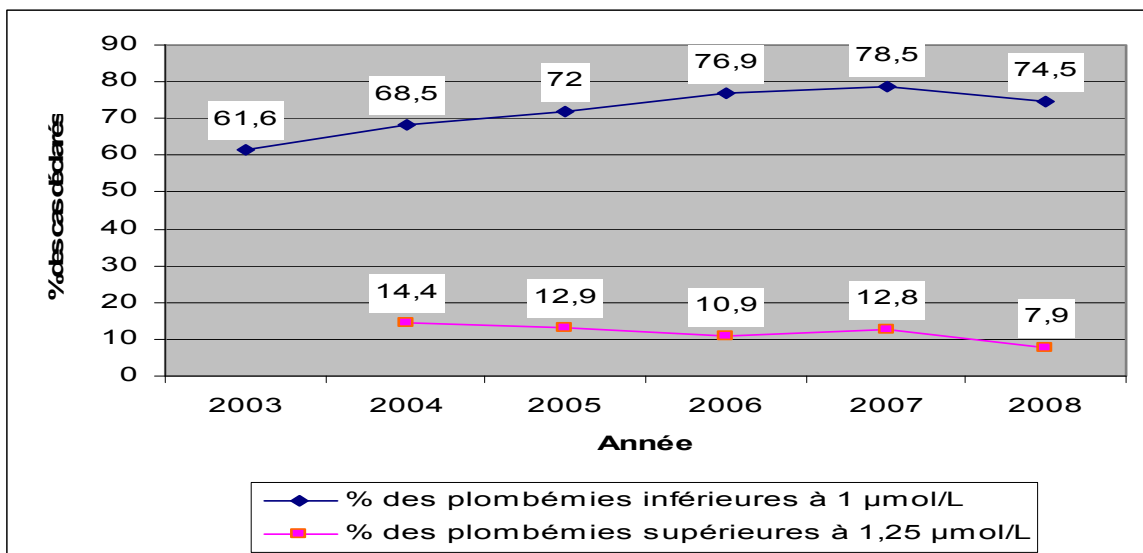


FIGURE 29 PLOMBÉMIE. Évolution de la proportion (%) des plombémies inférieures à 1 $\mu\text{mol/L}$ déclarées à la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale

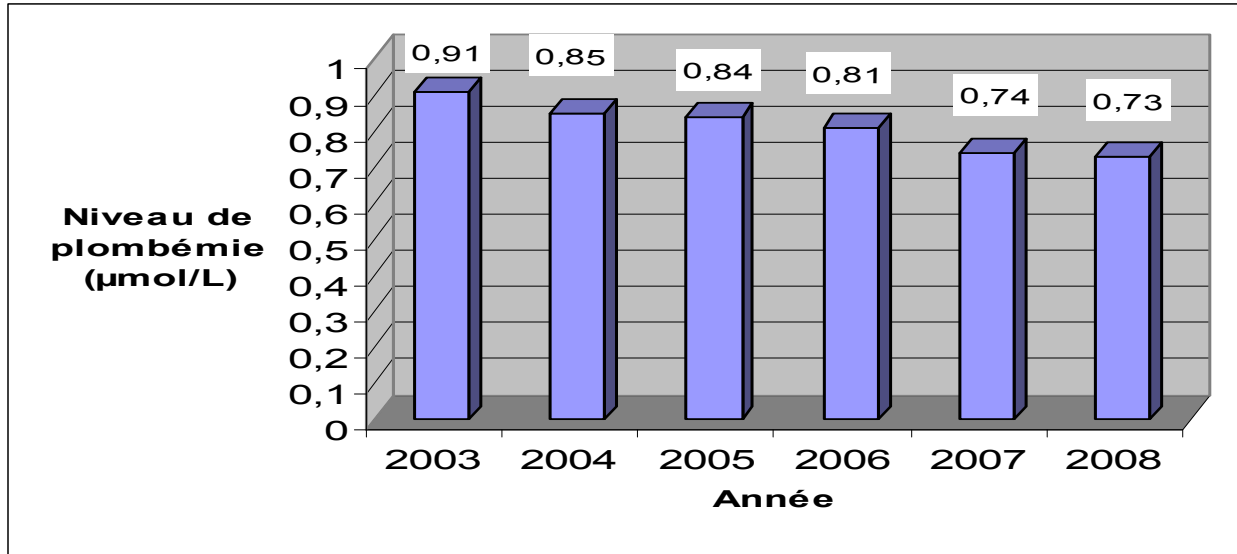


FIGURE 30 PLOMBÉMIE. Évolution de la médiane des plombémies déclarées à la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale

Les intoxications par le plomb déclarées à la DRSP sont très majoritairement liées à des activités de travail ou à un emploi antérieur. En 2008, les déclarations viennent principalement du secteur de l'entretien des automobiles, un secteur qui a par ailleurs été ciblé pour des activités de surveillance médicale.

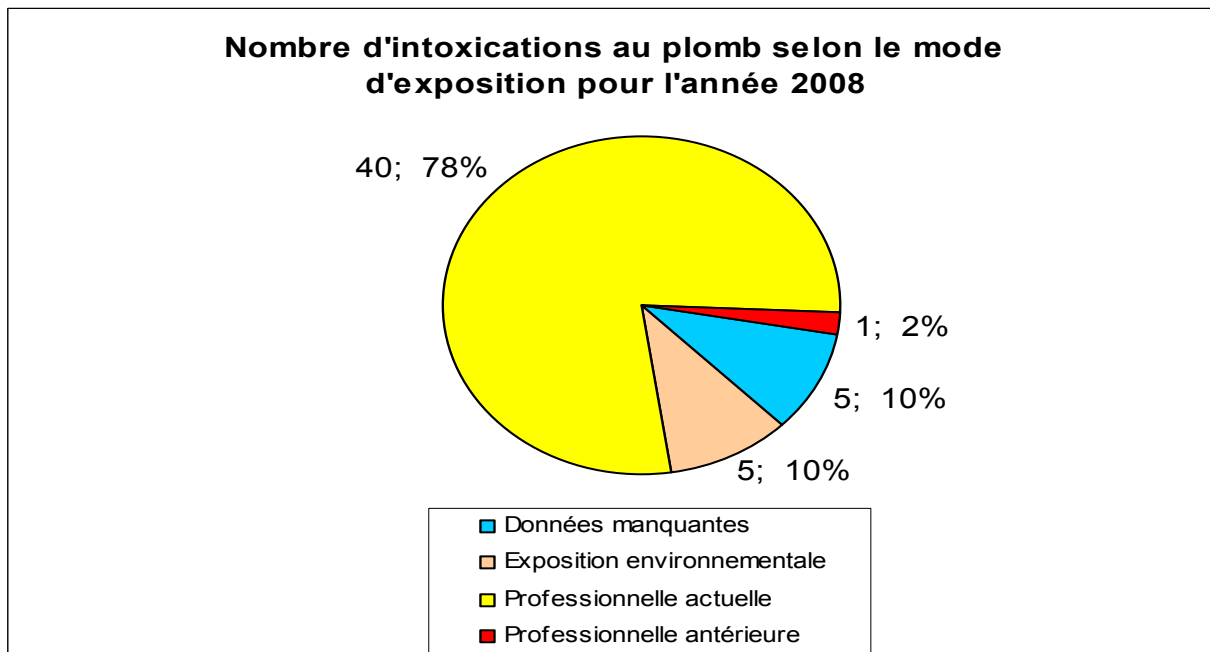


FIGURE 31 PLOMBÉMIE. Répartition des plombémies déclarées à la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, par secteur d'activité

F.2. Maladies liées à l'amiante

En 2008, la DRSP a reçu 19 déclarations de maladies liées à l'amiante. Treize de ces déclarations (68,4 %) se rapportent à des cas d'amiantose, comparativement à quinze en 2007. Un cas de mésothéliome malin et un cas de cancer du poumon liés à l'amiante ont été déclarés, alors qu'en 2007, ces deux affections ont chacune fait l'objet de six déclarations. Les maladies liées à l'amiante se développent généralement à la suite d'une exposition prolongée pouvant remonter à quelques décennies; les maladies déclarées en 2007 reflètent donc des conditions d'exposition qui peuvent aujourd'hui avoir disparu des milieux de travail. C'est l'histoire professionnelle des cas déclarés qui permet de déterminer le milieu à l'origine de la maladie. En 2008, parmi les dix cas déclarés et pour lesquels l'enquête épidémiologique était complétée, six viennent du secteur de la construction et deux du secteur de la réparation de navires.

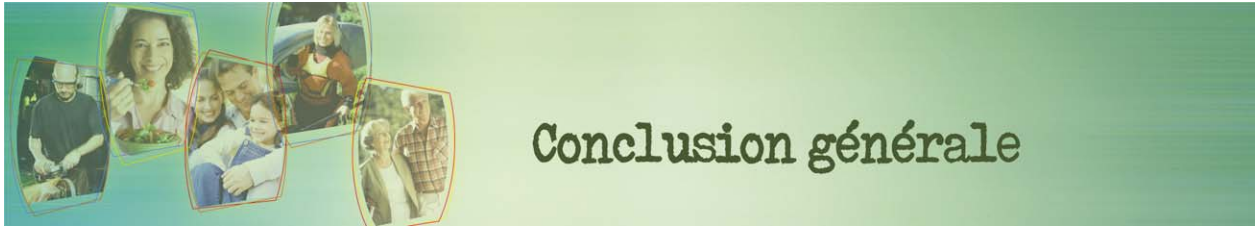
F.3. Intoxication par le monoxyde de carbone

En 2008, 17 cas d'intoxication par le monoxyde de carbone ont été déclarés à la DRSP, soit 4 de plus qu'en 2007. Huit de ces cas sont dus à des intoxications non intentionnelles, dont la moitié d'origine environnementale, c'est-à-dire que ces intoxications se sont produites à la faveur d'activités personnelles ou de loisir, par exemple durant un séjour dans un chalet. Quatre cas sont d'origine professionnelle. Les circonstances entourant ces intoxications permettent de mettre en évidence, qu'encore en 2008, plusieurs cas d'intoxication au CO étaient liés au travail découlant de l'utilisation d'un petit outil à moteur fonctionnant avec un combustible fossile dans un espace confiné.

Dans la région de la Capitale-Nationale, les expositions accidentelles conduisant à une MADO sont certainement sous-estimées de façon importante, puisque seulement les cas les plus graves qui ont nécessité un séjour en chambre hyperbare à l'Hôtel-Dieu de Lévis, sont généralement déclarés, alors que les intoxications moins sévères, qui ont par exemple entraîné une consultation médicale à l'urgence ou en cabinet, le sont beaucoup moins. On peut donc croire qu'il existe un problème sérieux de sous-déclaration pour les intoxications au monoxyde de carbone.

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

La DRSP a reçu onze déclarations d'intoxication par des métaux autres que le plomb en 2008, comparativement à sept en 2007. Il s'agit d'intoxications par le chrome, le cobalt et le mercure. Les cas sont très largement associés à des milieux de travail où ces métaux sont utilisés, ouvragés ou transformés. Ces intoxications sont survenues dans des milieux de travail où des équipes de santé au travail du réseau des CSSS offrent déjà des activités de prévention et ont été constatées dans le cadre des activités de surveillance médicale initiées par les médecins de ces équipes.



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



AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse et d'origine chimique : Rapport annuel 2007*, Québec, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, 2007.

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

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. *Surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : mise à jour des données au 30 juin 2008*, Québec, Institut national de santé publique, 2009.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire, de 1981 à 2026*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : définitions nosologiques des maladies d'origine infectieuse*, 7^e édition, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008.



Annexes

TABLEAU 19 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), CSSS de Charlevoix, 2004-2008.

MALADIES	2004		2005		2006		2007		2008	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Amibiase	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	3,3	1	3,4
Coqueluche	0	0,0	17	56,4	0	0,0	17	56,9	0	0,0
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	1	3,3	1	3,3	1	3,3	1	3,3	0	0,0
Giardiase	5	16,6	3	10,0	5	16,7	3	10,0	2	6,7
Hépatite A	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4
Hépatite B porteur chronique	1	3,3	5	16,6	1	3,3	5	16,7	1	3,4
Hépatite C sans précision	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	3,3	4	13,4
Infection à <i>Campylobacter</i>	16	53,0	18	59,8	16	53,3	18	60,2	18	60,5
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	31	102,7	27	89,6	31	103,3	27	90,3	10	33,6
Infection gonococcique (toute localisation)	2	6,6	0	0,0	2	6,7	0	0,0	1	3,4
Infection invasive à méningocoques	0	0,0	2	6,6	0	0,0	2	6,7	0	0,0
Infection invasive à streptocoques du groupe A	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	1	3,3	1	3,3	1	3,3	1	3,3	2	6,7
Légionellose	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	3,3	0	0,0
Neurosyphilis	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	3,3	0	0,0
Salmonellose	4	13,2	17	56,4	4	13,3	17	57,0	6	20,1
Syphilis contagieuse ¹	2	6,6	0	0,0	2	6,7	0	0,0	2	6,7
Tuberculose	1	3,3	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0
TOTAL	64		94		64		94		49	

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

TABLEAU 20 MAD0 D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), CSSS de Portneuf, 2004-2008.

MALADIES	2004		2005		2006		2007		2008	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Amibiase	3	6,4	0	0,0	3	6,4	0	0,0	1	2,1
Coqueluche	0	0,0	5	10,7	0	0,0	5	10,6	2	4,3
Fièvre Q	0	0,0	1	2,1	0	0,0	1	2,1	0	0,0
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	0	0,0	3	6,4	0	0,0	3	6,4	2	4,3
Giardiase	6	12,9	5	10,7	6	12,8	5	10,6	4	8,5
Hépatite A	1	2,1	0	0,0	1	2,1	0	0,0	1	2,1
Hépatite aiguë B	1	2,1	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0
Hépatite B porteur chronique	3	6,4	2	4,3	3	6,4	2	4,3	4	8,5
Hépatite B sans précision	1	2,1	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0
Hépatite C sans précision	14	30,0	15	32,0	14	30,0	15	31,9	17	36,2
Hépatite E										0,0
HTLV I et II	1	2,1	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0
Infection à <i>Campylobacter</i>	24	51,4	16	34,2	24	51,1	16	34,2	25	53,2
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	36	77,2	43	91,8	36	76,7	43	91,5	38	80,9
Infection à <i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	0	0,0	1	2,1	0	0,0	1	2,1	1	2,1
Infection gonococcique (toute localisation)	1	2,1	0	0,0	1	2,1	0	0,0	2	4,3
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>	0	0,0	1	2,1	0	0,0	1	2,1	3	6,4
Infection invasive à streptocoques du groupe A	1	2,1	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0

TABLEAU 20 (suite) MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes- année), CSSS de Portneuf, 2004-2008.

MALADIES	2004		2005		2006		2007		2008	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	10	21,4	5	10,7	10	21,3	5	10,6	13	27,7
Neurosyphilis	1	2,1	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0
Oreillons	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Psittacose	0	0,0	1	2,1	0	0,0	1	2,1	0	0,0
Salmonellose	7	15,0	8	17,1	7	15,0	8	17,0	8	17,0
Shigellose	0	0,0	2	4,3	0	0,0	2	4,3	3	6,4
Syphilis contagieuse ¹	1	2,1	0	0,0	1	2,1	0	0,0	2	4,3
Syphilis autres ²	0	0,0	1	2,1	0	0,0	1	2,1	0	0,0
Syphilis sans précision ³	1	2,1	0	0,0	1	2,1	0	0,0	1	2,1
Tuberculose	1	2,1	1	2,1	1	2,1	1	2,1	0	0,0
TOTAL	113		109		113		109		127	

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

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

3- Syphilis dont la classification a été impossible.

TABEAU 21 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), CSSS de Québec-Nord, 2004-2008.

MALADIES	2004		2005		2006		2007		2008	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Amibiase	7	2,4	4	1,4	7	2,4	4	1,4	3	1,0
Coqueluche	25	8,6	25	8,6	25	8,5	25	8,5	40	13,5
Cyclospore	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fièvre Q	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	5	1,7	3	1,0	5	1,7	3	1,0	7	2,4
Giardiase	43	14,8	36	12,3	43	14,6	36	12,2	39	13,2
Hépatite A	8	2,8	0	0,0	8	2,7	0	0,0	0	0,0
Hépatite aiguë B	2	0,7	3	1,0	2	0,7	3	1,0	4	1,4
Hépatite B porteur chronique	14	4,8	9	3,1	14	4,8	9	3,1	15	5,1
Hépatite B sans précision	1	0,3	3	1,0	1	0,3	3	1,0	0	0,0
Hépatite C sans précision	54	18,6	56	19,2	54	18,4	56	19,0	28	9,5
Hépatite E	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Infection à <i>Campylobacter</i>	123	42,4	128	43,8	123	41,8	128	43,4	98	33,1
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	442	152,5	415	142,0	442	150,4	415	140,6	462	155,9
Infection oculaire à <i>Chlamydia trachomatis</i>	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,3
Infection à <i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	3	1,0	8	2,7	3	1,0	8	2,7	4	1,4
Infection gonococcique (toute localisation)	10	3,4	8	2,7	10	3,4	8	2,7	27	9,1
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>	1	0,3	5	1,7	1	0,3	5	1,7	3	1,0
Infection invasive à méningocoques	5	1,7	4	1,4	5	1,7	4	1,4	4	1,4

TABLEAU 21 (suite)

MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), CSSS de Québec-Nord, 2004-2008.

MALADIES	2004		2005		2006		2007		2008	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Infection invasive à streptocoques du groupe A	16	5,5	5	1,7	16	5,4	5	1,7	14	4,7
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	39	13,5	23	7,9	39	13,3	23	7,8	39	13,2
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	1	0,3	2	0,7	1	0,3	2	0,7	1	0,3
Infection par le virus du Nil occidental	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Légionellose	2	0,7	0	0,0	2	0,7	0	0,0	4	1,4
Listériose	1	0,3	2	0,7	1	0,3	2	0,7	0	0,0
Maladie de Lyme	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,3	1	0,3
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Neurosyphilis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,7
Psittacose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Salmonellose	34	11,7	38	13,0	34	11,6	38	12,9	42	14,2
Shigellose	2	0,7	1	0,3	2	0,7	1	0,3	2	0,7
Syphilis contagieuse ¹	12	4,1	7	2,4	12	4,1	7	2,4	6	2,0
Syphilis autres ²	1	0,3	1	0,3	1	0,3	1	0,3	0	0,0
Syphilis sans précision ³	2	0,7	0	0,0	2	0,7	0	0,0	1	0,3
Tuberculose	6	2,1	2	0,7	6	2,0	2	0,7	4	1,4
Tularémie	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0
TOTAL	862		789		862		789		861	

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

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

3- Syphilis dont la classification a été impossible.

TABEAU 22 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), CSSS de la Vieille-Capitale, 2004-2008.

MALADIES	2004		2005		2006		2007		2008	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Amibiase	14	4,7	10	3,4	14	4,7	10	3,4	20	6,7
Coqueluche	7	2,4	25	8,4	7	2,4	25	8,4	27	9,0
Cyclosporose	0	0,0	2	0,7	0	0,0	2	0,7	0	0,0
Fièvre Q	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Fièvre paratyphoïde B	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	1	0,3	4	1,3	1	0,3	4	1,3	1	0,3
Giardiase	38	12,8	51	17,1	38	12,7	51	17,1	30	10,0
Hépatite A	2	0,7	1	0,3	2	0,7	1	0,3	3	1,0
Hépatite aiguë B	8	2,7	1	0,3	8	2,7	1	0,3	2	0,7
Hépatite B porteur chronique	34	11,4	33	11,1	34	11,4	33	11,1	35	11,7
Hépatite B sans précision	1	0,3	3	1,0	1	0,3	3	1,0	1	0,3
Hépatite aiguë C	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Hépatite C sans précision	99	33,3	91	30,5	99	33,2	91	30,5	106	35,5
Infection à <i>Campylobacter</i>	180	60,5	156	52,4	180	60,3	156	52,2	153	51,2
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	671	225,6	733	246,0	671	224,9	733	245,4	782	261,5
Infection oculaire à <i>Chlamydia trachomatis</i>	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,3	1	0,3
Infection à <i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	6	2,0	8	2,7	6	2,0	8	2,7	6	2,0
Infection gonococcique (toute localisation)	19	6,4	39	13,1	19	6,4	39	13,1	66	22,1
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>	4	1,3	1	0,3	4	1,3	1	0,3	2	0,7

TABLEAU 22 (suite) MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), CSSS de la Vieille-Capitale, 2004-2008.

MALADIES	2004		2005		2006		2007		2008	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Infection invasive à méningocoques	2	0,7	8	2,7	2	0,7	8	2,7	4	1,3
Infection invasive à streptocoques du groupe A	7	2,4	3	1,0	7	2,4	3	1,0	9	3,0
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	29	9,8	27	9,1	29	9,7	27	9,0	37	12,4
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	14	4,7	5	1,7	14	4,7	5	1,7	3	1,0
Légionellose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Listériose	1	0,3	3	1,0	1	0,3	3	1,0	2	0,7
Lymphogranulome vénérien	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Neurosyphilis	2	0,7	2	0,7	2	0,7	2	0,7	1	0,3
Salmonellose	37	12,4	43	14,4	37	12,4	43	14,4	50	16,7
Shigellose	4	1,3	15	5,0	4	1,3	15	5,0	5	1,7
Syphilis contagieuse ¹¹	27	9,1	11	3,7	27	9,1	7	2,3	16	5,4
Syphilis autres ¹²	6	2,0	6	2,0	6	2,0	6	2,0	8	2,7
Syphilis sans précision ¹³	4	1,3	1	0,3	4	1,3	1	0,3	10	3,3
Tuberculose	4	1,3	4	1,3	4	1,3	4	1,3	6	2,0
Tularémie	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,3
TOTAL	1224		1287		1224		1287		1393	

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

11- Comprend les syphilis latente tardive (> 1 an) et tertiaire.

12- Syphilis dont la classification a été impossible.

TABLEAU 23 MAD0 D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1999-2008.

MALADIES	ANNÉES																			
	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Amibiase	24	3,7	28	4,3	24	3,7	19	2,9	21	3,2	25	3,8	14	2,1	22	3,4	24	3,8	25	3,7
Babésiose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Botulisme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Brucellose	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chancre mou	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Coqueluche	295	45,7	84	13,0	110	17,0	66	10,1	12	1,8	33	5,0	72	11,0	41	6,2	6	1,1	70	10,4
Cyclosporose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0	1	0,2	0	0,0
Fièvre Q	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2	1	0,2	1	0,2	1	0,2	2	0,3	1	0,1
Fièvre paratyphoïde A	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0
Fièvre paratyphoïde B	0	0,0	3	0,5	3	0,5	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	6	0,9	2	0,3	1	0,1
Fièvre typhoïde	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	12	1,9	17	2,6	9	1,4	8	1,2	8	1,2	7	1,1	11	1,7	7	1,0	7	1,1	10	1,5
Giardiase	53	8,2	56	8,7	71	10,9	111	17,1	85	13,0	97	14,8	86	13,1	90	13,7	86	13,7	76	11,3
Hépatite A	6	0,9	6	0,9	8	1,2	4	0,6	3	0,5	11	1,7	1	0,2	8	1,2	4	0,6	5	0,7
Hépatite B aiguë	17	2,6	16	2,5	12	1,8	17	2,6	16	2,5	11	1,7	4	0,6	2	0,3	5	0,8	6	0,9
Hépatite B porteur	76	11,8	57	8,8	63	9,7	50	7,7	46	7,1	55	8,4	51	7,8	42	6,4	36	5,7	55	8,2
Hépatite B sans précision	1	0,2	3	0,5	3	0,5	2	0,3	2	0,3	4	0,6	6	0,9	4	0,6	1	0,2	1	0,1
Hépatite C aiguë	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2	4	0,6	0	0,0
Hépatite C sans précision	303	46,9	285	44,1	271	41,8	180	27,7	158	24,2	174	26,6	166	25,3	144	21,9	114	18,1	159	23,7
Hépatite E	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	1	0,1
HTLV I et II	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection à <i>Campylobacter</i>	385	59,6	441	68,2	348	53,6	383	58,9	348	53,4	367	56,2	321	49,0	303	46,2	271	43,0	302	44,9

TABLEAU 23 (suite) MAD0 D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1999-2008.

MALADIES	ANNÉES																			
	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	814	126,1	800	123,7	1040	160,3	1004	154,4	1252	192,0	1275	195,1	1230	187,8	1264	192,6	1209	191,9	1324	197,0
Infection oculaire à <i>Chlamydia trachomatis</i>	1	0,2	1	0,2	2	0,3	2	0,3	3	0,5	2	0,3	1	0,2	3	0,5	3	0,5	3	0,4
Infection à <i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	70	10,8	90	13,9	39	6,0	55	8,5	11	1,7	10	1,5	17	2,6	12	1,8	24	3,8	12	1,8
Infection gonococcique (toute localisation)	63	9,8	45	7,0	41	6,3	38	5,8	51	7,8	33	5,0	47	7,2	58	8,8	84	13,3	96	14,3
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>	1	0,2	2	0,3	1	0,2	0	0,0	2	0,3	5	0,8	7	1,1	9	1,4	7	1,1	8	1,2
Infection invasive à méningocoques	5	0,8	2	0,3	28	4,3	11	1,7	11	1,7	8	1,2	14	2,1	10	1,5	10	1,6	8	1,2
Infection invasive à streptocoques du groupe A	13	2,0	14	2,2	16	2,5	8	1,2	22	3,4	24	3,7	8	1,2	16	2,4	29	4,6	24	3,6
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	49	7,6	54	8,3	82	12,6	53	8,1	80	12,3	82	12,5	57	8,7	65	9,9	58	9,2	93	13,8
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	4	0,6	20	3,1	39	6,0	7	1,1	7	1,1	15	2,3	7	1,1	1	0,2	9	1,4	4	0,6
Infection par le virus du Nil occidental	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Légionellose	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2	2	0,3	1	0,2	0	0,0	2	0,3	5	0,7
Listériose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	5	0,8	10	1,5	13	2,1	1	0,1
Lymphogranulome vénérien	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Maladie de Lyme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,3	1	0,1
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2	2	0,3

TABLEAU 23 (suite) MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, 1999-2008.

MALADIES	ANNÉES																			
	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Neurosyphilis	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	3	0,5	3	0,5	1	0,2	0	0,0	3	0,4
Oreillons	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Psittacose	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,1
Rougeole	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rubéole	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Salmonellose	115	17,8	100	15,5	118	18,2	119	18,3	131	20,1	88	13,5	108	16,5	109	16,6	90	14,3	107	15,9
Shigellose	19	2,9	22	3,4	15	2,3	10	1,5	15	2,3	7	1,1	18	2,7	12	1,8	11	1,7	10	1,5
Syphilis contagieuse ¹	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5	45	6,9	15	2,3	10	1,5	11	1,7	25	3,7
Syphilis autres ²	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,3	8	1,2	12	1,8	5	0,8	9	1,4	9	1,3
Syphilis sans précision ³	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	1	0,2	7	1,1	2	0,3	3	0,5	1	0,2	12	1,8
Tétanos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tuberculose	9	1,4	14	2,2	9	1,4	17	2,6	7	1,1	12	1,8	7	1,1	9	1,4	5	0,8	10	1,5
Tularémie	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
TOTAL	2342		2161		2357		2168		2301		2418		2296		2275		2150		2472	

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

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

3- Syphilis dont la classification a été impossible.

TABLEAU 24 MAD0 D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, par groupes d'âge, 2008.

MALADIES	< 1 an		1-4 ans		5-9 ans		10-14 ans		15-19 ans		20-24 ans		25-44 ans		45-64 ans		65-74 ans		75 ans +	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Amibiase	0	0,0	1	4,4	4	14,2	2	5,9	1	2,6	1	2,1	12	6,0	4	2,4	0	0,0	0	0,0
Coqueluche	5	88,3	3	13,2	12	42,5	18	53,3	1	2,6	2	4,3	20	9,9	9	5,4	0	0,0	0	0,0
Fièvre Q	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fièvre paratyphoïde B	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	0	0,0	2	8,8	0	0,0	3	8,9	0	0,0	1	2,1	2	1,0	2	1,2	0	0,0	0	0,0
Giardiase	2	35,3	14	61,5	4	14,2	5	14,8	1	2,6	8	17,1	30	14,9	11	6,6	0	0,0	1	2,7
Hépatite A	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	1	0,5	1	0,6	2	4,0	0	0,0
Hépatite B aiguë	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	5	3,0	0	0,0	0	0,0
Hépatite B porteur	0	0,0	1	4,4	3	10,6	1	3,0	0	0,0	4	8,5	24	11,9	21	12,5	1	2,0	0	0,0
Hépatite B sans précision	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hépatite C sans précision	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	10,2	15	32,0	79	39,2	55	32,8	3	6,0	3	8,1
Hépatite E	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection à <i>Campylobacter</i>	1	17,7	9	39,5	6	21,2	3	8,9	10	25,6	23	49,0	86	42,6	88	52,4	38	75,8	38	102,3
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	11,8	348	890,2	492	1048,7	437	216,7	36	21,4	1	2,0	0	0,0
Infection oculaire à <i>Chlamydia trachomatis</i>	1	17,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection à <i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	0	0,0	1	4,4	0	0,0	1	3,0	2	5,1	1	2,1	2	1,0	4	2,4	0	0,0	1	2,7

TABLEAU 24 (suite) MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale, par groupes d'âge, 2008.

MALADIES	< 1 an		1-4 ans		5-9 ans		10-14 ans		15-19 ans		20-24 ans		25-44 ans		45-64 ans		65-74 ans		75 ans +	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Infection gonococcique	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	48,6	28	59,7	36	17,9	12	7,1	1	2,0	0	0,0
Infection invasive à <i>H. influenzae</i>	0	0,0	0	0,0	1	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,0	2	1,2	3	6,0	0	0,0
Infection invasive à méningocoques	1	17,7	0	0,0	1	3,5	1	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,8	0	0,0	2	5,4
Infection invasive à streptocoques du groupe A	0	0,0	1	4,4	0	0,0	0	0,0	2	5,1	1	2,1	13	6,4	4	2,4	1	2,0	2	5,4
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	3	53,0	8	35,1	1	3,5	1	3,0	0	0,0	0	0,0	15	7,4	31	18,5	16	31,9	18	48,5
Infection à <i>Plasmodium</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,0	1	2,6	0	0,0	1	0,5	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Légionellose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	2	1,2	2	4,0	0	0,0
Listériose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,0	3	1,8	3	6,0	0	0,0
Lymphogranulome vénérien	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	1	2,0	0	0,0
Maladie de Lyme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Neurosyphilis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,6	0	0,0	1	2,7
Psittacose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Salmonellose	4	70,6	7	30,7	8		2	6,0	2		8	17,1	21	10,4	30	17,9	16	31,9	9	24,2
Shigellose	0	0,0	3	13,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1	1	0,5	5	3,0	0	0,0	0	0,0
Syphilis contagieuse ¹	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,4	6	3,0	15	8,9	1	2,0	0	0,0
Syphilis autres ²	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1	4	2,0	4	2,4	0	0,0	0	0,0
Syphilis sans précision ³	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	1	2,1	3	1,5	3	1,8	1	2,0	3	8,1
Tuberculose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	1	2,1	2	1,0	4	2,4	1	2,0	1	2,7
Tularémie	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	1	2,7

TABLEAU 25 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas, région de la Capitale-Nationale, par mois, 2008.

MALADIE	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	TOTAL
Amibiase	0	1	0	1	2	3	2	2	3	3	4	4	25
Coqueluche	2	0	0	4	0	0	5	16	18	11	6	8	70
Fièvre Q	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Fièvre paratyphoïde B	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	2	0	1	1	1	0	0	4	1	0	0	0	10
Giardiase	4	3	7	8	7	4	5	9	5	8	6	10	76
Hépatite A	1	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	5
Hépatite B aiguë	2	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	6
Hépatite B porteur chronique	2	5	0	4	4	5	8	3	3	6	2	13	55
Hépatite B sans précision	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Hépatite C sans précision	11	13	11	11	17	11	8	13	16	21	14	13	159
Hépatite E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Infection à <i>Campylobacter</i>	30	17	22	22	31	19	30	33	35	23	24	16	302
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	82	115	83	129	110	101	117	128	107	133	116	103	1324
Infection oculaire à <i>Chlamydia trachomatis</i>	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	3
Infection à <i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	0	0	0	0	2	1	1	2	2	1	0	3	12
Infection gonococcique	6	12	9	12	5	9	13	6	6	3	8	7	96
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>	0	0	0	1	2	0	0	1	0	1	1	2	8
Infection invasive à méningocoques	2	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	8

TABLEAU 25 (suite) MAD0 D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas, région de la Capitale-Nationale, par mois, 2008.

MALADIE	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	TOTAL
Infection invasive à streptocoques du groupe A	1	5	3	2	2	2	1	1	1	1	1	4	24
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	14	5	11	10	12	2	3	1	5	13	9	8	93
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	4
Légionellose	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	5
Listériose	0	0	1	0	1	0	0	3	3	0	0	0	8
Lymphogranulome vénérien	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
Maladie de Lyme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Psittacose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Salmonellose	9	2	7	9	8	7	11	23	14	5	8	4	107
Shigellose	0	2	0	0	2	1	1	0	2	1	0	1	10
Syphilis contagieuse ¹	5	2	3	1	4	2	1	2	3	0	0	2	25
Syphilis autres ²	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	2	2	9
Syphilis sans précision ³	0	1	0	2	1	1	1	2	0	3	1	0	12
Tuberculose	2	1	0	1	1	0	1	1	0	0	3	0	10
Tularémie	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	177	186	161	225	216	169	213	255	227	241	208	201	2480

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

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

3- Syphilis dont la classification a été impossible.

TABLEAU 26 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 2008.

MALADIES	Province de Québec ¹		Région de la Capitale-Nationale	
	Nombre	Incidence	Nombre	Incidence
Amibiase	261	3,4	25	3,7
Botulisme	6	0,1	0	0,0
Brucellose	3	0,0	0	0,0
Coqueluche	556	7,2	70	10,4
Cryptosporose	28	0,4	0	0,0
Cyclosporidiose	10	0,1	0	0,0
Fièvre Q	41	0,5	1	0,1
Fièvre paratyphoïde A	4	0,1	0	0,0
Fièvre paratyphoïde B	16	0,2	1	0,1
Fièvre typhoïde	17	0,2	0	0,0
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	132	1,7	10	1,5
Giardiase	922	12,0	76	11,3
Hépatite A	75	1,0	5	0,7
Hépatite B aiguë	47	0,6	6	0,9
Hépatite B porteur chronique	602	7,8	55	8,2
Hépatite B sans précision	356	4,6	1	0,1
Hépatite C aiguë	6	0,1	0	0,0
Hépatite C sans précision	1909	24,9	159	23,7
Hépatite E	7	0,1	1	0,1
HTLV I et II	11	0,1	0	0,0
Infection à <i>Campylobacter</i>	2406	31,4	302	44,9
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	14991	195,4	1324	197,0
Infection oculaire à <i>Chlamydia trachomatis</i>	13	0,2	3	0,4
Infection pulmonaire à <i>Chlamydia trachomatis</i>	1	0,0	0	0,0
Infection à <i>E. coli</i> producteur de cytotoxine	156	2,0	12	1,8
Infection gonococcique	1648	21,5	96	14,3
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>	116	1,5	8	1,2
Infection invasive à méningocoques	68	0,9	8	1,2
Infection invasive à SGA	275	3,6	24	3,6
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	877	11,4	93	13,8
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	85	1,1	4	0,6
Infection à VIH	7	0,1	0	0,0
Légionellose	67	0,9	5	0,7
Leptospirose	1	0,0	0	0,0
Listériose	81	1,1	8	1,2
Lymphogranulome vénérien	8	0,1	1	0,1

TABLEAU 26 (suite) MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 2008.

MALADIES	Province de Québec ¹		Région de la Capitale-Nationale	
	Nombre	Incidence	Nombre	Incidence
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	5	0,1	2	0,3
Maladie de Chagas	2	0,0	0	0,0
Maladie de Lyme	12	0,2	1	0,1
Neurosyphilis	20	0,3	3	0,4
Oreillons	6	0,1	0	0,0
Psittacose	4	0,1	1	0,1
Rougeole	1	0,0	0	0,0
Rubéole	2	0,0	0	0,0
Salmonellose	1239	16,2	107	15,9
Shigellose	193	2,5	10	1,5
Syphilis contagieuse ²	346	4,5	25	3,7
Syphilis autres ³	140	1,8	9	1,3
Syphilis sans précision ⁴	79	1,0	12	1,8
Trichinose	1	0,0	0	0,0
Tuberculose	236	3,1	10	1,5
Tularémie	4	0,1	1	0,1
Virus du Nil occidental	2	0,0	0	0,0
TOTAL	28089		2479	

Note : Données non officielles pour la province de Québec.

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

3- Comprend les syphilis latente tardive (> 1 an) et tertiaire.

4- Syphilis dont la classification a été impossible.

TABLEAU 27 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. Nombre de cas par sexe, région de la Capitale-Nationale, 2008.

MALADIES	MASCULIN	FÉMININ	TOTAL
Amibiase	18	7	25
Coqueluche	32	37	69
Fièvre Q	0	1	1
Fièvre paratyphoïde B	0	1	1
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	1	9	10
Giardiase	46	30	76
Hépatite A	2	3	5
Hépatite B aiguë	4	2	6
Hépatite B porteur chronique	35	20	55
Hépatite B sans précision	0	1	1
Hépatite C sans précision	107	52	159
Hépatite E	0	1	1
Infection à <i>Campylobacter</i>	150	152	302
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	430	893	1324
Infection oculaire à <i>Chlamydia trachomatis</i>	0	3	3
Infection à <i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	5	7	12
Infection gonococcique	67	29	96
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>	3	5	8
Infection invasive à méningocoques	4	4	8
Infection invasive à streptocoques du groupe A	12	12	24
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	47	46	93
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	3	1	4
Légionellose	3	2	5
Listériose	4	4	8
Lymphogranulome vénérien	1	0	1
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	2	0	2
Maladie de Lyme	0	1	1
Neurosyphilis	2	1	3
Psittacose	1	0	1
Salmonellose	45	62	107
Shigellose	7	3	10
Syphilis contagieuse ¹	24	1	25
Syphilis autres ²	5	4	9
Syphilis sans précision ³	8	4	12
Tuberculose	5	5	10
Tularémie	0	1	1
TOTAL	1073	1403	2479

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

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

3- Syphilis dont la classification a été impossible.

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

À jour au 29 janvier 2009

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

Maladies à surveillance extrême :

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

Botulisme
Fièvre jaune
Maladie du charbon
Variole

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
Cyclosporose
Diphthérie
Encéphalite virale transmise par arthropodes (virus du Nil occidental, dengue)
Fièvre Q
Fièvre typhoïde et paratyphoïde
Gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica*
Giardiase
Granulome inguinal
Hépatites virales
Infection à *Campylobacter*
Infection à *Chlamydia trachomatis*
Infection à *Escherichia coli* producteur de vérocytotoxine
Infection à *Hantavirus*
Infection à HTLV type I ou II
Infection à *Plasmodium*
Infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine (SARV)
Infection gonococcique
Infection invasive à *Escherichia coli*
Infection invasive à *Hæmophilus influenzae*
Infection invasive à méningocoques
Infection invasive à streptocoques du groupe A
Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae*
Infection par le virus du Nil occidental

Intoxication par les substances chimiques toxiques faisant partie des classes suivantes, lorsque les résultats de mesures d'indicateur biologique obtenus indiquent une valeur anormalement élevée qui dépasse les seuils reconnus en santé publique :

- alcools
- cétones
- glycols
- hydrocarbures et autres composés organiques volatils
- esters
- gaz et asphyxiants
- métaux et métalloïdes
- pesticides

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

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

À jour au 29 janvier 2009

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

Maladies à surveillance extrême :

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

Botulisme
Fièvre jaune
Maladie du charbon
Variole

Choléra
Fièvres hémorragiques virales
Peste

Maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire :

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

Amiantose

Angiosarcome du foie

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

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

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

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

Babésiose
Bérylliose
Brucellose
Byssinose

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

Chancre mou
Coqueluche

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

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

Québec 

Direction régionale de santé publique
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : 418 666-7000
Télécopieur : 418 666-2776
www.dspq.qc.ca