

Direction régionale de santé publique

**MALADIES À DÉCLARATION
OBLIGATOIRE, INTOXICATIONS,
INFECTIONS ET AUTRES
ÉVÉNEMENTS SOUS
SURVEILLANCE**

RAPPORT ANNUEL 2012



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

Novembre 2013

Québec 

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

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

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
ISBN: 978-2-89616-221-5 (version électronique)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

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

Référence suggérée :

Frigon, Michel, et al. *Maladies à déclaration obligatoire; intoxications, infections et autres événements sous surveillance : Rapport annuel 2012*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique 2012, 116 p.

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

RESPONSABLE DE LA RÉDACTION

Docteur Michel Frigon
Équipe Maladies infectieuses, secteur surveillance et contrôle

AUTEURS

Docteur Michel Frigon
Équipe Maladies infectieuses, secteur surveillance et contrôle

Docteur Denis Laliberté
Équipe Santé au travail, secteur surveillance de l'état de santé

Docteure Nathanaëlle Thériault
Équipe Maladies infectieuses, secteur infections transmissibles sexuellement et par le sang

Docteure Caroline Huot
Équipe Maladies infectieuses, secteur maladies évitables par la vaccination

Docteure Gisèle Trudeau
Équipe Maladies infectieuses, secteur maladies évitables par la vaccination

Docteur Jasmin Villeneuve
Équipe Maladies infectieuses, secteur surveillance et contrôle

COLLABORATEURS

Manon Lefebvre, infirmière clinicienne
Équipe Maladies infectieuses, secteur surveillance et contrôle

Stéphanie Michaud, infirmière clinicienne
Équipe Maladies infectieuses, secteur infections transmissibles sexuellement et par le sang

Alain Paré, agent de planification, programmation et recherche
Équipe Maladies infectieuses, secteur infections transmissibles sexuellement et par le sang

Dominique Poirier, infirmière clinicienne
Équipe Maladies infectieuses, secteur surveillance et contrôle

Louise Alain, infirmière épidémiologiste
Équipe Santé au travail

Jean-François Duchesne, conseiller en santé environnementale
Équipe Santé et environnement

Daria Pereg, conseillère en santé environnementale
Équipe Santé et environnement

SOUTIEN ADMINISTRATIF

Nathalie Allemand, assistante de recherche
Équipe Maladies infectieuses

Danièle Nollet, agente administrative
Équipe Maladies infectieuses

Marika Munger, technicienne de recherche
Équipe Santé au travail

COORDONNATEURS

Gail Cox, infirmière, M.B.A.
Équipe Maladies infectieuses

Normand Richer
Équipe Santé au travail

Renée Levaque
Équipe Santé et environnement

SECRETARIAT ET SOUTIEN ADMINISTRATIF

Monique Michaud, agente administrative
Équipe Maladies infectieuses

PRODUCTION

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

ABRÉVIATIONS

ACIA :	Agence canadienne d'inspection des aliments
<i>C. trachomatis</i> :	<i>Chlamydia trachomatis</i>
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CSMPP	Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DACD :	Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i>
DCaT-Polio :	Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite
DCaT-Polio-Hib :	Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et les infections à <i>Haemophilus influenzae</i> de type b
DRSP :	Direction régionale de santé publique
<i>E. coli</i> :	<i>Escherichia coli</i> producteur de vérocytotoxine, ou 0157 :H7
ERV :	Entérocoque résistant à la vancomycine
ESPRI :	Effets secondaires possiblement reliées à l'immunisation
HARSAH :	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
Hib :	<i>Haemophilus influenzae</i> de type b
<i>H. influenzae</i> :	<i>Hæmophilus influenzae</i>
HTLV :	Human T-lymphotropic virus
IIM :	Infections invasives à méningocoque
IIP :	Infections invasives à pneumocoque (<i>Streptococcus pneumoniae</i>)
INSPQ :	Institut national de santé publique 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

MCJ :	Maladie de Creutzfeldt-Jakob
MEV :	Maladies évitables par la vaccination
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAR :	Plan d'action régional de santé publique
PIQ :	Protocole d'immunisation du Québec
PNSP :	Programme national de santé publique
PQI :	Programme québécois d'immunisation
RRO :	Vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons
RRO-V ou RRO-Var.:	Vaccin contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle
SARM :	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SGB :	Syndrome de Guillain et Barré
SIDA :	Syndrome d'immunodéficience acquise
UDI :	Utilisateur de drogues par injection
µmol/L :	Micromole par litre
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine
VNO :	Virus du Nil occidental
VPH :	Virus du papillome humain

REMERCIEMENTS

La surveillance des maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire, communément appelées MADO, et des autres maladies infectieuses ou événements sous surveillance, 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 et des risques d'intoxication chimique au sein de la population de la région de la Capitale-Nationale.

Nos remerciements vont 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, Santé au travail et Santé et Environnement 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 (CSSS), 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, Transplant Québec, les banques de tissus, les banques d'yeux et les banques de sang, Info-Santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ), l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) 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 également à remercier le personnel de bureau, le service des communications et le service de la documentation de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

TABLE DES MATIÈRES

CRÉDITS	1
ABRÉVIATIONS.....	3
REMERCIEMENTS	5
TABLE DES MATIÈRES	7
LISTE DES TABLEAUX	9
LISTE DES FIGURES.....	11
RÉSUMÉ	13
INTRODUCTION.....	23
MÉTHODOLOGIE.....	26
A. SOURCE DES DONNÉES	27
B. ANALYSE DES DONNÉES	28
C. LIMITES DE L'ANALYSE	28
D. MISES EN GARDE.....	29
ANALYSE DESCRIPTIVE	30
1.0 MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION.....	31
1.1 LES MALADIES PEU FRÉQUENTES.....	34
1.2 COQUELUCHE.....	35
1.3 INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUE	37
1.4 ÉCLOSIONS DE GRIPPE	39
1.5 INFECTIONS INVASIVES À <i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIÆ</i>	40
1.6 MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES SURVENANT APRÈS LA VACCINATION.....	42
1.6.1 <i>Le programme de surveillance</i>	42
1.6.2 <i>Les résultats de la surveillance des MCI en 2012</i>	43
2.0 INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG	45
2.1 INFECTION À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i>	48
2.2 INFECTION GONOCOCCIQUE.....	50
2.3 SYPHILIS INFECTIEUSE	51
2.4 HÉPATITE B AIGÛ.....	52
2.5 HÉPATITE B CHRONIQUE.....	52
2.6 HÉPATITE C CHRONIQUE.....	53
2.7 INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE.....	54
3.0 MALADIES ENTÉRIQUES.....	55
3.1 INFECTION À <i>CAMPYLOBACTER</i>	57
3.2 ENTÉRITE À <i>E. COLI</i>	58
3.3 SALMONELLOSE	60
3.4 GIARDIASE	61
3.5 HÉPATITE A	62

4.0	MALADIES TRANSMISSIBLES PAR GOUTTELETTES ET PAR VOIE AÉRIENNE	63
4.1	TUBERCULOSE	63
4.2	INFECTION INVASIVE À STREPTOCOQUE β -HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A	65
4.3	LÉGIONELLOSE	66
5.0	INFECTIONS NOSOCOMIALES	69
5.1	SURVEILLANCE ET ÉCLOSIONS DE BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES	69
5.1.1	<i>Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)</i>	69
5.1.2	<i>Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)</i> :	70
5.2	DIARRHÉE ASSOCIÉE AU <i>CLOSTRIDIUM DIFFICILE</i> (DACD) :	70
6.0	ZOONOSES (MORSURES ANIMALES)	74
6.1	MORSURES ANIMALES ET EXPOSITION POTENTIELLE À LA RAGE.....	74
7.0	MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE D'ORIGINE NON INFECTIEUSE	76
7.1	INTOXICATION AU PLOMB.....	77
7.2	INTOXICATION AU MONOXYDE DE CARBONE.....	80
7.3	MALADIES LIÉES À L'AMIANTE	81
7.4	LES INTOXICATIONS PAR DES MÉTAUX AUTRES QUE LE PLOMB	82
7.5	LES AGENTS SENSIBILISANTS.....	82
	CONCLUSION GÉNÉRALE	84
	RÉFÉRENCES.....	86
	ANNEXES	88
	TABLEAUX DIVERS	89
	LISTE DES MADO – LABORATOIRE OU DÉPARTEMENT DE BIOLOGIE MÉDICALE.....	110
	LISTE DES MADO - MÉDECINS	112

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION. ATTEINTE DES CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2009-2015 POUR LES MEV, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, ANNÉE 2012.	32
TABLEAU 2	MANIFESTATION CLINIQUE INHABITUELLE SURVENANT APRÈS LA VACCINATION. NOMBRE DE DÉCLARATIONS SELON LE VACCIN, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2012.....	43
TABLEAU 3	MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES SURVENANT APRÈS LA VACCINATION. NOMBRE DE DÉCLARATIONS SELON LE TYPE DE MANIFESTATION, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2012.....	44
TABLEAU 4	INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG. NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2003-2012.....	45
TABLEAU 5	INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG. SUIVI DE L'ATTEINTE DES CIBLES DU PAR, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, ANNÉE 2012.	47
TABLEAU 6	MALADIES ENTÉRIQUES. TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) DE CERTAINES MALADIES, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2003-2012.	55
TABLEAU 7	SUIVI DE L'ATTEINTE DES CIBLES DU PAR. MALADIES ENTÉRIQUES ET CERTAINES ZOONOSES, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, ANNÉE 2012.....	55
TABLEAU 8	ÉTAT D'AVANCEMENT DES ACTIVITÉS DU PAR. MANDATS DE CONTRÔLE ET DE SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES.....	56
TABLEAU 9	TUBERCULOSE SUIVI DES CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2009-2012 CONCERNANT LA TUBERCULOSE.	64
TABLEAU 10	DIARRHÉE ASSOCIÉE AU <i>CLOSTRIDIUM DIFFICILE</i> . FRÉQUENCE DES COMPLICATIONS AU COURS DES 30 JOURS SUIVANT LE DIAGNOSTIC DE DACD, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, ANNÉES 2008 À 2012.	72
TABLEAU 11	DIARRHÉE ASSOCIÉE AU <i>CLOSTRIDIUM DIFFICILE</i> . FRÉQUENCE DES COMPLICATIONS AU COURS DES 30 JOURS SUIVANT LE DIAGNOSTIC DE DACD, PROVINCE DE QUÉBEC, ANNÉES 2008 À 2012.	72
TABLEAU 12	INFECTIONS NOSOCOMIALES SUIVI DES CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2009-2012 CONCERNANT LES INFECTIONS NOSOCOMIALES.....	73
TABLEAU 13	CONTAMINANTS. NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET CONFIRMÉS DE MADO D'ORIGINE CHIMIQUE OU PHYSIQUE (NON INFECTIEUSE) PAR CONTAMINANT, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, ANNÉE 2012.....	76
TABLEAU 14	MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2003-2012.	89
TABLEAU 15	MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. NOMBRE DE CAS PAR MOIS, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2012.	94
TABLEAU 16	MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, PAR GROUPES D'ÂGES, 2012.	96
TABLEAU 17	MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. COMPARAISON DES NOMBRES DE CAS (POURCENTAGE RÉGIONAL) ET DES TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) ENTRE LES CSSS DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2012.....	99
TABLEAU 18	MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE). CSSS DE CHARLEVOIX, 2008-2012.....	101

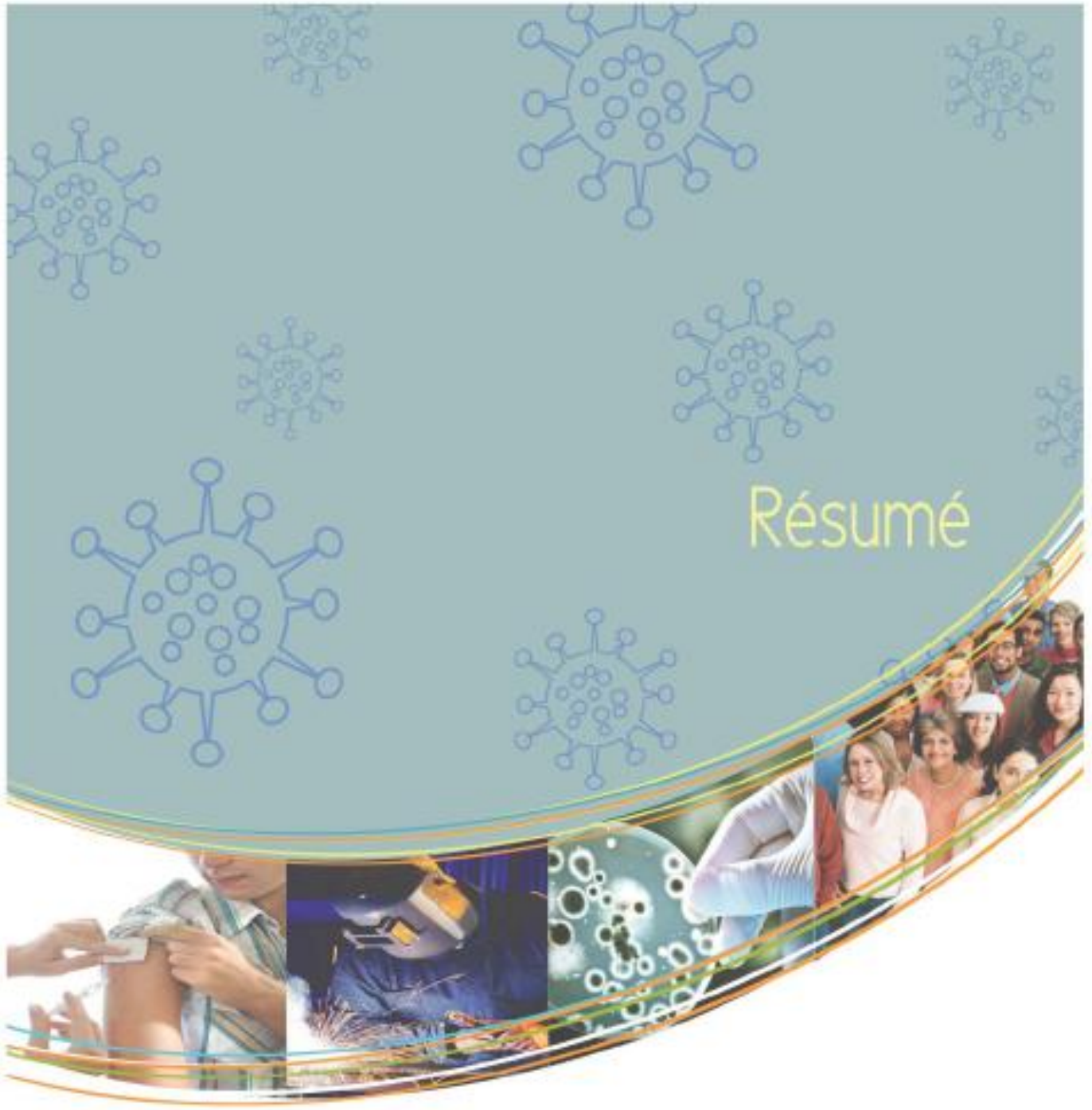
TABLEAU 19	MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), CSSS DE PORTNEUF, 2008-2012.	102
TABLEAU 20	MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), CSSS QUÉBEC-NORD, 2008-2012.	104
TABLEAU 21	MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE. NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE, 2008-2012.	106
TABLEAU 22	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 2012.	108

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1	MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION PEU FRÉQUENTES. NOMBRE DE CAS DE MALADIES PEU FRÉQUENTES (<i>HAEMOPHILUS INFLUENZA</i> DE TYPE B, OREILLONS, HÉPATITE B AIGUË), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2002-2012.	34
FIGURE 2	COQUELUCHE. CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 1990-2012.	36
FIGURE 3	COQUELUCHE. TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) POUR LES 0-1 AN, LES 1-4 ANS, LES 5-9 ANS, LES 10-14 ANS, ET LES 15 ANS ET PLUS, PROVINCE DE QUÉBEC, 1990-2012.....	36
FIGURE 4	INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUE. CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 1990-2012.....	37
FIGURE 5	INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUE. TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) SELON LE SÉROGROUPE, PROVINCE DE QUÉBEC, 1990-2012.	38
FIGURE 6	INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUE. NOMBRE DE CAS D'IIM DE SÉROGROUPE B PAR GROUPE D'ÂGE, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2012.	38
FIGURE 7	GRIPPE SAISONNIÈRE. NOMBRE D'ÉCLOSIONS SELON LE TYPE DE VIRUS, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2003-2012.	39
FIGURE 8	INFECTIONS INVASIVES À <i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE</i> . NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 1997-2012.	40
FIGURE 9	INFECTIONS INVASIVES À <i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE</i> . TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) SELON LE GROUPE D'ÂGE (0-4 ANS ET 65 ANS ET PLUS), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 1997-2012.	41
FIGURE 10	INFECTION À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i> . TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.	49
FIGURE 11	INFECTION À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i> . TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) PAR GROUPE D'ÂGE, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2012.....	49
FIGURE 12	INFECTION GONOCOCCIQUE. TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.	50
FIGURE 13	SYPHILIS INFECTIEUSE. TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.	51
FIGURE 14	HÉPATITE B CHRONIQUE ET SANS PRÉCISION. TAUX DE DÉCLARATION (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.....	52
FIGURE 15	HÉPATITE C SANS PRÉCISION. TAUX DE DÉCLARATION (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.	53
FIGURE 16	INFECTION À <i>CAMPYLOBACTER</i> . TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.	57
FIGURE 17	ENTÉRITE À <i>E. COLI</i> . TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.	58
FIGURE 18	ENTÉRITE À <i>E. COLI</i> . TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) PAR GROUPES D'ÂGE, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2010.	59

FIGURE 19	ENTÉRITE À <i>E. COLI</i> . NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS PAR MOIS POUR L'ANNÉE 2012, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE.	59
FIGURE 20	SALMONELLOSE. TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.	60
FIGURE 21	GIARDIASE. TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.	61
FIGURE 22	HÉPATITE A. TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.	62
FIGURE 23	TUBERCULOSE. TAUX D'INCIDENCE PAR ANNÉE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, ET NOMBRE DE CAS PAR ANNÉE, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, DE 2000 À 2012.	63
FIGURE 24	TUBERCULOSE. TAUX D'INCIDENCE PAR GROUPE D'ÂGE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, ANNÉE 2012.	64
FIGURE 25	INFECTION INVASIVE À STREPTOCOQUE DU GROUPE A. NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2003-2012.	65
FIGURE 26	LÉGIONELLOSE. TAUX D'INCIDENCE PAR ANNÉE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, DE 2002 À 2011 (HAUT); NOMBRE DE CAS PAR ANNÉE, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, DE 2002 À 2011 (BAS).	68
FIGURE 27	LÉGIONELLOSE. COURBE ÉPIDÉMIQUE DES CAS EN FONCTION DE LA DATE DE DÉBUT DES SYMPTÔMES, 1 ^{ER} JUILLET AU 10 SEPTEMBRE 2012, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE.	68
FIGURE 28	DIARRHÉE ASSOCIÉE AU <i>CLOSTRIDIUM DIFFICILE</i> TAUX D'INCIDENCE MOYEN ANNUEL (PAR 10 000 PATIENTS-JOUR) DE 2005 À 2012, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC.	70
FIGURE 29	DIARRHÉE ASSOCIÉE AU <i>CLOSTRIDIUM DIFFICILE</i> . TAUX D'INCIDENCE MOYEN (PAR 10 000 PATIENTS-JOUR) PAR PÉRIODE ADMINISTRATIVE, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE 2011 ET 2012, ET PROVINCE DE QUÉBEC 2012.	71
FIGURE 30	MORSURES ANIMALES. NOMBRE DE SIGNALEMENTS, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2010-2011-2012.	75
FIGURE 31	PLOMBÉMIE. PROPORTION (%) DES CAS DÉCLARÉS AVEC UNE PLOMBÉMIE SUPÉRIEURE À 1,25 µMOL/L ET SUPÉRIEURE À 1 µMOL/L, SELON L'ANNÉE DE DÉCLARATION, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, ANNÉES 2004 À 2012.	78
FIGURE 32	PLOMBÉMIE. ÉVOLUTION DE LA MÉDIANE DES PLOMBÉMIES DÉCLARÉES DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, ANNÉES 2004 À 2012.	79
FIGURE 33	PLOMBÉMIE. RÉPARTITION DES CAS DE PLOMBÉMIES DÉCLARÉES PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ (N=38), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, ANNÉE 2012.	80
FIGURE 34	MALADIES LIÉES À L'AMIANTE. RÉPARTITION DES CAS INCIDENTS DE MALADIES LIÉES À L'AMIANTE EN 2012 ET 2011 PAR TYPE DE PROFESSION (N=17), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE.	82

Résumé



RÉSUMÉ

MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

Plusieurs maladies évitables par la vaccination ont une incidence très faible. Il en est ainsi depuis plusieurs années au Québec pour la diphtérie, la rage, la poliomyélite, la rubéole et le tétanos. Récemment, l'hépatite B aiguë ainsi que les infections envahissantes à *Haemophilus influenzae (Hib)* de type b ont également diminué. Des éclosions d'oreillons sont parfois observées et une augmentation de l'incidence de la coqueluche est survenue dans la région et la province en 2012. La vaccination contre le méningocoque de sérogroupe C semble efficace puisqu'aucun cas n'a été observé dans la région en 2012. Le taux d'incidence d'infections invasives à *Streptocoque pneumoniae* a diminué dans la région en 2012, surtout pour les enfants de moins de 5 ans.

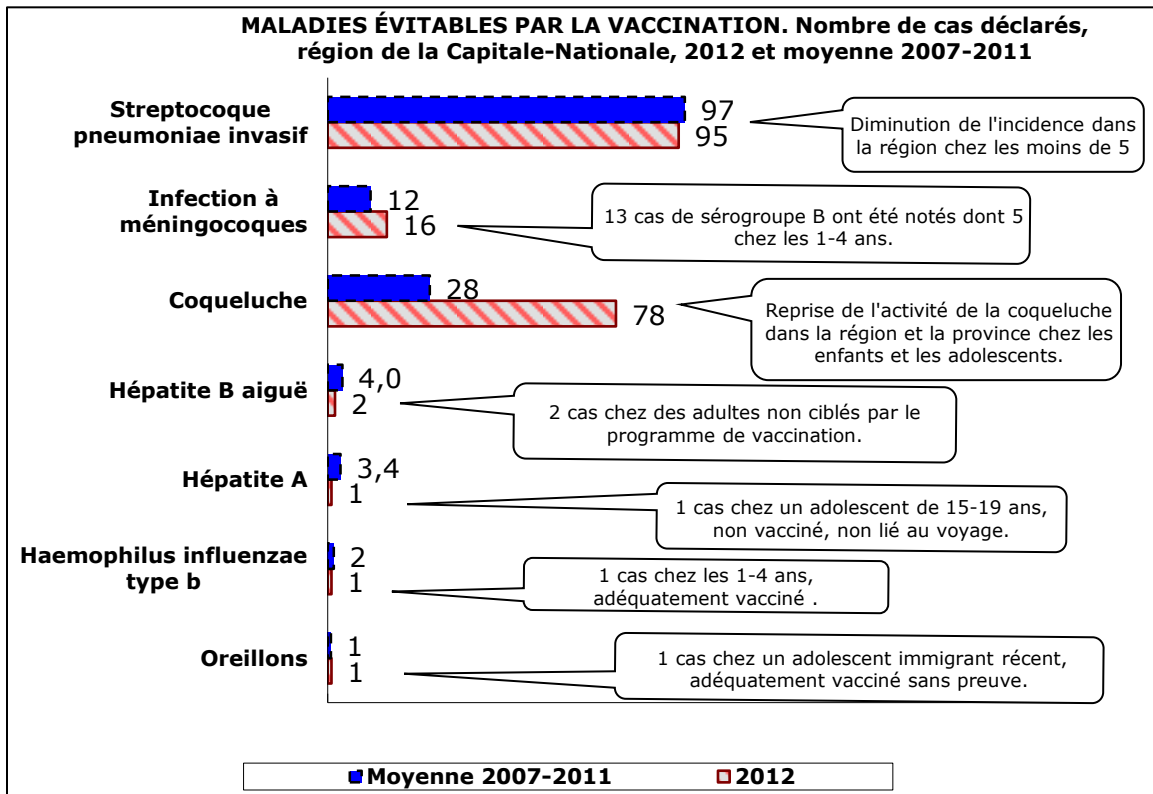


FIGURE 1 - RÉSUMÉ

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) représentent 68,1 % de tous les cas de MAD0 d'origine infectieuse déclarés dans la région en 2012. Pour la plupart des ITSS, le nombre de cas déclarés en 2012 est supérieur à la moyenne des 5 années antérieures (figure 2- RÉSUMÉ).

Pour l'ensemble des ITSS en 2012, les taux observés dans la région sont généralement inférieurs ou comparables à ceux de la province, sauf pour la syphilis infectieuse et l'hépatite C sans précision où les taux régionaux sont supérieurs de 6,0 % et 8,8 %, respectivement.

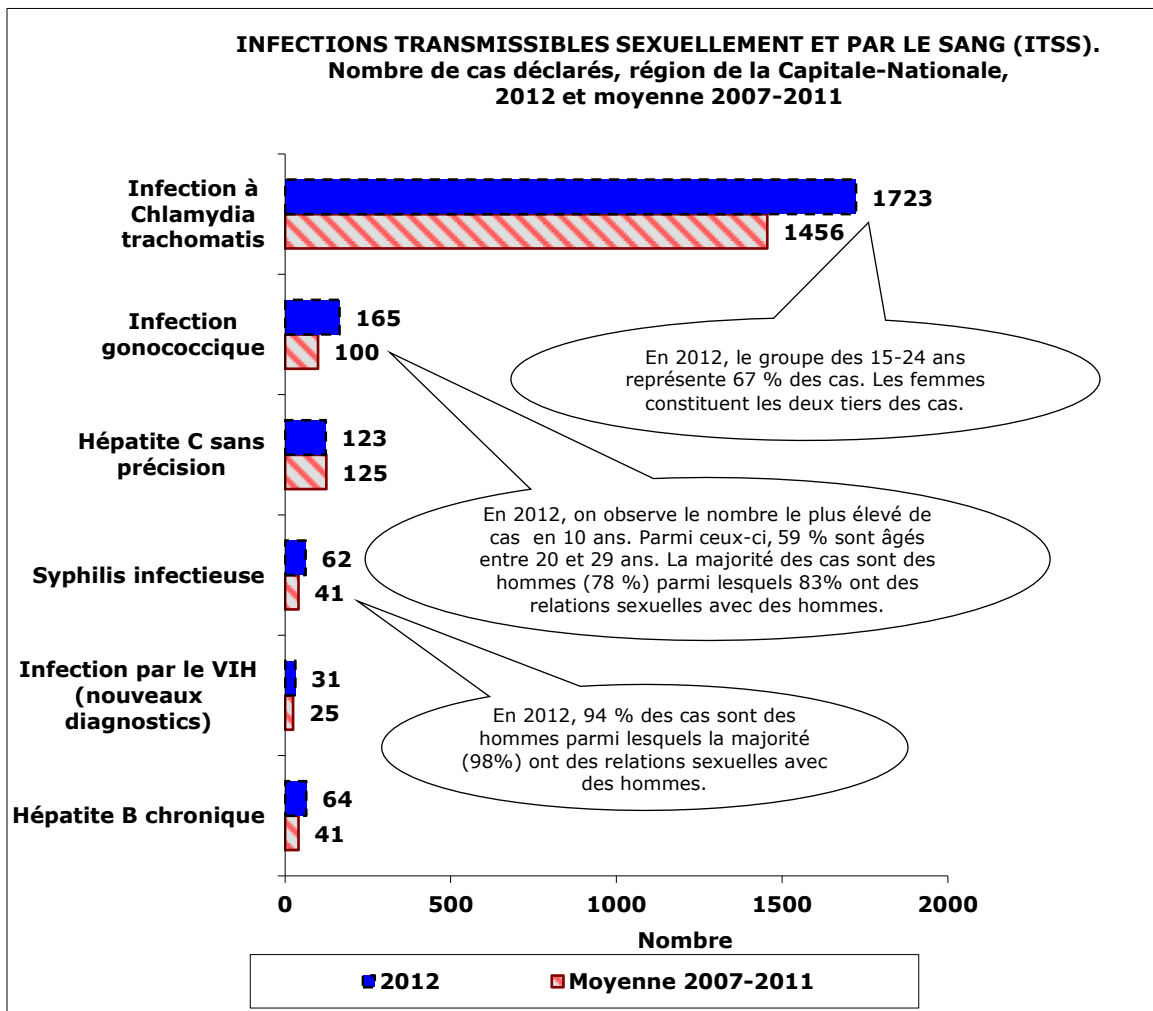


FIGURE 2- RÉSUMÉ

MALADIES ENTÉRIQUES

TABLEAU 1-RÉSUMÉ

MALADIES ENTÉRIQUES.

TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) DE CERTAINES MALADIES, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2003-2012.

MALADIES	ANNÉES									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Amibiase	3,2	3,8	2,1	3,3	3,6	3,7	6,1	3,3	2,7	3,7
Campylobactériose	53,4	55,3	48,1	45,2	40,3	44,5	33,1	39,1	37,4	40,3
Entérite à <i>E. coli</i>	1,8	1,5	2,5	1,8	3,6	1,8	1,2	1,0	1,2	1,0
Entérite à <i>Y. enterocolitica</i>	1,4	1,1	1,6	1,0	1,0	1,5	0,7	1,0	0,9	1,1
Giardiase	12,9	14,6	12,9	13,5	12,8	11,2	16,4	12,1	15,2	13,6
Salmonellose	20,0	13,2	16,2	16,1	13,5	15,8	16,5	21,0	13,7	15,3
Shigellose	2,3	1,1	2,7	1,8	1,3	1,6	2,2	1,3	1,3	1,4
Listériose	0	0,3	0,7	1,5	1,9	1,2	0,4	0,6	1,4	0,8
Hépatite A	0,5	1,7	0,1	1,2	0,6	0,7	0,3	0,3	0,4	0,2

ENTÉRITE À *E. COLI*

En 2012, la maladie a touché surtout le groupe des 1-4 ans, pour un total de 3 cas. Aucun cas n'a été déclaré chez les moins de 1 an et chez les 5-14 ans (figure 3). Curieusement, il n'y a eu aucun cas de juin à août.

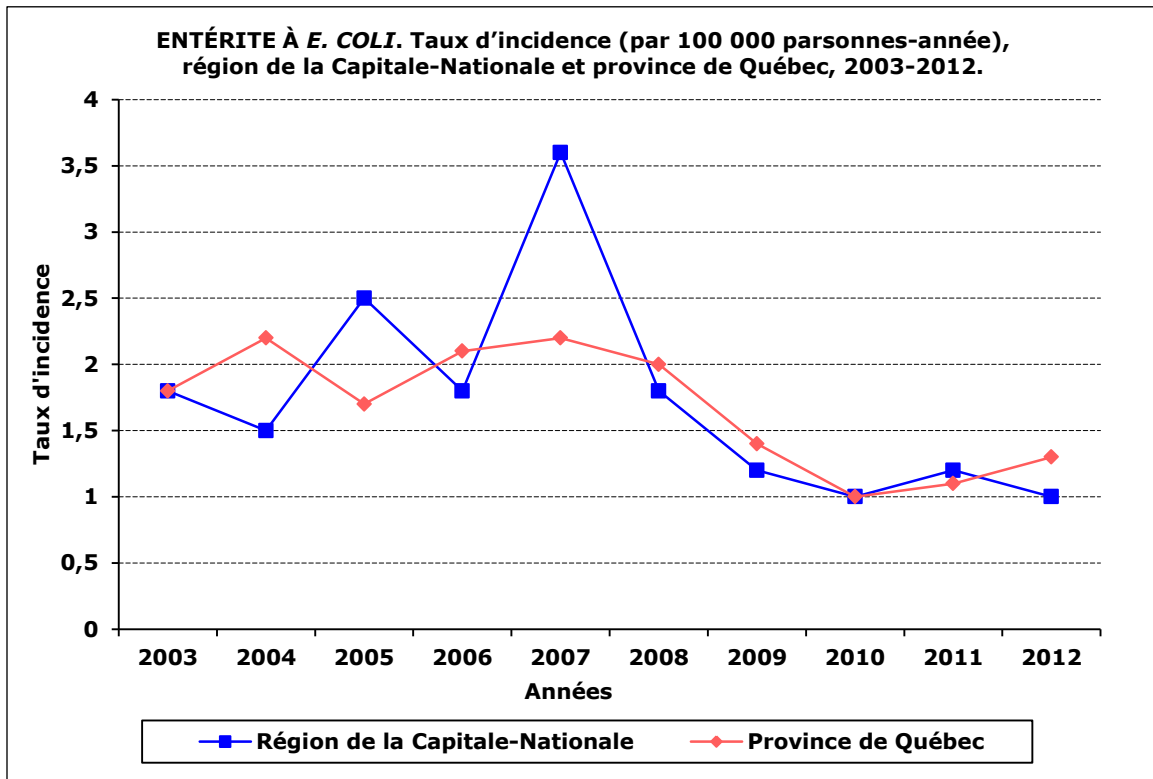


FIGURE 3- RÉSUMÉ

CAMPYLOBACTÉRIOSE

La campylobactériose est toujours la maladie entérique la plus déclarée dans la région, suivie de la salmonellose et de la giardiase.

SALMONELLOSE

On remarque une tendance à la stabilité tant dans la province que dans la région hormis des pics régionaux isolés en 2003 et 2010.

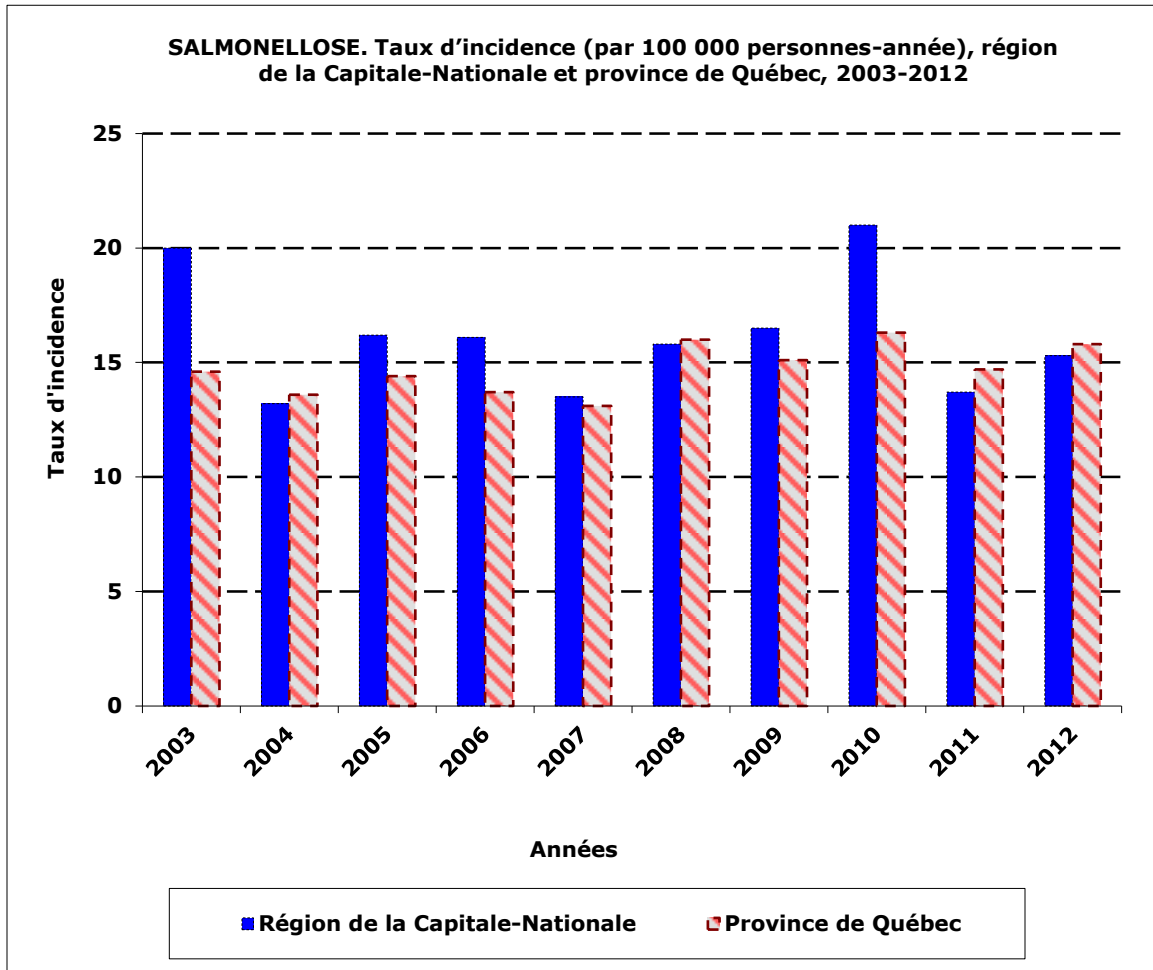


FIGURE 4- RÉSUMÉ

GIARDIASE

La maladie fluctue davantage dans la région que dans la province. En effet, la région a connu des éclosions en 2002, 2009 et 2011. En 2012, on remarque une diminution légère.

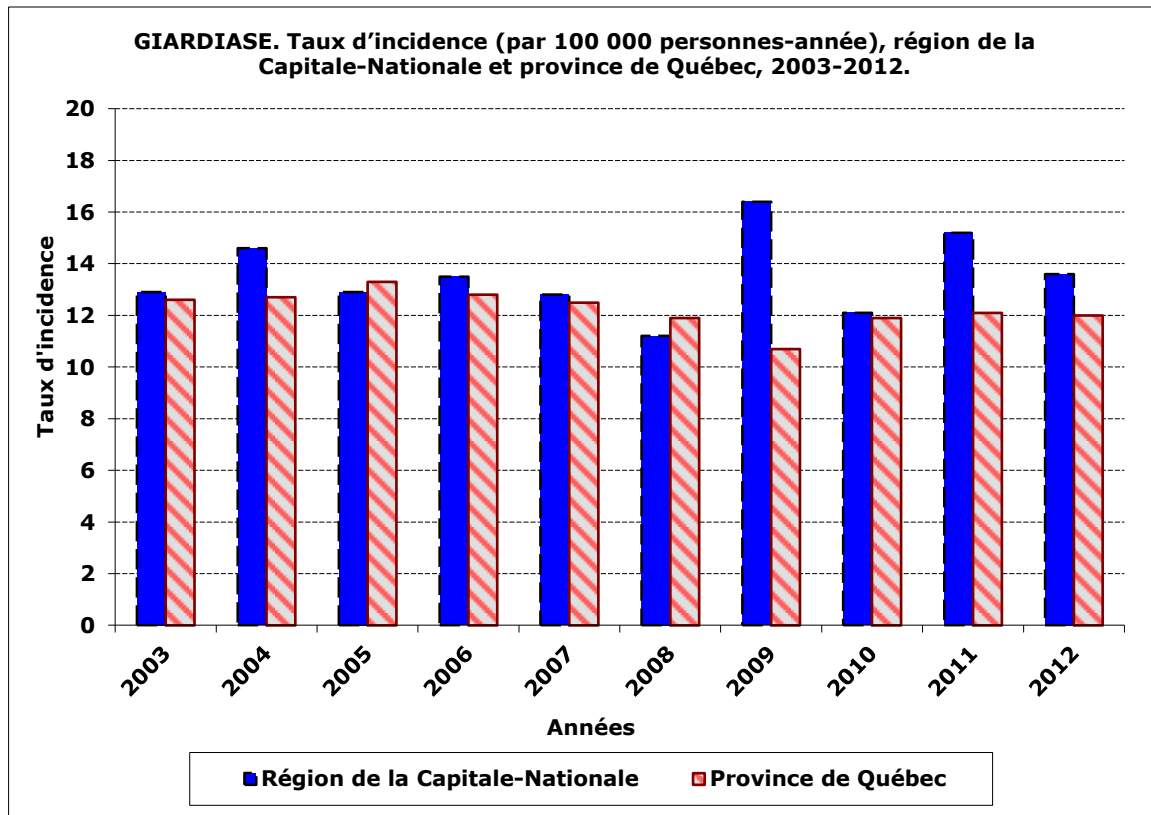


FIGURE 5- RÉSUMÉ

HÉPATITE A

En 2012, un cas seulement d'hépatite A ont été déclaré dans la région de la Capitale-Nationale, soit deux cas de moins qu'en 2011. L'incidence des cas régionaux demeure inférieure à celle des cas dans la province.

MALADIES TRANSMISSIBLES PAR GOUTTELETTES ET PAR VOIE AÉRIENNE

Il y a eu 18 cas de tuberculose déclarés en 2012, ce qui en fait le nombre le plus élevé de cas dans la région au cours des 12 dernières années.

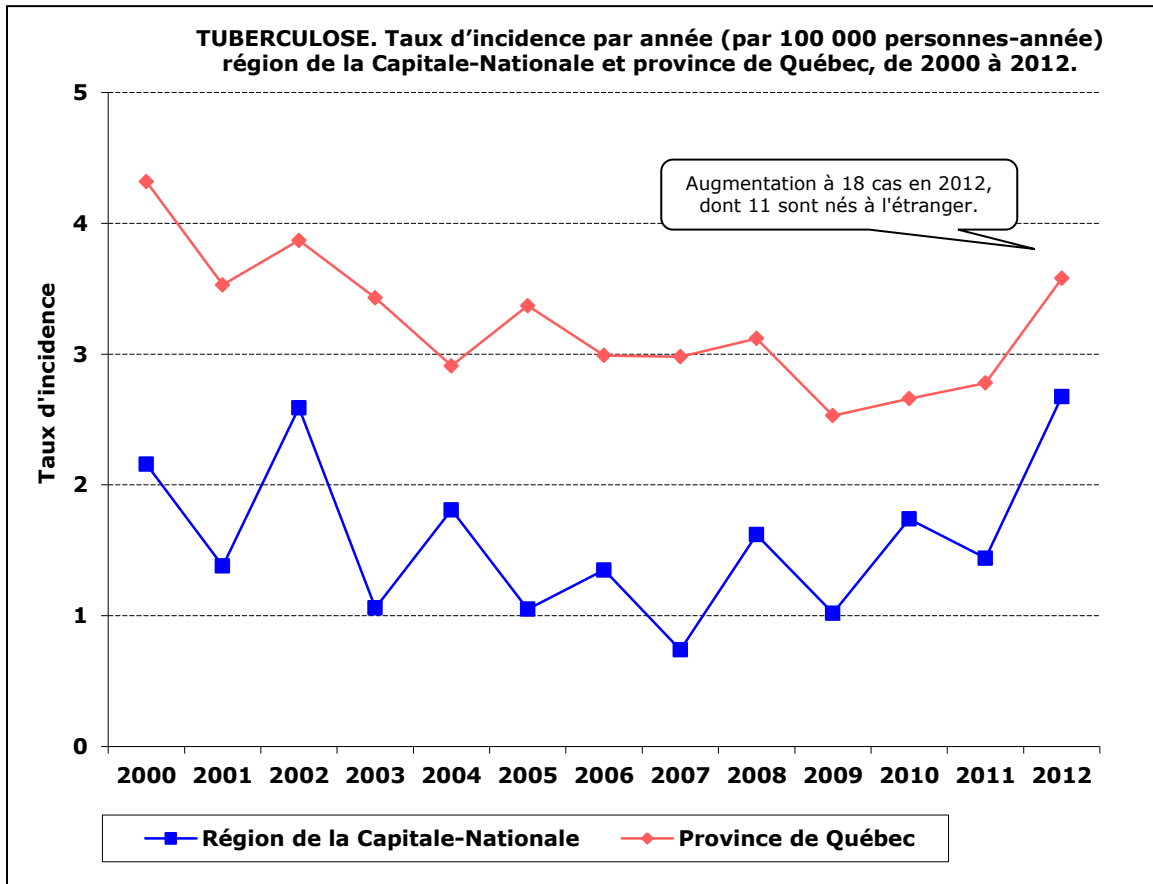


FIGURE 6- RÉSUMÉ

INFECTIONS NOSOCOMIALES

Sept éclosions d'entérocoque résistant à la vancomycine ont eu lieu dans des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et un établissement d'hébergement et de soins de longue durée.

Diminution des cas de diarrhée associée au *C. difficile*. La fréquence des complications est stable.

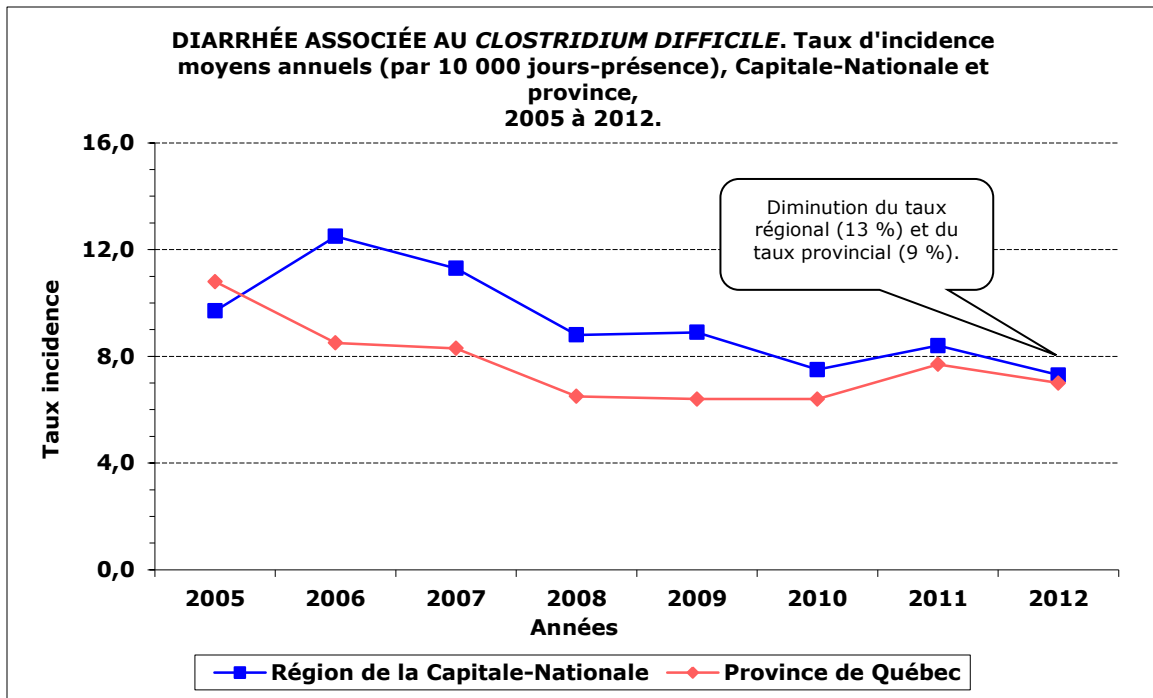


FIGURE 7- RÉSUMÉ

LÉGIONELLOSE

Du 26 juillet au 8 octobre 2012, une importante éclosion de légionellose est survenue dans la région. Cent quatre-vingt-deux (182) cas y ont été associés.

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE D'ORIGINE NON INFECTIEUSE

Au cours de l'année 2012, le directeur régional de santé publique de la Capitale-Nationale a reçu 93 déclarations de MADO d'origine chimique; de ce nombre, 68 sont considérées des cas de MADO confirmés. Comme par les années passées, la presque totalité des déclarations de MADO d'origine chimique ont été faites par les laboratoires, la chambre hyperbare de l'Hôtel-Dieu de Lévis ou par le Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires (CSMPP), chargé de l'étude et de la reconnaissance des maladies pulmonaires professionnelles.

Les contaminants qui ont été à la source du plus grand nombre de déclarations au DRSP sont, par ordre de fréquence, le plomb, le monoxyde de carbone et l'amiante.

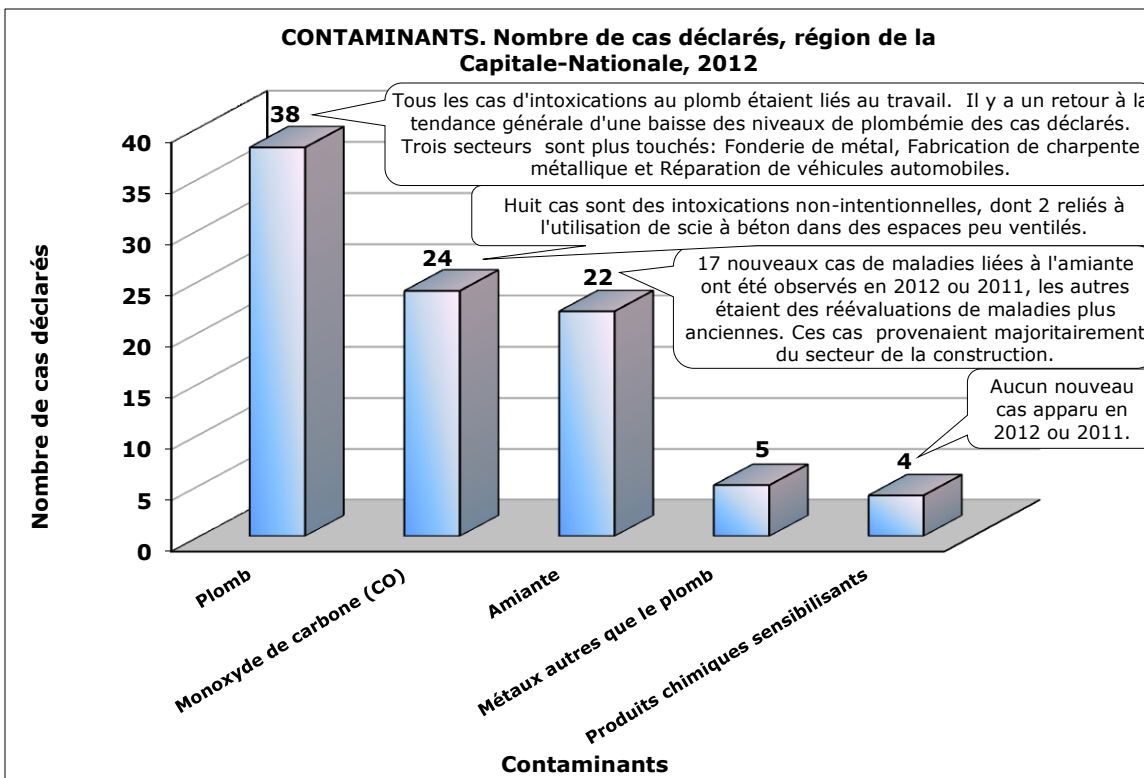


FIGURE 8- RÉSUMÉ

Le nombre d'intoxications par le plomb déclarées a légèrement augmenté en 2012 comparativement à 2011. Les indicateurs retenus (la proportion des résultats supérieurs à 1,25 $\mu\text{mol/L}$ et la valeur médiane des déclarations suggèrent un retour à la tendance observée de 2004 à 2010, soit une certaine stabilité ou une lente réduction après une rupture de la tendance observée en 2011.

En 2012, les maladies liées à l'amiante ont représenté près de 25 % des maladies chimiques à déclaration obligatoire chez des résidents de la région de la Capitale-Nationale. Une majorité de cas sont survenus chez des travailleurs du secteur de la construction. Il continue d'être surprenant de voir si peu de déclarations de cas de cancer du poumon lié à l'amiante. Ceci suggère une sous-déclaration particulière des cancers du poumon reliés à l'exposition à l'amiante.

Deux cas d'intoxication au monoxyde de carbone, consécutifs à l'utilisation d'une scie à béton dans un espace peu ventilé confirment le risque sévère associé à l'utilisation de petits outils à moteur et ils ne devraient jamais être utilisés sans un détecteur de monoxyde de carbone, car ils peuvent émettre des quantités importantes de monoxyde de carbone dans l'air.

Introduction



INTRODUCTION

Ce rapport porte sur différentes maladies ou situations pour lesquelles la Direction régionale de santé publique assure une surveillance ou est appelée à mener une intervention de santé publique. Il s'agit de maladies sporadiques (infections ou intoxications) et d'éclosions dites à déclaration obligatoire (MADO) ou non (ex. : éclosion d'influenza) ou faisant l'objet d'une surveillance organisée (ex. : diarrhée associée au *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. : la fièvre d'Ébola, la fièvre de Marbourg, la fièvre de Crimée-Congo, la fièvre de Lassa, et plusieurs autres) et l'encéphalite virale transmissible par arthropodes (ex. : le virus du Nil occidental, la fièvre dengue). En plus des maladies sporadiques, les listes comprennent des maladies dont seules les éclosions sont à déclaration obligatoire. Ce sont, par exemple, les éclosions causées par le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) ou encore les éclosions causées par l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV).

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 et les intoxications par des agents chimiques mentionnées dans ces listes.

Le rapport présente une analyse descriptive de certaines MADO selon le nombre de cas et les taux d'incidence répartis en fonction de quelques paramètres, soit le sexe, l'âge, le territoire de CSSS de résidence, etc.

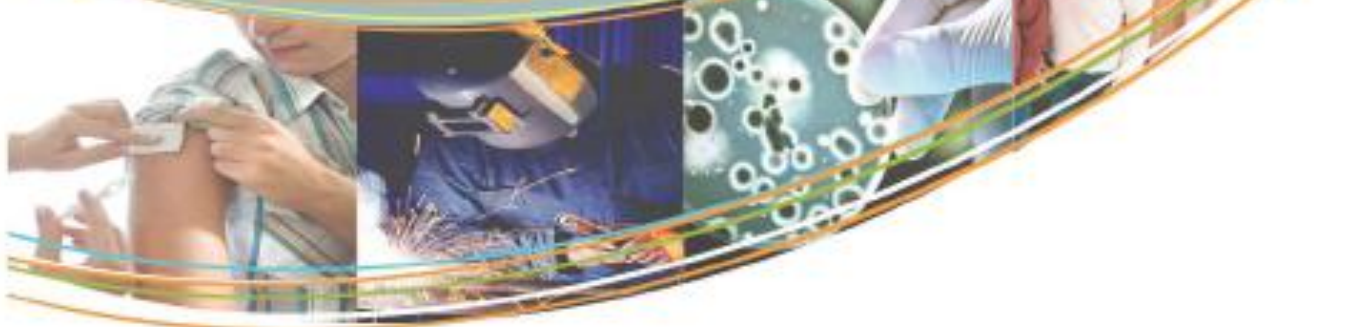
Les maladies évitables par la vaccination font l'objet d'une analyse particulière. En effet, le suivi temporel de leurs taux d'incidence concerne le *Programme québécois d'immunisation* (PQI) et tend à démontrer l'influence de la vaccination sur les incidences des maladies.

Enfin, le rapport présente 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) basé sur leur signalement volontaire par les vaccinés qui constatent un lien temporel entre un vaccin administré et les signes ou symptômes présentés.

Cette année, le rapport MADO 2012 tentera de mettre en évidence l'atteinte ou non des cibles détaillées dans le *Programme national de santé publique (PNSP)* et le *Programme régional de santé publique*.

Bonne lecture.

Méthodologie



MÉTHODOLOGIE

A. SOURCE DES DONNÉES

La majorité des données proviennent du fichier central des MADO dont la gestion a été confiée au LSPQ de l'Institut national de santé publique du Québec. Elles ont été extraites soit directement par la génération ponctuelle 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, 2012, 8 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.

Le site extranet de la DRSP est également mis à contribution comme source de données, surtout en ce qui concerne le calcul des taux d'incidence dont les numérateurs sont puisés dans le fichier central des MADO.

D'autres données proviennent des dossiers de la DRSP. 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 DRSP en 2012. 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 vigie du MSSS pour en faciliter l'analyse. Le dénominateur utilisé est le nombre de doses de vaccins distribués gratuitement aux vaccinateurs de la région pour le PQI.

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.

Finalement, les données des maladies à déclaration obligatoire d'origine non infectieuse proviennent du Système provincial d'enregistrement, de surveillance et de vigie sanitaire des maladies à déclaration obligatoire attribuables à un agent chimique ou physique.

B. ANALYSE DES DONNÉES

La plupart des données pour l'année 2012 ont été extraites du fichier central des MADO au mois de juin 2013. Ces données sont présentées en annexe. Les données démographiques pour les calculs des taux d'incidence sont celles de l'Institut de la statistique du Québec (6 avril 2010). On peut les consulter à l'adresse Internet suivante :

<http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/index.htm>

Le nombre annuel de MCI déclarées étant limité, l'analyse par territoire de CSSS n'est pas possible.

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 hasardeuse la comparaison des résultats. Par exemple, une région où des maladies touchent davantage des groupes d'âge qui constituent une part plus importante de la population paraîtra plus touchée.

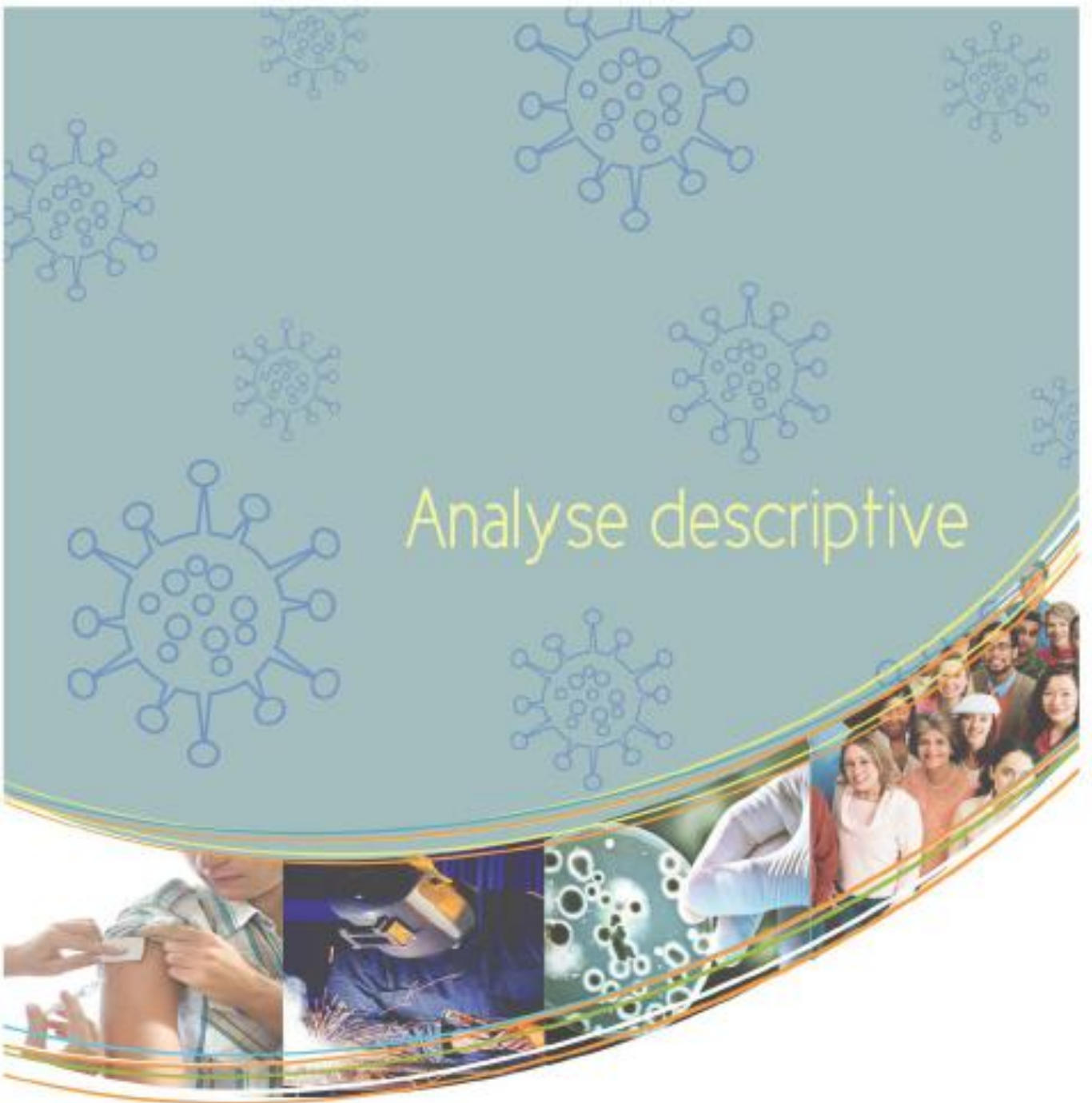
Même si la plupart des cas déclarés font l'objet d'une enquête épidémiologique en vue d'une intervention, certaines maladies ne sont déclarées que dans un but de surveillance et ne requièrent donc pas d'enquête. Des données sont donc absentes pour ces maladies qui ne seront alors pas considérées dans 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.

- 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.
- Une analyse n'a été faite que pour les MADO et autres événements sous surveillance qui présentent des critères de gravité, de nombre élevé ou de résultat d'intervention le justifiant (ex. : l'effet de la vaccination sur la rougeole, les morsures animales).
- Les catégories de regroupement des maladies ne sont pas mutuellement exclusives. Les maladies ont été regroupées surtout selon la similarité des modes de transmission.
- Le fichier MADO est un fichier dynamique. Des ajouts, des retraites ou des précisions y sont apportés constamment, et ce, même rétrospectivement. Il peut donc arriver que les totaux des années antérieures varient d'un rapport à l'autre.
- 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.
- 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.

Analyse descriptive



ANALYSE DESCRIPTIVE

1.0 MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

Le *Programme québécois d'immunisation* permet d'offrir gratuitement des vaccins à tous les nourrissons et à tous les jeunes d'âge scolaire ainsi qu'à certains groupes vulnérables à des infections ciblées.

La vaccination de base offerte à tous les nourrissons est la suivante : la coqueluche, la diphtérie, la gastroentérite à rotavirus, l'hépatite B, l'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b, l'infection invasive à méningocoque de sérogroupe C, les infections invasives à pneumocoque, les oreillons, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, le tétanos, la varicelle et l'influenza saisonnière.

Le programme de vaccination en milieu scolaire permet de compléter le calendrier débuté à l'âge de 2 mois, avec un rappel administré entre 4 et 6 ans (contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite). En 4^e année du primaire, les garçons et les filles sont vaccinés contre l'hépatite A et B et le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) est offert aux filles. Un rappel de la vaccination diphtérie, coqueluche, tétanos et du vaccin méningocoque sont administrés en 3^e secondaire.

Les vaccins contre l'hépatite A, l'hépatite B, l'influenza et l'infection à pneumocoque sont également administrés gratuitement à certains groupes considérés plus vulnérables.

À l'exception de la gastroentérite à rotavirus¹, de l'influenza², de l'infection à VPH et de la varicelle, toutes les maladies évitables par la vaccination (MEV) sont des maladies à déclaration obligatoire. Les objectifs du *Plan d'action régional de santé publique 2009-2015* pour les MEV sont de 2 ordres : 1) couvertures vaccinales à atteindre pour les enfants et les adolescents ainsi que pour les groupes vulnérables ciblés, et 2) incidence des MEV à maintenir ou diminuer. Ces cibles et leur niveau d'atteinte sont détaillés dans le tableau 1. Pour les couvertures vaccinales, les

1- La gastroentérite épidémique d'origine indéterminée fait l'objet d'une déclaration obligatoire par les médecins.

2- L'influenza fait l'objet d'une surveillance provinciale, mais n'est pas à déclaration obligatoire.

données ne sont pas disponibles pour l'immunisation des enfants et des adolescents en dehors du programme de vaccination scolaire. Les résultats sont proches des cibles pour ces vaccins mais beaucoup de travail reste à faire pour l'immunisation des adultes. Plusieurs des maladies évitables par la vaccination ont connu une baisse importante grâce au *Programme québécois d'immunisation*. L'incidence des MEV reste sous la barre prévue sauf pour les infections invasives à pneumocoque chez les personnes âgées.

TABLEAU 1 MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION.
 ATTEINTE DES CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2009-2015 POUR LES MEV, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, ANNÉE 2012.

CIBLE DU PAR-D'ICI 2012 :		DONNÉES POUR L'ANNÉE 2011-2012	ATTEINTE DE LA CIBLE
	Augmenter les taux régionaux de couverture vaccinale pour les enfants et les adolescents à : • 95 % en immunisation de base;	Inconnu	Inconnu
	• 90 % pour la vaccination contre le VPH en quatrième année du primaire;	83 %	Non
	• 90 % pour la vaccination contre les hépatites B et A en quatrième année du primaire;	88 % pour l'hépatite B	Non
	• 80 % pour la vaccination contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos en troisième année du secondaire.	77 %	Non
	Augmenter les taux régionaux de couverture vaccinale des groupes vulnérables cibles par le PIQ : • 80 % en immunisation contre le pneumocoque;	3 %	Non
	• 80 % en immunisation contre l'influenza*.	41 %	Non

CIBLE DU PAR-D'ICI 2012 :	DONNÉES POUR L'ANNÉE 2011-2012	ATTEINTE DE LA CIBLE
Maintenir ou réduire l'incidence des maladies évitables par la vaccination dans l'ensemble de la population : <ul style="list-style-type: none"> • maintenir à 0 l'incidence de la rubéole congénitale; 	Incidence de 0	Oui
<ul style="list-style-type: none"> • maintenir à 0 l'incidence annuelle de la diphtérie et de la poliomyélite, du tétanos et de la rage en ce qui concerne les cas indigènes; 	Incidence de 0	Oui
<ul style="list-style-type: none"> • maintenir l'incidence moyenne annuelle des oreillons à moins de 3 pour 100 000; 	Incidence de 0,14	Oui
<ul style="list-style-type: none"> • maintenir l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche à 12 pour 100 000; 	Incidence de 11,2	Oui
<ul style="list-style-type: none"> • maintenir à 2,5 cas pour 100 000 personnes l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A; 	Incidence de 0,14	Oui
<ul style="list-style-type: none"> • maintenir à 1 cas pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aigue; 	Incidence de 0,29	Oui
<ul style="list-style-type: none"> • réduire à 11 cas pour 100 000 l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoques chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. 	Incidence de 30,8	Non

* Les travailleurs de la santé et les femmes enceintes ne sont pas inclus dans ces données.

1.1 Les maladies peu fréquentes

Si certaines MEV sont disparues du Québec depuis plusieurs années, comme la diphtérie, la poliomyélite et la rubéole congénitale, d'autres se manifestent sporadiquement sous la forme de cas isolés ou d'éclotions. Les acquis de la vaccination sont importants, mais toute baisse de la couverture vaccinale contribue à la résurgence de certaines maladies dans la province de Québec, comme la rougeole en 2011 (776 cas) et les oreillons en 2010 (673 cas respectivement). Six des 138 cas d'infections envahissantes à Hib sont survenues au Québec en 2012, dont 2 cas chez les moins de 1 an et 2 cas chez les 1 à 4 ans.

De 2002 à 2012, aucun cas de diphtérie, de poliomyélite, de rubéole congénitale, de tétanos ou de rage n'a été déclaré dans la région. Pour la même période, on ne signale aucun cas d'hépatite B aiguë chez les moins de 20 ans. Pour ce qui est des oreillons, de 0 à 2 cas par année ont été signalés pendant cette période (figure 1). Quant aux infections invasives à Hib, 1 cas est survenu chez les 1 à 4 ans dans la région en 2012.

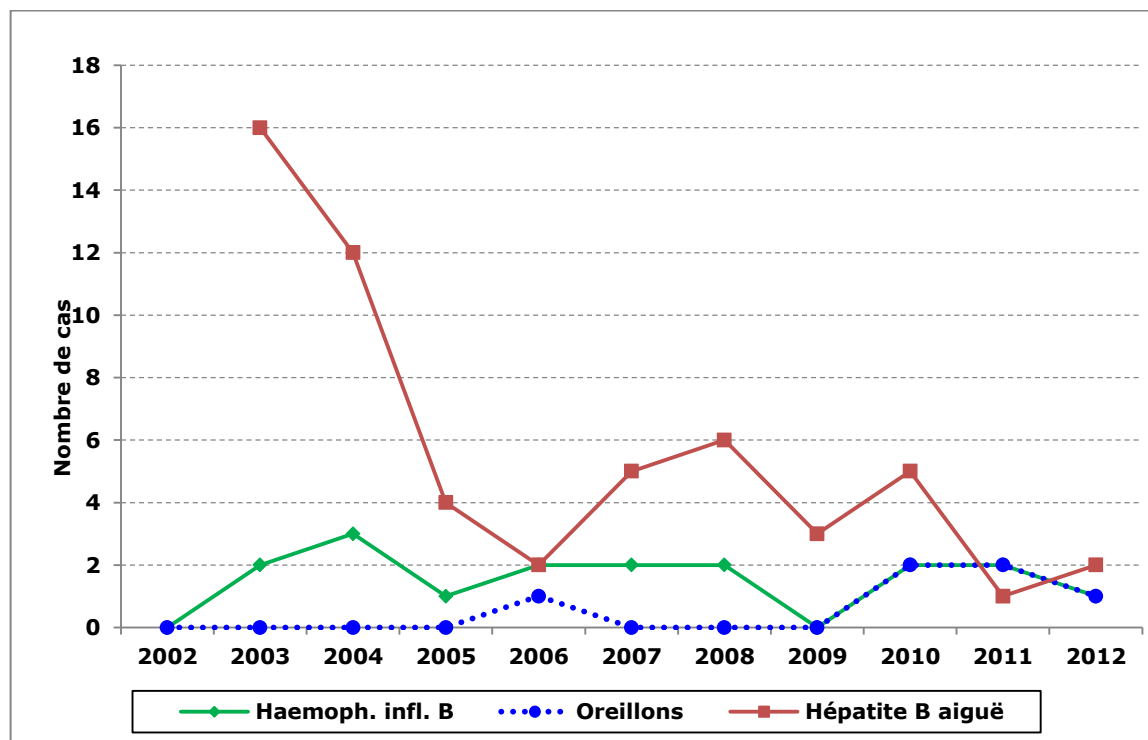


FIGURE 1

MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION PEU FRÉQUENTES.

NOMBRE DE CAS DE MALADIES PEU FRÉQUENTES (*HAEMOPHILUS INFLUENZA* DE TYPE B, OREILLONS, HÉPATITE B AIGUË), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2002-2012.

1.2 Coqueluche

Depuis l'introduction en 1998 du composant acellulaire contre la coqueluche dans les vaccins administrés aux nourrissons (DCaT-Polio-Hib) et à l'entrée scolaire (DCaT-Polio), l'incidence de la coqueluche a diminué considérablement (figure 2). La coqueluche est une infection à caractère saisonnier qui se manifeste en automne et en hiver. Avec des pics qui surviennent aux 3 ou 4 ans, l'infection a manifestement un caractère cyclique qui se poursuit malgré l'introduction du vaccin acellulaire et l'ajout d'une dose en 3^e secondaire à l'âge de 14-16 ans et à l'âge adulte (≥ 18 ans). Ainsi, dans la région, depuis 1998, des pics sont survenus en 2001, 2005, 2008 et cette année avec un nombre de cas beaucoup moins élevé qu'en 1998 (figure 2).

En 2012, 78 cas de coqueluche ont été déclarés dans la région et 1 385 dans la province. L'incidence de l'infection dans la région (11,2) est inférieure à celle de la province (17,3), et ce depuis 2009 (figure 2).

La coqueluche est une maladie du jeune âge dont l'incidence est la plus élevée chez les moins de 1 an (figure 3). L'incidence diminue graduellement dans le groupe des 1 à 4 ans, des 5-9 ans et des 10-14 ans, pour être beaucoup plus basse dans le groupe des 15 ans et plus. En 2012, l'augmentation de l'incidence a pu être observée dans tous les groupes d'âge et de façon plus marquée chez les moins de 1 an.

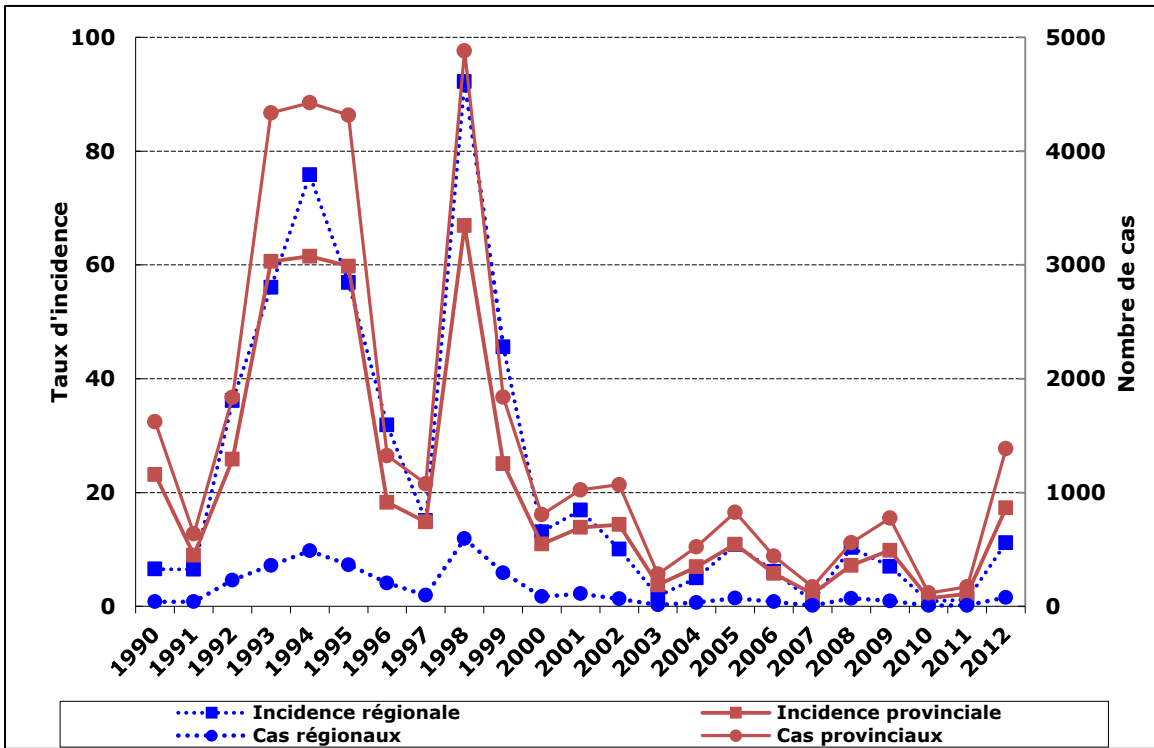


FIGURE 2 COQUELUCHE.
CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 1990-2012.

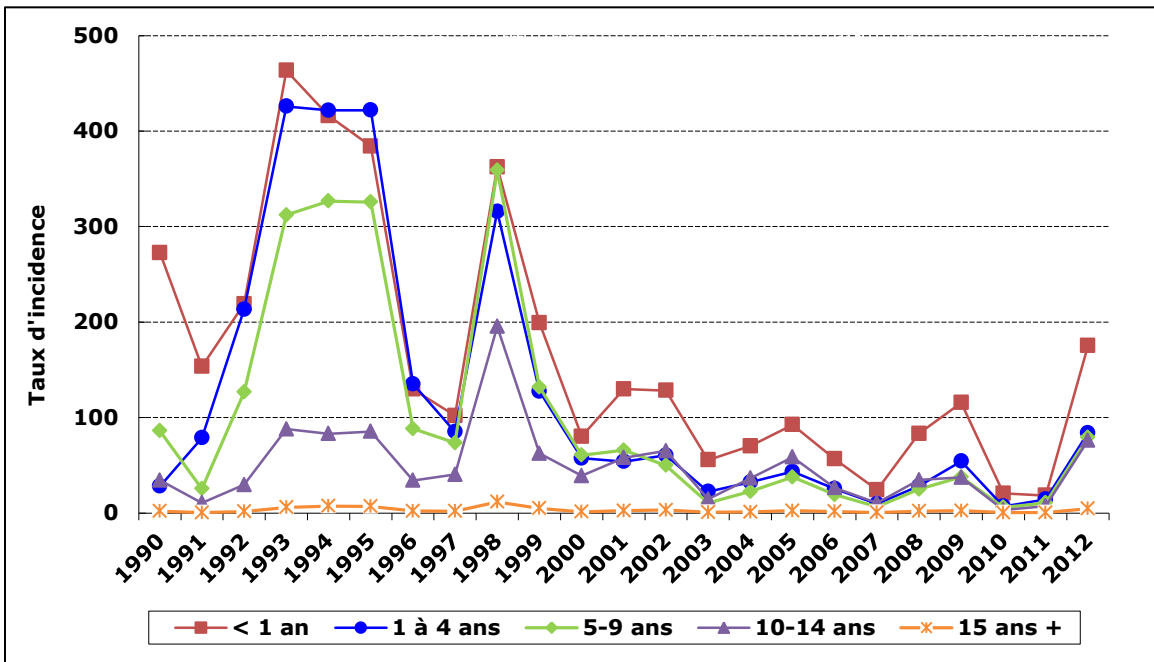


FIGURE 3 COQUELUCHE.
TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) POUR LES 0-1 AN, LES 1-4 ANS, LES 5-9 ANS, LES 10-14 ANS, ET LES 15 ANS ET PLUS, PROVINCE DE QUÉBEC, 1990-2012.

1.3 Infections invasives à méningocoque

Les infections invasives à méningocoque (IIM) se manifestaient de façon cyclique avant l'intégration du vaccin contre le méningocoque de sérotype C au calendrier de vaccination en 2002. On peut observer les pics épidémiques de 1991 et 2001 survenus dans la région et dans la province (figure 4).

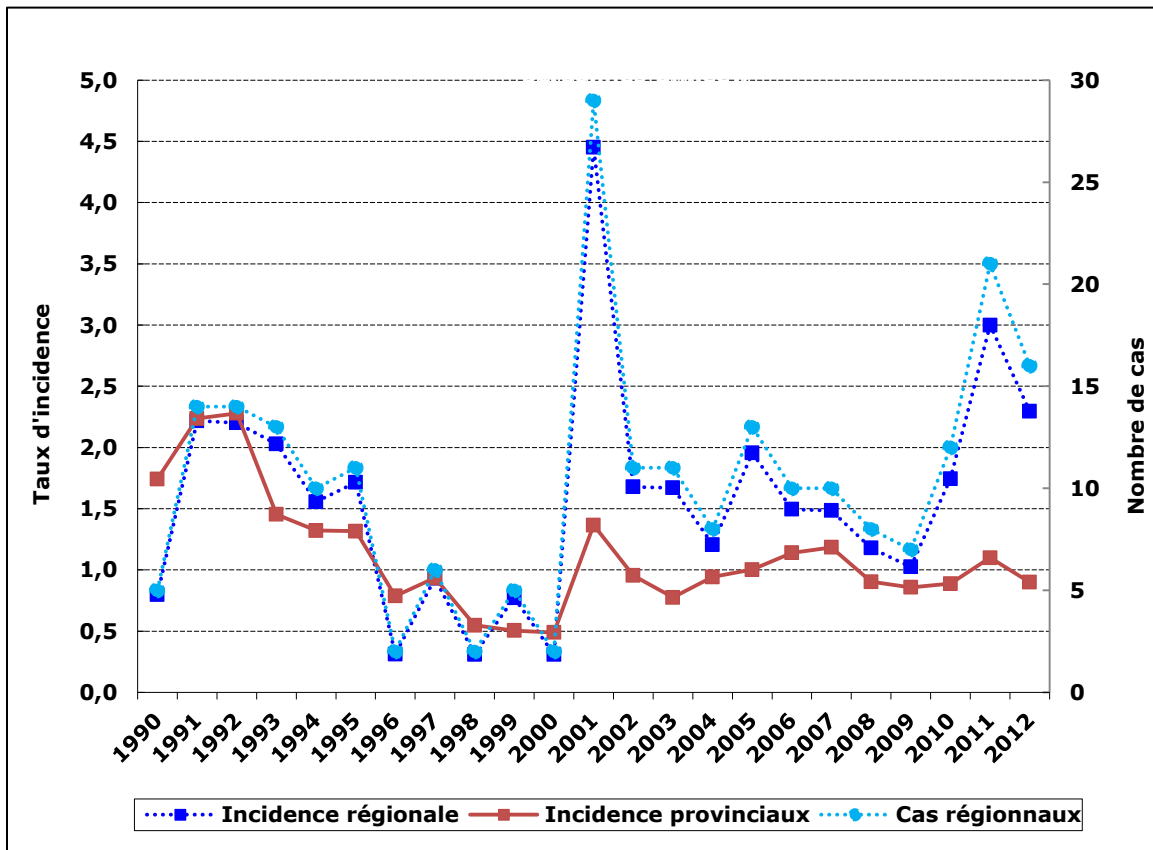


FIGURE 4 INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUE. CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 1990-2012.

Une diminution du nombre de cas et de l'incidence a été observée en 2012 dans la région, suite au pic observé en 2011. L'incidence régionale reste toute de même beaucoup plus élevée que l'incidence provinciale à 2,3 versus 0,9 par 100 000 personnes.année en 2012. Les infections du sérotype B demeurent les plus fréquentes, suivies de celles d'autres sérotypes (dont Y et W-135) (figure 5). Le taux d'incidence provincial pour le sérotype C demeure faible à la suite de l'introduction du vaccin. Aucun cas de sérotype C n'a été observé dans la région depuis 2008 : il s'agissait alors d'une personne de 75-79 ans, groupe non ciblé par cette vaccination. Les jeunes enfants, les adolescents et jeunes adultes sont plus touchés par les IIM de sérotype B (figure 6).

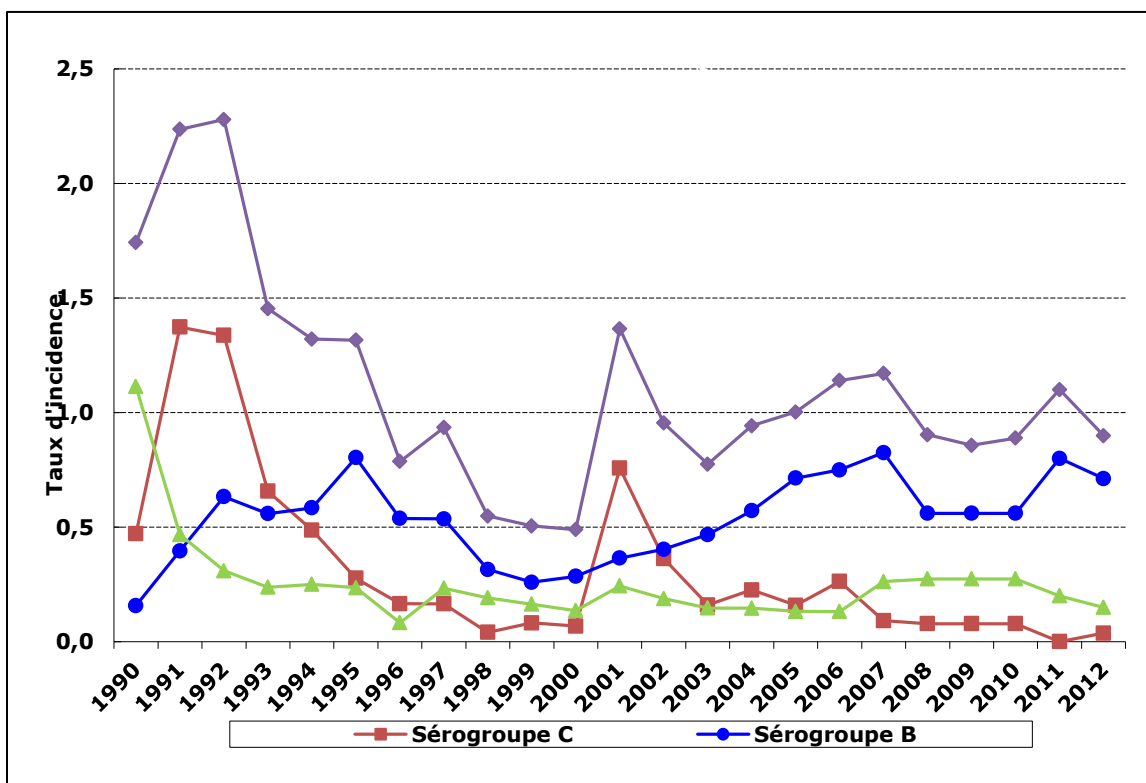


FIGURE 5 INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUE.
TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) SELON LE SÉROGROUPE, PROVINCE DE QUÉBEC, 1990-2012.

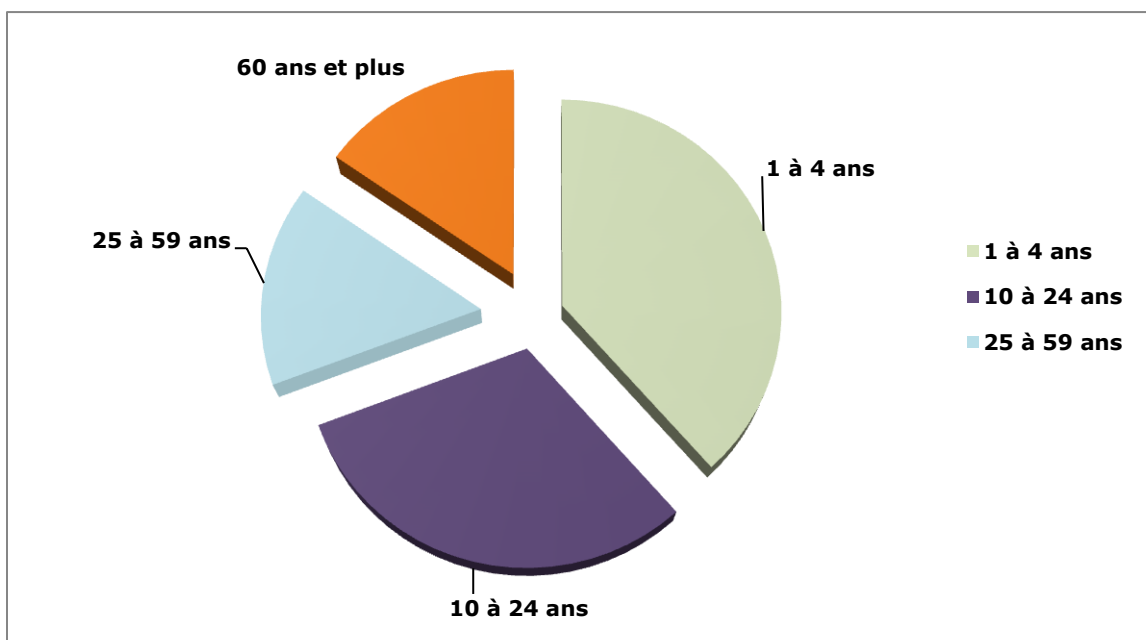


FIGURE 6 INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUE.
NOMBRE DE CAS D'IIM DE SÉROGROUPE B PAR GROUPE D'ÂGE, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2012.

1.4 Éclosions de grippe

Les éclosions de grippe ne sont pas des événements à déclaration obligatoire. Ce type d'éclosion dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) fait toutefois l'objet d'une surveillance de la part de la DRSP et du MSSS depuis le 1^{er} novembre 2004. Les éclosions de grippe surviennent surtout au cours de la saison d'activité grippale. En 2011, la période de surveillance a débuté le 24 octobre 2011 et s'est terminée le 28 mai 2012.

Au cours de la saison 2011-2012, 8 éclosions de grippe saisonnière de type A ont été déclarées (figure 7). Six éclosions sont survenues en CHSLD et 2 en Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Ces éclosions ont débuté le 7 février et se sont terminées le 11 mai 2012. Le *Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg* surveille les souches d'influenza saisonnière qui circulent pour une saison donnée. Durant la saison 2011-2012, la souche circulante dominante au Québec était la souche B/Brisbane/60/2008, qui a représenté 65 % des isolats. La souche A/California/07/2009 (pandémique, H1N1) et la souche A/Perth/16/2009 (H3N2) ont représenté respectivement 16 % et 11 % des souches circulantes. Ces souches étaient analogues à celles contenues dans le vaccin recommandé pour l'hémisphère Nord en 2011-12.

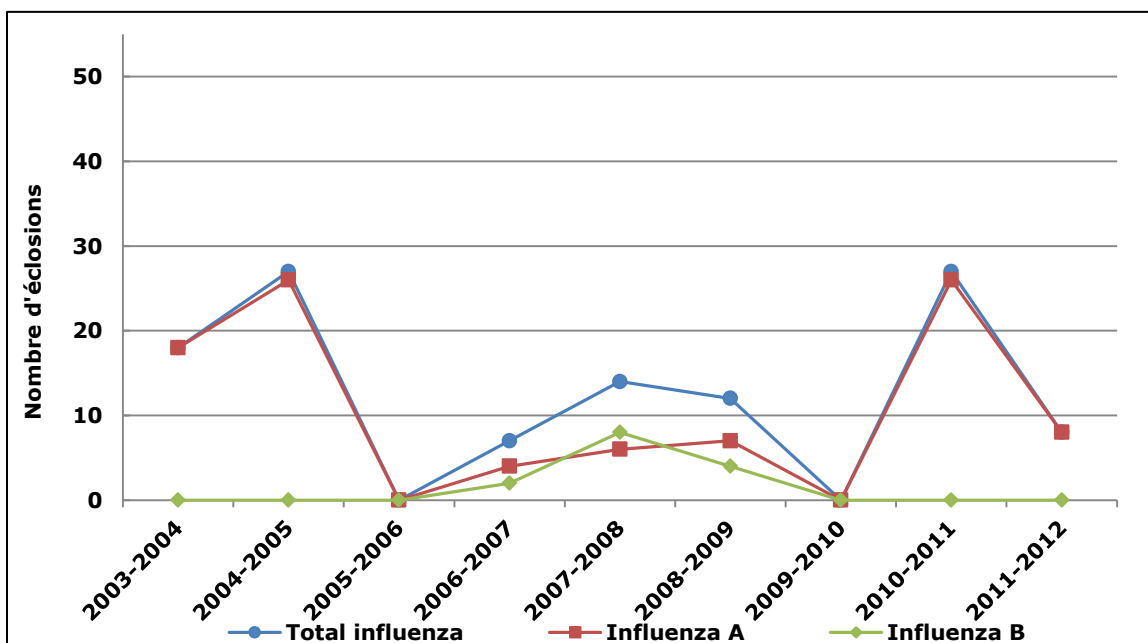


FIGURE 7 GRIPPE SAISONNIÈRE.
NOMBRE D'ÉCLOSIONS SELON LE TYPE DE VIRUS, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2003-2012.

1.5 Infections invasives à *Streptococcus pneumoniae*

La surveillance des infections invasives à pneumocoque (IIP) a débuté en 1997. On a observé une hausse de l'incidence de ces infections de 2008 à 2010 et une diminution par la suite (figure 8). La région suit la tendance de la province bien que les taux d'incidence observés y soient supérieurs depuis 2008.

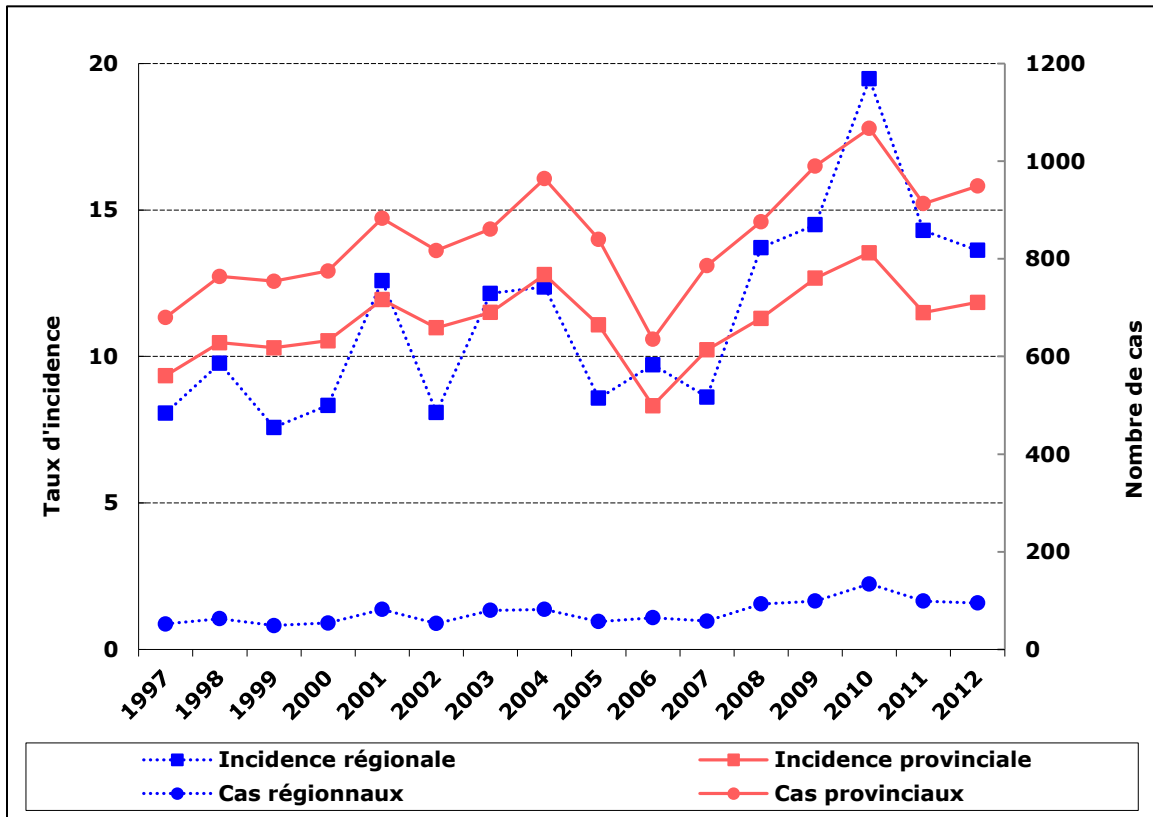


FIGURE 8 INFECTIONS INVASIVES À *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*.
NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 1997-2012.

Les enfants de moins de 5 ans de même que les personnes âgées de 65 ou plus sont les groupes les plus vulnérables à cette infection avec les taux d'incidence les plus élevés (figure 9). En 2012, la moitié des 95 cas déclarés dans la région sont survenus dans ces deux groupes, soit 6 % (6 cas) chez les 0-4 ans et 41 % (39 cas) chez les 65 ans et plus.

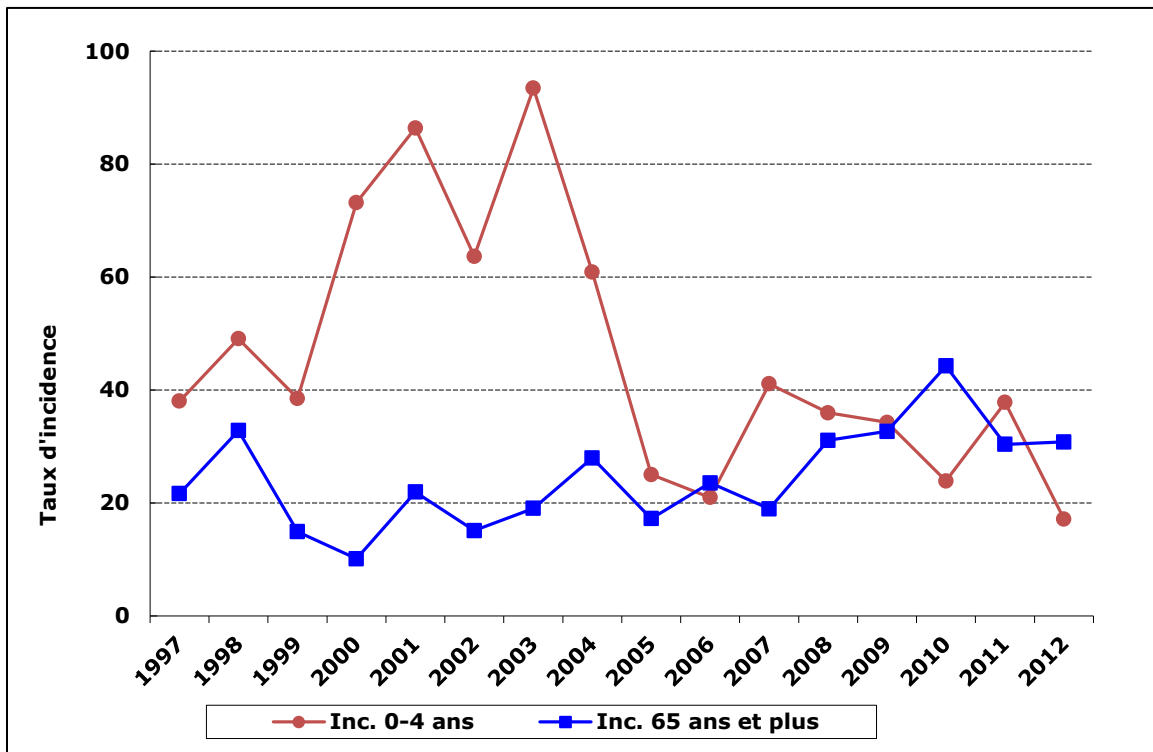


FIGURE 9 **INFECTIONS INVASIVES À *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*.**

TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) SELON LE GROUPE D'ÂGE (0-4 ANS ET 65 ANS ET PLUS), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 1997-2012.

La baisse importante de l'incidence des IIP chez les moins de 5 ans depuis 2004 peut s'expliquer par l'introduction du vaccin conjugué contre le pneumocoque dans le calendrier régulier de vaccination de tous les nourrissons cette même année³. On a alors pu constater une diminution des sérotypes inclus dans le vaccin. Par la suite, malgré cette diminution, près de la moitié des cas observés dans les hôpitaux sentinelles étaient causés par le sérotype 19A (INSPQ, 2010), inclus au vaccin conjugué 13-valent introduit en janvier 2011.

L'incidence des IIP chez les 65 ans ou plus présente plutôt une tendance à la hausse depuis le début des années 2000, malgré l'introduction à ce moment d'un vaccin polysaccharidique 23-valent contre le pneumocoque pour cette clientèle. Deux explications sont possibles : une couverture vaccinale insuffisante et/ou une faible efficacité du vaccin dans ce groupe d'âge.

3- Le vaccin conjugué contre le pneumocoque 7-valent a été introduit au programme gratuit de vaccination des nourrissons en 2004. En juin 2009, il a été remplacé par un vaccin 10-valent. Depuis janvier 2011, c'est un vaccin 13-valent qui est offert à tous les nourrissons pour la vaccination à 2, 4 et 12 mois.

1.6 Manifestations cliniques inhabituelles survenant après la vaccination

1.6.1 Le programme de surveillance

Le programme de surveillance des manifestations cliniques inhabituelles survenant après la vaccination est prescrit par la Loi sur la santé publique.

« Tout médecin ou infirmier qui constate chez une personne qui a reçu un vaccin ou chez une personne de son entourage une manifestation clinique inhabituelle, temporellement associée à une vaccination, et qui soupçonne un lien entre le vaccin et cette manifestation clinique inhabituelle, doit déclarer cette situation au directeur de santé publique du territoire dans les plus brefs délais » (art. 69, paragr. 1).

Le formulaire provincial de signalement est disponible sur le site Internet de la DRSP.

http://www.dspq.qc.ca/documents/espri-formulaireGeneriqueoct2011_000.pdf

Cette surveillance permet de reconnaître les changements significatifs dans l'incidence des manifestations cliniques postvaccinales en vue de prendre les mesures appropriées. Elle contribue à assurer la qualité des produits immunisants administrés au Québec.

Ce programme recueille des MCI que l'on sait pouvoir être causées par le vaccin (ex. : réactions au site d'injection), mais aussi d'autres manifestations dont le lien, selon les connaissances actuelles, n'est que temporel. Ceci peut permettre d'identifier un effet secondaire qui n'avait pas été décrit jusqu'alors. C'est ainsi que le syndrome oculo-respiratoire a été détecté au Québec en 2000. Ceci 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 limité, un événement inhabituel pourrait être difficile à reconnaître à moins de se produire subitement et à une grande fréquence (ex. : lot défectueux, erreur d'administration). C'est en analysant les données à l'échelle de la province ou du pays qu'on augmente la possibilité de détecter de tels signaux.

Pour chaque cas de MCI déclaré par le médecin ou l’infirmière, un intervenant de la Direction régionale de santé publique communique avec la personne vaccinée pour compléter l’information et émettre des recommandations sur l’évaluation de la MCI ou sur la poursuite de la vaccination.

1.6.2 Les résultats de la surveillance des MCI en 2012

En 2012, dans la région de la Capitale-Nationale, 292 184 doses de vaccins ont été distribuées dans le cadre du programme public, et 69 MCI ont été déclarées (23,6 pour 100 000 doses distribuées). Ce nombre de MCI compte pour 11 % des MCI déclarées dans la province, ce qui est assez conforme à la proportion attendue puisque la région représente 9 % de la population québécoise.

Le nombre de MCI déclarées selon les vaccins est présenté au tableau 2. Les vaccins pour lesquels des MCI sont le plus souvent rapportées sont ceux fréquemment administrés, c’est-à-dire ceux utilisés pour la vaccination de base (DCaT-Polio-Hib, RRO et RRO-varicelle, pneumocoque, méningocoque) et le vaccin contre la grippe. Il y a peu de MCI rapportées en lien avec les vaccins contre les hépatites A et B, le vaccin contre les VPH ou les vaccins spécifiques à la santé des voyageurs. Aucune MCI n’a été rapportée à la suite de l’administration d’immunoglobulines.

TABLEAU 2 MANIFESTATION CLINIQUE INHABITUELLE SURVENANT APRÈS LA VACCINATION.

NOMBRE DE DÉCLARATIONS SELON LE VACCIN, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2012.

VACCIN CONTRE :	NOMBRE DE DÉCLARATIONS
DCaT-polio-Hib, DCaT-polio, dcaT-polio, dcaT, dT, polio	26
RRO, RRO-V, Varicelle	19
Influenza	12
Pneumocoque (conjugué)	12
Pneumocoque (polysaccharidique)	8
Méningocoque (conjugué)	8
Virus du papillome humain	5
Hépatites A, B et AB	4
Autres	6
TOTAL MCI DÉCLARÉES	69*

* Dans la majorité des déclarations, la personne a reçu plus d’un vaccin simultanément.

La fréquence des MCI par catégorie de manifestation est présentée au tableau 3. Les manifestations le plus souvent déclarés sont les réactions locales, suivies par les éruptions cutanées. Aucun cas de choc anaphylactique n'a été déclaré en 2012.

Un cas de Syndrome de Guillain et Barré (SGB) a été déclaré chez une personne de 74 ans 5 semaines après avoir reçu un vaccin contre la grippe. Certaines études indiquent un risque de l'ordre de 1 cas de SGB sur 1 million de doses dans les 6 semaines après l'administration du vaccin saisonnier chez des adultes.

Un enfant de 2 ans ayant reçu une greffe de cellules souches a présenté une encéphalite virale sans étiologie prouvée 11 jours après avoir reçu un RRO-V. Le risque d'encéphalite en lien avec le vaccin RRO est estimé à moins de 1 cas sur 1 million de vaccinés.

TABLEAU 3 MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES SURVENANT APRÈS LA VACCINATION.
NOMBRE DE DÉCLARATIONS SELON LE TYPE DE MANIFESTATION, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2012.

TYPE DE MANIFESTATION	NOMBRE DE DÉCLARATIONS
Réaction locale importante ou cellulite	23
Éruption cutanée	18
Fièvre	8
Allergie	5
Vomissements ou diarrhée	5
Convulsions	4
Syndrome oculo-respiratoire	3
Méningite	1
Anesthésie-paresthésie	1
Syndrome de Guillain et Barré	1
Autres	9
TOTAL MCI DÉCLARÉES	69*

* Plusieurs manifestations peuvent être signalées pour une même déclaration.

2.0 INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

Depuis dix ans, on assiste à une recrudescence des ITSS tant dans la région de la Capitale-Nationale que dans la province de Québec (tableau 4).

TABLEAU 4 INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG.

NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2003-2012.

MALADIES	ANNÉES									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)
Hépatite B aiguë	16 (2,4)	11 (1,7)	4 (0,6)	2 (0,3)	5 (0,7)	6 (0,9)	3 (0,4)	4 (0,6)	1 (0,1)	2 (0,3)
Hépatite B chronique	48 (7,3)	55 (8,5)	52 (8,0)	44 (6,6)	36 (5,3)	53 (7,8)	43 (6,3)	43 (6,2)	29 (4,1)	64 (9,0)
Hépatite B sans précision	2 (0,3)	4 (0,6)	4 (0,6)	3 (0,4)	1 (0,1)	1 (0,1)	2 (0,3)	2 (0,3)	1 (0,1)	1 (0,2)
Hépatite C aiguë	0 (0,0)	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,1)	4 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,3)
Hépatite C sans précision	158 (24,0)	174 (26,9)	163 (24,7)	147 (22,0)	112 (16,6)	156 (23,0)	139 (20,8)	103 (14,8)	116 (16,5)	123 (17,4)
Infection à <i>C. trachomatis</i> ¹	1256 (190,8)	1277 (192,7)	1231 (185,2)	1269 (189,8)	1212 (180,0)	1325 (195,4)	1372 (200,9)	1581 (229,8)	1790 (258,4)	1723 (247,1)
Infection gonococcique	42 (6,4)	33 (5,0)	47 (7,1)	58 (8,7)	84 (12,5)	95 (14,0)	72 (10,5)	139 (20,0)	108 (15,4)	165 (23,3)
Lymphogranulomatose vénérienne	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,3)	0 (0,0)
Neurosyphilis	0 (0,0)	3 (0,6)	3 (0,5)	1 (0,1)	0 (0,0)	3 (0,4)	3 (0,4)	6 (0,9)	6 (0,9)	2 (0,3)
Syphilis infectieuse ²	4 (0,6)	48 (7,2)	18 (2,7)	12 (1,8)	11 (1,6)	27 (4,0)	40 (5,9)	60 (8,7)	66 (9,5)	62 (8,9)
Syphilis latente >1 an	2 (0,4)	5 (0,8)	9 (1,4)	4 (0,6)	9 (1,3)	11 (1,6)	7 (1,0)	5 (0,7)	4 (0,6)	7 (1,0)
Syphilis autres ³	2 (0,3)	9 (1,4)	7 (1,1)	2 (0,3)	2 (0,3)	10 (1,5)	11 (1,6)	11 (1,6)	14 (2,0)	25 (3,5)
VIH nouveaux diagnostics ^{4,5}	28 (4,3)	32 (4,8)	32 (4,8)	33 (4,9)	19 (2,8)	28 (4,1)	24 (3,5)	24 (3,5)	28 (4,0)	31 (4,4)
VIH cas déclarés totaux ^{4,6}	65 (9,9)	72 (10,9)	63 (9,5)	50 (7,5)	41 (6,1)	44 (6,5)	41 (6,0)	46 (6,7)	44 (6,4)	46 (6,6)

1. Chlamydie génitale, oculaire et pulmonaire.
2. Syphilis primaire, secondaire et latente de moins d'un an.
3. Syphilis sans précision et syphilis tertiaire autre que neurosyphilis.
4. Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ, 2013.
5. Diagnostic établi chez un individu qui n'avait jamais eu de tests VIH auparavant ou dont tous les tests antérieurs étaient négatifs.
6. Comprend l'ensemble des diagnostics (nouveaux, anciens et non caractérisés comme étant nouveaux ou anciens). Un ancien diagnostic est établi chez un individu dont au moins un des tests antérieurs était positif, mais qui n'avait pas été déclaré.

Dans ce contexte, certaines cibles prévues au *Plan d'action régional de santé publique 2009-2015* n'ont pas été atteintes (tableau 5). De concert avec de nombreux partenaires, plusieurs activités sont cependant réalisées dans la région afin de lutter contre les ITSS. Sans dresser ici une liste exhaustive, mentionnons notamment :

- activités en surveillance et vigie des ITSS;
- activités de prévention visant les jeunes et les groupes vulnérables aux ITSS;
- distribution de matériel de protection (condoms et matériel stérile d'injection);
- offre de vaccination contre les VPH et l'hépatite B;
- offre de dépistage y compris dans les milieux fréquentés par les groupes vulnérables;
- enquêtes épidémiologiques et interventions préventives réalisées auprès des personnes atteintes;
- activités intensifiées de notification des partenaires;
- application par les infirmières d'ordonnances collectives pour le traitement de la chlamydie et de l'infection gonococcique chez les personnes asymptomatiques;
- activités de formation pour les infirmières, les médecins et les intervenants communautaires;
- soutien à l'intégration des pratiques cliniques préventives pour les ITSS dans les milieux cliniques;
- soutien aux milieux communautaires pour la tenue d'activités d'éducation à la sexualité et d'interventions préventives sur les ITSS.

Des activités plus spécifiques à certaines infections sont également réalisées (tableau 5).

TABLEAU 5 INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG.

SUIVI DE L'ATTEINTE DES CIBLES DU PAR, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, ANNÉE 2012.

CIBLE DU PAR		DONNÉES POUR L'ANNÉE 2012	ATTEINTE DE LA CIBLE	ACTIONS SPÉCIFIQUES (S'IL Y A LIEU)
1.	Réduire le taux d'incidence des infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> de 33 % chez les femmes âgées de 12 à 24 ans.	Incidence de 1642,1 par 100 000 personnes-année (817 cas) chez les femmes âgées de 12 à 24 ans.	Non	Activités de prévention visant les jeunes; activité «Je passe le test»; implantation de l'IPPAP ¹ systématique en 2009.
2.	Réduire le taux d'incidence des infections gonococciques de 14 % chez les femmes âgées de 12 à 24 ans.	Incidence de 32,2 par 100 000 personnes-année (16 cas) chez les femmes âgées de 12 à 24 ans.	Non	Activités de prévention visant les jeunes.
3.	Maintenir le nombre de nouveaux diagnostics de l'infection au VIH en deçà de 34 par année, particulièrement chez les HARSAH ² puis chez les UDI ³ .	31 nouveaux diagnostics de VIH dont 20 chez des HARSAH et aucun chez des UDI.	Oui	Offre de dépistage à l'aide de trousses de dépistage rapide aux clientèles vulnérables.
4.	Réduire l'incidence du VHC ⁴ de 24 % chez les personnes faisant usage de drogues par injection.	Donnée actuellement non disponible ⁵	-	Programme d'accès au matériel stérile d'injection.
5.	Maintenir à 0 le nombre de cas de syphilis congénitale chez les enfants âgés de moins de 2 ans et	0 cas de syphilis congénitale.	Oui	Vigie rehaussée chez les femmes en âge de procréer
	à moins de 11 le nombre de syphilis infectieuse, particulièrement chez les HARSAH.	62 cas de syphilis infectieuse au total dont 48 chez des HARSAH ⁶ .	Non	et les jeunes.

1. Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires.
2. Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.
3. Utilisateurs de drogues par injection.
4. Virus de l'hépatite C.
5. Avec les systèmes de surveillance existants.
6. Parmi les 53 cas pour lesquels le sexe des partenaires est connu.

2.1 Infection à *Chlamydia trachomatis*

Les infections à *C. trachomatis* constituent une proportion importante des maladies infectieuses déclarées à la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, soit 53,9 % des MADO d'origine infectieuse déclarées en 2012.

Entre 2003 et 2007, les taux d'incidence de l'infection à *C. trachomatis* sont restés relativement stables avant d'augmenter par la suite (figure 10). En 2012, le taux d'incidence observé dans la région (243,4 par 100 000 personnes-année) est légèrement inférieur à celui de la province (250,4 par 100 000 personnes-année). Dans la région en 2012, les taux d'incidence observés chez les 15-19 ans et les 20-24 ans sont toutefois supérieurs à ceux de la province (figure 11).

Dans la région de la Capitale-Nationale en 2012, 1723 cas d'infection à *C.-trachomatis* ont été déclarés, soit 9,0 % de plus qu'en 2010 mais 3,7 % de moins qu'en 2011 (tableau 4). Le groupe d'âge le plus touché est celui des 20-24 ans, suivi des 15-19 ans (figure 11). En 2012, le taux d'incidence observé chez les 20-24 ans (1582,0 cas par 100 000 personnes-année) est six fois plus élevé que dans l'ensemble de la population. Tout groupe d'âge confondu, près de deux fois plus de cas sont déclarés chez les femmes que chez les hommes.

Sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale, on dénombre 949 cas en 2012, ce qui représente 55,5 % des cas dont le territoire de résidence est connu. Suivent les territoires du CSSS de Québec-Nord avec 661 cas (38,8 %), du CSSS de Portneuf avec 75 cas (4,4 %) et du CSSS de Charlevoix avec 22 cas (1,3 %).

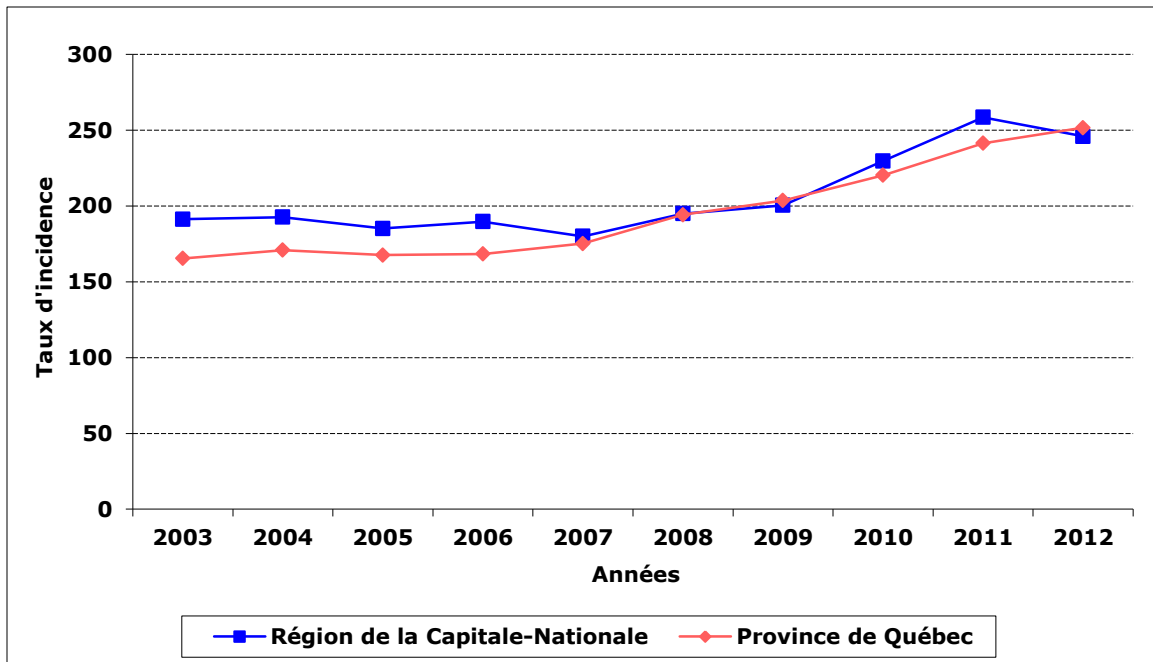


FIGURE 10 INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*.
TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA
CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.

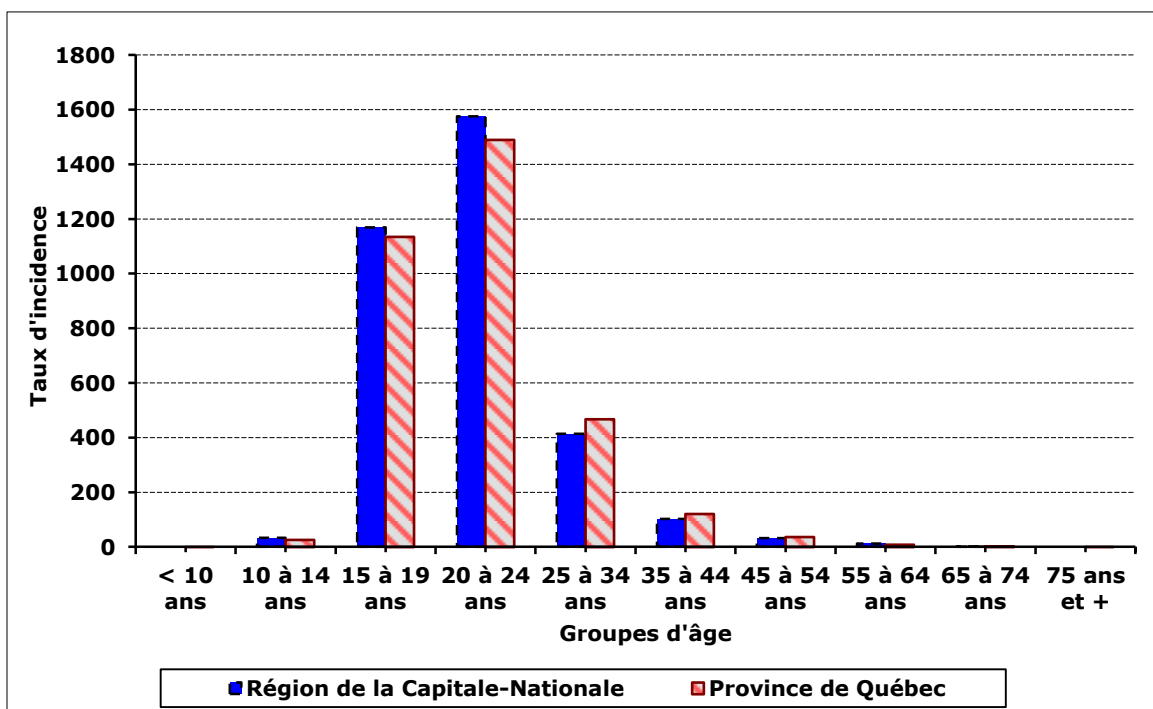


FIGURE 11 INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*.
TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) PAR GROUPE D'ÂGE,
RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2012.

2.2 Infection gonococcique

Bien que les taux d'incidence régionaux demeurent inférieurs à ceux de la province, on observe depuis dix ans une augmentation des déclarations d'infections gonococciques (figure 12). En 2012, 165 cas ont été déclarés dans la région, soit 18,7 % et 52,8 % de plus qu'en 2010 et en 2011, respectivement.

En 2012, le groupe d'âge le plus atteint est celui des 20-24 ans, avec un taux d'incidence de 124,2 par 100 000 personnes-année, suivi des 25-29 ans (taux de 90,0 par 100 000 personnes-année) et des 30-34 ans (taux de 41,2 par 100 000 personnes-année). Tout groupe d'âge confondu, les hommes représentent près de 80 % des cas dont le sexe est connu. Parmi les hommes dont le sexe des partenaires est connu, 83,3 % ont des relations sexuelles avec des hommes. Les territoires des CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord enregistrent respectivement 69,7 % et 26,1 % des cas. Une proportion inférieure à 5 % des cas réside sur les territoires des CSSS de Charlevoix (3,6 %) et de Portneuf (0,6 %).

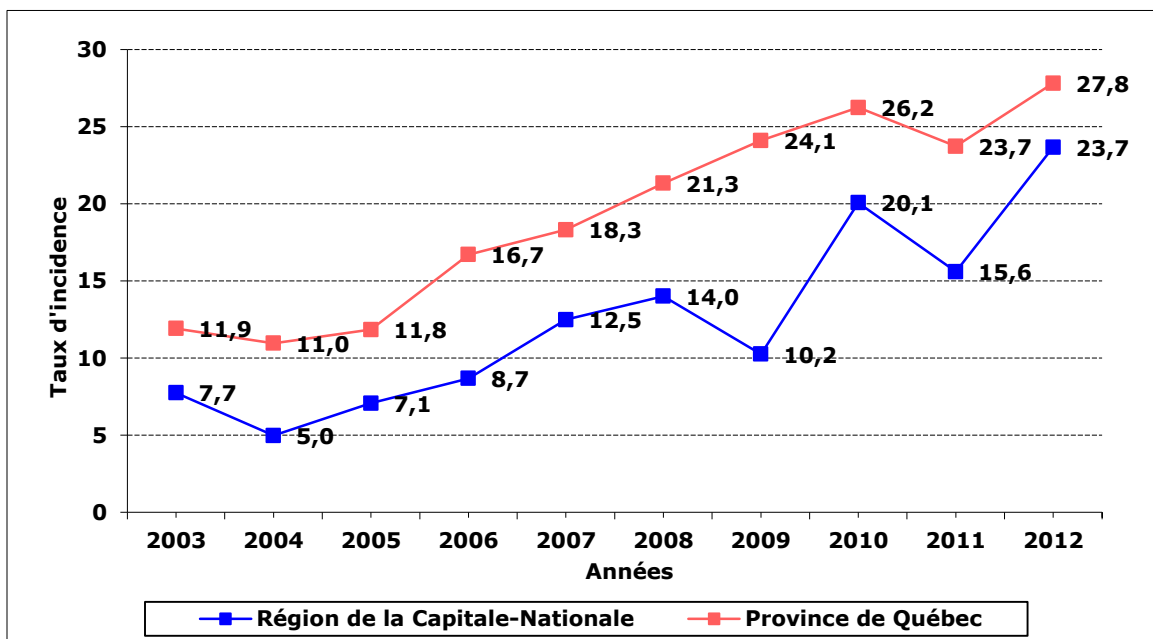


FIGURE 12 INFECTION GONOCOCCIQUE.
TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA
CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.

2.3 Syphilis infectieuse¹

Dans la région de la Capitale-Nationale, on observe une hausse marquée des déclarations de syphilis infectieuse depuis cinq ans. On observe également une tendance à la hausse à l'échelle provinciale (figure 13).

En 2012, 62 cas de syphilis infectieuse ont été déclarés dans la région de la Capitale-Nationale, ce qui se compare aux deux années précédentes (tableau 4). Le groupe d'âge de loin le plus touché est celui des 25-29 ans avec 17 cas (taux d'incidence de 36,4 par 100 000 personnes-année), suivi de quatre groupes d'âge où l'on compte 6 cas (15-19 ans, 20-24 ans, 40-44 ans et 45-49 ans). Les hommes représentent 93,5 % des cas. Les hommes ayant des relations sexuelles (HARSAH) avec des hommes représentent 98,0 % des cas masculins dont le sexe des partenaires est connu. Parmi l'ensemble des cas de syphilis infectieuse dans la région en 2012, près des trois quarts (72,6 %) se retrouvent sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale et 25,8 % des cas se retrouvent sur le territoire du CSSS de Québec-Nord. Le territoire du CSSS de Charlevoix enregistre un seul cas (1,6 %), alors qu'aucun cas n'a été déclaré sur le territoire du CSSS de Portneuf.

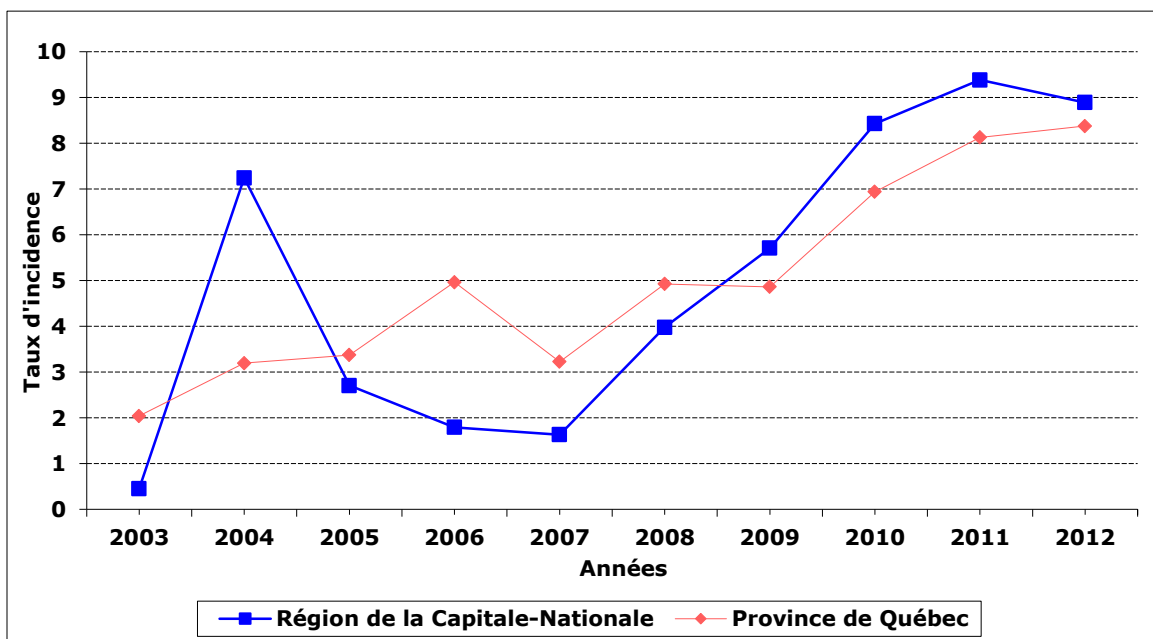


FIGURE 13 **SYPHILIS INFECTIEUSE.**
TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA
CAPITALE NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.

1- La syphilis infectieuse comprend les stades de syphilis primaire, secondaire et latente de moins d'un an.

2.4 Hépatite B aiguë

Dans la région de la Capitale-Nationale, deux cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés en 2012 (tableau 4).

2.5 Hépatite B chronique

Dans la région de la Capitale-Nationale en 2012, 64 cas d'hépatite B chronique et un cas d'hépatite B sans précision ont été déclarés, ce qui représente globalement une hausse par rapport aux années précédentes (tableau 4). En 2012, le taux régional de cas déclarés d'hépatite B chronique et sans précision est de 9,2 par 100 000 personnes-année, ce qui est inférieur au taux provincial de 11,1 par 100 000 personnes-année (figure 14).

Dans la région en 2012, plus des deux tiers des cas déclarés sont âgés entre 25 et 44 ans. Près de deux fois plus de cas sont déclarés chez les hommes que chez les femmes. La majorité des cas sont observés chez des personnes immigrantes. Quarante-cinq cas (69,2 %) sont dénombrés sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale et 15 (23,1 %) sont dénombrés sur le territoire du CSSS de Québec-Nord. Les territoires des CSSS de Charlevoix et de Portneuf comptent 3 cas (4,6 %) et deux cas (3,1 %), respectivement.

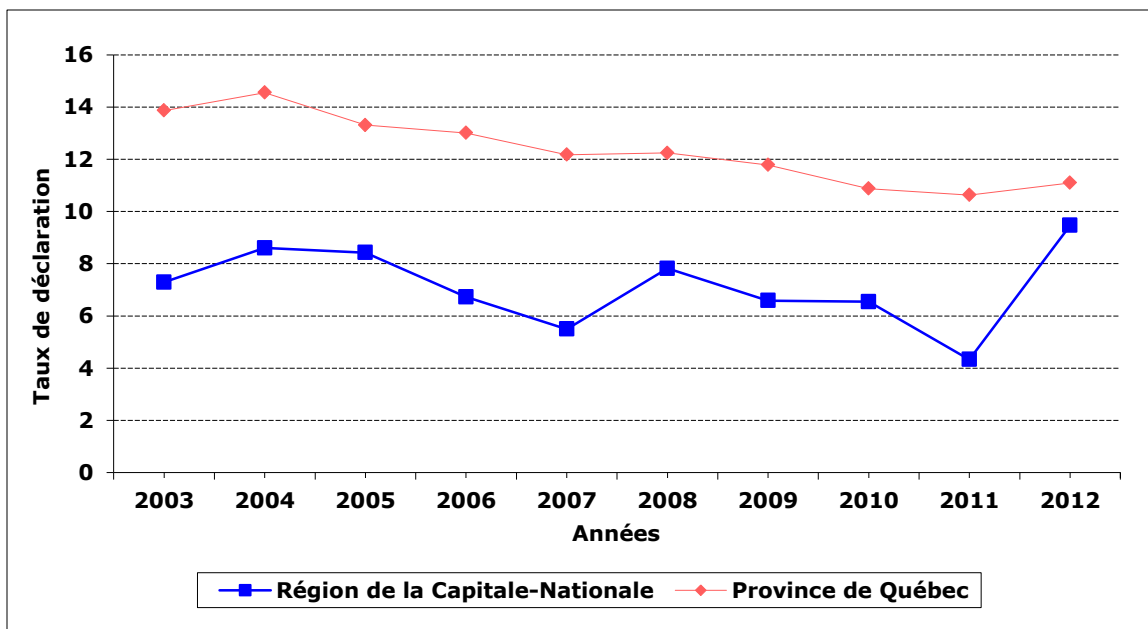


FIGURE 14 HÉPATITE B CHRONIQUE ET SANS PRÉCISION.
TAUX DE DÉCLARATION (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.

2.6 Hépatite C chronique

Depuis 2010, on observe une tendance à la hausse des cas d'hépatite C sans précision déclarés dans la région de la Capitale-Nationale (tableau 4). Pour les dix dernières années, le taux régional observé est inférieur au taux provincial à l'exception de l'année 2012 (17,4 par 100 000 personnes-année dans la région contre 16,0 par 100 000 personnes-année dans la province) (figure 15).

En 2012, 123 cas d'hépatite C sans précision ont été déclarés dans la région. Parmi les cas dont l'âge est connu, plus de 8 cas sur dix (84,7 %) sont âgés entre 30 et 64 ans. Le groupe d'âge le plus touché est celui des 40-44 ans qui constitue 21,2 % des cas, suivi des 45-49 ans et des 50-54 ans qui représentent tous deux 13,6 % des cas. Plus des deux tiers (69,5 %) des cas sont des hommes. Parmi les cas dont le territoire de résidence est connu, la majorité (68,0 %) sont dénombrés sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale. Le territoire du CSSS de Québec-Nord compte 21,3 % des cas, celui du CSSS de Portneuf, 9,8 % des cas et celui du CSSS de Charlevoix, 0,8 % des cas.

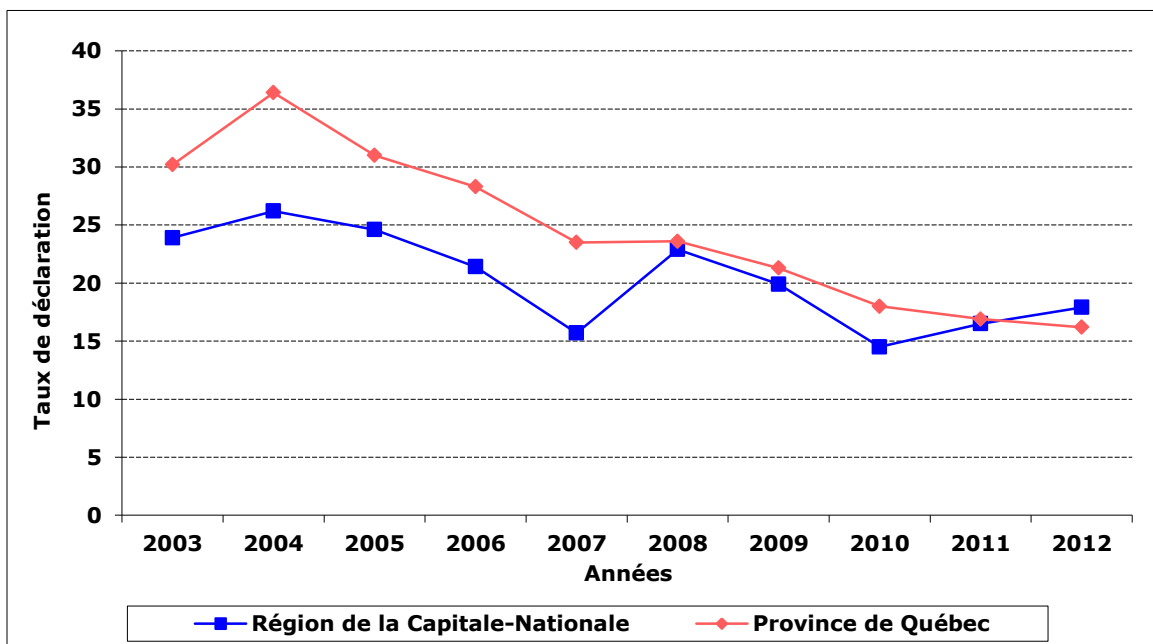


FIGURE 15 HÉPATITE C SANS PRÉCISION.
TAUX DE DÉCLARATION (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.

2.7 Infection par le virus de l'immunodéficience humaine²

Entre la mise en place du programme de surveillance provincial en avril 2002 et décembre 2012, 544 cas d'infection par le VIH ont été enregistrés dans la région de la Capitale-Nationale, soit 406 hommes et 138 femmes.

En 2012 dans la région, 46 cas ont été enregistrés au programme de surveillance dont 31 sont des nouveaux diagnostics (tableau 4). Parmi les nouveaux diagnostics de VIH, 87,1 % des cas sont des hommes. Tout sexe confondu, près des deux tiers des nouveaux diagnostics sont retrouvés parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. En 2012, aucun cas relié à l'hémovigilance n'a été déclaré dans la région.

2- Les infections par le VIH et le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) n'ont pas à être déclarées obligatoirement aux directions de santé publique sauf pour l'hémovigilance. Leur surveillance est encadrée par le *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) du Québec*.

3.0 MALADIES ENTÉRIQUES

TABLEAU 6 MALADIES ENTÉRIQUES.

TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) DE CERTAINES MALADIES, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2003-2012.

MALADIES	ANNÉES									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Amibiase	3,2	3,8	2,1	3,3	3,6	3,7	6,1	3,3	2,7	3,7
Campylobactériose	53,4	55,3	48,1	45,2	40,3	44,5	33,1	39,1	37,4	40,3
Entérite à <i>E. coli</i>	1,8	1,5	2,5	1,8	3,6	1,8	1,2	1,0	1,2	1,0
Entérite à <i>Y. enterocolitica</i>	1,4	1,1	1,6	1,0	1,0	1,5	0,7	1,0	0,9	1,1
Giardiase	12,9	14,6	12,9	13,5	12,8	11,2	16,4	12,1	15,2	13,6
Salmonellose	20,0	13,2	16,2	16,1	13,5	15,8	16,5	21,0	13,7	15,3
Shigellose	2,3	1,1	2,7	1,8	1,3	1,6	2,2	1,3	1,3	1,4
Listériose	0	0,3	0,7	1,5	1,9	1,2	0,4	0,6	1,4	0,8
Hépatite A	0,5	1,7	0,1	1,2	0,6	0,7	0,3	0,3	0,4	0,2

TABLEAU 7 SUIVI DE L'ATTEINTE DES CIBLES DU PAR.

MALADIES ENTÉRIQUES ET CERTAINES ZONOSSES, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, ANNÉE 2012.

CIBLE DU PAR		DONNÉES POUR L'ANNÉE 2012	ATTEINTE DE LA CIBLE
1.	Maintenir à moins de 1,5 cas par 100 000 personnes-année l'incidence annuelle de l'hépatite A dans la population générale.	L'incidence est de 0,2 par 100 000 personnes-année.	Oui
2.	Réduire à 2 cas par 100 000 personnes-année l'incidence annuelle de l'infection à <i>E. Coli</i> producteur de vérocytotoxine dans la population générale.	Le taux d'incidence est de 1 cas par 100 000 personnes-année.	Oui
3.	Maintenir les zoonoses tels la rage et le virus du Nil occidental (VNO) à leurs niveaux actuels (0 cas en 2011).	Aucun cas de rage humaine n'a été déclaré. La région de la Capitale-Nationale est une région exempte de rage animale. 2 cas d'infection à VNO ont été déclarés.	Partiellement. L'atteinte de l'objectif sur le VNO passe par le contrôle environnemental des vecteurs et la protection personnelle.

TABLEAU 8 **ÉTAT D'AVANCEMENT DES ACTIVITÉS DU PAR.**
MANDATS DE CONTRÔLE ET DE SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES.

ACTIONS DU PAR		ÉTAT D'AVANCEMENT	ACTIVITÉS À VENIR
1.	Application des lignes directrices pour les contacts avec une chauve-souris et en cas de morsure animale.	Fait	En continu
2.	Vigie des maladies infectieuses transmissibles lors d'événements nationaux et internationaux.	Au besoin	
3.	Activités d'hémovigilance et d'histovigilance.	Fait	En continu
4.	Application des protocoles d'intervention et de contrôle et des lignes directrices relatives aux maladies infectieuses transmissibles, et diffusion aux partenaires du réseau de santé publique, de toute autre documentation pertinente en relation avec ces dernières.	Fait	En continu

3.1 Infection à *Campylobacter*

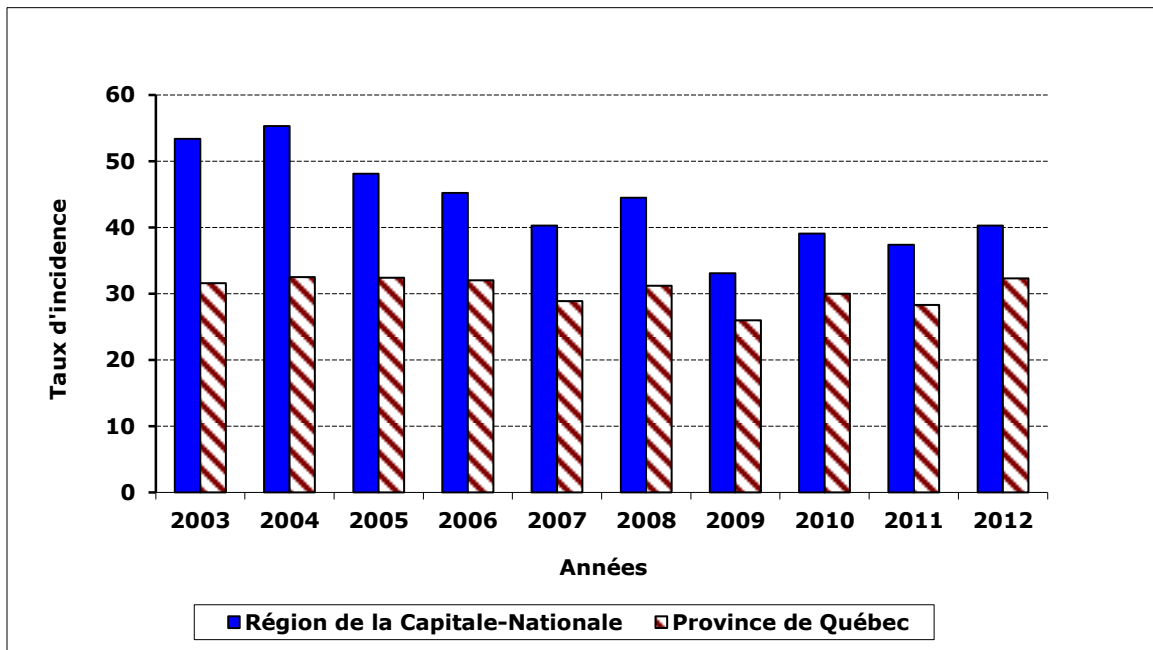


FIGURE 16 **INFECTION À *CAMPYLOBACTER*.**
TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA
CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.

La campylobactériose est toujours la maladie entérique le plus souvent déclarée à la DRSP avec un taux d'incidence de 40,3 par 100 000 personnes-année, suivie de la salmonellose avec un taux de 15,3, et de la giardiase avec un taux de 13,6 (tableau 6). L'incidence de la campylobactériose a continuellement diminué depuis 2001 jusqu'en 2007 (40,4), avec une légère remontée en 2008 (44,9), une nette diminution en 2009 (33,1) et à nouveau une légère augmentation en 2010 (39,1). Il est à noter que les taux de la région ont toujours été plus élevés que ceux de la province (figure 17), mais l'écart s'est rétréci en 2010 (39,1 vs 30) comparé à 2000 (68 vs 36,2). Cet écart est stable en 2011 (37,4 vs 28,3) et en 2012 (40,3 vs 32,3) à la faveur d'une augmentation du nombre de cas aux 2 niveaux. On remarque en 2012, comme en 2011, une variation saisonnière plus importante en été.

3.2 Entérite à *E. coli*

Nous assistons pour l'année 2012 à une légère diminution de l'infection à *E. coli* par rapport à 2011. Après un taux de 1,8 en 2008, les taux sont relativement stables depuis 2009, variant de 1,0 à 1,2 (figure 17). Les mesures prises au cours des dernières années, dont les campagnes d'information auprès du public sur les modes de cuisson de la viande, ont certainement contribué à faire baisser les taux. Il demeure quand même important de continuer ces campagnes d'information pour maintenir les taux aussi bas. Chaque cas déclaré fait toujours 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 lorsqu'un aliment y est relié comme cause probable.

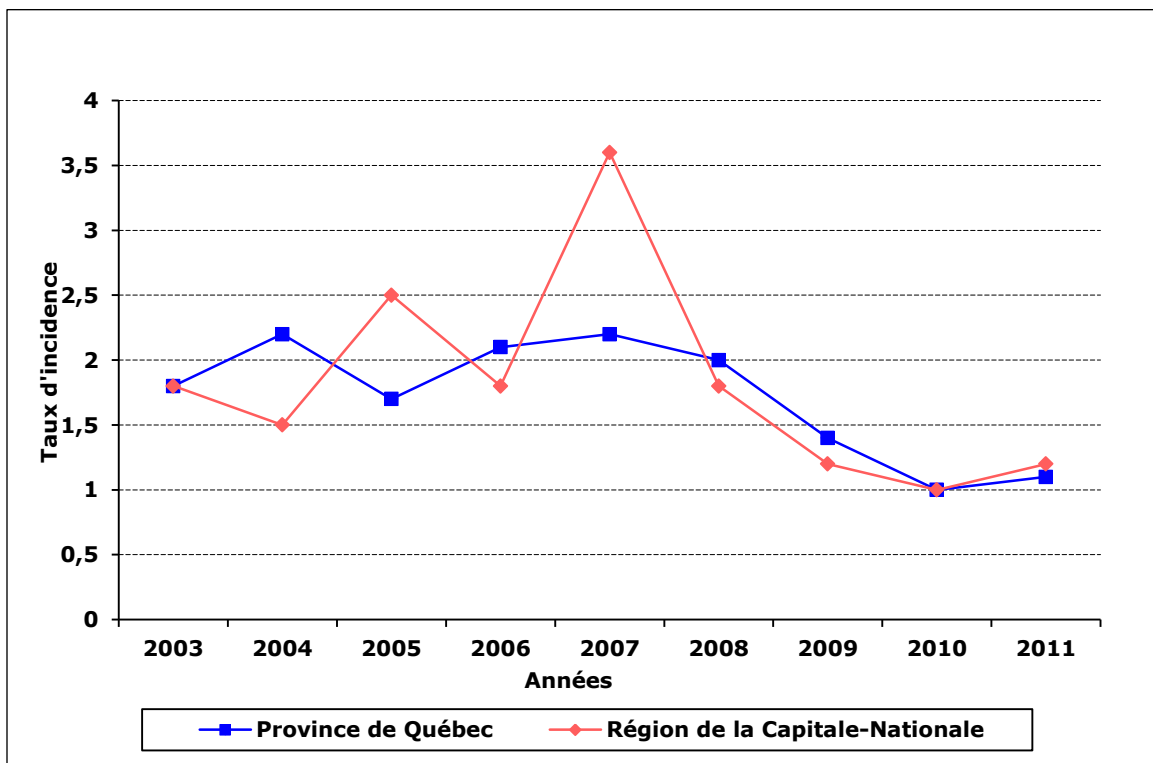


FIGURE 17 ENTÉRITE À *E. COLI*.
TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA
CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.

En 2012, la maladie a touché surtout le groupe des 1-4 ans, pour un total de 3 cas. Aucun cas n'a été déclaré chez les moins de 1 an et chez les 5-14 ans (figure 17). Curieusement, il n'y a eu aucun cas de juin à août. (figure 18). C'est d'ailleurs la troisième année que les cas se concentrent dans la deuxième partie de l'année.

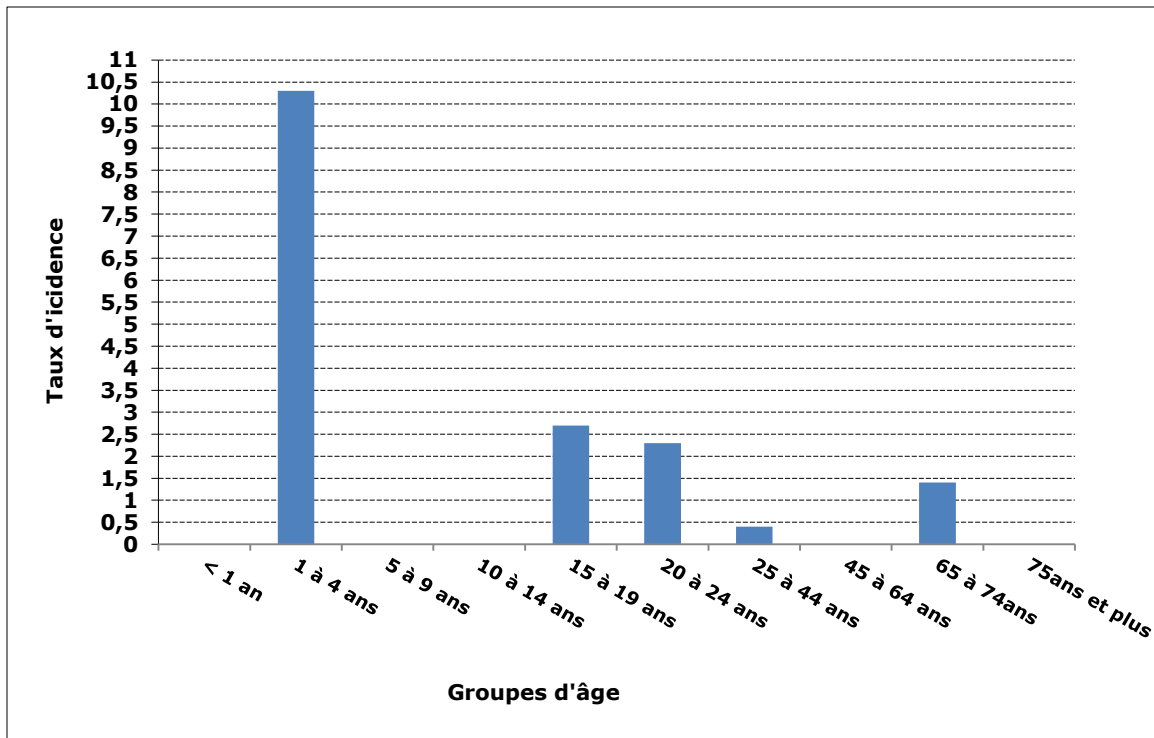


FIGURE 18 ENTÉRITE À *E. COLI*.
TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) PAR GROUPES D'ÂGE, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2010.

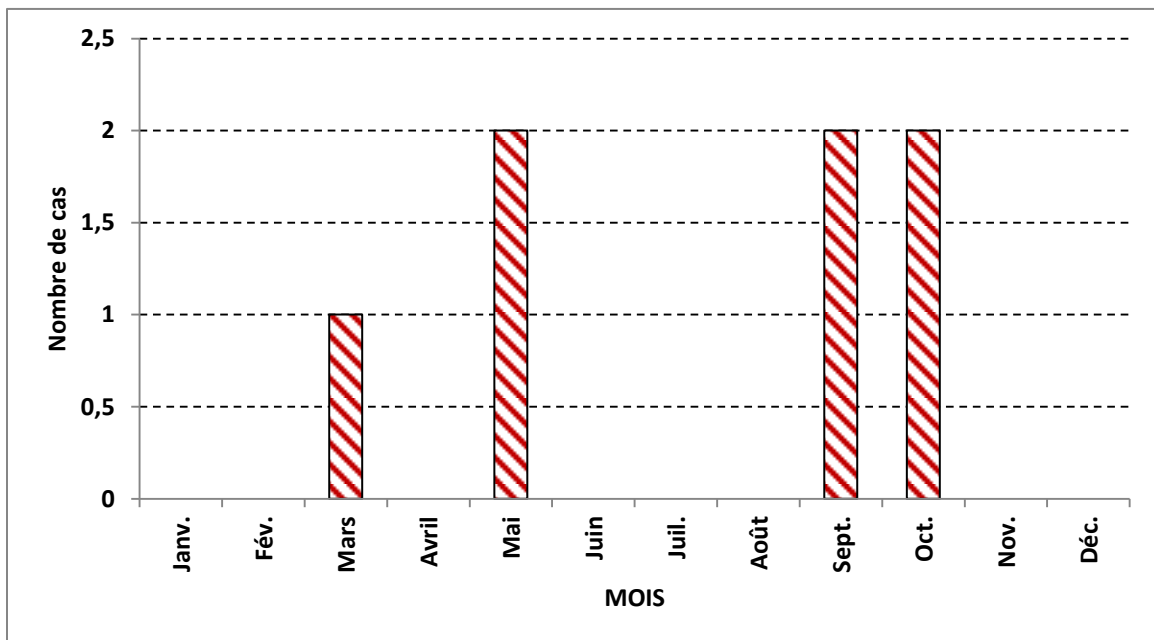


FIGURE 19 ENTÉRITE À *E. COLI*.
NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS PAR MOIS POUR L'ANNÉE 2012, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE.

3.3 Salmonellose

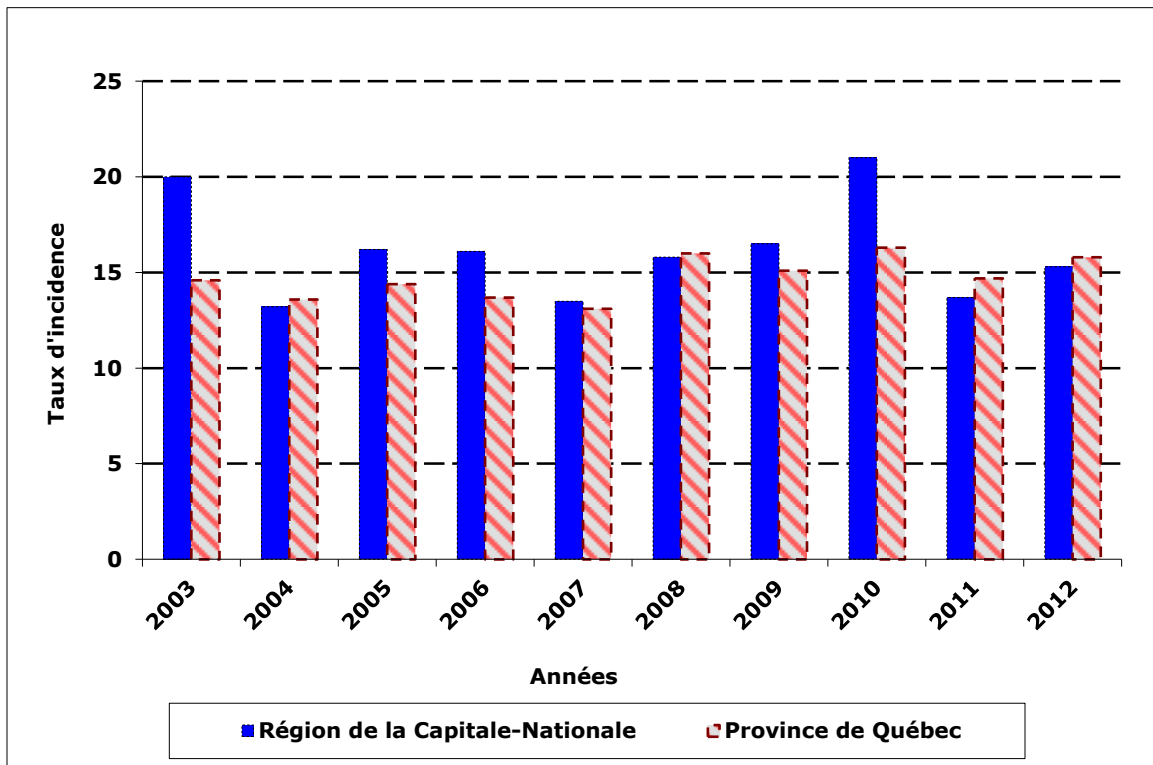


FIGURE 20 SALMONELLOSE.
TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA
CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.

Le nombre de cas de salmonellose a peu fluctué au Québec au cours des dernières années, sauf une brève remontée en 2010. Les taux d'incidence dénombrés dans la région ont toujours été légèrement supérieurs à ceux de la province, si l'on fait exception des années 2004, 2008, 2011 et 2012 (figure 20). Assiste-t-on à une inversion des taux région-province?

En 2012, cette maladie touche toujours tous les groupes d'âge, surtout les 0-4 ans. Cependant, les cas de salmonellose ne font pas tous l'objet d'une enquête épidémiologique de santé publique. Les enquêtes ciblent particulièrement les enfants âgés de moins de six ans. Certains sérogroupes font l'objet d'une enquête à l'occasion selon la situation épidémiologique au niveau de la province, et apportons une attention spéciale aux éclosions.

Quant à la saisonnalité, il semble y avoir une activité de la salmonellose au printemps et à l'automne sans que l'on puisse déterminer si cela est significatif.

3.4 Giardiase

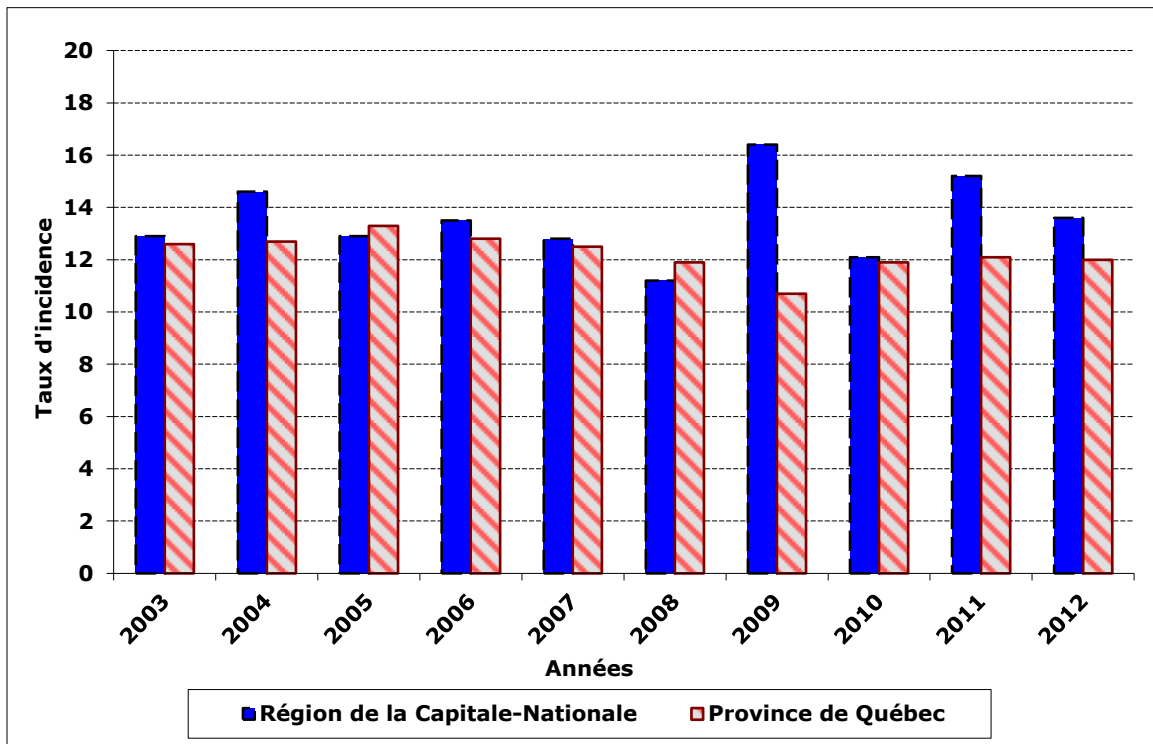


FIGURE 21 GIARDIASE.
TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.

En 2012, 96 cas de giardiase ont été déclarés, soit 9 cas de moins qu'en 2011. Depuis 2002, les taux ont diminué significativement si on fait exception de 2009 et de 2011. En outre, les taux d'incidence dans la région sont généralement supérieures à ceux de la province, excepté pour 2008. Quant aux groupes d'âge, les 1-9 ans et les 15-19 ans sont les plus touchés (voir annexe, tableau 16).

3.5 Hépatite A

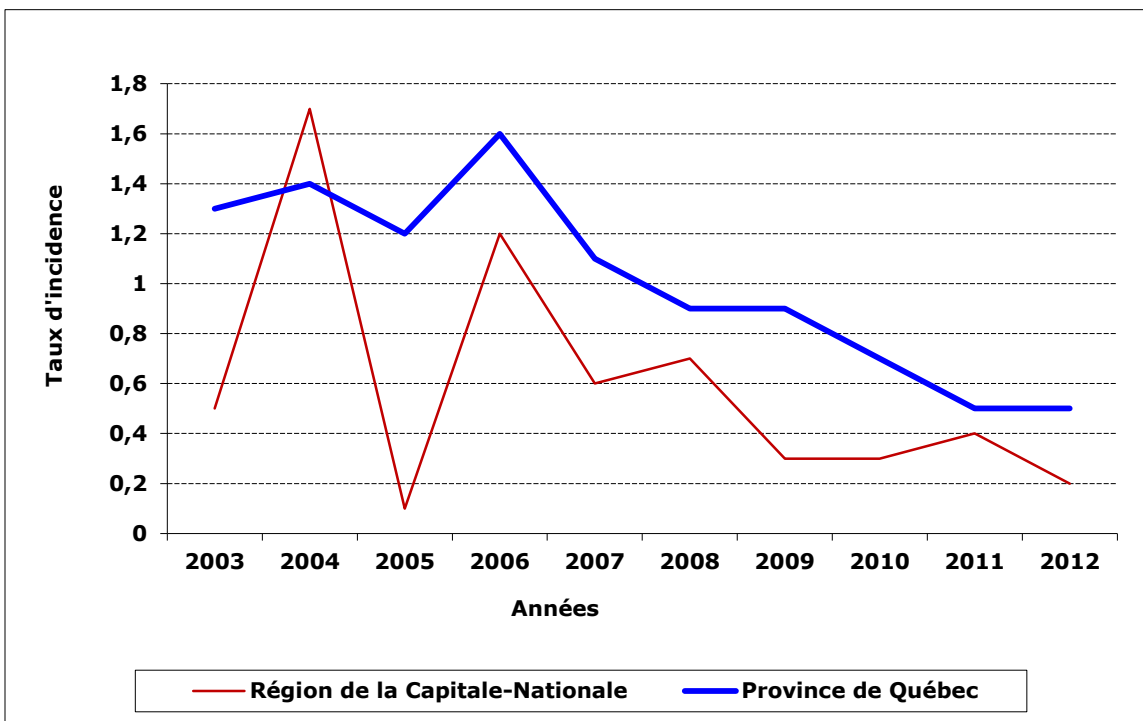


FIGURE 22 HÉPATITE A.
TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA
CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2003-2012.

En 2012, un cas seulement d'hépatite A a été déclaré dans la région de la Capitale-Nationale, soit deux cas de moins qu'en 2011 (voir annexe, tableau 14). L'incidence des cas régionaux demeure inférieure à celle des cas dans la province (figure 22). En général, les cas sont liés à un voyage dans un pays où la maladie est endémique.

4.0 MALADIES TRANSMISSIBLES PAR GOUTTELETTES ET PAR VOIE AÉRIENNE

4.1 Tuberculose

Dix-huit cas de tuberculose ont été déclarés dans la région en 2012, répartis sur les territoires des CSSS de la Vieille-Capitale (13) et de Québec-Nord (5).

Il s'agit du plus grand nombre de cas déclarés en une année dans la région depuis le début des années 2000, et il est largement supérieur à la moyenne des cas par année, calculée de 2000 à 2012 (soit 10,5 cas par année). Le taux d'incidence régional a ainsi augmenté à 2,7 par 100 000 personnes-années en 2012. Il demeure toutefois inférieur au taux provincial de 3,6 comme montré à la figure 23.

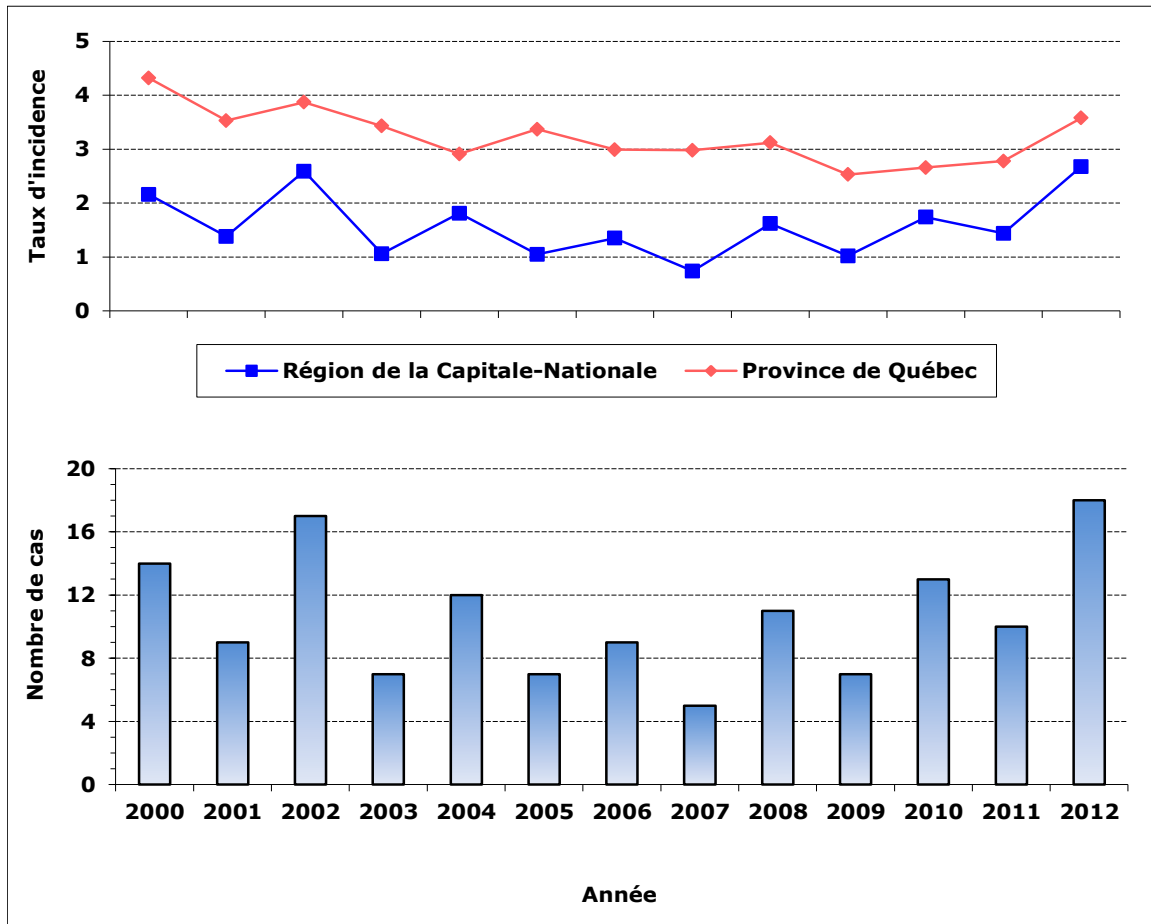


FIGURE 23 TUBERCULOSE.
TAUX D'INCIDENCE PAR ANNÉE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, ET NOMBRE DE CAS PAR ANNÉE, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, DE 2000 À 2012.

Dans 12 cas, l'infection active se situait au niveau respiratoire (pulmonaire ou pleurale), tandis que pour les autres cas, il s'agissait d'une atteinte du système génito-urinaire (3 cas), d'une tuberculose ganglionnaire (2 cas) ou abdominale (1 cas). Pour 11 cas, il s'agissait de personnes nées à l'étranger.

Comparativement à la plupart des années antérieures, le groupe d'âge démontrant le taux d'incidence le plus élevé dans la région est celui des personnes de 75 ans et plus, suivi des 20 à 24 ans (figure 24). Il n'y a eu aucun cas de rapporté chez des jeunes de moins de 15 ans.

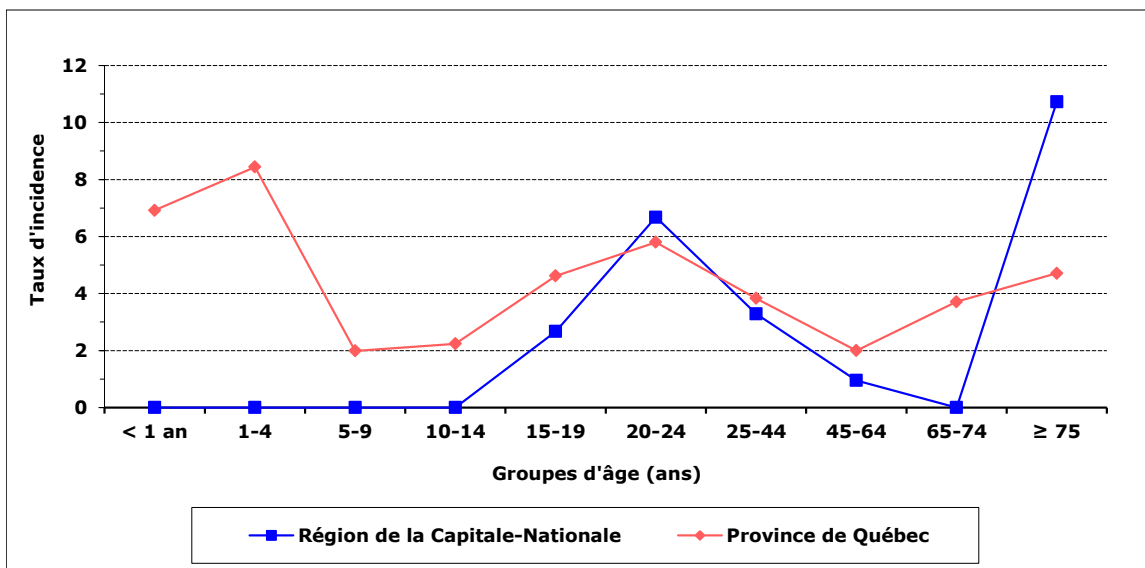


FIGURE 24 TUBERCULOSE.
TAUX D'INCIDENCE PAR GROUPE D'ÂGE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, ANNÉE 2012.

TABLEAU 9 TUBERCULOSE
SUIVI DES CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2009-2012 CONCERNANT LA TUBERCULOSE.

CIBLE DU PAR	RÉSULTATS POUR L'ANNÉE 2012	ATTEINTE DE LA CIBLE
Maintenir le taux d'incidence annuel de la tuberculose active à moins de 2 cas par 100 000 personnes-année dans la population générale	2,7 cas par 100 000 personnes-année	Cible non atteinte en 2012

4.2 Infection invasive à streptocoque β -hémolytique du groupe A

L'infection invasive à streptocoque du groupe A connaît de grandes variations au fil des ans. Cependant, on remarque une tendance à la hausse avec le temps malgré un fléchissement du nombre de cas en 2011. Cette hausse ne peut s'expliquer sans une étude approfondie. Elle peut être due, en partie du moins, à un meilleur diagnostic et à une meilleure déclaration. Les cas se produisent surtout à l'automne et à l'hiver. Le taux d'incidence dans la région (7,5 en 2012) est nettement supérieur à celui de la province (4,7); nous n'avons cependant détecté aucun cas secondaire et aucune éclosion.

Entre 2007 et 2011, les taux d'incidence étaient relativement stables. En 2012, l'augmentation est significative sans que l'on puisse en expliquer la cause. Les taux d'incidence sont le plus marqués pour les CSSS Québec-Nord et de la Vieille-Capitale.

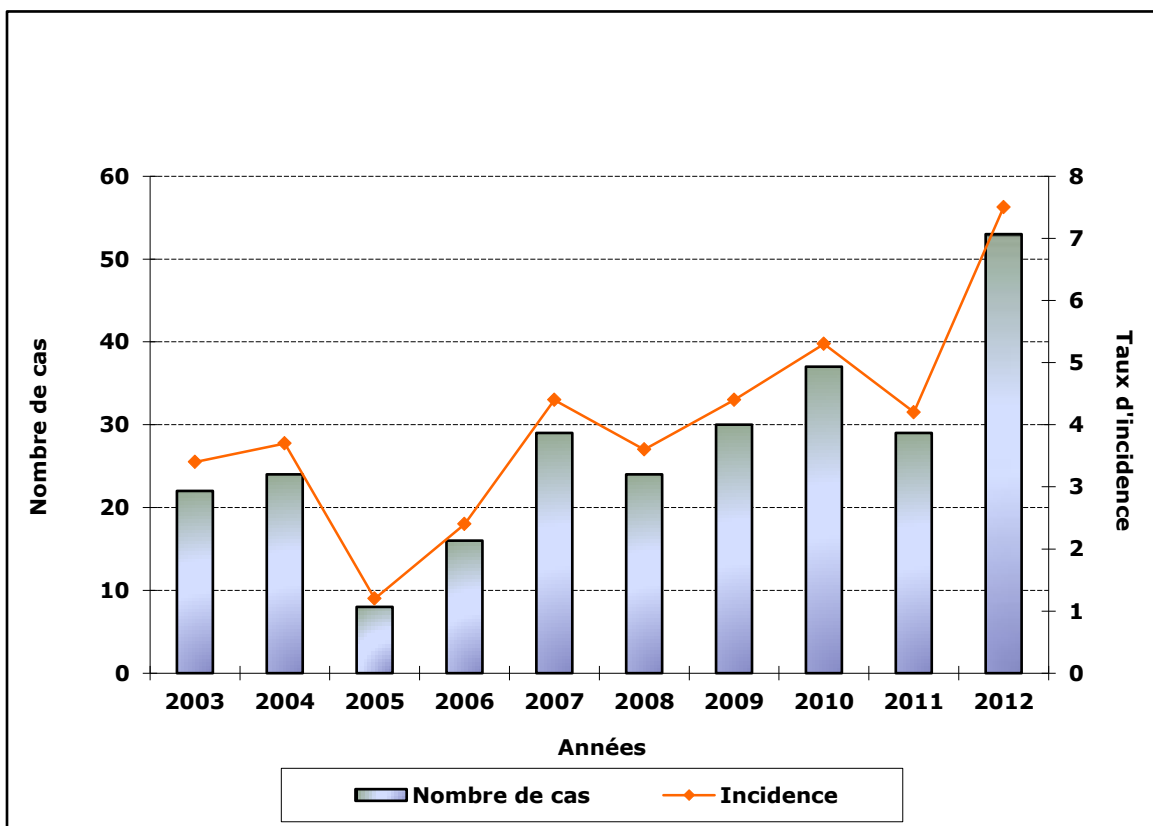


FIGURE 25 INFECTION INVASIVE À STREPTOCOQUE DU GROUPE A. NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2003-2012.

4.3 Légionellose

Le taux d'incidence régional de la légionellose est habituellement moindre que le taux provincial, sous la barre de 1 par 100 000 personnes.année (figure 27).

Du 26 juillet au 8 octobre 2012, une importante éclosion de légionellose est survenue dans la région. Cent quatre-vingt-deux (182) cas y ont été associés (figure 28). Tous ces cas ont été infectés par *L. pneumophila* de sérogroupe 1. La moyenne d'âge des personnes atteintes est de 62 ans. Plus d'hommes (118) que de femmes (64) ont été touchés. Soixante pourcent (60 %) des cas fumaient et 23 % consommaient de l'alcool en quantité importante (≥ 14 consommations/semaine). Quarante-neuf pourcent (49 %) présentaient au moins une condition médicale sous-jacente les prédisposant à la maladie. Cent trente-trois (133) personnes, soit 73 %, ont été hospitalisées et 23 % ont été admises aux soins intensifs. Parmi ces personnes, 13 sont décédées.

La souche de légionelle en cause, le pulsovar « A », a pu être identifiée chez 22 de ces cas, survenus à différents moments au cours de l'éclosion.

Dès le début de l'éclosion, les tours de refroidissement à l'eau (TDR) ont été considérées comme la source la plus probable étant donné le nombre et la répartition géographique relativement étendue des cas en Basse-Ville de Québec. En l'absence d'un répertoire des propriétaires de ces installations sur le territoire, une lettre a été transmise à tous les propriétaires de bâtiments de trois étages et plus de la Ville de Québec au début du mois d'août, pour qu'ils procèdent immédiatement à l'entretien de leurs tours. Le directeur de santé publique a également alors fait de nombreuses communications dans les médias pour sensibiliser ces propriétaires.

À la mi-août, un nombre important de nouveaux cas de légionellose a été enregistré. La *Loi sur la santé publique* a permis au directeur régional de santé publique de mobiliser plusieurs ressources pour inspecter, prélever, désinfecter et prescrire d'autres mesures de contrôle de la légionelle sur les tours de refroidissement à l'eau. Soixante-dix (70) bâtiments ont ainsi fait l'objet d'interventions pour un total de 131 tours. Une enquête cas-témoin, conduite à la

fin août et comparant les déplacements des personnes qui ont souffert de légionellose avec ceux d'autres personnes vivant dans la Basse-Ville, n'a pas permis d'identifier de déplacements ou de lieux spécifiques présentant un risque accru de contracter la légionellose.

L'ensemble des interventions menées a permis d'identifier et de contrôler la source de l'éclosion : 2 TRE situées sur un même édifice en Basse-Ville de Québec. La souche ayant infecté les cas, *L. pneumophila* sérotype 1 pulsovar « A », a été retrouvée dans ces tours qui présentaient des concentrations importantes de légionelle. Soixante et onze pourcent (71 %) des cas résidaient et 25 % des non-résidents avaient visité une zone d'un rayon de 3 km autour de cette source.

L'enquête épidémiologique du directeur régional de santé publique a permis de faire d'autres constats. De la légionelle a été détectée dans plus de la moitié des TRE inspectés. Les procédures d'entretien, de suivi et de contrôle d'urgence dans les tours sont complexes et ne sont pas assez encadrées. Les connaissances sur ce qui favorise le développement de la légionelle dans les tours et les conditions qui mènent à une éclosion doivent être développées pour mieux prévenir ces situations.

Devant ces constats, le directeur régional de santé publique a émis 10 recommandations dans son rapport sur l'éclosion :

<http://www.dspq.qc.ca/asp/detPublication.asp?id=5171>.

Elles visent la surveillance, la prévention et le contrôle de la légionelle dans les tours de refroidissement à l'eau et chez les personnes atteintes de légionellose. Leur application est en cours.

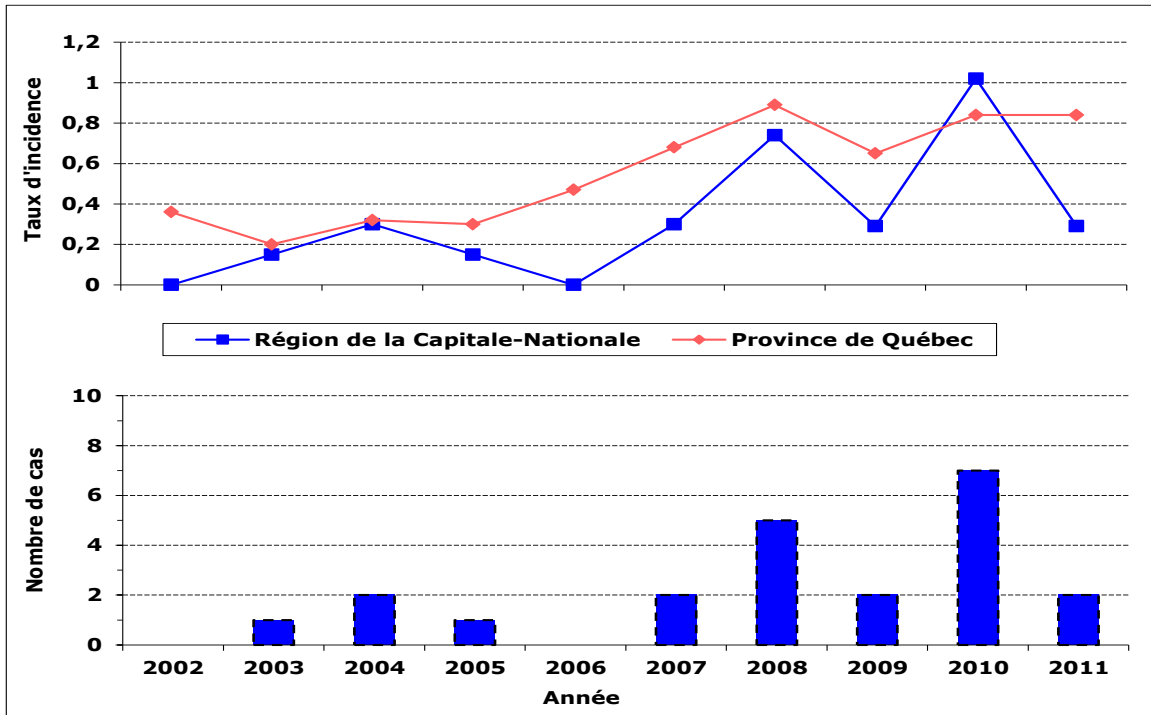


FIGURE 26 **LÉGIONELLOSE.**
TAUX D'INCIDENCE PAR ANNÉE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC, DE 2002 À 2011 (HAUT);
NOMBRE DE CAS PAR ANNÉE, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, DE 2002 À 2011 (BAS).

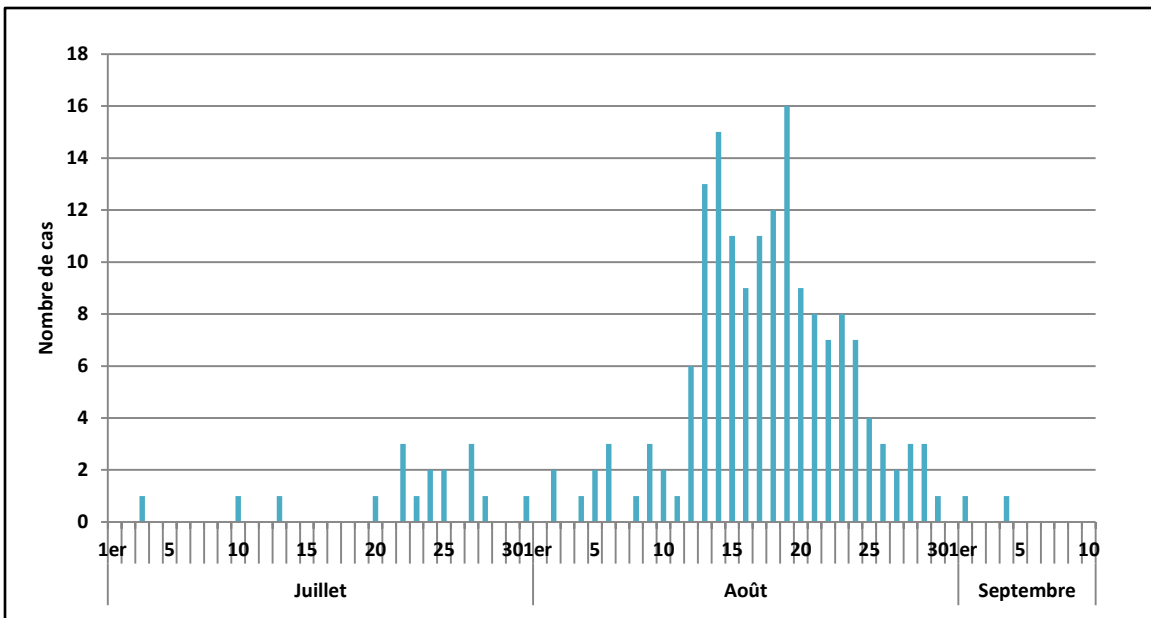


FIGURE 27 **LÉGIONELLOSE.**
COURBE ÉPIDÉMIQUE DES CAS EN FONCTION DE LA DATE DE DÉBUT DES SYMPTÔMES, 1^{ER} JUILLET AU 10 SEPTEMBRE 2012, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE.

5.0 INFECTIONS NOSOCOMIALES

Au Québec, toute infection acquise au cours d'un épisode de soins administrés par un établissement du réseau de la santé, quel que soit le lieu où ces soins sont administrés, est considérée comme une infection nosocomiale (MSSS, 2006). Dans la région de la Capitale-Nationale, chaque établissement de santé effectue une surveillance de ces infections, en fonction de son épidémiologie locale, ainsi que du type de clientèle soignée.

Parmi l'ensemble des infections nosocomiales, deux seulement ont été retenues pour faire partie de la liste des MADO, soit les éclosions d'infections graves à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline survenant en soins de longue durée, et les éclosions d'infections ou de colonisation par l'ERV.

La DRSP effectue également, en collaboration avec les établissements de santé, une vigie et une surveillance globale des infections nosocomiales. En plus des deux MADO mentionnées ci-dessus, les infections à *Clostridium difficile* et l'émergence de nouveaux agents pathogènes font ainsi l'objet d'une surveillance particulière.

5.1 Surveillance et éclosions de bactéries multirésistantes

5.1.1 Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)

Depuis quelques années, on observe, dans la région, une augmentation du nombre de patients colonisés par un ERV. Ainsi, alors que l'identification d'un cas d'ERV était peu fréquente au début des années 2000, des cas sont maintenant régulièrement dépistés, particulièrement dans les milieux de soins de courte durée.

En 2012, sept éclosions ont été déclarées dans des CHSGS de la région (un centre a connu plus d'une éclosion), ainsi que dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Ces éclosions concernent majoritairement des colonisations, les infections par l'ERV étant moins fréquentes. Par contre, une augmentation du nombre de colonisations, risque d'entraîner une augmentation du nombre d'infections.

5.1.2 *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) :

Les établissements de santé de la région sont considérés endémiques pour le SARM. Toutefois, aucune éclosion répondant à la définition nosologique n'est survenue en 2012 dans la région. De plus, les données des établissements de la région continuent de montrer une diminution des nouveaux cas nosocomiaux de colonisation par le SARM, identifiés en CHSGS.

5.2 Diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD) :

La vigie et la surveillance des DACD font l'objet d'un suivi constant à tous les niveaux (local, régional et provincial). Depuis août 2004, l'INSPQ a mis en place un programme de surveillance des DACD d'origine nosocomiale, auquel participent huit centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région (les données présentées dans cette section proviennent de ce système de surveillance).

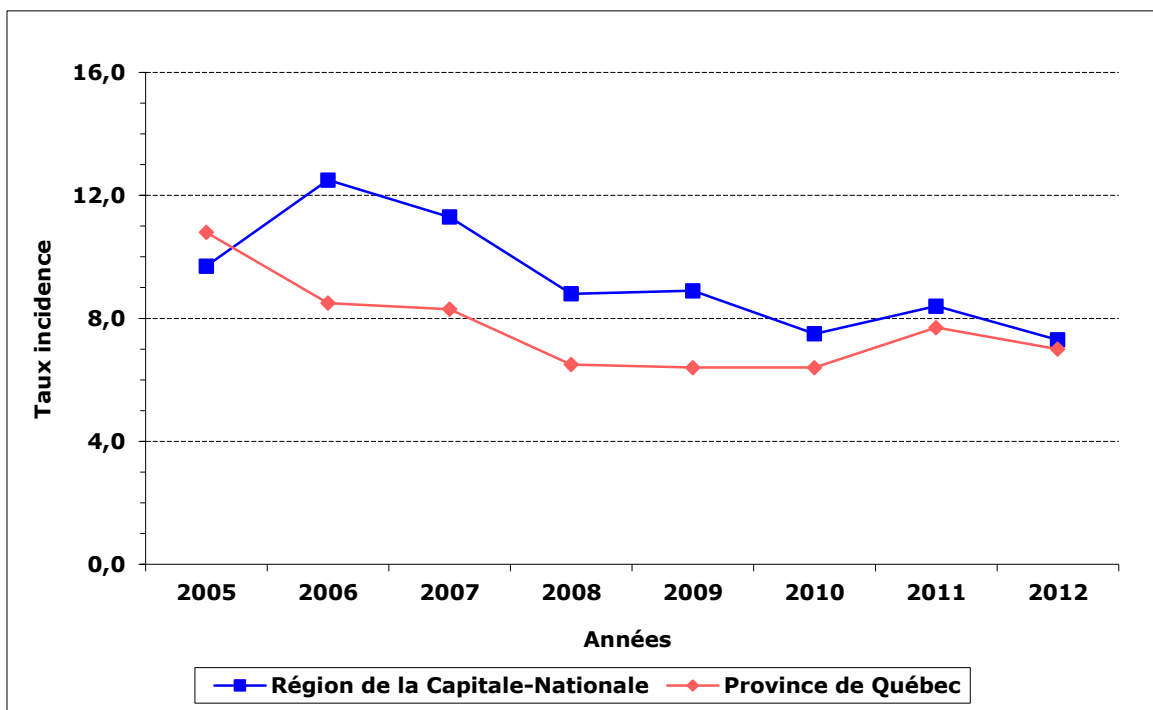


FIGURE 28 **DIARRHÉE ASSOCIÉE AU *CLOSTRIDIUM DIFFICILE***
TAUX D'INCIDENCE MOYEN ANNUEL (PAR 10 000 PATIENTS-JOUR) DE
2005 À 2012, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE
QUÉBEC.

Pour l'année 2012 (soit précisément du 1^{er} janvier 2012 au 12 janvier 2013), 441 cas de DACD d'origine nosocomiale ont été rapportés dans le programme de surveillance pour la région. Il s'agit d'une diminution de 9 % du nombre de cas par

rapport à 2011 (486 cas). Le taux d'incidence moyen pour la région en 2012 se situe donc à 7,3 cas par 10 000 patients-jour. Ce taux demeure légèrement plus élevé que le taux moyen provincial qui se situe à 7,0 cas par 10 000 patients-jour. Il est à noter que le taux provincial a également présenté une diminution (de l'ordre de 9 %), tel que montré à la figure 25.

Il est également important de souligner que la comparaison du taux régional avec le taux provincial doit se faire avec réserve, puisque les caractéristiques des hôpitaux régionaux ne sont pas les mêmes que celles de l'ensemble des hôpitaux de la province participant au programme de surveillance.

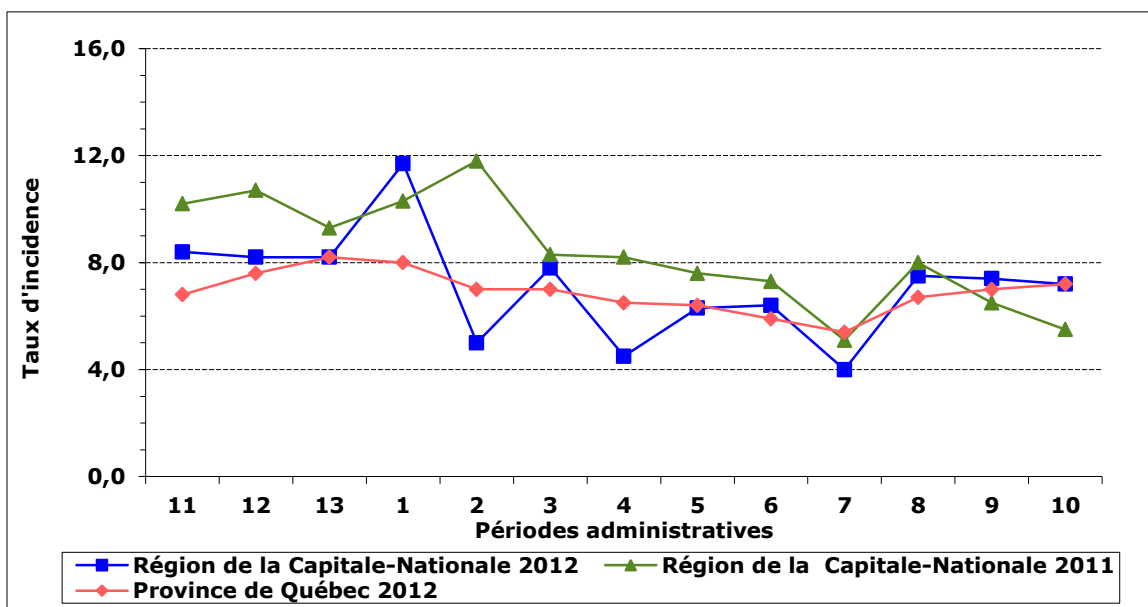


FIGURE 29 **DIARRHÉE ASSOCIÉE AU CLOSTRIDIUM DIFFICILE.**
TAUX D'INCIDENCE MOYEN (PAR 10 000 PATIENTS-JOUR) PAR PÉRIODE ADMINISTRATIVE, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE 2011 ET 2012, ET PROVINCE DE QUÉBEC 2012.

L'évolution du taux moyen au cours de l'année 2012 est similaire à celle de 2011 (figure 26), c'est-à-dire que l'on retrouve des taux plus élevés pendant la saison hivernale et au printemps (périodes 11 à 2 environ), et des taux plus bas durant la saison estivale (périodes 5 à 8 environ). Des fluctuations existent également au niveau provincial. On remarque également que les taux en 2012 ont presque toujours été plus bas que ceux de 2011 pour une même période.

Le suivi des complications à 30 jours suivant le diagnostic est également effectué par les hôpitaux participant au programme de surveillance. Bien que seuls les suivis

des décès et des colectomies soient obligatoires, les autres complications font aussi l'objet d'un suivi régulier au niveau régional. Ainsi, plus de 98 % des cas rapportés dans la région en 2012 ont eu un suivi à 30 jours par les équipes de PCI.

Des variations sont notées d'une année à l'autre, mais si on compare la proportion des complications rapportées depuis 2008, on constate qu'elles ont tendance à être plutôt stables, autant au niveau régional (tableau 10) qu'au niveau provincial (tableau 11). En particulier, mentionnons le taux global de décès à 30 jours des patients atteints de DACD qui se situe autour de 16 % en moyenne dans la région (étendue de 15,5 % à 17,8 %) et dans la province, de 2008 à 2012.

TABLEAU 10 **DIARRHÉE ASSOCIÉE AU CLOSTRIDIUM DIFFICILE.**
FRÉQUENCE DES COMPLICATIONS AU COURS DES 30 JOURS SUIVANT LE DIAGNOSTIC DE DACD, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, ANNÉES 2008 À 2012.

TYPE DE COMPLICATION	2008 NOMBRE (%)	2009 NOMBRE (%)	2010 NOMBRE (%)	2011 NOMBRE (%)	2012 NOMBRE (%)
Décès 0-30 jours	77 (15,5)	88 (17,8)	66 (15,9)	74 (15,5)	71 (16,3)
Admission USI	6 (1,2)	17 (3,4)	9 (2,2)	9 (1,9)	14 (3,2)
Réadmission	28 (5,6)	25 (5,1)	22 (5,3)	30 (6,3)	16 (3,7)
Colectomie	2 (0,4)	9 (1,8)	3 (0,7)	4 (0,8)	4 (0,9)
TOTAL DES CAS SUIVIS	497	495	414	476	435
TOTAL DES CAS RAPPORTÉS	500	510	437	486	441

TABLEAU 11 **DIARRHÉE ASSOCIÉE AU CLOSTRIDIUM DIFFICILE.**
FRÉQUENCE DES COMPLICATIONS AU COURS DES 30 JOURS SUIVANT LE DIAGNOSTIC DE DACD, PROVINCE DE QUÉBEC, ANNÉES 2008 À 2012.

TYPE DE COMPLICATION	2008 NOMBRE (%)	2009 NOMBRE (%)	2010 NOMBRE (%)	2011 NOMBRE (%)	2012 NOMBRE (%)
Décès 0-30 jours	399 (16,0)	486 (16,4)	498 (16,6)	601 (16,1)	544 (16,1)
Admission USI	52 (2,1)	79 (2,7)	78 (2,6)	112 (3,0)	95 (2,8)
Réadmission	137 (5,5)	135 (4,6)	146 (4,9)	175 (4,7)	172 (5,1)
Colectomie	25 (1,0)	50 (1,7)	52 (1,7)	60 (1,6)	37 (1,1)
TOTAL DES CAS SUIVIS	2497	2961	3005	3723	3388
TOTAL DES CAS RAPPORTÉS	3291	3274	3295	3966	3735

TABLEAU 12 INFECTIONS NOSOCOMIALES
SUIVI DES CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2009-2012 CONCERNANT
LES INFECTIONS NOSOCOMIALES.

CIBLE DU PAR	RÉSULTATS POUR L'ANNÉE 2012	ATTEINTE DE LA CIBLE
Diminuer le taux de DACD en deçà de 10 cas par 10 000 patients-jours	7,3 cas par 10 000 patients-jours	Oui
Diminuer la transmission nosocomiale du SARM	Diminution se maintient	Oui
Diminuer les éclosions de SARM et d'ERV (viser 0 éclosion par année)	7 éclosions d'ERV 0 éclosion de SARM	Cible non atteinte pour l'ERV

6.0 ZONOSSES (MORSURES ANIMALES)

6.1 Morsures animales et exposition potentielle à la rage

Avant 2012, le mode de fonctionnement régional nous permettait de connaître avec une grande précision le nombre de morsures animales car les médecins devaient faire approuver l'utilisation des produits immunisants par la DRSP. Ce mode de fonctionnement a été changé en 2012 pour 2 raisons. Premièrement, la Table de concertation nationale en maladies infectieuses a déterminé que le risque de rage à la suite d'une morsure animale pouvait être évalué par les intervenants d'Info-Santé. Deuxièmement, les professionnels de la DRSP considéraient que leur approbation de l'utilisation de produits immunisants était souvent inutile.

Ceci a eu pour conséquence l'abandon par la DRSP de la nécessité d'approuver l'utilisation des produits immunisants contre la rage. Les médecins ont maintenant accès directement à la banque de sang et à la pharmacie de leur établissement pour les obtenir. Une autre conséquence est que nous n'avons plus l'information sur le nombre de morsures animales dans la région.

De plus, depuis bientôt une année que le nouveau mode de fonctionnement a été instauré, nous nous sommes aperçus que certaines personnes mordues n'avaient reçu que les immunoglobulines spécifiques et une première dose de vaccin sans référence pour la poursuite de la vaccination, malgré le système de référence que nous avons mis en place. Cette situation est préoccupante et des interventions devront être menées pour la solutionner.

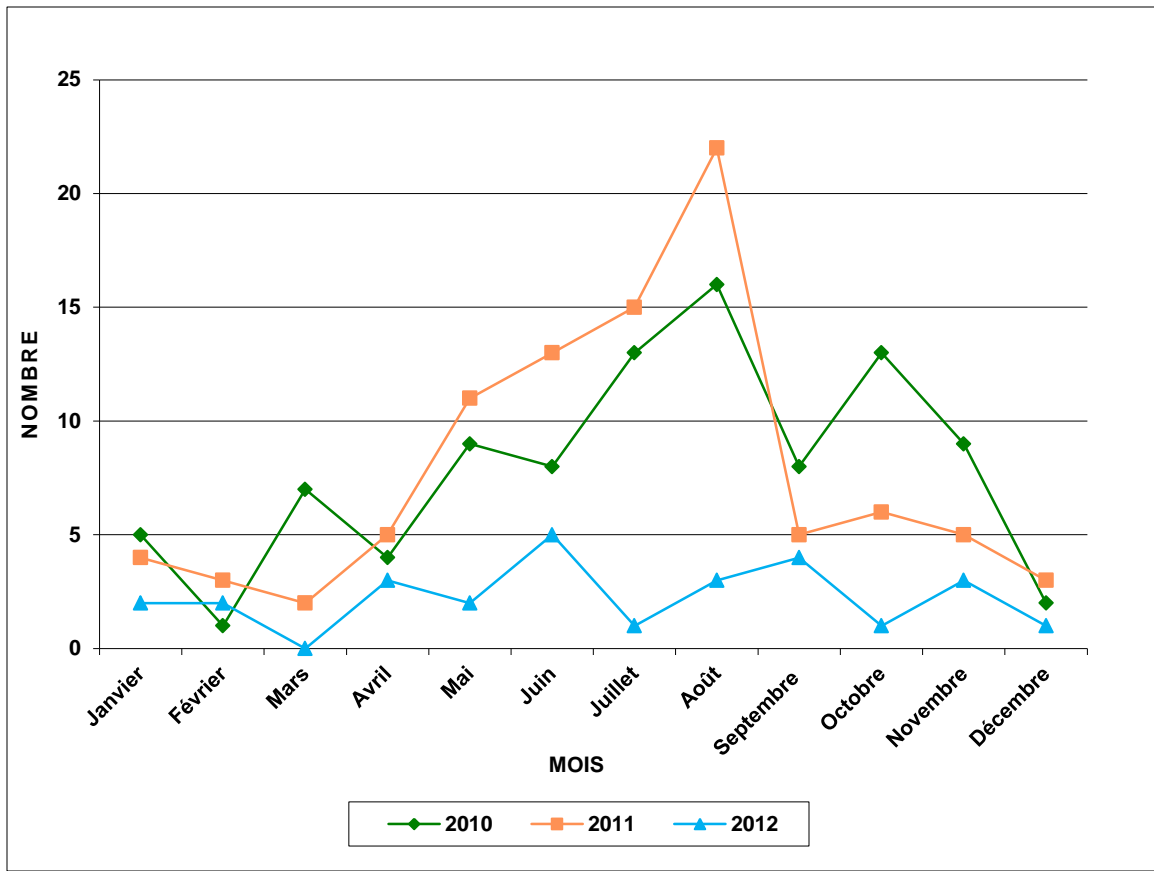


FIGURE 30

MORSURES ANIMALES.

NOMBRE DE SIGNALEMENTS, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE,
2010-2011-2012.

7.0 MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE D'ORIGINE NON INFECTIEUSE

Au cours de l'année 2012, le directeur régional de santé publique de la Capitale-Nationale a reçu 93 déclarations de MADO d'origine chimique. Ceci représente une légère diminution par rapport à l'année 2011 au cours de laquelle 100 MADOs avaient été déclarées. Comme par les années passées, la presque totalité des déclarations de MADO d'origine chimique ont été faites par les laboratoires, par les médecins de la chambre hyperbare de l'Hôtel-Dieu de Lévis ou ceux du Comité spécial des maladies pulmonaires professionnelles, chargé de l'étude et de la reconnaissance des maladies pulmonaires professionnelles. Les contaminants qui ont été à la source du plus grand nombre de déclarations au DRSP sont, par ordre de fréquence, le plomb, le monoxyde de carbone et l'amiante (tableau 13).

Toutefois, il importe de faire la distinction entre un cas déclaré et un cas confirmé pour l'année 2012. Dans le cas de certaines maladies pulmonaires évolutives, par exemple la silicose, le DRSP peut recevoir, en 2012, une déclaration d'un cas apparu plusieurs années auparavant, mais qui a simplement été réévaluée en 2012, en raison de son aggravation; dans ce cas, le cas de silicose, bien que déclarée en 2012 (cas déclaré), ne sera pas considéré comme un cas confirmé en 2012 (cas non-confirmé) puisqu'il est apparu antérieurement. Ainsi, parmi les 93 cas de maladies déclarés au DRSP en 2012, 68 nouveaux cas de MADO non-intentionnelles et liés à l'année 2012 seront décrits dans ce rapport.

TABLEAU 13 CONTAMINANTS.

NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET CONFIRMÉS DE MADO D'ORIGINE CHIMIQUE OU PHYSIQUE (NON INFECTIEUSE) PAR CONTAMINANT, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, ANNÉE 2012.

CONTAMINANTS	NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS*	NOMBRE DE CAS CONFIRMÉS
Plomb	38 (41 %)	38 (56 %)
Amiante	22 (24 %) (17 nouveaux cas en 2012 et 2011)	17 (25 %)
Monoxyde de carbone (CO)	24 (26 %) (8 cas non-intentionnels)	8 (12 %)
Métaux autres que le plomb	5 (5 %)	5 (7 %)
Produits chimiques sensibilisants	4 (4 %) (0 nouveau cas en 2012 et 2011)	0 (0 %)
TOTAL	93	68

* Voir dans le texte, la distinction qui est faite entre le nombre de cas «déclarés» et le nombre de «nouveaux cas» de maladies pulmonaire survenus au cours de l'année.

7.1 Intoxication au plomb

En 2012, si l'on ne retient que le résultat individuel le plus élevé obtenu en cours d'année pour un même individu, 38 cas d'intoxication par le plomb ont été déclarés au DRSP. Ceci représente une augmentation par rapport à l'année 2011 au cours de laquelle 30 cas d'intoxication par le plomb avaient été déclarés. Toutes les MADO causées par le plomb et pour lesquelles une source a été identifiée étaient liées à des activités de travail actuelles ou passées. Aucun cas déclaré en 2012 ne découlait de la pratique de passe-temps, comme par exemple des activités artistiques (ex. : vitrail) ou des activités de loisir (ex. : activités de tir). La plupart de ces déclarations découlent des activités de surveillance médicale menées par les équipes de santé au travail des CSSS du Réseau de santé publique en santé au travail.

Au Québec, le seuil de déclaration pour l'intoxication par le plomb est fixé à 0,5 µmol/L. Ce niveau est suffisamment bas pour permettre une intervention précoce auprès de groupes plus vulnérables tels les enfants et les femmes enceintes, ces groupes étant particulièrement sensibles aux effets d'une imprégnation saturnine. Par contre, ce niveau d'imprégnation ne représente pas un danger immédiat pour l'adulte selon les connaissances actuelles. C'est pourquoi le guide de pratique professionnelle visant la prévention et le contrôle des intoxications par le plomb en milieu de travail, produit par le Comité médical provincial en santé au travail du Québec, préconise, pour les travailleurs, l'élimination de toute exposition professionnelle susceptible d'entraîner des plombémies supérieures à 1,25 µmol/L¹.

Des 38 cas déclarés en 2012, la proportion des plombémies supérieures à 1,25 µmol/L s'établissait à 7,9 %, alors que cette proportion s'élevait à 26,7 % en 2011. Ces résultats semblent indiquer un retour à la tendance à une certaine stabilité caractéristique des années 2004 à 2010, après une année 2011 en rupture avec les années antérieures (figure 31). Le résultat maximum observé en 2012 était de 1,78 µmol/L . Toutefois ces résultats doivent être interprétés avec prudence pour les raisons suivantes :

1- COMITÉ MÉDICAL PROVINCIAL EN SANTÉ AU TRAVAIL DU QUÉBEC, La prévention et le contrôle des intoxications par le plomb en milieu de travail et Addendum sur l'utilisation de la mesure des protoporphyrines liées au zinc (ppz) lors du monitoring de l'exposition au plomb, 2008.

- (1) ils portent sur un faible nombre de cas d'intoxication au plomb;
- (2) ils ne proviennent pas d'un échantillon aléatoire des travailleurs de la région, mais découlent, le plus souvent, directement des activités des équipes de santé au travail de la région de la Capitale-Nationale qui ont pu se centrer sur des situations d'exposition dont la sévérité est variable d'une année à l'autre;
- (3) ils sont des proportions de l'ensemble des cas déclarés et, de ce fait, si moins de cas avec de faibles niveaux d'intoxication sont déclarés, une augmentation de la proportion des cas à plus fort niveau d'intoxication en résultera. Par exemple, ceci pourrait s'observer à la suite d'une baisse d'activités de surveillance médicale de la part des équipes de santé au travail auprès des entreprises de certains secteurs d'activité économique.

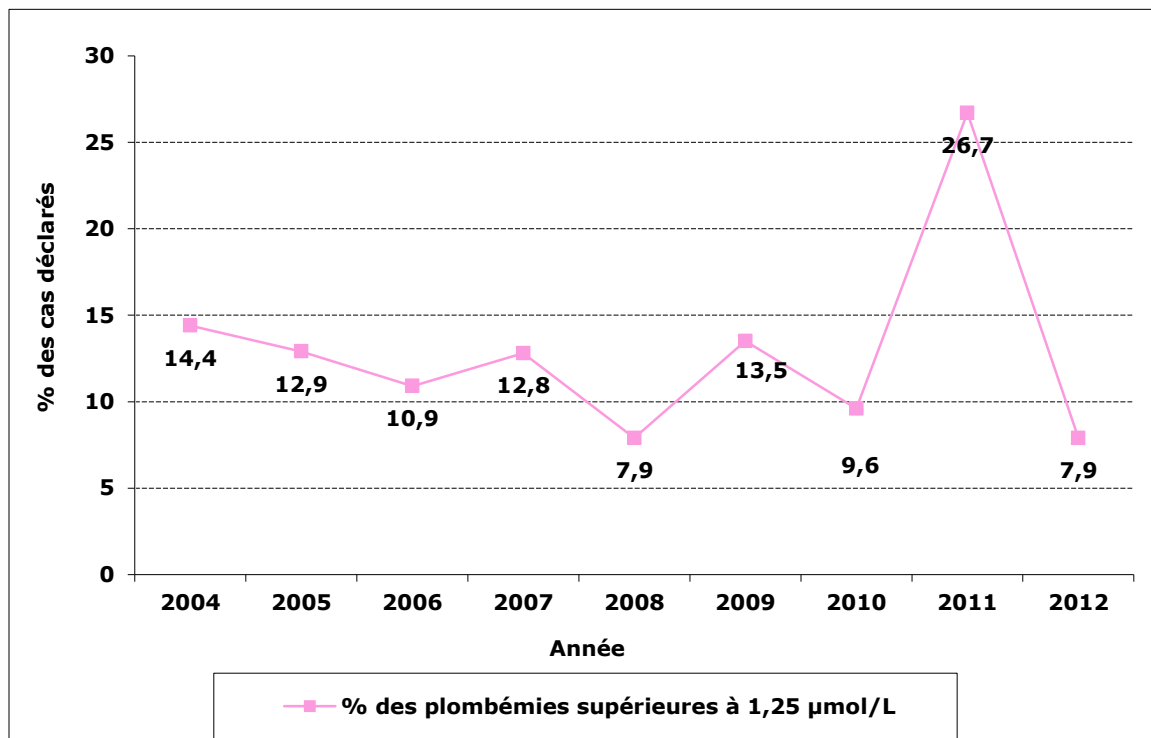


FIGURE 31 PLOMBÉMIE.
PROPORTION (%) DES CAS DÉCLARÉS AVEC UNE PLOMBÉMIE SUPÉRIEURE À 1,25 µMOL/L ET SUPÉRIEURE À 1 µMOL/L, SELON L'ANNÉE DE DÉCLARATION, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, ANNÉES 2004 À 2012.

La valeur médiane du résultat personnel le plus élevé de plombémie reçu en cours d'année 2012 est de 0,69 µmol/L. Cette concentration représente une baisse par rapport à la médiane de 2011, mais se situe dans le même ordre de grandeur que les valeurs médianes observées au cours des années 2007 à 2010. Bien que cette

médiane soit établie à partir des seuls résultats déclarés au DRSP, ce résultat médian suggère néanmoins une certaine stabilité avec une légère tendance à la baisse du niveau médian d'imprégnation saturnine des cas déclarés (figure 32).

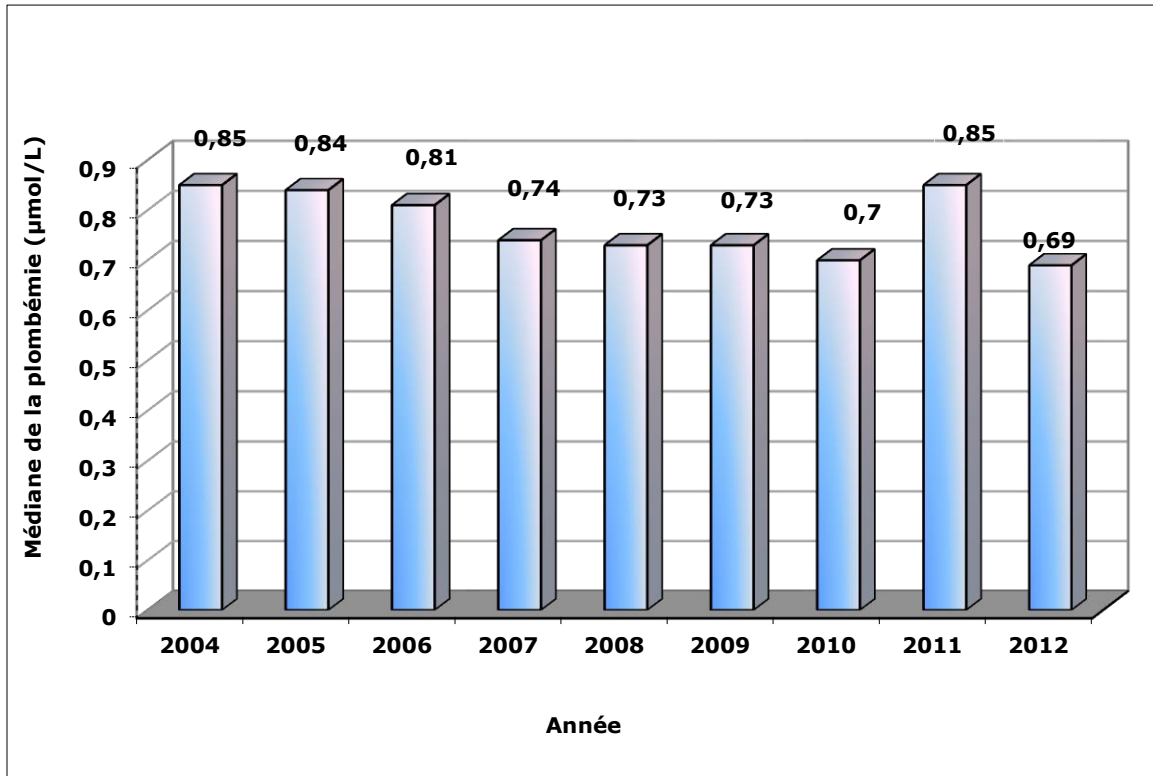


FIGURE 32 PLOMBÉMIE.
ÉVOLUTION DE LA MÉDIANE DES PLOMBÉMIES DÉCLARÉES DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, ANNÉES 2004 À 2012.

Les intoxications par le plomb déclarées au DRSP découlent très majoritairement d'activités liées au travail actuel, c'est-à-dire que les cas occupaient un emploi où une exposition au plomb est reconnue au moment de la déclaration (97,4 %). En 2012, ces déclarations d'intoxication par le plomb provenaient principalement du secteur de la fonderie de métal, avec 29 % des déclarations, suivi du secteur des industries de la fabrication d'éléments de charpentes métalliques, avec 27 % des cas, et du secteur «autres industries des pièces et accessoires pour véhicules automobiles et autres ateliers de réparation de véhicules automobile », avec 26 % (figure 33).

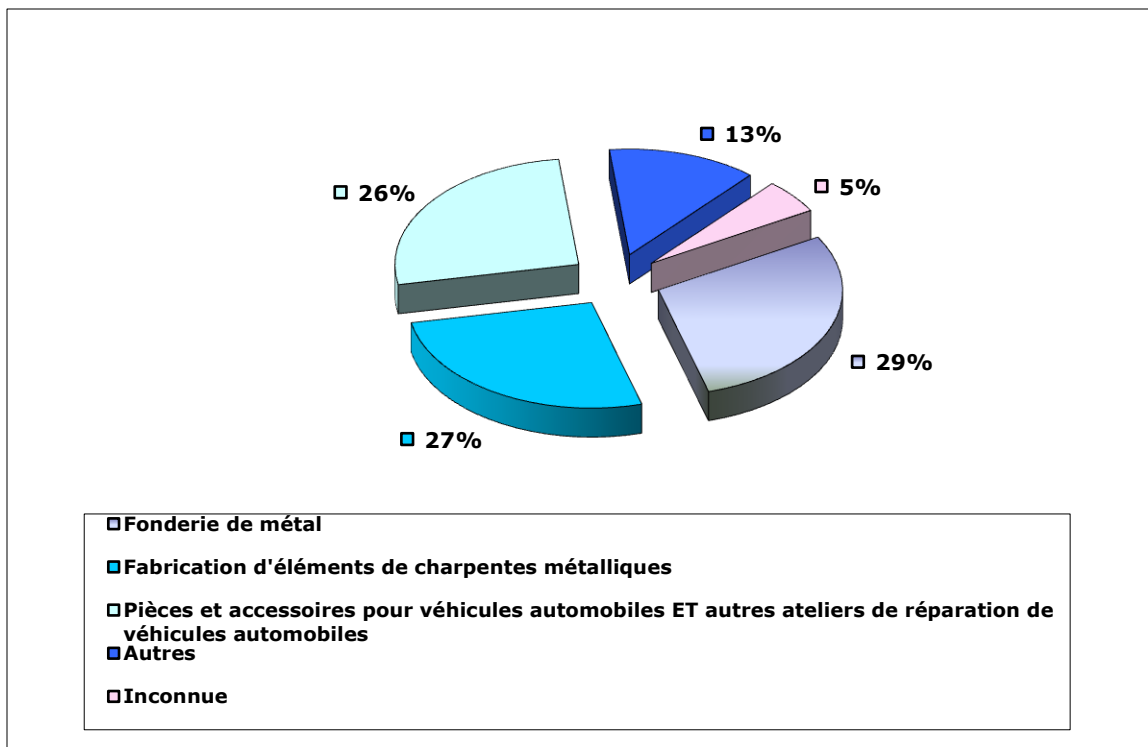


FIGURE 33 PLOMBÉMIE.
RÉPARTITION DES CAS DE PLOMBÉMIES DÉCLARÉES PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ (N=38), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, ANNÉE 2012.

7.2 Intoxication au monoxyde de carbone

En 2012, 24 cas d'intoxication par le monoxyde de carbone ont été déclarés au DRSP, dont 8 étaient non-intentionnels; un cas est toujours en cours d'investigation. Ce nombre s'avère assez similaire à celui observé l'an dernier. Six cas découlent d'une exposition à une source à domicile ou lors d'activité de loisir, généralement un moteur à essence. Deux cas découlent d'une exposition survenue au cours d'activités de travail. Par ailleurs, parmi ces 8 cas, deux sont consécutifs à l'utilisation d'une scie à béton dans un espace peu ventilé. De plus les niveaux observés de carboxyhémoglobine chez ces deux personnes (plus de 25 % à l'arrivée à l'hôpital) rappellent que les outils à petits moteurs ne devraient jamais être utilisés sans un détecteur de monoxyde de carbone, car ils peuvent émettre des quantités importantes de monoxyde de carbone.

Dans la région, le nombre d'intoxications au monoxyde de carbone demeure toutefois largement sous-estimé par le système MAD0. En effet, les cas déclarés représentent surtout les cas les plus sérieusement intoxiqués qui ont dû être

transférés pour un traitement en chambre hyperbare à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Par contre, les intoxications moins sévères ayant résulté en une consultation médicale à l'urgence ou en cabinet sont très rarement déclarées. En effet, en 2012, le DRSP a reçu des signalements de menaces à la santé impliquant le monoxyde de carbone, sans qu'il n'y ait de déclaration de MADO par le médecin ou le laboratoire.

7.3 Maladies liées à l'amiante

Au cours de l'année 2012, le DRSP a reçu 22 déclarations de maladies liées à l'amiante touchant des résidents de la région de la Capitale-Nationale. De ce nombre, cinq étaient des maladies déjà connues depuis plusieurs années, mais qui ont été réévalués en 2012. Ainsi, si on ne conserve que les nouveaux cas apparus dans la région en 2012 et en 2011, ce sont 17 cas de maladies liées à l'amiante qui sont survenus au cours de cette période. Plus du trois quart de ces déclarations représentaient des cas d'amiantose (13 cas). Il y a également eu 2 cas de cancer du poumon et 2 cas de mésothéliome au cours de cette période de deux ans. Le faible nombre de déclaration de cancer du poumon d'origine professionnelle est probablement la conséquence d'une non reconnaissance de l'étiologie professionnelle du cancer et d'une sous-déclaration importante de ce problème.

L'analyse des cas de maladies liées à l'amiante doit prendre en compte que ces maladies se développent généralement à la suite d'une exposition prolongée à l'amiante pouvant remonter à quelques décennies. Les maladies déclarées en 2012 et 2011 reflètent donc des conditions d'exposition qui se sont manifestées sur plusieurs années et peuvent ou non être encore présentes dans les milieux de travail. Certains milieux de travail s'avèrent à plus haut risque, par exemple le secteur de la construction (travailleurs du bâtiment) dans lequel œuvrait 47,0 % des 17 nouveaux cas de maladies liées à l'amiante apparus en 2012 et 2011 (figure 34). Dans le cas de l'amiantose, ce sont huit des 13 cas qui provenaient du secteur de la construction. Notons un phénomène un peu inattendu, soit la déclaration d'un cas de cancer du poumon lié à l'amiante qui origine du secteur de l'enseignement.

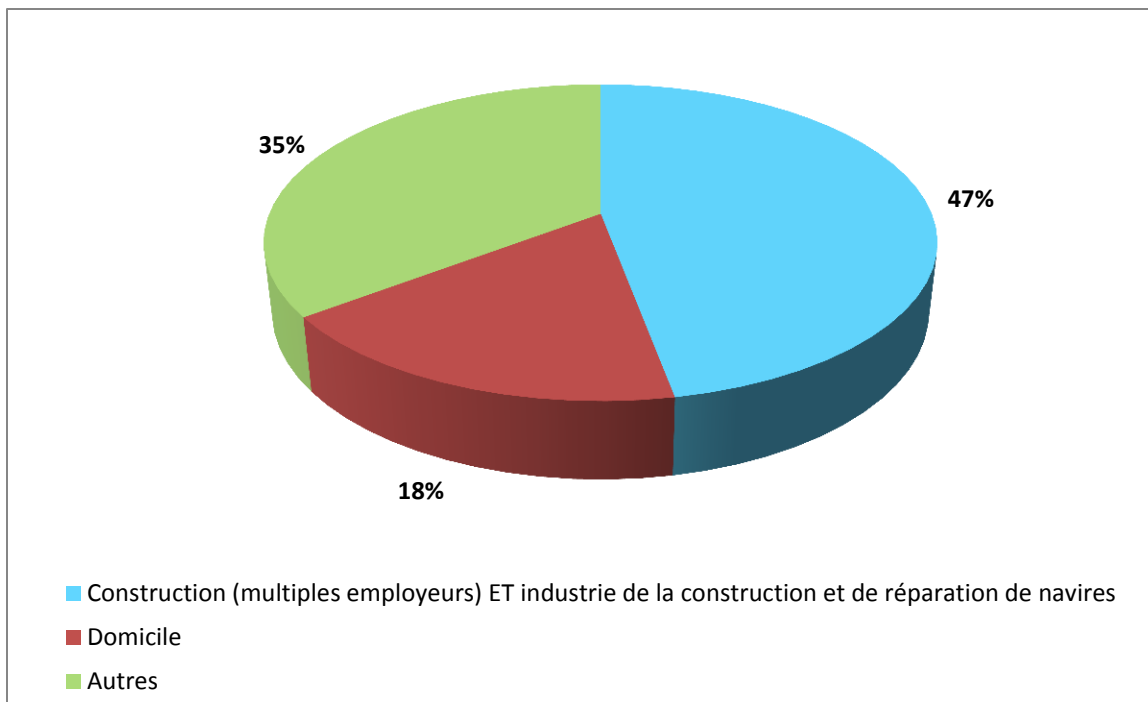


FIGURE 34 MALADIES LIÉES À L'AMIANTE.
RÉPARTITION DES CAS INCIDENTS DE MALADIES LIÉES À L'AMIANTE EN 2012 ET 2011 PAR TYPE DE PROFESSION (N=17), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE.

7.4 Les intoxications par des métaux autres que le plomb

Cinq cas d'intoxication par des métaux autres que le plomb ont été déclarés en 2012. Une de ces intoxications impliquait le chrome et est survenue dans le secteur du revêtement de produits en métal. Les autres intoxications découlaient, entre autres, de sources alimentaires dont une intoxication au mercure associée à la consommation excessive de produits de la mer susceptible de contenir ce contaminant.

7.5 Les agents sensibilisants

En 2012, quatre cas d'asthme professionnel ont été déclarés par le CSMPP au DRSP. Toutefois, aucun de ces cas n'était de nouveaux cas survenus en 2012 ou 2011; ils étaient déjà connus asthmatiques et ont simplement été réévalués en 2012 par le CSMPP, en raison d'une suspicion d'aggravation. Les agents causaux de ces cas d'asthme professionnel, antérieurs à 2012 et 2011, sont les isocyanates et les poils d'animaux. Ces cas sont des hommes âgés de 26 à 70 ans.

CONCLUSION

En conclusion, les données recueillies en 2012 sur les MADO chimiques permettent d'attirer l'attention sur les éléments suivants :

1. Le nombre d'intoxications par le plomb déclarées a augmenté en 2012 comparativement à 2011. Les indicateurs retenus (la proportion des résultats supérieurs à 1,25 µmol/L et la valeur médiane des déclarations) suggèrent un retour à la tendance observée de 2004 à 2010, soit une certaine stabilité ou une lente réduction après une rupture de la tendance observée en 2011.
2. Deux cas d'intoxication au monoxyde de carbone, consécutifs à l'utilisation d'une scie à béton dans un espace peu ventilé confirment le risque sévère associé à l'utilisation de petits outils à moteur. Les cas déclarés étant fortement intoxiqués nous rappellent que les outils à petits moteurs ne devraient jamais être utilisés sans un détecteur de monoxyde de carbone, car ils peuvent émettre des quantités importantes de monoxyde de carbone dans l'air.
3. Les maladies liées à l'amiante ont représenté près de 24 % des maladies non-infectieuses à déclaration obligatoire chez des résidents de la région de la Capitale-Nationale. Une majorité de cas sont survenus chez des travailleurs du secteur de la construction. Il continue d'être surprenant de voir si peu de déclarations de cas de cancer du poumon lié à l'amiante en 2012 et 2011, alors que les déclarations d'amiantose demeurent plus courantes, témoignant de l'exposition de travailleurs à l'amiante. Ceci suggère une sous-déclaration des cancers du poumon reliés à l'exposition à l'amiante.

Conclusion générale



CONCLUSION GÉNÉRALE

Le système de déclaration des maladies transmissibles, des intoxications et des événements sous surveillance est bien établi au Québec. Pour qu'il soit fiable, il faut la collaboration de tous ses acteurs. Et malgré ses quelques imperfections, on ne saurait s'en passer pour suivre l'évolution de la santé de la population. Ce système sert de base et d'ajustement à bien des programmes de prévention. Il nous permet également d'évaluer, du moins partiellement, l'atteinte des objectifs du *PNSP*.

Références



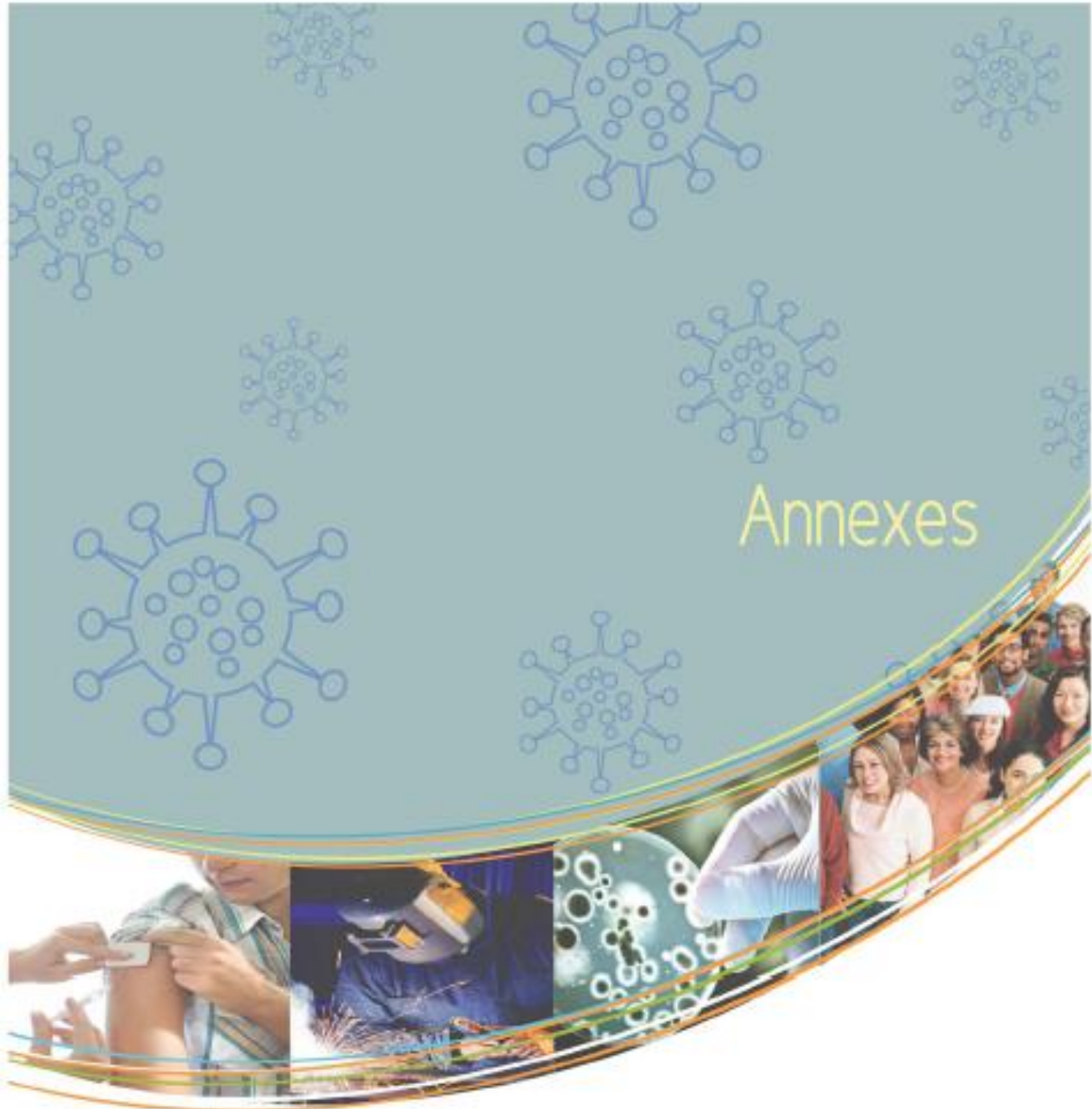
RÉFÉRENCES

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Plan d'action régional de santé publique 2009-2012*, Québec, Direction régionale de santé publique, 2009, 144 p.

BITERA, R., M. FAUVEL, M. ALARY, R. PARENT et coll. *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine au Québec – Cas cumulatifs 2002-2011*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2012, 143 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec – Les infections nosocomiales*, Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2006, 107 p.

Annexes



TABLEAUX DIVERS

TABLEAU 14 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE.

NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2003-2012.

MALADIES	ANNÉES									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)
Amibiase	21 (3,2)	25 (3,9)	14 (2,1)	22 (3,3)	24 (3,6)	24 (3,5)	40 (6,1)	23 (3,3)	19 (2,7)	26 (3,7)
Botulisme	0	0	0	1 (0,1)	0	0	0	0	0	0
Brucellose	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (0,1)	0
Infection à <i>Campylobacter</i>	349 (53,0)	367 (55,4)	321 (48,3)	303 (45,3)	27 (4,0)	302 (44,5)	227 (33,2)	271 (39,1)	259 (36,9)	285 (40,3)
Chlamydieuse génitale	1253 (190,3)	1275 (193,2)	1230 (185,1)	1266 (189,3)	1209 (179,6)	1322 (194,9)	1372 (200,6)	1581 (227,9)	1787 (254,8)	1718 (242,7)
Chlamydieuse oculaire	3 (0,5)	2 (0,3)	1 (0,2)	3 (0,4)	3 (0,4)	3 (0,4)	0	0	3 (0,4)	5 (0,7)
Coqueluche	12 (1,8)	33 (5,0)	72 (10,8)	41 (6,1)	6 (0,9)	70 (10,3)	48 (7,0)	6 (0,9)	8 (1,1)	78 (11,0)
G-entérite épidémique	0	6 (0,9)	0	0	0	0	0	0	0	0
Encéphalite virale transmise par arthropode	0	0	0	0	0	0	1 (0,1)	0	0	0
<i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	11 (1,7)	10 (1,5)	17 (2,6)	12 (1,8)	24 (3,6)	12 (1,8)	8 (1,2)	7 (1,0)	8 (1,1)	7 (1,0)
Fièvre Q	1 (0,2)	1 (0,2)	1 (0,2)	1 (0,1)	2 (0,3)	1 (0,1)	2 (0,3)	0	4 (0,6)	1 (0,2)
Fièvre typhoïde	0	0	0	0	0 (0,0)	0	0	2 (0,3)	0	0
Fièvre paratyph. A	0	0	0	2 (0,3)	0	0	0	0	1 (0,1)	1 (0,2)

TABLEAU 14 (suite) MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE.

NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2003-2012.

MALADIES	ANNÉES									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)
Fièvre paratyph. B	1 (0,2)	0	0	6 (0,9)	2 (0,3)	1 (0,1)	0	0	0	0
Yersiniose	8 (1,2)	7 (1,1)	11 (1,7)	7 (1,0)	7 (1,0)	10 (1,5)	5 (0,7)	7 (1,0)	6 (0,9)	8 (1,1)
Giardiase	85 (12,9)	97 (14,8)	86 (13,1)	90 (13,5)	86 (12,8)	76 (11,2)	112 (16,4)	84 (12,1)	105 (15,0)	96 (13,6)
Infection invasive à <i>H. influenzae</i>	2 (0,3)	5 (0,8)	7 (1,1)	9 (1,3)	7 (1,0)	8 (1,2)	8 (1,2)	11 (1,6)	19 (2,7)	11 (1,6)
Hépatite A	3 (0,5)	11 (1,7)	1 (0,2)	9 (1,3)	4 (0,6)	5 (0,7)	3 (0,4)	2 (0,3)	3 (0,4)	1 (0,2)
Hépatite E	0	0	0	0	0	1 (0,1)	0	1 (0,1)	0	2 (0,3)
Infections invasives à méningocoque	11 (1,7)	8 (1,2)	13 (2,0)	10 (1,5)	10 (1,5)	8 (1,2)	8 (1,0)	12 (1,7)	21 (3,0)	16 (2,3)
Légionellose	1 (0,2)	2 (0,3)	1 (0,2)	0	2 (0,3)	5 (0,7)	2 (0,3)	7 (1,0)	2 (0,3)	173 (24,4)
Oreillons	0	0	0	1 (0,1)	0	0	0	2 (0,3)	2 (0,3)	1 (0,2)
Paludisme	7 (1,1)	15 (2,3)	7 (1,1)	1 (0,1)	9 (1,3)	4 (0,6)	1 (0,1)	11 (1,6)	12 (1,7)	7 (1,0)
Psittacose	0	0	1 (0,2)	1 (0,1)	0	1 (0,1)	0	0	0	0
Rougeole	0	0	0	0	0	0	0	0	30 (4,3)	0
Salmonellose	131 (19,9)	88 (13,3)	108 (16,2)	109 (16,3)	90 (13,4)	107 (15,8)	114 (16,7)	146 (21,0)	95 (13,5)	108 (15,3)
Shigellose	15 (2,3)	7 (1,1)	18 (2,7)	12 (1,8)	11 (1,6)	10 (1,5)	15 (2,2)	9 (1,3)	9 (1,3)	10 (1,4)

TABLEAU 14 (suite) MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE.

NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2003-2012.

MALADIES	ANNÉES									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)
Hépatite C aiguë	0	1 (0,2)	0	1 (0,1)	4 (0,6)	0	1 (0,1)	0	0	2 (0,3)
Hépatite C sans précision	158 (24,0)	174 (26,9)	163 (24,7)	147 (22,0)	112 (16,6)	156 (23,0)	139 (20,8)	103 (14,8)	116 (16,5)	123 (17,4)
Hépatite B aiguë	16 (2,4)	11 (1,7)	4 (0,6)	2 (0,3)	5 (0,7)	6 (0,9)	3 (0,4)	4 (0,6)	1 (0,1)	2 (0,3)
Hépatite B chronique	48 (7,3)	55 (8,5)	52 (8,0)	44 (6,6)	36 (5,3)	53 (7,8)	43 (6,3)	43 (6,2)	29 (41,4)	64 (9,0)
Hépatite B sans précision	2 (0,3)	4 (0,6)	4 (0,6)	3 (0,4)	1 (0,1)	1 (0,1)	2 (0,3)	2 (0,3)	1 (0,1)	1 (0,2)
Hépatite D	0	0	0	0	2 (0,3)	0	0	1 (0,1)	0	1 (0,2)
Infection invasive à pneumocoque	80 (12,2)	82 (12,4)	57 (8,6)	65 (9,7)	58 (8,6)	93 (13,7)	99 (14,5)	134 (19,3)	99 (14,1)	95 (13,4)
Infection invasive à streptocoque du groupe A	22 (3,3)	24 (3,6)	8 (1,2)	16 (2,4)	29 (4,3)	24 (3,5)	30 (4,4)	37 (5,3)	29 (4,2)	53 (7,5)
Tuberculose	7 (1,1)	12 (1,8)	7 (1,1)	9 (1,3)	5 (0,7)	11 (1,6)	7 (1,0)	12 (1,7)	10 (1,4)	18 (2,5)
Tularémie	1 (0,2)	2 (0,3)	0	0	0	1 (0,1)	1 (0,1)	0	0	1 (0,2)
Syphilis primaire	1 (0,2)	17 (2,6)	6 (1,1)	2 (0,3)	5 (0,7)	16 (2,4)	19 (2,9)	11 (1,6)	21 (3,0)	23 (3,2)
Syphilis secondaire	2 (0,4)	23 (3,6)	7 (1,1)	9 (1,3)	5 (0,7)	8 (1,2)	18 (2,6)	33 (4,8)	37 (5,3)	26 (3,7)

TABLEAU 14 (suite) MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE.

NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2003-2012.

MALADIES	ANNÉES									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)
Syphilis latente < 1 an	1 (0,2)	8 (1,2)	5 (0,8)	1 (0,1)	1 (0,1)	3 (0,4)	3 (0,3)	16 (2,3)	8 (1,1)	13 (1,8)
Syphilis latente > 1 an	2 (0,4)	5 (0,8)	9 (1,4)	4 (0,6)	9 (1,3)	11 (1,6)	7 (1,0)	5 (0,7)	4 (0,6)	7 (1,0)
Neurosyphilis	0	3 (0,6)	3 (0,5)	1 (0,1)	0	3 (0,4)	3 (0,4)	6 (0,9)	6 (0,9)	2 (0,3)
Syphilis sans précision	1 (0,2)	7 (1,5)	7 (1,1)	2 (0,3)	2 (0,3)	10 (1,5)	11 (1,6)	11 (1,6)	14 (2,0)	25 (3,5)
Syphilis tertiaire	0	2 (0,3)	0	0	0	0	0	0	0	0
Syphilis autres	1 (0,2)	0	0		0	0	0	0	0	0
Lymphogranulomatose vénérienne	0	0	0	0	0	1 (0,1)	0	0	2 (0,3)	0
VNO	0	1 (0,2)	0	0	0	0	0	0	0	2 (0,3)
Babésiose	0	0	0	1 (0,1)	0	0	0	0	0	0
Cryptosporidiose	0	0	0	0	0	0	1 (0,1)	4 (0,6)	2 (0,3)	3 (0,4)
Cyclosporese	0	0	2 (0,3)	0	1 (0,1)	0	0	1 (0,1)	0	0
Éclosion à ERV	0	0	0	0	1 (0,1)	3 (0,4)	0	4 (0,6)	6 (0,9)	0
Éclosion à SARM	0	0	0	0	4 (0,6)	0	0	0	0	0
HTLV I – II	0	1 (0,2)	0	0	0	0	1 (0,1)	1 (0,1)	0	0

TABLEAU 14 (suite) MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE.

NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2003-2012.

MALADIES	ANNÉES									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)	Nb (Taux)
Leptospirose	0	0	0	0	0	0	0	1 (0,1)	0	2 (0,3)
Listériose	0	2 (0,3)	5 (0,8)	10 (1,5)	13 (1,9)	8 (1,2)	3 (0,4)	4 (0,6)	10 (1,4)	6 (0,8)
Maladie de Chagas	0	0	0	0	2 (0,3)	0	0	0	0	0
MCJ	0	0	0	1 (0,1)	1 (0,1)	2 (0,3)	1 (0,1)	0	2 (0,3)	1 (0,2)
Maladie de Lyme	0	0	1 (0,2)	0	2 (0,3)	1 (0,1)	0	1 (0,1)	4 (0,6)	2 (0,3)
Infection gonococcique	42 (6,4)	33 (5,0)	47 (7,1)	58 (8,7)	84 (12,5)	95 (14,0)	72 (10,5)	139 (20,0)	108 (15,4)	165 (23,3)
TOTAL	2298	2426	2300	2282	2149	2476	2432	2755	2903	3194

TABLEAU 15 MAD0 D'ORIGINE INFECTIEUSE.
NOMBRE DE CAS PAR MOIS, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2012.

MALADIES	JANV.	FÉV.	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUIL.	AOÛT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.	TOTAL
Amibiase	1	2	3	2	3	3	3	1	2	2	1	3	26
Brucellose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection à <i>Campylobacter</i>	22	13	27	20	24	25	31	35	25	24	23	16	285
Chlamydieuse génitale	132	142	167	149	145	130	143	137	135	154	168	116	1718
Chlamydieuse oculaire	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	5
Coqueluche	0	0	2	1	4	1	9	9	12	18	12	10	78
<i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	0	0	1	0	2	0	0	0	2	2	0	0	7
Fièvre Q	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Fièvre paratyphoïde A	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Yersiniose	1	3	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	8
Giardiase	8	3	5	7	6	4	3	16	9	11	15	9	96
Infection invasive à <i>H. influenzae</i>	1	2	2	0	2	0	2	0	0	1	0	1	11
Hépatite A	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Infections invasives à méningocoque	0	0	2	1	3	0	0	1	2	2	4	1	16
Légionellose	1	0	0	1	0	0	13	150	6	1	0	1	173
Oreillons	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Paludisme	2	2	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	7
Salmonellose	5	8	15	13	11	6	6	8	9	7	10	10	108
Shigellose	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	3
Hépatite C aiguë	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Hépatite C sans précision	8	9	9	13	14	9	6	12	13	13	10	8	124
Hépatite B aiguë	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Hépatite B chronique	6	6	6	6	3	6	9	5	3	4	4	6	64
Hépatite B sans précision	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

TABLEAU 15 (suite) MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE.

NOMBRE DE CAS PAR MOIS, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE,
2012.

MALADIES	JANV.	FÉV.	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUIL.	AOÛT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.	TOTAL
Infection invasive à pneumocoque	11	11	10	12	7	5	8	0	4	8	6	13	95
Infection invasive à streptocoque du groupe A	8	2	2	7	4	5	5	2	0	5	4	9	53
Tuberculose	2	0	0	2	1	3	0	4	2	0	2	2	18
Tularémie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Syphilis primaire	1	2	4	3	2	3	2	1	1	1	3	0	23
Syphilis secondaire	2	1	3	2	0	2	4	2	3	3	4	0	26
Syphilis latente < 1 an	1	2	0	2	1	1	1	0	3	1	1	0	13
Syphilis latente > 1 an	0	0	0	0	1	0	2	1	3	0	0	0	7
Neurosyphilis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Syphilis sans précision	1	1	2	2	3	2	4	2	3	4	0	1	25
Cryptosporidiose	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	3
Éclosion de ERV	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	4
Leptospirose	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
Listériose	1	2	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	6
MCJ	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Maladie de Lyme	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
Infection gonococcique	18	4	11	18	9	9	10	10	13	22	21	20	165
Hépatite E	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2
Hépatite D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL	234	219	275	263	246	218	266	402	255	289	295	234	3196

TABLEAU 16 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE.

NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, PAR GROUPES D'ÂGES, 2012.

MALADIES	GROUPES D'ÂGES										TOTAL
	< 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 (3,4)	0	3 (6,8)	10 (3,7)	12 (5,7)	0	0	26
Infection à <i>Campylobacter</i>	0	10 (34,1)	7 (22,8)	5 (16,8)	9 (24,5)	29 (65,5)	79 (29,1)	61 (28,9)	33 (46,8)	42 (76,3)	285
Chlamydieose génitale	0	0	0	10 (33,6)	437 (1189,4)	708 (1599,3)	496 (183,0)	48 (22,7)	1 (1,4)	0	1700
Chlamydieose oculaire	0	0	0	0	2 (5,4)	2 (4,5)	1 (0,4)	0	0	0	5
Coqueluche	9 (123,0)	15 (51,2)	15 (48,8)	19 (63,7)	1 (2,7)	2 (4,5)	12 (4,4)	2 (0,9)	2 (2,8)	1 (1,8)	78
<i>E. coli</i> producteur de vérotoxine	0	3 (10,2)	0	0	1 (2,7)	1 (2,3)	1 (0,4)	0	1 (1,4)	0	7
Fièvre Q	0	0	0	0	0	0	0	1 (0,5)	0	0	1
Fièvre paratyphoïde A	0	0	0	0	0	1 (2,3)	0	0	0	0	1
Yersiniose	0	2 (6,8)	1 (3,3)	0	2 (5,4)	1 (2,3)	0	2 (0,9)	0	0	8
Giardiase	0	6 (20,5)	7 (22,8)	4 (13,4)	8 (21,8)	7 (15,8)	45 (16,6)	17 (8,1)	1 (1,4)	1 (1,8)	96
Infection invasive à <i>H. influenzae</i>	0	2 (6,8)	0	0	0	0	1 (0,4)	1 (0,5)	0	6 (10,9)	11
Hépatite A	0	0	0	0	1 (2,7)	0	0	0	0	0	1
Infections invasives à méningocoque	0	5 (17,1)	0	2 (6,7)	2 (5,4)	2 (4,5)	1 (0,4)	2 (0,9)	2 (2,8)	0	16
Légionellose	0	0	0	0	0	1 (2,3)	20 (7,4)	70 (33,1)	31 (44,0)	41 (74,5)	173
Oreillons	0	0	0	0	1 (2,7)	0	0	0	0	0	1
Paludisme	0	0	0	0	0	1 (2,3)	5 (1,8)	1 (0,5)	0	0	7

TABLEAU 16 (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'ÂGES, 2012.

MALADIES	GROUPES D'AGES										TOTAL
	< 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)	
Salmonellose	4 (54,7)	11 (37,5)	4 (13,0)	1 (3,4)	1 (2,7)	2 (4,5)	23 (8,5)	29 (13,7)	12 (17,0)	11 (20,0)	108
Shigellose	0	0	0	0	1 (2,7)	2 (4,5)	5 (1,8)	2 (0,9)	0	0	10
Hépatite C aiguë	0	0	0	0	0	0	2 (0,7)	0	0	0	2
Hépatite sans précision	0	0	0	0	0	9 (20,3)	53 (19,6)	51 (24,2)	1 (1,4)	3 (5,4)	117
Hépatite B aiguë	0	0	0	0	0	0	1 (0,4)	1 (0,5)	0	0	2
Hépatite B chronique	0	0	0	1 (3,4)	0	3 (6,8)	44 (16,2)	14 (6,6)	2 (2,8)	0	64
Hépatite B sans précision	0	0	0	0	0	0	1 (0,4)	0	0	0	1
Infection inv. à pneumocoque	1 (13,7)	5 (17,1)	3 (9,8)	3 (11,3)	0	0	10 (3,7)	34 (16,1)	16 (22,7)	23 (41,8)	95
Infection inv. à strepto. gr. A	2 (27,3)	3 (10,2)	2 (6,5)	2 (6,7)	1 (2,7)	3 (6,8)	14 (5,2)	18 (8,5)	4 (5,7)	4 (7,3)	53
Tuberculose	0	0	0	0	1 (2,7)	3 (6,8)	6 (2,2)	2 (0,9)	0	6 (10,9)	18
Tularémie	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (1,4)	0	1
Syphilis primaire	0	0	0	0	2 (5,4)	2 (4,5)	13 (4,8)	5 (2,4)	0	1 (1,8)	23
Syphilis secondaire	0	0	0	0	3 (8,2)	3 (6,8)	11 (4,1)	8 (3,8)	1 (1,4)	0	26
Syphilis latente < 1 an	0	0	0	0	1 (2,7)	1 (2,3)	7 (2,6)	3 (1,4)	1 (1,4)	0	13
Syphilis latente > 1 an	0	0	0	0	0	0	3 (1,1)	2 (0,9)	1 (1,4)	1 (1,8)	7
Neurosyphilis	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (1,4)	0	1
Syphilis sans précision	0	0	0	0	0	2 (4,5)	11 (4,1)	7 (3,3)	0	2 (3,6)	22

TABLEAU 16 (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'ÂGES, 2012.

MALADIES	GROUPES D'ÂGES										TOTAL
	< 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)	
VNO	0	0	0	0	0	0	0	2 (0,9)	0	0	2
Cryptosporidiose	0	0	0	2 (6,7)	0	0	1 (0,4)	0	0	0	3
Leptospirose	0	0	0	0	1 (2,7)	1 (2,3)	0	1 (0,5)	0	0	2
Listériose	0	0	0	0	0	0	0	1 (0,5)	1 (1,4)	4 (7,3)	6
MCJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (1,8)	1
Maladie de Lyme	0	0	0	0	0	0	1 (0,4)	1 (0,5)	0	0	2
Infection gonococcique	0	0	0	0	9 (24,5)	55 (124,2)	78 (28,8)	19 (9,0)	1 (1,4)	2 (3,6)	164
Hépatite E	0	0	0	0	0	0	1 (0,4)	0	0	1 (1,8)	2
Hépatite D	0	0	0	1 (3,4)	0	0	0	0	0	0	1

TABLEAU 17 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE.

COMPARAISON DES NOMBRES DE CAS (POURCENTAGE RÉGIONAL) ET DES TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) ENTRE LES CSSS¹ DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2012.

MALADIES	CSSS DE PORTNEUF		CSSS DE QUÉBEC-NORD		CSSS DE CHARLEVOIX		CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	
	NB (%)	TAUX	NB (%)	TAUX	NB (%)	TAUX	NB (%)	TAUX
Amibiase	1 (3.8)	2,1	4 (15.4)	1,3	1 (3.8)	3,5	20 (76.9)	6,4
Infection à <i>Campylobacter</i>	20 (7.0)	41,1	126 (44.4)	40,7	18 (6.3)	62,3	120 (42.3)	38,7
Chlamydirose génitale	75 (4.4)	154,2	661 (38.8)	213,7	22 (1.3)	76,1	946 (55.5)	304,7
Chlamydirose oculaire	0	-	2 (40.0)	0,6	0	-	3 (60.0)	1,0
Coqueluche	10 (12.8)	20,6	31 (39.7)	10,0	5 (6.4)	17,3	32 (41.0)	10,3
<i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	0	-	5 (71.4)	1,6	0	-	2 (28.6)	0,6
Fièvre Q	0	-	0	-	0	-	1 (100.0)	0,3
Fièvre paratyphoïde A	0	-	0	-	0	-	1 (100.0)	0,3
Yersiniose	0	-	5 (62.5)	1,6	0	0	3 (37.5)	1,0
Giardiase	4 (4.2)	8,2	37 (38.5)	11,0	1 (1.0)	3,5	54 (56.3)	17,4
Infection invasive à <i>H. influenzae</i>	0	-	3 (27.3)	1,0	1 (9.1)	3,5	7 (63.6)	2,3
Hépatite A	0	-	0	-	0	-	1 (100.0)	0,3
Infection invasive à méningocoque	0	-	9 (56.3)	2,9	0	-	7 (43.8)	2,3
Légionellose	0	-	23 (1.2)	7,4	0	-	150 (86.7)	48,3
Oreillons	0	-	0	-	0	-	1 (100.0)	0,3
Paludisme	0	-	1 (14.3)	0,3	0	-	6 (85.7)	1,9
Salmonellose	13 (12.0)	26,7	42 (38.9)	13,6	6 (5.6)	20,8	47 (43.5)	15,1
Shigellose	0	-	3 (30.0)	1,0	1 (10.0)	3,5	6 (60.0)	1,9
Hépatite C aiguë	0	-	0	-	0	-	2 (100.0)	0,6
Hépatite C sans précision	12 (9.8)	24,7	26 (21.3)	8,4	1 (0.8)	3,5	83 (68.0)	26,7
Hépatite B aiguë	0	-	0	-	0	-	2 (100.0)	0,6
Hépatite B porteur chronique	2 (3.1)	4,1	15 (23.4)	4,8	3 (4.7)	10,4	44 (68.8)	14,2

1- 5 données manquantes. Ces données ont été exclues des calculs sur les pourcentages et les taux d'incidence.

TABLEAU 17 (suite) MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE.

COMPARAISON DES NOMBRES DE CAS (POURCENTAGE RÉGIONAL) ET DES TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE) ENTRE LES CSSS DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE, 2012.

MALADIES	CSSS DE PORTNEUF		CSSS DE QUÉBEC-NORD		CSSS DE CHARLEVOIX		CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	
	NB (%)	TAUX	NB (%)	TAUX	NB (%)	TAUX	NB (%)	TAUX
Hépatite B sans précision	0	-	0	-	0	-	1 (100.0)	0,3
Infection invasive à pneumocoque	9 (9.5)	18,5	45 (47.4)	14,5	4 (4.2)	13,8	37 (38.9)	11,9
Infection invasive à streptocoque du groupe A	3 (5.7)	6,2	25 (47.2)	8,1	2 (3.8)	6,9	23 (43.4)	7,4
Tuberculose	0	-	5 (27.8)	1,6	0	-	13 (72.2)	4,2
Tularémie	0	-	0	-	0	-	1 (100.0)	0,3
Syphilis primaire	0	-	5 (21.7)	1,6	0	-	18 (78.3)	5,8
Syphilis secondaire	0	-	7 (26.9)	2,3	1 (3.8)	3,5	18 (69.2)	5,8
Syphilis latente < 1 an	0	-	4 (30.8)	1,3	0	-	9 (69.2)	2,9
Syphilis latente > 1 an	0	-	1 (14.3)	0,3	0	-	6 (85.7)	1,9
Neurosyphilis	0	-	1 (100.0)	0,3	0	-	0	-
Syphilis sans précision	0	-	7 (25.9)	2,3	0	-	20 (74.1)	6,4
VNO	0	-	0	-	0	-	2 (100.0)	0,6
Cryptosporidiose	1 (33.3)	2,1	1 (33.3)	0,3	1 (33.3)	3,5	0	-
Écllosion d'ERV	0	-	0	-	0	-	4 (100.0)	1,3
Leptospirose	0	-	0	-	0	-	2 (100.0)	0,6
Listériose	0	-	4 (66.7)	1,3	0	-	2 (33.3)	0,6
Maladie de Kreutzfeld-Jakob	0	-	1 (100.0)	0,3	0	-	0	-
Maladie de lyme	0	-	1 (50.0)	0,3	0	-	1 (50.0)	0,3
Infection gonococcique	1 (0.6)	2,1	43 (27.0)	13,9	0	-	115 (72.3)	37,0
Hépatite E	1 (12.5)	2,1	0	-	6 (75.0)	20,8	1 (12.5)	0,3
Hépatite D	0	-	0	-	0	-	1 (100.0)	0,3
TOTAL	152		1153		73		1811	

**TABLEAU 18 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE.
NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000
PERSONNES-ANNÉE). CSSS DE CHARLEVOIX, 2008-2012.**

MALADIES	2008		2009		2010		2011		2012	
	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX
Amibiase	1	3,4	0	-	1	3,4	0	-	1	3,5
Infection à <i>Campylobacter</i>	18	61,3	16	54,3	18	61,3	8	27,6	18	62,3
Chlamydirose génitale	10	34,1	22	74,6	10	34,1	23	79,3	22	76,1
Coqueluche	0	-	0	-	0	-	0	-	5	17,3
Fièvre Q	0	-	1	3,4	0	-	0	-	0	-
Yersiniose	0	-	1	3,4	0	-	1	3,4	0	-
Giardiase	2	6,8	4	13,6	2	6,8	1	3,4	1	3,5
Infection invasive à <i>Haemophilus influenzae</i>	0	-	0	-	0	-	0	-	1	3,5
Hépatite A	1	3,4	0	-	1	3,4	0	-	0	-
Infection invasive à méningocoque	0	-	0	-	0	-	1	3,4	0	-
Légionellose	0	-	1	3,4	0	-	0	-	0	-
Paludisme	0	-	1	3,4	0	-	0	-	0	-
Salmonellose	6	20,4	3	10,2	6	20,4	3	10,3	6	20,8
Shigellose	0	-	0	-	0	-	0	-	1	3,5
Hépatite C sans précision	4	13,6	0	-	4	13,6	1	3,4	1	3,5
Hépatite B porteur chronique	1	3,4	0	-	1	3,4	2	6,9	3	10,4
Infection invasive à pneumocoque	2	6,8	0	-	2	6,8	5	17,2	4	13,8
Infection invasive à streptocoque du groupe A	1	3,4	0	-	1	3,4	0	-	2	6,9
Tuberculose	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Syphilis primaire	1	3,4	0	-	1	3,4	0	-	0	-
Syphilis secondaire	1	3,4	0	-	1	3,4	0	-	1	3,5
Cryptosporidiose	0	-	0	-	0	-	0	-	1	3,5
Listériose	0	-	1	3,4	0	-	0	-	0	-
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	0	-	0	-	0	-	1	3,4	0	-
Infection gonococcique	1	3,4	0	-	1	3,4	2	6,9	6	20,8
TOTAL	49		50		49		49		73	

TABLEAU 19 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE.
NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-
ANNÉE), CSSS DE PORTNEUF, 2008-2012.

MALADIES	2008		2009		2010		2011		2012	
	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX
Amibiase	1	2,1	1	2,1	3	6,3	0	-	1	2,1
Infection à <i>Campylobacter</i>	25	52,9	12	25,2	21	43,8	21	43,5	20	41,1
Chlamydirose génitale	39	82,5	46	96,7	55	114,8	142	294,1	75	154,2
Coqueluche	2	4,2	8	16,8	0	-	0	-	10	20,6
<i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	1	2,1	0	-	1	2,1	2	4,1	0	-
Yersiniose	2	4,2	0	-	0	-	0	-	0	-
Giardiase	4	8,5	5	10,5	4	8,3	5	10,4	4	8,2
Infection invasive à <i>H. influenzae</i>	3	6,3	0	-	2	4,2	2	4,1	0	-
Hépatite A	1	2,1	0	-	0	-	0	-	0	-
Infection invasive à méningocoque	0	-	1	2,1	1	2,1	1	2,1	0	-
Rougeole	0	-	0	-	0	-	1	2,1	0	-
Salmonellose	8	16,9	8	16,8	17	35,5	5	10,4	13	26,7
Shigellose	3	6,3	1	2,1	1	2,1	0	-	0	-
Hépatite C sans précision	16	33,9	13	27,3	12	25,0	12	24,9	12	24,7
Hépatite B porteur chronique	4	8,5	1	2,1	3	6,3	1	2,1	2	4,1
Hépatite B sans précision	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Infection invasive à pneumocoque	13	27,5	5	10,5	12	25,0	15	31,1	9	18,5
Infection invasive à streptocoque du groupe A	0	-	2	4,2	3	6,3	1	2,1	3	6,2
Tuberculose	0	-	1	2,1	1	2,1	0	-	0	-
Syphilis primaire	1	2,1	0	-	0	-	1	2,1	0	-
Syphilis secondaire	1	2,1	0	-	0	-	1	2,1	0	-
Syphilis latente < 1 an	0	-	0	-	2	4,2	0	-	0	-
Syphilis latente > 1 an	0	-	0	-	1	2,1	0	-	0	-
Neurosyphilis	0	-	0	-	1	2,1	0	-	0	-

TABLEAU 19(suite) MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE.

NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), CSSS DE PORTNEUF, 2008-2012.

MALADIES	2008		2009		2010		2011		2012	
	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX
Syphilis sans précision	1	2,1	1	2,1	0	-	0	-	0	-
Cryptosporidiose	0	-	1	2,1	0	-	0	-	1	2,1
HTLV I - II	0	-	1	2,1	0	-	0	-	0	-
Listériose	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Infection gonococcique	2	4,2	1	2,1	3	6,3	5	10,4	1	2,1
Hépatite E	0	-	0	-	0	-	0	-	1	2,1
TOTAL	127		108		143		144		152	

TABLEAU 20 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE.
NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), CSSS QUÉBEC-NORD, 2008-2012.

MALADIES	2008		2009		2010		2011		2012	
	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX
Amibiase	2	0,7	6	2,0	5	1,6	5	1,6	4	1,3
Infection à <i>Campylobacter</i>	68	22,9	43	14,3	101	33,3	101	33,0	126	40,7
Chlamydirose génitale	310	104,5	353	117,7	637	210,1	637	208,0	661	213,7
Chlamydirose oculaire	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6
Coqueluche	26	8,8	19	6,3	5	1,6	5	1,6	31	10,0
<i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	3	1,0	1	0,3	5	1,6	5	1,6	5	1,6
Fièvre Q	1	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	-
Yersiniose	4	1,3	2	0,7	5	1,6	5	1,6	5	1,6
Giardiase	29	9,8	34	11,3	31	10,2	31	10,1	37	11,0
Infection invasive à <i>H. influenzae</i>	1	0,3	2	0,7	5	1,6	5	1,6	3	1,0
Hépatite A	0	0,0	2	0,7	1	0,3	1	0,3	0	0
Infection invasive à méningocoque	2	0,7	2	0,7	1	0,3	1	0,3	9	2,9
Légionellose	2	0,7	0	0,0	4	1,3	4	1,3	23	7,4
Oreillons	0	0,0	0	0,0	2	0,7	2	0,7	0	-
Paludisme	1	0,3	0	0,0	1	0,3	1	0,3	1	0,3
Psittacose	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	-
Salmonellose	31	10,4	44	14,7	69	22,8	69	22,5	42	13,6
Shigellose	3	1,0	2	0,7	3	1,0	3	1,0	3	1,0
Hépatite C aiguë	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	-
Hépatite C sans précision	22	7,4	20	6,7	25	8,2	25	8,1	26	8,4
Hépatite B aiguë	2	0,7	0	0,0	3	1,0	3	1,0	0	-

TABLEAU 20 (suite) MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE.

NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), CSSS QUÉBEC-NORD, 2008-2012.

MALADIES	2008		2009		2010		2011		2012	
	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX
Hépatite B porteur chronique	8	2,7	8	2,7	10	3,3	10	3,3	15	4,8
Hépatite B sans précision	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	-
Infection invasive à pneumocoque	31	10,4	34	11,3	50	16,5	50	16,3	45	14,5
Infection invasive à streptocoque du groupe A	10	3,4	13	4,3	17	5,6	17	5,6	25	8,1
Tuberculose	3	1,0	2	0,7	3	1,0	3	1,0	5	1,6
Tularémie	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	-
Syphilis primaire	4	1,3	6	2,0	2	0,7	2	0,7	5	1,6
Syphilis secondaire	0	0,0	5	1,7	11	3,6	11	3,6	7	2,3
Syphilis latente < 1 an	0	0	0	0	4	1,3	4	1,3	4	1,3
Syphilis latente > 1 an	1	0,3	1	0,3	1	0,3	1	0,3	1	0,3
Neurosyphilis	2	0,7	1	0,3	1	0,3	1	0,3	1	0,3
Syphilis sans précision	0	0,0	2	0,7	1	0,3	1	0,3	7	2,3
Cyclospore	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3	1	0,3
Infection à HTLV I/II	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3	0	-
Leptospirose	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3	0	-
Listériose	4	1,3	0	0,0	2	0,7	2	0,7	4	1,3
MCJ	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Maladie de Lyme	1	0,3	0	0,0	1	0,3	1	0,3	1	0,3
Infection gonococcique	17	5,7	15	5,0	43	14,2	43	14,0	43	13,9
Hépatite E	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	-
TOTAL	591		620		1053		1054		1153	

TABLEAU 21 MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE.
NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE, 2008-2012.

MALADIES	2008		2009		2010		2011		2012	
	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX
Amibiase	20	6,6	34	11,1	15	4,9	14	4,5	20	6,4
Infection à <i>Campylobacter</i>	153	50,2	99	32,3	137	44,5	129	41,7	120	38,7
Chlamydieuse génitale	787	258,1	775	253,0	857	278,4	990	320,2	946	304,7
Chlamydieuse oculaire	1	0,3	0	-	0	-	1	0,3	3	1,0
Coqueluche	27	8,9	15	4,9	1	0,3	4	1,3	32	10,3
<i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	6	2,0	5	1,6	1	0,3	3	1,0	2	0,6
Fièvre Q	0	-	0	-	0	-	1	0,3	1	0,3
Fièvre paratyphoïde A	0	-	0	-	0	-	1	0,3	1	0,3
Fièvre paratyphoïde B	1	0,3	0	-	0	-	0	-	0	-
Fièvre typhoïde	0	-	0	-	2	0,6	0	-	0	-
Yersiniose	1	0,3	3	1,0	2	0,6	4	1,3	3	1,0
Giardiase	30	9,8	55	18,0	46	14,9	62	20,1	54	17,4
Infection invasive à <i>H. influenzae</i>	2	0,7	5	1,6	4	1,3	10	3,2	7	2,3
Hépatite A	3	1,0	1	0,3	1	0,3	2	0,6	1	0,3
Infection invasive à méningocoque	4	1,3	2	0,7	8	2,6	9	2,9	7	2,3
Légionellose	1	0,3	2	0,7	3	1,0	1	0,3	150	48,3
Oreillons	0	-	0	-	0	-	2	0,6	1	0,3
Paludisme	3	1,0	1	0,3	8	2,6	9	2,9	6	1,9
Rougeole	0	-	0	-	0	-	16	5,2	0	-
Salmonellose	50	16,4	44	14,4	53	17,2	50	16,2	47	15,1
Shigellose	5	1,6	10	3,3	5	1,6	6	1,9	6	1,9
Hépatite C aiguë	0	-	1	0,3	0	-	0	-	2	0,6
Hépatite C sans précision	104	34,1	95	31,0	65	21,1	79	25,5	83	26,7
Hépatite B aiguë	2	0,7	2	0,7	1	0,3	1	0,3	2	0,6
Hépatite B porteur chronique	34	11,2	29	9,5	29	9,4	21	6,8	44	14,2
Hépatite B sans précision	1	0,3	1	0,3	2	0,6	1	0,3	1	0,3

TABLEAU 21 (suite) MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE.

NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE, 2008-2012.

MALADIES	2008		2009		2010		2011		2012	
	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX
Infection invasive à pneumocoque	37	12,1	48	15,7	72	23,4	34	11,0	37	11,9
Infection invasive à streptocoque du groupe A	9	3,0	12	3,9	16	5,2	14	4,5	23	7,4
Tuberculose	7	2,3	3	1,0	8	2,6	8	2,6	13	4,2
Tularémie	1	0,3	0	-	0	-	0	-	1	0,3
Syphilis primaire	8	2,6	14	4,6	9	2,9	16	5,2	18	5,8
Syphilis secondaire	6	2,0	11	3,6	20	6,5	26	8,4	18	5,8
Syphilis latente < 1 an	3	1,0	2	0,7	10	3,2	8	2,6	9	2,9
Syphilis latente > 1 an	10	3,3	6	2,0	3	1,0	3	1,0	6	1,9
Neurosyphilis	1	0,3	1	0,3	3	1,0	5	1,7	0	-
Syphilis sans précision	9	3,0	6	2,0	10	3,2	12	3,9	20	6,4
VNO	0	-	0	-	0	-	0	-	2	0,6
Cryptosporidiose	0	-	0	-	2	0,6	0	-	0	-
Éclosion d'ERV	3	1,0	0	-	4	1,3	6	1,9	4	1,3
Leptospirose	0	-	0	-	0	-	0	-	2	0,6
Listériose	2	0,7	2	0,7	2	0,6	3	1,0	2	0,6
MCJ	1	0,3	0	-	0	-	0	-	0	-
Maladie de Lyme	0	-	0	-	0	-	4	1,3	1	0,3
Infection gonococcique	65	21,3	49	16,0	91	29,6	65	21,0	115	37,0
Hépatite D	0	-	0	-	1	0,3	0	-	1	0,3
Hépatite E	0	-	0	-	1	0,3	0	-	1	0,3
TOTAL	1398		1338		1492		1627		1811	

TABLEAU 22 MAD0 D'ORIGINE INFECTIEUSE.

NOMBRE DE CAS ET TAUX D'INCIDENCE (PAR 100 000 PERSONNES-ANNÉE), RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ET PROVINCE DE QUÉBEC¹², 2012.

MALADIES	PROVINCE DE QUÉBEC		RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE	
	NOMBRE	INCIDENCE	NOMBRE (%) ³	INCIDENCE
Amibiase	199	2,5	26 (13.1)	3,7
Infection à <i>Campylobacter</i>	2598	32,3	285 (11.0)	40,3
Chlamydirose génitale	20150	250,2	1718 (8.5)	242,7
Chlamydirose oculaire	19	0,2	5 (26.3)	0,7
Coqueluche	1385	17,2	78 (5.6)	11,0
<i>E. coli</i> producteur de vérocytotoxine	108	1,3	7 (6.5)	1,0
Fièvre Q	37	0,5	1 (2.7)	0,2
Fièvre paratyphoïde A	4	0,1	1 (25.0)	0,2
Yersiniose	121	1,5	8 (6.6)	1,1
Giardiase	970	12,0	96 (9.9)	13,6
Infection invasive à <i>H. influenzae</i>	138	1,7	11 (8.0)	1,6
Hépatite A	39	0,5	1 (2.6)	0,2
Infections invasives à méningocoque	72	0,9	16 (22.2)	2,3
Légionellose	254	3,2	173 (68.1)	24,4
Oreillons	6	0,1	1 (16.7)	0,2
Paludisme	101	1,3	7 (6.9)	1,0
Salmonellose	1275	15,8	108 (8.5)	15,3
Shigellose	202	2,5	10 (5.0)	1,4
Hépatite C aiguë	16	0,2	2 (12.5)	0,3
Hépatite C sans précision	1285	16,0	123 (9.6)	17,4
Hépatite B aiguë	30	0,4	2 (6.7)	0,3

- 1- Les nombres pour la province ont été extraits du fichier MAD0 central. Ils peuvent varier des nombres retenus officiellement dans les publications du MSSS.
- 2- La population de la région de la Capitale-Nationale représente 8.8 % de la population de la province de Québec. 51 % des maladies déclarées à la DRSP de la Capitale-Nationale contribuent pour plus que la représentation populationnelle.
- 3- Le pourcentage représente la « contribution » régionale à l'épidémiologie provinciale pour chaque maladie.

TABLEAU 22 (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, 2012.

MALADIES	PROVINCE DE QUÉBEC		RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE	
	NOMBRE	INCIDENCE	NOMBRE	INCIDENCE
Hépatite B chronique	478	5,9	64 (13.4)	9,0
Hépatite B sans précision	418	5,2	1 (0.2)	0,2
Infection invasive à pneumocoque	949	11,8	95 (10.0)	13,4
Infection invasive à streptocoque du groupe A	382	4,7	53 (13.9)	7,5
Tuberculose	267	3,3	18 (6.7)	2,5
Tularémie	7	0,1	1 (14.3)	0,2
Syphilis primaire	204	2,5	23 (11.3)	3,2
Syphilis secondaire	232	2,9	26 (11.2)	3,7
Syphilis latente < 1 an	246	3,1	13 (5.3)	1,8
Syphilis latente > 1 an	189	2,3	7 (3.7)	1,0
Neurosyphilis	11	0,1	2 (18.2)	0,3
Syphilis sans précision	87	1,1	25 (28.7)	3,5
VNO	134	1,7	2 (1.5)	0,3
Cryptosporidiose	38	0,5	3 (7.9)	0,4
Éclosion d'ERV	104	1,3	4 (3.8)	0,6
Leptospirose	3	0,04	2 (66.6)	0,3
Listériose	49	0,6	6 (12.2)	0,8
MCJ	6	0,1	1 (16.6)	0,2
Maladie de Lyme	42	0,5	2 (4.8)	0,3
Infection gonococcique	2230	27,7	165 (7.4)	23,3
Hépatite E	11	0,1	2 (18.2)	0,3
Hépatite D	18	0,2	1 (5.6)	0,2
TOTAL	35 115		3195 (9.1)	

LISTE DES MADO – LABORATOIRE OU DÉPARTEMENT DE BIOLOGIE MÉDICALE

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
 - choléra
 - fièvre jaune
 - fièvre hémorragiques virales
 - maladie du charbon
 - peste
 - variole

Maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire :

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

Amibiase

Babésiose

Brucellose

Chancre mou

Coqueluche

Cryptosporidiose

Cyclosporese

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 méningocoque

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 | - ester |
| - cétones | - gaz et asphyxiants |
| - glycols | - métaux et métalloïdes |
| - hydrocarbures et autres composés organiques volatils | - 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 MAD0 - **MÉDECINS**

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 | - choléra |
| - fièvre jaune | - fièvre hémorragiques virales |
| - maladie du charbon | - peste |
| - variole | |

Maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire :

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

Amiantose

Angiosarcome du foie

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

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

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

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

Babébiose

Béryllose

Brucellose

Byssinose

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

Chancre mou

Coqueluche

Diptérie
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 méningocoque
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

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

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

Québec 