

**RAPPORT ANNUEL DES MALADIES
INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
LANAUDIÈRE
ANNÉE 2003**

**MARC GONEAU
PIERRE ROBILLARD**

**DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'ÉVALUATION
AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET
DE SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE**

2004

Rédaction : Marc Goneau (chapitres 1 à 7)
Pierre Robillard (chapitre 8)

Traitement des données et production des figures : Mélanie Renaud

Mise en pages : Jacinthe Bélisle

Comité de lecture : Élisabeth Cadieux, Joane Désilets, André Guillemette, Geneviève Marquis et Mélanie Renaud

On peut se procurer un exemplaire de ce document en communiquant à la :

Direction de santé publique et d'évaluation
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière
1000, boul. Sainte-Anne
Saint-Charles-Borromée Québec J6E 6J2
Tél. : (450) 759-1157 poste 4294

Cote Santécom : 14-2004-029

Dépôt légal :
ISBN : 2-89475-265-2
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Quatrième trimestre de 2004

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières	3
Liste des tableaux.....	4
Liste des figures	5
Liste des sigles et acronymes	6
Introduction.....	7
1. Aspects méthodologiques.....	8
2. Portrait synthèse des maladies infectieuses à déclaration obligatoire.....	11
3. Maladies évitables par la vaccination	17
4. Maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire.....	17
5. Infections transmissibles sexuellement et par le sang.....	18
6. Maladies d'origine hydrique ou alimentaire	20
7. Maladies transmissibles par vecteur et autres zoonoses.....	27
8. Interventions préventives en maladies infectieuses	27
Conclusion	31
Bibliographie	32

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre de cas déclarés de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'année, Lanaudière et le Québec, 1999 à 2003	13
Tableau 2	Taux brut d'incidence de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'année, Lanaudière et le Québec, 1999 à 2003 (pour 100 000 personnes)	15

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Taux brut d'incidence de chlamydie sexuelle selon le sexe ou le groupe d'âge, Lanaudière et le Québec, 2003 (pour 100 000 personnes)	18
Figure 2	Indice comparatif de chlamydie sexuelle selon la MRC, Lanaudière et le Québec, 2003	19
Figure 3	Indice comparatif de chlamydie sexuelle selon la région socio-sanitaire, le Québec, 2003	19
Figure 4	Taux brut d'incidence de giardiase selon le sexe ou le groupe d'âge, Lanaudière et le Québec, 2003 (pour 100 000 personnes)	21
Figure 5	Indice comparatif de giardiase selon la MRC, Lanaudière et le Québec, 2003	21
Figure 6	Indice comparatif de giardiase selon la région socio-sanitaire, le Québec, 2003	22
Figure 7	Taux brut d'incidence d'infection à Campylobacter selon le sexe ou le groupe d'âge, Lanaudière et le Québec, 2003 (pour 100 000 personnes)	23
Figure 8	Indice comparatif d'infection à Campylobacter selon la MRC, Lanaudière et le Québec, 2003	23
Figure 9	Indice comparatif d'infection à Campylobacter selon la région socio-sanitaire, le Québec, 2003	24
Figure 10	Taux brut d'incidence de salmonellose selon le sexe ou le groupe d'âge, Lanaudière et le Québec, 2003 (pour 100 000 personnes)	25
Figure 11	Indice comparatif de salmonellose selon la MRC, Lanaudière et le Québec, 2003	25
Figure 12	Indice comparatif de salmonellose selon la région socio-sanitaire, le Québec, 2003	26

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ACIA	Agence canadienne d'inspection des aliments
CLSC	Centre local de services communautaires
DSPE	Direction de santé publique et d'évaluation
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infection transmissible 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
MRC	Municipalité régionale de comté
MRS	Maladie respiratoire sévère
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthiciline
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
VNO	Virus du Nil occidental

INTRODUCTION

Certaines maladies infectieuses non contrôlées constituent un réel obstacle à la protection de la santé publique. Des telles éclosions ou épidémies peuvent naître, s'étendre rapidement et causer une morbidité importante voire même la mortalité. On comprend alors la nécessité d'instaurer et de maintenir un système qui minimise ces risques. Au Québec, celui-ci fait appel aux médecins et aux laboratoires médicaux afin qu'ils avertissent les autorités de santé publique lorsqu'ils prennent connaissance d'épisodes de certaines maladies infectieuses. Les maladies infectieuses de ce système de surveillance sont intégrées au fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) via le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Certaines maladies d'origine chimique, qui ne seront pas traitées à l'intérieur de ce rapport, font également partie de ces MADO.

Ce rapport présente un portrait des maladies infectieuses à déclaration obligatoire qui ont été recensées dans Lanaudière au cours de l'année 2003. Huit sections composent le document. La première traite des aspects méthodologiques. La seconde dresse un bilan général des maladies infectieuses à déclaration obligatoire. Les chapitres 3 à 7 font état plus spécifiquement de chaque type de MADO selon leur principal mode de transmission. On y retrouve les catégories suivantes de maladies infectieuses à déclaration obligatoire :

- les maladies évitables par la vaccination de base ;
- les maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire ;
- les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ;
- les maladies d'origine hydrique ou alimentaire ;
- les maladies transmissibles par vecteur et autres zoonoses.

Finalement, une section sur les interventions préventives en maladies infectieuses qui se sont déroulées au cours de l'année vient clore le document.

1. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES¹

Les sources de données

Les données sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire proviennent du registre des MADO du LSPQ affilié à l'INSPQ. Pour la production de ce rapport, les données ont été extraites au mois de juin 2004. Compte tenu de son alimentation continue, une extraction effectuée à un autre moment pourrait donner des statistiques légèrement différentes. Ces données sont utilisées pour illustrer le nombre de cas par maladie infectieuse à déclaration obligatoire et servent également à définir le numérateur des taux d'incidence des maladies et des infections à l'étude.

Les données de population du Québec, de Lanaudière et de ses MRC proviennent de Marquis et Cadieux (2000). Pour leur part, les chiffres de population des différentes régions sociosanitaires du Québec ont été tirés de Pelletier (2000). L'ensemble de ces informations a été produit initialement par l'Institut de la statistique de Québec (ISQ). Ces données permettent de préciser les dénominateurs des taux d'incidence.

Le taux d'incidence

Le taux d'incidence se définit comme étant le rapport entre le nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population lors d'une période donnée et l'effectif de cette même population au milieu de cette période. Dans ce document, les taux d'incidence sont présentés par année et sur une base de 100 000 personnes.

La standardisation et l'indice comparatif

Afin d'éliminer l'influence de la structure d'âge des populations sur les taux d'incidence, une standardisation est effectuée. La méthode employée dans ce rapport est celle de la standardisation indirecte. Cette méthode consiste à calculer, selon le groupe d'âge, le nombre de cas incidents attendus dans une population spécifique en appliquant les taux d'une population de référence. Par la suite, la division du nombre total de cas observés sur le nombre total de cas attendus exprime l'indice comparatif. Par convention, celui-ci est multiplié par 100. Les taux du Québec en 2003, selon le groupe d'âge, ont été utilisés comme taux de référence.

Les intervalles de confiance

Des intervalles de confiance ont été déterminés afin de statuer sur la différence statistique entre les taux ou entre les indices. Pour le calcul des intervalles de confiance des taux bruts, la formule est tirée de Bernard et Lapointe (1987) :

¹ Certaines parties de cette section sont reprises intégralement ou ont été largement inspirées par le document suivant : Marc GONEAU, *Rapport annuel des maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Lanaudière. Année 2002*, Saint-Charles-Borromée, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2004, p. 3-5.

$IC = (t - 1,96 \times t/\text{radical } a ; t + 1,96 \times t/\text{radical } a)$ où :

IC = Intervalle de confiance

t = Taux

a = Nombre de cas observés

En ce qui a trait à la formule des intervalles de confiance pour un indice comparatif, elle provient de l'Organisation panaméricaine de la santé (2002). Elle consiste à calculer d'abord l'erreur-type de l'indice comparatif en divisant cet indice par la racine carrée des cas incidents observés. Les intervalles de confiance à 95 % sont ensuite élaborés en suivant cette formule :

$IC = (\text{ind. c.} - (1,96 \times \text{et}) ; \text{ind. c.} + (1,96 \times \text{et}))$ où :

IC = Intervalle de confiance

ind. c. = Indice comparatif

et = Erreur-type

La fréquence annuelle des maladies et l'analyse

Afin de départager les maladies infectieuses à déclaration obligatoire fréquentes de celles qui ne le sont pas, un seuil a été fixé. Les maladies ayant un nombre annuel d'épisodes de 30 ou plus dans Lanaudière en 2003 ont été considérées fréquentes. Comme ce nombre s'avère relativement élevé, une analyse de leur taux d'incidence selon différentes variables (sexe, groupe d'âge, territoire de MRC et région sociosanitaire) devient possible. Les autres maladies sont traitées de façon plus globale afin de protéger la confidentialité des informations.

Les limites d'interprétation

Le registre des MADO connaît certaines limites. Ainsi, il est possible qu'il souffre de sous-déclaration pour certaines maladies. Les MADO bénignes et fréquentes s'avèrent probablement sous-déclarées. La scarlatine constitue un exemple de ce type de maladie. Outre la fréquence et la gravité des maladies, d'autres raisons entrent en ligne de compte pour expliquer la sous-déclaration. On peut penser à la méconnaissance du système de déclaration ainsi qu'à son oubli. En contrepartie, le non-respect des définitions nosologiques peut entraîner une sur-déclaration, tout comme la duplication d'épisodes associées aux maladies déclarées de façon non nominale par certains médecins (Louchini et Douville-Fradet, 2001).

Par ailleurs, la consommation plus élevée de services médicaux chez les personnes âgées et celles en bas âge peut rendre ces personnes plus susceptibles d'effectuer des analyses de confirmation en laboratoire. Cette consultation et ces analyses fourniraient ainsi une détection de MADO plus importante chez ces individus.

Les données du registre des MADO sont présentées sous l'angle de l'incidence, alors que certaines MADO s'avèrent plutôt un mélange d'incidence et de prévalence. En effet, certaines maladies comme les hépatites chroniques ou sans précision et certaines ITSS peuvent être

asymptomatiques et être détectées accidentellement à la suite d'un dépistage d'ordre plus général (Louchini et Douville-Fradet, 2001). Il faut également préciser que le registre des MADO est basé sur les épisodes et non sur les individus. Une personne peut être à la source de plus d'un épisode de MADO. Le lecteur doit tenir compte de cet élément lors de l'interprétation des taux d'incidence.

Les regroupements des MADO

Afin d'alléger la présentation des statistiques sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire, certaines d'entre elles ont été regroupées. C'est le cas de l'infection à *Haemophilus influenzae* de type B (regroupement de l'infection *Haemophilus influenzae* de type B méningite, bactériémie et autres formes envahissantes), de la méningite à entérovirus (regroupement de la méningite à entérovirus Coxsackie, Écho et sans précision), de la syphilis (regroupement de la syphilis congénitale, primaire, secondaire, latente, cardiovasculaire, nerveuse asymptomatique, nerveuse symptomatique, symptomatique tardive et sans précision), de la toxi-infection alimentaire ou hydrique (regroupement de la toxi-infection alimentaire à staphylocoques, à *clostridium botulinum*, à *clostridium perfringens*, à *vibrio parahaemolyticus*, à *bacillus cereus*, à toxine de poisson et de coquillage, à toxine de champignon et toxi-infection alimentaire ou hydrique sans précision) de l'infection à *Plasmodium* (regroupement de l'infection à *Plasmodium falciparum*, *vivax*, *malariae*, *ovale* et sans précision) et de l'encéphalite à virus (regroupement de l'encéphalite à virus par tiques, par arthropodes et par vecteurs non précisés).

2. PORTRAIT SYNTHÈSE DES MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

2.1 L'évolution de 1999 à 2003

De 1999 à 2003, le nombre de maladies infectieuses à déclaration obligatoire dans Lanaudière a diminué progressivement de 1 301 à 1 073 épisodes, soit un écart de 18 %. Parmi les catégories de MADO ayant connu une baisse notable d'épisodes, on retrouve les maladies évitables par la vaccination de base et les maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire. En 1999, on dénombrait 170 épisodes de maladies évitables par la vaccination de base alors qu'en 2003 ce nombre était passé à 27 (diminution de 84 %). La coqueluche qui obtient 166 épisodes en 1999 et 26 en 2003 joue un rôle majeur dans cette décroissance. Quant au nombre d'épisodes de maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire, il a chuté de 244 à 121 épisodes (diminution de 50 %). Cette fois, le rôle de la scarlatine est également important. On dénombre 161 épisodes de cette maladie en 1999 et 60 en 2003². Quelques catégories de MADO voient leur nombre d'épisodes osciller en dents de scie. Parmi celles-ci, les infections transmissibles sexuellement ou par le sang obtiennent un nombre d'épisodes minimal de 555 en 2002 et un nombre maximal de 631 en 2003. À l'intérieur de cette catégorie, le nombre d'épisodes de chlamydie génitale s'accroît. Il est passé de 393 en 1999 à 513 en 2003, soit une augmentation de 31 %. Les maladies d'origine hydrique ou alimentaire voient pour leur part le nombre d'épisodes fluctuer de 308 en 1999 à 287 en 2003. Quant aux maladies transmissibles par vecteur ou autres zoonoses, leur nombre d'épisodes passe de 3 en 1999 à 7 en 2003.

Au Québec, le portrait diffère. De 1999 à 2003, le nombre d'épisodes de maladies infectieuses à déclaration obligatoire varie de 24 220 en 1999 à 25 769 en 2003 (accroissement de 6 %). Malgré cette hausse, le nombre total d'épisodes n'augmente pas de façon stable au cours des années. Pour leur part, les maladies évitables par la vaccination de base ainsi que les maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire connaissent des variations similaires à celles de Lanaudière. En ce qui a trait aux maladies transmissibles sexuellement ou par le sang, l'augmentation de leur nombre d'épisodes s'avère, comme celle de Lanaudière, régulière. On dénombrait 13 276 de ces infections au Québec en 1999 pour 17 726 en 2003, soit une augmentation de 34 %. Les maladies d'origine hydrique ou alimentaire oscillent pour leur part en dents de scie tout comme les maladies transmissibles par vecteur et autres zoonoses (tableau 1).

2.2 Le portrait en 2003

La répartition du nombre d'épisodes selon la catégorie de maladies infectieuses à déclaration obligatoire illustre qu'avec 59 %, les maladies transmissibles sexuellement ou par le sang occupent une place importante dans Lanaudière. Cette proportion est toutefois plus élevée au Québec (69 %). L'infection la plus déclarée dans cette catégorie de MADO est la chlamydie génitale. Dans Lanaudière, elle représente plus de 80 % des infections de cette catégorie alors que cette proportion s'établit à 70 % au Québec.

² La scarlatine a été retirée de la liste des MADO le 20 novembre 2003. Cette situation a pu avoir un impact sur le nombre d'épisodes en 2003.

En second lieu, viennent les maladies d'origine hydrique ou alimentaire. Dans Lanaudière, elles représentent 27 % des maladies infectieuses à déclaration obligatoire et 21 % au Québec. Dans cette catégorie, l'infection à *Campylobacter* s'avère la MADO la plus déclarée (46 % dans Lanaudière et 43 % au Québec). Les maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire arrivent en troisième place avec 11 % des déclarations dans Lanaudière et 8 % au Québec. Dans Lanaudière, la scarlatine s'accapare la moitié des déclarations de cette catégorie de MADO. À l'échelle du Québec, le streptocoque *pneumoniae* invasif est la MADO la plus fréquente. Celle-ci est à la source de 42 % des déclarations québécoises parmi les maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire. Les maladies évitables par la vaccination de base arrivent ensuite avec 3 % des déclarations de MADO au niveau de Lanaudière et 1 % au Québec. La coqueluche constitue la MADO la plus fréquente dans cette catégorie. Plus de neuf déclarations sur dix de cette catégorie de maladies infectieuses à déclaration obligatoire y sont liées. Les maladies transmissibles par vecteur et autres zoonoses représentent pour leur part moins de 1 % des déclarations. Dans Lanaudière, l'infection à *Plasmodium* et la trichinose sont responsables chacune de 43 % des déclarations de cette catégorie de MADO³, alors qu'au Québec l'infection à *Plasmodium* représente 60 % des épisodes de ce type de MADO (tableau 1).

Au chapitre de l'incidence brute, on remarque que Lanaudière possède un taux global de MADO significativement inférieur à celui du Québec (263,0 pour 100 000 personnes contre 345,6). Cette différence est principalement due à l'incidence moins marquée d'infections transmissibles sexuellement ou par le sang dans Lanaudière qu'au Québec (respectivement 154,7 pour 100 000 personnes contre 237,7), notamment la chlamydie génitale, l'hépatite B porteur chronique, l'hépatite B sans précision, l'hépatite C sans précision, l'infection gonococcique, le sida, la syphilis et le VIH. Également, dans Lanaudière, l'incidence brute de certaines MADO s'avère nettement inférieure à celle du Québec. C'est le cas du streptocoque *pneumoniae* invasif, de la tuberculose, de l'amibiase, de la gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée et de l'hépatite A. À l'opposé, on note que l'incidence brute de la scarlatine et de la toxi-infection alimentaire et hydrique est significativement supérieure dans Lanaudière comparativement au Québec (tableau 2).

³ Parmi les sept épisodes de maladies transmissibles par vecteur et autres zoonoses dans Lanaudière en 2003, on dénombre trois épisodes d'infection à *Plasmodium* ainsi que trois épisodes de trichinose.

Tableau 1
Nombre de cas déclarés de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'année,
Lanaudière et le Québec, 1999 à 2003

MADO	Lanaudière					Le Québec				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Maladies évitables par la vaccination (MEV)										
Coqueluche	166	111	160	81	26	1 795	805	1 024	1 069	281
Infection à <i>Haemophilus influenzae</i> de type b	4	0	0	0	1	10	8	7	8	19
Oreillons	0	0	0	0	0	7	19	15	3	6
Rougeole	0	0	0	0	0	3	32	0	2	3
Rubéole	0	0	1	0	0	1	3	2	3	0
Rubéole congénitale	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0
Sous-total	170	111	161	81	27	1 817	868	1 049	1 085	309
Maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire										
Infection à méningocoques	0	1	3	3	3	36	37	101	71	58
Légionellose	4	0	2	1	2	15	12	18	27	15
Lèpre	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Méningite à entérovirus ¹	8	2	2	12	5	192	84	68	124	88
Scarlatine ¹	161	166	46	83	60	1 102	1 298	619	658	463
Streptocoque A invasif	7	13	10	10	18	167	196	154	160	280
Streptocoque B invasif ¹	2	6	6	2	1	79	55	40	55	68
Streptocoque <i>pneumoniae</i> invasif	50	28	50	27	26	738	780	883	821	863
Tuberculose	12	3	3	2	6	312	318	261	290	244
Sous-total	244	219	122	140	121	2 641	2 781	2 144	2 207	2 079
Infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS)										
Chancre mou	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Chlamydie génitale	393	393	403	406	513	7 867	8 731	10 205	11 129	12 323
Chlamydie oculaire	1	1	0	1	1	9	11	17	16	19
Chlamydie pulmonaire	0	0	1	0	0	8	7	8	5	12
Hépatite B aiguë	8	4	2	5	3	164	183	96	100	92
Hépatite B porteur chronique ²	15	25	9	8	14	968	973	1 066	978	866
Hépatite B sans précision ²	0	1	1	0	2	133	139	121	145	195
Hépatite C aiguë	0	0	0	0	0	5	2	3	0	3
Hépatite C sans précision ²	141	127	132	96	68	3 305	4 159	3 357	2 911	2 550
Hépatite sans précision ²	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Herpès néonatal ³	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1
Infection gonococcique	14	11	22	19	21	614	674	831	880	880
Infection à HTLV type I ou II ⁴	---	---	---	---	0	---	---	---	---	4
Lymphogranulomatose vénérienne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Sida	4	0	1	2	1	170	163	112	100	128
Syphilis	0	2	0	1	3	33	33	54	93	256
VIH ⁵	---	---	---	17	5	---	---	---	508	395
Sous-total	576	564	571	555	631	13 276	15 076	15 874	16 865	17 726

Tableau 1 (suite)
Nombre de cas déclarés de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'année,
Lanaudière et le Québec, 1999 à 2003

MADO	Lanaudière					Le Québec				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Maladies d'origine hydrique ou alimentaire (MOHA)										
Amibiase	1	1	0	0	1	213	216	216	200	213
Botulisme	0	1	0	0	0	3	2	4	7	4
Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée	1	4	3	0	1	25	66	30	105	109
Infection à <i>E. Coli</i> producteur de vérocytoxine O157 : H7	20	26	19	8	12	379	467	291	243	127
Infection à <i>E. Coli</i> producteur de vérocytoxine autre agent pathogène	0	0	0	0	0	0	2	3	3	3
Infection à <i>E. Coli</i> producteur de vérocytoxine agent pathogène indéterminé	0	0	3	0	0	69	67	45	14	4
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	1	8	11	8	9	150	142	119	141	141
Fièvre paratyphoïde A	0	0	0	0	0	5	3	6	2	4
Fièvre paratyphoïde B	0	0	0	0	0	3	9	10	12	18
Fièvre paratyphoïde C	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Fièvre paratyphoïde sans précision	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Fièvre typhoïde	0	0	0	0	1	10	11	11	14	15
Giardiase	66	48	41	53	49	1 075	931	882	955	938
Hépatite A	28	4	6	3	1	172	110	108	96	101
Infection à <i>Campylobacter</i>	137	123	148	157	131	2 806	2 669	2 428	2 545	2 346
Listériose ⁶	---	---	---	---	0	---	---	---	---	4
Salmonellose	40	38	48	66	54	1 017	1 067	1 059	1 205	1 104
Shigellose	5	5	5	5	11	206	458	294	197	229
Toxi-infection alimentaire et hydrique	9	22	11	28	17	125	184	107	142	111
Sous-total	308	280	295	328	287	6 259	6 404	5 614	5 881	5 471
Maladies transmissibles par vecteur et autres zoonoses										
Brucellose	0	0	0	0	0	3	1	3	2	2
Infection à <i>Plasmodium</i>	2	3	4	2	3	99	171	179	102	110
Infection par le virus du Nil occidental (VNO) ⁴	---	---	---	---	1	---	---	---	11	17
Encéphalite virale transmise par arthropodes	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0
Encéphalite à virus transmise par tiques	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Fièvre Q	1	1	1	2	0	110	42	41	33	38
Psittacose	0	0	0	0	0	2	1	0	0	2
Rage	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Trichinose	0	0	0	0	3	1	0	0	0	6
Tularémie	0	1	0	0	0	12	18	8	8	8
Sous-total	3	5	5	4	7	227	234	232	164	184
Total des maladies infectieuses à déclaration obligatoire	1 301	1 179	1 154	1 108	1 073	24 220	25 363	24 913	26 202	25 769

1. Depuis le 20 novembre 2003, cette maladie a été retirée de la liste des MADO.
2. Pour cette MADO, il s'agit plutôt d'un mélange d'incidence et de prévalence.
3. Depuis le 20 novembre 2003, cette infection a été retirée de la liste des MADO.
4. Depuis le 20 novembre 2003, cette infection est devenue une MADO.
5. Depuis le 18 avril 2002, cette infection est devenue une MADO.
6. Depuis le 20 novembre 2003, cette maladie est devenue une MADO.

Source : Fichier des MADO, LSPQ, juin 2004.

Tableau 2
Taux brut d'incidence de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'année,
Lanaudière et le Québec, 1999 à 2003 (pour 100 000 personnes)

MADO	Lanaudière					Le Québec				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Maladies évitables par la vaccination (MEV)										
Coqueluche	41,8 (+)	27,8 (+)	39,8 (+)	20,0 (+)	6,4	24,4	10,9	13,8	14,4	3,8
Infection à <i>Haemophilus influenzae</i> de type b	1,0	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3
Oreillons	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,1	0,3	0,2	0,0	0,1
Rougeole	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
Rubéole	0,0 #	0,0 #	0,2	0,0 #	0,0 #	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rubéole congénitale	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sous-total	42,9 (+)	27,8 (+)	40,1 (+)	20,0 (+)	6,6	24,7	11,8	14,2	14,6	4,1
Maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire										
Infection à méningocoques	0,0 #	0,3	0,7	0,7	0,7	0,5	0,5	1,4	1,0	0,8
Légionellose	1,0	0,0 #	0,5	0,2	0,5	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2
Lèpre	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Méningite à entérovirus ¹	2,0	0,5	0,5	3,0	1,2	2,6	1,1	0,9	1,7	1,2
Scarlatine ¹	40,6 (+)	41,6 (+)	11,4	20,5 (+)	14,7 (+)	15,0	17,6	8,4	8,9	6,2
Streptocoque A invasif	1,8	3,3	2,5	2,5	4,4	2,3	2,7	2,1	2,2	3,8
Streptocoque B invasif ¹	0,5	1,5	1,5	0,5	0,2	1,1	0,7	0,5	0,7	0,9
Streptocoque <i>pneumoniae</i> invasif	12,6	7,0 (-)	12,4	6,7 (-)	6,4 (-)	10,0	10,6	11,9	11,1	11,6
Tuberculose	3,0	0,8 (-)	0,7 (-)	0,5 (-)	1,5 (-)	4,2	4,3	3,5	3,9	3,3
Sous-total	61,5 (+)	54,9 (+)	30,4	34,6	29,7	36,0	37,7	29,0	29,7	27,9
Infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS)										
Chancre mou	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Chlamydie génitale	99,1	98,5 (-)	100,3 (-)	100,3 (-)	125,8 (-)	107,1	118,4	137,9	149,8	165,3
Chlamydie oculaire	0,3	0,3	0,0 #	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3
Chlamydie pulmonaire	0,0 #	0,0 #	0,2	0,0 #	0,0 #	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Hépatite B aiguë	2,0	1,0 (-)	0,5	1,2	0,7	2,2	2,5	1,3	1,3	1,2
Hépatite B porteur chronique ²	3,8 (-)	6,3 (-)	2,2 (-)	2,0 (-)	3,4 (-)	13,2	13,2	14,4	13,2	11,6
Hépatite B sans précision ²	0,0 #	0,3 (-)	0,2 (-)	0,0 #	0,5 (-)	1,8	1,9	1,6	2,0	2,6
Hépatite C aiguë	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Hépatite C sans précision ²	35,5 (-)	31,8 (-)	32,9 (-)	23,7 (-)	16,7 (-)	45,0	56,4	45,4	39,2	34,2
Hépatite sans précision ²	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Herpès néonatal ³	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Infection gonococcique	3,5 (-)	2,8 (-)	5,5 (-)	4,7 (-)	5,1 (-)	8,4	9,1	11,2	11,8	11,8
Infection à HTLV type I ou II ⁴	---	---	---	---	0,0 #	---	---	---	---	0,1
Lymphogranulomatose vénérienne	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sida	1,0	0,0 #	0,2 (-)	0,5	0,2 (-)	2,3	2,2	1,5	1,3	1,7
Syphilis	0,0 #	0,5	0,0 #	0,2 (-)	0,7 (-)	0,4	0,4	0,7	1,3	3,4
VIH ⁵	---	---	---	4,2 (-)	1,2 (-)	---	---	---	6,8	5,3
Sous-total	145,2 (-)	141,3 (-)	142,1 (-)	137,1 (-)	154,7 (-)	180,7	204,5	214,5	227,0	237,7

Tableau 2 (suite)
Taux brut d'incidence de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'année,
Lanaudière et le Québec, 1999 à 2003 (pour 100 000 personnes)

MADO	Lanaudière					Le Québec				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Maladies d'origine hydrique ou alimentaire (MOHA)										
Amibiase	0,3 (-)	0,3 (-)	0,0 #	0,0 #	0,2 (-)	2,9	2,9	2,9	2,7	2,9
Botulisme	0,0 #	0,3	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée	0,3	1,0	0,7	0,0 #	0,2 (-)	0,3	0,9	0,4	1,4	1,5
Infection à <i>E. Coli</i> producteur de vérocytoxine O157 : H7	5,0	6,5	4,7	2,0	2,9	5,2	6,3	3,9	3,3	1,7
Infection à <i>E. Coli</i> producteur de vérocytoxine autre agent pathogène	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Infection à <i>E. Coli</i> producteur de vérocytoxine agent pathogène indéterminé	0,0 #	0,0 #	0,7	0,0 #	0,0 #	0,9	0,9	0,6	0,2	0,1
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	0,3 (-)	2,0	2,7	2,0	2,2	2,0	1,9	1,6	1,9	1,9
Fièvre paratyphoïde A	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
Fièvre paratyphoïde B	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2
Fièvre paratyphoïde C	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fièvre paratyphoïde sans précision	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fièvre typhoïde	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Giardiase	16,6	12,0	10,2	13,1	12,0	14,6	12,6	11,9	12,9	12,6
Hépatite A	7,1 (-)	1,0	1,5	0,7	0,2 (-)	2,3	1,5	1,5	1,3	1,4
Infection à <i>Campylobacter</i>	34,5	30,8	36,8	38,8	32,1	38,2	36,2	32,8	34,3	31,5
Listériose ⁶	---	---	---	---	0,0 #	---	---	---	---	0,1
Salmonellose	10,1	9,5 (-)	11,9	16,3	13,2	13,8	14,5	14,3	16,2	14,8
Shigellose	1,3 (-)	1,3 (-)	1,2 (-)	1,2	2,7	2,8	6,2	4,0	2,7	3,1
Toxi-infection alimentaire et hydrique	2,3	5,5 (+)	2,7	6,9 (+)	4,2 (+)	1,7	2,5	1,4	1,9	1,5
Sous-total	77,6	70,2 (-)	73,4	81,0	70,4	85,2	86,9	75,9	79,2	73,4
Maladies transmissibles par vecteur et autres zoonoses										
Brucellose	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Infection à <i>Plasmodium</i>	0,5	0,8 (-)	1,0 (-)	0,5	0,7	1,3	2,3	2,4	1,4	1,5
Infection par le virus du Nil occidental (VNO) ⁴	---	---	---	---	0,2	---	---	---	0,1	0,2
Encéphalite virale transmise par arthropodes	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Encéphalite à virus transmise par tiques	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fièvre Q	0,3 (-)	0,3	0,2	0,5	0,0 #	1,5	0,6	0,6	0,4	0,5
Psittacose	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rage	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Trichinose	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Tularémie	0,0 #	0,3	0,0 #	0,0 #	0,0 #	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Sous-total	0,8 (-)	1,3 (-)	1,2 (-)	1,0	1,7	3,1	3,2	3,1	2,2	2,5
Total des maladies infectieuses à déclaration obligatoire	328,0	295,5 (-)	287,2 (-)	273,6 (-)	263,0 (-)	329,7	344,1	336,7	352,7	345,6

1. Depuis le 20 novembre 2003, cette maladie a été retirée de la liste des MADO.

2. Pour cette MADO, il s'agit plutôt d'un mélange d'incidence et de prévalence.

3. Depuis le 20 novembre 2003, cette infection a été retirée de la liste des MADO.

4. Depuis le 20 novembre 2003, cette infection est devenue une MADO.

5. Depuis le 18 avril 2002, cette infection est devenue une MADO.

6. Depuis le 20 novembre 2003, cette maladie est devenue une MADO.

(+) Taux significativement plus élevé que celui du Québec pour la même MADO et la même année à un seuil de 0,05.

(-) Taux significativement plus faible que celui du Québec pour la même MADO et la même année à un seuil de 0,05.

En raison d'un nombre incident égal à zéro, l'écart statistique entre le taux de Lanaudière et celui du Québec pour la même MADO et la même année ne peut être calculé.

Sources : Fichier des MADO, LSPQ, juin 2004.

MARQUIS, G. et É. CADIEUX. *Projections de population selon le sexe et l'année d'âge, région de Lanaudière et sous régions, 1996 à 2021*, RRSS de Lanaudière, 2000.

3. MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

En 2003, les maladies évitables par la vaccination étaient responsables de 27 épisodes dans Lanaudière. Hormis un épisode d'infection à *Haemophilus influenzae* de type b, l'ensemble de ces déclarations sont relatives à la coqueluche. Celle-ci affecte majoritairement les personnes de 5 à 14 ans. On remarque également qu'un peu plus de filles sont touchées par cette maladie.

4. MALADIES TRANSMISSIBLES PAR CONTACT DIRECT OU PAR VOIE RESPIRATOIRE

Les épisodes de maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire en 2003 dans Lanaudière sont au nombre de 121. Parmi ceux-ci, 60 sont attribuables à la scarlatine⁴. On retrouve par ailleurs 26 cas de streptocoque *pneumoniae* invasif. Autant de femmes que d'hommes ont souffert de cette maladie. Par contre, les personnes adultes âgées de 25 ans et plus sont plus nombreuses à avoir été touchées par cette MADO. On recense également dix-huit épisodes de streptocoque A invasif. Tout comme le streptocoque *pneumoniae* invasif, cette maladie touche les femmes et les hommes de façon égale. Les personnes âgées de 25 ans et plus sont aussi plus nombreuses à l'avoir contracté.

Du côté de la tuberculose, Lanaudière compte six épisodes en 2003. Plus d'hommes que de femmes ont attrapé cette maladie. Par ailleurs, seuls les adultes de 25 ans et plus en ont souffert. En ce qui a trait à l'infection à méningocoques, trois épisodes ont été enregistrés. Deux de ces épisodes se retrouvent chez les hommes. Les personnes infectées étaient pour leur part âgées de 15 à 24 ans et de 45 à 64 ans. Deux personnes âgées de 65 ans et plus ont aussi été touchées par la légionellose. On comptabilise aussi cinq épisodes de méningite à entérovirus et un de streptocoque B invasif⁵.

⁴ Comme la scarlatine ne fait plus partie des MADO depuis le 20 novembre 2003, elle n'est pas analysée en détail dans ce rapport.

⁵ La méningite à entérovirus et le streptocoque B invasif ne font plus partie des MADO depuis le 20 novembre 2003. Par conséquent, l'analyse de ces MADO a été volontairement abrégée.

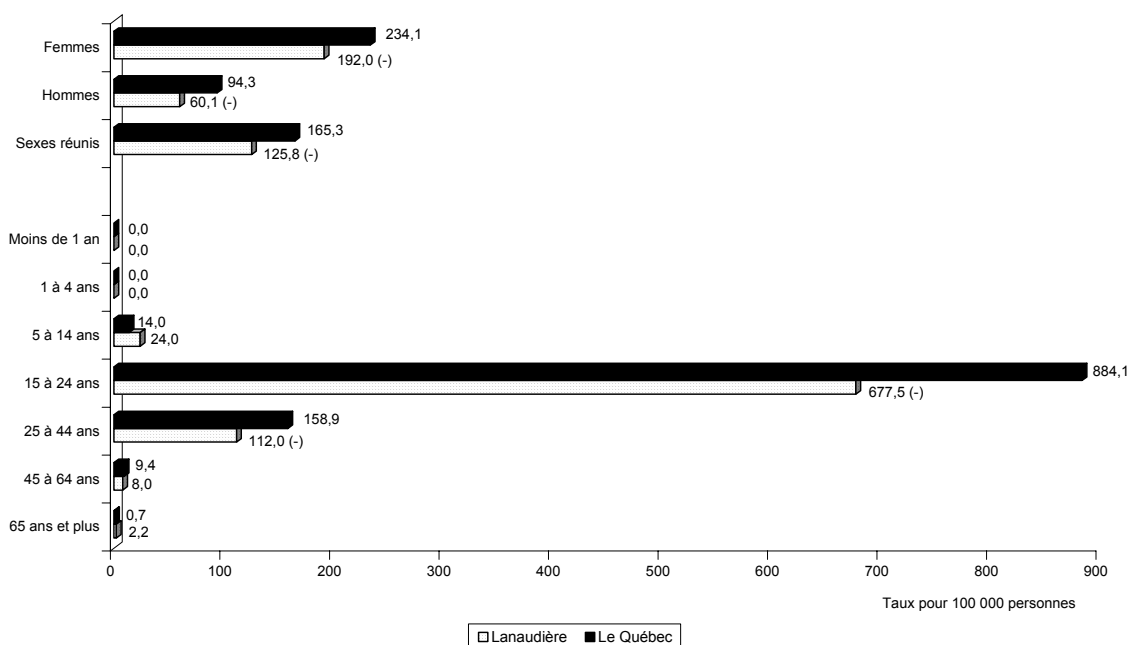
5. INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

La chlamydie sexuelle

En 2003, le nombre d'épisodes de chlamydie sexuelle se chiffre à 513 dans Lanaudière. Il en résulte un taux brut d'incidence de 125,8 pour 100 000 personnes, ce qui est significativement inférieur au taux du Québec (165,3). Les femmes et les personnes âgées de 15 à 24 ans obtiennent les taux bruts les plus élevés. Dans Lanaudière, leur taux grimpe respectivement à 192,0 pour 100 000 personnes ainsi qu'à 677,5. Ces taux sont toutefois moins importants que ceux des Québécoises et des personnes âgées de 15 à 24 ans du Québec (234,1 pour 100 000 personnes et 884,1) (figure 1).

Au regard de l'incidence ajustée, on note que l'indice comparatif de chlamydie sexuelle des différentes MRC de Lanaudière s'avèrent, pour la plupart, sous la valeur québécoise (figure 2). De plus, l'indice comparatif des MRC de Montcalm (54,0), de L'Assomption (56,8), de D'Autray (72,5) et de Joliette se situent nettement sous la valeur 100. Seule la MRC de Matawinie (127,4) affiche un indice comparatif qui semble supérieur à celui du Québec. Lorsque l'on établit la comparaison avec les autres régions sociosanitaires du Québec, avec un indice comparatif de 78,2, Lanaudière se place parmi les régions ayant une incidence nettement inférieure au Québec (figure 3). Seules les régions sociosanitaires de Chaudières-Appalaches (53,9), de la Montérégie (67,5), de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (74,8) et du Saguenay-Lac-St-Jean (78,1) obtiennent un indice comparatif moins élevé.

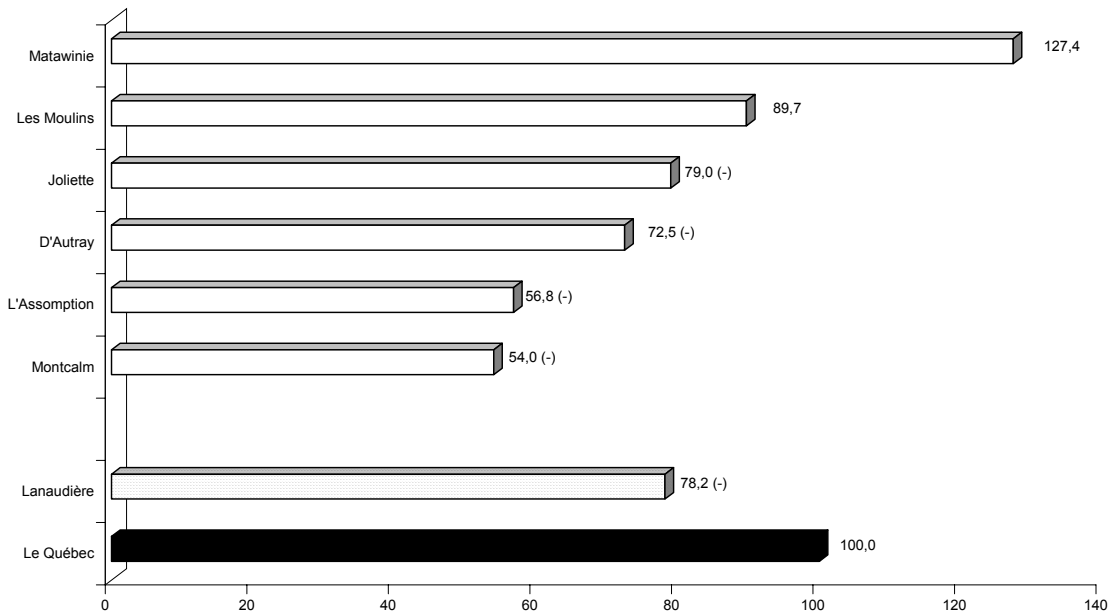
Figure 1
Taux brut d'incidence de chlamydie sexuelle selon le sexe ou le groupe d'âge,
Lanaudière et le Québec, 2003 (pour 100 000 personnes)



Sources : Fichier des MADO, LSPQ, juin 2004.

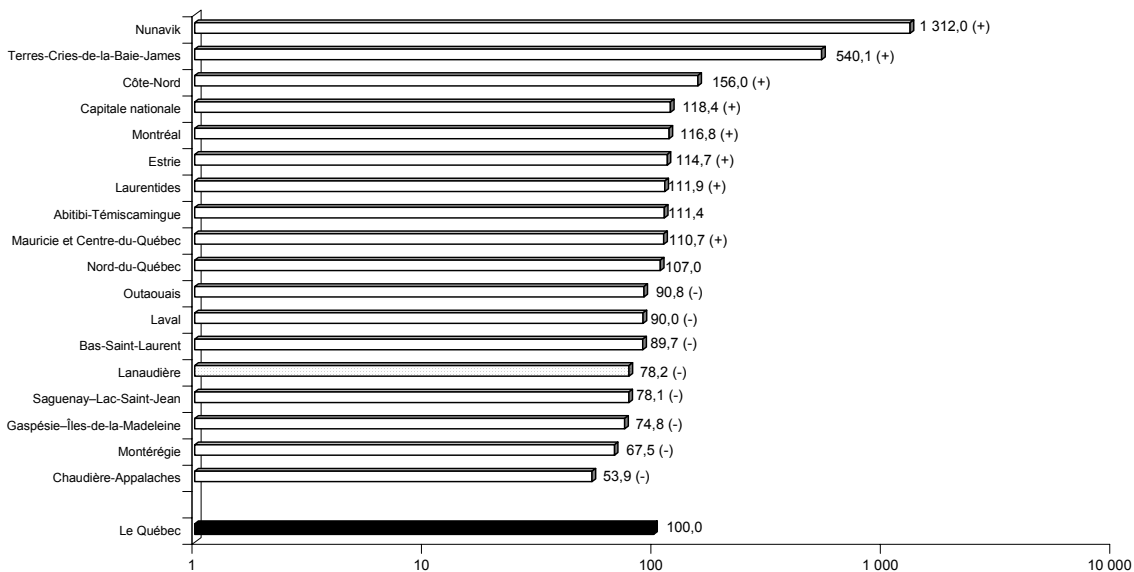
MARQUIS, G. et É. CADIEUX. *Projections de la population selon le sexe et l'année d'âge, région de Lanaudière et sous-régions, 1996 à 2021*, RRSS de Lanaudière, 2000.

Figure 2
Indice comparatif de chlamydie génitale selon la MRC,
Lanaudière et le Québec, 2003



Sources : Fichier des MADO, LSPQ, juin 2004.
 MARQUIS, G. et É. CADIEUX. *Projections de la population selon le sexe et l'année d'âge, région de Lanaudière et sous-régions, 1996 à 2021*, RRSS de Lanaudière, 2000.

Figure 3
Indice comparatif de chlamydie génitale selon la région sociosanitaire, le Québec, 2003



Sources : Fichier des MADO, LSPQ, juin 2004.
 MARQUIS, G. et É. CADIEUX. *Projections de la population selon le sexe et l'année d'âge, région de Lanaudière et sous-régions, 1996 à 2021*, RRSS de Lanaudière, 2000.
 PELLETIER, G. *La population du Québec par territoire de CLSC, par territoire sociosanitaire et par région sociosanitaire pour la période de 1981 à 2021*, MSSS, 2000.

Hormis la chlamydie génitale, on recense plus d'une centaine d'épisodes d'infections transmissibles sexuellement et par le sang dans Lanaudière en 2003. Parmi ces épisodes, on note l'hépatite C sans précision (68 épisodes)⁶, l'infection gonococcique (21 épisodes), l'hépatite B porteur chronique (14 épisodes)⁷, le VIH (5 épisodes), la syphilis (3 épisodes), l'hépatite B aiguë (3 épisodes), la chlamydie oculaire (1 épisode) et le sida (1 épisode).

Parmi ces épisodes, on observe qu'à l'exception du VIH, de la syphilis et de la chlamydie oculaire, une majorité est associée à des hommes. En outre, l'hépatite C sans précision, l'hépatite B porteur chronique, la syphilis, l'hépatite B aiguë et le sida se retrouvent chez des sujets âgés de 25 ans et plus. Pour sa part, l'infection gonococcique se concentre principalement chez les personnes âgées de 15 à 44 ans. Aucune information sur l'âge n'est disponible pour les épisodes lanaudois de chlamydie oculaire et de VIH.

6. MALADIES D'ORIGINE HYDRIQUE OU ALIMENTAIRE

La giardiase

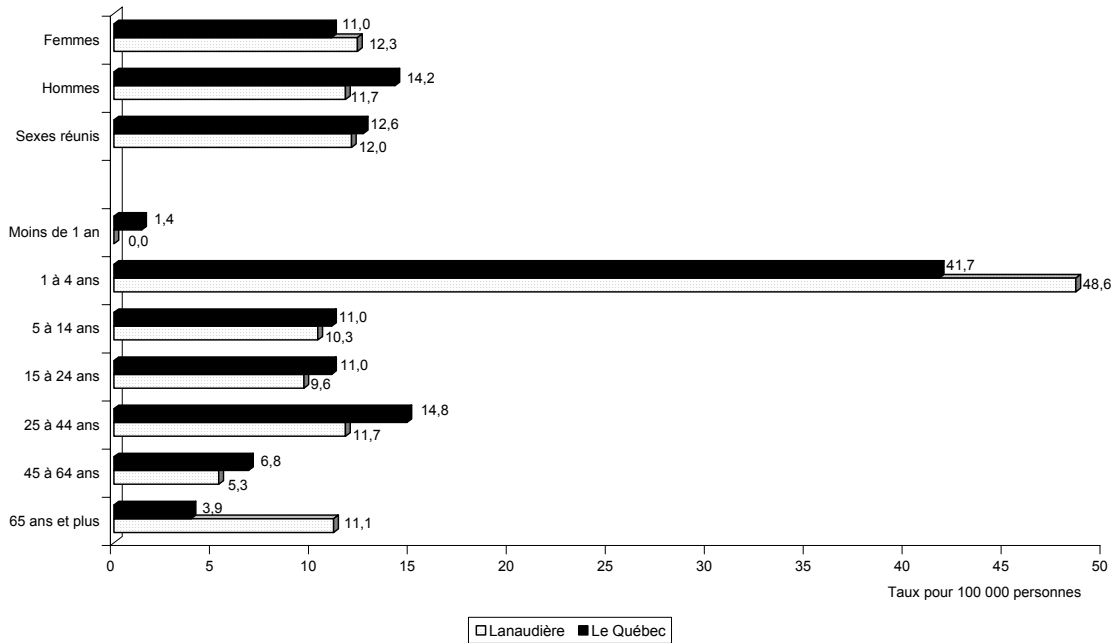
Un peu moins de 50 épisodes de giardiase ont été enregistrés dans Lanaudière en 2003. Le taux brut d'incidence correspondant s'établit à 12,0 pour 100 000 personnes (figure 4). Le taux québécois est quant à lui évalué à 12,6 pour 100 000 personnes. Peu de différences sont également notées entre les sexes au niveau de l'incidence brute. Toutefois, en ce qui concerne l'âge, on remarque que les enfants âgés de 1 à 4 ans possèdent les taux les plus élevés. Dans Lanaudière, ils obtiennent un taux de 48,6 pour 100 000 personnes et de 41,7 au Québec. À titre de comparaison, les personnes de 25 à 44 ans arrivent au deuxième rang avec un taux de 11,7 pour 100 000 personnes dans Lanaudière et de 14,8 au Québec.

À l'intérieur du territoire lanaudois, les MRC, sauf celle de L'Assomption, obtiennent une valeur inférieure à celle du Québec (figure 5). Ces valeurs varient de 21,8 pour la MRC de Montcalm à 86,9 pour la MRC de Matawinie. La MRC de Montcalm et celle de D'Autray avec des indices comparatifs de 21,8 et de 22,8 se distinguent statistiquement du Québec. À l'opposé, la MRC de L'Assomption, avec un indice comparatif de 180,5, se démarque par une valeur nettement supérieure à celle du Québec. L'indice comparatif de Lanaudière (96,5), comme celui de plusieurs régions sociosanitaires, ne se distingue pas du Québec (figure 6).

⁶ Pour cette MADO, il s'agit d'un mélange d'épisodes incidents et prévalents.

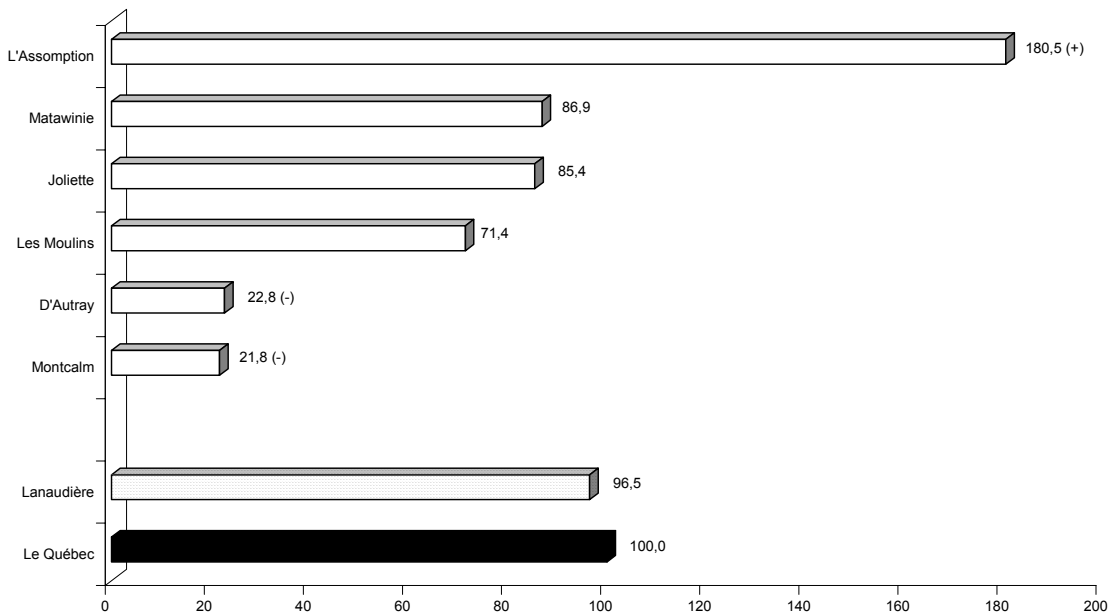
⁷ Pour cette MADO, il s'agit d'un mélange d'épisodes incidents et prévalents.

Figure 4
Taux brut d'incidence de giardiasse selon le sexe ou le groupe d'âge,
Lanaudière et le Québec, 2003 (pour 100 000 personnes)



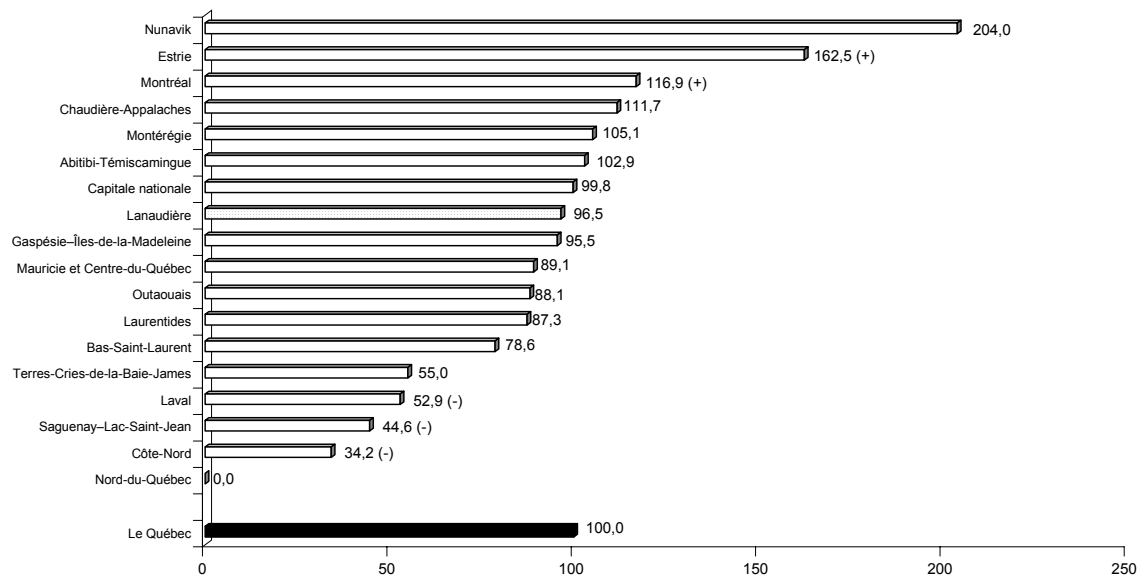
Sources : Fichier des MADO, LSPQ, juin 2004.
 MARQUIS, G. et É. CADIEUX. *Projections de la population selon le sexe et l'année d'âge, région de Lanaudière et sous-régions, 1996 à 2021*, RRSSS de Lanaudière, 2000.

Figure 5
Indice comparatif de giardiasse selon la MRC, Lanaudière et le Québec, 2003



Sources : Fichier des MADO, LSPQ, juin 2004.
 MARQUIS, G. et É. CADIEUX. *Projections de la population selon le sexe et l'année d'âge, région de Lanaudière et sous-régions, 1996 à 2021*, RRSSS de Lanaudière, 2000.

Figure 6
Indice comparatif de giardiase selon la région sociosanitaire, le Québec, 2003



Sources : Fichier des MADO, LSPQ, juin 2004.

MARQUIS, G. et É. CADIEUX. *Projections de la population selon le sexe et l'année d'âge, région de Lanaudière et sous-régions, 1996 à 2021*, RRSS de Lanaudière, 2000.

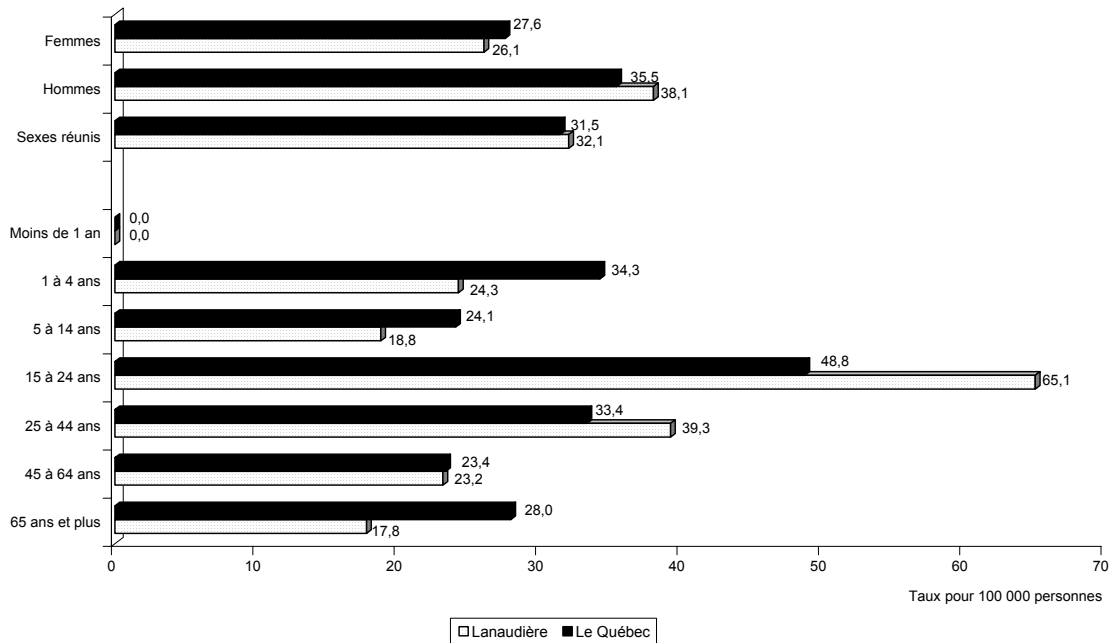
PELLETIER, G. *La population du Québec par territoire de CLSC, par territoire sociosanitaire et par région sociosanitaire pour la période de 1981 à 2021*, MSSS, 2000.

L'infection à Campylobacter

En 2003, on recense 131 épisodes d'infection à *Campylobacter* dans Lanaudière. Ce nombre engendre un taux d'incidence brute de 32,1 pour 100 000 personnes (figure 7). En comparaison, le taux québécois se chiffre à 31,5 au Québec. Il semble que le taux des hommes soit légèrement plus élevé que celui des femmes : 38,1 pour 100 000 personnes contre 26,1 dans Lanaudière. À l'échelle québécoise, on observe la même situation. Les Québécois affichent un taux de 35,5 pour 100 000 personnes contre 27,6 pour les Québécoises. En regard de l'âge, les personnes âgées de 15 à 24 ans s'emparent des taux bruts d'incidence les plus élevés. Dans Lanaudière, ces taux sont de 65,1 pour 100 000 personnes et de 48,8 au Québec.

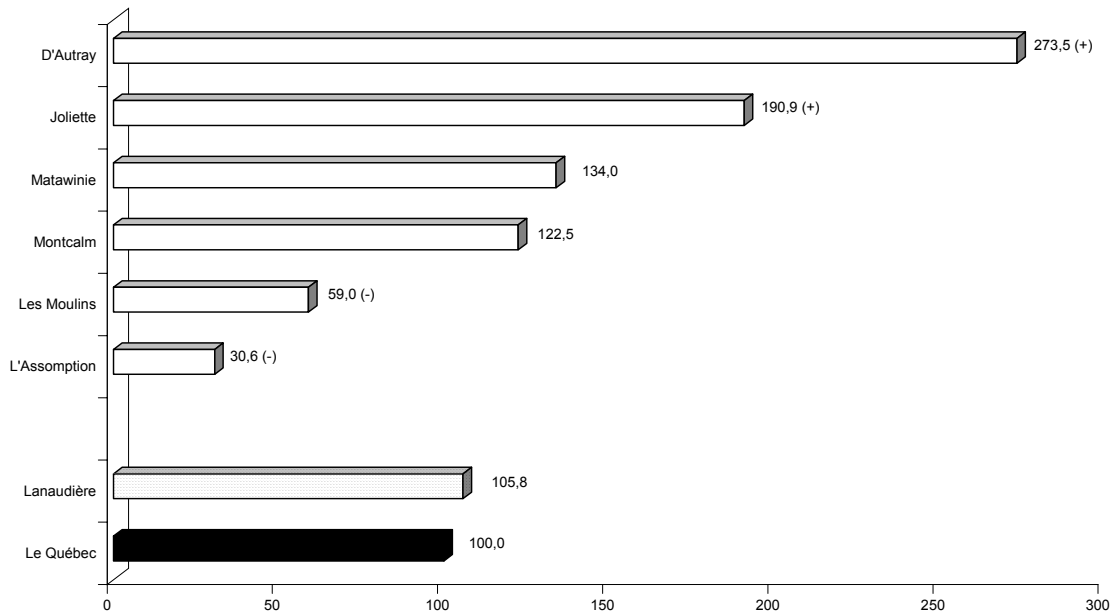
Une majorité de MRC lanaudoises affichent un indice comparatif plus élevé que 100 (figure 8). Les MRC de D'Autray (273,5) et de Joliette (190,9) se démarquent avec un indice comparatif nettement supérieur à la valeur québécoise. À l'inverse, les valeurs de l'indice comparatif des MRC de L'Assomption (30,6) et des Moulins (59,0) se situent nettement sous celle du Québec. Par ailleurs, avec une valeur 105,8, Lanaudière ne se démarque pas statistiquement de la province, bien que son indice comparatif soit un peu plus élevé (figure 9).

Figure 7
Taux brut d'incidence d'infection à Campylobacter selon le sexe ou le groupe d'âge,
Lanaudière et le Québec, 2003 (pour 100 000 personnes)



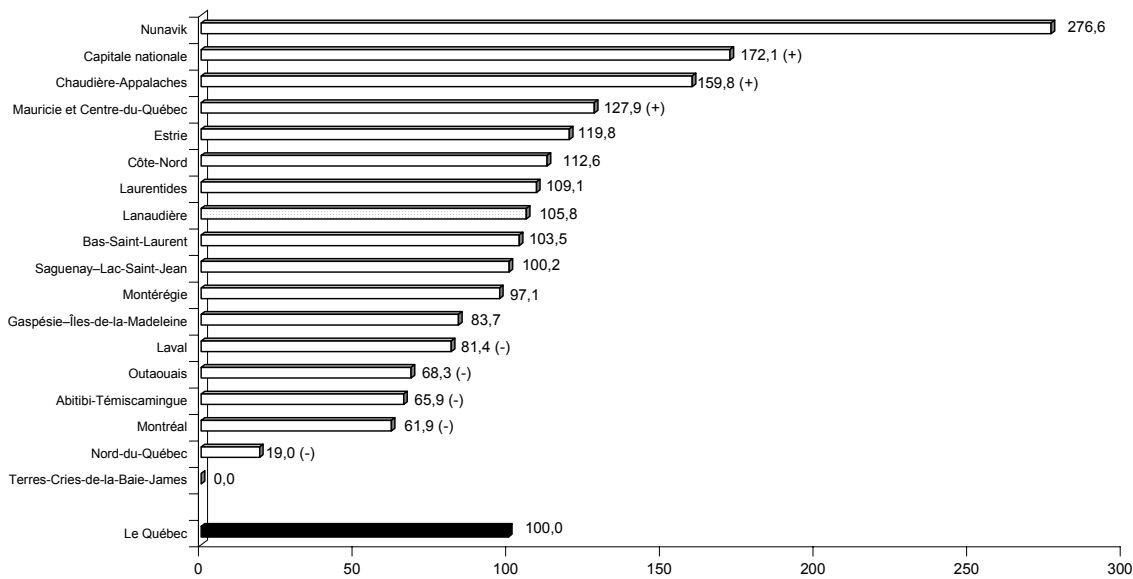
Sources : Fichier des MADO, LSPQ, juin 2004.
 MARQUIS, G. et É. CADIEUX. *Projections de la population selon le sexe et l'année d'âge, région de Lanaudière et sous-régions, 1996 à 2021*, RRSS de Lanaudière, 2000.

Figure 8
Indice comparatif d'infection à Campylobacter selon la MRC,
Lanaudière et le Québec, 2003



Sources : Fichier des MADO, LSPQ, juin 2004.
 MARQUIS, G. et É. CADIEUX. *Projections de la population selon le sexe et l'année d'âge, région de Lanaudière et sous-régions, 1996 à 2021*, RRSS de Lanaudière, 2000.

Figure 9
Indice comparatif d'infection à Campylobacter selon la région sociosanitaire, le Québec, 2003



Sources : Fichier des MADO, LSPQ, juin 2004.

MARQUIS, G. et É. CADIEUX. *Projections de la population selon le sexe et l'année d'âge, région de Lanaudière et sous-régions, 1996 à 2021*, RRSS de Lanaudière, 2000.

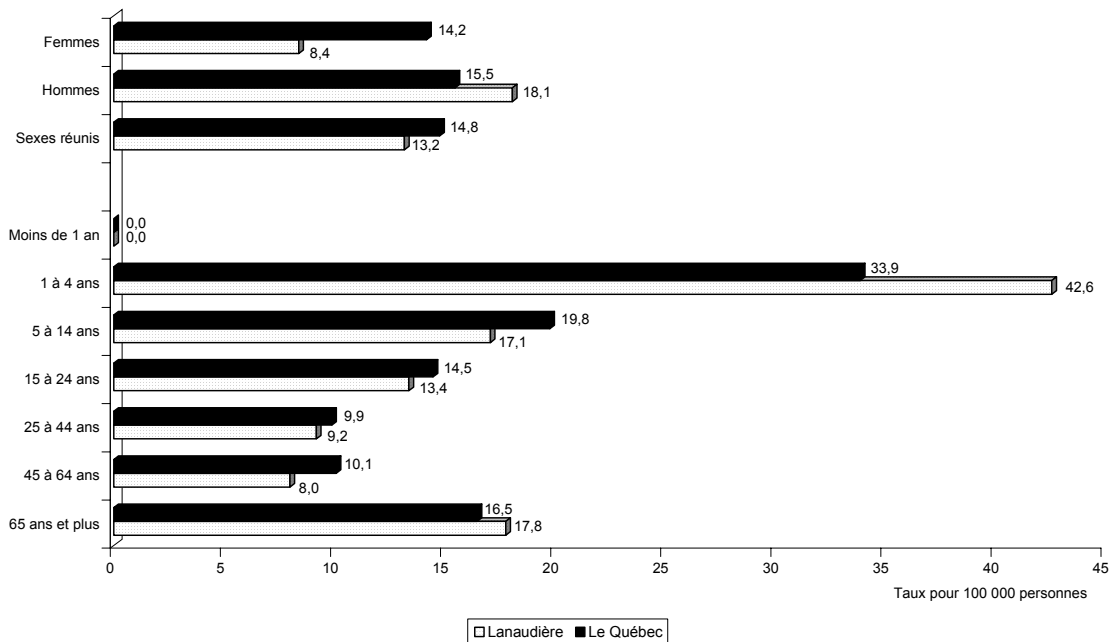
PELLETIER, G. *La population du Québec par territoire de CLSC, par territoire sociosanitaire et par région sociosanitaire pour la période de 1981 à 2021*, MSSS, 2000.

La salmonellose

En 2003, on enregistre un peu plus de 50 épisodes de salmonellose dans Lanaudière. Ce nombre d'épisodes incidents se traduit en un taux brut de 13,2 pour 100 000 personnes (figure 10). Au Québec, il se chiffre à 14,8. Sur le territoire lanaudois, les hommes se caractérisent par un taux brut d'incidence de 18,1 pour 100 000 personnes comparativement à 8,4 pour les femmes. Au Québec, un tel écart n'est pas noté. La répartition de l'incidence brute selon le groupe d'âge laisse entrevoir des taux élevés pour les enfants de 1 à 4 ans. Ceux-ci sont de 42,6 pour 100 000 personnes dans Lanaudière et de 33,9 au Québec.

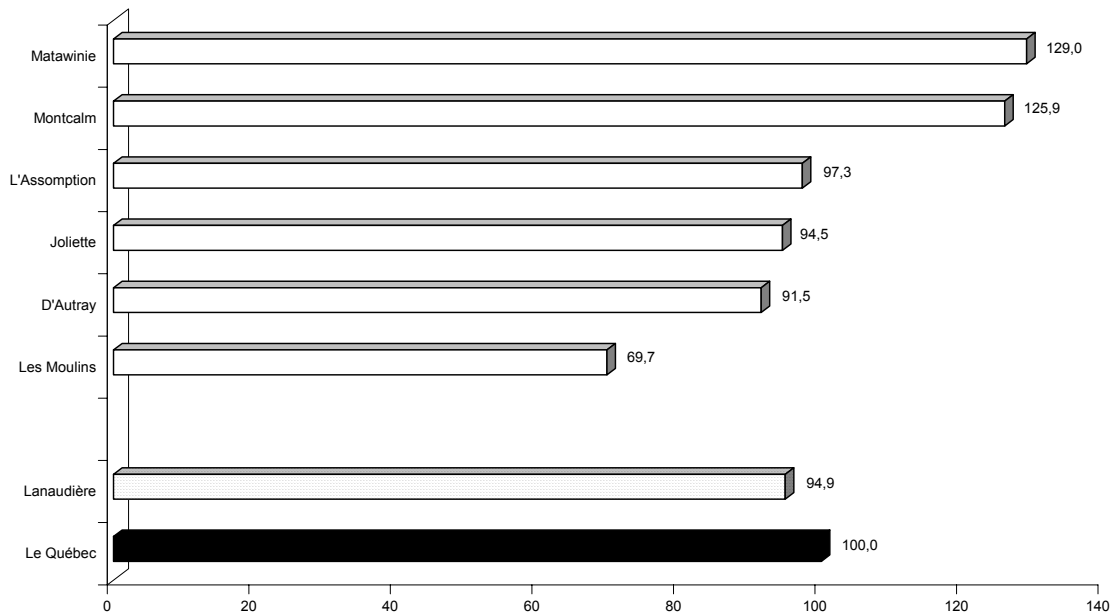
Les MRC des Moulins (69,7), de D'Autray (91,5), de Joliette (94,5) et de L'Assomption (97,3) se signalent par des indices comparatifs de salmonellose inférieurs à 100 (figure 11). De façon inverse, les MRC de Montcalm (125,9) et de Matawinie (129,0) dépassent la valeur québécoise. Aucune des différences entre les valeurs des indices comparatifs des MRC lanaudoises et celle du Québec n'est toutefois significative sur le plan statistique. La région de Lanaudière, avec un indice comparatif de 94,9, ne se démarque pas du Québec, tout comme une majorité de régions sociosanitaires (figure 12). À ce titre, seule la région de la Capitale nationale (147,8) affiche un indice comparatif supérieur à celui du Québec. Les régions de Montréal (78,0) et de la Montérégie (81,8) se caractérisent au contraire par un indice nettement inférieur.

Figure 10
Taux brut d'incidence de salmonellose selon le sexe ou le groupe d'âge,
Lanaudière et le Québec, 2003 (pour 100 000 personnes)



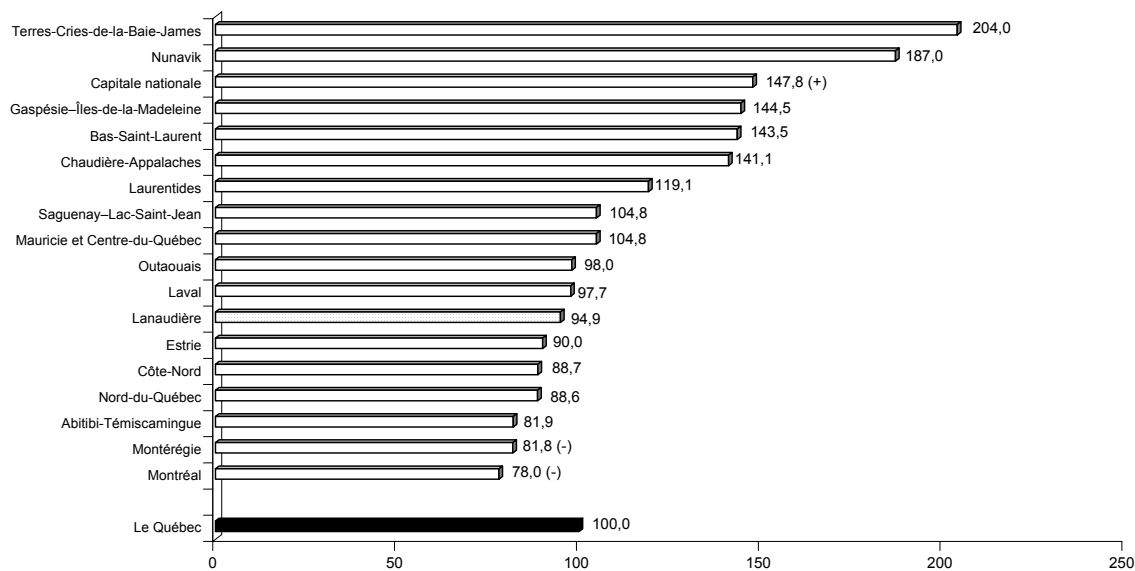
Sources : Fichier des MADO, LSPQ, juin 2004.
 MARQUIS, G. et É. CADIEUX. *Projections de la population selon le sexe et l'année d'âge, région de Lanaudière et sous-régions, 1996 à 2021*, RRSS de Lanaudière, 2000.

Figure 11
Indice comparatif de salmonellose selon la MRC,
Lanaudière et le Québec, 2003



Sources : Fichier des MADO, LSPQ, juin 2004.
 MARQUIS, G. et É. CADIEUX. *Projections de la population selon le sexe et l'année d'âge, région de Lanaudière et sous-régions, 1996 à 2021*, RRSS de Lanaudière, 2000.

Figure 12
Indice comparatif de salmonellose selon la région sociosanitaire, le Québec, 2003



Sources : Fichier des MADO, LSPQ, juin 2004.

MARQUIS, G. et É. CADIEUX. *Projections de la population selon le sexe et l'année d'âge, région de Lanaudière et sous-régions, 1996 à 2021*, RRSSS de Lanaudière, 2000.

PELLETIER, G. *La population du Québec par territoire de CLSC, par territoire sociosanitaire et par région sociosanitaire pour la période de 1981 à 2021*, MSSS, 2000.

Les autres maladies d'origine hydrique ou alimentaire

Les autres maladies d'origine hydrique ou alimentaire comptabilisent un nombre relativement moins important d'épisodes en 2003. Dans un ordre décroissant d'épisodes, on retrouve les MADO suivantes : la toxi-infection alimentaire et hydrique (17 épisodes), l'infection à *E. coli* producteur de vérocytoxine O157 : H7 (12 épisodes), la shigellose (11 épisodes), la gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica* (9 épisodes), l'amibiase (1 épisode), la gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée (1 épisode), la fièvre typhoïde (1 épisode) et l'hépatite A (1 épisode).

Les épisodes de ces maladies se distribuent de façon égale entre les sexes. Toutefois, on remarque que les personnes âgées de 25 à 44 ans comptent un nombre élevé d'épisodes. C'est particulièrement le cas pour la gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica* et la toxi-infection alimentaire ou hydrique.

7. MALADIES TRANSMISSIBLES PAR VECTEUR ET AUTRES ZONOSES

À l'intérieur de la catégorie des maladies transmissibles par vecteur et autre zoonoses, on dénombre dans Lanaudière seulement sept épisodes. Parmi celles-ci, on note la présence de l'infection à *Plasmodium* (3 épisodes), de la trichinose (3 épisodes) et de l'infection par le virus du Nil occidental (1 épisode). Chez les individus atteints par l'infection à *Plasmodium*, on retrouve deux personnes de sexe féminin et une personne de sexe masculin. En ce qui a trait à la trichinose, les données indiquent que deux femmes et un homme ont été touchés. Par ailleurs, l'unique épisode d'infection par le virus du Nil occidental concernait pour sa part une personne âgée de 65 ans et plus.

8. INTERVENTIONS PRÉVENTIVES EN MALADIES INFECTIEUSES

Les chapitres précédents ont présenté une analyse des diverses maladies infectieuses à déclaration obligatoire en vertu de la Loi sur la santé publique. La présente section aborde les moyens utilisés en 2003 pour assurer le contrôle de ces maladies et s'attarde aussi à d'autres problèmes infectieux qui ne sont pas à déclaration obligatoire, mais qui ont nécessité une implication de la part des professionnels de l'équipe des maladies infectieuses.

Enquêtes épidémiologiques

Lorsqu'une maladie infectieuse à déclaration obligatoire est signalée par un médecin ou un laboratoire, une enquête épidémiologique est instituée dans le but de préciser la nature de l'infection, d'identifier la source, le mode de transmission, les personnes ayant été en contact avec la personne infectée, les mesures de contrôle à mettre en place et la surveillance à exercer pour prévenir la propagation de l'infection. Une infirmière ou un médecin de l'équipe des maladies infectieuses prend contact avec la personne ayant fait l'objet d'une déclaration et procède à un questionnaire à l'aide de formulaires standardisés. Selon les résultats de l'enquête, diverses mesures de santé publique peuvent être mises de l'avant, telles que : isolement, mise en quarantaine à la maison, exclusion d'un milieu, notification aux partenaires, vaccinations préventives, médication à titre prophylactique pour les sujets ayant été en contact avec la personne infectée, désinfection, surveillance ou examen d'animaux et information à la population.

Toutes les maladies à déclaration obligatoire ont fait l'objet d'une telle enquête en 2003, sauf les infections à chlamydia pour lesquelles une enquête sera instituée en 2004 ; les informations les concernant ont toutes été intégrées dans le registre provincial constitué à cette fin.

Expositions à risque pour la rage

La région de Lanaudière étant une région enzootique pour la rage, comme plusieurs régions du Québec, une surveillance des expositions à risque est en place avec la collaboration notamment des médecins, d'Info-santé et de l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) qui est l'organisme fédéral chargé de la surveillance et du contrôle de cette maladie au pays. Chaque exposition est déclarée à la DSPE qui mène toujours une enquête afin de s'assurer que les traitements prophylactiques appropriés sont appliqués lorsqu'une possibilité d'acquisition de la maladie est suspectée, la rage étant uniformément mortelle une fois cliniquement installée chez une personne.

En Amérique du Nord, la rage est d'abord une maladie de la faune sauvage, les animaux domestiques et l'homme constituant des hôtes accessoires. Elle survient de façon cyclique parmi la faune et chaque cycle dure plusieurs années. Actuellement, la rage se situe dans un creux du cycle, sauf pour la chauve-souris ; une vigilance très serrée doit toutefois être exercée, car une réapparition en force de la maladie étant toujours possible. Les humains sont habituellement à risque par suite d'exposition à une chauve-souris, à un animal domestique lui-même exposé à un animal sauvage ou, plus rarement, par contact direct avec un animal sauvage infecté.

En 2003, 514 expositions (morsures ou autres) ont été déclarées à la DSPE ; 185 impliquaient une chauve-souris, 195 un chien, 87 un chat, 47 un autre animal (cheval, bétail, faune, reptile). Une prophylaxie post-exposition contre la rage a été entreprise chez 135 personnes. Parmi les animaux morts ou euthanasiés et soumis à un examen post-mortem par l'ACIA durant cette année, aucun ne s'est avéré porteur de la rage.

Toxi-infections alimentaires et hydriques

Ce groupe de maladies fait partie des maladies à déclaration obligatoire. Il importe toutefois de signaler que les épisodes inscrits au registre des MADDO ne représentent pas réellement le nombre de personnes infectées puisque dans la plupart des cas, un seul (ou seulement quelques cas) est considéré alors que plusieurs personnes ayant pu être exposées et présenter des symptômes ne font pas l'objet d'une déclaration formelle dans le système de surveillance en place.

Les toxi-infections alimentaires collectives sont presque toujours à l'origine d'enquêtes épidémiologiques extensives qui nécessitent souvent l'implication de divers partenaires, notamment les médecins, les laboratoires d'hôpitaux, le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ), Info-santé, une ou des directions de santé publique d'autres régions puisque dans certains cas les personnes malades résident dans plus d'une région.

Par exemple, une telle éclosion est survenue dans une pourvoirie où neuf personnes sur les onze présentes ont eu une diarrhée, des vomissements et des vertiges après y avoir pris un repas. La DSPE a donc mené une enquête avec l'aide du MAPAQ. Des employés ayant été malades, des analyses de laboratoire en nombre approprié ont dû être effectuées. Comme la source habituelle d'approvisionnement en eau potable était défectueuse, l'établissement prenait son eau

directement dans la rivière sans la traiter. Des analyses du ministère de l'Environnement du Québec ont démontré que cette eau était impropre à la consommation et constituait vraisemblablement la cause de l'éclosion.

Un deuxième exemple de cette problématique : une réception dans un établissement hôtelier a donné lieu au signalement de six cas de diarrhée. L'enquête épidémiologique a démontré que ce sont plutôt 25 des 75 personnes présentes qui ont été malades. De plus, comme les restes du buffet ont été distribués à des religieuses d'une autre région, dix cas y ont été signalés qui ont, eux aussi, nécessité une enquête de la part de la direction de santé publique. La préparation inadéquate des sandwiches faites par un traiteur de la région et servies dans l'établissement hôtelier est à la source de l'éclosion. Ici encore le MAPAQ a dû intervenir.

Rôle conseil en immunisation et en maladies infectieuses

En plus de procéder aux enquêtes pour les épisodes de maladies à déclaration obligatoire et pour d'autres problèmes infectieux affectant la population, les médecins et infirmières de l'équipe des maladies infectieuses ont dû répondre à plus de 5 000 demandes d'information ou de consultation de la part des médecins, infirmières et autres professionnels de la région en 2003 (donc plus de 400 par mois ou plus de 20 par jour ouvrable). Les médecins de l'équipe assurent, de plus, une garde en disponibilité en dehors des heures ouvrables avec la collaboration de médecins des équipes de santé au travail et de santé environnementale.

Activités particulières pour les maladies respiratoires sévères (MRS)

Les MRS sont des maladies infectieuses en émergence et nécessitent la mise en place d'un comité régional formé d'intervenants, notamment des CLSC et des centres hospitaliers de la région, en vue d'implanter les procédures nécessaires pour contrôler leur propagation. Le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et la menace posée par la grippe aviaire sont les deux principales problématiques visées. Un « Plan d'action régional pour les Maladies Respiratoires Sévères (MRS) d'origine infectieuse et transmissibles par voie aérienne ou gouttelettes » a été produit par ce comité. Un plan d'action contre la pandémie de la grippe est actuellement en élaboration aux niveaux fédéral et provincial et nécessite de concevoir l'adaptation nécessaire au plan régional et au plan local. À ce chapitre, l'équipe des maladies infectieuses a mis en place des mesures appelées « Étiquette respiratoire » en collaboration avec les CLSC, les centres hospitaliers et les cliniques médicales de la région.

Activités particulières pour le virus du Nil occidental (VNO)

L'apparition du virus du Nil occidental (VNO) en Amérique en 1999 a nécessité la mise en place de mesures de vigie sanitaire sur tout le continent, donc aussi à l'échelle de la région de Lanaudière. Un épisode d'infection humaine est survenu dans la région en 2003 et 48 oiseaux positifs pour le VNO ont été retrouvés.

Cette maladie en émergence a entraîné des activités particulières : diffusion d'information aux médecins de la région, enquêtes épidémiologiques auprès des cas possibles déclarés à la DSPE, information à la population sur la maladie et sur les mesures à adopter pour se protéger.

La promotion de l'immunisation

L'équipe des maladies infectieuses a procédé à la mise à jour du dépliant d'information sur la vaccination destiné aux parents « Prends bien soin de moi ... Vaccine-moi ». La diffusion du bulletin se fait par l'intermédiaire des CLSC et des cliniques médicales.

Bulletins d'information

Le bulletin « Le Prévenant » produit à l'intention des médecins de la région a été diffusé à huit reprises en 2003. Ce bulletin aborde principalement des sujets touchant les maladies infectieuses, mais peut aborder à l'occasion d'autres sujets touchant la santé publique. Entre deux publications de ce bulletin, des « Appels à la vigilance » peuvent être adressés à cette clientèle lorsque des situations exigent un avis rapide aux médecins. Un tel appel a été fait à cinq reprises en 2003 pour le SRAS et une fois pour le VNO.

Le bulletin « L'express garderie », destiné aux centres de la petite enfance de la région, a été publié cinq fois en 2003.

Un bulletin sur diverses infections pouvant être acquises en voyage est produit à l'échelle provinciale et il est diffusé dans la région aux cliniques santé voyage par l'équipe des maladies infectieuses.

Activités particulières pour les infections nosocomiales

Certaines infections acquises en milieu hospitalier sont actuellement en émergence, notamment les infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) et les infections à *Clostridium difficile*. Ces problématiques nécessitent une implication de professionnels de l'équipe des maladies infectieuses pour apporter un soutien aux intervenants de la région en ce domaine. Des informations sont transmises de façon périodique sur les centres hospitaliers de la province aux prises avec cette problématique.

CONCLUSION

En 2003, les maladies infectieuses à déclaration obligatoire dans Lanaudière ont continué de décroître. Les maladies évitables par la vaccination de base ainsi que les maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire sont les principales responsables de cette diminution. Dans la première catégorie, la coqueluche représente l'instigatrice de cette baisse. Du côté des maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire, la scarlatine semble en être le principal responsable. Le retrait de cette dernière de la liste des MADO en novembre 2003 a cependant pu avoir un rôle dans cette diminution. On note également que les infections transmissibles sexuellement ou par le sang connaissent en 2003 le plus important nombre d'épisodes lors de la période s'échelonnant de 1999 à 2003. Parmi ces infections, on remarque que le nombre d'épisodes de chlamydie génitale continue de s'accroître entre 1999 et 2003.

Même si l'incidence de la chlamydie génitale est moins imposante dans Lanaudière qu'à l'échelle du Québec, il est d'intérêt de s'attarder à cette augmentation. On évoque la plus grande disponibilité et la performance d'une nouvelle méthode de détection de la chlamydie génitale pour expliquer cette hausse (Provost, 2000). Toutefois, est-ce que l'utilisation de cette méthode de détection pourrait être conjuguée à un relâchement des pratiques sexuelles sécuritaires (Parent, 2003) ? Sommes-nous alors face à une situation plus préoccupante qu'il nous semble l'être à prime abord ? La question mérite que l'on s'y attarde afin que l'on puisse exercer un rôle proactif si la situation l'exige.

Il est à noter enfin que certaines problématiques infectieuses en émergence au niveau mondial en général et au niveau continental en particulier viennent donner une couleur particulière à ce domaine de la santé publique et exerceront vraisemblablement une pression sur les ressources au cours des années à venir : en 2003, on peut retenir les menaces que commencent à faire planer les maladies respiratoires aiguës sévères (SRAS, grippe aviaire, pandémie d'influenza), les infections par le virus du Nil occidental, les infections nosocomiales (notamment les infections par le *Clostridium difficile*), les menaces terroristes qui nécessitent la mise en place de mesures de surveillance, de prévention et de contrôle appropriées.

BIBLIOGRAPHIE

BENENSON, Abram S. (éd.). *Control of communicable diseases in man*, Fifteenth edition, Washington, American Public Health Association, 1990, 532 p.

BERNARD, Paul-Marie, et Claude LAPOINTE. *Mesures statistiques en épidémiologie*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 1987, 314 p.

FRIGON, Michel. *Rapport annuel 2002. Maladies infectieuses à déclaration obligatoire. Région de la Capitale nationale*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de la santé publique de la Capitale nationale, 2004, 41 p.

GONEAU, Marc. *Rapport annuel des maladies infectieuses à déclaration obligatoire. Lanaudière. Année 2002*, Saint-Charles-Borromée, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2004, 39 p.

LAMBERT, G., N. PAQUETTE, M.C. TOUSSAINT et M. AUBÉ. *Augmentation du nombre de cas de syphilis en phase contagieuse à Montréal parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Mise à jour # 4. Le nombre de cas triple en 2002*, Montréal, RRSSS de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 2003, 2 p.

LEVAC, Éric, François MILORD, Lina PERRON, Stéphane ROY et coll. *Maladies à déclaration obligatoire. Rapport annuel 2003*, Longueuil, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, 2004, 73 p.

LOUCHINI, Rabia et Monique DOUVILLE-FRADET (coll.). *Surveillance des maladies infectieuses et des intoxications chimiques à déclaration obligatoire au Québec, de 1990 à 1999*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 279 p.

MARQUIS, Geneviève, et Élisabeth CADIEUX. *Projections de population selon le sexe et l'année d'âge, région de Lanaudière et sous-régions, 1996 à 2021*, Saint-Charles-Borromée, RRSSS de Lanaudière, Direction de la santé publique, Service de connaissance/surveillance/recherche/évaluation, 2000, 202 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La déclaration obligatoire de l'infection par le VIH : qu'est-ce que ça signifie ?* Québec, MSSS, <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/sujets/mtsvihsida/menunoteVIH.htm> (site consulté le 1^{er} juillet 2003).

PARENT, Raymond. *Analyse des cas d'infection génitale à Chlamydia trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile 1997-2001*, Sainte-Foy, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 18 p. et annexes.

PELLETIER, Gilles. *La population du Québec par territoire de CLSC, par territoire sociosanitaire et par région sociosanitaire pour la période de 1981 à 2021*, Québec, Direction de la gestion de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 282 p.

PROVOST, Sylvie. « Les MTS toujours bien présentes – TOME 1 », *Les maux qui courent*, Vol. 7, n° 4, 2000, p. 1-2.

ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ. « La standardisation : une méthode épidémiologique classique pour la comparaison des taux », *Bulletin épidémiologique/OPS*, (extraits du) vol. 23, n° 3, 2002, p. 1-7.

RENAUD, Mélanie. *Relevé trimestriel des maladies infectieuses à déclaration obligatoire dans Lanaudière. Quatrième trimestre 2003*, Saint-Charles-Borromée, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2004, 4 p. (diffusion restreinte)