

**RAPPORT ANNUEL DES MALADIES
INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
LANAUDIÈRE
ANNÉE 2002**

MARC GONEAU

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

MARS 2004

Analyse et rédaction : Marc Goneau

Traitement des données et production des figures : Mélanie Renaud

Mise en pages : Jacinthe Bélisle et Maryse Pichette

Comité de lecture : Jacinthe Bélisle, Marie-Josée Charbonneau, Joane Désilets, Christine Garand, André Guillemette, Geneviève Marquis, Mélanie Renaud et Pierre Robillard.

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

Pour toute information supplémentaire concernant ce document, communiquez avec :

Marc Goneau, agent de recherche sociosanitaire
Tél. : (450) 759-1157 poste 4413
Courriel : marc_goneau@ssss.gouv.qc.ca

Cote Santécom : 14-2004-003

Dépôt légal :

ISBN : 2-89475-198-2

Bibliothèque nationale du Canada

Bibliothèque nationale du Québec

Premier trimestre 2004

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	ix
INTRODUCTION.....	1
1. LES ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES	3
1.1 Les sources de données.....	3
1.2 Les taux d'incidence.....	3
1.3 Fréquence annuelle des maladies et analyse.....	4
1.4 Les limites d'interprétation.....	4
1.5 Les regroupements des MADO.....	4
2. LE PORTRAIT SYNTHÈSE DES MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE	7
2.1 L'évolution de 1998 à 2002.....	7
2.2 Le portrait en 2002.....	7
3. LES MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION DE BASE.....	15
3.1 La coqueluche	15
3.2 Les autres maladies évitables par la vaccination.....	16
4. LES MALADIES TRANSMISSIBLES PAR CONTACT DIRECT OU PAR VOIE RESPIRATOIRE	17
5. LES HÉPATITES VIRALES.....	19

6. LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG	21
6.1 La chlamydie sexuelle	21
6.2 Les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang	23
7. LES MALADIES D'ORIGINE HYDRIQUE OU ALIMENTAIRE	25
7.1 La giardiase	25
7.2 L'infection à Campylobacter	27
7.3 La salmonellose	29
7.4 Les autres maladies d'origine hydrique ou alimentaire	31
8. LES MALADIES TRANSMISSIBLES PAR VECTEUR ET AUTRES ZONOSSES	33
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	37
ANNEXE 1 CARTE GÉOGRAPHIQUE DES MRC DE LANAUDIÈRE	39

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre de cas déclarés de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'année, Lanaudière et le Québec, 1998 à 2002	9
Tableau 2	Taux bruts d'incidence de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'année, Lanaudière et le Québec, 1998 à 2002 (pour 100 000 personnes).....	12

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Taux d'incidence de coqueluche selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes).....	15
Figure 2	Taux ajustés d'incidence de coqueluche selon la MRC, Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes)	16
Figure 3	Taux d'incidence de chlamydie génitale selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes).....	21
Figure 4	Taux ajustés d'incidence de chlamydie génitale selon la MRC, Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes).....	22
Figure 5	Taux d'incidence de giardiase selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes)	25
Figure 6	Taux ajustés d'incidence de giardiase selon la MRC, Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes)	26
Figure 7	Taux d'incidence d'infection à <i>Campylobacter</i> selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes).....	27
Figure 8	Taux ajustés d'incidence d'infection à <i>Campylobacter</i> selon la MRC, Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes).....	28
Figure 9	Taux d'incidence de salmonellose selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes).....	29
Figure 10	Taux ajustés d'incidence de salmonellose selon la MRC, Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes)	30

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

DSPÉ	Direction de santé publique et d'évaluation
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladies à déclaration obligatoire
MOHA	Maladies d'origine hydrique et alimentaire
MRC	Municipalité régionale de comté
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux

INTRODUCTION

Compte tenu de leur capacité de transmission, de leur degré de sévérité, de la possibilité de traiter les personnes atteintes ou de protéger les individus ayant été en contact avec certaines maladies infectieuses, la déclaration des maladies à déclaration obligatoire (MADO) s'avère importante. Elle permet notamment aux autorités responsables de réagir plus rapidement et de protéger la population plus efficacement. Lorsque les médecins et les laboratoires publics et privés prennent connaissance d'un épisode de MADO, ils doivent le signaler à la direction régionale de santé publique de leur région sociosanitaire. Celle-ci met alors en place les mesures nécessaires afin que la protection de la population soit assurée. Parallèlement, l'information concernant l'épisode de MADO est acheminée au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et est intégrée au registre des MADO. À l'aide de ce registre, il est possible de connaître et de suivre l'évolution dans le temps et l'espace de ces diverses maladies.

Ce rapport dresse un bilan des maladies infectieuses à déclaration obligatoire dans la région de Lanaudière pour l'année 2002. Selon leur fréquence de déclaration, les maladies sont analysées sous divers angles. Une analyse plus détaillée est effectuée pour les maladies ayant un nombre annuel élevé d'épisodes. D'autre part, afin de préserver la confidentialité, des informations plus générales sont livrées pour les maladies infectieuses à déclaration obligatoire ayant un nombre annuel d'épisodes moins important. Le document se scinde en huit parties. La première aborde les aspects méthodologiques, alors que la deuxième établit un portrait synthèse des maladies infectieuses à déclaration obligatoire. Quant aux autres sections, elles présentent, pour l'année 2002, les différentes maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la classification qui suit :

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

1. LES ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

1.1 Les sources de données

Les données sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire proviennent du registre des MADO du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) affilié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Pour la production de ce rapport, les données ont été extraites au mois de février 2003. 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 à l'étude.

Les données de population du Québec, de Lanaudière et de ses municipalités régionales de comté (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 du Québec (ISQ). Ces données permettent de préciser les dénominateurs des taux d'incidence.

1.2 Les taux d'incidence

L'incidence réfère aux nouveaux cas d'une maladie lors d'une période donnée. Les taux d'incidence se définissent 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 la population au milieu de cette période. Dans ce document, les taux d'incidence sont présentés par année ainsi que sur une base de 100 000 personnes.

Ces taux peuvent être bruts ou ajustés. Les taux bruts correspondent au résultat du rapport mentionné ci-dessus. Lorsque l'on élimine l'effet de la structure d'âge des populations sur les taux, on les rend comparables. Pour éliminer cet effet, on effectue une standardisation. La méthode employée dans ce rapport est la standardisation directe. Elle consiste à appliquer les taux d'incidence, par groupes d'âge, d'une population spécifique à une population de référence. On obtient alors un nombre de cas par groupes d'âge. La somme de ces cas divisée par l'effectif de la population de référence donne le taux ajusté. La population du Québec en 1996 a été utilisée comme population de référence pour le calcul de ces taux.

1.3 Fréquence annuelle des maladies et 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 50 ou plus dans Lanaudière en 2002 sont 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 données.

1.4 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 ici 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 les duplications d'épisode associé aux maladies déclarées de façon non nominale par certains médecins (Louchini et Douville-Fradet, 2001).

Par ailleurs, l'utilisation plus accentuée des services médicaux par les personnes âgées et celles en bas âge peut rendre ces personnes plus susceptibles d'avoir 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.

1.5 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 (regroupement de la toxi-infection alimentaire à staphylocoques, à *clostridium botulinum*, à *clostridium perfringens*, à *vibro parahaemolyticus*, à *bacillus cereus*, à toxine de poisson et de coquillage, à toxine de champignon et sans précision), du paludisme (regroupement du paludisme à *plasmodium falciparum*, à *plasmodium vivax*, à *plasmodium malariae*, à *plasmodium ovale* et sans précision) et de l'encéphalite à virus (regroupement de l'encéphalite à virus par tiques et par arthropodes ou moustiques).

2. LE PORTRAIT SYNTHÈSE DES MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

2.1 L'évolution de 1998 à 2002

De 1998 à 2002, le nombre d'épisodes de maladies infectieuses à déclaration obligatoire connaît une diminution dans Lanaudière (1 317 contre 1 097). Cette baisse, de l'ordre de 17 %, est principalement due à la chute du nombre d'épisodes de maladies évitables par la vaccination de base, plus précisément à celle de la coqueluche. À l'échelle du Québec, l'évolution du nombre de maladies infectieuses à déclaration obligatoire dans la même période s'effectue en dents de scie. Le maximum d'épisodes se chiffre à 26 829 en 1998, alors que le minimum se quantifie à 24 622 épisodes l'année suivante. En 2002, le nombre de maladies infectieuses à déclaration obligatoire atteint 25 784 épisodes.

En ce qui concerne les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) dans Lanaudière, elles se caractérisent par une recrudescence se traduisant par un nombre de 271 cas en 1998 et de 439 en 2002. Ce mouvement à la hausse représente une augmentation de 62 %. Au Québec, on enregistre 8 000 épisodes d'ITSS en 1998 et 12 432 en 2002 (hausse de 55 %). Pour leur part, les hépatites virales, les maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire ainsi que les maladies d'origine hydrique ou alimentaire évoluent de façon instable entre 1998 et 2002. Toutefois, si l'on ne considère que les années 1998 et 2002, les hépatites virales affichent une diminution du nombre de leurs épisodes. Dans Lanaudière, on en compte 151 en 1998 contre 109 en 2002. Au Québec, ce chiffre passe plutôt de 4 514 à 4 160. Lors de ces deux années, les maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire s'avèrent plutôt stables dans Lanaudière (144 contre 140 cas), alors qu'au Québec elles diminuent (2 354 et 2 187 épisodes). Du côté des maladies d'origine hydrique ou alimentaire, elles augmentent dans Lanaudière (294 et 324 cas) et diminuent à l'échelle québécoise (6 878 et 5 767 cas). Le nombre d'épisodes de maladies transmissibles par vecteur et autres zoonoses s'avère trop restreint pour statuer sur son évolution dans Lanaudière. Cependant, le Québec affiche quant à lui une stabilité du nombre de déclarations de ces maladies (151 épisodes en 1998 et 156 en 2002).

2.2 Le portrait en 2002

En 2002, les ITSS occupent une place prépondérante au sein des maladies infectieuses à déclaration obligatoire dans Lanaudière. En effet, leur proportion atteint 40 %. Parmi ces infections, la chlamydie génitale est responsable de plus de neuf déclarations sur dix. La catégorie des maladies d'origine hydrique ou alimentaire se classe deuxième avec une proportion de 30 %. À l'intérieur de ce groupe, l'infection à *Campylobacter*

s'accapare environ la moitié des déclarations. Les maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire (13 %), les hépatites virales (10 %), les maladies évitables par la vaccination de base (7 %) et les maladies transmissibles par vecteur et autres zoonoses (0,4 %) prennent, quant à elles, une place moins importante à l'égard de la déclaration. Au Québec, la part respective de chaque groupe de maladies est, par ordre décroissant, la suivante : les infections transmissibles sexuellement (48 %), les maladies d'origine hydrique ou alimentaire (22 %), les hépatites virales (16 %), les maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire (8 %), les maladies évitables par la vaccination de base (4 %) et les maladies transmissibles par vecteur et autres zoonoses (0,6 %).

En ce qui a trait aux taux bruts d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire, ceux-ci s'avèrent le reflet du nombre de déclarations. Ainsi, dans Lanaudière, les taux bruts les plus élevés se retrouvent parmi ces maladies infectieuses à déclaration obligatoire : la chlamydie génitale (100,3 épisodes pour 100 000 personnes), l'infection à *Campylobacter* (38,5), l'hépatite C sans précision (23,0), la scarlatine (20,5) et la coqueluche (20,0). Au Québec, les maladies infectieuses à déclaration obligatoire ayant les taux bruts d'incidence les plus importants sont : la chlamydie génitale (148,2 épisodes pour 100 000 personnes), l'hépatite C sans précision (38,3), l'infection à *Campylobacter* (34,2), la salmonellose (16,2) et la coqueluche (14,4).

Tableau 1
Nombre de cas déclarés de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'année,
Lanaudière et le Québec, 1998 à 2002

Maladie	Lanaudière					Le Québec				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
Maladies évitables par la vaccination de base										
Coqueluche	450	179	111	160	81	4 884	1 837	805	1 025	1 067
Infection à <i>Haemophilus influenzae</i> de type b	5	4	0	0	0	18	10	8	7	8
Oreillons	0	0	0	0	0	26	7	19	15	3
Rougeole	0	0	0	0	0	2	3	32	0	2
Rubéole	0	0	0	1	0	2	1	3	2	2
Rubéole congénitale	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Sous-total	455	183	111	161	81	4 932	1 859	868	1 049	1 082
Maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire										
Infection à méningocoque	2	0	1	3	3	40	37	37	101	71
Légionellose	3	4	0	2	0	26	15	12	18	27
Lèpre	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Méningite à entérovirus	2	8	2	2	12	73	193	84	67	124
Scarlatine	76	163	166	46	83	932	1 120	1 297	619	650
Streptocoque A invasif	13	7	13	10	10	184	172	196	154	160
Streptocoque B invasif	3	2	6	6	2	45	80	55	40	51
Streptocoque <i>pneumoniae</i> invasif	35	54	28	50	27	764	754	779	883	821
Tuberculose	10	12	3	3	3	290	314	318	261	282
Sous-total	144	250	219	122	140	2 354	2 685	2 779	2 143	2 187
Hépatites virales										
Hépatite A	10	28	4	6	3	195	173	110	108	96
Hépatite B aiguë	9	8	4	2	5	175	165	183	96	94
Hépatite B porteur chronique ¹	17	15	24	9	8	978	988	969	1 066	932
Hépatite B sans précision ¹	0	0	1	1	0	138	143	145	124	195
Hépatite C aiguë	0	0	0	0	0	4	5	2	3	1
Hépatite C sans précision ¹	115	142	128	132	93	3 024	3 385	4 217	3 428	2 842
Sous-total	151	193	161	150	109	4 514	4 859	5 626	4 825	4 160

Tableau 1 (suite)
Nombre de cas déclarés de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'année,
Lanaudière et le Québec, 1998 à 2002

Maladie	Lanaudière					Le Québec				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
Infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS)										
Chancre mou	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Chlamydieuse génitale	254	400	394	404	406	7 228	7 980	8 731	10 203	11 008
Chlamydieuse oculaire	0	1	1	0	1	10	9	11	17	16
Chlamydieuse pulmonaire	0	0	0	1	0	4	8	7	8	5
Herpès néonatal	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0
Infection gonococcique de l'œil	0	0	0	0	0	2	1	2	2	0
Infection gonococcique génito-urinaire	6	15	11	22	19	444	568	595	738	783
Infection gonococcique autre localisation	2	0	0	0	0	43	53	73	90	84
Sida	9	4	0	1	2	218	174	162	109	90
Syphilis	0	0	2	0	1	50	33	33	53	93
VIH ²	---	---	---	---	10	---	---	---	---	353
Sous-total	271	420	408	428	439	8 000	8 826	9 615	11 224	12 432
Maladies d'origine hydrique ou alimentaire (MOHA)										
Amibiase	5	1	1	0	0	217	217	216	218	202
Botulisme	0	0	1	0	0	5	3	2	4	7
Diarrhée épidémique	1	1	4	3	0	120	26	64	28	95
Entérite à <i>E. Coli</i> O157 : H7	12	20	26	19	8	330	383	467	291	243
Entérite à <i>E. Coli</i> autre agent pathogène	4	0	0	3	0	48	70	69	48	17
Entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	5	1	8	11	8	145	150	142	119	141
Fièvre paratyphoïde A	0	0	0	0	0	4	5	3	6	2
Fièvre paratyphoïde B	0	0	0	0	0	2	3	9	10	12
Fièvre paratyphoïde C	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Fièvre paratyphoïde sans précision	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0

Tableau 1 (suite)
Nombre de cas déclarés de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'année,
Lanaudière et le Québec, 1998 à 2002

Maladie	Lanaudière					Le Québec				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
Maladies d'origine hydrique ou alimentaire (MOHA) (suite)										
Fièvre typhoïde	0	0	0	0	0	15	10	11	11	14
Giardiase	62	66	48	41	53	981	1 091	931	881	954
Infection à Campylobacter	140	137	123	148	156	3 335	2 838	2 669	2 429	2 543
Salmonellose	44	40	38	48	66	1 181	1 027	1 067	1 057	1 204
Shigellose	10	5	5	5	5	281	211	458	294	196
Toxi-infection alimentaire	11	9	22	11	28	213	131	183	105	137
Sous-total	294	280	276	289	324	6 878	6 166	6 291	5 502	5 767
Maladies transmissibles par vecteur et autres zoonoses										
Brucellose	0	0	0	0	0	0	3	1	3	2
Paludisme	0	2	3	5	2	109	99	171	180	101
Encéphalite à virus	0	0	0	0	0	0	0	0	1	15
Fièvre Q	2	1	1	1	2	35	110	42	41	30
Psittacose	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0
Rage	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Trichinose	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Tularémie	0	0	1	0	0	5	12	18	8	8
Sous-total	2	3	5	6	4	151	227	234	233	156
Total des maladies infectieuses à déclaration obligatoire	1 317	1 329	1 180	1 156	1 097	26 829	24 622	25 413	24 976	25 784

1. Pour ces maladies, il s'agit plutôt d'un mélange d'incidence et de prévalence.
2. Depuis le 18 avril 2002, le VIH est devenu une MADO.

Source : Fichier des MADO, LSPQ, février 2003.

Tableau 2
Taux bruts d'incidence de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'année,
Lanaudière et le Québec, 1998 à 2002 (pour 100 000 personnes)

Maladie	Lanaudière					Le Québec				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
Maladies évitables par la vaccination de base										
Coqueluche	114,9	45,1	27,8	39,8	20,0	66,7	25,0	10,9	13,9	14,4
Infection à <i>Haemophilus influenzae</i> de type b	1,3	1,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Oreillons	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,1	0,3	0,2	0,0
Rougeole	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0
Rubéole	0,0	0,0	0,0	0,2	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	116,1	46,1	27,8	40,1	20,0	67,3	25,3	11,8	14,2	14,6
Maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire										
Infection à méningocoque	0,5	0,0	0,3	0,7	0,7	0,5	0,5	0,5	1,4	1,0
Légionellose	0,8	1,0	0,0	0,5	0,0	0,4	0,2	0,2	0,2	0,4
Lèpre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Méningite à entérovirus	0,5	2,0	0,5	0,5	3,0	1,0	2,6	1,1	0,9	1,7
Scarlatine	19,4	41,1	41,6	11,4	20,5	12,7	15,2	17,6	8,4	8,8
Streptocoque A invasif	3,3	1,8	3,3	2,5	2,5	2,5	2,3	2,7	2,1	2,2
Streptocoque B invasif	0,8	0,5	1,5	1,5	0,5	0,6	1,1	0,7	0,5	0,7
Streptocoque <i>pneumoniae</i> invasif	8,9	13,6	7,0	12,4	6,7	10,4	10,3	10,6	11,9	11,1
Tuberculose	2,6	3,0	0,8	0,7	0,7	4,0	4,3	4,3	3,5	3,8
Sous-total	36,8	63,0	54,9	30,4	34,6	32,1	36,6	37,7	29,0	29,4
Hépatites virales										
Hépatite A	2,6	7,1	1,0	1,5	0,7	2,7	2,4	1,5	1,5	1,3
Hépatite B aiguë	2,3	2,0	1,0	0,5	1,2	2,4	2,2	2,5	1,3	1,3
Hépatite B porteur chronique ¹	4,3	3,8	6,0	2,2	2,0	13,4	13,5	13,1	14,4	12,5
Hépatite B sans précision ¹	0,0	0,0	0,3	0,2	0,0	1,9	1,9	2,0	1,7	2,6
Hépatite C aiguë	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Hépatite C sans précision ¹	29,4	35,8	32,1	32,9	23,0	41,3	46,1	57,2	46,3	38,3
Sous-total	38,5	48,7	40,3	37,3	26,9	61,6	66,2	76,3	65,2	56,0

Tableau 2 (suite)
Taux bruts d'incidence de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'année,
Lanaudière et le Québec, 1998 à 2002 (pour 100 000 personnes)

Maladie	Lanaudière					Le Québec				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
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
Chlamydieuse génitale	64,8	100,8	98,7	100,5	100,3	98,7	108,6	118,4	137,9	148,2
Chlamydieuse oculaire	0,0	0,3	0,3	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Chlamydieuse pulmonaire	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Herpès néonatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Infection gonococcique de l'œil	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Infection gonococcique génito-urinaire	1,5	3,8	2,8	5,5	4,7	6,1	7,7	8,1	10,0	10,5
Infection gonococcique autre localisation	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,7	1,0	1,2	1,1
Sida	2,3	1,0	0,0	0,2	0,5	3,0	2,4	2,2	1,5	1,2
Syphilis	0,0	0,0	0,5	0,0	0,2	0,7	0,4	0,4	0,7	1,3
VIH ²	---	---	---	---	2,5	---	---	---	---	4,8
Sous-total	69,2	105,9	102,2	106,5	108,4	109,3	120,1	130,4	151,7	167,4
Maladies d'origine hydrique ou alimentaire (MOHA)										
Amibiase	1,3	0,3	0,3	0,0	0,0	3,0	3,0	2,9	2,9	2,7
Botulisme	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
Diarrhée épidémique	0,3	0,3	1,0	0,7	0,0	1,6	0,4	0,9	0,4	1,3
Entérite à <i>E. Coli</i> O157 : H7	3,1	5,0	6,5	4,7	2,0	4,5	5,2	6,3	3,9	3,3
Entérite à <i>E. Coli</i> autre agent pathogène	1,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,7	1,0	0,9	0,6	0,2
Entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	1,3	0,3	2,0	2,7	2,0	2,0	2,0	1,9	1,6	1,9
Fièvre paratyphoïde A	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Fièvre paratyphoïde B	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	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

Tableau 2 (suite)
Taux bruts d'incidence de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'année,
Lanaudière et le Québec, 1998 à 2002 (pour 100 000 personnes)

Maladie	Lanaudière					Le Québec				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
Maladies d'origine hydrique ou alimentaire (MOHA) (suite)										
Fièvre typhoïde	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2
Giardiase	15,8	16,6	12,0	10,2	13,1	13,4	14,9	12,6	11,9	12,8
Infection à Campylobacter	35,7	34,5	30,8	36,8	38,5	45,5	38,6	36,2	32,8	34,2
Salmonellose	11,2	10,1	9,5	11,9	16,3	16,1	14,0	14,5	14,3	16,2
Shigellose	2,6	1,3	1,3	1,2	1,2	3,8	2,9	6,2	4,0	2,6
Toxi-infection alimentaire	2,8	2,3	5,5	2,7	6,9	2,9	1,8	2,5	1,4	1,8
Sous-total	75,0	70,6	69,2	71,9	80,0	93,9	83,9	85,3	74,4	77,6
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
Paludisme	0,0	0,5	0,8	1,2	0,5	1,5	1,3	2,3	2,4	1,4
Encéphalite à virus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Fièvre Q	0,5	0,3	0,3	0,2	0,5	0,5	1,5	0,6	0,6	0,4
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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tularémie	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
Sous-total	0,5	0,8	1,3	1,5	1,0	2,1	3,1	3,2	3,1	2,1
Total des maladies infectieuses à déclaration obligatoire	336,2	335,1	295,7	287,7	270,9	366,4	335,2	344,7	337,5	347,1

1. Pour ces maladies, il s'agit plutôt d'un mélange d'incidence et de prévalence.

2. Depuis le 18 avril 2002, le VIH est devenu une MADO.

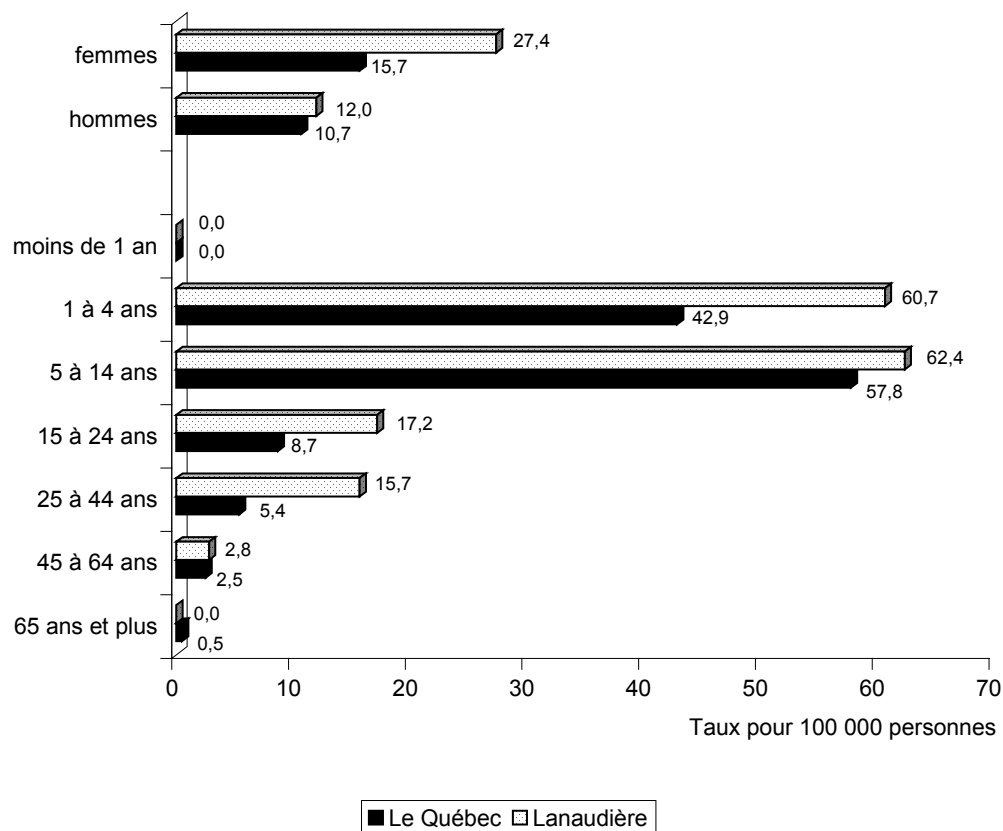
Sources : Fichier des MADO, LSPQ, février 2003.

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.

3. LES MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION DE BASE

3.1 La coqueluche

Figure 1
Taux d'incidence de coqueluche selon le sexe et le groupe d'âge,
Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes)



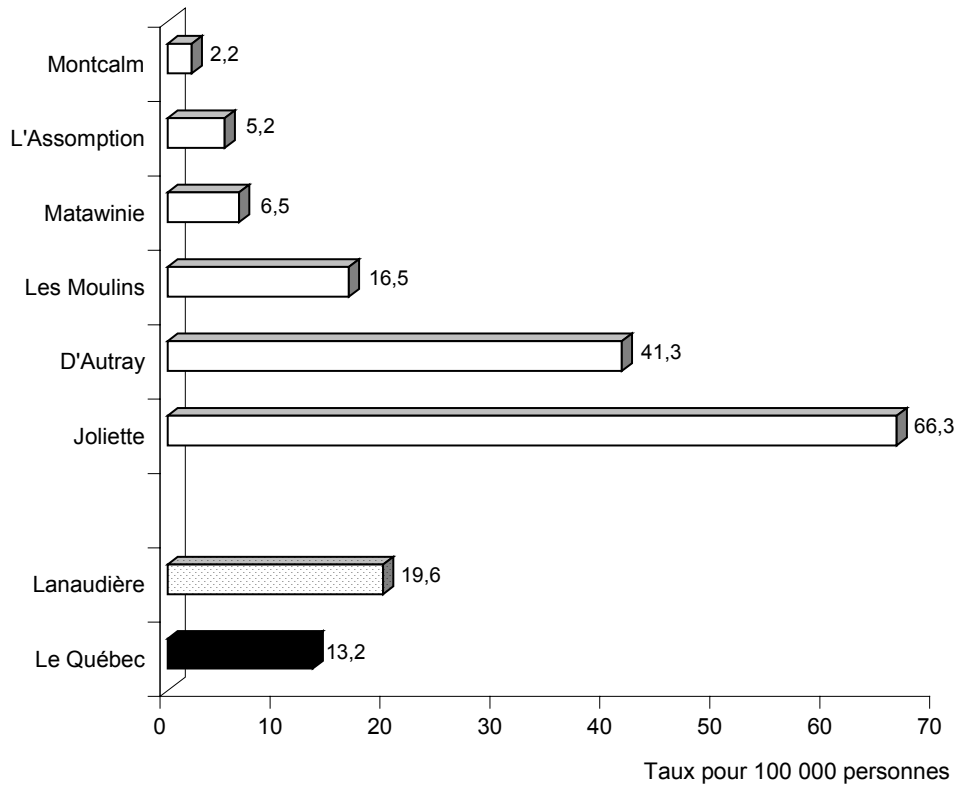
Note : Contrairement aux taux d'incidence selon le groupe d'âge, ceux relatifs au sexe sont ajustés.

Sources : Fichier des MADO, LSPQ, février 2003.

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.

Dans Lanaudière, le nombre de cas de coqueluche en 2002 atteint 81 cas et résulte en une incidence ajustée de 19,6 pour 100 000 personnes. En comparaison, le Québec affiche un taux inférieur (13,2). On note aussi que les Lanaudoises détiennent un taux d'incidence relativement plus élevé que les Québécoises (27,4 contre 15,7). Aux âges de 1 à 14 ans, les individus semblent plus susceptibles de contracter la coqueluche. Les taux lanaudois des groupes d'âge de 1 à 4 ans et de 5 à 14 ans se hissent en effet à des sommets (60,7 et de 62,4). À l'échelle des MRC, Joliette (66,3) et dans une moindre mesure D'Autray (41,3)

Figure 2
Taux ajustés d'incidence de coqueluche selon la MRC,
Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes)



Sources : Fichier des MADO, LSPQ, février 2003.
 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.

obtiennent les taux ajustés les plus élevés de Lanaudière. Lorsque l'on compare, par ordre croissant, les taux ajustés de coqueluche des dix-huit régions sociosanitaires du Québec, Lanaudière se situe au quinzième rang. Seules les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec (23,9), du Bas-Saint-Laurent (25,2) et de la Chaudière-Appalaches (49,0) détiennent une incidence ajustée plus importante.

3.2 Les autres maladies évitables par la vaccination de base

En 2002, aucun cas d'infection à *Haemophilus influenzae* de type b, d'oreillons, de rougeole, de rubéole ou de rubéole congénitale n'a été recensé sur le territoire lanaudois.

4. LES MALADIES TRANSMISSIBLES PAR CONTACT DIRECT OU PAR VOIE RESPIRATOIRE

Parmi les maladies infectieuses transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire à déclaration obligatoire, on dénombre dans Lanaudière, en 2002, 3 épisodes d'infection à méningocoque, 12 de méningite à entérovirus, 83 de scarlatine¹, 10 de streptocoque A invasif, 2 de streptocoque B invasif, 27 de streptocoque *pneumoniae* invasif et 3 de tuberculose. Les épisodes d'infection à méningocoque, de méningite à entérovirus et de scarlatine ont touché principalement des personnes qui étaient âgées de moins de 15 ans. En ce qui a trait au streptocoque A invasif, au streptocoque *pneumoniae* invasif et à la tuberculose, ces maladies ont plutôt atteint majoritairement des personnes adultes. Pour le streptocoque B invasif, aucune information n'était disponible sur l'âge des personnes ayant contracté la maladie.

¹ Malgré son nombre annuel de déclaration supérieur à 50 cas, la scarlatine n'est présentée que sommairement. La sous-déclaration relativement importante dont elle fait l'objet motive cette décision.

5. LES HÉPATITES VIRALES

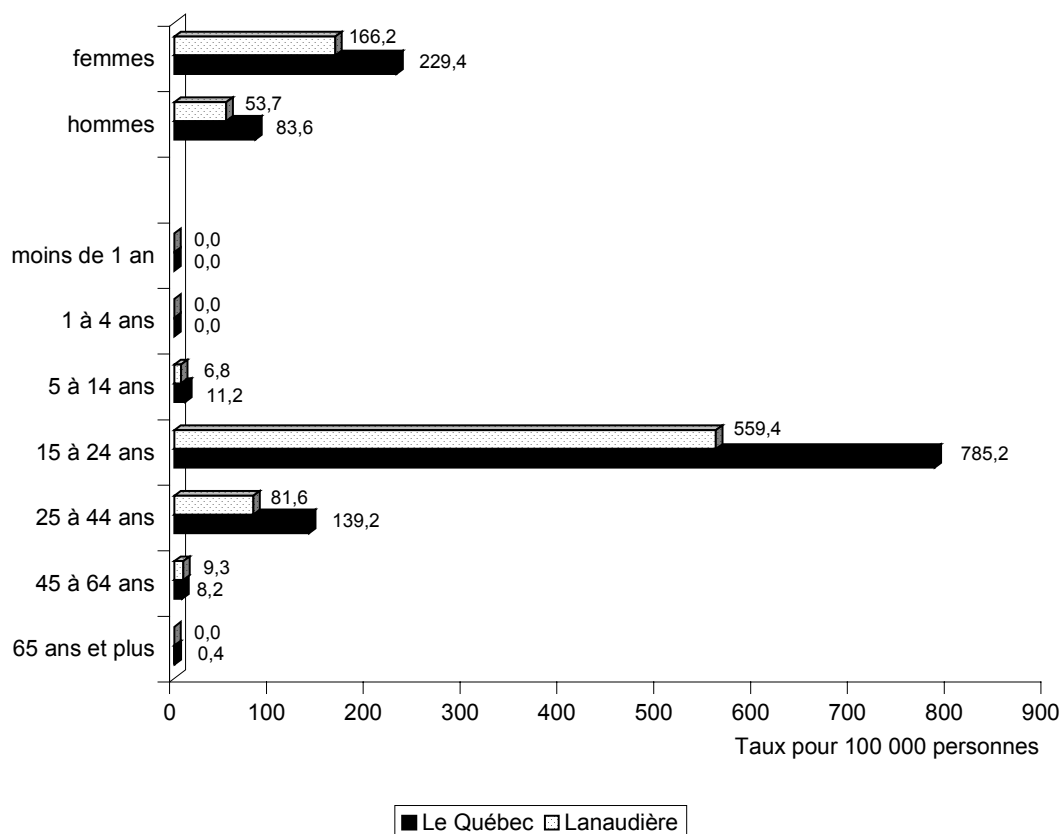
La région de Lanaudière compte en 2002 quelques épisodes d'hépatite A (3), d'hépatite B aiguë (5) et d'hépatite B chronique (8). On recense toutefois près d'une centaine d'épisodes d'hépatite C sans précision² (93). Les personnes ayant été atteintes par ces maladies sont pour la grande majorité des adultes âgés de 25 ans et plus. À ce sujet, on note que les individus atteints d'hépatite C sans précision sont majoritairement âgés de 25 à 44 ans. Pour leur part, les personnes souffrant d'hépatite A, d'hépatite B aiguë ou d'hépatite B chronique sont principalement âgées de 45 à 64 ans. Mise à part, l'hépatite A, les épisodes lanaudois d'hépatites virales touchent dans une plus grande proportion les hommes.

²La déclaration d'hépatite C sans précision s'effectue sur les cas incidents et prévalents. Cette situation explique, malgré son nombre annuel de déclaration important, qu'aucune analyse détaillée sur l'incidence de la maladie ne soit réalisée.

6. LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

6.1 La chlamydie génitale

Figure 3
Taux d'incidence de chlamydie génitale selon le sexe et le groupe d'âge,
Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes)



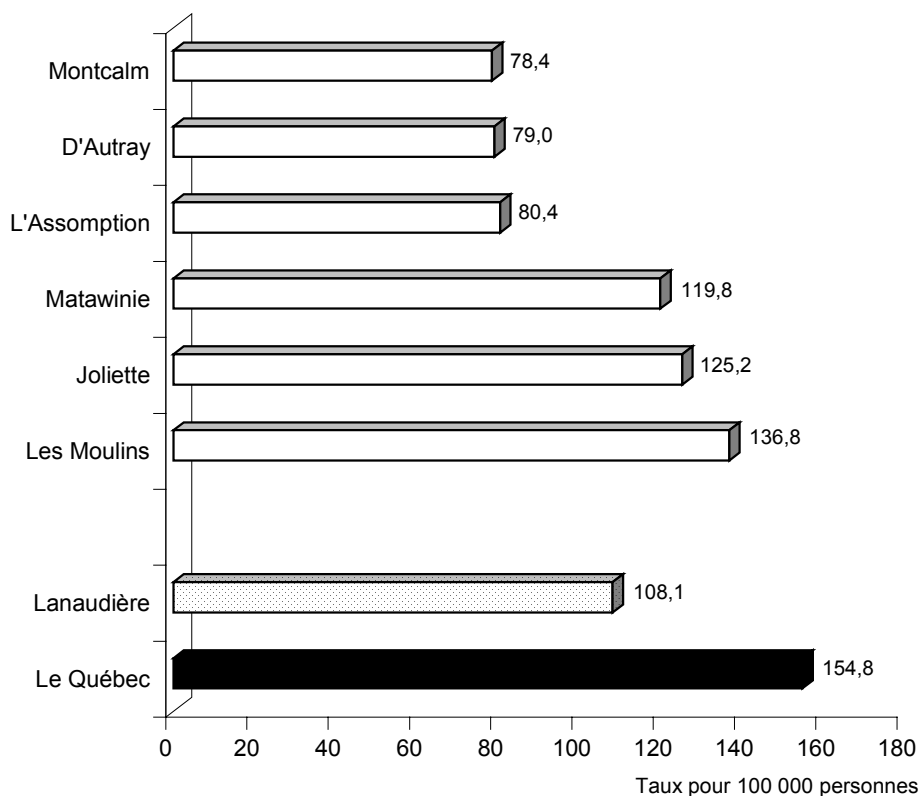
Note : Contrairement au taux d'incidence selon le groupe d'âge, ceux relatifs au sexe sont ajustés.

Sources : Fichier des MAD0, LSPQ, février 2003.

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.

Avec un taux ajusté de 108,1 pour 100 000 personnes, Lanaudière semble afficher un taux inférieur à celui du Québec (154,8). Comparativement aux hommes, les femmes détiennent les taux les plus élevés de chlamydie génitale. La propension de ces dernières à consulter pour des services médicaux ainsi qu'à passer certains tests de dépistage explique en partie ce résultat. Dans Lanaudière, leur taux grimpe à 166,2, alors que celui des hommes est de 53,7. Un constat similaire est effectué en ce qui concerne le Québec. Les taux des Québécoises et des Québécois sont respectivement de 229,4 et de 83,6.

Figure 4
Taux ajustés d'incidence de chlamydie génitale selon la MRC,
Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes)



Sources : Fichier des MADO, LSPQ, février 2003.
 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.

Ce sont les personnes âgées de 15 à 24 ans qui obtiennent les taux bruts de chlamydie génitale les plus élevés (559,4 dans Lanaudière et 785,2 au Québec). À l'intérieur du territoire lanaudois, deux groupes de MRC semblent se composer. Celui des MRC des Moulins (136,8), Joliette (125,2) et Matawinie (119,8) qui obtient des taux ajustés relativement élevés et celui des MRC de L'Assomption (80,4), D'Autray (79,0) et Montcalm (78,4) qui affiche une incidence plus faible. Au Québec, Lanaudière se classe au quatrième rang des dix-huit régions sociosanitaires lorsque l'on classe les taux ajustés par ordre croissant. Les régions suivantes possèdent un taux inférieur à celui de Lanaudière (108,1) : Chaudières-Appalaches (80,4), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (101,4) et Montérégie (104,2).

6.2 Les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang

À part la chlamydie génitale, peu d'épisodes d'infection transmissible sexuellement sont relevés dans Lanaudière en 2002. Toutefois, les épisodes d'infection gonococcique génito-urinaire (19 épisodes dans Lanaudière)³ et de syphilis (un épisode dans Lanaudière) connaissent, depuis quelques années, une remontée à l'échelle du Québec. Hormis ces ITSS, on dénombre sur le territoire lanaudois un épisode de chlamydie oculaire, deux de sida et dix de VIH. D'autre part, le faible nombre de cas de sida et de VIH n'enlève rien au sort préoccupant des personnes qui en sont atteintes.

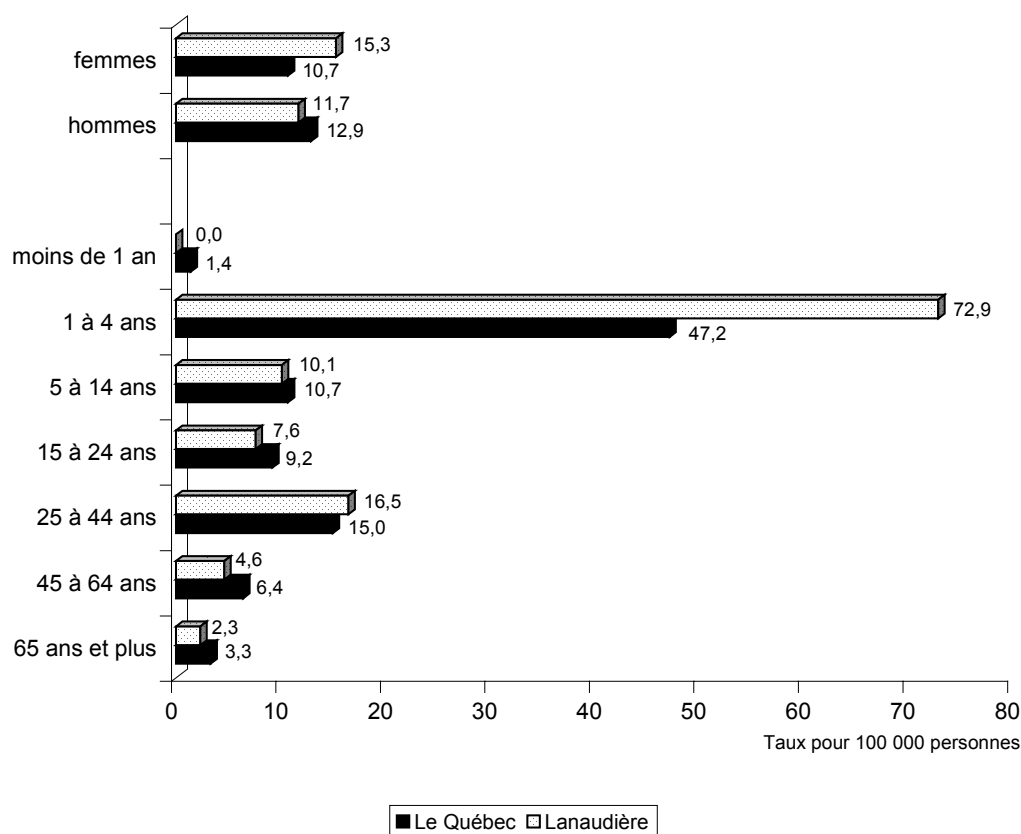
Alors que pour la chlamydie oculaire et l'infection gonococcique génito-urinaire où la majorité des cas lanaudois sont âgés de 15 à 24 ans, ceux relatifs au sida et à la syphilis sont âgés de 25 à 44 ans. Aucune information n'est disponible quant à l'âge des individus infectés par le VIH. En outre, c'est une majorité d'hommes qui sont atteints de ces infections dans Lanaudière comme au Québec.

³ Il semble que l'infection gonococcique génito-urinaire souffre de sous-déclaration. Le nombre réel d'épisodes de cette infection est dans les faits probablement plus élevé.

7. LES MALADIES D'ORIGINE HYDRIQUE OU ALIMENTAIRE

7.1 La giardiase

Figure 5
Taux d'incidence de giardiase selon le sexe et le groupe d'âge,
Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes)



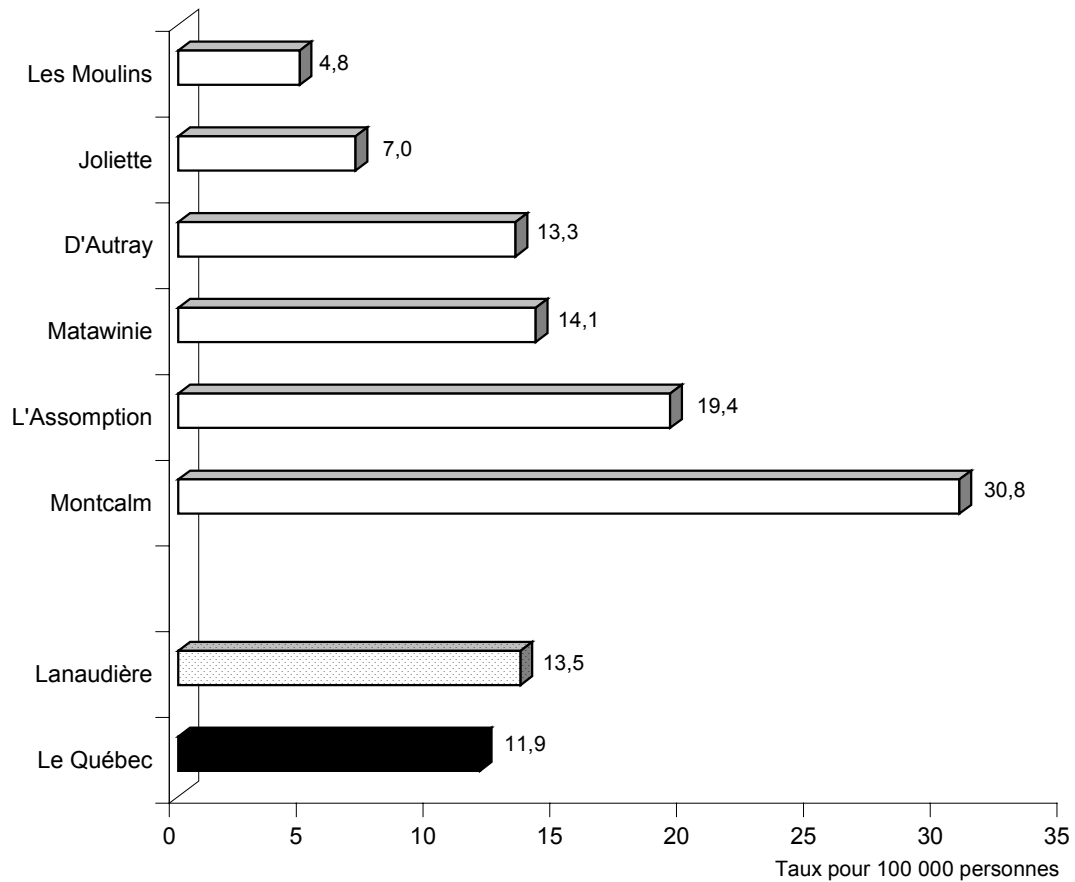
Note : Contrairement au taux d'incidence selon le groupe d'âge, ceux relatifs au sexe sont ajustés.

Sources : Fichier des MADO, LSPQ, février 2003.

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.

Peu de différences se signalent entre les taux ajustés d'incidence lanaudois et québécois en 2002. Au niveau régional, le taux se chiffre à 13,5 pour 100 000 personnes, alors qu'il se situe à 11,9 au Québec. De la même façon, l'incidence ajustée de giardiase des hommes et des femmes montre peu d'écart. Toutefois, dans Lanaudière, le taux des femmes s'avère légèrement plus élevé que celui des hommes (15,3 contre 11,7). Au Québec, on remarque plutôt le contraire : les hommes possèdent un taux quelque peu supérieur à celui des femmes (12,9 contre 10,7). Par ailleurs, les enfants âgés de 1 à 4 ans se distinguent par des taux bruts plus importants que ceux des autres groupes d'âge.

Figure 6
Taux ajustés d'incidence de giardiase selon la MRC,
Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes)



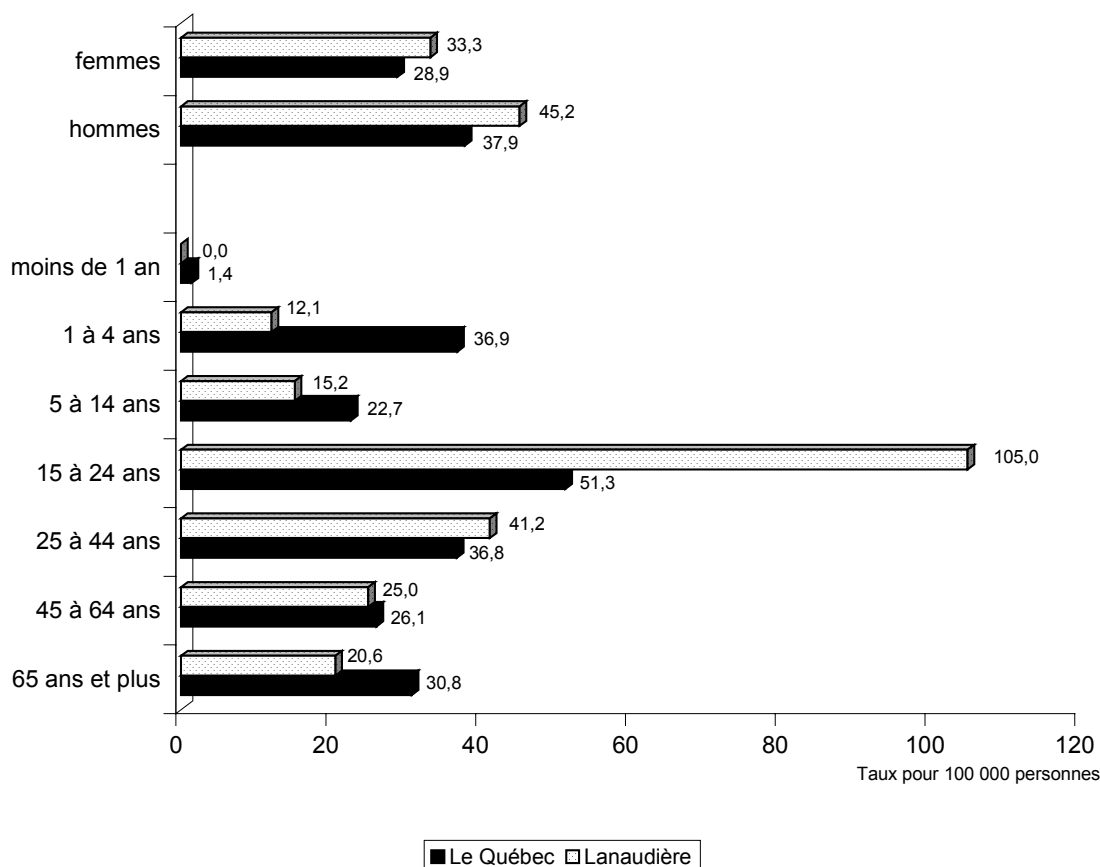
Sources : Fichier des MADO, LSPQ, février 2003.

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.

Dans Lanaudière, leur taux atteint 72,9 pour 100 000 personnes. Au Québec, l'incidence parmi ce groupe d'âge s'avère également la plus importante bien que son amplitude soit moins grande que dans Lanaudière (47,2 pour 100 000 personnes). À l'intérieur du territoire lanaudois, la MRC de Montcalm affiche le taux le plus élevé des six MRC (30,8). En ordonnant le taux ajusté des régions sociosanitaires du Québec de façon croissante, Lanaudière accapare le treizième rang. Les cinq régions sociosanitaires qui se caractérisent par un taux plus élevé de giardiase en 2002 sont : Montréal-Centre (14,9), Québec (15,8), Estrie (19,2), Côte-Nord (20,1) et Nunavik (60,9).

7.2 L'infection à Campylobacter

Figure 7
Taux d'incidence d'infection à Campylobacter selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes)



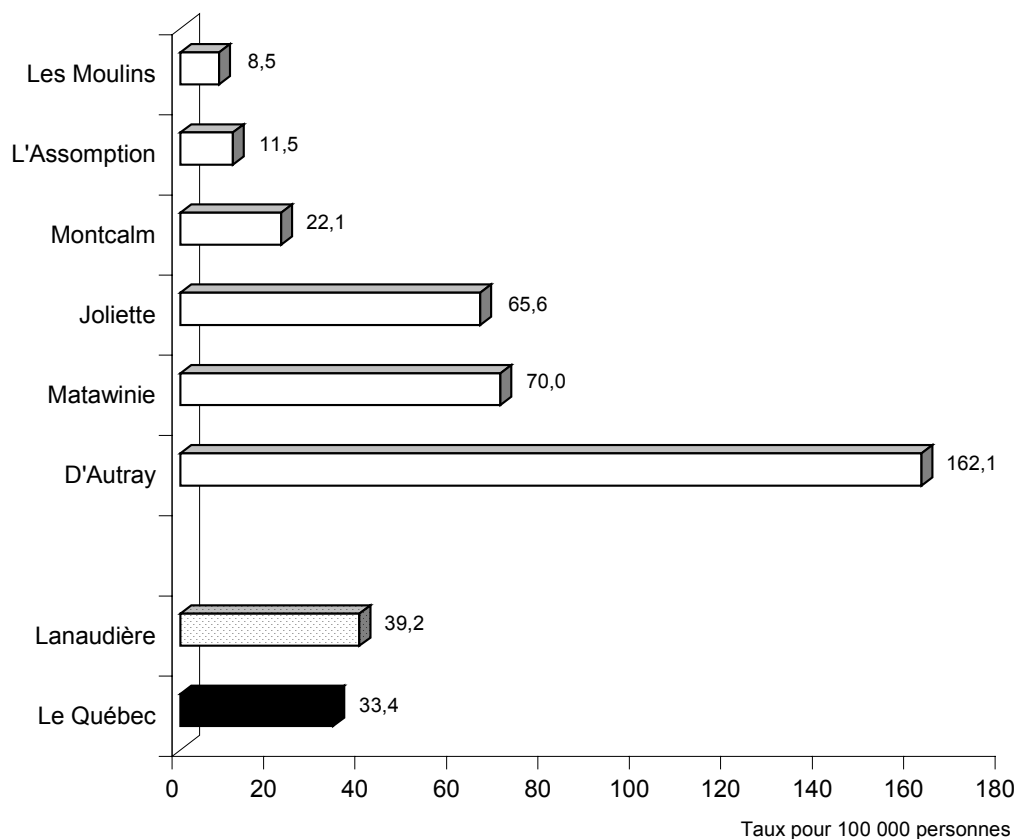
Note : Contrairement au taux d'incidence selon le groupe d'âge, ceux relatifs au sexe sont ajustés.

Sources : Fichier des MADO, LSPQ, février 2003.

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.

Avec des taux ajustés de 39,2 pour 100 000 personnes, Lanaudière semble obtenir une incidence d'infection à Campylobacter légèrement plus élevée que celle du Québec (33,4). Dans Lanaudière comme au Québec, les hommes se distinguent par une incidence plus importante que celle des femmes. Les Lanaudois et les Lanaudoises ont des taux de 45,2 et de 33,3, alors que les taux des Québécois et des Québécoises se chiffrent à 37,9 et 28,9 pour 100 000 personnes. Au regard des groupes d'âge, les personnes âgées de 15 à 24 ans se démarquent en étant plus affectées par cette maladie. Dans Lanaudière ce groupe d'âge détient un taux brut de 105,0 pour 100 000 personnes alors qu'il se situe à 51,3 au Québec. Sur le territoire lanaudois, la MRC de D'Autray fait bande à part avec une incidence ajustée de 162,1. Bien que moins élevés, les taux des MRC de Matawinie (70,0) et de Joliette (65,6) demeurent relativement préoccupants. Sur

Figure 8
Taux ajustés d'incidence d'infection à Campylobacter selon la MRC,
Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes)

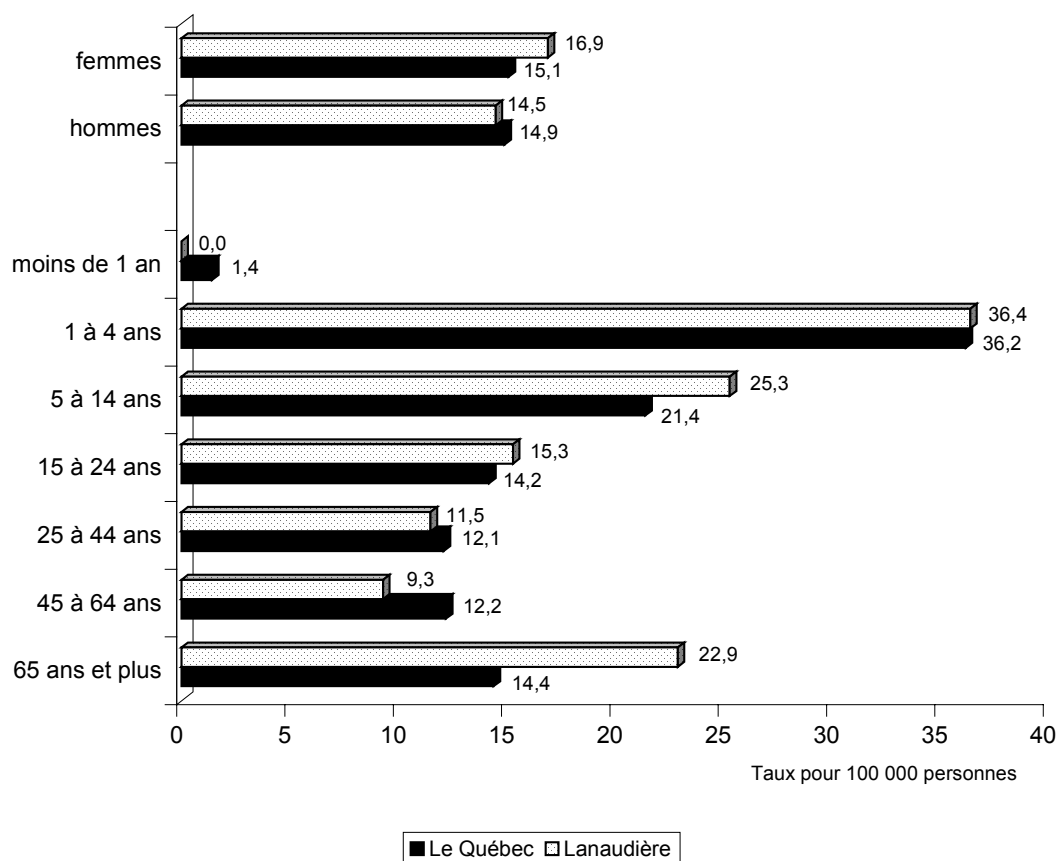


Sources : Fichier des MAD0, LSPQ, février 2003.
 MARQUIS, G., et É. CADIEUX. *Projections de la population selon le sexe et l'année d'âge, région de Lanaudière et sous-régions, 1996 à 2021*, RRSS de Lanaudière, 2000.

le plan provincial, Lanaudière fait plus ou moins bonne figure puisqu'elle se classe encore une fois au treizième rang des régions sociosanitaires québécoises. Les régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean (39,3), du Bas Saint-Laurent (40,0), de la Mauricie et du Centre-du-Québec (44,4), de la Chaudières-Appalaches et de Québec (56,7) sont les seules à afficher un bilan plus négatif à l'égard de l'incidence ajustée d'infection à Campylobacter.

7.3 La salmonellose

Figure 9
Taux d'incidence de salmonellose selon le sexe et le groupe d'âge,
Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes)



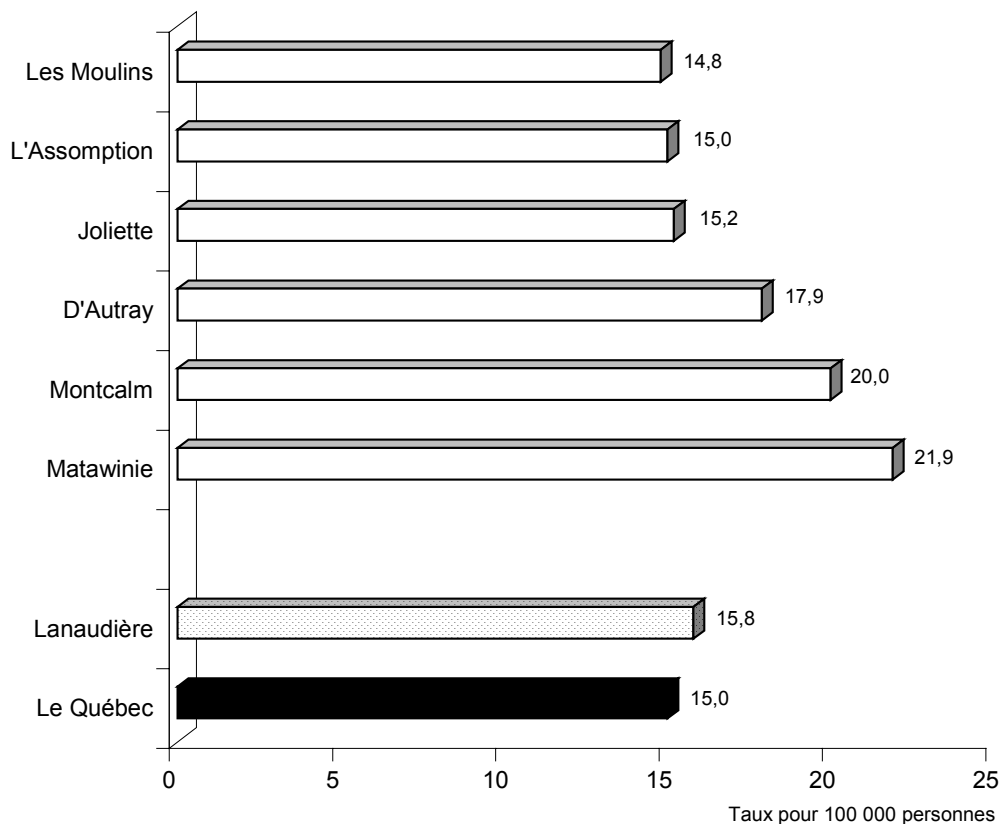
Note : Contrairement au taux d'incidence selon le groupe d'âge, ceux relatifs au sexe sont ajustés.

Sources : Fichier des MADO, LSPQ, février 2003.

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.

Avec des taux ajustés d'incidence de 15,8 et de 15,0 pour 100 000 personnes, la salmonellose affecte dans des proportions similaires les populations de Lanaudière et du Québec. De surcroît, cette maladie ne fait guère de distinction entre les hommes et les femmes. Dans Lanaudière, le taux des Lanaudoises se chiffre à 16,9 pour 100 000 et à 14,5 pour les Lanaudois. Au Québec, un écart encore plus réduit entre les femmes et les hommes est noté. En ce qui concerne l'âge des personnes touchées, on observe que les enfants âgés de 1 à 4 ans constituent le groupe le plus touché par cette maladie. À l'échelle régionale, le taux brut lanaudois de ces enfants s'élève à 36,4. Le Québec affiche un taux identique (36,2). À l'intérieur de la région, les MRC de Matawinie et de Montcalm se détachent légèrement des autres MRC avec des taux respectifs de 21,9 et de 20,0 pour 100 000 personnes. Parmi l'ensemble des dix-huit régions sociosanitaires,

Figure 10
Taux ajustés d'incidence de salmonellose selon la MRC,
Lanaudière et le Québec, 2002 (pour 100 000 personnes)



Sources : Fichier des MADO, LSPQ, février 2003.
 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.

Lanaudière, avec une incidence de 15,8 pour 100 000 personnes, se classe au neuvième rang lorsque les taux ajustés d'incidence sont ordonnés de façon croissante. Elle affiche donc un bilan plus favorable que des régions comme le Bas Saint-Laurent (23,8), la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (26,9) ou les Terres-Cries-de-la-Baie-James, mais nettement moins intéressant que celui des régions comme celles de Laval (9,0), du Nord-du-Québec (5,3) ou du Nunavik (0,0).

7.4 Les autres maladies d'origine hydrique ou alimentaire

Dans Lanaudière, huit épisodes d'entérite à *E. coli* O157 : H7, huit d'entérite à *Yersinia enterocolitica*, cinq de shigellose et 28 de toxi-infection alimentaire ont été recensés en 2002. Alors que les épisodes d'entérite à *E. coli* O157 : H7 se concentrent parmi les individus âgés de 45 à 64 ans, ceux ayant souffert de toxi-infection alimentaire sont principalement âgés de 25 à 44 ans. Quant aux épisodes d'entérite à *Yersinia enterocolitica* et de shigellose, ils ne semblent pas se concentrer particulièrement dans un groupe d'âge. Ces épisodes ont par ailleurs tendance à se concentrer parmi les femmes.

8. LES MALADIES TRANSMISSIBLES PAR VECTEUR ET AUTRES ZONOSSES

Seulement quatre épisodes de maladies transmissibles par vecteurs et autres zoonoses ont été dénombrés sur le territoire lanauchois en 2002. Parmi ceux-ci, on compte deux cas de paludisme et deux de fièvre Q. Tous les cas de ces maladies concernaient des adultes dont l'âge variait entre 25 et 64 ans. Les personnes touchées étaient toutes, sauf une, de sexe masculin.

Aucun cas de rage n'a été déclaré dans Lanaudière. Toutefois, 353 incidents de contact ou de morsure avec un animal ont été déclarés au service des maladies infectieuses. Ces incidents ont généré 113 prophylaxies postexposition dont 73 étaient en relation avec une morsure ou un contact avec une chauve-souris. Un total de 51 spécimens d'animaux de toute espèce confondue ont été analysés et parmi ceux-ci deux chauves-souris se sont avérées positives pour le virus de la rage.

CONCLUSION

En 2002, le nombre de déclarations de maladies infectieuses à déclaration obligatoire a continué de décroître. La coqueluche est la principale maladie responsable de ce mouvement à la baisse. En 2002, seulement 81 épisodes de cette MADO ont été enregistrés pour Lanaudière comparativement à 450 en 1998. Ces baisses se conjuguent toutefois avec une hausse des infections transmissibles sexuellement. Parmi celles-ci, la chlamydie génitale, qui passe de 254 épisodes en 1998 à 406 en 2002, progresse de façon importante. Bien que son nombre de cas soit peu élevé, on peut également souligner la montée, ces dernières années, de l'infection gonococcique génito-urinaire. Celle-ci s'effectue à travers le Québec et inquiète les responsables en santé publique. Les ITSS s'avèrent d'ailleurs la catégorie de MADO la plus déclarée. Dans Lanaudière, elles représentent en effet 40 % des déclarations pour l'année 2002. Les maladies d'origine hydrique ou alimentaire ne sont toutefois pas en reste puisqu'elles génèrent 30 % des déclarations de MADO. Avec 156 épisodes, l'infection à *Campylobacter* est, dans cette catégorie, la MADO la plus déclarée en 2002 dans Lanaudière.

Les données présentées permettent de connaître l'évolution de ces maladies. À ce titre, elles jouent un rôle primordial puisque à partir de ces informations, il est possible de mettre en place les mesures les plus adéquates de protection de la population. En ce sens, la déclaration des épisodes de MADO est à la base de ce processus et constitue, par le fait même, un élément crucial dans la lutte à la propagation de ces maladies.

BIBLIOGRAPHIE

CHIN, James (éd.). *Control of communicable diseases manual*, Seventeenth edition, Washington, American public health association, 2000, 624 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, Josée MASSICOTTE, François MILORD, Lina PERRON, Stéphane ROY et coll. *Maladies à déclaration obligatoire. Rapport annuel 2002*, Longueuil, RRSSS de la Montérégie, 75 p.

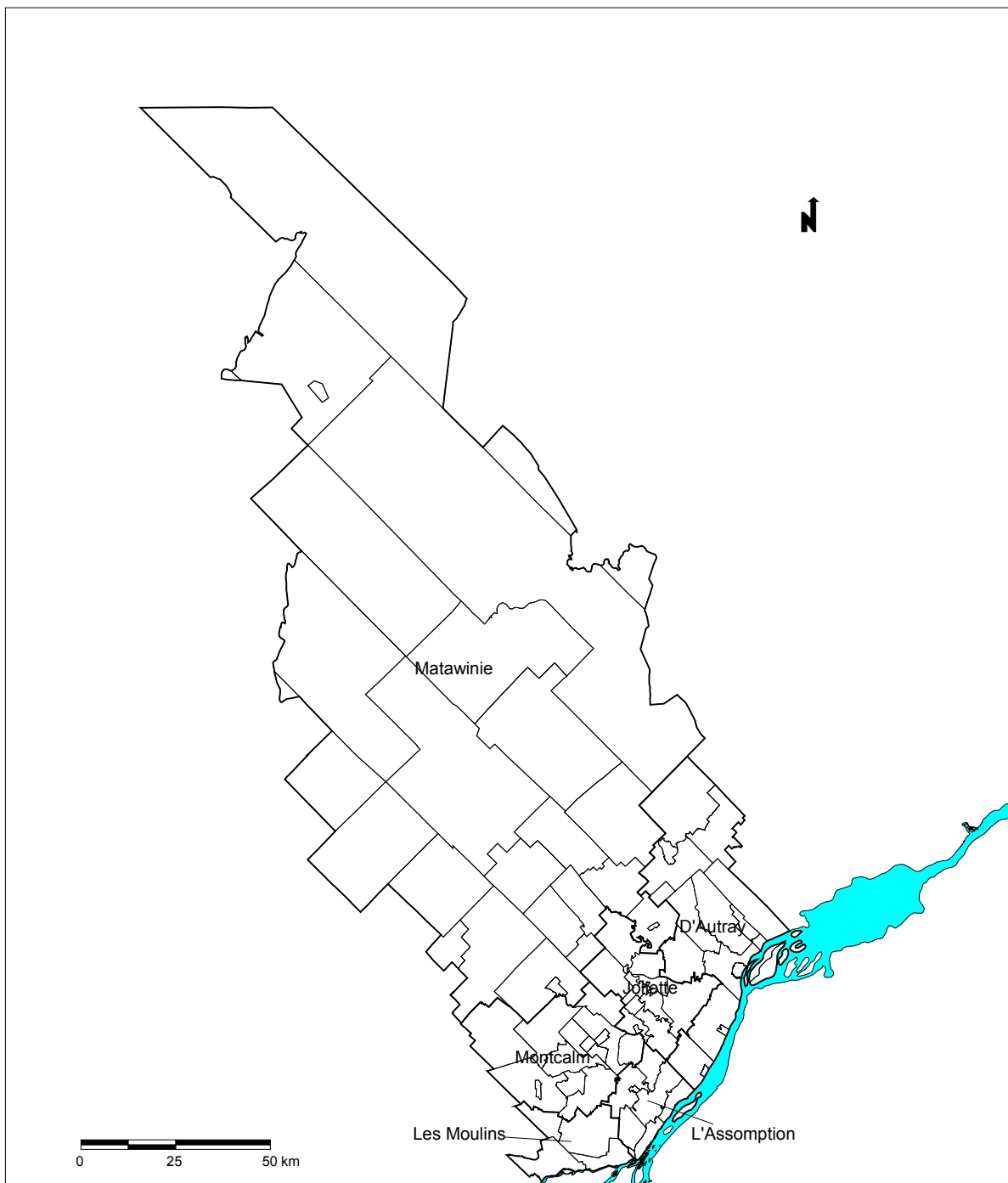
LOUCHINI, Rabia, et Monique DOUVILLE-FRADET (coll.). *Surveillance des maladies infectieuses et des intoxications chimiques à déclaration obligatoire au Québec, de 1990 à 1999*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 279 p.

MARQUIS, Geneviève, et Élisabeth CADIEUX. *Projections de la 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> (page consultée le 1^{er} juillet 2003).

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.

ANNEXE 1 CARTE GÉOGRAPHIQUE DES MRC DE LANAUDIÈRE



Source : Fond de carte de Statistique Canada, Recensement canadien de 1996.