

**Rapport des maladies à déclaration
obligatoire d'origine infectieuse pour la
région de Lanaudière : année 2007**

Par :

Abdoul Aziz Gbaya
Service de surveillance, recherche et évaluation

en collaboration avec :

Pierre Robillard
Équipe des maladies infectieuses
Service en prévention et contrôle des risques
d'origine biologique et environnementale

Avril 2009

Conception, traitement des données, analyse et rédaction :	Abdoul Aziz Gbaya, agent de planification, de programmation et de recherche
Collaboration à la rédaction :	Dr Pierre Robillard, Médecin conseil
Extraction des données :	Mélanie Renaud et Christine Garand, techniciennes en recherche psycho-sociale
Cartographie :	Josée Payette, technicienne en recherche psycho-sociale
Mise en pages :	Rébecca Leblanc et Julie Nault, agentes administratives
Comité de lecture :	Élizabeth Cadieux, Dre Joane Désilets, Christine Garand, André Guillemette, Richard Lanthier, Marie-Ève Simoneau et Dr Jean-Pierre Trépanier

Toute information extraite de ce document devra porter la source suivante :

GBAYA, Abdoul Aziz, et Pierre ROBILLARD (coll.). *Rapport des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse pour la région de Lanaudière : année 2007*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Avril 2009, 61 p.

Pour toute information supplémentaire concernant ce document, communiquez avec :

Abdoul Aziz Gbaya, agent de planification, de programmation et de recherche
Tél. : (450) 759-1157 ou le 1 800 668-9229, poste 4313
Courriel : AbdoulAziz.Gbaya@ssss.gouv.qc.ca

On peut se procurer ce document en communiquant avec :

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Direction de santé publique et d'évaluation
245, rue du Curé-Majeau, Joliette, Québec, J6E 8S8
Tél. : (450) 759-1157 ou le 1 800 668-9229, poste 4294

Dépôt légal :

Deuxième trimestre 2009

ISBN : 978-2-923685-64-9

978-2-923685-65-6

Bibliothèque nationale du Canada

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Table des matières

FAITS SAILLANTS	13
INTRODUCTION	15
1. MÉTHODOLOGIE	17
1.1 Sources des données.....	17
1.2. Analyse des données	17
1.3. Limites de l'analyse et d'interprétation des données	19
2. RÉSULTATS	21
2.1 Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	21
2.1.1 Chlamydie	22
2.1.2 Gonorrhée.....	25
2.1.3 Syphilis.....	28
2.1.4 Hépatites B, C et D	30
2.1.4.1 Hépatite B.....	30
2.1.4.2 Hépatite C.....	31
2.2. Maladies entériques	33
2.2.1 Campylobactériose	34
2.2.2 Giardiase.....	36
2.2.3 Salmonellose	39
2.2.4 Infection à <i>Escherichia coli</i> producteur de vérocytotoxine	41
2.2.5 Autres maladies entériques.....	42
2.3 Maladies évitables par la vaccination (MEV).....	43
2.3.1 Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	45
2.3.2 Coqueluche.....	47
2.3.3 Autres MEV	49
2.4 Maladies transmises par voie aérienne (MTVA).....	49
2.4.1 Infection invasive à streptocoque du groupe A	50
2.4.2 Légionellose.....	51
2.4.3 Tuberculose	52
2.4.4 Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i> autre que du type b	52
2.4.5 Autres maladies transmises par voie aérienne	53

2.5	Zoonoses et les maladies transmises par vecteurs (MTV).....	53
2.6	Autres maladies infectieuses sous surveillance	54
2.6.1	Expositions animales à risque pour la rage.....	54
2.6.2	Influenza	55
3.	INTERVENTIONS PRÉVENTIVES EN MALADIES INFECTIEUSES	57
3.1	Enquêtes épidémiologiques	57
3.2	Toxi-infections alimentaires et hydriques	57
3.3	Rôle conseil en immunisation et en maladies infectieuses.....	58
3.4	Activités particulières pour les maladies respiratoires sévères (MRS) et pour la préparation à une éventuelle pandémie d'influenza	58
3.5	Activités particulières pour le virus du Nil occidental (VNO).....	58
3.6	Bulletins d'information	58
3.7	Activités particulières pour les infections nosocomiales	59
	CONCLUSION.....	61

Liste des tableaux

Tableau 1 : Évolution des déclarations de nouveaux cas de syphilis, Lanaudière, 2003 à 2007 (nombre de cas et taux brut d'incidence par 100 000 personnes).....	28
Tableau 2 : Évolution des déclarations de nouveaux cas d'hépatites, Lanaudière 2003 à 2007 (nombre de cas et taux brut d'incidence par 100 000 personnes).....	30
Tableau 3 : Évolution des déclarations de nouveaux cas d'autres maladies entériques, Lanaudière, 2003 à 2007 (nombre de cas et taux brut d'incidence par 100 000 personnes)	42
Tableau 4 : Évolution des déclarations de nouveaux cas de zoonoses et maladies transmises par vecteurs, Lanaudière, 2003 à 2007 (nombre de cas et taux brut d'incidence par 100 000 personnes).....	54
Tableau 5 : Rapport des déclarations d'expositions à risque avec des animaux, Lanaudière, 2007	55

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des nouveaux cas de MADO selon la catégorie, Lanaudière, 2007.....	13
Figure 2 : Répartition des déclarations de nouveaux cas d'ITSS, Lanaudière, 2007	21
Figure 3 : Évolution des déclarations de nouveaux cas d'ITSS, Lanaudière, 2003 à 2007	22
Figure 4 : Taux bruts d'incidence de chlamydirose selon le groupe d'âge et le sexe, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)	23
Figure 5 : Taux standardisés d'incidence de chlamydirose selon le sexe, Lanaudière, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)	23
Figure 6 : Taux standardisés d'incidence de chlamydirose comparés avec le Québec, selon le territoire, MRC, RLS, Lanaudière et le Québec, 2007 (par 100 000 personnes).....	24
Figure 7 : Cartographie des taux standardisés d'incidence de chlamydirose comparés avec Lanaudière, selon la MRC, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes).....	25
Figure 8 : Taux bruts d'incidence de gonorrhée selon le groupe d'âge et le sexe, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes).....	26
Figure 9 : Taux standardisés d'incidence de gonorrhée selon le sexe, Lanaudière, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes).....	26
Figure 10 : Taux standardisés d'incidence de gonorrhée comparés avec le Québec, selon le territoire, MRC, RLS, Lanaudière et le Québec, 2007 (par 100 000 personnes).....	27
Figure 11 : Cartographie des taux standardisés d'incidence de gonorrhée comparés avec Lanaudière, selon la MRC, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes).....	27
Figure 12 : Taux bruts d'incidence de syphilis selon le groupe d'âge et le sexe, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes).....	29
Figure 13 : Taux standardisés d'incidence de la syphilis comparés avec le Québec, selon le territoire, RLS, Lanaudière et le Québec, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes).....	29
Figure 14 : Taux bruts d'incidence de l'hépatite B selon le groupe d'âge et le sexe, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes).....	30
Figure 15 : Taux standardisés d'incidence de l'hépatite B comparés avec le Québec, selon le territoire, RLS, Lanaudière et le Québec, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes).....	31
Figure 16 : Taux bruts d'incidence de l'hépatite C selon le groupe d'âge et le sexe, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes).....	32
Figure 17 : Taux standardisés d'incidence de l'hépatite C comparés avec le Québec, selon le territoire, RLS, Lanaudière et le Québec, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes).....	32
Figure 18 : Répartition des déclarations de nouveaux cas de maladies entériques, Lanaudière, 2007	33

Figure 19 : Évolution des déclarations de nouveaux cas de maladies entériques, Lanaudière, 2003 à 2007	33
Figure 20 : Taux bruts d'incidence de campylobactérose selon le groupe d'âge, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes).....	34
Figure 21 : Évolution des taux standardisés d'incidence de campylobactérose selon le sexe, Lanaudière, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)	34
Figure 22 : Taux standardisés d'incidence de campylobactérose comparés avec le Québec, selon le territoire, MRC, RLS, Lanaudière et le Québec, 2007 (par 100 000 personnes).....	35
Figure 23 : Cartographie des taux standardisés d'incidence de campylobactérose comparés avec Lanaudière, selon la MRC, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)	36
Figure 24 : Taux bruts d'incidence de giardiose selon le groupe d'âge, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes).....	37
Figure 25 : Évolution des taux standardisés d'incidence de giardiose selon le sexe, Lanaudière, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes).....	37
Figure 26 : Taux standardisés d'incidence de giardiose comparés avec le Québec, selon le territoire, MRC, RLS, Lanaudière et le Québec, 2007 (par 100 000 personnes).....	38
Figure 27 : Cartographie des taux standardisés d'incidence de giardiose comparés avec Lanaudière, selon la MRC, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes).....	38
Figure 28 : Taux bruts d'incidence de la salmonellose selon le groupe d'âge, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes).....	39
Figure 29 : Évolution des taux standardisés d'incidence de salmonellose selon le sexe, Lanaudière, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)	39
Figure 30 : Taux standardisés d'incidence de salmonellose comparés avec Le Québec, selon le territoire, MRC, RLS, Lanaudière et le Québec, 2007 (par 100 000 personnes).....	40
Figure 31 : Cartographie des taux standardisés d'incidence de salmonellose comparés avec Lanaudière, selon la MRC, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes).....	40
Figure 32 : Taux bruts d'incidence d'infection à <i>E. coli</i> selon le groupe d'âge, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes).....	41
Figure 33 : Taux standardisés d'incidence d'infection à <i>E. coli</i> comparés avec le Québec, Lanaudière, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)	41
Figure 34 : Répartition des déclarations de nouveaux cas de MEV, Lanaudière, 2007	44
Figure 35 : Évolution des déclarations de nouveaux cas de maladies évitables par la vaccination, Lanaudière, 2003 à 2007	44
Figure 36 : Taux bruts d'incidence d'infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i> selon le groupe d'âge, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)	45

Figure 37 : Taux standardisés d'incidence de l'infection invasive à pneumocoque comparés avec le Québec, selon le territoire, RLS, Lanaudière et le Québec, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes).....	46
Figure 38 : Taux standardisés d'incidence de l'infection invasive à pneumocoque comparés avec Lanaudière, selon la MRC, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)	46
Figure 39 : Taux bruts d'incidence de la coqueluche selon le groupe d'âge, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes).....	47
Figure 40 : Taux standardisés d'incidence de la coqueluche comparés avec le Québec, selon le territoire, RLS, Lanaudière et le Québec, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)	48
Figure 41 : Taux standardisés d'incidence de la coqueluche comparés avec Lanaudière, selon la MRC, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes).....	48
Figure 42 : Répartition des déclarations de nouveaux cas de MTVA, Lanaudière, 2007	49
Figure 43 : Évolution des déclarations de nouveaux cas de maladies transmises par voie aérienne, Lanaudière, 2003 à 2007	50
Figure 44 : Taux standardisés d'incidence de l'infection invasive à streptocoque du groupe A comparés avec le Québec, Lanaudière, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes).....	51
Figure 45 : Taux standardisés d'incidence de la légionellose comparés avec le Québec, Lanaudière, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)	51
Figure 46 : Taux standardisés d'incidence de la tuberculose comparés avec le Québec, Lanaudière, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)	52
Figure 47 : Taux standardisés d'incidence de l'infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i> autre que du type b comparés avec le Québec, Lanaudière, 2006 et 2007 (par 100 000 personnes).....	53

Liste des sigles et abréviations

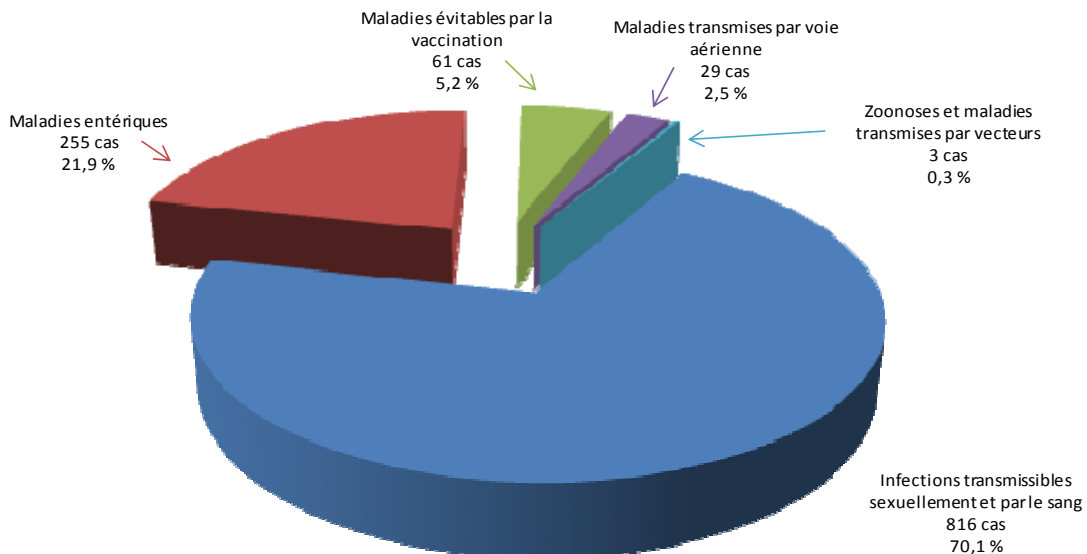
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
BVS	Bureau de surveillance et de vigie
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSPE	Direction de santé publique et d'évaluation
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IC	Intervalle de confiance
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	Maladie à déclaration obligatoire
MEV	Maladie évitable par vaccination
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTV	Maladie transmise par vecteurs
MTVA	Maladie transmise par voie aérienne
RLS	Réseau local de services
RTS	Rapport de taux standardisés
SYLIA	S ystème L anaudois d' I nformation et d' A nalyse
Tbi	Taux brut d'incidence
Tsi	Taux standardisé d'incidence
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

FAITS SAILLANTS

En 2007, 1 164 cas de maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine infectieuse ont été rapportés aux autorités de santé publique de Lanaudière par les médecins et les laboratoires de la région comparativement à 1 228 cas en 2006. Tout comme pour les quatre années précédentes, le total des déclarations de la région représente 4,5 % du total des déclarations de la province; soit une proportion plus faible que le poids démographique de la région qui gravite autour de 5,8 %.

Comme l'illustre la figure 1, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) sont les maladies les plus fréquemment déclarées dans Lanaudière, totalisant 70,1 % des cas de MADO. Elles sont suivies par les maladies entériques qui représentent près de 22 % des cas de MADO notifiés dans la région avec 255 cas. Pour leur part, l'incidence des maladies évitables par vaccination (MEV) et celle des maladies transmises par voie aérienne (MTVA) occupent des proportions respectives de 5,2 % et 2,5 % des nouveaux cas de la région en 2007.

Figure 1 : Répartition des nouveaux cas de MADO selon la catégorie, Lanaudière, 2007



À retenir en 2007 :

- La chlamydie demeure la MADO la plus déclarée avec 673 cas.
- La coqueluche enregistre sa plus basse incidence des cinq dernières années avec 12 cas.
- Le nombre de cas d'infections invasives à *Streptococcus pneumoniae* connu une hausse de 57,7 % par rapport à 2006.
- La rougeole est recrudescence avec cinq nouveaux cas notifiés.

INTRODUCTION

Au Québec, la surveillance épidémiologique des MADO fait partie des mandats légaux des directeurs régionaux de santé publique. Ces derniers exercent cette fonction grâce à la collaboration des médecins, des laboratoires des centres hospitaliers et des autres laboratoires publics et privés, dont le Laboratoire de santé publique du Québec, de qui la déclaration des MADO est requise selon la *Loi sur la santé publique*.¹

Le Service de surveillance, recherche et évaluation, en collaboration avec l'Équipe des maladies infectieuses, présente ce rapport sur les MADO d'origine infectieuse dans la région. Il s'agit d'un portrait global qui décrit l'importance des MADO dans la population Lanaudoise en 2007 et qui rend compte de leur évolution au cours de la période 2003 à 2007.

Le document s'inscrit dans le cadre des activités de surveillance et de contrôle des MADO d'origine infectieuse. Il constitue un outil de rétroaction aux médecins et aux laboratoires de la région impliqués dans le processus de détection et de déclaration des cas. Il fournit également de l'information aux professionnels de la santé, aux intervenants et aux groupes communautaires afin que ceux-ci contribuent aux orientations des interventions et à la planification des ressources nécessaires en ce qui concerne l'interruption de la chaîne de transmission d'une maladie.

Le rapport des MADO est divisé en trois sections. La première porte sur les aspects méthodologiques utiles à la compréhension et à l'interprétation des données. La deuxième présente le profil des MADO ainsi que de certaines infections sous surveillance. Finalement, la troisième partie décrit les interventions préventives en maladies infectieuses.

¹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur la santé publique* (L.R.Q., c. S-2.2), Dernière modification : 14 juin 2006, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2008, 44 p.

1. MÉTHODOLOGIE

1.1 Sources des données

Les données sur les maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse proviennent du registre provincial des MADO, géré par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) rattaché à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Elles sont utilisées pour illustrer le nombre de cas par maladie infectieuse à déclaration obligatoire et servent à définir le numérateur des taux d'incidence des maladies et des infections à l'étude. Les données prises en compte sont celles dont les cas ont été déclarés entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 décembre 2007 chez les résidents de la région de Lanaudière. Il s'agit de cas validés, c'est-à-dire ceux qui répondent aux définitions nosologiques formulées par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Pour la production de ce rapport, les données ont été extraites en mai 2008.

Les informations sur la population lanaudoise proviennent du **S**ystème **L**anaudois d'**I**nformation et d'**A**nalyse (SYLIA) et sont disponibles sur le site web de l'Agence.² Pour l'année 2003, les données ont été diffusées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) sur la base des estimations de population selon le sexe et l'âge issues du recensement canadien de 2001.³ Pour les années 2004 à 2007, les informations proviennent des estimations de population faites par la Division de la démographie de Statistique Canada. Les estimations de la population du Québec selon le sexe et l'âge de 2003 à 2007 ont également été produites par Statistique Canada.⁴ Toutes ces données populationnelles servent à préciser les dénominateurs dans le calcul des taux d'incidence des MADO.

Les informations issues des enquêtes épidémiologiques complètent les données sur les déclarations de MADO. Ces enquêtes ont été menées par l'Équipe régionale des maladies infectieuses en 2007 et ont permis de documenter tous les cas notifiés ainsi que leurs contacts.

1.2. Analyse des données

Les informations sur les déclarations des MADO et les données populationnelles ont été traitées par le calcul des indicateurs suivants :

- L'incidence

L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas d'une MADO observés pendant une période donnée et pour une population déterminée. Elle s'exprime en général pour une année, en valeur absolue pour un territoire donné.

² www.agencelanaudiere.qc.ca

³ STATISTIQUE CANADA. Division de la démographie. *Estimations de la population*, 2001 à 2004. Institut de la statistique du Québec, *Estimations de la population*, 2005.

⁴ STATISTIQUE CANADA. Division de la démographie. *Estimations de la population du Québec par groupe d'âge et sexe, au 1^{er} juillet, 2001 à 2007*, 2008.

- Le taux brut d'incidence (Tbi)

Le taux brut d'incidence est le rapport entre le nombre de nouveaux cas d'une MADO observés dans une population lors d'une période donnée et l'effectif de cette même population au cours de la période. Le taux brut d'incidence est exprimé par année sur une base de 100 000 personnes.

- Le taux standardisé d'incidence (Tsi)

Le taux standardisé d'incidence est l'ajustement du taux brut dans le but d'éliminer l'influence de la structure d'âge des populations. La méthode employée dans ce rapport est la standardisation directe. Cette méthode consiste à appliquer à une population de référence (celle du Québec, sexes réunis en 2001) les taux d'incidence d'une MADO selon le groupe d'âge quinquennal et le sexe de la population d'un territoire donné. On obtient ainsi les nouveaux cas de MADO attendus selon le groupe d'âge quinquennal et le sexe. Le taux standardisé d'incidence de la MADO est par la suite calculé en divisant le total des nouveaux cas de MADO attendus de tous les groupes d'âge selon le sexe par la population de référence.^{5 6}

Le taux ajusté d'incidence représente le nombre annuel moyen de nouveaux cas d'une MADO pour 100 000 personnes qui pourrait être observé dans une population donnée si celle-ci avait la même structure par âge et sexe que la population de référence. Il est particulièrement utile pour établir des comparaisons entre territoires.

La formule suivante a été utilisée : $Ts_{ij} = \sum_i (W_i (Nb_{ij} / N_{ij}))$

Ts_{ij} : taux d'incidence standardisé pour l'âge pour le territoire j

i : groupes d'âge (<1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans, ... 65-69 ans, 70-74 ans, 75 ans et plus)

W_i : poids pour le groupe d'âge i

Nb_{ij} : nombre de cas par maladie pour le groupe d'âge i dans le territoire j

N_{ij} : population pour le groupe d'âge i dans le territoire j

- Le rapport de taux standardisés (RTS)

Le rapport de taux standardisés est le résultat de la division du taux standardisé d'incidence d'une MADO d'une population donnée par le taux standardisé d'incidence de la MADO d'une autre population, soit celui du Québec ou celui de Lanaudière. Ce rapport permet de déterminer si la population donnée présente une incidence de la MADO significativement plus faible ou plus élevée que celle de la population qui lui est comparée.

⁵ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Doit-on utiliser la standardisation directe ou indirecte dans l'analyse de la mortalité à l'échelle des petites unités géographiques?* Québec, Mars 2005, 27 p.

⁶ ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ. *La standardisation : Une méthode épidémiologique classique pour la comparaison des taux.* Bulletin épidémiologique, Septembre 2002, Extraits du vol. 23 no. 3, 7 p.

- Les intervalles de confiance sur le RTS

L'utilisation d'un test statistique générateur d'intervalles de confiance pour le RTS permet de déterminer si la différence observée entre un territoire donné et le Québec (ou Lanaudière, selon le cas) est statistiquement significative ou non. Les limites inférieure et supérieure de l'intervalle de confiance (IC) des rapports RTS sont calculées avec un seuil de signification de 0,05. Si les valeurs limites de l'IC du RTS d'une population donnée n'englobent pas le RTS de la population témoin (dont la valeur est toujours égale à 100,0), il est considéré comme étant significativement différent.⁷

Les cas sont catégorisés selon les caractéristiques épidémiologiques classiques de temps (années), de lieu de résidence (territoire de MRC, RLS, région ou province) et de personne (sexe, groupe d'âge).

1.3. Limites de l'analyse et d'interprétation des données

Par convention, la date d'inscription au registre central des MADO correspond à la date de réception de la première déclaration à la DSPE et non à celle du début des symptômes. Les données sont présentées pour l'année civile (1^{er} janvier au 31 décembre).

Le rapport n'est pas exhaustif du nombre réel de MADO survenues dans la région et la province. En effet, pour certaines maladies, seule une fraction des cas réels est inscrite au registre central des MADO. Les affections asymptomatiques ou subcliniques peuvent survenir et ne pas être détectées.

D'autres biais de détection des cas sous forme de "sur-déclaration" sont possibles; par exemple chez les catégories de personnes qui sont plus enclines à consulter un médecin ou à subir des examens de confirmation en laboratoire (personnes âgées, nourrissons, femmes).

Pour certaines maladies infectieuses, le taux de cas déclarés représente une combinaison d'incidence et de prévalence plutôt qu'une réelle incidence. C'est le cas des infections à *Chlamydia trachomatis*, de la giardiase et des infections chroniques au virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C qui sont découvertes fortuitement lors d'un dépistage.

Le lecteur tiendra également compte du fait que le registre des MADO est un fichier dynamique et que les définitions nosologiques sur lesquelles repose la validation des cas sont sujettes à des révisions entraînant des ajouts et parfois des retraits ou des précisions sur certaines MADO.

Les données représentent des événements et non des individus. Pour un même individu, on peut déclarer plus d'une maladie.

Compte tenu de l'alimentation continue du registre central des MADO, une extraction effectuée à un autre moment pourrait donner des statistiques légèrement différentes.

⁷ Tiré du **SY**stème Lanaudois d'**I**nformation et d'**A**nalyse (**SYLIA**), Service de surveillance, recherche et évaluation, DSPE de Lanaudière

2. RÉSULTATS

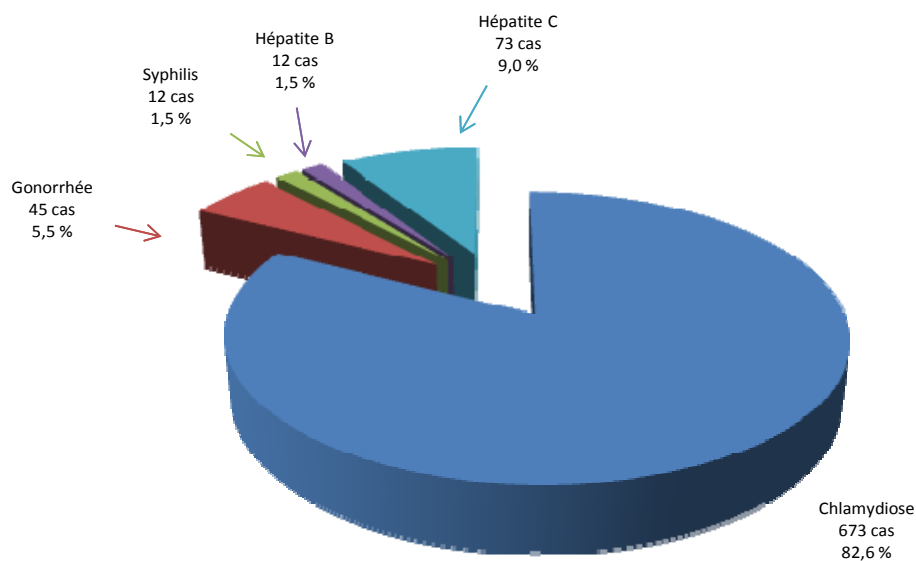
La présentation des statistiques sur les MADO a été allégée en procédant à des regroupements. Les catégories de regroupement des maladies n'étant pas mutuellement exclusives, un choix basé selon la similarité des modes de transmission a été opéré quant à la classification des MADO. On note ainsi cinq grands groupes : les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), les maladies entériques, les maladies évitables par la vaccination (MEV), les maladies transmises par voie aérienne (MTVA) et les zoonoses et les maladies transmises par vecteurs (MTV). Par ailleurs, en raison du petit nombre de déclarations de certaines MADO ou de populations peu nombreuses, des sous-groupes ont été créés. C'est le cas des hépatites virales (B, C et D) et de la syphilis (syphilis congénitale, primaire, secondaire, latente, cardiovasculaire, nerveuse et sans précision).

2.1 Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

En 2007, 816 cas d'ITSS ont été rapportés dans Lanaudière. Les ITSS constituent le groupe de MADO d'origine infectieuse le plus fréquemment déclaré dans la région, totalisant 70,1 % des cas en 2007.

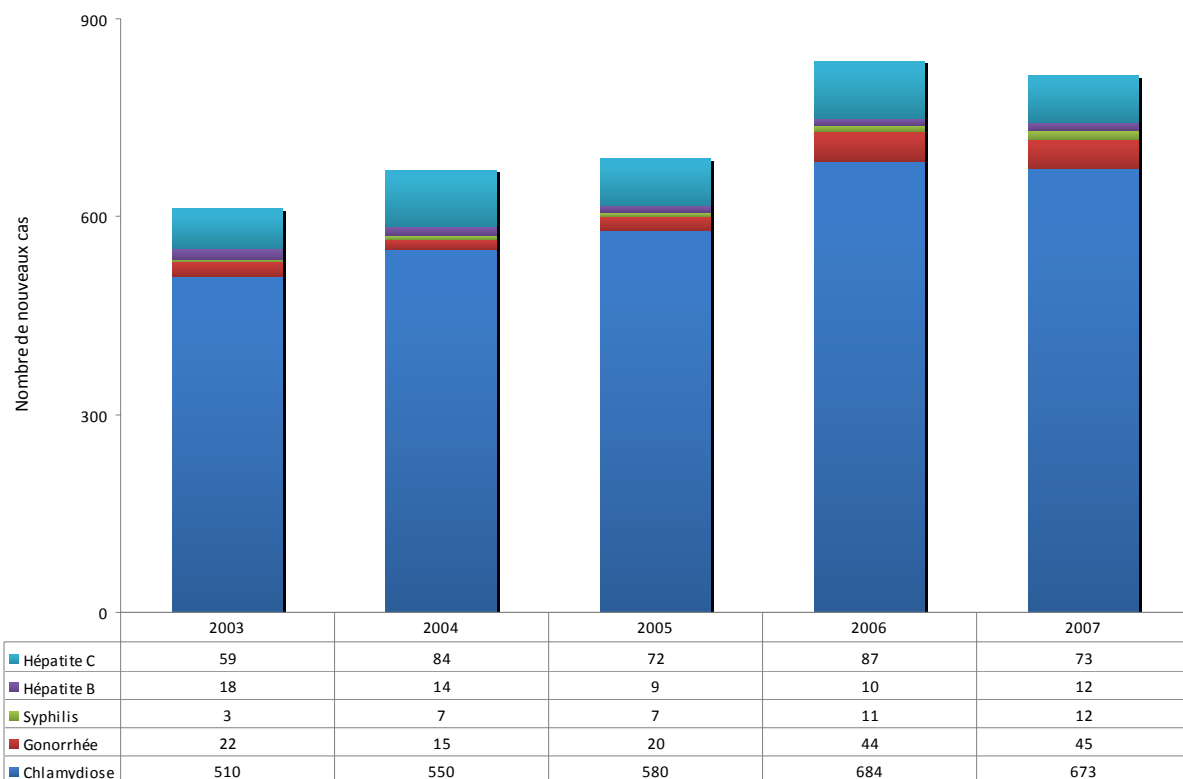
Comme le montre la figure 2, la chlamydie domine le groupe des ITSS avec plus de 80 % des déclarations. Elle est suivie par l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) et la gonorrhée avec respectivement 73 et 45 cas. L'hépatite B, tout comme la syphilis, a fait l'objet de 12 déclarations, soit 1,5 % des ITSS. Enfin, on note 1 seul cas d'infection par le virus T-lymphotrope humain du type I (HTLV type I).

Figure 2 : Répartition des déclarations de nouveaux cas d'ITSS, Lanaudière, 2007



Au cours des cinq dernières années, Lanaudière a connu une augmentation des déclarations d'ITSS (figure 3). Le nombre de nouveaux cas est ainsi passé de 600 en 2003 à plus de 800 en 2006 et 2007. Cette hausse des déclarations est attribuable à la chlamydirose, la gonorrhée, la syphilis et l'hépatite C. À l'opposé, les signalements de cas d'infections par le virus de l'hépatite B (VHB) ont régressé dans la région.

Figure 3 : Évolution des déclarations de nouveaux cas d'ITSS, Lanaudière, 2003 à 2007



2.1.1 Chlamydirose

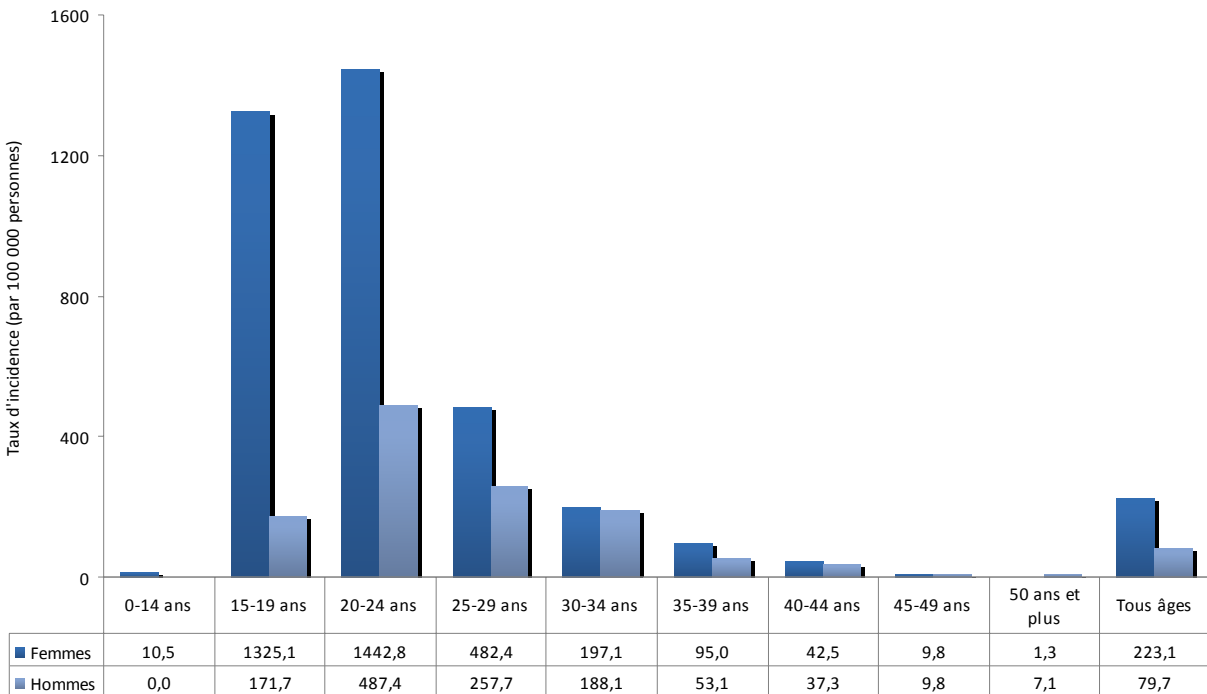
L'infection à *Chlamydia trachomatis* occupe le premier rang des signalements de MADO dans Lanaudière. Avec 673 cas pour l'année 2007, elle totalise un peu plus de la moitié des déclarations, soit 57,8 %. Le taux brut d'incidence correspondant s'établit à 151,2 cas par 100 000 personnes.

Les femmes représentent près des trois quarts des cas notifiés d'infection à *Chlamydia trachomatis*.

En regard de l'âge, la majorité des signalements de chlamydirose est enregistrée chez les jeunes de 15 à 29 ans (figure 4). En effet, parmi les 495 femmes atteintes de chlamydirose, près de 90 % sont âgées de 15 à 29 ans et le pic d'incidence se retrouve chez les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans avec un taux brut de 1 443 cas par 100 000 personnes.

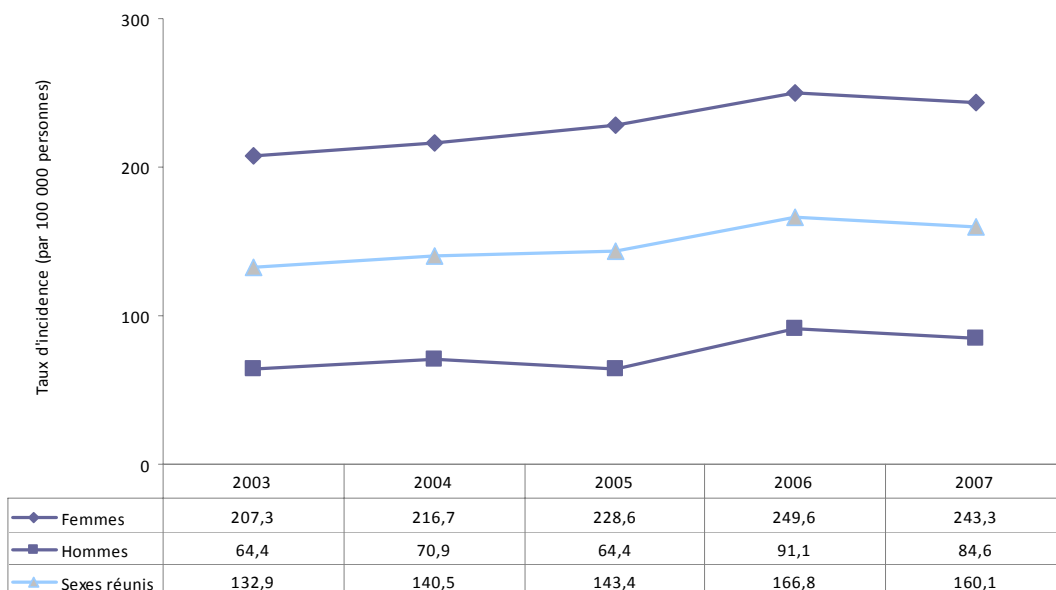
De même, près des trois quarts des 178 hommes atteints de chlamydirose en 2007 sont également âgés entre 15 et 29 ans avec un pic d'incidence de 487,4 cas par 100 000 personnes observé chez les 20-24 ans.

Figure 4 : Taux bruts d'incidence de chlamydirose selon le groupe d'âge et le sexe, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)



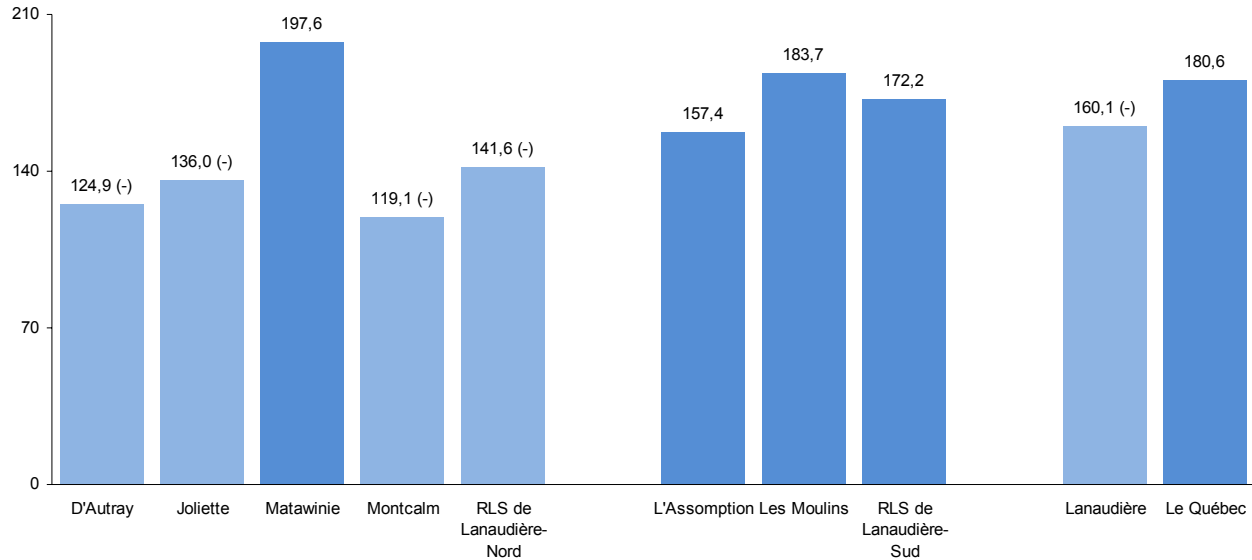
Même s'ils n'ont pas augmenté entre 2006 et 2007, les taux ajustés d'incidence de la chlamydirose suivent une tendance légèrement à la hausse dans Lanaudière depuis 2003. Cette tendance est observée aussi bien chez les Lanaudois que les Lanaudoises.

Figure 5 : Taux standardisés d'incidence de chlamydirose selon le sexe, Lanaudière, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)



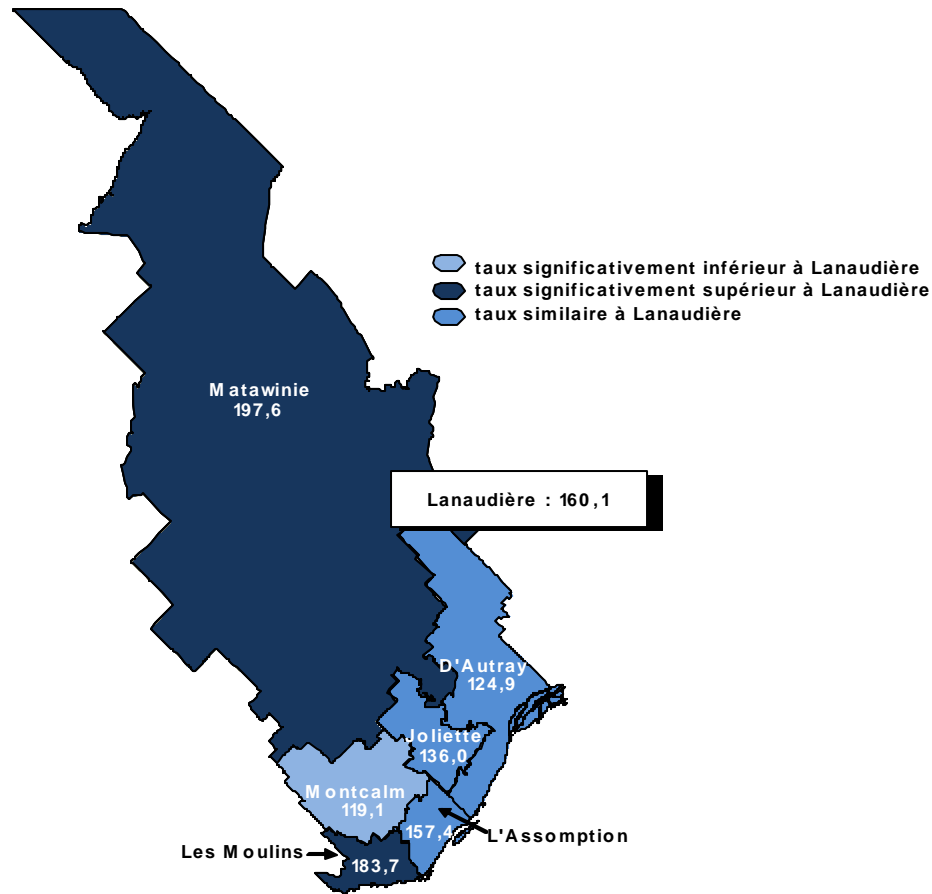
En 2007, la région, trois municipalités régionales de comté (MRC) (D'Autray, Joliette et Montcalm) et le territoire du réseau local de services (RLS) de Lanaudière-Nord présentent des taux ajustés d'incidence de chlamydie significativement inférieurs à celui de la province. En revanche, les autres MRC (Matawinie, Les Moulins et L'Assomption) de même que le territoire du RLS de Lanaudière-Sud affichent des taux standardisés d'incidence de chlamydie comparables au taux provincial.

Figure 6 : Taux standardisés d'incidence de chlamydie comparés avec le Québec, selon le territoire, MRC, RLS, Lanaudière et le Québec, 2007 (par 100 000 personnes)



Au niveau infrarégional, la MRC de Matawinie occupe le premier rang au chapitre de l'incidence de la chlamydie. Elle affiche avec la MRC des Moulins un taux ajusté d'incidence de chlamydie significativement plus élevé que celui de la région. En revanche, la MRC de Montcalm bénéficie d'un taux standardisé d'incidence de la chlamydie statistiquement inférieur à celui de la moyenne régionale.

Figure 7 : Cartographie des taux standardisés d'incidence de chlamydie comparés avec Lanaudière, selon la MRC, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)



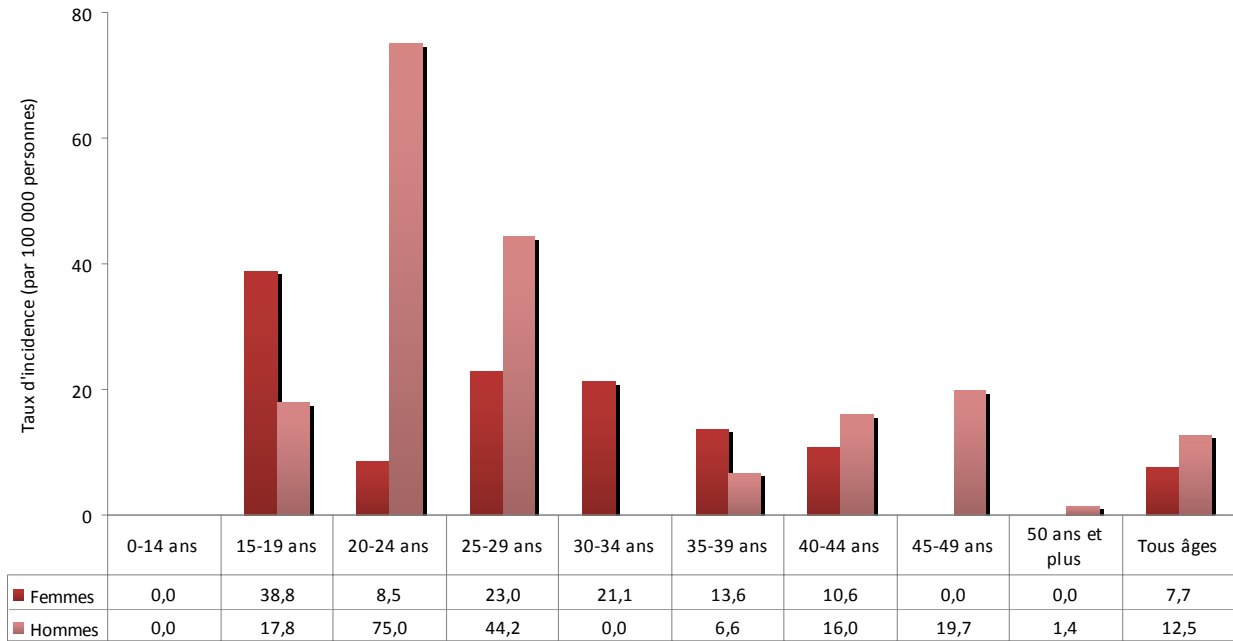
2.1.2 Gonorrhée

La gonorrhée est une infection transmissible sexuellement causée par la bactérie *Neisseria gonorrhoeae*. Au cours de l'année 2007, 45 cas d'infection gonococcique ont été déclarés dans la région de Lanaudière, soit un taux brut d'incidence de 10,1 cas par 100 000 personnes.

Contrairement à la chlamydie, la majorité des déclarations de gonorrhée est répertoriée chez les hommes qui comptent pour 62,2 % des cas. L'incidence régionale de gonorrhée est d'ailleurs plus élevée chez les jeunes hommes âgés de 20 à 24 ans avec un taux brut de 75,0 cas par 100 000 personnes (figure 8).

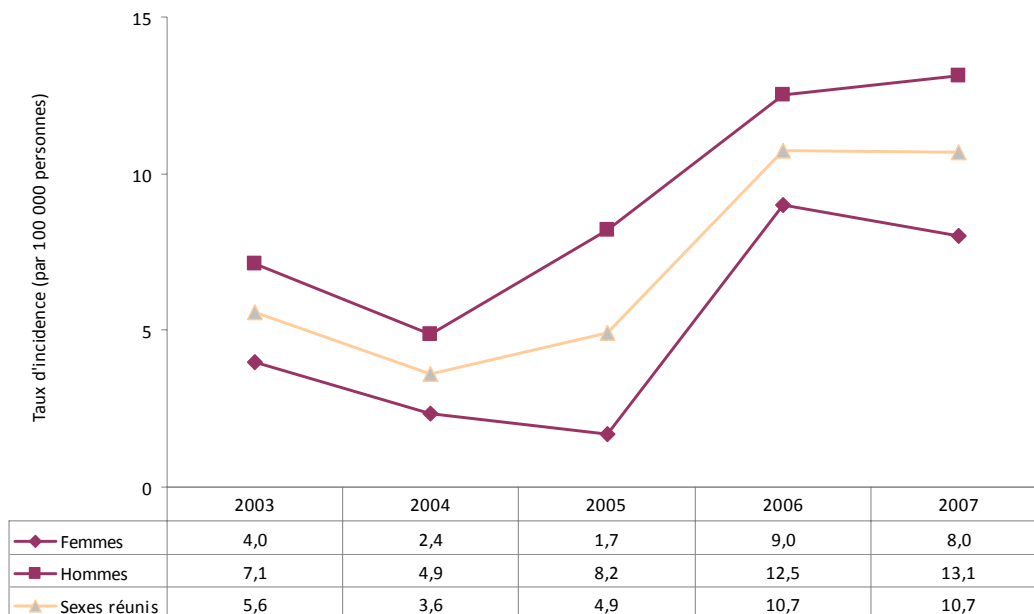
Chez les femmes, c'est dans le groupe des 15-19 ans que l'on retrouve le pic d'incidence de la gonorrhée avec un taux brut qui s'élève à 38,8 cas par 100 000 personnes.

Figure 8 : Taux bruts d'incidence de gonorrhée selon le groupe d'âge et le sexe, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)



Pour la deuxième année consécutive, l'infection gonococcique maintient sa progression amorcée en 2005 dans la région. Le taux ajusté d'incidence de la gonorrhée a ainsi doublé entre 2003 et 2007 passant de 5,6 à 10,7 cas par 100 000 personnes.

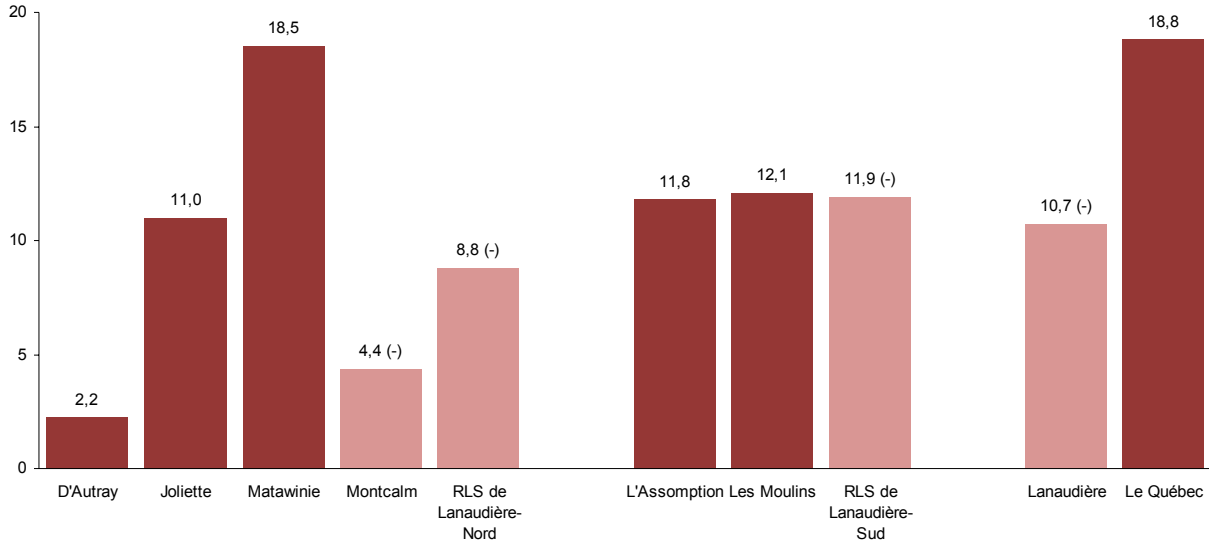
Figure 9 : Taux standardisés d'incidence de gonorrhée selon le sexe, Lanaudière, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)



Comparativement à la moyenne provinciale, Lanaudière, les deux RLS ainsi que la MRC de Montcalm se distinguent par des taux standardisés d'incidence de gonorrhée plus bas. Les autres

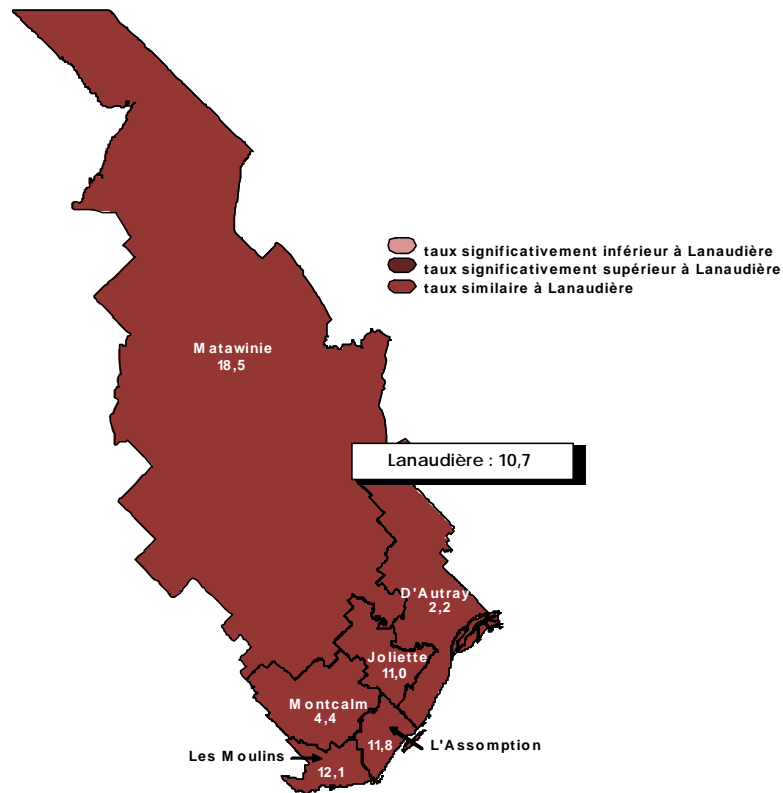
MRC affichent pour leur part des taux ajustés d'incidence de gonorrhée comparables à celui du Québec (figure 10).

Figure 10 : Taux standardisés d'incidence de gonorrhée comparés avec le Québec, selon le territoire, MRC, RLS, Lanaudière et le Québec, 2007 (par 100 000 personnes)



Au niveau infrarégional, aucune différence statistique n'est notée entre Lanaudière et ses six territoires de MRC quant à l'incidence ajustée de la gonorrhée.

Figure 11 : Cartographie des taux standardisés d'incidence de gonorrhée comparés avec Lanaudière, selon la MRC, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)



Selon les données du Bureau de surveillance et de vigie (BSV) du MSSS, 44,0 % des souches de *Neisseria gonorrhœae* déclarées à la DSPE depuis deux ans sont résistantes à la ciprofloxacine. Cette situation est préoccupante puisque le taux de résistance se situe à 23,0 % pour l'ensemble du Québec en 2007.⁸

De plus, les enquêtes épidémiologiques menées par la DSPE à la suite des déclarations, révèlent que plus d'un cinquième des cas de gonorrhée concerne les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).

2.1.3 Syphilis

La syphilis est une infection transmissible causée par la bactérie *Treponema pallidum*. Une syphilis non traitée comporte cinq étapes évolutives : primaire, secondaire, latente précoce (asymptomatique pendant plus ou moins une année) latente tardive (asymptomatique pendant plus d'une année), et tertiaire. La syphilis infectieuse réfère au caractère contagieux de la maladie au cours des phases primaire, secondaire et latente précoce.

Selon les données du ministère de la Santé et des Services sociaux, cette MADO est réapparue au Québec depuis le début des années 2000. Elle touche principalement les HARSAH.

Dans Lanaudière en 2007, 12 cas de syphilis (toutes formes confondues) ont été déclarés. Le taux brut d'incidence observé se chiffre à 2,7 cas par 100 000 personnes. On compte 8 nouveaux cas de syphilis infectieuse, 3 cas de syphilis latente de plus d'un an et 1 cas de neurosyphilis.

Tableau 1 : Évolution des déclarations de nouveaux cas de syphilis, Lanaudière, 2003 à 2007 (nombre de cas et taux brut d'incidence par 100 000 personnes)

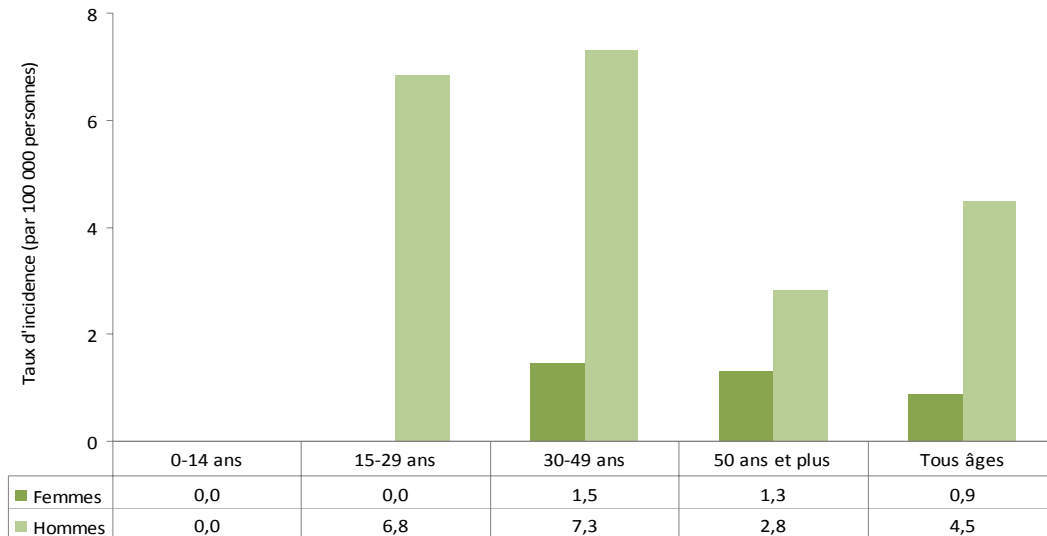
Infections	2003		2004		2005		2006		2007	
	N cas	Tbi	N cas	Tbi	N cas	Tbi	N cas	Tbi	N cas	Tbi
Syphilis infectieuses	1	0,2	6	1,4	5	1,2	9	2,1	8	1,8
primaire	1	0,2	6	1,4	1	0,2	7	1,6	4	0,9
secondaire	0	-	0	-	4	0,9	1	0,2	3	0,7
latente précoce	0	-	0	-	0	-	1	0,2	1	0,2
Syphilis congénitale	1	0,2	0	-	0	-	0	-	0	-
Syphilis non infectieuses	1	0,2	0	-	2	0,5	2	0,5	4	0,9
latente > 1 an	1	0,2	0	-	1	0,2	2	0,5	3	0,7
cardio-vasculaire	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
nerveuse asymptomatique	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
neurosyphilis	0	-	0	-	0	-	0	-	1	0,2
symptomatique tardive autres formes	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
tertiaire autre que neurosyphilis	0	-	0	-	1	0,2	0	-	0	-
autres formes	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Syphilis sans précision	0	-	1	0,2	0	-	0	-	0	-
Total	3	0,7	7	1,7	7	1,6	11	2,5	12	2,7

⁸ Données issues des rapports de vigie. Bureau de surveillance et de vigie (BSV), ministère de la Santé et des Services sociaux, 16 août 2008.

En 2007, la quasi-totalité des cas de syphilis de la région, soit 10 cas, a été détectée chez des hommes. Parmi eux, la moitié est âgée entre 30-49 ans avec un taux brut d'incidence de 7,3 cas par 100 000 personnes (figure 12).

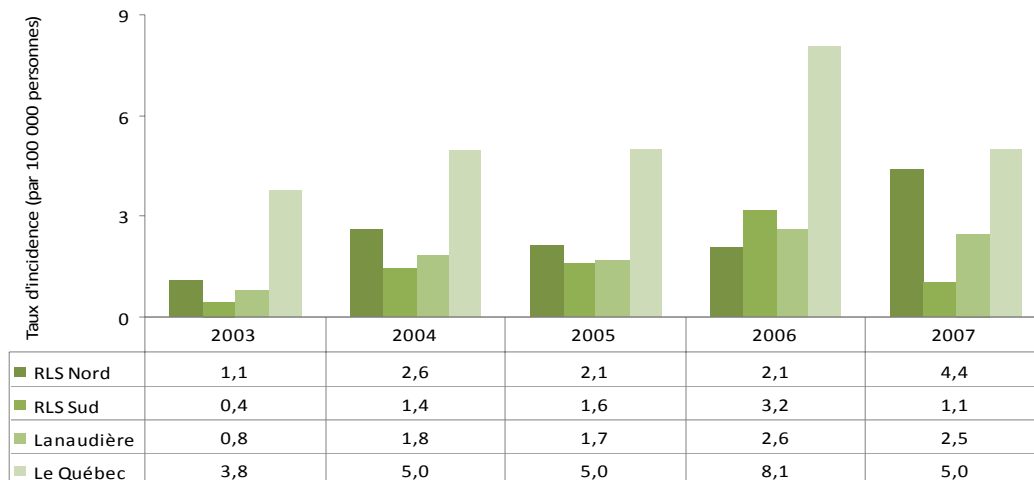
Les enquêtes épidémiologiques informent que la moitié des cas de syphilis déclarés en 2007 a été retrouvée chez des HARSAH. Par ailleurs, aucun cas de syphilis congénitale n'a été décelé dans la région depuis 2004.

Figure 12 : Taux bruts d'incidence de syphilis selon le groupe d'âge et le sexe, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)



Du point de vue évolutif, l'incidence régionale de la syphilis suit une tendance à la hausse. En 2003, il y avait 1 cas par 100 000 personnes, puis elle a progressé à 2 cas par 100 000 personnes en 2004 et 2005, pour atteindre 3 cas par 100 000 personnes en 2006 et 2007. Elle reste toutefois significativement inférieure à celle du Québec.

Figure 13 : Taux standardisés d'incidence de la syphilis comparés avec le Québec, selon le territoire, RLS, Lanaudière et le Québec, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)



2.1.4 Hépatites B, C et D

Les infections par les virus de l'hépatite B et C ont fait l'objet de 85 signalements en 2007 dans Lanaudière alors qu'aucun cas d'hépatite D (ou Delta) n'a été détecté.

Tableau 2 : Évolution des déclarations de nouveaux cas d'hépatites, Lanaudière 2003 à 2007 (nombre de cas et taux brut d'incidence par 100 000 personnes)

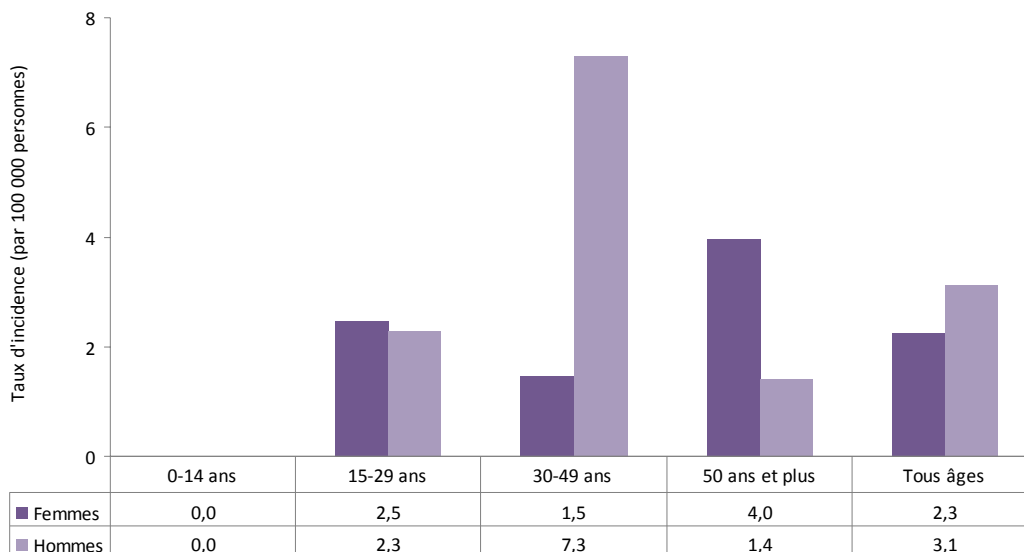
Infections	2003		2004		2005		2006		2007	
	N cas	Tbi	N cas	Tbi	N cas	Tbi	N cas	Tbi	N cas	Tbi
Hépatite B	18	4,4	14	3,4	9	2,1	10	2,3	12	2,7
VHB aiguë	3	0,7	3	0,7	1	0,2	0	-	1	0,2
VHB porteur chronique	15	3,7	10	2,4	8	1,9	10	2,3	9	2,0
VHB sans précision	0	-	1	0,2	0	-	0	-	2	0,4
Hépatite C	59	14,5	84	20,2	72	16,9	87	20,0	73	16,4
VHC aiguë	0	-	0	-	1	0,2	1	0,2	0	-
VHC sans précision	59	14,5	84	20,2	71	16,7	86	19,8	73	16,4
Hépatite Delta - VHD	0	-	0	-	0	-	1	0,2	0	-
Hépatite sans précision	0	-	0	-	1	0,2	0	-	0	-
Total	77	18,9	98	23,6	82	19,3	98	22,5	85	19,1

2.1.4.1 Hépatite B

Au total, 12 cas d'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) ont été signalés en 2007 dont 1 d'hépatite B aiguë et 9 de porteurs chroniques qui ont été déclarés pour la première fois.

Plus de la moitié des cas d'hépatite B a été déclarée chez les hommes (58,3 %) et le taux brut d'incidence le plus élevé est enregistré chez les hommes de 30-49 ans, soit 7,3 cas par 100 000 personnes (figure 14).

Figure 14 : Taux bruts d'incidence de l'hépatite B selon le groupe d'âge et le sexe, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)



Depuis 2003, l'incidence régionale de l'hépatite B suit une tendance à la baisse, passant de 4,4 cas par 100 000 personnes à 2,7 cas par 100 000 personnes en 2007.

Une tendance similaire est constatée à l'échelle de la province. Toutefois, Lanaudière ainsi que ses deux territoires de RLS, bénéficient de taux ajustés d'incidence de l'hépatite B significativement inférieurs à celui du Québec, et ce, pour toute la période allant de 2003 à 2007.

L'effet bénéfique des programmes de vaccination implantés depuis quelques années pourrait expliquer ce recul de l'infection par le VHB.

Figure 15 : Taux standardisés d'incidence de l'hépatite B comparés avec le Québec, selon le territoire, RLS, Lanaudière et le Québec, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)

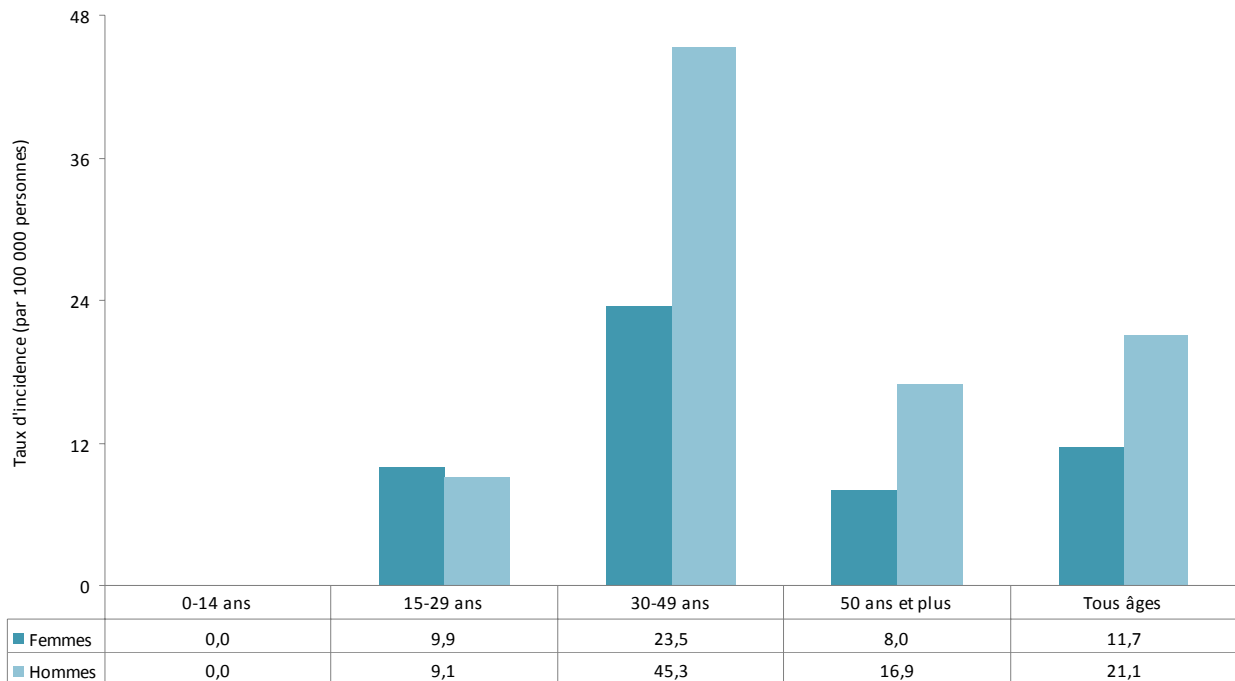


2.1.4.2 Hépatite C

En 2007, il y a eu dans Lanaudière 73 déclarations de nouveaux cas d'hépatite C, soit un taux brut d'incidence de 16,4 cas par 100 000 personnes. Il s'agissait tous de cas d'hépatite C sans précision, donc pas nécessairement des cas aigus.

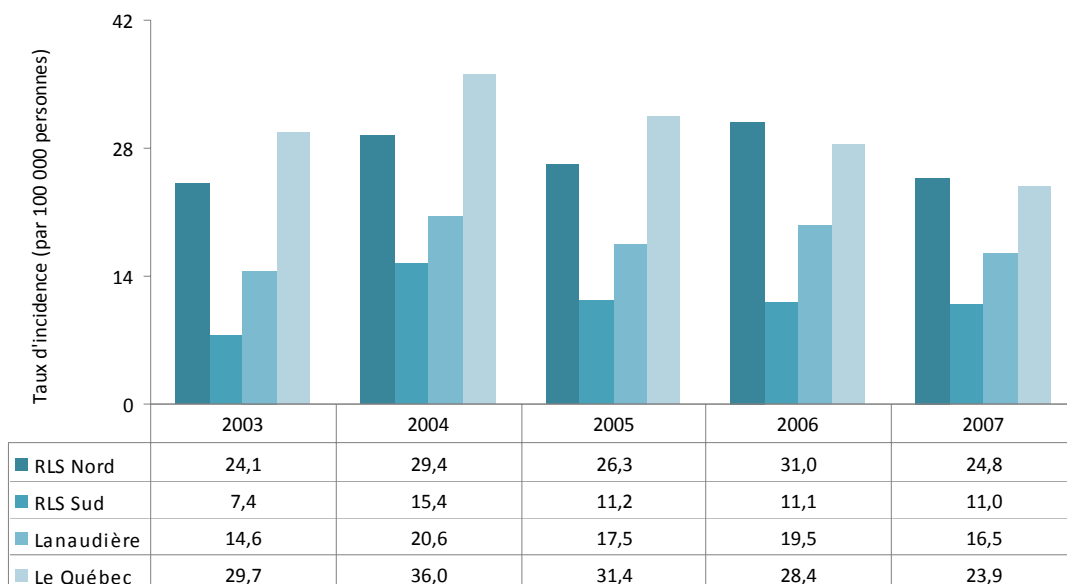
Le virus de l'hépatite C (VHC) est principalement transmis par le sang. Les utilisateurs de drogue par injection y sont particulièrement exposés. La transmission verticale mère-enfant et la transmission par voie sexuelle représentent un risque faible d'acquisition de la maladie. Avec une proportion de 64,5 % des cas, les hommes sont plus touchés, surtout dans la tranche d'âge des 30-49 ans où le taux brut d'incidence atteint 45,3 cas par 100 000 personnes (figure 16).

Figure 16 : Taux bruts d'incidence de l'hépatite C selon le groupe d'âge et le sexe, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)



Depuis 2003, l'incidence régionale de l'infection par le virus de l'hépatite C est demeurée statistiquement inférieure à celle du Québec. Il en est de même pour le territoire du RLS de Lanaudière-Sud. Par contre, le territoire du RLS de Lanaudière-Nord a affiché au cours de la même période un taux ajusté d'incidence de l'hépatite C comparable au taux provincial.

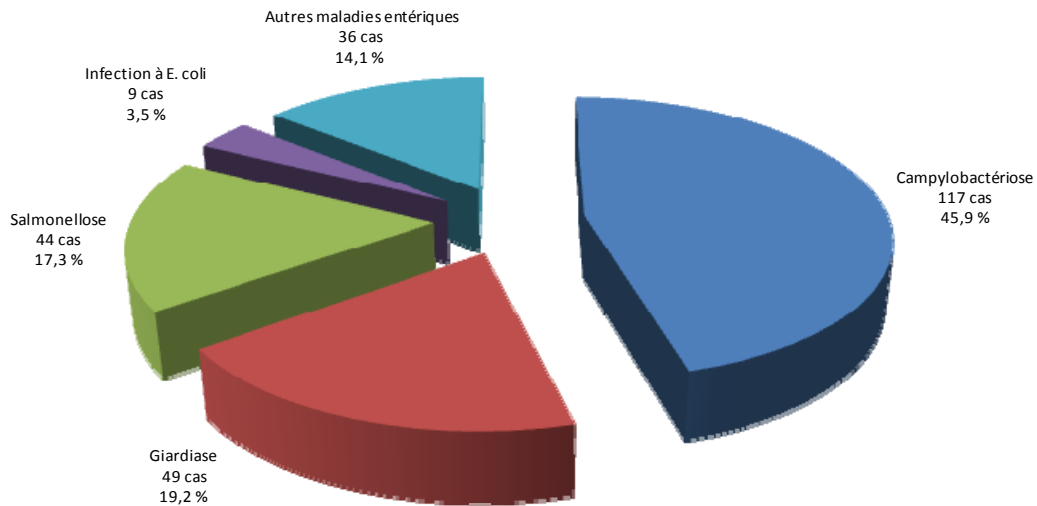
Figure 17 : Taux standardisés d'incidence de l'hépatite C comparés avec le Québec, selon le territoire, RLS, Lanaudière et le Québec, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)



2.2. Maladies entériques

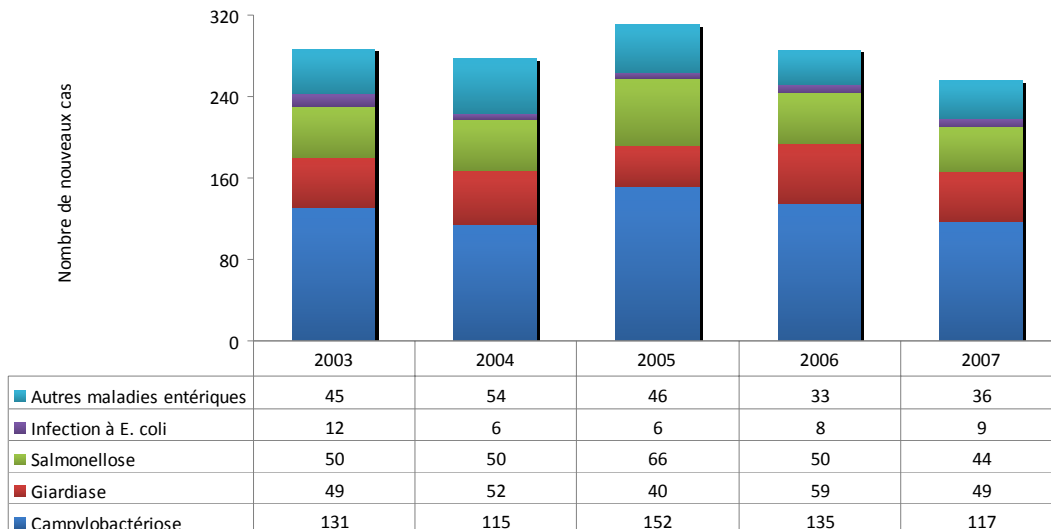
Les maladies entériques représentent près de 22 % des cas de MADO notifiés dans la région avec 255 déclarations en 2007. La campylobactériose, la giardiase et la salmonellose dominent cette catégorie de MADO avec respectivement 117, 49 et 44 cas.

Figure 18 : Répartition des déclarations de nouveaux cas de maladies entériques, Lanaudière, 2007



Comparativement aux années antérieures, Lanaudière a enregistré en 2007 une baisse des signalements de cas d'infections entériques. En effet, depuis 2005, le nombre d'épisodes de maladies entériques a baissé de 18 %.

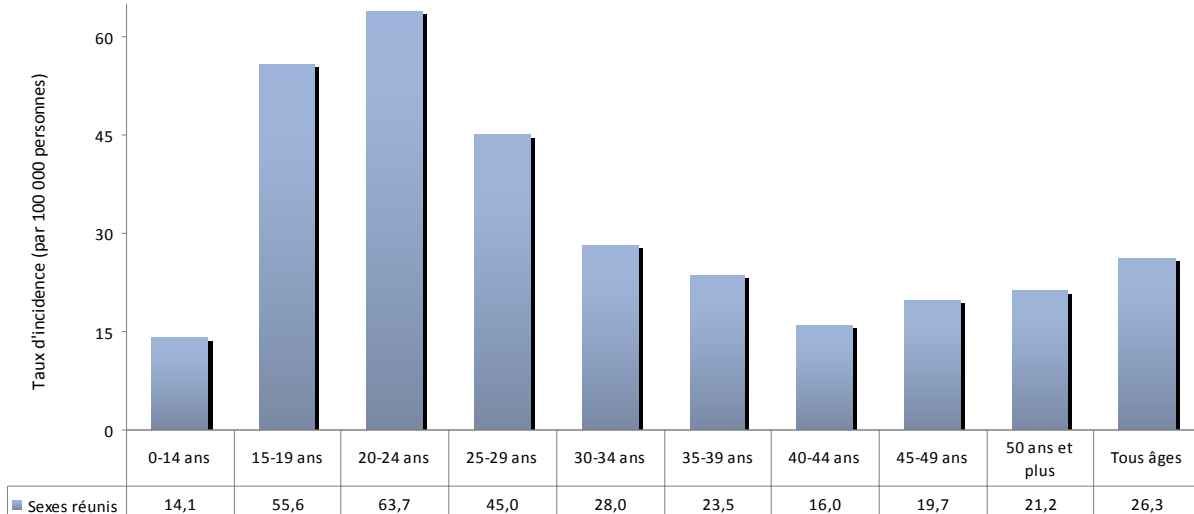
Figure 19 : Évolution des déclarations de nouveaux cas de maladies entériques, Lanaudière, 2003 à 2007



2.2.1 Campylobactériose

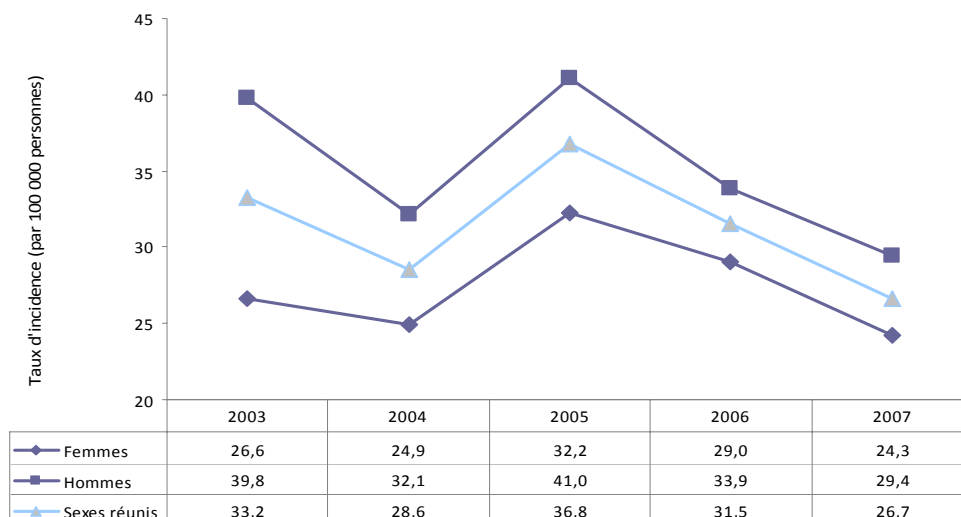
L'infection à *Campylobacter* est la MADO entérique la plus déclarée dans la région en 2007 avec un total de 117 cas (45,9 %). L'incidence brute de campylobactériose s'établit à 26,3 cas par 100 000 personnes. Les hommes totalisent 54,7 % des déclarations. En regard de l'âge, le taux brut d'incidence le plus élevé est enregistré chez les jeunes âgés entre 20 et 24 ans (63,7 cas par 100 000 personnes).

Figure 20 : Taux bruts d'incidence de campylobactériose selon le groupe d'âge, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)



De 2003 à 2007, les taux standardisés d'incidence de la campylobactériose sont légèrement plus élevés chez les hommes que chez les femmes, avec un écart relativement constant. Après avoir atteint un pic en 2005, l'incidence ajustée de l'infection à *Campylobacter* semble suivre une tendance à la baisse amorcée en 2006.

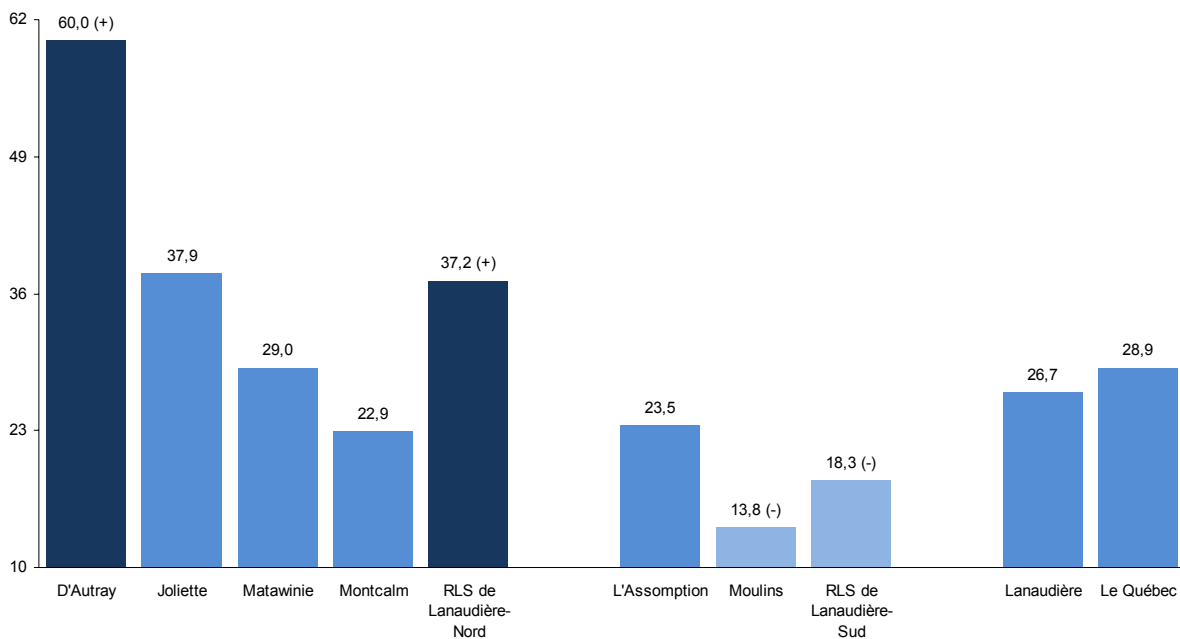
Figure 21 : Évolution des taux standardisés d'incidence de campylobactériose selon le sexe, Lanaudière, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)



Selon les enquêtes épidémiologiques régionales, le facteur de risque le plus souvent rencontré est le contact avec les animaux. En effet, 25 % des cas de campylobactériose ont été contractés dans les abattoirs d'animaux et lors d'un contact avec un animal de la ferme.

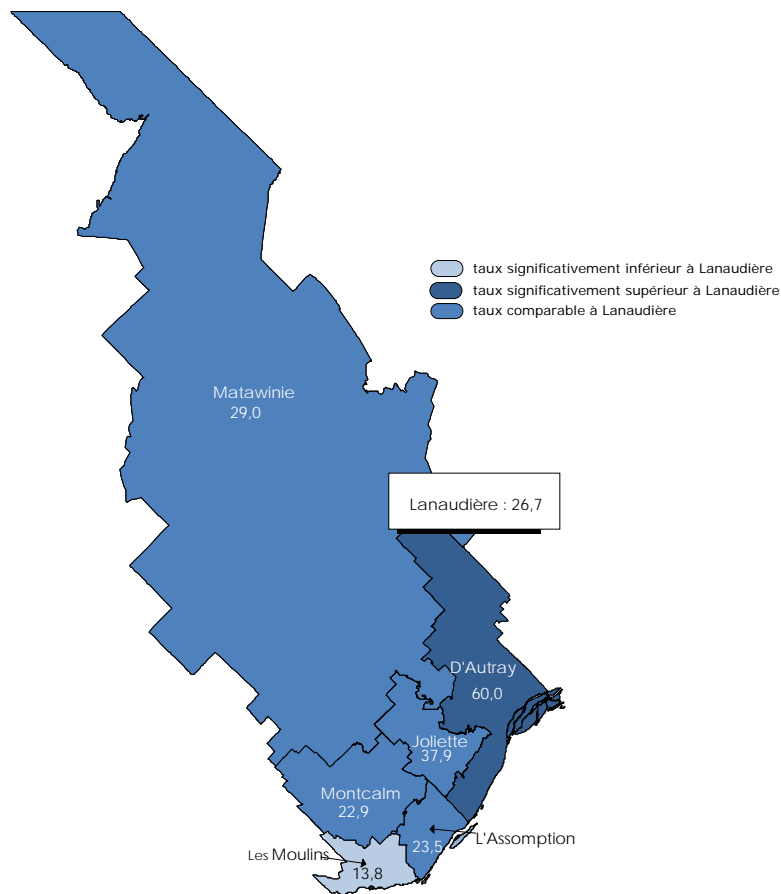
Les territoires de la MRC de D'Autray et du RLS de Lanaudière-Nord bénéficient d'une incidence standardisée de campylobactériose significativement plus élevée que celle du Québec. À l'opposé, la MRC des Moulins et le RLS de Lanaudière-Sud ont une incidence ajustée de campylobactériose inférieure à celle du Québec.

Figure 22 : Taux standardisés d'incidence de campylobactériose comparés avec le Québec, selon le territoire, MRC, RLS, Lanaudière et le Québec, 2007 (par 100 000 personnes)



Ces mêmes observations sont également notées au niveau infrarégional lorsque l'incidence ajustée de l'infection à *Campylobacter* des territoires de MRC est comparée à celle de la moyenne régionale.

Figure 23 : Cartographie des taux standardisés d'incidence de campylobactériose comparés avec Lanaudière, selon la MRC, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)



2.2.2 Giardiase

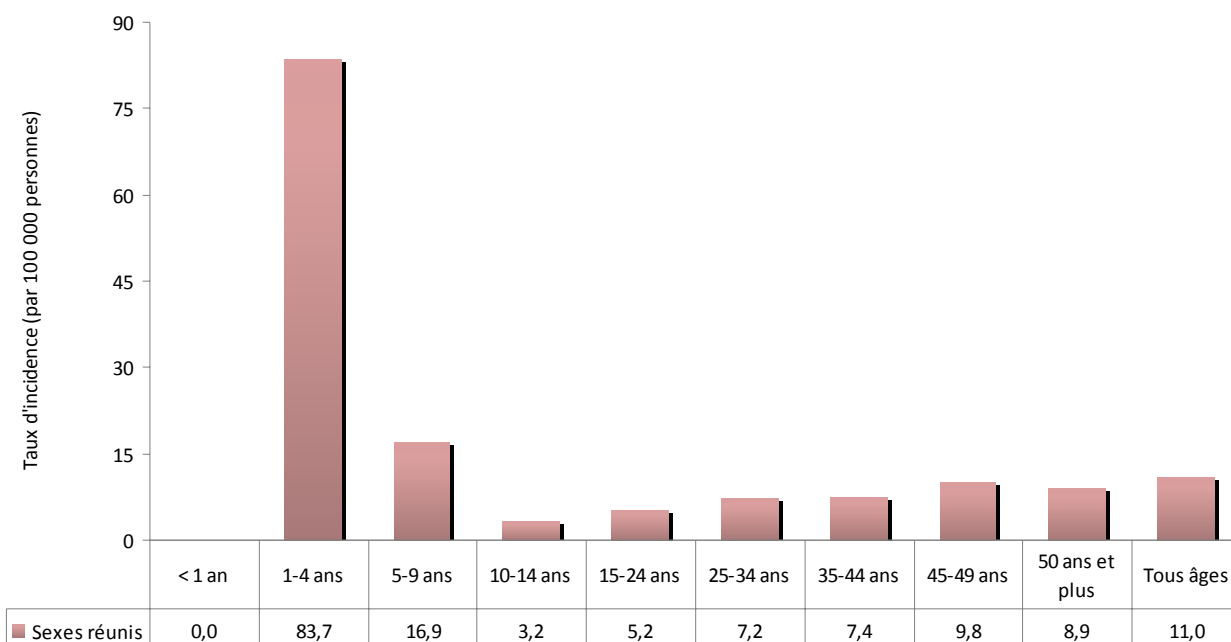
En 2007, 49 épisodes de giardiase ont été comptabilisés dans Lanaudière. Il s'agit d'une baisse de l'ordre de 16,9 % par rapport à 2006. Le taux brut d'incidence correspondant s'établit à 11 cas par 100 000 personnes.

La majorité des déclarations est notée chez les femmes avec une proportion de 61,2 %.

La giardiase étant une parasitose qui touche surtout les enfants, c'est dans le groupe des jeunes enfants âgés de 1 à 4 ans que l'incidence est la plus élevée (83,7 cas par 100 000 personnes).

Selon les enquêtes épidémiologiques effectuées à DSPE, 9 cas de giardiase sont liés à des éclosions survenues en milieux de garde des enfants.

**Figure 24 : Taux bruts d'incidence de giardiase selon le groupe d'âge, Lanaudière, 2007
(par 100 000 personnes)**



Entre 2003 et 2007, les taux ajustés d'incidence de la giardiase ont évolué de manière similaire pour les Lanaudois et les Lanaudoises, sauf en 2007 où un écart a été observé avec une baisse marquée du taux standardisé de giardiase chez les hommes.

Figure 25 : Évolution des taux standardisés d'incidence de giardiase selon le sexe, Lanaudière, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)



Tous les territoires lanaudois (MRC, RLS, région) sont touchés de façon similaire par la giardiase. En effet, on ne note aucune différence statistiquement significative vis-à-vis la province quant à l'incidence de la giardiase. Ce constat est également valable lorsqu'on compare les MRC à la région (figures 26 et 27).

Figure 26 : Taux standardisés d'incidence de giardiase comparés avec le Québec, selon le territoire, MRC, RLS, Lanaudière et le Québec, 2007 (par 100 000 personnes)

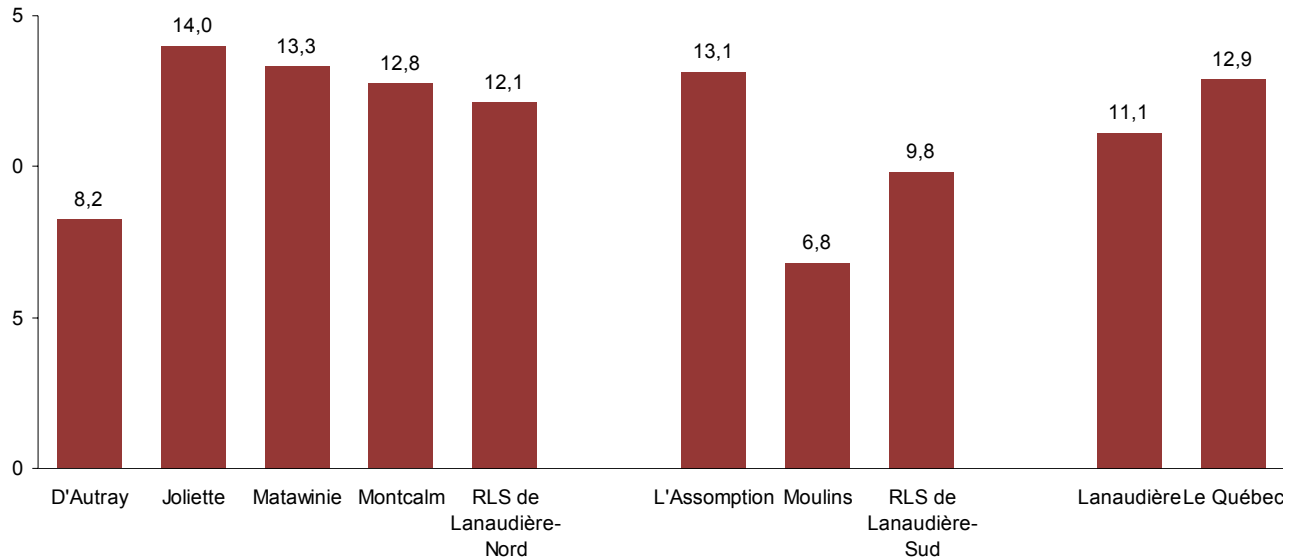
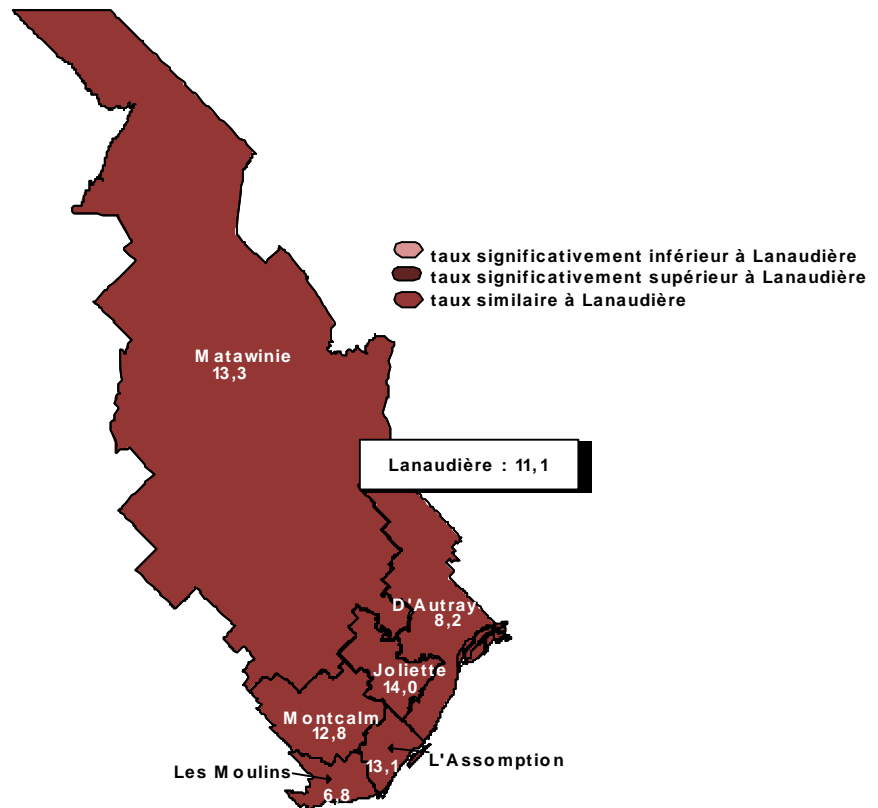


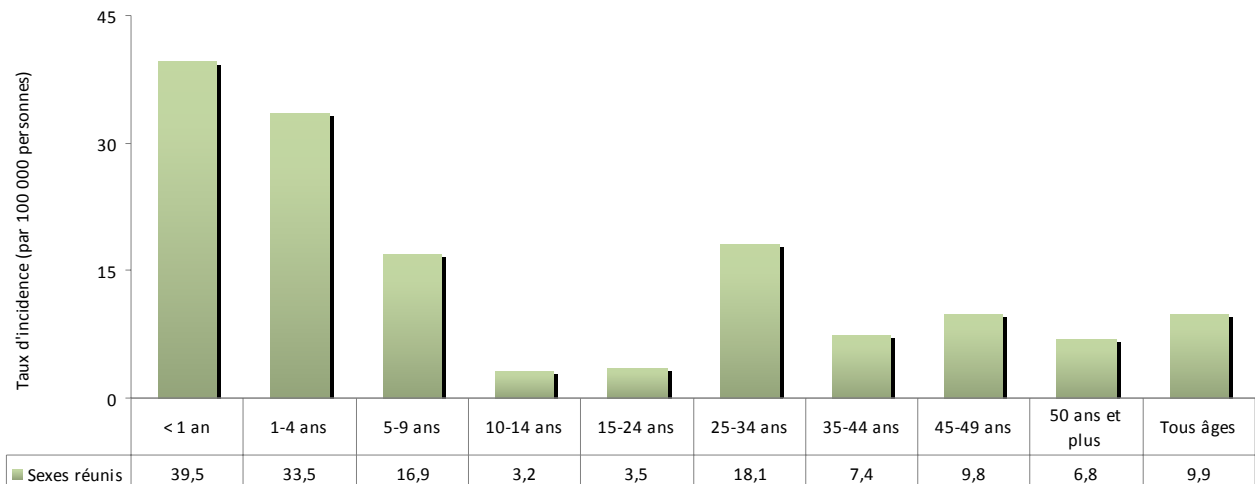
Figure 27 : Cartographie des taux standardisés d'incidence de giardiase comparés avec Lanaudière, selon la MRC, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)



2.2.3 Salmonellose

En 2007, l'incidence régionale de la salmonellose est de 44 cas, soit un taux brut de 10 cas par 100 000 personnes. Cette maladie affecte tous les groupes d'âge, mais elle est particulièrement présente chez les jeunes enfants âgés de moins de 5 ans pour qui l'incidence se chiffre à 39,5 cas par 100 000 personnes chez les nourrissons de moins d'un an et 33,5 cas par 100 000 personnes chez les enfants âgés de 1 à 4 ans.

Figure 28 : Taux bruts d'incidence de la salmonellose selon le groupe d'âge, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)



Le taux standardisé d'incidence de la salmonellose a atteint en 2007 son niveau le plus bas en cinq ans, et ce, en partie à cause du faible taux enregistré chez les hommes (7,9 cas par 100 000 personnes).

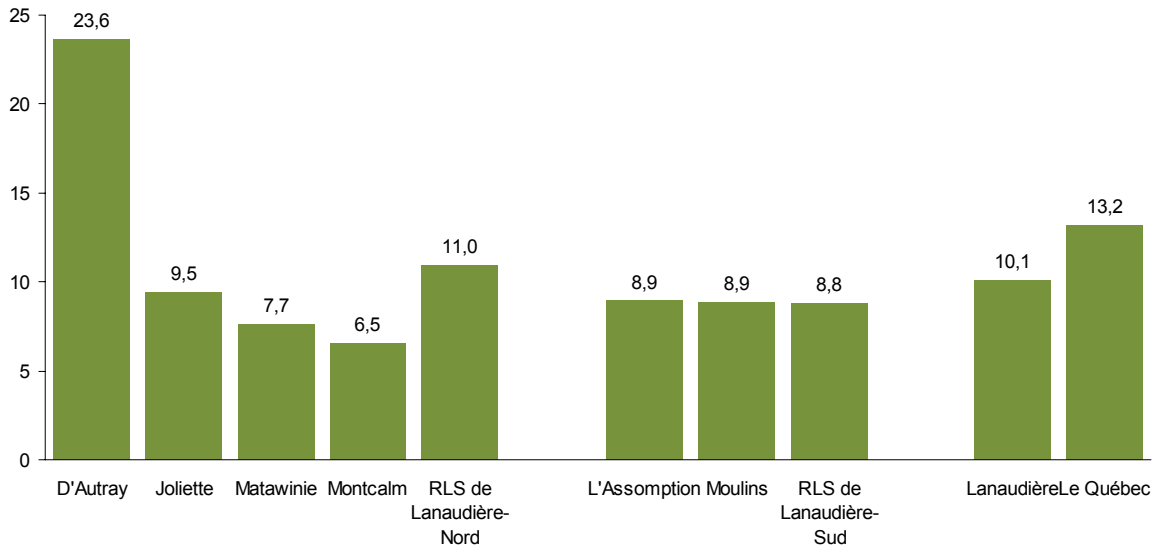
Figure 29 : Évolution des taux standardisés d'incidence de salmonellose selon le sexe, Lanaudière, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)



Les facteurs de risque les plus fréquemment retrouvés lors des enquêtes de cas de salmonellose survenus chez les enfants lanaudois sont la contamination alimentaire et le contact avec des animaux domestiques.

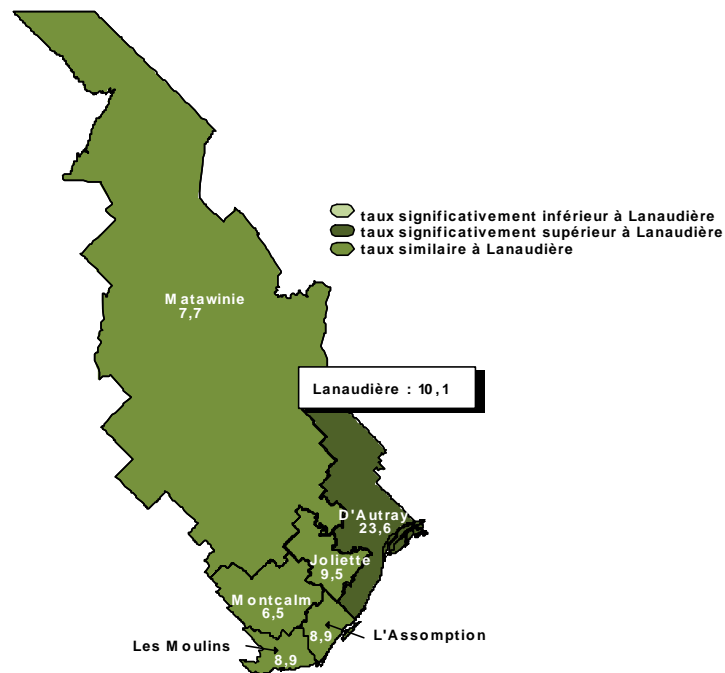
Vis-à-vis le Québec, Lanaudière ainsi que tous les territoires de MRC et de RLS présentent des taux ajustés d'incidence de la salmonellose comparables en 2007.

Figure 30 : Taux standardisés d'incidence de salmonellose comparés avec Le Québec, selon le territoire, MRC, RLS, Lanaudière et le Québec, 2007 (par 100 000 personnes)



Au niveau infrarégional, seule la MRC de D'Au-tray se distingue des autres en affichant un taux ajusté d'incidence de la salmonellose significativement supérieur à celui de la moyenne lanaudoise.

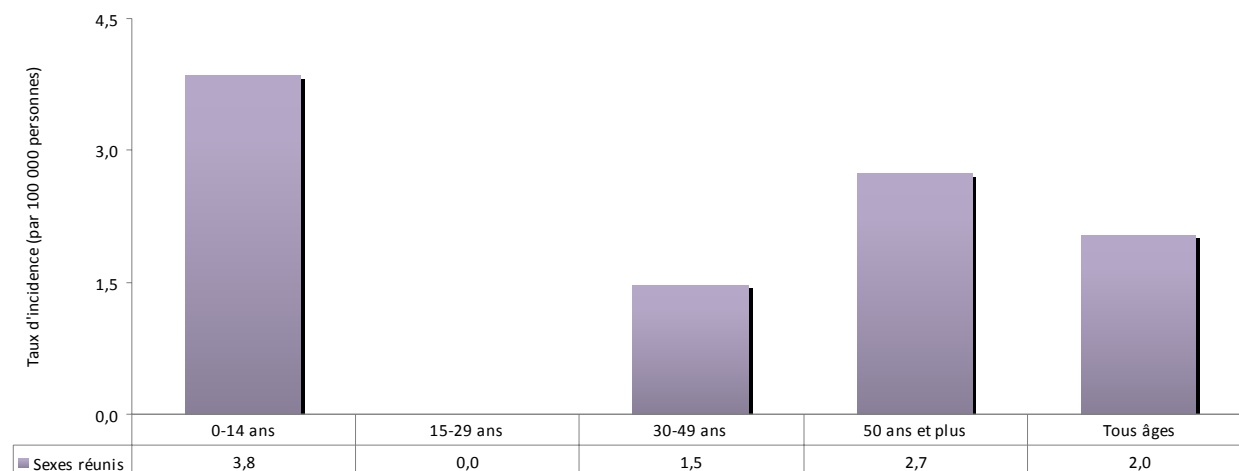
Figure 31 : Cartographie des taux standardisés d'incidence de salmonellose comparés avec Lanaudière, selon la MRC, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)



2.2.4 Infection à *Escherichia coli* (*E. coli*) producteur de vérocytotoxine

En 2007, 9 cas d'infections à *E. coli* producteur de vérocytotoxine ont été déclarés dans Lanaudière dont 8 chez des femmes. Les enfants âgés de moins de 15 ans sont les plus touchés par cette infection avec un taux brut d'incidence de 3,8 cas par 100 000 personnes.

Figure 32 : Taux bruts d'incidence d'infection à *E. coli* selon le groupe d'âge, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)



Au cours de la période 2003 à 2007, Lanaudière a enregistré des taux standardisés d'incidence d'infection à *E. coli* comparables à ceux de la province.

Figure 33 : Taux standardisés d'incidence d'infection à *E. coli* comparés avec le Québec, Lanaudière, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)



Lors des enquêtes sur les cas d'infection à *E. coli* détectés dans la région en 2007, l'ingestion de viande hachée inadéquatement cuite ressort comme le facteur de risque le plus fréquemment retrouvé.

L'entérite à *Escherichia coli* producteur de vérocytotoxine est une maladie grave et les campagnes d'information auprès du public sur les modes de cuisson et de manipulation de la viande peuvent aider à la prévenir.

2.2.5 Autres maladies entériques

Les autres signalements de maladies entériques concernent un nombre relativement moins important d'épisodes. Dans l'ordre décroissant du nombre de cas déclarés dans Lanaudière en 2007, on retrouve : la yersiniose (11), la shigellose (7), la toxi-infection alimentaire et hydrique (6), l'amibiase (5), la gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée (4), la listériose (2) et l'hépatite A (1).

Tableau 3 : Évolution des déclarations de nouveaux cas d'autres maladies entériques, Lanaudière, 2003 à 2007 (nombre de cas et taux brut d'incidence par 100 000 personnes)

Autres maladies entériques	2003		2004		2005		2006		2007	
	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	9	2,2	4	1,0	11	2,6	3	0,7	11	2,5
Shigellose	11	2,7	7	1,7	5	1,2	4	0,9	7	1,6
Toxi-infection alimentaire et hydrique	17	4,2	24	5,8	19	4,5	9	2,1	6	1,3
Amibiase	1	0,2	0	-	0	-	4	0,9	5	1,1
Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée	1	0,2	8	1,9	3	0,7	6	1,4	4	0,9
Listériose	0	-	0	-	2	0,5	2	0,5	2	0,4
Hépatite A	1	0,2	7	1,7	2	0,5	5	1,1	1	0,2
Cyclospore	0	-	0	-	1	0,2	0	-	0	-
Fièvre paratyphoïde	4	1,0	4	1,0	3	0,7	0	-	0	-
Fièvre typhoïde	1	0,2	0	-	0	-	0	-	0	-
Total	45	11,1	54	13,0	46	10,8	33	7,6	36	8,1

La situation épidémiologique des autres maladies entériques survenues dans la région en 2007 montre que :

- L'incidence de la yersiniose se chiffre à 2,5 cas par 100 000 personnes, soit son niveau le plus élevé avec celui de l'année 2005. Il s'agit d'une infection bactérienne gastro-intestinale qui se rencontre à tous âges, mais qui prédomine chez les jeunes enfants. C'est d'ailleurs dans le groupe des moins de cinq ans que l'incidence de la yersiniose est la plus élevée dans Lanaudière avec un taux brut à 13 cas par 100 000 personnes.
- Le taux brut d'incidence de la shigellose s'élève à 1,6 cas par 100 000 personnes. Sur les 7 cas déclarés dans la région, 5 ont été acquis lors de voyages à l'extérieur du Canada, précisément en régions tropicales où la shigellose sévit à l'état endémique. L'espèce est connue pour l'ensemble des cas : *sonnei* (5) et *flexneri* (2).

- L'incidence de la toxi-infection alimentaire et hydrique a atteint son niveau le plus bas en cinq ans, soit 1,3 cas par 100 000 personnes. Tous les cas relèvent d'intoxications alimentaires et concernent des familles qui ont partagé un repas à domicile ou au restaurant.
- Tous les cas d'amibiase déclarés ont été causés par l'espèce pathogène *Entamoeba histolytica*. Les enquêtes épidémiologiques révèlent par ailleurs que 3 cas parmi les 5 cas signalés ont été acquis lors de voyages en zones d'endémie.
- La gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée se définit par des symptômes gastro-intestinaux d'étiologie infectieuse, confirmée ou présumée, chez au moins deux personnes et un lien épidémiologique entre les cas sans qu'une origine alimentaire ou hydrique n'ait été mise en évidence.⁹ Il s'agit d'éclosions qui sont parfois plus fréquentes en hiver. C'est d'ailleurs durant la saison hivernale qu'on a recensé tous les cas survenus dans la région en 2007.
- La listériose totalise annuellement 2 cas depuis 2005. Toutes les personnes atteintes en 2007 présentent deux facteurs de risque connus pour l'infection, soit un âge supérieur à 60 ans et la consommation de produits laitiers non pasteurisés. Il s'agit pour les 2 cas de l'espèce *monocytogenes*.
- Un cas d'hépatite A survenu chez une personne du groupe des 30-34 ans, a été déclaré en 2007. Aucune source n'a pu être identifiée pour ce cas.
- Aucun cas de fièvre typhoïde, de fièvre paratyphoïde ou de cyclospore n'a été détecté dans la région.

2.3 Maladies évitables par la vaccination (MEV)

À des fins de déclaration, les maladies évitables par l'immunisation de base sont les suivantes : la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, l'infection invasive à *Hæmophilus influenzae* de type b, l'infection invasive à méningocoque, l'hépatite B, l'infection invasive à pneumocoque, la rougeole, la rubéole et les oreillons. L'hépatite B est traitée dans le chapitre des ITSS du fait de son mode habituel de transmission par voie sexuelle ou sanguine.

En 2007, Lanaudière a totalisé 61 cas de MEV, soit 5,2 % des MADO. L'infection invasive à *Streptococcus pneumoniae* occupe le premier rang des signalements de MEV avec 67,2 % des cas. La coqueluche, la rougeole, l'infection invasive à méningocoque et l'infection invasive à *Hæmophilus influenzae* de type b représentent le tiers des cas avec respectivement 12, 5, 2 et 1 cas (figure 34).

⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec. Définitions nosologiques. Maladies d'origine infectieuse*, 7^e édition, Québec, Gouvernement du Québec, Février 2008, 129 p.

Figure 34 : Répartition des déclarations de nouveaux cas de MEV, Lanaudière, 2007

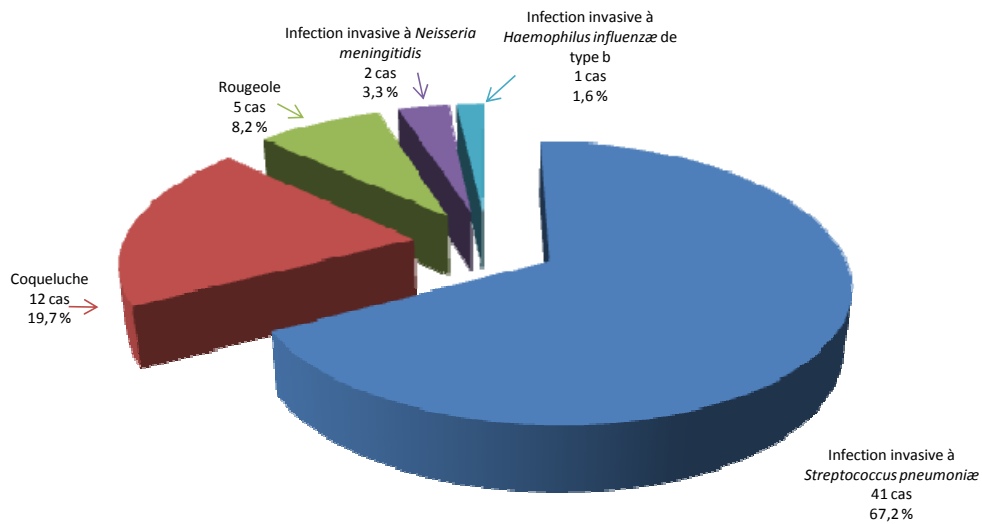
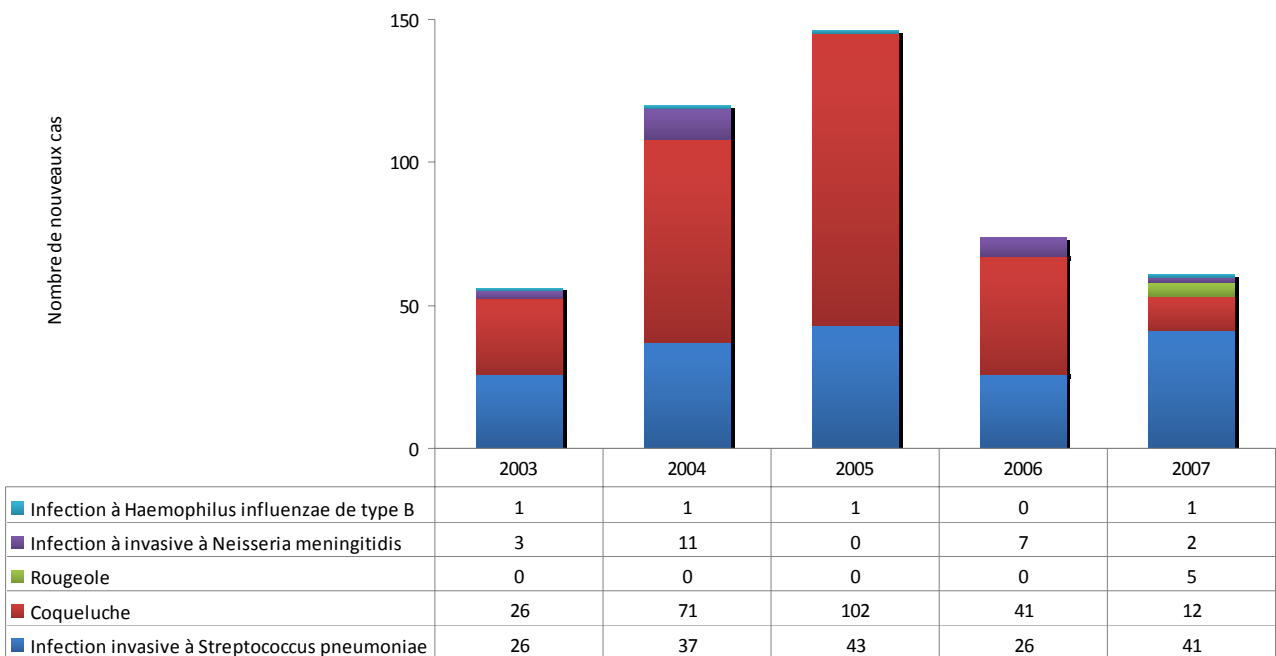


Figure 35 : Évolution des déclarations de nouveaux cas de maladies évitables par la vaccination, Lanaudière, 2003 à 2007



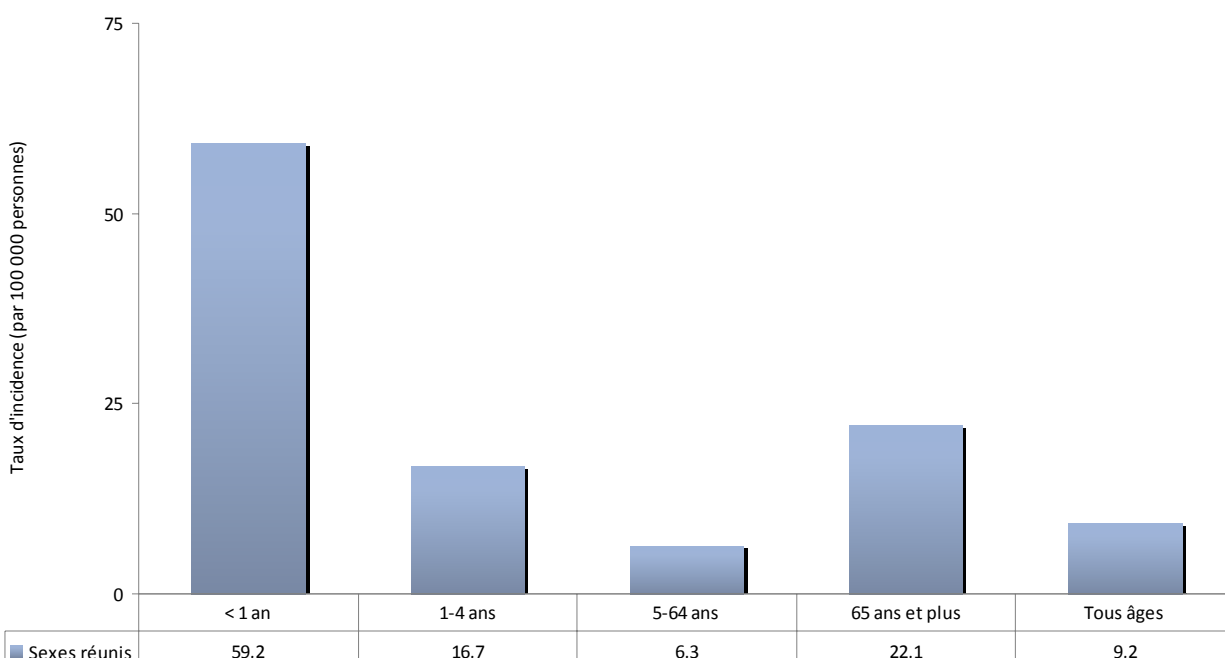
2.3.1 Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae*

L'incidence de l'infection invasive à *Streptococcus pneumoniae* a atteint 41 cas déclarés en 2007 pour un taux brut de 9,2 cas par 100 000 personnes. Cette incidence est identique à celle de 2005, mais constitue une hausse de 15 cas par rapport à 2006 (figure 35).

Le pic d'incidence de l'infection à pneumocoque est noté chez les nourrissons de moins d'un an avec 59,2 cas par 100 000 personnes. Chez des enfants âgés de moins de 5 ans, 6 cas ont été signalés parmi lesquels 4 étaient correctement vaccinés. Toutefois, aucun des sérotypes impliqués n'était inclus dans le vaccin conjugué heptavalent indiqué chez les enfants âgés de moins de 5 ans.

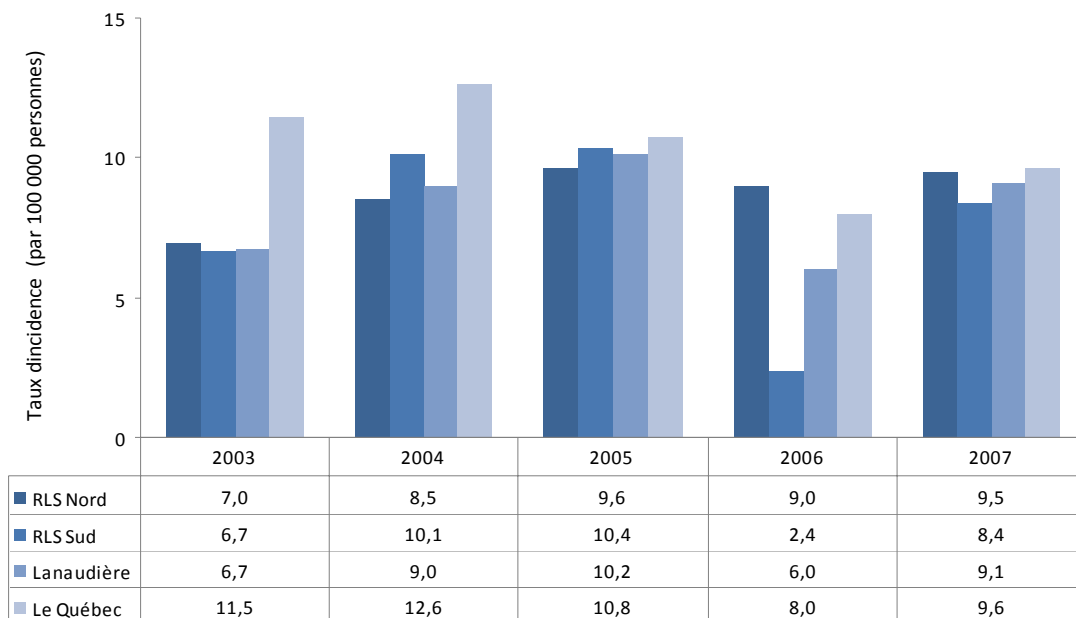
Pour leur part, les personnes âgées de 65 ans et plus totalisent plus du quart des déclarations d'infection à pneumocoque avec 12 cas pour un taux brut d'incidence de 22,1 cas par 100 000 personnes. Parmi ces cas, le sérotype n'est connu que pour deux d'entre eux dont un inclus dans le vaccin polysaccharidique 23-valent recommandé pour les personnes de cet âge.

Figure 36 : Taux bruts d'incidence d'infection invasive à *Streptococcus pneumoniae* selon le groupe d'âge, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)



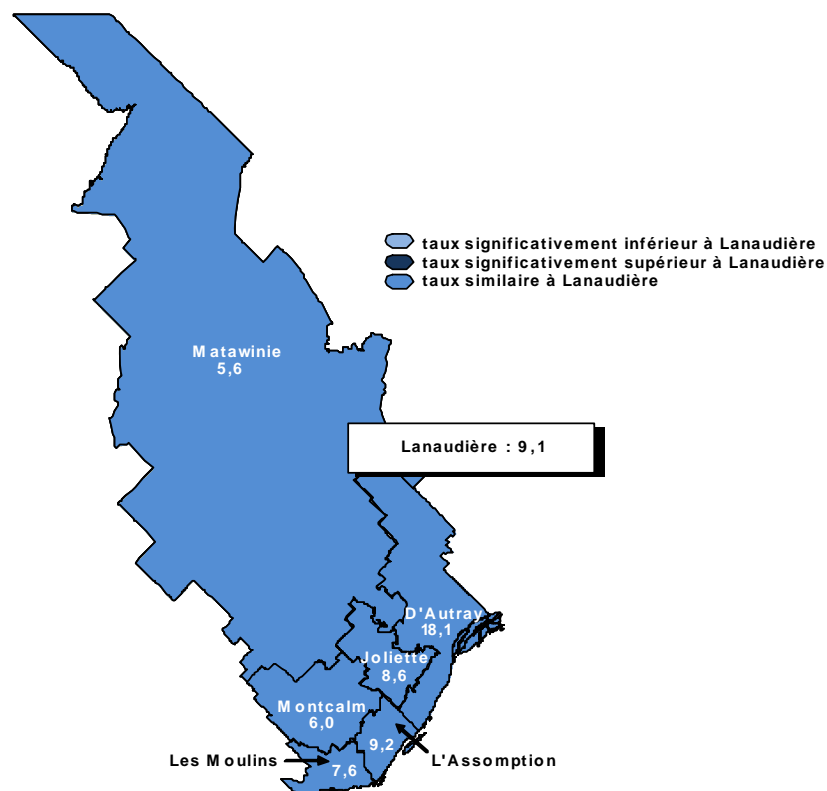
Lanaudière et ses deux territoires de RLS présentent en 2007 des taux ajustés d'incidence de l'infection invasive à pneumocoque comparables à celui du Québec. Il en est de même pour les quatre années précédentes à l'exception de 2006 où le territoire de RLS de Lanaudière-Sud a bénéficié d'un taux standardisé d'incidence de l'infection à pneumocoque significativement inférieur à celui de la moyenne provinciale.

Figure 37 : Taux standardisés d'incidence de l'infection invasive à pneumocoque comparés avec le Québec, selon le territoire, RLS, Lanaudière et le Québec, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)



Au niveau infrarégional, les territoires de MRC présentent des taux ajustés d'incidence d'infection invasive à pneumocoque comparables à ceux de la région.

Figure 38 : Taux standardisés d'incidence de l'infection invasive à pneumocoque comparés avec Lanaudière, selon la MRC, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)



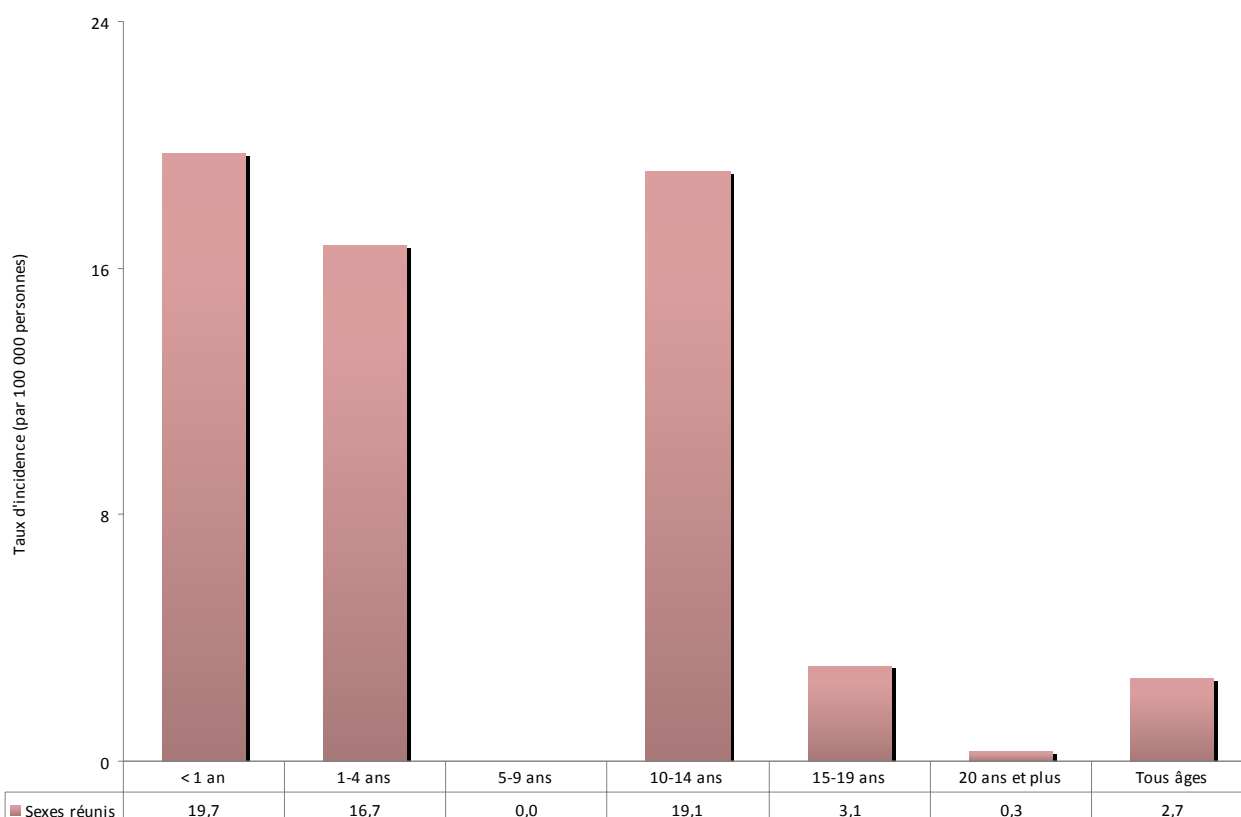
2.3.2 Coqueluche

Dans Lanaudière en 2007, 12 cas de coqueluche ont été déclarés alors que les signalements de cette MADO se chiffraient à respectivement 102 et 41 cas en 2005 et 2006. En deux ans, le taux brut d'incidence régional de la coqueluche a baissé de 8 fois, passant de 23,4 à 2,5 cas par 100 000 personnes de 2005 à 2007.

Les personnes les plus affectées par la coqueluche demeurent les enfants âgés de moins de 15 ans qui enregistrent les taux bruts d'incidence les plus élevés : 19,7 cas par 100 000 personnes chez les nourrissons de moins d'un an, 16,7 cas par 100 000 personnes chez les jeunes enfants âgés de 1 à 4 ans et 19,1 cas par 100 000 personnes chez les enfants âgés de 10 à 14 ans.

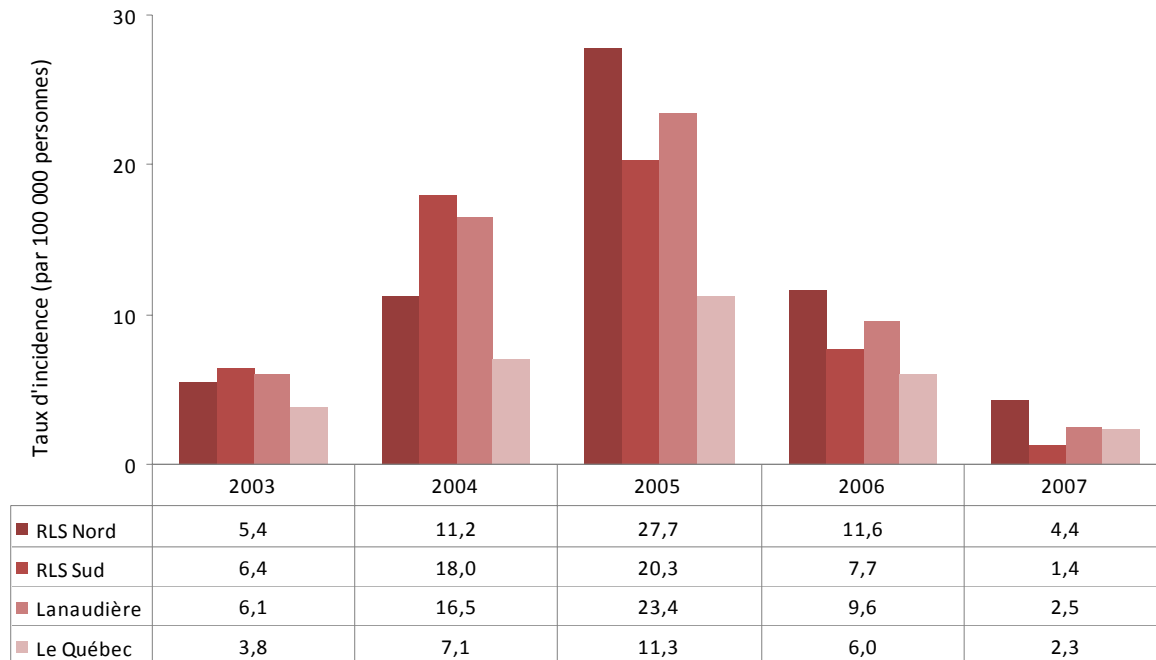
Selon les données d'enquêtes épidémiologiques régionales, 40 % des personnes atteintes en 2007 n'avaient reçu aucun vaccin contre la coqueluche.

Figure 39 : Taux bruts d'incidence de la coqueluche selon le groupe d'âge, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)



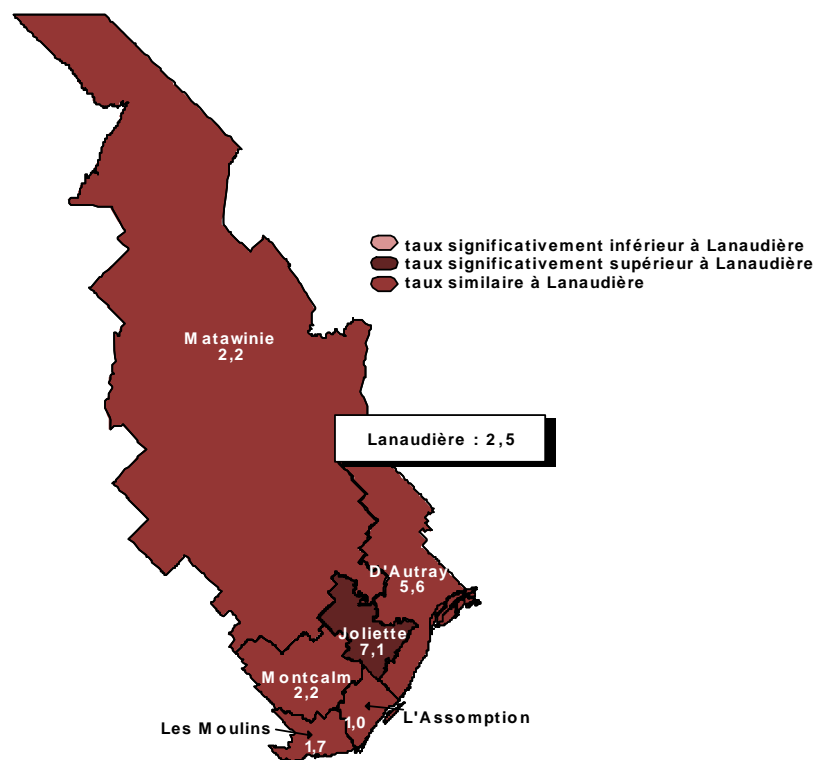
En 2007, le taux ajusté d'incidence lanaudois de la coqueluche est comparable à celui du Québec alors qu'il lui était significativement supérieur entre 2003 et 2006.

Figure 40 : Taux standardisés d'incidence de la coqueluche comparés avec le Québec, selon le territoire, RLS, Lanaudière et le Québec, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)



Au niveau intrarégional, seule la MRC de Joliette s'est distinguée en affichant un taux standardisé d'incidence de la coqueluche supérieur à celui de Lanaudière.

Figure 41 : Taux standardisés d'incidence de la coqueluche comparés avec Lanaudière, selon la MRC, Lanaudière, 2007 (par 100 000 personnes)



2.3.3 Autres MEV

- La rougeole est recrudescente dans la région. Inexistante entre 2003 et 2006, Lanaudière enregistre 5 nouveaux cas en 2007. Aucune des personnes atteintes n'était vaccinée contre la rougeole.
- Du côté des infections invasives à *Hæmophilus influenzae* du type b, un seul cas a été déclaré en 2007. Il a été notifié chez une personne de 75 ans et plus, non ciblée par le programme de vaccination contre l'*Hæmophilus*.
- Pour ce qui est des infections invasives à *Neisseria meningitidis*, 2 cas survenus chez des enfants de moins d'un an ont été déclarés en 2007. Il s'agit tous deux de méningocoques du séro groupe B, soit un séro groupe non inclus dans un vaccin.
- On remarque par ailleurs qu'aucun cas de diphtérie, de tétanos, de poliomyélite, de rubéole ou d'oreillons n'a été rapporté en 2007, une situation qui est semblable à celle des quatre années précédentes.

2.4 Maladies transmises par voie aérienne (MTVA)

Les maladies transmises par voie aérienne représentent 2,5 % des déclarations de MADO en 2007 avec un total de 29 cas. Les MTVA les plus fréquemment rencontrées sont les infections invasives à streptocoque du groupe A, la légionellose et la tuberculose.

Figure 42 : Répartition des déclarations de nouveaux cas de MTVA, Lanaudière, 2007

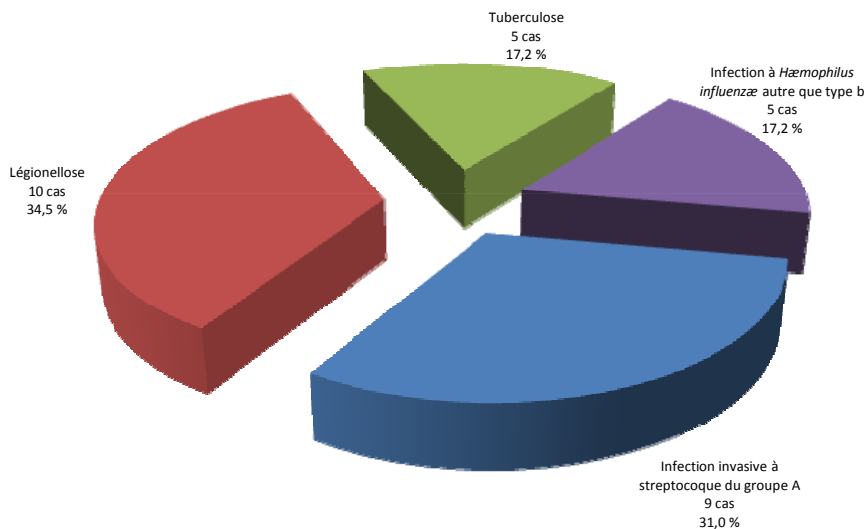
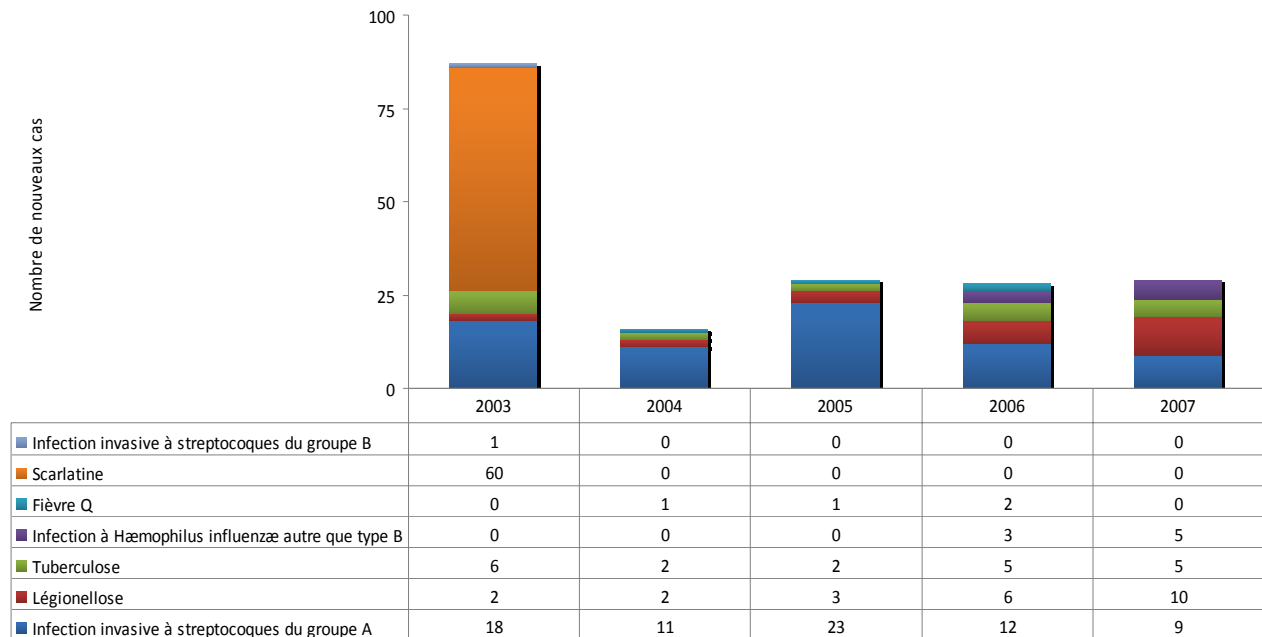


Figure 43 : Évolution des déclarations de nouveaux cas de maladies transmises par voie aérienne, Lanaudière, 2003 à 2007

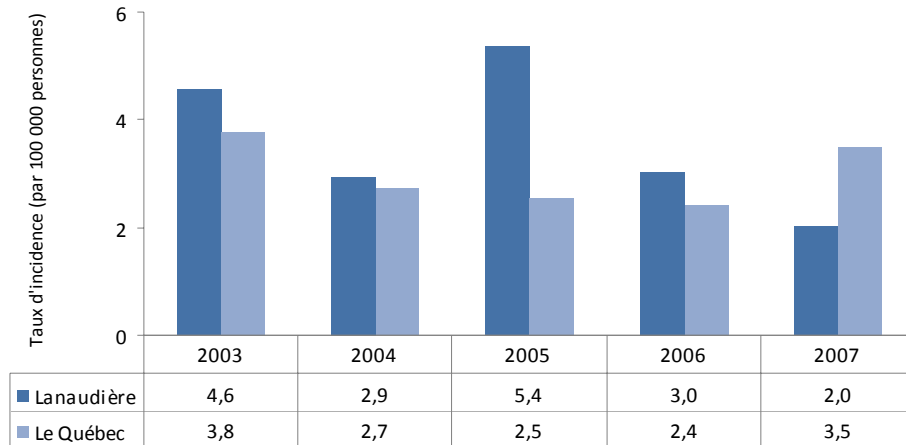


2.4.1 Infection invasive à streptocoque du groupe A

Communément appelée « infection à bactérie mangeuse de chair », l'infection à streptocoque du groupe A est aussi présente dans Lanaudière avec neuf cas notifiés en 2007, soit un taux brut d'incidence de 2,0 cas par 100 000 personnes. Les deux groupes d'âge les plus affectés sont les 1-4 ans (16,7 cas par 100 000 personnes) et les 65 ans et plus (3,7 cas par 100 000 personnes).

Entre 2003 et 2007, Lanaudière a affiché des taux standardisés d'incidence de l'infection invasive à streptocoque du groupe A globalement comparables à celui du Québec. Toutefois, pour l'année 2005 où le pic d'incidence a été atteint dans la région, on note une incidence significativement plus élevée comparativement à celle du Québec.

Figure 44 : Taux standardisés d'incidence de l'infection invasive à streptocoque du groupe A comparés avec le Québec, Lanaudière, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)

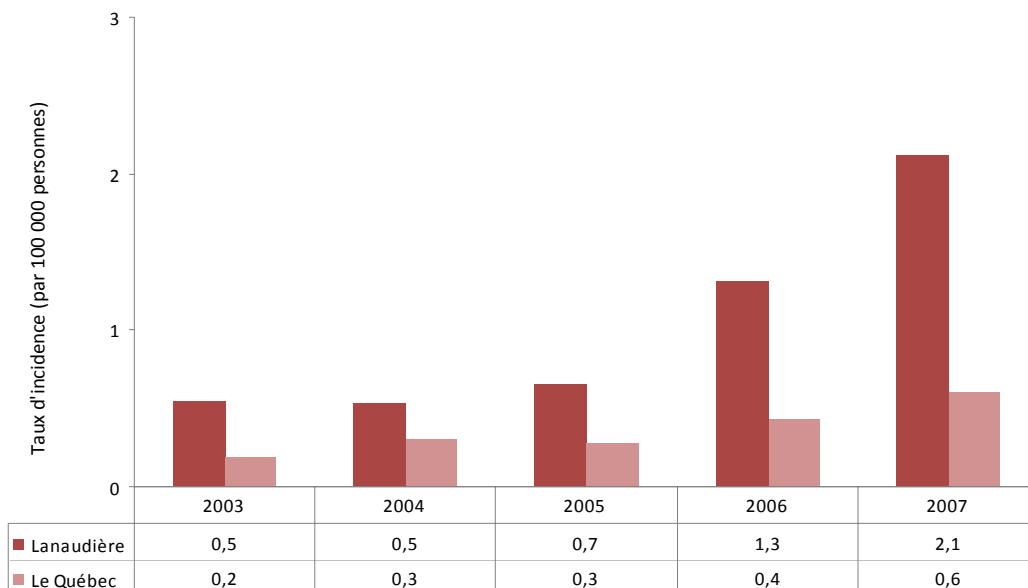


2.4.2 Légionellose

Avec 10 nouveaux cas signalés en 2007, Lanaudière affiche un taux d'incidence de légionellose à 2,2 cas par 100 000 personnes. Toutes les personnes atteintes sont âgées de plus de 40 ans. Le taux brut d'incidence le plus élevé est noté chez les personnes âgées de 50 à 59 ans (6,1 cas par 100 000 personnes). Aucune éclosion n'a été notée.

Depuis 2003, la légionellose est en nette progression dans la région. Les taux standardisés d'incidence de légionellose enregistrés dans Lanaudière sont passés de 0,5 à 2,1 cas par 100 000 personnes entre 2003 et 2007 et sont significativement plus élevés que ceux du Québec.

Figure 45 : Taux standardisés d'incidence de la légionellose comparés avec le Québec, Lanaudière, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)

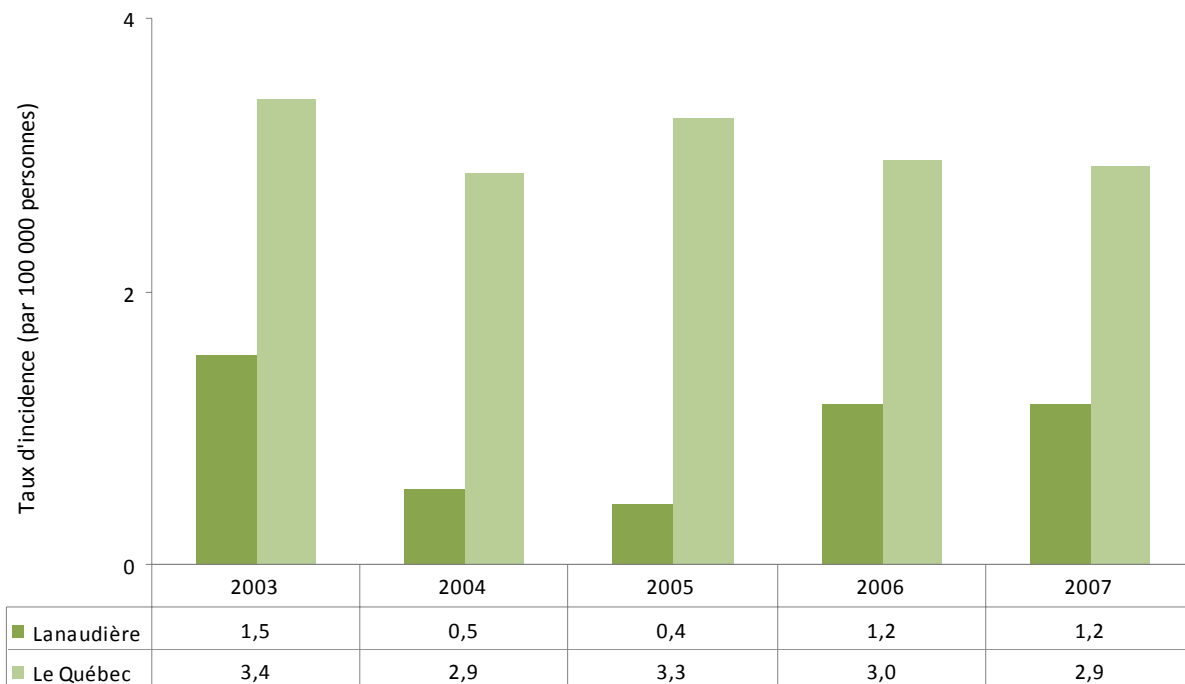


2.4.3 Tuberculose

Dans la région, 5 cas de tuberculose ont été déclarés en 2007 pour une incidence globale de 1,1 cas par 100 000 personnes. Aucun cas n'est survenu chez les enfants âgés de moins de 15 ans.

Entre 2003 et 2007, Lanaudière a bénéficié de taux ajustés d'incidence de tuberculose statistiquement inférieurs à ceux de la province.

Figure 46 : Taux standardisés d'incidence de la tuberculose comparés avec le Québec, Lanaudière, 2003 à 2007 (par 100 000 personnes)

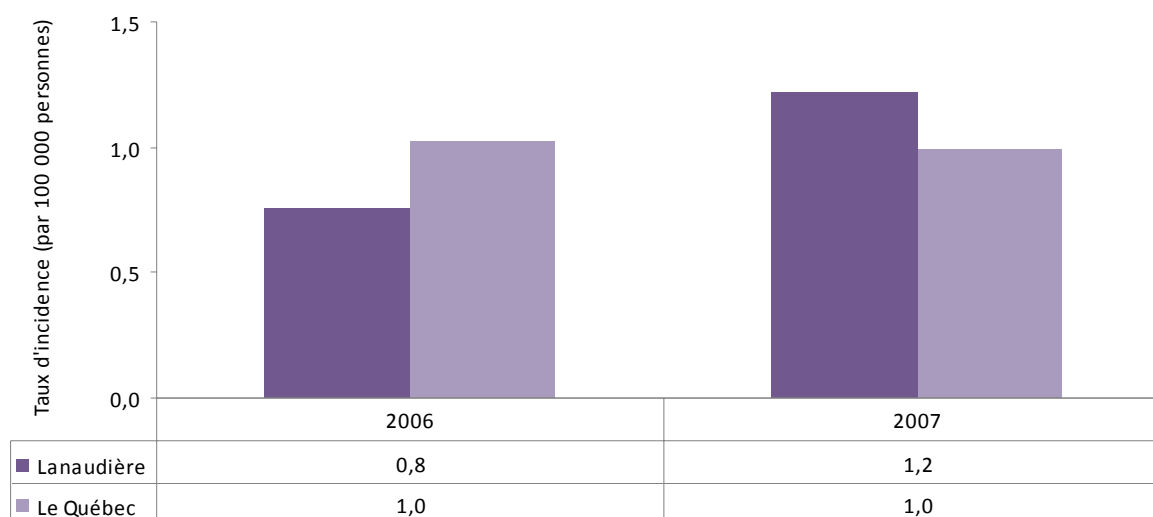


2.4.4 Infection invasive à *Hæmophilus influenzae* autre que du type b

L'incidence de l'infection invasive à *Hæmophilus influenzae* autre que du type b a atteint 5 cas en 2007, soit un taux brut de 1,1 cas par 100 000 personnes. Les seules personnes touchées sont celles des âges extrêmes, soit les enfants âgés de moins de 10 ans (4,3 cas par 100 000 personnes) et les personnes âgées de 50 ans et plus (2 cas par 100 000 personnes). La méningite est la forme clinique la plus répandue (3 cas sur 5).

En 2006, 2 cas étaient notifiés dans Lanaudière alors qu'on ne comptait aucun cas entre 2003 et 2005 pour cette infection. Par ailleurs, les taux ajustés d'incidence de l'infection invasive à *Hæmophilus influenzae* autre que du type b enregistrés dans Lanaudière sont comparables à ceux de la moyenne provinciale.

Figure 47 : Taux standardisés d'incidence de l'infection invasive à *Hæmophilus influenzae* autre que du type b comparés avec le Québec, Lanaudière, 2006 et 2007 (par 100 000 personnes)



2.4.5 Autres maladies transmises par voie aérienne

Il s'agit de cas sporadiques de fièvre Q dont seulement 4 cas ont été notifiés dans la région entre 2004 et 2006, mais aussi de la scarlatine (60 cas) et de l'infection invasive à streptocoque du groupe B (1 cas) comptabilisées en 2003. Ces deux dernières infections ont été retirées de la liste des MADO depuis novembre 2003.⁹

2.5 Zoonoses et les maladies transmises par vecteurs (MTV)

Les déclarations relatives aux zoonoses et aux MTV restent marginales dans la région. En effet, seuls trois cas de ce groupe de MADO ont fait l'objet d'un signalement en 2007. Il s'agit de la psittacose, de l'infection à *Plasmodium vivax* et de la maladie de Lyme.

⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec. Définitions nosologiques. Maladies d'origine infectieuse*, 7^e édition, Québec, Gouvernement du Québec, Février 2008, 129 p.

Tableau 4 : Évolution des déclarations de nouveaux cas de zoonoses et maladies transmises par vecteurs, Lanaudière, 2003 à 2007 (nombre de cas et taux brut d'incidence par 100 000 personnes)

Zoonoses et maladies transmises par vecteurs	2003		2004		2005		2006		2007	
	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi
Infections à Plasmodium	3	0,7	0	-	0	-	3	0,7	1	0,2
<i>Plasmodium falciparum</i>	1	0,2	0	-	0	-	3	0,7	-	-
<i>Plasmodium vivax</i>	0	-	0	-	0	-	0	-	1	0,2
<i>Plasmodium malariae</i>	1	0,2	0	-	0	-	0	-	-	-
<i>Plasmodium ovale</i>	1	0,2	0	-	0	-	0	-	-	-
Maladie de Lyme	0	-	0	-	0	-	0	-	1	0,2
Psittacose	0	-	0	-	0	-	0	-	1	0,2
Trichinose	3	0,7	0	-	0	-	0	-	0	-
VNO (Infection par le virus du Nil occidental)	1	0,2	0	-	1	0,2	1	0,2	0	-
Méningite à entérovirus	5	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	12	2,9	0	-	1	0,2	4	0,9	3	0,7

2.6 Autres maladies infectieuses sous surveillance

2.6.1 Expositions animales à risque pour la rage

Lanaudière, comme ailleurs au Québec, est une région à risque potentiel pour la rage à cause des possibilités de morsures animales. Chaque exposition est déclarée à la DSPE et fait l'objet d'une enquête afin de s'assurer que les traitements prophylactiques appropriés sont appliqués en cas de suspicion de rage. À l'exception de rares cas anecdotiques, la rage est en effet inéluctablement mortelle une fois qu'elle est cliniquement installée chez une personne.

En 2007, 567 expositions (morsures ou contacts) ont été déclarées à la DSPE dont 199 impliquaient un chien, 177 une chauve-souris, 128 un chat et 17 un autre animal (ex. : raton-laveur, rat, lapin).

Une prophylaxie post-exposition antirabique a été pratiquée auprès de 118 personnes. Plus d'une cinquantaine d'analyses ont été effectuées chez les animaux dont une s'est révélée positive à l'égard de la rage chez une chauve-souris.

Tableau 5 : Rapport des déclarations d'expositions à risque avec des animaux, Lanaudière, 2007

Animal	Nb personnes Exposées ⁽¹⁾	Observations	Analyses	Analyses positives à la rage	Vaccination post-exposition	Ø analyse Ø observation Ø vaccination ⁽²⁾
Chien	199	156	14	0	0	27
Chat	128	99	7	0	5	14
Chauve-souris	177	N / A	30 ⁽³⁾	1 ⁽⁴⁾	108 ^(5,6)	0
Raton-laveur	6	0	2	0	4	0
Moufette	1	0	0	0	1	0
Écureuil	1	0	0	0	0	1
Rat	3	0	0	0	0	3
Hamster	1	0	0	0	0	1
Lapin	3	2	0	0	0	1
Perroquet	1	0	0	0	0	1
Pré-exposition	1					
Sous-total	521	257	53	1	118	48
Ad Hoc	27 ⁽²⁾					
Transfert DSP	19					
TOTAL	567					

Notes explicatives :

1. Il est à noter que pour un même incident, il peut y avoir plus d'un numéro de dossier attribué. Par contre, à l'occasion, un seul numéro a été attribué à tout un groupe. Il n'est donc pas possible d'additionner les chiffres des lignes pour obtenir le total inscrit au début de la ligne. Ces chiffres sont donc sous-évalués.
2. Il s'agit des expositions pour lesquelles aucune observation, analyse ou vaccination était nécessaire, pour la situation décrite lors de l'enquête et qui ne nécessitait aucune autre intervention que l'enquête de la DSPE ou qui sont hors du guide d'intervention (ex. : serpent, oiseau).
3. Ce nombre correspond aux analyses effectuées et non à celui de personnes exposées (ex : quatre numéros de dossier ont été attribués pour les membres d'une même famille pour une seule analyse de chauve-souris).
4. Ce nombre correspond aux chauves-souris testées positives à la rage.
5. Ce nombre inclut 20 résidents d'un CHSLD. De plus, il exclut les résidents d'un autre CHSLD qui ont reçu une prévention primaire (2 doses) et qui a été cessée ainsi que 12 refus de vaccination dans diverses situations. Ces refus ont été inclus dans le nombre de personnes exposées.
6. Ce nombre inclut neuf personnes qui ont poursuivi leur vaccination dans notre région, malgré un contact avec une chauve-souris dans une autre région, mais en raison de leur passage dans Lanaudière.

2.6.2 Influenza

Les éclosions à influenza surviennent surtout en période d'activité grippale entre les mois de novembre et avril et font l'objet d'une surveillance étroite. Le programme de surveillance de l'influenza du MSSS prête une attention particulière aux éclosions survenant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Au cours de la saison 2006-2007, 1 664 personnes ont été vaccinées dans Lanaudière parmi la clientèle vivant en CHSLD sur une population cible de 1 977 personnes. Cela a engendré un taux de couverture vaccinale de 84 %.

On estime qu'en milieu ouvert (communauté) 26 950 personnes dites à risque ont été vaccinées contre l'influenza. Parmi les travailleurs de la santé, 53 % du personnel œuvrant en Centre de santé et de services sociaux (CSSS) et 56 % des employés de la santé hors CSSS ont été rejoints par la campagne 2006-2007.

Un des objectifs du programme ministériel de vaccination antigrippale est d'atteindre d'ici 2012 un taux de couverture de 80 % pour l'ensemble des groupes à risque. Malgré une augmentation notoire des efforts en vue de rejoindre toute la population-cible, il demeure important d'adopter les meilleures stratégies pour vacciner le maximum de personnes.

3. INTERVENTIONS PRÉVENTIVES EN MALADIES INFECTIEUSES

Les chapitres précédents ont présenté une description des diverses maladies infectieuses à déclaration obligatoire en vertu de la *Loi sur la santé publique*. La présente section aborde les moyens utilisés en 2007 pour assurer le contrôle de ces maladies et s'attarde aussi à d'autres préoccupations concernant les maladies infectieuses qui ont nécessité une implication de la part des professionnels de l'équipe des maladies infectieuses.¹⁰

3.1 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 (cas-index), 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 entre en 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 l'isolement volontaire durant la période de contagiosité, la mise en quarantaine à la maison, l'exclusion d'un milieu, la notification aux partenaires sexuels, la vaccination préventive, la médication à titre prophylactique pour les sujets ayant été en contact avec la personne infectée, les mesures d'hygiène, la surveillance ou examen d'animaux et l'information à la population.

Toutes les MADO ont fait l'objet d'une telle enquête en 2007. Les informations les concernant ont toutes été intégrées dans le registre provincial constitué à cette fin.

D'autres problèmes infectieux qui ne sont pas des MADO sont aussi signalés aux professionnels de l'équipe des maladies infectieuses et font aussi l'objet d'enquêtes épidémiologiques. C'est le cas, par exemple, des expositions à des animaux sauvages en rapport avec la rage.

3.2 Toxi-infections alimentaires et hydriques

Ce groupe de maladies fait partie des infections à déclaration obligatoire. Il importe toutefois de signaler que les épisodes inscrits au registre des MADO 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 qui présentent des symptômes ne font pas l'objet d'une déclaration formelle dans le système de surveillance en place.

¹⁰ GONEAU M, et P. ROBILLARD. *Rapport annuel des maladies infectieuses à déclaration obligatoire : Lanaudière, année 2003*, Saint-Charles-Borromée, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2004, 33 p.

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), le service Info-santé des CSSS et les directions de santé publique d'autres régions.

3.3 Rôle conseil en immunisation et en maladies infectieuses

En plus de procéder aux enquêtes pour les épisodes de MADO et pour d'autres problèmes infectieux affectant la population, les médecins et infirmières de l'équipe des maladies infectieuses ont répondu au cours de l'année à quelques milliers de demandes d'information ou de consultation de la part des médecins, infirmières et autres professionnels de la région.

De plus, les médecins de l'équipe assurent une garde en disponibilité en dehors des heures ouvrables avec la collaboration de médecins des équipes de santé au travail et de santé environnementale.

3.4 Activités particulières pour les maladies respiratoires sévères (MRS) et pour la préparation à une éventuelle pandémie d'influenza

La grippe aviaire, qui a fait son apparition en Asie à la fin de l'année 1996 et qui produit toujours de nouveaux cas humains et des décès dans quelques pays de l'Asie et du Moyen-Orient, a nécessité la mise en place d'un plan de lutte à la pandémie d'influenza à l'échelle mondiale.

En conformité avec les plans d'action mis en place aux niveaux fédéral et provincial, un comité régional regroupant divers organismes concernés a produit un plan régional de lutte à une pandémie pour s'assurer de pouvoir faire face adéquatement à la survenue d'un tel événement.

3.5 Activités particulières pour le virus du Nil occidental (VNO)

L'apparition du virus du Nil occidental (VNO) en Amérique du Nord 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.

Toutefois l'importante diminution du nombre de cas au niveau de la province a amené une réorientation des activités provinciales et régionales en rapport avec cette problématique. Au cours de l'année 2007, il n'y a pas eu de cas déclaré au niveau de la région de Lanaudière et les seules activités menées ont été d'assurer une vigie sanitaire et d'informer la population sur les moyens de se protéger. Il y a eu également une diffusion d'information aux médecins de la région.

3.6 Bulletins d'information

Le bulletin « *Le Prévenant* » produit à l'intention des médecins de la région, a été diffusé à six reprises en 2007. 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.

3.7 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.

Des visites d'appréciation de l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales ont été effectuées à la fin de 2006 et au début de 2007 dans les deux centres hospitaliers de la région.

CONCLUSION

En 2007, les données recueillies sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire dans Lanaudière présentent une situation variable selon la catégorie de MADO considérée.

Les signalements des ITSS, malgré une baisse relative de l'ordre de 2,5 % comparativement à 2006, maintiennent une tendance générale à la hausse, amorcée depuis 2003. Cette hausse est attribuable à l'infection à *Chlamydia trachomatis* qui prédomine avec près des trois cinquièmes (57,8 %) des cas, mais aussi à la poussée de la gonorrhée et de la syphilis qui ont vu leur incidence respectivement doublée et triplée en 2006 et 2007 comparativement à 2003.

Toutes les maladies entériques les plus fréquentes dans la région (campylobactériose, giardiase et salmonellose) voient leur incidence diminuer comparativement à celle des années précédentes.

À propos des MEV, on remarque que la coqueluche a enregistré sa plus faible incidence des cinq dernières années avec 12 cas alors que l'incidence de l'infection invasive à pneumocoque a connu une hausse de 57,7 % entre 2006 et 2007. Par ailleurs, on constate une recrudescence des cas de rougeole.

L'incidence des MTVA se maintient à un niveau comparable à celui des années antérieures.

En comparaison avec le Québec, Lanaudière a bénéficié de taux standardisés d'incidence significativement moins élevés pour toutes les ITSS étudiées (chlamydirose, gonorrhée, syphilis, hépatites B et C). Il en est de même pour l'infection invasive à streptocoque du groupe A et de la tuberculose. Par contre, l'incidence ajustée de légionellose enregistrée dans la région est supérieure à celle de la moyenne provinciale. Pour ce qui est des maladies entériques, les taux standardisés régional et provincial n'affichent aucune différence.

Ce bilan annuel régional des MADO se veut un outil de surveillance permettant de mieux connaître l'état de santé des Lanaudois en regard des maladies infectieuses.

Il ne faut pas oublier que les données présentées peuvent être sous-estimées puisque seuls les cas qui ont été déclarés aux autorités de santé publique figurent dans le fichier central des MADO. Puisque l'exhaustivité des résultats présentés repose principalement sur la déclaration des cas diagnostiqués, il est important pour chaque personne impliquée dans le processus de déclaration de s'appliquer à rapporter fidèlement à la DSPE les cas rencontrés dans la pratique.