



LE PRÉVENANT

BULLETIN D'INFORMATION DESTINÉ AUX MÉDECINS ET AUX AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DE LANAUDIÈRE – Vol.27, N° 19

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO) D'ORIGINE INFECTIEUSE BILAN LANAUDOIS 2017

Décembre 2018

Le bilan lanauois des MADO d'origine infectieuse permet chaque année de suivre la situation dans Lanaudière. La déclaration obligatoire de ces maladies infectieuses permet aussi à la Direction de santé publique (DSPublique) d'exercer sa fonction de vigie sanitaire et d'entreprendre des enquêtes épidémiologiques et des interventions de santé publique afin de tenter de déterminer l'origine de certaines MADO pour en prévenir la propagation ou contrôler les éclosions.

FAITS SAILLANTS

Dans la région en 2017, 2 474 cas de MADO d'origine infectieuse ont été déclarés. 75 % est attribuable aux déclarations d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Les principales MADO déclarées en ITSS furent :

- l'infection à *Chlamydia trachomatis* (83 % des cas d'ITSS),
- l'infection gonococcique (10 %),
- la syphilis infectieuses (2 %).

L'année 2017 fut aussi marquée par la fin de l'éclosion de coqueluche qui avait sévi en 2016 et qui a entraîné 64 cas déclarés en 2017. Une intervention a aussi été réalisée à Manawan pour une éclosion d'infection invasive à *streptocoque du groupe A*.

Votre collaboration est essentielle pour la DSPublique; nous vous encourageons à continuer à nous déclarer les MADO, tel que prévu dans la Loi de santé publique. Vos déclarations nous aident à protéger la population et à intervenir rapidement afin d'éviter la propagation de plusieurs maladies. Nous vous en remercions.

D^{re} Joane Désilets

Médecin, adjointe médicale en maladies infectieuses
DSPublique de Lanaudière

Marie-Ève Rompré

Chef d'administration des programmes protection
maladies infectieuses et santé environnementale
DSPublique de Lanaudière

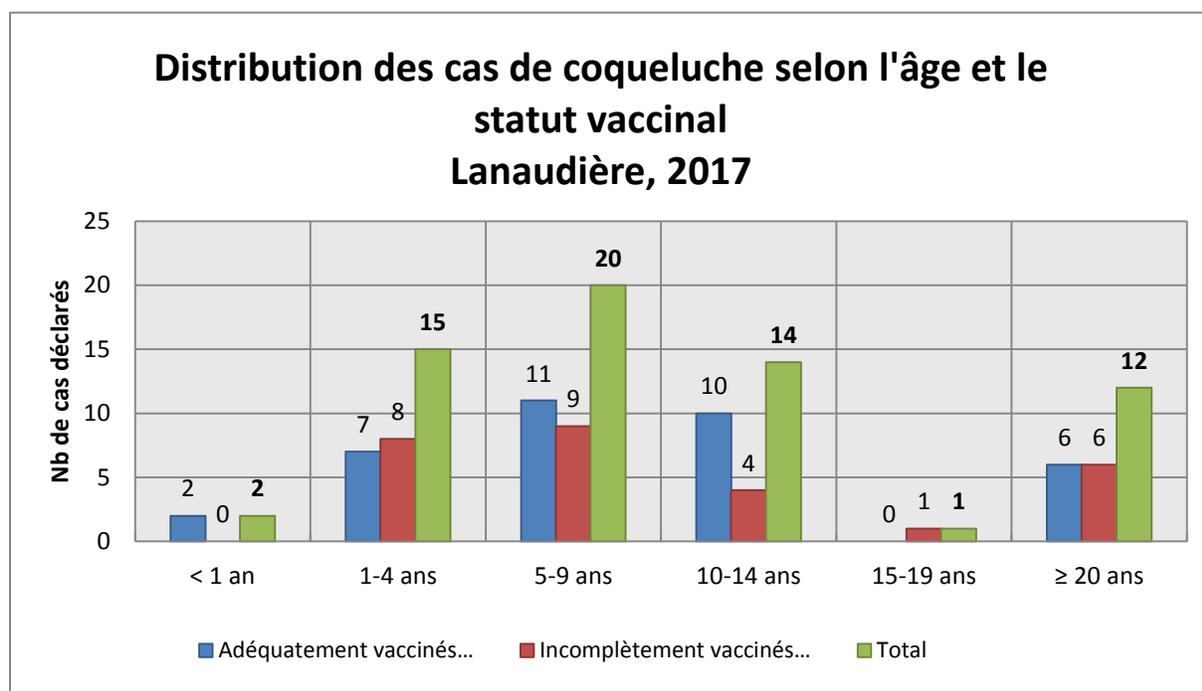
ÉCLOSION DE COQUELUCHE

Les premiers mois de l'année 2017 ont été marqués par la fin d'une écloison ayant débuté à l'automne 2015. Au total, 319 cas ont été déclarés à la DSPublique entre septembre 2015 et mars 2017. Pour plus d'informations sur cette écloison, consultez [le bilan lanaudois 2016 des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse](#) publié dans le bulletin *Le Prévenant* en décembre 2017.

En 2017, 64 cas de coqueluche ont été déclarés à la DSPublique, et près de la moitié (46,9 %) l'ont été au cours des trois premiers mois de l'année. La majorité des cas (53,1 %) étaient âgés de 5 à 14 ans. Dix-sept cas ont été déclarés chez des enfants âgés de moins de 5 ans, dont deux étaient âgés de 3 mois.

Caractéristiques des cas

Sur 64 cas de coqueluche : 36 cas étaient adéquatement vaccinés pour leur âge (56,3 %) dont 35 cas avec preuves écrites et un cas sans preuve écrite; 15 cas étaient incomplètement vaccinés pour leur âge (23,4 %) et 13 cas étaient non vaccinés (20,3 %).



Pour un cas seulement, la chimioprophylaxie était indiquée, car l'un des membres de la maisonnée faisait partie des personnes ciblées. En lien avec ce cas, la chimioprophylaxie a été prescrite par le médecin traitant à quatre membres de la maisonnée.

Autre statistique intéressante : parmi les 63 cas pour lesquels la chimioprophylaxie n'était pas recommandée spécifiquement pour les contacts de la maisonnée, 17 cas se sont vu tout de même prescrire des antibiotiques en prophylaxie par un clinicien, ce qui représente 45 prescriptions d'antibiotiques.

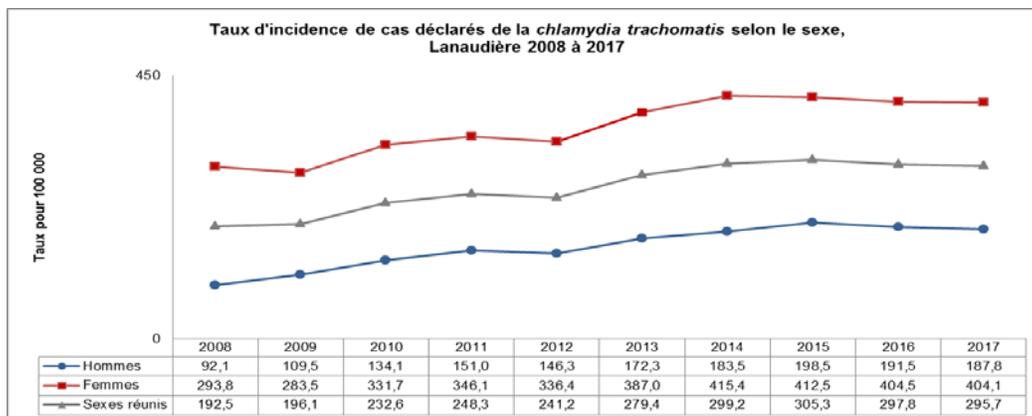
ÉVOLUTION DES ITSS : REGARD SUR LES 10 DERNIÈRES ANNÉES

De 2008 à 2017, les ITSS telles l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique et la syphilis ont connu des augmentations significatives. Toutefois, c'est l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* qui demeure, et de loin, la plus déclarée de toutes les MADO.

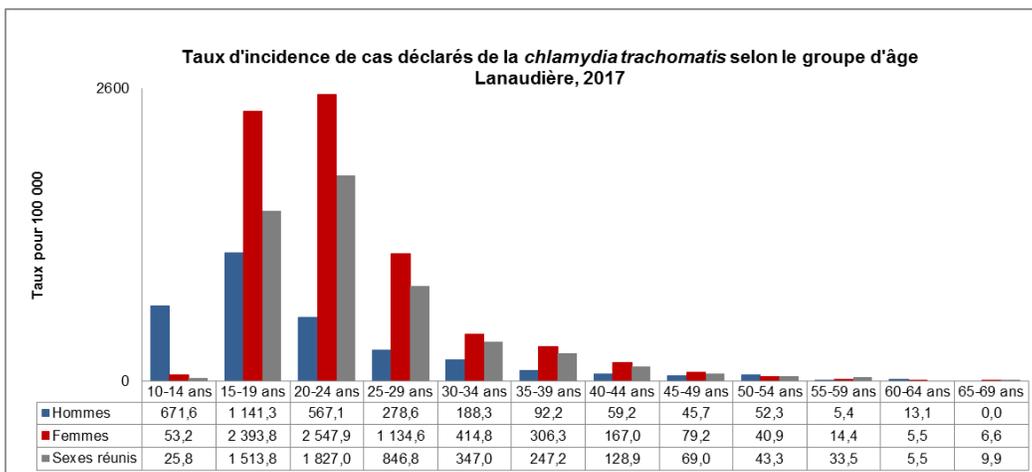
De surcroît, elle représente près de 90 % des déclarations d'infections bactériennes transmises sexuellement. L'hépatite C, qui a été l'objet d'un Prévenant récemment ([Vol. 27, numéro 5, mai 2018](#)), demeure également préoccupante.

Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* (CT)

Entre 2008 et 2017, le taux d'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* est passé de 192,5 à 295,7, ce qui correspond à une augmentation de plus de 50 %. Toutefois, entre 2013 et 2018, une progression de 279,4 à 295,5 a été décelée. Cette situation pourrait être expliquée par une augmentation importante du dépistage pour la clientèle jeune.



En 2017, ce sont donc 1 528 cas qui ont été déclarés. Les jeunes âgés de 20 à 24 ans ont affiché les taux d'incidence les plus élevés, suivis par le groupe des 15-19 ans. Pour cette même année, les femmes, qui sont systématiquement dépistées lors de leurs grossesses et souvent aussi en même temps que leur prélèvement pour le dépistage du cancer du col (cytologie PAP) ou lors d'une consultation pour contraception, comptent pour 68,2 % des cas déclarés.



Sources de données (pour les deux tableaux) :

MSSS. Estimations et projections démographiques, mars 2015.

LSPQ. Fichier provincial des MADO 2013 à 2017. (semaines CDC)

Rapport produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 6 juin 2018.

Les infections génitales à *Chlamydia trachomatis* sont le plus souvent ASYMPTOMATIQUES, d'où l'importance pour le clinicien d'adopter une **approche proactive** de prévention, au moment d'une consultation ou du suivi d'un patient, telle que spécifiée dans la « [Fiche de prévention clinique](#) » publiée en 2018 par le [Collège des médecins du Québec \(CMQ\)](#) :

1. Évaluer annuellement les [facteurs de risque d'ITSS](#).

N.B. L'âge < 25 ans est considéré un facteur de risque suffisant pour procéder au dépistage de l'infection à CT chez le jeune sexuellement actif.

2. [Dépister](#) les ITSS selon les facteurs de risque.

3. Offrir un counseling préventif.

4. Intervenir auprès de la personne infectée afin qu'elle avise ses partenaires (IPPAP).

Utiliser l'outil « [Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!](#) ».

N.B. La Direction de santé publique intervient directement auprès des patients ou de leurs partenaires seulement dans les situations prioritaires. Vous référer au bulletin régional [Le Prévenant Vol. 27, numéros 1 et 2, février 2018](#) traitant de la complémentarité des rôles et responsabilités des cliniciens et des intervenants de santé publique dans la lutte contre les ITSS et des situations jugées prioritaires dans notre région.

5. Considérer le traitement accéléré des partenaires.

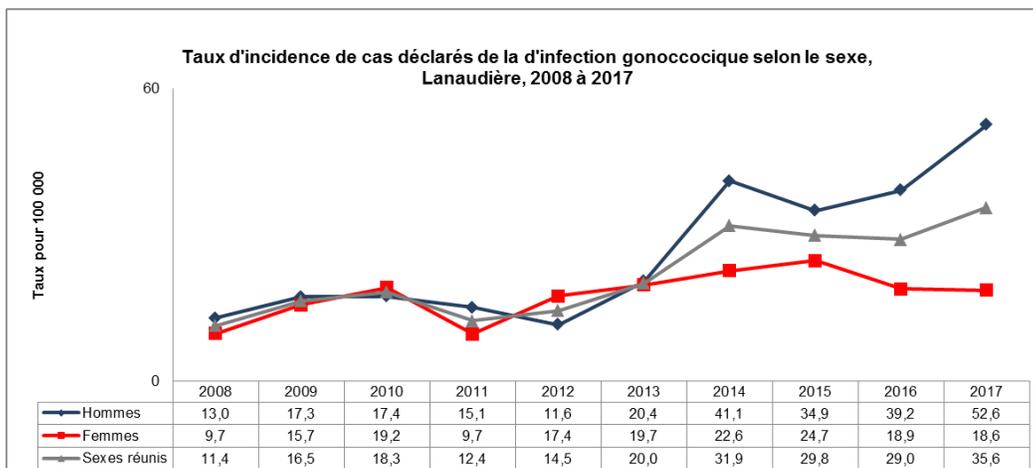
Un [avis conjoint du CMQ et de l'OIIQ](#) à ce sujet vient d'être publié. Des travaux provinciaux sont en cours afin de préciser les modalités : à suivre...

Le diagnostic (et traitement) précoce des infections génitales à *Chlamydia trachomatis* permet non seulement de limiter leur transmission, par le biais de l'IPPAP (intervention préventive auprès de la personne atteinte et de ses partenaires), mais aussi de réduire les séquelles/complications non négligeables qui leur sont associées, en particulier chez la jeune femme (**atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), grossesse ectopique, infertilité**).

D^{re} Maryse Cayouette, microbiologiste-infectiologue et médecin-conseil en maladies infectieuses

Infection gonococcique

Bien que moins fréquente que l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique inquiète tant pour la résistance accrue aux antibiotiques observée dans les dernières années que pour les taux d'incidence qui ont triplé entre 2008 et 2017, passant de 11,4 à 35,6. En 2017, 184 cas ont été déclarés dans la région, les hommes comptant pour 73,9 % des déclarations. Les jeunes âgés de 20 à 24 ans ont présenté les taux d'incidence les plus élevés.



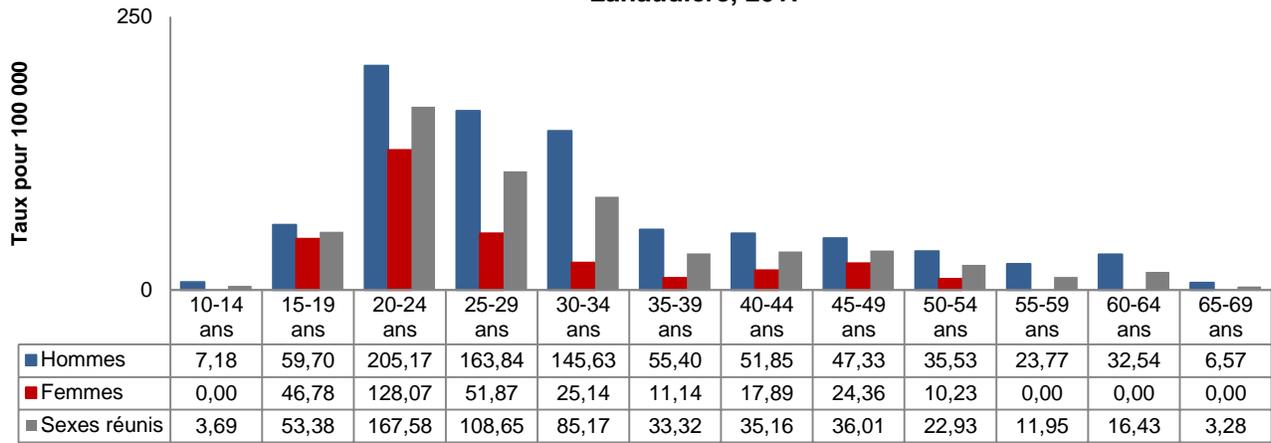
Sources de données :

MSSS, Estimations et projections démographiques, mars 2015.

LSPQ. Fichier provincial des MADO 2013 à 2017. (semaines CDC)

Rapport produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 6 juin

Taux d'incidence de cas déclarés de la d'infection gonococcique selon le sexe, Lanaudière, 2017



Sources de données :

MSSS, Estimations et projections démographiques, mars 2015.

LSPO. Fichier provincial des MADO 2013 à 2017. (semaines CDC)

Rapport produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 6 juin 2018.

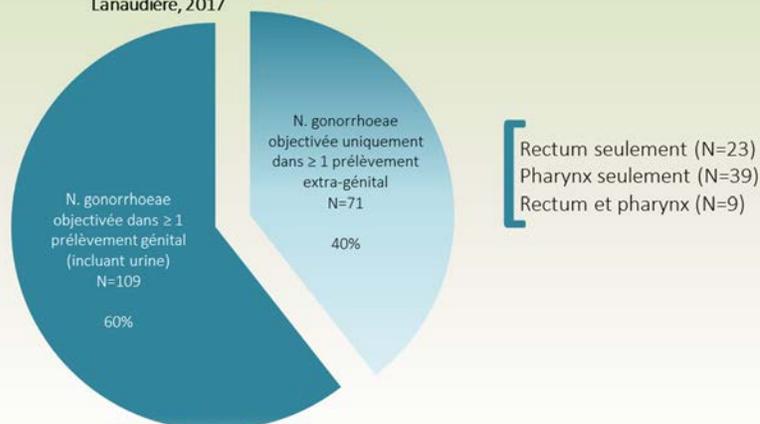
En 2017, près de 40 % des infections gonococciques déclarées dans Lanaudière l'ont été à partir de prélèvements extragénitaux seulement. Nous réitérons donc l'importance d'inclure ces prélèvements dans le dépistage ITSS, lorsque indiqué selon les pratiques sexuelles (voir [Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques, MSSS, 2017](#)).

Par ailleurs, l'apparition récente au Québec de souches de *Neisseria gonorrhoeae* non sensibles aux traitements de premier choix (ceftriaxone et céfixime) est préoccupante et nous rappelle l'importance de ne pas complètement délaissier la culture (et l'antibiogramme) au profit du TAAN. Le TAAN et la culture peuvent être effectués simultanément lorsqu'indiqués (ex. : dans un contexte diagnostique chez un patient symptomatique ou en dépistage d'un partenaire d'un cas confirmé). De plus, la DSPublique de Lanaudière invite les cliniciens à être vigilants et à lui signaler tout cas suspect d'échec au traitement de l'infection gonococcique.

Finalement, nous vous rappelons qu'après un traitement, l'INESSS recommande un test de contrôle pour TOUS les cas d'infection gonococcique afin de s'assurer de l'éradication de l'infection. Les modalités (TAAN/culture et « timing » post-traitement) sont précisées dans le guide de l'INESSS « [Infections non compliquées à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae](#) » mis à jour en avril 2018.

Karine Chabot, conseillère en soins infirmiers

Infections gonococciques pour lesquelles le site génital ou extra-génital est précisé dans le registre MADO (N=180) Lanaudière, 2017

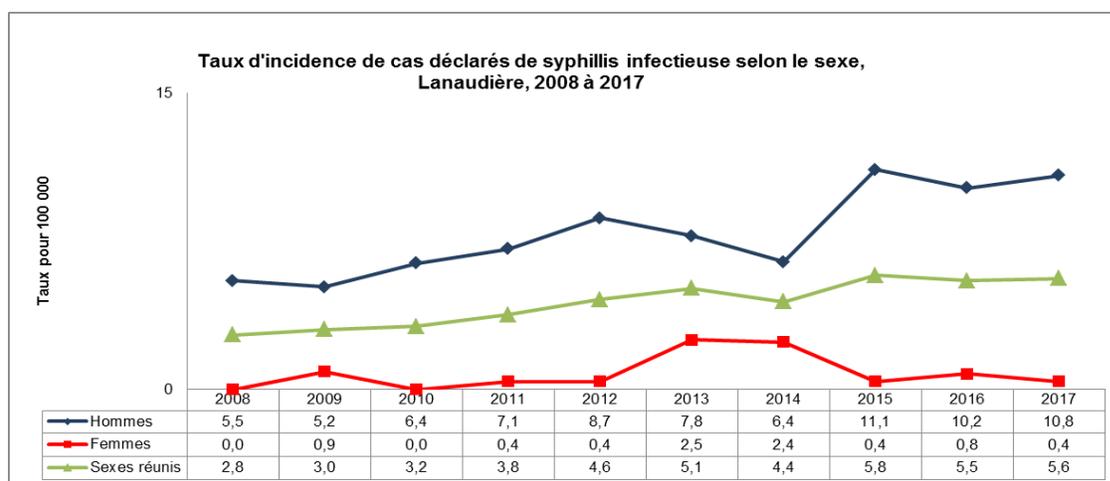


Source de données : Extraction Infocentre, 18 février 2018

La région de Lanaudière a vu ses taux de syphilis infectieuse augmenter de 2,8 à 5,6 par 100 000 entre 2008 et 2017, pour atteindre 29 cas en 2017. Les hommes représentent la presque totalité de ces déclarations (28/29). À noter que les plus récentes données provinciales ont démontré que les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) étaient les plus touchés par la syphilis. Toutefois, les femmes québécoises en âge de procréer affichent des taux nettement à la hausse (69 cas en 2017 par rapport à une moyenne de 31 cas/année les quatre dernières années), ce qui rend possible la survenue de syphilis congénitale. Lanaudière a d'ailleurs reçu une déclaration de syphilis congénitale en 2017, la première depuis 2013.

« Le dépistage fréquent de la syphilis (annuellement et aux 3 à 6 mois si les comportements sexuels à risque sont constants) est recommandé chez les HARSAH et leurs partenaires sexuels. De plus, la notification des partenaires HARSAH d'une exposition à une ITS comme la syphilis demeure une opportunité à saisir pour promouvoir le dépistage des ITSS, notamment de l'infection par le VIH. »

INSPQ 2017



Sources de données :

MSSS, Estimations et projections démographiques, mars 2015.

LSPQ. Fichier provincial des MADO 2013 à 2017. (semaines CDC)

Rapport produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 6 juin 2018.

Hépatite C

Le taux d'incidence des cas déclarés d'hépatite C dans Lanaudière est plutôt stable dans la dernière décennie. Néanmoins, en 2017, 60 cas ont été déclarés. Le dépistage de l'hépatite C selon les facteurs de risque est donc toujours indiqué. D'autant plus, que l'arrivée d'antiviraux à action directe a amélioré de façon spectaculaire l'innocuité et l'efficacité du traitement de l'hépatite chronique causée par le virus de l'hépatite C. Ces nouveaux traitements oraux permettent l'éradication du virus chez plus de 95 % des patients en moins de trois mois et sont couverts par le régime d'assurance RAMQ (médicaments d'exception). Plusieurs médecins spécialistes lanaudois offrent des services d'évaluation spécialisée et de traitement de l'hépatite C.

Pour plus d'information sur l'épidémiologie de l'infection dans la région, les principales indications pour le dépistage, la prise en charge initiale par le clinicien de 1^{re} ligne, le traitement et les modalités de référence pour le traitement de l'hépatite C dans la région, nous vous invitons à consulter l'édition de mai 2018 du bulletin Le Prévenant : [Mieux travailler ensemble dans la lutte contre les ITSS - Hépatite C : Dépister, détecter et... traiter!](#).

La collaboration des médecins et des autres intervenants de première ligne (infirmières, infirmières praticiennes spécialisées, sages-femmes) est essentielle à la prévention, au dépistage et au traitement des ITSS. Plusieurs programmes et outils sont disponibles pour faciliter leur travail :

- le guide québécois de dépistage des ITSS et tous les outils pratiques qui lui sont associés;
- le programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS);
- l'intégration de la prévention dans les pratiques professionnelles;
- l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et auprès de leurs partenaires (IPPAP) effectuée, entre autres, en collaboration avec le personnel infirmier de la DSPublique pour les cas prioritaires.

Pour de plus amples informations sur les différents outils offerts, consultez: <http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>, section Documentation, rubrique Professionnels (santé).

François Tremblay, agent de planification, de programmation et de recherche

Karine Chabot, conseillère en soins infirmiers

D^{re} Maryse Cayouette, microbiologiste-infectiologue, médecin-conseil en maladies infectieuses

Références : INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2017). Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec année 2015 (et projections 2016), Québec, gouvernement du Québec, 117 p.

MALADIES TRANSMISES PAR VOIES AÉRIENNES (MTVA)

L'infection invasive à streptocoque du groupe A

Vingt-cinq déclarations ont été acheminées à la DSPublique (nombre moyen de 24 par année au cours des 5 dernières années) pour un taux de 4,84 pour 100 000 personnes en 2017. La très grande majorité des cas (88 % des déclarations) sont survenus chez des adultes âgés de 21 ans ou plus et près du tiers (32 %) chez des personnes âgées de plus de 65 ans. L'âge moyen des cas est de 48,8 ans.

Parmi tous les cas déclarés, 14 répondaient aux critères de gravité pour lesquels la prophylaxie antibiotique a été offerte aux contacts étroits. Au total, 74 personnes ont reçu la prophylaxie. Parmi ces cas, 36 % appartiennent à la même communauté autochtone et ils présentaient tous le même tableau clinique avec une infection primaire à la peau. Le sérotype EMM74 a été identifié. Aucun cas secondaire n'est survenu et des interventions particulières ont été mises en place pour contrôler l'éclosion.

La tuberculose (TB)

Cinq cas de TB ont été déclarés. Dix-sept contacts ont été rejoints par la DSPublique pour être dépistés suite à un contact significatif et mis sous chimioprophylaxie, le cas échéant.

Onze cas ciblés par le programme de surveillance médicale tuberculose d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) ont eu leur évaluation médicale.

Des tests de dépistage ont été effectués quant à une évaluation pour une chimioprophylaxie chez six personnes immigrantes, pour plusieurs raisons dont un signalement d'une infection tuberculeuse latente chez une enfant née au Québec, de parents immigrants.

Prenez note qu'une version révisée du *Guide d'intervention pour la Tuberculose* a été publiée sur le site du MSSH en septembre 2017. Vous pouvez le consulter à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000531/>

Des informations très pertinentes pour les cliniciens y sont disponibles; les faits saillants de l'épidémiologie de la tuberculose au Québec, le tableau clinique de la tuberculose pulmonaire, les régimes thérapeutiques tant pour le traitement de la tuberculose active que latente et le suivi médical en cours de traitement de l'infection tuberculeuse latente avec l'INH (isoniazide).

D^{re} Dominique Bernard, médecin-conseil

Légionellose

Bien que 18 cas de légionellose aient été déclarés en 2017, aucune éclosion communautaire n'a été détectée. L'âge des cas varie de 31 à 84 ans (moyenne de 64 ans; médiane de 68 ans) et un peu plus de la moitié des cas (56%) sont des hommes. Une acquisition nosocomiale a été identifiée pour un cas. La découverte de ce cas et les interventions qui

en ont découlé ont nécessité la collaboration de plusieurs équipes du CISSS, notamment le service de prévention et contrôle des infections, les services techniques, l'équipe soignante de l'installation visée et la Direction de santé publique (équipes des maladies infectieuses et de la santé environnementale).

Lorsqu'une recherche de l'antigène urinaire est réalisée pour un cas suspect de légionellose, il est recommandé d'effectuer cette analyse conjointement avec la culture de spécimens appropriés. Seuls la culture et les tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN), selon certaines techniques spécialisées, permettent la comparaison entre les souches isolées à la fois chez l'hôte et dans l'environnement. (Référence : [MSSS \(2015\), Guide d'intervention : La légionellose](#))

MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION (MEV)

Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoque)

Le nombre d'infections invasives à pneumocoque est passé de 62 cas en 2016 à 35 cas en 2017. Plus de la moitié (57,1 %) des cas étaient âgés de 65 ans et plus.

Il y a eu trois cas déclarés chez les enfants âgés de moins de cinq ans. Parmi ceux-ci, deux ont été causés par des sérotypes non inclus dans le vaccin antipneumococcique conjugué, et un a été causé par un sérotype inclus dans le vaccin, mais est survenu chez un enfant dont la primovaccination était incomplète.

Le vaccin conjugué contre le pneumocoque fait partie du calendrier régulier de vaccination des enfants et est administré à l'âge de 2, 4 et 12 mois. Le vaccin Prevnar 13 était utilisé en 2017. Ce vaccin contient les sérotypes suivants : 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F et 23F.

Le vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* de type b est administré dans le calendrier régulier de vaccination des nourrissons à 2, 4, 6 et 18 mois depuis 1992.

Infection invasive à *Haemophilus influenzae*

Douze cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* ont été déclarés à la DSPublique en 2017. Parmi ces cas, aucun n'était du type b.

Infection invasive à méningocoque

Un cas d'infection invasive à méningocoque a été déclaré en 2017. Le sérotype en cause n'a pu être déterminé. La prophylaxie antibiotique et les vaccins contre le méningocoque (Men-B et Men-C-ACYW135) ont été offerts à quatre contacts étroits. Aucun cas secondaire n'est survenu.

Rougeole, Rubéole, Oreillons

Aucun cas déclaré à la DSPublique en 2017.

MALADIES ENTÉRIQUES ET MALADIES D'ORIGINE HYDRIQUE OU ALIMENTAIRE

Au total, 446 cas de maladies entériques et maladies d'origine hydrique ou alimentaire ont été déclarés par rapport à 422 cas en 2016.

L'infection à *Campylobacter* est la MADO la plus déclarée parmi toutes les maladies entériques. Il y a eu 201 cas déclarés de campylobactériose comparativement à 152 en 2016; le taux est ainsi passé de 29,8 par 100 000 à 38,9 par 100 000. Elle affecte tous les groupes d'âge. Par ailleurs, le nombre de cas de **salmonellose** a légèrement diminué, passant de 95 cas (taux à 18,6 par 100 000) en 2016 à 87 cas (taux à 16,8 par 100 000). Le nombre de cas de **shigellose** a légèrement augmenté, passant de 11 cas (taux à 2,2 par 100 000) à 15 cas (taux à 2,9 par 100 000). Après enquête, on a déterminé que pour sept des cas de shigellose, la maladie aurait été acquise à l'étranger.

Gardiase

La diminution des maladies entériques parasitaires se poursuit en 2017 dans la région de Lanaudière. Il y a eu 124 cas (taux à 24,7 par 100 000) en 2015, 104 cas (taux à 20,4 par 100 000) en 2016 et 76 cas (taux à 17,7 par 100 000) en 2017.

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

Une augmentation des cas d'E. coli a été observée en 2017. Il y a eu 18 cas d'E. coli déclarés comparativement à 9 cas en 2016. Le taux est ainsi passé de 1,8 par 100 000 en 2016 à 3,5 par 100 000 en 2017. Trois cas déclarés sont liés à une [éclosion fédérale](#). La collaboration entre la Direction de santé publique, le ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) et l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) a permis d'identifier la laitue romaine comme étant la source de l'éclosion. Deux cas déclarés sont liés à une éclosion de gastro-entérite en service de garde en milieu familial. Pour trois autres des cas, la maladie a été contractée à l'extérieur du Canada.

Hépatite A

Il y a eu six cas d'hépatite A déclarés en 2017 (taux : 1,2 par 100 000) comparativement à aucun cas en 2016. Il y a eu autant d'hommes que de femmes et l'âge des cas varie de 19 à 51 ans. Trois des cas sont des manipulateurs d'aliments, ce qui a entraîné des mesures particulières, une enquête étroite avec le MAPAQ ainsi qu'une vaccination des contacts plus extensive.

Deux cas proviennent du même domicile. Pour les deux autres cas, la maladie a été acquise à l'extérieur du Canada.

IMPORTANT POUR LES CLINICIENS

Lors de votre déclaration, indiquez sur le formulaire si le cas est un manipulateur d'aliment, un travailleur de la santé ou fréquente un service de garde. Cette information nous permet de prioriser l'intervention de santé publique et de mettre en place rapidement des mesures de contrôle dans le milieu afin de prévenir la survenue de nouveaux cas.

Pour plus de détails concernant le retrait des manipulateurs d'aliments :

<http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Restauration/Qualitedesaliments/Toxiinfectionsalimentaires/Pages/recommandations.aspx>

Pour plus de détails concernant le retrait d'un enfant fréquentant un service de garde, voir les recommandations spécifiques qu chapitre 7 du document suivant : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000374/>.

MALADIES À TRANSMISSION VECTORIELLE (MTV)**Zoonose****Zika**

Au Québec, l'infection par le virus Zika n'est pas une maladie à déclaration obligatoire, mais elle fait l'objet d'une vigilance accrue par le MSSS depuis janvier 2016 dans le cadre d'une enquête fédérale. Dans la région de Lanaudière, deux cas ont été signalés à la DSPublique contrairement à dix cas en 2016. Ces deux cas ont acquis leur infection lors de voyages dans les Caraïbes : un cas en Jamaïque et un cas à Cuba. L'infection est survenue chez un homme et une femme dont la moyenne d'âge est de 33 ans.

Fièvre Q

Aucun cas de fièvre Q n'est survenu en 2017 contrairement à deux cas en 2016.

Maladie de Lyme

Neuf cas de maladie de Lyme ont été déclarés en 2017. L'âge des cas varie de 9 à 63 ans (moyenne de 37 ans ; médiane de 30 ans). Pour la majorité des cas (7), l'infection a été décelée au stade précoce localisé, tandis qu'un stade précoce disséminé a été diagnostiqué pour les autres cas. La présence d'une lésion compatible avec un érythème migrant a été objectivée par un médecin dans 77 % des cas. Selon l'enquête épidémiologique réalisée, trois cas ont probablement acquis l'infection dans une autre province que le Québec, deux dans la région de Lanaudière, et six dans une autre région

Prévention de la rage humaine : bilan des signalements, à risque, pour 2017

La rage est une maladie à déclaration obligatoire transmissible aux mammifères incluant les humains. Cette infection mortelle est transmise lors d'une morsure, griffure, exposition avec un bris cutané ou contact avec une muqueuse d'un animal infecté. En 2017, la Direction de santé publique de Lanaudière a reçu 108 signalements de morsures ou expositions significatives à des animaux. De ce nombre, 73 (67,6%) proviennent d'animaux domestiques, dont le deux tiers implique des chiens. Les rats laveurs (70,6%) représentent la majorité des contacts significatifs impliquant des animaux sauvages.

Ceci représente seulement une partie de toutes les situations à risque qui se produisent dans la région puisqu'une proportion importante des cliniciens utilise l'outil d'aide à la décision provincial pour évaluer les expositions (lien ci-dessous) :

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/zoonoses/rage/aide-a-la-decision>.

La DSPublique est cependant toujours disponible pour discuter de tout cas, au besoin.

Virus du Nil occidental (VNO)

Un seul cas d'infection par le VNO (sans atteinte neurologique) a été déclaré en 2017. L'infection a probablement été acquise dans la région de Lanaudière.

Encéphalite transmise par arthropodes (ETA)

Un cas d'infection par le VSC a été déclaré à la DSPublique (méningo-encéphalite causée par le virus Snowshoe Hare). La région de Lanaudière a été identifiée comme lieu probable d'acquisition.

Les virus du séro groupe Californie (VSC) ont fait l'objet d'une vigie rehaussée en 2017 à l'échelle provinciale. Le bulletin *Flash Vigie* du mois de septembre 2018 en présente le bilan.

Malaria

Dix cas (taux à 1,94) de malaria ont été déclarés à la DSPublique en 2017, contrairement à huit cas (taux à 1,6) en 2016. Les données recueillies lors des enquêtes épidémiologiques ont identifié quatre hommes et six femmes dont l'âge varie entre 5 et 47 ans (médiane à 16.5). Toutes les personnes touchées ont acquis leur infection en Afrique.

	Nombre	%
Signalements (DSPu)	108	100
Animaux domestiques	73	67.6
Chien	48	
Chat	25	
furet	0	
Animaux sauvages	17	15.7
Raton laveur	12	
moufette	1	
Écureuil	4	
Chauve-souris	10	9.3
Autres	8	7.4

Source DSP Lanaudière, compilation des enquêtes épidémiologiques 2017

Parmi les 108 signalements d'exposition à risque concernant un animal mordeur, 59 animaux domestiques (54,6 %) ont pu être mis en observation pendant 10 jours et 3 (0,9 %) ont été analysés à la demande de la DSPublique. Les résultats d'analyse pour le virus de la rage se sont tous révélés négatifs. À la suite de l'évaluation du risque par les professionnels de la santé publique, la prophylaxie post-exposition (PPE) contre la rage (immunoglobulines et vaccins) a été offerte à 34 Lanaudois dont 29 ont complété la vaccination. Aucun cas de rage animale ou humaine n'a été identifié dans Lanaudière. Pour plus d'informations sur la rage et pour vous outiller dans l'évaluation du risque chez vos patients ayant été mordus par un animal, vous référer au bulletin [Le Prévenant vol.27 no 12](#).

COMPARAISON AVEC LE QUÉBEC

Au regard des maladies infectieuses les plus fréquemment déclarées en 2017, Lanaudière se compare au Québec en ce qui a trait à la coqueluche, l'infection à *Campylobacter*, la giardiase et la salmonellose.. Toutefois, Lanaudière affiche des taux inférieurs à la moyenne provinciale pour les ITS-MADO bactériennes (particulièrement pour l'infection gonococcique et la syphilis infectieuse) ainsi que pour l'infection invasive à pneumocoque.

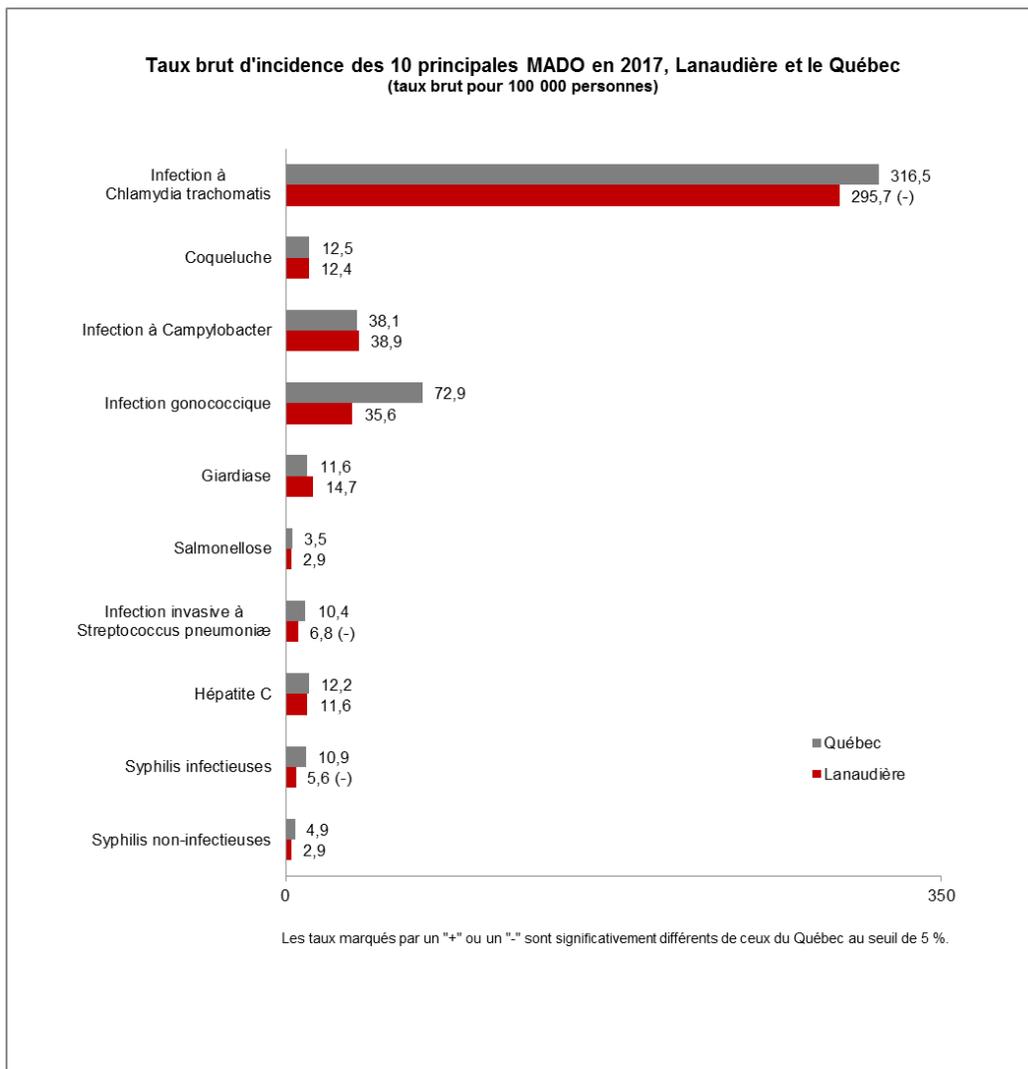


Tableau 1 : Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence des maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine infectieuse, Lanaudière, 2013 à 2017 (N et taux pour 100 000 personnes)

Maladie à déclaration obligatoire (MADO)	2013		2014		2015		2016		2017	
	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)										
Chancres mou	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Hépatite B	19	3,89	17	3,43	16	3,18	18	3,53	18	3,48
Hépatite B aiguë	0	0,00	0	0,00	2	0,40	1	0,20	2	0,39
Hépatite B chronique	19	3,89	16	3,23	14	2,78	15	2,94	4	0,77
Hépatite B sans précision	0	0,00	1	0,20	0	0,00	2	0,39	12	2,32
Hépatite C	34	6,95	58	11,70	45	8,95	44	8,63	60	11,61
Hépatite C aiguë	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Hépatite C sans précision	34	6,95	58	11,70	45	8,95	44	8,63	60	11,61
Hépatite Delta	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Hépatite virale sans précision	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Infection à Chlamydia trachomatis	1 366	279,39	1 484	299,24	1 535	305,26	1 518	297,77	1 528	295,74
Infection à HTLV type I ou II	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,20	2	0,39
Infection gonococcique	98	20,04	158	31,86	150	29,83	148	29,03	184	35,61
Granulome inguinal	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Lymphogranulomatose vénérienne	1	0,20	0	0,00	1	0,20	3	0,59	0	0,00
Syphilis infectieuses	25	5,11	22	4,44	29	5,77	28	5,49	30	5,81
Syphilis primaire	10	2,05	12	2,42	16	3,18	9	1,77	11	2,13
Syphilis secondaire	11	2,25	6	1,21	4	0,80	4	0,78	7	1,35
Syphilis latente moins d'un an	4	0,82	4	0,81	9	1,79	15	2,94	12	2,32
Syphilis non-infectieuses	13	2,66	15	3,02	13	2,59	21	4,12	15	2,90
Syphilis latente plus d'un an	12	2,45	13	2,62	12	2,39	16	3,14	10	1,94
Syphilis cardio-vasculaire	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Syphilis nerveuse asymptomatique	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Syphilis nerveuse symptomatique (neurosyphilis)	1	0,20	1	0,20	1	0,20	5	0,98	4	0,77
Syphilis symptomatique tardive autre	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Syphilis tertiaire autre que neurosyphilis	0	0,00	1	0,20	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Syphilis autres formes	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,19
Syphilis sans précision	2	0,41	2	0,40	2	0,40	8	1,57	6	1,16
Syphilis congénitale	1	0,20	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,19
VIH (ayant donné/reçu du sang ou des tissus)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SIDA (ayant donné/reçu du sang ou des tissus)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	1 560	319,1	1 756	354,1	1 791	356,2	1 789	350,92	1 844	356,9
Maladies entériques et maladies d'origine alimentaire ou hydrique										
Amblyose	5	1,0	10	2,0	6	1,2	12	2,4	13	2,52
Brucellose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Cryptosporidiose	0	0,0	1	0,2	5	1,0	7	1,4	4	0,77
Cyclospore	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Fièvre paratyphoïde	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Fièvre typhoïde	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Gastro-entérite à Yersinia enterocolitica	11	2,3	8	1,6	5	1,0	8	1,6	12	2,32
Gastro-entérite épidémique d'origine (étio) indétournée	37	7,6	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Giardiase	59	12,1	68	13,6	124	24,7	104	20,4	76	14,71
Hépatite A	0	0,0	0	0,0	4	0,8	0	0,0	6	1,16
Hépatite E	1	0,2	2	0,4	1	0,2	0	0,0	2	0,39
Infection à Campylobacter	127	26,0	131	26,3	149	29,6	152	29,8	201	38,90
Infection à Escherichia coli	3	0,6	4	0,8	8	1,6	9	1,8	18	3,48
Infection à Escherichia coli producteur de vérocytotoxine	3	0,6	4	0,8	8	1,6	9	1,8	18	3,48
Infection invasive à Escherichia coli	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Listériose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Salmonellose	63	12,9	73	14,7	87	17,3	86	16,6	97	18,84
Shigellose	2	0,4	3	0,6	10	2,0	11	2,2	15	2,90
Toxi-infection alimentaire ou hydrique	15	3,1	18	3,5	11	2,2	20	3,9	10	1,94
Trichinose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Total des maladies entériques et maladies d'origine alimentaire ou hydrique	334	68,3	321	64,7	412	81,9	422	82,8	446	86,3
Maladies évitables par la vaccination (MEV)										
Coqueluche	49	10,0	32	6,5	46	9,2	319	62,6	64	12,39
Diphthérie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Infection à Haemophilus influenzae	10	2,1	6	1,2	18	3,6	8	1,6	12	2,32
Infection à méningocoques	3	0,6	2	0,4	0	0,0	2	0,4	1	0,19
Infection invasive à Streptococcus pneumoniae	35	7,1	47	9,4	50	9,9	62	12,2	35	6,77
Oreillons	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Paralysie flasque aiguë	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Poliomyélite	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Rougeole	0	0,0	0	0,0	159	31,6	0	0,0	0	0,00
Rubéole	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Rubéole congénitale	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Tétanos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Total des maladies évitables par la vaccination (MEV)	119	24,3	87	17,4	273	54,3	391	76,7	112	21,7
Maladies transmissibles par voie aérienne (MTVA)										
Infection à streptocoques groupe A	17	3,5	23	4,6	32	6,4	21	4,1	25	4,84
Légionellose	12	2,5	14	2,8	35	7,0	14	2,8	18	3,48
Lèpre (maladie de Hansen)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Tuberculose	5	1,2	7	1,4	3	0,6	1	0,2	5	0,97
Total des maladies transmissibles par voie aérienne (MTVA)	35	7,2	44	8,9	70	13,9	36	7,1	48	9,3
Zoonoses et maladies à transmission vectorielle (MTV)										
Babésiose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Encéphalites virales transmises par arthropodes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,19
Fièvre Q	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,00
Infection à Plasmodium (malaria)	1	0,2	2	0,3	3	0,6	8	1,6	10	1,94
Leptospirose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Maladie de Chagas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Maladie de Lyme	7	1,4	3	0,6	0	0,0	4	0,8	9	1,74
Pastose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Rage	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Tularémie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Typhus	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,00
VNO (Infection par le virus du Nil occidental)	1	0,2	1	0,2	5	1,0	6	1,2	1	0,19
Total des zoonoses et maladies à transmission vectorielle (MTV)	11	2,3	6	1,1	8	1,6	21	4,1	21	4,1
Maladies à surveillance extrême (MASE)										
Botulisme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Choléra	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Fièvre jaune	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Fièvres hémorragiques virales	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Infection à Hantavirus	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Maladie du Charbon (anthrax)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Peste	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Varicelle	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Total des maladies à surveillance extrême (MASE)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infections nosocomiales et transmises par contact direct										
ERV (Écllosion à entérocoques résistants à la vancomycine)	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
SARM (Écllosion à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline)	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
SARV (Infection à Staphylococcus aureus résistant à la vancomycine)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)	0	0,00	2	0,40	2	0,40	2	0,4	3	0,58
Variante de la MCJ (vMCJ)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total des infections nosocomiales et transmises par contact direct	0	0,00	2	0,40	2	0,40	2	0,4	3	0,6
Ensemble des MADO	2 059	421,1	2 215	446,6	2 556	508,3	2 661	522,0	2 474	478,6

Sources de données :
 MSSS, Estimations et projections démographiques, mars 2015.
 LSPQ, Fichier provincial des MADO 2013 à 2017, (semaines CDC)
 Rapport produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 3 octobre 2018.

Publication

Direction de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Responsable de la publication

D^{re} Joane Désilets, médecin, adjointe médicale en maladies infectieuses

Rédaction

Martin Aumont, D^{re} Dominique Bernard, D^{re} Chantale Boucher,
D^{re} Maryse Cayouette, Karine Chabot, Patricia Cunningham
D^{re} Joane Désilets, D^r Pierre Robillard, Marie-Ève Rompré,
François Tremblay, équipe des maladies infectieuses

Soutien technique

Josée Payette, technicienne en recherche, service de surveillance,
de recherche et d'évaluation

Mise en page

Manon Gingras, agente administrative, service de protection des maladies
infectieuses et de santé environnementale

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 2018

Dépôt légal

Quatrième trimestre 2018
ISSN 1718-9497 (PDF)
1920-2555 (en ligne)
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

La version PDF de ce document est disponible à la section
Documentation, dans la rubrique *Santé publique* sous l'onglet *Bulletins* du
site du CISSS au :

www.ciasss-lanaudiere.gouv.qc.ca

À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non
commerciales est autorisée.

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière

Québec 