



# LE PRÉVENANT

BULLETIN D'INFORMATION DESTINÉ AUX MÉDECINS ET AUX AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DE LANAUDIÈRE — Vol.24, N°8

## MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO) D'ORIGINE INFECTIEUSE BILAN LANAUDOIS 2014

Le bilan lanaudois 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 santé publique d'exercer sa fonction de vigie sanitaire et d'entreprendre des enquêtes épidémiologiques et des interventions de santé publique.

Le présent fascicule dresse le portrait des MADO d'origine infectieuse chez les résidents lanaudois qui ont été déclarées à la Direction de santé publique (DSP) par les médecins et les laboratoires au cours de l'année 2014. Les données ont été saisies au fichier provincial des MADO et extraites de l'Infocentre de santé publique du Québec en date du 1<sup>er</sup> juin 2015.

Il est important de spécifier que les MADO comptabilisées sont celles qui répondent aux critères des définitions nosologiques établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Rappelons que les cas réfèrent à des événements et non à des personnes. Pour une même personne, plus d'un événement peut être déclaré.

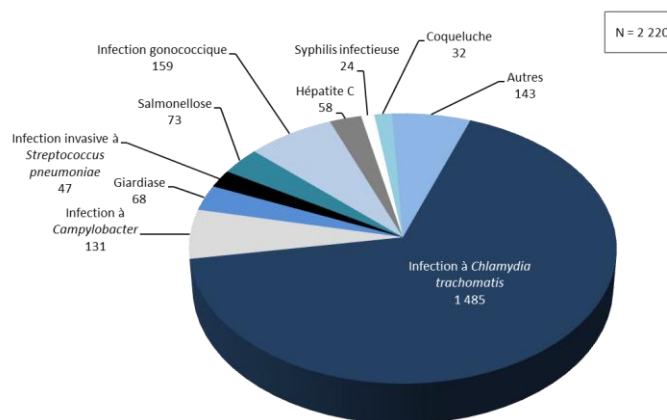
### FAITS SAILLANTS

Dans la région, 2 220 cas de MADO d'origine infectieuse ont été déclarés en 2014<sup>1</sup>. Il s'agit d'une hausse de près de 8 % par rapport à 2013 et de 28 % au cours des cinq dernières années, hausse attribuable surtout à l'augmentation des déclarations d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

En 2014, les principales MADO déclarées sont :

- l'infection à *Chlamydia trachomatis* (66,9 % des cas);
- l'infection gonococcique (7,2 %);
- l'infection à *Campylobacter* (5,9 %);
- la salmonellose (3,3 %);
- la giardiase (3,1 %);
- l'hépatite C (2,6 %).

Nouveaux cas de MADO déclarés,  
Lanaudière, 2014



<sup>1</sup> Note : Pour 2014, comme pour toutes les années comportant 53 semaines CDC, une moyenne des cas pour les semaines 52 et 53 a été effectuée afin de pouvoir comparer les années entre elles. Cela peut entraîner de petites différences entre le nombre « réel » et le nombre présenté dans ce rapport. Notamment, la somme des groupes d'âge n'égalise pas « tous les âges ».

**MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION (MEV)**

Parmi les 87 cas de MEV déclarés en 2014, 91 % concernent deux maladies : l’infection invasive à *Streptococcus pneumoniae* (54 %) et la coqueluche (37 %). Par rapport à l’année dernière, on assiste à une diminution de 27 % du nombre de cas de MEV.

**L’infection invasive à *Streptococcus pneumoniae***

Le nombre de déclarations d’infection invasive à *Streptococcus pneumoniae* a diminué à 47 cas en 2014, soit huit cas de moins qu’en 2013. Le taux brut d’incidence passe donc de 11,3 à 9,4 cas pour 100 000 personnes.

Cinq enfants âgés de moins de 5 ans (11 %) ont été atteints. Parmi ces enfants, un avait moins d’un an et était donc partiellement vacciné. Les quatre autres étaient adéquatement vaccinés pour l’âge. Pour ces quatre cas, un seul avait un sérotype inclus dans le vaccin.

Les personnes de 65 ans et plus totalisent 57 % des déclarations. De ce nombre, près de six cas sur dix sont âgés de 75 ans et plus.

**La coqueluche**

Une baisse de cas de coqueluche a été observée : de 49 cas en 2013, on est passé à 32 déclarés en 2014. Le taux brut d’incidence est passé de 10,0 à 6,5 pour 100 000 personnes.

Les enfants de 1 à 14 ans sont davantage touchés avec 81 % des cas. Aucun cas n’a été déclaré chez les bébés de moins d’un an.

Parmi les 32 cas de coqueluche, on disposait de l’information sur l’état vaccinal pour 22 personnes. Parmi celles-ci, 17 avaient un statut vaccinal complet pour l’âge et pour les cinq autres, le statut était incomplet ou ils avaient été vaccinés sans preuve.

**Les autres MEV**

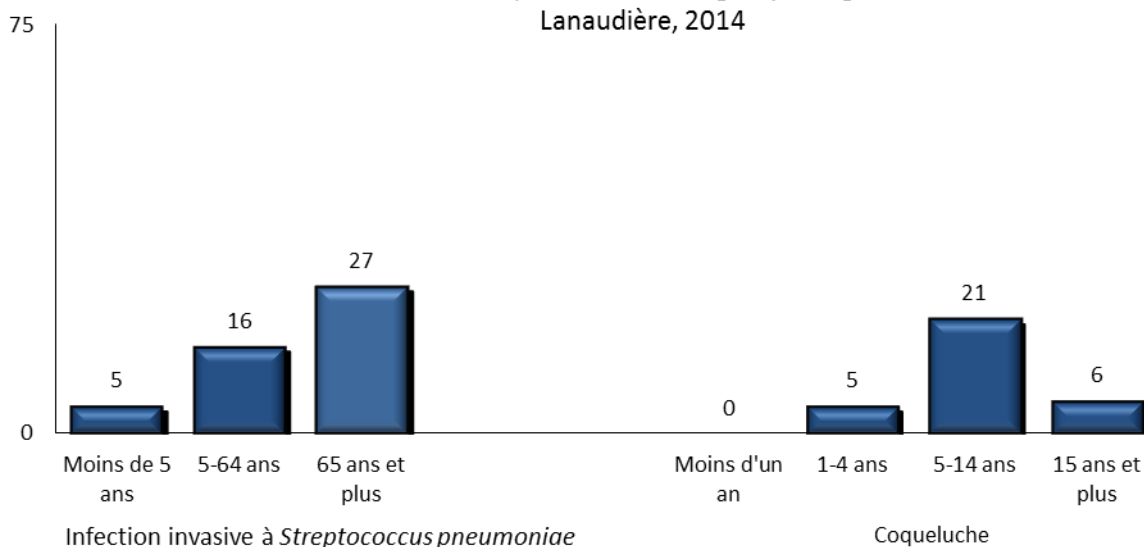
Deux cas d’infection invasive à méningocoque de sérogroupe B ont été déclarés en 2014. Ces deux cas sont survenus chez des enfants de moins d’un an. Seize personnes répondant à la définition de contact étroit ont nécessité une prophylaxie antibiotique.

Depuis 2008, aucun cas d’infection invasive à méningocoque de sérogroupe C n’a été déclaré dans la région.

Six cas d’infection à *Haemophilus influenzae* ont été déclarés, mais aucun de type B.

La rougeole et certaines autres MADO évitables par l’immunisation de base (rubéole, oreillons, diphtérie, tétanos ou poliomyélite) n’ont fait l’objet d’aucune déclaration en 2014.

Cas d’infection invasive à *Streptococcus pneumoniae*<sup>2</sup> et de coqueluche selon le groupe d’âge, Lanaudière, 2014



<sup>2</sup> En raison de la note de la page précédente, la somme des cas par groupe d’âge ne correspond pas au total.

## ITSS

Le nombre de cas déclarés d'ITSS n'a cessé de progresser dans la région pour atteindre 1 760 en 2014. Ce sont 200 cas de plus qu'en 2013 pour une hausse de 13 %. Cela représente un taux brut d'incidence de 354,9 par 100 000 personnes. L'augmentation de l'incidence souligne une situation préoccupante en raison des complications possibles en l'absence de traitement.

### L'infection à *Chlamydia trachomatis*

L'infection à *Chlamydia trachomatis* (chlamydie) est la MADO ITSS la plus souvent déclarée. Elle représente 84 % des déclarations. Cela correspond à 1 485 cas, soit un taux brut d'incidence de 299,4 cas pour 100 000 personnes. Comparativement à 2013, on note une hausse de près de 9 % du nombre de cas. Au cours des cinq dernières années, cette hausse s'élève à 36 %.

L'infection est davantage déclarée chez les femmes. Le taux brut d'incidence des femmes est de 415,4 pour 100 000 personnes contre 183,9 pour 100 000 personnes chez les hommes. Ceci s'explique par le fait qu'elles consultent plus souvent pour ce type de suivi.

Quant aux jeunes de 15 à 24 ans, ils représentent le groupe le plus affecté avec 71 % des cas. En 2014, leur taux brut d'incidence est de 2 617,4 pour 100 000 personnes, soit près de neuf fois plus que dans la population générale.

Au final, plus de 700 enquêtes épidémiologiques ont été réalisées par la DSP chez les clientèles les plus à risque, soit : les 19 ans et moins, les cas de récurrence (peu importe le type d'ITSS) et les cas pour lesquels une demande a été faite par un clinicien.

### L'infection gonococcique

L'incidence de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrhée) est passée de 98 cas en 2013 à 159 cas en 2014. Une recrudescence qui se traduit par une des augmentations les plus importantes à survenir par rapport à 2013 : 62 %. Le taux brut d'incidence est passé de 20,0 à 32,1 cas pour 100 000 personnes.

Parmi les cas de gonorrhée, 65 % des 159 cas concernent des hommes.

Tout comme pour la chlamydie, les taux bruts d'incidence sont plus élevés chez les jeunes de 15 à 24 ans et diminuent avec l'avancée en âge.

Par ailleurs, il y a eu 21 cas de double infection : *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*.

Il existe une préoccupation de plus en plus importante concernant la résistance au *N. gonorrhoeae*. Des souches avec sensibilité réduite aux céphalosporines circulent actuellement au Québec.

### Les autres ITSS

La syphilis (toutes formes confondues) totalise 41 cas déclarés, dont 24 cas de syphilis infectieuses.

Sur les 24 cas de syphilis détectés, six l'ont été chez des femmes et 18 chez des hommes. Au total sur les cas détectés chez des hommes, quinze sont des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH).

Le taux brut d'incidence de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) se chiffre à 3,4 cas pour 100 000 personnes, soit 17 cas déclarés. Tous les cas réfèrent à des personnes de 25 ans et plus.

Quant au nombre de déclarations d'hépatite C (VHC), il a atteint 58 cas en 2014. Le taux brut d'incidence s'élève à 11,7 cas pour 100 000 personnes. Par rapport à 2013, ce sont 24 cas de plus qui ont été déclarés.

La collaboration du médecin est essentielle à la prévention, au dépistage et au traitement des ITSS. Plusieurs programmes et outils sont disponibles pour faciliter son travail :

- le programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS);
- les pratiques cliniques préventives (PCP);
- l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et auprès de leurs partenaires (IPPAP) effectuée, entre autres, par le personnel infirmier de la DSP.

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

## MALADIES ENTÉRIQUES ET MALADIES D'ORIGINE HYDRIQUE OU ALIMENTAIRE

Au total, 322 cas de maladies entériques et maladies d'origine hydrique ou alimentaire ont été déclarés. On note une baisse de 4 % du nombre de cas par rapport à 2013. Ces maladies représentent 15 % des déclarations reçues. La vigie et les enquêtes effectuées lors de la réception de déclarations nous permettent de détecter et d'appliquer rapidement des mesures de contrôle lors d'éclosion.

### L'infection à *Campylobacter*

Avec 41 % des cas, l'infection à *Campylobacter* est la MADO la plus déclarée parmi toutes les maladies de cette catégorie : 131 cas en 2014. Cela correspond à un taux brut d'incidence de 26,3 cas pour 100 000 personnes. Il s'agit d'une hausse d'environ 3 % de cas par rapport à 2013. Elle affecte tous les groupes d'âge.

Aucune éclosion de cas en service de garde à l'enfance ou dans d'autres secteurs n'a été notée au cours de 2014.

### La giardiase

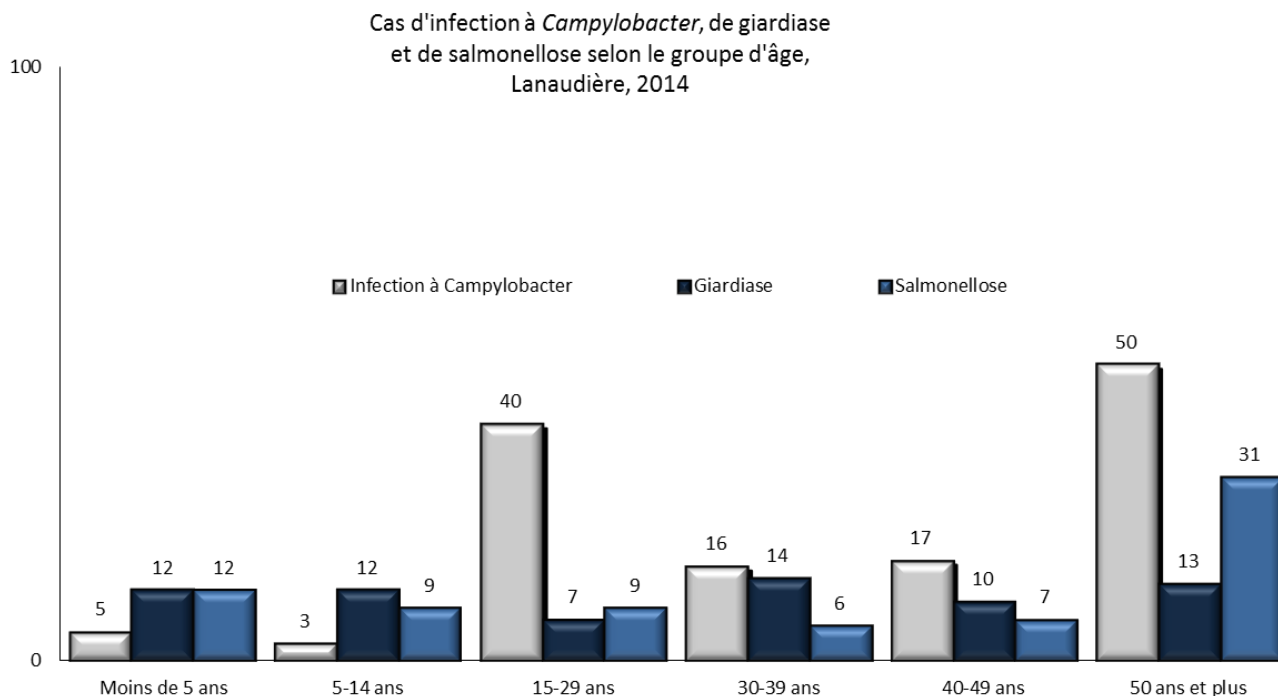
La région a enregistré 68 cas de giardiase, soit neuf de plus qu'en 2013. Le taux brut d'incidence s'établit à 13,6 pour 100 000 personnes.

Durant l'année 2014, près de 18 % des cas sont survenus chez des enfants de moins de 5 ans. Une éclosion a débuté en novembre 2014 (deux cas) dans un service de garde à l'enfance et s'est poursuivie en 2015.

### La salmonellose

Concernant la salmonellose, 73 cas ont été déclarés pour un taux brut de 14,7 pour 100 000 personnes. Cette maladie a affecté tous les groupes d'âge. Les personnes de 50 ans et plus représentent 42 % des cas.

Il est connu que la salmonellose peut être transmise par les aliments contaminés (inadéquatement cuits ou par contamination croisée).



## LES AUTRES INFECTIONS ENTÉRIQUES

En 2014, l'infection à *Escherichia coli* producteur de vérocytotoxine enregistre quatre cas, dont une éclosion de deux cas. Cependant, l'origine alimentaire n'a pu être confirmée.

18 épisodes de toxi-infection alimentaire ou hydrique ont été déclarés. Les inspecteurs du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) ont été impliqués dans la majorité des situations.

Trois cas de shigellose, dont deux en zone d'endémie, ont été déclarés.

**MALADIES TRANSMISES PAR VOIE AÉRIENNE (MTVA) OU PAR CONTACT DIRECT**

**L'infection invasive à streptocoque**

L'infection invasive à streptocoque du groupe A regroupe plus de la moitié des cas de MTVA avec 23 cas déclarés. Elle touche principalement les adultes de 25 ans et plus.

Suite aux enquêtes effectuées, onze cas répondaient aux critères indiquant de recommander une chimioprophylaxie aux contacts étroits. Ainsi, 26 personnes de la région ont nécessité une chimioprophylaxie antibiotique.

**La légionellose**

La légionellose a fait l'objet de quatorze déclarations dont dix cas chez des individus de 60 ans et plus, trois cas chez les 45 à 59 ans et un chez les 35 à 39 ans. Les principales conditions cliniques retrouvées favorisant l'acquisition de la maladie sont : le diabète, l'immunosuppression, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), les problèmes cardiaques et être fumeur. Le chauffe-eau constitue une source possible pour au moins deux cas. Aucun cas n'a pu être relié à une tour de refroidissement à l'eau.

**La tuberculose (TB)**

Sept cas de TB ont été déclarés et leurs 22 contacts ont été joints par la DSP pour effectuer les tests de dépistage nécessaires. 25 autres contacts ont aussi subi des tests de dépistage, suite à un contact TB d'une autre DSP.

De plus, six cas visés par le Programme de surveillance médicale TB d'Immigration et Citoyenneté Canada ont eu leur évaluation médicale et la DSP a collaboré, en complémentarité avec la Clinique des réfugiés du Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière (CSSSNL), à la supervision de quatorze patients mis sous chimioprophylaxie pour la TB.

**ZOONOSES ET MALADIES À TRANSMISSION VECTORIELLE (MTV)**

Six cas de zoonoses et de MTV ont fait l'objet d'une déclaration : deux cas de malaria, deux cas de maladie de Lyme dont un ayant été contracté dans la région, et un cas d'infection par le virus du Nil occidental (VNO).

**INFECTIONS NOSOCOMIALES ET TRANSMISES PAR CONTACT DIRECT**

Deux cas de maladie de Creutzfeldt-Jakob ont été déclarés, dont un est décédé.

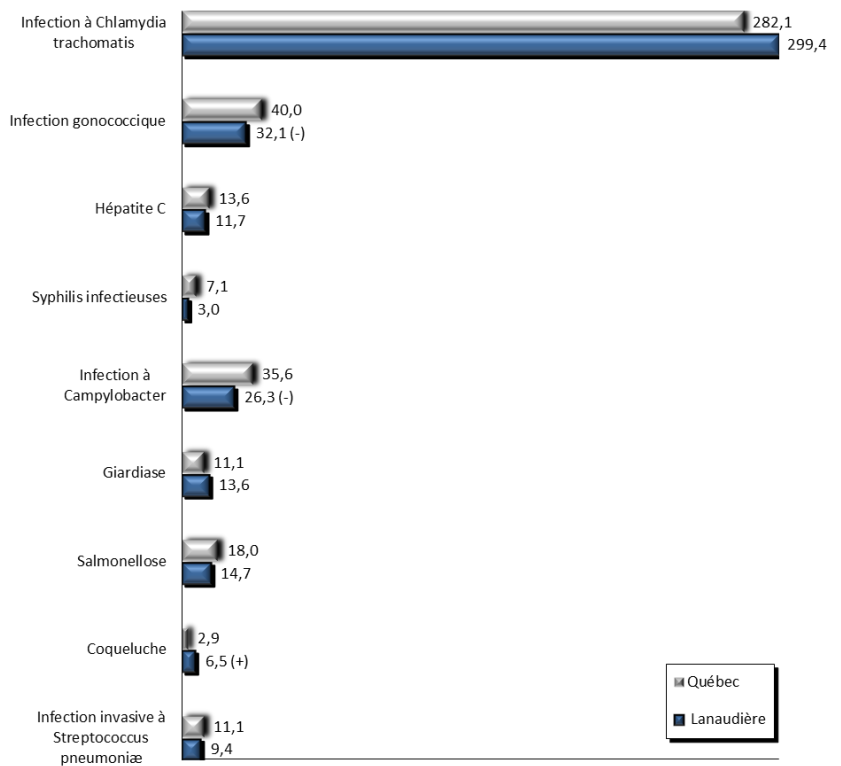
Il faut rappeler que la surveillance des infections nosocomiales est assurée par le niveau national en lien avec les établissements de soins de courte durée à partir du fichier Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN). Ce fichier est distinct du fichier MADO.

**COMPARAISON AVEC LE QUÉBEC**

Au regard des maladies infectieuses les plus fréquemment déclarées en 2014, Lanaudière se démarque favorablement de l'ensemble du Québec pour l'infection gonococcique et l'infection à *Campylobacter*. En effet, les taux d'incidence associés à ces maladies y sont statistiquement plus faibles. La coqueluche est toutefois en excès ayant un taux statistiquement plus élevé que celui du Québec.

Il n'existe aucune différence significative entre la région et le Québec en ce qui concerne l'infection à *Chlamydia trachomatis*, la salmonellose, la giardiase, la syphilis et l'infection à *Streptococcus pneumoniae*.

Taux bruts d'incidence des principales MADO, Lanaudière et le Québec, 2014 (taux pour 100 000 personnes)



(+) : taux significativement plus élevé que le Québec  
 (-) : taux significativement plus faible que le Québec

# BILAN LANAUDOIS 2014

Tableau 1 : Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence des maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine infectieuse, Lanaudière, 2010 à 2014 (N et taux pour 100 000 personnes)

Maladie à déclaration obligatoire (MADO)	2010		2011		2012		2013		2014	
	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi
<b>Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)</b>										
Hépatite B	13	2,8	18	3,8	15	3,1	19	3,89	17	3,4
Hépatite B aiguë	2	0,4	0	0,0	3	0,6	0	0,0	0	0,0
Hépatite B chronique	11	2,3	18	3,8	9	1,9	19	3,9	16	3,2
Hépatite B sans précision	0	0,0	0	0,0	3	0,6	0	0,0	1	0,2
Hépatite C	42	8,9	38	8,0	39	8,1	34	7,0	58	11,7
Hépatite C aiguë	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hépatite C sans précision	41	8,7	37	7,8	39	8,1	34	7,0	58	11,7
Infection à Chlamydia trachomatis	1 093	232,6	1 185	248,5	1 165	241,2	1 366	279,4	1 485	299,4
Infection à HTLV type I ou II	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection gonococcique	86	18,3	69	12,4	70	14,5	98	20,0	159	32,1
Lymphogranulomatose vénérienne	1	0,2	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0
Syphilis infectieuses	16	3,4	18	3,8	22	4,6	25	5,1	24	4,8
Syphilis primaire	7	1,5	8	1,7	8	1,7	10	2,1	13	2,6
Syphilis secondaire	7	1,5	8	1,7	8	1,7	11	2,3	6	1,2
Syphilis latente moins d'un an	2	0,4	2	0,4	6	1,2	4	0,8	5	1,0
Syphilis non-infectieuses	8	1,7	9	1,9	24	5,0	13	2,7	15	3,0
Syphilis latente plus d'un an	7	1,5	6	1,3	21	4,4	12	2,5	13	2,6
Syphilis nerveuse symptomatique (neurosyphilis)	0	0,0	3	0,6	3	0,6	1	0,2	1	0,2
Syphilis tertiaire autre que neurosyphilis	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Syphilis sans précision	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,6	2	0,4
VIH (ayant donné/reçu du sang ou des tissus)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0
<b>Total des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)</b>	<b>1 261</b>	<b>268,4</b>	<b>1 327</b>	<b>278,2</b>	<b>1 336</b>	<b>276,6</b>	<b>1 560</b>	<b>319,1</b>	<b>1 760</b>	<b>354,9</b>
<b>Maladies entériques et maladies d'origine alimentaire ou hydrique</b>										
Ambiase	7	1,5	7	1,5	6	1,2	5	1,0	11	2,2
Cryptosporidiose	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0	1	0,2
Fièvre typhoïde	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gastro-entérite à Yersinia enterocolitica	7	1,5	9	1,9	3	0,6	11	2,3	8	1,6
Gastro-entérite épidémique d'origine (étiologie) indéterminée	6	1,3	29	6,1	37	7,7	37	7,6	1	0,1
Giardiase	66	14,1	62	13,0	68	14,1	59	12,1	68	13,6
Hépatite A	5	1,1	3	0,6	3	0,6	0	0,0	0	0,0
Hépatite E	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,4
Infection à Campylobacter	153	32,6	124	26,0	151	31,3	127	26,0	131	26,3
Infection à Escherichia coli	3	0,6	2	0,4	4	0,8	3	0,6	4	0,8
Infection à Escherichia coli producteur de vérocytotoxine	3	0,6	2	0,4	4	0,8	3	0,6	4	0,8
Listériose	4	0,9	2	0,4	0	0,0	4	0,8	4	0,8
Salmonellose	83	17,7	59	12,4	76	15,7	63	12,9	73	14,7
Shigellose	6	1,3	2	0,4	12	2,5	9	1,8	3	0,6
Toxi-infection alimentaire ou hydrique	13	2,8	19	4,0	42	8,7	15	3,1	18	3,5
Trichinose	0	0,0	2	0,4	1	0,2	0	0,0	0	0,0
<b>Total des maladies entériques et maladies d'origine alimentaire ou hydrique</b>	<b>353</b>	<b>75,1</b>	<b>322</b>	<b>67,5</b>	<b>405</b>	<b>83,9</b>	<b>334</b>	<b>68,3</b>	<b>322</b>	<b>64,9</b>
<b>Maladies évitables par la vaccination (MEV)</b>										
Coqueluche	13	2,8	6	1,3	104	21,5	49	10,0	32	6,5
Infection à Haemophilus influenzae	8	1,7	12	2,5	4	0,8	10	2,1	6	1,2
Infection à méningocoques	3	0,6	4	0,8	1	0,2	3	0,6	2	0,4
Infection invasive à Streptococcus pneumoniae	61	13,0	61	12,8	47	9,7	55	11,3	47	9,4
Oreillons	4	0,9	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0
Rougeole	1	0,2	3	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total des maladies évitables par la vaccination (MEV)</b>	<b>90</b>	<b>19,2</b>	<b>86</b>	<b>18,0</b>	<b>156</b>	<b>32,3</b>	<b>119</b>	<b>24,3</b>	<b>87</b>	<b>17,4</b>
<b>Maladies transmissibles par voie aérienne (MTVA)</b>										
Infection à streptocoques groupe A	14	3,0	21	4,4	19	3,9	17	3,5	23	4,6
Légionellose	7	1,5	11	2,3	8	1,7	12	2,5	14	2,8
Tuberculose	2	0,4	2	0,4	4	0,8	6	1,2	7	1,4
<b>Total des maladies transmissibles par voie aérienne (MTVA)</b>	<b>23</b>	<b>4,9</b>	<b>34</b>	<b>7,1</b>	<b>31</b>	<b>6,4</b>	<b>35</b>	<b>7,2</b>	<b>44</b>	<b>8,9</b>
<b>Zoonoses et maladies à transmission vectorielle (MTV)</b>										
Fièvre Q	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,4	0	0,0
Infection à Plasmodium (malaria)	3	0,6	2	0,4	5	1,0	1	0,2	2	0,3
Leptospirose	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Maladie de Chagas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maladie de Lyme	1	0,2	0	0,0	3	0,6	7	1,4	3	0,6
VNO (Infection par le virus du Nil occidental)	0	0,0	1	0,2	5	1,0	1	0,2	1	0,2
<b>Total des zoonoses et maladies à transmission vectorielle (MTV)</b>	<b>4</b>	<b>0,9</b>	<b>4</b>	<b>0,8</b>	<b>14</b>	<b>2,9</b>	<b>11</b>	<b>2,3</b>	<b>6</b>	<b>1,1</b>
<b>Maladies à surveillance extrême (MASE)</b>										
Choléra	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total des maladies à surveillance extrême (MASE)</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<b>Infections nosocomiales et transmises par contact direct</b>										
ERV (Éclosion à entérocoques résistants à la vancomycine)	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0
Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)	1	0,2	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,4
<b>Total des infections nosocomiales et transmises par contact direct</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>2</b>	<b>0,4</b>	<b>2</b>	<b>0,4</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>2</b>	<b>0,4</b>
<b>Ensemble des MADO</b>	<b>1 732</b>	<b>369,8</b>	<b>1 776</b>	<b>372,7</b>	<b>1 945</b>	<b>401,6</b>	<b>2 060</b>	<b>418,8</b>	<b>2 220</b>	<b>447,7</b>

Notes : Les données réfèrent aux semaines CDC.

Sources des données :

MSSS, Estimations et projections démographiques, avril 2012.

LSPQ, Fichier provincial des MADO.

Rapport produit par l'Infectocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 1<sup>er</sup> juin 2015. Mise à jour de l'indicateur le 1<sup>er</sup> juin 2015.

**La DSP invite les médecins de la région à poursuivre la déclaration des cas de MADO détectés dans leur pratique.**

Les déclarations peuvent se faire par téléphone au 450 759-1157, poste 4459, ou par télécopieur confidentiel au 450 759-0281.

Le formulaire de déclaration est disponible à l'adresse suivante :  
[http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/demarche\\_medecins.php](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/demarche_medecins.php)

**Pour les cas urgents reçus hors des heures ouvrables, on demande le médecin de garde en santé publique au 450 759-8222.**

**Publication**

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

**Responsable de la publication**

D<sup>re</sup> Joane Désilets, médecin, adjointe médicale en maladies infectieuses

**Rédaction**

Élizabeth Cadieux, coordonnatrice, Service de surveillance, recherche et évaluation

D<sup>re</sup> Joane Désilets, médecin, adjointe médicale en maladies infectieuses  
Josée Payette, technicienne en recherche, Service de surveillance, de recherche et d'évaluation

**Avec la collaboration de :**

Élyse Brais, coordonnatrice par intérim, Service de prévention et contrôle des risques d'origine biologique et environnementale  
Martin Aumont, D<sup>re</sup> Dominique Bernard, Patricia Cunningham, Lisette Lafrenière, D<sup>re</sup> Sophie Mazur, Annie Payette, D<sup>r</sup> Pierre Robillard et François Tremblay, Équipe des maladies infectieuses

**Mise en page**

Marie-Pier Bélanger, Équipe des maladies infectieuses

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 2015

**Dépôt légal**

Troisième trimestre 2015  
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 *Santé publique*, dans la rubrique *Documentation* sous l'onglet *Professionnels de la santé* du site du CISSS au :

[www.ciasss-lanaudiere.gouv.qc.ca](http://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 