LE PRÉVENANT
BULLETIN D'INFORMATION DESTINÉ AUX MÉDECINS ET AUX AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DE LANAUDIÈRE – VOL.25, Nº21

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO) D'ORIGINE INFECTIEUSE BILAN LANAUDOIS 2015

Septembre 2016

Le bilan lanaudois des MADO d'origine infectieuse permet chaque année à la Direction de santé publique (DSPublique) de suivre la situation dans Lanaudière. La déclaration obligatoire de ces maladies permet à la DSPublique d'exercer son rôle de surveillance et de vigie sanitaire. La DSPublique entreprend également des enquêtes épidémiologiques et met en place des interventions afin de prévenir et contrôler la propagation des infections.

En 2015, trois principaux évènements sont venus teinter ce bilan et ont nécessité la mobilisation d'acteurs tant de la DSPublique que de cliniciens et partenaires externes :

- **une éclosion de rougeole,**
- **une éclosion de légionellose,**
- **l'évolution des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) bactériennes**.

Une nouveauté cette année, des informations cliniques vous étant destinées ont été insérées dans des encarts.

Vous retrouverez aussi un portrait des autres MADO fait à partir du fichier provincial des MADO et extrait de l'infocentre de santé publique du Québec de mai 2016. Les MADO comptabilisées sont celles qui répondent aux critères des définitions nosologiques établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les cas réfèrent à des évènements et non à des personnes. Pour une même personne, plus d'un évènement peut être déclaré.

Il est important pour les membres du service des maladies infectieuses de recevoir les déclarations des médecins, car elles contiennent souvent de précieux renseignements. Le formulaire de déclaration permet d'indiquer **la date de début des symptômes**, **l'occupation du patient** et, pour certaines MADO, s'il a donné ou **reçu du sang, des organes ou tissus**. Les dates de prélèvements sont également présentes. Plusieurs de ces renseignements **n'apparaissant pas sur le résultat de laboratoire, l'apport des informations fournies par vous, les cliniciens, est donc essentiel**. Pour certaines situations où la MADO est fortement suspectée, une déclaration peut être faite avant d'avoir reçu le résultat de laboratoire, en l'indiquant sur le formulaire.

La DSPublique de Lanaudière, et plus particulièrement le service des maladies infectieuses, profite de ce bilan annuel pour remercier l'ensemble des cliniciens qui déclarent les MADO d'origine infectieuse. Par cette déclaration, vous nous aidez à protéger la population et vous nous permettez d'intervenir rapidement afin d'éviter la propagation de plusieurs maladies. Grâce à vous, en 2015, 2 554 cas de MADO ont été déclarés, soit une hausse de 2 %. Nous vous en remercions.

Dre Joane Désilets
Médecin, adjointe médicale en maladies infectieuses
DSPublique de Lanaudière

Lucie Bastrash
Chef de service, équipe des maladies infectieuses
DSPublique de Lanaudière

RAPPEL DES ASPECTS LÉGAUX DE LA DÉCLARATION DES MADO ET DU LIEN WEB POUR LE FORMULAIRE

Extrait de la **Loi sur la santé publique :**

CHAPITRE VIII INTOXICATIONS, **INFECTIONS ET MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE**

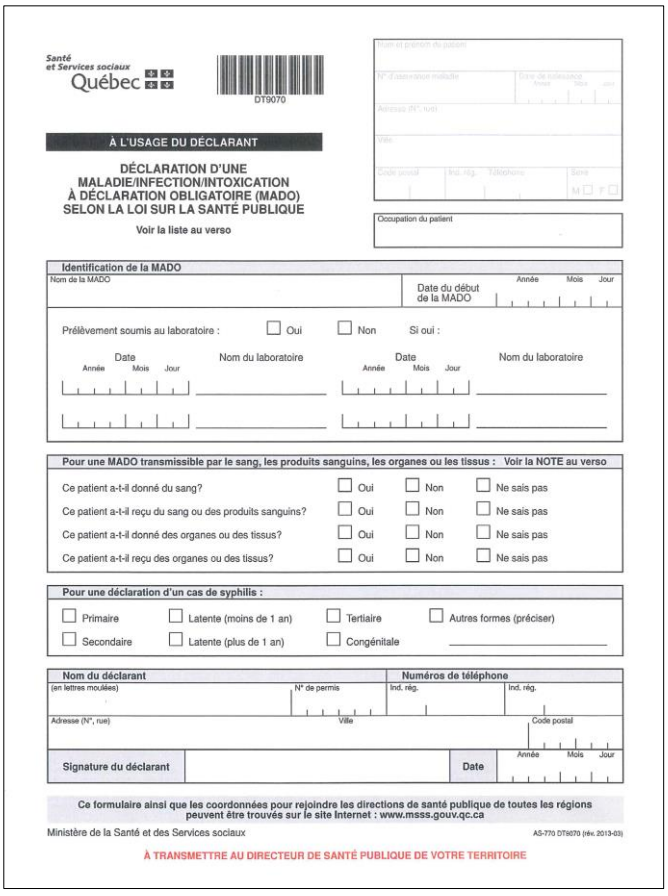
82. Sont tenus de faire cette déclaration, dans les cas prévus au règlement du ministre :

1° **tout médecin qui diagnostique une intoxication, une infection ou une maladie inscrite à la liste ou qui constate la présence de signes cliniques caractéristiques de l'une de ces intoxications, infections ou maladies, chez une personne vivante ou décédée**;

2° tout dirigeant d'un **laboratoire** ou d'un département de biologie médicale, privé ou public, lorsqu'une analyse de laboratoire faite dans le laboratoire ou le département qu'il dirige démontre la présence de l'une de ces intoxications, infections ou maladies.

2001, c. 60, a. 82

Formulaire de déclaration



Santé et Services sociaux Québec

DT9070

À L'USAGE DU DÉCLARANT

DÉCLARATION D'UNE MALADIE/INFECTION/INTOXICATION À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO) SELON LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Voir la liste au verso

Occupation du patient

Identification de la MADO

Nom de la MADO

Date du début de la MADO — Année Mois Jour

Prélèvement soumis au laboratoire : Oui Non Si oui :

Date (Année Mois Jour) Nom du laboratoire — Date (Année Mois Jour) Nom du laboratoire

Pour une MADO transmissible par le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus : Voir la NOTE au verso

Ce patient a-t-il donné du sang? Oui Non Ne sais pas

Ce patient a-t-il reçu du sang ou des produits sanguins? Oui Non Ne sais pas

Ce patient a-t-il donné des organes ou des tissus? Oui Non Ne sais pas

Ce patient a-t-il reçu des organes ou des tissus? Oui Non Ne sais pas

Pour une déclaration d'un cas de syphilis :

Primaire Latente (moins de 1 an) Tertiaire Autres formes (préciser)

Secondaire Latente (plus de 1 an) Congénitale

Nom du déclarant (en lettres moulées) N° de permis — Numéros de téléphone Ind. rég. Ind. rég.

Adresse (N°, rue) Ville Code postal

Signature du déclarant Date (Année Mois Jour)

Ce formulaire ainsi que les coordonnées pour rejoindre les directions de santé publique de toutes les régions peuvent être trouvés sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca

Ministère de la Santé et des Services sociaux

AS-770 DT9070 (rév. 2013-03)

À TRANSMETTRE AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DE VOTRE TERRITOIRE

Ce site web vous donnera accès à la liste des MADO à déclarer par les médecins et les laboratoires ainsi qu'au formulaire de déclaration (et à une version qui peut être remplie en ligne).

http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/

Le formulaire de déclaration doit être acheminé par télécopieur à la DSPublique de Lanaudière au 450 759-0281.

Un médecin désirant parler à un professionnel de santé publique au moment de la déclaration peut le faire par téléphone au 450 759-1157, poste 4459 ou, en cas d'urgence en dehors des heures ouvrables, il peut faire signaler le médecin de garde en santé publique en communiquant avec la téléphoniste du CHRDL au 450 759-8222.

ROUGEOLE

La région de Lanaudière a été marquée en début d'année 2015 par une éclosion de rougeole causée par la souche B3 du virus. C'était la plus importante éclosion de rougeole à survenir au Québec depuis celle de 2011 qui avait touché principalement la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Le cas-index était un voyageur non vacciné ayant contracté la maladie lors d'un séjour à Disneyland en Californie où la maladie était présente. Elle s'est alors propagée au sein d'une communauté majoritairement non vaccinée de la MRC de Joliette. Au total, 159 cas de rougeole ont été déclarés à la DSPublique de Lanaudière entre le 28 janvier et le 28 mars 2015. La fin de l'éclosion a été annoncée le 29 avril 2015, soit après deux périodes d'incubation (32 jours) sans déclaration de nouveaux cas. À la fin de l'éclosion, le taux d'incidence de la rougeole pour la région était de 31,6 par 100 000 habitants, alors qu'aucun cas de rougeole n'avait été déclaré dans notre région depuis 2012.

Caractéristiques des cas

La majorité des cas avaient entre 5 et 19 ans (73,6 % du total) (voir le graphique ci-contre) et l'âge moyen était de 13,7 ans. L'éclosion a touché davantage les femmes (55,2 %) que les hommes (44,8 %).

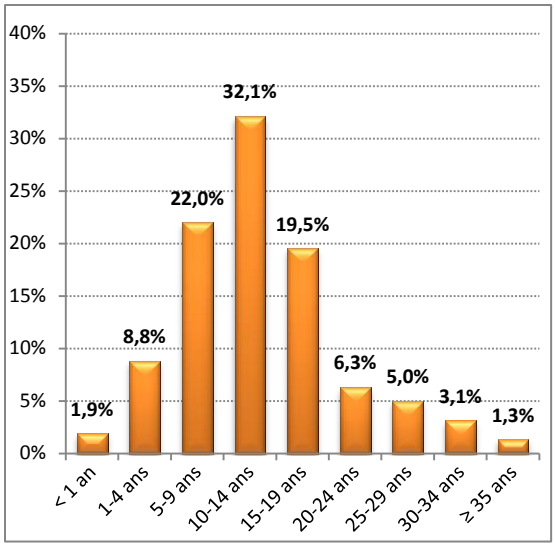
Complications

Parmi les 159 cas, 14 (8,8 %) ont été hospitalisés. Il y a eu 19 complications documentées dont 15 cas (9,4 %) qui ont développé une pneumonie, ce qui est légèrement plus élevé que la proportion attendue (entre 1 et 6 %), et 4 cas (2,5 %) qui ont développé une otite moyenne (proportion attendue : 7 à 9 %). Aucun décès n'a été signalé.

Interventions réalisées

Plusieurs interventions ont été réalisées dans différents milieux par la DSPublique et le CSSS du Nord de Lanaudière -maintenant le Centre intégré de santé et des services sociaux de Lanaudière (CISSSL). Notons d'abord l'intervention dans une école primaire de Joliette. Un cas a fréquenté l'école au début de sa période de contagiosité, ce qui a amené l'application, pour la première fois au Québec, de la Politique de retrait en milieu scolaire lors d'une éclosion de rougeole et la mise en place d'activités de vaccination.

Distribution des cas par groupe d'âge (nb = 159)



Source : Éclosion de rougeole survenue dans la région de Lanaudière au Québec, 02/03/2015 – 29/04/2015, Rapport d'investigation, août 2016.

Aucun cas secondaire n'a été déclaré dans cette école. D'autres interventions ont également été réalisées dans d'autres milieux tels qu'un centre commercial, des usines et des centres hospitaliers (CHRDL et un CH de la région de Montréal).

De plus, étant donné que pour contrôler la propagation de la rougeole il n'a pas été possible de vacciner les contacts, puisqu'ils ont tous refusé la vaccination, des mesures d'isolement à domicile des familles et des contacts impliqués ont dû être mises en place.

La rougeole continue de sévir dans d'autres régions du globe et les voyageurs non vaccinés qui s'infectent à l'étranger peuvent ramener l'infection au Québec. En tant que professionnel de la santé, nous nous devons de continuer à promouvoir la vaccination, puisque c'est le meilleur moyen de se protéger contre l'infection et de prévenir d'autres éclosions comme celle vécue dans la région en 2015.

Martin Aumont, conseiller en soins infirmiers

ÉCLOSION DE LÉGIONELLOSE DANS LA VILLE DE BERTHIERVILLE, ÉTÉ 2015

Les deux premiers cas probables signalés à la DSPublique le 19 août 2015 en après-midi présentaient des symptômes de pneumonie (fièvre, dyspnée, détérioration de l'état général et légère toux) avec un rayon-x pulmonaire compatible avec la légionellose et étaient localisés dans une résidence privée pour aînés (RPA). Dès le lendemain, quand les premiers résultats des tests de détection de l'antigène urinaire du *Legionella pneumophila* dans les urines sont revenus positifs, un autre cas d'acquisition s'est déclaré dans la communauté de la ville de Berthierville.

Les intervenants de l'équipe des maladies infectieuses (MI) ont rencontré les intervenants de l'équipe de santé environnementale (SE) le jeudi 20 août afin de faire le point sur le dossier de la légionellose en cours à Berthierville. Les adresses des cas ont été fournies à l'équipe SE afin d'ajouter ceux-ci à la cartographie des cas amorcée par l'équipe à chaque début de saison.

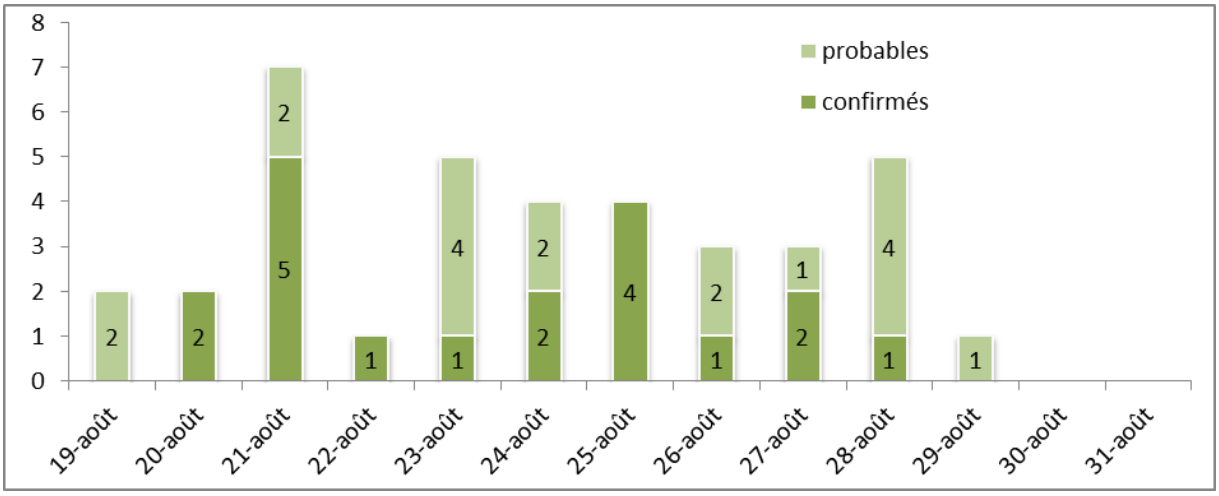
L'information sur les tours de refroidissement à l'eau (TRE) présentes dans le secteur de Berthierville a été extraite à partir du Géoportail de santé publique et une géolocalisation des cas a été faite.

Le 21 août 2015, sept cas confirmés de légionellose avaient été déclarés à la DSPublique. Considérant d'une part la présence de plusieurs cas (4) au sein d'un secteur relativement restreint, qui n'avaient apparemment rien d'autre en commun que de partager un secteur géographique, et d'autre part que trois des cas confirmés et plusieurs cas probables résidaient au sein d'une même RPA, l'hypothèse d'une double source de contamination n'a pu être exclue en début d'investigation.

La déclaration de plusieurs cas de légionellose, au départ concentrés dans une résidence pour personnes âgées, mais ensuite plus généralement distribués dans la Ville de Berthierville, a rapidement orienté la DSPublique vers une situation d'éclosion possiblement d'origine environnementale. Les TRE ont été ciblées et investiguées. Au total, 19 cas confirmés ont été déclarés à la DSPublique.

La majorité des cas ont été confirmés seulement avec une recherche d'antigène urinaire. Mais il a été possible d'effectuer des cultures chez trois personnes afin d'obtenir un génotypage des souches. Tous étaient du *Legionella pneumophila* de sérogroupe 1 et les résultats des pulsovars ont confirmé l'éclosion puisque les trois avaient le même profil génétique (pulsovar A) indiquant que la contamination provenait probablement de la même source.

Les personnes atteintes présentaient les facteurs de risque reconnus; il s'agissait principalement : de personnes âgées de plus de 55 ans, fumeuses, atteintes de diabète, de maladies cardiaques chroniques et/ou de maladies pulmonaires obstructives chroniques.



Source : Compilation DSPublique Lanaudière, août 2015.

Dès le 22 août 2015, soit deux jours après les premiers cas déclarés, la TRE de l'aréna a été fermée. Le 24 août 2015, les mesures de contrôle avaient été appliquées sur l'ensemble des TRE qui nous étaient alors connues, en collaboration avec la Régie du bâtiment du Québec (RBQ) et les propriétaires de TRE.

Dans le cas présent, l'appariement des spécimens cliniques avec les échantillons environnementaux disponibles n'a pu être réalisé.

Il est souhaitable d'effectuer une confirmation des cas par culture d'un spécimen approprié car, lors de l'enquête épidémiologique, cela permet de faire l'appariement des souches cliniques et environnementales.

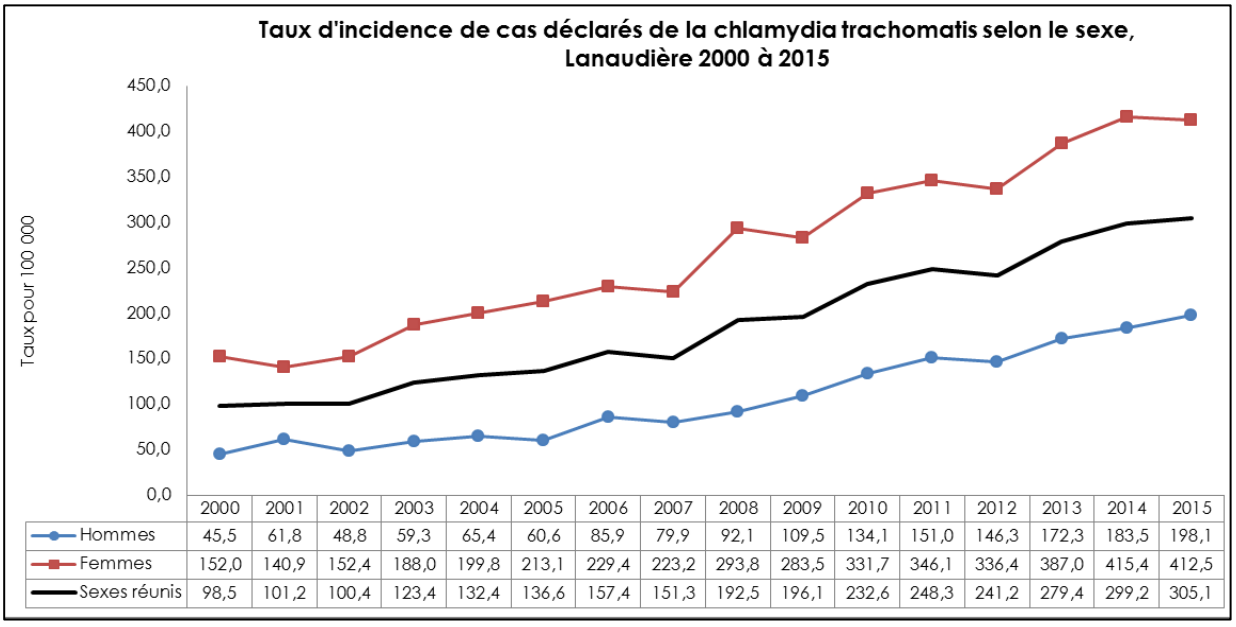
D[re] Joane Désilets
Médecin, adjointe médicale en maladies infectieuses

ÉVOLUTION DES ITSS BACTÉRIENNES

Au cours des dernières années, nous avons assisté à une augmentation importante des ITSS, particulièrement des infections bactériennes telles que la chlamydia trachomatis, l'infection gonococcique et la syphilis. L'infection à chlamydia demeure, et de loin, la plus répandue de toutes les MADO. De plus, l'infection gonococcique est dorénavant au deuxième rang des MADO (si l'on exclue l'éclosion de rougeole) passant maintenant devant la campylobactériose, la giardiase et la salmonellose.

Chlamydia trachomatis : représente 90 % des déclarations d'infections bactériennes transmises sexuellement.

Entre 2000 et 2015, le taux d'incidence de la chlamydia est passé de 98,5 à 305, ce qui correspond à une **augmentation de plus de 200 %**. La variation est toutefois plus prononcée chez les hommes que chez les femmes et est probablement en partie en lien avec l'introduction du dépistage urinaire, qui évite l'inconfort d'un prélèvement urétral chez l'homme asymptomatique.



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hommes	45,5	61,8	48,8	59,3	65,4	60,6	85,9	79,9	92,1	109,5	134,1	151,0	146,3	172,3	183,5	198,1
Femmes	152,0	140,9	152,4	188,0	199,8	213,1	229,4	223,2	293,8	283,5	331,7	346,1	336,4	387,0	415,4	412,5
Sexes réunis	98,5	101,2	100,4	123,4	132,4	136,6	157,4	151,3	192,5	196,1	232,6	248,3	241,2	279,4	299,2	305,1

Sources :
LSPQ, Fichier provincial MADO, 2011 à 2015 (semaines CDC 1 à 52).
MSSS, Estimations et projections démographiques, avril 2012.
Rapport produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 25 mai 2016 à 10:09. Mise à jour de l'indicateur le 17 mai 2016.

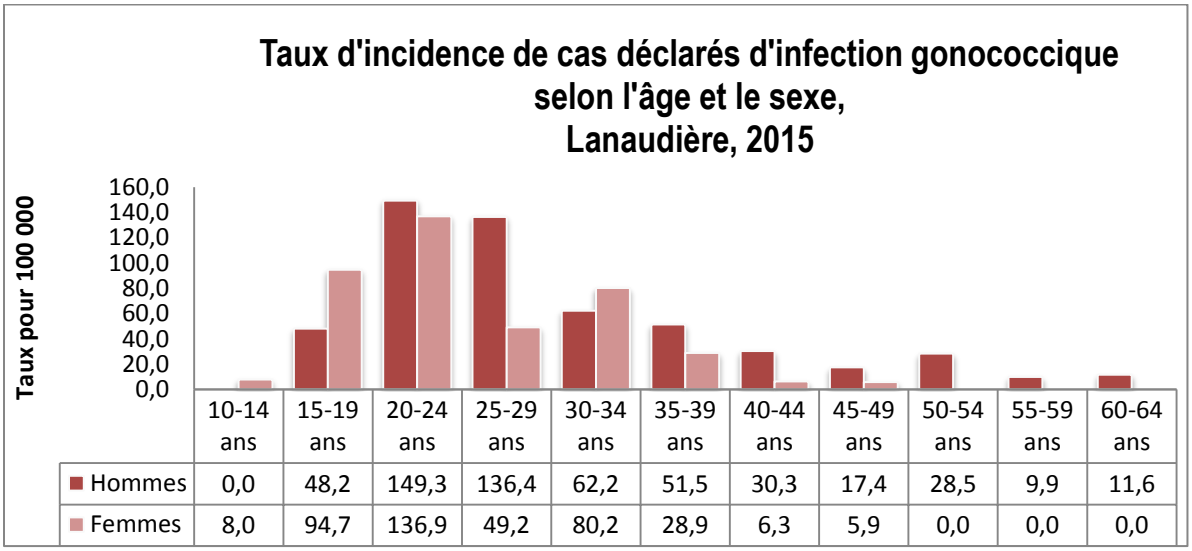
En ce qui a trait à l'année 2015, les jeunes âgés entre 20 et 24 ans, hommes et femmes, ont affiché les taux les plus élevés. Pour cette même année, les femmes, qui sont systématiquement dépistées lors de leurs grossesses et souvent aussi en même temps que leur prélèvement pour le dépistage du cancer du col (cytologie PAP), comptent pour 67,5 % des cas déclarés.

« La hausse des taux d'incidence des cas déclarés de Chlamydia trachomatis découlerait en grande partie :
1) de l'augmentation du nombre de tests effectués; 2) de l'introduction de modalités de dépistage plus accessibles; 3) du recours à des tests plus performants; 4) de l'ajout récent de la possibilité de détecter aisément l'infection aux sites rectaux et pharyngés. »

INSPQ, 2015

Infection gonococcique : plusieurs infections aux sites extra-génitaux chez les hommes

Bien que moins déclarée que la chlamydia, l'infection gonococcique préoccupe tant pour la résistance aux antibiotiques observée dans les dernières années que pour les taux d'incidence qui sont passés de 2,8 à 29,8 entre les années 2000 et 2015. C'est plutôt chez les femmes que l'augmentation s'est avérée la plus remarquable. Les hommes ont représenté 58,7 % des déclarations.



	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Hommes	0,0	48,2	149,3	136,4	62,2	51,5	30,3	17,4	28,5	9,9	11,6
Femmes	8,0	94,7	136,9	49,2	80,2	28,9	6,3	5,9	0,0	0,0	0,0

Sources :
LSPQ, Fichier provincial MADO, 2011 à 2015 (semaines CDC 1 à 52).
MSSS, Estimations et projections démographiques, avril 2012.
Rapport produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 25 mai 2016 à 10:09. Mise à jour de l'indicateur le 17 mai 2016.

En 2015 dans Lanaudière, un peu plus du quart des infections gonococciques chez les hommes sont des infections uniquement rectales ou pharyngées. Nous tenons donc à rappeler aux cliniciens que les sites de prélèvement sont déterminés en fonction des pratiques sexuelles et que le dépistage est recommandé pour tous les partenaires sexuels (hommes et femmes) d'une personne atteinte d'une infection gonococcique (TAAN et culture d'emblée).

Karine Chabot, conseillère en soins infirmiers

Syphilis infectieuse: un sommet chez les hommes en 2015

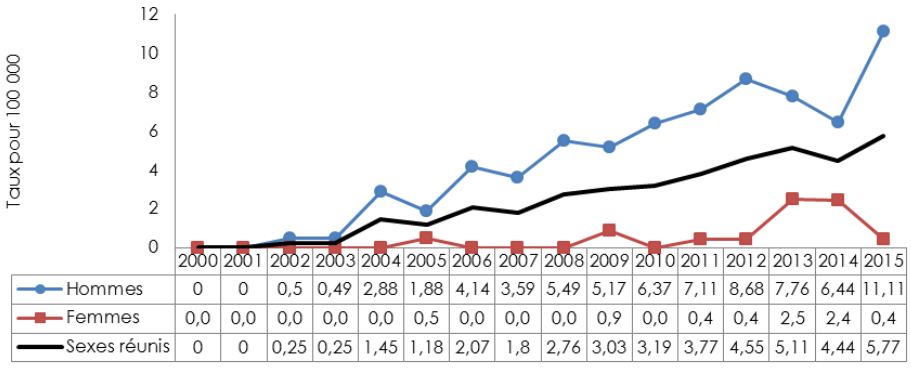
Si la syphilis était presque éliminée à la fin des années 90, elle a fait l'objet d'une vigilance accrue à la suite d'une hausse du nombre de cas déclarés au cours des dernières années. Les femmes en âge de procréer et les jeunes de 15 à 24 ans furent ciblés. La région de Lanaudière a quant à elle vu ses taux passer de 0 en 2000 à 5,77 en 2015, ce qui correspond à près d'une trentaine de cas en 2015.

L'année 2015 marque d'ailleurs un sommet des déclarations chez les hommes. Entre 2014 et 2015, ce sont particulièrement les jeunes hommes de 15 à 24 ans qui connaissent l'augmentation la plus importante de déclarations. 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.

« 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. »

INSPQ 2015

Taux d'incidence de cas déclarés de syphillis infectieuse selon le sexe, Lanaudière 2000 à 2015



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hommes	0	0	0,5	0,49	2,88	1,88	4,14	3,59	5,49	5,17	6,37	7,11	8,68	7,76	6,44	11,11
Femmes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,4	0,4	2,5	2,4	0,4
Sexes réunis	0	0	0,25	0,25	1,45	1,18	2,07	1,8	2,76	3,03	3,19	3,77	4,55	5,11	4,44	5,77

Sources :
LSPQ, Fichier provincial MADO, 2011 à 2015 (semaines CDC 1 à 52).
MSSS, Estimations et projections démographiques, avril 2012.
Rapport produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 25 mai 2016 à 10:09. Mise à jour de l'indicateur le 17 mai 2016.

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);
- 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 de plus amples informations sur les différents outils offerts, consultez : 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

Références : INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2015). Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec année 2014 (et projections 2015), Québec, Gouvernement du Québec, 119 p.

Sources: MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995: version avril 2012, 1996-2036: version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. LSPQ, Fichier provincial MADO. Rapport produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 25 mai 2016 à 10:09. Mise à jour de l'indicateur le 25 mai 2016.

MALADIES TRANSMISES PAR VOIES AÉRIENNES (MTVA)

L'infection invasive à Streptocoque du groupe A

32 déclarations ont été acheminées à la DSPublique. 80 % des déclarations sont chez les adultes de 20 ans et plus et 20 % chez les 1 à 9 ans.

La Tuberculose (TB)

Trois cas de TB ont été déclarés et leurs quatorze contacts ont été joints par la DSPublique pour être dépistés et mis sous chimioprophylaxie le cas échéant. Des tests de dépistage pour treize autres personnes ont été faits à la suite d'un contact avec une TB d'une autre région.

.

Vingt-six cas visés par le programme de surveillance médicale TB Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) ont eu leur évaluation médicale.

La DSPublique a aussi collaboré, en complémentarité avec la **Clinique des réfugiés** du CISSSL, à la supervision de six patients mis sous chimioprophylaxie pour une infection tuberculeuse latente.

Qu'est-ce qu'une surveillance médicale TB?

Ce sont des patients qui nous sont référés par IRCC, à la suite de leur examen médical réglementaire. Chaque immigrant passe un examen médical réglementaire de l'immigration (EMRI) effectué par un médecin désigné pour ce rôle par IRCC, qui comprend :

- antécédents (ATCD), examen physique et santé mentale;
- analyse d'urine (5 ans et plus);
- **radiographie pulmonaire (11 ans et plus);**
- sérologie pour la syphilis (15 ans et plus);
- dépistage sérologique du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (15 ans et plus, et chez certains enfants);
- tout autre test jugé nécessaire.

Certains signes radiologiques pouvant être compatibles avec une tuberculose pulmonaire inactive sont recherchés (selon une classification d'observations radiologiques spécifiques) et signalés aux DSPubliques régionales pour **« surveillance médicale ».** Ces patients reçoivent du fait même une condition d'entrée. Pour faire lever cette condition d'entrée au Canada, ils doivent obtenir un avis de conformité (formulaire que remplit le médecin qui les évalue et décide s'ils doivent passer d'autres investigations, être mis sous chimioprophylaxie, avoir un suivi particulier après leur arrivée, etc.). Ces patients sont donc contactés pour s'assurer qu'il n'y a aucun symptôme de tuberculose active et ils sont référés pour une évaluation clinique et un suivi après leur arrivée si nécessaire.

Qu'est-ce que la clinique des réfugiés?

Depuis avril 2012, répondant à des orientations ministérielles concernant la planification et l'organisation des services à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile, le programme *Bilan de bien-être et de santé des réfugiés* est offert à chaque réfugié nouvellement arrivé. Ce dernier consiste en une évaluation psychosociale et physique de cette clientèle faite par une travailleuse sociale et une infirmière clinicienne en lien avec un médecin.

Ces intervenants sont basés au centre local de services communautaires (CLSC) de Joliette. Une ordonnance collective permet de demander un bilan de dépistage (suivre ce lien sur l'Intranet du centre hospitalier régional de Lanaudière pour connaître son contenu :

http://sharepoint.csssnl.reg14.rtss.qc.ca/DSI/CLAD/Ordonnances%20collectives/04.0%20Mesures%20diagnostiques-prélèvements-préparations/4.10%20Bilan%20de%20dépistage%20pour%20la%20clientèle%20de%20réfugiés%20ou%20demandeurs%20d%27asile.pdf).

Face aux **nouveaux arrivants de plusieurs pays à travers le monde, le médecin doit demeurer vigilant lorsqu'il évalue une toux de plus de trois semaines** chez l'un deux. Il doit penser à la tuberculose dans ses diagnostics différentiels, surtout si un ou des facteurs suivants sont présents :

- réfugié;
- originaire d'un pays où l'incidence de la tuberculose est élevée;
- VIH +;
- facteurs de risque de l'évolution vers la tuberculose active (traitement immunosuppresseur tel que corticoïde ou anti-TNF, hémodialyse, diabète, etc.)

http://www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/sites/all/files/NCLA_FR_Chapitre%206.pdf

Si un doute est présent pour une tuberculose active, il faut rechercher et mettre en évidence le bacille tuberculeux par des examens bactériologiques selon le site suspecté (expectorations, lavage broncho-alvéolaire, urine, biopsie d'un tissu, etc.). Il est important de noter que le TCT à lui seul n'est pas un test diagnostique de la tuberculose maladie, mais il est utilisé pour déceler une infection tuberculeuse latente (ITL) dans des contextes particuliers (voir TCT, indications dans le Protocole d'immunisation du Québec :

http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/piq/chap10-8-1.pdf).

D^re^ Dominique Bernard, médecin-conseil

MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION (MEV)

Infection invasive à Streptocoque pneumoniae (pneumocoque)

Le nombre d'infections invasives à Streptocoque pneumoniæ est passé de 47 cas en 2014 à 50 cas en 2015. La moitié des cas était âgée de 60 ans et plus.

Il y a eu 7 cas déclarés chez les enfants de moins de 5 ans. Parmi ceux-ci, un seul a été causé par un pneumocoque de sérotype inclus dans le vaccin antipneumococcique conjugué, utilisé dans le calendrier vaccinal de base pour les enfants.

Les sérotypes de Streptocoque pneumoniae inclue dans le vaccin Prevnar 13 sont les suivants : 1, 3, 4, 5, 6A, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F et 23F. Ce vaccin est administré à l'âge de 2, 4 et 12 mois dans le calendrier régulier de vaccination.

La coqueluche

Une légère hausse du nombre de cas de coqueluche a été notée en 2015 : 46 cas ont été déclarés comparativement à 32 en 2014. Parmi les 46 cas, 63 % se retrouvent chez les jeunes de moins de 15 ans. Cette hausse s'est poursuivie jusqu'en 2016 où sévit actuellement une éclosion de coqueluche.

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

L'Haemophilus influenzae

Parmi les 18 déclarations d'infection à Hæmophilus influenzae en 2015, un seul cas était de type b, chez une personne de 45 à 49 ans.

Infection invasive à méningocoque

Aucun cas d'infection invasive à méningocoque n'a été déclaré en 2015.

MALADIES ENTÉRIQUES ET MALADIES D'ORIGINE HYDRIQUE OU ALIMENTAIRE

Une augmentation des maladies entériques parasitaires a été observée en 2015. Il y a eu 124 cas de giardiase déclarés comparativement à 68 en 2014; le taux est ainsi passé de 13,6 par 100 000 en 2014 à 24,7 par 100 000. Aussi, il y a eu 5 cas de cryptosporidiose déclarés en 2015 comparativement à 1 seul en 2014.

La hausse du nombre de cas de cryptosporidiose et de giardiase identifiés en 2015 doit être interprétée en tenant compte du fait que depuis 2015 le laboratoire de l'hôpital Pierre Le Gardeur effectue, sur toutes les selles envoyées pour recherche de parasites, un test rapide d'immuno-fluorescence pour identifier la présence de giardia et de Cryptosporidium. Cette nouvelle technique permet une détection accrue des cas, car elle est plus sensible. Aussi, il faut savoir que, sans ce test rapide, la recherche de Cryptosporidium doit être demandée spécifiquement par le médecin qui prescrit le test, car ce parasite n'est pas détectable par les colorations faites de routine. Le test rapide d'immunofluorescence n'est pas disponible au Centre hospitalier régional de Lanaudière actuellement.

Pour les entérites bactériennes, le nombre de cas d'infection à campylobacter a légèrement augmenté, passant de 131 cas (taux à 26,3 par 100 000) en 2014 à 149 cas (taux à 29,6 par 100 000). Il en est de même pour la salmonellose qui a passé de 73 cas (taux à 14,7 par 100 000) à 87 cas (taux à 17,3 par 100 000).

Quand et pour combien de temps recommander le retrait ou la réaffectation pour les personnes qui manipulent des aliments?

Les personnes qui, dans le cadre de leur fonction, préparent des aliments, les servent et aident une autre personne à s'alimenter devraient être considérées comme des manipulateurs d'aliments. Aussi, les recommandations qui suivent peuvent s'appliquer à d'autres professionnels que ceux qui travaillent dans la restauration (par exemple : en services de garde, professionnels de la santé).

Les manipulateurs d'aliments doivent être retirés ou réaffectés minimalement jusqu'à **48 heures après la disparition des symptômes** dans les situations suivantes :

- Diarrhée et vomissement sans agent infectieux identifié
- Infection confirmée par des tests de laboratoire par les agents infectieux suivant :
  - *Campylobacter spp., Yersinia enterocolitica et Salmonella autre que S. Typhi et S. Paratyphi*
  - *Caliciviridae* dont le norovirus
  - *Cryptosporidium spp., Cyclospora cayetanensis*
  - *Giardia lamblia*
  - *Entamoeba histolytica (amibiase)*
  - *Clostridium difficile*

Les manipulateurs d'aliment doivent être retirés ou réaffectés **en fonction de l'agent infectieux** lorsque des tests de laboratoires confirment la présence :

- de *Salmonella Typhi ou S. Paratyphi* : jusqu'à l'obtention de 3 analyses de selles négatives consécutives recueillies à 48 heures d'intervalle. Le 1er spécimen doit être recueilli au moins 1 semaine après la fin du traitement antibiotique;
- de *Shigella spp., Escherichia coli producteur de shiga-toxine, Vibrio cholerae* O1 et O139 : jusqu'à l'obtention de 2 analyses de selles négatives consécutives recueillies à 24 heures d'intervalle et un minimum de 24 heures après la disparition des symptômes. Si antibiothérapie, le 1er spécimen doit être recueilli au moins 48 heures après la fin du traitement;
- du virus de l'hépatite A avec présence d'ictère : jusqu'à 1 semaine après le début de l'ictère; en absence d'ictère, jusqu'à 2 semaines après le début de la maladie.

Pour plus de détails concernant le retrait des manipulateurs d'aliments, par exemple en présence de lésion cutanées ou d'état de porteurs voir :

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

Patricia Cunningham, conseillère en soins infirmiers

Quand et pour combien de temps est-il recommandé de retirer un enfant du service de garde ou de l'école lors de diarrhées ou de vomissements?

Il est recommandé de retirer un enfant du service de garde ou de l'école :

- En tout temps :
  - s'il est incapable de participer aux activités du groupe sans effort inhabituel;
  - si l'éducatrice ou l'enseignante est incapable de s'occuper de l'enfant sans compromettre le bien-être des autres enfants;
  - s'il y a présence de symptômes pouvant suggérer une maladie sévère, par exemple de la fièvre avec atteinte de l'état général, de la léthargie, de l'irritabilité, des pleurs persistants, de la difficulté à respirer, des signes de déshydratation.
- En présence de vomissements : s'il a eu 2 vomissements ou plus durant les dernières 24 heures.
- En présence de diarrhée :
  - si les selles ne peuvent pas être contenues dans la couche ou que l'enfant est incontinent (ne peut pas se rendre à la toilette pour chacune de ses selles);
  - si les selles contiennent du sang ou du mucus;
  - s'il est fébrile.

L'enfant peut revenir au service de garde :

- Lorsqu'il est capable de participer aux activités du groupe sans effort.
- Lorsqu'il ne requiert pas ou très peu de soins additionnels ne compromettant pas le bien-être des autres enfants.
- Après résolution des vomissements depuis 24 heures
- Lorsqu'il est afébrile, que les selles peuvent être contenues dans la couche ou que l'enfant est continent et en l'absence de sang ou de mucus dans les selles.

Ces recommandations s'appliquent en présence :

- de diarrhée et de vomissements sans agent infectieux identifié;
- d'infection confirmée par des tests de laboratoire par les agents infectieux suivant :
  - *Campylobacter spp., Yersinia enterocolitica et Salmonella autre que S. Typhi et S. Paratyphi,*
  - *Cryptosporidium spp,*
  - *Giardia lamblia,*
  - *Entamoeba histolytica (amibiase,*
  - *Clostridium difficile.*

En présence de tests de laboratoire confirmant la présence de *Salmonella Typhi ou S. Paratyphi*, *Shigella spp, Escherichia coli producteur de shiga-toxine ou du* virus de l'hépatite A, voir les recommandations spécifiques au chapitre 7 du document suivant : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000374/.

Au service de garde, à l'école ou ailleurs, les enfants participent parfois à des activités de baignade. Afin de limiter les risque de contamination de l'eau, le retrait des activités de baignade est habituellement recommandé jusqu'à disparition de la diarrhée et des vomissements. Toutefois, lors de giardiase, cryptosporidiose ou *Escherichia coli producteur de shiga-toxine*, la période de retrait des activités de baignade est prolongée jusqu'à 2 semaines après l'arrêt des symptômes.

D^re^ Chantale Boucher, pédiatre-conseil

MALADIES À TRANSMISSION VECTORIELLE (MTV)

La protection contre les piqûres de moustiques est importante; elle est un moyen de protection contre plusieurs maladies à transmission vectorielle. À cette fin, il convient d'appliquer un répulsif à insectes et de porter des vêtements protecteurs.

Pour plus d'information :

http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/se-proteger-des-piqures-de-moustiques

Dr Pierre Robillard, médecin-conseil

Au regard des infections par le virus du Nil Occidental, 5 cas ont été déclarés dont 4 (80 %) ont 60 ans et plus. Un seul cas est âgé entre 45 et 49 ans. Aucun cas de Maladies de Lyme n'a été déclaré en 2015.

Depuis 2015, le virus Zika cause une épidémie sans précédent dans plusieurs pays de l'Amérique du Sud, de l'Amérique centrale et des Caraïbes. Des conseils pour les voyageurs ont été publicisés dans plusieurs bulletins *Le Prévenant,* dont un résumé que vous retrouverez dans le *Vol 25, no 16* ou en utilisant le lien ci-dessous :

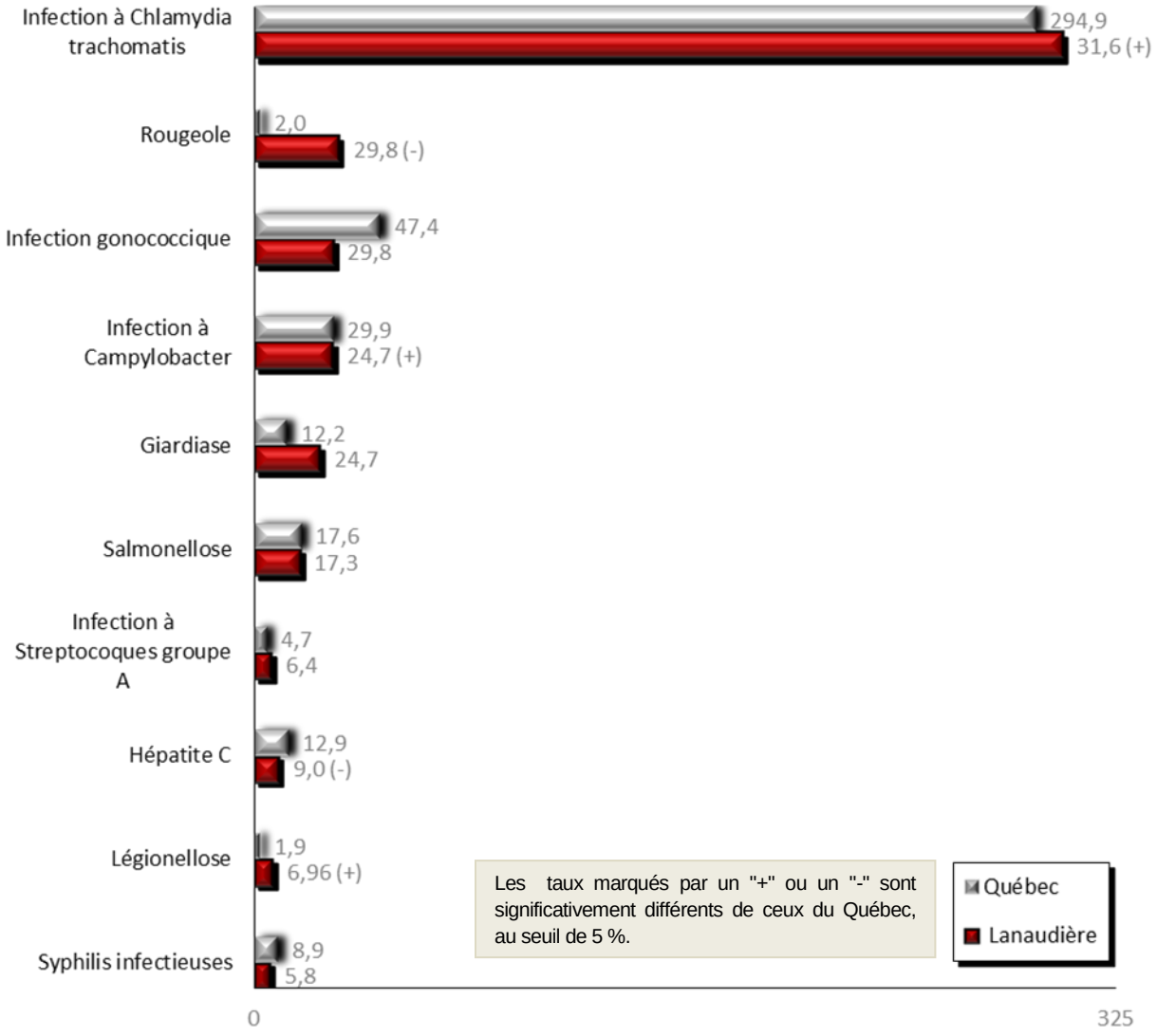
https://www.inspq.qc.ca/sante-voyage/surveillance

COMPARAISON AVEC LE QUÉBEC

Au regard des maladies infectieuses les plus fréquemment déclarées en 2015, il est évident que la région se démarque par les deux éclosions vécues, soit les éclosions de rougeole et de légionellose. On retrouve également un taux statiquement plus élevé de giardiase qu'au Québec, mais il est possible que cela soit attribuable à un changement au niveau de la détection des cas dans un des laboratoires de la région. Pour les autres entérites (infection à campylobacter et salmonellose), la différence n'est pas significative.

Lanaudière se démarque favorablement de l'ensemble du Québec pour l'hépatite C et l'infection gonococcique : les taux d'incidence associés à ces maladies y sont statistiquement plus faibles. Pour l'infection à Chlamydia trachomatis et la syphilis infectieuse, il n'y a pas de différence significative avec le Québec.

Taux bruts d'incidence des principales MADO, Lanaudière et le Québec, 2015 (taux brut pour 100 000 personnes)



Sources :
LSPQ, Fichier provincial MADO, 2011 à 2015 (semaines CDC 1 à 52).
MSSS, Estimations et projections démographiques, avril 2012.
Rapport produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 25 mai 2016 à 10:09. Mise à jour de l'indicateur le 17 mai 2016.

Tableau 1 : Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence des maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine infectieuse, Lanaudière, 2011 à 2015 (N et taux pour 100 000 personnes)

Maladie à déclaration obligatoire (MADO)	2011		2012		2013		2014		2015	
	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)										
Hépatite B	18	3,8	15	3,1	19	3,9	17	3,4	16	3,2
Hépatite B aiguë	0	0,0	3	0,6	0	0,0	0	0,0	2	0,4
Hépatite B chronique	18	3,8	9	1,9	19	3,9	16	3,2	14	2,8
Hépatite B sans précision	0	0,0	3	0,6	0	0,0	1	0,2	0	0,0
Hépatite C	38	8,0	39	8,1	34	7,0	58	11,7	45	9,0
Hépatite C aiguë	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hépatite C sans précision	37	7,8	39	8,1	34	7,0	58	11,7	45	9,0
Infection à Chlamydia trachomatis	1 184	248,3	1 165	241,2	1 366	279,4	1 484	299,2	1 534	305,1
Infection gonococcique	59	12,4	70	14,5	98	20,0	158	31,9	150	29,8
Lymphogranulomatose vénérienne	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,2
Syphilis infectieuses	18	3,8	22	4,6	25	5,1	22	4,4	29	5,8
Syphilis primaire	8	1,7	8	1,7	10	2,1	12	2,4	16	3,2
Syphilis secondaire	8	1,7	8	1,7	11	2,3	6	1,2	4	0,8
Syphilis latente moins d'un an	2	0,4	6	1,2	4	0,8	4	0,8	9	1,8
Syphilis non-infectieuses	9	1,9	24	5,0	13	2,7	15	3,0	13	2,6
Syphilis latente plus d'un an	6	1,3	21	4,4	12	2,5	13	2,6	12	2,4
Syphilis nerveuse symptomatique (neurosyphilis)	3	0,6	3	0,6	1	0,2	1	0,2	1	0,2
Syphilis tertiaire autre que neurosyphilis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0
Syphilis sans précision	0	0,0	0	0,0	3	0,6	2	0,4	2	0,4
VIH (ayant donné/reçu du sang ou des tissus)	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Total des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	**1 326**	**278,0**	**1 336**	**276,6**	**1 560**	**319,1**	**1 756**	**354,1**	**1 790**	**356,0**
Maladies entériques et maladies d'origine alimentaire ou hydrique										
Amibiase	7	1,5	6	1,2	5	1,0	10	2,0	6	1,2
Cryptosporidiose	0	0,0	2	0,4	0	0,0	1	0,2	5	1,0
Fièvre typhoïde	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gastro-entérite à Yersinia enterocolitica	9	1,9	3	0,6	11	2,3	8	1,6	5	1,0
Gastro-entérite épidémique d'origine (étiologie) indéterminée	29	6,1	37	7,7	37	7,6	1	0,1	0	0,0
Giardiase	62	13,0	68	14,1	59	12,1	68	13,6	124	24,7
Hépatite A	3	0,6	3	0,6	0	0,0	0	0,0	4	0,8
Hépatite E	0	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,4	1	0,2
Infection à Campylobacter	124	26,0	151	31,3	127	26,0	131	26,3	149	29,6
Infection à Escherichia coli	2	0,4	4	0,8	3	0,6	4	0,8	8	1,6
Infection à Escherichia coli producteur de vérocytotoxine	2	0,4	4	0,8	3	0,6	4	0,8	8	1,6
Listériose	2	0,4	0	0,0	4	0,8	4	0,8	2	0,4
Salmonellose	59	12,4	76	15,7	63	12,9	73	14,7	87	17,3
Shigellose	2	0,4	12	2,5	9	1,8	3	0,6	10	2,0
Toxi-infection alimentaire ou hydrique	19	4,0	42	8,7	15	3,1	18	3,5	11	2,2
Trichinose	2	0,4	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total des maladies entériques et maladies d'origine alimentaire ou hydrique	**322**	**67,5**	**405**	**83,9**	**334**	**68,3**	**321**	**64,7**	**412**	**81,9**
Maladies évitables par la vaccination (MEV)										
Coqueluche	6	1,3	104	21,5	49	10,0	32	6,5	46	9,2
Infection à Hæmophilus influenzæ	12	2,5	4	0,8	10	2,1	6	1,2	18	3,6
Infection à méningocoques	4	0,8	1	0,2	3	0,6	2	0,4	0	0,0
Infection invasive à Streptococcus pneumoniæ	61	12,8	47	9,7	55	11,3	47	9,4	50	9,9
Oreillons	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0
Rougeole	3	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	159	31,6
Total des maladies évitables par la vaccination (MEV)	**86**	**18,0**	**156**	**32,3**	**119**	**24,3**	**87**	**17,4**	**273**	**54,3**
Maladies transmissibles par voie aérienne (MTVA)										
Infection à streptocoques groupe A	21	4,4	19	3,9	17	3,5	23	4,6	32	6,4
Légionellose	11	2,3	8	1,7	12	2,5	14	2,8	35	7,0
Tuberculose	2	0,4	4	0,8	6	1,2	7	1,4	3	0,6
Total des maladies transmissibles par voie aérienne (MTVA)	**34**	**7,1**	**31**	**6,4**	**35**	**7,2**	**44**	**8,9**	**70**	**13,9**
Zoonoses et maladies à transmission vectorielle (MTV)										
Fièvre Q	1	0,2	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0
Infection à Plasmodium (malaria)	2	0,4	5	1,0	1	0,2	2	0,3	3	0,6
Leptospirose	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maladie de Lyme	0	0,0	3	0,6	7	1,4	3	0,6	0	0,0
VNO (Infection par le virus du Nil occidental)	1	0,2	5	1,0	1	0,2	1	0,2	5	1,0
Total des zoonoses et maladies à transmission vectorielle (MTV)	**4**	**0,8**	**14**	**2,9**	**11**	**2,3**	**6**	**1,1**	**8**	**1,6**
Maladies à surveillance extrême (MASE)										
Choléra	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total des maladies à surveillance extrême (MASE)	**1**	**0,2**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**
Infections nosocomiales et transmises par contact direct										
ERV (Éclosion à entérocoques résistants à la vancomycine)	0	0,0	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,4	1	0,2
Total des infections nosocomiales et transmises par contact direct	**2**	**0,4**	**2**	**0,4**	**0**	**0,0**	**2**	**0,4**	**1**	**0,20**
Ensemble des MADO	**1 775**	**372,2**	**1 944**	**402,5**	**2 059**	**421,1**	**2 215**	**446,6**	**2 554**	**507,91**

Sources :
LSPQ, Fichier provincial MADO, 2011 à 2015 (semaines CDC 1 à 52).
MSSS, Estimations et projections démographiques, avril 2012.
Rapport produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 25 mai 2016 à 10:09. Mise à jour de l'indicateur le 17 mai 2016.

La Direction de santé publique 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

Pour les cas urgents hors des heures ouvrables, on peut joindre le médecin de garde en santé publique en communiquant avec la téléphoniste du CHRDL au 450 759-8222.

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
Lucie Bastrash, chef de service en maladies infectieuses

Rédaction
Martin Aumont, Lucie Bastrash, D^re^ Dominique Bernard, D^re^ Chantale Boucher, D^re^ Maryse Cayouette, Karine Chabot, Patricia Cunningham D^re^ Joane Désilets, D^r^ Pierre Robillard et François Tremblay, Équipe des maladies infectieuses

Collaboration
Élyse Brais, agente de planification, équipe de santé environnementale

Soutien technique
Josée Payette, technicienne en recherche, Service de surveillance, de recherche et d'évaluation

Mise en page
Manon Gingras, agente administrative, Équipe des maladies infectieuses

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 2016

Dépôt légal
Troisième trimestre 2016
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.santelanaudiere.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