



LE PRÉVENANT

BULLETIN D'INFORMATION DESTINÉ AUX MÉDECINS ET AUX AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DE LANAUDIÈRE – Vol.26, N° 11

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO) D'ORIGINE INFECTIEUSE BILAN LANAUDOIS 2016

Décembre 2017

Le bilan lanauois 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 2016, c'est l'éclosion de coqueluche avec **319 cas déclarés**, qui a été l'événement qui vient teinter ce bilan, nécessitant la mobilisation d'acteurs autant au niveau de la DSPublique que de cliniciens et partenaires externes, particulièrement en milieu scolaire.

Nouveau numéro de télécopieur pour déclarer les MADO

Un nouveau numéro de télécopieur doit maintenant être utilisé pour acheminer les déclarations des maladies à déclaration obligatoire (MADO) :

450 759-3742

La DSPublique de Lanaudière, et plus particulièrement le service des maladies infectieuses, profite de ce bilan annuel pour remercier l'ensemble des cliniciens ainsi que les laboratoires régionaux 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 2016, 2 663 cas de MADO ont été déclarés, soit une hausse de 4,2 %. Nous vous en remercions.

D^{re} Joane Désilets
Médecin, adjointe médicale en maladies infectieuses
DSPublique de Lanaudière

ÉCLOSION DE COQUELUCHE

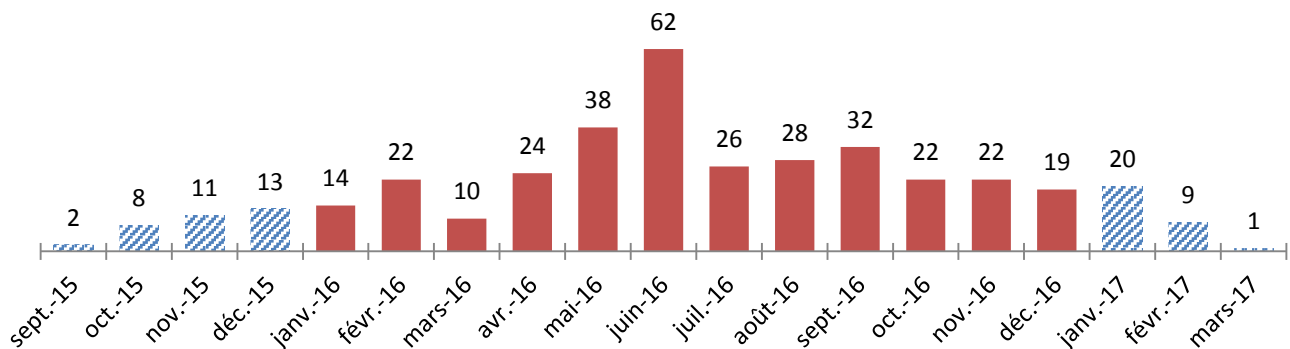
Par son caractère cyclique, la coqueluche connaît des pics d'activité tous les 3 à 5 ans. Une recrudescence de cas a été notée au Québec depuis juin 2015 et s'est poursuivie tout au long de l'année 2016.

La région de Lanaudière a connu une activité accrue au cours de cette période et a été la région la plus touchée de la province. Trois cent dix-neuf cas ont été déclarés à la DSPublique. La région a eu le plus haut taux d'incidence au Québec avec un taux de 62,57 pour 100 000 personnes, alors que pour l'ensemble du Québec le taux a été de 18,8 pour 100 000 personnes. D'autres régions ont connu une activité accrue, notamment les régions limitrophes à Lanaudière, soit la Mauricie et Centre-du-Québec (47,24 pour 100 000 personnes) et les Laurentides (30,71 pour 100 000 personnes).

L'épidémie de coqueluche ayant sévi dans la région avait débuté en septembre 2015 et s'est terminée en mars 2017.

Martin Aumont, conseiller en soins infirmiers

**Courbe épidémique des cas de coqueluche déclarés à la DSPublique
Lanaudière, septembre 2015 à mars 2017**



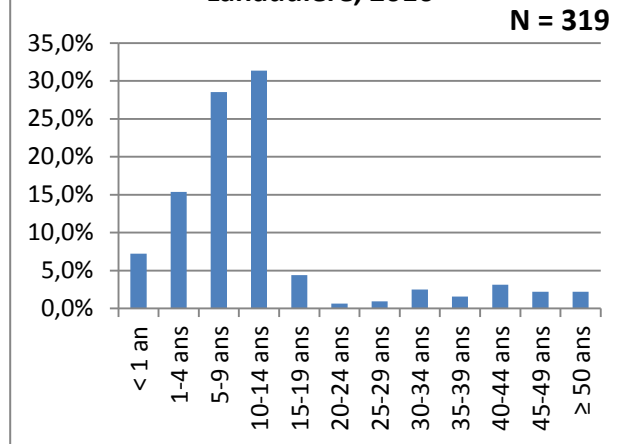
Caractéristiques des cas

La majorité des cas avaient entre 5 et 14 ans (59,9 %) et l'âge moyen était de 12,7 ans. 7,2 % des cas étaient âgés de moins de 1 an.

L'infection a touché davantage les filles (55,8 %) que les garçons. Plus de la moitié des personnes atteintes (51,7 %) n'avaient reçu aucun vaccin contre la maladie ou étaient incomplètement vaccinées pour leur âge. 3,5 % des cas ont été hospitalisés. Toutes les hospitalisations sont survenues chez des enfants âgés de moins de 2 ans.

Deux agrégats de cas de coqueluche, ayant sévi dans des communautés dont les membres refusent majoritairement la vaccination, ont eu lieu entre les mois d'avril et d'août 2016. Au total, 87 personnes ont été atteintes par la maladie dans ces communautés, soit 27,2 % du nombre total de cas pour l'année. 100 % de ces cas n'avaient reçu aucun vaccin contre la coqueluche.

**Distribution des cas de coqueluche selon le groupe d'âge
Lanaudière, 2016**

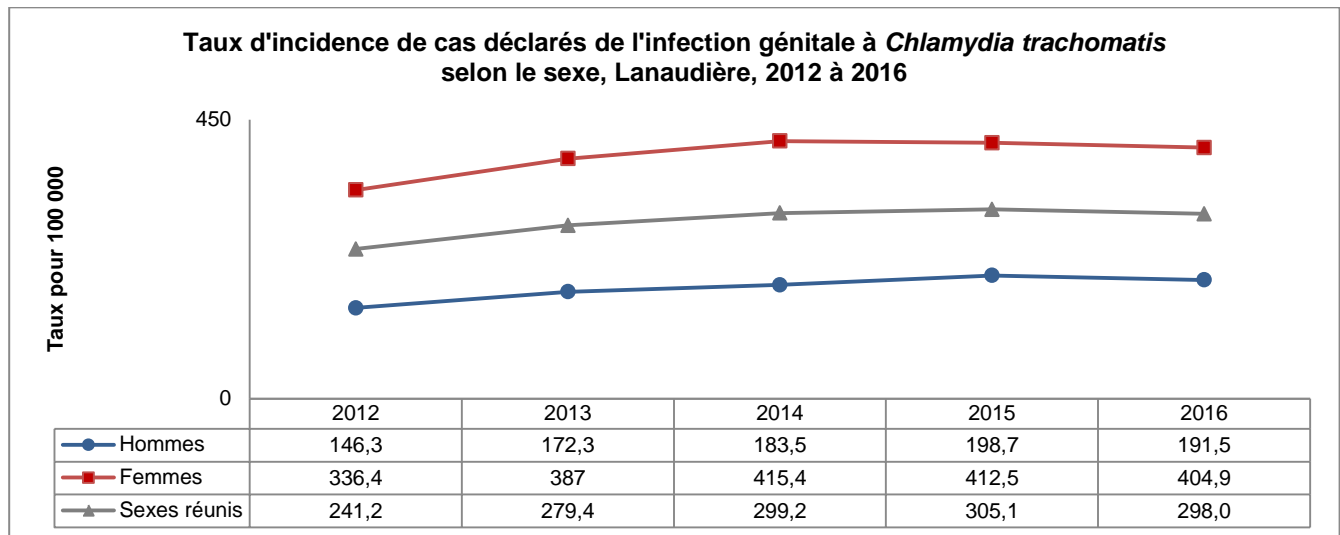


ÉVOLUTION DES ITSS BACTÉRIENNES

Au cours des 5 dernières années, les ITSS bactériennes telles que l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique et la syphilis ont poursuivi leur progression. Récemment, la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) est également à surveiller. Toutefois, c'est l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* qui demeure, et de loin, la plus répandue de toutes les MADO. De plus, elle représente 90 % des déclarations d'infections bactériennes transmises sexuellement.

Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* (CT)

Entre 2012 et 2016, le taux d'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* est passé de 241,2 à 298,0 ce qui correspond à une augmentation de près de 25 %. La variation est plus prononcée chez les hommes (30,9 % vs 20,3 %).



Sources de données :

MSSS, Estimations et projections démographiques, mars 2015.

LSPQ. Fichier provincial des MADO 2000 à 2016. (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 7 août 2017.

En ce qui a trait à l'année 2016, les jeunes âgés entre 15 et 24 ans 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) ou lors d'une consultation pour contraception, comptent pour 67,8 % des cas déclarés.

Les infections génitales à *Chlamydia trachomatis* sont le plus souvent ASYMPTOMATIQUES, d'où l'importance de rechercher régulièrement (au moins une fois par année selon le Collège de médecins du Québec) les facteurs de risque et de procéder au dépistage des différents sites potentiellement infectés lorsqu'indiqué (utiliser les outils [« ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés »](#) et [« Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez la personne asymptomatique \(dépistage\) »](#)). L'approche opportuniste est préconisée, c'est-à-dire de procéder à l'évaluation des facteurs de risque et au dépistage lorsque l'occasion se présente, que ce soit lors d'une visite « de routine » (de plus en plus rare de nos jours) ou lors d'une visite pour un autre motif de consultation.

Le diagnostic 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 :

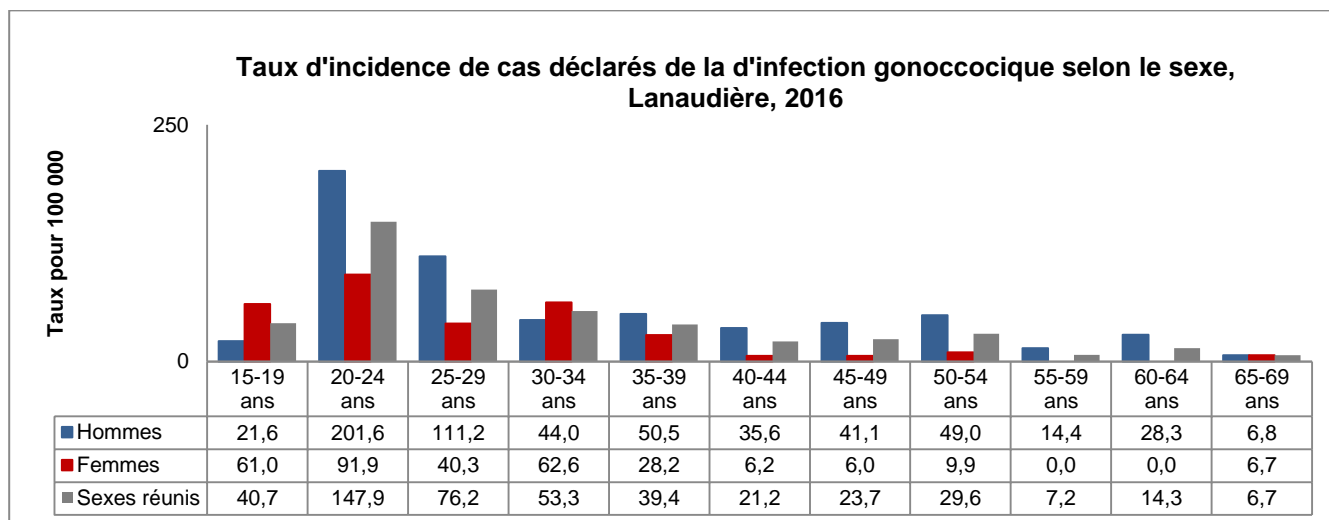
Chez la femme : atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), grossesse ectopique, infertilité, syndrome oculo-urétrorétro-synovial, transmission verticale de l'infection au moment de l'accouchement

Chez l'homme : orchite-épididymite, prostatite, syndrome oculo-urétrorétro-synovial

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

Infection gonococcique

Bien que moins fréquente que l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique est préoccupante, autant pour la résistance accrue aux antibiotiques observée dans les dernières années que pour les taux d'incidence qui ont doublé de 2012 à 2016, passant de 14,5 à 29,0. En 2016, les jeunes âgés de 20 à 24 ans ont présenté les taux d'incidence les plus élevés. Les hommes comptaient pour 67,6 % des déclarations.



Sources de données :

MSSS, Estimations et projections démographiques, mars 2015.

LSPQ. Fichier provincial des MADO 2016. (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 7 août 2017.

En 2016 dans Lanaudière, un peu plus du tiers 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).

Par ailleurs, l'apparition récente de souche de *Neisseria gonorrhoeae* non sensible aux traitements de premier choix (ceftriaxone et céfixime) est préoccupante. La DSPublique de Lanaudière invite donc les cliniciens à être vigilants et à lui signaler tout cas suspect d'échec au traitement de l'infection gonococcique.

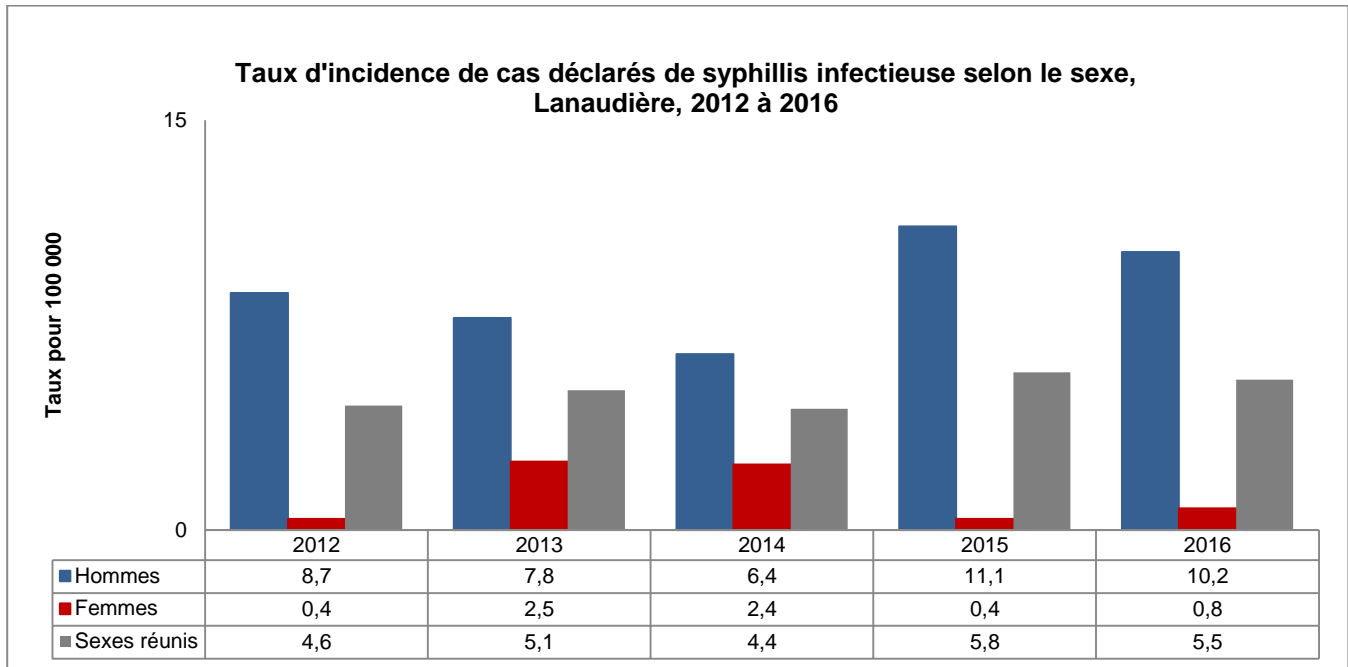
Karine Chabot, conseillère en soins infirmiers

Syphilis infectieuse

La région de Lanaudière a vu ses taux de syphilis infectieuse augmenter de 4,6 par 100 000 à 5,5 de 2012 à 2016, ce qui correspond à 28 cas en 2016. Les hommes représentent la presque totalité de ces déclarations (26/28). 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 ne sont pas épargnées, notamment celles en âge de procréer, ce qui rend possible la survenue de syphilis congénitale (pour plus d'information à ce sujet, vous pouvez consulter [Le Prévenant Vol. 26, numéro 2, avril 2017](#)).

«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 2016. (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 7 août 2017.

Lymphogranulomatose vénérienne

Une recrudescence de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) est observée au Québec depuis 2013 et fait présentement l'objet d'une vigie rehaussée. Dans Lanaudière, 3 cas ont été déclarés chez des hommes en 2016 ce qui représente le nombre total de déclarations pour les années 2012 à 2015.

L'INSPQ a publié en juin 2016 un avis scientifique sur la LGV : *Lymphogranulomatose vénérienne : avis sur le dépistage, la prise en charge clinique et la surveillance au Québec* <https://www.inspq.qc.ca/publications/2130>.

Cet avis émet plusieurs recommandations qui auront un impact sur le contrôle de cette infection, notamment :

- un ajustement de la définition nosologique pour une meilleure surveillance;
- une recherche systématique des génotypes LGV pour tous les cas de chlamydie rectale (en vigueur, lettre envoyée au réseau des laboratoires à ce sujet en 2016);
- des précisions sur la détection et le traitement des personnes atteintes de LGV;
- des précisions sur la conduite auprès des partenaires de personnes atteintes de LGV.

Le tout s'est traduit par un outil clinique pratique et concis, publié cet automne et accessible au : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001956>

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 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, 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 et une déclarations ont été acheminées à la DSPublique (nombre moyen de 22 par année au cours des 5 dernières années) pour un taux de 4,12 pour 100 000 personnes en 2016. Plus de 95 % des déclarations sont chez des adultes âgés de 24 ans ou plus et 14 % chez des personnes âgées de 75 ans et plus. L'âge moyen des cas est de 49,3 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, 45 personnes ont reçu la prophylaxie. Aucun cas secondaire n'est survenu.

La tuberculose (TB)

Un cas de TB a été déclaré et ses 8 contacts ont été rejoints par la DSPublique pour être dépistés et mis sous chimioprophylaxie, le cas échéant. Des tests de dépistage ont été faits à 50 autres personnes de notre territoire, suite à un contact avec un cas de TB d'une autre région. Parmi celles-ci, 29 faisaient partie d'une enquête de la DSPublique de la Mauricie et du Centre-du-Québec suite à un cas de TB pulmonaire à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Neuf 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 16 patients mis sous chimioprophylaxie pour une infection tuberculeuse latente.

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

Des sections sont très pertinentes pour l'omnipraticien, telles : 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).

Cette mise à jour traite des deux priorités établies par le Comité québécois sur la tuberculose, soit : la prise en charge et le suivi des cas de tuberculose contagieuse et la prise en charge et le suivi des personnes en contact étroit avec ces cas. Il est donc de la responsabilité des intervenants de tous les niveaux de faire en sorte que ces priorités soient suivies.

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 pneumoniae* est passé de 50 cas en 2015 à 62 cas en 2016. Plus de la moitié des cas était âgée de 60 ans et plus.

Il y a eu 5 cas déclarés chez les enfants âgés de moins de 5 ans. Parmi ceux-ci, 4 ont été causés par des sérotypes non inclus dans le vaccin antipneumococcique conjugué et 1 dont le résultat du sérotype était non disponible.

Les sérotypes de *Streptocoque pneumoniae* inclus dans le vaccin Pevnar 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.

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*

Huit cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* ont été déclarés à la DSPublique en 2016. Parmi ces cas, aucun n'était de type b.

Infection invasive à méningocoque

Deux cas d'infection invasive à méningocoque ont été déclarés en 2016. Le sérotype B était en cause chez ces deux cas. La prophylaxie antibiotique et le vaccin contre le méningocoque de sérotype B ont été offerts à 7 contacts étroits. Aucun cas secondaire n'est survenu.

Rougeole, Rubéole, Oreillons

Aucun cas déclaré à la DSPublique en 2016.

MALADIES ENTÉRIQUES ET MALADIES D'ORIGINE HYDRIQUE OU ALIMENTAIRE

Une diminution des maladies entériques parasitaires a été observée en 2016 dans la région de Lanaudière. Il y a eu 104 cas de **giardiase** déclarés comparativement à 124 en 2015, le taux est ainsi passé de 24,7 par 100 000 en 2015 à 20,4 par 100 000.

L'**infection à *Campylobacter*** est la MADO la plus déclarée parmi toutes les maladies entériques avec un total de 153 cas en 2016, soit un taux brut d'incidence de 29,8 cas pour 100 000 personnes, comparable à l'année 2015. Elle affecte tous les groupes d'âge.

Pour les autres infections entériques, les nombres de cas d'infection à salmonellose, shigellose et *E. coli* sont tous comparables à l'année 2015.

Un résultat de culture de selle négatif vous donne-t-il, en tout temps, les renseignements que vous recherchez ?

Une culture de selle standard négative exclut la présence de :

- *Campylobacter*
- *Salmonella*
- *Shigella*
- *Yersinia*
- *Escherichia coli* entérohémorragique (ECEH) de sérotype O157

L'*Escherichia coli* entérohémorragique (ECEH) de sérotype O157 est identifié par un test d'agglutination pour recherche de l'antigène O157. Lorsque l'antigène est présent, la souche est envoyée au LSPQ pour la confirmation de l'identification et le sérotypage pour l'antigène H7.

Une culture de selle standard négative n'exclut pas, entre autres, la présence de parasites, de virus, de clostridium, de choléra et d'*Escherichia coli* entérohémorragique (ECEH) d'un autre sérotype que le O157.

Ce qu'il est bon de savoir sur les *Escherichia coli* entérohémorragiques (ECEH) :

- Ils s'appellent aussi *Escherichia coli* producteurs de vérocytotoxines (VTEC) ou *Escherichia coli* producteurs de shigatoxines (STEC).
- La gastroentérite à ECEH est une MADO.
- L'ingestion d'aussi peu que 100 bactéries peut être suffisante pour provoquer une infection entérique.
- L'infection peut être asymptomatique ou être associée à plusieurs symptômes comme de la diarrhée, des rectorragies, des crampes abdominales et de la fièvre.
- Le syndrome hémolytique urémique (SHU) (anémie hémolytique, thrombocytopénie et insuffisance rénale) est une complication sévère associée à une gastroentérite à ECEH qui se développe dans les 2 semaines suivant l'infection et qui peut entraîner jusqu'à 5 % de décès.
- Les enfants de moins de 5 ans sont plus à risque de complications. Jusqu'à 15 % des enfants atteints vont faire un SHU.
- L'*Escherichia coli* entérohémorragique de sérotype O157 : H7 est le plus célèbre, mais il n'est pas le seul, car il existe plus de 200 sérotypes de ECEH. Partout au Québec, depuis juillet 2016, il est possible d'identifier les ECEH d'un autre sérotype que O157 par un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN ou PCR [en anglais]). Ce test recherche les gènes *stx1* (shiga-like toxin 1) et *stx2* (shiga-like toxin 2). Il est fait sur tous les prélèvements de selles provenant d'enfants de 5 ans et moins ou encore en présence de selles sanglantes. Sinon, pour que l'analyse soit effectuée, elle doit être prescrite spécifiquement.

ECEH 2016 Lanaudière	Nombre de cas
O157 : H7	4
<i>stx1</i>	4
<i>stx2</i>	3

Il vous suffit d'y penser et d'écrire : *Recherche de STEC par PCR*

Il est important de prescrire spécifiquement une recherche de STEC par PCR si :

- le patient décrit de la diarrhée avec du sang dans ses selles, car si le sang n'est pas visible à l'œil nu dans le prélèvement, l'analyse ne sera pas faite par le laboratoire;
- le patient qui présente de la diarrhée est un manipulateur d'aliment.

Recommandation concernant le retrait des personnes infectées par un ECEH et qui fréquentent un service de garde, une école ou qui manipulent des aliments

En service de garde :

- Pour une gastroentérite à ECEH O157 : H7, exclure le sujet jusqu'à la disparition de la diarrhée et l'obtention de 2 cultures de selles négatives recueillies à au moins 24 heures d'intervalle. Si le sujet a reçu un traitement antibiotique, le premier prélèvement doit être fait au moins 48 heures après la fin de celui-ci;
- Pour une gastroentérite à ECEH d'un autre sérotype que le sérotype O157 : H7, s'il y a des facteurs de gravité, soit la détection du gène stx2 ou l'évidence de transmission à l'intérieur du service de garde ou un SHU chez le sujet ou chez un cas lié à l'éclosion, exclure le sujet jusqu'à la disparition de la diarrhée et l'obtention de 2 analyses de selles négatives réalisées avec la même technique que celle utilisée lors du diagnostic initial et recueillies à au moins 24 heures d'intervalle. Si le sujet a reçu un traitement antibiotique, le premier prélèvement doit être fait au moins 48 heures après la fin de celui-ci;
- Pour une gastroentérite à ECEH d'un autre sérotype que le sérotype O157 : H7, sans facteurs de gravité, exclure le sujet jusqu'à 48 heures après la fin des symptômes.

En milieu scolaire, exclure le sujet jusqu'à la fin des symptômes sans égard au sérotype.

Source : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/guide-garderie/chap7-escheria-coli.pdf>

Les manipulateurs d'aliments doivent être retirés ou réaffectés, pour toutes les infections à ECEH, 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 1^{er} spécimen doit être recueilli au moins 48 heures après la fin du traitement.

Source :

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

Il faut recommander à toute personne infectée d'éviter les activités de baignade jusqu'à 2 semaines après la fin des symptômes.

D^{re} Chantale Boucher, pédiatre-conseil

MALADIES À TRANSMISSION VECTORIELLE (MTV)

Zoonose

En 2016, 20 cas de zoonoses et de MTV ont fait l'objet d'une enquête épidémiologique. Vingt-neuf cas de VNO ont été déclarés au Québec en 2016 dont 6 cas (3 %) ont fait l'objet d'une enquête par la DSPublique de Lanaudière. De ce nombre, 1 cas est décédé et 4 ont démontré des symptômes neurologiques. L'acquisition de l'infection a été associée à la région de Lanaudière pour 5 des 6 cas enquêtés et 1 cas possède plusieurs expositions dans diverses régions du Québec (Laurentides, Lanaudière et Montréal). Aucun cas d'Encéphalite équine de l'Est (EEE) n'a été identifié dans Lanaudière en 2016.

Maladie de Lyme

Quatre cas de maladie de Lyme ont été enquêtés par la DSPublique de Lanaudière, dont 3 ont acquis leur infection hors du Québec et 1 cas a fréquenté deux régions du Québec (Lanaudière, Québec) pendant sa période d'exposition.

Fièvre Q

Deux cas de fièvre Q ont été enquêtés; l'acquisition de l'infection a été associée à un caprin positif provenant d'une autre région du Québec.

Malaria

Huit cas dont le lieu d'acquisition est l'Afrique ont été déclarés à la DSPublique.

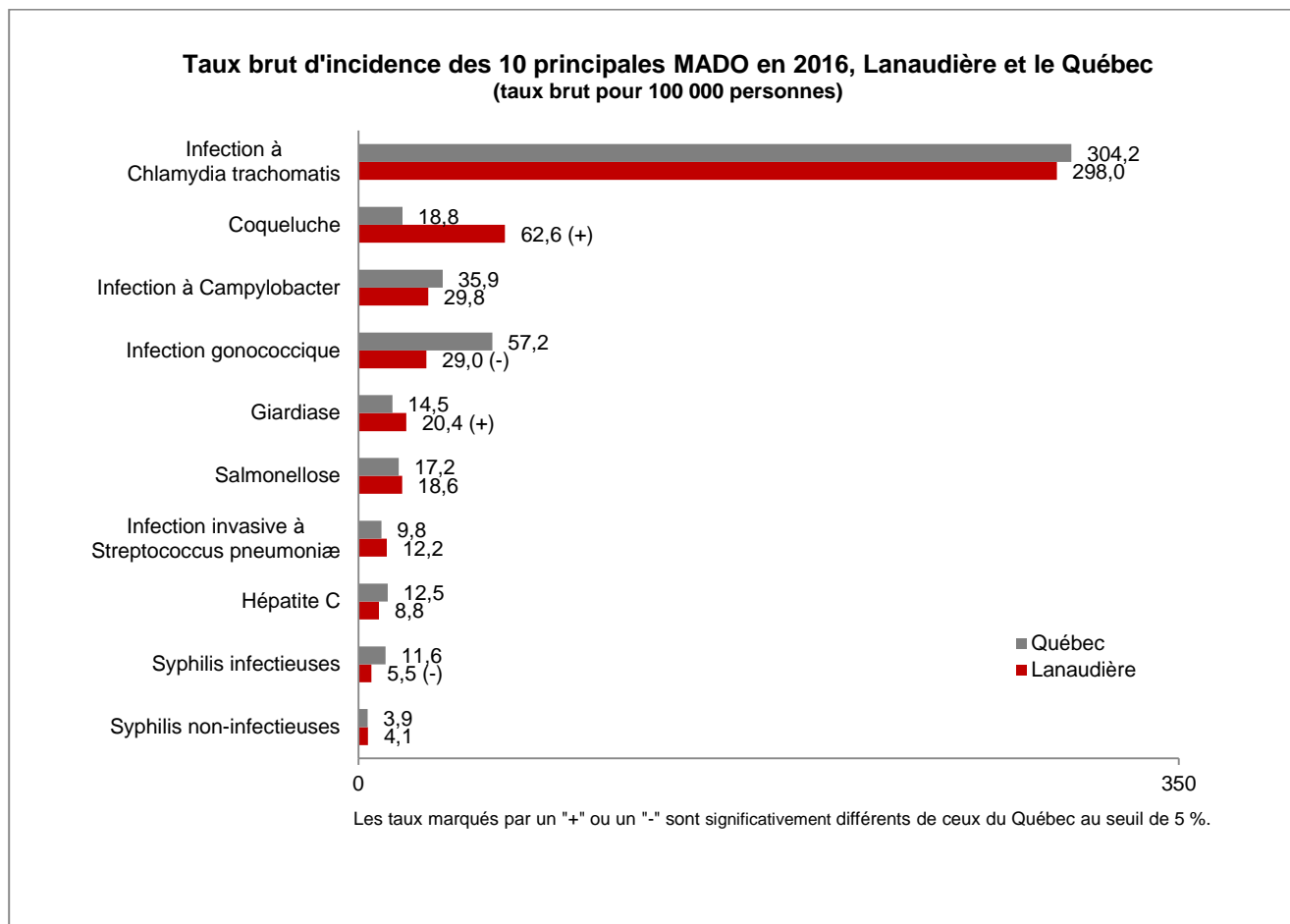
Prévention de la rage humaine : Bilan des signalements à risque pour 2016

La rage humaine est une maladie à déclaration obligatoire. En 2016, 204 signalements de morsures ou autres expositions significatives à des animaux (morsure, exposition avec un bris cutané ou un contact avec une muqueuse) ont été reçus et enquêtés à la DSPublique. De ce nombre 164 (80 %) ont été impliqués dans des morsures/griffures d'animaux domestiques (chiens, chats, furets), 25 (12 %) provenant d'animaux sauvages et 15 (7 %) de chauves-souris. Parmi les 164 signalements d'exposition à risque concernant un animal domestique, 148 (90 %) ont pu être mis en observation pendant 10 jours et 4 (3 %) ont été analysés à la demande de la DSPublique. L'analyse a été effectuée pour 2 chauves-souris, aucun cas de rage animale ni humaine n'a été identifié. Trente-huit Lanaudois ont reçu la prophylaxie antirabique (vaccination). Pour plus d'informations sur la rage, vous référer au bulletin [Le Prévenant vol. 26 no 6](#).

COMPARAISON AVEC LE QUÉBEC

Au regard des maladies infectieuses les plus fréquemment déclarées en 2016, outre la coqueluche qui est en excès de cas, on se distingue en ayant un taux plus bas d'infections gonococciques et de syphilis que le Québec.

La giardiase a toutefois un taux plus élevé.



Sources de données :

MSSS, Estimations et projections démographiques, mars 2015.

LSPQ. Fichier provincial des MADO 2016. (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 7 août 2017.

Tableau 1 : Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence des maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine infectieuse, Lanaudière, 2012 à 2016 (N et taux pour 100 000 personnes)

Maladie à déclaration obligatoire (MADO)	2012		2013		2014		2015		2016	
	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)										
Chancre mou	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hépatite B	15	3,1	19	3,9	17	3,4	16	3,2	18	3,5
Hépatite B aiguë	3	0,6	0	0,0	0	0,0	2	0,4	1	0,2
Hépatite B chronique	9	1,9	19	3,9	16	3,2	14	2,8	15	2,9
Hépatite B sans précision	3	0,6	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,4
Hépatite C	39	8,1	34	7,0	58	11,7	45	9,0	45	8,8
Hépatite C aiguë	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hépatite C sans précision	39	8,1	34	7,0	58	11,7	45	9,0	45	8,8
Hépatite Delta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hépatite virale sans précision	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection à Chlamydia trachomatis	1 165	241,2	1 366	279,4	1 484	299,2	1 535	305,3	1 519	298,0
Infection à HTLV type I ou II	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Infection gonococcique	70	14,5	98	20,0	158	31,9	150	29,8	148	29,0
Granulome inguinal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lymphogranulomatose vénérienne	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,2	3	0,6
Syphilis infectieuses	22	4,6	25	5,1	22	4,4	29	5,8	28	5,5
Syphilis primaire	8	1,7	10	2,1	12	2,4	16	3,2	9	1,8
Syphilis secondaire	8	1,7	11	2,3	6	1,2	4	0,8	4	0,8
Syphilis latente moins d'un an	6	1,2	4	0,8	4	0,8	9	1,8	15	2,9
Syphilis non-infectieuses	24	5,0	13	2,7	15	3,0	13	2,6	21	4,1
Syphilis latente plus d'un an	21	4,4	12	2,5	13	2,6	12	2,4	16	3,1
Syphilis cardio-vasculaire	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Syphilis nerveuse asymptomatique	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Syphilis nerveuse symptomatique (neurosyphilis)	3	0,6	1	0,2	1	0,2	1	0,2	5	1,0
Syphilis symptomatique tardive autre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Syphilis tertiaire autre que neurosyphilis	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Syphilis autres formes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Syphilis sans précision	0	0,0	2	0,4	2	0,4	2	0,4	8	1,6
Syphilis congénitale	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
VIH (ayant donné/reçu du sang ou des tissus)	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SIDA (ayant donné/reçu du sang ou des tissus)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	1 336	276,6	1 560	319,1	1 756	354,1	1 791	356,2	1 791	351,32
Maladies entériques et maladies d'origine alimentaire ou hydrique										
Ambiase	6	1,2	5	1,0	10	2,0	6	1,2	12	2,4
Brucellose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cryptosporidiose	2	0,4	0	0,0	1	0,2	5	1,0	7	1,4
Cyclospore	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4
Fièvre paratyphoïde	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fièvre typhoïde	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gastro-entérite à Yersinia enterocolitica	3	0,6	11	2,3	8	1,6	5	1,0	8	1,6
Gastro-entérite épidémique d'origine (étiologie) indéterminée	37	7,7	37	7,6	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Giardiase	68	14,1	59	12,1	68	13,6	124	24,7	104	20,4
Hépatite A	3	0,6	0	0,0	0	0,0	4	0,8	0	0,0
Hépatite E	0	0,0	1	0,2	2	0,4	1	0,2	0	0,0
Infection à Campylobacter	151	31,3	127	26,0	131	26,3	149	29,6	152	29,8
Infection à Escherichia coli	4	0,8	3	0,6	4	0,8	8	1,6	9	1,8
Infection à Escherichia coli producteur de vérocytotoxine	4	0,8	3	0,6	4	0,8	8	1,6	9	1,8
Infection invasive à Escherichia coli	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Listériose	0	0,0	4	0,8	4	0,8	2	0,4	2	0,4
Salmonellose	76	15,7	63	12,9	73	14,7	87	17,3	95	18,6
Shigellose	12	2,5	9	1,8	3	0,6	10	2,0	11	2,2
Toxi-infection alimentaire ou hydrique	42	8,7	15	3,1	18	3,5	11	2,2	20	3,9
Trichinose	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total des maladies entériques et maladies d'origine alimentaire ou hydrique	405	83,9	334	68,3	321	64,7	412	81,9	422	82,8

Maladies évitables par la vaccination (MEV)										
Coqueluche	104	21,5	49	10,0	32	6,5	46	9,2	319	62,6
Diphthérie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection à <i>Hæmophilus influenzae</i>	4	0,8	10	2,1	6	1,2	18	3,6	8	1,6
Infection à méningocoques	1	0,2	3	0,6	2	0,4	0	0,0	2	0,4
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	47	9,7	55	11,3	47	9,4	50	9,9	62	12,2
Oreillons	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Paralysie flasque aiguë	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Poliomyélite	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rougeole	0	0,0	0	0,0	0	0,0	159	31,6	0	0,0
Rubéole	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rubéole congénitale	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tétanos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total des maladies évitables par la vaccination (MEV)	156	32,3	119	24,3	87	17,4	273	54,3	391	76,7
Maladies transmissibles par voie aérienne (MTVA)										
Infection à streptocoques groupe A	19	3,9	17	3,5	23	4,6	32	6,4	21	4,1
Légionellose	8	1,7	12	2,5	14	2,8	35	7,0	14	2,8
Lèpre (maladie de Hansen)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tuberculose	4	0,8	6	1,2	7	1,4	3	0,6	1	0,2
Total des maladies transmissibles par voie aérienne (MTVA)	31	6,4	35	7,2	44	8,9	70	13,9	36	7,1
Zoonoses et maladies à transmission vectorielle (MTV)										
Babésiose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Encéphalites virales transmises par arthropodes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fièvre Q	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,4
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	5	1,0	1	0,2	2	0,3	3	0,6	8	1,6
Leptospirose	1	0,2	0	0,0	0	0,0	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	3	0,6	7	1,4	3	0,6	0	0,0	4	0,8
Psittacose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rage	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tularémie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Typhus	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
VNO (Infection par le virus du Nil occidental)	5	1,0	1	0,2	1	0,2	5	1,0	6	1,2
Total des zoonoses et maladies à transmission vectorielle (MTV)	14	2,9	11	2,3	6	1,1	8	1,6	21	4,1
Maladies à surveillance extrême (MASE)										
Botulisme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Choléra	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fièvre jaune	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fièvres hémorragiques virales	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection à Hantavirus	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maladie du Charbon (anthrax)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Peste	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Variolle	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
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)	2	-	0	-	0	-	0	-	0	-
SARM (Écllosion à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline)	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
SARV (Infection au <i>Staphylococcus aureus</i> 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	0	0,00	2	0,40	2	0,40	2	0,40
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	2	0,41	0	0,00	2	0,40	2	0,40	2	0,40
Ensemble des MADO	1 944	402,5	2 059	421,1	2 215	446,6	2 556	508,3	2 663	522,4

Sources de données :

MSSS, Estimations et projections démographiques, mars 2015.

LSPQ, Fichier provincial des MADO 2012 à 2016. (semaines CDC)

Rapport produit par l'Infectocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 7 août 2017.

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 et François Tremblay, Équipe des
maladies infectieuses

Soutien technique

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

Mise en page

Carolle Gariépy, agente administrative, service de protection des maladies
infectieuses et de santé environnementale

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 2017

Dépôt légal

Quatrième trimestre 2017
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 