



LE PRÉVENANT

BULLETIN D'INFORMATION DESTINÉ AUX MÉDECINS ET AUX AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DE LANAUDIÈRE — Vol. 28, N° 13

DÉCEMBRE 2019

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO) D'ORIGINE INFECTIEUSE BILAN LANAUDOIS 2018

FAITS SAILLANTS 2018

Dans la région, en 2018, **2 692** cas de MADO d'origine infectieuse ont été déclarés.

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) comptent pour près de 80% (79,2) des cas de MADO déclarés dont :

- l'infection à *Chlamydia trachomatis* (81 % des cas d'ITSS),
- l'infection gonococcique (13 %),
- la syphilis infectieuse (2 %).

Il faut aussi noter l'augmentation des déclarations des maladies transmissibles par vecteurs (excluant la malaria) soit la maladie de Lyme et les arboviroses neuroinvasives où le nombre de cas est passé de 11 cas en 2017 à 24 cas en 2018.

L'année 2018 fut aussi marquée par deux signalements soit une éclosion de pneumonie à *Mycoplasma pneumoniae* dans une école secondaire et une éclosion provinciale de cas de toxoplasmose chez des chasseurs ayant consommé de la viande de chevreuil insuffisamment cuite dont un des chasseurs résidait dans notre région.

Votre collaboration est essentielle pour la Direction de santé publique (DSPublique); nous vous encourageons à continuer à nous déclarer les MADO et à signaler toute situation pouvant représenter une menace pour la population tel que prévu dans la Loi de santé publique. Vos déclarations nous aident à protéger la population et à intervenir rapidement afin d'éviter la propagation de plusieurs maladies. Nous vous en remercions.

De plus, dans cette édition, nous souhaitons attirer votre attention sur la mise à jour du règlement ministériel d'application de la loi de santé publique portant particulièrement sur l'ajustement de la liste des MADO et les responsabilités des médecins et laboratoires (voir l'article à la fin du bulletin).

D^{re} Joane Désilets

Médecin, adjointe médicale en maladies infectieuses
DSPublique de Lanaudière

Dominique Martel

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

ÉCLOSION DE PNEUMONIES À MYCOPLASMA PNEUMONIAE DANS UNE ÉCOLE SECONDAIRE

En octobre 2018, la Direction de santé publique (DSPublique) de Lanaudière recevait le signalement d'un nombre important de cas de pneumonie parmi des élèves et des membres du personnel d'une école secondaire de la région. Le nombre élevé de cas et la sévérité des symptômes, étant survenus en dehors de la saison grippale, l'absence d'agent étiologique au départ ainsi que la suspicion d'une source environnementale possible a mené à une enquête épidémiologique descriptive.

Vingt-huit cas ont été identifiés entre le 10 septembre (CDC 36) et le 16 novembre 2018 (CDC 46) :

- 67,9 % (19 cas) étaient des femmes comparativement à 32,1 % (9 cas) des hommes;
- La moyenne d'âge des cas était de 17,1 ans (médiane à 14 ans, étendue de 11 à 59 ans);
- 27 des 28 cas ne présentaient aucun facteur de risque les prédisposant à une infection pulmonaire;
- deux cas confirmés ont été hospitalisés dont un a nécessité l'administration d'un antibiotique intraveineux.

Parmi les 28 cas, 4 ont été confirmés (14,3 %) par test de laboratoire (PCR ou IgM positif).

Une transmission intrafamiliale a été mise en évidence pour cinq des cas. Aucun décès n'a été déclaré et les cas ont récupéré sans séquelle documentée.

La rapidité de la mise sur pied d'une équipe d'intervention multidisciplinaire (Maladies infectieuses (MI), Santé environnementale (SE) et Santé au travail (SAT)) à la DSPublique ainsi que l'excellente collaboration de la direction de l'école, de la Commission scolaire, de la direction de l'Équipe santé préventive jeunesse ainsi que de celle des microbiologistes infectiologues du HPLG ont permis de commencer rapidement les enquêtes épidémiologiques, d'identifier la nature de l'infection et d'appliquer les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans le milieu scolaire pour limiter la transmission de l'infection.

L'investigation environnementale effectuée par les équipes MI et SE de la DSPublique ainsi que l'analyse des données recueillies lors de la visite ont permis d'exclure l'hypothèse d'une cause environnementale.

Cet événement rappelle l'importance de promouvoir les mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de vie comme les écoles. L'hygiène des mains, l'hygiène respiratoire ainsi que l'entretien ménager sont des mesures simples, efficaces et à portée de tous.

ÉCLOSION DE TOXOPLASMOSE CHEZ DES CHASSEURS AYANT CONSOMMÉ DE LA VIANDE DE CHEVREUIL INSUFFISAMMENT CUITE

Le 21 décembre 2018, la DSPublique de Lanaudière a été informée par la Direction de la vigie sanitaire (DVS) du MSSS que six chasseurs sur dix de retour d'un voyage de chasse aux chevreuils dans une pourvoirie du centre des États-Unis présentaient des symptômes de fièvre, fortes céphalées, myalgies et arthralgies. Un des six chasseurs symptomatiques habitait la région de Lanaudière, les autres étaient répartis sur 3 autres territoires au Québec. La similarité des symptômes et des signes cliniques des six chasseurs malades laissait présager une exposition et une étiologie communes. Tous les chasseurs ont alors été questionnés par les enquêteurs des DSPubliques concernées afin de connaître leurs expositions durant la période de la chasse. La mise en commun des informations recueillies a permis d'identifier que tous les chasseurs ont chassé, tué et éviscéré plusieurs chevreuils pendant leur séjour d'une durée de 12 jours dans une pourvoirie en novembre et décembre 2018. Tous ont partagé deux repas de viande de chevreuil consommée saignante ou peu cuite. Tous les cas étaient des hommes immunocompétents, âgés de 28 à 55 ans, dont les symptômes ont débuté de quatre à neuf jours après leur retour au Québec. Un cas a nécessité une hospitalisation et tous se sont rétablis sans séquelle.

Les résultats des analyses sérologiques des cas ont permis d'identifier la présence d'anticorps dirigés contre la bactérie *Toxoplasma gondii* confirmant une éclosion à toxoplasmose associée à la consommation de viande de chevreuils insuffisamment cuite.

De concert avec le DVS, le MAPAQ et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), des recommandations ont été élaborées et transmises à tous les cas. Il s'agissait de la première éclosion de toxoplasmose signalée chez des Québécois et associée à la consommation de viande insuffisamment cuite de chevreuils chassés à l'extérieur de la province.

La toxoplasmose est une zoonose largement répandue dans le monde associée à un parasite *Toxoplasma gondii* qui peut causer une maladie sérieuse chez les humains, en particulier les personnes immunodéprimées et les femmes enceintes. Les félins en sont le réservoir principal. Les humains s'infectent en consommant des aliments contaminés par les kystes de *toxoplasma gondii* plus particulièrement de la viande de gibier non cuite.

Pour plus d'information sur cette éclosion :

https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/flashvigue/FlashVigue_vol14_no3.pdf

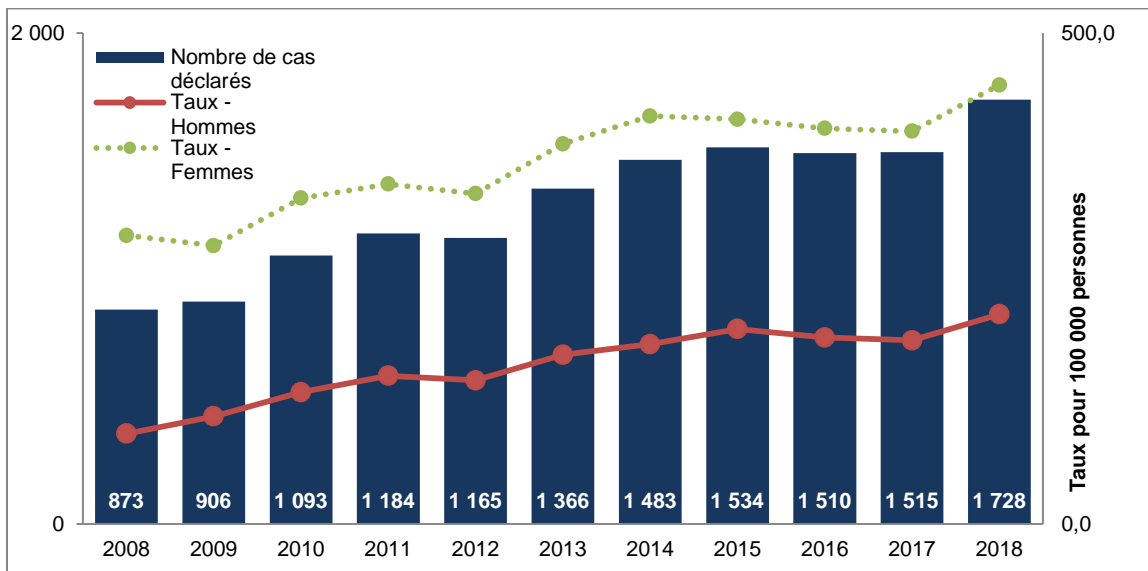
ÉVOLUTION DES ITSS : TOUJOURS AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS

Les ITSS telles l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique et la syphilis ont connu des augmentations significatives au cours des dix dernières années. Récemment, **c'est l'infection gonococcique qui a connu l'augmentation la plus rapide**, autant dans Lanaudière que dans le reste de la province. Toutefois, c'est l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* qui demeure, et de loin, la plus déclarée de toutes les MADO.

Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*

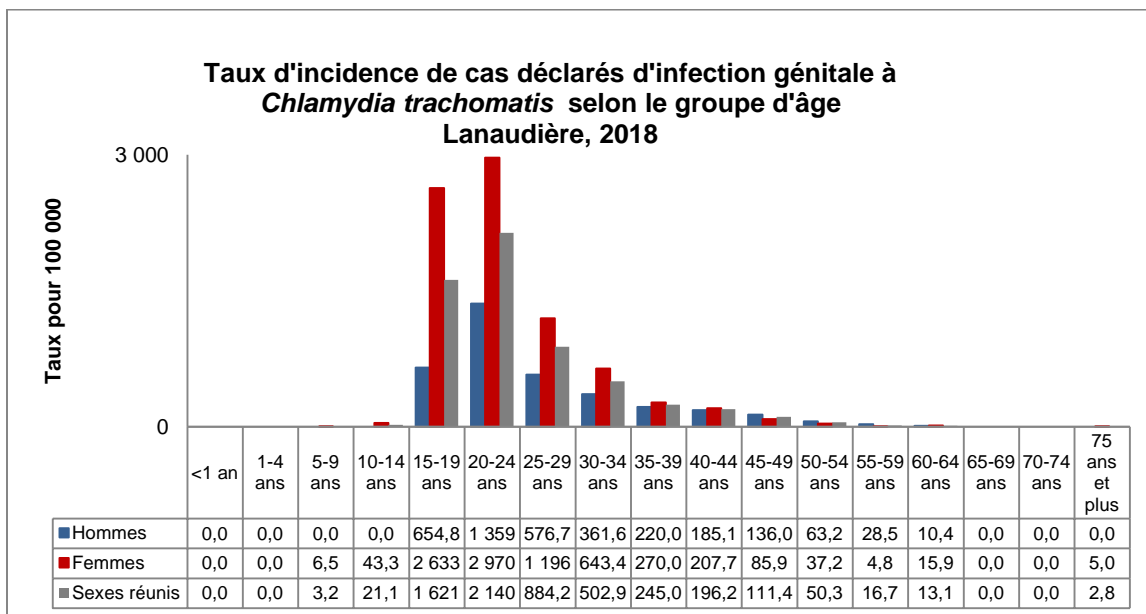
Entre 2008 et 2018, le nombre de cas déclarés d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* (CT) a presque doublé passant de 873 à 1 728. Bien que le nombre de cas déclarés soit plus élevé chez les femmes durant cette période, les hommes présentent l'augmentation du nombre de cas la plus importante. La hausse de cas déclarés, tant chez les femmes que chez les hommes, pourrait être expliquée en partie par l'évolution de la détection de cette infection (INSPQ, 2018).

Évolution du nombre et du taux brut d'incidence des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* selon le sexe, Lanaudière, 2008 à 2018



Sources de données :
 MSSS, Estimations et projections démographiques, mai 2017.
 LSPQ, Fichier provincial des MADO 2008 à 2018. (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 8 octobre 2019.

En 2018, ce sont donc 1 728 cas qui ont été déclarés, soit 200 de plus qu'en 2017. Les jeunes âgés de 20 à 24 ans ont affiché les taux d'incidence les plus élevés, suivis par le groupe des 15-19 ans. Pour cette même année, les femmes, qui sont systématiquement dépistées lors de leurs grossesses et souvent aussi en même temps que leur prélèvement pour le dépistage du cancer du col (cytologie PAP) ou lors d'une consultation pour contraception, comptent pour 67,6 % des cas déclarés.



Sources de données :
 LSPQ. Fichier provincial des MADO 2014 à 2018. (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 30 septembre 2019.

La Direction de santé publique intervient directement auprès des patients infectés par la CT ou de leurs partenaires seulement dans les situations prioritaires, ce qui ne représente qu'environ 25 % des cas déclarés (vous référer au bulletin régional [Le Prévenant Vol. 28, no 2, avril 2019](#)).

Les cliniciens jouent donc un rôle de premier plan pour arriver à contrôler cette épidémie et à en réduire les séquelles/complications (principalement chez la jeune femme : atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), grossesse ectopique, infertilité). Les cliniciens sont responsables, entre autres :

1. **de soutenir systématiquement leurs patients infectés dans la notification de leur(s) partenaire(s)** afin de briser la chaîne de transmission;
2. **d'aviser la santé publique en présence de situations prioritaires** (voir encadré message-clé #2 ci-dessous).

D^e Maryse Cayouette, microbiologiste-infectiologue et médecin-conseil en maladies infectieuses.

MESSAGE CLÉ #1

L'intervention préventive auprès de la personne atteinte ET de ses partenaires (IPPAP) est indiquée pour TOUS les cas d'ITSS et fait partie intégrante du counseling post-test au même titre que les traitements prodigués. Le clinicien est le mieux placé pour offrir à son patient un soutien de première ligne dans la notification de ses partenaires.

COMMENT LE CLINICIEN DEVRAIT-IL SOUTENIR SON PATIENT DANS LA NOTIFICATION DE SON (SES) PARTENAIRE(S)?
4 QUESTIONS SIMPLES À ABORDER :

POURQUOI?	<p>Sensibiliser son patient aux avantages de la notification aux partenaires</p> <p>Diminuer le risque de réinfection chez le cas index</p> <p>Prévenir les complications liées à une infection non traitée ou traitée tardivement</p> <p>Contribuer à briser la chaîne de transmission dans la communauté</p>
QUI?	<p>Dresser avec son patient la liste des partenaires visés</p> <p>Pour l'infection à CT, le(s) partenaire(s) des 2 derniers mois</p>
COMMENT?	<p>Vérifier avec son patient comment il compte aviser ses partenaires et s'il entrevoit des difficultés (l'outiller...)</p> <p>Remettre à son patient la brochure « Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée... Il faut en parler »</p> <p>Remettre au besoin à son patient des cartes de notification ou le diriger vers le Portail web VIH/SIDA du Québec pour un service de notification de toute ITSS de façon anonyme par texto</p> <p>En présence de difficulté appréhendée, lui proposer le soutien d'un intervenant de santé publique (et le préciser sur la déclaration MADO)</p>
OÙ?	<p>Lui offrir d'évaluer/dépister ses partenaires ou lui indiquer où ces services sont disponibles</p> <p>www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca (entrer « ITSS » dans le moteur de recherche)</p> <p>Info santé : 8-1-1</p>

MESSAGE CLÉ # 2

Même si la DSPublique reçoit les déclarations MADO des laboratoires, **le clinicien est souvent le seul à pouvoir fournir l'information pertinente permettant de détecter une situation prioritaire pour laquelle la DSPublique devrait intervenir directement auprès de la personne infectée par la CT ou de ses partenaires.** Le clinicien devrait alors le préciser sur la déclaration MADO ou téléphoner à la DSPublique.

Le clinicien devrait signifier à la DSPublique (le préciser sur la déclaration MADO ou téléphoner à la DSPublique) la présence de **facteurs de vulnérabilité ou de risque accru de transmission/réinfection** tels que :

- femme enceinte (ou homme dont la conjointe est enceinte)
- ATCD d'AIP
- patient non traité/non rejoint
- > 3 partenaires sexuels
- patient (ou partenaire) HARSAH* et/ou UDII* et/ou travailleur du sexe
- jeune en difficulté (itinérance, centre jeunesse, dépendance, situation qui laisse présager qu'aucune notification au(x) partenaire(s) ne sera effectuée, etc.)

*HARSAH : homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

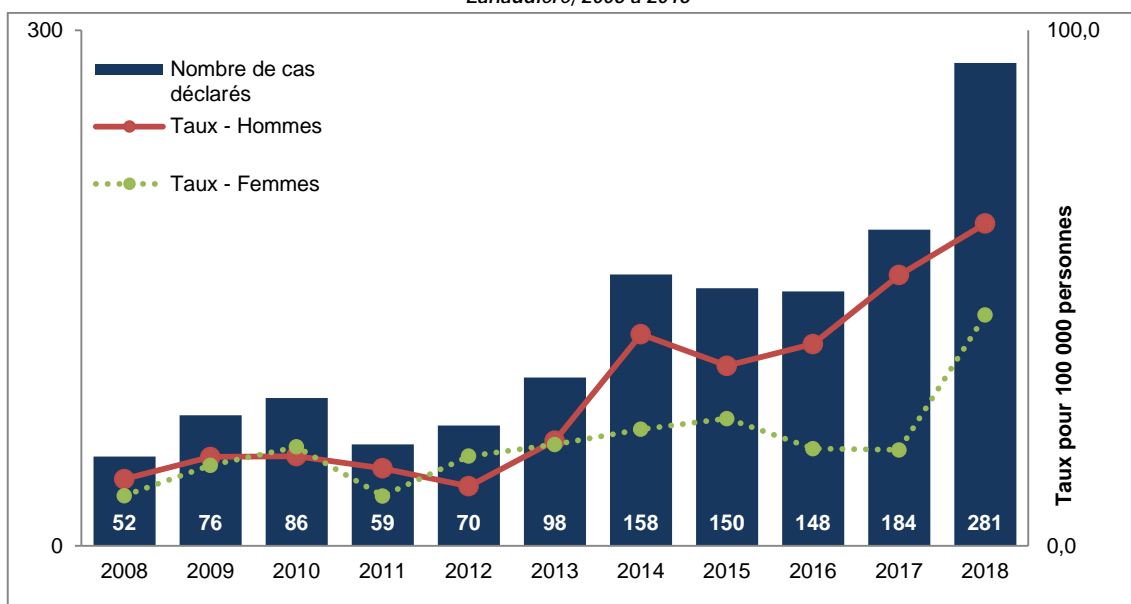
*UDII : utilisateur de drogue par injection ou inhalation

Infection gonococcique

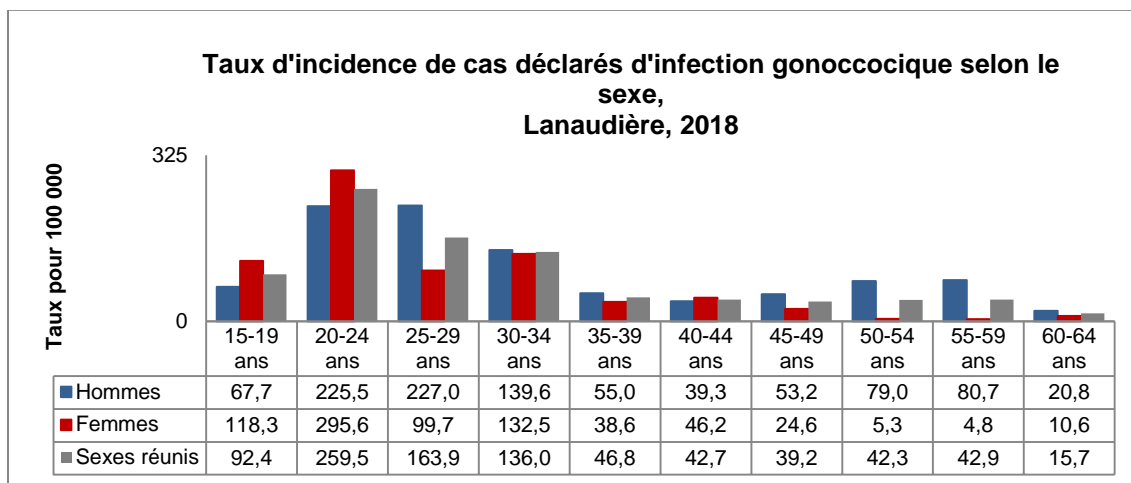
Bien que moins fréquente que l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique inquiète tant pour la résistance accrue aux antibiotiques observée dans les dernières années que pour les taux d'incidence qui ont explosé entre 2008 et 2018, passant de 11,4 à 53,7. En 2018, 281 cas ont été déclarés dans la région, soit près d'une centaine de cas de plus que l'année précédente. La hausse dans la dernière année a été particulièrement

fulgurante chez les femmes, mais les hommes comptent encore pour une majorité (58,4 %) des déclarations. Les jeunes âgés de 20 à 24 ans ont présenté les taux d'incidence les plus élevés. La hausse rapide et importante du nombre de cas déclarés d'infections gonococciques semble expliquée en partie par la possibilité de détecter plus facilement les infections extragénitales grâce à des analyses plus sensibles que la culture (INSPQ, 2018).

Évolution du nombre et du taux brut d'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique selon le sexe, Lanaudière, 2008 à 2018



Sources de données :
 MSSS, Estimations et projections démographiques, mai 2017.
 LSPQ, Fichier provincial des MADO 2008 à 2018. (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 8 octobre 2019



Sources de données :
 MSSS, Estimations et projections démographiques, mai 2017.
 LSPQ, Fichier provincial des MADO 2014 à 2018. (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 30 septembre 2019.

L'apparition récente au Québec de souches de *Neisseria gonorrhoeae* (NG) non sensibles aux céphalosporines et l'augmentation rapide de la résistance du NG à l'azithromycine (31 % des souches au Québec en 2017; de loin le pire taux au pays!) nous rappellent l'importance de ne pas complètement délaissier la culture (et l'antibiogramme) au profit du TAAN.

Nous remarquons cependant une baisse cliniquement et statistiquement significative de la proportion d'analyses NG effectuées par culture dans Lanaudière dans les 3 dernières années (moins de 20 % en 2018, laboratoires HPLG et CHDL combinés). Ceci est préoccupant car notre capacité à détecter la résistance du NG et à faire un suivi de son évolution s'en trouve diminuée.

Nous vous rappelons que le **TAAN et la culture peuvent être effectués simultanément lorsqu'indiqués** (ex. : dans un contexte diagnostique chez un patient symptomatique ou en dépistage d'un partenaire d'un cas confirmé). **Des prélèvements pour culture devraient également être effectués en présence d'un résultat TAAN positif, si cela ne retarde pas le traitement** (ex. : au moment de l'injection de ceftriaxone, s'il y a lieu). De plus, la DSPublique de Lanaudière invite les cliniciens à être vigilants et à lui signaler tout cas suspect d'échec au traitement de l'infection gonococcique.

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

Karine Chabot, conseillère en soins infirmiers

Syphilis infectieuse

La région de Lanaudière a vu ses taux de syphilis infectieuse augmenter de 2,8 à 4,4 par 100 000 personnes entre 2008 et 2018, pour atteindre 23 cas en 2018. Les hommes représentent la presque totalité de ces déclarations (19/23). À noter que les plus récentes données provinciales ont démontré que les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) étaient les plus touchés par la syphilis. Toutefois, les femmes québécoises en âge de procréer affichent des taux nettement à la hausse, ce qui rend possible la survenue de syphilis congénitale.

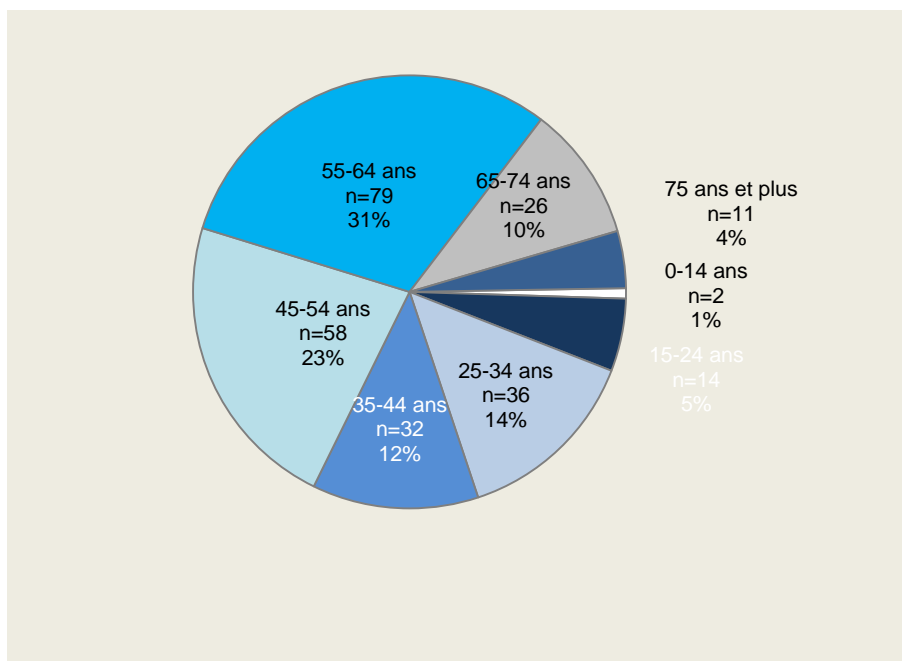
Hépatite C

Les taux d'incidence des cas déclarés d'hépatite C dans Lanaudière sont plutôt stables dans la dernière décennie. Néanmoins, en 2018, 55 cas ont été déclarés, ce qui la place au 3^e rang des ITSS déclarées dans Lanaudière. Pourtant, parmi les ITSS surveillées par la DSPublique, c'est celle pour laquelle les cliniciens de la région prescrivent le moins d'analyses de dépistage/détection.

Bien que sa transmission sexuelle soit limitée (mais en émergence parmi certains HARSAH), il convient de se rappeler que **le fait d'avoir inhalé ou de s'être injecté de la drogue, ne serait-ce qu'une seule fois, justifie un dépistage de l'hépatite C.**

Par ailleurs, en 2018, la majorité (64 %) des cas déclarés étaient chez des personnes âgées de 45 à 74 ans alors que seulement 36 % des sérologies VHC effectuées à HPLG et au CHDL provenaient de personnes de cette tranche d'âge. **Il est donc particulièrement indiqué pour le clinicien de garder un indice de suspicion clinique élevé pour l'hépatite C chez les « baby-boomers »** : le clinicien devrait offrir le test en présence du moindre facteur de risque (les rechercher!) ou d'un profil clinique compatible (perturbation inexplicquée du bilan hépatique) chez ses patients issus de cette cohorte de naissance (~1945-1975).

Répartition par tranches d'âge des cas déclarés d'hépatite C dans Lanaudière, 2014-2018 (n=257)



Sources de données :
 MSSS, Estimations et projections démographiques, mai 2017.
 LSPQ, Fichier provincial des MADO 2008 à 2018. (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 8 octobre 2019.

Finalement, il faut aussi savoir **que l'utilisation active de drogue par injection ou inhalation n'est pas une contre-indication au traitement de l'hépatite C** par les antiviraux à action directe oraux : ceux-ci permettent l'éradication du virus chez plus de 95 % des patients en moins de trois mois et sont couverts par le régime d'assurance de la RAMQ (médicaments d'exception). Ces traitements doivent être associés à des stratégies de réduction des méfaits visant à prévenir la réinfection. Plusieurs médecins lanaudois offrent des services spécialisés d'évaluation et de traitement de l'hépatite C (y compris en centre de réadaptation en dépendance (CRD) du CISSS de Lanaudière).

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

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

- le [guide québécois de dépistage des ITSS](#) (GQITSS) et tous les outils pratiques qui lui sont associés;
 - ***une nouvelle édition vient tout juste d'être publiée!***
([Résumé des principales modifications touchant la pratique](#))
- les guides de traitement de l'INESSS (application iOS ou Android disponibles avec mises à jour automatiques)
- le programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS);
- l'intégration de la prévention des ITSS dans les pratiques professionnelles;
 - l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et auprès de leurs partenaires (IPPAP) : [nouvel outil pour les cliniciens](#)
 - le traitement accéléré des partenaires (TAP), dans certaines situations : [nouvel outil provincial pour les cliniciens \(et nouvelles modalités\)](#)

Pour de plus amples informations sur les différents outils offerts, consultez: <http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>.

D^e Maryse Cayouette, microbiologiste-infectiologue, médecin-conseil en maladies infectieuses

Karine Chabot, conseillère en soins infirmiers

Geneviève Landry, conseillère en soins infirmiers

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

Références : INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2018). Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec année 2017 (et projections 2018), Québec, gouvernement du Québec, 114 p.

MALADIES TRANSMISES PAR VOIES AÉRIENNES

Infections invasives à Streptocoque du groupe A (SGA)

Les infections à Streptocoque β -hémolytique du groupe A peuvent être invasives ou non. Elles sont considérées invasives lorsque le SGA est isolé d'un site normalement stérile (MADO). Elles sont considérées **graves** lorsqu'elles engendrent une nécrose des tissus mous (fasciite ou myosite nécrosante, ou gangrène), une pneumonie, une méningite, un choc toxique streptococcique ou le décès (indication de chimioprophylaxie auprès des contacts étroits, évaluation à faire)¹. La déclaration de cette MADO doit être faite le plus rapidement possible, tant par le médecin que par le laboratoire, dans la visée que l'intervention de santé publique (enquête pour rechercher les contacts à risque et information auprès des proches et milieux impliqués) puisse être entreprise en temps opportun pour éviter des cas secondaires.

¹ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000502/>

En 2018, le nombre de déclarations d'infection invasive à SGA a été légèrement supérieur à celui des années antérieures avec 33 déclarations (taux de 6,1 pour 100 000 personnes) comparativement au nombre annuel moyen de 24 déclarations pour les 5 années précédentes (taux moyen de 4,8 pour 100 000 personnes). Le taux lanaudois pour 2018 est légèrement inférieur à celui de l'ensemble du Québec (7,5).

Le tiers des cas (n=22) sont survenus chez des adultes âgés de 20 à 64 ans et l'âge moyen était de 44,4 ans. Plus de la moitié des cas (54,5 %) ont présenté une nécrose des tissus mous (fasciite = 8 cas; myosite = 2 cas) ou une pneumonie (8 cas). On dénote également 1 décès parmi les cas.

Site de l'atteinte	Nb de cas	Informations complémentaires
Arthrite septique	1	
Bactériémie	3	1 cas avec choc toxique et un cas avec décès
Bursite	2	1 cas avec choc toxique
Cellulite	4	1 cas avec choc toxique
Endométrite	1	
Fasciite	8	1 cas avec choc toxique
Myosite	2	
Pharyngite	1	
Plaie chirurgicale	2	1 cas avec choc toxique
Pneumonie	8	2 cas avec choc toxique
Autre	1	
Total	33	

Parmi les cas déclarés, 23 répondaient aux critères de gravité (nécrose des tissus mous, pneumonie, méningite, choc toxique streptococcique ou décès) pour lesquels la prophylaxie antibiotique était indiquée. Au total, 68 personnes ont reçu une ordonnance pour la prophylaxie. Aucun cas secondaire d'infection invasive à SGA n'est survenu chez les contacts et aucun lien épidémiologique entre les cas n'a été établi.

La tuberculose (TB)

Trois cas de TB ont été déclarés: une tuberculose ganglionnaire et deux tuberculoses pulmonaires. Les enquêtes découlant de ces cas ont ciblé 26 contacts devant être dépistés avec le TCT. Les cas d'infection tuberculeuse latente (ITL) identifiés ont été référés pour évaluation médicale, prescription de chimioprophylaxie et suivi médical pendant la prise de cette médication.

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

Douze contacts de tuberculose demeurant sur le territoire de Lanaudière, référés par d'autres DSPublicques à la suite d'une exposition significative avec un cas de TB dans une autre région du Québec, ont aussi eu un test de dépistage. En présence d'une ITL, ils ont été référés pour évaluation médicale (chimioprophylaxie et suivi).

Pour la prise en charge et le suivi des personnes en contact étroit avec ces cas : Le guide d'intervention sur la tuberculose est l'outil à consulter
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-271-05W.pdf>
Dre Dominique Bernard, Médecin-conseil

Légionellose

Le nombre de cas de légionellose est demeuré relativement stable dans la région en 2018, avec 17 cas déclarés, alors que 18 cas avaient été déclarés en 2017 (moyenne d'âge= 65 ans ; étendue= 36 à 85 ; ratio homme: femme = 11 : 6). Les enquêtes menées conjointement par les équipes maladies infectieuses et santé environnementale de la DSPublique n'ont pas permis d'identifier d'agrégat ni d'éclosion. Comme il s'agit de cas isolés et considérant le caractère ubiquitaire des légionelles dans l'environnement, l'origine précise d'acquisition demeure inconnue mais des hypothèses ont été émises quant à une source au domicile, par exemple : mauvaise utilisation d'un CPAP, température du chauffe-eau inadéquate, fréquentation d'un spa. Malheureusement, dans la majorité des cas (15/17), aucun spécimen clinique pour culture n'était disponible.

Une augmentation globale des cas de légionellose est notée depuis quelques années au Québec et cette tendance semble se refléter dans la région. Cette hausse pourrait s'expliquer notamment par une meilleure détection des cas, une plus grande susceptibilité de la population (population vieillissante, utilisation accrue d'immunosuppresseurs) ou une augmentation de l'utilisation de sources potentielles de légionellose. Ces pistes méritent toutefois d'être approfondies.

*Pour chaque enquête de légionellose, l'équipe de santé environnementale de la Direction de santé publique est mise en alerte afin de géolocaliser les cas et identifier rapidement toute installation de tour de refroidissement à l'eau (ITRE) dépassant les normes et intervenir en conséquence. Par ailleurs, les informations pertinentes sont également transmises à nos partenaires des autres Directions de santé publique lorsqu'une exposition potentielle a eu lieu à l'extérieur de la région. Ces échanges permettent d'aiguiller les équipes des Directions de santé publique dans la recherche d'une source lors d'un agrégat ou d'une éclosion. **L'obtention d'un spécimen clinique est particulièrement utile** pour l'investigation environnementale, car il permet de confirmer un lien entre des cas et une source de légionelles.*

Geneviève Anctil, conseillère en soins infirmiers.

MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION (MEV)

Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoque)

Le nombre de déclarations d'infections invasives à *Streptococcus pneumoniae* a été statistiquement plus élevé en 2018 avec 66 cas déclarés (taux d'incidence de 12,6 pour 100 000 personnes) comparativement à une moyenne annuelle de 49 cas déclarés (taux d'incidence de 9,7 pour 100 000 personnes) au cours des cinq années précédentes. Plus de la moitié (53 %) des cas déclarés en 2018 étaient âgés de 65 ans et plus.

Une évaluation particulière des cas de moins de 5 ans est effectuée afin de surveiller l'efficacité du vaccin. Il y a eu 6 cas déclarés chez les enfants âgés de moins de cinq ans. Parmi ceux-ci, deux ont été causés par des sérotypes non inclus dans les vaccins contre le pneumocoque, alors que l'information n'était pas disponible pour les 4 autres cas.

Infection invasive à *Haemophilus influenzae*

Quinze cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* ont été déclarés à la DSPublique en 2018, dont 1 seul cas causé par le sérotype B chez une personne âgée de 78 ans non vaccinée contre cette maladie. Aucun des contacts n'a nécessité une antibioprophylaxie puisqu'ils n'étaient pas considérés comme des contacts à risque.

Infection invasive à méningocoque

Un cas d'infection invasive à méningocoque a été déclaré en 2018 et a été causé par le sérotype B. Au total, 16 contacts, dont 13 résidaient dans la région de Lanaudière, ont reçus l'antibioprophylaxie et la vaccination contre le méningocoque de sérotype B (2 doses à 2 mois d'intervalle). Aucun cas secondaire n'est survenu.

Au Québec, seul le vaccin contre le méningocoque de sérotype C est inclus au calendrier régulier de vaccination et il est administré aux enfants (à 18 mois) et aux adolescents.

*En **préexposition**, le vaccin contre le méningocoque de sérotype B et le vaccin combiné contre les sérotypes A, C, W et Y seront administrés aux personnes présentant un risque accru d'infection invasive à méningocoque - de par leur condition de santé (gratuit) ou à risque accru d'exposition au méningocoque (payant), ou chez toute personne qui souhaite réduire son risque d'infection invasive à méningocoque (payant).*

Martin Aumont, conseiller en soins infirmiers

Rougeole, Rubéole, Oreillons

Aucun cas déclaré à la DSPublique en 2018.

MALADIES ENTÉRIQUES ET MALADIES D'ORIGINE HYDRIQUE OU ALIMENTAIRE

Au total, 375 cas de maladies entériques et maladies d'origine hydrique ou alimentaire ont été déclarés par rapport à 445 cas en 2017.

L'infection à *Campylobacter* est la MADDO la plus déclarée parmi toutes les maladies entériques. En 2018, 172 cas de campylobactériose ont été déclarés comparativement à 201 en 2017; le taux est ainsi passé de 38,9 par 100 000 personnes à 32,9 par 100 000. Elle affecte tous les groupes d'âge. Par ailleurs, le nombre de cas de **salmonellose** et de **gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica*** est comparable à celui de l'année 2017.

Le nombre de cas de **shigellose** a diminué, passant de 15 cas (taux à 2,9 par 100 000) en 2017 à 6 cas (taux à 1,2 par 100 000) en 2018. Suite aux enquêtes effectuées, nous avons pu déterminer que :

- 3 cas auraient acquis l'infection à l'étranger;
- 2 cas sont survenus dans le même domicile.

Giardiase

La diminution des maladies entériques parasitaires se poursuit en 2018 dans la région de Lanaudière. 55 cas ont été déclarés en 2018 (taux à 10,5 par 100 000) comparativement à 76 cas (taux à 14,7 par 100 000) en 2017, 104 cas (taux à 20,4 par 100 000) en 2016 et 124 cas (taux à 24,7 par 100 000) en 2015. Des interventions de santé publique (enquête auprès des cas et des milieux impliqués) se poursuivent pour tous les cas de moins de 5 ans et lors d'éclosions.

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

Une légère augmentation des cas d'*E. coli* producteur de vérotoxine a été observée en 2018. Il y a eu 20 cas déclarés comparativement à 18 cas en 2017. Le taux est ainsi passé de 3,5 par 100 000 en 2017, à 3,8 par 100 000 en 2018. Pour deux cas, la maladie a été contractée à l'extérieur du Canada. Six cas déclarés sont liés à une éclosion régionale dans une résidence privée pour aînés (RPA). Une collaboration entre la Direction de santé publique et le ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) a été mis en place. Les analyses effectuées par le MAPAQ n'ont pas permis d'identifier un aliment. L'hypothèse la plus probable est la transmission par la contamination croisée associée à un buffet à la résidence. L'éclosion a entraîné un cas secondaire.

Hépatite A

Deux cas d'hépatite A ont été déclarés en 2018 (taux : 0,4 par 100 000) comparativement à 6 cas (taux : 1,2 par 100 000) en 2017. Aucune source de contamination n'a été identifiée. La vaccination contre l'hépatite A a été offerte aux contacts étroits. Aucun cas secondaire n'est survenu.

IMPORTANT POUR LES CLINICIENS

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

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

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

Pour plus de détails concernant le retrait d'un enfant fréquentant un service de garde, voir les recommandations spécifiques au chapitre 7 du document suivant :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000374/>.

Vanessa Lauzon, conseillère en soins infirmiers

MALADIES À TRANSMISSION VECTORIELLE (MTV)

ARBOVIROSES

Virus du Nil Occidental (VNO)

L'infection à VNO a connu une saison record en 2018 avec 11 cas déclarés dans la région, alors qu'un seul cas avait été déclaré en 2017. Tous les cas ont probablement été acquis dans la région et la majorité a été déclarée en août et septembre.

Caractéristiques des cas d'infections à VNO déclarés en 2018, région de Lanaudière

Type d'infection à VNO	Nombre de cas
Syndrome neurologique	9
Syndrome non neurologique	1
Infection asymptomatique (déclaré par Héma-Québec)	1
Moyenne d'âge (étendue)	55 (28 à 75)
Ratio homme: femme	4 : 7

Virus du séro groupe Californie (VSC)

Dans Lanaudière, 5 cas d'encéphalite transmise par arthropodes (ETA) ont été déclarés en 2018. Pour un de ces cas, l'étiologie a été attribuée au virus Snowshoe Hare tandis que pour les autres, les analyses sérologiques n'ont pas permis de déterminer l'étiologie précise (résultats positifs les VSC et le VNO). En effet, la cocirculation des VSC et du VNO au Québec et leur présentation clinique semblable posent un défi diagnostique. Rappelons qu'un seul cas avait été déclaré dans Lanaudière en 2017.

Maladie de Lyme

Au cours de l'année 2018, 6 cas de maladie de Lyme (dont 1 cas clinique ne répondant pas aux définitions nosologiques) ont été déclarés dans la région (stade localisé précoce=3; stade disséminé précoce=1; stade disséminé tardif=3). En 2017, 9 cas avaient été déclarés.

Lors de l'enquête, une attention particulière est accordée à l'identification du lieu probable d'acquisition de l'infection, selon les activités à risque d'exposition aux tiques pratiquées par les cas. Ainsi, une acquisition hors province est présumée pour 1 cas, une acquisition régionale pour 1 cas et une acquisition dans une autre région pour 5 cas. Or, considérant l'évolution rapide de la situation épidémiologique provinciale, le fait que de plus en plus de zones sont à risque élevé et la possibilité d'acquérir la maladie partout au Québec, cet exercice devient de plus en plus complexe.

À l'échelle régionale, une géolocalisation des cas est effectuée par l'équipe de santé environnementale de la Direction de santé publique afin de suivre la progression de l'infection et adapter les activités de prévention des piqûres de tiques auprès de la population.

Pour suivre la situation régionale et provinciale ainsi que les recommandations de prophylaxie et de traitement, consulter le site web : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/zoonoses/maladie-lyme/>

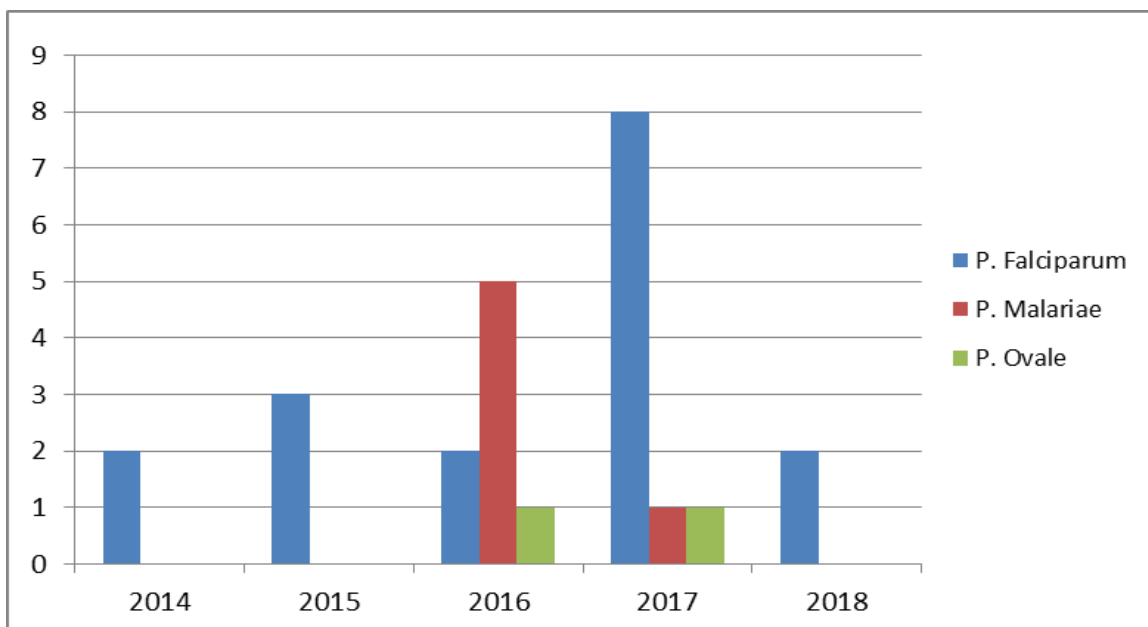
Geneviève Anctil, conseillère en soins infirmiers

Malaria

En 2018, 2 cas d'infection à *Plasmodium falciparum* ont fait l'objet d'une enquête à la DSPublique. Les deux personnes atteintes sont une femme et un homme âgés entre 30 et 65 ans qui ont acquis leur infection en Afrique et aucune chimioprophylaxie n'avait été administrée préalablement au voyage.

Entre 2014 et 2018, de 2 à 10 cas de paludisme ont été déclarés annuellement. 24 des 26 cas déclarés durant cette période ont acquis l'infection en Afrique et un cas à Haïti.

La figure 1 démontre le nombre de cas d'infection à *Plasmodium* selon le type de parasite déclaré à la DSPublique entre 2014 et 2018.



Zika

Dans la région de Lanaudière, 1 cas a été signalé par le laboratoire de santé publique du Québec. Il s'agit d'une femme enceinte âgée entre 30 et 35 ans. Il a été impossible d'identifier le pays d'acquisition de l'infection puisque le cas a voyagé pendant sa période d'exposition dans plusieurs pays endémiques pour le virus du Zika.

Fièvre Q

Un cas de fièvre Q a été associé à une ferme d'ovins située dans la région de Lanaudière à l'été 2018. Un deuxième cas, provenant de la même ferme, a été signalé à la DSPublique au début de l'année 2019 (ce dernier ne peut être comptabilisé en 2018, il figurera dans le bilan 2019). Il s'agit de 2 femmes âgées de 20 à 60 ans ayant acquis leur infection à l'été 2018. Une collaboration entre la DSPublique et le MAPAQ a permis qu'une intervention soit effectuée par le vétérinaire du MAPAQ auprès de la ferme concernée. Cette intervention visait le transfert de connaissances permettant l'adoption de pratiques recommandées en matière de prévention et de contrôle des zoonoses.

Leptospirose

Un cas de leptospirose a fait l'objet d'une enquête de la Direction de santé publique en 2018. Il s'agit d'une femme adulte ayant acquis l'infection en République Dominicaine. La présence de plusieurs chiens errants ou le contact avec l'environnement possiblement contaminé a été identifié comme la source probable de l'infection.

À noter que les infections par le virus Zika, par le virus chikungunya et la fièvre Dengue sont maintenant à déclaration obligatoire par le laboratoire. Suite à la déclaration, une enquête de la DSPublique sera entreprise.

Patricia Cunningham, conseillère en soins infirmiers

Prévention de la rage humaine : Bilan des signalements à risque pour 2018

En 2018, 81 signalements de morsures ou autres expositions significatives à des animaux ont fait l'objet d'une évaluation du risque de rage à la DSPublique. De ce nombre, 55 ont impliqué des morsures/griffures d'animaux domestiques (chiens, chats, furets), 18 provenant d'animaux sauvages et 8 de chauves-souris.

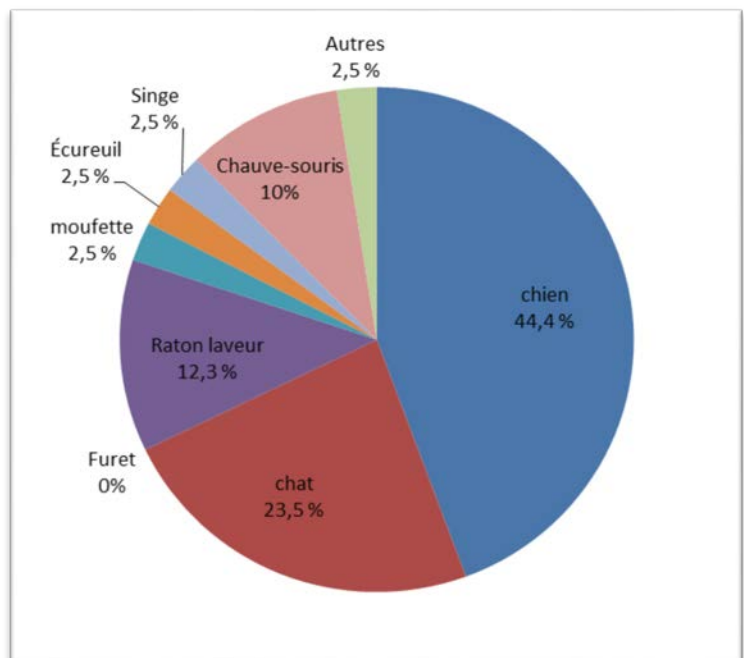
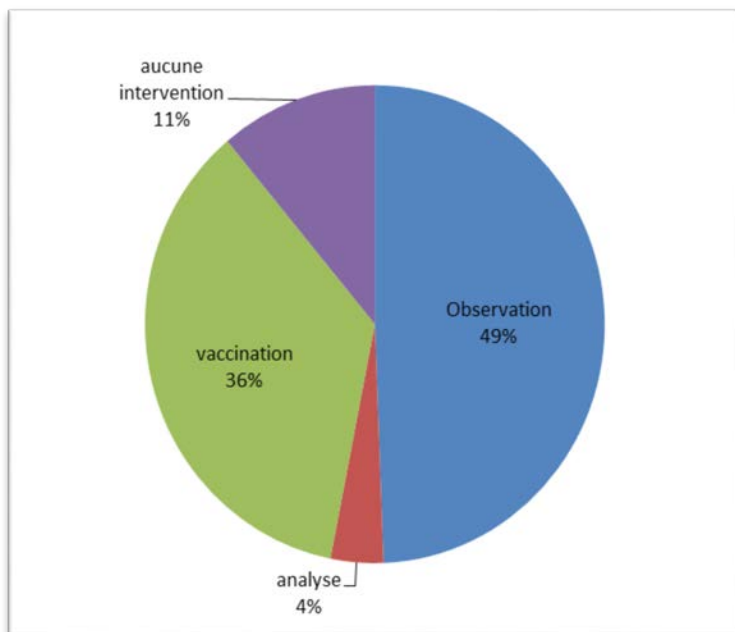


Figure 1 : Distribution des animaux domestiques, sauvages et chauves-souris ayant fait l'objet d'une évaluation du risque de rage par la DSPublique.



L'observation de 10 jours a été possible pour 49 animaux domestiques. De plus, 3 chauves-souris ont fait l'objet d'une analyse à la demande de la DSPublique. Aucun cas de rage animale ni humaine n'a été identifié. La prophylaxie antirabique (vaccination) a été administrée à 26 Lanaudois.

Figure 2 : Distribution des interventions suite à l'évaluation du risque de rage par la DSPublique lors d'exposition significative à un animal.

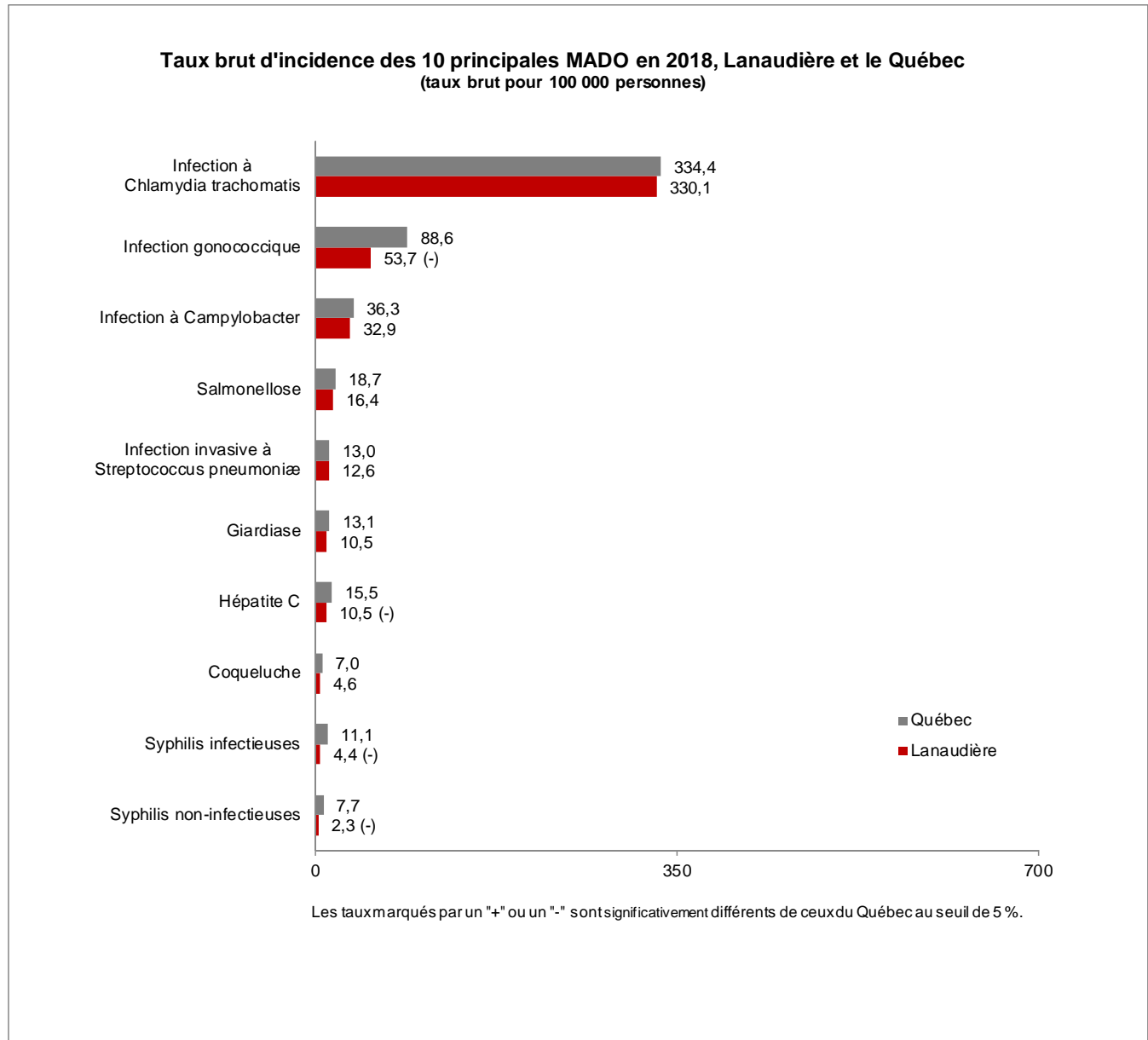
Toute exposition significative (morsure, exposition avec un bris cutané ou un contact avec une muqueuse) doit faire l'objet d'une évaluation. La rage humaine est une maladie à déclaration obligatoire. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) rend disponibles plusieurs outils pour faciliter la prise de décision : **Algorithme d'aide à la décision – Gestions des expositions à risque de rage** : <https://www.msss.gouv.qc.ca/aide-decision/accueil.php?situation=Rage> **Algorithme d'aide à la décision pour l'administration de la prophylaxie postexposition (PPE) contre la rage (PIQ)** : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/rage-vaccin-contre-la-rage/> **Formulaire de signalement au MAPAQ et outils de la rage du MSSS** : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/zoonoses/rage/documentation/>

Pour plus d'informations sur la rage, vous référer au bulletin [Le Prévenant vol. 27, no 12 – Juillet 2018](#).

Patricia Cunningham, conseillère en soins infirmiers

COMPARAISON AVEC LE QUÉBEC

Au regard des maladies infectieuses les plus fréquemment déclarées en 2018, Lanaudière affiche des taux inférieurs au Québec pour toutes ces maladies. Toutefois, l'écart est plus évident pour l'ITS MADO infection gonococcique.



Sources de données :

MSSS, Estimations et projections démographiques, mars 2015.

LSPQ. Fichier provincial des MADO 2014 à 2018. (semaines CDC)

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

Maladie à déclaration obligatoire (MADO)	2014		2015		2016		2017		2018	
	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)										
Chancres mou	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Hépatite B	17	3.4	16	3.2	18	3.5	18	3.5	26	5.0
Hépatite B aiguë	0	0.0	2	0.4	1	0.2	2	0.4	1	0.2
Hépatite B chronique	16	3.2	14	2.8	15	2.9	4	0.8	8	1.5
Hépatite B sans précision	1	0.2	0	0.0	2	0.4	12	2.3	17	3.3
Hépatite C	58	11.7	45	9.0	42	8.2	58	11.2	55	10.5
Hépatite C aiguë	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Hépatite C sans précision	58	11.7	45	9.0	42	8.2	58	11.2	55	10.5
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	1 483	299.0	1 534	305.1	1 510	296.2	1 515	293.2	1 728	330.0
Infection à HTLV type I ou II	0	0.0	0	0.0	1	0.2	2	0.4	1	0.2
Infection gonococcique	158	31.9	150	29.8	148	29.0	184	35.6	281	53.7
Granulome inguinal	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Lymphogranulomatose vénérienne	0	0.0	1	0.2	3	0.6	0	0.0	2	0.4
Syphilis infectieuses	22	4.4	29	5.8	28	5.5	30	5.8	23	4.4
Syphilis primaire	12	2.4	16	3.2	9	1.8	11	2.1	9	1.7
Syphilis secondaire	6	1.2	4	0.8	4	0.8	7	1.4	4	0.8
Syphilis latente moins d'un an	4	0.8	9	1.8	15	2.9	12	2.3	10	1.9
Syphilis non-infectieuses	15	3.0	13	2.6	21	4.1	15	2.9	12	2.3
Syphilis latente plus d'un an	13	2.6	12	2.4	16	3.1	10	1.9	12	2.3
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)	1	0.2	1	0.2	5	1.0	4	0.8	0	0.0
Syphilis symptomatique tardive autre	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Syphilis tertiaire autre que neurosyphilis	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Syphilis autres formes	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	0	0.0
Syphilis sans précision	2	0.4	2	0.4	8	1.6	6	1.2	5	1.0
Syphilis congénitale	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	0	0.0
VIH (ayant donné/reçu du sang ou des tissus)	0	0.0	0	0.0	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)	1 755	353.9	1 790	356.0	1 779	349.0	1 829	354.0	2 133	407.4
Maladies entériques et maladies d'origine alimentaire ou hydrique										
Amibiase	10	2.0	6	1.2	12	2.4	13	2.5	12	2.3
Brucellose	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Cryptosporidiose	1	0.2	5	1.0	7	1.4	4	0.8	2	0.4
Cyclospore	0	0.0	0	0.0	2	0.4	0	0.0	0	0.0
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	8	1.6	5	1.0	8	1.6	12	2.3	10	1.9
Gastro-entérite épidémique d'origine (étiologie) indéterminée	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Giardiase	68	13.6	124	24.7	104	20.4	76	14.7	55	10.5
Hépatite A	0	0.0	4	0.8	0	0.0	6	1.2	2	0.4
Hépatite E	2	0.4	1	0.2	0	0.0	2	0.4	1	0.2
Infection à Campylobacter	131	26.3	149	29.6	152	29.8	201	38.9	172	32.9
Infection à Escherichia coli	4	0.8	7	1.4	9	1.8	18	3.5	20	3.8
Infection à Escherichia coli producteur de vérocytotoxine	4	0.8	7	1.4	9	1.8	18	3.5	20	3.8
Infection invasive à Escherichia coli	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Listériose	4	0.8	2	0.4	2	0.4	2	0.4	2	0.4
Salmonellose	73	14.7	87	17.3	95	18.6	86	16.6	86	16.4
Shigellose	3	0.6	10	2.0	11	2.2	15	2.9	6	1.2
Toxi-infection alimentaire ou hydrique	18	3.5	11	2.2	20	3.9	10	1.9	6	1.2
Trichinose	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total des maladies entériques et maladies d'origine alimentaire ou hydrique	321	64.7	411	81.7	422	82.8	445	86.1	375	71.6

Maladie à déclaration obligatoire (MADO)	2014		2015		2016		2017		2018	
	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi	n	Tbi
Maladies transmissibles par voie aérienne (MTVA)										
Infection à streptocoques groupe A	23	4,6	32	6,4	21	4,1	25	4,8	32	6,1
Légionellose	14	2,8	35	7,0	14	2,8	18	3,5	17	3,3
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	7	1,4	3	0,6	1	0,2	5	1,0	3	0,6
Total des maladies transmissibles par voie aérienne (MTVA)	44	8,9	70	13,9	36	7,1	48	9,3	52	9,9
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	1	0,2	5	1,0
Fièvre dengue	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fièvre Q	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0	1	0,2
Infection à Plasmodium (malaria)	2	0,3	3	0,6	8	1,6	10	1,9	2	0,4
Infection au virus Chikungunya	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection au virus Zika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Leptospirose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Maladie de Chagas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maladie de Lyme	3	0,6	0	0,0	4	0,8	9	1,7	6	1,2
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	1	0,2	0	0,0	0	0,0
VNO (Infection par le virus du Nil occidental)	1	0,2	5	1,0	6	1,2	1	0,2	11	2,1
Total des zoonoses et maladies à transmission vectorielle (MTV)	6	1,1	8	1,6	21	4,1	21	4,1	26	5,0
Infections nosocomiales et transmises par contact direct										
ERV (Éclosion à entérocoques résistants à la vancomycine)	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
SARM (Éclosion à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline)	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
SARV (Infection au Staphylococcus aureus résistant à la vancomycine)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)	2	0,4	2	0,4	2	0,4	3	0,6	0	0,0
Variante de la MCJ (vMCJ)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total des infections nosocomiales et transmises par contact direct	2	0,4	2	0,40	2	0,4	3	0,6	0	0,0
Maladies évitables par la vaccination (MEV)										
Coqueluche	32	6,5	46	9,2	319	62,6	64	12,4	24	4,6
Diphthérie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infection à Hæmophilus influenzae	6	1,2	18	3,6	8	1,6	12	2,3	15	2,9
Infection à méningocoques	2	0,4	0	0,0	2	0,4	1	0,2	1	0,2
Infection invasive à Streptococcus pneumoniae	47	9,4	50	9,9	62	12,2	35	6,8	66	12,6
Oreillons	0	0,0	0	0,0	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	159	31,6	0	0,0	0	0,0	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)	87	17,4	273	54,3	391	76,7	112	21,7	106	20,3
Maladies à surveillance extrême (MASE)										
Botulisme										
Choléra										
Fièvre jaune										
Fièvres hémorragiques virales										
Infection à Hantavirus										
Maladie du Charbon (anthrax)										
Peste										
Variole										
Total des maladies à surveillance extrême (MASE)										
ENSEMBLE DES MADO	2 214	446,4	2 554	507,9	2 651	520,0	2 458	475,7	2 692	514,2

**MISE À JOUR DU RÈGLEMENT MINISTÉRIEL D'APPLICATION DE LA LOI DE SANTÉ PUBLIQUE :
AJUSTEMENT À LA LISTE DES MADO ET DES RESPONSABILITÉS DES MÉDECINS ET LABORATOIRES**

Maladies à déclaration obligatoire

Le bilan lanauois des MADO d'origine infectieuse permet chaque année de présenter l'évolution de la situation des MADO au cours des dernières années. La déclaration obligatoire de ces maladies infectieuses permet à la Direction de santé publique (DSPublique) d'exercer sa fonction de vigie sanitaire et de surveillance. L'équipe des maladies infectieuses peut ainsi entreprendre des enquêtes épidémiologiques et des interventions de santé publique afin de tenter de déterminer l'origine de certaines MADO pour en prévenir la propagation ou contrôler les éclosions.

Le bilan MADO inclut les MADO déclarées de la semaine 1 à 52 (CDC), soit du 31 décembre 2017 au 29 décembre 2018

Signalement au directeur de santé publique

Un médecin qui soupçonne une menace à la santé de la population doit en aviser le directeur de santé publique du territoire (LSP, chap.X,art.93, chapXI,art.964^o).

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-2.2>

Une évaluation du signalement sera effectuée par les professionnels à la direction de santé publique selon un cadre de gestion provincial.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002311/>

Règlement ministériel d'application (RMA) de la loi sur la santé publique

Le RMA de la loi sur la santé publique est entré en vigueur le 17 octobre dernier. Il contient quelques ajustements au niveau de la liste des MADO infectieuses et chimique, comme par exemple : l'infection par le virus du Zika par le laboratoire. De plus, certaines modalités de déclaration ont été modifiées, telle : tout médecin qui diagnostique une MADO ou qui constate des signes cliniques caractéristiques chez une personne vivante ou décédée est tenu de faire une déclaration au directeur de santé publique du lieu de résidence de la personne visée par la déclaration.

Nous vous invitons à consulter le document du MSSS qui décrit toutes les modifications au règlement sous forme de tableau résumé à l'adresse web suivante :

https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/flashvigie/FlashVigie_vol14_no8.pdf

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
Dominique Martel, chef d'administration de programme protection maladies infectieuses et santé environnementale

Rédaction

Geneviève Anctil, Martin Aumont, D^{re} Dominique Bernard, D^{re} Chantale Boucher, D^{re} Maryse Cayouette, Karine Chabot, Patricia Cunningham
D^{re} Joane Désilets, Geneviève Landry, Vanessa Lauzon, Dominique Martel, Annie Payette, D^r Pierre Robillard, François Tremblay, équipe des maladies infectieuses

Soutien technique

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

Mise en page

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

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 2019

Dépôt légal

Quatrième trimestre 2019
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.cisss-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 