

Rapport annuel 2007

Les maladies infectieuses en Montérégie,
incluant
les maladies à déclaration obligatoire
(MADO)

Christine Lacroix

Éric Levac

Lina Perron

Juin 2008

Auteurs

Christine Lacroix
Éric Levac
Lina Perron

Comité de rédaction

Louise de la Boissière
Patricia Hudson
Christine Lacroix
Éric Levac
François Milord
Lina Perron

Collaborateurs et collaboratrices de l'équipe maladies transmissibles

Marie-Josée Archetto	France Janelle	Denise Palardy
Sophie Blanchette	Philippe Koné	Andrée Perreault
Isabelle Boily	Agathe Lagacé	Julie Picard
Chantal Boulet	Ginette Lagarde	Stéphane Roy
Yen-Giang Bui	Louise Lambert	Dominique Tremblay
Julie Charron	Josée Massicotte	Nicole Trudeau
Anne-Marie Clouâtre	Danielle Meilleur	Jean-Jacques Turcotte
Serge Dufresne	Lucie Messier-Fugère	Jordan Tustin
Hélène Favron	Thérèse Monast	Danielle Vachon
Céline Gariépy	Rith Soulyvane Nguon	

Secrétariat et mise en page

Louise Couture

Conception et réalisation de la page couverture

René Larivière

Responsable de l'édition

François Simard

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Service ressources documentaires – Vente de publications
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3
450 928-6777, poste 4213

Cette publication est disponible sur le site Internet de l'Agence à l'adresse : www.rrsss16.gouv.qc.ca

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2008
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 978-2-89342-418-7

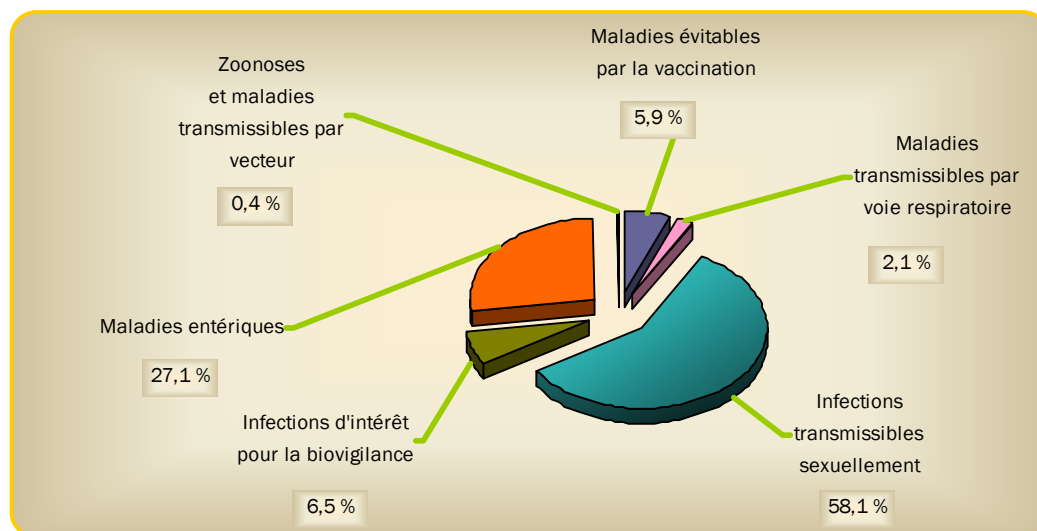


Ce document est imprimé sur du papier recyclé

Faits saillants

En 2007, un total de 3 697 cas de maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse ont été déclarés en Montérégie.

Figure 1 Distribution des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse, Montérégie, 2007 (n = 3 697)



Maladies évitables par la vaccination

- Le nombre de cas d'hépatite B aiguë déclarés en 2007 (3 cas) est le plus petit depuis 1990. De 2005 à 2007, la moyenne de cas déclarés est de 4 cas par an, alors qu'on observait une moyenne de 67 cas par année de 1990 à 1992. Cela représente une diminution de 94 %.
- Aucun des 13 cas d'infection invasive à pneumocoque chez les enfants âgés de moins de 5 ans n'a été causé par un sérotype contenu dans le vaccin 7-valent. Depuis l'introduction du vaccin 7-valent contre le pneumocoque en 2004, on observe une baisse significative de la proportion des cas où une souche incluse dans le vaccin est isolée.

- Après plusieurs années de taux d'oreillons très bas, le Québec a connu une éclosion en 2007. Sur les 27 cas déclarés au Québec, 5 résidaient en Montérégie. Les cas montérégiens étaient tous âgés de 15 ans ou plus, et seulement 2 d'entre eux étaient vaccinés contre les oreillons.
- Le Québec a également connu une éclosion de rougeole en 2007, touchant 99 personnes. La Montérégie a été une des deux régions les plus touchées, avec 28 cas. Seulement 2 personnes étaient vaccinées contre la rougeole parmi les cas de la Montérégie.
- La couverture vaccinale contre l'influenza du personnel des établissements de santé (47 %) demeure inférieure à l'objectif de 80 %.

Maladies transmissibles par voie respiratoire

- Il y a eu 14 déclarations de tuberculose en Montérégie cette année. Il s'agit du plus petit nombre déclaré depuis 1990.

Infections transmissibles sexuellement

- L'incidence d'infections à *Chlamydia trachomatis* continue d'augmenter. En 2007, 1 832 cas ont été déclarés en Montérégie.
- L'incidence des infections gonococciques en Montérégie en 2007 est semblable à celle de 2006. Cependant, on observe une augmentation du nombre de cas chez les jeunes filles. La proportion de souches résistantes aux quinolones demeure élevée (46 % en Montérégie).
- Le nombre de cas de syphilis infectieuse continue d'augmenter en Montérégie. Trente-quatre (34) cas ont été déclarés, tous chez des hommes.

Maladies entériques

- Le nombre de cas d'hépatite A déclarés en 2007 (7 cas) est le plus petit depuis 1990.
- Durant la saison 2007-2008, on a observé moins d'éclosions de gastro-entérite épidémique comparativement à l'année précédente. La saison 2006-2007 s'était distinguée par le nombre très élevé d'épisodes déclarés dans les établissements.

Zoonoses et maladies transmissibles par vecteur

- La rage du raton laveur a connu une expansion en Montérégie en 2007. Cette situation a fait augmenter le nombre d'enquêtes effectuées ainsi que celui des prophylaxies postexposition.

Infections nosocomiales

- L'incidence de la diarrhée associée au *Clostridium difficile* a diminué de 14 % par rapport à l'année précédente en Montérégie.



Remerciements

Ce document a été réalisé grâce au travail de l'ensemble des professionnels de l'équipe maladies transmissibles.

Nous remercions les médecins et le personnel des laboratoires des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des laboratoires privés qui ont déclaré des cas de maladies à déclaration obligatoire (MADO). Nous remercions tous les intervenants et particulièrement les infirmières œuvrant dans les missions CLSC, CH et CHSLD des CSSS ainsi que le personnel des écoles et des services de garde à l'enfance qui ont signalé des cas possibles de maladies infectieuses.

Nous remercions aussi l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) et l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) d'avoir fourni certaines données nécessaires à la rédaction de ce rapport.

Nous adressons un merci tout spécial aux agentes administratives Mesdames Gaétane Bilodeau, France Bélanger, Sylvie Cayouette, Ginette Comeau, Maryse Danault, Margelaine Gauthier, Assietou Gaye, Marie-Claude Guillette, Claudette Jarry, Liette Labrecque, Monique Lévesque, Christine Lisak et Gisèle Ménard pour leur étroite collaboration à la saisie, à l'archivage et à la collecte des informations assurant ainsi la qualité du système de surveillance.

Enfin, les auteurs tiennent à remercier chaleureusement Madame Louise Couture pour sa créativité dans la mise en forme du rapport et pour sa patience envers les rédacteurs.



Mot de la directrice

La *Loi sur la santé publique* exige de la directrice de santé publique qu'elle prenne les mesures pour prévenir et enrayer la contagion ou l'épidémie et protéger la santé de la population lorsqu'une maladie à déclaration obligatoire ou un problème de nature infectieuse ou toxique lui est signalé. Pour assumer cette responsabilité, la directrice doit compter sur une équipe dédiée à la surveillance, à la prévention et au contrôle des maladies infectieuses.

Je suis fière de vous présenter ce dixième rapport annuel sur les maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse en Montérégie produit par la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSSM).

La publication du rapport 2007 est un moyen privilégié pour présenter l'état de situation le plus récent sur les maladies infectieuses en Montérégie ainsi que sur les actions réalisées pour réduire leur incidence et leur impact dans notre communauté.

La qualité d'un système de surveillance dépend de nombreux intervenants qui contribuent à la déclaration, à la collecte, à la validation, à l'analyse et à la diffusion des données. Celles-ci permettent à la fois de suivre les tendances des maladies, de détecter les éclosions, d'identifier les problèmes prioritaires ainsi que certains facteurs de risque et déterminants sociodémographiques associés aux différentes infections.

Je tiens à remercier tous ceux et celles qui collaborent au système de surveillance sur les maladies infectieuses en Montérégie et qui sont associés, de près ou de loin, à ce rapport.

La directrice,




Jocelyne Sauvé, M.D.



Table des matières

FAITS SAILLANTS _____	3
LISTE DES TABLEAUX _____	11
LISTE DES FIGURES _____	13
LISTE DES ANNEXES _____	15
LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES _____	17
INTRODUCTION _____	19
1. MÉTHODOLOGIE _____	21
1.1 Sources des données _____	21
1.2 Analyse des données _____	22
2. PORTRAIT DES DÉCLARATIONS _____	23
3. MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION _____	27
3.1 Maladies faisant l'objet d'un programme de vaccination _____	27
3.2 Couvertures vaccinales _____	29
3.3 Manifestations cliniques survenant après la vaccination (MCSAV) _____	33
4. MALADIES TRANSMISSIBLES PAR VOIE RESPIRATOIRE _____	37
5. INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT _____	41
5.1 Infections faisant l'objet de surveillance _____	41
5.2 Interventions préventives auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires (IPPAP) _____	45
6. INFECTIONS D'INTÉRÊT POUR LA BIOVIGILANCE _____	47
7. MALADIES ENTÉRIQUES _____	51
7.1 Maladies entériques selon la nature de l'agent pathogène _____	51
7.2 Éclosions de maladies entériques _____	54
8. ZOONOSES ET MALADIES TRANSMISSIBLES PAR VECTEUR _____	57
8.1 Zoonoses _____	57
8.2 Maladies transmissibles par vecteur _____	59

9. INFECTIONS NOSOCOMIALES	61
9.1 Infections nosocomiales causées par des bactéries multirésistantes	61
9.2 Éclosions d'influenza dans les établissements de soins	62
9.3 Éclosions de gastro-entérite dans les établissements de soins	63
9.4 Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i> (DACD)	63
CONCLUSION	65
BIBLIOGRAPHIE	67



Liste des tableaux


Tableau I	Distribution des déclarations des MADO d'origine infectieuse selon les déclarants, Montérégie, 2003-2007 _____	25
Tableau II	Nombre annuel de cas de maladies évitables par la vaccination, Montérégie, 1998-2007 _____	26
Tableau III	Distribution selon le sexe et l'âge des maladies évitables par la vaccination, Montérégie, 2007 _____	26
Tableau IV	Nombre de cas et incidence par 100 000 de la coqueluche selon l'âge, Montérégie, 2004-2007 _____	27
Tableau V	Couvertures vaccinales de 6 groupes visés par les programmes de vaccination selon le CSSS, Montérégie, 2006-2007 _____	30
Tableau VI	Nombre de doses administrées du vaccin contre l'influenza dans les différents lieux de vaccination selon le CSSS, Montérégie, 2006-2007 _____	32
Tableau VII	Nombre et taux d'incidents déclarés après une vaccination selon le type de vaccin, Montérégie, 2007 _____	35
Tableau VIII	Nombre annuel de cas de maladies transmissibles par voie respiratoire, Montérégie, 1998-2007 _____	36
Tableau IX	Distribution selon le sexe et l'âge des maladies transmissibles par voie respiratoire, Montérégie, 2007 _____	36
Tableau X	Présentations cliniques et facteurs de risque des infections invasives à streptocoque du groupe A, Montérégie, 2007 _____	37
Tableau XI	Nombre annuel de cas d'infections transmissibles sexuellement, Montérégie, 1998-2007 _____	40
Tableau XII	Distribution selon le sexe et l'âge des infections transmissibles sexuellement, Montérégie, 2007 _____	40
Tableau XIII	Distribution selon le sexe des informations disponibles sur les cas d'infection gonococcique, Montérégie, 2007 _____	44
Tableau XIV	Nombre d'interventions préventives auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires (IPPAP) réalisées selon la nature de l'infection, Montérégie, 2007 _____	45

Tableau XV	Nombre annuel de cas d'infections d'intérêt pour la biovigilance, Montérégie, 1998-2007 _____	46
Tableau XVI	Distribution selon le sexe et l'âge des infections d'intérêt pour la biovigilance, Montérégie, 2007 _____	46
Tableau XVII	Délais pour la recherche de don ou de réception de produits sanguins selon l'infection ou la maladie, Québec, 2007 _____	49
Tableau XVIII	Nombre annuel de cas de maladies entériques Montérégie, 1998-2007 _____	50
Tableau XIX	Distribution selon le sexe et l'âge des maladies entériques, Montérégie, 2007 _____	50
Tableau XX	Distribution des cas de maladies entériques selon la nature du pathogène, Montérégie, 2007 _____	51
Tableau XXI	Synthèse des éclosions provinciales de maladies entériques avec des cas en Montérégie, 2007 _____	54
Tableau XXII	Nombre annuel de cas de zoonoses et de maladies transmissibles par vecteur, Montérégie, 1998-2007 _____	56
Tableau XXIII	Distribution selon le sexe et l'âge des zoonoses et des maladies transmissibles par vecteur, Montérégie, 2007 _____	56
Tableau XXIV	Nombre d'enquêtes et de prophylaxies postexposition contre la rage (PPE) recommandées selon l'espèce animale, Montérégie, 2001-2007 _____	58
Tableau XXV	Données sur les cas de SARM dans les centres hospitaliers, Montérégie, 2005-2006 à 2007-2008 _____	61
Tableau XXVI	Synthèse des éclosions d'influenza dans les CHSLD, Montérégie, 2007-2008 _____	62
Tableau XXVII	Nombre et proportion des DACD nosocomiales ayant amené une complication ou un décès, Montérégie, 2005-2006 à 2007-2008 _____	64



Liste des figures

Figure 1	Distribution des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse, Montérégie, 2007 _____	3
Figure 2	Distribution des déclarations selon le type de déclarant, Montérégie, 2003-2007 _____	23
Figure 3	Nombre de cas d'infection invasive à pneumocoque chez des enfants âgés de moins de 5 ans selon le sérotype en cause, Montérégie, 1998-2007 _____	28
Figure 4	Pourcentage des travailleurs de la santé vaccinés contre l'influenza selon le CSSS, Montérégie, 2005-2006 et 2006-2007 _____	32
Figure 5	Incidence par 100 000 des infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> , Montérégie et Québec, 1990-2007 _____	41
Figure 6	Carte de l'incidence annuelle par 100 000 des infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> selon le CSSS, Montérégie, 2006 et 2007 _____	42
Figure 7	Nombre et incidence par 100 000 des infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> selon le CSSS, Montérégie, 2007 _____	42
Figure 8	Incidence par 100 000 des infections gonococciques, Montérégie et Québec, 1990-2007 _____	43
Figure 9	Incidence par 100 000 des infections gonococciques chez les femmes selon différents groupes d'âge, Montérégie, 2001-2007 _____	43
Figure 10	Carte de l'incidence annuelle moyenne par 100 000 des infections à <i>Campylobacter</i> selon le CSSS, Montérégie, 2005-2007 _____	52
Figure 11	Carte de l'incidence annuelle moyenne par 100 000 des infections à <i>Salmonella</i> selon le CSSS, Montérégie, 2005-2007 _____	52
Figure 12	Nombre mensuel d'épisodes de gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée, Montérégie, mai 2002 à mars 2008 _____	55
Figure 13	Localisation des animaux rabiques infectés par la souche du raton laveur et régions à risque élevé, Montérégie, au 31 décembre 2007 _____	58
Figure 14	Incidence par 10 000 patients-jours de DACD nosocomiale selon le centre hospitalier, Montérégie et Québec, 2005-2006 à 2007-2008 _____	63
Figure 15	Incidence par 10 000 patients-jours de DACD d'acquisition nosocomiale, Montérégie et Québec, septembre 2004 à mars 2008 _____	64



Liste des annexes

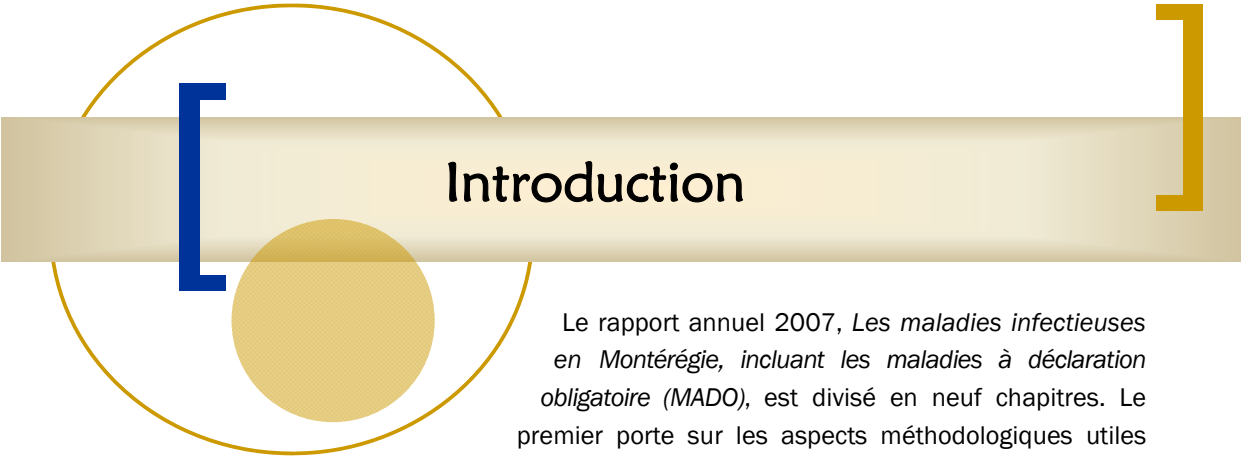
- Annexe 1 Liste des maladies d'origine infectieuse à déclaration obligatoire au Québec et liste des modifications faites depuis le début du registre central MADO
- Annexe 2 Nombre annuel de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Montérégie, 1998-2007
- Annexe 3 Incidence annuelle par 100 000 des maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Montérégie, 1998-2007
- Annexe 4 Nombre de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon le CSSS, Montérégie, 2007
- Annexe 5 Incidence par 100 000 des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon le CSSS, Montérégie, 2007
- Annexe 6 Nombre de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'âge et le sexe, Montérégie, 2007
- Annexe 7 Incidence par 100 000 des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'âge, Montérégie, 2007
- Annexe 8 Nombre de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon le mois de déclaration, Montérégie, 2007
- Annexe 9 Nombre annuel de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Québec, 1998-2007
- Annexe 10 Incidence annuelle par 100 000 des maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Québec, 1998-2007
- Annexe 11 Nombre de cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'âge et le sexe, Québec, 2007
- Annexe 12 Incidence par 100 000 des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon l'âge, Québec, 2007
- Annexe 13 Données de population, Montérégie et Québec, 1990-2007 et carte des CSSS de la Montérégie



Liste des sigles et des acronymes

ACIA	Agence canadienne d'inspection des aliments
ASSSM	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
BSV	Bureau de surveillance et vigie
CLSC	Centre local de services communautaires
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DACD	Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i>
dCaT	Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos
DSP	Direction de santé publique
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
ESPRI	Effets secondaires des produits immunisants
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
HBsAg	Antigène de surface de l'hépatite B
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> de type b
HTLV	Virus T-lymphotrope humain
IgM	Immunoglobulines de type M
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LCR	Liquide céphalo-rachidien
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec

MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MCJ	Maladie de Creutzfeldt-Jakob
MCSAV	Manifestation clinique survenant après la vaccination
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAR	Plan d'action régional
PCR	Réaction polymérase en chaîne
PES	Programme d'échange de seringues
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PPE	Prophylaxie postexposition
RRO	Vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SARV	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la vancomycine
SGA	Streptocoque du groupe A
SHU	Syndrome hémolytique urémique
SOR	Syndrome oculo-respiratoire
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
Surv-UDI	Surveillance épidémiologique du VIH et du VHC chez les utilisateurs de drogues par injection au Québec
TOD	Thérapie sous observation directe
UDI	Utilisateur de drogue par injection
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VNO	Virus du Nil occidental



Introduction

Le rapport annuel 2007, *Les maladies infectieuses en Montérégie, incluant les maladies à déclaration obligatoire (MADO)*, est divisé en neuf chapitres. Le premier porte sur les aspects méthodologiques utiles pour la compréhension et l'interprétation des données. Le deuxième chapitre dresse le portrait des déclarants pour les cas de maladies à déclaration obligatoire survenus chez des résidents de la Montérégie. Le troisième chapitre traite des maladies évitables par l'immunisation qui font l'objet d'un programme de vaccination soutenu financièrement par le MSSS. Les chapitres 4 à 8 présentent une analyse et une interprétation des données sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire regroupées selon leur mode de transmission :

- les maladies transmissibles par voie respiratoire (chapitre 4);
- les infections transmissibles sexuellement (chapitre 5);
- les infections d'intérêt pour la biovigilance (chapitre 6);
- les maladies entériques (chapitre 7);
- les zoonoses et les maladies transmissibles par vecteur (chapitre 8).

Le chapitre 9 porte sur diverses infections nosocomiales qui sont à déclaration obligatoire ou qui font l'objet d'un programme de surveillance.

La liste des maladies d'origine infectieuse à déclaration obligatoire au Québec et les modifications apportées depuis 1990 sont présentées à l'annexe 1. Des tableaux synthèses portant sur les maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse sont présentés dans les annexes 2 à 8 pour la Montérégie et 9 à 12 pour la province de Québec. Ces annexes détaillent le nombre et l'incidence annuels depuis 1998 ainsi que la distribution des cas déclarés en 2007 selon différents critères. Finalement, des données sur la population de la Montérégie et du Québec sont fournies à l'annexe 13, de même qu'une carte des territoires des CSSS de la Montérégie.



Méthodologie

1.1 Sources des données

Les données concernant les maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse décrites dans ce rapport sont obtenues du registre central MADO du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Seuls les cas validés selon les définitions nosologiques du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2006) sont inclus dans ce rapport. De l'information complémentaire est aussi obtenue à partir des enquêtes réalisées par les professionnels de la DSP.

Depuis 2004, la surveillance de l'infection par le VIH et du sida est exercée au niveau provincial et les données sont gérées par le LSPQ. Les données pour l'année 2007 n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction de ce rapport. Dans les données MADO, les seuls cas déclarés sont ceux pour lesquels une enquête de biovigilance est effectuée.

Pour l'influenza, les informations sont tirées de données québécoises fournies par le LSPQ ainsi que des données provenant du système régional de surveillance de l'influenza auquel participent les laboratoires de tous les centres hospitaliers de la Montérégie.

Les données sur les couvertures vaccinales des programmes de vaccination en milieu scolaire, la vaccination contre l'hépatite B en 4^e année du primaire et la mise à jour de l'immunisation des élèves de la 3^e année du secondaire ont été obtenues et calculées pour l'année scolaire 2006-2007 à partir des données fournies par les CSSS. Les données sur le nombre de doses de vaccin administrées et les couvertures vaccinales contre l'influenza et contre le pneumocoque ont été fournies par les vaccinateurs.

Les manifestations cliniques survenant après la vaccination (MCSAV) sont à déclaration obligatoire en vertu de la *Loi sur la santé publique*. À la suite d'un signalement, les professionnels de la DSP valident la manifestation clinique selon les critères définis dans le *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ). À noter qu'une manifestation clinique est définie comme une réaction liée dans le temps à la vaccination, qu'elle soit causée ou non par le vaccin. Les données ont été tirées du registre central ESPRI géré par le LSPQ.

Pour les infections nosocomiales, les données proviennent de différentes sources. Les données sur les infections à déclaration obligatoire sont extraites du registre central MADO : éclosions d'ERV dans un établissement de soins, éclosions de SARM dans un CHSLD et cas d'infection à SARV.

Les cas de SARM sont décrits à partir des données de la surveillance régionale du SARM faite en collaboration avec les laboratoires de tous les centres hospitaliers de la Montérégie. On présente aussi des données du programme provincial de surveillance des bactériémies à *Staphylococcus aureus*. Pour la diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD), les données proviennent du programme provincial de surveillance géré par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Finalement, les données sur les éclosions de gastroentérite et d'influenza dans les établissements de soins sont tirées du registre central des éclosions, registre géré par le LSPQ.

1.2 Analyse des données

Par convention, la date d'inscription au registre central MADO correspond à la date de réception de la première déclaration à la DSP et non à celle du début des symptômes. Les données sont présentées pour l'année civile à l'exception des données sur les couvertures vaccinales, sur l'influenza et sur les infections nosocomiales.

Les dénominateurs employés pour calculer les taux d'incidence par 100 000 personnes proviennent des projections démographiques calculées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) à partir des données du recensement de 2001.

Quant aux données du registre central MADO, les mises en garde suivantes s'appliquent :

- seuls les cas déclarés sont inscrits au registre central MADO. L'ampleur de la sous-déclaration varie d'une maladie à l'autre, principalement selon la gravité de la maladie;
- certaines MADO n'apparaissent pas dans le rapport ou les annexes, lorsqu'aucune déclaration n'a été reçue;
- le registre central MADO est dynamique, c'est-à-dire que des modifications y sont apportées constamment et rétrospectivement. Pour cette raison, on retrouve au bas de chaque annexe la date où l'extraction des données a eu lieu. Il peut arriver que les totaux des années antérieures varient d'un rapport à l'autre.

Portrait des déclarations

2

Près de 7 000 déclarations ont été reçues pour les 3 697 cas de maladies à déclaration obligatoire (MADO) validés en 2007. Près de 70 % de ces déclarations proviennent des laboratoires. Le tableau 1 comptabilise le nombre annuel de déclarations reçues à la DSP selon le type de déclarant de 2003 à 2007.

Parmi les 4 706 déclarations reçues des laboratoires, 63 % proviennent des hôpitaux de la Montérégie, 23 % d'autres laboratoires publics et privés du Québec et 15 % du LSPQ. Un peu plus de 30 % des déclarations proviennent d'un médecin ou d'un autre déclarant (ex. : infirmière). Un grand nombre de médecins (822) ont déclaré au moins 1 cas.

Pour 94 % des cas, un rapport de laboratoire a été transmis à la DSP, ce qui est attendu considérant que, pour la majorité des maladies, une analyse de laboratoire positive est nécessaire pour valider le cas. Une déclaration provenant d'un médecin a été transmise à la DSP pour la moitié des cas (52 %). La déclaration rapide du médecin traitant, avant la confirmation du cas par le laboratoire, est essentielle lorsqu'une intervention de santé publique est indiquée pour prévenir d'autres cas.

Figure 2 Distribution des déclarations selon le type de déclarant, Montérégie, 2003-2007

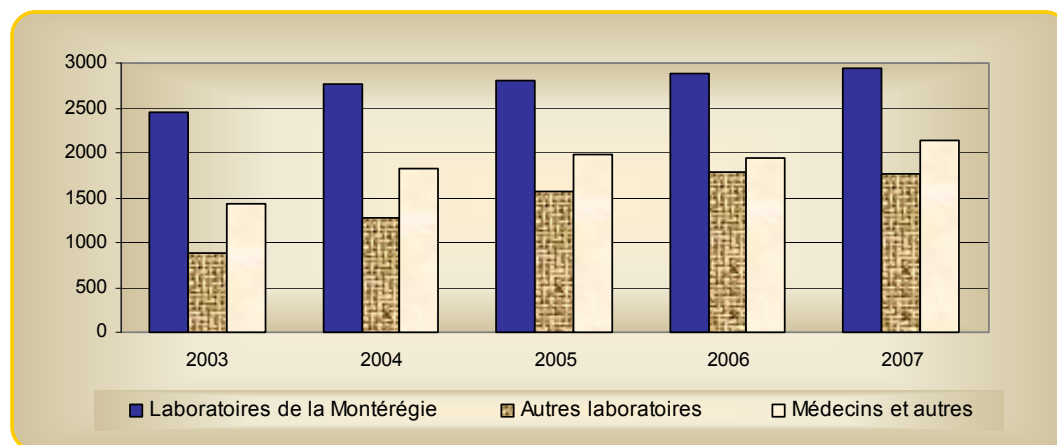


Tableau I Distribution des déclarations des MADO d'origine infectieuse selon les déclarants, Montérégie, 2003-2007

Déclarants	Nombre de déclarations ^(a)				
	2003	2004	2005	2006	2007
Laboratoires des CH de la Montérégie					
Hôpital Charles LeMoyne	494	595	487	626	666
Hôpital du Haut-Richelieu	404	433	531	467	494
Centre hospitalier Pierre-Boucher	367	315	356	344	397
Hôpital Honoré-Mercier	354	352	402	403	378
Centre hospitalier Régional du Suroît ^(b)	258	270	292	294	295
Centre hospitalier de Granby	170	222	254	257	225
Hôpital Anna-Laberge	166	269	232	229	253
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	165	184	168	174	170
Hôtel-Dieu de Sorel	81	115	91	80	72
Total	2 459	2 755	2 813	2 874	2 950
Autres laboratoires					
Autres laboratoires ^(c)	519	761	893	1 037	1 065
Laboratoire de santé publique du Québec	372	506	667	751	691
Total	891	1 267	1 560	1 788	1 756
Médecins et autres déclarants					
Médecins	1 381	1 710	1 860	1 818	1 976
Autres déclarants (infirmières et autres)	59	106	124	121	163
Total	1 440	1 816	1 984	1 939	2 139
Nombre total de déclarations	4 790	5 838	6 357	6 601	6 845

(a) Le nombre total de déclarations est supérieur au nombre de cas, car chaque cas peut avoir plus de 1 déclarant.

(b) Ces données incluent les déclarations des analyses faites pour l'Hôpital Barrie Memorial.

(c) Ces données incluent les hôpitaux des autres régions et les laboratoires privés.

Maladies évitables par la vaccination

Tableau II Nombre annuel de cas de maladies évitables par la vaccination, Montérégie, 1998-2007

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Coqueluche	723	316	141	156	181	40	73	153	81	55
Hépatite B aiguë	27	41	32	14	20	20	13	4	5	3
Infection invasive à <i>H. influenzae</i> ^(a)	1	1	-(b)	-	2	8	5	15	10	13
Infection invasive à méningocoque	4	5	6	13	9	8	7	9	11	16
Infection invasive à pneumocoque	95	97	120	110	124	113	128	115	97	101
Oreillons	1	-	1	-	1	1	-	-	1	5
Rougeole	-	1	-	-	1	-	-	-	-	28
Rubéole	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Rubéole congénitale	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Tétanos	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-

(a) De 1990 à 2003, seulement le type b était à déclaration obligatoire. Depuis 2004, tous les types d'*Haemophilus influenzae* sont à déclaration obligatoire.

(b) Aucun cas déclaré.

Tableau III Distribution selon le sexe et l'âge des maladies évitables par la vaccination, Montérégie, 2007

	Cas	Sexe		Groupes d'âge (années)						
		M	F	< 1	1-4	5-14	15-24	25-39	40-59	≥ 60
Coqueluche	55	23	32	3	6	31	6	4	5	-(a)
Hépatite B aiguë	3	3	-	1	-	-	1	-	1	-
Infection invasive à <i>H. influenzae</i>	13	4	9	2	1	1	3	-	3	3
Infection invasive à méningocoque	16	7	9	1	4	1	3	-	2	5
Infection invasive à pneumocoque	101	61	40	7	6	3	3	11	18	53
Oreillons	5	2	3	-	-	-	2	1	2	-
Rougeole	28	15	13	-	3	14	5	5	1	-

(a) Aucun cas déclaré.

Maladies évitables par la vaccination

3

3.1 Maladies faisant l'objet d'un programme de vaccination

Le calendrier régulier de vaccination inclut un vaccin contre les maladies suivantes : diphtérie, coqueluche, tétanos, poliomyélite, infection à *Haemophilus influenzae* de type b (Hib), infection à pneumocoque, rougeole, rubéole, oreillons, varicelle, infection à méningocoque de sérogroupe C, hépatite B et influenza. Les maladies sont présentées par ordre alphabétique dans le texte.

En 2007, 55 cas de **coqueluche** ont été déclarés, comparativement à 81 en 2006. La coqueluche est une maladie qui évolue de manière cyclique, avec des pics d'incidence tous les 3 à 4 ans. Actuellement, le Québec est dans une période de basse incidence. L'incidence de la coqueluche en Montérégie (4,0 par 100 000) est supérieure à celle du Québec (2,2 par 100 000). Les enfants les plus touchés sont ceux âgés de 10 à 14 ans (24,6 par 100 000), suivis des moins de 1 an (22,1 par 100 000).

Tableau IV Nombre de cas et incidence par 100 000 de la coqueluche selon l'âge, Montérégie, 2004-2007

Groupes d'âge	Nombre de cas				Incidence par 100 000			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Moins de 1 an	8	15	5	3	59,4	111,1	37,0	22,1
1 à 4 ans	4	17	4	6	7,4	31,4	7,3	10,9
5 à 9 ans	14	40	22	9	17,4	51,6	29,6	12,5
10 à 14 ans	36	60	32	22	37,4	63,1	34,6	24,6
15 ans ou plus	11	21	16	15	1,0	1,9	1,4	1,3
Inconnu	-	-	2	-	-	-	-	-
Total	73	153	81	55	5,4	11,3	5,9	4,0

Trois (3) cas d'**hépatite B aiguë** ont été déclarés en 2007. Il s'agit du plus petit nombre observé en Montérégie depuis 1990. En 2005-2007, la moyenne des cas déclarés est de 4 cas par an, alors qu'on observait une moyenne de 67 cas par année en 1990-1992. Cela représente une diminution de 94 %. Un nourrisson âgé de moins de 1 an a été infecté par sa mère, porteuse chronique du VHB. Le cas aurait pu être évité si les recommandations concernant les femmes enceintes (recherche de l'HBsAg et immunisation postpartum si le statut de la mère est positif ou inconnu) avaient été respectées. Les 2 hommes atteints ont contracté l'hépatite B par des

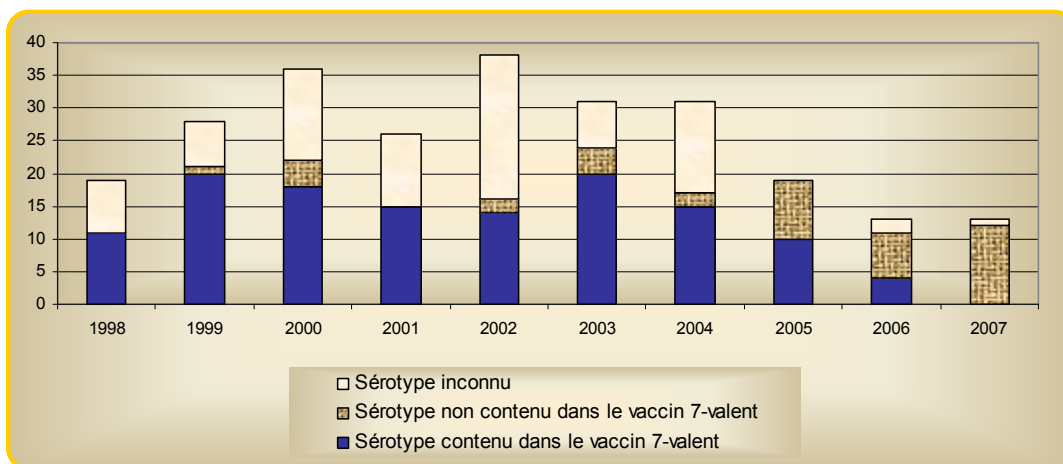
relations sexuelles non protégées, l'un avec des femmes et l'autre avec des hommes. Le nombre de cas d'hépatite B chronique (104) demeure stable et le groupe le plus touché est celui des hommes âgés entre 25 et 59 ans.

Parmi les 13 cas d'**infection invasive à *Haemophilus influenzae***, 2 ont été causés par une souche de type b, 2 par une souche de type f et 9 par une souche non encapsulée. La bactériémie est la présentation clinique la plus fréquente (11 cas). Aucune des 2 personnes infectées par une souche de type b (nourrisson âgé de moins de 1 an et adolescent) n'était vaccinée.

Seize (16) cas d'**infection invasive à méningocoque** ont été déclarés, dont 11 de sérotype B. Deux (2) cas causés par un sérotype C sont survenus chez des personnes non vaccinées âgées de plus de 40 ans. Deux infections invasives ont causé un décès : un sérotype B chez un enfant âgé de moins de 5 ans et un sérotype Y chez une personne âgée de plus de 60 ans.

En 2007, 101 cas d'**infection invasive à pneumocoque** (*Streptococcus pneumoniae*) ont été déclarés. L'incidence de la maladie est la plus élevée chez les nourrissons âgés de moins de 1 an (51,7 par 100 000) et chez les 60 ans ou plus (20,2 par 100 000). Depuis 2004, le vaccin conjugué 7-valent est administré aux enfants à partir de l'âge de 2 mois. Aucun des 13 cas survenus chez des enfants âgés de moins de 5 ans n'a été causé par un sérotype contenu dans ce vaccin. Chez les enfants de moins de 5 ans, le nombre moyen de cas causé par un sérotype contenu dans le vaccin 7-valent est passé de 16 cas en 2001-2003 à 5 cas en 2005-2007, une diminution de 70 %. Lorsque le sérotype était connu, 87 % des souches présentaient un sérotype contenu dans le vaccin 7-valent en 2001-2003 comparé à 33 % en 2005-2007 (figure 3). Depuis 2000, le vaccin polysaccharidique 23-valent est administré aux personnes âgées de 65 ans ou plus. En 2007, seulement 5 cas ont été causés par un sérotype contenu dans ce vaccin parmi les 43 cas survenus chez des personnes de cet âge et pour lesquels le sérotype est connu. Ces résultats démontrent l'importance de promouvoir et d'assurer la vaccination des personnes visées par les programmes de vaccination contre le pneumocoque afin de réduire les cas évitables.

Figure 3 Nombre de cas d'infection invasive à pneumocoque chez des enfants âgés de moins de 5 ans selon le sérotype en cause, Montérégie, 1998-2007



En date du 9 avril 2008, sur un total de 2 970 tests effectués en Montérégie, 528 (18 %) se sont avérés positifs pour l'**influenza**, 306 (10 %) de type A, 213 (7,2 %) de type B et 9 (0,3 %) de type indéterminé. Selon les cultures effectuées par le Laboratoire national de microbiologie à Winnipeg, la principale souche en circulation était B/Florida suivie de A/Solomon Islands (H1N1). La souche d'influenza A en circulation au Québec était incluse dans le vaccin influenza 2007-2008 mais non la souche d'influenza B.

Le pic de l'activité grippale pour l'influenza de type A a été atteint dans la semaine se terminant le 29 mars soit la 13^e semaine de l'année 2008, ce qui est plus tardif qu'au cours des 7 années antérieures (le pic est habituellement atteint autour de la 6^e semaine de l'année). En ce qui concerne l'influenza de type B, le pic d'activité grippale a été atteint dans la semaine se terminant le 5 avril 2008 (14^e semaine de l'année 2008). Pour obtenir des informations sur les éclosions d'influenza dans les établissements de soins, se référer au tableau XXVI du chapitre 9 sur les infections nosocomiales, page 62.

En Montérégie, 5 cas d'**oreillons** ont été déclarés. Tous les cas ont été confirmés par un test de laboratoire (PCR sur la salive et sur l'urine, présence d'IgM) ou par un lien épidémiologique avec un cas confirmé. Les personnes étaient âgées de 15 ans ou plus et toutes ont présenté une parotidite bilatérale accompagnée de fièvre. Seulement 2 personnes étaient vaccinées contre les oreillons. Une éclosion provinciale d'oreillons s'est déroulée du mois de mai au mois de novembre 2007. Au total, 27 cas ont été déclarés dans la province et la région la plus touchée est celle de Montréal (13 cas). Le virus ourlien identifié est du génotype G, le même que celui ayant causé des éclosions dans les provinces maritimes et dans l'ouest du Canada.

En 2007, 28 cas de **rougeole** ont été déclarés en Montérégie. Tous les cas ont été confirmés par un test de laboratoire (PCR sur la salive et sur l'urine, présence d'IgM) ou par un lien épidémiologique avec un cas confirmé. La majorité des personnes (61 %) étaient âgées de moins de 15 ans et le groupe d'âge le plus touché a été celui des enfants âgés de 10 à 14 ans. Parmi les 28 personnes atteintes, seulement 2 étaient vaccinées contre la rougeole. Ces cas font partie d'une éclosion provinciale (99 cas) où les régions les plus touchées ont été l'Estrie (32 cas) et la Montérégie (28 cas). L'éclosion provinciale de rougeole s'est déroulée du mois d'avril au mois de novembre 2007. La source de l'éclosion n'a pu être établie. Cette éclosion a suscité beaucoup de correspondance et d'interventions avec les milieux de soins et les milieux scolaires ou de garde, afin d'identifier les contacts à risque et d'offrir les immunoglobulines ou la vaccination lorsque nécessaire. Compte tenu de la très grande contagiosité de cette maladie, la couverture vaccinale élevée de la population a permis de contenir cette éclosion.

3.2 Couvertures vaccinales

La couverture vaccinale est définie par la proportion de personnes qui ont reçu le nombre de doses requises des vaccins prévus au calendrier vaccinal selon leur âge par rapport au nombre de personnes visées par la vaccination. Malgré l'absence d'un système d'information vaccinal provincial, plusieurs données sont recueillies pour évaluer les proportions de personnes vaccinées dans le cadre des programmes de vaccination du MSSS. Le tableau V présente les objectifs de couverture vaccinale du Plan d'action régional montérégien (PAR) et les données, selon le CSSS, pour 6 groupes différents visés par les programmes de vaccination.

Enfants âgés de 2 ans

Une étude menée en Montérégie (Hamid, 2008) a démontré que 77 % des enfants nés en 2002 et 2003 avaient reçu, à l'âge de 2 ans, les vaccins requis pour l'âge. Ce pourcentage variait de 73 à 95 % selon le CSSS.

Vaccination en 4^e année du primaire

Pour l'ensemble de la Montérégie, l'objectif provincial de vacciner 90 % des élèves de la 4^e année du primaire contre l'hépatite B est atteint (92 %). Toutefois, 3 CSSS n'ont pas atteint cet objectif, dont 2 avec 89 % et 1 avec 84 %. Malgré que l'offre de services des CSSS en milieu scolaire soit très efficace, des mesures doivent être mises en place afin de maintenir les taux de couverture vaccinale déjà obtenus.

À la fin de l'année scolaire 2006-2007, 95 % de ces élèves étaient protégés contre la varicelle.

Vaccination en 3^e année du secondaire

Le vaccin acellulaire contre la coqueluche (dCaT) est administré en milieu scolaire aux élèves de la 3^e année du secondaire. Plus de 15 000 doses de ce vaccin ont été administrées par les infirmières des CSSS. Cette intervention sert aussi à faire la mise à jour du calendrier vaccinal des adolescents parce qu'il s'agit de la dernière opportunité de les joindre pour compléter leur immunisation. La couverture vaccinale a été calculée pour 72 % des élèves, soit ceux ayant présenté une preuve de vaccination. Pour l'ensemble de la Montérégie, la proportion des élèves de la 3^e année du secondaire ayant reçu l'ensemble des vaccins prévus au calendrier vaccinal régulier est de 82 % comparativement à 86 % en 2005-2006. Le tableau suivant montre les différentes couvertures vaccinales selon le CSSS.

Tableau V Couvertures vaccinales de 6 groupes visés par les programmes de vaccination selon le CSSS, Montérégie, 2006-2007

CSSS	ENFANTS DE 2 ANS ^(a)	ÉLÈVES DE LA 4 ^e ANNÉE PRIMAIRE (HÉPATITE B)	ÉLÈVES DE LA 3 ^e ANNÉE SECONDAIRE ^(b)	PERSONNES RÉSIDANT EN CHSLD ^(c) (INFLUENZA)	PERSONNES DE 60 ANS OU PLUS ^(d) (INFLUENZA)	TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ ^(e) (INFLUENZA)
OBJECTIFS DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL (PAR)	95 %	90 %	80 %	80 %	80 %	80 %
du Haut-Saint-Laurent	95 %	94 %	81 %	85 %	51 %	46 %
du Suroît	80 %	98 %	92 %	93 %	65 %	50 %
Jardins-Roussillon	82 %	92 %	86 %	85 %	52 %	52 %
Champlain	73 %	93 %	89 %	88 %	51 %	48 %
Pierre-Boucher	76 %	94 %	79 %	86 %	63 %	45 %
Haut-Richelieu-Rouville	78 %	84 %	87 %	86 %	54 %	46 %
Richelieu-Yamaska	80 %	89 %	79 %	83 %	62 %	45 %
de Sorel-Tracy	75 %	94 %	51 %	90 %	49 %	38 %
La Pommeraie	88 %	89 %	83 %	91 %	57 %	42 %
de la Haute-Yamaska	75 %	90 %	74 %	82 %	54 %	35 %
de Vaudreuil-Soulanges	75 %	92 %	80 %	86 %	49 %	36 %
Total Montérégie	77 %	92 %	82 %	86 %	57 %	47 %

(a) Proportion des enfants de la cohorte de naissance 2002-2003 ayant reçu les vaccins requis pour leur âge.

(b) Proportion des élèves de la 3^e année du secondaire ayant reçu les vaccins requis pour leur âge.

(c) Personnes résidant dans un CHSLD public ou privé.

(d) Personnes âgées de 65 ans ou plus vivant dans la communauté.

(e) Travailleurs de la santé travaillant dans un CSSS ou dans un CHSLD privé sur le territoire du CSSS.

Vaccination contre le pneumocoque

Le vaccin polysaccharidique 23-valent contre le pneumocoque est recommandé aux personnes âgées de 65 ans ou plus ainsi qu'à celles âgées de 2 à 64 ans souffrant de certaines maladies chroniques. En Montérégie, on estime qu'environ 10 000 personnes par année atteignent l'âge de 65 ans et de ce fait, devraient recevoir le vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque. En 2006-2007, 7 814 personnes âgées de 65 ans ou plus et 3 287 personnes âgées de 2 à 64 ans ont été vaccinées contre le pneumocoque. Une étude Santé Québec menée aux 2 ans permet de connaître la couverture vaccinale des personnes âgées de 65 ans ou plus. En 2006, celle-ci était de 46 % en Montérégie et de 48 % au Québec. La prochaine étude sera menée en 2008.

Vaccination contre l'influenza

Le vaccin contre l'influenza est recommandé aux personnes qui courent un risque plus élevé de souffrir de complications et aux personnes qui pourraient leur transmettre la maladie. L'objectif est de vacciner 80 % des personnes visées par le programme de vaccination.

✦ Personnes vivant dans la communauté

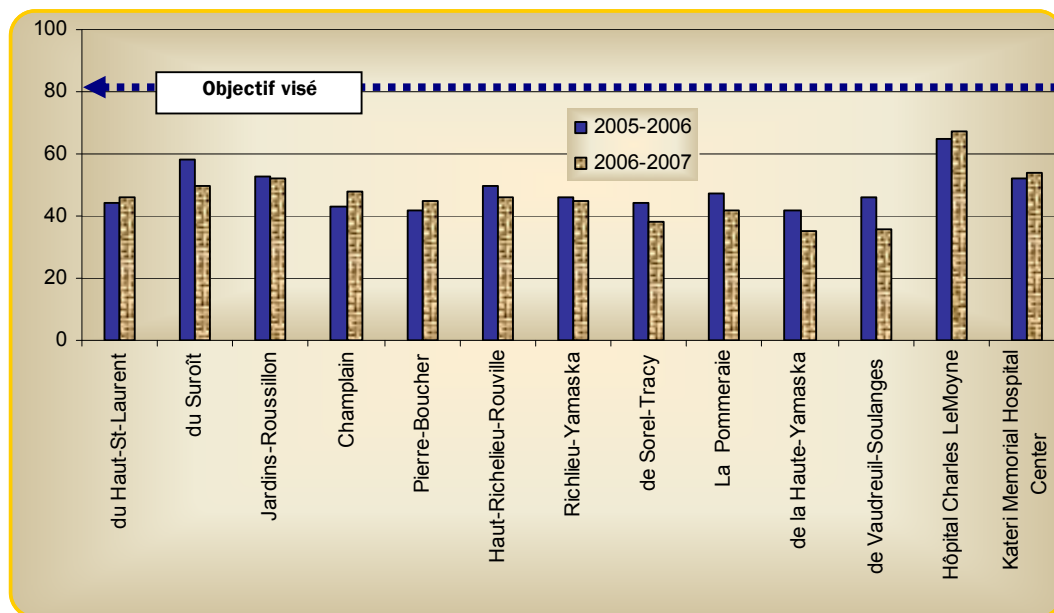
Pour la saison 2006-2007, la couverture vaccinale chez les personnes âgées de 60 ans ou plus est de 57 % en Montérégie comparativement à 59 % en 2005-2006. Il n'y a pas de données disponibles pour connaître la couverture vaccinale des personnes âgées de 6 mois à 59 ans souffrant de maladie chronique. En 2007-2008, 12 546 doses de vaccin contre l'influenza ont été administrées à des enfants âgés de 6 à 23 mois, dont 65 % dans les CSSS.

✦ Bénéficiaires résidant en CHSLD

Pour la saison 2006-2007, la couverture vaccinale des personnes résidant en CHSLD est de 86 % en Montérégie. Elle est égale ou supérieure à 90 % sur le territoire de 3 CSSS (du Suroît, de Sorel-Tracy et La Pommeraiie).

✦ Travailleurs de la santé des établissements de soins

La couverture vaccinale des travailleurs de la santé des CSSS n'est que de 47 % en 2006-2007 par rapport à 49 % en 2005-2006 (figure 4). Elle demeure nettement inférieure à l'objectif visé (80 %). À noter que les données pour les couvertures vaccinales du personnel des établissements de soins sont dorénavant regroupées par CSSS, sans distinction selon les missions (CLSC, CH, CHSLD). De plus, le personnel des CHSLD privés du territoire du CSSS est aussi inclus. Historiquement, la couverture vaccinale du personnel en CHSLD était la plus basse et celle du personnel en CLSC la plus élevée.

Figure 4 Pourcentage des travailleurs de la santé vaccinés contre l'influenza selon le CSSS^(a), Montérégie, 2005-2006 et 2006-2007

(a) L'Hôpital Charles LeMoynes et le Kateri Memorial Hospital Center, bien que ne faisant pas partie d'un CSSS, ont administré des doses de vaccin contre l'influenza.

En Montérégie, la moitié des vaccins contre l'influenza fournis aux vaccinés dans le cadre du programme de vaccination sont administrés dans les établissements des CSSS (CLSC, CH et CHSLD). Les cliniques médicales administrent pour leur part 46 % des doses de la Montérégie.

Tableau VI Nombre de doses administrées du vaccin contre l'influenza dans les différents lieux de vaccination selon le CSSS, Montérégie, 2006-2007

Territoires	CSSS	CHSLD privés	Cliniques médicales ^(a)	Autres milieux de vie ^(b)	Total
du Haut-Saint-Laurent	4 476	0	1 000	450	5 926
du Suroît	7 384	67	7 364	90	14 905
Jardins-Roussillon	18 687	332	12 164	457	31 640
Champlain	15 059	650	20 403	757	36 869
Pierre-Boucher	16 187	97	32 318	2 116	50 718
Haut-Richelieu-Rouville	17 568	89	12 563	859	31 079
Richelieu-Yamaska	21 896	231	14 935	1 073	38 135
de Sorel-Tracy	7 303	112	2 501	69	9 985
La Pommerai	5 463	0	5 590	173	11 226
de la Haute-Yamaska	9 932	74	5 618	167	15 791
de Vaudreuil-Soulanges	9 288	52	7 326	173	16 839
Hôpital Charles LeMoynes ^(c)	n/a ^(d)	n/a	n/a	5 006	5 006
Kateri Memorial Hospital Center ^(c)	n/a	1395	n/a	n/a	1 395
Total Montérégie	133 243	3 099	121 782	11 390	269 514
	50,4 %	1,2 %	46,0 %	2,4 %	100 %

(a) Inclut les pharmacies, milieux de travail, infirmières du secteur privé.

(b) Comprend les résidences pour personnes âgées, prisons et autres milieux de vie.

(c) Hôpital ne faisant pas partie d'un CSSS, mais qui a administré des doses de vaccin contre l'influenza.

(d) Non applicable.

3.3 Manifestations cliniques survenant après la vaccination (MCSAV)

En 2007, 293 déclarations d'incidents de MCSAV ont été faites à la direction de santé publique par des infirmières (86 %) et des médecins (13 %). De ce nombre, 163 incidents ont été validés et inscrits au registre provincial informatisé (fichier ESPRI). En 2007, le dépôt régional a distribué 643 306 doses de vaccin en Montérégie pour un taux d'incidents de 2,5 par 10 000 doses de vaccin. Étant donné qu'un nombre inconnu de vaccins sont achetés et administrés dans le secteur privé (ex. : pour les voyageurs), le taux d'incidents est probablement inférieur au taux calculé, car le nombre réel de vaccins administrés est supérieur à celui connu par la DSP.

À noter que pour un même incident, il peut y avoir plus d'un vaccin impliqué et plus d'une manifestation clinique associée. Prenons comme exemple un enfant de 12 mois ayant reçu 4 vaccins (RRO, varicelle, pneumocoque et méningocoque de sérotype C) lors d'une même visite et qui présente de la fièvre et une urticaire 18 heures après l'administration de ces vaccins. Dans ce cas, on déclarera 1 incident, 4 vaccins seront impliqués et 2 manifestations cliniques seront associées à chacun des vaccins pour un total de 8 MCSAV.

Les manifestations cliniques les plus souvent déclarées sont une réaction locale importante (118/238, 50 %) et une réaction de type allergique (65/238, 27 %) sous forme d'une urticaire survenue dans les 24 heures suivant l'administration d'un vaccin. Aucune réaction allergique de type anaphylactique n'a été déclarée. Parmi l'ensemble des réactions locales déclarées, la moitié (51 %) sont survenues à la suite de l'administration d'un vaccin contenant les composantes diphtérique et tétanique.

Le **vaccin contre l'influenza**, en raison du nombre élevé de doses de vaccin distribuées (304 930) est celui pour lequel il y a le plus grand nombre d'incidents déclarés (63), mais il est associé à un des plus petits taux d'incidents (2,1 par 10 000 doses de vaccin administrées). La déclaration d'un syndrome oculo-respiratoire (SOR) ne compte que pour 15 % des incidents déclarés.

Le taux d'incidents par 10 000 doses de vaccin distribuées associé au **vaccin acellulaire contre la coqueluche** a diminué passant de 11 en 2006 à 8,9 en 2007. La plupart des incidents (59 %) étaient des réactions locales (21) survenues 4,5 jours en moyenne après l'administration du vaccin.

Les vaccins contre la rougeole, la rubéole, les oreillons, la varicelle, le méningocoque, le pneumocoque, l'hépatite A, l'hépatite B, la rage et les vaccins pour les voyageurs sont rarement impliqués dans les déclarations de MCSAV.

Tableau VII **Nombre et taux d'incidents déclarés après une vaccination selon le type de vaccin, Montérégie, 2007**

Vaccins	Nombre de doses distribuées ^(a)	Nombre d'incidents déclarés ^{(b) (c)}	Taux d'incidents déclarés par 10 000 doses distribuées
DCaT-Polio-Hib	64 570	39	6,0
Pneumocoque conjugué	41 160	14	3,4
RRO	32 900	14	4,3
Méningocoque conjugué groupe C	14 780	3	2,0
Varicelle	18 650	6	3,2
Hépatite B	51 379	17	3,3
dCaT	40 426	36	8,9
d2T5, d2T5-Polio, Polio et Hib	37 885	9	2,4
Influenza	304 930	63	2,1
Pneumocoque polysaccharidique	18 490	12	6,5
Rage	1 172	3	9,3
Autres ^(d)	15 892	22	Non calculé ^(e)

(a) Doses distribuées par la DSP, excluant les vaccins achetés et administrés dans le secteur privé.

(b) Incidents déclarés reflètent les manifestations cliniques associées temporellement à l'administration d'un vaccin sans nécessairement un lien de causalité. Pour un même incident, il peut y avoir plus d'un vaccin impliqué.

(c) Incidents associés aux vaccins administrés dans les secteurs public et privé.

(d) Incidents déclarés pour les vaccins suivants : hépatite A, hépatites A et B, quadrivalent contre le méningocoque ainsi que le TCT.

(e) En raison du nombre inconnu de vaccins achetés et administrés dans le secteur privé.

Maladies transmissibles par voie respiratoire

Tableau VIII Nombre annuel de cas de maladies transmissibles par voie respiratoire, Montérégie, 1998-2007

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Infection invasive à streptocoque du groupe A	46	30	23	16	29	52	35	36	23	52
Légionellose	2	1	2	3	6	-(a)	5	4	7	10
Tuberculose	23	29	22	16	30	21	16	26	19	14

(a) Aucun cas déclaré.

Tableau IX Distribution selon le sexe et l'âge des maladies transmissibles par voie respiratoire, Montérégie, 2007

	Cas	Sexe		Groupes d'âge (années)						
		M	F	< 1	1-4	5-14	15-24	25-39	40-59	≥ 60
Infection invasive à streptocoque du groupe A	52	28	24	-(a)	4	3	-	17	14	14
Légionellose	10	8	2	-	-	-	-	-	6	4
Tuberculose	14	13	1	-	-	1	-	2	3	8

(a) Aucun cas déclaré.

Maladies transmissibles par voie respiratoire

4

Infection invasive à streptocoque du groupe A

Cinquante-deux (52) cas d'infection invasive à streptocoque du groupe A (SGA) ont été déclarés, pour une incidence de 3,8 par 100 000. Les deux groupes les plus touchés sont les enfants âgés entre 1 et 4 ans (7,3 par 100 000) et les adultes âgés entre 25 et 39 ans (6,5 par 100 000). Vingt-huit (28) hommes et 24 femmes ont été atteints. Parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, la maladie est plus fréquente chez les hommes (11 cas) que chez les femmes (3 cas). En 2007, la majorité des cas (56 %) sont survenus de janvier à avril.

Les présentations cliniques les plus fréquentes sont la cellulite (25 %) et la fasciite nécrosante (21 %). Presque la moitié (24) des personnes atteintes ne présentaient aucun facteur de risque, 26 personnes présentaient au moins 1 facteur de risque et 9 de celles-ci en présentaient plus d'un. Douze (12) personnes ont présenté un choc toxique. Sept (7) personnes, âgées entre 30 et 90 ans, sont décédées à la suite de l'infection; 4 d'entre elles avaient présenté un choc toxique alors que les 3 autres étaient atteintes d'un cancer en phase terminale. Deux (2) infections invasives sont survenues chez des mères en postpartum. Les critères d'indication de la prophylaxie aux contacts à risque étaient présents pour 24 cas (46 %). Une prophylaxie a été offerte à 75 personnes.

Tableau X Présentations cliniques et facteurs de risque des infections invasives à streptocoque du groupe A, Montérégie, 2007

Présentations cliniques	Nombre	Facteurs de risque	Nombre
Cellulite	13	Trauma ou plaie	18
Fasciite nécrosante	11	Immunosuppression	7
Bactériémie	8	Cancer	5
Pneumonie	7	Diabète	4
Arthrite	5	Toxicomanie	2
Endométrite	2	Aucun	24
Autres ^(a)	6	Inconnu	2
Total	52	Total	62^(b)

(a) 2 ostéomyélites, 2 bursites, 1 péritonite et 1 empyème.

(b) Le nombre de facteurs de risque est supérieur au nombre de cas, car une personne peut avoir plus d'un facteur de risque.

Légionellose

En 2007, 10 cas sporadiques de légionellose ont été déclarés. C'est le nombre le plus élevé des 10 dernières années. L'incidence en Montérégie (0,7 par 100 000) est identique à celle du Québec. La maladie a atteint 8 hommes et 2 femmes, tous âgés de 40 ans ou plus. Trois (3) personnes sont décédées. Sept (7) des 9 personnes pour qui l'information est disponible présentaient au moins un facteur de risque (immunosuppression, âge avancé ou maladie chronique) incluant les personnes décédées.

Tuberculose

Il y a eu 14 cas déclarés de tuberculose cette année. Il s'agit du plus bas taux d'incidence depuis le début du registre central MADO en 1990 (1,0 par 100 000). La presque totalité des cas (13) sont survenus chez des hommes. La moitié des personnes étaient âgées de 65 ans ou plus, 1 personne était âgée de moins de 18 ans. Seulement 4 personnes sont nées au Canada. Les autres sont nées en Afrique sub-saharienne (3), en Europe (3), dans les Caraïbes (2), en Amérique du Sud (1) ou en Asie (1). Aucune personne n'avait présenté d'épisode antérieur de tuberculose active.

Un peu plus de la moitié des personnes (8) a présenté une atteinte pulmonaire. Les autres ont présenté une atteinte ganglionnaire (4), osseuse (1) ou du système nerveux central (1). Parmi les personnes ayant présenté une atteinte pulmonaire, 6 avaient un examen microscopique positif et 2 présentaient une image radiologique cavitaire.

La présence de *Mycobacterium tuberculosis* a été confirmée par culture dans tous les cas sauf un. Aucune des souches n'a présenté de résistance aux médicaments antituberculeux. Trois (3) personnes ont eu une thérapie sous observation directe (TOD) par des professionnels du CSSS de résidence.

Pour toutes les personnes atteintes, un total de 34 contacts ont été évalués par les professionnelles de la DSP. De plus, comme une personne atteinte de tuberculose pulmonaire a fréquenté un centre d'oncologie, le personnel du CSSS a évalué la presque totalité de la centaine de contacts impliqués dans ce milieu.

Infections transmissibles sexuellement

Tableau XI Nombre annuel de cas d'infections transmissibles sexuellement, Montérégie, 1998-2007

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Hépatite B aiguë	27	41	32	14	20	20	13	4	5	3
Hépatite B porteur chronique	119	127	103	96	97	78	117	108	112	104
Hépatite B non précisée	1	1	-(a)	1	-	3	2	3	5	7
Infection à <i>C. trachomatis</i>	872	969	1 157	1 313	1 325	1 489	1 665	1 523	1 604	1 832
Infection gonococcique	48	66	48	62	96	91	68	94	133	135
LGV	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-
Syphilis infectieuse ^(b)	-	-	-	1	3	14	19	28	29	34
Syphilis non infectieuse	-	2	2	2	2	8	12	19	23	25
Syphilis sans précision	-	-	-	-	-	4	17	4	-	7

(a) Aucun cas déclaré.

(b) Syphilis primaire, secondaire et latente de moins de 1 an.

Tableau XII Distribution selon le sexe et l'âge des infections transmissibles sexuellement, Montérégie, 2007

	Cas	Sexe		Groupes d'âge (années)						
		M	F	< 1	1-4	5-14	15-24	25-39	40-59	≥ 60
Hépatite B aiguë	3	3	-(a)	1	-	-	1	-	1	-
Hépatite B porteur chronique	104 ^(b)	64	39	-	1	1	13	33	37	19
Hépatite B non précisée	7	4	3	-	-	1	-	1	3	2
Infection à <i>C. trachomatis</i>	1 832 ^(b)	484	1 348	1	-	11	1 299	455	62	3
Infection gonococcique	135	91	44	-	-	1	62	48	22	2
Syphilis infectieuse ^(c)	34	34	-	-	-	-	2	11	20	1
Syphilis non infectieuse	25	13	12	-	-	-	-	11	6	8
Syphilis sans précision	7	5	2	-	-	-	-	1	3	3

(a) Aucun cas déclaré.

(b) Le total n'égal pas la somme des parties en raison de données manquantes.

(c) Syphilis primaire, secondaire et latente de moins de 1 an.

Infections transmissibles sexuellement

5

En 2007, 58 % des MADO déclarées (2 147 cas) sont des infections transmissibles sexuellement (ITS). Les ITS demeurent une problématique d'actualité pour laquelle de nombreuses interventions sont réalisées.

5.1 Infections faisant l'objet de surveillance

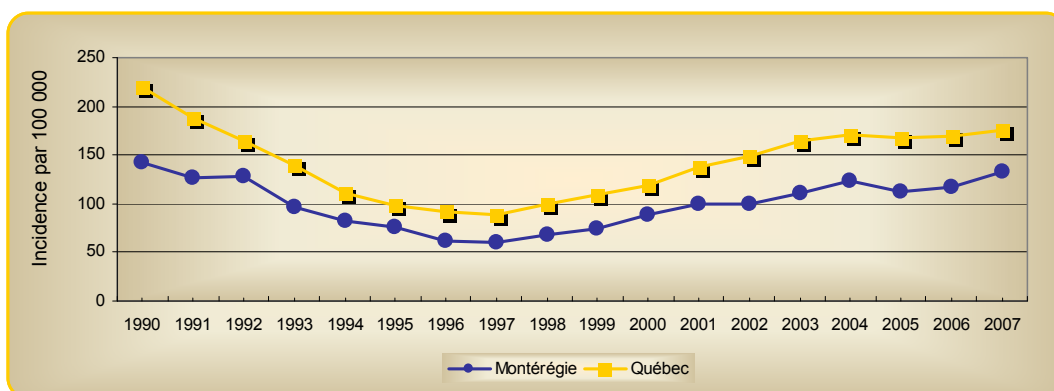
Hépatite B

Les cas d'hépatite B déclarés représentent presque tous des infections chroniques (104/114) et seulement 3 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés en 2007. Pour plus de détails sur l'hépatite B, se référer au chapitre 3 « Maladies évitables par l'immunisation de base », page 27.

Infection à *Chlamydia trachomatis*

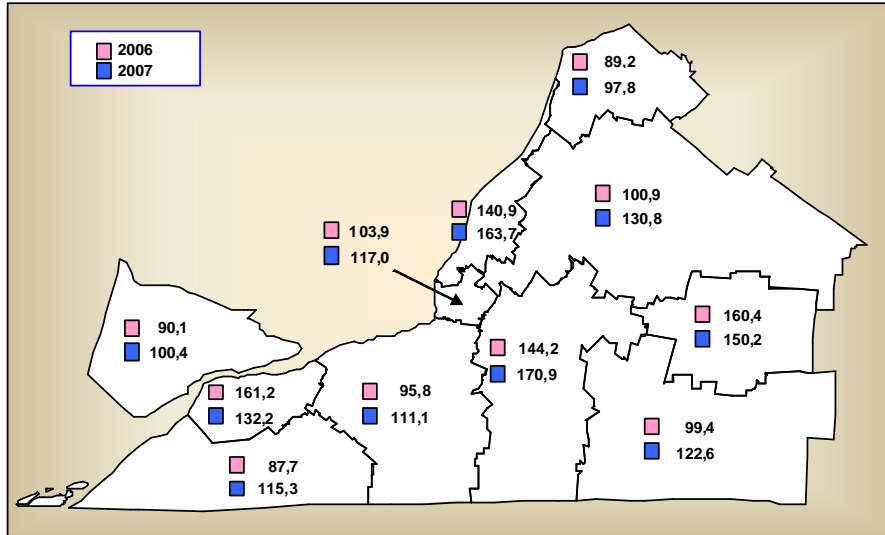
En 2007, 1 832 cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* ont été déclarés en Montérégie pour une incidence de 133,6 par 100 000. Une augmentation de l'incidence s'observe depuis 1998 tant en Montérégie qu'au Québec. Toutefois, l'incidence en Montérégie demeure inférieure à celle du Québec. Les trois quarts des 1 348 femmes atteintes et la moitié des 484 hommes atteints sont âgés entre 15 et 24 ans. Chez les 566 personnes pour qui l'information est disponible, 11 % des femmes et 25 % des hommes ont consulté le médecin après avoir été avisés par un partenaire.

Figure 5 Incidence par 100 000 des infections à *Chlamydia trachomatis*, Montérégie et Québec, 1990-2007



L'infection à *Chlamydia trachomatis* est présente partout en Montérégie et l'incidence est élevée sur tous les territoires de la région (figure 6).

Figure 6 Carte de l'incidence annuelle par 100 000 des infections à *Chlamydia trachomatis* selon le CSSS, Montérégie, 2006 et 2007



Dans l'histogramme suivant, la largeur de chaque barre est proportionnelle à la population du CSSS et la hauteur à l'incidence de l'infection. Ainsi, l'aire de chaque barre (hauteur × largeur) est proportionnelle au nombre de cas indiqué au-dessus de chaque barre.

Figure 7 Nombre et incidence par 100 000 des infections à *Chlamydia trachomatis* selon le CSSS, Montérégie, 2007

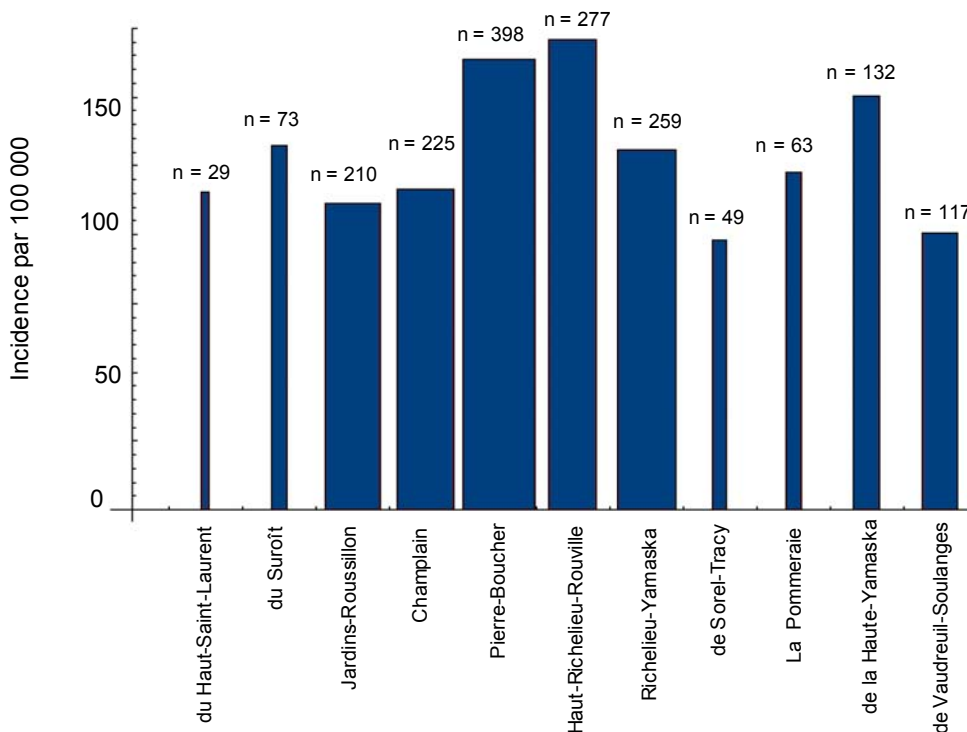
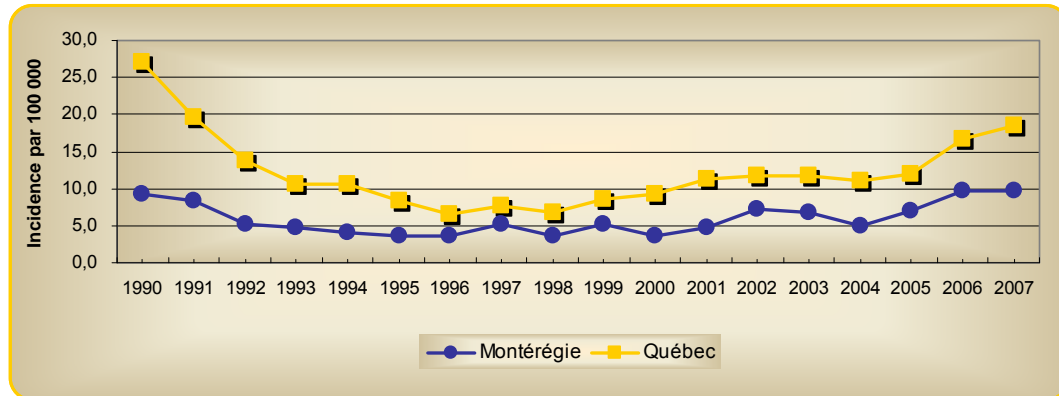


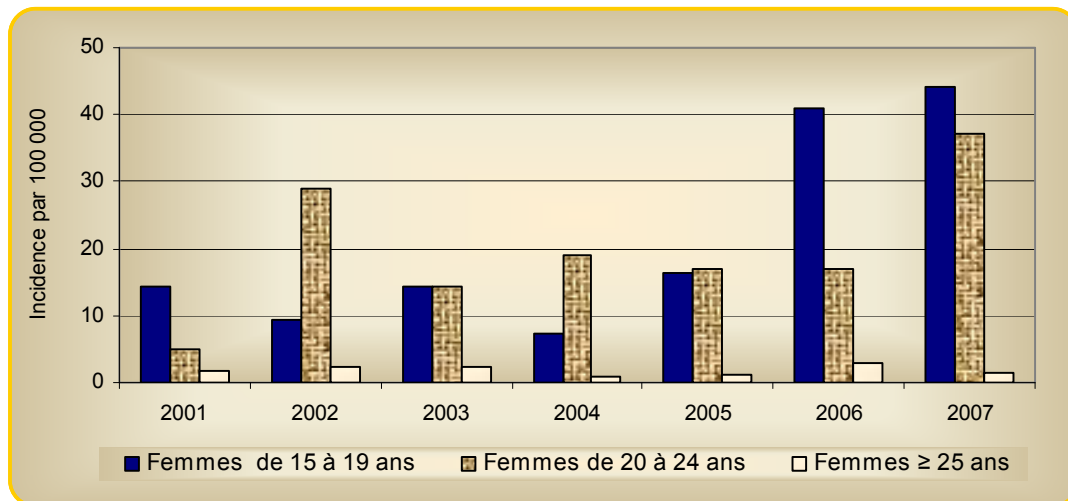
Figure 8 Incidence par 100 000 des infections gonococciques, Montérégie et Québec, 1990-2007



Infection gonococcique

Un total de 135 cas d'infection gonococcique ont été déclarés en Montérégie pour une incidence de 9,8 par 100 000, incidence semblable à celle de 2006 (figure 8). La majorité des personnes atteintes (67 %) sont des hommes. Les personnes atteintes de gonorrhée sont plus jeunes que les années précédentes. En 2007, les personnes âgées de moins de 25 ans représentent presque la moitié des cas (47 %) alors que cette proportion était d'un peu plus du tiers (36 %) en 2006. De plus, en Montérégie, comme au Québec, l'augmentation du nombre de cas déclarés entre 2005 et 2007 est plus importante chez les femmes que chez les hommes, particulièrement chez les jeunes filles âgées entre 15 et 19 ans (figure 9). En 2007, 17 cas de gonorrhée ont été déclarés chez des filles âgées de moins de 18 ans.

Figure 9 Incidence par 100 000 des cas d'infection gonococcique chez les femmes selon différents groupes d'âge, Montérégie, 2001-2007



Plusieurs données sur les cas d'infection gonococcique sont recueillies par les professionnelles de la DSP lors des enquêtes épidémiologiques et des interventions préventives auprès des personnes atteintes et de leurs partenaires (IPPAP) (tableau XIII).

Une différence existe entre les hommes et les femmes quant au sexe de leurs partenaires sexuels : toutes les femmes ont eu exclusivement des partenaires masculins alors que 57 % des hommes ont eu des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Les hommes rapportent plus souvent (34 %) avoir eu des partenaires multiples que les femmes (22 %). La grande majorité des hommes (90 %) sont symptomatiques au moment du diagnostic alors que la majorité des femmes (61 %) sont asymptomatiques. La proportion de souches de *Neisseria gonorrhoeae* résistantes aux quinolones demeure élevée (46 %). À noter que la résistance est observée plus fréquemment chez les hommes (56 %) que chez les femmes (26 %).

Tableau XIII Distribution selon le sexe des informations disponibles sur les cas d'infection gonococcique, Montérégie, 2007

	HOMMES	FEMMES
Facteurs de risque de la gonorrhée		
Sexe des partenaires (N=105)		
- Relations sexuelles avec des hommes seulement	35/70	35/35
- Relations sexuelles avec des femmes seulement	30/70	0
- Relations sexuelles avec des hommes et des femmes	5/70	0
Partenaires multiples ^(a) (N=102)	22/65	8/37
Antécédents d'ITS (N=101)	24/65	16/36
Recrutement des partenaires		
- Sauna (N=40)	14/40	n/a ^(b)
- Internet (N=76)	6/53	4/23
Consommation de drogues illicites dans la dernière année (N=83)	17/51	11/32
Contact sexuel récent avec une personne atteinte d'ITS ^(c) (N=97)	7/62	5/35
Présentations cliniques de la gonorrhée (N=127)		
Personne symptomatique (diagnostic)	75/83	17/44
Personne asymptomatique (dépistage)	8/83	27/44
Recherche de résistance aux antibiotiques de <i>N. gonorrhoeae</i> (N=113)		
Résistance aux quinolones (ciprofloxacine et ofloxacine) (52/113)	42/75	10/38
Absence de résistance aux quinolones (61/113)	33/75	28/38
Traitement reçu (N=129^(d))		
Cefixime 400 mg unidose (N=98)	70	28
Ciprofloxacine ou ofloxacine ^(e) (N=15)	11	4

(a) Plus de 2 partenaires sexuels au cours des 2 derniers mois ou plus de 5 partenaires sexuels dans la dernière année.

(b) Non applicable, car question non posée aux femmes.

(c) Personnes qui avaient été averties par un récent partenaire sexuel atteint d'ITS de consulter un médecin.

(d) Nombre total de traitements reçus. Une même personne peut recevoir plus d'un traitement, par exemple s'il y a résistance.

(e) Six (6) souches étaient résistantes à la ciprofloxacine; toutes les personnes ont été traitées de nouveau avec un traitement adéquat.

Syphilis infectieuse

En 2007, 34 cas de syphilis infectieuse ont été déclarés chez des hommes. Ceci représente une augmentation de 17 % par rapport à 2006 (29 cas). L'incidence en Montérégie a augmenté,

passant de 2,1 en 2006 à 2,5 par 100 000 en 2007. Près des deux tiers des hommes (59 %) sont âgés entre 40 et 59 ans. La proportion de personnes symptomatiques au moment du diagnostic a diminué, passant de 86 % en 2006 à 60 % en 2007. La DSP a réalisé une enquête auprès de 30 hommes. Tous sauf un avaient eu des relations sexuelles avec d'autres hommes. Les principaux facteurs de risque rapportés sont le fait d'avoir des partenaires multiples (62 %), le recrutement des partenaires sexuels dans les saunas (53 %) et par Internet (39 %).

Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

En 2007, aucun cas de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) n'a été déclaré en Montérégie. Le nombre de cas au Québec, tous dans la région de Montréal, a beaucoup diminué, passant de 44 en 2006 à 8 en 2007.

5.2 Interventions préventives auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires (IPPAP)

En 2007, des interventions préventives auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires (IPPAP) ont pu être réalisées pour les trois quarts (76 %) des 736 cas priorités d'ITS. Les cas priorités sont tous les cas d'infection gonococcique et de syphilis infectieuse ainsi qu'environ le tiers (31 %) des cas d'infection par *Chlamydia trachomatis*, par exemple une jeune fille âgée de 17 ans ou moins ou une personne ayant des antécédents d'ITS. La majorité (67 %) de ces interventions a été faite par des professionnelles de la DSP, 19 % par les médecins traitants et 14 % par des infirmières des CSSS.

Parmi les 377 IPPAP réalisées par les infirmières de la DSP, 21 personnes atteintes ont demandé à ces dernières d'effectuer la notification de leurs partenaires. Pour les autres cas, ce volet est rarement fait par les infirmières de la DSP parce qu'au moment où l'IPPAP est réalisée, la personne atteinte a déjà avisé ses partenaires ou alors ceux-ci sont soit impossibles à joindre, soit anonymes.

Les IPPAP réalisées ont permis de savoir que 293 personnes sur 566 (52 %) avaient déjà été atteintes d'une ITS, dont 35 % dans les 12 mois précédents et 79 % dans les 3 ans précédents. De plus, presque le quart (23 %) des personnes atteintes de gonorrhée étaient infectées simultanément par *Chlamydia trachomatis*.

Tableau XIV Nombre d'interventions préventives auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires (IPPAP) réalisées selon la nature de l'infection, Montérégie, 2007

	INFECTION À C. TRACHOMATIS	INFECTION GONOCOCCIQUE	SYPHILIS INFECTIEUSE	TOTAL
Nombre de cas pour lesquels IPPAP a été priorisée	566	135	35	736
Nombre de cas où IPPAP a été réalisée	427	105	30	562
- par infirmière de la DSP	283	77	17	377
- par médecin traitant	74	21	11	106
- par infirmière du CSSS	70	7	2	79
Nombre de cas où IPPAP n'a pas été réalisée	139	30	5	174
- patient impossible à joindre	38	17	2	57
- autres raisons ^(a)	101	13	3	117

(a) Refus du patient, médecin impossible à joindre, délai de plus de 1 mois après la déclaration du cas.

Infections d'intérêt pour la biovigilance

Tableau XV Nombre annuel de cas d'infections d'intérêt pour la biovigilance, Montérégie, 1998-2007

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Hépatite C	254	304	352	305	379	362	401	321	292	238
Hépatite D	n.d. ^(a)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	- ^(b)	1	-
Infection par le HTLV-1 ou HTLV-2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-	2	1	1
Infection par le VIH (biovigilance)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-	-	-	1
Maladie de Chagas	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-	-	-	1

(a) Non disponible, car n'était pas à déclaration obligatoire.

(b) Aucun cas déclaré.

Tableau XVI Distribution selon le sexe et l'âge des infections d'intérêt pour la biovigilance, Montérégie, 2007

	Cas	Sexe		Groupes d'âge (années)						
		M	F	< 1	1-4	5-14	15-24	25-39	40-59	≥ 60
Hépatite C	238	165	73	- ^(a)	-	-	9	55	153	21
Infection par le HTLV-1 ou HTLV-2	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-
Infection par le VIH (biovigilance)	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-
Maladie de Chagas	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-

(a) Aucun cas déclaré.

Infections d'intérêt pour la biovigilance

6

La biovigilance a pour but de réduire les risques reliés à l'administration de sang, de produits sanguins, de cellules, de tissus ou d'organes. Les principaux acteurs impliqués dans le système de biovigilance sont les centres hospitaliers, les médecins traitants, Héma-Québec, Québec-Transplant et les directions de santé publique.

En 2007, la DSP a initié une enquête pour 452 cas déclarés d'infections d'intérêt pour la biovigilance. L'information a pu être obtenue pour 295 personnes (65 %). De ce nombre, un avis a été fait à Héma-Québec ou Québec-Transplant par les professionnelles de la DSP pour 37 personnes. Ces avis permettent de s'assurer que les produits sanguins et les tissus ou organes, reçus ou donnés, ne sont pas impliqués dans la transmission d'une infection.

Les avis ont été faits à Héma-Québec ou à Québec-Transplant pour les raisons suivantes :

- ↳ 16 personnes, infectées par le VHB (4), le VHC (11) ou *Coxiella burnetii* (fièvre Q) (1), avaient donné du sang;
- ↳ 20 personnes, infectées par le VHB (4), le VHC (15) ou le VIH (1), avaient reçu du sang;
- ↳ 1 personne, infectée par le VHC, avait reçu des tissus ou organes.

Dans ce chapitre, seules les maladies pour lesquelles la DSP intervient uniquement à des fins de biovigilance et pour lesquelles au moins 1 cas a été déclaré en 2007 sont présentées.

En 2007, il y a eu 238 déclarations d'**hépatite C** non précisée dont 69 % chez des hommes. Ces cas représentent probablement des infections chroniques. Le groupe d'âge le plus touché est encore celui des 40 à 59 ans. Le VHC est transmis principalement par le sang. En Montérégie, selon l'étude Surv-UDI (Parent et autres, 2007), 56,3 % des utilisateurs de drogues injectables (UDI) seraient infectés par le VHC et 9,8 % par le VIH. En 2006-2007, le Programme d'échange de seringues (PES) a permis de distribuer près de 95 000 seringues en Montérégie, afin de réduire la transmission d'infections par le partage de matériel d'injection contaminé.

Selon le programme provincial de surveillance du **VIH** (Bitera et autres, 2007), les facteurs d'exposition des nouveaux cas de VIH inscrits de janvier à juin 2006 sont : HARSAH (59 %), UDI (9 %), originaire d'un pays endémique (13 %), contact hétérosexuel à risque (5 %), HARSAH/UDI (3 %) et autres (11 %). Huit pour cent (8 %) des nouveaux cas de VIH inscrits durant ce semestre résident en Montérégie (24 cas).

Un (1) cas de la **maladie de Chagas** a été déclaré chez un adulte originaire d'Amérique du Sud. Le diagnostic a été confirmé au centre national de référence en parasitologie de l'hôpital Général de Montréal où la recherche d'anticorps contre *Trypanosoma cruzi* s'est révélée positive.

Le tableau XVII présente les délais pour rechercher si la personne atteinte a donné ou reçu des produits sanguins selon l'infection ou la maladie. En ce qui concerne le don ou la réception d'organes, de tissus ou de cellules, les délais sont parfois différents. Cette information est disponible dans les directions de santé publique.

Tableau XVII Délais pour la recherche de don ou de réception de produits sanguins selon l'infection ou la maladie, Québec, 2007

Infection ou maladie	Don	Réception
Babésiose	3 ans	10 semaines
Brucellose	5 mois	2 mois
Fièvre Q	39 jours	39 jours
Hépatite A	25 jours	50 jours
Hépatite B aiguë	6 mois	6 mois
Hépatite B chronique	À vie	À vie
Hépatite C aiguë	6 mois	6 mois
Hépatite C chronique	À vie	À vie
Hépatite E	4 mois	10 semaines
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	À vie ou après voyage ^(a)	4 mois
Infection par le HTLV-1 ou HTLV-2	À vie	À vie
Infection par le VIH	À vie	À vie
Infection par le VNO	8 semaines	8 semaines
Maladie de Chagas	À vie	À vie
Maladie de Creutzfeldt-Jakob et ses variantes	À vie	À vie
Maladie de Lyme aiguë ou précoce	8 semaines	8 semaines
Maladie de Lyme chronique	À vie	À vie
Sida	À vie	À vie
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)	14 jours	14 jours
Syphilis	Pas d'intervention	6 mois

(a) Si a fait un voyage dans un pays endémique dans les 12 mois précédant l'infection.

Maladies entériques

Tableau XVIII Nombre annuel de cas de maladies entériques, Montérégie, 1998-2007

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Amibiase	24	17	11	22	14	10	18	20	24	27
Botulisme	-(a)	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Cryptosporidiose	n.d. ^(b)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	9	6	3	5
Cyclospore	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1	23	2	1
Fièvre paratyphoïde	2	-	2	5	4	4	3	2	8	3
Fièvre typhoïde	-	2	-	-	1	2	1	3	1	-
Gastro-entérite épidémique ^(c)	6	9	15	6	21	20	30	9	34	85
Gastro-entérite à <i>Yersinia</i>	15	13	14	11	15	16	13	23	30	18
Giardiase	148	168	140	144	143	179	148	181	150	179
Hépatite virale A	22	24	17	14	12	14	18	11	46	7
Infection à <i>Campylobacter</i>	499	468	406	419	440	403	456	451	467	432
Infection à <i>Escherichia coli</i> ^(d)	62	84	105	44	58	28	23	35	23	32
Listériose	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3	8	8	11
Salmonellose	176	145	157	149	203	163	158	157	160	149
Shigellose	27	30	22	34	26	20	23	19	28	17
Toxi-infection alimentaire ^(c)	71	19	63	36	27	24	31	29	35	34

(a) Aucun cas déclaré.

(b) Non disponible, car non à déclaration obligatoire pour l'année en question.

(c) Nombre d'épisodes déclarés.

(d) De 1990 à 2003, toutes les entérites à *E. coli* étaient à déclaration obligatoire. Depuis 2004, seules l'infection invasive à *E. coli* et l'infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine sont à déclaration obligatoire.

Tableau XIX Distribution selon le sexe et l'âge des maladies entériques, Montérégie, 2007

	Cas	Sexe		Groupes d'âge (années)						
		M	F	< 1	1-4	5-14	15-24	25-39	40-59	≥ 60
Amibiase	27 ^(a)	16	10	1	-(b)	-	2	9	12	3
Botulisme	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Cryptosporidiose	5	3	2	-	-	3	1	1	-	-
Cyclospore	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-
Fièvre paratyphoïde	3	3	-	-	-	1	1	-	-	1
Gastro-entérite à <i>Yersinia</i>	18	10	8	-	3	3	3	2	5	2
Giardiase	179 ^(a)	91	87	-	32	18	19	63	39	7
Hépatite virale A	7	4	3	-	-	2	-	2	3	-
Infection à <i>Campylobacter</i>	432	249	183	2	24	37	94	98	105	72
Infection à <i>Escherichia coli</i>	32	19	13	-	2	1	8	8	6	7
Listériose	11	5	6	-	-	-	-	1	1	9
Salmonellose	149 ^(a)	74	74	8	16	22	21	15	37	30
Shigellose	17	7	10	-	-	-	7	3	5	2

(a) Le total n'égal pas la somme des parties en raison de données manquantes.

(b) Aucun cas déclaré.

Maladies entériques

7

En 2007, 882 cas de maladies entériques ont été déclarés en Montérégie. Ceci est une diminution de 7 % par rapport à 2006 (950 cas). Les infections à *Campylobacter* représentent presque la moitié (49 %) de l'ensemble des cas déclarés. La plupart des cas de maladies entériques sont des infections bactériennes (75 %), suivies des infections parasitaires (24 %) et des infections virales (1 %).

Tableau XX Distribution des cas de maladies entériques selon la nature du pathogène, Montérégie, 2007

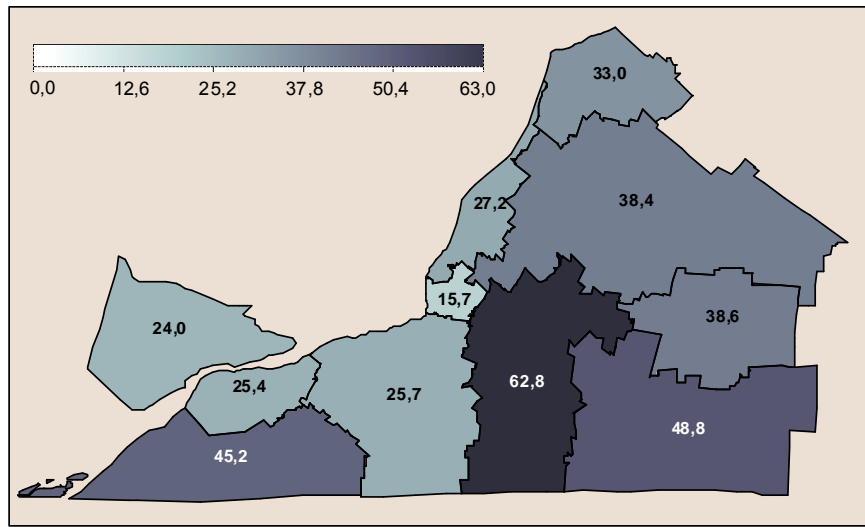
Infections bactériennes (n=663)		Infections parasitaires (n=212)		Infections virales (n=7)	
Infection à <i>Campylobacter</i>	432	Giardiase	179	Hépatite A	7
Salmonellose	149	Amibiase	27		
Infection à <i>Escherichia coli</i>	32	Cryptosporidiose	5		
Gastroentérite à <i>Yersinia</i>	18	Cyclosporose	1		
Shigellose	17				
Listériose	11				
Fièvre paratyphoïde	3				
Botulisme	1				

7.1 Maladies entériques selon la nature de l'agent pathogène

Infections bactériennes

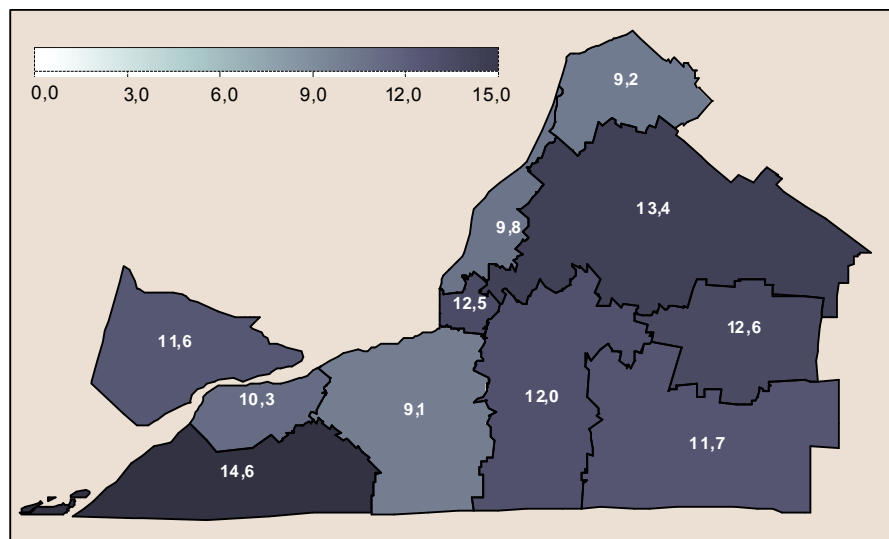
En Montérégie, 432 cas d'**infection à *Campylobacter*** ont été déclarés pour une incidence de 31,5 par 100 000. Il s'agit de la 2^e maladie à déclaration obligatoire la plus fréquente, tant en Montérégie qu'au Québec. Des cas sont déclarés dans tous les groupes d'âge, mais les plus touchés sont ceux des 15-24 ans (53,1 par 100 000) et des 1-4 ans (43,6 par 100 000). Les hommes représentent 58 % des personnes atteintes. Près de la moitié (47 %) des cas sont déclarés durant les mois de juin à septembre. L'incidence moyenne des 3 dernières années est illustrée à la figure 10. En 2007, comme en 2006, l'incidence la plus élevée est retrouvée sur le territoire du CSSS Haut-Richelieu-Rouville. L'incidence par 100 000 sur le territoire du CSSS La Pommeraiie a diminué, passant de 62,4 en 2006 à 40,9 en 2007.

Figure 10 Carte de l'incidence annuelle moyenne par 100 000 des infections à *Campylobacter* selon le CSSS, Montérégie, 2005-2007



En 2007, 149 cas de **salmonellose** ont été déclarés pour une incidence de 10,9 par 100 000. Tous les groupes d'âge sont touchés, mais les enfants âgés de moins de 1 an sont les plus touchés avec une incidence de 59,0 par 100 000. Les cas se répartissent également entre les hommes et les femmes. Les cas sont déclarés tout au long de l'année avec le plus grand nombre de cas au mois d'août (22). L'incidence la plus élevée se retrouve sur le territoire du CSSS Champlain (17,2 par 100 000). La figure 11 illustre le taux d'incidence moyen des trois dernières années.

Figure 11 Carte de l'incidence annuelle moyenne par 100 000 des infections à *Salmonella* selon le CSSS, Montérégie, 2005-2007



Un total de 32 cas d'**infection à *Escherichia coli*** ont été déclarés en 2007. Après avoir diminué de 34 % entre 2005 et 2006, le nombre de cas a augmenté de 39 % en 2007 par rapport à 2006. Les personnes âgées entre 15 et 24 ans sont celles qui sont le plus souvent atteintes (4,5 par 100 000), suivies des enfants âgés entre 1 et 4 ans (3,6 par 100 000). Le plus grand nombre de cas a été déclaré au mois d'août (11). Trois infections se sont compliquées d'un syndrome hémolytique urémique (SHU). Une infection a été acquise lors d'un voyage dans les Caraïbes alors qu'une autre pourrait être associée à un voyage aux États-Unis.

Dix-huit (18) cas de **gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica*** ont été déclarés. Cela représente une diminution de 40 % par rapport à l'année dernière. En 2006, le nombre de cas déclarés était le plus élevé depuis 1997. Le groupe d'âge le plus touché est celui des 1 à 4 ans (5,4 par 100,000).

Sur les 17 cas de **shigellose** déclarés, plus de 76 % (13) des personnes atteintes ont effectué un voyage à l'extérieur du Canada : aux Caraïbes et au Mexique (7), en Amérique du Sud (2), en Asie (2), en Afrique (1) et au Moyen-Orient (1). L'espèce est connue pour l'ensemble des cas : *sonnei* (11), *flexneri* (5) et *dysenteriae* (1).

Onze (11) cas de **listériose** ont été déclarés, dont 9 chez des adultes âgés de 60 ans ou plus. Tous présentaient au moins un facteur de risque de la maladie. Deux (2) personnes ont présenté une méningo-encéphalite. Quatre (4) cas sont reliés à une éclosion provinciale causée par le pulsovar 136. Entre le 13 juin 2007 et le 11 janvier 2008, 22 cas de listériose au Québec ont été associés à cette éclosion pour laquelle aucune source n'a pu être identifiée.

En 2007, 3 infections à *Salmonella paratyphi* (**fièvre paratyphoïde**) ont été déclarées. Le cas de sérotype paratyphi B var Java est relié à l'eau contaminée d'un aquarium domestique. Les 2 autres cas ont été acquis en voyage dans les Caraïbes et en Asie.

Un (1) cas de **botulisme** infantile a été déclaré chez un enfant âgé de moins de 1 an. C'est le premier cas de botulisme infantile déclaré en Montérégie depuis 2001 et le deuxième depuis la création du registre central MADO en 1990. La source de l'infection est inconnue.

Infections parasitaires

Il y a eu une augmentation de 18 % des infections parasitaires déclarées en Montérégie en 2007 (212 cas) comparativement à 2006 (179 cas).

En 2007, 179 cas de **giardiase** ont été déclarés pour une incidence de 13,1 par 100 000. Les enfants âgés de 1 à 4 ans sont les plus touchés (58,1 par 100 000), suivis des adultes âgés entre 25 et 39 ans (23,9 par 100 000). Les cas sont répartis tout au long de l'année. L'incidence selon le CSSS varie de 0,0 à 28,4 par 100 000. Comme par les années passées, l'incidence la plus élevée se retrouve sur le territoire du CSSS de la Haute-Yamaska (28,4), mais on y observe une diminution par rapport à 2006 où l'incidence y était de 42,4 par 100 000. Bien que tous les cas de giardiase du CSSS de la Haute-Yamaska aient été enquêtés en 2007, les causes du haut taux d'incidence n'ont pu être identifiées. Une étude utilisant des méthodes d'analyse spatiale est en cours pour tenter de dégager des pistes d'explication.

En 2007, 27 cas d'**amibiase** ont été déclarés. L'espèce pathogène *histolytica* a été identifiée pour 1 seul cas. Pour les 26 autres cas, on ignore s'il s'agit de l'espèce pathogène *histolytica* ou de l'espèce non pathogène *dispar*. Près des deux tiers (62 %) des personnes atteintes sont des hommes. La majorité des personnes sont âgées entre 25 et 59 ans. L'incidence la plus élevée se retrouve sur le territoire du CSSS de la Haute-Yamaska (5,7 par 100 000).

Cinq (5) cas de **cryptosporidiose** ont été déclarés chez trois enfants âgés entre 5 et 14 ans et deux adultes âgés de moins de 40 ans. La source de l'infection est inconnue pour les 5 cas.

Un (1) cas de **cyclosporo**se a été déclaré chez un adulte âgé de 40 à 59 ans. Le cas était relié à un voyage en Amérique du Sud.

Infections virales

En 2007, 7 cas d'**hépatite A** ont été déclarés, le plus petit nombre de cas déclarés depuis 1990. Deux adultes ont contracté l'infection en voyage à l'étranger, au Mexique et en Amérique du Sud. Un (1) cas est lié à l'adoption internationale. Trois (3) cas sont liés à l'éclosion survenue en 2006 en Montérégie. La source de l'infection n'a pu être identifiée pour un cas.

7.2 Éclosions de maladies entériques

Éclosions

Une éclosion est identifiée lorsque deux ou plusieurs cas d'une maladie entérique, dont le pathogène en cause est connu, ont un lien épidémiologique entre eux. Les éclosions représentent des épisodes et non des cas individuels. En 2007, 15 épisodes d'éclosion de maladies entériques impliquant 49 personnes ont été reconnus, dont presque le quart faisaient partie d'une éclosion provinciale. Les pathogènes impliqués étaient : *Giardia lamblia* (9), *Salmonella* (2), *Escherichia coli* (2) et *Listeria monocytogenes* (1).

La plupart des épisodes touchent les membres d'une même famille, impliquent un nombre limité de personnes malades et la source de l'éclosion est rarement identifiée de façon certaine. Une éclosion due au *Giardia lamblia* a touché 9 personnes de 3 familles différentes et est reliée à un service de garde. Trois (3) épisodes sont liés à des éclosions provinciales pour lesquelles aucune source d'infection n'a pu être identifiée jusqu'à maintenant. Le tableau XXI présente des détails sur les éclosions de maladies entériques survenues en Montérégie en lien avec une éclosion provinciale.

Tableau XXI Synthèse des éclosions provinciales de maladies entériques avec des cas en Montérégie, 2007

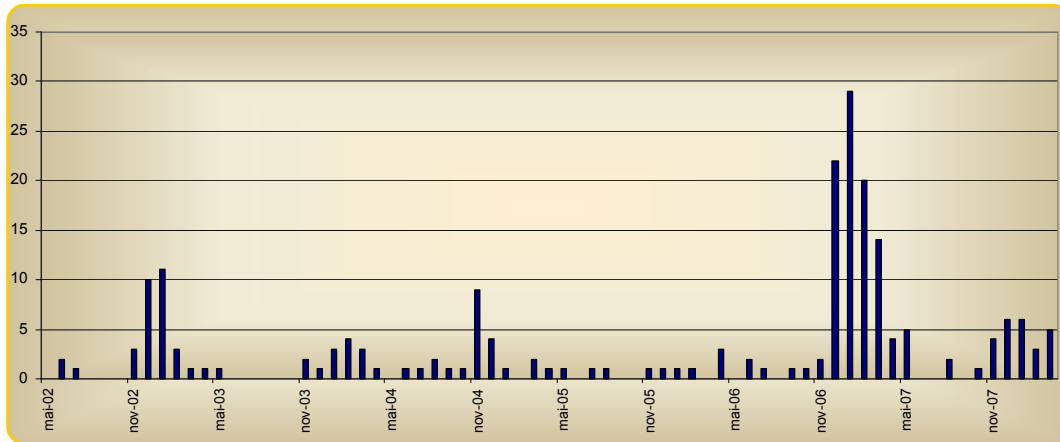
Agent pathogène	Nombre de cas en Montérégie	Nombre de cas au Québec
<i>E. coli</i> O157:H7 pulsovars 700 et apparentés	7	21
<i>Listeria monocytogenes</i> pulsovar 136	4	22
<i>Salmonella agona</i> pulsovar 9	1	3

Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée

La gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée se définit par des symptômes gastro-intestinaux d'étiologie infectieuse, confirmée ou présumée, chez au moins 2 personnes et un lien épidémiologique entre les cas sans qu'une origine alimentaire ou hydrique n'ait été mise en évidence. En 2007, un total de 85 épisodes, impliquant plus de 3 000 personnes ont été déclarés. Plusieurs types d'établissements ont été touchés : centres hospitaliers, centres hospitaliers de soins de longue durée, résidences privées pour personnes âgées, écoles, centres de la petite enfance et garderies. La plupart (79 %) des épisodes sont survenus au cours des

mois de janvier à avril. Le taux d'attaque élevé, la courte période d'incubation et la récupération rapide font suspecter une étiologie virale. L'hiver 2006-2007 s'est distingué par un nombre très élevé d'épisodes tant en Montérégie qu'au Québec. L'hiver 2007-2008 a été beaucoup plus calme comme le montre la figure 12. Des informations additionnelles sur les gastro-entérites épidémiques survenues dans des établissements de soins en Montérégie se retrouvent au chapitre 9 « Infections nosocomiales », page 63.

Figure 12 Nombre mensuel d'épisodes de gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée, Montérégie, mai 2002 à mars 2008



Toxi-infection alimentaire et hydrique

La toxi-infection alimentaire et hydrique se définit par des manifestations cliniques similaires chez au moins 2 personnes ayant consommé des aliments ou de l'eau en commun, avec ou sans identification d'un agent pathogène. Trente-quatre (34) toxi-infections alimentaires, impliquant 170 personnes malades et 25 commerces de restauration, ont été déclarées. La grande majorité des épisodes (85 %) concernent des familles de 2 à 4 personnes qui ont pris un repas en commun au restaurant ou au domicile et les personnes malades ont souvent partagé plusieurs autres repas en commun.

La toxi-infection alimentaire la plus importante a impliqué 40 personnes malades en Montérégie sur un total de près de 300 dans 6 régions sociosanitaires du Québec (Capitale Nationale, Laurentides, Mauricie-Centre-du-Québec, Montérégie, Montréal et Saguenay-Lac-Saint-Jean). Cette toxi-infection est liée à la consommation d'un type particulier de gâteau congelé dans les restes duquel on a identifié l'agent pathogène, *Staphylococcus aureus*. Le tableau clinique présenté par les personnes malades était très suggestif d'une toxi-infection alimentaire causée par la toxine du *Staphylococcus aureus*.

Zoonoses et maladies transmissibles par vecteur

Tableau XXII Nombre annuel de cas de zoonoses et de maladies transmissibles par vecteur, Montérégie, 1998-2007

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ZOONOSES										
Brucellose	-(a)	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Fièvre Q	7	96	8	3	8	13	5	4	8	1
Psittacose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Trichinose	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-
Tularémie	-	-	6	1	-	-	1	1	-	-
TRANSMISSIBLES PAR VECTEUR										
Encéphalite à arbovirus (incluant le VNO)	-	-	-	-	5	6	1	-	-	1
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	9	11	26	30	7	12	4	10	3	9
Maladie de Lyme	n.d.(b)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-	3	1	2

(a) Aucun cas déclaré.

(b) Non disponible, car n'était pas à déclaration obligatoire.

Tableau XXIII Distribution selon le sexe et l'âge des zoonoses et des maladies transmissibles par vecteur, Montérégie, 2007

	Cas	Sexe		Groupes d'âge (années)							
		M	F	< 1	1-4	5-14	15-24	25-39	40-59	≥ 60	
Fièvre Q	1	1	-(a)	-	-	-	-	-	-	1	-
Psittacose	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Encéphalite à arbovirus (incluant le VNO)	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)	9	5	4	-	-	-	1	3	5	-	
Maladie de Lyme	2	2	-	-	-	-	-	1	-	1	

(a) Aucun cas déclaré.

Zoonoses et maladies transmissibles par vecteur

8

Une zoonose peut être définie par la présence des 3 critères suivants :

- réservoir chez des animaux vertébrés autres que les humains;
- transmission de l'agent pathogène directement de l'animal à l'humain ou par des produits dérivés de l'animal hôte ou encore par l'intermédiaire d'un arthropode;
- présence d'un syndrome clinique chez les humains susceptibles.

Dans le présent rapport, les zoonoses entériques (ex. : salmonellose transmise par un reptile) sont traitées dans le chapitre 7 « Maladies entériques ».

8.1 Zoonoses

Rage animale

En 2007, 69 cas de rage animale ont été déclarés en Montérégie, dont 66 animaux terrestres (59 rats laveurs, 6 moufettes, 1 renard) et 3 chauves-souris. Ceci représente une nette augmentation par rapport aux 5 cas de rage animale déclarés en 2006 (1 chauve-souris et 4 rats laveurs) et à 1 cas en 2005 (1 chauve-souris). Des interventions ont été réalisées auprès de personnes potentiellement exposées au virus de la rage pour recommander ou non une prophylaxie postexposition (PPE).

Concernant l'**exposition aux mammifères terrestres**, le nombre de personnes évaluées est passé de 268 en 2006 à 437 en 2007, une hausse de 63 %. La proportion de personnes évaluées à qui on a fait une recommandation de PPE est de 20 %, une proportion semblable à 2006 (18 %), mais en hausse par rapport aux années antérieures.

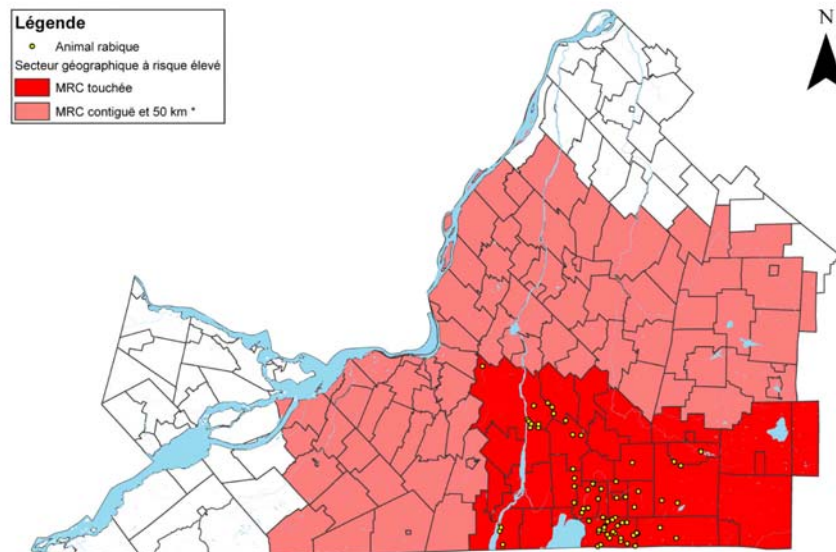
Concernant l'**exposition aux chauves-souris**, 278 personnes ont été évaluées pour une hausse de 30 % par rapport à 2006. Ceci s'explique entre autres par l'expansion, en 2007, de la rage du raton laveur au Québec et plus particulièrement en Montérégie. La proportion de personnes évaluées à qui on a fait une recommandation de PPE est de 49 %, une proportion semblable à celle de 2006.

Tableau XXIV **Nombre d'enquêtes et de prophylaxies postexposition contre la rage (PPE) recommandées selon l'espèce animale, Montérégie, 2001-2007**

	Nombre d'enquêtes ^(a) et de PPE ^(b)	Chauves-souris	Autres animaux sauvages	Animaux domestiques	Petits rongeurs	Total
2001	enquêtes	107	21	236	13	377
	PPE	72	13	13	-	98
2002	enquêtes	274	32	186	15	507
	PPE	126	21	10	1	158
2003	enquêtes	204	28	189	13	434
	PPE	132	14	11	-	157
2004	enquêtes	370	29	222	9	630
	PPE	141	22	14	-	177
2005	enquêtes	125	24	195	13	357
	PPE	77	17	11	1	106
2006	enquêtes	214	49	203	13	479 ^(c)
	PPE	114	25	21	1	161
2007	enquêtes	278	74	345	17	714 ^(d)
	PPE	137	30	54	3	224

- (a) Le nombre d'enquêtes correspond généralement au nombre de personnes évaluées pour une exposition potentielle au virus de la rage. Les enquêtes en établissement peuvent entraîner une sous-estimation ou une surestimation du nombre de personnes impliquées.
- (b) Le nombre de PPE correspond au nombre de personnes pour qui une PPE a été recommandée initialement. Ce nombre peut inclure des personnes ayant refusé la PPE ainsi que des personnes ayant cessé la vaccination lorsque l'animal s'est révélé négatif pour la rage.
- (c) Ce nombre exclut 3 enquêtes reliées à des animaux inconnus.
- (d) Ce nombre exclut 1 enquête reliée à un animal inconnu.

Figure 13 **Localisation des animaux rabiques infectés par la souche du raton laveur et régions à risque élevé, Montérégie, au 31 décembre 2007**



Autres zoonoses

Un (1) cas de **fièvre Q** a été déclaré en 2007. La source probable est le contact avec des bovins ayant mis bas. À noter que ces résultats n'incluent pas les déclarations de fièvre Q chronique ou reflétant une infection ancienne puisque la surveillance ne vise que les cas aigus.

Un (1) cas de **psittacose** chez un éleveur d'oiseaux exotiques a été déclaré. Il s'agit du premier cas déclaré depuis 1997. L'enquête du MAPAQ a confirmé la présence d'oiseaux atteints de psittacose dans cet élevage.

8.2 Maladies transmissibles par vecteur

En 2007, 9 cas d'**infection à Plasmodium** (malaria) ont été déclarés. La majorité des cas (7) a été causée par le *P. falciparum* dont 6 acquis en Afrique. Les 2 autres cas sont dus au *P. ovale* et au *P. vivax*. Cinq (5) personnes ont acquis l'infection lors d'un séjour à l'étranger dans le cadre de leur travail et 3 personnes sont nées dans des pays endémiques. Six (6) personnes n'ont pas consulté une clinique santé voyage et 1 personne avait reçu une prescription inadéquate d'antipaludéens.

Un cas d'**infection par le virus du Nil occidental (VNO)** a été déclaré en Montérégie en 2007. Il s'agit du seul cas confirmé au Québec. La personne atteinte avait voyagé dans les provinces de l'ouest canadien durant toute la période d'exposition. Plusieurs cas d'infection par le VNO ont été déclarés en Saskatchewan, au Manitoba et en Alberta durant l'été 2007.

Deux (2) cas de **maladie de Lyme** ont été confirmés en 2007 chez des adultes ayant visité un camping dans la région des Mille-Îles en Ontario. Les deux personnes ont développé un érythème migratoire. Aucune n'a remarqué de piqûre de tique. Un autre cas cliniquement compatible n'a pas été retenu à des fins de surveillance car la sérologie s'est avérée négative. À ce jour, presque tous les cas confirmés par une sérologie positive au Québec ont été acquis à l'extérieur du Québec. Au cours de l'été 2007, un projet de recherche a identifié la présence des 3 stades de la tique vectrice *Ixodes scapularis* dans certains secteurs de la Montérégie. Toutefois, la faible proportion de tiques et de souris positives pour l'agent pathogène *Borrelia burgdorferi* semble indiquer un faible risque pour l'humain actuellement. La recherche se poursuivra en 2008 afin de confirmer l'installation du vecteur de la maladie de Lyme au Québec.

Infections nosocomiales

9

9.1 Infections nosocomiales causées par des bactéries multirésistantes

En 2007, 6 **éclosions d'entérocoque résistant à la vancomycine** (ERV) ont été déclarées dans 3 centres hospitaliers de la Montérégie, comparativement à 0 éclosion en 2006.

Ces éclosions ont touché un total de 28 personnes. Aucune **éclosion au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline** (SARM) n'a été déclarée dans un établissement de soins de longue durée. Aucun cas d'infection au ***Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine** (SARV) n'a été déclaré.

Le tableau XXV présente des données du programme régional de surveillance des nouveaux cas de colonisation ou d'infection à SARM. Tous les centres hospitaliers de la Montérégie participent à ce programme. Les données sont présentées pour 13 périodes administratives, du 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2008.

Tableau XXV Données sur les cas de SARM dans les centres hospitaliers, Montérégie, 2005-2006 à 2007-2008

	2005-2006		2006-2007		2007-2008	
	Valeur pour la Montérégie	Valeur médiane par CH (étendue)	Valeur pour la Montérégie	Valeur médiane par CH (étendue)	Valeur pour la Montérégie	Valeur médiane par CH (étendue)
Nombre de nouveaux cas	1 646	138 (19-337)	1 301	117 (30-296)	1 158	107 (20-225)
Nombre de cas nosocomiaux	853	72 (9-148)	649	53 (17-152)	572	56 (4-112)
Incidence par 1 000 patients-jours des cas nosocomiaux	1,5	1,2 (0,8-2,7)	1,1	1,2 (0,6-1,7)	1,0	1,1 (0,5-5,0)
Proportion cas infectés/cas nosocomiaux	18 %	13 % (7-52 %)	15 %	14 % (5-35 %)	15 %	14 % (0-28 %)

Par rapport à 2005-2006, le nombre de nouveaux cas de SARM a diminué de 30 %. Il est passé de 1 646 en 2005-2006 à 1 158 en 2007-2008. Parmi les nouveaux cas, certains sont dits d'origine nosocomiale parce qu'ils sont considérés comme étant contractés dans le centre hospitalier déclarant. La proportion de cas de SARM d'acquisition nosocomiale (49 %) a peu varié depuis 2005-2006. La proportion des cas de SARM nosocomiaux infectés (15 %) est demeurée la même que l'année précédente.

En 2006, le programme provincial de surveillance des infections invasives à *Staphylococcus aureus* dans les centres hospitaliers a été modifié. Depuis cette date, il cible uniquement les souches de *Staphylococcus aureus* isolées des hémocultures. En 2007, parmi l'ensemble des bactériémies à *Staphylococcus aureus*, 19 % des souches sont résistantes à la méthicilline (SARM) en Montérégie comparativement à 24 % au Québec. Après une diminution entre 2005 (30,4 %) et 2006 (17 %) , vraisemblablement reliée aux mesures mises en place pour le *Clostridium difficile*, les taux de bactériémie à SARM sont stables.

Près des trois quarts (73 %) des bactériémies à SARM sont d'acquisition nosocomiale. Parmi celles-ci, 29 % sont reliées à une hospitalisation dans l'installation déclarante, ce qui représente un taux d'incidence de 0,26 par 1 000 jours-présence en Montérégie, comparativement à un taux de 0,5 par 1 000 jours-présence au Québec.

9.2 Éclosions d'influenza dans les établissements de soins

La première éclosion d'influenza en établissement de soins a été déclarée le 11 mars 2008. En date du 10 avril 2008, 13 éclosions d'influenza ont été rapportées en milieu de soins, dont 9 en CHSLD et 4 en milieu hospitalier. Sur l'ensemble des éclosions, 7 étaient de type A, 4 étaient de type B et 2 étaient de type A et B.

Tableau XXVI Synthèse des éclosions d'influenza dans les établissements de soins, Montérégie, 2007-2008

Type influenza	Bénéficiaires			Membres du personnel		
	Nombre total	Couverture vaccinale avant éclosion	Nombre cas influenza ^(a)	Nombre total	Couverture vaccinale avant éclosion	Nombre cas influenza ^(a)
A	70	86 %	22	88	52 %	4
A	154	94 %	3	n.d. ^(b)	63 %	0
A	130	79 %	30	199	34 %	4
B	60	82 %	4	84	56 %	3
A	n.d.	n.d.	3	120	n.d.	0
A	99	99 %	5	225	n.d.	0
A et B	199	91 %	33	230	43 %	5
A	65	n.d.	6	n.d.	n.d.	8
A et B	83	89 %	11	81	43 %	10

(a) Nombre de cas confirmés et de cas probables.

(b) Donnée non disponible.

9.3 Éclosions de gastro-entérite dans les établissements de soins

En date du 23 avril 2008, 19 éclosions de gastro-entérite ont été déclarées dans les établissements de soins durant l'hiver 2007-2008. Ce nombre est nettement plus petit qu'en 2006-2007, saison qui s'était distinguée par un nombre élevé d'épisodes.

La première éclosion de la saison est survenue en novembre 2007. Les épisodes ont touché 1 centre hospitalier, 9 CHSLD et 4 résidences privées. Au total, 202 patients et bénéficiaires et 93 employés ont présenté des symptômes. Certains établissements ont connu plus d'un épisode.

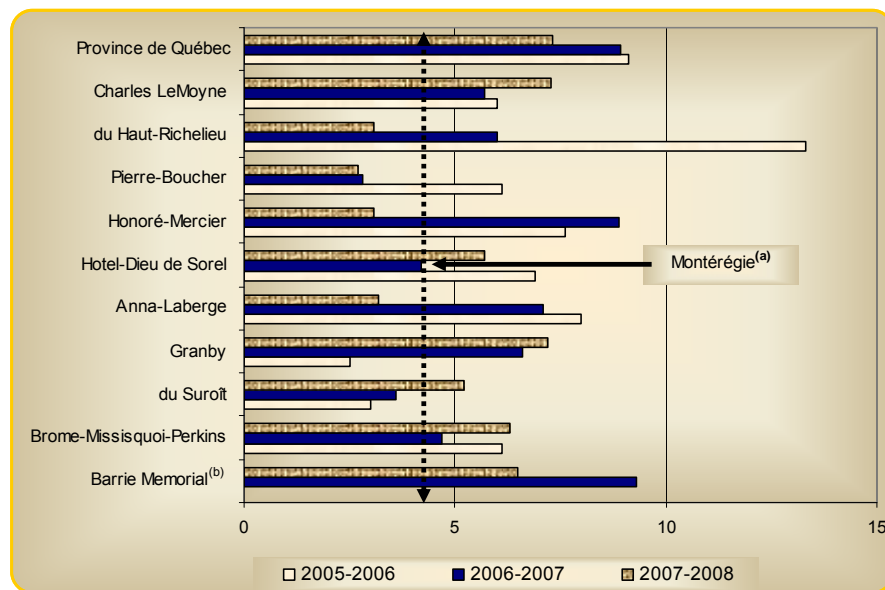
9.4 Diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD)

Les données du programme provincial de surveillance de la DACD sont présentées pour 13 périodes financières, du 1^{er} avril au 31 mars, pour les années 2005-2006, 2006-2007 et 2007-2008.

En 2007-2008, 289 cas de diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD) ont été déclarés par l'ensemble des centres hospitaliers de la Montérégie. L'incidence a diminué de 18 % par rapport à l'année précédente, passant de 5,6 à 4,6 par 10 000 patients-jours.

En 2007-2008, le nombre annuel de cas de DACD par centre hospitalier a varié de 8 à 82 pour une médiane de 26 cas. La figure 14 montre l'incidence par centre hospitalier au cours des 3 dernières années.

Figure 14 Incidence par 10 000 patients-jours de DACD nosocomiale selon le centre hospitalier, Montérégie et Québec, 2005-2006 à 2007-2008



(a) Taux régional 2007-2008

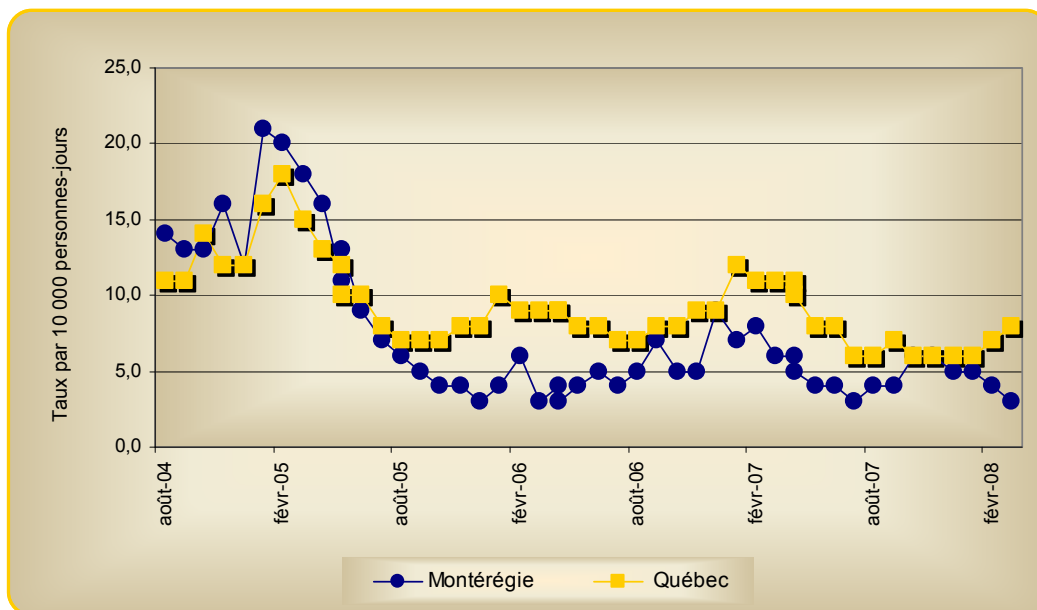
(b) Hôpital Barrie Memorial ne participait pas au système de surveillance provincial en 2005-2006

L'étude sur la distribution des génotypes de *C. difficile* indique une répartition géographique non uniforme du génotype A (NAP1) dans les centres hospitaliers du Québec. La proportion de génotype A (NAP1) a diminué en Montérégie alors qu'elle a augmenté au Québec. En 2005, les CH où prédominait le NAP1 se trouvaient dans les régions de Montréal, Montérégie, Laval, Laurentides

et Abitibi. Depuis, le génotype A s'est étendu dans plusieurs autres régions du Québec. La prédominance de la souche NAP1 dans un centre hospitalier est associée à une augmentation de l'incidence de la DACD, indépendamment des autres caractéristiques du centre hospitalier (taille et proportion de personnes âgées) (Gilca et coll., 2008).

La figure 15 montre la variation de l'incidence de la DACD depuis le début du programme provincial de surveillance. En 2007-2008, l'incidence a varié de la même façon en Montérégie et au Québec, mais l'incidence en Montérégie demeure toujours inférieure à celle de la province.

Figure 15 Incidence par 10 000 patients-jours de DACD d'acquisition nosocomiale, Montérégie et Québec, septembre 2004 à mars 2008



Le tableau XXVII présente le nombre de complications et de décès reliés à une DACD. En 2007-2008, la réadmission est la complication la plus fréquente en Montérégie (5,2 %) et au Québec (5,9 %). La mortalité associée à la DACD a diminué en Montérégie, passant de 11,2 % en 2006-2007 à 5,2 % en 2007-2008. Ce taux de mortalité est inférieur à celui du Québec (7,3 %).

Tableau XXVII Nombre et proportion des DACD nosocomiales ayant amené une complication ou un décès, Montérégie, 2005-2006 à 2007-2008^(a)

Complications	2005-2006 ^(b)		2006-2007 ^(c)		2007-2008 ^(d)	
	Nombre de cas	Proportion DACD nosocomiales	Nombre de cas	Proportion DACD nosocomiales	Nombre de cas	Proportion DACD nosocomiales
Réadmission	31	7,3 %	7	2,6 %	11	5,2 %
Admission aux soins intensifs	16	3,8 %	13	4,8 %	2	0,9 %
Colectomie	3	0,7 %	6	2,2 %	2	0,9 %
Décès associés ^(e)	29	6,9 %	30	11,2 %	11	5,2 %

- (a) La surveillance des complications et des décès est un volet optionnel du programme provincial de surveillance.
- (b) L'information est disponible pour 423 cas, soit 97 % des cas.
- (c) L'information est disponible pour 269 cas, soit 79 % des cas.
- (d) L'information est disponible pour 212 cas, soit 73 % des cas.
- (e) Cas pour lesquels la DACD est la cause principale du décès ou une cause contributive.



Conclusion

La surveillance est une fonction essentielle de santé publique qui permet de suivre les tendances des maladies, de détecter les éclosions et d'identifier les problèmes prioritaires. Le système de surveillance associé aux maladies infectieuses, incluant les maladies à déclaration obligatoire (MADO), est un système qui se doit d'être utile aux professionnels de la santé et l'utilisation des informations de ce rapport doit être encouragée.

Ce rapport 2007 sur les maladies infectieuses en Montérégie est un outil de surveillance qui permet aux gestionnaires et aux intervenants des CSSS de mieux connaître l'état de santé de leur population au regard des maladies infectieuses. La surveillance permet d'orienter les actions à poser en vue de corriger les problèmes observés.

Chacune de ces situations confirme qu'il demeure indispensable de maintenir nos efforts pour améliorer la santé de la population. Pour ce faire, la collaboration étroite entre la Direction de santé publique et les professionnels du réseau de la santé est une condition incontournable pour mettre en place des actions efficaces.

Ce rapport, nous le souhaitons vivement, devrait faire partie des outils dont les professionnels disposent pour réussir notre mission commune :

L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION !



Bibliographie

BITERA, R., et autres. *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : cas déclarés de janvier à juin 2006 et cas cumulatifs d'avril 2002 à juin 2006*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2007, 84 p.

GILCA, R., et autres. *Surveillance des diarrhées associées à Clostridium difficile au Québec. Bilan du 22 août 2004 au 18 août 2007*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 62 p.

HAMID, A. *Évaluation de la couverture vaccinale des jeunes enfants de la Montérégie au regard des facteurs sociodémographiques et impact de l'ajout de nouveaux vaccins*, Mémoire de maîtrise, Département des sciences de la santé communautaire de la faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, 2008.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire du Québec. Définitions nosologiques. Maladies d'origine infectieuse*, 6^e édition, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 119 p.

PARENT, R., et autres. *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection : Épidémiologie du VIH de 1995 à 2006, Épidémiologie du VHC de 2003-2006*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2007, 51 p.