



DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
Ensemble pour une région en santé



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LAVAL



INSPQ - Montréal

3 5567 00001 9650

WA
55
L 38
2000

Maladies à déclaration obligatoire
Rapport annuel 2000
Région de Laval

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 201
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval

janvier 2002

Rédaction

Ève Duval, médecin-conseil, unité maladies infectieuses et unité connaissance-surveillance-évaluation, Direction de la santé publique de Laval

Lise Laplante, médecin-conseil, unité santé environnementale, Direction de la santé publique de Laval pour la section intoxications par agents chimiques

Collaboration

Suzanne Charbonneau, médecin-conseil, unité maladies infectieuses, Direction de la santé publique de Laval

Claude Laberge, médecin-conseil, unité maladies infectieuses, Direction de la santé publique de Laval

Exportation des données MADO

Lynda Boulianne, unité maladies infectieuses, Direction de la santé publique de Laval

Traitement des données

Sylvie Chrétien, unité connaissance-surveillance-évaluation, Direction de la santé publique de Laval

Lyse Hammarrenger, unité connaissance-surveillance-évaluation, Direction de la santé publique de Laval

Conception et mise en pages

Danielle Corbeil, unité connaissance-surveillance-évaluation, Direction de la santé publique de Laval

Suzanne Francoeur, unité connaissance-surveillance-évaluation, Direction de la santé publique de Laval

Édition et diffusion

Disponible au centre de documentation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval
(450) 978-2000

Dépôt légal - 1^{er} trimestre 2002
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN-2-921606-85-2

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 2002

REMERCIEMENT

Faire un rapport de ce genre sur les maladies à déclaration obligatoire ne serait pas possible sans la collaboration de toutes les personnes qui déclarent les cas et qui contribuent ainsi à la surveillance des maladies infectieuses et des intoxications par agents chimiques. Nous tenons à remercier plus particulièrement :

- ↳ Les médecins ainsi que le personnel des laboratoires des centres hospitaliers, des laboratoires privés et le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) pour la déclaration des cas;
- ↳ Tous les intervenants, qu'ils soient du milieu de la santé, du milieu de l'éducation ou des services de garde à l'enfance, ayant signalé des cas;
- ↳ Tous les professionnels de l'équipe des maladies infectieuses qui, en œuvrant au contrôle des maladies infectieuses, donnent un sens aux données de surveillance.
- ↳ Le Centre antipoison de l'Institut national de santé publique du Québec, pour ses statistiques sur les appels reçus concernant une exposition à un agent chimique.

Nous remercions également Marie-Reine Corbeil, Denis Archambault, Diane Lambert, Alejandra Irace-Cima, Lyne Royer et Jocelyne Thiffault pour leurs judicieux conseils et commentaires à la lecture de ce document ou d'une section de ce document.

MOT DU DIRECTEUR

La surveillance des maladies à déclaration obligatoire est un mandat important des directions de la santé publique en collaboration avec la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

La surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire permet notamment :

- ◆ de faire un portrait de ces maladies et de suivre leur tendance;
- ◆ de déceler une situation inhabituelle, par exemple, une éclosion;
- ◆ d'orienter les interventions de protection de la santé publique et les programmes de prévention et de promotion;
- ◆ d'évaluer l'impact des interventions et des programmes mis en place.

Ce document donne le portrait de la situation qui prévaut sur notre territoire quant aux maladies à déclaration obligatoire.

En plus de l'analyse des données de la dernière année, le rapport présente la tendance des dix dernières années, pour Laval et le Québec. Pour chaque maladie, on retrouve aussi les balises de déclarations des cas (définitions nosologiques) ainsi que des notes cliniques qui décrivent brièvement le temps d'incubation, la symptomatologie, les complications et les modes de transmission.

Le rapport annuel des maladies à déclaration obligatoire est une tradition que nous désirons instaurer car en maladies infectieuses particulièrement, les années se suivent mais ne se ressemblent pas.

Bonne lecture!

François Ranger, m.d.

SOMMAIRE

En 2000, 1 051 cas de maladies infectieuses et d'intoxications par agents chimiques ont été déclarés pour des personnes habitant sur le territoire de Laval, ce qui représente une hausse de 18 % par rapport aux 889 cas de l'année précédente. Les laboratoires ont été les premiers déclarants dans la majorité des cas (86 %).

Maladies évitables par une immunisation systématique

- La coqueluche a présenté une faible activité en 2000 (44 cas).
- Seulement trois cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés en 2000, du jamais vu. Aucun cas n'a été déclaré chez les moins de 20 ans depuis les quatre dernières années.
- Un seul cas d'oreillons a été déclaré à Laval en 2000, chez un adulte.
- Aucune déclaration n'a été reçue pour les autres maladies évitables par une immunisation systématique.

Autres maladies évitables par immunisation

- En 2000 à Laval, six cas d'hépatite A ont été déclarés, soit le même nombre qu'en 1999.
- Avec une déclaration d'infection à méningocoque (séro groupe Y), l'année 2000 ne se démarque pas des dernières années mais cette maladie sera sûrement d'actualité au bilan 2001.
- Ce sont les infections invasives sévères à pneumocoque qui retiennent notre attention. Alors que le nombre de cas déclarés était relativement stable depuis 1997, il a doublé en 2000. Cette hausse n'est toutefois pas observable au niveau de la province. Les taux les plus élevés se retrouvent chez les jeunes de moins de 4 ans et chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Maladies entériques

Les maladies entériques représentent 20 % des déclarations reçues.

- Comme à chaque année, le campylobacter est la maladie entérique la plus fréquemment déclarée, suivi pour la première fois de la giardiase, reléguant ainsi la salmonellose au troisième rang.
- La giardiase présente des taux d'incidence qui augmentent depuis onze ans (Laval et province).

Maladies transmissibles sexuellement et sida

- Les chlamydioses génitales totalisent plus du tiers (36 %) de toutes les déclarations reçues en 2000. Ces infections affichent une tendance à la hausse depuis quatre ans, à Laval comme au Québec.
- Les infections gonococciques sont relativement stables avec dix-sept cas.
- En 2000, le nombre de cas déclarés de sida (un) est le plus bas des onze dernières années.
- Un seul cas de syphilis a été déclaré, sans précision du stade.

Tuberculose

- La majorité des cas déclarés sont des tuberculoses pulmonaires (57 %). Un total de 29 personnes ont été investiguées relativement aux sept cas déclarés de tuberculose en 2000.

Et les autres ...

- Il y a eu quatre déclarations de paludisme et tous revenaient d'un séjour à l'étranger.

Les données complètes concernant la région de Laval se retrouvent sous forme de tableaux en annexe.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENT	I
MOT DU DIRECTEUR	II
SOMMAIRE	III
INDEX DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE ET AGENTS PATHOGÈNES CORRESPONDANTS	V
INDEX DES INTOXICATIONS PAR AGENTS CHIMIQUES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE	VII
LISTE ET SIGNIFICATION DES ABRÉVIATIONS	VIII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 - MÉTHODOLOGIE	3
1.1 SOURCES DES DONNÉES	5
1.2 PRÉSENTATION DES DONNÉES	5
1.3 LIMITES À CONSIDÉRER DANS L'INTERPRÉTATION DES DONNÉES	6
CHAPITRE 2 - PORTRAIT GLOBAL DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE À LAVAL	7
CHAPITRE 3 - MALADIES ÉVITABLES PAR UNE IMMUNISATION SYSTÉMATIQUE	11
3.1 COQUELUCHE	13
3.2 INFECTION À <i>HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i> DE TYPE b	15
3.3 HÉPATITE B AIGÛÉ	17
3.4 OREILLONS	19
3.5 POLIOMYÉLITE	20
3.6 ROUGEOLE	21
3.7 RUBÉOLE - RUBÉOLE CONGÉNITALE	23
3.8 TÉTANOS	24
CHAPITRE 4 - AUTRES MALADIES ÉVITABLES PAR IMMUNISATION	25
4.1 HÉPATITE A	27
4.2 INFECTION À MÉNINGOCOQUE	28
4.3 INFECTION INVASIVE SÉVÈRE À PNEUMOCOQUE	29
CHAPITRE 5 - MALADIES ENTÉRIQUES	31
5.1 AMIBIASE	33
5.2 CAMPYLOBACTÉRIOSE	34
5.3 ENTÉRITE À <i>ESCHERICHIA COLI</i> PATHOGÈNE	35
5.4 GASTRO-ENTÉRITE À <i>YERSINIA ENTEROCOLITICA</i>	37
5.5 GIARDIASE	38
5.6 SALMONELLOSE	40
5.7 SHIGELLOSE	42
5.8 TOXI-INFECTIONS ALIMENTAIRES OU HYDRIQUES	42

CHAPITRE 6 - MALADIES TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET SIDA	43
6.1 CHLAMYDIOSE GÉNITALE.....	45
6.2 INFECTIONS GONOCOCCIQUES.....	48
6.3 SIDA	50
6.4 SYPHILIS PRIMAIRE, SECONDAIRE OU LATENTE < 1 AN	52
CHAPITRE 7 - TUBERCULOSE	55
7.1 TUBERCULOSE	57
CHAPITRE 8 - AUTRES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE.....	59
8.1 INFECTION INVASIVE SÉVÈRE À STREPTOCOQUE β -HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A.....	61
8.2 INFECTION INVASIVE SÉVÈRE À STREPTOCOQUE β -HÉMOLYTIQUE DU GROUPE B	62
8.3 MÉNINGITE À ENTÉROVIRUS.....	63
8.4 SCARLATINE.....	64
8.5 ET LES AUTRES.....	65
CHAPITRE 9 - ÉCLOSIONS ET AUTRES SIGNALEMENTS	67
9.1 ÉCLOSIONS ET AUTRES SIGNALEMENTS.....	69
CHAPITRE 10 - INTOXICATIONS PAR AGENTS CHIMIQUES.....	71
10.1 DONNÉES MADO.....	73
10.2 DONNÉES « INTOXICATION » DU CENTRE ANTIPOISON.....	73
10.3 CONSTAT.....	74
RÉFÉRENCES	77

ANNEXE 1 - Nombre de cas par année et incidence annuelle des maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Laval, 1991-2000

ANNEXE 2 - Nombre de cas et incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon le sexe, Laval, 2000

ANNEXE 3 - Nombre de cas et incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon le groupe d'âge, Laval, 2000

ANNEXE 4 - Nombre de cas et incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire par territoire de CLSC, Laval, 2000

ANNEXE 5 - Rang, par ordre d'importance, des maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Laval et Province de Québec, 2000

ANNEXE 6 - Intoxications par agents chimiques à déclaration obligatoire

ANNEXE 7 - Répartition de la population de Laval par sexe et par groupe d'âge, Laval et CLSC de Laval, 2000 et évolution de la population de Laval, par CLSC, 1991-2000

INDEX DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE ET AGENTS PATHOGÈNES CORRESPONDANTS

Maladie	Agent pathogène	Page
Amibiase	Entamoeba histolytica	33
Botulisme	Clostridium botulinum	65
Brucellose	Brucella abortus.....	65
Campylobactériose	Campylobacter, Campylobacter jejuni, coli.....	34
Chancre mou	Haemophilus ducreyi	
Charbon	Bacillus anthracis	
Chlamydie	Chlamydia trachomatis	45
Choléra	Vibrio cholerae	
Coqueluche	Bordetella pertussis.....	13
Diphthérie	Corynebacterium diphtheriae	
Encéphalites à virus par arthrodes, moustiques	Virus encéphalite de Californie, de Saint-Louis, équine de l'est, équine de l'ouest	
Encéphalites à virus par tiques	Virus Powassan	
Entérite à Escherichia coli pathogène	Escherichia coli	35
Fièvre de Lassa	Virus de Lassa	
Fièvre hémorragique africaine (Ebola)	Virus Ebola	
Fièvre jaune	Virus de la fièvre jaune	
Fièvre paratyphoïde A	Salmonella paratyphi-A	65
Fièvre paratyphoïde B	Salmonella paratyphi-B.....	65
Fièvre paratyphoïde C	Salmonella paratyphi-C.....	65
Fièvre Q	Coxiella burnetii.....	65
Fièvre typhoïde	Salmonella typhi.....	65
Gastro-entérite à Yersinia enterocolitica	Yersinia enterocolitica	37
Giardiase	Giardia lamblia.....	38
Granulome inguinal	Calymmatobacterium granulomatis	
Haemophilus	Haemophilus influenzae.....	15
Herpès néonatal	Virus de l'herpès humain	
Hépatite virale A	Virus de l'hépatite A	27
Hépatite virale B	Virus de l'hépatite B	17
Infection gonococcique	Neisseria gonorrhoeae, NGPP	48
Infection à méningocoque	Neisseria meningitidis	28
Infection invasive sévère à		
Streptocoque β -hémolytique du groupe A	Streptococcus pyogenes	61
Streptocoque β -hémolytique du groupe B	Streptococcus agalactiae	62
Pneumocoque	Streptococcus pneumoniae.....	29

Maladie	Agent pathogène	Page
Lymphogranulomatose vénérienne	Chlamydia trachomatis	
Lèpre	Mycobacterium leprae	
Légionellose	Legionella.....	65
Maladie de Marburg	Virus de Marburg	
Méningite à entérovirus (Coxsackie)	Virus Coxsackie.....	63
Méningite à entérovirus (Echo)	Virus Echo	63
Oreillons	Virus des oreillons.....	19
Paludisme à plasmodium falciparum	Plasmodium falciparum	65
Paludisme à plasmodium malariae	Plasmodium malariae	65
Paludisme à plasmodium ovale	Plasmodium ovale.....	65
Paludisme à plasmodium vivax	Plasmodium vivax.....	65
Peste	Yersinia pestis	
Poliomyélite	Virus poliomyélitiques.....	20
Psittacose	Chlamydia psittaci	65
Rage	Virus de la rage.....	65
Rougeole	Virus de la rougeole.....	21
Rubéole congénitale	Virus de la rubéole	23
Rubéole	Virus de la rubéole	23
Salmonellose	Salmonella	40
Scarlatine	Streptococcus pyogenes.....	64
Shigellose	Shigella, shigella dysenteriae, flexneri, boydii, sonnei ..	42
Sida	Virus de l'immunodéficience humaine.....	50
Syphilis	Treponema pallidum.....	52
Tétanos	Clostridium tetani.....	24
Toxi-infection alimentaire à	Bacillus cereus, clostridium botulinum, clostridium perfringens, staphylococcus, vibrio parahaemolyticus, toxine de champignon, toxine de poisson et coquillage, Sans précision	42
Trichinose	Trichinella spiralis.....	65
Tuberculose	Mycobacterium tuberculosis.....	57
Tularémie	Francisella tularensis.....	65
Typhus exanthématique	Rickettsia prowazekii	
Typhus murin	Rickettsia typhi	
Variole	Virus de la variole	

INDEX DES INTOXICATIONS PAR AGENTS CHIMIQUES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Intoxication à (au)...	Page
Arsenic et ses composés	
Benzène	
Béryllium et ses composés	
Cadmium et ses composés	73
Chlore et ses composés :	
♦ Chlore gazeux	
♦ Composés	
Chrome et ses composés	
Cuivre, nickel et zinc	
Fluor	
Hydrocarbures chlorés :	
♦ Solvants (tétrachlorure de carbone)	
♦ Non solvants	
Manganèse et ses composés	
Mercure et ses composés	
Monochloroéthylène	
Monoxyde de carbone	73
Nitro et amino dérivés du benzène, phénol et leurs composés homologues :	
♦ Vapeur	
♦ Solvants (ex. : xylène, toluène, styrène)	
♦ Non solvants	
Vapeurs nitreuses :	
♦ Maladie des ouvriers de silo	
♦ Oxyde nitreux	
♦ Oxyde nitreux non anesthésique	
♦ Oxyde nitrique	
Pesticides :	
♦ Vapeur	♦ Mixte
♦ Arsenic	♦ Organochloré
♦ Carbamate	♦ Organophosphoré
♦ Chlore	♦ Strychnine
♦ Composition précisée NCA	♦ Thallium
♦ Cyanure	
Phosphore et ses composés	
Plomb et ses composés	73
Soufre et ses composés :	
♦ Soufre	♦ Hydrogène
♦ Acide sulfurique	♦ Médicinal (onguent)
♦ Sulfure de carbone	♦ Pesticide (vapeur)
♦ Dioxyde (gaz)	♦ Vapeur NCA

LISTE ET SIGNIFICATION DES ABRÉVIATIONS

CAP	Centre antipoison
CLSC	Centre local de services communautaires
DSP	Direction de la santé publique
Hib	Haemophilus influenzae de type b
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS	Maladies transmissibles sexuellement
NGPP	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> producteur de pénicillinase
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Les maladies présentées dans ce rapport sont, dans le cadre de la Loi de la protection de la santé publique, des maladies à déclaration obligatoire (MADO), c'est-à-dire des maladies que les médecins ou les laboratoires sont tenus de déclarer à la Direction de la santé publique de leur région.

Jusqu'en 1996, le Bureau de surveillance épidémiologique (BSE) de Montréal produisait des rapports qui englobaient les données de Laval. Depuis 1997, la région de Laval est autonome pour l'analyse de ses données et le bilan des maladies à déclaration obligatoire était présenté succinctement dans un bulletin produit par l'équipe des maladies infectieuses, le « Mission Prévention Possible ».

Dans la foulée de ce qui se fait dans d'autres régions et considérant l'importance de diffuser les données aux personnes qui collaborent à cette surveillance des MADO, la région de Laval a décidé de produire un rapport annuel. Nous nous sommes d'ailleurs fortement inspirés des rapports déjà produits par les régions de Montréal-Centre, Montérégie, des Laurentides, Estrie, Saguenay-Lac-St-Jean^(1, 2, 3, 4, 5).

Le premier chapitre du document décrit la méthodologie utilisée et les limites à l'interprétation des données. Par la suite, nous présentons les faits saillants des principales MADO déclarées à Laval en 2000 ainsi que les tendances observées de 1991 à 2000 à Laval et au Québec. Finalement, on retrouve en annexe, les données des MADO infectieuses des dix dernières années pour Laval, en terme de nombre de cas et taux d'incidence par maladie classée par ordre alphabétique (annexe 1). Les données 2000 sont ventilées par sexe, groupe d'âge et territoire de CLSC (annexes 2 à 4). Un tableau comparatif présente le nombre, en ordre décroissant, de cas déclarés à Laval et au Québec (annexe 5). Les MADO chimiques (annexe 6) et les données de population ayant servi au calcul des taux sont aussi présentées (annexe 7).

Nous souhaitons que ce rapport serve de document de référence pour suivre l'évolution des MADO et nous désirons le mettre à jour annuellement. En complément, la Direction de la santé publique de Laval offre par l'entremise de son Info-Centre, un tableau de bord accessible à tous les usagers internes et qui présente les données MADO pour Laval et le Québec depuis 1990.

CHAPITRE 1
MÉTHODOLOGIE

1.1 SOURCES DES DONNÉES

Les données du présent rapport proviennent du registre central des maladies à déclaration obligatoire (MADO) du MSSS. Depuis 1990, les Directions de la santé publique de la province sont électroniquement reliées à ce registre, géré par le Laboratoire de santé publique du Québec. Pour les maladies infectieuses, on y retrouve les cas déclarés qui répondent aux définitions nosologiques du MSSS. Ces définitions visent essentiellement à fournir des critères uniformes pour la validation des déclarations et assurer une standardisation des intrants au système de surveillance. Une première version des définitions a été publiée en 1991⁽⁶⁾. Cette version a été mise à jour en 1997⁽⁷⁾, puis en 2001⁽⁸⁾.

Quant aux données de population utilisées comme dénominateurs, leur source varie selon les années. Pour le calcul des taux à partir de 1996, nous avons utilisé les plus récentes données corrigées par l'Institut de la statistique du Québec basées sur le Recensement canadien de 1996⁽⁹⁾. Les données de population de 1991 à 1995, sont basées sur le Recensement canadien de 1991 et corrigées partiellement selon le Recensement 1996⁽¹⁰⁾.

Les données d'hospitalisation proviennent du fichier Med-Écho du ministère de la Santé et des Services sociaux, en utilisant le diagnostic principal et les cinq premiers diagnostics secondaires.

Les données concernant les maladies à déclaration obligatoire des intoxications par agents chimiques (MADO chimiques) proviennent principalement du registre central des maladies à déclaration obligatoire (MADO) du MSSS. Ce registre, développé à l'origine pour les maladies infectieuses, n'est pas tout à fait adapté à la déclaration d'intoxications par agents chimiques¹¹. Il n'existe que quelques définitions nosologiques pour certaines intoxications par agents chimiques,

et ce, depuis seulement trois ans. Les cas saisis dans la base de données, depuis les trois dernières années, répondent à ces critères. Lorsqu'il n'existe pas de définition de cas standardisée, les cas sont retenus en fonction d'une valeur biologique seuil ou en fonction des symptômes cliniques. La comparaison des cas devient alors plus difficilement interprétable en raison des variations possibles dans la saisie des données. Ainsi, ce registre peut être sous-utilisé pour la saisie des cas et ne pas refléter le portrait « réel » des intoxications survenues à Laval et au Québec. Pour tenter d'obtenir une estimation du nombre de cas d'intoxication par agents chimiques survenues à Laval et au Québec, nous avons également consulté les statistiques du Centre antipoison de l'Institut national de santé publique du Québec, pour les années 1998, 1999 et 2000.

1.2 PRÉSENTATION DES DONNÉES

Les données de ce rapport concernent principalement les cas de MADO infectieuses déclarés en 2000 pour les résidents de Laval. Un historique de 1991 à 2000 est aussi présenté, avec des comparaisons avec les données québécoises. Les données de 1991 à 1999 ont été exportées du registre central des MADO en avril 2000 et celles de l'année 2000 ont été exportées en mai 2001.

Les indicateurs retenus sont le nombre de cas et les taux d'incidence* des MADO selon la date d'épisode (date de la déclaration à la DSP) et selon le territoire de résidence au moment de la déclaration (Laval, Province de Québec). Les années correspondent aux années calendrier, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Lorsque cela est pertinent, les chiffres sont ventilés selon le sexe et le groupe d'âge.

* L'incidence représente la fréquence des cas nouveaux apparus dans une population donnée pendant une période donnée.

Les données sur les MADO chimiques déclarées en 2000 concernent les résidants et les travailleurs de Laval. Un historique de 1991 à 1999 est aussi présenté, avec des comparaisons avec les données québécoises. Les données de 1991 à 1999 ont été exportées du registre central en avril 2000 et celles de l'année 2000 ont été exportées en mai 2001.

Par ailleurs, les statistiques du Centre antipoison de l'INSPQ proviennent d'un rapport publié¹² et de données non publiées^{13 14 15 16 17 18}. Toutes les statistiques ont été compilées à partir des données saisies par les intervenants qui répondent aux appels reçus au Centre antipoison.

Les données complètes concernant la région de Laval se retrouvent sous forme de tableaux en annexe du document.

1.3 LIMITES À CONSIDÉRER DANS L'INTERPRÉTATION DES DONNÉES

Plusieurs facteurs doivent être considérés dans l'interprétation des données de MADO, par exemple, l'histoire naturelle de la maladie (cycles épidémiques) ou l'impact des interventions de santé publique (ex. : programme d'immunisation, interventions en milieu de travail). Toutefois, plusieurs limites à l'interprétation des données sont inhérentes à la surveillance comme telle.

Les données utilisées proviennent d'un système basé sur la déclaration de la maladie par le médecin traitant ou par le laboratoire ayant effectué le test de confirmation du diagnostic. La sous-déclaration est un problème bien documenté des systèmes de surveillance passifs basés sur la déclaration des maladies⁽¹⁹⁾. Ces données excluent donc la majorité des cas d'infection asymptomatique, les personnes qui ne consultent pas, celles dont l'infection n'est pas diagnostiquée ou les cas qui ne sont pas déclarés.

On peut retrouver aussi des biais de détection des cas, par exemple pour les maladies plus graves ou aux extrêmes d'âge (nourrissons et personnes âgées), car ils sont plus enclins à consulter et plus susceptibles de subir des analyses de confirmation de laboratoire. De même, des biais de détection peuvent émaner d'actions locales de sensibilisation des médecins à déclarer, ainsi que de changements au niveau de l'accessibilité aux tests diagnostiques.

De plus, pour certaines maladies, les cas peuvent être diagnostiqués à la suite d'un examen de dépistage (ex. chlamydie). Les données présentées peuvent donc être un mélange d'incidence (nouveaux cas) et de prévalence (cas nouveaux et cas anciens).

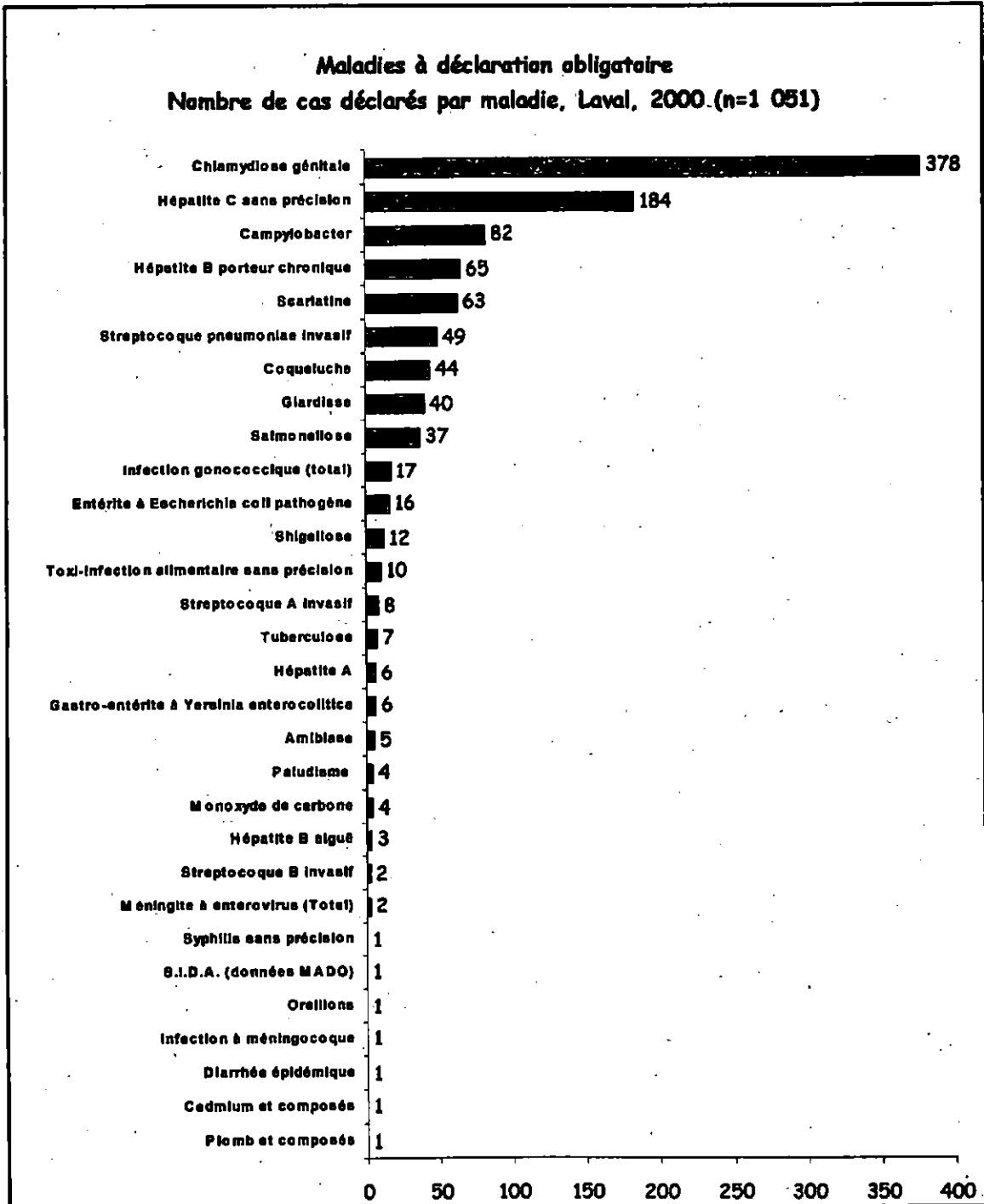
Malgré les éléments précités, les tendances temporelles des MADO fournissent des indices précieux sur ces maladies.

Note : Le registre MADO est un fichier dont les données sont continuellement mises à jour et il est possible que des données soient légèrement différentes d'un rapport à l'autre, selon la date d'exportation des données.

CHAPITRE 2
PORTRAIT GLOBAL DES MALADIES À
DÉCLARATION OBLIGATOIRE À LAVAL

En 2000, 1 051 cas de maladies infectieuses et d'intoxications par agents chimiques ont été déclarés pour des personnes habitant sur le territoire de Laval. Les laboratoires ont été les premiers déclarants dans la majorité des cas (86 %).

Le graphique suivant présente le nombre de cas déclarés par maladie, pour la région de Laval en 2000. Les chlamydioses génitales y figurent au 1^{er} rang.

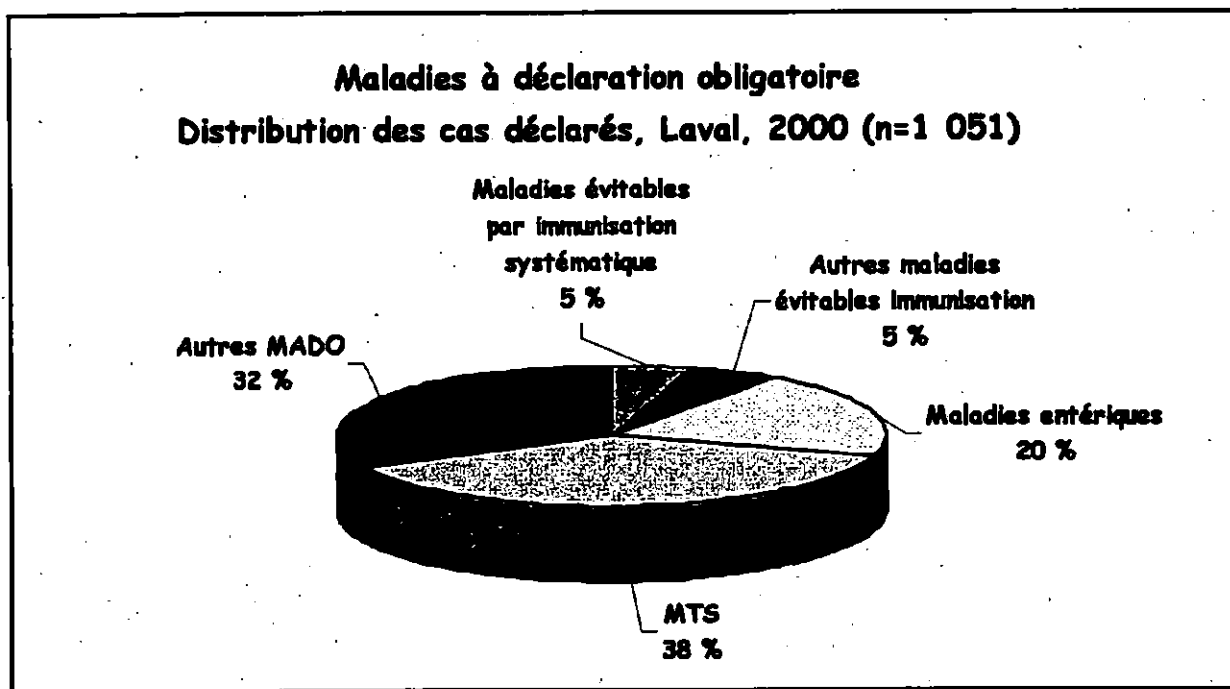


Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

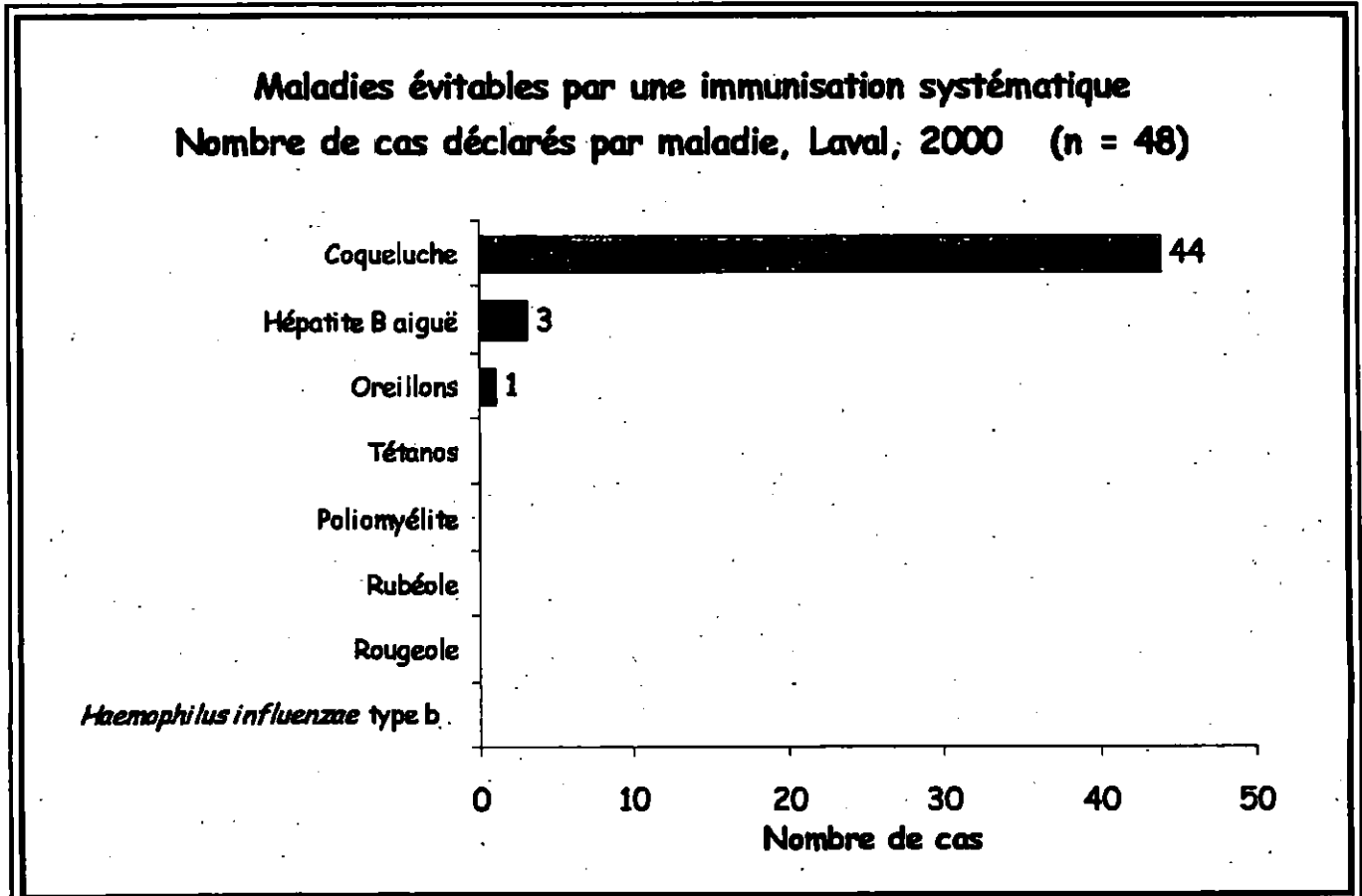
Les maladies transmissibles sexuellement (MTS) représentent plus du tiers (38 %) des déclarations reçues en 2000 à Laval. Les intoxications par agents chimiques ne représentent que 0,6 % des MADO déclarées en 2000.

Au début des années 90, le nombre de MADO déclarées oscillait autour de 1300 par année et les chlamydioses représentaient près de la moitié des déclarations (45 à 51 %) (annexe 1). Il faut toutefois interpréter ces données globales avec prudence car en 1990, le fichier MADO en était à ses débuts et de nombreux ajustements ont été faits tant au niveau de la définition des maladies sous surveillance (définitions nosologiques) que sur les maladies à surveiller (ex. : ajout des infections invasives à streptocoques en 1995).

De plus, alors que le nombre de déclarations augmente pour certaines maladies, il diminue pour d'autres ce qui rend difficile l'analyse des tendances globalement. C'est pourquoi nous allons nous attarder plus particulièrement aux tendances par maladie.



CHAPITRE 3
MALADIES ÉVITABLES PAR
UNE IMMUNISATION SYSTÉMATIQUE
(calendrier régulier des jeunes)



Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

L'immunisation de base des nourrissons et des enfants comprend les vaccins contre la coqueluche, la diphtérie, les infections à *Haemophilus influenzae* de type b, l'hépatite B, les oreillons, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole et le tétanos. Il n'y a pas eu de déclaration, à Laval en 2000, pour la plupart de ces maladies et c'est exactement l'objectif visé par les programmes d'immunisation. Il importe toutefois de maintenir les efforts en immunisation si on ne veut pas voir resurgir ces maladies, dont on a parfois oublié le potentiel de morbidité et de mortalité.

3.1 COQUELUCHE

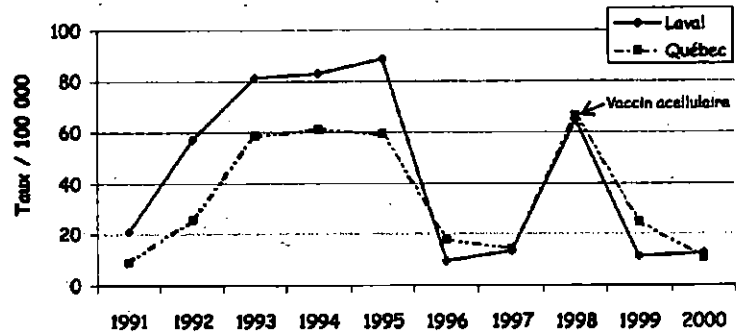
La coqueluche a présenté une faible activité en 2000 à Laval.

La coqueluche est une maladie pour laquelle on observe des cycles épidémiques, mais 2000 a été une année de basse incidence tant à Laval qu'au Québec. Avec 44 cas en 2000 à Laval, la situation est semblable à celle de 1999 (40 cas) alors qu'on avait noté un pic d'incidence en 1998 (223 cas). Un nouveau vaccin contre la coqueluche (vaccin acellulaire) a été introduit au Québec en 1998 et il peut être administré aux adolescents et aux adultes. Il faudra voir à plus long terme quelle est son utilité pour prévenir les cycles épidémiques.

En 2000, à Laval comme au Québec, la majorité des cas déclarés de coqueluche (35/44) ont moins de 15 ans, situation semblable à celle des années antérieures. En cinq ans, il y a eu 49 hospitalisations de Lavallois pour coqueluche (CIM-9=033), dont 34 chez des enfants de moins de 1 an (données Med-Écho, MSSS, 1995-96 à 1999-2000). Pour la même période, on retrouve 37 cas de coqueluche chez les moins de 1 an dans le registre MADO.

Il est intéressant de noter qu'à Laval en 2000, la moitié des cas déclarés sont « confirmés » alors que cette proportion est de un tiers au niveau de la province.

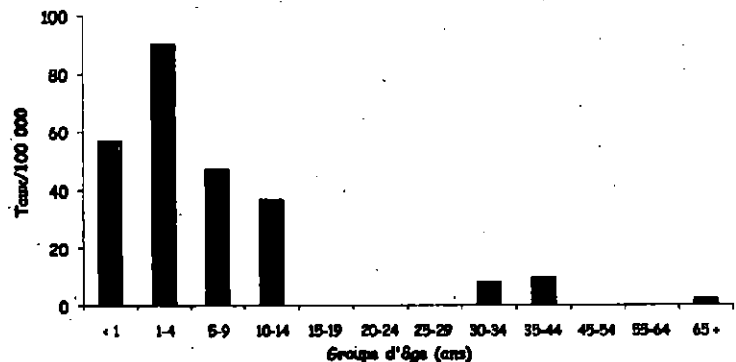
Coqueluche, Incidence (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1991-2000



Coqueluche, Taux pour 100 000, Laval et Québec										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	21,1	57,5	81,0	82,9	88,5	9,5	13,5	65,0	11,5	12,6
Québec	9,0	25,8	59,0	61,4	59,6	18,2	14,5	66,6	25,0	10,9
Nombre de cas déclarés										
Laval	68	188	267	276	296	32	46	223	40	44
Québec	636	1837	4227	4427	4317	1323	1061	4880	1838	804

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Coqueluche, Incidence (/100 000 personnes)
selon le groupe d'âge, Laval, 2000



Coqueluche, Taux pour 100 000, Laval, 2000											
< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-44	45-54	55-64	65 +
57,0	90,3	47,0	36,8	0,0	0,0	0,0	8,1	9,5	0,0	0,0	2,2
Nombre de cas déclarés											
2	14	11	8	0	0	0	2	6	0	0	1

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Nombre de cas déclarés en 1999, selon définition nosologique			
	Confirmés	Cliniques	Total
Laval	22 (50 %)	22 (50 %)	44
Québec*	260 (32 %)	542 (68 %)	804

* 2 cas indéfinis

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date de août 2001

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Coqueluche (Agent : bactérie, *Bordetella pertussis*)

- ✓ Incubation : 7 à 20 jours.
- ✓ Symptômes : quintes de toux évoquant le chant du coq qui peuvent se terminer par des vomissements ou des épisodes d'apnée ou de cyanose. Durée de 1 à 2 mois, parfois plus.
- ✓ Complications : plus sévères et plus fréquentes chez les nourrissons; otite, pneumonie (21,7 % des cas), hémorragies, convulsions (3 % des cas) et encéphalopathies (0,9 % des cas).
- ✓ Décès : taux de 1,3 % chez les bébés âgés de moins de 1 mois et de 0,3 % entre 2 et 11 mois.
- ✓ Transmission : aérienne, par gouttelettes provenant du nez et de la gorge d'une personne infectée.
- ✓ Particularités : maladie hautement contagieuse.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Isolement de *Bordetella pertussis*

OU

Personne qui répond à la définition de cas clinique et présence d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé par culture.

Cas clinique :

Présence d'une toux qui dure depuis au moins deux semaines et au moins une des manifestations suivantes sans autre cause apparente :

- 1) toux paroxystique (quintes de toux); ou
- 2) sifflement inspiratoire (chant du coq); ou
- 3) toux se terminant par des vomissements ou par de l'apnée.

3.2 INFECTION À *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* DE TYPE b

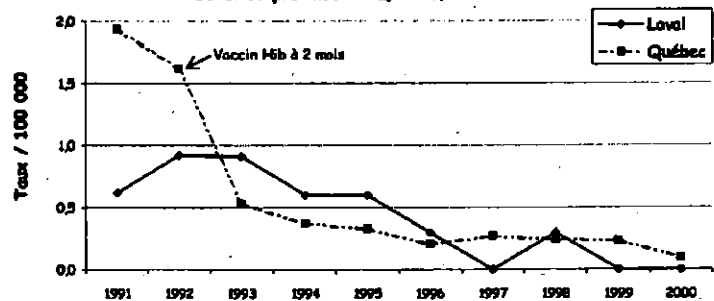
À Laval, les derniers cas déclarés d'infection à *Haemophilus influenzae* de type b chez des enfants âgés de 4 ans ou moins remontent à 1995.

Aucun cas d'infection à *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) n'a été déclaré à Laval en 2000 (huit cas au Québec). L'historique des données nous permet de noter la diminution des taux d'incidence depuis 1992, soit l'année d'implantation au Québec du programme de vaccination contre le Hib dès l'âge de deux mois.

La définition nosologique de cette maladie a été modifiée en 1997 par le retrait de la catégorie « clinique ». Cela a toutefois très peu d'impact sur les données historiques car on retrouve peu de cas « cliniques » au Québec entre 1991 et 1994 (trois à cinq par année) et aucun cas à Laval.

Alors qu'avant 1993, la presque totalité des cas concernaient des enfants âgés de 4 ans ou moins, aucun cas n'a été déclaré dans ce groupe d'âge à Laval depuis 1996. Le graphique ci-contre illustre bien la diminution de l'incidence de l'infection à *Haemophilus influenzae* de type b, chez les 0-4 ans.

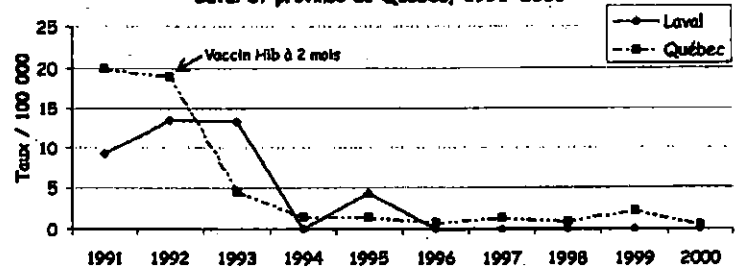
Haemophilus influenzae type b total
Incidence (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1991-2000



<i>Haemophilus influenzae</i> type b total, Taux pour 100 000, Laval et Québec										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	0,6	0,9	0,9	0,6	0,6	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0
Québec	1,9	1,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1
Nombre de cas déclarés										
Laval	2	3	3	2	2	1	0	1	0	0
Québec	137	115	38	27	24	15	20	18	17	8

Source : Fichier MAD0, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Haemophilus influenzae type b total chez les 0-4 ans,
Incidence (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1991-2000



<i>Haemophilus influenzae</i> type b total, Taux pour 100 000, chez les 0-4 ans Laval et province de Québec, 1991 à 2000										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	9,3	13,4	13,2	0,0	4,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Québec	19,9	19,0	4,6	1,5	1,5	0,9	1,3	0,9	2,2	0,5
Nombre de cas déclarés										
Laval	2	3	3	0	1	0	0	0	0	0
Québec	91	89	22	7	7	4	6	4	9	2

Source : Fichier MAD0, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Infection envahissante à *Haemophilus influenzae* de type b (Agent : bactérie)

- ✓ Incubation : probablement 2 à 4 jours.
- ✓ Symptômes : les infections envahissantes les plus fréquentes sont la méningite, l'épiglottite, la septicémie, la cellulite, l'arthrite infectieuse et la pneumonie.
- ✓ Complications : entre 20 à 45 % des survivants de la méningite présentent des séquelles neurologiques telles la surdité et le retard mental.
- ✓ Décès : dans 5 % des cas de méningite.
- ✓ Transmission : par gouttelettes et par les sécrétions nasales et de la gorge d'une personne infectée.
- ✓ Particularités : l'infection touche surtout les jeunes enfants (2 mois à 4 ans).

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Isolement d'*Haemophilus influenzae* type b^{*} d'un liquide biologique normalement stérile (ex.: liquide céphalo-rachidien, sang; liquide pleural, liquide péritonéal, liquide articulaire);

OU

Manifestations cliniques compatibles avec une épiglottite et isolement d'*Haemophilus influenzae* type b de la gorge, du nasopharynx ou de l'épiglotte.

Pas de définition de cas clinique.

* À des fins de surveillance, le typage des souches d'*Haemophilus influenzae* est essentiel et seules les souches de type b seront retenues comme cas.

3.3 HÉPATITE B AIGÜE

Seulement trois cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés à Laval en 2000 et aucun cas n'a été déclaré chez les moins de 20 ans depuis les quatre dernières années.

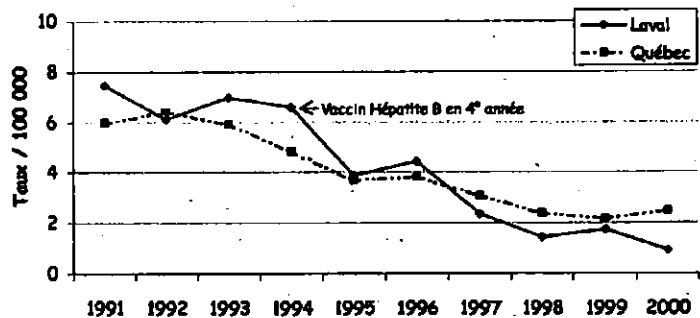
En 2000 à Laval, trois cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés. Depuis 1994, on note une baisse continue de l'incidence de l'hépatite B aiguë à Laval. Toutefois, les taux d'incidence québécois ont légèrement augmenté entre 1999 et 2000.

Les taux d'incidence d'hépatite B aiguë sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, tant à Laval qu'au Québec. Les trois cas lavallois en 2000 (deux hommes et une femme) ont entre 41 et 46 ans.

Aucun cas n'a été déclaré chez les moins de 20 ans depuis les quatre dernières années à Laval.

Le programme de vaccination contre l'hépatite B pour les enfants en quatrième année du primaire a été introduit en 1994. Cette vaccination de base est complétée depuis 1998 par un programme de rattrapage au niveau secondaire et par un programme élargi de vaccination contre l'hépatite B des populations à risque.

Hépatite B aiguë, Incidence (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1991-2000

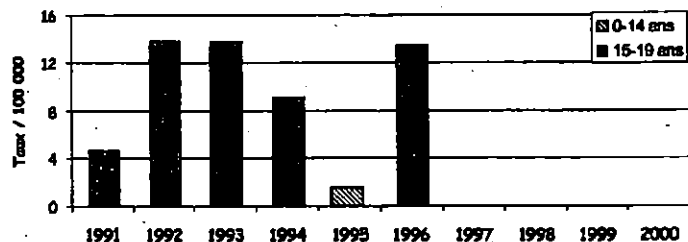


	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	7,5	6,1	7,0	6,6	3,9	4,5	2,4	1,5	1,7	0,9
Québec	6,0	6,4	6,0	4,8	3,7	3,8	3,1	2,4	2,2	2,5

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	24	20	23	22	13	15	8	5	6	3
Québec	422	458	427	348	269	279	225	176	161	182

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2 001.

Hépatite B aiguë, Incidence (/100 000 personnes)
chez les moins de 20 ans, Laval, 1991-2000



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
0-14 ans	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15-19 ans	4,7	14,0	13,9	9,2	0,0	13,5	0,0	0,0	0,0	0,0

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
0-14 ans	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
15-19 ans	1	3	3	2	0	3	0	0	0	0

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Hépatite B aiguë (Agent : virus)

- ✓ Incubation : de 45 à 180 jours, habituellement 60 à 90 jours.
- ✓ Symptômes : l'infection peut être asymptomatique ou se manifester par de l'ictère, de l'anorexie, de la fièvre, des malaises généraux, des nausées, un rash et des arthralgies.
- ✓ Complications : l'hépatite fulminante, l'état de porteur chronique. Les porteurs de l'hépatite B sont plus susceptibles de développer une hépatite chronique active, une cirrhose ou un cancer du foie.
- ✓ Décès : environ 1 % chez les patients hospitalisés (plus élevé chez les plus de 40 ans).
- ✓ Transmission : par contact percutané ou muqueux avec des liquides biologiques infectés; transmission sexuelle, périnatale, par partage d'aiguilles souillées par du sang, piqûres accidentelles ou partage d'objets personnels (contacts sous le même toit).

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Détection sérologique d'anti-HBc IgM associé à un HbsAg

OU

Présence des trois conditions suivantes:

- 1) manifestations cliniques fortement suggestives d'hépatite aiguë (ex.: ictère, urines foncées et selles pâles) ou détection d'une augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT de plus de 2,5 fois la limite supérieure normale; et
- 2) détection sérologique de l'HBsAg associée à une recherche négative des anti-VHA IgM; et
- 3) aucune autre cause apparente

OU

Nourrisson de moins de 2 ans chez qui on a décelé la présence d'HBsAg et qui est né d'une mère HBsAg positive.

Cas clinique :

Présence des trois conditions suivantes:

- 1) manifestations cliniques fortement suggestives d'hépatite aiguë (ex.: ictère, urines foncées et selles pâles) ou détection d'une augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT de plus de 2,5 fois la limite supérieure normale; et
- 2) détection sérologique de l'HBsAg; les autres marqueurs sérologiques n'ont pas été recherchés ou les résultats ne sont pas disponibles (ex. anti-HBc IgM, anti-VHA IgM, anti-VHC, etc.); et
- 3) aucune autre cause apparente.

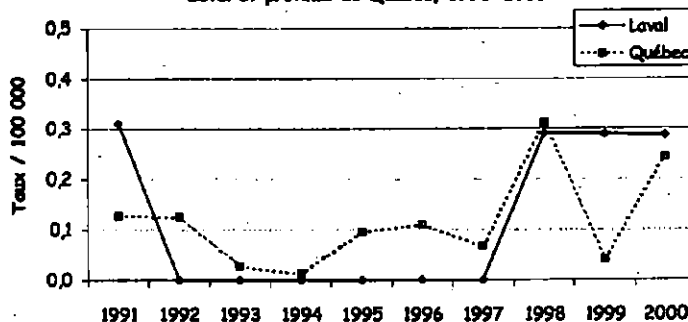
3.4 OREILLONS

Un seul cas d'oreillons a été déclaré à Laval en 2000 chez un adulte. Un seul cas avait aussi été déclaré en 1999.

La définition nosologique pour les oreillons a changé en 1997 pour ne retenir que les cas confirmés par un test de laboratoire ou ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé, alors qu'avant cette modification, des cas répondant à une définition clinique pouvaient être enregistrés. Pour l'historique, nous présentons les cas confirmés seulement.

Le programme de vaccination a été modifié en 1996 par l'ajout d'une deuxième dose de vaccin RRO (rougeole, rubéole et oreillons) à dix-huit mois, la rougeole étant la maladie visée par cet ajout.

Oreillons, Cas confirmés, Incidence (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1991-2000



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3
Québec	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3	0,0	0,2

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Québec	9	9	2	1	7	8	5	23	3	18

Source : Fichier MAD0, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Oreillons (Agent : virus)

- ✓ Incubation : habituellement 15 à 18 jours.
- ✓ Symptômes : fièvre, malaises qui durent environ 24 heures suivis de douleur périauriculaire, dysphagie et tuméfaction parotidienne. Asymptomatique dans 30% des cas.
- ✓ Complications : méningite généralement bénigne et sans séquelle (environ 10 à 30 % des cas), encéphalite (1 cas pour 6 000), pancréatite, arthrite, thyroïdite et surdité (rare). Après la puberté, orchite chez l'homme (20 à 30 % des cas). La stérilité est une séquelle rare.
- ✓ Décès : rarement.
- ✓ Transmission : aérienne par gouttelettes ou par contact direct avec la salive d'une personne infectée.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Manifestations cliniques compatibles (ex.: fièvre, tuméfaction douloureuse d'une ou plusieurs glandes salivaires) et une des conditions suivantes:

- 1) isolement du virus des oreillons; ou
- 2) détection sérologique d'IgM contre le virus des oreillons; ou
- 3) détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre le virus des oreillons entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence; ou
- 4) lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire susmentionnés.

Pas de définition de cas clinique.

3.5 POLIOMYÉLITE

Aucun cas de poliomyélite n'a été déclaré depuis 1990 à Laval. Au Québec, les derniers cas datent de 1995, soit deux cas de poliomyélite postvaccinale. Il n'y a pas eu de cas de poliomyélite au Québec depuis que le programme de vaccination a été modifié en 1996 alors que le vaccin Salk (virus inactivé) a remplacé le vaccin Sabin (virus vivant atténué).

Depuis 1999, la dose de rappel qui était donnée entre 14 et 16 ans n'est plus requise mais une dose de rappel est nécessaire pour les voyageurs en zone endémique.

La poliomyélite a toutefois été d'actualité en 2000, particulièrement dans les cliniques de santé-voyage. Une flambée de poliomyélite a été signalée en République Dominicaine et en Haïti et Santé Canada a émis un avis concernant l'importance de la mise à jour de la vaccination des voyageurs se rendant dans ces destinations populaires.

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Poliomyélite (Agent : virus)

- ✓ Incubation : entre 7 à 14 jours pour les cas paralytiques (étendue 3-35 jours).
- ✓ Symptômes : fièvre, malaise général, anorexie et symptômes gastro-intestinaux, avec ou sans paralysie flasque ou signes méningés. Asymptomatique dans 95 % des cas.
- ✓ Complications : insuffisance respiratoire, myocardite, séquelles paralytiques.
- ✓ Décès : 2 à 10 % des cas paralytiques.
- ✓ Transmission : par contact avec les sécrétions pharyngées ou les selles d'une personne infectée.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽²⁾

Cas confirmé :

Signes et symptômes cliniques compatibles avec la poliomyélite paralytique, notamment toutes les manifestations suivantes :

- 1) paralysie flasque aiguë touchant au moins un membre;
- 2) diminution ou absence de réflexes ostéo-tendineux au niveau des membres touchés;
- 3) fonction sensorielle ou cognitive intacte;
- 4) absence d'autres cause apparente (les examens de laboratoire pertinents étant pratiqués pour écarter toute autre cause de syndrome analogue);
- 5) Présence d'un déficit neurologique 60 jours après l'apparition des symptômes initiaux, sauf en cas de décès du malade.

Pas de définition de cas clinique.

3.6 ROUGEOLE

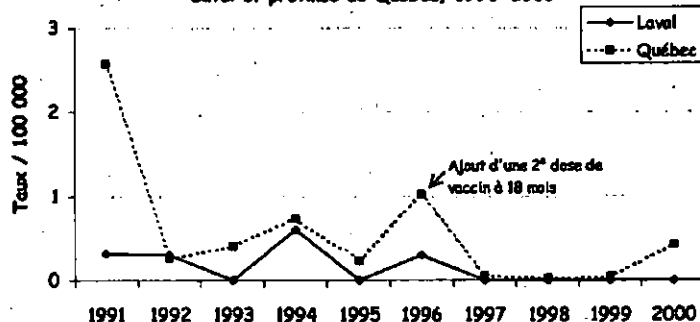
Les derniers cas déclarés de rougeole à Laval remontent à 1996.

Aucun cas de rougeole n'a été déclaré à Laval en 2000. Au Québec, 31 cas confirmés de rougeole ont été recensés en 2000, dont 28 dans une région où une écloison de rougeole a touché les gens d'une même communauté culturelle.

Depuis 1997, seuls les cas de rougeole confirmés par un test de laboratoire ou ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé sont enregistrés dans le fichier MADO. À Laval, on note seulement cinq cas « confirmés » de rougeole depuis 1991. Toutefois, au Québec, si on exclut l'écloison très localisée en 2000, on observe une baisse importante du nombre de cas de rougeole depuis 1997.

Une campagne de revaccination contre la rougeole des enfants d'âge scolaire (primaire et secondaire) a eu lieu au printemps 1996 et le programme de vaccination a été modifié en 1996 par l'ajout d'une deuxième dose de vaccin RRO (rougeole, rubéole et oreillons) à dix-huit mois.

Rougeole, Cas confirmés, Incidence (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1991-2000



Rougeole, Cas confirmés, Taux pour 100 000, Laval et Québec										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	0,3	0,3	0,0	0,6	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Québec	2,6	0,3	0,4	0,7	0,2	1,0	0,1	0,0	0,0	0,4
Nombre de cas										
Laval	1	1	0	2	0	1	0	0	0	0
Québec	182	19	29	53	17	74	4	2	3	31

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Rougeole (Agent : virus)

- ✓ Incubation : habituellement fièvre 10 jours après le contact et éruption 14 jours après le contact.
- ✓ Symptômes : atteinte de l'état général, fièvre élevée, conjonctivite, photophobie, rhinorrhée et toux. L'éruption maculopapulaire débute au visage et au cou puis s'étend au thorax.
- ✓ Complications : otite moyenne (5 à 9 % des cas), encéphalite (1 cas pour 1 000), pan encéphalite sclérosante subaiguë (1 cas pour 100 000).
- ✓ Décès : 1 cas pour 3 000.
- ✓ Transmission : aérienne par gouttelettes ou par contact direct avec les sécrétions nasales et pharyngées d'une personne infectée.
- ✓ Particularités : maladie très contagieuse. Signe de Koplik.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽²⁾

Cas confirmé :

Présence d'une des trois conditions suivantes:

- 1) isolement ou détection antigénique rapide du virus de la rougeole dans des échantillons cliniques appropriés; ou
- 2) détection sérologique d'IgM contre le virus de la rougeole; ou
- 3) détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le virus de la rougeole entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence*;

OU

Présence des manifestations cliniques suivantes; 1) fièvre d'au moins 38,3°C; 2) toux ou coryza ou conjonctivite; 3) éruption maculopapulaire généralisée d'une durée minimale de trois jours et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire susmentionnés.

Pas de définition de cas clinique.

* L'augmentation du taux d'anticorps sera considérée significative en fonction de la technique utilisée pour analyser simultanément au même laboratoire les deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle.

3.7 RUBÉOLE - RUBÉOLE CONGÉNITALE

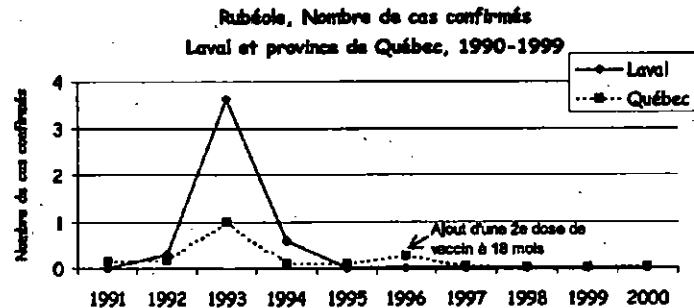
Aucun cas de rubéole n'a été déclaré à Laval en 2000 (trois cas au Québec).

Tel qu'expliqué précédemment pour les oreillons et la rougeole, la définition nosologique pour la rubéole a changé en 1997 pour ne retenir que les cas de rubéole confirmés par un test de laboratoire ou ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé.

À Laval, il n'y a pas eu de cas « confirmé » de rubéole depuis 1994. Au Québec, la diminution du nombre de cas confirmés de rubéole est manifeste à partir de 1997, alors que le programme de vaccination a été modifié en 1996 par l'ajout d'une deuxième dose de vaccin RRO (Rougeole, rubéole et oreillons) à 18 mois.

Aucun cas de rubéole congénitale n'a été déclaré à Laval au cours des dix dernières années. Au Québec, il y a eu deux cas de rubéole congénitale au cours des deux dernières années. Suite à ces cas, les directeurs de la santé publique ont réaffirmé l'importance du dépistage prénatal de la rubéole et de la vaccination postnatale chez celles dont la sérologie est négative.

À Laval, les derniers cas déclarés de rubéole remontent à 1994. Aucun cas de rubéole congénitale n'a été déclaré au cours des 10 dernières années.



Rubéole, Cas confirmés, Taux pour 100 000, Laval et Québec										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	0,0	0,3	3,6	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Québec	0,1	0,2	1,0	0,1	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0
Nombre de cas										
Laval	0	1	12	2	0	0	0	0	0	0
Québec	10	12	71	8	8	19	4	2	1	3

Source : Fichier MAD0, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Rubéole congénitale confirmée, Nombre de cas										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Québec	4	3	2	1	0	0	0	0	1	1

Source : Fichier MAD0, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Rubéole (Agent : virus)

- ✓ Incubation : de 14 à 17 jours (étendue de 14-21 jours).
- ✓ Symptômes : fièvre, adénopathies généralisées, conjonctivite, éruption maculopapulaire débutant au visage et progressant vers le corps. Asymptomatique dans 25 à 50 % des cas.
- ✓ Complications : parfois arthralgie et arthrite (rare), encéphalite (rare). Si la mère fait une rubéole dans les vingt premières semaines de grossesse, l'enfant peut présenter une rubéole congénitale : surdité, cataracte, glaucome, malformations cardiaques, retard mental.
- ✓ Décès : risque de décès du fœtus infecté.
- ✓ Transmission : par gouttelettes ou par contact direct avec les sécrétions rhino-pharyngées d'une personne infectée.

RUBÉOLE - DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Présence d'une des trois conditions suivantes:

- 1) isolement du virus de la rubéole dans des échantillons cliniques appropriés; ou
- 2) détection sérologique d'IgM contre le virus de la rubéole; ou
- 3) détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le virus de la rubéole entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence;

OU

Présence des manifestations cliniques suivantes: 1) fièvre; 2) éruption cutanée maculopapulaire généralisée; 3) arthralgie ou arthrite ou lymphadénopathie ou conjonctivite et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire susmentionnés.

Pas de définition de cas clinique.

RUBÉOLE CONGÉNITALE - DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Manifestations cliniques compatibles et une des trois conditions suivantes:

- 1) isolement du virus de la rubéole dans des échantillons cliniques appropriés; ou
- 2) détection sérologique d'IgM contre le virus de la rubéole dans le sérum d'un nouveau-né ou d'un nourrisson; ou
- 3) détection sérologique chez un nourrisson d'IgG contre le virus de la rubéole, persistant dans le temps à un taux supérieur à celui du transfert passif d'anticorps maternels.

Cas clinique :

En l'absence de résultats d'épreuves de laboratoire, 2 manifestations cliniques compatibles qui ne peuvent être expliquées par une autre cause.

3.8 TÉTANOS

Aucun cas de tétanos n'a été déclaré au cours des dix dernières années à Laval. Au Québec, les derniers cas de tétanos ont été déclarés en 1996 (deux cas).

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Tétanos (Agent : toxine du bacille tétanique, le *Clostridium tetani*)

- ✓ Incubation : habituellement 3 à 21 jours (étendue 1 jour à plusieurs mois).
- ✓ Symptômes : entre autres contractions des muscles du cou, raideur de la langue, difficulté à avaler, rigidité des muscles abdominaux et convulsions.
- ✓ Décès : le décès survient dans 60 % des cas, surtout en bas âge et chez les personnes âgées.
- ✓ Transmission : par une plaie contaminée par le sol, des poussières ou des selles animales ou humaines.
- ✓ Particularités : ne se transmet pas de personne à personne.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

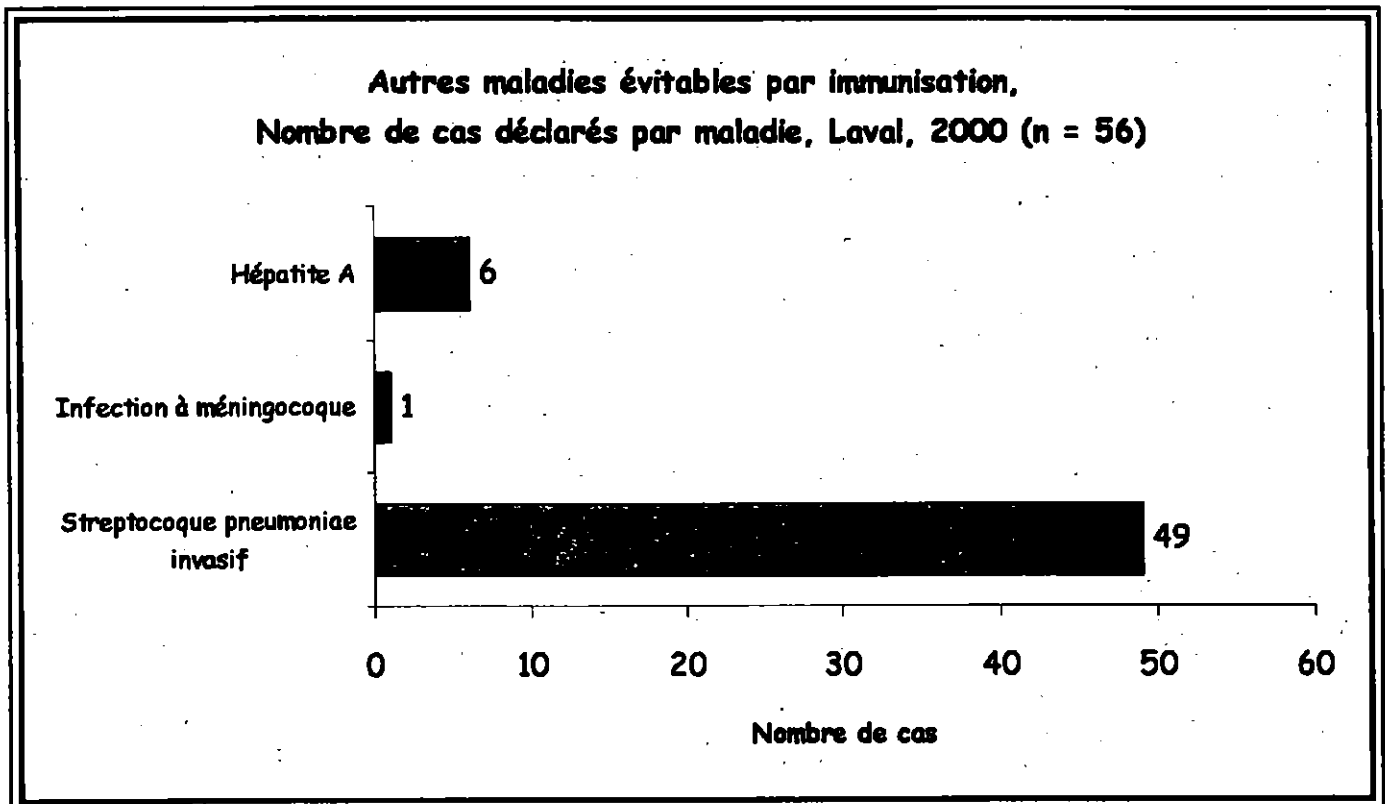
Cas confirmé :

Manifestations cliniques compatibles incluant de l'hypertonie aiguë ou des contractions musculaires douloureuses de la mâchoire, des muscles du cou et des spasmes musculaires généralisés et aucune autre cause médicale apparente.

Pas de définition de cas clinique.

CHAPITRE 4

AUTRES MALADIES ÉVITABLES PAR IMMUNISATION



Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

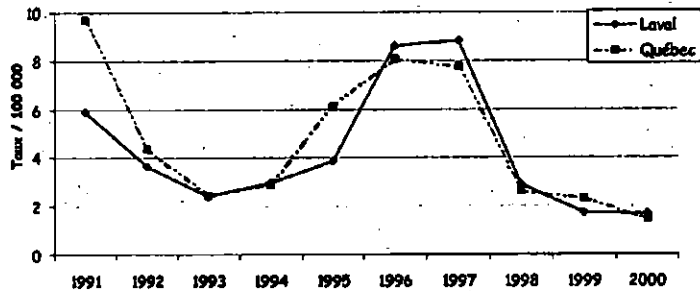
4.1 HÉPATITE A

En 2000 à Laval, six cas d'hépatite A ont été déclarés, soit le même nombre qu'en 1999. La situation lavalloise est semblable à celle du Québec.

L'écllosion de 1996-1997 avait touché les homosexuels et les toxicomanes. Les facteurs de risque identifiés en 2000 sont un voyage (trois cas), un contact avec un cas connu d'hépatite A (un cas) et l'usage de drogues (un cas). Quatre des six cas déclarés d'hépatite A à Laval en 2000 sont des enfants âgés de 5 à 9 ans et trois sont d'une même communauté culturelle.

Au cours des cinq dernières années, il y a eu 32 hospitalisations de Lavallois avec un diagnostic d'hépatite A (CIM-9=070.0 ou 070.1), dont près du tiers (10/32) sont des jeunes âgés de moins de 20 ans (données Med-Écho, MSSS, 1995-96 à 1999-2000).

Hépatite A, Incidence (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1991-2000



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	5,9	3,7	2,4	3,0	3,9	8,6	8,8	2,9	1,7	1,7
Québec	9,7	4,4	2,5	2,9	6,1	8,1	7,8	2,7	2,3	1,5

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	19	12	8	10	13	29	30	10	6	6
Québec	687	314	177	210	443	589	567	195	172	112

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Depuis 1999, la vaccination contre l'hépatite A est offerte gratuitement au Québec aux personnes de certains groupes à risque.

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Hépatite A (Agent : virus)

- ✓ Incubation : entre 15 à 50 jours (moyenne de 28-30 jours).
- ✓ Symptômes : fièvre, ictère, nausées, anorexie et malaise général. Chez l'enfant d'âge préscolaire, la plupart des infections sont asymptomatiques.
- ✓ Complications : hépatite fulminante, rare.
- ✓ Décès : faible taux de mortalité.
- ✓ Transmission : le plus souvent de personne à personne (par relation sexuelle, surtout lors de contact bouche/anus) ou par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Détection sérologique d'anti-VHA IgM.

Cas clinique :

- 1) manifestations cliniques fortement suggestives d'hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées et selles pâles) ou détection d'une augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT de plus de 2,5 fois la limite supérieure normale; et
- 2) lien épidémiologique avec un cas confirmé d'hépatite A; et
- 3) aucune autre cause apparente.

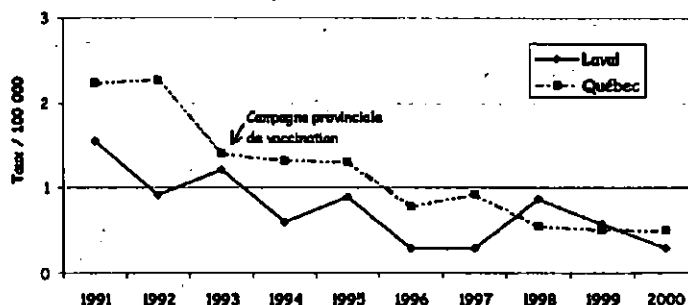
4.2 INFECTION À MÉNINGOCOQUE

En 2000 à Laval, un seul cas d'infection à méningocoque (séro groupe Y) a été déclaré chez une patiente de 84 ans qui a bien récupéré. Au cours des dix dernières années, le nombre de déclarations a oscillé entre un à cinq par année. En 1991 et 1992 (huit cas), nous avons beaucoup de données manquantes quant aux sérogroupe impliqués. Un décès avait toutefois été notifié en 1991, chez un bébé de moins de 1 an. Depuis 1993 (dix-sept cas), le sérogroupe « B » a été responsable de plus de la moitié des infections (neuf cas ou 53 %), suivi par le « C » (cinq cas ou 29 %) et le « Y » (trois cas ou 18 %). Tous ceux pour lesquels nous avons l'information ont récupéré (n=16).

Au cours des cinq dernières années, on relève treize épisodes d'hospitalisation de Lavallois avec un diagnostic d'infection à méningocoque (CIM-9=036) dont un peu plus de la moitié (7/13) pour des jeunes âgés de moins de cinq ans (données Med-Écho, MSSS, 1995-96 à 1999-2000).

Avec une déclaration d'infection à méningocoque à Laval, l'année 2000 ne se démarque pas des dernières années.

Infection à méningocoque, Incidence (/100 000 personnes)
Laval et provinces de Québec, 1991-2000



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	1,6	0,9	1,2	0,6	0,9	0,3	0,3	0,9	0,6	0,3
Québec	2,2	2,3	1,4	1,3	1,3	0,8	0,9	0,5	0,5	0,5

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	5	3	4	2	3	1	1	3	2	1
Québec	158	162	101	95	95	57	68	40	38	37

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Suite à une campagne provinciale de vaccination antiméningococcique en 1993, on a observé, au Québec, une diminution du nombre de cas qui est passé de 162 en 1992 à 37 en 2000.

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Infections envahissantes à méningocoque (Agent : bactérie, *Neisseria meningitidis*)

- ✓ Incubation : entre 2 à 10 jours, habituellement 3-4 jours.
- ✓ Symptômes : méningite (forte fièvre, maux de tête importants, raideur de la nuque, vomissements) méningococcémie, parfois avec choc septique, ou purpura (pétéchies surtout aux extrémités et sur le thorax).
- ✓ Complications : nombreuses séquelles dont, gangrène des extrémités pouvant nécessiter une amputation, déficit neurologique, surdité ou paralysie cérébrale.
- ✓ Décès : entre 5 à 15 % des cas.
- ✓ Transmission : par contact direct avec des gouttelettes nasales et pharyngées de personnes infectées.
- ✓ Particularités : plusieurs sérogroupe : A, B, C, X, Y, Z, 29E et W135. Porteurs sains (sans symptôme).

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Manifestations cliniques compatibles et isolement de *Neisseria meningitidis* d'un liquide biologique normalement stérile (ex.: liquide céphalo-rachidien, sang, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide articulaire) ou de lésions cutanées.

Cas clinique :

En l'absence de confirmation par culture, présence d'une des deux conditions suivantes:

- 1) manifestations cliniques compatibles incluant obligatoirement un *purpura fulminans*, ou
- 2) manifestations cliniques compatibles et détection d'antigènes méningococciques sur un prélèvement du liquide céphalo-rachidien.

4.3 INFECTION INVASIVE SÉVÈRE À PNEUMOCOQUE

Les données sur les infections invasives sévères à pneumocoque sont disponibles depuis 1997.

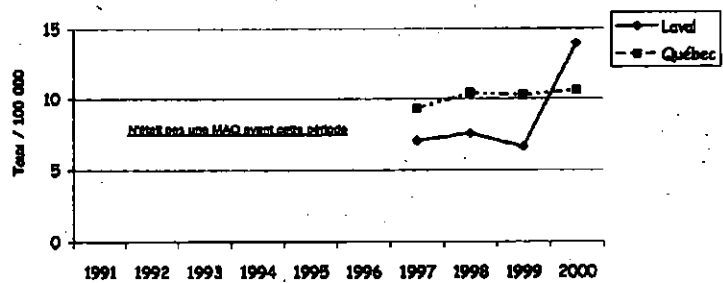
Alors que le nombre de cas déclarés était relativement stable depuis 1997, il a doublé en 2000. Cette hausse n'est toutefois pas observable au niveau de la province mais les données des autres régions montrent aussi des variations qui peuvent être assez importantes d'une année à l'autre.

C'est une maladie à déclaration par les laboratoires seulement et qui ne fait pas l'objet d'enquête.

Les taux d'incidence les plus élevés se retrouvent habituellement chez les jeunes enfants (moins de 1 an et les 1 à 4 ans) et chez les personnes âgées de 65 ans et plus. L'année 2000 ne fait pas exception.

Un programme de vaccination gratuite contre le pneumocoque a d'ailleurs été implanté en 1999, dans un premier temps pour les personnes à risque âgées de 2 ans et plus. Depuis avril 2000, le programme a été élargi pour inclure toutes les personnes âgées de 65 ans et plus.

Streptococcus pneumoniae invasif, Incidence (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1997-2000

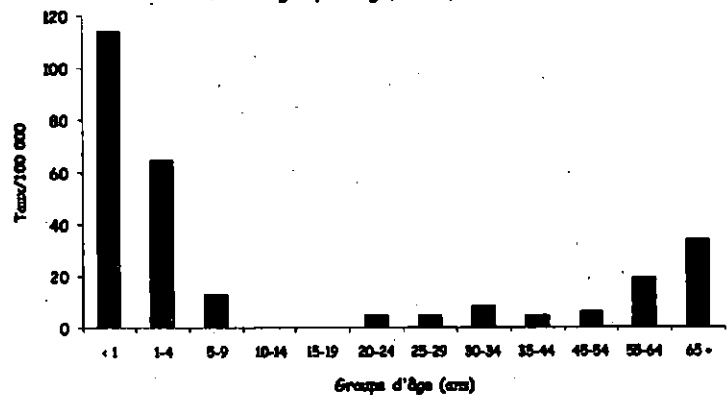


	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	nd	nd	nd	nd	nd	nd	7,1	7,6	6,6	14,0
Québec	nd	nd	nd	nd	nd	nd	9,3	10,4	10,3	10,6

	1997	1998	1999	2000
Laval	nd	nd	nd	49
Québec	nd	nd	nd	780

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Streptococcus pneumoniae invasif, Incidence (/100 000 personnes)
selon le groupe d'âge, Laval, 2000



< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-44	45-54	55-64	65+
113,9	64,5	12,8	0,0	0,0	4,4	4,7	8,1	4,7	5,9	19,3	33,7

< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-44	45-54	55-64	65+
4	10	3	0	0	1	1	2	3	3	7	15

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Infection invasive sévère à pneumocoque (Agent : bactérie, *Streptococcus pneumoniae*)

- ✓ Incubation : pas bien déterminée. Peut être aussi court que 1 à 3 jours.
- ✓ Symptômes : varient selon l'organe atteint, par exemple, bactériémie, méningite, empyème, péricardite, endocardite, abcès cérébral.
- ✓ Décès : taux de mortalité élevé dans les cas de méningite.
- ✓ Transmission : par gouttelettes ou par contact direct avec des sécrétions respiratoires d'une personne infectée.
- ✓ Particularités : bactérie qui cause plus de 50 % des otites moyennes chez les enfants, aussi pneumonies et sinusites, mais seules les infections envahissantes sont à déclaration obligatoire.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

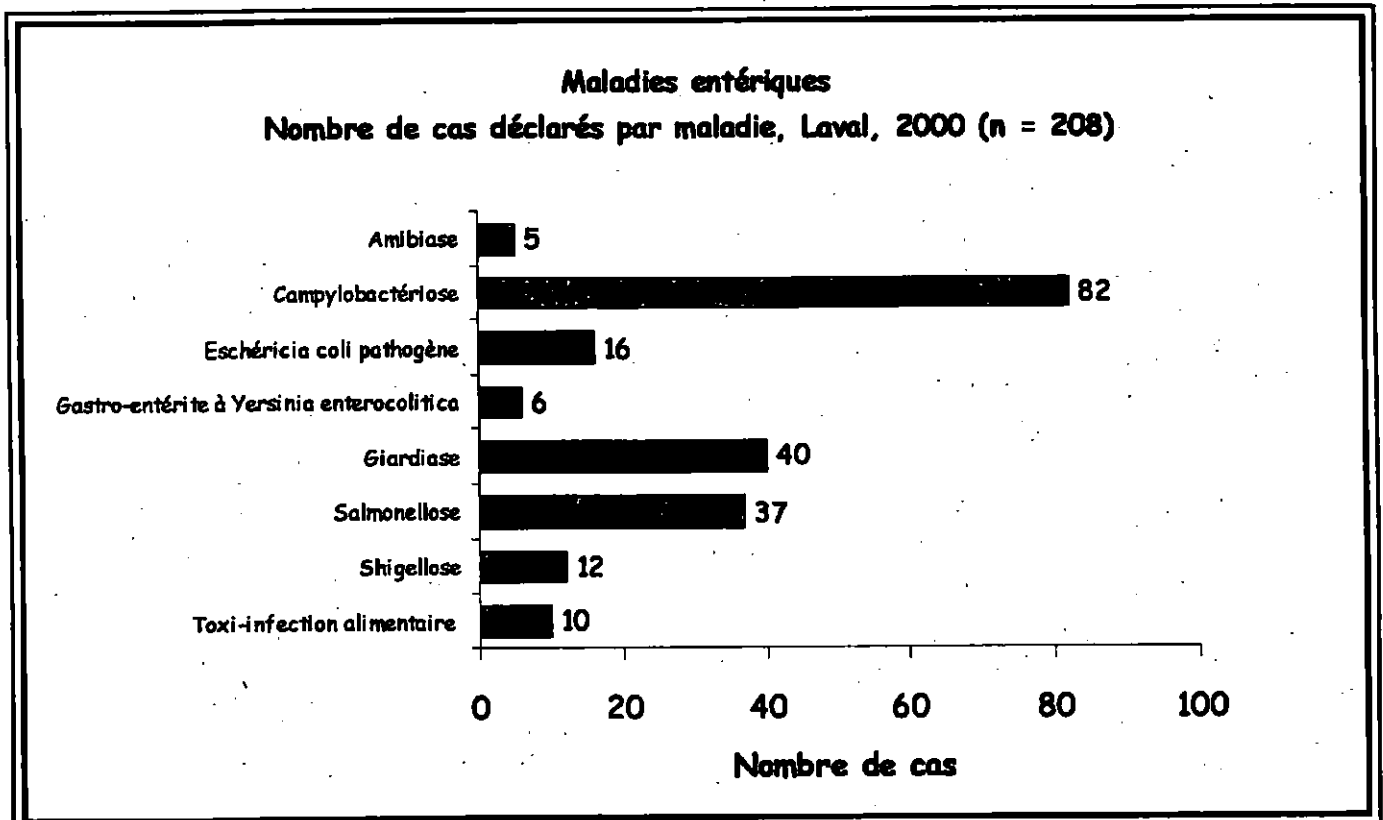
Cas confirmé :

Isolament du pneumocoque (*Streptococcus pneumoniae*) d'un site normalement stérile (ex: sang, liquide céphalo-rachidien, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide articulaire).

Pas de définition de cas clinique.

CHAPITRE 5

MALADIES ENTÉRIQUES



Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Ce sont des infections intestinales qui se caractérisent habituellement par de la diarrhée, des douleurs abdominales, de la fièvre et parfois du sang dans les selles. On peut contracter ces infections par des aliments ou de l'eau contaminés, par contact avec les selles d'une personne infectée ou par contact avec un animal infecté. La sévérité des symptômes et les complications sont variables selon l'agent pathogène en cause.

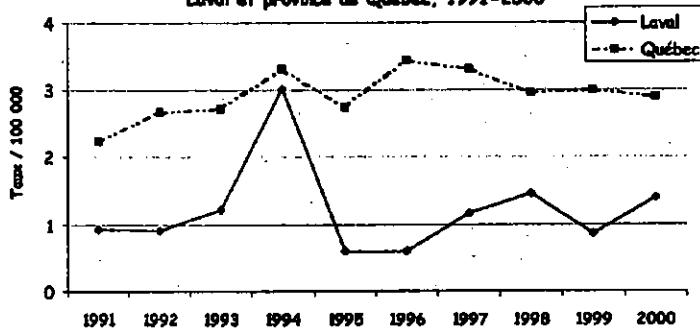
5.1 AMIBIASE

Il y a très peu de cas déclarés à Laval, habituellement entre deux à cinq cas chaque année pour cette infection parasitaire. En 2000, cinq cas ont été déclarés, quatre adultes et un enfant.

Trois personnes ont acquis leur infection à l'étranger (Honduras, Mexique, Russie) et pour les deux autres cas, aucun facteur de risque n'a pu être mis en évidence.

Les taux d'incidence lavallois sont inférieurs aux taux provinciaux.

Amibiase, Incidence (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1991-2000



Amibiase, Taux pour 100 000, Laval et Québec										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	0,9	0,9	1,2	3,0	0,6	0,6	1,2	1,5	0,9	1,4
Québec	2,2	2,7	2,7	3,3	2,7	3,4	3,3	3,0	3,0	2,9
Nombre de cas déclarés										
Laval	3	3	4	10	2	2	4	5	3	5
Québec	157	190	195	238	198	250	241	217	217	216

Source : Fichier MAD0, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Amibiase (Agent : parasite, *Entamoeba histolytica*)

- ✓ Incubation : variable de quelques jours à plusieurs mois ou années; habituellement 2-4 semaines.
- ✓ Symptômes : va de l'absence de symptômes jusqu'à une diarrhée sévère avec hémorragie.
- ✓ Complications : perforation intestinale. Le parasite peut se loger dans le foie (amibiase hépatique). L'infection peut durer des semaines à des années.
- ✓ Transmission : par ingestion d'aliments contaminés par des selles ou d'eau contenant des kystes (aussi fruits et légumes lavés avec de l'eau contaminée).
- ✓ Particularités : cette infection est plus commune dans les pays où les conditions d'hygiène sont inadéquates.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Présence de kystes ou de trophozoïtes d'*Entamoeba histolytica* dans un échantillon clinique approprié avec ou sans manifestations cliniques

OU

Manifestations cliniques compatibles et détection sérologique à l'aide d'une technique immuno-enzymatique (EIA) d'anticorps spécifiques contre *Entamoeba histolytica*.

Pas de définition de cas clinique.

5.2 CAMPYLOBACTÉRIOSE

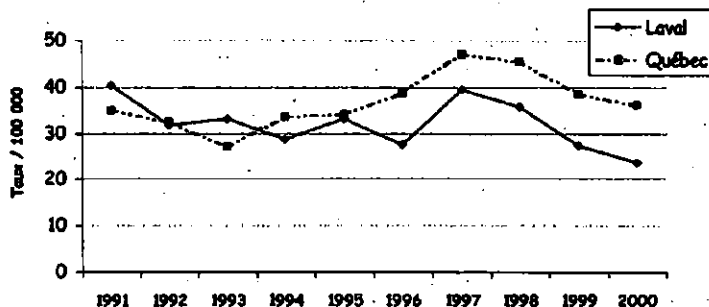
La campylobactériose est la maladie entérique la plus fréquemment déclarée tant à Laval qu'au niveau provincial.

À Laval en 2000, cette entérite bactérienne représente 39 % des maladies entériques déclarées.

En 2000 à Laval, comme pour les années passées, on observe que les taux d'incidence sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes. La situation est semblable au niveau provincial.

Un groupe de travail provincial a été mis sur pied en 2000 pour documenter plus précisément la problématique de la campylobactériose. Les conclusions de ce groupe de travail devraient être connues au cours de l'année.

Campylobactériose, Incidence (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1991-2000



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	40,4	31,8	33,1	28,8	33,2	27,7	39,4	35,8	27,4	23,5
Québec	35,0	32,5	27,1	33,8	34,0	38,7	47,1	45,5	38,6	36,2

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	130	104	109	96	111	93	134	123	95	82
Québec	2 473	2 312	1 940	2 433	2 462	2 816	3 441	3 335	2 836	2 669

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Campylobactériose, Incidence (/100 000 personnes) selon le sexe,
Laval, 1991-2000



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Homme	44,5	39,5	46,0	32,3	36,4	29,6	44,9	39,1	30,5	27,4
Femme	35,1	24,2	19,8	25,5	30,1	25,8	34,2	32,1	23,8	19,7

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Homme	71	64	75	53	60	49	75	66	52	47
Femme	57	40	33	43	51	44	59	56	42	35

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Campylobactériose (Agent : bactérie, *campylobacter jejuni*)

- ✓ Incubation : 2 à 5 jours (étendue 1-10 jours)
- ✓ Symptômes : sang dans les selles liquides nauséabondes et douleurs abdominales importantes.
- ✓ Complications : rares. La plupart des gens récupèrent en moins d'une semaine.
- ✓ Transmission : par ingestion d'aliments contaminés, particulièrement la volaille, l'eau ou le lait cru, ou par contact avec les selles d'animaux infectés.
- ✓ Particularités : un des agents les plus fréquemment retrouvé dans les diarrhées bactériennes.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Isolement d'une des espèces de *Campylobacter* dans un échantillon clinique approprié avec ou sans manifestations cliniques.

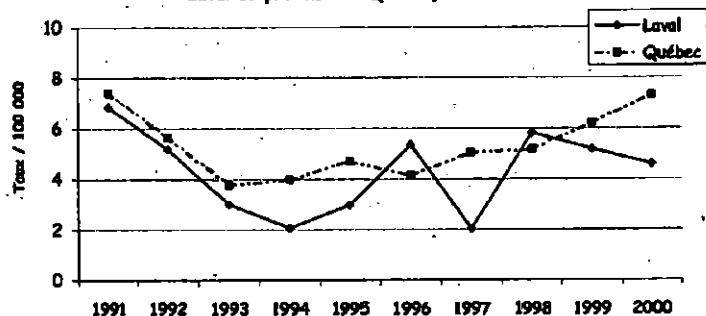
Pas de définition de cas clinique.

5.3 ENTÉRITE À *ESCHERICHIA COLI* PATHOGÈNE

La majorité des entérites à *Escherichia coli* pathogène (80 %) ont été déclarées de juillet à novembre.

Alors qu'on avait enregistré une baisse des taux d'incidence de 1991 à 1994, les entérites bactériennes à *E. coli* pathogène montrent depuis une tendance à la hausse, même si en 1997 on a restreint la surveillance aux souches O157. Les taux lavallois présentent plus de variabilité que les taux provinciaux en raison du petit nombre de cas, mais ils se situent sous ces derniers à huit reprises au cours des dix dernières années.

Escherichia coli pathogène, Incidence (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1991-2000



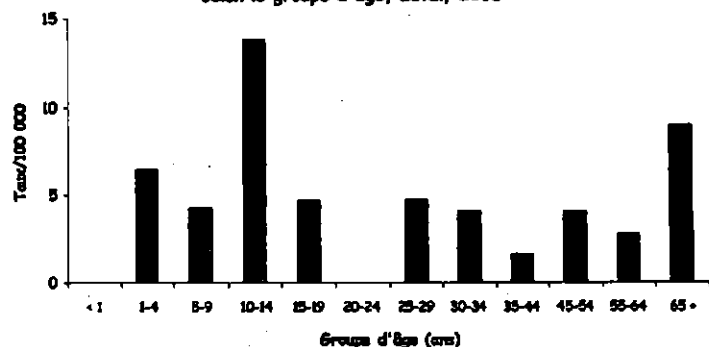
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	6,8	5,2	3,0	2,1	3,0	5,4	2,1	5,8	5,2	4,6
Québec	7,4	5,7	3,8	4,0	4,7	4,2	5,1	5,2	6,2	7,3
Nombre de cas déclarés										
Laval	22	17	10	7	10	18	7	20	18	16
Québec	524	403	271	288	342	303	370	379	452	536

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

C'est une infection qui touche les jeunes de façon prédominante ainsi que les personnes âgées. Le graphique ci-contre illustre la distribution des taux d'incidence par groupe d'âge à Laval en 2000.

Au cours des 5 dernières années, il y a eu 20 hospitalisations de Lavallois pour des infections intestinales à *Escherichia coli* (CIM-9=008.0) dont près de la moitié (9/20) pour des enfants âgés entre 1 et 9 ans (données Med-Écho, MSSS, 1995-96 à 1999-2000).

Escherichia coli pathogène, Incidence (/100 000 personnes)
selon le groupe d'âge, Laval, 2000



	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-44	45-54	55-64	65+
0,0	6,5	4,3	13,8	4,6	0,0	4,7	4,1	1,6	4,0	2,8	9,0	
Nombre de cas déclarés												
0	1	1	3	1	0	1	1	1	2	1	4	

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

L'écllosion de gastro-entérite survenue à Walkerton, en Ontario, pendant les mois de mai et juin 2000 est la première écllosion documentée d'infections par *Escherechia coli* O157:H7 associée à un réseau d'aqueduc municipal au Canada⁽²²⁾. Au Québec, suite à cet événement, la surveillance a été intensifiée pour toute déclaration de *Escherechia coli* en

procédant à une enquête systématique. Parmi les éléments mis en évidence depuis mai 2000 par cette surveillance renforcée, il appert que l'exposition au bœuf haché ou piqué consommé cru ou mal cuit et les fautes d'hygiène commises lors de la préparation et la manipulation des aliments constituent probablement les facteurs de risque les plus importants⁽²³⁾.

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Entérite à *Escherechia Coli* pathogène (Agent : bactérie)

- ✓ Incubation : entre 2 à 8 jours (médiane 3-4 jours).
- ✓ Symptômes : diarrhée, rectorragies, douleurs abdominales sévères.
- ✓ Complications : le syndrome hémolytique-urémique (anémie hémolytique, thrombocytopénie, insuffisance rénale) qui survient dans 5 à 10 % des diarrhées hémorragiques à *E. coli* O157:H7.
- ✓ Transmission : par consommation de bœuf haché (ou piqué) contaminé et insuffisamment cuit, par ingestion de lait non pasteurisé ou par contact de personne à personne.
- ✓ Particularités : aussi appelée « Maladie du hamburger ».

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Isolement d'*Escherichia coli* O157:H7 ou O157 dans un échantillon clinique approprié avec ou sans manifestations cliniques.

Pas de définition de cas clinique.

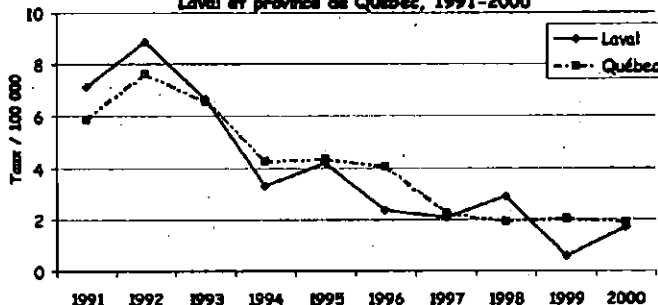
5.4 GASTRO-ENTÉRITE À *YERSINIA ENTEROCOLITICA*

À Laval en 2000, l'incidence de la yersiniose est relativement stable depuis les cinq dernières années.

Il y a eu six cas déclarés à Laval en 2000. C'est une infection dont les taux d'incidence étaient en baisse de 1992 à 1997, tant à Laval qu'au niveau provincial, et les taux semblent se stabiliser depuis.

Au Québec en 2000, plus du tiers des cas (39 %) se retrouvent chez les jeunes de moins de 10 ans.

Gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica*, Incidence (/100 000 personnes) Laval et province de Québec, 1991-2000



Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i> , Taux pour 100 000, Laval et Québec										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	7,1	8,9	6,7	3,3	4,2	2,4	2,1	2,9	0,6	1,7
Québec	5,9	7,6	6,6	4,3	4,3	4,1	2,2	2,0	2,0	1,9
Nombre de cas déclarés										
Laval	23	29	22	11	14	8	7	10	2	6
Québec	415	543	473	307	315	296	164	144	150	142

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Gastro-entérite à *Yersinia Enterocolitica* (Agent : bactérie)

- ✓ Incubation : entre 3 à 7 jours (ne dépasse pas 10 jours).
- ✓ Symptômes : diarrhée avec fièvre, céphalée, pharyngite, anorexie et vomissements.
- ✓ Complications : érythème noueux dans 20 à 25 % des cas, particulièrement chez des femmes, arthrite, ulcérations cutanées et septicémie. Ces complications sont plus fréquentes chez l'adulte.
- ✓ Transmission : par contact avec des personnes ou des animaux infectés ou par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés par les selles (lait non pasteurisé, légumes non lavés, viande crue surtout le porc).

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Isolement de *Yersinia enterocolitica* dans un échantillon clinique approprié avec ou sans manifestations cliniques.

Pas de définition de cas clinique.

5.5 GIARDIASE

La giardiose présente des taux d'incidence toujours plus élevés depuis dix ans.

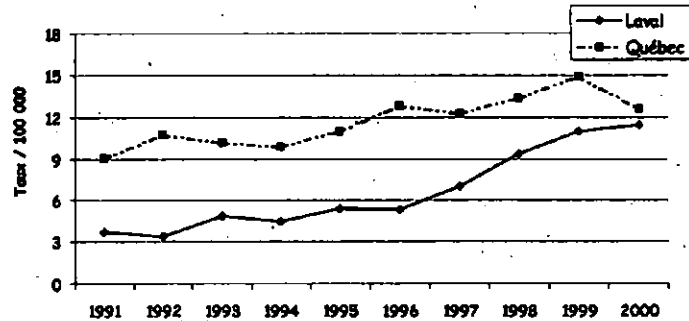
À Laval, cette infection parasitaire est la maladie entérique la plus fréquemment déclarée (40 cas) après la campylobactériose (82 cas), reléguant ainsi la salmonellose au troisième rang (37 cas). Les taux d'incidence de la giardiose sont en hausse depuis 1991 et surtout depuis 1997, tant à Laval qu'au niveau de la province. Les taux lavallois sont toutefois sous les taux québécois.

Cette tendance à la hausse se retrouve tant chez les hommes que chez les femmes et elle est manifeste surtout pour les groupes d'âge de 1-4 ans et 30 à 44 ans. Les taux d'incidence les plus élevés se retrouvent chez les enfants de 1 à 4 ans.

Des enquêtes épidémiologiques sont faites pour les cas âgés de moins de 6 ans seulement. Parmi ces treize cas, six fréquentaient un service de garde, quatre étaient des adoptions internationales et deux revenaient d'un séjour à l'étranger.

Depuis mai 2001, une étude est en cours sur les facteurs associés à l'acquisition d'une giardiose chez les résidents de l'Est et du Centre du Québec.

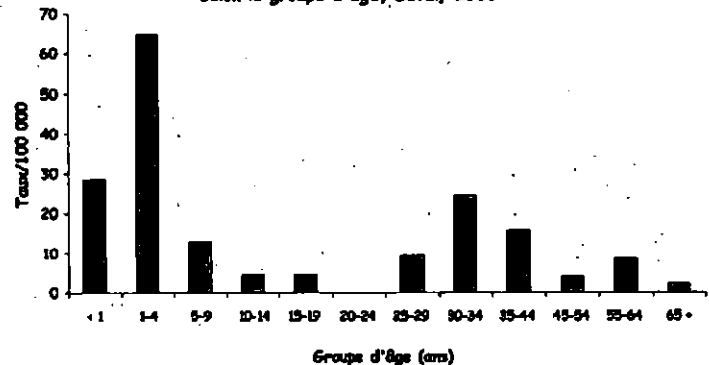
Giardiose, Incidence (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1991-2000



Giardiose, Taux pour 100 000, Laval et Québec										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	3,7	3,4	4,9	4,5	5,4	5,4	7,1	9,3	11,0	11,4
Québec	9,0	10,8	10,2	9,9	11,0	12,9	12,3	13,4	14,9	12,6
Nombre de cas déclarés										
Laval	12	11	16	15	18	18	24	32	38	40
Québec	639	766	731	713	793	935	896	981	1 092	932

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Giardiose, Incidence (/100 000 personnes)
selon le groupe d'âge, Laval, 2000



Giardiose, Taux pour 100 000, Laval 2000												
< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-44	45-54	55-64	65 +	
28,5	64,5	12,8	4,6	4,6	0,0	9,3	24,3	15,8	4,0	8,3	2,2	
Nombre de cas déclarés												
1	10	3	1	1	0	2	6	10	2	3	1	

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Giardiase (Agent : parasite, *Giardia lamblia*)

- ✓ Incubation : entre 3 à 25 jours ou plus (médiane 7-10 jours).
- ✓ Symptômes : diarrhée fréquente avec des selles pâles et nauséabondes, crampes abdominales et ballonnement, fatigue et perte de poids. Souvent asymptomatique.
- ✓ Complications : malabsorption des lipides et des vitamines liposolubles, dommages aux cellules du duodénum et du jéjunum entraînant une intolérance au lactose.
- ✓ Transmission : par contact avec les selles d'une personne porteuse, avec des objets contaminés ou par l'ingestion d'eau contaminée par les selles.
- ✓ Particularités : les réservoirs de l'infection sont l'être humain et possiblement quelques animaux, comme le castor. Les enfants et adultes porteurs sains peuvent contribuer à la propagation de l'infection.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Présence de kystes ou de trophozoïtes de *Giardia lamblia* dans les selles, dans du liquide duodécal ou dans une biopsie du petit intestin avec ou sans manifestations cliniques

OU

Détection d'antigènes de *Giardia lamblia* dans les selles à l'aide d'une technique immuno-enzymatique (EIA) ou d'un IFD.

Pas de définition de cas clinique.

5.6 SALMONELLOSE

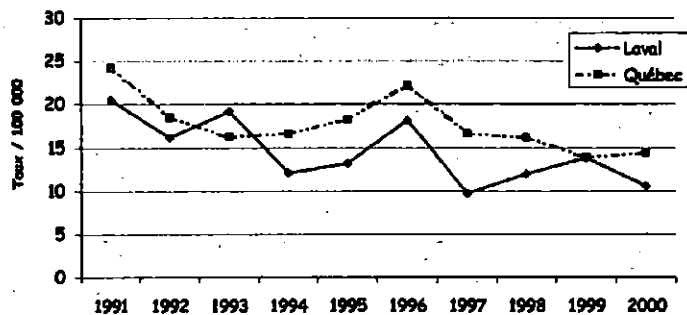
Les taux d'incidence de salmonellose les plus élevés se retrouvent chez les moins de 4 ans.

Les taux d'incidence de cette entérite bactérienne montrent une tendance générale à la baisse depuis 1991. Toutefois, l'année 2000 a été marquée par une éclosion suprarégionale de salmonella typhimurium d'un hypotype extrêmement rare, le hypotype 66*.

À Laval, les taux d'incidence les plus élevés se trouvent chez les enfants de 4 ans et moins, et plus particulièrement chez les moins de 1 an. Cette situation est semblable au niveau du Québec.

Au cours des cinq dernières années, il y a eu 40 hospitalisations de Lavallois pour gastro-entérite à salmonelle et dix pour septicémie à salmonelle pour un total de 50 hospitalisations (données Med-Écho, MSSS, 1995-96 à 1999-2000).

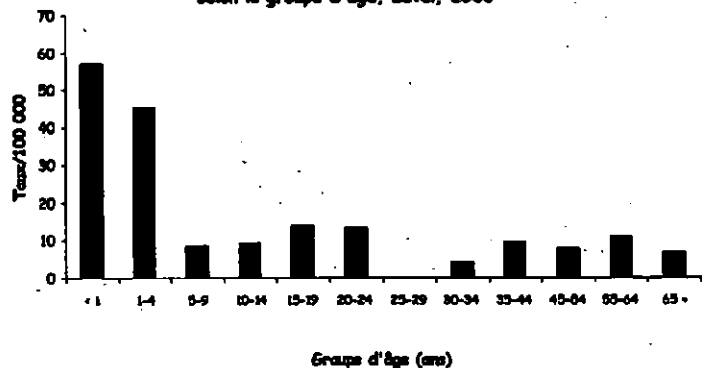
Salmonellose, Incidence (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1991-2000



Salmonellose, Taux pour 100 000, Laval et Québec										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	20,5	16,2	19,1	12,0	13,2	18,1	9,7	11,9	13,9	10,6
Québec	24,2	18,5	16,3	16,7	18,3	22,1	16,7	16,1	14,0	14,5
Nombre de cas déclarés										
Laval	66	53	63	40	44	61	33	41	48	37
Québec	1 712	1 319	1 170	1 204	1 328	1 608	1 222	1 183	1 029	1 067

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Salmonellose, Incidence (/100 000 personnes)
selon le groupe d'âge, Laval, 2000



Salmonellose, Taux pour 100 000, Laval 2000												
< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-44	45-54	55-64	65+	
57,0	48,2	8,5	9,2	13,8	13,2	0,0	4,1	9,5	7,9	11,0	6,7	
Nombre de cas déclarés												
2	7	2	2	3	3	0	1	6	4	4	3	

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

* Sur les 14 cas recensés, trois sont des résidents de Laval. Cette éclosion a touché plusieurs personnes de même origine ethnique et onze étaient des enfants âgés de moins de 10 ans.

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Salmonellose (Agent : bactérie, *Salmonella*)

- ✓ Incubation : de 6 à 72 heures, habituellement 12-36 heures.
- ✓ Symptômes : diarrhée. Souvent asymptomatique.
- ✓ Complications : déshydratation qui peut être sévère chez les jeunes enfants, septicémie et rarement arthrite, ostéomyélite, méningite.
- ✓ Décès : rare mais peut survenir chez les bébés de moins de 6 mois, les personnes âgées ou celles atteintes de maladie chronique débilante.
- ✓ Transmission : par ingestion d'aliments contaminés (œufs crus, viandes et volailles mal cuites) ou par contact avec les tortues et les reptiles, qui peuvent être porteurs de *Salmonella*.
- ✓ Particularités : les sérotypes les plus fréquents en Amérique sont *S. typhimurium* et *S. enteritidis*.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Isolement de *Salmonella* (excluant *salmonella typhi* ou paratyphi) dans un échantillon clinique approprié avec ou sans manifestations cliniques.

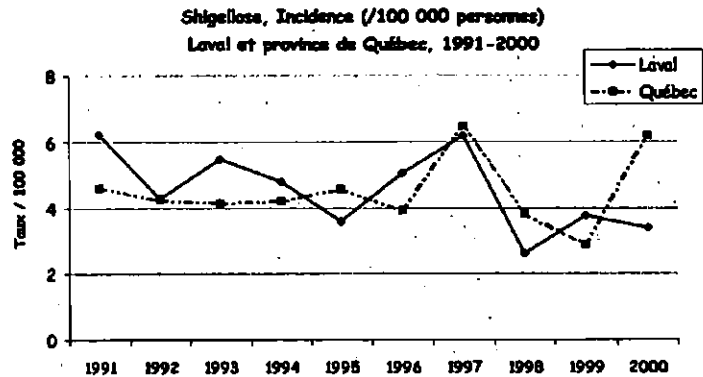
Pas de définition de cas clinique.

5.7 SHIGELLOSE

Douze cas de shigellose ont été déclarés cette année à Laval. Après le pic d'incidence de 1997, relié à des éclosions de *Shigella sonnei*, les taux lavallois sont revenus à des niveaux similaires à ceux observés depuis 1992.

Toutefois, au niveau provincial, on a connu en 2000 quelques éclosions régionales de *Shigella sonnei*, dont le Nunavik (191 cas).

Au cours des cinq dernières années, il y a eu onze hospitalisations de Lavallois avec un diagnostic de shigellose (CIM-9=004), dont sept chez des jeunes de 19 ans et moins (données Med-Écho, MSSS, 1995-96 à 1999-2000).



Shigellose, Taux pour 100 000, Laval et Québec										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	6,2	4,3	5,5	4,8	3,6	5,1	6,2	2,6	3,8	3,4
Québec	4,6	4,2	4,2	4,2	4,6	3,9	6,5	3,8	2,9	6,2
Nombre de cas déclarés										
Laval	20	14	18	16	12	17	21	9	13	12
Québec	325	301	298	303	330	284	472	281	211	459

Source : Fichier MAD0, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Shigellose (Agent : bactérie *Shigella*)

- ✓ Incubation : de 1 à 3 jours (étendue 12-96 heures).
- ✓ Symptômes : diarrhée qui dans les cas sévères peut contenir du sang, du mucus ou du pus (dysenterie).
- ✓ Complications : entre autres, déshydratation suivie de désordres électrolytiques pouvant entraîner le décès, convulsions ou syndrome hémolytique-urémique.
- ✓ Transmission : maladie très contagieuse qui se transmet par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés ou par contact de personne à personne (mains contaminées).
- ✓ Particularités : il y a quatre espèces soit *S. sonnei* (la plus fréquente), *S. flexneri*, *S. dysenteriae* et *S. boydii*. L'être humain est le seul réservoir et la bactérie se retrouve dans les selles des personnes infectées durant une période pouvant aller jusqu'à quatre semaines après la maladie.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Isolement de *Shigella* dans un échantillon clinique approprié avec ou sans manifestations.

Pas de définition de cas clinique.

5.8 TOXI-INFECTIONS ALIMENTAIRES OU HYDRIQUES

À Laval en 2000, dix épisodes de toxi-infections alimentaires ont été déclarés ce qui n'est pas différent de la

situation des années antérieures. Au total, ces 10 déclarations ont impliqué 31 Lavallois. Les milieux et aliments incriminés sont variés.

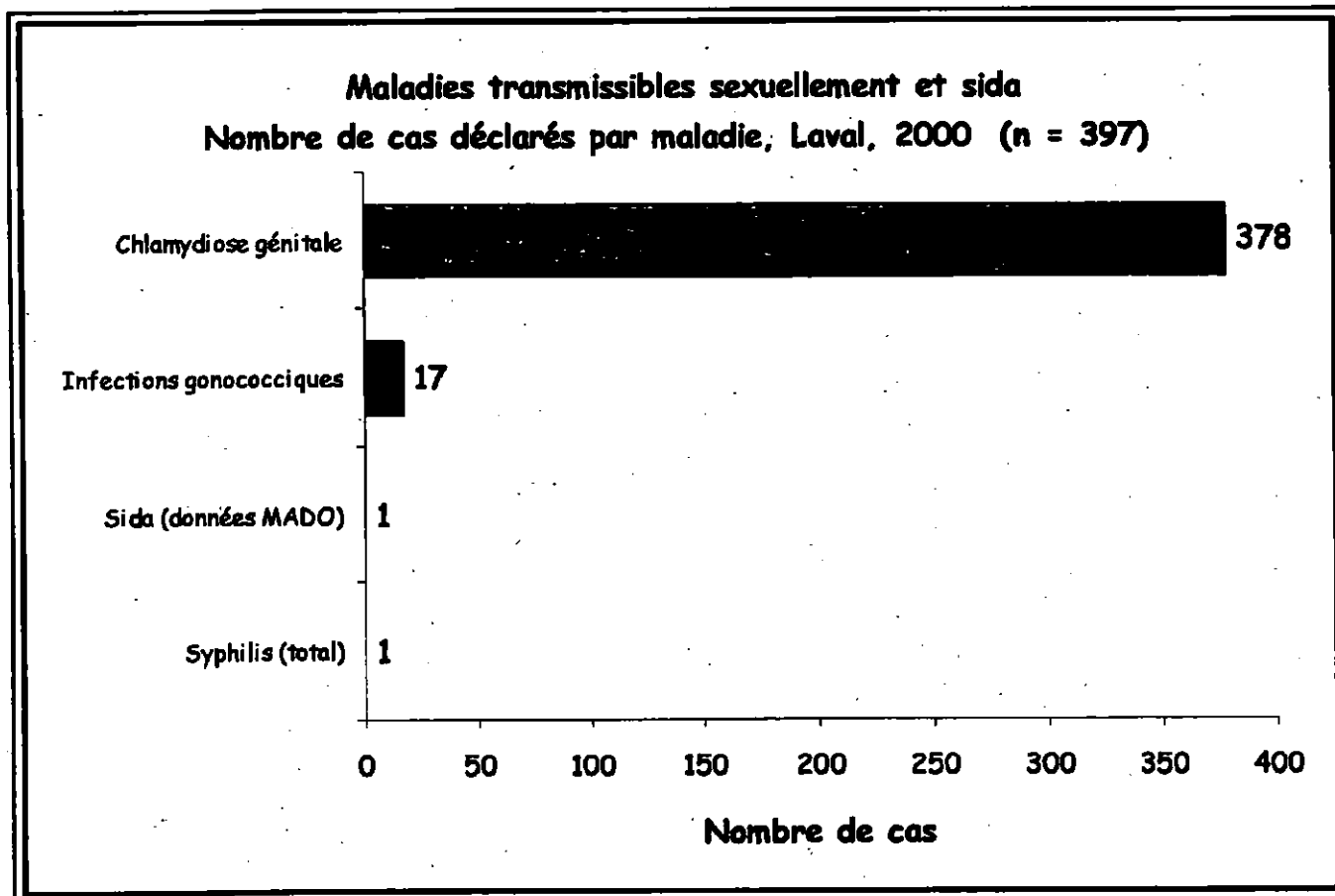
DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Présence de manifestations cliniques similaires chez au moins deux personnes, et lien épidémiologique entre le fait d'être malade et la consommation d'aliments ou d'eau en commun, avec ou sans identification d'un agent pathogène.

Pas de définition de cas clinique.

CHAPITRE 6
MALADIES TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT
ET SIDA



Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

6.1 CHLAMYDIOSE GÉNITALE

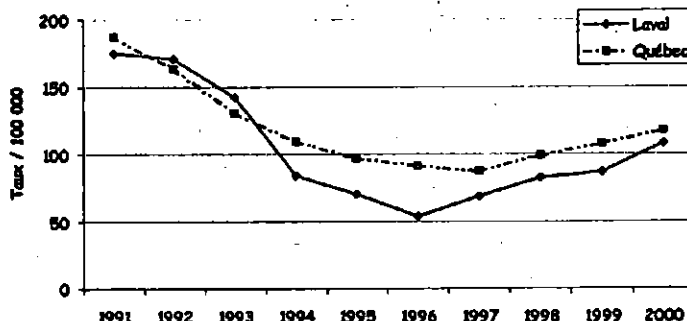
Les infections génitales à *chlamydia trachomatis* affichent une tendance à la hausse depuis quatre ans, à Laval comme au Québec.

C'est la maladie à déclaration obligatoire la plus fréquemment déclarée, tant à Laval (36 % des déclarations de maladies infectieuses) qu'au Québec (34 % des déclarations). Alors que de 1990 à 1996, on notait une baisse constante des taux d'incidence de chlamydie génitale, à Laval et au Québec, on a noté par la suite une hausse des taux, tendance qui s'est maintenue en 2000.

Il est possible que plus de tests de chlamydie aient été effectués ou que l'utilisation de tests par amplification génique ou PCR plus performants (utilisés depuis mai 1998 à la Cité de la Santé de Laval) aient permis de détecter plus de cas et contribué à l'augmentation des cas déclarés. Par contre, on ne peut pas exclure une augmentation réelle de l'incidence de la chlamydie. C'est une tendance qu'il faudra surveiller.

Les taux d'incidence de chlamydie génitale sont deux fois et demi plus élevés chez les femmes que chez les hommes (155,2 chez les femmes pour 59,4 chez les hommes en 2000), mais les deux courbes suivent la même tendance.

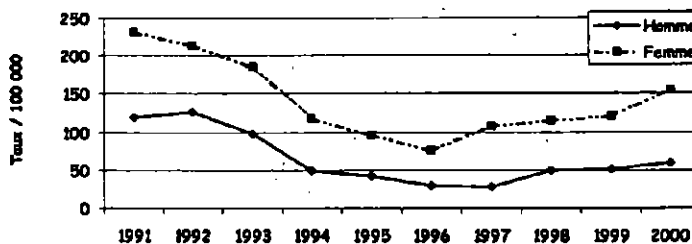
Chlamydie génitale, Incidence (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1991-2000



Chlamydie génitale, Taux pour 100 000, Laval et Québec										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	175,5	171,3	142,3	84,7	70,3	54,1	68,6	82,8	86,6	108,1
Québec	187,9	163,8	131,5	109,6	97,2	91,4	87,9	99,1	108,6	118,4
Nombre de cas déclarés										
Laval	565	560	469	282	235	182	233	284	300	378
Québec	13 282	11 654	9 427	7 901	7 041	6 648	6 419	7 254	7 974	8 729

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Chlamydie génitale, Incidence (/100 000 personnes)
selon le sexe,
Laval, 1991-2000



Chlamydie génitale, Taux pour 100 000 par sexe, Laval										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Homme	119,0	126,7	97,6	49,3	42,4	30,2	28,1	49,8	51,6	59,4
Femme	231,0	215,1	185,9	118,1	96,7	77,4	107,7	114,7	120,4	155,2
Nombre de cas déclarés										
Homme	190	205	159	81	70	50	47	84	88	102
Femme	375	355	310	199	164	132	186	200	212	276

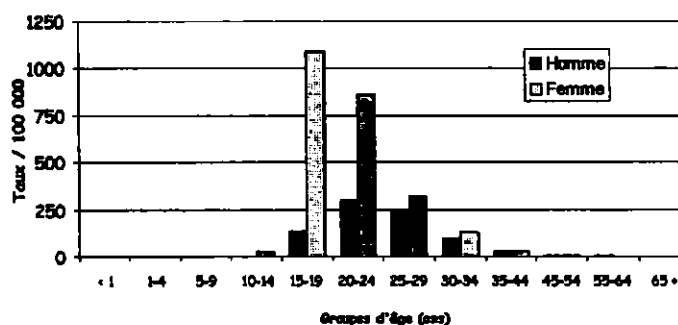
Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Chez les femmes, les cas les plus jeunes surviennent chez les 10-14 ans et les taux d'incidence les plus élevés de chlamydie génitale se retrouvent chez les 15-24 ans. Chez les hommes, les cas les plus jeunes surviennent chez les 15-19 ans et ce sont les 20-29 ans qui ont les taux d'incidence les plus élevés. La tendance à la baisse des taux d'incidence de 1990 à 1996 et à la hausse par la suite s'observe aussi dans tous les groupes d'âge les plus touchés et dans tous les territoires de CLSC.

Deux territoires de CLSC, du Marigot et des Mille-Îles, présentent toutefois des taux ajustés plus élevés de chlamydie génitale. Sur le territoire du CLSC des Mille-Îles, on retrouve une clinique jeunesse dans une école secondaire, la seule de ce genre dans la région. Le CLSC du Marigot offre, pour sa part, une clinique MTS (clinique CONTACT) et le Centre jeunesse, situé sur ce territoire, offre de façon systématique le dépistage MTS à sa clientèle. Ces facteurs pourraient contribuer aux taux d'incidence plus élevés.

Les infections à chlamydia trachomatis non génitales sont moins fréquentes. Aucun cas de chlamydie oculaire ou pulmonaire n'a été déclaré à Laval, en 2000 (dix-huit au Québec).

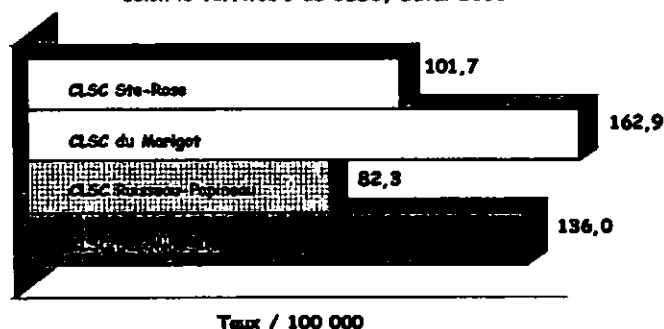
Chlamydie génitale, Incidence (/100 000 personnes) selon le sexe et le groupe d'âge, Laval 2000



Chlamydie génitale, Taux pour 100 000 par sexe et groupe d'âge, Laval, 2000												
	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-44	45-54	55-64	65 +
Homme	0,0	0,0	0,0	0,0	134,7	302,1	244,1	97,0	31,2	8,1	5,7	0,0
Femme	0,0	0,0	0,0	28,0	1093,4	659,3	318,3	130,2	31,8	7,7	0,0	0,0
Nombre de cas déclarés												
Homme	0	0	0	0	15	35	27	12	10	2	1	0
Femme	0	0	0	3	116	95	33	16	10	2	0	0

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Chlamydie génitale, Incidence (Taux ajustés/100 000 personnes) selon le territoire de CLSC, Laval 2000



Chlamydie génitale, Nombre de cas par territoire de CLSC, Laval 2000	
Mille-Îles	65
Ruisseau-Papineau	78
Marigot	125
Ste-Rose	108

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES^(24, 25, 26)

Chlamydirose génitale (Agent : bactérie, *Chlamydia trachomatis*)

- ✓ Incubation : varie entre 2 et 6 semaines, mais peut être plus longue.
- ✓ Symptômes : asymptomatique pour plus de 50 % des cas. Cervicite chez la femme, urétrite chez l'homme.
- ✓ Complications : épидидymite chez l'homme (3 %). Salpingite ou endométrite chez la femme (8 à 25 %) pouvant entraîner infertilité tubaire, grossesse ectopique ou douleur pelvienne chronique. Conjonctivite chronique et Syndrome de Reiter (surtout chez les hommes). Facteur de risque pour la transmission du VIH. Chez le nouveau-né d'une mère infectée, conjonctivite entre 1 et 3 semaines après la naissance (25 à 50 %) ou pneumonie entre 1 et 6 mois après la naissance (10 %).
- ✓ Transmission : par relations sexuelles génitales ou anales et plus rarement orales.
- ✓ Particularités : Au Québec, dépistage systématique recommandé pour les jeunes de moins de 25 ans actifs sexuellement fréquentant les cliniques de jeunes, cliniques MTS, cliniques d'avortement ou centres jeunesse. Pour les autres, dépistage en fonction des facteurs de risque.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :*

Présence d'une des cinq conditions suivantes:

- 1) isolement de *Chlamydia trachomatis* par culture cellulaire; ou
- 2) détection d'antigènes de *Chlamydia trachomatis* à l'aide d'une technique immuno-enzymatique (EIA) ou d'immuno-fluorescence directe (IFD) dans un prélèvement d'origine urétrale ou endocervicale; ou
- 3) détection d'antigènes de *Chlamydia trachomatis* à l'aide d'une technique immuno-enzymatique (EIA) ou d'immuno-fluorescence directe (IFD) dans un prélèvement d'origine conjonctivale ou rhinopharyngée chez un nourrisson; ou
- 4) détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis* dans un prélèvement d'origine urétrale, endocervicale ou urinaire; ou
- 4) détection sérologique d'IgM spécifiques chez le nourrisson.

Pas de définition de cas clinique.

* Sauf si des renseignements permettent de considérer deux déclarations comme deux épisodes distincts, un nouvel épisode d'infection à *Chlamydia trachomatis* ne devrait pas être créé à l'intérieur d'une période de 2 mois suivant un épisode antérieur.

6.2 INFECTIONS GONOCOCCIQUES

À Laval, en 1999, 76 % des infections gonococciques déclarées concernent des hommes.

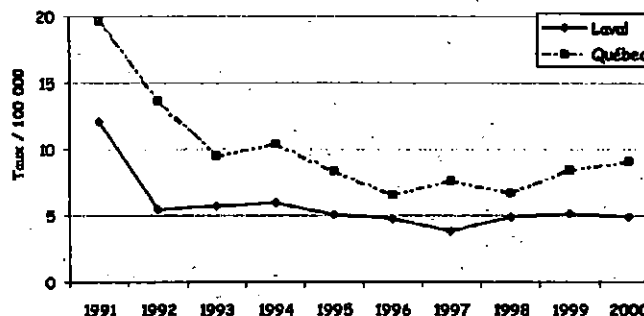
La majorité des cas déclarés sont des gonorrhées génito-urinaires; mais les infections gonococciques incluent aussi les infections à l'œil ou d'autres localisations.

Les taux d'infections gonococciques sont relativement stables depuis 1992 à Laval et depuis 1993 au Québec.

Toutefois quand on regarde les données lavalloises par sexe, on note que les taux d'incidence ont augmenté chez les hommes au cours des trois dernières années, alors qu'ils sont relativement stables chez les femmes. En 2000 à Laval, 13 déclarations sur les 17 reçues (76 %) concernaient des hommes. Les 20-44 ans sont le groupe d'âge le plus touché et aucun cas n'a été déclaré chez les moins de 20 ans.

Il n'y a pas eu d'infection causée par des souches productrices de pénicillinase (NGPP) en 2000 à Laval; ce nombre a varié de zéro à trois cas au cours des dix dernières années.

Infections gonococciques, Incidence (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1991-2000

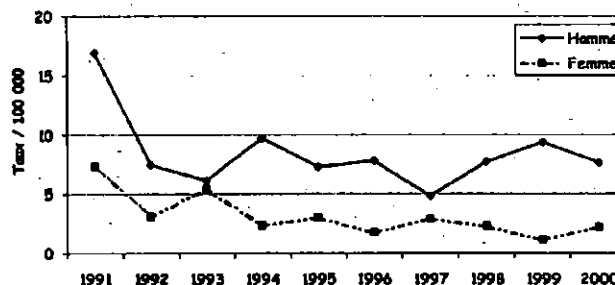


	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	12,1	5,5	5,8	6,0	8,1	4,8	3,8	5,0	5,2	4,9
Québec	19,6	13,7	9,5	10,4	8,4	7,6	6,8	8,5	9,1	9,1

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	39	18	19	20	17	16	13	17	18	17
Québec	1 388	972	683	781	606	478	584	495	624	673

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Infections gonococciques, Incidence (/100 000 personnes)
selon le sexe, Laval, 1991-2000



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Homme	16,9	7,4	6,1	9,7	7,3	7,8	4,8	7,7	9,4	7,6
Femme	7,4	3,0	5,4	2,4	2,9	1,8	2,9	2,3	1,1	2,2

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Homme	27	12	10	16	12	13	8	13	16	13
Femme	12	5	9	4	5	3	5	4	2	4

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES^(24, 25)

Infections gonococciques (Agent : bactérie, *Neisseria gonorrhoeae*)

- ✓ Incubation : habituellement de 2 à 7 jours.
- ✓ Symptômes : urétrite chez l'homme, cervicite chez la femme, mais plus de 50 % peuvent être porteurs asymptomatiques. Peu ou pas de symptômes lors d'infections du rectum ou de l'oropharynx.
- ✓ Complications : chez la femme, salpingite ou endométrite (10 à 15 %) qui peut évoluer vers l'infertilité tubaire, la grossesse ectopique ou la douleur pelvienne chronique. De 0,5 à 3 % des infections anogénitales et pharyngées se compliquent d'une infection disséminée (gonococcémie, arthrite, dermatite). L'infection durant la grossesse peut entraîner des complications chez le fœtus. Ophtalmie du nouveau-né.
- ✓ Transmission : par relations sexuelles génitales ou anales et plus rarement orales.
- ✓ Particularités : dépistage des individus sexuellement actifs orienté en fonction des facteurs de risque.

INFECTION GONOCOCCIQUE GÉNITO-URINAIRE - DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Isolement de *Neisseria gonorrhoeae* dans un échantillon clinique du tractus uro-génital OU

Détection d'antigènes de *Neisseria gonorrhoeae* à l'aide d'une technique immuno-enzymatique (EIA) dans un prélèvement d'origine urétrale ou endocervicale OU

Détection d'acides nucléiques de *Neisseria gonorrhoeae* dans un prélèvement d'origine urétrale, endocervicale ou urinaire OU

Observation de cocci intracellulaires à Gram négatif dans un frottis de sécrétions urétrales prélevées chez un homme.

Pas de définition de cas clinique.

INFECTION GONOCOCCIQUE DE L'ŒIL - DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Isolement de *Neisseria gonorrhoeae* dans un échantillon clinique provenant de l'œil.

Pas de définition de cas clinique.

INFECTION GONOCOCCIQUE AUTRE - DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Isolement de *Neisseria gonorrhoeae* dans un échantillon clinique provenant d'un site autre qu'oculaire ou uro-génital.

Pas de définition de cas clinique.

6.3 SIDA

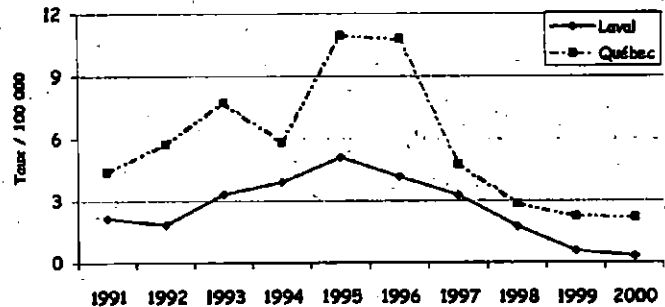
En 2000 à Laval, seulement un cas de sida a été déclaré (facteur de risque : homosexualité) et deux avaient été déclarés en 1999, alors qu'on enregistrait habituellement de six à dix-sept déclarations annuellement depuis 1990. Depuis 1996, il semble y avoir une baisse des taux d'incidence de sida, tant à Laval qu'au niveau provincial.

Il faut toutefois souligner que la baisse du nombre de cas déclarés de sida ne signifie pas nécessairement une baisse des infections au VIH (Virus de l'immuno-déficience humaine). Depuis l'instauration de la trithérapie, beaucoup moins de cas d'infection à VIH évoluent vers le sida et pour le moment, l'infection à VIH n'est pas à déclaration obligatoire. Dans le cadre du Programme de surveillance du sida au Québec, on a estimé à l'aide de méthode statistique, le taux de prévalence* de l'infection par le VIH⁽²⁷⁾. À Laval, avec un taux estimé de 1,3 par 1000 personnes, cela représenterait environ 350 adultes.

Les cas de sida déclarés sont habituellement des hommes de plus de 30 ans et la morbidité de cette maladie est importante. Au cours des cinq dernières années, on note 180 épisodes d'hospitalisation de Lavallois ayant un diagnostic de sida (CIM-9=042-043-044) dont la majorité (151/180) pour des Lavallois âgés entre 30 et 54 ans (données Med-Écho, MSSS, 1995-96 à 1999-2000).

En 2000, le nombre de cas déclarés de sida est le plus bas des onze dernières années.

Sida (données MADO), Incidence (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1991-2000



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	2,2	1,8	3,3	3,9	5,1	4,2	3,2	1,7	0,6	0,3
Québec	4,4	5,8	7,7	10,9	10,8	4,8	2,9	2,2	2,2	2,2

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	7	6	11	13	17	14	11	6	2	1
Québec	312	410	553	422	792	784	349	210	165	163

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

* Le taux de prévalence de l'infection par le VIH indique le nombre d'adultes infectés par le VIH par 100 adultes vivants au 31 décembre 1996.

NOTES CLINIQUES^(25,27)

Sida (Agent : virus de l'immunodéficience humaine (VIH))

- ✓ Incubation : 8 à 11 ans en moyenne entre l'infection par le VIH et le moment où le sida est diagnostiqué.
- ✓ Symptômes : manifestation la plus grave de l'infection causée par le VIH. Plusieurs atteintes révélatrices du sida, dont la pneumonie à *Pneumocystis carinii* et le sarcome de Kaposi.
- ✓ Complications : cause importante de mortalité chez les jeunes adultes, principalement chez les hommes.
- ✓ Transmission : par relations sexuelles génitales ou anales, par le sang (partages d'aiguilles souillées par du sang, contact percutané ou muqueux avec du sang ou certains liquides biologiques infectés) ou, lors de la période périnatale, de la mère à son enfant.
- ✓ Particularités : nouvelles thérapies contre le VIH et nouveaux traitements des infections opportunistes associées au sida depuis 1995, qui ont modifié l'histoire naturelle de l'infection par le VIH et amélioré la survie. Augmentation des cas de sida chez les utilisateurs de drogues injectables depuis 1988.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

La définition nosologique du sida étant très complexe (9 pages), voir le document des définitions nosologiques⁽⁷⁾.

6.4 SYPHILIS PRIMAIRE, SECONDAIRE OU LATENTE < 1 AN

En 2000 à Laval, un seul cas de syphilis a été déclaré, sans précision du stade, chez un immigrant. Le nombre de déclarations de syphilis contagieuse (primaire, secondaire ou latente précoce), à Laval, varie de zéro à deux annuellement depuis 1990.

Syphilis contagieuse (primaire, secondaire, latente moins un an), Nombre de cas, Laval et Québec										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	2	2	2	0	1	0	0	0	1	0
Québec	64	40	18	19	11	11	9	3	4	6

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES^(24,25)

Syphilis (Agent : spirochète, *Treponema pallidum*)

- ✓ Incubation : 10 à 90 jours pour le stade primaire.
- ✓ Symptômes : stade primaire caractérisé par un chancre indolore d'une durée de 1 à 5 semaines qui passe souvent inaperçu. Stade secondaire caractérisé par une éruption cutanée maculopapulaire, qui survient en général 4 à 10 semaines après le stade primaire et qui passe aussi souvent inaperçu. Phase de latence, asymptomatique, peut durer plusieurs années.
- ✓ Complications : syphilis tardive chez environ 40 % des personnes non traitées, avec entre autres des atteintes cardiovasculaires ou neurologiques. Lésions gommeuses, surtout au niveau de la peau, des os et des tissus sous-cutanés (tous les organes peuvent être touchés). 50 % des enfants nés d'une mère en phase primaire et secondaire sont infectés. La syphilis congénitale entraîne souvent le décès in utero ou un retard de croissance intra-utérine et des manifestations systémiques.
- ✓ Transmission : par relations sexuelles lors des phases primaire, secondaire et latente précoce.

SYPHILIS PRIMAIRE - DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Présence des deux conditions suivantes:

- 1) un ou plusieurs chancres compatibles avec une syphilis primaire; et
- 2) observation de *Treponema pallidum* dans un échantillon clinique (chancre ou matériel d'aspiration d'un ganglion régional) par un examen microscopique sur fond noir avec ou sans l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP).

Cas clinique :

Présence des deux conditions suivantes:

- 1) un ou plusieurs chancres compatibles avec une syphilis primaire; et
- 2) détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par une épreuve non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) ou tréponémique (FTA-ABS, MHA-TP).

SYPHILIS SECONDAIRE - DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Présence des deux conditions suivantes:

- 1) manifestations cliniques compatibles (ex.: lésions mucocutanées localisées ou diffuses, adénopathies généralisées); et
- 2) observation de *Treponema pallidum* dans un échantillon clinique (lésions mucocutanées ou matériel d'aspiration d'un ganglion régional) par un examen microscopique sur fond noir avec ou sans l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP).

Cas clinique :

Présence des deux conditions suivantes:

- 1) manifestations cliniques compatibles (ex.: lésions mucocutanées localisées ou diffuses, adénopathies généralisées); et
- 2) détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par une épreuve non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST [avec un titre d'au moins 8 ou avec un changement du titre correspondant à une augmentation d'au moins quatre fois du titre d'anticorps entre les deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle et analysés simultanément au même laboratoire]) ou tréponémique (FTA-ABS, MHA-TP).

SYPHILIS LATENTE PRÉCOCE - DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Pas de définition de cas confirmé.

Cas clinique :

Présence des trois conditions suivantes:

- 1) absence de manifestations cliniques de syphilis; et
- 2) détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par une épreuve non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) ou tréponémique (FTA-ABS, MHA-TP); et
- 3) une des situations suggérant l'acquisition de l'infection par *Treponema pallidum* au cours des douze derniers mois:
 - * un résultat négatif ou un titre quatre fois inférieur lors d'une épreuve nontréponémique effectuée au cours des 12 derniers mois.
 - * symptômes compatibles avec une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce au cours des 12 derniers mois sans traitement subséquent.
 - * contact sexuel avec une personne atteinte d'une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce au cours des 12 derniers mois sans antécédent de traitement.

CHAPITRE 7

TUBERCULOSE

7.1 TUBERCULOSE

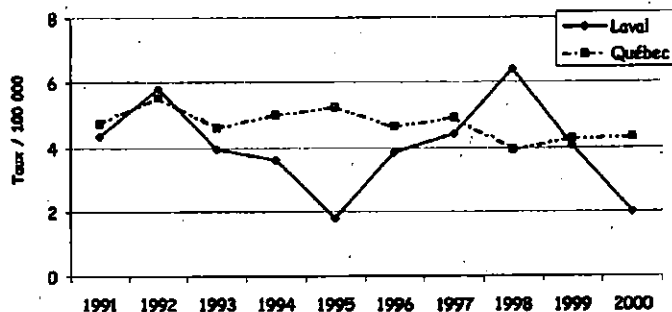
Il y a eu sept cas de tuberculose déclarés à Laval en 2000. Ce nombre a oscillé entre 6 et 22 cas/année depuis 1991. Les taux d'incidence lavallois se situent habituellement légèrement sous les taux québécois.

La majorité (57 %) sont des tuberculoses pulmonaires et tous les cas, sauf un, sont nés à l'extérieur du Canada. Sur les sept cas déclarés en 2000, on note un seul cas de résistance aux antituberculeux, soit à la pyrazinamide.

Cinq des sept cas (71 %) sont des femmes. Les taux d'incidence les plus élevés se retrouvent chez les 25-34 ans et les 65 ans et plus.

Le nombre de contacts étroits a varié de 1 à 11 selon les cas. Un total de 29 personnes ont été investiguées relativement aux sept cas déclarés de tuberculose en 2000.

Tuberculose, Incidence (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1991-2000

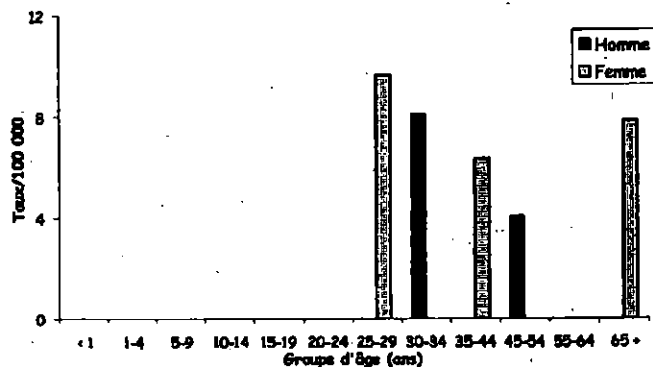


	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	4,3	5,8	3,9	3,6	1,8	3,9	4,4	6,4	4,0	2,0
Québec	4,8	5,5	4,6	5,0	5,3	4,6	4,9	3,9	4,3	4,3

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	14	19	13	12	6	13	15	22	14	7
Québec	336	394	331	362	381	337	360	289	316	320

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Tuberculose, Incidence (/100 000 personnes)
selon le sexe et le groupe d'âge, Laval, 2000



	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-44	45-54	55-64	65 +
Homme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,6	8,1	6,4	0,0	0,0	0,0
Femme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,6	8,1	6,4	0,0	0,0	7,8

	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-44	45-54	55-64	65 +
Homme	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Femme	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	2

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES^(21, 28)

Tuberculose (Agent : bactérie, *Mycobacterium tuberculosis*)

- ✓ Incubation : entre 2 à 10 semaines pour avoir une réaction tuberculine significative.
- ✓ Symptômes : tuberculose-infection généralement asymptomatique. L'infection peut demeurer latente pour se réactiver des mois ou des années plus tard. Les manifestations cliniques de la tuberculose-maladie varient selon l'organe atteint; tuberculose pulmonaire (la plus fréquente), rénale, osseuse ou méningée.
- ✓ Décès : jusqu'à 50 % en 5 ans, pour les tuberculoses pulmonaires non traitées.
- ✓ Transmission : aérienne par gouttelettes contaminées par une personne ayant une tuberculose pulmonaire ou laryngée.
- ✓ Particularités : susceptibilité à développer la tuberculose-maladie accrue chez les personnes immunosupprimées (dont celles atteintes du sida), souffrant de malnutrition ou présentant une maladie chronique (ex. cancer, diabète). La résistance aux médicaments antituberculeux, surtout l'isoniazide et la rifampicine, prend de l'ampleur partout dans le monde. Certaines souches de bacille tuberculeux sont devenues résistantes à tous les antibiotiques connus.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Isolement ou détection par une technique d'amplification génique validée, d'une mycobactérie faisant partie du complexe *Mycobacterium tuberculosis*, c'est-à-dire *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis* (excluant la souche BCG) ou *Mycobacterium africanum*.

Cas clinique :

En l'absence d'identification microbienne précise, présence d'au moins une des trois conditions suivantes:

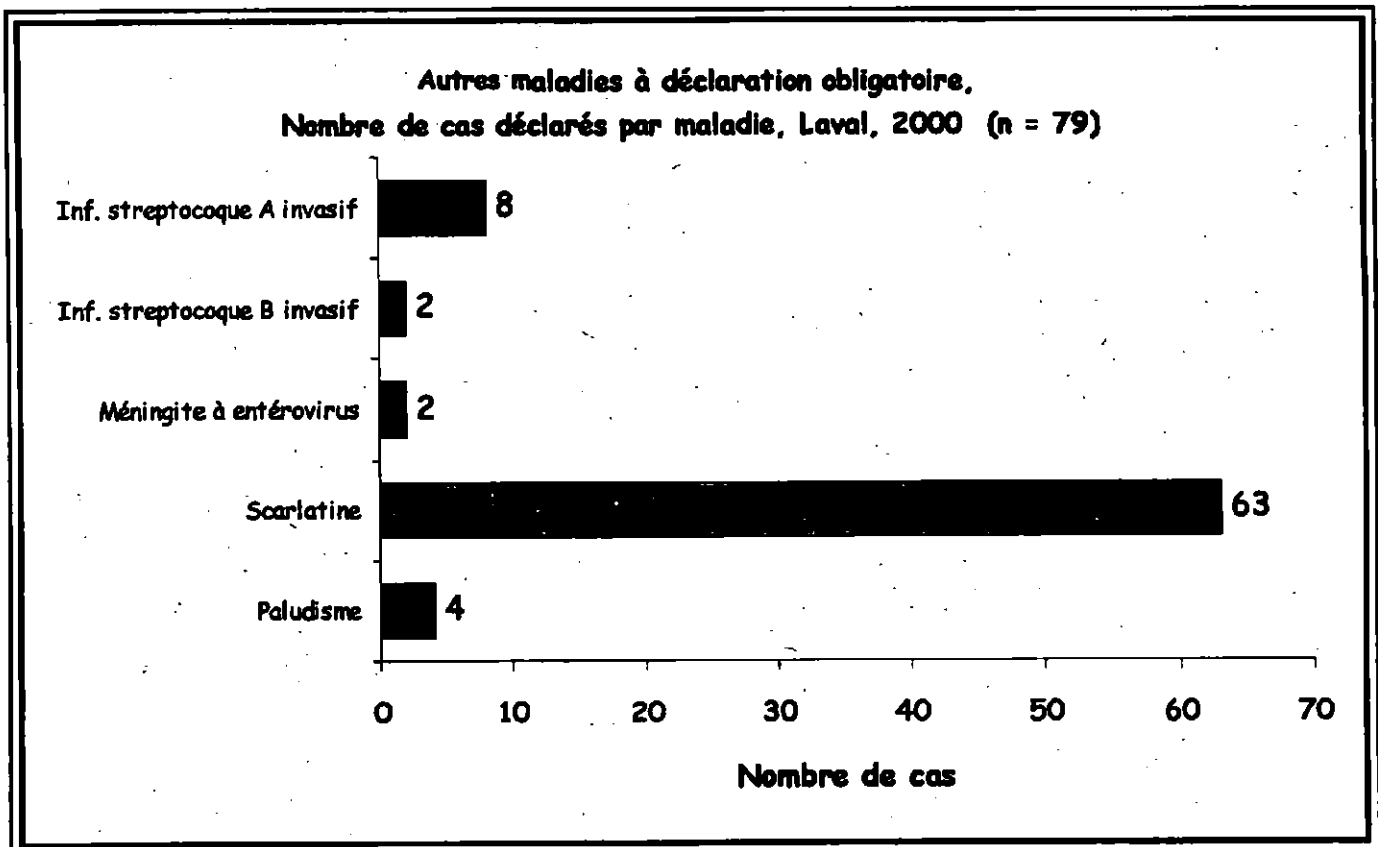
- 1) présence de symptômes et signes compatibles avec une tuberculose évolutive; ou
- 2) radiographie(s) pulmonaire(s) suggestive(s) de tuberculose évolutive; ou
- 3) examen pathologique de tissus provenant de biopsie ou d'autopsie suggestif de tuberculose

ET

Prescription d'un traitement antituberculeux (sauf si le diagnostic a été posé en post mortem).

CHAPITRE 8

AUTRES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE



Source : Fichier MADO, M555 - Rapport en date du 14 mai 2001.

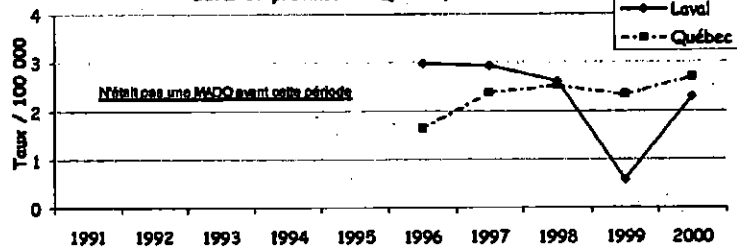
8.1 INFECTION INVASIVE SÉVÈRE À STREPTOCOQUE β -HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A

Les données sur les infections invasives à streptocoque β -hémolytique du groupe A sont disponibles depuis 1996.

Huit cas d'infections invasives à streptocoque du groupe A ont été déclarés à Laval en 2000, ce qui correspond aux nombres habituellement déclarés si on fait exception de l'année 1999 où on avait enregistré seulement deux cas.

En 2000, deux cas ont présenté un choc toxique et sont décédés. Les autres cas ont récupéré.

Infection invasive sévère à Streptocoque β -hémolytique du groupe A, Incidence (/100 000 personnes) Laval et province de Québec, 1996- 2000



Infection invasive sévère à streptocoque β -hémolytique du groupe A, Taux pour 100 000, Laval et Québec										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	nd	nd	nd	nd	nd	3,0	2,9	2,6	0,6	2,3
Québec	nd	nd	nd	nd	nd	1,6	2,4	2,5	2,3	2,7
Nombre de cas déclarés										
Laval	nd	nd	nd	nd	nd	10	10	9	2	8
Québec	nd	nd	nd	nd	nd	120	174	184	172	196

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Infection invasive sévère à streptocoque β -hémolytique du groupe A (Agent : bactérie *Streptococcus pyogenes* du groupe A, particulièrement certaines souches du sérotype M1)

- ✓ Incubation : de 1 à 3 jours.
- ✓ Symptômes : manifestations cliniques sévères telles fasciite ou myosite nécrosante, pneumonie, bactériémie, choc toxique (hypotension, coagulopathie, insuffisance rénale).
- ✓ Décès : mortalité de 15 à 25 % pour les maladies envahissantes sévères et jusqu'à 50 % pour certaines manifestations telles la myosite ou la fasciite avec choc toxique.
- ✓ Transmission : par gouttelettes respiratoires ou par contact direct avec des personnes infectées ou des porteurs.
- ✓ Particularités : l'infection envahissante est plus rare chez les enfants mais elle peut survenir chez des enfants atteints de la varicelle.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Présence des deux conditions suivantes:

- 1) isolement du streptocoque β -hémolytique du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) d'un site normalement stérile; et
- 2) une des manifestations suivantes:
 - * syndrome du choc toxique streptococcique; ou
 - * infection localisée telle une méningite, une pneumonie, une fasciite nécrosante, une myosite nécrosante, une péritonite, une septicémie puerpérale, une ostéomyélite, une arthrite septique, une infection de plaie chirurgicale, une cellulite; ou
 - * bactériémie en l'absence de lieu précis d'infection.

Cas clinique :

Présence des deux conditions suivantes:

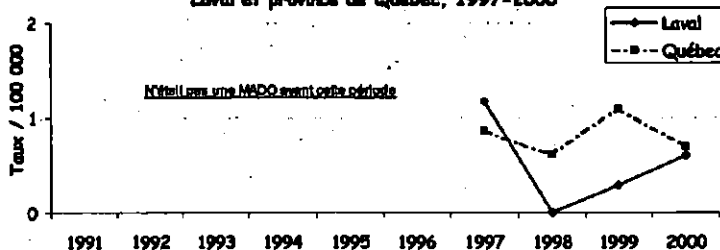
- 1) choc toxique; et
- 2) isolement du streptocoque β -hémolytique du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) d'un site non stérile (ex. gorge, pus, etc.) et aucune autre cause apparente pouvant expliquer le choc toxique.

8.2 INFECTION INVASIVE SÉVÈRE À STREPTOCOQUE β -HÉMOLYTIQUE DU GROUPE B

Les données sur les infections invasives à streptocoque β -hémolytique du groupe B sont disponibles depuis 1997.

Deux cas d'infection invasive sévère à streptocoque du groupe B ont été déclarés à Laval en 2000 (âge : moins de 1 an et 67 ans), ce qui est comparable aux années antérieures.

Infection invasive sévère à Streptocoque β -hémolytique du groupe B, Incidence (/100 000 personnes) Laval et province de Québec, 1997-2000



Infection invasive sévère à Streptocoque β -hémolytique du groupe B, Taux pour 100 000, Laval et Québec										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	nd	nd	nd	nd	nd	nd	1,2	0,0	0,3	0,6
Québec	nd	nd	nd	nd	nd	nd	0,9	0,6	1,1	0,7
Nombre de cas déclarés										
Laval	nd	nd	nd	nd	nd	nd	4	0	1	2
Québec	nd	nd	nd	nd	nd	nd	63	45	80	54

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES⁽²³⁾

Infection invasive sévère à streptocoque β -hémolytique du groupe B (Agent : bactérie *Streptococcus agalactiae*)

- ✓ Symptômes : infection très grave chez le nouveau-né. Plus fréquente chez les enfants de petit poids à la naissance. Les symptômes apparaissent entre 1 à 7 jours après la naissance : septicémie, détresse respiratoire, apnée, choc, pneumonie, méningite.
- ✓ Décès : taux de mortalité d'environ 50 %.
- ✓ Transmission : in utero ou lors de l'accouchement.
- ✓ Particularités : une forme tardive de l'infection, alors acquise par contact de personne à personne, peut survenir de 7 jours jusqu'à plusieurs mois après la naissance. Elle se caractérise par une septicémie ou une méningite (risque de séquelles) et le taux de mortalité est de 25 %.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Isolement du streptocoque β -hémolytique du groupe B (*Streptococcus agalactiae*) d'un site normalement stérile;

OU

Détection antigénique du streptocoque β -hémolytique du groupe B (*Streptococcus agalactiae*) dans le liquide céphalo-rachidien d'un nouveau-né qui présente des manifestations cliniques compatibles avec une méningite.

Pas de définition de cas clinique.

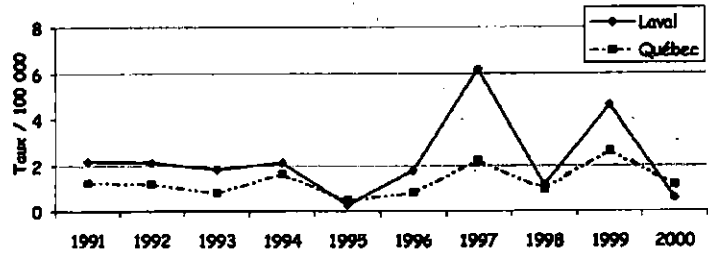
8.3 MÉNINGITE À ENTÉROVIRUS

Seulement deux cas de méningite à entérovirus ont été déclarés à Laval en 2000, ce qui est moins que le nombre habituel qui oscille entre quatre à sept cas/année. Deux pics d'incidence avaient été observés en 1997 (21 cas) et en 1999 (16 cas). Ces excès de cas se retrouvaient dans le groupe des méningites causées par les virus Écho.

En 2000 à Laval, les deux cas déclarés ont moins de 1 an et 5 ans. Au Québec, 77 % des cas sont âgés de moins de 10 ans.

Seulement les cas confirmés par un test de laboratoire sont saisis au fichier MADO. On peut penser qu'il y a beaucoup de cas non confirmés car on dénombre 194 épisodes d'hospitalisation de Lavallois pour méningite à entérovirus au cours des cinq dernières années dont la moitié (97/194) pour des jeunes de moins de 10 ans (données Med-Écho, MSSS, 1995-96 à 1999-2000).

Méningite à entérovirus, Incidence (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1991-2000



Méningite à entérovirus, Taux pour 100 000, Laval et Québec										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	2,2	2,1	1,8	2,1	0,3	1,8	6,2	1,2	4,6	0,6
Québec	1,2	1,2	0,8	1,6	0,5	0,8	2,2	1,0	2,6	1,1
Nombre de cas déclarés										
Laval	7	7	6	7	1	6	21	4	16	2
Québec	88	87	58	117	34	58	151	72	193	84

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Méningite à entérovirus (Agents : des virus, notamment des échovirus)

- ✓ Incubation : variable selon l'agent en cause.
- ✓ Symptômes : début souvent soudain, avec fièvre et symptômes méningés.
- ✓ Complications : la maladie guérit habituellement en quelques jours sans séquelle.
- ✓ Transmission : fécale-orale ou par gouttelettes respiratoires.
- ✓ Particularités : survient surtout l'été et l'automne.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Manifestations cliniques compatibles et une des conditions suivantes :

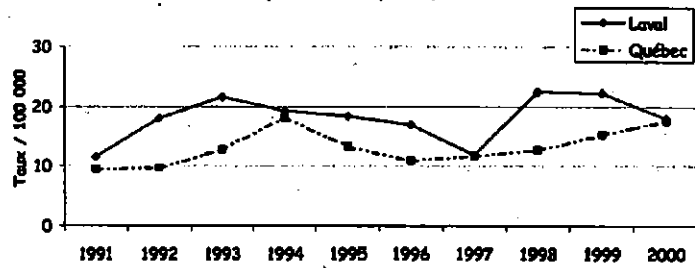
- 1) isolement d'un entérovirus (excluant le virus de la poliomyélite dans un échantillon clinique approprié); ou
- 2) détection d'acide s nucléiques d'un entérovirus (excluant le virus de la poliomyélite); ou
- 3) détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre un entérovirus entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

Pas de définition de cas clinique.

8.4 SCARLATINE

En 2000 à Laval, 63 cas de scarlatine ont été déclarés dont 57 (90 %) chez les 1 à 9 ans. Plus de la moitié de ces cas (37/63) ont été déclarés en janvier et février.

Scarlatine, Incidence (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1991-2000



Scarlatine, Taux pour 100 000, Laval et Québec										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	11,5	18,0	21,5	19,2	18,2	17,0	11,8	22,4	22,2	18,0
Québec	9,5	9,7	12,8	18,1	13,3	10,9	11,7	12,7	15,2	17,6
Nombre de cas déclarés										
Laval	37	59	71	64	61	57	40	77	77	63
Québec	673	691	919	1305	966	791	854	933	1118	1296

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES^(20, 21)

Scarlatine (Agent : bactérie, streptocoque β -hémolytique du groupe A)

- ✓ Incubation : de 1 à 3 jours.
- ✓ Symptômes : fièvre, vomissements, hyperhémie du pharynx ou des amygdales, pétéchies au palais, adénopathies cervicales, langue framboisée et érythème fin blanchissant sous la pression, donnant l'impression de papier sablé. Typiquement, l'éruption n'atteint pas le visage, mais on peut noter une rougeur des joues et une pâleur circumorale.
- ✓ Complications : otite moyenne, abcès péri amygdalien, sinusite, mastoïdite, rhumatisme articulaire aigu ou glomérulonéphrite aiguë.
- ✓ Transmission : par gouttelettes respiratoires ou par contact direct avec des personnes infectées ou des porteurs.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Manifestations cliniques compatibles et une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement de streptocoques β -hémolytique du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) dans un échantillon clinique approprié; ou
- 2) détection d'antigènes ou d'acides nucléiques de streptocoques β -hémolytique du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) dans un échantillon clinique approprié.

Pas de définition de cas clinique.

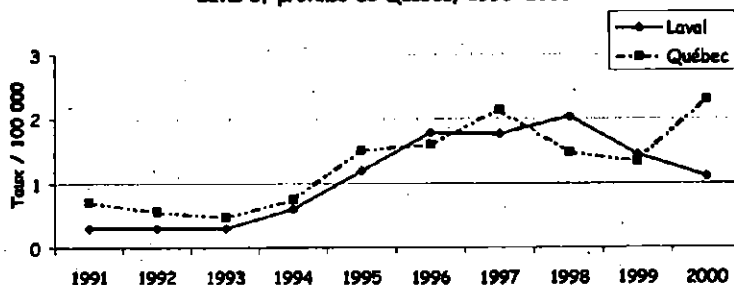
8.5 ET LES AUTRES...

On n'a reçu aucune déclaration en 2000 à Laval pour des cas de botulisme, brucellose, fièvre Q, fièvres typhoïde ou paratyphoïde, légionellose, psittacose, rage humaine, trichinose et tularémie.

Il y a eu quatre déclarations de paludisme à Laval en 2000, soit deux *Plasmodium falciparum* et deux *Plasmodium vivax*. Tous revenaient d'un séjour à l'étranger. Alors qu'on notait à Laval de un à deux cas de paludisme déclarés/année jusqu'en 1994, ce nombre oscille maintenant de quatre à sept annuellement. La prévention chez les voyageurs à risque est primordiale.

Au Québec, 170 cas de paludisme ont été déclarés en 2000 comparativement à 98 en 1999. Des tests de dépistage du paludisme sont maintenant effectués chez les réfugiés à leur arrivée au Québec. Comme il n'y a pas de notion des symptômes dans les définitions nosologiques, ceci peut expliquer en partie l'augmentation des cas de paludisme au Québec.

Paludisme, Incidences (/100 000 personnes)
Laval et province de Québec, 1991-2000



Paludisme, Taux pour 100 000, Laval et Québec										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Laval	0,3	0,3	0,3	0,6	1,2	1,8	1,8	2,0	1,4	1,1
Québec	0,7	0,6	0,8	0,7	1,5	1,6	2,1	1,5	1,3	2,3
Nombre de cas déclarés										
Laval	1	1	1	2	4	6	6	7	5	4
Québec	50	41	34	54	110	117	157	109	98	170

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

NOTES CLINIQUES⁽²¹⁾

Paludisme ou malaria (Agent : parasite dont il existe quatre types : *Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae*, *P. ovale*)

- ✓ Incubation : variable selon le type.
- ✓ Symptômes : le *P. falciparum* donne le tableau clinique le plus sévère; fièvre, frissons, sudation, toux, diarrhée, céphalée, détresse respiratoire qui peut évoluer vers l'ictère, choc, insuffisance rénale ou hépatique, encéphalopathie, coma et décès. Les autres formes ne sont pas létales; elles se caractérisent par des cycles de frissons, fièvre et sudation.
- ✓ Transmission : l'homme est le seul réservoir important et la transmission se fait par l'intermédiaire de moustiques Anopheles.
- ✓ Particularités : maladie endémique dans les régions tropicales : forêts de l'Amérique du Sud (ex. Brésil), sud-est asiatique (Thaïlande, Indonésie), et l'Afrique sub-saharienne.

PALUDISME - DÉFINITION NOSOLOGIQUE⁽⁷⁾

Cas confirmé :

Détection d'hématozoaires d'une espèce de *Plasmodium* sur un frottis du sang périphérique.

Pas de définition de cas clinique.

CHAPITRE 9

ÉCLOSIONS ET AUTRES SIGNALEMENTS

9.1 ÉCLOSIONS ET AUTRES SIGNALEMENTS

Un registre central des éclosions (le « registre ÉCLOSIONS ») a été mis en fonction en 2000 afin de faciliter la surveillance épidémiologique des éclosions et épidémies survenant dans les différentes régions du Québec. Les données de ce registre ne se limitent pas aux maladies à déclaration obligatoire mais recensent toutes les éclosions portées à l'attention de la direction de la santé publique.

À Laval, 14 épisodes ont été saisis dans le registre ÉCLOSIONS en 2000, la majorité (12/14) étant de nature entérique. Ces 14 éclosions ont totalisé 193 cas et 7 personnes ont dû être hospitalisées.

Type d'éclosion	Nature	# cas	Lieux/Véhicule	# hospitalisations
Entérique	E.Coli (3 éclosions)	8	Restaurant	3
			Milieu de garde	
			Centre hospitalier	
	Salmonella	3	Aliments préparés	
	Shigella	3	Restaurant	1
	Inconnu (7 éclosions)	167	Milieu de garde	3
			Maternelle	
École primaire				
Restaurant				
Cutanée	Gale	6	Camping	
Respiratoire	Pneumonies	6	Centre jeunesse	
TOTAL		193		7

Source : Registre Éclosions, M555.

Parmi les autres signalements reçus à la direction de la santé publique en 2000, la rage mérite d'être soulignée. En octobre 2000, un jeune montréalais est malheureusement décédé de la rage, contractée suite à une morsure par une chauve-souris alors qu'il se trouvait dans un chalet. Suite à la publicité entourant ce cas de rage humaine, la DSP de Laval a reçu 10 signalements impliquant 22 personnes potentiellement exposées à des chauves-souris. Au total, 15 recommandations de vaccination contre la rage ont été émises.

En 2000, un total de 54 enquêtes relatives à la rage ont été effectuées comparativement à 9 en 1999 et 32 en 1998. Alors que les enquêtes 1998 et 1999 concernaient surtout des morsures ou éraflures par des chiens ou des chats à Laval, près du tiers des contacts en 2000 concernaient des chauves-souris, majoritairement signalés par des Lavallois à l'extérieur de Laval et la plupart de ces contacts avec des chauves-souris ont été portés à notre attention suite au cas de rage humaine. On peut penser que les contacts avec des chauves-souris sont, en temps normal, sous-déclarés. Nous allons continuer la surveillance des interventions relatives à la rage pour suivre les tendances.

CHAPITRE 10

INTOXICATIONS PAR AGENTS CHIMIQUES

10.1 DONNÉES MADO

En 2000, six cas d'intoxications par agents chimiques ont été inscrits dans la banque de données MADO (Annexe 6) : quatre cas d'intoxication au monoxyde de carbone, un cas d'intoxication au cadmium et un cas d'intoxication au plomb. Le nombre de déclarations en 2000 correspond aux nombres déclarés en 1999 (5 cas) et en 1998 (1 cas).

Les cas saisis dans la base de données MADO sont essentiellement ceux qui sont déclarés par un médecin ou un laboratoire, après validation par la DSP. Rappelons que la base de données MADO a été développée à l'origine pour les maladies infectieuses (Chapitre 1.1). Elle n'est pas tout à fait adaptée à la déclaration des intoxications par agents chimiques et peut être sous-utilisée. Nous avons donc consulté les statistiques du Centre antipoison de l'INSPQ pour tenter d'obtenir une estimation du nombre d'intoxications par agents chimiques survenues à Laval.

10.2 DONNÉES « INTOXICATION » DU CENTRE ANTIPOISON

Les cas retenus dans la base de données du CAP représentent essentiellement des appels reçus au sujet d'une exposition à un agent chimique, avec ou sans symptôme. La définition des cas ne correspond donc pas tout à fait à celles utilisées pour la base de données MADO. Les appels concernant des demandes d'information sans exposition à un produit ne font pas l'objet des données statistiques présentées.

Les données du CAP ont été analysées pour les années 1998, 1999 et 2000*. Le nombre

* L'information sur la région d'où provient l'appel est colligée seulement si l'appelant accepte de fournir le renseignement. Lorsque l'information n'est pas disponible, les données sont incluses dans celles de l'ensemble du Québec, sous la catégorie « région inconnue » (entre 800 et 1 300 cas par année).

d'appels reçus au CAP pour intoxications provenant de la région de Laval est beaucoup plus élevé que le nombre de MADO chimiques déclarées pour ces mêmes années, soit de 2 000 à 2 500 appels au CAP comparativement à un à six déclarations MADO annuellement (Tableau 1). Les intoxications dénombrées au CAP ne sont toutefois pas nécessairement toutes à déclaration obligatoire.

Tableau 1

Nombre d'appels pour intoxication reçus au CAP pour les années 1998-1999-2000			
	Nombre d'appels		
	1998	1999	2000
Laval	2 485	2 247	2 173
Québec	57 509	53 645	50 884

Source : CAP données statistiques générales pour le Québec et pour la région de Laval 1998, 1999 et 2000

Les intoxications par agents chimiques à déclaration obligatoire sont plus susceptibles de se retrouver parmi celles que le CAP classe « Involontaire » et « Au travail » (Tableau 2), ce qui correspond à 1 721 appels provenant de Laval en 2000.

Tableau 2

Nombre de cas selon le type d'intoxication rapporté au CAP pour les années 1998, 1999 et 2000				
		Nombre de cas		
		1998	1999	2000
Involontaire	Laval	1 787	1 638	1 636
	Québec	40 767	37 826	36 027
Au travail	Laval	82	87	85
	Québec	2 403	2 389	2 487
Erreur thérapeutique	Laval	127	144	150
	Québec	3 088	3 078	2 774
Effets secondaires	Laval	10	8	2
	Québec	183	181	203
Toxicomania	Laval	10	16	12
	Québec	353	363	317
Volontaire	Laval	329	277	216
	Québec	8 233	8 136	7 978
Intoxication alimentaire	Laval	88	68	63
	Québec	1 786	1 295	1 121
Autre	Laval	22	16	10
	Québec	697	609	467
Inconnue	Laval	-	-	9
	Québec	-	-	320
Total	Laval	2 485	2 247	2 173
	Québec	57 509	53 645	50 884

Source : CAP données statistiques générales pour le Québec et pour la région de Laval 1998, 1999 et 2000

Selon la nature du produit en cause, les intoxications par produits domestiques, par pesticides et par produits industriels (Tableau 3) sont les plus susceptibles d'être à déclaration obligatoire dépendant de l'agent chimique impliqué. Ces produits ont été l'objet de 1 314 appels en 2000.

Tableau 3

Répartition des cas selon la nature du produit rapportée au CAP pour les années 1998, 1999 et 2000				
		1998	1999	2000
Produits domestiques	Laval	1 273	ND	1 137
	Québec	30 100	27 297	28 348
Pesticides	Laval	105	ND	101
	Québec	2 582	2 717	2 422
Produits industriels	Laval	68	ND	76
	Québec	1 637	1 704	1 798
Médicaments	Laval	1 019	ND	859
	Québec	23 190	21 827	21 117
Total	Laval	2 485	ND	2 173
	Québec	57 609	53 645	50 684

Source : CAP données statistiques générales pour le Québec et pour la région de Laval 1998, 1999 et 2000

Enfin, 463 cas provenant de Laval et ayant appelé au CAP en 2000, ont dû consulter à un hôpital (Tableau 4). Ces cas sont les plus susceptibles de représenter des intoxications par agents chimiques où une intervention de santé publique peut être nécessaire pour prévenir la survenue de nouveaux cas dans des circonstances similaires et ils seraient aussi les plus susceptibles d'être déclarés car ils ont consulté un médecin. Toutefois, ces intoxications n'étaient probablement pas toutes à déclaration obligatoire. Pour cibler davantage les cas, il aurait été intéressant de savoir, parmi ceux-ci, lesquels se sont présentés à l'hôpital à la suite d'une exposition à des pesticides, à des produits domestiques (qui peuvent contenir des produits toxiques) ou à des produits industriels. Cette information n'était pas disponible.

Tableau 4

Nombre de cas qui ont consulté à un hôpital parmi les appels logés au CAP en 1998, 1999 et 2000			
	1998	1999	2000
Laval	668	883	463
Québec	14 102	14 378	13 871

Source : CAP données statistiques générales pour le Québec et pour la région de Laval 1998, 1999 et 2000

10.3 CONSTAT

Entre le nombre de cas déclarés à la DSP de Laval en 1998, 1999 et 2000 (moins de 10 cas par année) et le nombre d'appels reçus au CAP provenant de Laval et ayant consulté à un hôpital (plus de 550 cas en 1998 et 1999 et plus de 460 en 2000), nous observons une différence notable. Nous croyons qu'il existe une sous-déclaration relativement importante des intoxications par agents chimiques.

Plusieurs raisons pourraient expliquer cette sous-déclaration. En plus de celles mentionnées au chapitre 1.3, mentionnons que le lien entre l'exposition et les symptômes n'est pas toujours évident à établir car les symptômes sont souvent peu spécifiques et l'exposition n'est pas toujours facile à documenter. Le patient ne pense pas toujours à mentionner à son médecin une activité qui aurait pu l'exposer à une substance toxique et le médecin oublie parfois de questionner le patient à cet effet. Par ailleurs, si le diagnostic d'intoxication à un agent chimique est posé, le médecin ne sait pas nécessairement qu'elle est à déclaration obligatoire, la liste des MADO chimiques étant peu connue et difficile à interpréter.

Malgré ces limites, il demeure important de déclarer les intoxications par agents chimiques à la DSP car une intervention de santé publique peut être nécessaire pour prévenir la survenue de nouveaux cas dans des circonstances similaires.

NOTES CLINIQUES⁽²⁵⁾

Intoxication au monoxyde de carbone (CO) (agent chimique)

- ✓ **Symptômes :** céphalée, asthénie, vertiges, nausées, dyspnée, tachycardie pouvant évoluer jusqu'à des arythmies cardiaques, à des troubles neurologiques, à la perte de conscience, au coma et au décès. Peut facilement être confondue avec une infection des voies respiratoires supérieures, une intoxication alimentaire ou de l'hyperventilation.
- ✓ **Complications :** des séquelles neurologiques peuvent survenir, dans un délai de 3 à 21 jours : perte de mémoire, démence, syndrome parkinsonien, convulsions, incontinence, changement de personnalité. Le fœtus est plus sensible aux effets du monoxyde de carbone : la carboxyhémoglobine (COHb) fœtale pouvant dépasser de 40 à 60 % la COHb maternelle.
- ✓ **Particularités :** CO : gaz incolore, inodore, sans goût, non irritant, donc impossible à détecter par les sens.
- ✓ **Sources :** appareils et outils utilisant des combustibles (ex. : huile, gaz naturel, propane, bois, essence) en milieu résidentiel, commercial et industriel (ex. : système de chauffage, réfrigérateur, foyer, souffleuse, tondeuse, resurfaçuse, chariot élévateur).

MONOXYDE DE CARBONE : DÉFINITION NOSOLOGIQUE D'UNE INTOXICATION

Cas confirmé :

Manifestation clinique de deux symptômes compatibles ou plus (nausées, vomissements, étourdissements, confusion, céphalées frontales, perte de conscience, tachycardie, arythmies cardiaques, coma).

Et

Détection dans le sang d'un taux de carboxyhémoglobine supérieure à 3,5% chez le patient non fumeur et supérieure à 10% chez le patient fumeur.

Cas clinique :

Manifestation clinique de deux symptômes compatibles ou plus (nausées, vomissements, étourdissements, confusion, céphalées frontales, perte de conscience, tachycardie, arythmies cardiaques, coma)

Et

Histoire compatible* avec une exposition au monoxyde carbone

Et

Soit une mesure de monoxyde de carbone dans l'air ambiant > 25 ppm ou l'association (temps, lieu) à au moins un cas confirmé.

MONOXYDE DE CARBONE : DÉFINITION NOSOLOGIQUE D'UNE EXPOSITION SIGNIFICATIVE

Histoire compatible* avec une exposition au monoxyde de carbone en association avec, soit une mesure de monoxyde de carbone dans l'air ambiant > 25 ppm ou l'association (temps, lieu) à au moins un cas confirmé.

* Une source et un combustible pertinents doivent être identifiés. La recherche de circonstances prédisposantes (appareil défectueux, défaut d'installation, ventilation inadéquate, mauvaise utilisation, incendie, etc.) permet de documenter l'incident.

RÉFÉRENCES

- ¹ Bureau de surveillance épidémiologique, Unité maladies infectieuses, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, *Rapport sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Région de Montréal-Centre, année 1998*, avril 2000.
- ² Module maladies transmissibles, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, *Maladies à déclaration obligatoire - rapport annuel 1999*, juin 2000.
- ³ Équipe des maladies infectieuses, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, *Rapport sur les maladies à déclaration obligatoire - Région des Laurentides - année 1999*, octobre 2000.
- ⁴ Service de la protection de la santé publique, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Rapport sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire en Estrie - année 1999*, juillet 2000.
- ⁵ Service des maladies infectieuses, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, *Épidémiologie des maladies à déclaration obligatoire au Saguenay-Lac-Saint-Jean - situation en 1998 et tendances évolutives récentes*, juin 1997.
- ⁶ Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec, Définitions nosologiques*, janvier 1991.
- ⁷ Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec, Définitions nosologiques*, Québec, octobre 1997.
- ⁸ Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec, Définitions nosologiques*, 3^e édition, Québec, janvier 2001.
- ⁹ Institut de la statistique du Québec, *Configuration de scénarios des perspectives démographiques régionales, Québec, 1996-2021*, juillet 2000.
- ¹⁰ Institut de la statistique du Québec, *Estimations intercensitaires de la population des CLSC par année d'âge et sexe, 1991-1995*, 1999.
- ¹¹ Comité de santé environnementale du Québec, *Intoxication par agents chimiques : Principes directeurs et guide d'utilisation des écrans de saisie - Fichier des maladies à déclaration obligatoire*, mars 1998.
- ¹² Centre antipoison du Québec, *Rapport annuel de janvier à décembre 1998*, 1999.
- ¹³ Centre antipoison du Québec, *Statistiques générales 1998 du Québec*, données non publiées, 1999.
- ¹⁴ Centre antipoison du Québec, *Statistiques générales 1998 de la région de Laval*, données non publiées, 1999.

- 15 Centre antipoison du Québec, *Statistiques générales 1999 du Québec*, données non publiées, 2000.
- 16 Centre antipoison du Québec, *Statistiques générales 1999 de la région de Laval*, données non publiées, 2000.
- 17 Centre antipoison du Québec, *Statistiques générales 2000 du Québec (préliminaires)*, données non publiées, 2001.
- 18 Centre antipoison du Québec, *Statistiques générales 2000 de la région de Laval*, données non publiées, 2001.
- 19 TEUTSCH, S.M., CHURCHILL, R.E. *Epidemiology Program Office, Centers for Disease Control and Prevention, Principles and Practice of Public Health Surveillance*, Oxford University Press, 274 pages, 1994.
- 20 Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance*, en collaboration avec le ministère de la Famille et de l'enfance, février 1998.
- 21 CHIN, J., *Control of Communicable Diseases Manual*, An official report of the American Public Health Association, 2000.
- 22 Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, *Écllosion de gastro-entérite d'origine hydrique associée à un réseau d'aqueduc municipal contaminé, Walkerton (Ontario), mai-juin 2000*, .. Relevé des maladies transmissibles au Canada - Volume 26-20, octobre 2000.
- 23 Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Les infections à Escherichia coli O157 : résultats de la surveillance des cas déclarés dans la province de Québec entre le 12 mai et le 31 octobre 2000*, Rapport préliminaire, 31 mai 2000.
- 24 Directions de la santé publique, Régies régionales de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et Laval, *Maladies transmissibles sexuellement, Guide de pratique*, avril 1995.
- 25 Document de travail, *Prévenir et enrayer, situation et orientations, les maladies transmises sexuellement à déclaration obligatoire*, mai 2001.
- 26 Santé Canada, *Lignes directrices canadiennes pour les MTS*, 1998.
- 27 Équipe MTS-VIH/sida, Unité des maladies infectieuses, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, *Portrait de l'épidémie de VIH/sida au Québec*, décembre 2000.
- 28 Santé Canada, *La résistance aux médicaments antituberculeux*, Actualités en épidémiologie sur la tuberculose (www.hc-sc.gc.ca).
- 29 Comité de santé environnementale du Québec, *Critères d'une intoxication et d'une exposition significative : Monoxyde de carbone - Fichier des maladies à déclaration obligatoire*, mars 1998.

ANNEXE 1
NOMBRE DE CAS PAR ANNÉE ET INCIDENCE ANNUELLE
DES MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE,
LAVAL, 1991-2000

Maladies à déclaration obligatoire, Nombre de cas déclarés par année, Laval, 1991-2000										
Maladies	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Amibiase	3	3	4	10	2	2	4	5	3	5
Botulisme	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Brucellose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campylobacter	130	104	109	96	111	93	134	123	95	82
Chancres mou	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Chlamydieuse génitale	565	560	469	282	235	182	233	284	300	378
Chlamydieuse oculaire/ou pulmonaire	1	1	4	1	3	-	1	-	-	-
Choléra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coqueluche	68	188	267	276	296	32	46	223	40	44
Diarrhée épidémique	67	-	-	-	4	4	1	1	-	1
Encéphalite à virus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eschérichia coli pathogène	22	17	10	7	10	18	7	20	18	16
Fièvre paratyphoïde	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Fièvre Q	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-
Fièvre typhoïde	-	-	1	1	1	-	-	3	-	-
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	23	29	22	11	14	8	7	10	2	6
Giardiase	12	11	16	15	18	18	24	32	38	40
<i>Haemophilus influenzae</i> de type b	2	3	3	2	2	1	-	1	-	-
Hépatite A	19	12	8	10	13	29	30	10	6	6
Hépatite B aigüe	24	20	23	22	13	15	8	5	6	3
Hépatite B porteur chronique	73	80	85	53	40	41	55	39	40	65
Hépatite B sans précision	1	1	-	2	-	2	2	1	-	-
Hépatite C aigüe	nd	nd	nd	nd	nd	nd	-	-	-	-
Hépatite C sans précision	3	2	5	6	11	6	78	113	103	184
Hépatite sans précision	10	25	34	55	73	42	-	-	-	-
Herpès néo-natal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infection à méningocoque	5	3	4	2	3	1	1	3	2	1
Inf. gonococcique génito-urinaire ou autres sites	39	18	19	20	17	16	13	17	18	17
Infection gonococcique à l'oeil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Légionellose	2	2	1	2	-	-	1	-	-	-
Lèpre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lymphogranulomatose vénérienne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Méningite à entérovirus	7	7	6	7	1	6	21	4	16	2
Oreillons	2	1	2	3	7	3	1	1	1	1
Paludisme	1	1	1	2	4	6	6	7	5	4
Poliomyélite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psittacose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rougeole	2	6	1	3	-	2	-	-	-	-
Rubéole	1	1	17	9	2	1	2	-	-	-
Rubéole congénitale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salmonellose	66	53	63	40	44	61	33	41	48	37
Scarlatine	37	59	71	64	61	57	40	77	77	63
Shigellose	20	14	18	16	12	17	21	9	13	12
Sida (données MADO)	7	6	11	13	17	14	11	6	2	1
Streptocoque A invasif	nd	nd	nd	nd	nd	10	10	9	2	8
Streptocoque B invasif	nd	nd	nd	nd	nd	2	4	-	1	2
Streptocoque <i>pneumoniae</i> invasif	nd	nd	nd	nd	nd	7	24	26	23	49
Syphilis congénitale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syphilis primaire, secondaire ou latente < 1 an	2	2	2	-	1	-	-	-	1	-
Syphilis sans précision	9	4	13	6	3	1	3	6	2	1
Tétanos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Toxi-infection alimentaire	5	-	4	-	6	4	3	7	7	10
Trichinose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculose	14	19	13	12	6	13	15	22	14	7
Tularémie	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Total des cas déclarés	1242	1253	1306	1048	1032	716	839	1106	884	1045

nd = non disponible

- pour 0

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Maladies à déclaration obligatoire, Incidence annuelle / 100 000 personnes, Laval, 1991-2000										
Maladies *	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Amibiase	0,9	0,9	1,2	3,0	0,6	0,6	1,2	1,5	0,9	1,4
Botulisme	-	-	-	-	-	-	-	0,3	-	-
Brucellose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campylobacter	40,4	31,8	33,1	28,8	33,2	27,7	39,4	35,8	27,4	23,5
Chancre mou	-	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-
Chlamydie génitale	175,5	171,3	142,3	84,7	70,3	54,1	68,6	82,8	86,6	108,1
Chlamydie oculaire ou pulmonaire	0,3	0,3	1,2	0,3	0,9	-	0,3	-	-	-
Choléra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coqueluche	21,1	57,5	81,0	82,9	88,5	9,5	13,5	65,0	11,5	12,6
Encéphalite à virus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eschérie coli pathogène	6,8	5,2	3,0	2,1	3,0	5,4	2,1	5,8	5,2	4,6
Fièvre paratyphoïde	-	-	-	-	0,3	-	-	-	-	-
Fièvre Q	-	-	-	-	0,3	0,6	-	-	-	-
Fièvre typhoïde	-	-	0,3	0,3	0,3	-	-	0,9	-	-
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	7,1	8,9	6,7	3,3	4,2	2,4	2,1	2,9	0,6	1,7
Giardiase	3,7	3,4	4,9	4,5	5,4	5,4	7,1	9,3	11,0	11,4
<i>Haemophilus influenzae</i> de type b	0,6	0,9	0,9	0,6	0,6	0,3	-	0,3	-	-
Hépatite A	5,9	3,7	2,4	3,0	3,9	8,6	8,8	2,9	1,7	1,7
Hépatite B aiguë	7,5	6,1	7,0	6,6	3,9	4,5	2,4	1,5	1,7	0,9
Hépatite C aiguë	nd	nd	nd	nd	nd	nd	-	-	-	-
Herpès néo-natal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infection à méningocoque	1,6	0,9	1,2	0,6	0,9	0,3	0,3	0,9	0,6	0,3
Inf. gonococcique génito-urinaire ou autres sites	12,1	5,5	5,8	6,0	5,1	4,8	3,8	5,0	5,2	4,9
Infection gonococcique à l'oeil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Légionellose	0,6	0,6	0,3	0,6	-	-	0,3	-	-	-
Lèpre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lymphogranulomatose vénérienne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Méningite à entérovirus	2,2	2,1	1,8	2,1	0,3	1,8	6,2	1,2	4,6	0,6
Oreillons	0,6	0,3	0,6	0,9	2,1	0,9	0,3	0,3	0,3	0,3
Paludisme	0,3	0,3	0,3	0,6	1,2	1,8	1,8	2,0	1,4	1,1
Poliomyélite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psittacose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rougeole	0,6	1,8	0,3	0,9	-	0,6	-	-	-	-
Rubéole	0,3	0,3	5,2	2,7	0,6	0,3	0,6	-	-	-
Rubéole congénitale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salmonellose	20,5	16,2	19,1	12,0	13,2	18,1	9,7	11,9	13,9	10,6
Scarlatine	11,5	18,0	21,5	19,2	18,2	17,0	11,8	22,4	22,2	18,0
Shigellose	6,2	4,3	5,5	4,8	3,6	5,1	6,2	2,6	3,8	3,4
Sida (données MADO)	2,2	1,8	3,3	3,9	5,1	4,2	3,2	1,7	0,6	0,3
Streptocoque A invasif	nd	nd	nd	nd	nd	3,0	2,9	2,6	0,6	2,3
Streptocoque B invasif	nd	nd	nd	nd	nd	0,6	1,2	-	0,3	0,6
Streptocoque <i>pneumoniae</i> invasif	nd	nd	nd	nd	nd	2,1	7,1	7,6	6,6	14,0
Syphilis congénitale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syphilis primaire, secondaire ou latente < 1 an	0,6	0,6	0,6	-	0,3	-	-	-	0,3	-
Syphilis sans précision	2,8	1,2	3,9	1,8	0,9	0,3	0,9	1,7	0,6	0,3
Tétanos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trichinose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculose	4,3	5,8	3,9	3,6	1,8	3,9	4,4	6,4	4,0	2,0
Tularémie	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	-

* excluant celles pour lesquelles la notion d'incidence ne s'applique pas (les hépatites chroniques ou non précisées, diarrhée épidémique, toxi-infections alimentaires).

nd = non disponible - pour 0

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

ANNEXE 2

***NOMBRE DE CAS ET INCIDENCE DES MALADIES INFECTIEUSES
À DÉCLARATION OBLIGATOIRE SELON LE SEXE, LAVAL, 2000***

Maladies à déclaration obligatoire, Nombre de cas déclarés selon le sexe Laval, 2000			
	Masculin	Féminin	Total
Amibiase	3	2	5
Botulisme	-	-	-
Brucellose	-	-	-
Campylobacter	47	35	82
Chancre mou	-	-	-
Chlamydie génitale	102	276	378
Chlamydie oculaire ou pulmonaire	-	-	-
Choléra	-	-	-
Coqueluche	22	22	44
Diarrhée épidémique	-	1	1
Encéphalite à virus	-	-	-
Eschériia coli pathogène	5	11	16
Fièvre paratyphoïde	-	-	-
Fièvre Q	-	-	-
Fièvre typhoïde	-	-	-
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	5	1	6
Giardiose	26	14	40
Haemophilus influenzae de type b	-	-	-
Hépatite A	3	3	6
Hépatite B aiguë	2	1	3
Hépatite B porteur chronique	43	22	65
Hépatite B sans précision	-	-	-
Hépatite C aiguë	-	-	-
Hépatite C sans précision	135	49	184
Hépatite sans précision	-	-	-
Herpès néo-natal	-	-	-
Infection à méningocoque	-	1	1
Infection gonococcique génito-urinaire ou autres sites	13	4	17
Infection gonococcique à l'oeil	-	-	-
Légionellose	-	-	-
Lèpre	-	-	-
Lymphogranulomatose vénérienne	-	-	-
Méningite à entérovirus	1	1	2
Oreillons	-	1	1
Paludisme	3	1	4
Poliomyélite	-	-	-
Psittacose	-	-	-
Rougeole	-	-	-
Rubéole	-	-	-
Rubéole congénitale	-	-	-
Rubéole total (rubéole, rubéole congénitale)	-	-	-
Salmonellose	21	16	37
Scarlatine	36	27	63
Shigellose	3	9	12
Sida (données MADO)	1	-	1
Streptocoque A invasif	4	4	8
Streptocoque B invasif	2	0	2
Streptocoque <i>pneumoniae</i> invasif	23	26	49
Syphilis congénitale	-	-	-
Syphilis primaire, secondaire ou latente < 1 an	-	-	-
Syphilis sans précision	1	-	1
Tétanos	-	-	-
Toxi-infection alimentaire	4	6	10
Trichinose	-	-	-
Tuberculose	2	5	7
Tularémie	-	-	-
Total des cas déclarés	507	538	1045

nd= non disponible - pour 0

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Maladies à déclaration obligatoire, Incidence / 100 000 personnes selon le sexe,			
Laval, 2000			
Maladies *	Masculin	Féminin	Total
Amibiase	1,7	1,1	1,4
Botulisme	-	-	-
Brucellose	-	-	-
Campylobacter	27,4	19,7	23,5
Chancres mou	-	-	-
Chlamydiae génitale	59,4	155,2	108,1
Chlamydiae oculaire ou pulmonaire	-	-	-
Choléra	-	-	-
Coqueluche	12,8	12,4	12,6
Encéphalite à virus	-	-	-
Eschérichia coli pathogène	2,9	6,2	4,6
Fièvre paratyphoïde	-	-	-
Fièvre typhoïde	-	-	-
Fièvre Q	-	-	-
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	2,9	0,6	1,7
Giardiase	15,1	7,9	11,4
<i>Haemophilus influenzae</i> de type b	-	-	-
Hépatite A	1,7	1,7	1,7
Hépatite B aiguë	1,2	0,6	0,9
Hépatite C aiguë	-	-	-
Herpès néo-natal	-	-	-
Infection à méningocoque	-	0,6	0,3
Infection gonococcique génito-urinaire ou autres sites	7,6	2,2	4,9
Infection gonococcique à l'oeil	-	-	-
Légionellose	-	-	-
Lèpre	-	-	-
Lymphogranulomatose vénérienne	-	-	-
Méningite à entérovirus	0,6	0,6	0,6
Oreillons	-	0,6	0,3
Paludisme	1,8	0,6	1,1
Poliomyélite	-	-	-
Psittacose	-	-	-
Rougeole	-	-	-
Rubéole	-	-	-
Rubéole congénitale	-	-	-
Sida (domées MADO)	0,6	-	0,3
Salmonellose	12,2	9,0	10,6
Scarlatine	21,0	15,2	18,0
Shigellose	1,7	5,1	3,4
Streptocoque A invasif	2,3	2,2	2,3
Streptocoque B invasif	1,2	-	0,6
Streptocoque <i>pneumoniae</i> invasif	13,4	14,6	14,0
Syphilis congénitale	-	-	-
Syphilis primaire, secondaire ou latente <1 an)	-	-	-
Syphilis sans précision	0,6	-	0,3
Tétanos	-	-	-
Trichinose	-	-	-
Tuberculose	1,2	2,8	2,0
Tularémie	-	-	-

* excluant celles pour lesquelles la notion d'incidence ne s'applique pas (les hépatites chroniques ou non précisées, diarrhée épidémique, toxi-infections alimentaires).

- pour 0

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

ANNEXE 3

**NOMBRE DE CAS ET INCIDENCE DES MALADIES INFECTIEUSES
À DÉCLARATION OBLIGATOIRE SELON LE GROUPE D'ÂGE, LAVAL, 2000**

Maladies à déclaration obligatoire, Nombre de cas déclarés selon le groupe d'âge, Laval, 2000

Maladie	Groupes d'âge (ans)											NP	Total	
	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-44	45-54	55-64			65+
Amibiase	-	1	-	-	-	-	-	1	2	-	-	1	-	5
Botulisme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brucellose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campylobacter	1	5	4	5	5	12	10	5	10	6	4	15	-	82
Chancres mou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chlamydiae génitale	-	-	-	3	131	130	60	28	20	4	1	-	1	378
Chlamydiae oculaire ou pulmonaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Choléra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coqueluche	2	14	11	8	-	-	-	2	6	-	-	1	-	44
Diarrhée épidémique	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Encéphalite à virus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eschérie coli pathogène	-	1	1	3	1	-	1	1	1	2	1	4	-	16
Fièvre paratyphoïde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fièvre typhoïde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fièvre Q	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	-	3	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	-	6
Giardiase	1	10	3	1	1	-	2	6	10	2	3	1	-	40
<i>Haemophilus influenzae</i> de type b	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hépatite A	-	-	4	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	6
Hépatite B aiguë	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	3
Hépatite B porteur chronique	-	-	1	3	2	6	4	8	18	14	6	3	-	65
Hépatite B sans précision	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hépatite C aiguë	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hépatite C sans précision	-	-	-	1	5	11	10	25	70	35	14	13	-	184
Hépatite sans précision	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Herpès néo-natal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infection à méningocoque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Inf. gonococcique génito-urinaire ou autres sites	-	-	-	-	-	4	3	3	6	1	-	-	-	17
Infection gonococcique à l'oeil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Légionellose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lèpre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lymphogranulomatose vénérienne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Méningite à entérovirus	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Oreillons	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Paludisme	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	1	4
Pollomyélite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psittacose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rougeole	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rubéole	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rubéole congénitale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sida (données MADO)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Salmonellose	2	7	2	2	3	3	-	1	6	4	4	3	-	37
Scarlatine	-	23	34	3	1	-	-	1	1	-	-	-	-	63
Shigellose	-	2	-	3	-	-	-	2	-	2	1	-	-	12
Streptocoque A invasif	-	-	-	-	-	-	1	1	4	0	1	1	-	8
Streptocoque B invasif	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2
Streptocoque <i>pneumoniae</i> invasif	4	10	3	-	-	1	1	2	3	3	7	15	-	49
Syphilis congénitale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syphilis primaire, secondaire ou latente < 1 an	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syphilis sans précision	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Tétanos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Toxi-infection alimentaire	-	-	-	1	-	3	3	2	0	1	-	-	-	10
Trichinose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculose	-	-	-	-	-	-	1	1	2	1	-	2	-	7
Tularémie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total des cas déclarés	12	77	65	33	149	173	99	89	164	78	43	61	2	1045

- pour 0

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Maladies à déclaration obligatoire, Incidence / 100 000 personnes selon le groupe d'âge Laval, 2000

Maladie*	Groupes d'âge (ans)												Total
	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-44	45-54	55-64	65+	
Amblyopie	-	6,5	-	-	-	-	-	4,1	3,2	-	-	2,2	1,4
Botulisme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brucellose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campylobacter	28,5	32,3	17,1	23,0	23,0	53,0	46,7	20,3	15,8	11,9	11,0	33,7	23,5
Chancre mou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chlamydiae génitale	-	-	-	13,8	602,5	574,1	280,0	113,6	31,5	7,9	2,8	-	108,1
Chlamydiae oculaire ou pulmonaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Choléra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coqueluche	57,0	90,3	47,0	36,8	-	-	-	8,1	9,5	-	-	2,2	12,6
Encéphalite à virus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eschérie coli pathogène	-	6,5	4,3	13,8	4,6	-	4,7	4,1	1,6	4,0	2,8	9,0	4,6
Fièvre paratyphoïde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fièvre typhoïde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fièvre Q	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	-	19,4	-	-	-	4,4	4,7	-	-	-	2,8	-	1,7
Giardiase	28,5	64,5	12,8	4,6	4,6	-	9,3	24,3	15,8	4,0	8,3	2,2	11,4
<i>Haemophilus influenzae</i> de type b	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hépatite A	-	-	17,1	-	-	-	-	-	1,6	2,0	-	-	1,7
Hépatite B aiguë	-	-	-	-	-	-	-	-	3,2	2,0	-	-	0,9
Hépatite C aiguë	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Herpès néo-natal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infection à méningocoque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,2	0,3
Inf. gonococcique génito-urinaire ou autres sites	-	-	-	-	-	17,7	14,0	12,2	9,5	2,0	-	-	4,9
Infection gonococcique à l'oeil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Légionellose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lèpre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lymphogranulomatose vénérienne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Méningite à entérovirus (coxsackie)	28,5	-	4,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6
Oreillons	-	-	-	-	-	-	-	4,1	-	-	-	-	0,3
Paludisme	-	-	4,3	-	-	8,8	-	-	-	-	-	-	1,1
Poliomyélite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psittacose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rougeole	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rubéole	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rubéole congénitale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S.I.D.A. (données MADO)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,0	-	-	0,3
Salmonellose	57,0	45,2	8,5	9,2	13,8	13,2	0,0	4,1	9,5	7,9	11,0	6,7	10,6
Scarlatine	-	148,4	145,1	13,8	4,6	-	0,0	4,1	1,6	0,0	-	-	18,0
Shigellose	-	12,9	-	13,8	-	-	9,3	-	3,2	4,0	2,8	-	3,4
Streptocoque A invasif	-	-	-	-	-	-	4,7	4,1	6,3	0,0	2,8	2,2	2,3
Streptocoque B invasif	28,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,2	0,6
Streptocoque <i>pneumoniae</i> invasif	113,9	64,5	12,8	-	-	4,4	4,7	8,1	4,7	5,9	19,3	33,7	14,0
Syphilis congénitale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syphilis primaire, secondaire ou latente < 1 an	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syphilis sans précision	-	-	-	-	-	-	-	4,1	-	-	-	-	0,3
Tétanos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trichinose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculose	-	-	-	-	-	-	4,7	4,1	3,2	2,0	-	4,5	2,0
Tularémie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* excluant celles pour lesquelles la notion d'incidence ne s'applique pas (les hépatites chroniques ou non précisées, diarrhée épidémique, toxi-infections alimentaires).

- pour 0

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

ANNEXE 4

**NOMBRE DE CAS ET INCIDENCE DES MALADIES INFECTIEUSES
À DÉCLARATION OBLIGATOIRE PAR TERRITOIRE DE CLSC, LAVAL, 2000**

Maladies à déclaration obligatoire, Nombre de cas déclarés selon le CLSC de résidence, Laval, 2000

Maladies	Ruisseau-					Laval
	Mille Iles	Papineau	Marigot	Ste-Rose	NP	
Amibiase	1	-	2	2	-	5
Botulisme	-	-	-	-	-	-
Brucellose	-	-	-	-	-	-
Campylobacter	14	21	22	25	-	82
Chancres mou	-	-	-	-	-	-
Chlamydieuse génitale	65	78	125	108	2	378
Chlamydieuse oculaire ou pulmonaire	-	-	-	-	-	-
Choléra	-	-	-	-	-	-
Coqueluche	10	9	10	15	-	44
Diarrhée épidémique	-	-	-	1	-	1
Encéphalite à virus	-	-	-	-	-	-
Eschérie coli pathogène	4	2	2	8	-	16
Fièvre paratyphoïde	-	-	-	-	-	-
Fièvre typhoïde	-	-	-	-	-	-
Fièvre Q	-	-	-	-	-	-
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	1	2	1	2	-	6
Giardiose	8	13	7	11	1	40
<i>Haemophilus influenzae</i> de type b	-	-	-	-	-	-
Hépatite A	-	3	2	1	-	6
Hépatite B aiguë	2	1	-	-	-	3
Hépatite B porteur chronique	7	25	18	15	-	65
Hépatite B sans précision	-	-	-	-	-	-
Hépatite C aiguë	-	-	-	-	-	-
Hépatite C sans précision	55	50	35	30	14	184
Hépatite sans précision	-	-	-	-	-	-
Herpès néo-natal	-	-	-	-	-	-
Infection à méningocoque	-	1	-	-	-	1
Inf. gonococcique génito-urinaire ou autres sites	1	8	3	5	-	17
Infection gonococcique à l'oeil	-	-	-	-	-	-
Légionellose	-	-	-	-	-	-
Lèpre	-	-	-	-	-	-
Lymphogranulomatose vénérienne	-	-	-	-	-	-
Méningite à entérovirus	1	-	1	-	-	2
Oreillons	-	1	-	-	-	1
Paludisme	-	2	-	2	-	4
Poliomyélite	-	-	-	-	-	-
Psittacose	-	-	-	-	-	-
Rougeole	-	-	-	-	-	-
Rubéole	-	-	-	-	-	-
Rubéole congénitale	-	-	-	-	-	-
Sida. (données MADO)	-	-	-	-	1	1
Salmonellose	3	12	7	15	-	37
Scarlatine	10	8	13	32	-	63
Shigellose	2	5	1	4	-	12
Streptocoque A invasif	3	1	3	1	-	8
Streptocoque B invasif	1	1	-	-	-	2
Streptocoque <i>pneumoniae</i> invasif	2	24	15	8	-	49
Syphilis congénitale	-	-	-	-	-	-
Syphilis primaire, secondaire ou latente <1 an	-	-	-	-	-	-
Syphilis sans précision	-	-	1	-	-	1
Tétanos	-	-	-	-	-	-
Toxi-infection alimentaire	2	3	3	2	-	10
Trichinose	-	-	-	-	-	-
Tuberculose	2	2	2	1	-	7
Tularémie	-	-	-	-	-	0
Total des cas déclarés	194	272	273	288	18	1045

- pour 0

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

Maladies à déclaration obligatoire, Incidence / 100 000 personnes selon le CLSC de résidence, Laval, 2000

Maladies*	Ruisseau -				
	Mille Iles	Papineau	Marigot	Ste-Rose	Laval
Amibiase	2,0	-	2,3	1,8	1,4
Botulisme	-	-	-	-	-
Brucellose	-	-	-	-	-
Campylobacter	27,4	20,5	25,8	22,5	23,5
Chancre mou	-	-	-	-	-
Chlamydirose génitale	127,2	76,2	146,8	97,4	108,1
Chlamydirose oculaire ou pulmonaire	-	-	-	-	-
Choléra	-	-	-	-	-
Coqueluche	19,6	8,8	11,7	13,5	12,6
Encéphalite à virus	-	-	-	-	-
Eschériçia coli pathogène	7,8	2,0	2,3	7,2	4,6
Fièvre paratyphoïde	-	-	-	-	-
Fièvre typhoïde	-	-	-	-	-
Fièvre Q	-	-	-	-	-
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	2,0	2,0	1,2	1,8	1,7
Giardiase	15,7	12,7	8,2	9,9	11,4
<i>Haemophilus influenzae</i> de type b	-	-	-	-	-
Hépatite A	-	2,9	2,3	0,9	1,7
Hépatite B aiguë	3,9	1,0	-	-	0,9
Hépatite C aiguë	-	-	-	-	-
Herpès néo-natal	-	-	-	-	-
Infection à méningocoque	-	1,0	-	-	0,3
Inf. gonococcique génito-urinaire ou autre sites	2,0	7,8	3,5	4,5	4,9
Infection gonococcique à l'oeil	-	-	-	-	-
Légionellose	-	-	-	-	-
Lèpre	-	-	-	-	-
Lymphogranulomatosè vénéérienne	-	-	-	-	-
Méningite à entérovirus	2,0	-	1,2	-	0,6
Oreillons	-	1,0	-	-	0,3
Paludisme	-	2,0	-	1,8	1,1
Pollomyélite	-	-	-	-	-
Psittacose	-	-	-	-	-
Rougeole	-	-	-	-	-
Rubéole	-	-	-	-	-
Rubéole congénitale	-	-	-	-	-
Sida (données MADO)	-	-	-	-	0,3
Salmonellose	5,9	11,7	8,2	13,5	10,6
Scarlatine	19,6	7,8	15,3	28,9	18,0
Shigellose	3,9	4,9	1,2	3,6	3,4
Streptocoque A invasif	5,9	1,0	3,5	0,9	2,3
Streptocoque B invasif	2,0	1,0	-	-	0,6
Streptocoque <i>pneumoniae</i> invasif	3,9	23,4	17,6	7,2	14,0
Syphilis congénitale	-	-	-	-	-
Syphilis primaire, secondaire ou latente <1 an	-	-	-	-	-
Syphilis sans précision	-	-	1,2	-	0,3
Tétanos	-	-	-	-	-
Trichinose	-	-	-	-	-
Tuberculose	3,9	2,0	2,3	0,9	2,0
Tularémie	-	-	-	-	-

* excluant celles pour lesquelles la notion d'incidence ne s'applique pas (les hépatites chroniques ou non précisées, diarrhée épidémique, toxi-infections alimentaires).

- pour 0

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

ANNEXE 5

***RANG, PAR ORDRE D'IMPORTANCE, DES MALADIES INFECTIEUSES
À DÉCLARATION OBLIGATOIRE, LAVAL ET PROVINCE DE QUÉBEC, 2000***

Maladies à déclaration obligatoire, Nombre de cas déclarés par année et rang par ordre d'importance, Laval et Province de Québec, 2000				
	Laval		Province de Québec	
	Rang	Nombre	Rang	Nombre
Chlamydieuse génitale	1	378	1	8 729
Hépatite C sans précision	2	184	2	4 205
Campylobacter	3	82	3	2 669
Hépatite B porteur chronique	4	65	6	941
Scarlatine	5	63	4	1 296
Streptocoque <i>pneumoniae</i> invasif	6	49	9	780
Coqueluche	7	44	8	804
Giardiase	8	40	7	932
Salmonellose	9	37	5	1 067
Infections gonococciques	10	17	10	673
Eschérichia coli pathogène	11	16	11	536
Shigellose	12	12	12	459
Toxi-infections alimentaires	13	10	16	184
Streptocoque A invasif	14	8	15	196
Tuberculose	15	7	13	320
Hépatite A	16-17	6	22	112
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	16-17	6	21	142
Amibiase	18	5	14	216
Paludisme	19	4	19	170
Hépatite B aiguë	20	3	17	182
Streptocoque B invasif	21-22	2	25	54
Méningite à entérovirus	21-22	2	23	84
Syphilis sans précision	23-27	1	42-50	1
Sida (données MADO)	23-27	1	20	163
Oreillons	23-27	1	30	19
Infection à méningocoque	23-27	1	27	37
Diarrhée épidémique	23-27	1	24	64
Hépatite B sans précision		0	18	172
Fièvre Q		0	26	42
Rougeole		0	28	32
Syphilis autres		0	29	23
Tularémie		0	31	18
Fièvre paratyphoïde		0	32-33	12
Légionellose		0	32-33	12
Chlamydieuse oculaire		0	34-35	11
Fièvre typhoïde		0	34-35	11
<i>Haemophilus influenzae</i> de type b		0	36	8
Chlamydieuse pulmonaire		0	37	7
Syphilis primaire, secondaire ou latente en		0	38	6
Hépatite C aiguë		0	39-40	3
Rubéole		0	39-40	3
Botulisme		0	41	2
Brucellose		0	42-50	1
Hépatite sans précision		0	42-50	1
Herpès néo-natal		0	42-50	1
Lèpre		0	42-50	1
Psittacose		0	42-50	1
Rage		0	42-50	1
Rubéole congénitale		0	42-50	1
Syphilis congénitale		0	42-50	1
Chancre mou		0		0
Choléra		0		0
Encéphalite à virus		0		0
Lymphogranulomatose vénérienne		0		0
Poliomyélite		0		0
Tétanos		0		0
Trichinose		0		0

Source : Fichier MADO, MSSS - Rapport en date du 14 mai 2001.

ANNEXE 6

INTOXICATIONS PAR AGENTS CHIMIQUES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Intoxications par agents chimiques à déclaration obligatoire, Nombre de cas déclarés par année, Laval, 1991-2000										
Maladies	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Cadmium et ses composés										1
Chlore et ses composés									1	
Monoxyde de carbone		1			1			1		4
Plomb et ses composés		1				10			4	1
Vapeurs nitreuses (oxyde nitrique)					1					
Total des cas déclarés		2			2	10		1	5	6

Intoxications par agents chimiques à déclaration obligatoire, Incidence annuelle / 100 000 personnes, Laval, 1991-2000										
Maladies	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Cadmium et ses composés										0,3
Chlore et ses composés									0,3	
Monoxyde de carbone		0,3			0,3			0,3		1,1
Plomb et ses composés		0,3				3,0			1,2	0,3
Vapeurs nitreuses (oxyde nitrique)					0,3					

Intoxications par agents chimiques à déclaration obligatoire, Nombre de cas déclarés selon le sexe Laval, 2000			
Maladies	Masculin	Féminin	Total
Cadmium et ses composés	1		1
Monoxyde de carbone	3	1	4
Plomb et ses composés	1		1

Intoxications par agents chimiques à déclaration obligatoire, Incidence / 100 000 personnes selon le sexe, Laval, 2000			
Maladies	Masculin	Féminin	Total
Cadmium et ses composés	0,6		0,3
Monoxyde de carbone	1,8	0,6	1,1
Plomb et ses composés	0,6		0,3

Intoxications par agents chimiques à déclaration obligatoire, Nombre de cas déclarés selon l'âge, Laval, 2000				
Maladies	10-14 ans	30-34 ans	35-44 ans	45-54 ans
Cadmium et ses composés		1		
Monoxyde de carbone	1		1	1
Plomb et ses composés			1	

Intoxications par agents chimiques à déclaration obligatoire, Incidence / 100 000 personnes selon l'âge, Laval, 2000				
Maladies	10-14 ans	30-34 ans	35-44 ans	45-54 ans
Cadmium et ses composés		4,1		
Monoxyde de carbone	4,6		3,2	2,0
Plomb et ses composés			1,6	

Intoxications par agents chimiques à déclaration obligatoire, Nombre de cas déclarés selon le CLSC de résidence, Laval, 2000					
Maladies*	Mille Îles	Ruisseau-Papineau	Marigot	Ste-Rose	Inconnu
Cadmium et ses composés					1
Monoxyde de carbone		3		1	
Plomb et ses composés					1

Intoxications par agents chimiques à déclaration obligatoire, Incidence / 100 000 personnes selon le CLSC de résidence, Laval, 2000					
Maladies*	Mille Îles	Ruisseau-Papineau	Marigot	Ste-Rose	Inconnu
Cadmium et ses composés					
Monoxyde de carbone		2,9		0,9	
Plomb et ses composés					

ANNEXE 7

**RÉPARTITION DE LA POPULATION DE LAVAL PAR SEXE ET PAR GROUPE D'ÂGE,
LAVAL ET CLSC DE LAVAL, 2000
ET ÉVOLUTION DE LA POPULATION DE LAVAL,
PAR CLSC, 1991-2000**

Répartition de la population par sexe et par CLSC, Laval, 2000					
	Ruisseau-				
	Mille Iles	Papineau	Marigot	Ste-Rose	Laval
Masculin	25 829	49 742	40 932	55 278	171 781
Féminin	25 261	52 661	44 241	55 637	177 800
Total	51 090	102 403	85 173	110 915	349 581

Répartition de la population par groupe d'âge et par CLSC, Laval, 2000					
	Ruisseau-				
	Mille Iles	Papineau	Marigot	Ste-Rose	Laval
<1	460	1 024	806	1 221	3 511
1-4	1 974	4 382	3 528	5 615	15 499
5-9	2 975	6 341	5 046	9 066	23 428
10-14	3 162	5 795	4 665	8 113	21 735
15-19	3 366	5 977	4 854	7 546	21 743
20-24	3 418	6 494	5 428	7 303	22 643
25-29	2 980	6 915	5 503	6 033	21 431
30-34	3 097	7 613	6 025	7 922	24 657
35-44	8 898	17 042	14 550	22 998	63 488
45-54	7 718	14 337	12 382	16 177	50 614
55-64	5 890	11 262	9 431	9 765	36 348
65 +	7 152	15 221	12 955	9 156	44 484
Total	51 090	102 403	85 173	110 915	349 581

Évolution de la population de Laval, par CLSC, 1991-2000					
	Ruisseau-				
	Mille Iles	Papineau	Marigot	Ste-Rose	Laval
1991	49 591	94 360	88 758	89 237	321 946
1992	50 035	95 622	88 762	92 467	326 886
1993	50 145	96 290	88 094	95 098	329 627
1994	50 312	97 001	87 656	97 814	332 783
1995	50 245	97 349	86 850	100 075	334 519
1996	50 160	97 705	86 061	102 300	336 226
1997	50 427	98 914	85 886	104 584	339 811
1998	50 656	100 060	85 658	106 783	343 157
1999	50 913	101 247	85 458	108 922	346 540
2000	51 090	102 403	85 173	110 915	349 581

Source : Institut de la statistique du Québec, *Configuration de scénarios des perspectives démographiques régionales, Québec, 1996-2021*, juillet 2000.