

MALADIES D'ORIGINE INFECTIEUSE

Vigie et surveillance
des maladies à
déclaration obligatoire
d'origine infectieuse



LISTÉRIOSE ROUGEOLE
VIRUS DU NIL OCCIDENTAL
SYPHILIS TUBERCULOSE
MÉNINGOCOQUE
LISTÉRIOSE VIRUS DU
NIL OCCIDENTAL
SYPHILIS ROUGEOLE
MÉNINGOCOQUE
LISTÉRIOSE ROUGEOLE
VIRUS DU NIL
OCCIDENTAL SYPHILIS
TUBERCULOSE
MÉNINGOCOQUE
LISTÉRIOSE ROUGEOLE
VIRUS DU NIL OCCIDENTAL

Rapport annuel 2014

RÉDACTION

Bureau de surveillance et de vigie
Direction de la protection de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-550-73437-6 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Au Québec, la vigie des maladies à déclaration obligatoire (MADO) est assurée par le Bureau de surveillance et de vigie (BSV) de la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La vigie est le processus par lequel est recueillie, autant que possible en temps réel (heures, jours, semaines), l'information sur les menaces à la santé de la population, dans le but d'alerter les autorités de santé publique et autres autorités visées, de communiquer le risque à la population et de soutenir la mise en place de mesures de protection lorsque celles-ci sont requises. Cette vigie est réalisée en partenariat avec les autorités régionales de santé publique.

Le BSV intervient si nécessaire lorsque des agrégats de cas surviennent, au cours d'une période de temps donnée, dans plus d'une région, ou lorsqu'un agrégat est constitué de personnes provenant de plus d'une région. Il peut aussi avoir à intervenir pour un seul cas de MADO si celui-ci survient dans des situations particulières ou s'il s'agit d'une maladie à surveillance extrême. Lorsque des agrégats surviennent dans une seule région ou une seule localité, la responsabilité des interventions incombe aux directions régionales de santé publique. Enfin, lorsque les cas se distribuent dans plusieurs provinces canadiennes (éclosions supra-provinciales), c'est l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) qui met en place les interventions jugées nécessaires, de concert avec les provinces et les territoires visés.

Dans les tableaux ci-dessous sont présentées les données provinciales de 2014, soit le nombre et le taux brut d'incidence (pour 100 000 personnes) pour chacune des MADO. Ces données sont comparées à celles des cinq dernières années (période 2009-2013). Les MADO affichant un excès statistiquement significatif sont indiquées en rouge.

Les maladies sont regroupées par catégories à la suite desquelles sont apportées soit des précisions, soit des explications aux excès constatés à l'échelle provinciale. Les excès, bien que significatifs, peuvent résulter de variations aléatoires ou de phénomènes locaux ou régionaux qui ne sont pas visés par la présente diffusion.

Pour un sommaire des MADO déclarées en 2011 et durant la période 2006-2010, consulter le *Flash Vigie* de [mars 2013](#).

Pour plus d'information sur les définitions des MADO, consulter le [Guide des définitions nosologiques](#).

Maladies à surveillance extrême (MASE)**Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence****Province de Québec, année 2014 et période 2009-2013**

(Taux pour 100 000 personnes)

	2014		Période 2009-2013	
	N	Taux	N moyen	Taux
Botulisme	0	0,00	1	0,01
Choléra	1	0,01	1	0,02
Fièvre jaune	0	0,00	0	0,00
Fièvres hémorragiques virales	0	0,00	0	0,00
Infection à hantavirus	0	0,00	0	0,00
Maladie du charbon (anthrax)	0	0,00	0	0,00
Peste	0	0,00	0	0,00
Varirole	0	0,00	0	0,00

En 2014, aucune maladie à surveillance extrême n'a été déclarée à la suite d'une acquisition au Québec ou au Canada.

Maladies entériques d'origine alimentaire ou hydrique (ME)**Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence****Province de Québec, année 2014 et période 2009-2013**

(Taux pour 100 000 personnes)

	2014		Période 2009-2013	
	N	Taux	N moyen	Taux
Amibiase	338	4,10	236	2,95
Brucellose	1	0,01	1	0,02
Cryptosporidiose	98	1,19	46	0,57
Cyclospore	26	0,32	10	0,12
Fièvre paratyphoïde	10	0,12	12	0,15
Fièvre typhoïde	7	0,09	12	0,15
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	180	2,18	123	1,54
Gastro-entérite épidémique d'origine (étiologie) indéterminée	401	4,87	393	4,91
Giardiase	915	11,13	937	11,70
Hépatite A	45	0,54	48	0,60
Hépatite E	18	0,21	7	0,08
Infection à <i>Campylobacter</i>	2 929	35,62	2 409	30,10
Infection à <i>Escherichia coli</i> producteur de vérocytotoxine	83	1,01	95	1,18
Infection invasive à <i>Escherichia coli</i>	8	0,10	5	0,06
Listériose	53	0,64	47	0,58
Salmonellose	1 481	18,01	1 228	15,34
Shigellose	188	2,29	174	2,18
Toxi-infection alimentaire ou hydrique	300	3,65	189	2,36
Trichinose	2	0,02	6	0,08

La listériose, les infections à *E. coli* producteur de vérocytotoxine, les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, l'hépatite A et la trichinose font l'objet d'un suivi systématique auprès des cas déclarés, et des informations sont disponibles sur les causes possibles de leur acquisition.

Les autres maladies entériques mentionnées ne font pas l'objet d'un suivi systématique auprès des cas, ce qui veut dire que nous ne disposons pas d'informations sur les expositions possibles. En revanche, un système de vigie permet de détecter les agrégats ou les excès de cas de l'une ou l'autre de ces maladies. Tous les agrégats et excès de cas sont évalués, et la décision d'investiguer ou non est prise en fonction de divers critères épidémiologiques.

En 2014, plusieurs maladies entériques sont en excès au niveau de la province. La plupart d'entre elles ont fait l'objet d'une évaluation et, pour chacune, aucune source commune n'a pu être déterminée pour expliquer l'excès. Le BSV a participé à l'investigation de trois éclosions de nature supra-provinciale, soit une de *Cyclospore*, une de *Salmonella* Thompson et une de *Salmonella* Hartford/Newport. La source d'une seule de ces éclosions, soit celle de *Salmonella* Hartford/Newport, a pu être confirmée; elle était associée à la consommation de graines de chia.

Maladies évitables par la vaccination (MEV)**Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence****Province de Québec, année 2014 et période 2009-2013**

(Taux pour 100 000 personnes)

	2014		Période 2009-2013	
	N	Taux	N moyen	Taux
Coqueluche	237	2,88	566	7,07
Diphthérie	1	0,01	0	0,00
Infection à <i>Hæmophilus influenzae</i> (Hi)	130	1,58	131	1,63
<i>H. influenzae</i> de type b (Hib)	9	0,11	9	0,11
Infection à méningocoque	40	0,49	70	0,87
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	915	11,12	977	12,21
Oreillons	2	0,02	157	1,96
Paralysie flasque aiguë	0	0,00	0	0,00
Poliomyélite	0	0,00	0	0,00
Rougeole	0	0,00	147	1,84
Rubéole	0	0,00	0	0,00
Rubéole congénitale	0	0,00	0	0,00
Tétanos	0	0,00	0	0,00

Coqueluche. La maladie présente une activité cyclique revenant aux trois ou quatre ans. L'incidence se caractérise également par une saisonnalité avec une activité accrue de septembre à décembre; (voir le *Flash Vigie* de [septembre 2012](#)). L'année 2014, qui affiche une activité faible, s'inscrit dans le creux de l'une de ces vagues.

Diphthérie. En 2014, un cas a été rapporté. Il s'agit du premier, et du seul cas déclaré au fichier MADO. Voir le *Flash Vigie* de [mai 2014](#).

***Hæmophilus influenzae* de type B (Hib).** Seules les infections associées au sérotype B sont évitables par la vaccination; elles sont comptabilisées avec l'ensemble des infections à *H. influenzae*. Au Québec, le programme de vaccination contre le Hib a été amorcé en 1988.

Infection à méningocoque. L'année 2014 se caractérise par une activité à la baisse, attribuable à une diminution des infections associées au sérotype B. La campagne de vaccination ciblée contre ce sérotype entreprise en mai 2014 dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean expliquerait en partie la baisse. Il est cependant encore trop tôt pour en être certain. Voir le *Flash Vigie* d'[avril 2014](#).

Infections invasives à pneumocoque. L'implantation, à la fin de 2004, d'un programme de vaccination chez les nourrissons, a fait chuter de façon spectaculaire l'incidence de ces infections, tant chez les enfants que chez les adultes. Voir le [rapport sur l'impact du programme](#).

Oreillons. En l'absence d'éclosion, le nombre de cas d'oreillons varie de 0 à 8 par année. Au Québec, les dernières éclosions sont survenues entre l'automne 2009 et le printemps 2011, avec une activité accrue en 2010, alors que plus de 600 cas avaient été déclarés. Voir *Flash Vigie* de [juin 2010](#).

Paralysie flasque aiguë (PFA) et poliomyélite. Depuis 1994, ces deux maladies ont le statut d'élimination dans les Amériques. Le dernier cas de poliomyélite déclaré au Québec date de 1995 et était associé à une souche vaccinale. Aucun cas de PFA n'a été déclaré dans le fichier MADO depuis son implantation en 1990. De 15 à 20 cas chez des enfants âgés de moins de 15 ans sont toutefois rapportés au Programme canadien de surveillance pédiatrique de l'ASPC chaque année. Ces données tendent à démontrer une sous-déclaration des cas de PFA au système MADO.

Rougeole. En l'absence d'éclosion, de 0 à 4 cas de rougeole sont déclarés chaque année, pour la plupart associés à un séjour dans un pays où la maladie est endémique. En 2011, le Québec a connu la plus importante épidémie de rougeole des Amériques. Cette épidémie a fait pas moins de 725 cas confirmés et a touché dix régions. Pour plus d'informations, consulter le [Bilan Éclosion Rougeole 2011](#) et *Flash Vigie* d'[octobre 2012](#).

Rubéole et rubéole congénitale. De 0 à 2 cas sont déclarés annuellement. Ces cas sont généralement associés à un séjour dans un pays où la maladie est endémique. Le dernier cas de rubéole déclaré au Québec date de 2013 et était d'acquisition extérieure, alors que le dernier cas de rubéole congénitale date de 2001.

Maladies transmissibles par voie aérienne (MTVA)**Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence****Province de Québec, année 2014 et période 2009-2013**

(Taux pour 100 000 personnes)

	2014		Période 2009-2013	
	N	Taux	N moyen	Taux
Infection à streptocoque groupe A	402	4,89	334	4,18
Légionellose	104	1,26	107	1,33
Lèpre (maladie de Hansen)	2	0,02	1	0,01
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)	0	0,00	0	0,00
Tuberculose	206	2,50	227	2,84

Infections invasives à streptocoque du groupe A. Une hausse de l'incidence des infections invasives à streptocoque du groupe A au Québec est observée en 2014. Aucune éclosion supra-régionale n'a été rapportée en 2014. Cette hausse des taux d'incidence est constatée depuis 2007 au Québec et dans le reste du Canada, sans qu'aucune cause précise n'ait été déterminée. Ces infections se limitent généralement à des cas isolés

Légionellose. L'incidence de la légionellose a connu une hausse au cours des cinq dernières années, le taux d'incidence passant de 0,65 pour 100 000 personnes en 2009 à 1,26 en 2014 (et ce, même si l'on exclut l'éclosion de 2012, qui s'est traduite par plus de 180 cas). La plupart des cas sont des cas isolés.

Pour plus d'information sur la légionellose, consulter le *Flash Vigie* de [mai 2013](#).

Lèpre. Les cas de lèpres rapportés en 2014 avaient fréquenté un ou des pays connus endémiques pour le lèpre dans les années précédant l'apparition de la maladie. L'incubation de cette maladie varie de plusieurs mois à plusieurs années.

Zoonoses et maladies à transmission vectorielle (MTV)**Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence****Province de Québec, année 2014 et période 2009-2013**

(Taux pour 100 000 personnes)

	2014		Période 2009-2013	
	N	Taux	N moyen	Taux
Babésiose	1	0,01	0	0,00
Encéphalites virales transmises par arthropodes	0	0,00	1	0,01
Fièvre Q	15	0,18	33	0,42
Infection à plasmodium (malaria)	116	1,40	103	1,28
Leptospirose	0	0,00	3	0,04
Maladie de Chagas	0	0,00	2	0,02
Maladie de Lyme	121	1,47	49	0,61
Psittacose	0	0,00	0	0,00
Rage	0	0,00	0	0,00
Tularémie	6	0,07	4	0,05
Typhus	0	0,00	0	0,00
Infection par le virus du Nil occidental (VNO)	6	0,07	42	0,52

Babésiose. Le cas de babésiose rapporté en 2014 a acquis son infection à l'extérieur du Québec.

Maladie de Lyme. L'incidence de la maladie de Lyme est en progression depuis 2011, fort probablement en raison de l'établissement de la tique vectrice dans certaines régions du Québec. Des interventions provinciales comprenant un volet surveillance et un volet communication ont été mises en place en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec à l'été 2014. Pour plus d'information, consulter le *Flash Vigie* de [juin 2014](#).

VNO. L'incidence du VNO a diminué en 2014. Cette maladie est à déclaration obligatoire depuis 2002. L'incidence de cette maladie fluctue depuis 2002, allant de moins de 5 cas par année à plus de 130 cas en 2012. À la suite de l'augmentation importante de l'incidence en 2012, un plan d'intervention gouvernemental a été mis en place pour 2013-2015.

Pour plus d'information sur ce plan, voir la page Web du MSSS sur le [virus du Nil](#) occidental.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)**Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence****Province de Québec, année 2014 et période 2009-2013**

(Taux pour 100 000 personnes)

	2014		Période 2009-2013	
	N	Taux	N moyen	Taux
Chancre mou	0	0,00	0	0,00
Hépatite B ¹	930	11,31	911	11,39
Hépatite B aiguë	18	0,22	26	0,32
Hépatite C ²	1 117	13,58	1 397	17,46
Hépatite C aiguë	28	0,33	17	0,21
Hépatite Delta	3	0,04	14	0,18
Hépatite virale sans précision ³	3	0,04	0	0,00
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	23 205	282,17	18 968	236,98
Infection à HTLV type I ou II	11	0,13	18	0,22
Infection gonococcique	3 291	40,01	2 135	26,68
Granulome inguinal	0	0,00	0	0,00
Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)	59	0,71	17	0,22
Syphilis infectieuses ⁴	562	6,83	577	7,21
Syphilis non-infectieuses ⁵	206	2,50	185	2,31
Syphilis sans précision	111	1,35	112	1,40
Syphilis congénitale	0	0,00	0	0,00

1. Comprend les hépatites B aiguës, les hépatites chroniques et les hépatites sans précision.
2. Comprend les hépatites C et les hépatites C sans précision.
3. Comprend les cas d'hépatite dont les manifestations cliniques laissent croire à une hépatite aiguë ou à une augmentation des enzymes hépatiques (ALT et AST), mais pour lesquels les renseignements nécessaires au classement ne sont pas disponibles. Cette catégorie d'hépatites ne fait pas l'objet d'une vigie.
4. Comprend les syphilis primaires, les syphilis secondaires et les syphilis latentes de moins d'un an.
5. Comprend les syphilis de plus d'un an, les syphilis cardiovasculaires, les syphilis nerveuses asymptomatiques, les neurosyphilis, les syphilis tardives tertiaires autres que les neurosyphilis et les syphilis autres formes.

Infection à *Chlamydia trachomatis*. L'excès de cas constaté en 2014 est le reflet d'une tendance à la hausse de l'incidence de cette maladie qu'on observe depuis 1997, tendance à la hausse s'observe aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Infection Gonococcique. Le taux d'infection gonococcique a presque doublé entre 2011 (23,4 pour 100 000) et 2014 (40,0 pour 100 000). En 2014, la hausse du taux d'incidence est attribuable aux hommes essentiellement.

Lymphogranulomatose vénérienne. L'incidence de la LGV, qui était demeurée plutôt stable de 2009 à 2012, flambe à compter de 2013. La quasi-totalité des cas déclarés sont des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Depuis, la situation fait l'objet d'une surveillance rehaussée.

Infections au VIH et SIDA (données non présentées). Seuls les cas diagnostiqués chez des individus ayant donné ou reçu de sang, des tissus, des organes ou des tissus sont visés par la déclaration obligatoire. En 2014 il y a eu trois déclarations pour le VIH et aucune pour le SIDA.

Pour en savoir plus, consulter le [Portrait des ITSS](#), 2013 et projections 2014; le *Flash Vigie* de [septembre 2013](#) (LGV) et d'[avril 2012](#) (syphilis infectieuse chez les jeunes).

Infections nosocomiales (NOSO)

Nombre de cas déclarés selon le type d'événement (infection ou éclosion) et taux brut d'incidence, Province de Québec, année 2014 et période 2009-2013

	2014		Période 2009-2013	
	N	Taux	N moyen	Taux
Infection				
SARV (infection au <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la vancomycine)	2	0,02	1	0,02
Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)	12	0,15	6	0,08
Variante de la MCJ (vMCJ)	0	0,00	0	0,00
Éclosions¹				
Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)	148	nsp*	93	nsp*
<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM)	5	nsp*	5	nsp*

1. Selon la définition du [Guide de saisie MADO](#), pour déclarer une éclosion, il faut la présence de symptômes similaires ou du même syndrome chez deux cas ou plus ayant un lien épidémiologique entre eux.

* Ne s'applique pas.

Depuis 2003, les éclosions à ERV (colonisations et infections) dans les établissements de soins et les éclosions à SARM (infections seulement) dans les établissements de soins de longue durée sont réglementées par le programme des maladies à déclaration obligatoire. D'autres infections, notamment les bactériémies et les diarrhées associées au *C. difficile*, font l'objet d'une surveillance exclusive dans le cadre du programme provincial de surveillances des infections nosocomiales (SPIN).

Les données présentées au tableau ci-dessus montrent que le nombre d'éclosions à SARM reste stable (n= 5 cas) et que les infections à SARV sont rares (un ou deux cas) (voir *Flash Vigie* sur le [SARV](#)). Quant à l'augmentation du nombre d'éclosions d'ERV observée entre la moyenne de la période 2009-2013 (93 cas) et l'année 2014 (148 cas), elle est survenue principalement depuis 2011. Celle-ci pourrait s'expliquer d'une part, par la progression de l'émergence de la bactérie et d'autre part, par l'intensification des dépistages dans les milieux de soins.

Pour la MCJ, les différences entre les données présentées ici et les données de l'ASPC ([ASPC/MCJ](#)) peuvent s'expliquer entre autres par une sous-déclaration des cas au système MADO.

Pour plus d'information sur les infections nosocomiales, consulter les divers [rapports du SPIN](#).

Notes méthodologiques et mises en garde

- Le taux brut d'incidence correspond au nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes-année.
- Le nombre moyen pour la période 2009-2013 est arrondi au nombre entier le plus proche. Lorsque celui-ci est égal à zéro, le nombre moyen de cas par an peut donc être de 0, 1 ou 2.
- En rouge, le taux d'incidence de l'année 2014 est significativement plus élevé que le taux pour la période 2009 à 2013 au seuil de 5 %. Le test statistique compare le taux de l'année 2014 à celui de la période 2009-2013 au seuil de 5 % pour un test unilatéral. L'hypothèse nulle testée est que le taux de l'année 2014 est inférieur ou égal au taux de la période 2009-2013.
- L'ensemble du Québec comprend les cas dont le territoire de résidence est inconnu, mais pas les cas dont le territoire de résidence est hors Québec.
- En dépit de l'obligation de déclaration, tous les cas ne sont pas déclarés. Par conséquent, l'incidence réelle des maladies visées par la déclaration peut être sous-estimée. Aussi serait-il plus juste de parler de taux brut de déclaration.

Sources des données

- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version décembre 2014) selon le découpage géographique en vigueur en avril 2014.
- Rapport produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec à partir des données du Fichier provincial MADO, Laboratoire de santé publique du Québec. Extraction au 1^{er} avril 2015 à 8 h 51. Mise à jour de l'indicateur le 1^{er} avril 2015.