

MALADIES D'ORIGINE INFECTIEUSE

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



Rapport annuel 2015

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, 2016
Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN : 978-2-550-77095-4 (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, 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. Le délai maximal prescrit pour la déclaration des MADO est de 48 heures, tandis que les maladies à surveillance extrême (MASE) doivent être déclarées immédiatement. En principe, cela répond aux conditions de la réalisation de la vigie, qui est effectuée en partenariat avec les autorités régionales de santé publique.

Le BSV intervient si nécessaire lorsque des agrégats de cas se produisent, au cours d'une période 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 se produit dans des situations particulières ou s'il s'agit d'une maladie à surveillance extrême. Pour les agrégats circonscrits à une région ou à une localité, la responsabilité des interventions incombe aux directions régionales de santé publique (DSPublique). Lorsque les cas se distribuent dans plusieurs provinces canadiennes (éclosion supra-provinciale), 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 2015, soit le nombre et le taux brut d'incidence (pour 100 000 personnes) pour chacune des MADO d'origine infectieuse. Ces données sont comparées à celles des cinq années précédentes (période 2010-2014). Les MADO affichant un excès statistiquement significatif sont indiquées en rouge. Pour plus de précisions sur les sources des données, la méthodologie et les mises en garde, voir la fin du rapport.

Les maladies sont regroupées par catégories. Sont ensuite apportées soit des précisions, soit des explications aux excès constatés à l'échelle provinciale. Même lorsqu'ils sont significatifs, les excès peuvent résulter de variations aléatoires ou de phénomènes locaux ou régionaux qui ne sont pas visés par ce rapport.

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

Maladies à surveillance extrême (MASE)**Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence****Année 2015 et période 2010-2014**

(Taux pour 100 000 personnes)

Maladie	2015		Période 2010-2014	
	N	Taux	N moyen	Taux
Botulisme	5	0,06	1	0,01
Choléra	1	0,01	2	0,02
Fièvre jaune	0	0,00	0	0,00
Fièvres hémorragiques virales	0	0,00	0	0,00
Infection à hantavirus	3	0,04	0	0,00
Maladie du charbon (anthrax)	0	0,00	0	0,00
Peste	0	0,00	0	0,00
Variole	0	0,00	0	0,00

Botulisme

Cinq cas ont été déclarés en 2015, soit quatre de plus que le nombre moyen de la période 2010-2014. Quatre sont attribuables à la consommation d'aliments préparés localement et un, à la consommation de conserves maison.

Choléra

Un cas, acquis lors d'un séjour en Haïti, a été déclaré en 2015.

Infection à hantavirus Trois cas ont été rapportés chez des militaires ayant participé à un exercice en Alberta.

Maladie à virus Ébola

En raison de l'épidémie à virus Ébola qui a sévi en Afrique de l'Ouest à compter de 2014, et qui a été déclarée d'urgence de santé publique à portée internationale par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'ASPC a mis en place des mesures de prévention et de contrôle pour tous les voyageurs en provenance d'un pays à risque. Dans ce contexte, les DSPublique devaient assurer le suivi de surveillance des voyageurs arrivés au Québec pour une période de 21 jours. Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2015, 1744 voyageurs ont fait l'objet d'un suivi. Aucun d'eux n'a acquis l'infection à la suite de son voyage.

Maladies entériques d'origine alimentaire ou hydrique (ME)**Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence****Année 2015 et période 2010-2014**

(Taux pour 100 000 personnes)

Maladie	2015		Période 2010-2014	
	N	Taux	N moyen	Taux
Amibiase	312	3,76	247	3,06
Brucellose	2	0,02	1	0,01
Cryptosporidiose	127	1,53	61	0,76
Cyclosporese	21	0,25	11	0,14
Fièvre paratyphoïde	13	0,16	12	0,15
Fièvre typhoïde	7	0,08	12	0,14
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	171	2,06	137	1,69
Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée	401	4,84	418	5,17
Giardiase	1 016	12,25	952	11,78
Hépatite A	38	0,46	44	0,55
Hépatite E	12	0,14	8	0,10
Infection à <i>Campylobacter</i>	2 480	29,91	2 590	32,05
Infection à <i>Escherichia coli</i> producteur de vérocytotoxine	104	1,25	90	1,12
Infection invasive à <i>Escherichia coli</i>	4	0,05	6	0,08
Listériose	38	0,46	49	0,61
Salmonellose	1 462	17,63	1 288	15,94
Shigellose	338	4,08	187	2,31
Toxi-infection alimentaire ou hydrique	240	2,89	224	2,77
Trichinose	4	0,05	6	0,07

Les cas de listériose, d'infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine, de fièvre typhoïde et paratyphoïde, d'hépatite A et de trichinose font l'objet d'un suivi systématique, et des informations sont disponibles sur les causes possibles de l'acquisition de ces maladies.

Les autres maladies ne font pas l'objet d'un suivi systématique. La vigie permet cependant de détecter les agrégats et les excès de cas, tous évalués aux niveaux régional et provincial. La décision de procéder à une enquête ou non est prise en fonction de divers critères épidémiologiques.

En 2015, le BSV a participé à l'enquête sur huit éclosions, dont deux au niveau provincial et six au niveau canadien.

La première éclosion provinciale concernait un agrégat de 15 cas de *Salmonella* Muenchen. L'enquête n'a pas permis d'en déterminer la source. La seconde était associée à *Salmonella* Oranienburg. L'infection avait été acquise lors d'un voyage. Un rapport a été transmis à l'ASPC.

Parmi les six éclosions canadiennes, on compte trois éclosions de salmonellose attribuables aux sérotypes *Enteritidis*, *Infantis* et Newport. L'éclosion de *S. Enteritidis* était associée à la consommation de croquettes de poulet qui ont fait l'objet d'un rappel et l'éclosion de *S. Infantis*, à la consommation de poulet. La source de l'éclosion de *S. Newport* n'a pas pu être déterminée, non plus que la source des trois autres éclosions nationales, qui consistaient en des éclosions d'infections à *E. coli* vérocytotoxinogène, à *Cyclospora* et à hépatite A.

En 2015, on note une forte augmentation des cas de shigellose et de cryptosporidiose. Le suivi auprès des cas de shigellose a montré qu'une certaine proportion de l'augmentation était associée à la communauté des HARSAH (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes). Pour plus d'information, voir le *Flash Vigie* d'[avril 2016](#).

Un projet de surveillance pour la cryptosporidiose a été mis en place par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en collaboration avec le BSV. Le but étant de caractériser les souches de *Cryptosporidium* en circulation, de déterminer les facteurs de risque d'acquisition et d'étudier les facteurs de virulence selon les sous-types.

Maladies évitables par la vaccination (MEV)
Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence
Année 2015 et période 2010-2014

(Taux pour 100 000 personnes)

Maladie	2015		Période 2010-2014	
	N	Taux	N moyen	Taux
Coqueluche	992	11,96	459	5,68
Diphtérie	0	0,00	0	0,00
Infection à <i>Haemophilus influenzae</i>	170	2,05	137	1,7
<i>H. influenzae</i> de type b (Hib)	13	0,16	9	0,11
Infection à méningocoque	35	0,42	64	0,79
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	915	11,04	963	11,92
Oreillons	4	0,05	148	1,84
Paralysie flasque aiguë	2	0,02	0	0,00
Poliomyélite	0	0,00	0	0,00
Rougeole	163	1,97	146	1,81
Rubéole	0	0,00	0	0,00
Rubéole congénitale	0	0,00	0	0,00
Tétanos	0	0,00	0	0,00

Coqueluche. L'année 2015 présente une activité accrue qui s'inscrit dans le cycle habituel de la maladie. Pour plus d'information, voir le *Flash Vigie* de [janvier 2016](#).

Diphtérie. Un seul cas a été rapporté au fichier MAD0 depuis 1990. Voir le *Flash Vigie* de [mai 2014](#).

***Haemophilus 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. La tendance à la baisse amorcée en 2014 se poursuit en 2015. Le recul est attribuable à la diminution des infections associées au sérotype B. La campagne de vaccination contre ce sérotype entreprise en mai 2014 dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean expliquerait en partie la baisse. Voir le *Flash Vigie* d'[avril 2014](#) et de [septembre 2015](#).

Infections invasives à pneumocoque. L'implantation d'un programme de vaccination chez les nourrissons, à la fin de 2004, 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](#) produit par l'INSPQ en 2011.

Oreillons. En l'absence d'éclosion, le nombre de cas varie de 0 à 8 par année. Au Québec, les dernières éclosions ont eu lieu entre l'automne 2009 et le printemps 2011, avec une activité accrue en 2010, alors que plus de 600 cas avaient été déclarés (voir le *Flash Vigie* de [juin 2010](#)). Quatre cas ont été rapportés en 2015. Trois ont acquis la maladie lors d'un séjour à l'étranger. Pour le quatrième, le lieu d'acquisition est inconnu.

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. Pour ce qui est de la PFA, deux cas ont été rapportés par autant de régions en 2015. Jusqu'en 2014, aucun cas n'avait été déclaré au système MADO. En parallèle, de 15 à 20 cas chez des enfants âgés de moins de 15 ans sont rapportés annuellement au Programme canadien de surveillance pédiatrique de l'ASPC. Ces données laissent croire à une sous-déclaration des cas de PFA au système MADO.

Rougeole. En l'absence d'éclosion, le nombre de cas varie de 0 à 4 par année. La plupart des cas déclarés sont associés à un séjour dans un pays où la maladie est endémique. L'année 2015 a été marquée par une éclosion d'importance dans une communauté religieuse faiblement vaccinée de la région de Lanaudière. Pas moins de 159 cas ont été associés à cette éclosion qui s'est produite du 15 janvier au 21 mars (dates de début de l'éruption du premier et du dernier cas déclarés). Le cas index avait acquis la maladie lors d'un séjour en Californie, où plusieurs cas reliés à une épidémie sévissant aux Philippines avaient été rapportés. Pour plus d'information, voir le *Flash Vigie* de [février 2015](#).

Rubéole. De 0 à 2 cas sont déclarés annuellement. La rubéole est généralement acquise à la suite d'un séjour dans un pays où la maladie est endémique. Le dernier cas de rubéole déclaré au Québec, d'acquisition extérieure, date de 2013, alors que le dernier cas de rubéole congénitale date de 2001. En avril 2015, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), une sous-division de l'OMS, a déclaré la région des Amériques exempt de rubéole. Les Amériques sont ainsi devenues la première région du monde à obtenir le statut d'élimination de la rubéole. Ce succès est le fruit de quinze ans d'efforts de vaccination soutenue et extensive (voir le *Flash Vigie* de [mai 2015](#)).

Maladies transmissibles par voie aérienne (MTVA)**Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence****Année 2015 et période 2010-2014**

(Taux pour 100 000 personnes)

Maladie	2015		Période 2010-2014	
	N	Taux	N moyen	Taux
Infection à streptocoque groupe A	388	4,68	356	4,41
Légionellose	156	1,88	117	1,45
Lèpre (maladie de Hansen)	1	0,01	1	0,01
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)	0	0,00	0	0,00
Tuberculose	244	2,94	229	2,84

Infections invasives à streptocoque du groupe A (IISA). Depuis 2010, une tendance à la hausse de l'incidence des IISA est constatée. Ces infections touchent le plus souvent des cas isolés. Une seule éclosion, de deux cas, a été rapportée en milieu de soins au cours de l'année 2015.

Légionellose. Comparativement à la période 2010-2014, une augmentation significative de l'incidence de légionellose est constatée en 2015. Une éclosion de légionellose touchant 19 personnes a été rapportée dans la région de Lanaudière. La source suspectée de l'infection est une tour de refroidissement.

Lèpre. Un cas, qui a acquis la maladie au Congo, a été rapporté en 2015. La période d'incubation de la lèpre varie de plusieurs mois à plusieurs années.

Tuberculose. L'incidence de la tuberculose a fluctué entre 2,5 et 3,4 cas pour 100 000 au cours de la période 2010-2014 (pour une moyenne de 2,84). Quelques éclosions de tuberculose ont été rapportées en 2015. Pour plus d'information, voir le *Flash Vigie* de [juin 2016](#).

Zoonoses et maladies à transmission vectorielle (MTV)**Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence****Année 2015 et période 2010-2014**

(Taux pour 100 000 personnes)

Zoonose et Maladie	2015		Période 2010-2014	
	N	Taux	N moyen	Taux
Babésiose	1	0,01	0	0,00
Encéphalites virales transmises par arthropodes	1	0,01	0	0,00
Fièvre Q	31	0,37	32	0,40
Infection à plasmodium (malaria)	197	2,38	109	1,35
Infection par le virus du Nil occidental (VNO)	45	0,54	43	0,53
Leptospirose	4	0,05	3	0,03
Maladie de Chagas	0	0,00	2	0,02
Maladie de Lyme	159	1,92	71	0,87
Psittacose	0	0,00	0	0,00
Rage	0	0,00	0	0,00
Tularémie	7	0,08	4	0,05
Typhus	0	0,00	0	0,00

Babésiose. Le seul cas déclaré en 2015 concerne une personne qui a acquis l'infection lors d'un séjour aux États-Unis.

Encéphalite transmise par arthropodes. Le seul cas déclaré en 2015, attribuable au virus de Jamestown Canyon, concerne un résident du Québec qui n'avait pas voyagé à l'extérieur de la province.

Infection par le virus du Nil occidental (VNO). En 2015, 45 cas confirmés d'infection par le VNO ont été enregistrés, dont 32 avec atteinte neurologique, 10 avec atteinte non neurologique et 3 cas asymptomatiques. Parmi les cas, on compte un décès. Pour plus d'information sur le VNO et d'autres arboviroses, voir le *Flash Vigie* de [mai 2016](#).

Leptospirose. Parmi les quatre cas déclarés chez des résidents du Québec, trois ont acquis l'infection lors d'un voyage à l'étranger (Costa Rica, République dominicaine et Martinique).

Maladie de Lyme. L'augmentation du nombre de cas est liée à l'installation de la tique dans quelques régions du sud du Québec (Estrie, Montérégie ainsi que Mauricie et Centre-du-Québec). La proportion d'acquisition locale, qui était de 37 % en 2012, est passée à 50 % en 2013, à 52 % en 2014, puis à 71 % en 2015, voir le *Flash Vigie* de [mai 2016](#). Pour connaître les municipalités présentant un risque d'acquisition de la maladie de Lyme au Québec, voir la carte de risque de l'INSPQ, à l'adresse <https://www.inspq.qc.ca/zoonoses/maladie-de-lyme>.

Malaria. Comparativement à la période 2010-2014, l'année 2015 se caractérise par un excès significatif de cas, La grande majorité d'entre eux, soit 82 %, ont acquis l'infection dans un pays d'Afrique. L'infection a été acquise en Amérique centrale (Haïti, Honduras et République dominicaine) pour 4 % des cas et en Asie (Pakistan) pour 1 % des cas. Le lieu d'acquisition est inconnu pour 14 % des cas.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)**Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence****Année 2015 et période 2010-2014**

(Taux pour 100 000 personnes)

Infection	2015		Période 2010-2014	
	N	Taux	N moyen	Taux
Chancre mou	0	0,00	0	0,00
Hépatite B ¹	868	10,47	906	11,22
Hépatite B aiguë	11	0,13	22	0,27
Hépatite C ²	1 049	12,65	1 284	15,90
Hépatite C aiguë	6	0,07	21	0,26
Hépatite delta	8	0,10	12	0,15
Hépatite virale sans précision ³	0	0,00	1	0,01
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	24 428	294,62	20 424	252,77
Infection gonococcique	3 916	47,23	2 418	29,93
Infection à HTLV type 1 ou 2	14	0,17	15	0,19
Granulome inguinal	0	0,00	0	0,00
Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)	105	1,27	30	0,37
Syphilis infectieuse ⁴	733	8,84	619	7,66
Syphilis non infectieuse ⁵	223	2,69	201	2,48
Syphilis sans précision	97	1,17	109	1,35
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.

Pour en savoir plus sur les excès repérés en vigie, consulter le [Portrait des ITSS 2014 et \(projections 2015\)](#) ainsi que le *Flash Vigie* de [juillet 2015](#).

Infections nosocomiales (NOSO)

Nombre de cas déclarés selon le type d'événement (infection ou éclosion) et taux brut d'incidence, année 2015 et période 2010-2014

Événement	2015		Période 2010-2014	
	N	Taux	N moyen	Taux
Infection				
Infection à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la vancomycine (SARV)	1	0,01	2	0,02
Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)	8	0,10	8	0,10
Variante de la MCJ (vMCJ)	0	0,00	0	0,00
Éclosion¹				
Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)	144	s.o.*	116	s.o.*
<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM)	6	s.o.*	6	s.o.*

1. Selon la définition du [Guide de saisie MADQ](#), 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, la déclaration des éclosions d'ERV (colonisations et infections) dans les établissements de soins et des éclosions de SARM (infections seulement) dans les établissements de soins de longue durée est réglementée par le programme des maladies à déclaration obligatoire. D'autres infections, notamment les bactériémies et les diarrhées associées à *C. difficile*, font l'objet d'une surveillance exclusive dans le cadre du programme provincial de surveillance des infections nosocomiales (SPIN).

Depuis 2010, le nombre d'éclosions de SARM est stable (six cas) et les infections à SARV sont rares (un ou deux cas).

En 2015, le nombre d'éclosions d'ERV, de 144, a augmenté comparativement à la moyenne de la période 2010-2014, de 116. Il a cependant diminué par rapport au nombre d'éclosions enregistré en 2014 (177) et en 2013 (179). La durée moyenne des éclosions a également diminué, pour passer de 130 jours au cours de la période 2010-2014 à 69 jours en 2015.

Le nombre de cas de maladie de Creutzfeldt Jacob, de 12, a doublé par rapport à la moyenne de 2010-2014. Cette différence peut s'expliquer en partie par des variations dans le processus de déclaration. D'ailleurs, des différences entre les données provinciales et fédérales sont notées pour cette MADQ.

Pour plus d'information sur les infections nosocomiales, voir les divers rapports de surveillance provinciale diffusés sur le site de l'INSPQ à l'adresse <https://www.inspq.qc.ca/infections-nosocomiales/spin>.

Sources des données

- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version du M34-2014.
- 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 du 1^{er} avril 2016. Mise à jour de l'indicateur le 1^{er} avril 2015.

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 2010-2014 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 2015 est significativement plus élevé que le taux de la période 2010-2014 au seuil de 5 %. Le test statistique compare le taux de l'année 2015 à celui de la période 2010-2014 au seuil de 5 % pour un test unilatéral. L'hypothèse nulle testée est que le taux de l'année 2015 est inférieur ou égal au taux de la période 2010-2014.
- L'ensemble du Québec comprend les cas dont le territoire de résidence est inconnu, mais pas les cas dont le territoire de résidence est situé 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 est-il plus juste de parler de taux brut de déclaration.