

SURVEILLANCE DES MALADIES À
DÉCLARATION OBLIGATOIRE AU QUÉBEC

MALADIES D'ORIGINE INFECTIEUSE

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



Rapport annuel 2016
Mise à jour octobre 2017

17-268-05W

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 **Publications**

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 978-2-550-79812-5 (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.

Table des matières

Maladies à surveillance extrême (MASE)	2
Maladies entériques d'origine alimentaire ou hydrique (ME)	3
Maladies évitables par la vaccination (MEV).....	5
Maladies transmissibles par voie aérienne (MTVA).....	7
Zoonoses et maladies à transmission vectorielle (MTV).....	8
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).....	10
Infections nosocomiales (NOSO).....	11

Liste des tableaux

Tableau 1.	Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année 2016 et période 2011-2015. Taux pour 100 000 personnes	2
Tableau 2.	Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année et période 2011-2015. Taux pour 100 000 personnes.	3
Tableau 3.	Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année 2016 et période 2011-2015. Taux pour 100 000 personnes.	5
Tableau 4.	Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année et période 2011-2015. Taux pour 100 000 personnes.	7
Tableau 5.	Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année 2016 et période 2011-2015. Taux pour 100 000 personnes.	8
Tableau 6.	Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année 2016 et période 2011-2015. Taux pour 100 000 personnes.	10
Tableau 7.	Nombre de cas déclarés selon le type d'évènements (infection ou éclosion) et taux brut d'incidence, année 2016 et période 2011-2015.	11

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 (MSSS).

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. Lorsque les cas se distribuent dans plusieurs provinces canadiennes (éclosion supra-provinciale), c'est l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) qui coordonne la mise en place des interventions jugées nécessaires, de concert avec les provinces et les territoires visés.

Dans les tableaux ci-dessous sont présentées les données provinciales de 2016, 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 2011-2015). 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)

Tableau 1. Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année 2016 et période 2011-2015.
Taux pour 100 000 personnes

Maladie	2016		Période 2011-2015	
	N	Taux	N moyen	Taux
Botulisme	0	0,00	2	0,02
Choléra	0	0,00	2	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	1	0,01
Maladie du charbon (anthrax)	0	0,00	0	0,00
Peste	0	0,00	0	0,00
Variole	0	0,00	0	0,00

Aucun cas de maladie à surveillance extrême n'a été déclaré en 2016.

Maladies entériques d'origine alimentaire ou hydrique (ME)

Tableau 2. Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année et période 2011-2015.
Taux pour 100 000 personnes.

Maladie	2016		Période 2011-2015	
	N	Taux	N moyen	Taux
Amibiase (<i>Entamoeba histolytica</i>) ¹	10	0,12	17	0,21
Brucellose	1	0,01	1	0,02
Cryptosporidiose	112	1,34	78	0,95
Cyclosporese	26	0,31	13	0,16
Fièvre paratyphoïde	6	0,07	11	0,13
Fièvre typhoïde	12	0,14	9	0,11
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	145	1,73	144	1,77
Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée	355	4,25	410	5,03
Giardiase	1210	14,48	967	11,86
Hépatite A	41	0,49	41	0,5
Hépatite E	7	0,08	10	0,12
Infection à <i>Campylobacter</i>	2999	35,88	2612	32,03
Infection à <i>Escherichia coli</i> producteur de vérocytotoxine	133	1,59	96	1,18
Infection invasive à <i>Escherichia coli</i>	8	0,1	6	0,07
Listériose	51	0,61	47	0,57
Salmonellose	1439	17,22	1322	16,22
Shigellose	244	2,92	216	2,65
Toxi-infection alimentaire ou hydrique	186	2,23	242	2,97
Trichinose	11	0,13	6	0,07

1. Selon la définition nosologique d'amibiase, le pathogène permettant de confirmer une amibiase est *Entamoeba histolytica*. C'est pourquoi seul ce résultat est présenté ici.

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 tel suivi. 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.

Cryptosporidiose. L'excès de cas est le reflet des nouvelles technologies de détection implantées dans certaines régions du Québec.

Cyclospore. Chaque année depuis 2013, de la mi-mai au début du mois d'août, le Canada est touché par une éclosion de cyclospore. En 2016, une éclosion canadienne de cyclospore a été ouverte le 15 juillet pour des cas dont les symptômes avaient commencé entre le 19 mai et le 10 août. Au total, 87 cas de cyclospore ont été signalés dans 4 provinces, soit en Ontario, au Québec, en Alberta et en Colombie-Britannique. La consommation de mûres et de salades était soupçonnée, ce que l'étude cas-témoins réalisée n'a pu permettre de confirmer.

***Escherichia coli* (*E. coli*).** L'année 2016 a été marquée par deux enquêtes nationales relatives à *E. coli* O157:H7, qui n'ont pas été résolues. Cependant, l'augmentation de 38 % s'explique surtout par l'utilisation de nouvelles technologies de détection d'*Escherichia coli* producteur de shigatoxines.

Salmonellose. Trois éclosions provinciales, deux associées à *S. Enteritidis* et une à *S. Thompson*, ont fait l'objet d'une enquête.

S. Enteritidis : L'enquête sur les deux éclosions, qui ont eu lieu au printemps, est restée sans résolution. Pour l'une (pulsovar 31, 16 cas confirmés), le poulet était suspecté alors que pour l'autre (pulsovar 3, 15 cas confirmés), aucun produit alimentaire particulier n'était identifié.

S. Thompson : Dix-huit cas, des résidents des régions de Montréal, de la Montérégie et de Lanaudière, ont été associés à cette éclosion. Les cas présentant des symptômes entériques étaient devenus malades entre le 21 novembre et le 2 décembre. Deux autres cas présentant des symptômes non entériques, déclarés en février 2017, ont été reliés à cette éclosion après des résultats de laboratoire confirmant la présence de la souche de l'éclosion. Seize des dix-huit cas avaient consommé des aliments dans une chaîne de restaurants qui servait du poulet chawarma.

Trichinose. Treize cas de trichinose, majoritairement des résidents du Nunavik, ont été déclarés. La maladie serait attribuable à la consommation de viande de phoque infecté.

Virus de l'hépatite A (VHA). L'ASPC a mené une enquête sur une éclosion multi-provinciale d'hépatite A, en collaboration avec ses partenaires fédéraux et provinciaux de santé publique. Vingt-cinq cas confirmés en laboratoire ont été associés à cette éclosion. Les dates d'apparition des symptômes allaient du 26 février au 16 mai. Les cas avaient consommé un mélange de petits fruits surgelés d'une marque précise; la présence du VHA a été détectée dans trois échantillons du produit. Le produit a fait l'objet d'un rappel, et une vaccination a été offerte aux personnes qui y avaient été exposées. Au Canada, environ 9 400 personnes ont été vaccinées aux cliniques du détaillant, dont 2 522 au Québec, et 1 626 d'entre elles ont reçu une prophylaxie post-exposition via le réseau local de santé.

Maladies évitables par la vaccination (MEV)

Tableau 3. Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année 2016 et période 2011-2015.
Taux pour 100 000 personnes.

Maladie	2016		Période 2011-2015	
	N	Taux	N moyen	Taux
Coqueluche	1569	18,77	634	7,78
Diphthérie	0	0,00	0	0,00
Infection à <i>Haemophilus influenzae</i> (Hi)	142	1,70	146	1,80
<i>H. influenzae</i> de type b (Hib)	1	0,01	9	0,12
Infection à méningocoque	33	0,39	57	0,70
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	819	9,80	933	11,44
Oreillons	14	0,17	15	0,18
Paralysie flasque aiguë	1	0,01	0	0,00
Poliomyélite	0	0,00	0	0,00
Rougeole	1	0,01	178	2,18
Rubéole	0	0,00	0	0,00
Rubéole congénitale	0	0,00	0	0,00
Tétanos	0	0,00	0	0,00

Coqueluche. L'activité, qui s'était accrue en 2015, s'est intensifiée en 2016 pour atteindre un niveau inégalé depuis l'année 2000. Le nombre de cas est cependant resté bien au-dessous des pics épidémiques enregistrés au cours des années 1993 à 1995 et en 1998, alors que plus de 4 000 cas avaient été déclarés annuellement. Durant ces années de forte activité, le taux d'incidence, autour de 60 pour 100 000, était trois fois plus élevé qu'en 2016. La coqueluche est connue pour son caractère cyclique, avec des pics d'activité accrue tous les trois ou quatre ans. Pour plus d'information, voir le *Flash Vigie* de [janvier 2016](#).

Diphthérie. Un seul cas a été rapporté 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. Les infections causées par ce sérotype ont connu un net recul dans la population québécoise. Chez les enfants de moins de 5 ans, depuis l'instauration des programmes de vaccination, le nombre annuel moyen de cas de Hib a diminué d'au moins 95 %, passant de 92 à 3, entre la période pré-vaccination (1990-1992) et les données actuelles (période 2011-2015).

Infection à méningocoque. La tendance à la baisse amorcée en 2014 s'est poursuivie en 2016. Le recul est attribuable à la diminution des infections associées au séro groupe B. La campagne de vaccination contre ce séro groupe 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](#).

Infection invasive 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 Impact du programme d'immunisation par le vaccin pneumococcique conjugué heptavalent \(VPC-7\) au Québec](#), produit par l'Institut national de santé publique (INSPQ) en 2011.

Oreillons. Chaque année, des cas sporadiques d'oreillons sont rapportés au Québec; le plus souvent, l'infection a été acquise à l'étranger. En l'absence d'éclosion, le nombre de cas annuels varie de 0 à 8. L'année 2016 se caractérise par deux événements distincts. D'abord, un agrégat de cinq cas parmi les membres d'une même famille élargie a été rapporté en début d'année (voir le *Flash vigie* d'[avril 2016](#)). Le cas index aurait été exposé au virus lors d'un événement local rassemblant plusieurs participants venus du Québec, du Canada et des États-Unis. Puis à l'automne, huit cas ont été associés à une éclosion provinciale qui a commencé le 1^{er} novembre. Le cas index avait acquis l'infection lors d'un séjour à l'étranger. Cette éclosion était toujours en cours en 2017. Outre ces deux éclosions, un cas isolé, d'acquisition extérieure, a été rapporté.

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](#)).

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, jusqu'en 2014, aucun cas n'avait été déclaré au fichier MADDO. En 2015, deux cas ont été rapportés par autant de régions, et un cas a été rapporté en 2016. 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 fichier MADDO.

Rougeole. En l'absence d'éclosion, le nombre annuel de cas varie de 0 à 4. La plupart des cas déclarés sont associés à un séjour dans un pays où la maladie est endémique. Au cours de l'année 2016, un seul cas isolé, d'acquisition extérieure, a été rapporté. La dernière éclosion d'importance qu'a connue le Québec s'est produite en 2015 dans une communauté religieuse faiblement vaccinée de la région de Lanaudière. Pas moins de 159 cas ont été associés à cette éclosion. Pour plus d'information, voir la page [Rougeole](#) du site Web du MSSS.

Rubéole. De 0 à 2 cas sont déclarés annuellement. La rubéole est généralement acquise lors 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, une sous-division de l'Organisation mondiale de la Santé, a déclaré la région des Amériques exempte 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 années d'efforts de vaccination soutenue et extensive (voir le *Flash Vigie* de [mai 2015](#)).

Maladies transmissibles par voie aérienne (MTVA)

Tableau 4. Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année et période 2011-2015.
Taux pour 100 000 personnes.

Maladie	2016		Période 2011-2015	
	N	Taux	N moyen	Taux
Infection à streptocoque groupe A	407	4,87	374	4,59
Légionellose	138	1,65	136	1,67
Lèpre (maladie de Hansen)	1	0,01	1	0,01
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)	0	0,00	0	0,00
Tuberculose	255	3,05	236	2,89

Légionellose. En 2016, aucune éclosion de légionellose n'a été rapportée.

Lèpre. Un cas de lèpre ayant acquis la maladie au Congo a été rapporté en 2016. La période d'incubation de la lèpre varie de plusieurs mois à plusieurs années.

Tuberculose. L'incidence de la tuberculose a fluctué de 2,5 à 3,4 cas pour 100 000 au cours de la période 2011-2015, pour une moyenne de 2,89. En 2016, l'incidence de la maladie, à 3,05, est la deuxième en importance après celle de 2012, qui s'élevait à 3,4 pour 100 000. Pour plus d'information, voir le *Flash Vigie* de [juin 2016](#).

Zoonoses et maladies à transmission vectorielle (MTV)

Tableau 5. Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année 2016 et période 2011-2015.
Taux pour 100 000 personnes.

Maladie	2016		Période 2011-2015	
	N	Taux	N moyen	Taux
Babésiose	0	0,00	0	0,00
Encéphalite virale transmise par arthropodes	5	0,06	1	0,01
Fièvre Q	28	0,34	32	0,39
Infection à plasmodium (malaria)	212	2,54	125	1,54
Leptospirose	2	0,02	3	0,04
Maladie de Chagas	2	0,02	1	0,02
Maladie de Lyme	179	2,14	100	1,23
Psittacose	0	0,00	0	0,00
Rage	0	0,00	0	0,00
Tularémie	2	0,02	5	0,06
Typhus	1	0,01	0	0,00
Infection par le virus du Nil occidental (VNO)	30	0,36	52	0,63

Encéphalite virale transmise par arthropodes¹. L'année 2016 est l'année où le nombre de cas d'encéphalite transmise par arthropodes a été le plus élevé. Les cinq cas déclarés en 2016 étaient tous attribuables au virus Jamestown Canyon, qui fait partie du séro groupe Californie. Les virus Jamestown Canyon et snowshoe Hare sont les deux virus du séro groupe Californie les plus répandus au Canada. D'ailleurs, tous les cas avaient acquis leur infection au Québec. Pour plus d'information, voir le *Flash vigie* de [mai 2017](#).

Infection à plasmodium (malaria). Les 212 cas déclarés en 2016 ont acquis l'infection à l'extérieur du Québec, dans divers pays d'Afrique pour la quasi-totalité d'entre eux.

Maladie de Chagas. Les deux cas de maladie de Chagas déclarés en 2016 ont contracté l'infection à l'extérieur du Québec, soit en Amérique centrale.

1. Cette catégorie ne comprend pas les encéphalites causées par le VNO puisque depuis 2002, l'Infection par le VNO est une maladie à déclaration obligatoire.

Maladie de Lyme. Depuis 2011, la maladie de Lyme est en progression au Québec. L'installation de la tique dans quelques régions du sud de la province est sans doute responsable de l'augmentation du nombre de cas déclarés et d'une plus grande proportion de cas acquis localement. De 2011 à 2016, le pourcentage de cas acquis au Québec est passé de 16 % à 71 %. En 2016, 90 % des cas acquis au Québec l'ont été en Estrie et en Montérégie. Pour plus d'information, voir le *Flash Vigie* de [mai 2017](#) et la [page web](#) du MSSS sur la maladie de Lyme.

Infection par le virus du Nil occidental (VNO). En 2016, 30 cas confirmés d'infection par le VNO ont été enregistrés. Durant la période 2011-2015, le nombre de cas déclarés annuellement a fluctué de 134 en 2012 à 6 en 2014, pour une moyenne annuelle de 52 cas. Pour plus d'information, voir le *Flash Vigie* de [mai 2017](#).

Typhus. Le seul cas de typhus déclaré en 2016 a acquis l'infection au Laos.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Tableau 6. Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année 2016 et période 2011-2015.
Taux pour 100 000 personnes.

Maladie	2016		Période 2011-2015	
	N	Taux	N moyen	Taux
Chancre mou	0	0,00	0	0,00
Hépatite B ¹	888	10,63	903	11,07
Hépatite B aiguë	12	0,14	20	0,25
Hépatite C ²	1057	12,65	1 206	14,8
Hépatite C aiguë	4	0,05	19	0,23
Hépatite Delta	1	0,01	9	0,11
Hépatite virale sans précision ³	4	0,05	1	0,01
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	25 418	304,13	21 863	268,18
Infection à HTLV type I ou II	18	0,22	14	0,17
Infection gonococcique	4773	57,11	2 791	34,23
Granulome inguinal	0	0,00	0	0,00
Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)	124	1,48	49	0,59
Syphilis infectieuse ⁴	943	11,28	658	8,07
Syphilis non infectieuse ⁵	319	3,82	211	2,59
Syphilis sans précision	178	2,13	102	1,25
Syphilis congénitale	3	0,04	1	0,01

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 plus d'information sur les excès repérés en vigie, voir le [Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang \(ITSS\) au Québec : année 2015 \(et projections 2016\)](#) et le *Flash vigie* de [mars 2017](#).

Infections nosocomiales (NOSO)

Tableau 7. Nombre de cas déclarés selon le type d'évènements (infection ou éclosion) et taux brut d'incidence, année 2016 et période 2011-2015.

Événement	2016		Période 2011-2015	
	N	Taux	N moyen	Taux
Infection				
SARV (infection à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la vancomycine)	1	0,01	2	0,02
Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)	11	0,13	9	0,11
Variante de la MCJ (vMCJ)	0	0,00	0	0,00
Éclosions¹				
Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) ²	157	s.o.*	146	s.o.*
<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM)	2	s.o.*	4	s.o.*

1. Selon le [Guide de saisie MADO](#), une éclosion se définit par la présence de symptômes similaires ou du même syndrome chez deux cas ou plus ayant un lien épidémiologique entre eux.

2. Les chiffres tiennent compte des autres modalités de déclaration des éclosions de bactéries multirésistantes actuellement en vigueur au Québec.

* Sans objet.

Depuis 2003, la déclaration des éclosions d'ERV (infections et colonisations) 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, les diarrhées associées à *C. difficile* et les infections et colonisations par les bactéries à Gram négatif productrices de carbapénémase, font l'objet d'une surveillance dans le cadre du programme provincial de surveillance des infections nosocomiales (SPIN).

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

Comparativement à la moyenne de la période 2011-2015, qui s'établissait à 146, les 157 éclosions d'infections à ERV enregistrées en 2016 représentent une légère augmentation. La durée moyenne des éclosions a également diminué, pour passer de 115 jours au cours de la période 2011-2015 à 59 jours en 2016.

Le nombre de cas de maladie de Creutzfeldt-Jakob, de 11, est similaire à la moyenne de 2011-2015. Des différences entre les données provinciales et fédérales sont parfois notées pour cette MADO en raison de dissemblances dans le processus de déclaration.

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

- Ministère de la Santé et des Services sociaux, 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 4 avril 2017. Mise à jour de l'indicateur le 4 avril 2017.

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 2011-2015 est arrondi au nombre entier le plus proche. Lorsque celui-ci est égal à zéro, le nombre moyen de cas par année peut donc être 0, 1 ou 2.
- En rouge, le taux d'incidence de l'année 2016 est significativement plus élevé que le taux de la période 2011-2015 au seuil de 5 %. Le test statistique vise à comparer le taux de l'année 2016 à celui de la période 2011-2015 au seuil de 5 % pour un test unilatéral. L'hypothèse nulle testée est que le taux de l'année 2016 est inférieur ou égal au taux de la période 2011-2015.
- L'ensemble du Québec comprend les cas dont le territoire de résidence est inconnu, mais non les cas qui habitent à l'extérieur du 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.