

MALADIES D'ORIGINE INFECTIEUSE

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



Rapport annuel 2017

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, 2018

Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISBN : 978-2-550-83094-8 (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 2017 et période 2012-2016 | 2 |
| Tableau 2. Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année 2017 et période 2012-2016. | 3 |
| Tableau 3. Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année 2017 et période 2012-2016. | 5 |
| Tableau 4. Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année 2017 et période 2012-2016. | 7 |
| Tableau 5. Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année 2017 et période 2012-2016. | 8 |
| Tableau 6. Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année 2017 et période 2012-2016. | 10 |
| Tableau 7. Nombre de cas déclarés selon le type d'évènement (infection ou éclosion) et taux brut d'incidence, année 2017 et période 2012-2016..... | 11 |

Au Québec, la vigie des maladies à déclaration obligatoire (MADO) est assurée par la Direction de la vigie sanitaire (DVS) de la Direction générale adjointe 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.

La DVS 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. Elle 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 2017, 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 2012-2016). 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 maladies d'origine infectieuse.

Maladies à surveillance extrême (MASE)**Tableau 1. Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année 2017 et période 2012-2016**

| Maladie | 2017 | | Période 2012-2016 | |
|-------------------------------|------|------|-------------------|------|
| | N | Taux | N moyen | Taux |
| Botulisme | 3 | 0,04 | 1 | 0,01 |
| Choléra | 0 | 0,00 | 1 | 0,01 |
| 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 |

En 2017, trois cas de botulisme ont été rapportés. Les aliments suspectés ou incriminés étaient des aliments maison (conserves maison) ou de fabrication artisanale (béluga séché et huile de phoque).

Maladies entériques d'origine alimentaire ou hydrique (ME)**Tableau 2. Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année 2017 et période 2012-2016**

| Maladie | 2017 | | Période 2012-2016 | |
|--|-------|-------|-------------------|-------|
| | N | Taux | N moyen | Taux |
| Amibiase (<i>Entamoeba histolytica</i>) ¹ | 259 | 3,07 | 284 | 3,45 |
| Brucellose | 2 | 0,02 | 1 | 0,02 |
| Cryptosporidiose | 90 | 1,07 | 93 | 1,14 |
| Cyclosporese | 18 | 0,21 | 16 | 0,20 |
| Fièvre paratyphoïde | 5 | 0,06 | 10 | 0,12 |
| Fièvre typhoïde | 14 | 0,17 | 8 | 0,10 |
| Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i> | 168 | 1,99 | 147 | 1,78 |
| Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée | 309 | 3,67 | 402 | 4,88 |
| Giardiase | 977 | 11,60 | 1 015 | 12,34 |
| Hépatite A | 68 | 0,81 | 41 | 0,50 |
| Hépatite E | 13 | 0,15 | 11 | 0,13 |
| Infection à <i>Campylobacter</i> | 3 206 | 38,06 | 2 760 | 33,56 |
| Infection à <i>Escherichia coli</i> producteur de vérocytotoxine | 210 | 2,49 | 105 | 1,28 |
| Infection invasive à <i>Escherichia coli</i> | 6 | 0,07 | 5 | 0,07 |
| Listériose | 30 | 0,36 | 47 | 0,57 |
| Salmonellose | 1 439 | 17,08 | 1 376 | 16,73 |
| Shigellose | 292 | 3,47 | 230 | 2,80 |
| Toxi-infection alimentaire ou hydrique | 140 | 1,66 | 250 | 3,04 |
| Trichinose | 4 | 0,05 | 9 | 0,11 |

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 fièvre paratyphoïde, de fièvre typhoïde, d'infection à *Escherichia coli* (*E. coli*) producteur de vérocytotoxine, d'hépatite A, de listériose 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.

Cyclospore. Depuis 2013, plusieurs cas de cyclospore surviennent au printemps et durant l'été. Le plus souvent, des produits frais importés sont soupçonnés.

Hépatite A. Quatre agrégats de cas sont survenus au Québec durant l'année 2017, dont 25 cas répartis entre deux agrégats. Pour l'un, la source alimentaire n'a pu être identifiée, tandis que l'autre était relié à des contacts entre des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Pour les deux autres agrégats, la source demeure inconnue.

Infection à *Escherichia coli* producteur de vérotoxine. L'augmentation par rapport à la période 2012-2016 s'explique par l'utilisation de nouvelles techniques d'analyse en laboratoire. En effet, depuis peu, le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) effectue la détection de shigatoxines Stx1 et Stx2 responsables des infections à *E. coli*.

Salmonellose. Le séquençage complet du génome, une technique utilisée au Laboratoire national de microbiologie du Canada, à Winnipeg, a permis d'identifier différents agrégats de salmonelle, en particulier des agrégats de *Salmonella enteritidis*. La majorité de ces agrégats sont associés à la consommation de produits de poulet pané.

Shigellose. L'augmentation par rapport à la période 2012-2016 s'explique en grande partie par une transmission plus importante de cette infection chez les HARSAH âgés de 18 à 65 ans.

Maladies évitables par la vaccination (MEV)**Tableau 3. Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année 2017 et période 2012-2016**

| Maladie | 2017 | | Période 2012-2016 | |
|--|-------|-------|-------------------|-------|
| | N | Taux | N moyen | Taux |
| Coqueluche | 1 055 | 12,52 | 915 | 11,13 |
| Diphthérie | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Infection à <i>Haemophilus influenzae</i> (Hi) | 186 | 2,21 | 149 | 1,81 |
| <i>H. influenzae</i> de type b (Hib) | 5 | 0,06 | 8 | 0,10 |
| Infection à méningocoque | 34 | 0,40 | 47 | 0,57 |
| Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i> | 875 | 10,39 | 914 | 11,12 |
| Oreillons | 42 | 0,50 | 7 | 0,08 |
| Paralysie flasque aiguë | 1 | 0,01 | 1 | 0,01 |
| Poliomyélite | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Rougeole | 0 | 0,00 | 33 | 0,40 |
| 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 et en 2016, s'est maintenue à un niveau élevé en 2017. Le nombre de cas est cependant resté bien au-dessous des pics épidémiques enregistrés de 1993 à 1995 et en 1998, alors que plus de 4 000 cas avaient été déclarés annuellement. 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. Depuis l'instauration des programmes de vaccination, le nombre annuel moyen de cas de Hib a diminué d'au moins 90 % chez les enfants de moins de 5 ans, pour passer de 92 à 8 entre la période prévacination (1990-1992) et la période 2012-2016. En 2017, trois cas ont été rapportés chez les enfants âgés de 1 à 4 ans et aucun chez les nourrissons de moins de 1 an.

Infection à méningocoque. Au cours des trois dernières années (2015 à 2017), le nombre de cas rapportés s'est stabilisé, pour se situer en moyenne autour de 34 cas par année. On note par ailleurs un changement dans le profil des sérogroupes circulants. Ainsi, les cas associés au séro groupe B, qui représentent 56 % des cas rapportés en 2017 comparativement à 87 % pour les années 2012 et 2013, occupent désormais une moins grande place. Les campagnes de vaccination contre ce séro groupe entreprises en mai 2014 dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean et en septembre 2016 dans un territoire spécifique de la région de la Chaudière-Appalaches expliqueraient en partie la plus faible incidence de ce séro groupe (voir le *Flash Vigie* d'[avril 2014](#) et de [septembre 2015](#)). En parallèle, les cas associés aux sérogroupes Y et W ont augmenté. Ainsi, en 2017, 21 % des cas rapportés sont liés au séro groupe Y et 9 %, au séro groupe W. Ces proportions s'élevaient respectivement à 5 % et 2 % en 2012 et 2013.

Infection invasive à pneumocoque. L'implantation d'un programme de vaccination pour les nourrissons, fin 2004, a fait chuter de façon spectaculaire l'incidence de ces infections, tant chez les enfants que chez les adultes. Pour plus d'information, voir le rapport [Impact du programme d'immunisation contre les maladies invasives à pneumocoque au Québec, 2010-2014](#) produit par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en 2018.

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 zéro à huit. L'année 2017 a été marquée par la poursuite de l'éclosion provinciale débutée à l'automne 2016, qui s'est terminée au printemps 2017. L'éclosion a été fermée le 2 juin, après deux périodes d'incubation exemptes de cas pouvant y être liés. Des cas sporadiques ont toutefois été rapportés jusqu'à l'automne, ce qui tend à démontrer que le virus a continué de circuler au Québec (voir le *Flash Vigie* de [novembre 2017](#)).

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, aucun cas n'avait été déclaré au fichier MADDO avant 2015. Depuis 2015, un ou deux cas par année sont rapportés au Québec. 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 zéro à quatre. La plupart sont associés à un séjour dans un pays où la maladie est endémique. Aucun cas n'a été rapporté en 2017. 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 sur la maladie, voir la page [Rougeole](#) du site Web du MSSS.

Rubéole. De zéro à deux cas sont déclarés annuellement. La rubéole est généralement acquise lors d'un séjour dans un pays où la maladie est endémique. Le dernier cas 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 2017 et période 2012-2016**

| Maladie | 2017 | | Période 2012-2016 | |
|--|------|------|-------------------|------|
| | N | Taux | N moyen | Taux |
| Infection à streptocoque groupe A | 448 | 5,32 | 385 | 4,69 |
| Légionellose | 182 | 2,16 | 150 | 1,82 |
| Lèpre (maladie de Hansen) | 0 | 0,00 | 1 | 0,01 |
| Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Tuberculose | 213 | 2,53 | 242 | 2,94 |

Infection invasive à streptocoque du sérotype A. L'incidence des infections invasives au streptocoque du groupe A est en hausse depuis plusieurs années. Il s'agit généralement de cas sporadiques. Deux éclosions ont toutefois été rapportées en 2017; l'une touchait le milieu de l'itinérance, et l'autre est survenue dans un centre de formation pour militaires.

Légionellose. En 2017, l'incidence est significativement plus élevée que la moyenne de la période 2012-2016. Une éclosion de dix cas a été rapportée en Mauricie et Centre-du-Québec. De plus, un agrégat de dix cas a été rapporté en Estrie au cours de l'été. Pour plus d'information sur la maladie, voir le *Flash Vigie* de [mai 2018](#).

Tuberculose. En 2017, l'incidence de la maladie se situe en deçà de la moyenne de la période 2012-2016. Pour plus d'information sur la surveillance de la tuberculose au Québec de 2012 à 2015, voir le [rapport de surveillance](#) publié sur le site Web du MSSS et le *Flash Vigie* d'[avril 2018](#).

Zoonoses et maladies à transmission vectorielle (MTV)**Tableau 5. Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année 2017 et période 2012-2016**

| Maladie | 2017 | | Période 2012-2016 | |
|--|------|------|-------------------|------|
| | N | Taux | N moyen | Taux |
| Babésiose | 2 | 0,02 | 0 | 0,00 |
| Encéphalite virale transmise par arthropodes | 26 | 0,31 | 2 | 0,02 |
| Fièvre Q | 32 | 0,38 | 29 | 0,36 |
| Infection à <i>plasmodium</i> (malaria) | 259 | 3,07 | 148 | 1,80 |
| Leptospirose | 1 | 0,01 | 3 | 0,03 |
| Maladie de Chagas | 0 | 0,00 | 1 | 0,01 |
| Maladie de Lyme | 328 | 3,89 | 129 | 1,57 |
| Psittacose | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Rage | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Tularémie | 1 | 0,01 | 5 | 0,06 |
| Typhus | 1 | 0,01 | 0 | 0,00 |
| Infection par le virus du Nil occidental (VNO) | 26 | 0,31 | 49 | 0,60 |

Babésiose. Les deux cas déclarés en 2017 auraient été acquis à l'extérieur du Québec (aux États-Unis).

Encéphalite virale transmise par arthropodes¹. Tous les cas d'encéphalite transmise par arthropodes déclarés en 2017 sont attribuables aux virus du sérotype Californie (VSC), soit le Jamestown Canyon et le Snowshoe Hare. L'augmentation importante de cas rapportés en 2017 s'explique en grande partie par la mise en place, de juillet à octobre, d'une vigie qui visait à mieux détecter et diagnostiquer les infections causées par les VSC au Québec (voir le *Flash Vigie* de [juin 2018](#)).

Infection à *plasmodium* (malaria). Les 259 cas déclarés en 2017 ont acquis l'infection à l'extérieur du Québec, dans divers pays d'Afrique pour la quasi-totalité d'entre eux.

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. Le nombre de cas déclarés en 2017 a presque doublé par rapport à 2016, alors que 177 cas avaient été déclarés. La maladie de Lyme est en progression au Québec depuis 2011. 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. En 2017, 76 % des cas étaient acquis au Québec, et 85 % d'entre eux auraient acquis leur infection en Estrie ou en Montérégie. Pour plus d'information, voir le *Flash Vigie* de [juin 2018](#) et la [page Web](#) du MSSS sur la maladie de Lyme.

Typhus. Un cas de typhus a été rapporté en 2017. L'infection aurait été acquise au Sri Lanka.

Infection par le virus du Nil occidental (VNO). En 2017, 27 cas confirmés d'infection par le VNO ont été enregistrés. Durant la période 2012-2016, le nombre de cas déclarés annuellement a fluctué de 134 (en 2012) à 6 (en 2014). Si l'on fait abstraction de l'année record de 2012, la moyenne est autour de 30 cas par année (voir le *Flash Vigie* de [juin 2018](#)).

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)**Tableau 6. Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, année 2017 et période 2012-2016**

| Maladie | 2017 | | Période 2012-2016 | |
|---|---------------|---------------|-------------------|--------|
| | N | Taux | N moyen | Taux |
| Chancre mou | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Hépatite B ¹ | 986 | 11,71 | 908 | 11,04 |
| Hépatite B aiguë | 11 | 0,13 | 18 | 0,22 |
| Hépatite C ² | 1 028 | 12,2 | 1 146 | 13,94 |
| Hépatite C aiguë | 19 | 0,23 | 18 | 0,22 |
| Hépatite Delta | 1 | 0,01 | 7 | 0,09 |
| Hépatite virale sans précision ³ | 1 | 0,01 | 2 | 0,02 |
| Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> | 26 658 | 316,48 | 23 116 | 281,13 |
| Infection à HTLV type I ou II | 13 | 0,15 | 15 | 0,18 |
| Infection gonococcique | 6 140 | 72,89 | 3 373 | 41,02 |
| Granulome inguinal | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) | 105 | 1,25 | 70 | 0,85 |
| Syphilis infectieuse ⁴ | 896 | 10,64 | 723 | 8,79 |
| Syphilis non infectieuse ⁵ | 401 | 4,76 | 237 | 2,89 |
| Syphilis sans précision | 408 | 4,84 | 117 | 1,43 |
| Syphilis congénitale | 1 | 0,01 | 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.

Par rapport à l'année 2016, le nombre de cas déclarés de syphilis, d'infections gonococciques et d'infections à *Chlamydia trachomatis* accuse une augmentation, laquelle confirme l'incidence accrue de ces infections au sein de la population québécoise.

Bien que présentant un excès significatif par rapport à la période 2012-2016, le nombre de cas de LGV a diminué en 2017 comparativement à 2016. Pour plus d'information, voir le document [Portrait ITSS et vigie rehaussée de la LGV : année 2016 \(et projections 2017\)](#).

Infections nosocomiales (NOSO)

Tableau 7. Nombre de cas déclarés selon le type d'évènement (infection ou éclosion) et taux brut d'incidence, année 2017 et période 2012-2016

| Évènement | 2017 | | Période 2012-2016 | |
|--|------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | N | Taux | N moyen | Taux |
| Infection | | | | |
| SARV (infection à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la vancomycine) | 0 | 0,00 | 2 | 0,02 |
| Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) | 21 | 0,25 | 10 | 0,12 |
| Variante de la MCJ (vMCJ) | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Éclosion¹ | | | | |
| Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) ² | 116 | s.o. ³ | 165 | s.o. ³ |
| <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM) | 1 | s.o. ³ | 4 | s.o. ³ |

1. Selon le [guide de saisie des données 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.
3. 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 et les infections à SARV sont rares (aucun cas rapporté en 2017).

Les 116 éclosions d'infection à ERV enregistrées en 2017 représentent une diminution par rapport à la période 2012-2016, dont le nombre moyen s'établit à 165. La durée moyenne des éclosions a également diminué, pour passer de 106 jours durant la période 2012-2016 à 57 jours en 2017.

Le nombre de cas de maladie de Creutzfeldt-Jakob, de 21, représente une augmentation par rapport à la moyenne de 2012-2016. Cela s'explique par le rappel du processus de déclaration au niveau provincial de même que par une meilleure collaboration entre les programmes de surveillance fédéral (ASPC) et provincial dans l'échange des informations.

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.gc.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 MADDO, 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 0, 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 2012-2016 au seuil de 5 %. Le test statistique vise à comparer le taux de l'année 2016 à celui de la période 2012-2016 au seuil de 5 % pour un test unilatéral. L'hypothèse nulle testée est que le taux de l'année 2017 est inférieur ou égal au taux de la période 2012-2016.
- 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 peut être sous-estimée. Aussi est-il plus juste de parler de taux brut de déclaration.