RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

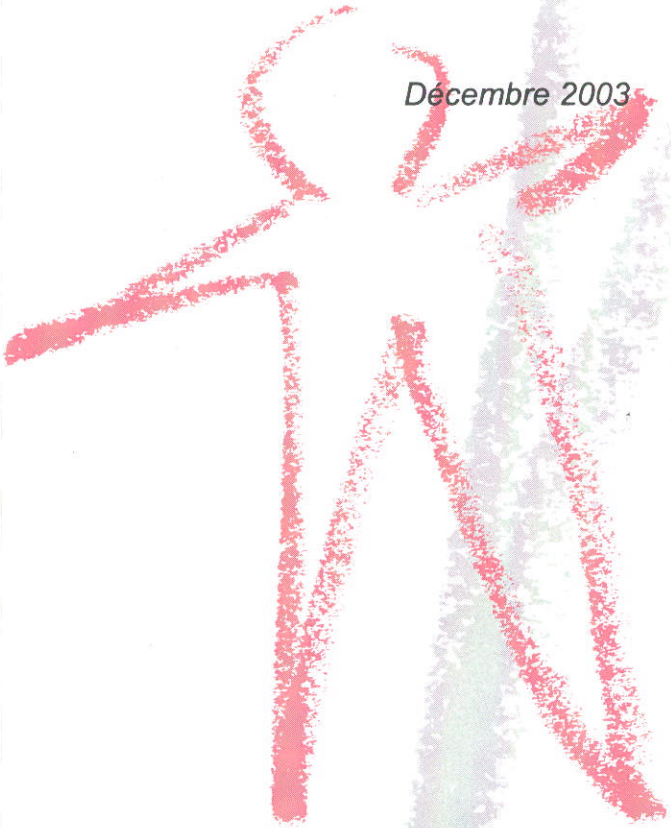
Maladies infectieuses

Rapport sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire

Région de Montréal-Centre

Année 2002

Unité Maladies infectieuses



Décembre 2003

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Garder notre monde en santé

Rapport sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire

Région de Montréal-Centre

Année 2002

Unité Maladies infectieuses

Décembre 2003

Une réalisation de l'Unité Maladies infectieuses
Centre universitaire de santé McGill, mandataire

Pour toute information méthodologique relative au rapport, s'adresser à Mme Lucie Bédard au (514) 528-2400, poste 3653.

Pour obtenir des copies supplémentaires, veuillez utiliser le bon de commande annexé à la fin du document.

Unité Maladies infectieuses
Direction de santé publique de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal Québec H2L 1M3
Tél. : (514) 528-2400
Télécopieur : (514) 528-2452
www.santepub-mtl.qc.ca

© Direction de santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2001)
Tous droits réservés

Dépôt légal : 4e trimestre 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89494-400-4



Nous sommes heureux de vous faire parvenir notre rapport annuel sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO) pour l'année 2002.

Le Directeur de santé publique est tenu par la Loi sur la santé publique d'exercer une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants. La surveillance est basée, entre autreS, sur l'obligation légale faite aux médecins, chefs de département de biologie médicale et aux directeurs de laboratoire de déclarer au Directeur de santé publique les cas de maladies dites à déclaration obligatoire. Elle contribue à la détection des problèmes prioritaires, dont les éclosions, l'identification des tendances temporelles et spatiales ainsi que des facteurs de risque et par là même permet de mettre en place des mesures de prévention, de protection et de contrôle. En ce sens, le présent rapport est un outil précieux pour tous les intervenants en santé publique.

Un important mandat légal des directions de santé publique (DSP) consiste donc en la surveillance épidémiologique des maladies infectieuses en collaboration avec la Direction générale de santé publique (DGSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Avec le souci de vous fournir un rapport statistique qui puisse être aussi, plus largement, un document de référence, notre rapport comporte les définitions nosologiques et les données sur la vaccination. Pour la deuxième année, nous vous offrons le rapport annuel dans une version .pdf, qui peut vous être acheminée par courriel.

Le Directeur

Richard Lessard, M.D.



Nous tenons à remercier tous les médecins ainsi que le personnel des laboratoires des centres hospitaliers, des laboratoires privés, du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et d'Héma-Québec qui ont déclaré des cas.

Nous remercions également tous les autres intervenants ayant signalé des cas, particulièrement les infirmiers et les infirmières scolaires, ceux et celles œuvrant en CLSC et en prévention des infections en milieu hospitalier, le personnel des services de garde à l'enfance, et le service d'inspection des aliments de la Ville de Montréal.

Nous remercions aussi tous les professionnels de santé publique ainsi que le personnel de soutien exerçant des activités de surveillance et de contrôle des maladies infectieuses.

Note :

La reproduction de ce document, en partie ou en totalité, est permise et même encouragée à la condition d'en citer la source. La formulation suggérée pour la référence est :

Bureau de surveillance épidémiologique, Unité Maladies infectieuses, Direction de santé publique, RRSSS de Montréal-Centre. Rapport sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Région de Montréal-Centre, année 2002, décembre 2003.

TABLE DES MATIÈRES

Mot du directeur i
Remerciements ii
Liste et signification des sigles et acronymes vi

INTRODUCTION 1

SECTION I : MÉTHODOLOGIE

1. Sources des données 5
2. Caractéristiques de référence 6
   - 2. 1 Temps
   - 2. 2 Lieu
   - 2. 3 Personne
3. Logiciels utilisés 9
4. Commentaires et limites d'interprétation 9

SECTION II : FAITS SAILLANTS ET FIGURES POUR DES MADO SÉLECTIONNÉES

1. HÉPATITES VIRALES

- 1. 1 Hépatite A 15
- 1. 2 Hépatite B aiguë 19
- 1. 3 Hépatite B chronique 23
- 1. 4 Hépatite C 27

2. MALADIES ENTÉRIQUES

- 2. 1 Campylobactériose 33
- 2. 2 *E. coli* O157:H7 37
- 2. 3 Fièvre typhoïde 41
- 2. 4 Salmonellose excluant la fièvre typhoïde 43
- 2. 5 Shigellose 49
- 2. 6 Yersiniose 53
- 2. 7 Et les autres infections entériques 55

3. MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

- 3. 1 Coqueluche 59
- 3. 2 Infections envahissantes à *Haemophilus influenzae* de type b 63
- 3. 3 Infections envahissantes à méningocoque 65
- 3. 4 Rougeole 69
- 3. 5 Rubéole et rubéole congénitale 71
- 3. 6 Et les quatre autres 73

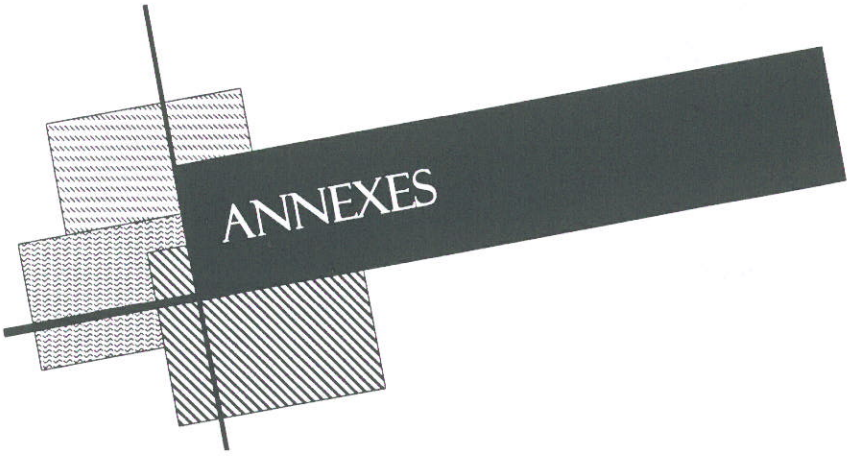
4. INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS)

- 4. 1 Infections à *Chlamydia trachomatis* 77
- 4. 2 Infections gonococciques 81
- 4. 3 Syphilis primaire, secondaire et latente précoce 85
- 4. 4 Autres ITS 87

5. TUBERCULOSE 93

6. ET LES AUTRES MADO NON REGROUPÉES 99

7. Nombre de déclarations de cas de MADO chez des résidants de l'île de Montréal, par laboratoire déclarant, Région de Montréal-Centre - 1999 à 2002 105



Annexe 1 Nombre de cas par année et incidence annuelle

Annexe 2 Nombre de cas par mois et incidence mensuelle

Annexe 3 Nombre de cas et incidence selon le groupe d'âges

Annexe 4 Nombre de cas et incidence selon le groupe d'âges et le sexe

Annexe 5 Nombre de cas et incidence par territoire de CLSC

Annexe 6 Rang des MADO, pour Montréal-Centre, la province de Québec hors Montréal-Centre et le Canada

Annexe 7 Population par groupe d'âges et de sexe, région de Montréal-Centre et province de Québec

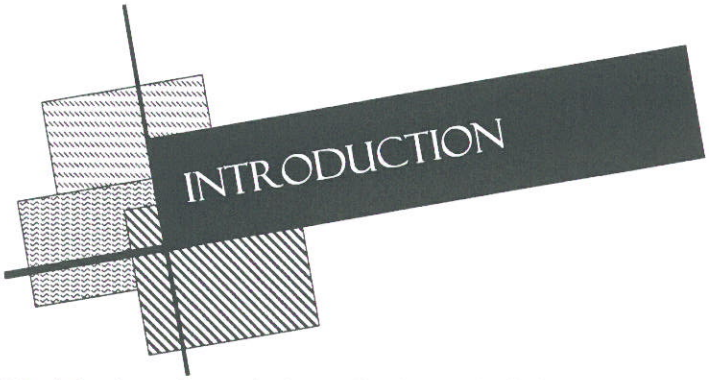
Formulaire d'achat du rapport



CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CLSC	Centre local de services communautaires
CQCS	Centre québécois de coordination sur le sida
DGSP	Direction générale de santé publique
DSP	Direction de santé publique
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
HAV	Hépatite virale A
HBV	Hépatite virale B
HCV	Hépatite virale C
LLCM	Laboratoire de lutte contre la maladie
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NG	*Neisseria gonorrhoeae*
NGPP	NG producteur de pénicillinase
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise

Ce rapport a été produit par le Bureau de surveillance épidémiologique (BSE) de l'Unité Maladies infectieuses de la direction de santé publique (DSP) de la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) de Montréal-Centre. Lucie Bédard, coordonnatrice du BSE, était responsable du rapport. Les docteurs Robert Allard, Anne Bruneau, Joseph Cox, Doris Deshaies, Klaus Jochem, Gilles Lambert, Paul Rivest, et Michèle Tremblay ont collaboré à la rédaction du texte.

Christine Savard et Louise Marcotte, programmeures, ont créé les tableaux et les figures; Agnès Beaume, secrétaire, a fait la conception graphique a assuré l'édition du texte.



La surveillance épidémiologique des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO) est un des mandats des DSP des RRSSS. Elle est accomplie en collaboration avec la DGSP du MSSS.

Les DSP des différentes régions de la province exercent cette fonction avec la collaboration des médecins, des laboratoires des centres hospitaliers et des autres laboratoires publics et privés, dont le LSPQ et les centres transfusionnels d'Héma-Québec, de qui la déclaration est requise selon la Loi sur la santé publique et ses règlements ministériels d'application. De nombreux autres partenaires, soit les établissements de soins, dont les centres hospitaliers et les centres locaux de services communautaires (CLSC), et les infirmiers et infirmières oeuvrant dans divers domaines participent également à cette activité.

À titre de rétroinformation, le BSE de l'Unité Maladies infectieuses de la DSP de Montréal-Centre a produit ce rapport décrivant le profil des MADO dans la région de Montréal-Centre pour l'année 2002. Il s'agit d'un portrait descriptif global de l'ensemble de ces MADO et d'une description plus détaillée d'une vingtaine de celles-ci.

Ce document est divisé en deux sections. La première décrit la méthodologie utilisée pour les calculs et aborde les limites d'interprétation des données. La deuxième présente sous forme visuelle (graphiques et cartes) le profil de certaines maladies, regroupées en cinq classes, soit : hépatites virales, maladies entériques, maladies évitables par la vaccination (incluant les infections envahissantes à méningocoque), infections transmissibles sexuellement et tuberculose. Sont ajoutés des commentaires et des informations complémentaires comme les définitions nosologiques et des données vaccinales lorsqu'approprié. Le document est fortement inspiré de la publication annuelle des *Centers for Disease Control and Prevention*, intitulé *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*. Les annexes contiennent les tableaux des nombres de cas et des taux d'incidence selon les caractéristiques de temps, de lieu et de personne.

Nous espérons que ce rapport servira de référence et de base de comparaison pour les années futures et qu'il sera utile aux responsables des programmes de contrôle et de prévention de ces maladies.

Les lecteurs sont invités à transmettre leurs commentaires et suggestions au moyen du formulaire disponible à la fin du document. Ils sont également invités à consulter le site Internet de la santé publique de Montréal-Centre où se trouvent les statistiques périodiques des MADO pour notre région, mises à jour toutes les quatre semaines (http//www.santepub-mtl.qc.ca).




SECTION 1
MÉTHODOLOGIE



1. Sources des données

Les données ayant servi à la production du présent rapport proviennent principalement du fichier central MADO du MSSS. Elles concernent les cas déclarés au cours de l'année 2002, demeurant dans la région de Montréal-Centre. Tous les cas recensés répondent à la définition de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale[1]. Les données de 1990 à 2000 proviennent également de ce fichier, tandis que celles antérieures à 1990 ont été fournies par le BSE de Montréal-Centre.

Les données canadiennes proviennent de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP) d'Ottawa[2]. Elles incluent seulement celles de 1985 à 1999, les données ultérieures finales n'étant pas disponibles. Les statistiques américaines ont été tirées d'une publication des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) d'Atlanta[3] et incluent les données de 1985 à 2002.

Pour les données de 1985 à 1989 inclusivement, les dénominateurs populationnels pour la région de Montréal-Centre proviennent du recensement de 1986 de Statistique Canada. Les chiffres du recensement de 1996, provenant du service des études opérationnelles et données statistiques du MSSS, ont été utilisés pour les années 1990 à 2002.

Les taux présentés ne sont pas standardisés pour l'âge ou le sexe.

Les données provinciales proviennent du fichier central du MSSS, les données canadiennes du LLMC, les données américaines des CDC d'Atlanta.

Les statistiques démographiques proviennent de Statistique Canada et du MSSS.

---

[1] Relevé des maladies transmissibles au Canada, vol. 2653, mai 2000 [http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc/00pdf/cdr26s3f.pdf]

2 Santé Canada, Maladies à déclaration obligatoire en direct, [En ligne], 1999, [http://dsol-smed.hc-sc.gc.ca/dsol-smed/ndis/c_dis_f.html]

3 CDC. Summary of notifiable diseases, United States, 2002. MMWR [En ligne] [http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5053.pdf]

2. Caractéristiques de référence

2.1 Temps

Les cas sont classés dans le temps selon la date de réception de chaque déclaration à la Direction de santé publique.

Les cas sont classés dans le temps selon la date de réception de chaque déclaration à la DSP. Pour les déclarations transmises à la DSP d'une autre région et acheminées ensuite à celle de résidence des cas, la date de réception à la première DSP a été retenue. Cette convention a été établie car cette information est toujours disponible et permet une compilation uniforme dans les différents secteurs géographiques. Néanmoins, à cause des délais entre la date de début de la maladie et la date de réception de la déclaration, les cas sont déplacés vers la droite dans le temps par rapport à leur date de début.

Les périodes de référence sont l'année de calendrier (i.e. 1er janvier au 31 décembre) et les 12 mois de l'année.

En raison de l'ajustement de fin de période et de l'utilisation des données des années 1990 à 2000 mises à jour ultérieurement, il est possible que certains chiffres du présent rapport ne concordent pas exactement avec ceux disponibles dans la librairie électronique du fichier MADO ou dans d'autres rapports produits en d'autres circonstances.

2.2 Lieu

Les cas sont comptés selon le lieu de résidence au moment de la réception de la déclaration.

Les cartes représentant le nombre de cas et le taux d'incidence sont découpées selon les frontières des CLSC (voir carte maîtresse à la page 8).

Les cas sont comptés selon le lieu de résidence au moment de la réception de la déclaration. Les cas dont le secteur précis de résidence (i.e. code postal ou territoire de CLSC) n'est pas connu sont assignés par défaut à la région de Montréal-Centre.

Dans les graphiques, les chiffres d'incidence de Montréal-Centre sont comparés à ceux du reste du Québec excluant Montréal-Centre. Les chiffres du Canada (incluant la province de Québec) et ceux des États-Unis, lorsque disponibles, sont parfois fournis

à titre d'information. Les chiffres absolus et les taux d'incidence selon les territoires de CLSC de résidence sont fournis dans les tableaux en annexe.

Les cartes représentant le nombre de cas et le taux d'incidence - pour les cas dont le CLSC de résidence est connu - sont découpées selon les frontières des CLSC (voir carte maîtresse à la page 8). Les points indiquant chacun un cas sont distribués de façon aléatoire à l'intérieur de l'aire du CLSC et non pas selon leurs positions géographiques exactes.

2.3 Personne

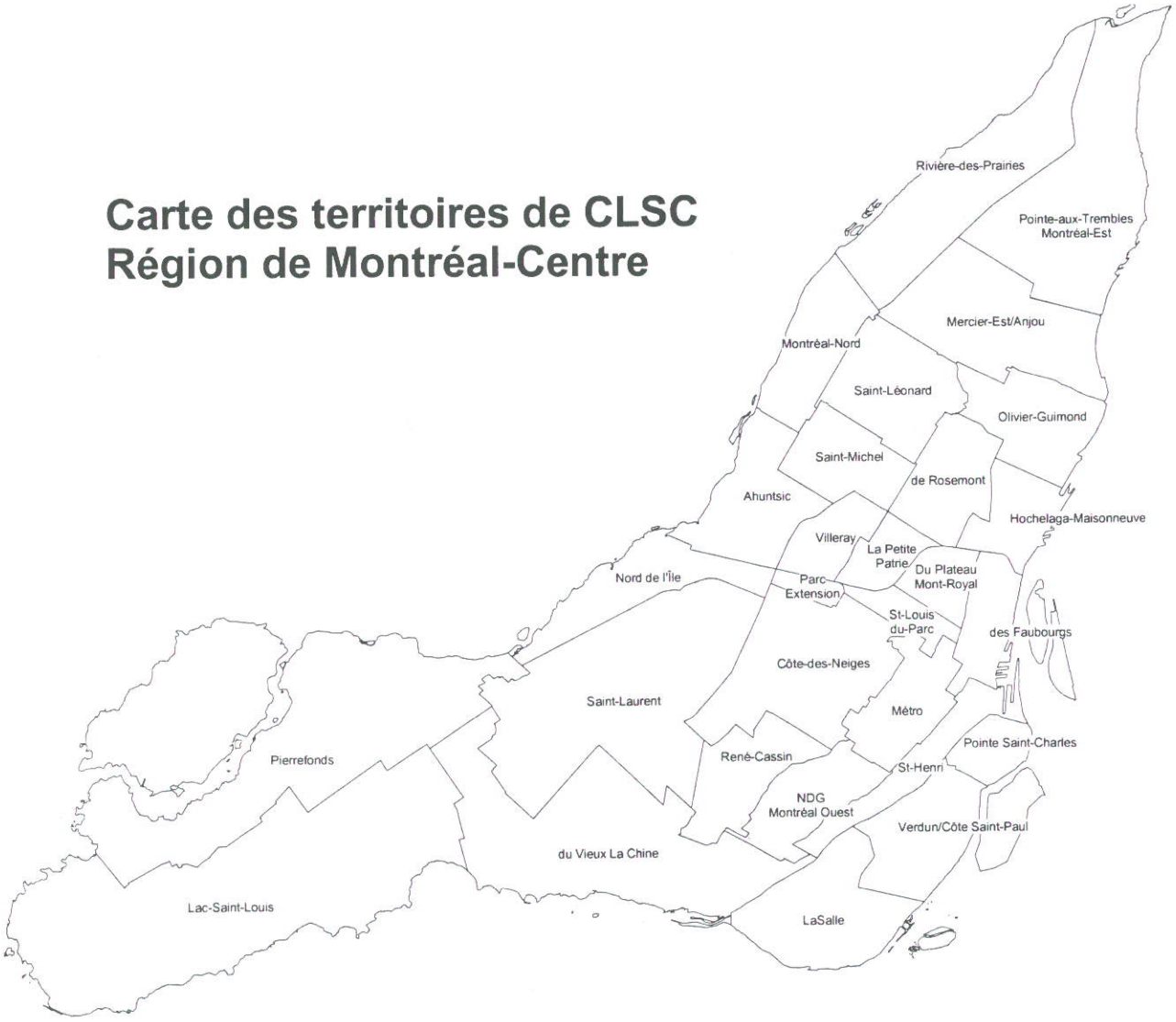
Les groupes d'âges correspondent à ceux habituellement utilisés dans les rapports officiels de divers organismes, dont le MSSS et la DGSPSP.

2.4 Les définitions nosologiques

Les définitions nosologiques sont les nouvelles, publiées en 2001 par le MSSS. Elles diffèrent légèrement des précédentes pour quelques maladies, soit :

Brucellose	ajout d'une catégorie clinique
Hépatite B	ajout d'une nouvelle catégorie de cas confirmé
Infection à *H. influenzae*	retrait de la catégorie clinique
Légionellose	retrait de la catégorie clinique
Oreillons	retrait de la catégorie clinique
Rougeole	retrait de la catégorie clinique
Rubéole	retrait de la catégorie clinique
Tuberculose	ajout du test PCR pour les cas confirmés

Carte des territoires de CLSC
Région de Montréal-Centre



3. Logiciels utilisés

Les logiciels suivants ont été utilisés : SAS (version 8.02) pour l'analyse, MapInfo (version 6.0) pour la cartographie, ainsi que Excel 2000 pour les graphiques.

4. Commentaires et limites d'interprétation

Le lecteur doit tenir compte de plusieurs facteurs dans l'interprétation des données sur les MADO. Les variations constatées sont souvent bien réelles et peuvent refléter le caractère naturellement cyclique de certaines infections, l'émergence d'un nouveau problème ou l'impact d'une intervention de santé publique, telle que l'introduction ou l'intensification d'un programme d'immunisation ou une campagne de sensibilisation et d'éducation sanitaire. Néanmoins, certains éléments inhérents à la surveillance épidémiologique et au système de déclaration passive peuvent modifier l'image réelle de la situation.

Il peut y avoir un biais de détection des cas. Par exemple, les personnes aux extrêmes d'âges (i.e. nourrissons et personnes âgées) sont parfois plus enclines à consulter un médecin ou plus susceptibles de subir des analyses de confirmation en laboratoire (ex. : maladies entériques). En contrepartie, des infections asymptomatiques ou sub-cliniques peuvent survenir et ne pas être détectées, sous-estimant ainsi le risque, en particulier dans certains groupes d'âges (ex. : hépatites virales A et B chez les enfants).

Les personnes aux extrêmes d'âges sont parfois plus enclines à consulter un médecin ou plus susceptibles de subir des analyses de confirmation en laboratoire et d'être déclarées.

Pour certaines maladies infectieuses, le taux de cas déclarés représente une combinaison d'incidence et de prévalence plutôt qu'une réelle incidence, car plusieurs cas asymptomatiques sont découverts lors d'un dépistage (ex. : infections à *Chlamydia trachomatis*, giardiase et hépatites virales B et C).

Pour certaines maladies infectieuses, le taux de cas déclarés représente une combinaison d'incidence et de prévalence plutôt qu'une réelle incidence.

L'existence d'un programme de contrôle (ex. : tuberculose pulmonaire, hépatites virales A et B) peut stimuler la déclaration. En contrepartie, au fur et à mesure qu'une

maladie devient moins rare, l'intérêt des cliniciens pour celle-ci peut s'émousser entraînant ainsi un plafonnement, voire une diminution dans la fréquence des cas déclarés.

La proportion des cas déclarés peut dépendre de la fréquence de survenue ou du degré de sévérité d'une maladie. Par exemple, il y a lieu de croire que la plupart des cas d'infection envahissante à *Haemophilus influenzae* de type b et à *Neisseria meningitidis* sont effectivement déclarés.

Certaines MADO étaient à déclaration anonyme selon les Règlements (ex. : infections gonococciques et syphilis) ou étaient parfois déclarées de façon non nominale par certains médecins bien qu'elles aient été à déclaration nominale (ex. : infections à *Chlamydia trachomatis* et hépatites virales A et B). Ceci a pu entraîner une duplication des cas ainsi qu'une assignation des cas selon le secteur de diagnostic plutôt que celui de résidence. Ces éléments peuvent, selon la maladie, nous mener à surestimer ou sous-estimer l'incidence et causer une distorsion dans la distribution des facteurs de risque[4].

La déclaration anonyme peut entraîner une duplication des cas ainsi qu'une assignation des cas selon le secteur de diagnostic plutôt que celui de résidence. Ces éléments peuvent, selon la maladie, nous mener à surestimer ou sous-estimer l'incidence et causer une distorsion dans la distribution des facteurs de risque.

La proportion des cas déclarés par les laboratoires et les médecins n'a pas fait l'objet d'une évaluation globale au niveau régional. Il est très probable qu'il y ait une sous-déclaration, en particulier des maladies dont le diagnostic dépend principalement de critères cliniques (ex. : coqueluche). Le taux de déclaration ainsi que la qualité des données recueillies peuvent s'être améliorés au fil des ans, surtout pour les maladies diagnostiquées par analyse de laboratoire. Le nombre de cas déclarés par les laboratoires peut aussi dépendre de l'accessibilité des tests de laboratoire pour les médecins cliniciens, qui peut varier dans le temps.

En comparant les taux entre les régions, il faut tenir compte du fait qu'ils n'ont pas été standardisés. Il est possible que pour certaines maladies ayant une

[4] Alter MJ, Mares A, Hadler SC et al. The effect of underreporting on the apparent incidence and epidemiology of acute viral hepatitis. Am J Epidemiol 1987;125(1):133-9.

prédilection pour des groupes d'âges spécifiques (ex. : maladies entériques et maladies évitables par la vaccination), les différences observées entre les taux bruts soient imputables, au moins en partie, à la répartition de la population par strates d'âges dans les différentes régions. Des tableaux de la répartition de la population par groupes d'âges et selon le sexe pour la région de Montréal-Centre ainsi que pour la province sont disponibles à l'annexe 7.

Enfin, lors de la comparaison des chiffres entre les régions ou les pays, il faut se souvenir qu'une part des différences peut être due à des méthodes de surveillance différentes (ex. : critères de définitions de cas différents, détection de cas plus ou moins active, etc.).

En comparant les taux entre les régions, il faut tenir compte du fait qu'ils n'ont pas été standardisés.

Malgré les éléments précités et la faible sensibilité de la surveillance de certaines maladies, les tendances temporelles des MADO fournissent des indices précieux sur ces maladies ainsi que sur l'impact global des programmes de contrôle et de prévention.

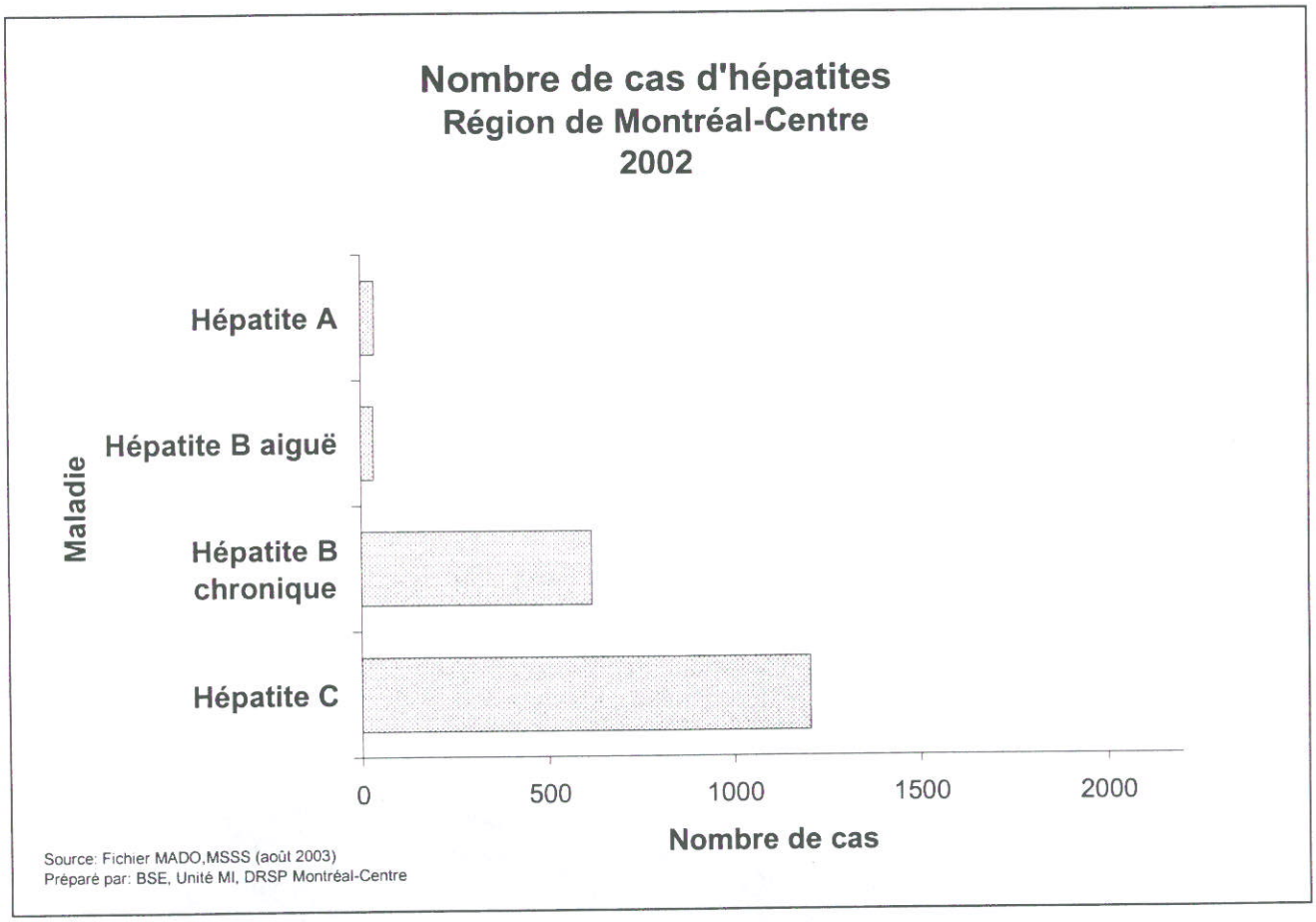
Note Les chiffres sur le sida du présent rapport ne concordent pas avec ceux de la Direction de la protection de la santé publique du MSSS, qui sont produits par le Service de lutte contre les infections transmises sexuellement et par le sang (SLITSS). Entre autres raisons, le mode de compilation (par date de diagnostic) est différent de celui du fichier MADO (par date de réception de la déclaration). Le lecteur devrait se référer aux statistiques diffusées par le SLITSS pour de plus amples détails, en consultant les documents sur les ITS – VIH / sida au site du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS)
(http://206.167.52.41/sujets/prob_sante/mts_vih_sida.html) et en particulier les documents référentiels produits par le SLITSS dont « Portrait de l'infection par le VIH et du sida au Québec » - Décembre 2002
(http://206.167.52.41/sujets/prob_sante/mts_vih_sida.html)



SECTION 2
FAITS SAILLANTS ET FIGURES POUR DES MADO SÉLECTIONNÉES

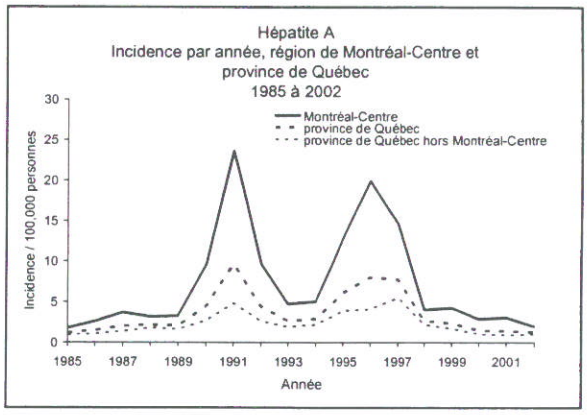


1. HÉPATITES VIRALES

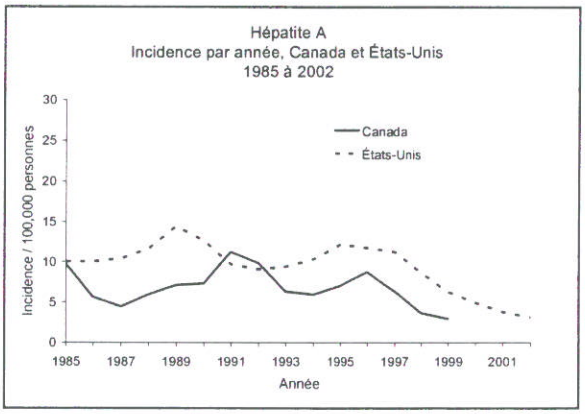

Nombre de cas d'hépatites
Région de Montréal-Centre
2002
Maladie
Hépatite A
Hépatite B aiguë
Hépatite B chronique
Hépatite C
0
500
1000
1500
2000
Nombre de cas
Source: Fichier MADO,MSSS (août 2003)
Préparé par: BSE, Unité MI, DRSP Montréal-Centre

1.1 HÉPATITE A

En 2002, 36 cas d'hépatite A ont été déclarés. Ceci représente une diminution de 20 cas par rapport à l'année 2001. L'incidence montréalaise annuelle est la plus basse enregistrée. Elle atteint deux cas par 100 000 alors que l'incidence de l'hépatite A du reste de la province est à environ un cas par 100 000.

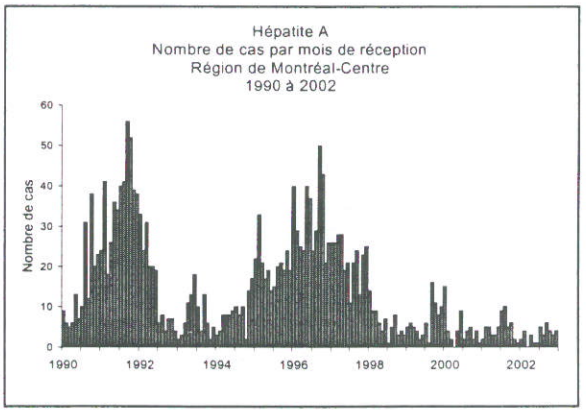


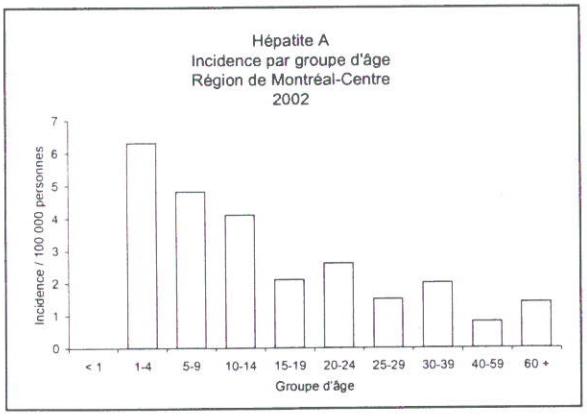
Sans parler de saisonnalité, on remarque que la deuxième moitié de l'année a recueilli 25 cas par rapport à 11 cas déclarés au cours des six premiers mois. Les mois durant lesquels le plus de déclarations ont été enregistrées sont juillet et septembre avec respectivement cinq et six cas.



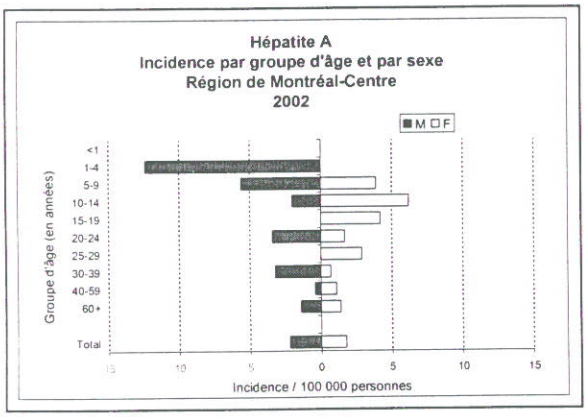
DÉFINITION NOSOLOGIQUE
HÉPATITE A
Cas confirmé
Détection sérologique d'anti-VHA IgM (1)
Cas clinique
Présence des trois conditions suivantes:
1. manifestations cliniques suggestives d'hépatite aiguë (ex.: ictère, urines foncées) ou augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT; et
2. lien épidémiologique avec un cas confirmé d'hépatite A; et
3. aucune autre cause apparente.

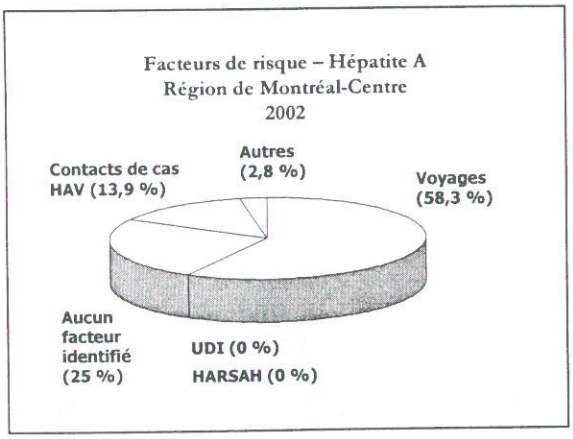
NOTE EXPLICATIVE
(1) En présence de vaccination récente contre l'hépatite A, la détection d'anti-VHA IgM chez un individu devra être appuyée par des manifestations cliniques suggestives et un lien épidémiologique avec un cas confirmé.





Chez les moins d'un an, on ne retrouve aucun cas. Pour les autres groupes d'âges, l'incidence la plus élevée se situe chez les plus jeunes, notamment les 1-14 ans. Dans l'ensemble, le groupe d'âges se situant entre 1 et 4 ans est le plus touché (6,3 / 100 000) ; les cas étant tous des garçons, l'incidence dans ce groupe d'âges pour le sexe masculin grimpe à 12,4 cas par 100 000. Les hommes de 20-24 ans et de 30-39 ans demeurent au dessus de l'incidence moyenne et se retrouvent à plus de trois cas par 100 000. Tout comme en 2001, on retrouve presque autant de cas chez les femmes (n=17) que chez les hommes (n=19). Le groupe d'âges le plus touché chez les femmes se situe chez les 10-14 ans (6,2 / 100 000) suivi par les 15-19 ans (4,2 / 100 000).





L'information sur le facteur de risque est disponible pour les 36 cas. Le facteur de risque le plus fréquent est le « voyage en zone endémique » avec près de 60 % des cas (21 / 36) ; cette proportion relative est la plus élevée de la dernière décennie. Par contre, les autres années de la dernière décennie ont comporté plus de cas en nombre absolu pour ce facteur de risque, sauf en 1999 où on dénombre 15 cas. Pour la première année depuis 1991, aucun cas n'a été retrouvé avec le facteur « hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) » ni chez les utilisateurs de drogues. Le facteur de risque « contact de cas » a été identifié chez cinq cas (14 %). Chez neuf cas, aucun facteur de risque n'a été trouvé; il s'agit de la proportion (25 %) la plus élevée des dix dernières années même si, en nombres absolus, il s'agit du nombre le plus bas.

L'incidence la plus élevée d'hépatite A se trouve sur le territoire du CLSC St-Henri (7,5 / 100 000). Le CLSC Villeray a la deuxième plus haute incidence, soit 6,6 cas par 100 000. Il faut toutefois mentionner qu'il s'agit de petits nombres, par exemple sur le territoire du CLSC de St-Henri, il n'y a eu que deux cas. Le territoire du CLSC des Faubourgs, qui avait la plus haute incidence en 2001, n'a eu aucun cas en 2002 tout comme les CLSC de Rosemont, du Plateau Mont-Royal, Lac-Saint-Louis, Parc Extension, Pierrefonds, Pointe Saint-Charles, René-Cassin, Rivière-des-Prairies, St-Louis-du-Parc et Verdun/Côte St-Paul.

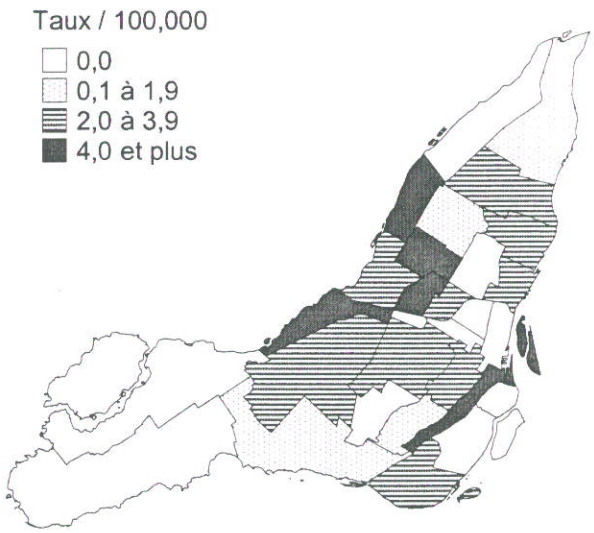
Hépatite A
Région de Montréal-Centre
2002

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 0,0% (0/36) des cas.

Incidence selon le territoire de CLSC

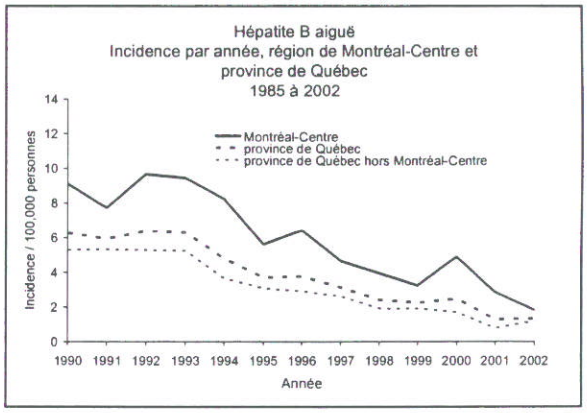


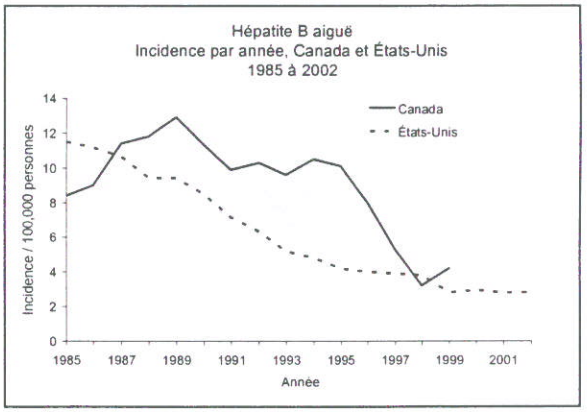
L'objectif des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* concernant l'hépatite A, qui consiste en une diminution de 50 % des cas, a été largement atteint à Montréal, passant de 265 cas en 1997 à 36 cas en 2002. De plus, l'année 2002 est la première année où les facteurs de risque « hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes » et « utilisateurs de drogues » n'ont été retrouvés chez aucun cas. Il faut demeurer vigilants pour le contrôle à long terme de cette maladie afin que les groupes pouvant bénéficier de la vaccination gratuite continuent de se faire vacciner. Le nombre de cas où le virus a été acquis lors de voyage en pays endémiques représente la plus grande proportion des cas. En 2002, nous n'avons pas eu d'interventions élaborées pour prévenir des cas secondaires suite à la survenue de cas chez des manipulateurs d'aliments. Cependant, nous ne sommes pas à l'abri de cette éventualité. En 2002, le facteur de risque n'a pas été identifié chez 25 % des cas (n=9) ; il faut continuer à faire les enquêtes épidémiologiques de façon rigoureuse pour pouvoir, dans la mesure du possible, identifier la source de l'infection.

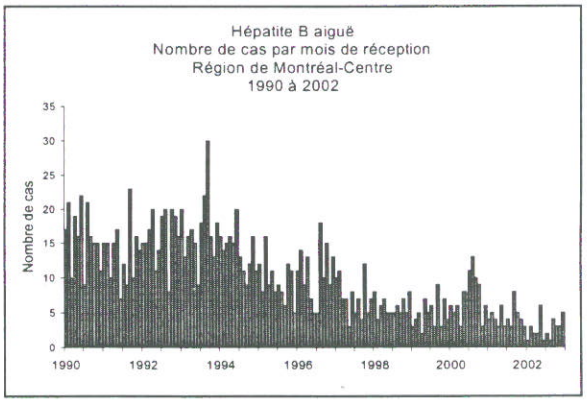
Entre le 1er avril 2002 et le 31 mars 2003, 1 429 doses de vaccin contre l'hépatite A et 7 506 doses de vaccin combiné contre les hépatites A et B ont été administrées. La vaccination, notamment avec le vaccin combiné, a connu une augmentation appréciable.

1.2 HÉPATITE B AIGUË

En 2002, 33 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés et représentent la plus faible incidence jamais notée. L'incidence annuelle d'hépatite B aiguë a été continuellement en baisse depuis 1996, sauf en 2000. L'incidence en 2002 (1,8 / 100 000) est la plus basse jamais enregistrée et est quatre fois plus faible que ce qu'elle était en 1990. Ces tendances générales sont similaires à celles retrouvées pour l'ensemble du Québec et pour la province excluant la région de Montréal. Il semble cependant qu'en 2002 la province de Québec a vu légèrement augmenter le taux d'incidence d'hépatite B aiguë. Le Canada a des taux d'incidence d'hépatite B aiguë à la baisse depuis 1989, mais ces taux ont tendance à remonter légèrement depuis 1998. Les États-Unis ont des taux relativement stables d'hépatite B aiguë depuis 3 ans.







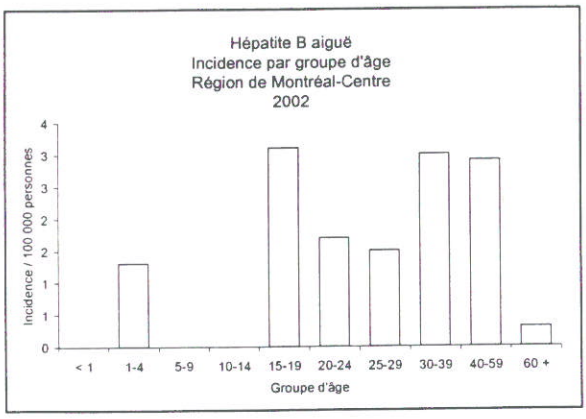
DÉFINITION NOSOLOGIQUE
HÉPATITE B AIGUË

Cas confirmé

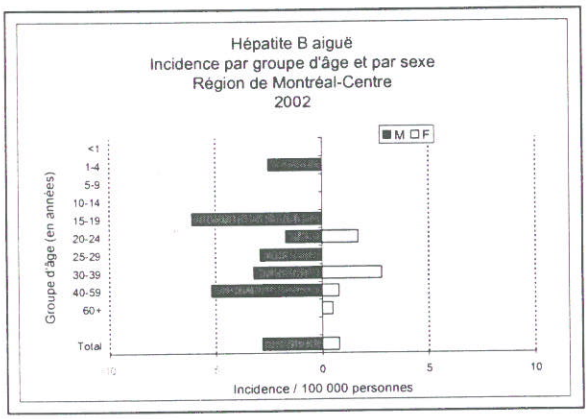
Détection sérologique d'anti-HBc IgM et d'HBsAg;
OU
Présence des trois conditions suivantes:
1. manifestations cliniques suggestives d'hépatite aiguë (ex.: ictère, urines foncées) ou augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT; et
2. détection sérologique d'HBsAg associée à une recherche négative des anti-VHA IgM; et
3. aucune autre cause apparente.
OU
Nourrisson chez qui on a décelé la présence d'HBsAg et qui est né d'une mère HbsAg positive.

Cas clinique

Présence des trois conditions suivantes:
1. manifestations cliniques suggestives d'hépatite aiguë (ex.: ictère, urines foncées) ou augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT; et
2. détection sérologique d'HbsAg alors que l'anti-VHA IgM n'a pas été recherché ou que le résultat n'est pas disponible; et
3. aucune autre cause apparente.



Cette année, les groupes d'âges qui présentent une incidence plus élevée d'hépatite B aiguë sont les 15-19 ans (3,1 / 100 000, soit trois cas), suivi de très près des 30-39 ans (3,0 / 100 000) et des 40-59 ans (2,9 / 100 000). Un enfant d'un an a acquis une hépatite B dans sa première année de vie et probablement au moment de sa naissance. La survenue d'un cas est inquiétante compte tenu du risque élevé qu'un enfant infecté par le virus de l'hépatite B avant l'âge d'un an demeure porteur chronique du virus et développe, conséquemment, des séquelles à l'âge adulte.



L'incidence est plus de trois fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (2,8 / 100 000 vs 0,8 / 100 000), et ce, pour tous les groupes d'âges. Cet écart est moins important qu'en 2001 (où l'écart était de plus de 400 %) mais continue à progresser en comparaison, par exemple, avec 1999, année où les taux d'incidence chez les hommes étaient deux fois plus élevés que chez les femmes. Seuls les groupes d'âges des 30-39 ans et des 20-24 ont les mêmes taux pour les deux sexes, ou des taux très apparentés.

Neuf personnes ayant acquis une hépatite B aiguë en 2002 ne rapportent aucun facteur de risque durant la période d'incubation de la maladie, c'est-à-dire jusqu'à 6 mois avant le début des symptômes. Par contre, 10 personnes rapportent avoir eu des partenaires sexuels multiples au cours des six derniers mois, 5 hommes rapportent avoir eu des relations sexuelles avec d'autres hommes, 3 personnes ont eu un partenaire sexuel qui avait des facteurs de risque d'hépatite B et une personne a eu des relations sexuelles avec une autre personne infectée par le virus. Quatre personnes disent avoir consommé des drogues (injectables ou non). Le jeune enfant d'un an est né d'une mère porteuse de l'hépatite B et, malgré une vaccination reçue dans une autre province qui semble adéquate, a acquis l'infection.

Il est à noter qu'un jeune enfant de moins d'un an est actuellement classé comme hépatite B non précisée. Ce jeune enfant a été adopté à l'âge de 5 mois et a eu un diagnostic d'hépatite B à l'âge de 7 mois. On ne connaît pas le statut de la mère mais il est très probable que sa mère était porteuse du virus, habitant dans un pays à forte endémicité pour l'hépatite B.

Le CLSC des Faubourgs présente le taux d'incidence le plus élevé de la région de Montréal, soit 17,6 cas par 100 000, et près de 10 fois plus important que l'incidence de toute la région de Montréal. Ce CLSC compte à lui seul 25 % de tous les cas de l'île de Montréal, soit huit cas. Par ailleurs, cinq CLSC ont des taux d'incidence d'hépatite B aiguë qui se situent entre 4 et 9,9 cas par 100 000. Ces CLSC sont : Pointe Saint-Charles (7,6 / 100 000), Saint-Michel (5,4 / 100 000), Olivier-Guimond (4,9 / 100 000) Hochelaga-Maisonneuve (4,4 / 100 000) et La Petite Patrie (4,2 / 100 000).

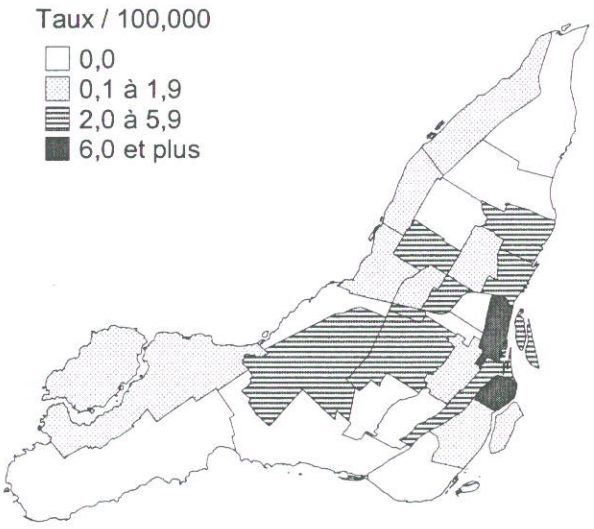
Hépatite B aiguë
Région de Montréal-Centre
2002

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 0,0% (0/33) des cas.

Incidence selon le territoire de CLSC





1.3 HÉPATITE B CHRONIQUE

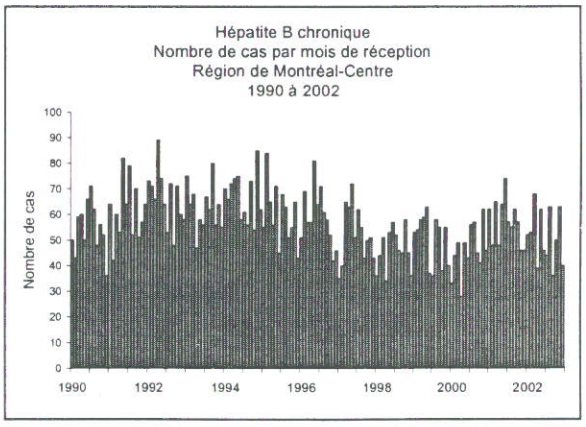
En 2002, 616 cas d'hépatite B chronique ont été déclarés. Une déclaration d'hépatite B chronique signifie que pour la première fois pour 616 personnes, un diagnostic d'hépatite B chronique a été déclaré à la DSP en 2002. Ces chiffres ne signifient pas que l'hépatite B est nécessairement survenue durant cette année. Dans la région de Montréal, la majorité des déclarations d'hépatite B chronique origine de personnes immigrantes ou réfugiées provenant de pays où la fréquence de l'infection est très forte et où l'hépatite B aiguë est acquise en bas âge pour se chroniciser par la suite.

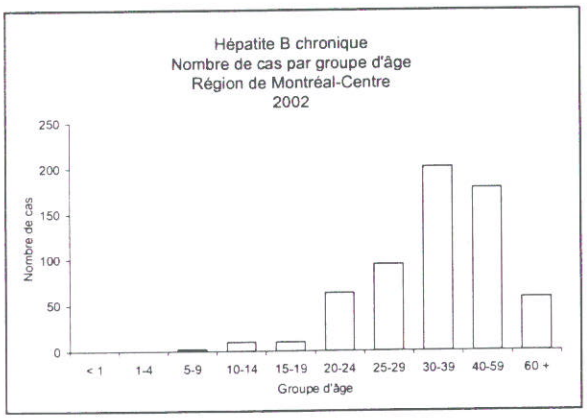
Le nombre de cas d'hépatite B chronique, en 2002 a diminué légèrement par rapport à l'année 2001, année où on avait noté une augmentation de 20 % par rapport à l'année 2000 modifiant alors une tendance à la baisse observée depuis 1994. Cette diminution persiste aussi en incluant comme cas d'hépatite B chronique probable les hépatites « non précisées »; c'est-à-dire des hépatites pour lesquelles le statut de chronicité ne peut être établi au moment où sont fournies les dernières données.

DÉFINITION NOSOLOGIQUE
HÉPATITE B PORTEUR CHRONIQUE

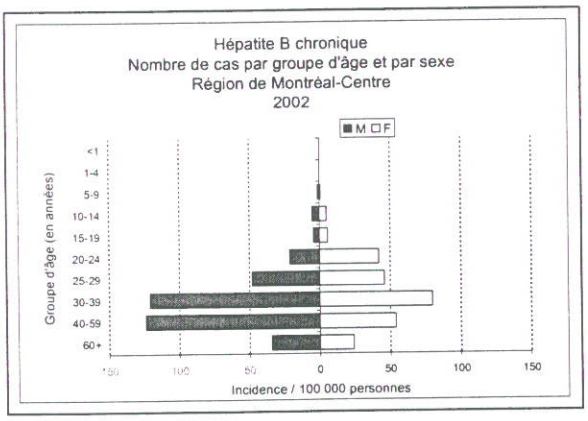
Cas confirmé
Détection à deux reprises d'HBsAg à au moins six mois d'intervalle.

Cas clinique
Présence d'une des deux conditions suivantes:
1. détection sérologique d'HBsAg chez une personne déclarée comme «porteur», «porteur chronique» ou «porteur sain» par un médecin; ou
2. détection sérologique d'HBsAg chez une personne asymptomatique.





Les groupes d'âges qui présentent les nombres de cas les plus élevés de déclarations d'hépatite B chronique sont les 30-39 ans (n=201), les 40-59 ans (n=178) suivis de loin par les 25-29 ans (n=94).

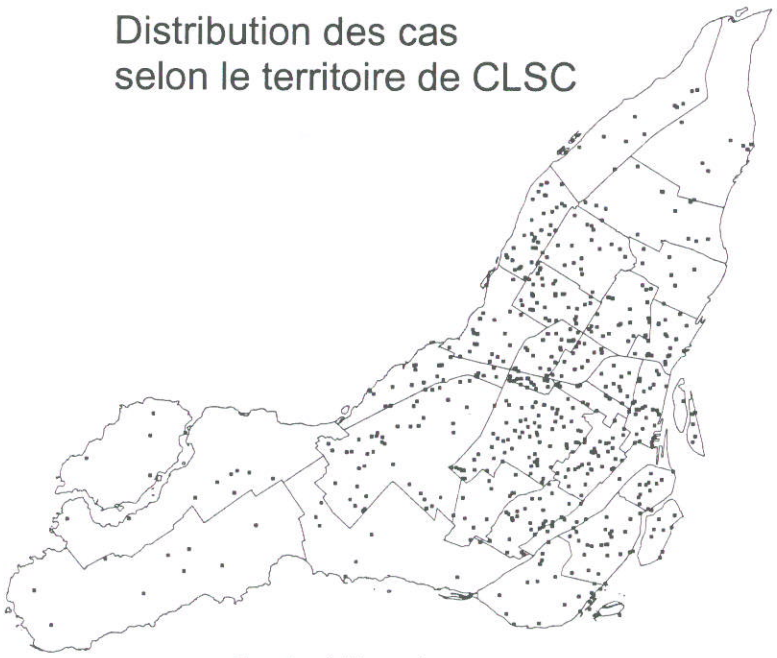


De façon similaire aux années précédentes, le nombre de cas est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (358 cas vs 258), et ce, pour la majorité des groupes d'âges. En 2002, seules les femmes de 15-19 ans et 20-24 ans ont eu plus fréquemment un nouveau diagnostic d'hépatite B chronique que les hommes.

Les CLSC Côte-des-Neiges, Métro, Montréal-Nord, Saint-Laurent, Saint-Michel et Verdun / Côte-St-Paul sont les CLSC avec le plus grand nombre de cas déclarés chez des résidants de leur territoire. La plupart d'entre eux ont une forte population immigrante en provenance de pays où l'hépatite B est endémique.

Hépatite B chronique
Région de Montréal-Centre
2002

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 0,6% (4/616) des cas.



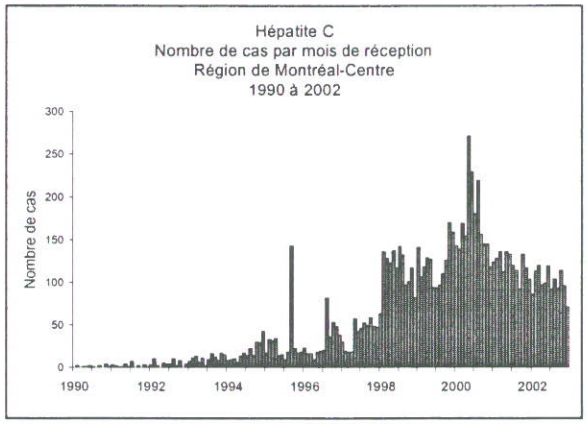
1.4 HÉPATITE C

DÉFINITION NOSOLOGIQUE
HÉPATITE C NON PRÉCISÉE
Cas confirmé
Chez le sujet âgé d'un an et plus pour lequel l'information disponible ne permet pas de le classer comme cas aigu, présence d'une des deux conditions suivantes :
1. détection sérologique de l'anti-VHC confirmée par des tests complémentaires (EIA, RIBA); ou
2. détection de l'ARN du VHC par RT-PCR.

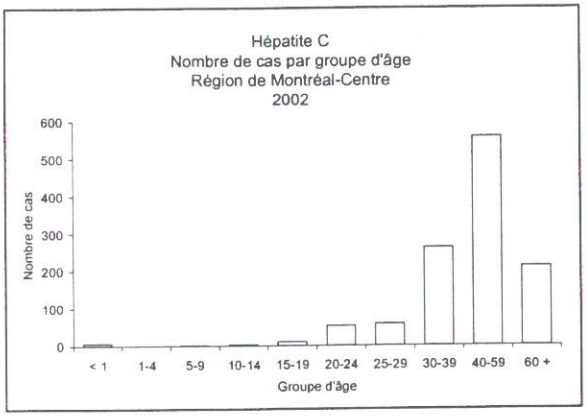
L'infection par le virus de l'hépatite C est rarement diagnostiquée dans la phase aiguë, à cause de sa présentation non spécifique et fréquemment asymptomatique. On estime que l'infection est asymptomatique chez plus de 90 % des personnes nouvellement infectées. Par contre, presque 80 % des personnes infectées comme adultes vont développer une hépatite chronique. Ces deux constats, et le fait qu'il n'y a pas actuellement de test pour distinguer l'infection aiguë de l'infection chronique, compliquent grandement l'estimation de l'incidence annuelle des nouvelles infections par surveillance passive.

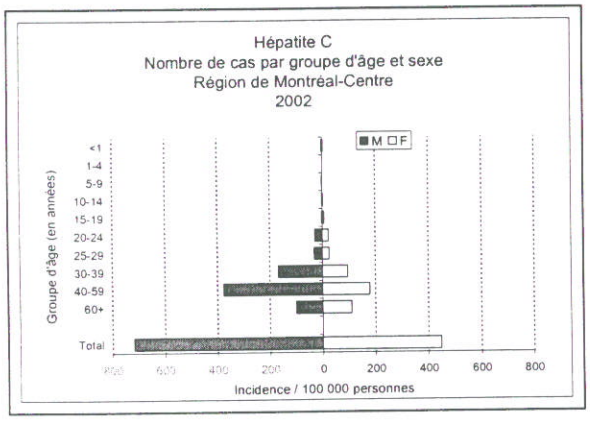
Pour les raisons mentionnées ci-dessus, la plupart des cas rapportés dans les années précédentes et encore aujourd'hui représentent des infections acquises dans un passé lointain. Rappelons aussi que la déclaration du VHC a été volontaire avant 2002 pour les laboratoires, qui demeurent la plus grande source de déclarations. L'hépatite C est devenue officiellement une MADO en avril 2002.

En 2002, plus de 1 204[1] infections à VHC ont été nouvellement déclarées dans la région de Montréal-Centre. Ce nombre est trois fois celui de 1996. Les cas rapportés ont augmenté de façon constante depuis 1996 jusqu'à 2000 (386 en 1996, et 2 077 en 2000). Par contre, en 2001 et 2002, les cas rapportés ont diminué à chaque année. Nous avons observé la même tendance dans la plupart des autres régions du Québec. Les raisons n'en sont pas claires.



[1] Note : le nombre est sous-estimé à cause de l'information manquante en provenance d'un des laboratoires de confirmation. Il sera mis à jour.





Bien que le nombre d'infections à VHC déclarées a aussi augmenté à chaque année au Québec, c'est la population de Montréal qui est la plus touchée, par rapport au reste du Québec. Ceci est en grande partie dû à la forte prévalence des facteurs de risque pour la transmission du VHC, en particulier du partage de matériel pour la préparation et l'injection de drogues par les utilisateurs de drogues par injection (UDI). Une forte proportion des personnes infectées par les transfusions avant 1992 est aussi à Montréal vu la concentration des centres hospitaliers dans les grandes villes. On note aussi que depuis 1998 le nombre de cas déclarés à chaque mois a été de 100 approximativement. Pendant une courte période en 2000, le nombre de déclarations a presque doublé. Ceci peut avoir été causé par l'attention médiatique générée par les programmes fédéral et provincial d'indemnisation des personnes infectées par le sang ou ses dérivés.

Il ne semble pas y avoir de variations saisonnières dans la distribution des infections à VHC rapportées. Parmi les cas rapportés en 2002, environ 68 % sont âgés entre 30 et 59 ans. Les hommes constituent 62 % des cas de sexe connu rapportés en 2002.

Pour ce qui est des facteurs de risque, aucune enquête épidémiologique n'est faite auprès des cas rapportés. L'inclusion des infections à VHC parmi les MADO permettra d'obtenir les renseignements épidémiologiques nécessaires à une meilleure compréhension de l'épidémie d'hépatite C. Jusqu'à ce que les moyens de surveillance passive aient été améliorés, il est indispensable de recourir aux études épidémiologiques présentement en cours à Montréal. Ces études ont été entreprises pour déterminer l'incidence et la prévalence des infections à VHC dans différentes populations considérées à risque accru pour l'infection à cause de la prévalence de certains comportements.

Dans une étude chez les jeunes de la rue (14-25 ans), la prévalence de l'infection à VHC parmi ceux qui ont consommé des drogues par injection dans les six derniers mois était de 53 %[2]. Dans une autre étude, qui fait le suivi des infections à VHC et à VIH chez des UDI, la prévalence de l'infection au VHC était de 70 % et l'incidence était de 27 par 100 personnes-années en 1997[3]. Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), les chercheurs de la Cohorte Oméga (une étude de la séroconversion pour le VIH chez les HARSAH séronégatifs) ont identifié un nouveau cas d'hépatite C pendant le suivi de 1 085 sujets. Ce sujet avait consommé les drogues injectables et il avait partagé les seringues[4].

À mesure que l'infection à VHC sera mieux connue et que des programmes provinciaux de dépistage seront entrepris et diffusés, elle sera dépistée chez de plus en plus de personnes. La déclaration augmentera de pair. Ces « nouveaux » cas pourront comprendre un nombre disproportionné de personnes ayant acquis l'infection au VHC lors de transfusions de sang ou de produits sanguins avant 1992.

---

[2] Lamothe F, Vincelette J, Bruneau J, et al. Prevalence, seroconversion rates and risk factors for hepatitis B core, hepatitis C and HIV antibodies among intravenous drug users (IDU) of the Saint-Luc Cohort (abstract 221). 6th annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research, May 1997 in Canadian Journal of Infectious Diseases 1997;8 (suppl A):28A.

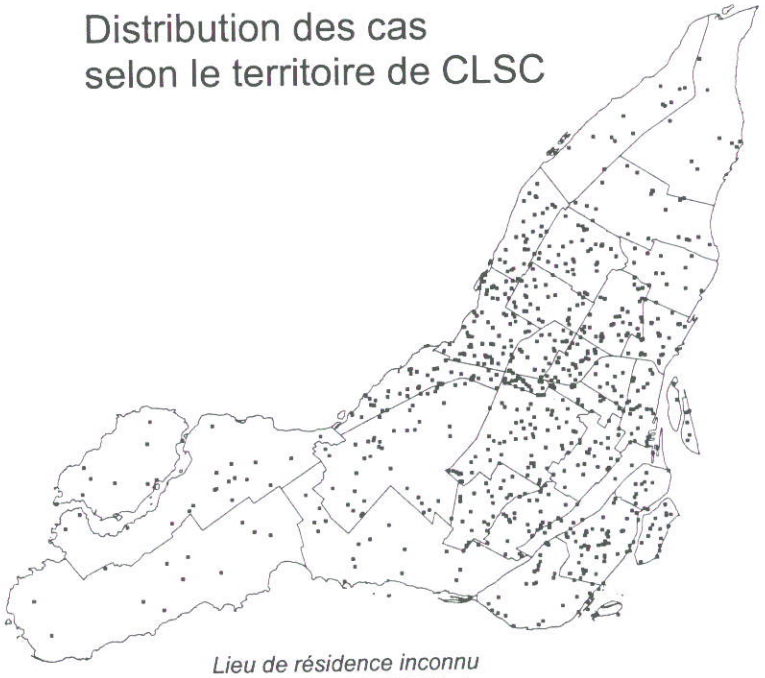
[3] Roy E, Haley N, Leclerc P, Cédras L, Boivin JF. HCV and HIV infection among young street IDUs. (abstract ThPeC7499). AIDS 2002 - XIV International AIDS Conference, July 7-12, 2002. http://www.aids2002.com/Program/ViewAbstract.asp?id=/T-CMS_Content/Abstract/200206290751144315.xml

[4] Alary, M. Communication personnelle. Septembre 2003.

Un nombre non négligeable de cas (395 / 1204) ont été déclarés sans adresse et n'ont pu être attribués à aucun territoire de CLSC. Étant donné que les cas déclarés incluent les cas récemment infectés (principalement les UDI) et les personnes infectées dans le passé par les transfusions, on retrouve des cas d'hépatite C dans tous les territoires de CLSC.

Hépatite C sans précision
Région de Montréal-Centre
2002

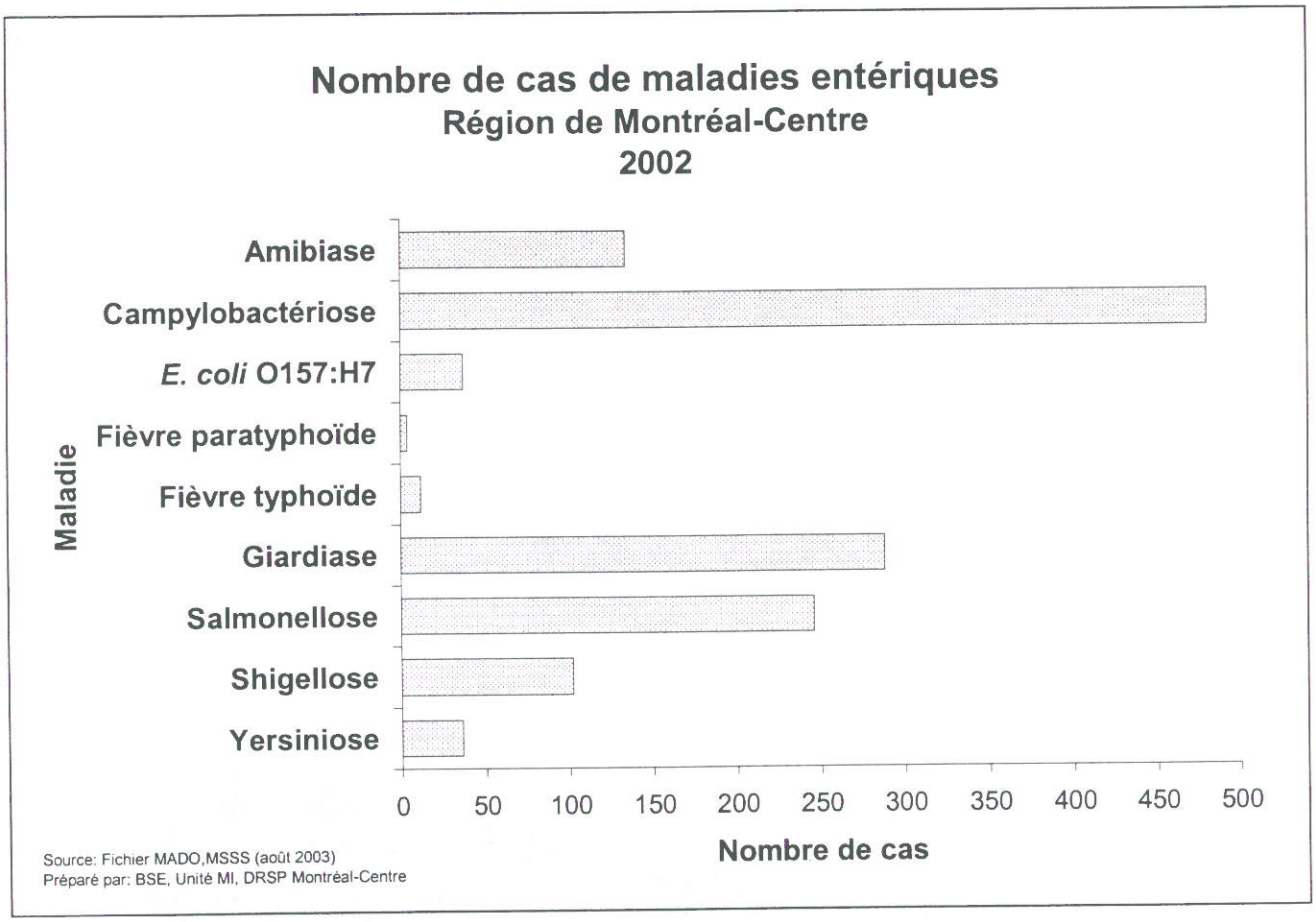
Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 32,8% (395/1204) des cas.



2. MALADIES ENTÉRIQUES

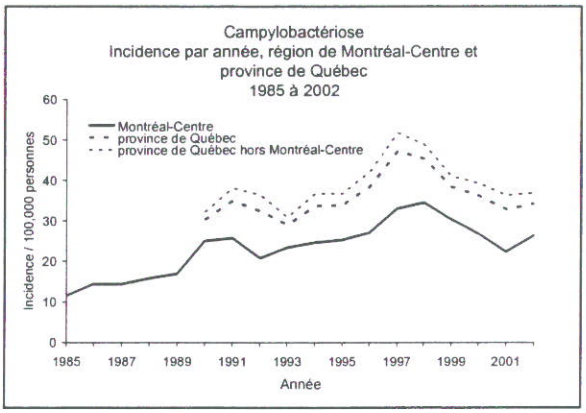

Nombre de cas de maladies entériques
Région de Montréal-Centre
2002
Maladie
Amibiase
Campylobactériose
E. coli O157:H7
Fièvre paratyphoïde
Fièvre typhoïde
Giardiase
Salmonellose
Shigellose
Yersiniose
0
50
100
150
200
250
300
350
400
450
500
Nombre de cas
Source: Fichier MADO,MSSS (août 2003)
Préparé par: BSE, Unité MI, DRSP Montréal-Centre

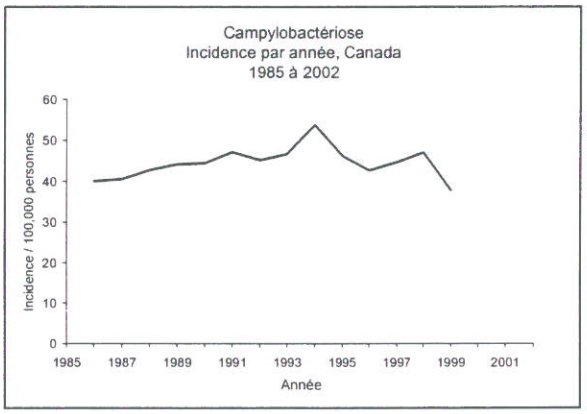
2.1 CAMPYLOBACTÉRIOSE

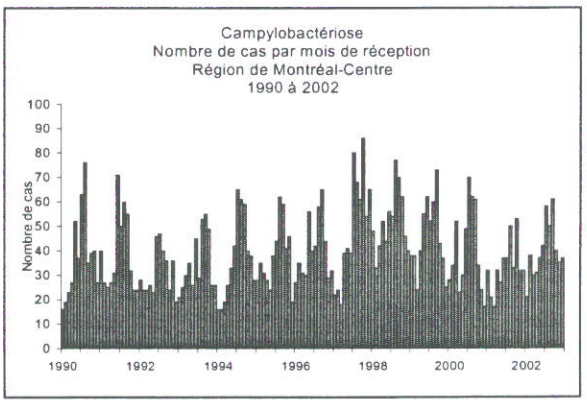
La campylobactériose demeure la deuxième maladie à déclaration obligatoire la plus fréquemment déclarée à Montréal après la chlamydia. La tendance à la hausse amorcée en 1992 a cessé en 1998 pour revenir à la norme régionale l'an passé. En 2002, l'incidence régionale a été de 26,3 cas par 100 000 (N=480). L'incidence dans le reste du Québec est de près de 40 % plus élevée qu'à Montréal. L'incidence canadienne est toujours légèrement supérieure à celle du Québec mais suit les mêmes tendances. Cette maladie n'est pas à déclaration obligatoire aux États-Unis.

Comme la majorité des cas déclarés de notre région semblent être des cas sporadiques, une étude cas-témoins a eu lieu de janvier 2000 à mars 2001 pour identifier leur source d'infection. L'âge moyen des cas était de 31 ans, et 48 % possédaient une scolarité de niveau collégial ou plus. À l'analyse multivariée, les facteurs de risque associés à l'infection à *Campylobacter* dans la région de Montréal était la consommation de volaille crue, la consommation de simili dinde ou simili poulet et le sexe masculin. La consommation de mets à base de dinde ou de poulet achetés « prêts à manger » au supermarché était significativement plus fréquente chez les témoins que chez les cas.[1]

Le pic saisonnier demeure de juillet à septembre.

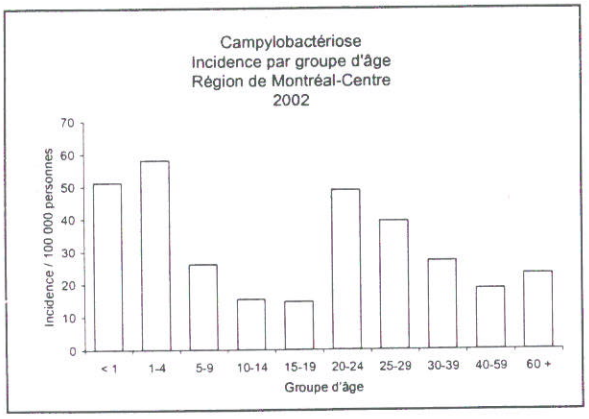




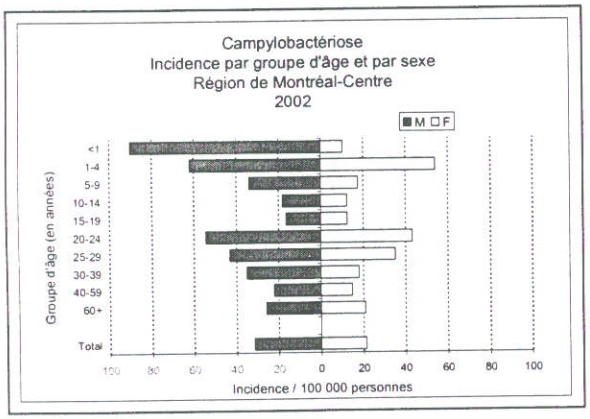


DÉFINITION NOSOLOGIQUE
INFECTION À *CAMPYLOBACTER*
Cas confirmé
Isolement d'une des espèces de *Campylobacter* dans un échantillon clinique approprié.

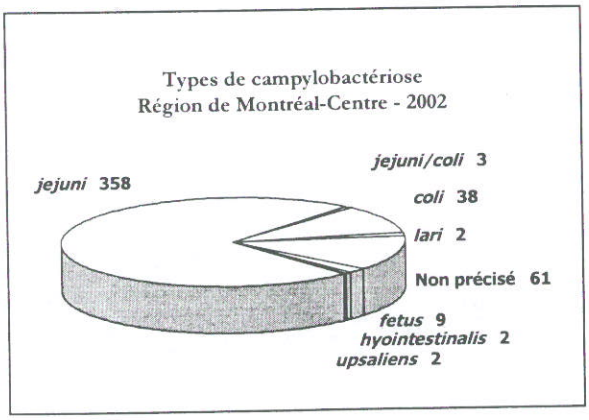
[1] Facteurs de risque associés à l'infection à Campylobacter dans la région de Montréal-Centre. Étude cas-témoins. Rapport final. Anne Bruneau, Robert Allard. Février 2003.



Dans la région de Montréal-Centre, la campylobactériose touche tous les groupes d'âges mais particulièrement les enfants âgés de moins de 4 ans et les adultes âgés de 20 à 29 ans.



Après une première année lors de laquelle l'incidence chez les hommes était équivalente à celle chez les femmes, l'incidence chez les hommes est de nouveau de 30 % supérieure à celle chez les femmes.

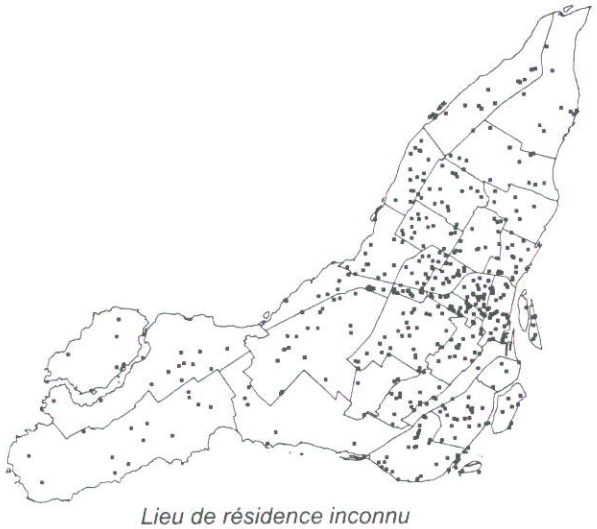


La majorité des cas déclarés ont souffert de *C. jejuni* (75 %). Les *C. coli* demeurent bon deuxième mis à part ceux dont le sérotype n'a pas été précisé (respectivement 8 % et 13 %). L'incidence des autres types est minime.

Dans l'île de Montréal, les cas sont répartis entre tous les territoires de CLSC. Encore cette année, les CLSC des Faubourgs et du Plateau Mont-Royal se démarquent par une incidence très élevée par rapport à celle des autres CLSC. Cette incidence dans des CLSC où la population HARSAH est omniprésente supporte l'association trouvée lors de l'étude cas-témoins avec le fait d'être un homme d'une part, et les analyses par électrophorèse qui démontraient une éclosion chez les hommes d'autre part. Plusieurs CLSC ont une incidence près de 60 % plus élevée que celle de la région : des Faubourgs, du Plateau Mont-Royal, St-Henri et St-Louis-du-Parc.

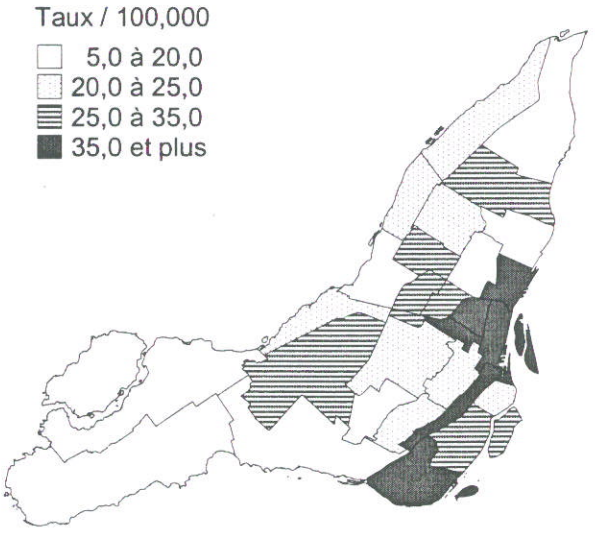
Campylobactériose
Région de Montréal-Centre
2002

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 4,8% (23/480) des cas.

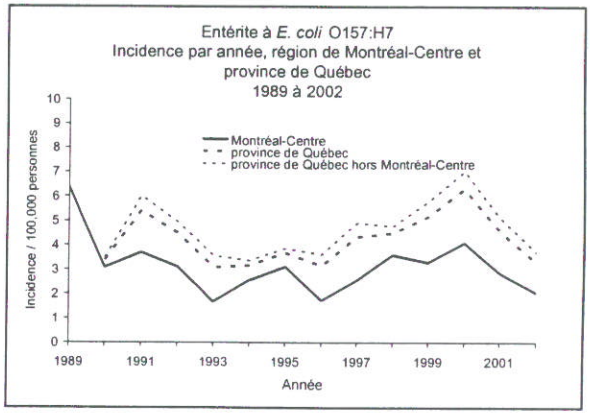
Incidence selon le territoire de CLSC



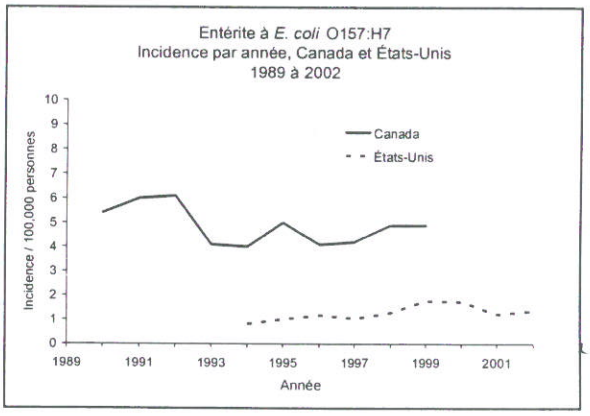


2.2 E. COLI O157:H7

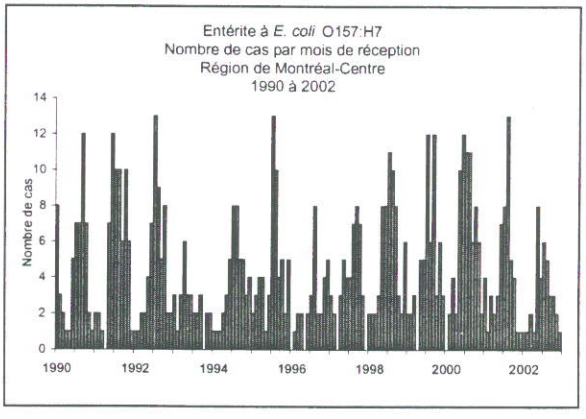
Le taux de 2002 (2,0 cas / 100 000) demeure dans la normale régionale. L'écart par rapport à l'incidence québécoise sans Montréal-Centre (3,7 cas / 100 000) demeure élevé. Le schéma d'incidence en dents de scie se continue au Canada où l'incidence oscille entre quatre et six cas par 100 000 personnes. Les taux montréalais et québécois sont plus de 50 % plus élevés que ceux rapportés aux États-Unis.



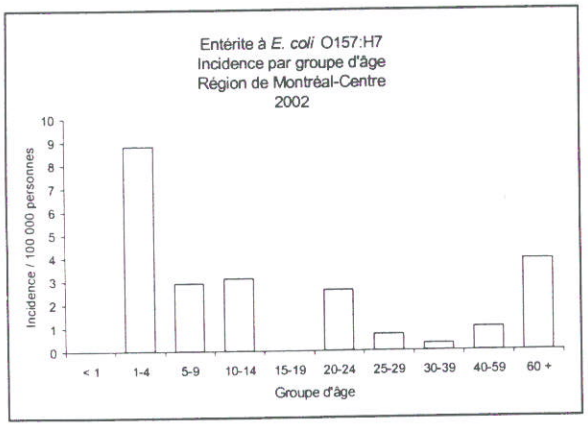
Tous les cas d'infections à *E. coli* O157:H7 sont enquêtés depuis juin 2000. La viande hachée demeure l'exposition la plus probable pour la plupart d'entre eux. Plus de 20 cas ont été hospitalisés. Quatre cas ont acquis leur infection lors d'un voyage à l'extérieur de Montréal.



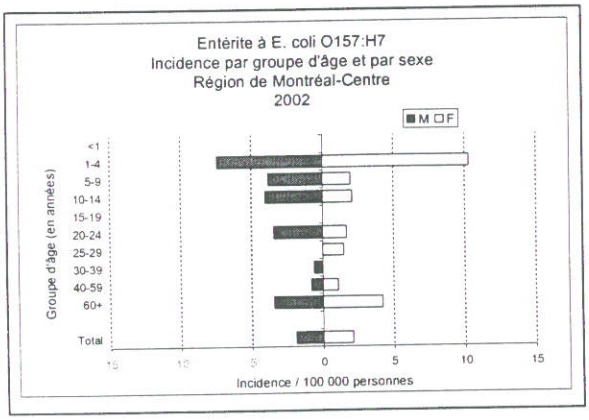
Le pic saisonnier habituel s'est produit de mai à août.



DÉFINITION NOSOLOGIQUE
ENTÉRITE À *ESCHERICHIA COLI* PATHOGÈNE
Cas confirmé
Isolement d'*Escherichia coli* O157:H7 ou O157 ou tout autre sérotype producteur de vérocytotoxine dans un échantillon clinique approprié.



Pour une troisième année consécutive, il n'y a eu aucun cas chez les moins d'un an et l'incidence est restée relativement stable chez les enfants de un an à neuf ans.



Alors qu'habituellement l'incidence est plus élevée chez les femmes et ce, dans presque tous les groupes d'âges, il n'y a pas de distribution claire et précise des cas cette année.

Dans l'île de Montréal, les cas ne sont répartis cette année que sur 22 des 29 territoires de CLSC alors que la distribution était plus étendue dans le passé. L'incidence par CLSC varie beaucoup d'une année à l'autre. Cette année on retrouve une incidence plus élevée sur les territoires des CLSC Saint-Laurent (6,6), St-Louis-du-Parc (5,1), Mercier-Est-Anjou (5,0) et Lac St-Louis (4,8).

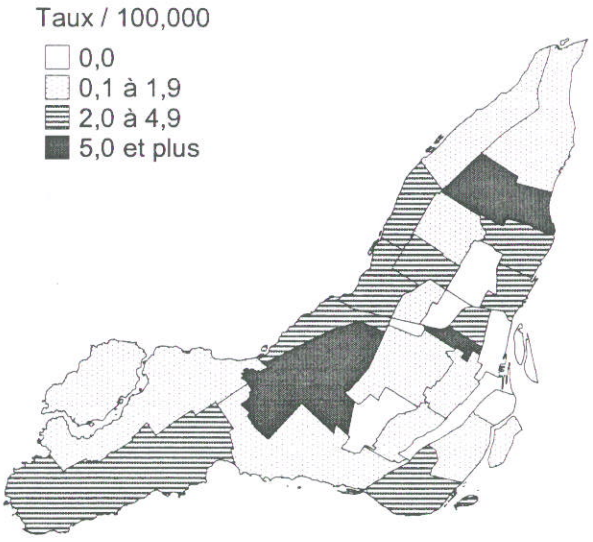
Entérite à *E. coli* O157:H7
Région de Montréal-Centre
2002

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 0,0% (0/37) des cas.

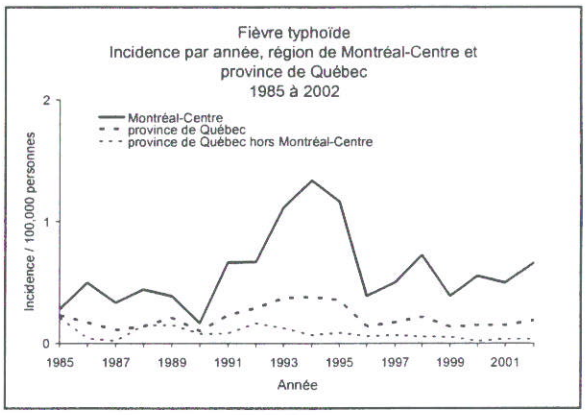
Incidence selon le territoire de CLSC



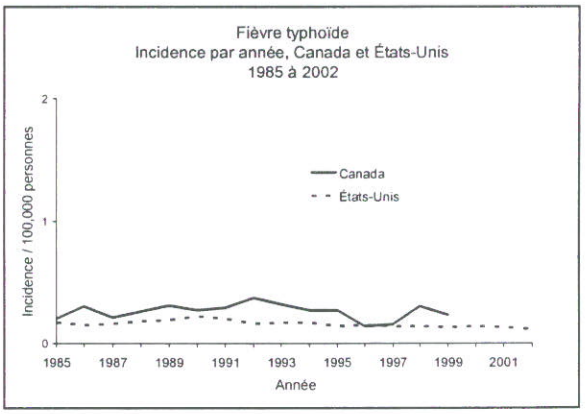


2.3 FIÈVRE TYPHOÏDE

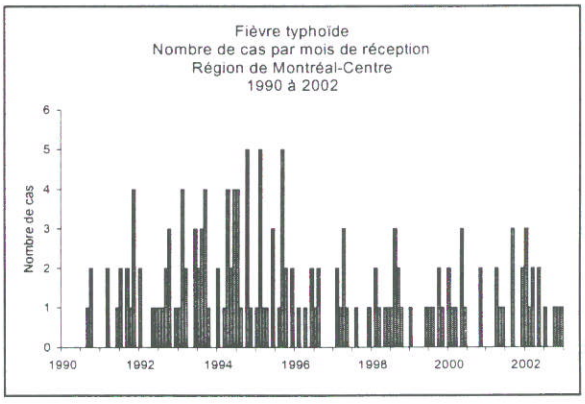
Suite à une chute majeure de l'incidence observée en 1996, l'incidence est restée relativement stable depuis, entre 0,4 et 0,7 cas par 100 000. Elle a été de 0,7 cas par 100 000 en 2002 (N=12). La région de Montréal-Centre compte 12 des 14 cas de la province. Les taux québécois, canadiens et américains ne sont que 30 % de celui de Montréal-Centre.



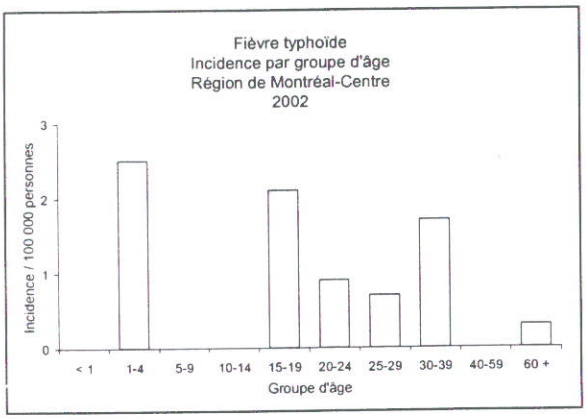
Selon les résultats des suivis épidémiologiques, tous les cas sauf trois se sont produits chez des personnes ayant voyagé, dont huit dans un pays endémique pour la fièvre typhoïde. Parmi les cas n'ayant pas voyagé, deux sont survenus chez des personnes originaires d'un pays endémique, mais ayant été en contact avec un membre de leur famille qui revenait d'un voyage. Aucun facteur de risque n'a été identifié chez le douzième cas. Les pays visités par les cas ou les contacts étaient le Bangladesh (n=4), les Indes (n=1), le Pakistan (n=1), le Ghana (n=1), Haïti (n=1), le Mexique (n=1) et l'Italie (n=1). Dans ce dernier cas, le facteur de risque semble être la consommation de mollusques crus.



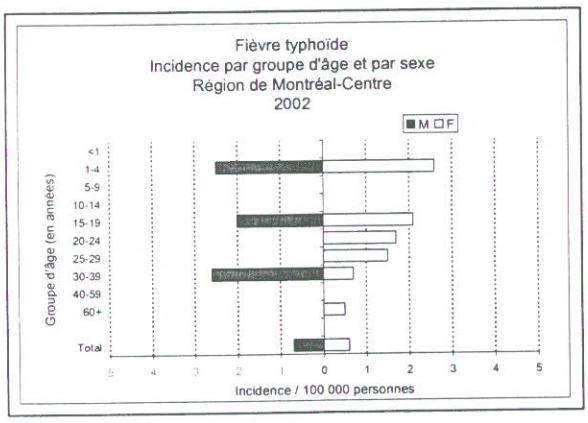
Il n'y a pas de saisonnalité dans la survenue des cas.



DÉFINITION NOSOLOGIQUE
FIÈVRE TYPHOÏDE
Cas confirmé
Manifestations cliniques compatibles et isolement de *Salmonella* typhi dans un échantillon clinique approprié. (1)
NOTE EXPLICATIVE
(1) Les porteurs asymptomatiques de *Salmonella* typhi ne doivent pas être retenus comme des cas de fièvre typhoïde.



La plupart des cas se retrouvent chez les adultes. Neuf des douze cas ont été hospitalisés.



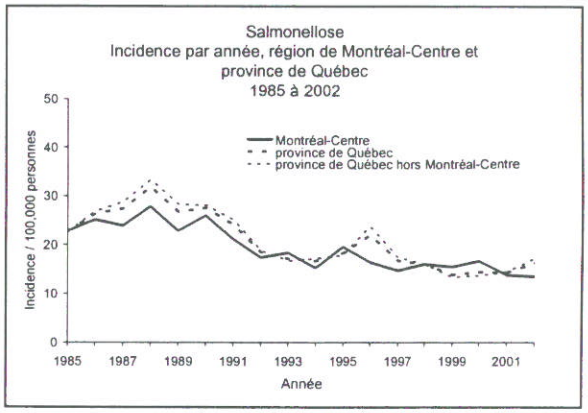
L'incidence dans le passé était plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Depuis quelques années il n'y a pas de distribution claire. Cette année, l'incidence chez les hommes est presque égale à celle chez les femmes.

Les cas se situent dans neuf territoires de CLSC, la plupart étant situés au centre de l'île :

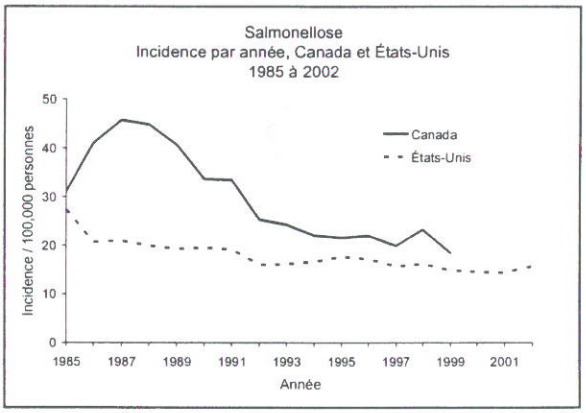
Côte-des-Neiges	2
Nord-de-l'Île	1
Métro	2
Montréal-Nord	1
Parc Extension	2
Pointe-Saint-Charles	1
Saint-Léonard	1
St-Michel	2

2.4 SALMONELLOSE EXCLUANT LA FIÈVRE TYPHOÏDE

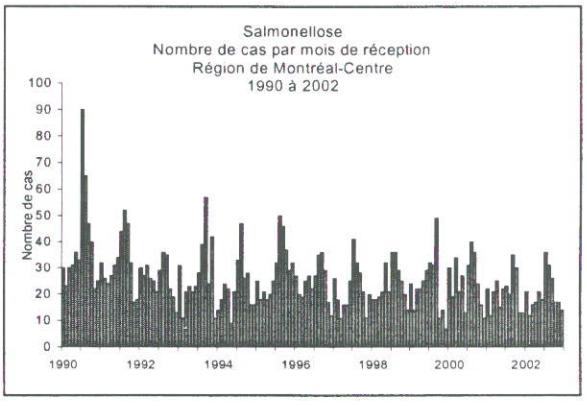
L'incidence de la salmonellose était relativement stable depuis cinq ans, après une diminution graduelle notée depuis 1988. Elle a atteint 13,5 cas par 100 000 en 2002 (N=246) soit le taux le plus bas jamais enregistré dans la région de Montréal. Ce taux est équivalent à celui du Québec, excluant la région de Montréal-Centre. Au Canada, la chute de l'incidence observée depuis 1987 se continue. L'incidence canadienne demeure un peu plus élevée que celle aux États-Unis, qui est stable depuis plus de sept ans.



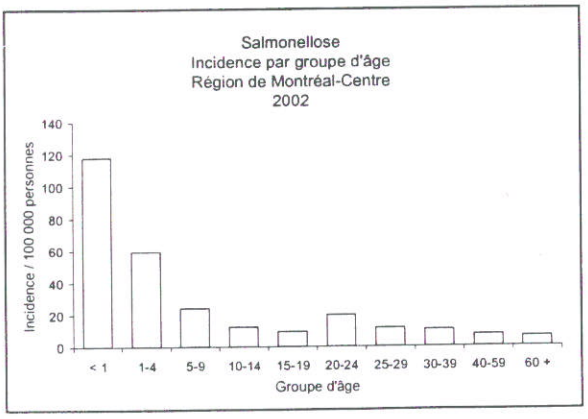
En 2002, une éclosion associée à des salmonelles a été rapportée. Cette éclosion faisait partie d'éclosions à l'échelle provinciale. Le poulet, sous forme de croquettes ou cuit au BBQ, a été consommé par 64 % des cas.



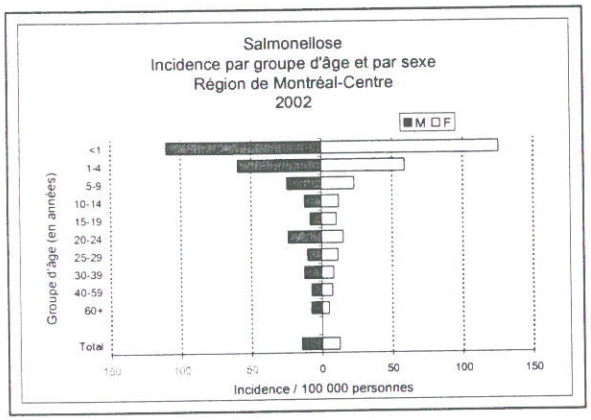
La variation saisonnière attendue de la salmonellose s'est produite de juillet à septembre.



DÉFINITION NOSOLOGIQUE
SALMONELLOSE
Cas confirmé
Isolement de *Salmonella* (excluant *Salmonella* typhi ou paratyphi) d'un échantillon clinique approprié.



Comme à l'habitude, les jeunes de 4 ans et moins sont les plus touchés par la salmonellose.



Il y a à peu près autant d'hommes que de femmes touchés par cette infection.

Tous les CLSC sont touchés, de façon variable. Les CLSC Mercier-Est-Anjou et Nord-de-l'Île ont des incidences du double de celle de la région (13,5 /100 000).

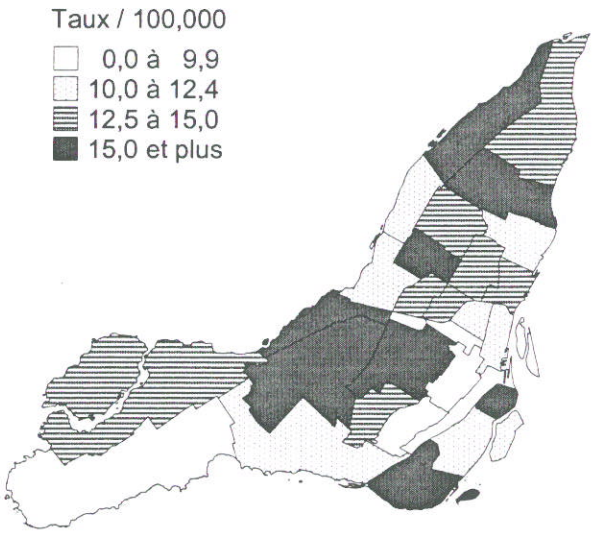
Salmonellose
Région de Montréal-Centre
2002

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 0,8% (2/246) des cas.

Incidence selon le territoire de CLSC



Sérogroupes et sérotypes de salmonelles
Montréal-Centre – 1997 à 2002

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
A-Sérotype non précisé		1		2		
B-Agona		1	1	4		4
B-Brandenburg		1	2	4	3	3
B-Bredeney						1
B-Derby		1	2	1		1
B-Heidelberg	22	27	21	25	24	60
B-Java						6
B-O 4, 12:H i:H					1	2
B-O 4, 5, 12:H b:H				1		
B-O 4, 5, 12:H i:H				2	1	
B-Reading				1	1	
B-Saintpaul		2		6	4	2
B-Sandiego					1	2
B-Schwarzengrund				2		3
B-Stanley	1		1	1	5	1
B-Typhimurium	25	21	26	45	63	49
B-Sérotype non précisé	69	86	69	60	16	11
C1-Bareilly		1				
C1-Braenderup		2		1	1	1
C1-Hartford		2	1	3		
C1-Infantis		1	5	1	2	1
C1-Mbandaka	2	1			1	1
C1-Montevideo	1	3		3	1	3
C1-Oranienburg			1			1
C1-Rissen						1
C1-Singapore				1		
C1-Tennessee			2			
C1-Thompson	6	8	9	2	9	3
C1-Virchow		1			2	2
C1-Sérotype non précisé	20	16	15	16	17	12
C2-Blockley	1		1	1		1
C2-Bovismorbificans						1
C2-Hadar	9	5	6	3	4	4
C2-Kottbus				1		
C2-Litchfield	1		1	1		
C2-Manhattan		2				
C2-Muenchen	1		1		2	
C2-Newport	4	2	3	3		3
C2-Sérotype non précisé	16	13	14	26	5	9
C3-Albany		1				
C3-Emek		1			1	
C3-Kentucky	1			1		
C3-Sérotype non précisé	1		3			
C-Sérotype non précisé	5	6	6	4	3	

Sérogroupes et sérotypes de salmonelles
Montréal-Centre – 1997 à 2002

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
D1-O9, 12:H non mobile						1
D1-Berta		1			1	4
D1-Enteritidis	44	33	38	54	50	35
D1-Goettingen						1
D1-Javiana		3	1		2	1
D1-Panama	2	1		1	1	
D-Sérotype non précisé	1	12	21	10	6	1
E1-Anatum				2		1
E1-Give		2				
E1-Muenster	1	1		1		
E1-Uganda					2	1
E1-Weltevreden						1
E1-Sérotype non précisé	1		1	1		
E4-Senftenberg		1	1	2		
E-Sérotype non précisé		6	3	1	5	3
F-Aberdeen		1				
F-Sérotype non précisé			1			
G1-Ibadan					1	
G1-Sérotype non précisé		1	1			
G2-Worthington					1	
G2-Sérotype non précisé		3	1		1	
H-Caracas						1
I-Hull		1				
I-Hvittingfoss		1				
I-Sérotype non précisé		1	1		1	
J-Sérotype non précisé					1	
K-Cerro			1			
M-Nima						1
N-Sérotype non précisé	1		1			
O-Sérotype non précisé	1		1		1	
Multiple					1	
Indéfini	25	17	18	9	10	7
TOTAL	**267**	**289**	**280**	**302**	**251**	**246**

Les trois sérogroupes prédominants sont le B (145 isolats), le C (59 isolats) et le D (non typhi) (43 isolats); parmi ceux de sérogroupe D, 81 % sont de sérotype enteritidis. Cette répartition est relativement similaire à celle de 2001, sauf pour les *enteritidis* qui ont diminué de 30 %.

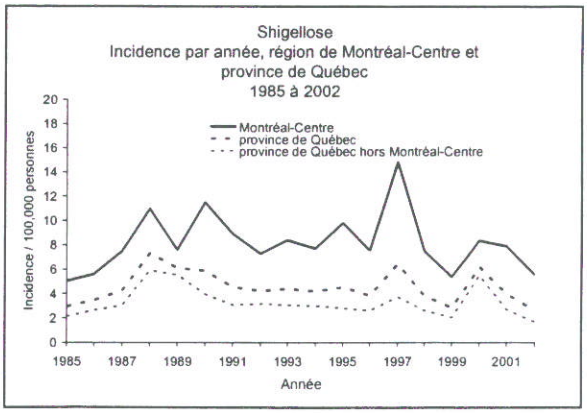


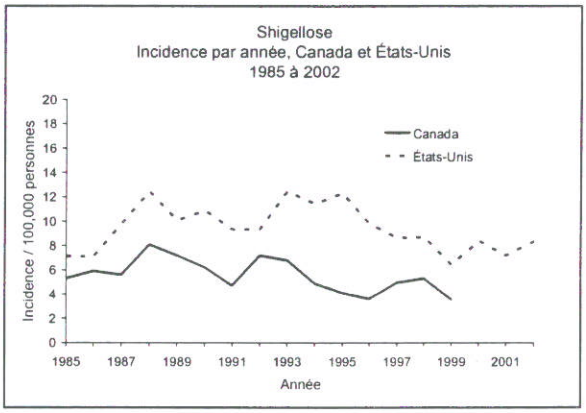
2.5 SHIGELLOSE

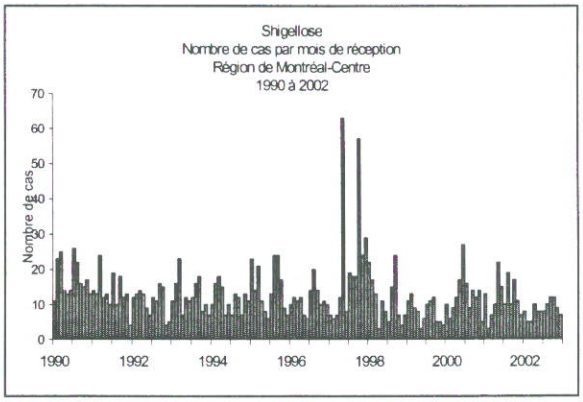
L'incidence de la shigellose a fluctué entre 7 et 11 cas par 100 000 de 1991 à 1996 pour atteindre près de 15 cas par 100 000 en 1997 à la suite d'une éclosion suprarégionale de *S. sonnei* reliée à une chaîne de restaurants, et une éclosion de *S. sonnei* dans des communautés juives orthodoxes. L'incidence en 2002, soit 5,6 cas par 100 000 (N=102), est parmi les plus basses des douze dernières années. L'incidence en 2002 est encore beaucoup plus élevée (de 70 %) que dans le reste du Québec. L'incidence canadienne a cessé sa chute depuis 1996 pour atteindre 3,6 cas par 100 000 en 1999. Elle était alors plus de 40 % plus basse qu'aux États-Unis. L'incidence américaine est à la hausse depuis 1999.

La plupart des cas sont survenus lors de voyages vers des destinations tropicales. On ne dénote pas d'excès significatif de cas chez les hommes dans la trentaine comme l'an passé, alors que la transmission sexuelle était soupçonnée.

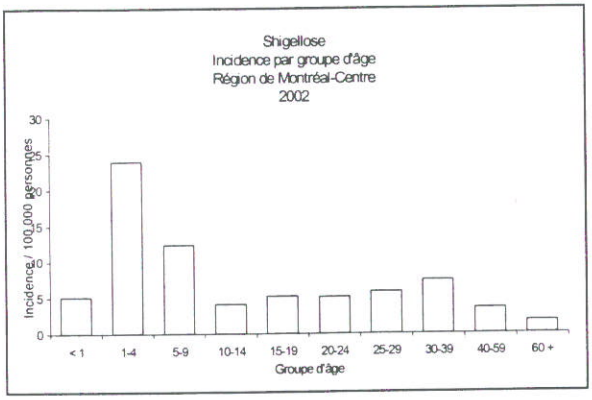
L'incidence de la shigellose est habituellement sans fluctuation saisonnière marquée. L'incidence mensuelle varie beaucoup d'une année à l'autre.



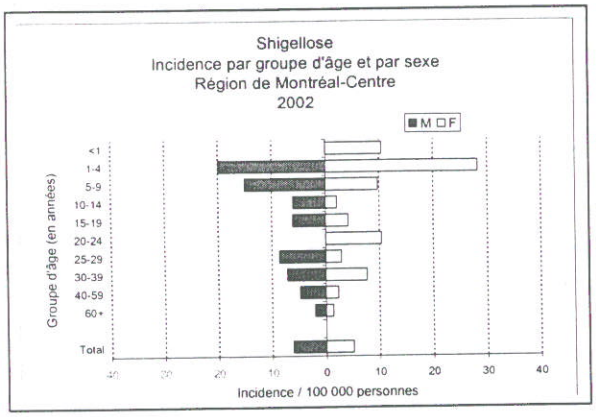




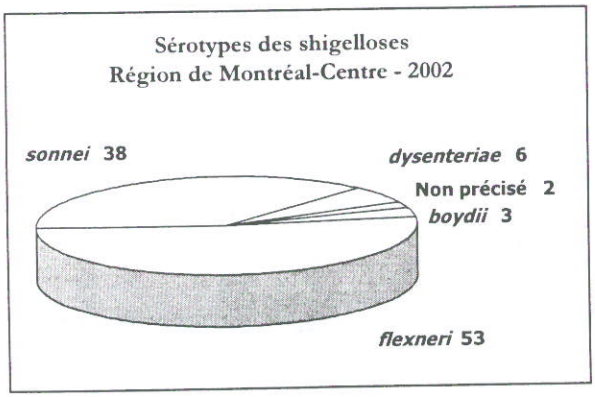
DÉFINITION NOSOLOGIQUE
SHIGELLOSE
Cas confirmé
Isolement de *Shigella* d'un échantillon clinique approprié.



Comme à l'habitude, l'incidence est la plus élevée chez les enfants de 4 ans et moins. Pour une troisième année consécutive, les 5-9 ans sont le deuxième groupe en importance alors que dans les années passées, les adultes dans la trentaine détenaient cette place.



Lles sujets de sexe masculin ont, en général, une incidence plus élevée que ceux de sexe féminin, sauf cette année pour les sujets de moins de quatre ans et ceux de 20 à 24 ans.



Les informations sur le sérotype de shigelles sont disponibles pour près de 100 des cas déclarés. *S. flexneri* et *S. sonnei* prédominent, surtout le deuxième. Quant aux sérotypes *S. boydii* et *S. dysenteriae,* ils sont, comme à l'habitude, beaucoup plus rarement rapportés.

En 2002, tous les CLSC sont touchés sauf deux (Rivière-des-Prairies et Saint-Henri). Certains CLSC se démarquent avec des incidences élevées par rapport à l'incidence régionale :

des Faubourgs	13,2
du Plateau Mont-Royal	11,8
La Petite Patrie	10,5
Parc Extension	17,8
René-Cassin	10,4

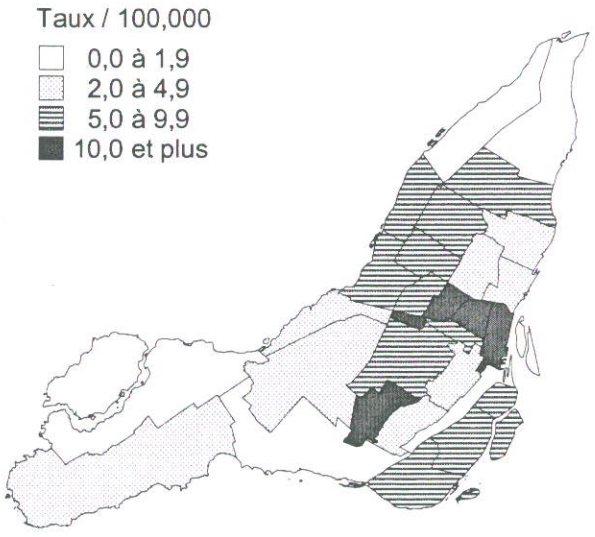
Shigellose
Région de Montréal-Centre
2002

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 2,0% (2/102) des cas.

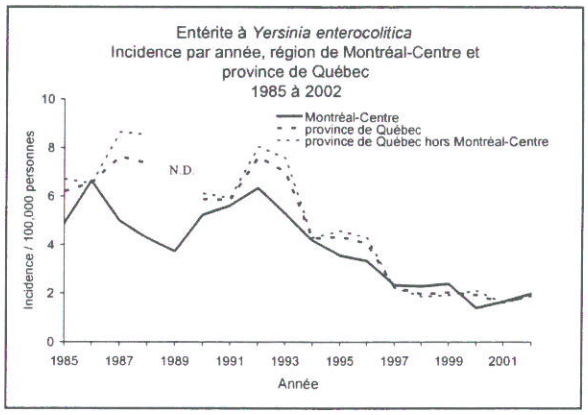
Incidence selon le territoire de CLSC

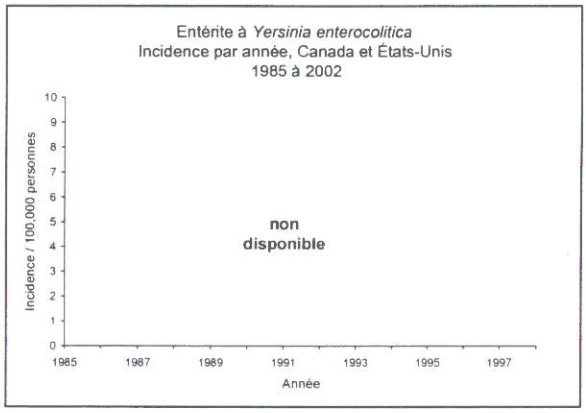




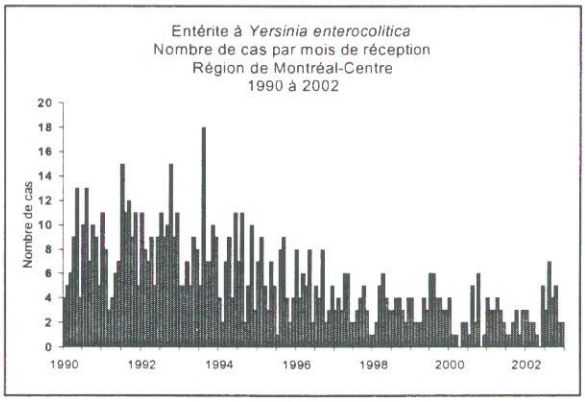
2.6 YERSINIOSE

L'incidence de la yersiniose diminue depuis 1992. En 2002, l'incidence montréalaise (2,0 cas / 100 000 ; N=36) est légèrement à la hausse par rapport aux deux dernières année. Le taux de 2002 est équivalent à celui observé dans le reste du Québec (1,9 / 100 000). Il n'y a pas eu de suivi épidémiologique systématique des cas.





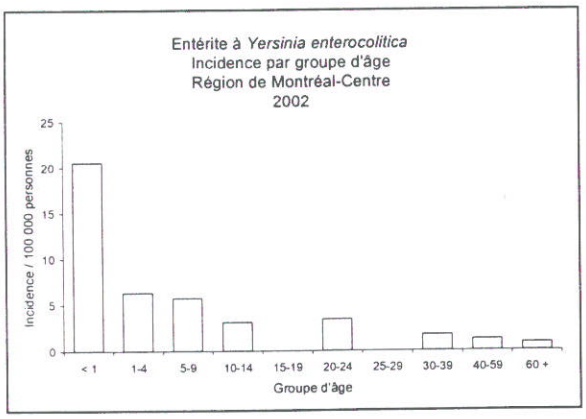
Il n'y a pas de tendance saisonnière apparente.



DÉFINITION NOSOLOGIQUE
GASTRO-ENTÉRITE À *YERSINIA ENTEROCOLITICA*

Cas confirmé

Isolement de *Yersinia enterocolitica* dans un échantillon clinique approprié.
OU
Détection des antigènes O (titre ≥40) ou OH (titre ≥160)
OU
Détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques.

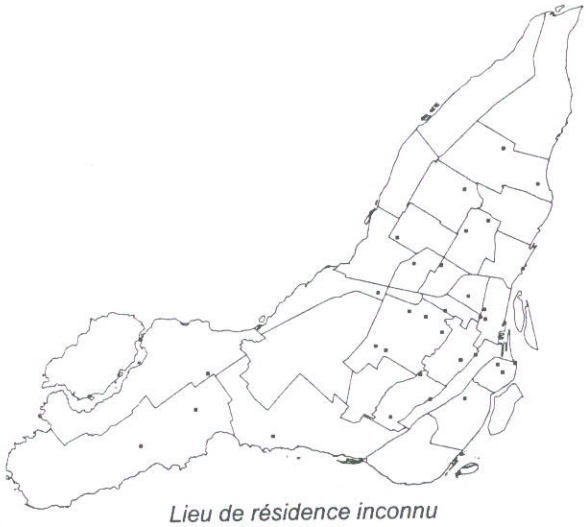


Comme à l'habitude, l'incidence est plus élevée chez les enfants de quatre ans ou moins. Pour une troisième année consécutive, l'incidence chez les hommes (2,3 / 100 000) est supérieure à celle des femmes (1,7 / 10 000) alors que normalement le ratio homme / femme est de un.

Près des 2/3 des CLSC ont eu des cas. En 2002, l'incidence du CLSC Pointe-Saint-Charles est près de huit fois celle de la région (2,0) bien que cela ne représente que deux cas.

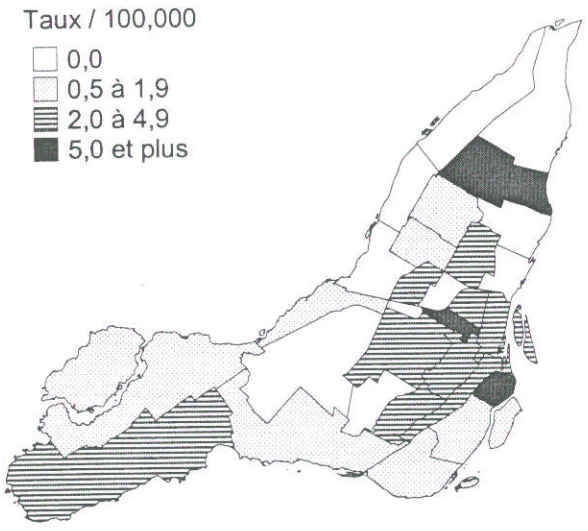
Entérite à *Yersina enterocolitica*
Région de Montréal-Centre
2002

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 5,6% (2/32) des cas.

Incidence selon le territoire de CLSC





Amibiase. Infection fréquente à Montréal-Centre (N=134) représentant plus de 65 % des cas au Québec en 2002. Le ratio d'incidence homme / femme est de près de 3, ratio attendu pour notre région. Les cas sont survenus surtout chez les hommes adultes âgés de 25 à 59 ans (n=80).

Il n'y a eu aucun cas de **botulisme,** de **brucellose** ou de **choléra** en 2002 à Montréal-Centre.

AMIBIASE
Cas confirmé
Présence de kystes ou de trophozoïtes d'*Entamoeba histolytica* (1) dans un échantillon clinique approprié.
OU
Manifestations cliniques compatibles et détection sérologique à l'aide d'une technique EIA d'anticorps spécifiques contre *Entamoeba histolytica* ou détection par PCR.
NOTE EXPLICATIVE
(1) A des fins de surveillance, l'on retiendra les cas d'*Entamoeba histolytica/dispar* non différencié par un test de confirmation approprié (EIA ou PCR). Les cas confirmés d'*Entamoeba dispar* ne doivent pas être retenus.

Fièvre paratyphoïde. Quatre cas rapportés pour une incidence de 0,2 cas / 100 000 ; trois de type A et un de type B. Deux cas revenaient d'un voyage au Bengladesh. Comme l'an passé, un cas est survenu chez une personne n'ayant pas voyagé mais propriétaire d'un aquarium de poissons exotiques. Plusieurs cas ayant ce facteur de risque sont survenus au Québec. Aucun facteur de risque n'a été identifié chez le dernier cas, une femme d'origine canadienne.

FIÈVRE PARATYPHOÏDE
Cas confirmé :
Manifestations cliniques compatibles et isolement de *Salmonella* paratyphi A, B ou C dans un échantillon clinique approprié.

GIARDIASE
Cas confirmé
Présence de kystes ou de trophozoïtes de *Giardia lamblia* dans les selles, dans du liquide duodénal ou dans une biopsie du petit intestin.
OU
Détection d'antigènes de *Giardia lamblia* dans les selles à l'aide d'une technique EIA ou IFD.

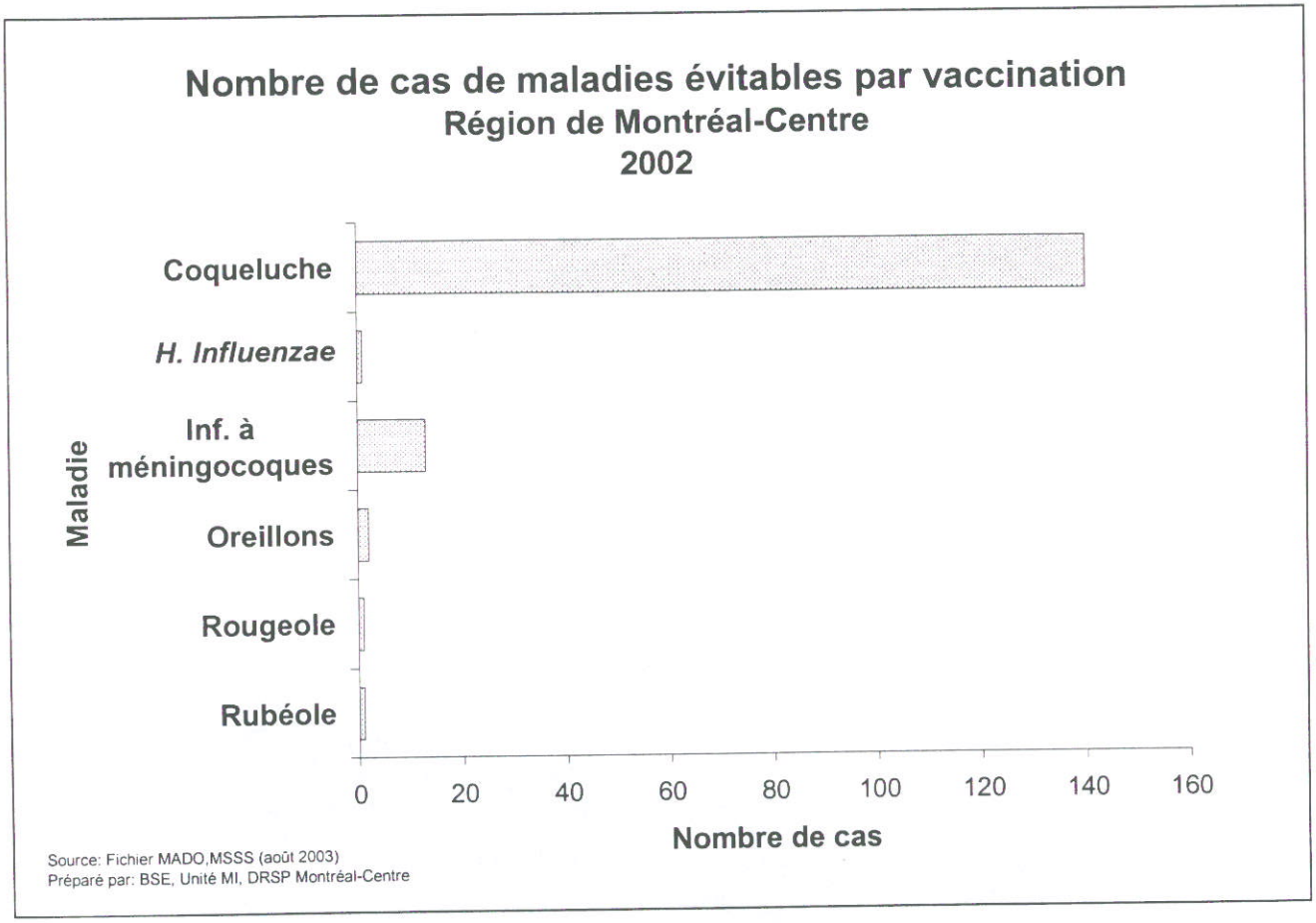
Giardiase. La giardiase demeure depuis trois ans au deuxième rang des maladies entériques déclarées avec 288 cas (15,8 / 100 000). Par rapport à 2001 (13,9 / 100 000) l'incidence 2002 est légèrement plus haute. La giardiase touche surtout les enfants de 1 à 9 ans, bien que l'incidence chez les 20 à 29 ans ne soit pas négligeable. On retrouve des cas dans tous les CLSC. Les 288 cas peuvent inclure des cas prévalents surtout chez les personnes âgées de plus de six ans pour lesquels aucun suivi systématique de santé publique n'est fait, sauf lors d'éclosions. Seuls les cas de quatre ans et moins sont enquêtés systématiquement. Parmi la soixantaine de cas enquêtés, près d'une vingtaine de garderies étaient impliquées. Plus de 39 autres cas étaient reliés à des voyages, dont 12 survenus chez des enfants récemment adoptés de pays endémiques pour la giardiase.

TOXI-INFECTION D'ORIGINE ALIMENTAIRE OU HYDRIQUE
Cas confirmé
Présence de manifestations cliniques similaires chez au moins deux personnes, et lien épidémiologique entre le fait d'être malade et la consommation d'aliments ou d'eau en commun, avec ou sans identification d'un agent pathogène.

Toxi-infection alimentaire. Nous référons le lecteur au « Rapport 2002. Éclosions, Région de Montréal-Centre ». Anne Bruneau, oct. 2003, pour obtenir des détails sur les toxi-infections qui ont donné lieu à des éclosions.

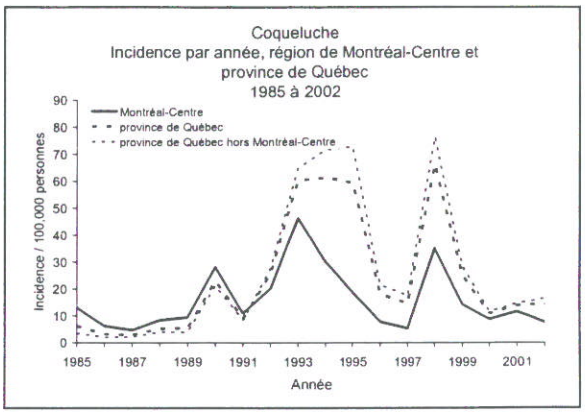


3. MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION


Nombre de cas de maladies évitables par vaccination
Région de Montréal-Centre
2002
Coqueluche
H. Influenzae
Inf. à méningocoques
Oreillons
Rougeole
Rubéole
Maladie
0
20
40
60
80
100
120
140
160
Nombre de cas
Source: Fichier MADO,MSSS (août 2003)
Préparé par: BSE, Unité MI, DRSP Montréal-Centre

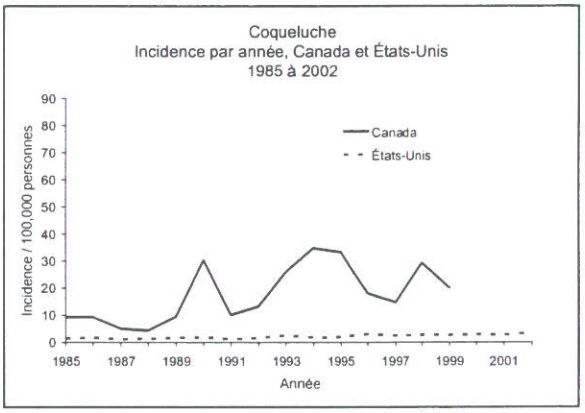
3.1 COQUELUCHE

- L'année 2002 a présenté une baisse de la coqueluche déclarée à Montréal, contrairement au reste du Québec.
- La majorité des cas continuent de se produire chez des personnes vaccinées .



L'année 2002 a vu l'incidence déclarée de la coqueluche à Montréal-Centre baisser légèrement par rapport à l'année précédente, contrairement au reste du Québec.

La baisse s'est répartie à peu près uniformément au cours de l'année, c'est à dire proportionnellement autant en période interépidémique (premiers six mois) qu'en période épidémique (derniers six mois).



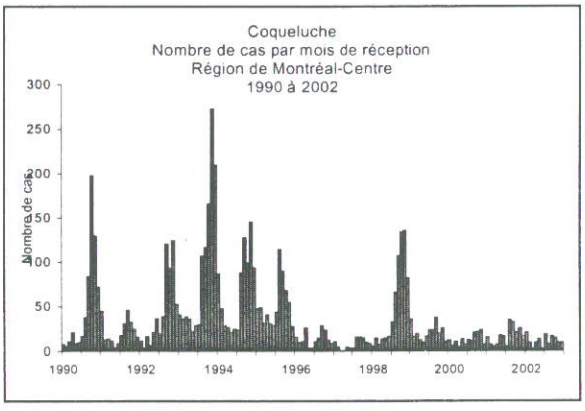
DÉFINITION NOSOLOGIQUE
COQUELUCHE

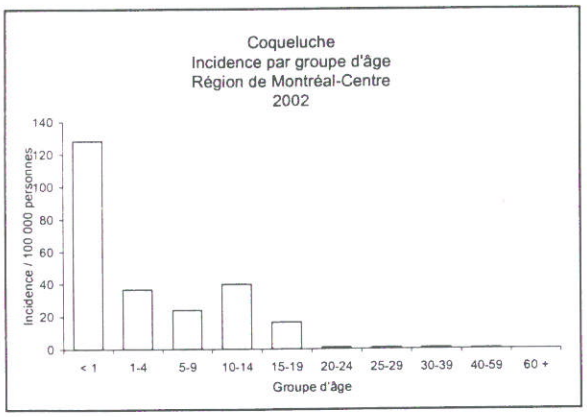
Cas confirmé

Isolement de *Bordetella pertussis*
OU
Détection de *Bordetella pertussis* par PCR
OU
Personne qui répond à la définition de cas clinique et présence d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé par un test de laboratoire.

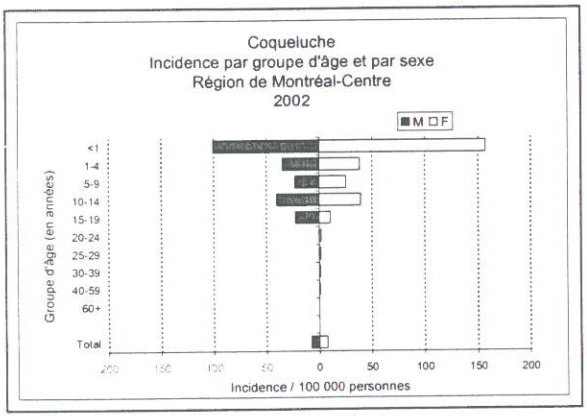
Cas clinique

Présence d'une toux qui dure depuis au moins deux semaines et au moins une des manifestations suivantes sans autre cause apparente:
1. toux paroxystique (quintes de toux); ou
2. sifflement inspiratoire (chant du coq); ou
3. toux se terminant par des vomissements ou par de l'apnée.

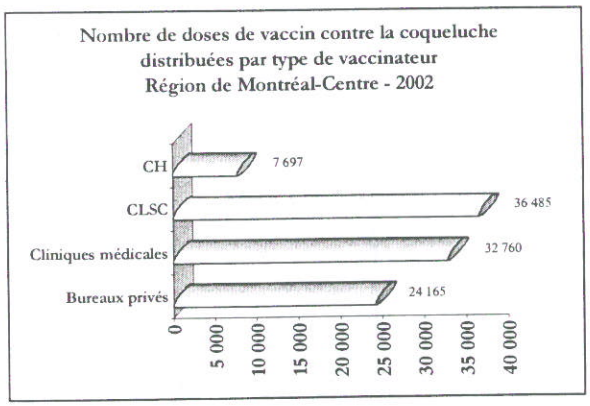




Elle n'a pas non plus affecté de façon importante la distribution par sexe et par âge.



La proportion des cas survenus chez des personnes complètement vaccinées, avec ou sans preuves, a baissé de 83 % en 2001 à 70 % en 2002, alors que la proportion des cas chez des personnes non vaccinées ou incomplètement vaccinées est passée de 17 % à 30 %. Comme la majorité de la population a été immunisée contre la coqueluche (81 % des enfants de deux ans, en 1996-1997), il est normal qu'une forte proportion des cas se produise chez des personnes vaccinées. Si la couverture vaccinale augmente la proportion devrait même augmenter. Le fait que cette proportion ait baissé soulève des questions, auxquelles devrait répondre une enquête sur la couverture vaccinale qui sera entreprise à la fin de 2003.



La proportion des doses de vaccin anti-coquelucheux administrées en CLSC continue d'augmenter : 28 % en 2002, 31 % en 2001, et 36 % en 2002 sur un total de 101 107 doses.

Tous les CLSC ont eu des cas, sauf celui de Pointe St-Charles. En 2001, quatre CLSC avaient eu des taux supérieurs à 20 cas par 100 000; en 2002 le nombre a été de deux : Mercier-Est/Anjou et Rivière-des-Prairies.

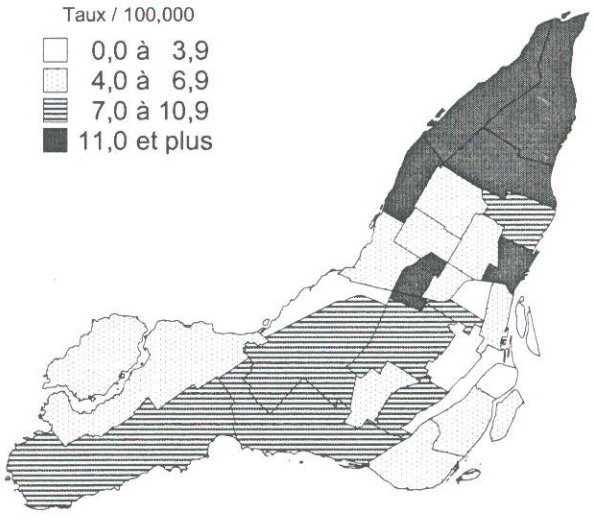
Coqueluche
Région de Montréal-Centre
2002

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 0,7% (1/140) des cas.

Incidence selon le territoire de CLSC

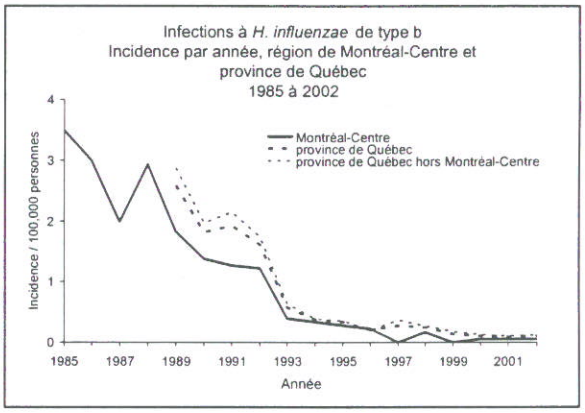




3.2 INFECTIONS À *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* DE TYPE B

- Un seul cas déclaré à Montréal-Centre, chez un adulte non vacciné.

Comme en 2000 et 2001, il n'y a eu qu'un seul cas déclaré en 2002. Il s'est produit chez une femme d'âge adulte, non vaccinée, habitant dans le territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve. Le taux demeure donc de 0,1 cas par 100 000; il est inférieur à celui du reste du Québec et à celui des États-Unis.



DÉFINITION NOSOLOGIQUE
INFECTION À *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* TYPE B

Cas confirmé

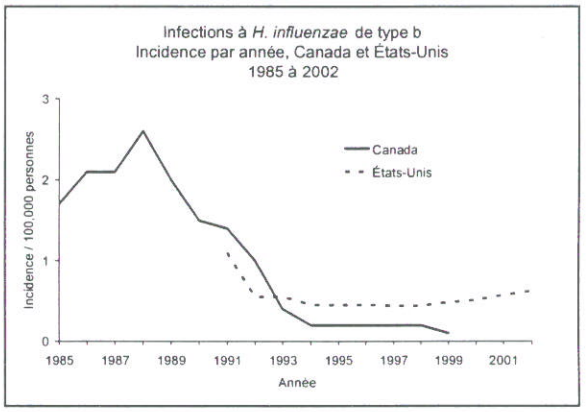
Isolement ou détection par PCR d'*Haemophilus influenzae* type b (1) d'un site normalement stérile.

OU

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

NOTE EXPLICATIVE

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



DÉFINITION NOSOLOGIQUE
INFECTION À MÉNINGOCOQUE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et isolement ou détection par PCR de *Neisseria meningitidis* d'un site normalement stérile (1).

Cas clinique

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

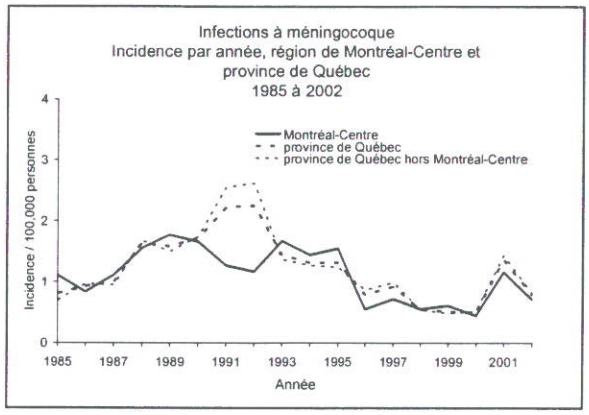
1. manifestations cliniques compatibles incluant un *purpura fulminans* ou des pétéchies; ou
2. manifestations cliniques compatibles et détection d'antigènes méningococciques sur un prélèvement du LCR.

NOTES EXPLICATIVES

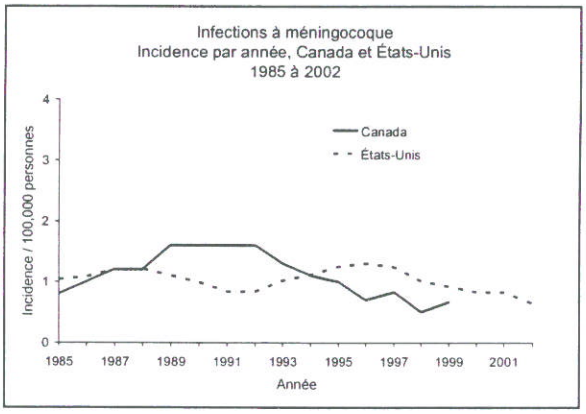
(1) La pneumonie à *Neisseria meningitidis* est une entité très rare et la confirmation en laboratoire est problématique compte tenu de la contamination possible des expectorations ou des sécrétions bronchiques par la flore des voies respiratoires supérieures; seule la présence d'une hémoculture ou d'une culture du liquide pleural positive permet de confirmer un cas à des fins de surveillance.

3.3 INFECTIONS À MÉNINGOCOQUE

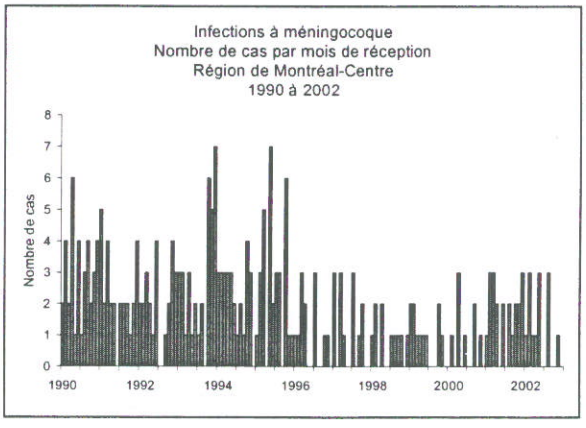
- L'incidence déclarée des infections envahissantes à méningocoque a diminué en 2002 à Montréal-Centre.
- Aucun cas en 2002 n'était évitable par la vaccination des enfants et des adolescents.

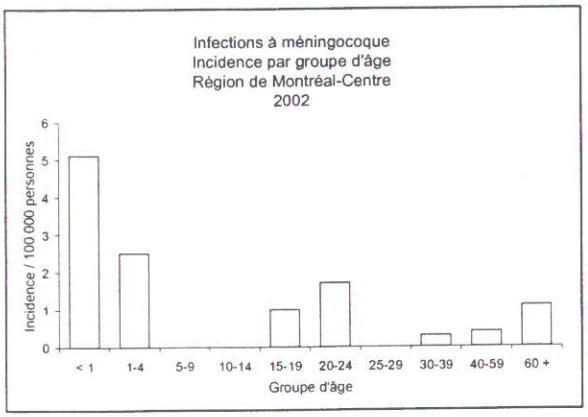


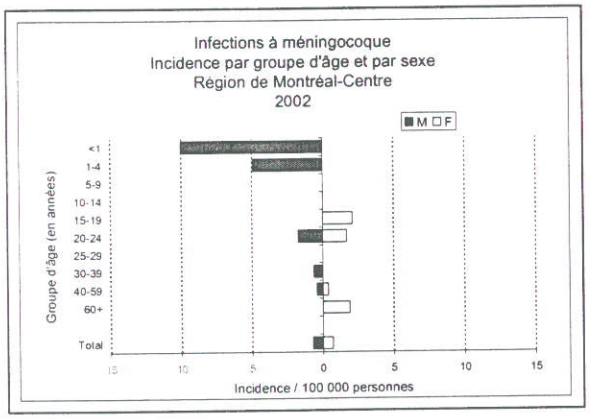
Le nombre de cas déclarés est passé de 21 à 13 entre 2001 et 2002, pour une incidence de 0,7 cas par 100 000.



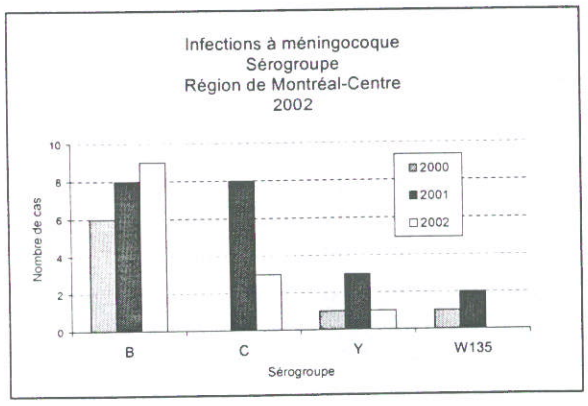
Un léger excès d'incidence pendant les mois d'hiver reflète la tendance saisonnière attendue.







Comme par les années passées, le taux d'incidence a été de beaucoup le plus élevé chez les nourrissons (5,1 / 100 000 *vs* un taux d'ensemble de 0,7 / 100 000). Toutefois, la majorité des groupes d'âges ont été touchés. Contrairement à 2001, le deux sexes ont été également affectés.



Neuf isolats étaient du sérogroupe B, trois du groupe C et un du groupe Y. Deux des cas étaient chez des personnes vaccinées, tous les deux causés par le sérogroupe B (contre lequel le vaccin n'offre pas de protection). Sept cas sont survenus chez des personnes non vaccinées, quatre chez des personnes de statut vaccinal inconnu, toutes des adultes (non visés par le programme de vaccination) et deux chez des enfants de 2 ans vaccinés. Aucun des cas n'était donc évitable par le programme actuel de vaccination, soit à cause de l'âge du patient, du sérogroupe de l'agent, ou des deux.

Comme en 2001, les CLSC qui ont eu des cas se trouvent dans les parties centrale et Est de l'île. Dans l'Ouest, aucun CLSC n'a eu de cas.

Pendant la campagne de vaccination contre les infections dues au sérogroupe C, entre septembre 2001 et avril 2002, 360 387 doses de vaccin ont été distribuées parmi la clientèle scolaire ou d'âge scolaire.

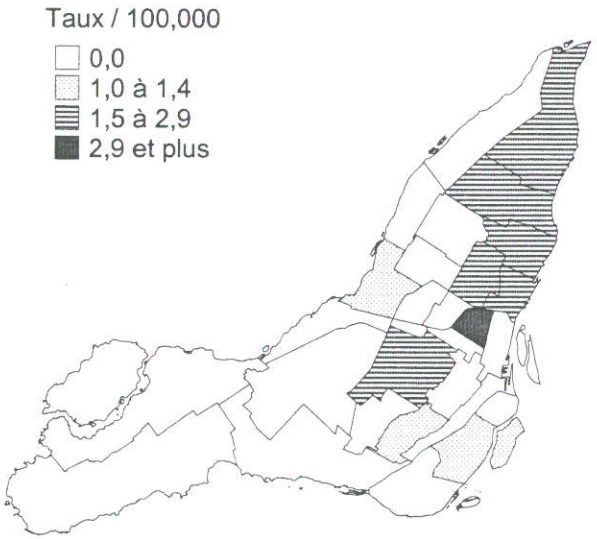
Infections à méningocoque
Région de Montréal-Centre
2002

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 0,0% (0/13) des cas.

Incidence selon le territoire de CLSC





3.4 ROUGEOLE

Il y a eu un cas de rougeole déclaré à Montréal-Centre en 2002, chez un homme dans la quarantaine, non vacciné, revenant d'un voyage d'un mois en Espagne.

L'absence de cas indigènes pourrait bien être l'effet du programme de vaccination en deux doses implanté en 1996.

- Il n'y a eu qu'un cas de rougeole déclaré à Montréal-Centre en 2002, importé d'Espagne

DÉFINITION NOSOLOGIQUE
ROUGEOLE

Cas confirmé:

Présence d'une des trois conditions suivantes en l'absence d'immunisation récente (1) contre la rougeole:

1. isolement ou détection antigénique rapide du virus de la rougeole d'un échantillon clinique approprié; ou
2. détection sérologique d'IgM contre le virus de la rougeole (2); ou
3. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le virus de la rougeole entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence (3);

OU

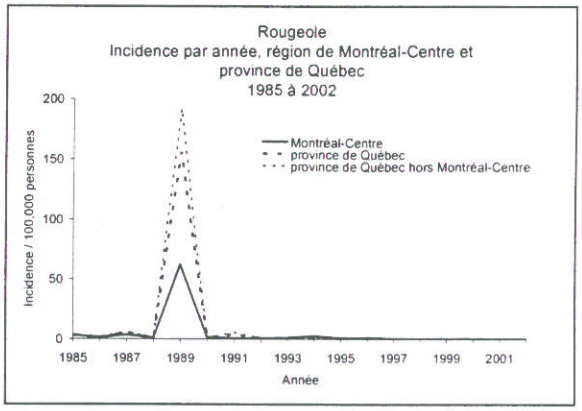
Présence des manifestations cliniques suivantes : 1) fièvre ≥ 38,3°C; 2) toux ou coryza ou conjonctivite; 3) éruption maculopapulaire généralisée d'une durée minimale de trois jours et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire susmentionnés.

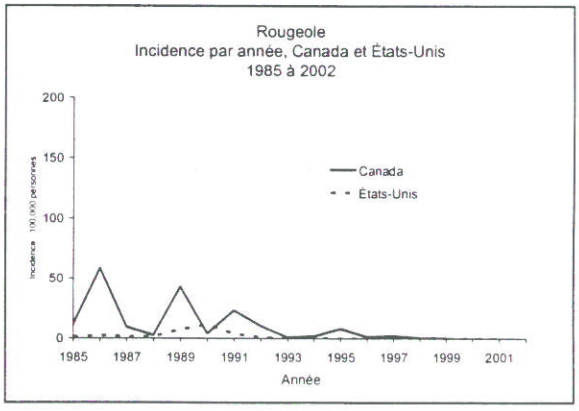
NOTES EXPLICATIVES

(1) En présence d'une immunisation récente, la validation du cas devra s'appuyer sur la détection du virus sauvage dans un échantillon clinique approprié.

(2) La détection d'IgM chez un cas sporadique qui n'a pas d'antécédents de voyage récent dans une région où l'on sait qu'il y a des cas de rougeole, ne suffit pas à confirmer un cas et elle doit être complétée par l'isolement du virus ou la démonstration d'une élévation du titre des IgG entre les échantillons de la phase aiguë et ceux de la phase de convalescence.

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

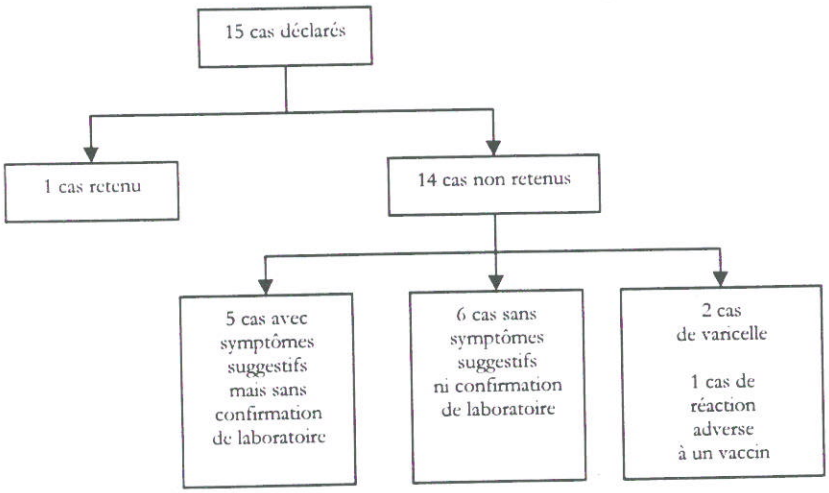




Des 15 déclarations reçues, une seule rencontrait les critères de définition pour fin de surveillance. Les déclarations de cas cliniques isolés de rougeole (sans confirmation de laboratoire) ne sont plus acceptées; de plus, si les IgM sont positifs, il faut maintenant, dans certaines situations, confirmer le résultat par une culture virale ou par une augmentation du titre des IgG. Il est recommandé d'effectuer une recherche d'IgM anti-rougeoleux chez tous les patients soupçonnés de rougeole, de rubéole ou d'érythème infectieux. Dans le premier cas, il s'agit de confirmer qu'il s'agit bien d'une rougeole. Dans les autres cas, il s'agit d'éliminer la possibilité d'une rougeole.

En 2002, 54 990 doses de vaccin RRO ont été distribuées, dont 38 % aux CLSC et 52 % aux cliniques ou bureaux privés.

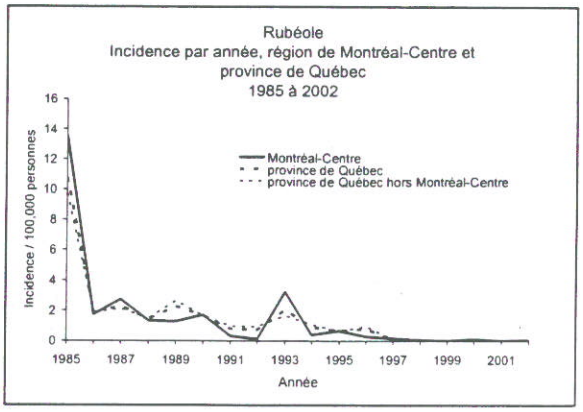
Classification des cas de rougeole déclarés Montréal-Centre, 2002



Objectif national

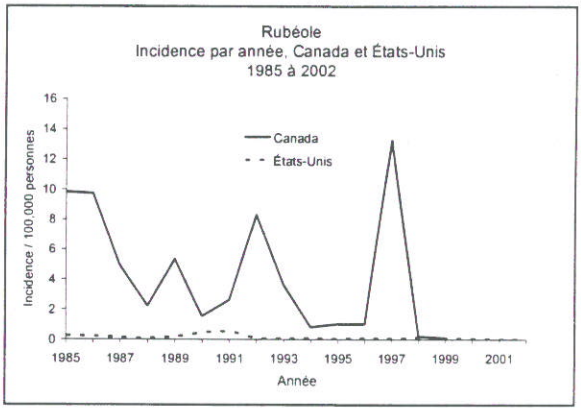
Que d'ici 2002, la rougeole soit sous le seuil d'élimination.

3.5 RUBÉOLE ET RUBÉOLE CONGÉNITALE



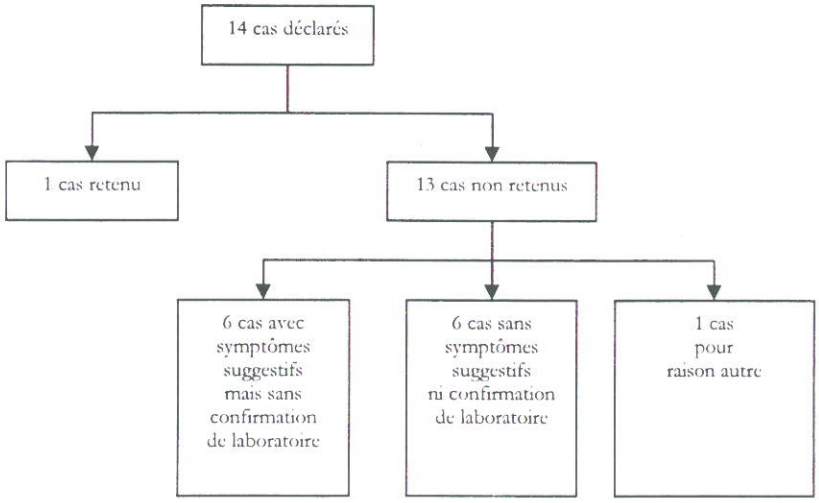
Il y a eu un cas de rubéole mais aucun de rubéole congénitale déclaré à Montréal-Centre en 2002. C'est la neuvième année consécutive sans rubéole congénitale déclarée.

Un cas de rubéole confirmé à Montréal-Centre en 2002.



L'incidence déclarée de la rubéole est presque nulle partout en Amérique du Nord depuis 1998.

Classification des cas de rubéole déclarés
Montréal-Centre, 2002



DÉFINITION NOSOLOGIQUE

RUBÉOLE

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes en l'absence d'immunisation récente contre la rubéole:

1. isolement du virus de la rubéole d'un échantillon clinique approprié; ou
2. détection sérologique d'IgM contre le virus de la rubéole; ou
3. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le virus de la rubéole entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence (1);

OU

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

OU

Mère d'un nouveau-né atteint d'un syndrome de rubéole congénitale.

NOTE EXPLICATIVE

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

RUBÉOLE CONGÉNITALE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles (1) et une des trois conditions suivantes:

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

Cas clinique

Manifestations cliniques compatibles qui ne peuvent être expliquées par aucune autre cause et absence de résultats d'épreuves de laboratoire. (2)

NOTES EXPLICATIVES

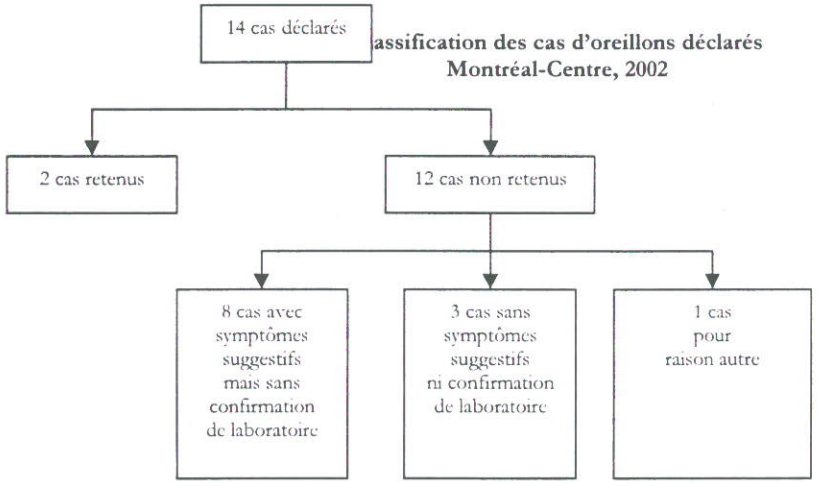
(1) Le cas doit présenter au moins une des anomalies suivantes: cataracte/glaucome congénital, malformation cardiaque, surdité neurosensorielle, rétinite pigmentaire. S'il ne présente qu'une des anomalies énumérées précédemment et en l'absence de tests de laboratoire énumérés précédemment, le cas devra, pour être retenu à des fins de surveillance, présenter également au moins une des manifestations suivantes: *purpura*, splénomégalie, ictère, microcéphalie, retard mental, méningo-encéphalie, anomalies radiologiques des os, maladies évolutives telles que le diabète ou la panencéphalite progressive et toutes autres anomalies pouvant être causées par le virus de la rubéole.

(2) Un cas avec des manifestations cliniques compatibles ne sera pas retenu si les examens de laboratoire démontrent une absence d'anticorps contre la rubéole chez le nouveau-né ou une absence d'anticorps contre la rubéole chez la mère ou encore une baisse du titre d'anticorps contre la rubéole, compatible avec la diminution normale des anticorps maternels transférés passivement après la naissance.

3.6 ET LES QUATRE AUTRES

Le programme de vaccination primaire comporte également des vaccins contre la diphtérie, la poliomyélite, le tétanos et les oreillons. Pour les trois premières infections, aucun cas n'a été déclaré à Montréal-Centre depuis au moins 1991.

En ce qui concerne les oreillons, bien que 14 déclarations aient été reçues en 2002, seulement 2 cas ont été retenus comme validés. Comme pour la rougeole et la rubéole, des tests sérologiques positifs sont exigés pour valider les cas et les inclure dans les statistiques de surveillance. (Voir les définitions nosologiques à la page suivante).



assification des cas d'oreillons déclarés
Montréal-Centre, 2002

DÉFINITION NOSOLOGIQUE

POLIOMYÉLITE (1)

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles (2) avec la poliomyélite paralytique (3) et une des deux conditions suivantes:

1. Isolement ou détection par PCR du virus du vaccin antipolio ou d'un poliovirus sauvage d'un échantillon clinique approprié; ou
2. Lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire mentionnés précédemment.

NOTES EXPLICATIVES

(1) Les cas de poliomyélite non paralytique seront déclarés sous méningite virale.

(2) Le tableau clinique doit comprendre tous les éléments suivants: une paralysie flasque aiguë touchant au moins un membre, une diminution ou une absence de réflexes ostéo-tendineux au niveau des membres touchés, une fonction sensorielle et cognitive intacte, une absence d'autre cause apparente (les examens de laboratoire pertinents étant pratiqués pour écarter toute autre cause de syndrome analogue) et la présence d'un déficit neurologique 60 jours après l'apparition des symptômes initiaux, sauf en cas de décès du malade.

(3) Les cas de poliomyélite paralytique sont classés dans les catégories suivantes:

1. Virus sauvage: L'examen de laboratoire incrimine le virus de type sauvage. Les cas sont ensuite subdivisés comme suit:

a. Importé: voyage ou séjour dans une région où la polio est endémique dans les 30 jours précédant la manifestation des symptômes;

b. Lié à un cas importé: lien épidémiologique, dans les 30 jours précédant la manifestation des symptômes, avec une personne qui a voyagé ou séjourné dans une région où la polio est endémique;

c. Indigène: aucun voyage ni contact comme ceux décrits ci-dessus.

2. Virus associé au vaccin: L'examen de laboratoire incrimine le virus utilisé dans le vaccin. Les cas sont ensuite subdivisés comme suit:

a. Receveur: la maladie s'est déclarée entre 7 et 30 jours après l'administration du vaccin antipolio par voie orale;

b. Contact: le sujet a eu des contacts avec une personne vaccinée et la maladie a débuté entre 7 et 60 jours après l'administration du vaccin antipolio par voie orale à ce dernier;

c. Contact possible: en l'absence de contact direct connu avec un vacciné et d'antécédents de vaccination antipolio par voie orale, la paralysie se déclare dans une région où une campagne de vaccination systématique s'est déroulée entre 7 et 60 jours auparavant. Au Canada, seraient incluses toutes les provinces où le vaccin antipolio oral est d'utilisation courante;

d. Aucun contact connu: dans une région où ne se déroule pas un programme intensif de vaccination, la paralysie se manifeste chez une personne qui n'a eu aucun contact connu avec une personne vaccinée ou qui n'a pas été vaccinée récemment. Au Canada, seraient incluses les provinces où le vaccin antipolio oral n'est pas d'utilisation courante.

OREILLONS

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes en l'absence d'immunisation récente contre les oreillons:

1. isolement du virus des oreillons dans un échantillon clinique approprié; ou
2. détection sérologique d'IgM contre le virus des oreillons; ou
3. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre le virus des oreillons entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence;

OU

Manifestations cliniques compatibles (ex.: fièvre, tuméfaction douloureuse d'une ou plusieurs glandes salivaires) et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire susmentionnés.

DIPHTÉRIE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles au niveau des voies respiratoires supérieures (pharyngite, amygdalite ou laryngite), avec ou sans membranes, avec ou sans symptômes toxiques (cardiaques ou neurologiques) et une des trois conditions suivantes:

1. isolement d'une souche toxigène de *Corynebacterium diphtheriae*; ou
2. diagnostic histopathologique de diphtérie; ou
3. lien épidémiologique avec un cas confirmé par un test de laboratoire.

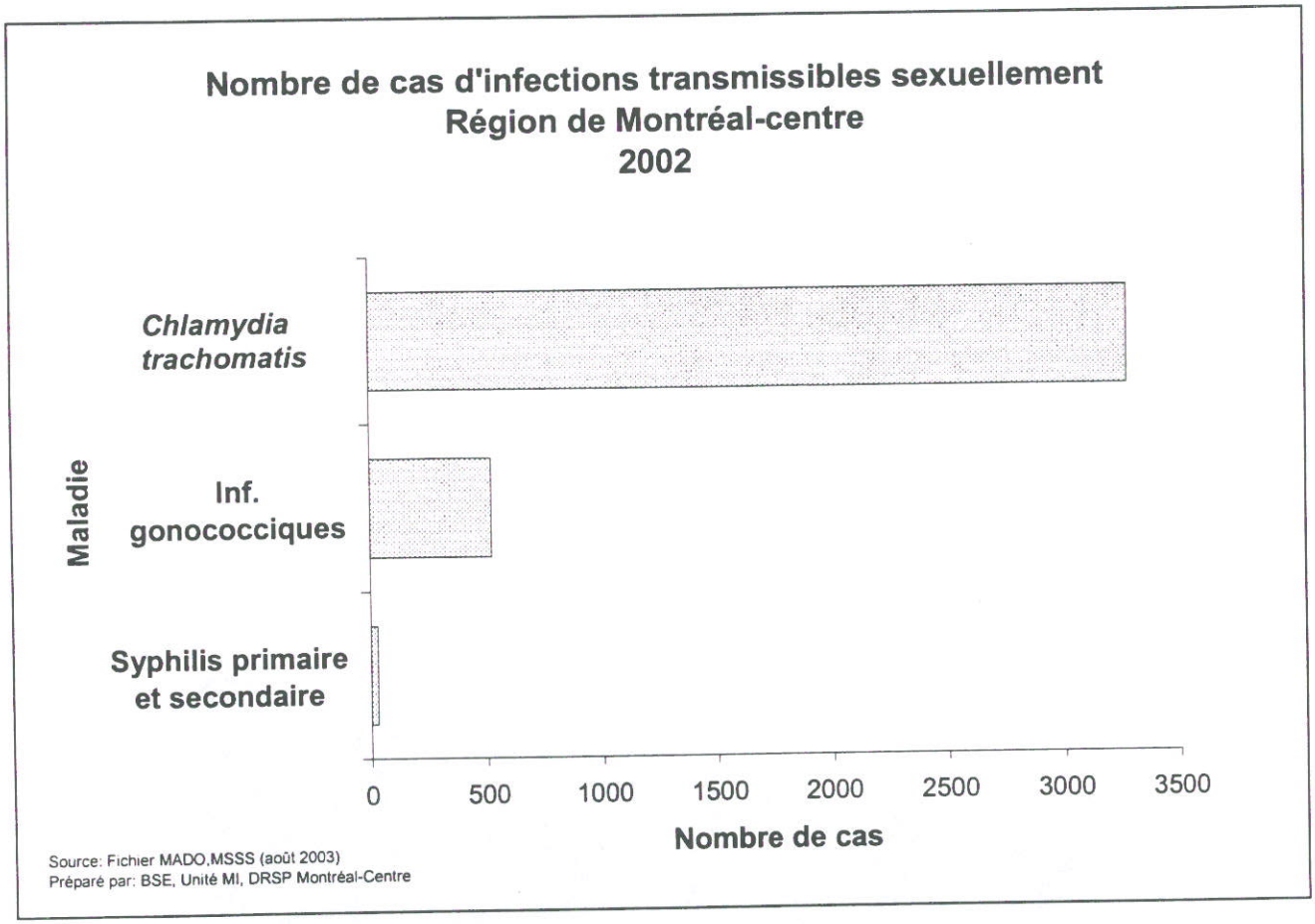
TÉTANOS

Cas confirmé

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



4. INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS)


Nombre de cas d'infections transmissibles sexuellement
Région de Montréal-centre
2002
Maladie
Chlamydia trachomatis
Inf. gonococciques
Syphilis primaire et secondaire
0
500
1000
1500
2000
2500
3000
3500
Nombre de cas
Source: Fichier MADO,MSSS (août 2003)
Préparé par: BSE, Unité MI, DRSP Montréal-Centre

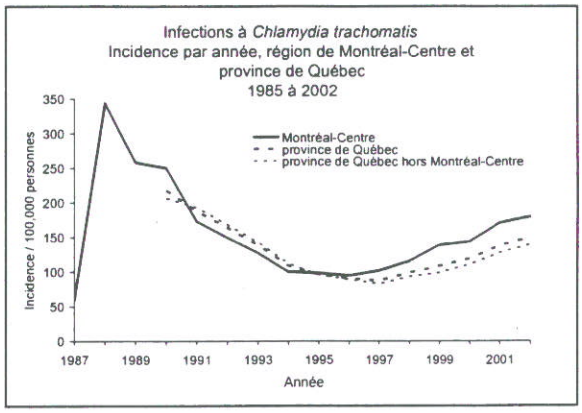
4.1 INFECTIONS À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

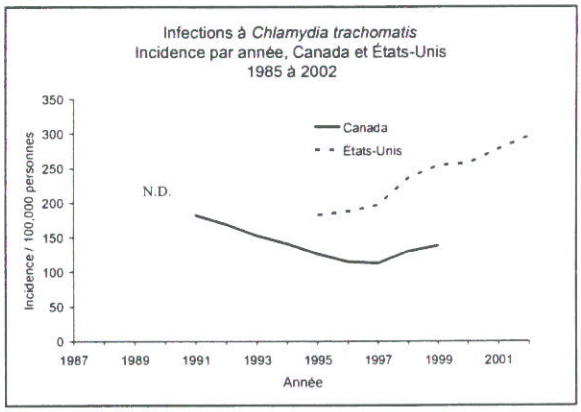
Les infections à *C. trachomatis* comptent pour 39 % des MADO, demeurant encore cette année la MADO la plus fréquemment déclarée dans la région de Montréal-Centre. Avec 3 274 cas déclarés (179,4 / 100 000), cette MADO poursuit en 2002 une hausse amorcée en 1997 :

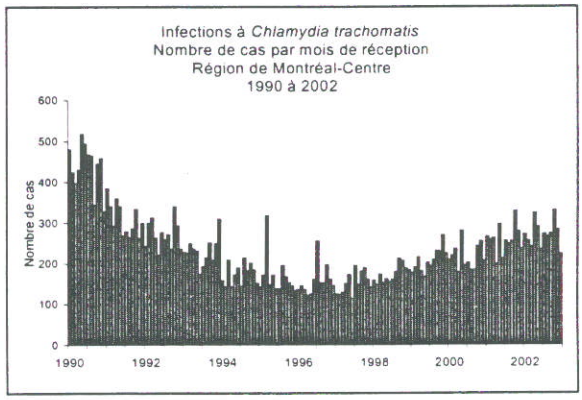
Hausse	entre 1996 et 1997 :	7 %
	entre 1997 et 1998 :	13 %
	entre 1998 et 1999 :	20,8 %
	entre 1999 et 2000 :	4,1 %
	entre 2000 et 2001 :	19,5 %
	entre 2001 et 2002 :	6,0 %

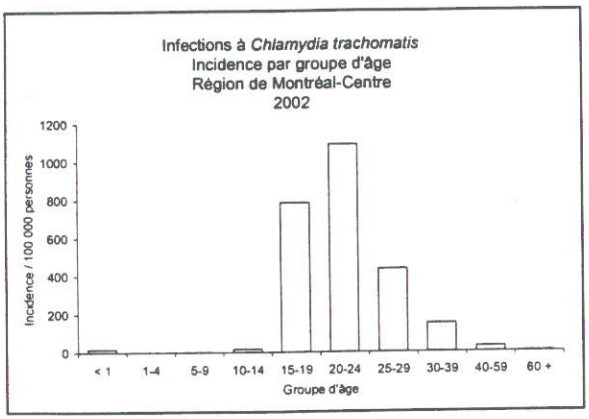
DÉFINITION NOSOLOGIQUE
INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*
Cas confirmé (1)
Présence d'une des cinq conditions suivantes:
1. isolement de *Chlamydia trachomatis* par culture cellulaire; ou
2. détection d'antigènes de *Chlamydia trachomatis* à l'aide d'une technique EIA ou IFD dans un prélèvement d'origine conjonctivale, urétrale ou endocervicale; ou
3. détection d'antigènes de *Chlamydia trachomatis* à l'aide d'une technique EIA ou IFD dans un prélèvement du rhinopharynx chez un nourrisson; ou
4. détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis*; ou
5. détection sérologique d'IgM spécifiques chez un nourrisson.

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

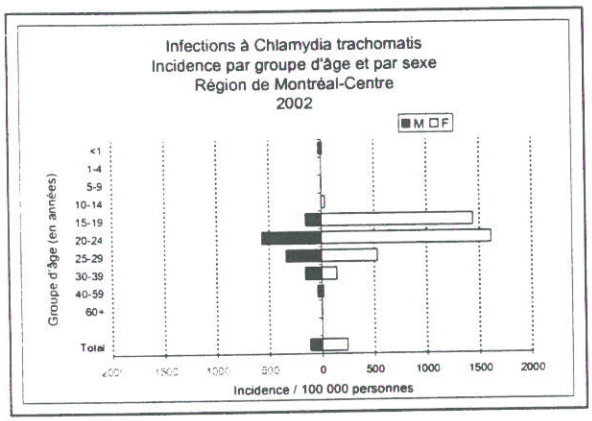








La majorité des cas se retrouvent toujours chez les femmes (70 % de tous les cas) et particulièrement chez les femmes âgées de 15 à 24 ans, avec des taux d'incidence de 1 440 cas par 100 000 chez les 15-19 ans et de 1 613 cas par 100 000 chez les 20-24 ans, des taux trois fois plus élevés que celui visé par les objectifs canadiens pour l'an 2000 chez les femmes de ces groupes d'âges, soit moins de 500 cas par 100 000. Le taux observé à Montréal pour l'ensemble de la population, tous groupes d'âges confondus (179,4) est un peu plus de deux fois supérieur à celui visé pour l'an 2000 dans les objectifs canadiens de contrôle des infections à *C. trachomatis*, soit 80 cas par 100 000.

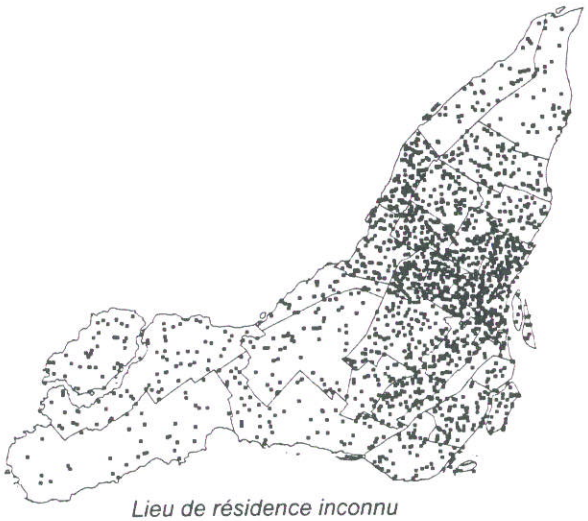


Pour 42 % des cas déclarés, le lieu de résidence est inconnu. La proportion des cas pour lesquels le lieu de résidence est inconnu s'avère similaire pour tous les laboratoires déclarants de l'Île de Montréal. En ce qui a trait aux cas dont le lieu de résidence est connu, les taux d'incidence par territoire de CLSC varient de 38,7 à 221,7 par 100 000. Les 8 territoires de CLSC présentant les taux d'incidence les plus élevés sont les suivants, par ordre décroissant :

- Hochelaga-Maisonneuve 221,7 / 100 000
- Mercier Est Anjou 214,2
- Des Faubourgs 211,1
- Saint-Michel 197,1
- Du Plateau Mont-Royal 145,5
- La Petite Patrie 142,3
- Villeray 140,4
- Montréal-Nord 131,0

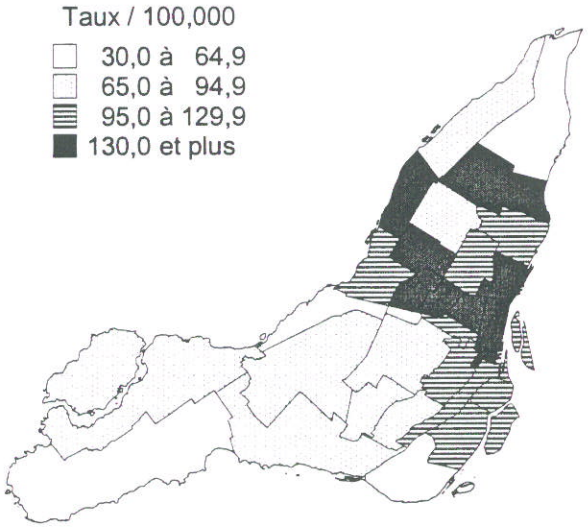
Infections à *Chlamydia trachomatis*
Région de Montréal-Centre
2002

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 42,0% (1375/3274) des cas.

Incidence selon le territoire de CLSC



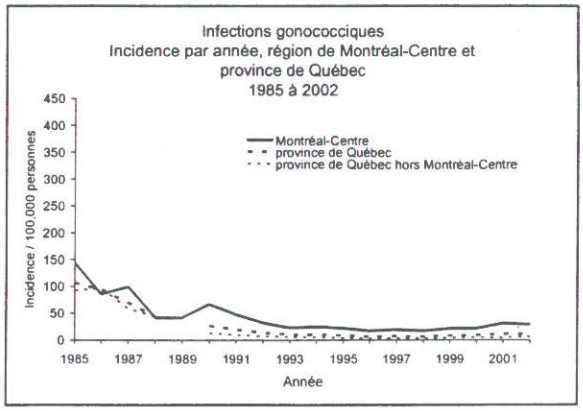


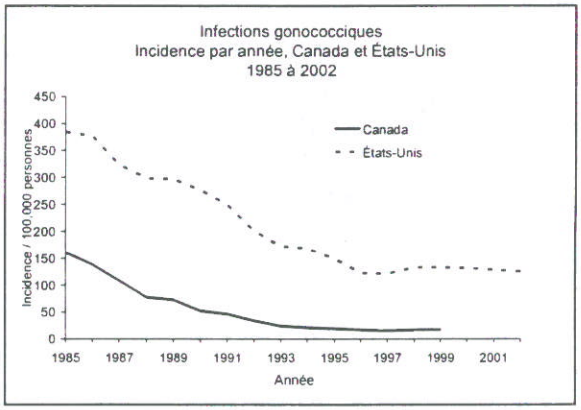
4.2 INFECTIONS GONOCOCCIQUES

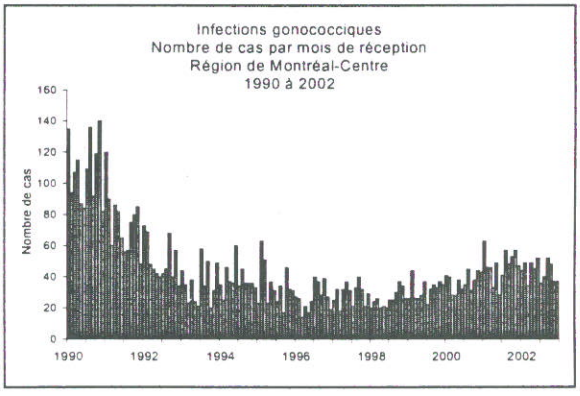
En 2002, 523 cas d'infection gonococcique ont été déclarés, une légère baisse par rapport à 2001, qui tranche avec la série de hausses observée depuis 1999.

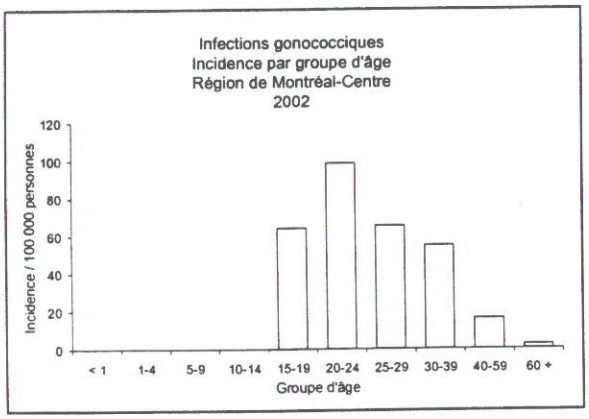
Variation
- entre 1998 et 1999 : + 23,7 %
- entre 1999 et 2000 : + 16,3 %
- entre 2000 et 2001 : + 28,2 %
- entre 2001 et 2002 : – 8,0 %

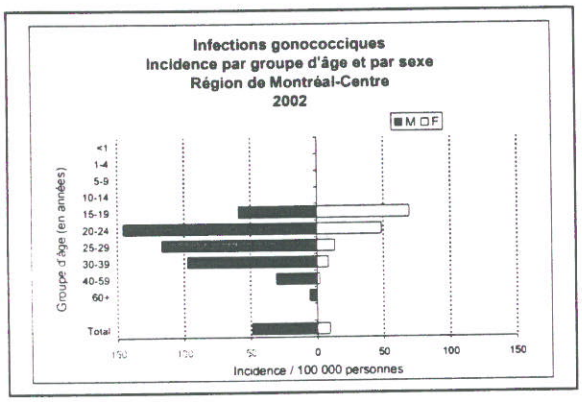
DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES
INFECTIONS GONOCOCCIQUES
INFECTION GONOCOCCIQUE GÉNITO-URINAIRE
Cas confirmé
Isolement de *Neisseria gonorrhoeae* d'un spécimen du tractus urogénital;
OU
Détection d'antigènes de *Neisseria gonorrhoeae* à l'aide d'une technique EIA d'un spécimen d'origine urétrale ou endocervicale;
OU
Détection d'acides nucléiques de *Neisseria gonorrhoeae* d'un spécimen approprié;
OU
Observation de cocci intracellulaires Gram-négatifs dans un frottis de sécrétions urétrales prélevées chez un homme.
INFECTION GONOCOCCIQUE DE L'OEIL
Cas confirmé
Isolement de *Neisseria gonorrhoeae* d'un prélèvement oculaire.
INFECTION GONOCOCCIQUE AUTRE
Cas confirmé
Isolement de *Neisseria gonorrhoeae* dans un échantillon clinique provenant d'un site autre qu'oculaire ou urogénital.











Les hommes constituent toujours, et de loin, la majorité des cas ; en fait, la proportion d'hommes parmi les cas déclarés est passée de 75 % en 1996 à 83 % en 2001 et est demeuré stable en 2002.

Parmi les cas déclarés en 2002, les hommes sont surtout âgés de 20 à 24 ans (taux de 145,8 / 100 000) ou de 25 à 29 ans (taux de 116,7 / 100 000), alors que les femmes sont surtout âgées de 15 à 19 ans (taux de 69,5 / 100 000).

La très grande majorité des cas d'infections gonococciques déclarés sont localisés à des sites génito-urinaires. Au cours de l'année 2002, 16,4 % des cas déclarés étaient localisés à des sites autres que génito-urinaires (pharynx, rectum), une proportion similaire à celle observée en 2001.

En 1994, on a isolé pour la première fois à Montréal une souche manifestant une sensibilité réduite à la ciprofloxacine. Par la suite, de une à quatre souches ont été identifiées chaque année. En 2002, 4,5 % des souches étaient résistantes contre 5,4 % en 2001.

Dans le cadre des enquêtes épidémiologiques menées au cours de 2002, les caractéristiques suivantes ont été identifiées (les cas pour lesquels l'enquête n'a pu être complétée ou la donnée était manquante ont été exclus du calcul de ces proportions) :

- Jusqu'à 70 % des cas de sexe masculin étaient survenus chez des HARSAH (cette proportion était déjà passée de 53 % en 1995-1996 à 70 % en 2001).
- L'âge moyen était de 29,2 ans (32,2 ans chez les HARSAH).
- Dans les deux derniers mois avant l'infection, un minimum de 9 % des personnes infectées (un minimum de 7,5 % des HARSAH) auraient eu des relations sexuelles avec un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec (lors d'un voyage du patient à l'extérieur ou avec un partenaire en visite au Québec); cette proportion est difficile à apprécier car l'information était souvent manquante à ce sujet. Par ailleurs le tiers des HARSAH (32,9 %) avaient eu des relations sexuelles dans des saunas gais.

- Au cours de la dernière année, 7,8 % de l'ensemble des personnes infectées (3,4 % des HARSAH) rapportaient avoir reçu ou fourni de l'argent en échange de relations sexuelles alors que 7,4 % (4,5 % des HARSAH) disaient avoir consommé des drogues « dures » (injectées ou non, incluant de l'« ecstasy »); 4 personnes disaient s'être injecté des drogues.

Enfin, 75 % de l'ensemble des cas, (86 % des HARSAH) étaient de la communauté ethnoculturelle canadienne-française, 6,6 % (4,5 % des HARSAH), de la communauté canadienne-anglaise.



Le lieu de résidence est inconnu pour 34,2 % de tous les cas alors qu'il était inconnu pour 56,8 % des cas en 2001 et 66,6 % des cas en 2000. Cette nette amélioration est probablement due au processus intensif d'enquêtes entrepris à compter de mars 2001.

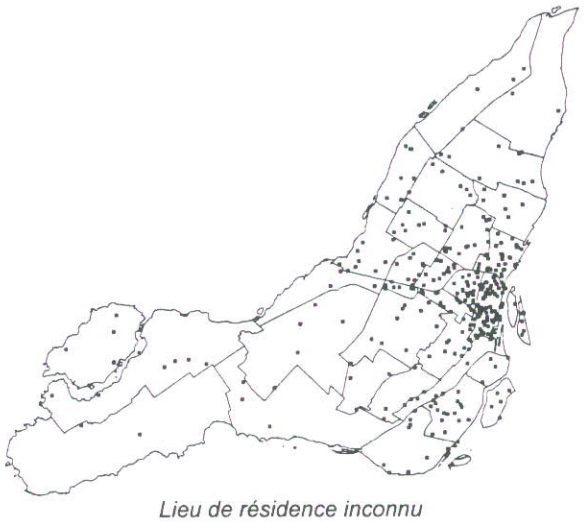
En ce qui a trait aux cas dont le lieu de résidence est connu, les taux d'incidence par territoire de CLSC varient de 1,2 à 171,5 par 100 000. Les six territoires de CLSC présentant les taux d'incidence les plus élevés sont les suivants par ordre décroissant :

- des Faubourgs 171,5 / 100 000
- Hochelaga-Maisonneuve 68,7
- du Plateau Mont-Royal : 47,2
- St-Henri 45,2
- St-Louis-du-Parc 30,9
- La Petite Patrie 27,2
- Verdun/Côte-St-Paul 22,7

.

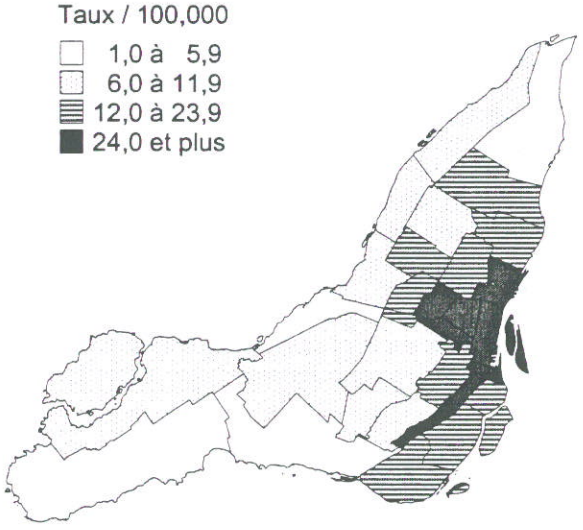
Infections gonococciques
Région de Montréal-Centre
2002

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 34,2% (179/523) des cas.

Incidence selon le territoire de CLSC



DÉFINITION NOSOLOGIQUE

SYPHILIS PRIMAIRE

Cas confirmé

Observation de *Treponema pallidum* dans un prélèvement provenant d'un chancre ou d'un ganglion lymphatique régional par un examen microscopique sur fond noir ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP);

OU

Présence d'au moins un chancre compatible avec une syphilis primaire et détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (FTA-ABS, MHA-TP, TP-PA) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) chez une personne sans antécédent de syphilis;

OU

Présence d'au moins un chancre compatible avec une syphilis primaire et augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) par rapport au précédent test non tréponémique chez une personne ayant déjà été traitée pour la syphilis.

SYPHILIS SECONDAIRE

Cas confirmé

Observation de *Treponema pallidum* dans un prélèvement provenant de lésions cutanéo-muqueuses ou de condylome plat par un examen microscopique sur fond noir ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP);

OU

Présence des deux conditions suivantes:

1. lésions cutanéo-muqueuses typiques (alopécie, chute des cils et du tiers latéral des sourcils), iritis, adénopathies généralisées, fièvre, malaises ou splénomégalie; et
2. détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par des tests non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) et tréponémique (FTA-ABS, MHA-TP, TP-PA) ou augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) par rapport au précédent test non tréponémique.

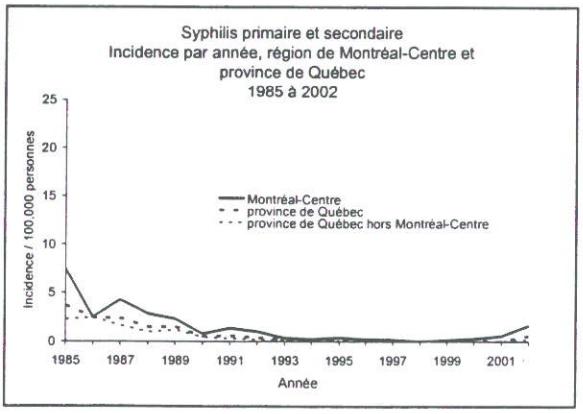
SYPHILIS LATENTE PRÉCOCE

Cas confirmé

Présence des trois conditions suivantes :

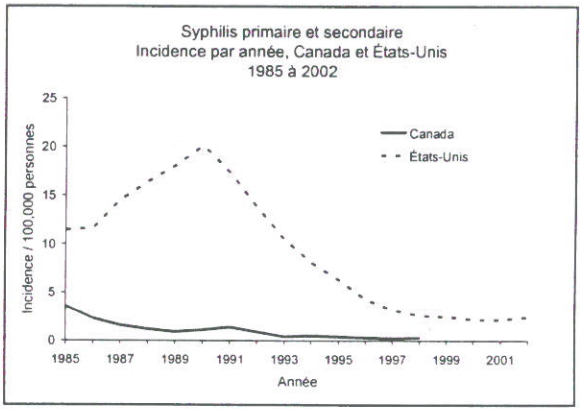
1. absence de manifestations cliniques de syphilis; et
2. détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par des tests non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) et tréponémique (FTA-ABS, MHA-TP, TP-PA); et
3. une des situations suivantes au cours des douze derniers mois:
   - un résultat négatif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

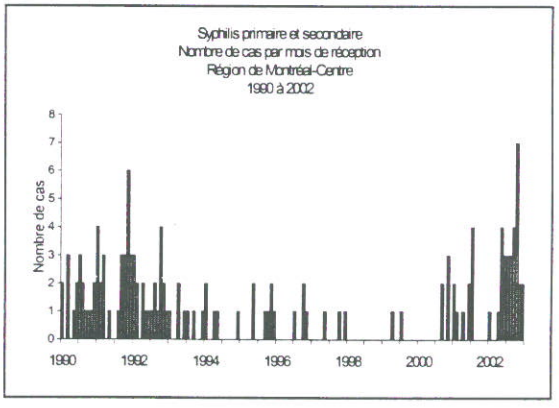
4.3 SYPHILIS PRIMAIRE, SECONDAIRE ET LATENTE PRÉCOCE

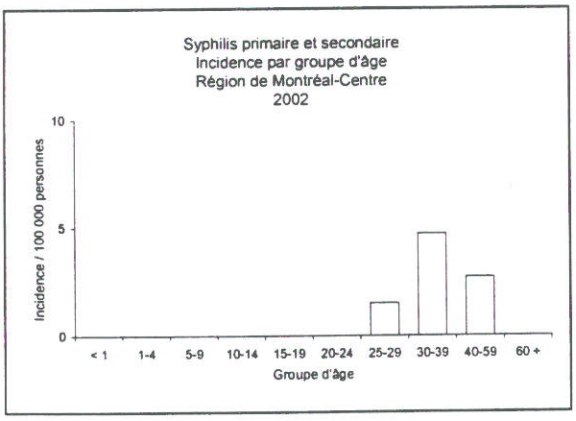


En 2002, on a dénombré 37 cas de syphilis en phase contagieuse : 30 cas de syphilis primaire ou secondaire et sept cas de syphilis latente précoce.

Année	Syphilis primaire/ secondaire	Syphilis latente précoce	Total syphilis contagieuse
1998	0	1	1
1999	2	1	3
2000	5	1	6
2001	10	1	11
2002	30	7	37

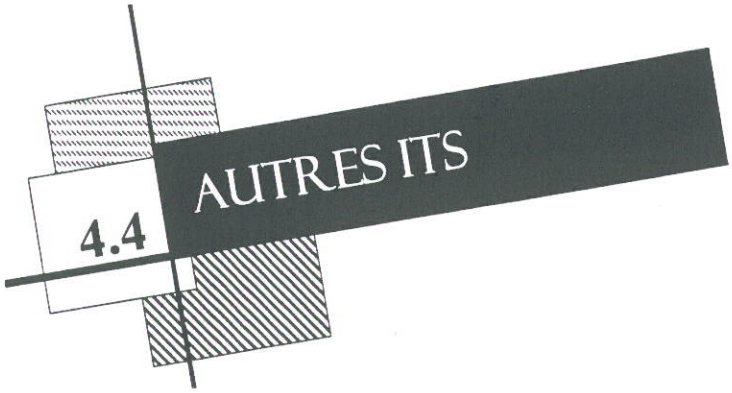






Dans le cadre des enquêtes épidémiologiques menées au cours de 2002, les caractéristiques suivantes ont été identifiées (les cas pour lesquels l'enquête n'a pu être complétée ou la donnée était manquante ont été exclus du calcul de ces proportions) :

- Tous étaient survenus chez des hommes et tous sauf un chez des HARSAH.
  Les prochaines données ne concernent que ces HARSAH. Les cas pour lesquels l'enquête n'a pu être complétée ou la donnée était manquante ont été exclus du calcul des proportions :
- L'âge moyen était de 38,6 ans (étendue : 25 à 57 ans).
- Dans la période d'incubation (3 à 12 mois selon le stade de la syphilis), les deux tiers (67,7 %) de ces HARSAH avaient eu des relations sexuelles dans des saunas gais. Le tiers (35,7 %) mentionnaient avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec (lors d'un voyage du patient à l'extérieur ou avec un partenaire en visite au Québec). Parmi ceux qui mentionnaient avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec, 70,0 % avaient aussi eu des relations sexuelles dans des saunas de Montréal.
- Au cours de la dernière année, une seule personne rapportait avoir reçu ou fourni de l'argent en échange de relations sexuelles alors que 17,2 % disaient avoir consommé des drogues « dures » (injectées ou non, incluant de l'« ecstasy »); une seule disait s'être injecté des drogues.
- Enfin, 75 % de ces HARSAH était de la communauté ethnoculturelle canadienne-française, 17,9 % de la communauté canadienne-anglaise.

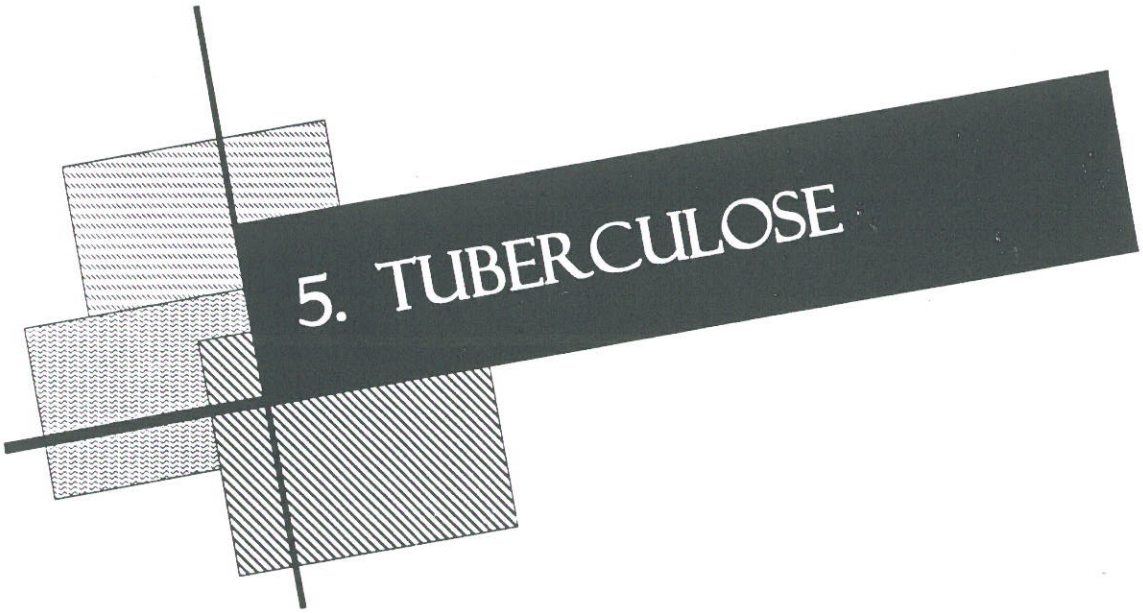


Aucun cas de granulome inguinal, de lymphogranulome vénérien, d'herpès néonatal ni de chancre mou n'a été déclaré en 2002.

En ce qui concerne les statistiques sur le sida, le lecteur est invité à consulter les mises à jour périodiques de surveillance des cas de sida pour la région de Montréal, maintenant disponibles sur le site Internet de la DSP de Montréal-Centre :

http://www.santepub-mtl.qc.ca
(sous la rubrique maladies infectieuses).





5. TUBERCULOSE

DÉFINITION NOSOLOGIQUE
TUBERCULOSE

Cas confirmé (1)
Isolement ou détection par une technique d'amplification génique d'une mycobactérie faisant partie du complexe *Mycobacterium tuberculosis*, c'est-à-dire *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis* (excluant la souche BCG) ou *Mycobacterium africanum*.

Cas clinique
En l'absence d'identification microbienne précise, présence d'au moins une des trois conditions suivantes:
1. présence de symptômes et signes compatibles avec une tuberculose évolutive; ou
2. radiographie(s) pulmonaire(s) suggestive(s) de tuberculose évolutive; ou
3. examen pathologique de tissus provenant de biopsie ou d'autopsie suggestif de tuberculose

ET

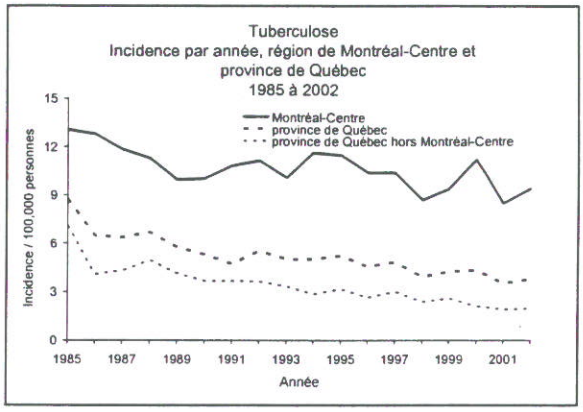
Prescription d'un traitement antituberculeux (sauf si le diagnostic a été posé en post-mortem).

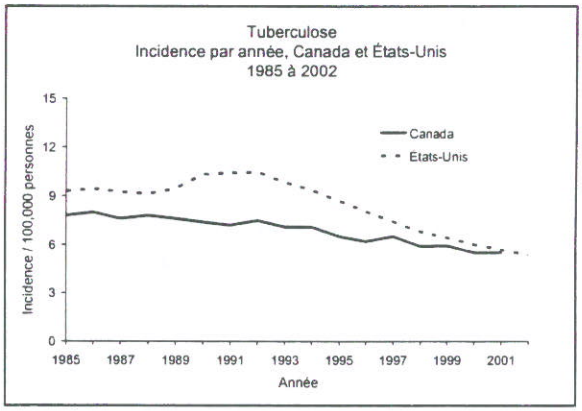
NOTE EXPLICATIVE

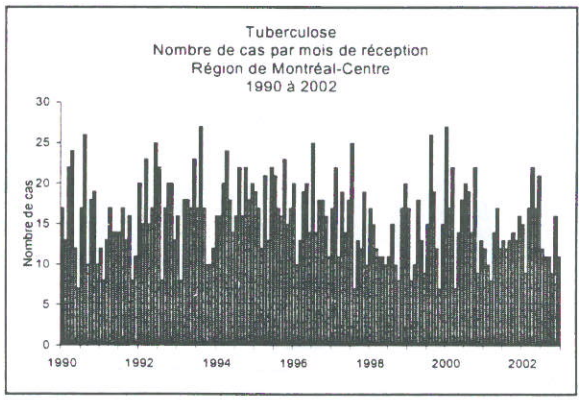
(1) On qualifiera un épisode de «nouveau cas» si la personne n'a pas d'histoire précise de tuberculose évolutive antérieure. Si l'histoire est confuse ou imprécise, un nouveau cas est un cas qui n'a jamais été déclaré au Registre central des MADO et qui n'a jamais reçu de traitement antituberculeux. On qualifiera un épisode de « récidive » en présence d'une personne qui raconte une histoire précise de tuberculose évolutive antérieure. Pour inscrire un nouvel épisode en tant que récidive, la personne devrait avoir pris un traitement antituberculeux et 1) avoir été asymptomatique pendant six mois après la fin du traitement ou 2) ne pas avoir eu de suivi médical pour une période de 12 mois et plus. Un nouvel épisode ne devrait jamais être créé à l'intérieur d'une période de 12 mois suivant un épisode antérieur (sauf si la présence de deux souches différentes a été confirmée par RFLP).

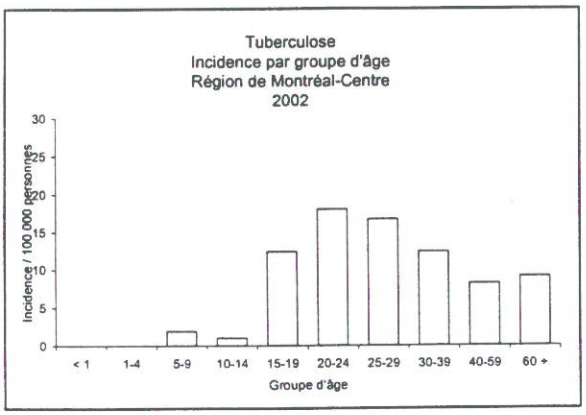
5 TUBERCULOSE

En 2002, 171 cas de tuberculose ont été déclarés pour un taux d'incidence de 9,4 cas / 100 000. Pour la deuxième année consécutive et la quatrième en cinq ans, le taux d'incidence s'est maintenu sous la barre des 10 cas / 100 000 à Montréal. Le nombre de cas et le taux d'incidence pour l'ensemble du Québec sont respectivement de 282 et de 3,8 cas / 100 000. Le taux d'incidence pour la province lorsque la région de Montréal-Centre est exclue est de 1,6 cas / 100 000. En 2001, dernière année pour laquelle nous avons des données, 1 704 cas ont été déclarés au Canada (5,5 cas / 100 000) et 15 984 aux États-Unis (5,6 cas / 100 000). Un peu plus de 80 % des personnes souffrant de tuberculose à Montréal sont nées à l'extérieur du Canada. La proportion des cas nés à l'étranger, le taux d'incidence chez les personnes nées à l'étranger et le taux d'incidence chez les personnes nées au pays étaient respectivement de 62 %, 18,8 cas / 100 000 et 1,1 cas / 100 000 au Canada et 50 %, 26,6 cas / 100 000 et 3,1 cas / 100 000 aux États-Unis.

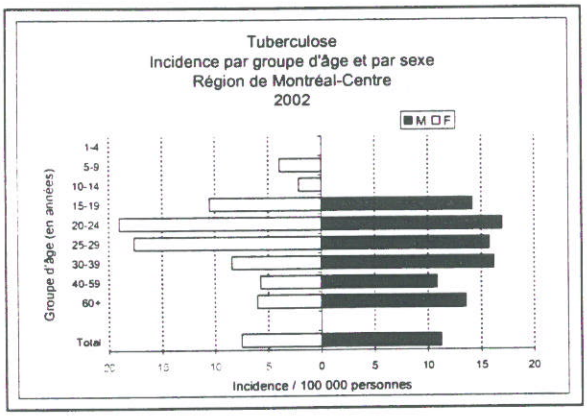




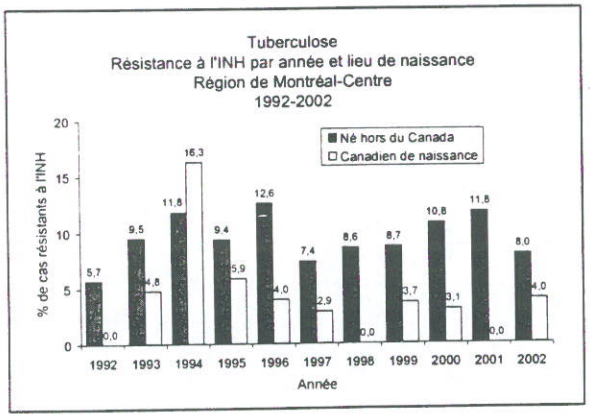




A Montréal, sur l'ensemble des cas de tuberculose, 119 (72,6 %) présentent une atteinte pulmonaire et 23 (14,0 %) une atteinte ganglionnaire.



Chez les moins de 20 ans, 15 cas de tuberculose ont été déclarés. Le taux d'incidence le plus élevé se retrouve exceptionnellement cette année chez les 20-24 ans à 18,0 cas / 100 000.



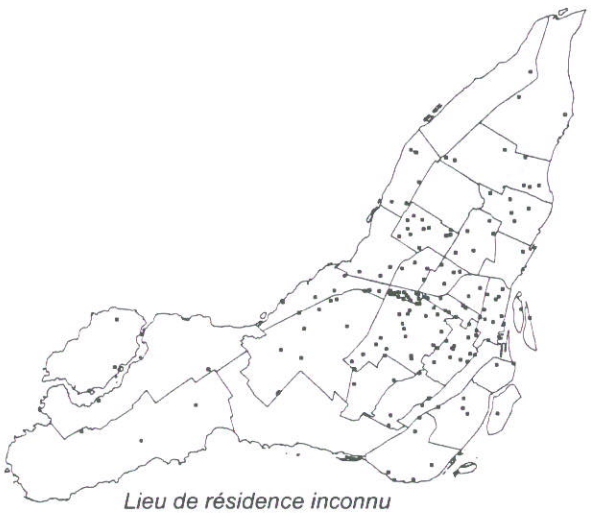
Parmi l'ensemble des cas confirmés par culture, 89,5 % étaient sensibles à tous les antituberculeux. En 2002, un seul cas de résistance à l'INH a été noté chez les personnes nées au Canada. Chez les personnes nées à l'extérieur du Canada, 8,0 % présentaient une résistance à l'INH avec ou sans résistance à d'autres antituberculeux.

En 2002, trois CLSC de l'île ont eu des taux dépassant 20 cas / 100 000 : les CLSC Parc Extension (53,3 / 100 000), St-Louis-du-Parc (23,1 / 100 000) et Saint-Michel (21,7 / 100 000).

Au total, 49 personnes souffrant de tuberculose ont été soumises pour la totalité ou pour une partie de leur traitement à une thérapie sous observation directe assurée par un intervenant soit de l'Institut thoracique de Montréal, soit d'un CLSC, soit de la Direction de Santé publique de Montréal-Centre.

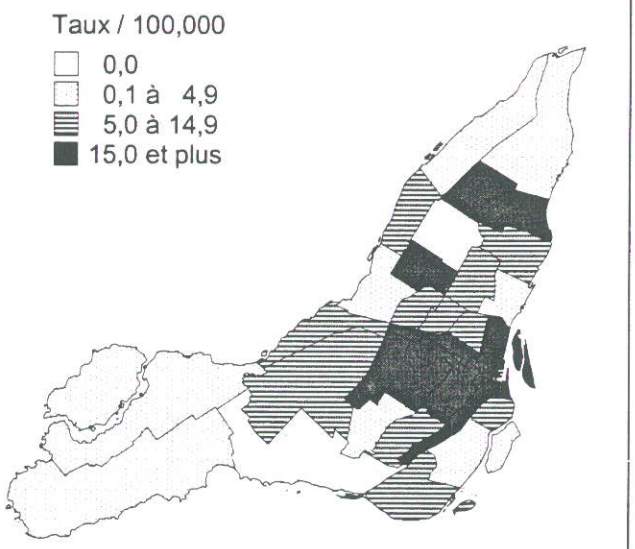
Tuberculose
Région de Montréal-Centre
2002

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 0,6% (1/171) des cas.

Incidence selon le territoire de CLSC







6. ET LES AUTRES MADO NON REGROUPÉES





Fièvre Q. Maladie très rare chez les résidants de la région avec seulement quatre cas depuis 1990. Un nouveau cas a été déclaré en 2002, pour lequel aucun facteur de risque n'a été identifié.

Infections invasives à streptocoque du groupe A. La distribution d'âges des 58 cas est celle attendue avec l'incidence la plus élevée chez les enfants de moins de quatre ans et les adultes de 60 ans ou plus. Les cas se retrouvent dans 22 CLSC. Cette année, trois se démarquent par une incidence qui dépasse de 100 % celle de la région (3,2 / 100 000) soit : Hochelaga-Maisonneuve (6,7 / 100 000), Mercier-Est-Anjou (10,1 / 100 000) et René-Cassin (18,7 / 100,000). L'incidence est variable d'une année à l'autre.

Infections invasives à streptocoque du groupe B. L'incidence en 2002 (1,7 cas par 100 000 ; N=31) demeure beaucoup plus basse que celle attendue pour une région comme celle de Montréal. Seulement 12 cas ont été déclarés chez les moins d'un an en 2002. D'après les taux d'incidence publiés dans la littérature et le nombre de naissances dans notre région, on devrait observer de 25 à 95 cas annuellement, et ce chez les nouveau-nés de 30 jours ou moins. La raison de cet écart n'est pas claire. Le dépistage des femmes enceintes se pratique mais probablement de façon variable et peu systématique.

Comme la maladie est à déclaration obligatoire par les laboratoires, la sous-déclaration doit être minime. Il se peut que l'incidence réelle au Canada soit plus basse

qu'aux États-Unis, d'où proviennent la plupart des données d'incidence.

Infections invasives à *Streptococcus pneumoniae.* En 2002, l'incidence est de 13,2 cas par 100 000 (n=241). Comme attendu, l'incidence est plus élevée chez les enfants de moins de cinq ans et chez les personnes âgées de 60 ans et plus. Elle atteint 92,1 cas par 100 000 chez les moins d'un an ce qui fait de ces infections la troisième MADO en importance dans ce groupe d'âges après la coqueluche et la salmonellose. Tous les CLSC de la région ont eu des cas. Pour une deuxième année consécutive, les CLSC des Faubourgs (33,0 / 100 000) et Hochelaga-Maisonneuve (37,7 cas / 100 000) ont une incidence de plus du double de celle de la région.

Légionellose. Six cas sont survenus en 2002. Quatre cas étaient âgés de 40 à 59 ans et deux de plus de 60 ans. Cinq souffraient de maladies chroniques ; il y a eu deux décès chez des patients hospitalisés ayant probablement acquis leur infection en centre hospitalier. Il s'agit de cas isolés vivant à domicile, sauf deux qui ont acquis leur infection à l'hôpital.

Lèpre. Un cas en 2002 pour lequel on soupçonne une rechute d'une ancienne infection.

Méningite à entérovirus. (N=50) Incidence similaire à l'an passé. Ces déclarations ne font pas l'objet d'enquêtes; elles sont toutefois compilées pour en observer l'épidémiologie et intervenir lors d'éclosions. L'incidence est normalement élevée pendant l'été pour ce type de méningite mais pour la cinquième année consécutive, les pics ont été plutôt observés à l'automne dans notre région. La plupart des CLSC (N=24) ont eu des cas, chacun d'eux en ayant eu très peu.

Paludisme. Avec 64 cas, l'incidence en 2002 continue la distribution annuelle en dents de scie amorcée en 1995. Il y a eu des cas dans 25 CLSC, mais l'incidence est plus élevée dans les CLSC où l'on retrouve la plus grande

concentration de population immigrante. Parmi les cas pour lesquels nous avons obtenu l'espèce, 61 % étaient des *P. falciparum* (n=39). Seuls ceux-ci font l'objet d'un suivi épidémiologique systématique. Parmi les cas rejoints, 17 revenaient d'un voyage, 7 étaient des immigrants récents, dont un était un enfant récemment adopté.

Psittacose. Aucun cas en 2002.

Tularémie. Aucun cas de cette maladie à Montréal en 2002.




7. NOMBRES DE DÉCLARATIONS
DE CAS DE MADO CHEZ DES
RÉSIDANTS DE L'ÎLE DE MONTRÉAL,
PAR LABORATOIRE DÉCLARANT,
RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE,
1999 À 2002

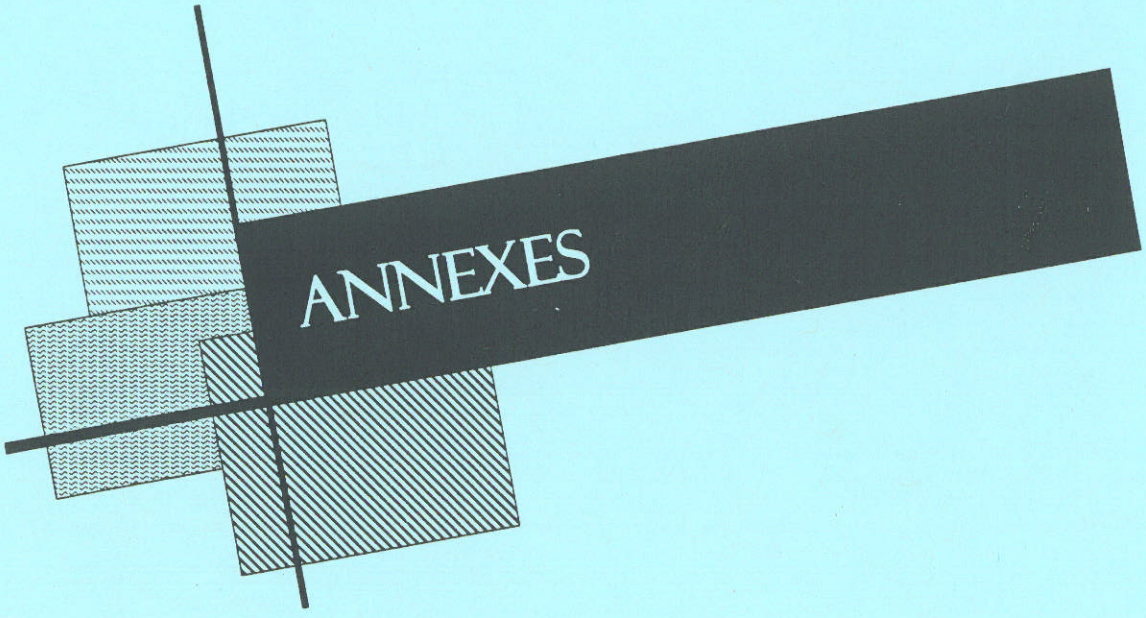


En 2002, les laboratoires ont été la source de 76 % des cas déclarés par rapport à 80 % en 2001. La liste des 40 laboratoires de Montréal-Centre ainsi que le nombre de nouveaux cas déclarés par ceux-ci et résidant sur le territoire de Montréal-Centre se trouvent au tableau ci-dessous.

Nombres de déclarations de cas de MADO chez des résidants de l'île de Montréal, par laboratoire déclarant, Région de Montréal-Centre – 1999 à 2002

	1999	2000	2001	2002
LSPQ	2 633	3063	2073	2017
Hôtel-Dieu de Montréal	707	733	1027	1066
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	645	653	686	1037
Hôpital St-Luc	1 422	1290	1073	1016
Hôpital général Juif	150	326	750	712
Centre hospitalier de Verdun	475	515	569	695
Hôpital général de Montréal	594	613	579	619
Hôpital Santa Cabrini	393	336	418	543
Hôpital Sacré-Coeur	473	471	554	540
Hôpital Sainte-Justine	495	409	380	420
Hôpital Royal-Victoria	297	294	270	306
Hôpital de Montréal pour enfants	301	379	326	305
Hôpital Jean-Talon	181	287	249	295
Hôpital Notre-Dame	259	272	272	291
Centre hospitalier St. Mary	180	207	235	266
Hôpital général du Lakeshore	168	136	145	218
Laboratoires hors Montréal		118	104	123
Lakes. Diag. Serv (Succ. PT)	54	78	76	87
Clinique médicale L'Actuel				71
Cité de la Santé de Laval		42	45	65
Centre hospitalier Fleury	91	68	53	59
Laboratoires médicaux CDL				58
Laboratoire médical Biron	11	11	18	27
Centre hospitalier de Lachine			7	21
Héma Québec	19	13	15	20
Hôpital général de Lachine	44	62	30	18
Laboratoire MDS (blvd. Maisonneuve)	44	41	14	16
Hôpital général de Lasalle	40	17		7
Centre thoracique de Montréal	4	1		5
Hôpital Ste-Jeanne-d'Arc				4
Hôpital Reine-Élizabeth de Montréal				4
Hôpital Bellechasse				3
Hôpital Louis H. Lafontaine	21	9	1	2
Olivier Medilabs plus	17	6		1
Hôpital Douglas	1	1		1
Hôpital Reddy Memorial				1
Hôpital St-Michel				1
Laboratoire clinique Cimeg				1
Croix rouge canadienne				1
Laboratoire MDS (Dollard-des-Ormeaux)			2	
Centre de diagnostic Analab		9		

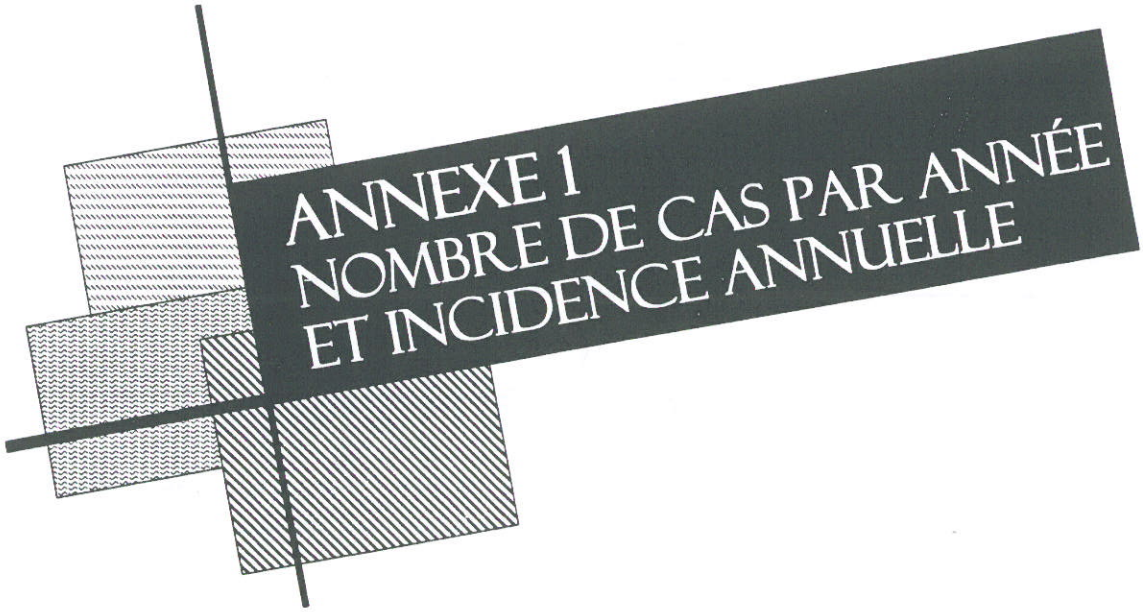



ANNEXES

Source des annexes :

Fichier MADO, MSSS (Août 2003)

Préparé par : BSE, Unité MI, DRSP Montréal-Centre


ANNEXE 1
NOMBRE DE CAS PAR ANNÉE
ET INCIDENCE ANNUELLE

MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE : NOMBRE DE CAS PAR ANNÉE

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 1990-2002

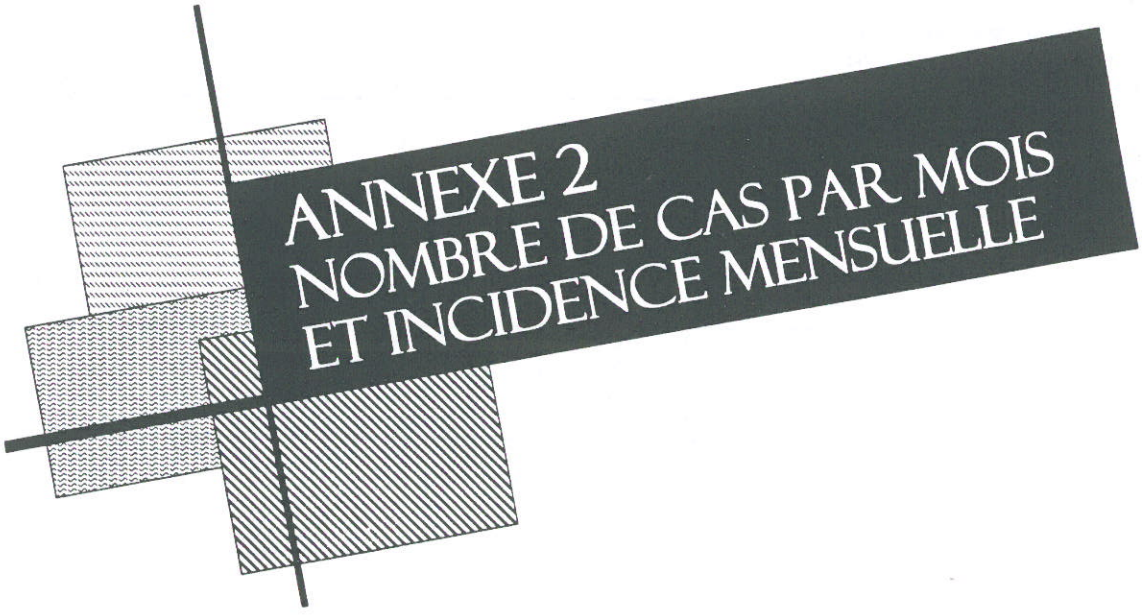
MALADIE	ANNÉE												
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Amibiase	72	83	104	97	123	99	150	146	101	136	128	132	134
Botulisme	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Brucellose	0	0	1	1	0	2	1	0	0	1	1	2	0
Campylobactériose	454	466	373	420	443	455	489	596	624	547	484	401	480
Chancre mou	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Chlamydiose *(C. trachomatis)*	4544	3137	2691	2292	1812	1784	1718	1832	2066	2495	2597	3101	3274
Choléra	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	509	197	361	834	540	339	141	97	630	256	158	211	140
Diarrhée épidémique	9	5	22	3	8	6	27	53	87	5	24	5	29
Encéphalites transmises par arthropodes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
Entérite à *E. coli* O157:H7	56	67	56	30	46	56	31	46	64	59	74	52	37
Entérite à *Y. enterocolitica*	95	102	114	95	75	64	60	42	41	43	25	30	36
Fièvre Q	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	1
Fièvre paratyphoïde	2	5	4	6	3	2	3	2	4	7	3	8	4
Fièvre typhoïde	3	12	12	20	24	21	7	9	12	7	10	9	12
Giardiase	205	205	229	193	218	229	291	285	280	359	316	252	288
Granulome inguinal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, bactériémie	7	5	3	3	2	4	1	0	1	0	0	0	0
H. influenzae, méningite	10	6	15	2	1	1	1	0	0	0	1	0	0
H. influenzae, autres inf. envah.	8	12	4	2	3	0	2	0	2	0	0	1	1
Hépatite A	173	430	172	85	91	231	360	265	73	77	52	56	36
Hépatite B aiguë	165	140	176	170	148	101	116	84	71	58	88	52	33
Hépatite B non-précisée	358	252	230	197	160	127	102	137	109	119	113	95	126
Hépatite B porteur	658	744	803	754	802	712	700	619	550	604	567	687	616
Hépatite C aiguë	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Hépatite C sans précision	14	25	50	123	202	357	386	490	1302	1473	2077	1438	1204
Hépatite virale sans précision	0	0	0	0	5	8	5	1	0	0	0	0	0
Herpes néonatal	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	2	0
Infection par le VIH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	324
Infection gonococcique, NGPP	166	102	49	22	25	19	26	29	17	24	56	34	24
Infection gonococcique, autre	1043	763	536	387	414	375	280	321	291	357	386	534	499
Inf. envah. à méningocoque	30	23	21	30	26	28	10	13	10	11	8	21	13
Inf. invasive à strep. du groupe A	0	0	0	0	0	19	31	60	50	45	58	45	58
Inf. invasive à strep. du groupe B	0	0	0	0	0	0	0	21	13	33	18	20	31
Inf. invasive à *strep. pneumoniae*	0	0	0	0	0	0	1	286	327	266	281	256	241
Légionellose	4	4	2	0	3	3	6	4	6	6	4	7	6
Lèpre	1	1	0	1	1	4	3	0	0	0	1	0	1
Lymphogranulomatose vénérienne	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Méningite à entérovirus coxsackie	8	5	16	4	34	8	13	8	2	10	16	8	6
Méningite à entérovirus ECHO	3	8	9	13	3	8	10	50	21	51	10	1	6
Méningite à entérovirus sans préc.	10	19	4	4	7	1	1	3	6	6	3	22	38
Oreillons	6	8	9	17	19	12	16	2	19	1	14	13	2
Paludisme	14	21	18	24	30	75	82	110	73	62	91	67	64
Poliomyélite	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psittacose	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Rage	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Rougeole	24	8	4	14	43	11	12	2	2	2	1	0	1
Rubéole	31	4	2	56	7	12	5	3	1	0	2	0	1
Rubéole congénitale	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salmonellose	472	384	314	331	274	353	295	265	289	280	302	251	246
Scarlatine (avec culture positive)	116	124	108	96	86	23	20	21	78	28	58	5	12
Shigellose	209	162	131	151	139	178	137	268	135	97	151	144	102
SIDA	337	238	302	447	303	618	600	264	158	146	141	91	62
Syphilis congénitale	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Syphilis primaire et secondaire	14	25	18	6	4	7	4	3	0	2	5	10	30
Syphilis latente précoce	18	20	8	2	3	1	2	1	1	0	1	1	7
Syphilis, autre	99	83	98	60	50	48	35	24	24	17	16	31	27
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire	17	26	12	7	46	29	59	73	56	25	32	17	19
Tuberculose	182	191	200	181	209	207	188	188	157	169	200	155	171
Tularémie	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Total	10150	8116	7282	7183	6434	6639	6432	6723	7754	7885	8576	8271	8452

MALADIES INFECTIEUSES A DÉCLARATION OBLIGATOIRE : INCIDENCE (PAR 100 000) ANNUELLE

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 1990-2002

MALADIE*	ANNÉE												
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Amibiase	4.0	4.6	5.8	5.4	6.8	5.5	8.3	8.1	5.6	7.6	7.1	7.3	7.3
Botulisme	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Brucellose	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.0
Campylobactériose	25.0	25.7	20.7	23.4	24.6	25.2	27.0	33.0	34.6	30.4	26.8	22.1	26.3
Chancre mou	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
Chlamydiose *(C. trachomatis)*	250.3	172.8	149.5	127.4	100.7	98.9	95.0	101.5	114.6	138.7	143.6	170.6	179.4
Choléra	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Coqueluche	28.0	10.9	20.1	46.4	30.0	18.8	7.8	5.4	34.9	14.2	8.7	11.6	7.7
Encéphalites transmises par arthropodes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.5
Entérite à *E. coli* O157:H7	3.1	3.7	3.1	1.7	2.6	3.1	1.7	2.5	3.5	3.3	4.1	2.9	2.0
Entérite à *Y. enterocolitica*	5.2	5.6	6.3	5.3	4.2	3.5	3.3	2.3	2.3	2.4	1.4	1.7	2.0
Fièvre Q	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1
Fièvre paratyphoïde	0.1	0.3	0.2	0.3	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.4	0.2	0.4	0.2
Fièvre typhoïde	0.2	0.7	0.7	1.1	1.3	1.2	0.4	0.5	0.7	0.4	0.6	0.5	0.7
Giardiase	11.3	11.3	12.7	10.7	12.1	12.7	16.1	15.8	15.5	20.0	17.5	13.9	15.8
Granulome inguinal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, bactériémie	0.4	0.3	0.2	0.2	0.1	0.2	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, méningite	0.6	0.3	0.8	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
H. influenzae, autres inf. envah.	0.4	0.7	0.2	0.1	0.2	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1
Hépatite A	9.5	23.7	9.6	4.7	5.1	12.8	19.9	14.7	4.0	4.3	2.9	3.1	2.0
Hépatite B aiguë	9.1	7.7	9.8	9.5	8.2	5.6	6.4	4.7	3.9	3.2	4.9	2.9	1.8
Hépatite C aiguë	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Herpes néonatal	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0
Infection par le VIH	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	17.8
Infection gonococcique, NGPP	9.1	5.6	2.7	1.2	1.4	1.1	1.4	1.6	0.9	1.3	3.1	1.9	1.3
Infection gonococcique, autres	57.5	42.0	29.8	21.5	23.0	20.8	15.5	17.8	16.1	19.8	21.3	29.4	27.3
Inf. envah. à méningocoque	1.7	1.3	1.2	1.7	1.4	1.6	0.6	0.7	0.6	0.6	0.4	1.2	0.7
Inf. invasive à strep. du groupe A	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	1.7	3.3	2.8	2.5	3.2	2.5	3.2
Inf. invasive à strep. du groupe B	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	0.7	1.8	1.0	1.1	1.7
Inf. invasive à *strep. pneumoniae*	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	15.8	18.1	14.8	15.5	14.1	13.2
Légionellose	0.2	0.2	0.1	0.0	0.2	0.2	0.3	0.2	0.3	0.3	0.2	0.4	0.3
Lèpre	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1
Lymphogranulomatose vénérienne	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Méningite à entérovirus coxsackie	0.4	0.3	0.9	0.2	1.9	0.4	0.7	0.4	0.1	0.6	0.9	0.4	0.3
Méningite à entérovirus ECHO	0.2	0.4	0.5	0.7	0.2	0.4	0.6	2.8	1.2	2.8	0.6	0.1	0.3
Méningite à entérovirus sans préc.	0.6	1.0	0.2	0.2	0.4	0.1	0.1	0.2	0.3	0.3	0.2	1.2	2.1
Oreillons	0.3	0.4	0.5	0.9	1.1	0.7	0.9	0.1	1.1	0.1	0.8	0.7	0.1
Paludisme	0.8	1.2	1.0	1.3	1.7	4.2	4.5	6.1	4.0	3.4	5.0	3.7	3.5
Poliomyélite	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Psittacose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
Rage	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
Rougeole	1.3	0.4	0.2	0.8	2.4	0.6	0.7	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1
Rubéole	1.7	0.2	0.1	3.1	0.4	0.7	0.3	0.2	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1
Rubéole congénitale	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Salmonellose	26.0	21.2	17.4	18.4	15.2	19.6	16.3	14.7	16.0	15.6	16.7	13.8	13.5
Scarlatine (avec culture positive)	6.4	6.8	6.0	5.3	4.8	1.3	1.1	1.2	4.3	1.6	3.2	0.3	0.7
Shigellose	11.5	8.9	7.3	8.4	7.7	9.9	7.6	14.8	7.5	5.4	8.3	7.9	5.6
SIDA	18.6	13.1	16.8	24.9	16.8	34.3	33.2	14.6	8.8	8.1	7.8	5.0	3.4
Syphilis congénitale	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Syphilis primaire et secondaire	0.8	1.4	1.0	0.3	0.2	0.4	0.2	0.2	0.0	0.1	0.3	0.6	1.6
Syphilis latente précoce	1.0	1.1	0.4	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.4
Syphilis, autres	5.5	4.6	5.4	3.3	2.8	2.7	1.9	1.3	1.3	0.9	0.9	1.7	1.5
Tétanos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tuberculose	10.0	10.5	11.1	10.1	11.6	11.5	10.4	10.4	8.7	9.4	11.1	8.5	9.4
Tularémie	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

* Excluant les maladies pour lesquelles il n'est pas possible de calculer le taux d'incidence (hépatites : cas chronique ou non précisé; diarrhée épidémique; toxi-infection alimentaire)


ANNEXE 2
NOMBRE DE CAS PAR MOIS
ET INCIDENCE MENSUELLE

MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE : NOMBRE DE CAS PAR MOIS

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2002

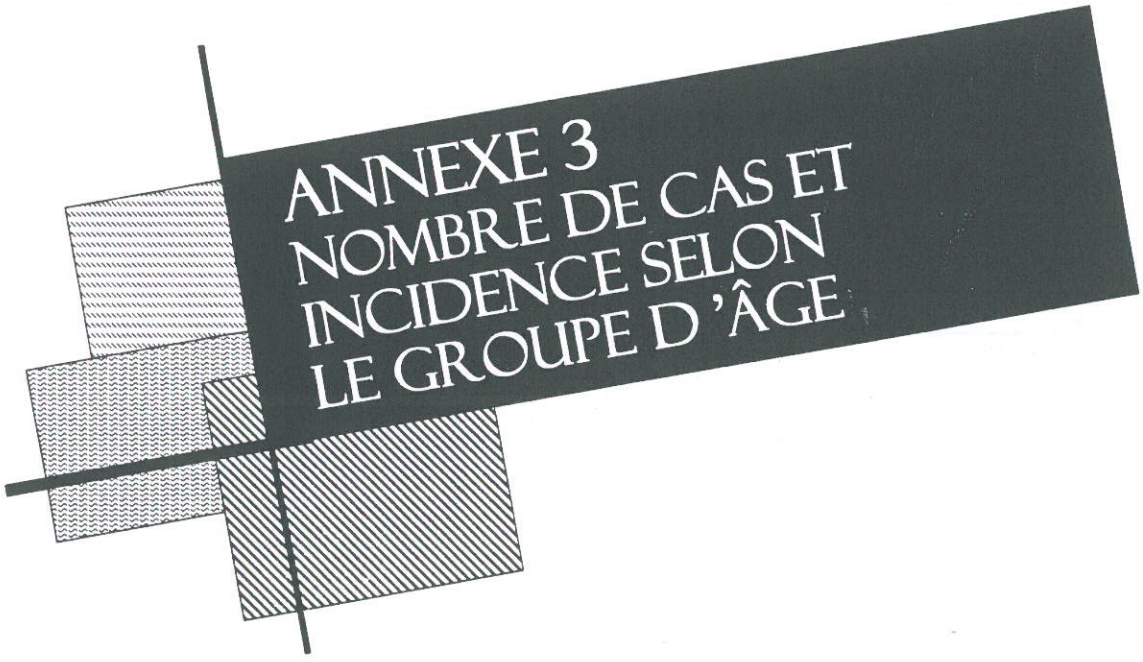
MALADIE	MOIS												Total
	Jan	Fév	Mar	Avr	Mai	Jun	Jul	Aoû	Sep	Oct	Nov	Déc	
Amibiase	7	10	18	9	8	4	15	14	14	10	18	7	134
Botulisme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucellose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campylobactériose	21	38	30	31	37	42	58	50	61	40	35	37	480
Chancre mou	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chlamydiose *(C. trachomatis)*	272	257	242	324	291	235	273	267	274	331	284	224	3274
Choléra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	21	10	3	10	14	3	19	8	17	15	10	10	140
Diarrhée épidémique	1	1	1	0	0	1	1	0	1	3	3	17	29
Encéphalites transmises par arthropodes	0	0	0	0	0	0	0	0	4	6	0	0	10
Entérite à *E. coli* O157:H7	1	1	2	1	8	4	6	5	3	3	2	1	37
Entérite à *Y. enterocolitica*	3	2	2	1	0	5	3	7	4	5	2	2	36
Fièvre Q	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Fièvre paratyphoïde	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	4
Fièvre typhoïde	3	1	2	0	2	0	1	0	0	1	1	1	12
Giardiase	16	16	20	21	16	16	23	31	30	36	33	30	288
Granulome inguinal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, bactériémie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, méningite	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, autres inf. envah.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Hépatite A	2	4	0	3	1	1	5	3	6	4	3	4	36
Hépatite B aiguë	1	3	2	2	6	1	2	1	4	3	3	5	33
Hépatite B non-précisée	10	10	10	10	11	11	6	12	7	10	12	17	126
Hépatite B porteur	52	53	68	39	62	46	44	63	36	50	63	40	616
Hépatite C aiguë	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite C sans précision	86	113	120	97	99	119	92	104	93	114	96	71	1204
Hépatite virale sans précision	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herpes néonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection par le VIH	2	0	1	0	3	53	64	35	51	66	33	16	324
Infection gonococcique, NGPP	2	3	2	6	4	0	2	1	1	1	0	2	24
Infection gonococcique, autre	42	46	32	43	41	52	34	39	51	47	37	35	499
Inf. envah. à méningocoque	1	3	1	1	3	0	0	3	0	0	1	0	13
Inf. invasive à strep. du groupe A	6	5	4	7	6	7	4	3	4	7	2	3	58
Inf. invasive à strep. du groupe B	2	3	5	0	3	4	1	3	2	1	6	1	31
Inf. invasive à *strep. pneumoniae*	32	15	18	17	25	19	11	9	9	22	30	34	241
Légionellose	1	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	6
Lèpre	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Lymphogranulomatose vénérienne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Méningite à entérovirus coxsackie	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	1	0	6
Méningite à entérovirus ECHO	0	0	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0	6
Méningite à entérovirus sans préc.	0	0	1	0	2	2	3	15	10	5	0	0	38
Oreillons	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Paludisme	5	5	3	1	10	7	4	7	6	5	7	4	64
Poliomyélite	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psittacose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rage	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Rubéole	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Rubéole congénitale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salmonellose	21	12	16	17	21	18	36	31	26	17	17	14	246
Scarlatine (avec culture positive)	0	4	1	1	0	2	0	0	0	0	2	2	12
Shigellose	8	5	5	10	8	8	8	10	12	12	9	7	102
SIDA	2	6	18	8	6	9	0	9	1	0	0	3	62
Syphilis congénitale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Syphilis primaire et secondaire	1	0	0	1	4	3	3	3	4	7	2	2	30
Syphilis latente précoce	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	2	2	7
Syphilis, autre	2	1	1	1	3	0	3	2	0	5	3	6	27
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire	1	1	0	0	4	3	0	1	1	2	4	2	19
Tuberculose	15	9	17	22	17	21	12	11	11	9	16	11	171
Tularémie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	639	637	646	686	716	696	739	753	752	841	737	610	8452

MALADIES INFECTIEUSES A DÉCLARATION OBLIGATOIRE : INCIDENCE (PAR 100 000) PAR MOIS

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2002

MALADIE*	MOIS												
	Jan	Fév	Mar	Avr	Mai	Jun	Jul	Aoû	Sep	Oct	Nov	Déc	Total
Amibiase	4.6	6.6	11.8	5.9	5.3	2.6	9.9	9.2	9.2	6.6	11.8	4.6	7.3
Botulisme	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Brucellose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Campylobactériose	13.8	25.0	19.7	20.4	24.3	27.6	38.1	32.9	40.1	26.3	23.0	24.3	26.3
Chancre mou	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Chlamydiose *(C. trachomatis)*	178.9	169.0	159.1	213.1	191.4	154.5	179.5	175.6	180.2	217.7	186.8	147.3	179.4
Choléra	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Coqueluche	13.8	6.6	2.0	6.6	9.2	2.0	12.5	5.3	11.2	9.9	6.6	6.6	7.7
Encéphalites transmises par arthropodes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.6	3.9	0.0	0.0	0.5
Entérite à *E. coli* O157:H7	0.7	0.7	1.3	0.7	5.3	2.6	3.9	3.3	2.0	2.0	1.3	0.7	2.0
Entérite à *Y. enterocolitica*	2.0	1.3	1.3	0.7	0.0	3.3	2.0	4.6	2.6	3.3	1.3	1.3	2.0
Fièvre Q	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Fièvre paratyphoïde	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.7	0.0	0.7	0.7	0.0	0.0	0.2
Fièvre typhoïde	2.0	0.7	1.3	0.0	1.3	0.0	0.7	0.0	0.0	0.7	0.7	0.7	0.7
Giardiase	10.5	10.5	13.2	13.8	10.5	10.5	15.1	20.4	19.7	23.7	21.7	19.7	15.8
Granulome inguinal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, bactériémie	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, méningite	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, autres inf. envah.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.1
Hépatite A	1.3	2.6	0.0	2.0	0.7	0.7	3.3	2.0	3.9	2.6	2.0	2.6	2.0
Hépatite B aiguë	0.7	2.0	1.3	1.3	3.9	0.7	1.3	0.7	2.6	2.0	2.0	3.3	1.8
Hépatite C aiguë	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Herpes néonatal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Infection par le VIH	1.3	0.0	0.7	0.0	2.0	34.9	42.1	23.0	33.5	43.4	21.7	10.5	17.8
Infection gonococcique, NGPP	1.3	2.0	1.3	3.9	2.6	0.0	1.3	0.7	0.7	0.7	0.0	1.3	1.3
Infection gonococcique, autres	27.6	30.3	21.0	28.3	27.0	34.2	22.4	25.6	33.5	30.9	24.3	23.0	27.3
Inf. envah. à méningocoque	0.7	2.0	0.7	0.7	2.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.7
Inf. invasive à strep. du groupe A	3.9	3.3	2.6	4.6	3.9	4.6	2.6	2.0	2.6	4.6	1.3	2.0	3.2
Inf. invasive à strep. du groupe B	1.3	2.0	3.3	0.0	2.0	2.6	0.7	2.0	1.3	0.7	3.9	0.7	1.7
Inf. invasive à *strep. pneumoniae*	21.0	9.9	11.8	11.2	16.4	12.5	7.2	5.9	5.9	14.5	19.7	22.4	13.2
Légionellose	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	1.3	0.7	0.7	0.0	0.0	0.3
Lèpre	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.1
Lymphogranulomatose vénérienne	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Méningite à entérovirus coxsackie	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	1.3	1.3	0.0	0.7	0.0	0.3
Méningite à entérovirus ECHO	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	1.3	0.7	0.0	0.0	0.3
Méningite à entérovirus sans préc.	0.0	0.0	0.7	0.0	1.3	1.3	2.0	9.9	6.6	3.3	0.0	0.0	2.1
Oreillons	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.1
Paludisme	3.3	3.3	2.0	0.7	6.6	4.6	2.6	4.6	3.9	3.3	4.6	2.6	3.5
Poliomyélite	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Psittacose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Rage	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Rougeole	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Rubéole	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Rubéole congénitale	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Salmonellose	13.8	7.9	10.5	11.2	13.8	11.8	23.7	20.4	17.1	11.2	11.2	9.2	13.5
Scarlatine (avec culture positive)	0.0	2.6	0.7	0.7	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	1.3	0.7
Shigellose	5.3	3.3	3.3	6.6	5.3	5.3	5.3	6.6	7.9	7.9	5.9	4.6	5.6
SIDA	1.3	3.9	11.8	5.3	3.9	5.9	0.0	5.9	0.7	0.0	0.0	2.0	3.4
Syphilis congénitale	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Syphilis primaire et secondaire	0.7	0.0	0.0	0.7	2.6	2.0	2.0	2.0	2.6	4.6	1.3	1.3	1.6
Syphilis latente précoce	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	0.7	1.3	1.3	0.4
Syphilis, autres	1.3	0.7	0.7	0.7	2.0	0.0	2.0	1.3	0.0	3.3	2.0	3.9	1.5
Tétanos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tuberculose	9.9	5.9	11.2	14.5	11.2	13.8	7.9	7.2	7.2	5.9	10.5	7.2	9.4
Tularémie	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

* Excluant les maladies pour lesquelles il n'est pas possible de calculer le taux d'incidence (hépatites : cas chronique ou non précisé; diarrhée épidémique; toxi-infection alimentaire)


ANNEXE 3
NOMBRE DE CAS ET
INCIDENCE SELON
LE GROUPE D'ÂGE

MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE : NOMBRE DE CAS PAR GROUPE D'ÂGE

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2002

MALADIE	GROUPE D'ÂGE (années)											Total
	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60 +	Inc.	
Amibiase	0	1	4	3	5	9	12	39	52	9	0	134
Botulisme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucellose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campylobactériose	10	46	27	15	14	57	54	80	94	83	0	480
Chancre mou	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chlamydiose *(C. trachomatis)*	3	0	1	16	758	1272	599	446	140	8	31	3274
Choléra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	25	29	25	39	16	1	1	2	2	0	0	140
Diarrhée épidémique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	24	29
Encéphalites transmises par arthropodes	0	0	0	0	0	0	0	2	2	6	0	10
Entérite à *E. coli* O157:H7	0	7	3	3	0	3	1	1	5	14	0	37
Entérite à *Y. enterocolitica*	4	5	6	3	0	4	0	5	6	3	0	36
Fièvre Q	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Fièvre paratyphoïde	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	4
Fièvre typhoïde	0	2	0	0	2	1	1	5	0	1	0	12
Giardiase	4	60	31	8	9	16	34	58	58	8	2	288
Granulome inguinal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, bactériémie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, méningite	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, autres inf. envah.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Hépatite A	0	5	5	4	2	3	2	6	4	5	0	36
Hépatite B aiguë	0	1	0	0	3	2	2	9	15	1	0	33
Hépatite B non-précisée	1	0	0	0	4	9	13	35	47	10	7	126
Hépatite B porteur	0	0	2	10	10	63	94	201	178	58	0	616
Hépatite C aiguë	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite C sans précision	6	0	1	3	10	53	58	262	557	211	43	1204
Hépatite virale sans précision	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herpes néonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection par le VIH	2	0	0	0	2	14	41	124	131	9	1	324
Infection gonococcique, NGPP	0	0	0	0	1	11	5	5	1	1	0	24
Infection gonococcique, autre	0	0	0	0	61	104	85	158	81	7	3	499
Inf. envah. à méningocoque	1	2	0	0	1	2	0	1	2	4	0	13
Inf. invasive à strep. du groupe A	1	3	2	2	1	2	1	6	16	23	1	58
Inf. invasive à strep. du groupe B	12	0	0	0	0	0	0	4	5	10	0	31
Inf. invasive à *strep. pneumoniae*	18	55	5	2	4	3	4	12	41	97	0	241
Légionellose	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	6
Lèpre	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Lymphogranulomatose vénérienne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Méningite à entérovirus coxsackie	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Méningite à entérovirus ECHO	3	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	6
Méningite à entérovirus sans préc.	4	7	14	6	1	2	1	3	0	0	0	38
Oreillons	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Paludisme	0	2	2	3	7	11	8	9	21	0	1	64
Poliomyélite	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psittacose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rage	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Rubéole	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Rubéole congénitale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salmonellose	23	47	25	12	9	23	16	31	38	22	0	246
Scarlatine (avec culture positive)	0	2	9	0	0	0	0	1	0	0	0	12
Shigellose	1	19	13	4	5	6	8	22	18	6	0	102
SIDA	0	0	0	0	0	1	3	24	31	3	0	62
Syphilis congénitale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Syphilis primaire et secondaire	0	0	0	0	0	0	2	14	14	0	0	30
Syphilis latente précoce	0	0	0	0	0	0	0	6	1	0	0	7
Syphilis, autre	0	0	0	0	0	0	2	9	11	5	0	27
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	15	19
Tuberculose	0	0	2	1	12	21	23	37	42	33	0	171
Tularémie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	122	296	179	136	937	1694	1072	1620	1624	644	128	8452

MALADIES INFECTIEUSES A DÉCLARATION OBLIGATOIRE : INCIDENCE (PAR 100 000) PAR GROUPE D'ÂGE

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2002

MALADIE*	GROUPE D'ÂGE (années)										
	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60 +	Total
Amibiase	0,0	1,3	3,8	3,1	5,2	7,7	8,7	13,1	10,2	2,5	7,3
Botulisme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Brucellose	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Campylobactériose	51,2	58,0	25,9	15,3	14,5	48,7	39,2	26,9	18,4	22,9	26,3
Chancre mou	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Chlamydiose *(C. trachomatis)*	15,4	0,0	1,0	16,3	783,8	1087,7	434,6	149,8	27,4	2,2	179,4
Choléra	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Coqueluche	128,0	36,5	23,9	39,7	16,5	0,9	0,7	0,7	0,4	0,0	7,7
Encéphalites transmises par arthropodes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,4	1,7	0,5
Entérite à *E. coli* O157:H7	0,0	8,8	2,9	3,1	0,0	2,6	0,7	0,3	1,0	3,9	2,0
Entérite à *Y. enterocolitica*	20,5	6,3	5,7	3,1	0,0	3,4	0,0	1,7	1,2	0,8	2,0
Fièvre Q	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1
Fièvre paratyphoïde	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,6	0,0	0,2
Fièvre typhoïde	0,0	2,5	0,0	0,0	2,1	0,9	0,7	1,7	0,0	0,3	0,7
Giardiase	20,5	75,6	29,7	8,1	9,3	13,7	24,7	19,5	11,4	2,2	15,8
Granulome inguinal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
H. influenzae, bactériémie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
H. influenzae, méningite	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
H. influenzae, autres inf. envah.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,1
Hépatite A	0,0	6,3	4,8	4,1	2,1	2,6	1,5	2,0	0,8	1,4	2,0
Hépatite B aiguë	0,0	1,3	0,0	0,0	3,1	1,7	1,5	3,0	2,9	0,3	1,8
Hépatite C aiguë	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Herpes néonatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Infection par le VIH	10,2	0,0	0,0	0,0	2,1	12,0	29,7	41,6	25,6	2,5	17,8
Infection gonococcique, NGPP	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	9,4	3,6	1,7	0,2	0,3	1,3
Infection gonococcique, autres	0,0	0,0	0,0	0,0	63,1	88,9	61,7	53,1	15,9	1,9	27,3
Inf. envah. à méningocoque	5,1	2,5	0,0	0,0	1,0	1,7	0,0	0,3	0,4	1,1	0,7
Inf. invasive à strep. du groupe A	5,1	3,8	1,9	2,0	1,0	1,7	0,7	2,0	3,1	6,3	3,2
Inf. invasive à strep. du groupe B	61,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	1,0	2,8	1,7
Inf. invasive à *strep. pneumoniae*	92,1	69,3	4,8	2,0	4,1	2,6	2,9	4,0	8,0	26,7	13,2
Légionellose	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,6	0,3
Lèpre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1
Lymphogranulomatose vénérienne	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Méningite à entérovirus coxsackie	20,5	1,3	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Méningite à entérovirus ECHO	15,4	0,0	1,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Méningite à entérovirus sans préc.	20,5	8,8	13,4	6,1	1,0	1,7	0,7	1,0	0,0	0,0	2,1
Oreillons	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1
Paludisme	0,0	2,5	1,9	3,1	7,2	9,4	5,8	3,0	4,1	0,0	3,5
Poliomyélite	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Psittacose	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rage	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rougeole	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1
Rubéole	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1
Rubéole congénitale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Salmonellose	117,7	59,2	23,9	12,2	9,3	19,7	11,6	10,4	7,4	6,1	13,5
Scarlatine (avec culture positive)	0,0	2,5	8,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,7
Shigellose	5,1	23,9	12,4	4,1	5,2	5,1	5,8	7,4	3,5	1,7	5,6
SIDA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	2,2	8,1	6,1	0,8	3,4
Syphilis congénitale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Syphilis primaire et secondaire	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	4,7	2,7	0,0	1,6
Syphilis latente précoce	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,2	0,0	0,4
Syphilis, autres	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	3,0	2,2	1,4	1,5
Tétanos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tuberculose	0,0	0,0	1,9	1,0	12,4	18,0	16,7	12,4	8,2	9,1	9,4
Tularémie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

* Excluant les maladies pour lesquelles il n'est pas possible de calculer le taux d'incidence (hépatites : cas chronique ou non précisé; diarrhée épidémique; toxi-infection alimentaire)


ANNEXE 4
NOMBRE DE CAS ET
INCIDENCE SELON LE
GROUPE D'ÂGE ET LE SEXE

MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE : NOMBRE DE CAS PAR GROUPE D'ÂGE ET PAR SEXE
RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2002

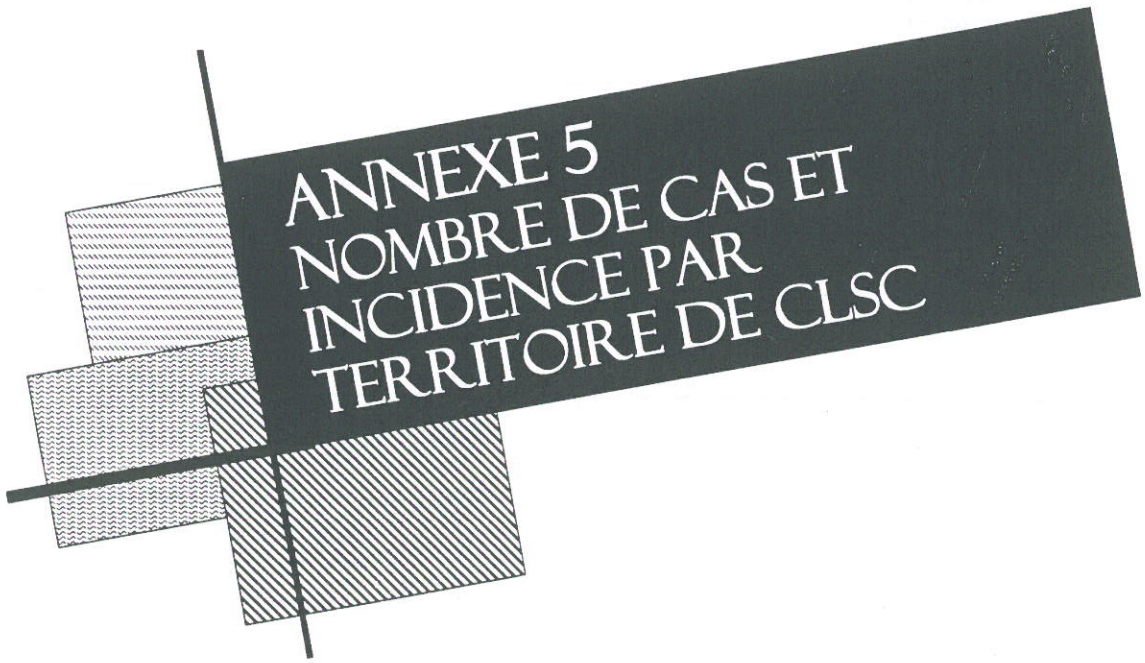
MALADIE	GROUPE D'ÂGE (années)																						Total		
	< 1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-29		30-39		40-59		60 +		Inc.				
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	I
Amibiase	0	0	1	0	1	3	1	2	2	3	6	3	8	4	32	7	40	12	7	2	0	0	98	36	0
Botulisme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucellose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campylobactériose	9	1	25	21	18	9	9	6	8	6	32	25	30	24	54	26	55	39	38	45	0	0	278	202	0
Chancre mou	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chlamydiose *(C. trachomatis)*	2	1	0	0	0	1	0	16	73	684	334	935	234	363	238	207	101	39	6	2	3	16	991	2264	19
Choléra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	10	15	14	15	12	13	20	19	11	5	0	1	0	1	0	2	0	2	0	0	0	0	67	73	0
Diarrhée épidémique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	2	2	3	6	20
Encéphalites transmises par arthropodes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	2	4	0	0	5	5	0
Entérite à *E. coli* O157:H7	0	0	3	4	2	1	2	1	0	0	2	1	0	1	1	0	2	3	5	9	0	0	17	20	0
Entérite à *Y. enterocolitica*	2	2	2	3	4	2	2	1	0	0	3	1	0	0	3	2	1	5	3	0	0	0	20	16	0
Fièvre Q	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Fièvre paratyphoïde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3	1	0
Fièvre typhoïde	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	4	1	0	0	0	1	0	0	6	6	0
Giardiase	1	3	25	35	18	13	4	4	6	3	11	5	19	14	44	13	41	17	2	6	1	1	172	114	2
Granulome inguinal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, bactériémie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, méningite	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, autres inf. envah.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Hépatite A	0	0	5	0	3	2	1	3	0	2	2	1	0	2	5	1	1	3	2	3	0	0	19	17	0
Hépatite B aiguë	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	1	1	2	0	5	4	13	2	0	1	0	0	25	8	0
Hépatite B non-précisée	1	0	0	0	0	0	0	0	3	1	7	2	8	4	27	8	38	9	5	5	0	0	89	29	8
Hépatite B porteur	0	0	0	0	1	1	5	5	4	6	21	42	48	46	121	80	124	54	34	24	0	0	358	258	0
Hépatite C aiguë	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite C sans précision	3	3	0	0	1	0	1	2	3	7	28	23	31	26	166	96	376	180	100	111	9	1	718	449	37
Hépatite virale sans précision	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herpes néonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection par le VIH	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	8	6	21	20	98	26	112	19	6	3	0	1	246	78	0
Infection gonococcique, NGPP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9	2	4	1	4	1	1	0	1	0	0	0	19	5	0
Infection gonococcique, autre	0	0	0	0	0	0	0	0	29	32	77	26	77	8	146	11	75	5	7	0	1	1	412	83	4
Inf. envah. à méningocoque	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	4	0	0	6	7	0
Inf. invasive à strep. du groupe A	0	1	3	0	2	0	0	2	0	1	0	2	0	1	2	4	11	5	13	10	0	1	31	27	0
Inf. invasive à strep. du groupe B	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	5	0	5	5	0	0	19	12	0
Inf. invasive à *strep. pneumoniae*	13	5	29	26	4	1	0	2	2	2	2	1	1	3	8	4	21	20	43	54	0	0	123	118	0
Légionellose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	2	0	0	3	3	0
Lèpre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Lymphogranulomatose vénérienne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Méningite à entérovirus coxsackie	2	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0
Méningite à entérovirus ECHO	2	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0
Méningite à entérovirus sans préc.	2	2	6	1	12	2	4	2	0	1	0	2	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	26	12	0
Oreillons	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
Paludisme	0	0	2	0	0	2	2	1	5	2	8	3	5	3	7	2	12	9	0	0	0	0	41	22	1
Poliomyélite	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psittacose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rage	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Rubéole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Rubéole congénitale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salmonellose	11	12	24	23	13	12	6	6	4	5	14	9	7	8	19	12	18	20	11	11	0	0	127	118	1
Scarlatine (avec culture positive)	0	0	1	1	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	6	0
Shigellose	0	1	8	11	8	5	3	1	3	2	0	6	6	2	11	11	12	6	3	3	0	0	54	48	0
SIDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	19	5	29	2	3	0	0	0	54	8	0
Syphilis congénitale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Syphilis primaire et secondaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	14	0	14	0	0	0	0	0	30	0	0
Syphilis latente précoce	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	1	0	0	0	0	0	7	0	0
Syphilis, autre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	5	10	1	1	4	0	0	16	11	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4	15
Tuberculose	0	0	0	0	0	2	0	1	7	5	10	11	11	12	25	12	27	15	20	13	0	0	100	71	0
Tularémie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	67	55	152	144	106	73	60	76	165	771	577	1111	518	548	1069	548	1150	472	318	326	16	23	4198	4147	107

MALADIES INFECTIEUSES A DÉCLARATION OBLIGATOIRE : INCIDENCE (PAR 100 000) PAR GROUPE D'ÂGE ET PAR SEXE

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2002

MALADIE*	GROUPE D'ÂGE (années)																					
	< 1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-29		30-39		40-59		60 +		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Amibiase	0.0	0.0	2.5	0.0	1.9	5.9	2.0	4.1	4.1	6.3	10.2	5.2	11.5	5.9	20.7	4.9	16.1	4.6	4.8	0.9	11.1	3.8
Botulisme	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Brucellose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Campylobactériose	90.1	10.5	61.8	54.0	33.8	17.6	18.0	12.4	16.3	12.6	54.3	43.1	43.2	35.1	35.0	18.1	22.1	14.9	25.8	20.9	31.5	21.4
Chancre mou	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Chlamydiose *(C. trachomatis)*	20.0	10.5	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	33.1	148.3	1440	566.3	1613	336.9	531.0	154.2	144.3	40.6	14.9	4.1	0.9	112.4	240.1
Choléra	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Coqueluche	100.1	157.1	34.6	38.6	22.6	25.4	40.0	39.4	22.3	10.5	0.0	1.7	0.0	1.5	0.0	1.4	0.0	0.8	0.0	0.0	7.6	7.7
Encéphalites transmises par arthropodes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.7	0.8	0.0	1.4	1.9	0.6	0.5
Entérite à *E. coli* O157:H7	0.0	0.0	7.4	10.3	3.8	2.0	4.0	2.1	0.0	0.0	3.4	1.7	0.0	1.5	0.6	0.0	0.8	1.1	3.4	4.2	1.9	2.1
Entérite à *Y. enterocolitica*	20.0	20.9	4.9	7.7	7.5	3.9	4.0	2.1	0.0	0.0	5.1	1.7	0.0	0.0	1.9	1.4	0.4	1.9	2.0	0.0	2.3	1.7
Fièvre Q	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
Fièvre paratyphoïde	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	0.0	0.0	0.0	0.8	0.4	0.0	0.0	0.3	0.1
Fièvre typhoïde	0.0	0.0	2.5	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	2.1	0.0	1.7	0.0	1.5	2.6	0.7	0.0	0.0	0.0	0.5	0.7	0.6
Giardiase	10.0	31.4	61.8	90.0	33.8	25.4	8.0	8.3	12.2	6.3	18.6	8.6	27.4	20.5	28.5	9.1	16.5	6.5	1.4	2.8	19.5	12.1
Granulome inguinal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, bactériémie	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, méningite	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, autres inf. envah.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Hépatite A	0.0	0.0	12.4	0.0	5.6	3.9	2.0	6.2	0.0	4.2	3.4	1.7	0.0	2.9	3.2	0.7	0.4	1.1	1.4	1.4	2.2	1.8
Hépatite B aiguë	0.0	0.0	2.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	6.1	0.0	1.7	1.7	2.9	0.0	3.2	2.8	5.2	0.8	0.0	0.5	2.8	0.8
Hépatite C aiguë	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Herpes néonatal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Infection par le VIH	0.0	20.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	2.1	13.6	10.4	30.2	29.3	63.5	18.1	45.0	7.2	4.1	1.4	27.9	8.3
Infection gonococcique, NGPP	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1	15.3	3.5	5.8	1.5	2.6	0.7	0.4	0.0	0.7	0.0	2.2	0.5
Infection gonococcique, autres	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	58.9	67.4	130.5	44.9	110.9	11.7	94.6	7.7	30.1	1.9	4.8	0.0	46.7	8.8
Inf. envah. à méningocoque	10.0	0.0	4.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1	1.7	1.7	0.0	0.0	0.6	0.0	0.4	0.4	0.0	1.9	0.7	0.7
Inf. invasive à strep. du groupe A	0.0	10.5	7.4	0.0	3.8	0.0	0.0	4.1	0.0	2.1	0.0	3.5	0.0	1.5	1.3	2.8	4.4	1.9	8.8	4.6	3.5	2.9
Inf. invasive à strep. du groupe B	80.1	41.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	2.1	2.0	0.0	3.4	2.3	2.2	1.3
Inf. invasive à *strep. pneumoniae*	130.2	52.4	71.7	66.9	7.5	2.0	0.0	4.1	4.1	4.2	3.4	1.7	1.4	4.4	5.2	2.8	8.4	7.6	29.2	25.0	13.9	12.5
Légionellose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	0.4	0.0	0.9	0.3	0.3
Lèpre	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.1
Lymphogranulomatose vénérienne	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Méningite à entérovirus coxsackie	20.0	20.9	0.0	2.6	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3
Méningite à entérovirus ECHO	20.0	10.5	0.0	0.0	1.9	0.0	0.0	4.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3
Méningite à entérovirus sans préc.	20.0	20.9	14.8	2.6	22.6	3.9	8.0	4.1	0.0	2.1	0.0	3.5	0.0	1.5	1.3	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	1.3
Oreillons	0.0	0.0	0.0	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
Paludisme	0.0	0.0	4.9	0.0	0.0	3.9	4.0	2.1	10.2	4.2	13.6	5.2	7.2	4.4	4.5	1.4	4.8	3.4	0.0	0.0	4.6	2.3
Poliomyélite	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Psittacose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Rage	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Rougeole	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
Rubéole	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Rubéole congénitale	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Salmonellose	110.2	125.7	59.3	59.1	24.4	23.4	12.0	12.4	8.1	10.5	23.7	15.5	10.1	11.7	12.3	8.4	7.2	7.6	7.5	5.1	14.4	12.5
Scarlatine (avec culture positive)	0.0	0.0	2.5	2.6	9.4	7.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.6
Shigellose	0.0	10.5	19.8	28.3	15.0	9.8	6.0	2.1	6.1	4.2	0.0	10.4	8.6	2.9	7.1	7.7	4.8	2.3	2.0	1.4	6.1	5.1
SIDA	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.7	0.0	2.9	1.5	12.3	3.5	11.7	0.8	2.0	0.0	6.1	0.8
Syphilis congénitale	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Syphilis primaire et secondaire	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0	9.1	0.0	5.6	0.0	0.0	0.0	3.4	0.0
Syphilis latente précoce	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.9	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0
Syphilis, autres	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	1.5	2.6	3.5	4.0	0.4	0.7	1.9	1.8	1.2
Tétanos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tuberculose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.9	0.0	2.1	14.2	10.5	17.0	19.0	15.8	17.6	16.2	8.4	10.9	5.7	13.6	6.0	11.3	7.5
Tularémie	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

* Excluant les maladies pour lesquelles il n'est pas possible de calculer le taux d'incidence (hépatites : cas chronique ou non précisé; diarrhée épidémique; toxi-infection alimentaire)


ANNEXE 5
NOMBRE DE CAS ET
INCIDENCE PAR
TERRITOIRE DE CLSC

MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE : NOMBRE DE CAS PAR TERRITOIRE DE CLSC

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2002

MALADIE*	CLSC							
	Lac Saint-Louis	Pierrefonds	du Vieux La Chine	Pointe Saint-Charles	Verdun/ Côte St-Paul	LaSalle	Rivière-des-Prairies	Pointe-aux-Trembles Montréal-Est
Amibiase	1	1	2	0	8	1	0	0
Botulisme	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucellose	0	0	0	0	0	0	0	0
Campylobactériose	13	20	6	3	28	28	13	10
Chancre mou	0	0	0	0	0	0	0	0
Chlamydiose *(C. trachomatis)*	32	110	54	14	99	47	44	33
Choléra	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	7	6	6	0	4	3	11	6
Diarrhée épidémique	1	1	0	0	1	0	1	0
Encéphalites transmises par arthropodes	2	1	2	0	0	0	0	0
Entérite à *E. coli* O157:H7	4	2	1	0	1	2	1	1
Entérite à *Y. enterocolitica*	2	2	1	2	1	1	0	0
Fièvre Q	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre paratyphoïde	0	0	0	0	3	0	0	0
Fièvre typhoïde	0	0	0	1	0	0	0	0
Giardiase	12	11	4	2	17	7	2	5
Granulome inguinal	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, bactériémie	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, méningite	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, autres inf. envah.	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite A	0	0	1	0	0	2	0	1
Hépatite B aiguë	0	1	0	1	1	0	1	0
Hépatite B non-précisée	1	2	3	1	5	2	1	2
Hépatite B porteur	8	15	8	12	34	18	12	8
Hépatite C aiguë	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite C sans précision	11	30	17	11	68	27	14	10
Hépatite virale sans précision	0	0	0	0	0	0	0	0
Herpes néonatal	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection par le VIH	1	1	1	3	12	6	4	6
Infection gonococcique, NGPP	0	2	0	0	0	0	1	0
Infection gonococcique, autre	1	10	3	3	21	10	3	3
Inf. envah. à méningocoque	0	0	0	0	1	0	0	1
Inf. invasive à strep. du groupe A	3	4	0	0	3	2	0	3
Inf. invasive à strep. du groupe B	2	1	1	1	2	3	2	0
Inf. invasive à *strep. pneumoniae*	3	6	5	0	14	8	10	11
Légionellose	0	0	0	0	0	0	0	0
Lèpre	0	0	0	0	0	0	0	0
Lymphogranulomatose vénérienne	0	0	0	0	0	0	0	0
Méningite à entérovirus coxsackie	0	1	0	0	0	0	0	0
Méningite à entérovirus ECHO	0	0	0	0	0	0	0	1
Méningite à entérovirus sans préc.	2	1	1	1	1	2	0	1
Oreillons	0	0	0	0	0	0	1	0
Paludisme	1	1	1	1	2	3	1	0
Poliomyélite	0	0	0	0	0	0	0	0
Psittacose	0	0	0	0	0	0	0	0
Rage	0	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéole	0	0	0	0	0	1	0	0
Rubéole congénitale	0	0	0	0	0	0	0	0
Salmonellose	7	17	7	2	10	13	12	7
Scarlatine (avec culture positive)	0	0	0	0	0	0	0	0
Shigellose	2	1	1	1	6	4	0	1
SIDA	1	0	0	1	4	1	1	1
Syphilis congénitale	0	0	0	0	0	0	0	0
Syphilis primaire et secondaire	0	0	0	0	0	0	0	0
Syphilis latente précoce	0	0	0	0	0	0	0	0
Syphilis, autre	0	1	1	1	1	1	1	1
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire	0	0	0	1	0	0	1	0
Tuberculose	2	6	0	1	4	6	1	2
Tularémie	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	119	254	126	63	351	198	138	114

MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE : NOMBRE DE CAS PAR TERRITOIRE DE CLSC

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2002

MALADIE*	CLSC							
	Mercier-Est/ Anjou	Olivier-Guimond	Hochelaga-Maisonneuve	de Rosemont	Saint-Léonard	Côte-des-Neiges	René-Cassin	NDG/ Montréal Ouest
Amibiase	5	2	2	4	3	12	1	7
Botulisme	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucellose	0	0	0	0	0	0	0	0
Campylobactériose	13	8	16	13	16	32	4	16
Chancre mou	0	0	0	0	0	0	0	0
Chlamydiose *(C. trachomatis)*	85	50	100	92	65	108	32	67
Choléra	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	9	3	5	5	3	14	2	5
Diarrhée épidémique	0	2	0	1	0	1	0	1
Encéphalites transmises par arthropodes	0	0	0	0	0	0	1	1
Entérite à *E. coli* O157:H7	2	1	1	0	1	1	0	1
Entérite à *Y. enterocolitica*	2	0	0	2	1	6	0	2
Fièvre Q	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre paratyphoïde	0	0	0	0	0	1	0	0
Fièvre typhoïde	0	0	0	0	1	2	0	0
Giardiase	8	5	14	14	5	15	1	4
Granulome inguinal	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, bactériémie	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, méningite	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, autres inf. envah.	0	0	1	0	0	0	0	0
Hépatite A	1	1	1	0	1	3	0	1
Hépatite B aiguë	0	2	2	1	0	3	0	0
Hépatite B non-précisée	1	5	5	8	1	4	3	3
Hépatite B porteur	13	7	18	23	18	72	12	28
Hépatite C aiguë	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite C sans précision	19	13	21	38	34	62	28	27
Hépatite virale sans précision	0	0	0	0	0	0	0	0
Herpes néonatal	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection par le VIH	0	7	12	12	3	8	2	5
Infection gonococcique, NGPP	1	0	0	2	1	2	0	0
Infection gonococcique, autre	7	6	31	15	4	9	3	6
Inf. envah. à méningocoque	1	1	1	2	0	2	0	1
Inf. invasive à strep. du groupe A	4	1	3	2	0	5	9	3
Inf. invasive à strep. du groupe B	3	1	0	4	0	1	1	0
Inf. invasive à *strep. pneumoniae*	6	7	17	19	9	20	6	3
Légionellose	0	0	1	1	0	0	0	0
Lèpre	0	0	0	0	0	1	0	0
Lymphogranulomatose vénérienne	0	0	0	0	0	0	0	0
Méningite à entérovirus coxsackie	0	0	0	0	0	1	0	2
Méningite à entérovirus ECHO	0	0	0	0	1	0	0	0
Méningite à entérovirus sans préc.	1	1	2	4	2	3	0	1
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludisme	2	1	1	2	0	6	0	7
Poliomyélite	0	0	0	0	0	0	0	0
Psittacose	0	0	0	0	0	0	0	0
Rage	0	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéole	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéole congénitale	0	0	0	0	0	0	0	0
Salmonellose	13	5	6	11	9	22	7	6
Scarlatine (avec culture positive)	1	0	0	0	0	0	0	1
Shigellose	2	2	1	2	4	12	5	3
SIDA	0	0	6	2	0	1	0	2
Syphilis congénitale	0	0	0	0	0	0	0	0
Syphilis primaire et secondaire	1	0	2	1	1	2	0	0
Syphilis latente précoce	0	0	0	0	0	1	0	0
Syphilis, autre	0	0	1	1	1	3	0	1
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire	0	0	0	1	1	1	0	0
Tuberculose	7	5	1	5	0	23	2	4
Tularémie	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	207	136	271	287	185	459	119	208

MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE : NOMBRE DE CAS PAR TERRITOIRE DE CLSC

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2002

MALADIE*	CLSC							
	Métro	St-Louis-du-Parc	St-Henri	Montréal-Nord	Saint-Michel	Ahuntsic	Nord de l'Île	Saint-Laurent
Amibiase	6	11	4	7	3	2	2	2
Botulisme	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucellose	0	0	0	0	0	0	0	0
Campylobactériose	14	22	11	16	17	13	12	19
Chancre mou	0	0	0	0	0	0	0	0
Chlamydiose *(C. trachomatis)*	69	43	28	103	109	82	28	58
Choléra	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	1	3	1	9	3	5	2	6
Diarrhée épidémique	6	0	0	0	2	2	1	0
Encéphalites transmises par arthropodes	0	1	0	0	2	0	0	0
Entérite à *E. coli* O157:H7	1	2	0	2	2	2	2	5
Entérite à *Y. enterocolitica*	2	2	1	0	1	0	1	0
Fièvre Q	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre paratyphoïde	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre typhoïde	2	0	0	1	2	0	1	0
Giardiase	17	24	3	7	17	4	6	3
Granulome inguinal	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, bactériémie	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, méningite	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, autres inf. envah.	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite A	2	0	2	4	3	3	3	2
Hépatite B aiguë	1	0	1	1	3	1	0	2
Hépatite B non-précisée	6	3	2	0	5	3	3	4
Hépatite B porteur	32	10	13	36	34	21	22	47
Hépatite C aiguë	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite C sans précision	22	13	18	32	25	67	41	43
Hépatite virale sans précision	0	0	0	0	0	0	0	0
Herpes néonatal	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection par le VIH	11	8	5	7	5	12	6	4
Infection gonococcique, NGPP	0	1	3	2	0	1	0	1
Infection gonococcique, autre	11	11	9	6	8	8	3	4
Inf. envah. à méningocoque	0	0	0	0	0	1	0	0
Inf. invasive à strep. du groupe A	2	0	1	1	0	2	0	4
Inf. invasive à strep. du groupe B	1	0	0	1	0	2	0	1
Inf. invasive à *strep. pneumoniae*	2	4	6	8	8	7	7	10
Légionellose	0	0	0	0	1	0	0	0
Lèpre	0	0	0	0	0	0	0	0
Lymphogranulomatose vénérienne	0	0	0	0	0	0	0	0
Méningite à entérovirus coxsackie	0	0	0	0	1	0	0	0
Méningite à entérovirus ECHO	0	1	0	0	1	1	0	0
Méningite à entérovirus sans préc.	1	0	0	2	2	0	0	0
Oreillons	0	0	0	0	1	0	0	0
Paludisme	6	2	1	2	2	4	1	4
Poliomyélite	0	0	0	0	0	0	0	0
Psittacose	0	0	0	0	0	0	0	0
Rage	0	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéole	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéole congénitale	0	0	0	0	0	0	0	0
Salmonellose	4	3	2	8	9	9	13	15
Scarlatine (avec culture positive)	0	0	0	9	0	1	0	0
Shigellose	3	2	0	7	5	5	2	3
SIDA	1	1	0	1	0	2	1	2
Syphilis congénitale	0	0	0	0	0	0	0	0
Syphilis primaire et secondaire	1	1	2	0	0	1	0	0
Syphilis latente précoce	0	0	1	0	0	0	0	0
Syphilis, autre	2	0	0	2	0	0	0	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire	2	2	0	0	0	1	0	0
Tuberculose	12	9	5	6	12	3	8	9
Tularémie	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	240	179	119	280	283	265	165	248

MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE : NOMBRE DE CAS PAR TERRITOIRE DE CLSC

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2002

MALADIE*	CLSC						Région 06
	des Faubourgs	du Plateau Mont-Royal	Parc Extension	Villeray	La Petite Patrie	Inconnu	
Amibiase	15	13	6	6	4	4	134
Botulisme	0	0	0	0	0	0	0
Brucellose	0	0	0	0	0	0	0
Campylobactériose	25	25	10	19	15	23	480
Chancre mou	0	0	0	0	0	0	0
Chlamydiose *(C. trachomatis)*	96	74	24	85	68	1375	3274
Choléra	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	3	1	4	10	2	1	140
Diarrhée épidémique	1	1	0	0	1	6	29
Encéphalites transmises par arthropodes	0	0	0	0	0	0	10
Entérite à *E. coli* O157:H7	0	1	0	1	0	0	37
Entérite à *Y. enterocolitica*	1	2	0	2	0	2	36
Fièvre Q	1	0	0	0	0	0	1
Fièvre paratyphoïde	0	0	0	0	0	0	4
Fièvre typhoïde	0	0	2	0	0	0	12
Giardiase	22	22	12	6	5	14	288
Granulome inguinal	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, bactériémie	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, méningite	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, autres inf. envah.	0	0	0	0	0	0	1
Hépatite A	0	0	0	4	1	0	36
Hépatite B aiguë	8	0	1	1	2	0	33
Hépatite B non-précisée	6	1	2	2	1	41	126
Hépatite B porteur	26	12	16	26	11	4	616
Hépatite C aiguë	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite C sans précision	24	12	24	26	32	395	1204
Hépatite virale sans précision	0	0	0	0	0	0	0
Herpes néonatal	0	0	0	0	0	0	0
Infection par le VIH	13	17	4	9	8	132	324
Infection gonococcique, NGPP	4	1	0	0	0	2	24
Infection gonococcique, autre	74	23	6	11	13	177	499
Inf. envah. à méningocoque	0	2	0	0	0	0	13
Inf. invasive à strep. du groupe A	1	1	1	1	1	1	58
Inf. invasive à strep. du groupe B	1	1	1	0	1	0	31
Inf. invasive à *strep. pneumoniae*	15	8	4	12	3	3	241
Légionellose	1	1	0	1	0	0	6
Lèpre	0	0	0	0	0	0	1
Lymphogranulomatose vénérienne	0	0	0	0	0	0	0
Méningite à entérovirus coxsackie	0	0	0	1	0	0	6
Méningite à entérovirus ECHO	0	0	0	1	0	0	6
Méningite à entérovirus sans préc.	2	3	1	1	3	0	38
Oreillons	0	0	0	0	0	0	2
Paludisme	1	1	0	3	3	5	64
Poliomyélite	0	0	0	0	0	0	0
Psittacose	0	0	0	0	0	0	0
Rage	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole	1	0	0	0	0	0	1
Rubéole	0	0	0	0	0	0	1
Rubéole congénitale	0	0	0	0	0	0	0
Salmonellose	5	6	0	9	7	2	246
Scarlatine (avec culture positive)	0	0	0	0	0	0	12
Shigellose	6	6	6	3	5	2	102
SIDA	13	10	0	1	0	10	62
Syphilis congénitale	0	0	0	0	0	0	0
Syphilis primaire et secondaire	6	1	0	1	2	8	30
Syphilis latente précoce	2	0	0	0	0	3	7
Syphilis, autre	0	0	0	0	0	9	27
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire	2	0	0	0	0	7	19
Tuberculose	8	3	18	5	3	1	171
Tularémie	0	0	0	0	0	0	0
Total	383	248	142	247	191	2227	8452

MALADIES INFECTIEUSES A DÉCLARATION OBLIGATOIRE : INCIDENCE (PAR 100 000) PAR TERRITOIRE DE CLSC

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2002

MALADIE*	CLSC							
	Lac Saint-Louis	Pierrefonds	du Vieux La Chine	Pointe Saint-Charles	Verdun/ Côte St-Paul	LaSalle	Rivière-des-Prairies	Pointe-aux-Trembles Montréal-Est
Amibiase	1.2	0.7	3.4	0.0	8.9	1.4	0.0	0.0
Botulisme	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Brucellose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Campylobactériose	15.7	14.9	10.3	22.7	31.3	38.1	24.5	18.9
Chancre mou	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Chlamydiose *(C. trachomatis)*	38.7	81.8	92.6	105.9	110.7	63.9	82.9	62.4
Choléra	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Coqueluche	8.5	4.5	10.3	0.0	4.5	4.1	20.7	11.3
Encéphalites transmises par arthropodes	2.4	0.7	3.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Entérite à *E. coli* O157:H7	4.8	1.5	1.7	0.0	1.1	2.7	1.9	1.9
Entérite à *Y. enterocolitica*	2.4	1.5	1.7	15.1	1.1	1.4	0.0	0.0
Fièvre Q	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Fièvre paratyphoïde	0.0	0.0	0.0	0.0	3.4	0.0	0.0	0.0
Fièvre typhoïde	0.0	0.0	0.0	7.6	0.0	0.0	0.0	0.0
Giardiase	14.5	8.2	6.9	15.1	19.0	9.5	3.8	9.5
Granulome inguinal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, bactériémie	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, méningite	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, autres inf. envah.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hépatite A	0.0	0.0	1.7	0.0	0.0	2.7	0.0	1.9
Hépatite B aiguë	0.0	0.7	0.0	7.6	1.1	0.0	1.9	0.0
Hépatite C aiguë	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Herpes néonatal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Infection par le VIH	1.2	0.7	1.7	22.7	13.4	8.2	7.5	11.3
Infection gonococcique, NGPP	0.0	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9	0.0
Infection gonococcique, autres	1.2	7.4	5.1	22.7	23.5	13.6	5.7	5.7
Inf. envah. à méningocoque	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0	0.0	1.9
Inf. invasive à strep. du groupe A	3.6	3.0	0.0	0.0	3.4	2.7	0.0	5.7
Inf. invasive à strep. du groupe B	2.4	0.7	1.7	7.6	2.2	4.1	3.8	0.0
Inf. invasive à *strep. pneumoniae*	3.6	4.5	8.6	0.0	15.7	10.9	18.8	20.8
Légionellose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Lèpre	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Lymphogranulomatose vénérienne	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Méningite à entérovirus coxsackie	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Méningite à entérovirus ECHO	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9
Méningite à entérovirus sans préc.	2.4	0.7	1.7	7.6	1.1	2.7	0.0	1.9
Oreillons	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9	0.0
Paludisme	1.2	0.7	1.7	7.6	2.2	4.1	1.9	0.0
Poliomyélite	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Psittacose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Rage	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Rougeole	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Rubéole	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	0.0	0.0
Rubéole congénitale	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Salmonellose	8.5	12.6	12.0	15.1	11.2	17.7	22.6	13.2
Scarlatine (avec culture positive)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Shigellose	2.4	0.7	1.7	7.6	6.7	5.4	0.0	1.9
SIDA	1.2	0.0	0.0	7.6	4.5	1.4	1.9	1.9
Syphilis congénitale	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Syphilis primaire et secondaire	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Syphilis latente précoce	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Syphilis, autres	0.0	0.7	1.7	7.6	1.1	1.4	1.9	1.9
Tétanos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tuberculose	2.4	4.5	0.0	7.6	4.5	8.2	1.9	3.8
Tularémie	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

* Excluant les maladies pour lesquelles il n'est pas possible de calculer le taux d'incidence (hépatites : cas chronique ou non précisé; diarrhée épidémique; toxi-infection alimentaire).

MALADIES INFECTIEUSES A DÉCLARATION OBLIGATOIRE : INCIDENCE (PAR 100 000) PAR TERRITOIRE DE CLSC

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2002

MALADIE*	CLSC							
	Mercier-Est/ Anjou	Olivier-Guimond	Hochelaga-Maisonneuve	de Rosemont	Saint-Léonard	Côte-des-Neiges	René-Cassin	NDG/ Montréal Ouest
Amibiase	12.6	4.9	4.4	5.3	4.3	9.0	2.1	9.8
Botulisme	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Brucellose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Campylobactériose	32.8	19.7	35.5	17.1	22.8	24.1	8.3	22.4
Chancre mou	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Chlamydiose *(C. trachomatis)*	214.2	122.9	221.7	121.1	92.5	81.3	66.6	93.9
Choléra	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Coqueluche	22.7	7.4	11.1	6.6	4.3	10.5	4.2	7.0
Encéphalites transmises par arthropodes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1	1.4
Entérite à *E. coli* O157:H7	5.0	2.5	2.2	0.0	1.4	0.8	0.0	1.4
Entérite à *Y. enterocolitica*	5.0	0.0	0.0	2.6	1.4	4.5	0.0	2.8
Fièvre Q	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Fièvre paratyphoïde	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0
Fièvre typhoïde	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	1.5	0.0	0.0
Giardiase	20.2	12.3	31.0	18.4	7.1	11.3	2.1	5.6
Granulome inguinal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, bactériémie	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, méningite	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, autres inf. envah.	0.0	0.0	2.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hépatite A	2.5	2.5	2.2	0.0	1.4	2.3	0.0	1.4
Hépatite B aiguë	0.0	4.9	4.4	1.3	0.0	2.3	0.0	0.0
Hépatite C aiguë	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Herpes néonatal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Infection par le VIH	0.0	17.2	26.6	15.8	4.3	6.0	4.2	7.0
Infection gonococcique, NGPP	2.5	0.0	0.0	2.6	1.4	1.5	0.0	0.0
Infection gonococcique, autres	17.6	14.8	68.7	19.8	5.7	6.8	6.2	8.4
Inf. envah. à méningocoque	2.5	2.5	2.2	2.6	0.0	1.5	0.0	1.4
Inf. invasive à strep. du groupe A	10.1	2.5	6.7	2.6	0.0	3.8	18.7	4.2
Inf. invasive à strep. du groupe B	7.6	2.5	0.0	5.3	0.0	0.8	2.1	0.0
Inf. invasive à *strep. pneumoniae*	15.1	17.2	37.7	25.0	12.8	15.0	12.5	4.2
Légionellose	0.0	0.0	2.2	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0
Lèpre	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0
Lymphogranulomatose vénérienne	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Méningite à entérovirus coxsackie	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	2.8
Méningite à entérovirus ECHO	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	0.0	0.0	0.0
Méningite à entérovirus sans préc.	2.5	2.5	4.4	5.3	2.8	2.3	0.0	1.4
Oreillons	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Paludisme	5.0	2.5	2.2	2.6	0.0	4.5	0.0	9.8
Poliomyélite	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Psittacose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Rage	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Rougeole	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Rubéole	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Rubéole congénitale	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Salmonellose	32.8	12.3	13.3	14.5	12.8	16.6	14.6	8.4
Scarlatine (avec culture positive)	2.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4
Shigellose	5.0	4.9	2.2	2.6	5.7	9.0	10.4	4.2
SIDA	0.0	0.0	13.3	2.6	0.0	0.8	0.0	2.8
Syphilis congénitale	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Syphilis primaire et secondaire	2.5	0.0	4.4	1.3	1.4	1.5	0.0	0.0
Syphilis latente précoce	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0
Syphilis, autres	0.0	0.0	2.2	1.3	1.4	2.3	0.0	1.4
Tétanos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tuberculose	17.6	12.3	2.2	6.6	0.0	17.3	4.2	5.6
Tularémie	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

* Excluant les maladies pour lesquelles il n'est pas possible de calculer le taux d'incidence (hépatites : cas chronique ou non précisé; diarrhée épidémique; toxi-infection alimentaire).

MALADIES INFECTIEUSES A DÉCLARATION OBLIGATOIRE : INCIDENCE (PAR 100 000) PAR TERRITOIRE DE CLSC

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2002

MALADIE*	CLSC							
	Métro	St-Louis-du-Parc	St-Henri	Montréal-Nord	Saint-Michel	Ahuntsic	Nord de l'Île	Saint-Laurent
Amibiase	9.7	28.3	15.1	8.9	5.4	2.6	3.7	2.6
Botulisme	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Brucellose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Campylobactériose	22.7	56.5	41.4	20.4	30.7	17.0	22.2	25.1
Chancre mou	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Chlamydiose *(C. trachomatis)*	111.9	110.5	105.4	131.0	197.1	107.5	51.8	76.5
Choléra	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Coqueluche	1.6	7.7	3.8	11.4	5.4	6.6	3.7	7.9
Encéphalites transmises par arthropodes	0.0	2.6	0.0	0.0	3.6	0.0	0.0	0.0
Entérite à *E. coli* O157:H7	1.6	5.1	0.0	2.5	3.6	2.6	3.7	6.6
Entérite à *Y. enterocolitica*	3.2	5.1	3.8	0.0	1.8	0.0	1.9	0.0
Fièvre Q	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Fièvre paratyphoïde	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Fièvre typhoïde	3.2	0.0	0.0	1.3	3.6	0.0	1.9	0.0
Giardiase	27.6	61.7	11.3	8.9	30.7	5.2	11.1	4.0
Granulome inguinal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, bactériémie	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, méningite	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, autres inf. envah.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hépatite A	3.2	0.0	7.5	5.1	5.4	3.9	5.6	2.6
Hépatite B aiguë	1.6	0.0	3.8	1.3	5.4	1.3	0.0	2.6
Hépatite C aiguë	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Herpes néonatal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Infection par le VIH	17.8	20.6	18.8	8.9	9.0	15.7	11.1	5.3
Infection gonococcique, NGPP	0.0	2.6	11.3	2.5	0.0	1.3	0.0	1.3
Infection gonococcique, autres	17.8	28.3	33.9	7.6	14.5	10.5	5.6	5.3
Inf. envah. à méningocoque	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0
Inf. invasive à strep. du groupe A	3.2	0.0	3.8	1.3	0.0	2.6	0.0	5.3
Inf. invasive à strep. du groupe B	1.6	0.0	0.0	1.3	0.0	2.6	0.0	1.3
Inf. invasive à *strep. pneumoniae*	3.2	10.3	22.6	10.2	14.5	9.2	13.0	13.2
Légionellose	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	0.0	0.0	0.0
Lèpre	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Lymphogranulomatose vénérienne	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Méningite à entérovirus coxsackie	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	0.0	0.0	0.0
Méningite à entérovirus ECHO	0.0	2.6	0.0	0.0	1.8	1.3	0.0	0.0
Méningite à entérovirus sans préc.	1.6	0.0	0.0	2.5	3.6	0.0	0.0	0.0
Oreillons	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	0.0	0.0	0.0
Paludisme	9.7	5.1	3.8	2.5	3.6	5.2	1.9	5.3
Poliomyélite	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Psittacose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Rage	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Rougeole	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Rubéole	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Rubéole congénitale	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Salmonellose	6.5	7.7	7.5	10.2	16.3	11.8	24.1	19.8
Scarlatine (avec culture positive)	0.0	0.0	0.0	11.4	0.0	1.3	0.0	0.0
Shigellose	4.9	5.1	0.0	8.9	9.0	6.6	3.7	4.0
SIDA	1.6	2.6	0.0	1.3	0.0	2.6	1.9	2.6
Syphilis congénitale	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Syphilis primaire et secondaire	1.6	2.6	7.5	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0
Syphilis latente précoce	0.0	0.0	3.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Syphilis, autres	3.2	0.0	0.0	2.5	0.0	0.0	0.0	0.0
Tétanos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tuberculose	19.5	23.1	18.8	7.6	21.7	3.9	14.8	11.9
Tularémie	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

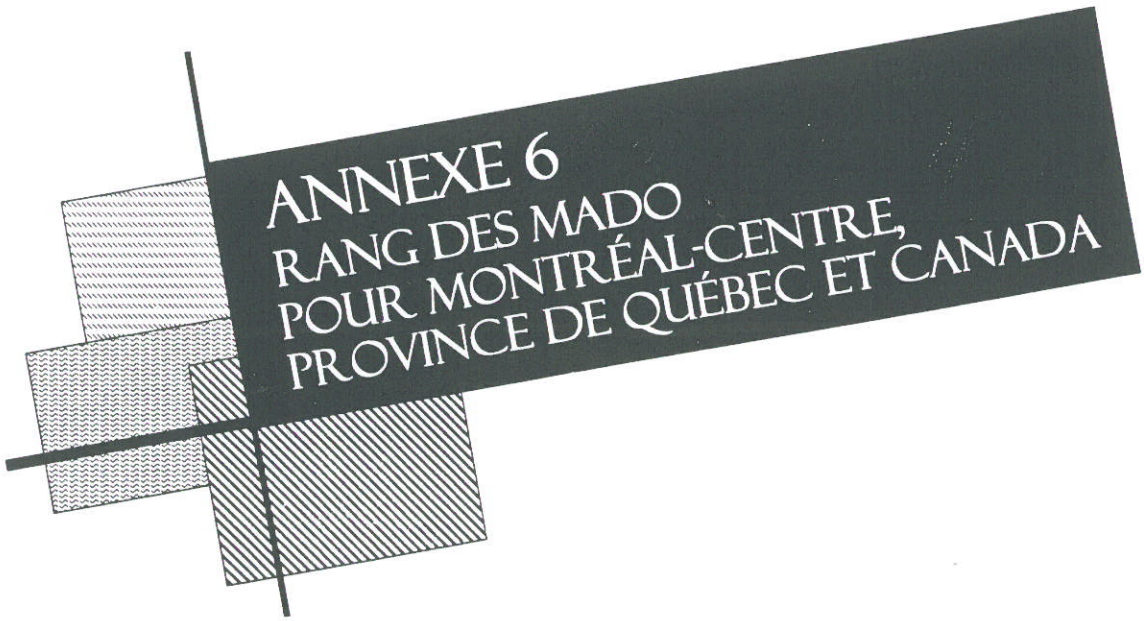
* Excluant les maladies pour lesquelles il n'est pas possible de calculer le taux d'incidence (hépatites : cas chronique ou non précisé; diarrhée épidémique; toxi-infection alimentaire).

MALADIES INFECTIEUSES A DÉCLARATION OBLIGATOIRE : INCIDENCE (PAR 100 000) PAR TERRITOIRE DE CLSC

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2002

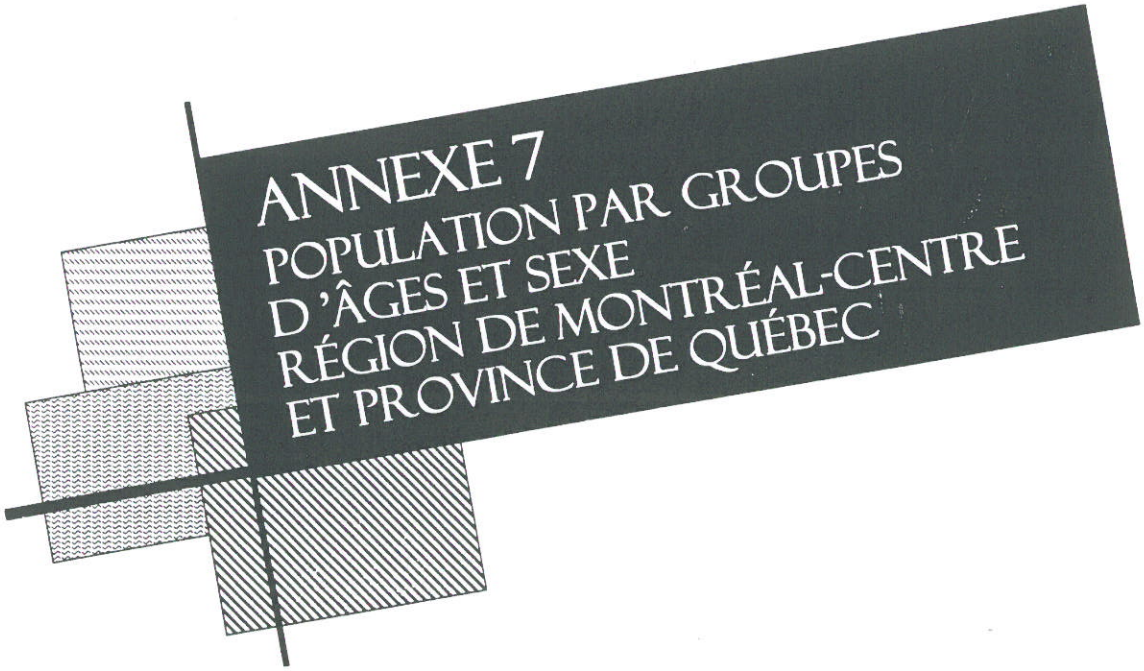
MALADIE*	CLSC					
	des Faubourgs	du Plateau Mont-Royal	Parc Extension	Villeray	La Petite Patrie	Région 06
Amibiase	33.0	25.6	17.8	9.9	8.4	7.3
Botulisme	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Brucellose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Campylobactériose	55.0	49.2	29.6	31.4	31.4	26.3
Chancre mou	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Chlamydiose *(C. trachomatis)*	211.1	145.5	71.0	140.4	142.3	179.4
Choléra	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Coqueluche	6.6	2.0	11.8	16.5	4.2	7.7
Encéphalites transmises par arthropodes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5
Entérite à *E. coli* O157:H7	0.0	2.0	0.0	1.7	0.0	2.0
Entérite à *Y. enterocolitica*	2.2	3.9	0.0	3.3	0.0	2.0
Fièvre Q	2.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Fièvre paratyphoïde	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
Fièvre typhoïde	0.0	0.0	5.9	0.0	0.0	0.7
Giardiase	48.4	43.3	35.5	9.9	10.5	15.8
Granulome inguinal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, bactériémie	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, méningite	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae, autres inf. envah.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Hépatite A	0.0	0.0	0.0	6.6	2.1	2.0
Hépatite B aiguë	17.6	0.0	3.0	1.7	4.2	1.8
Hépatite C aiguë	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Herpes néonatal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Infection par le VIH	28.6	33.4	11.8	14.9	16.7	17.8
Infection gonococcique, NGPP	8.8	2.0	0.0	0.0	0.0	1.3
Infection gonococcique, autres	162.7	45.2	17.8	18.2	27.2	27.3
Inf. envah. à méningocoque	0.0	3.9	0.0	0.0	0.0	0.7
Inf. invasive à strep. du groupe A	2.2	2.0	3.0	1.7	2.1	3.2
Inf. invasive à strep. du groupe B	2.2	2.0	3.0	0.0	2.1	1.7
Inf. invasive à *strep. pneumoniae*	33.0	15.7	11.8	19.8	6.3	13.2
Légionellose	2.2	2.0	0.0	1.7	0.0	0.3
Lèpre	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Lymphogranulomatose vénérienne	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Méningite à entérovirus coxsackie	0.0	0.0	0.0	1.7	0.0	0.3
Méningite à entérovirus ECHO	0.0	0.0	0.0	1.7	0.0	0.3
Méningite à entérovirus sans préc.	4.4	5.9	3.0	1.7	6.3	2.1
Oreillons	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Paludisme	2.2	2.0	0.0	5.0	6.3	3.5
Poliomyélite	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Psittacose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Rage	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Rougeole	2.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Rubéole	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Rubéole congénitale	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Salmonellose	11.0	11.8	0.0	14.9	14.7	13.5
Scarlatine (avec culture positive)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7
Shigellose	13.2	11.8	17.8	5.0	10.5	5.6
SIDA	28.6	19.7	0.0	1.7	0.0	3.4
Syphilis congénitale	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Syphilis primaire et secondaire	13.2	2.0	0.0	1.7	4.2	1.6
Syphilis latente précoce	4.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4
Syphilis, autres	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5
Tétanos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tuberculose	17.6	5.9	53.3	8.3	6.3	9.4
Tularémie	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

* Excluant les maladies pour lesquelles il n'est pas possible de calculer le taux d'incidence (hépatites : cas chronique ou non précisé; diarrhée épidémique; toxi-infection alimentaire).


ANNEXE 6
RANG DES MADO
POUR MONTRÉAL-CENTRE,
PROVINCE DE QUÉBEC ET CANADA

2002

MALADIE*	MONTRÉAL-CENTRE			QUÉBEC HORS MTL-CENTRE			CANADA 1999		
	Ordre	Nombre	Taux	Ordre	Nombre	Taux	Ordre	Nombre	Taux
Chlamydiose génitale (C.trachomatis)	1	3268	179.1	1	7855	140.2	1	42141	138.6
Hépatite C sans précision	2	1204	66.0	3	1642	29.3	3	19397	63.8
Infection gonococcique	3	523	28.7	9	357	6.4	7	5381	17.7
Campylobactériose	4	480	26.3	2	2065	36.9	4	11500	37.8
Giardiase	5	288	15.8	6	667	11.9	8	5234	17.2
Salmonellose	6	246	13.5	4	959	17.1	6	5611	18.5
Inf. invasive par strep. pneumoniae	7	241	13.2	8	580	10.4			
Tuberculose	8	171	9.4	11	111	2.0	9	1807	5.9
Coqueluche	9	140	7.7	5	929	16.6	5	6096	20.0
Amibiase	10	134	7.3	16	67	1.2	11	1379	4.5
Shigellose	11	102	5.6	14	94	1.7	13	1084	3.6
Paludisme	12	64	3.5	20	38	0.7	17	365	1.2
SIDA	13	62	3.4	21	34	0.6	16	415	1.4
Méningites virales	14	60	3.3	15	82	1.5	15	622	2.0
Inf. invasive par strep. du groupe A	15	58	3.2	13	102	1.8			
E. coli O157:H7/vérotoxigène	16	37	2.0	10	206	3.7	10	1490	4.9
Entérite à Y. enterocolitica	17	36	2.0	12	105	1.9			
Hépatite A	17	36	2.0	17	60	1.1	14	887	2.9
Syphilis, autres	18	34	1.9	24	19	0.3	30	0	0.0
Hépatite B aiguë	19	33	1.8	16	67	1.2	12	1278	4.2
Inf. invasive par strep. du groupe B	20	31	1.7	22	24	0.4			
Syphilis primaire et secondaire	21	30	1.6	26	11	0.2	20	104	0.3
Inf. envah. à méningocoque	22	13	0.7	18	58	1.0	19	203	0.7
Fièvre typhoïde	23	12	0.7	29	2	0.0	24	71	0.2
Scarlatine (avec culture positive)	23	12	0.7	7	646	11.5			
Légionellose	24	6	0.3	23	20	0.4	23	80	0.3
Fièvre paratyphoïde	25	4	0.2	19	42	0.7	26	37	0.1
Oreillons	26	2	0.1	30	1	0.0	22	90	0.3
Fièvre Q	27	1	0.1						
Inf. envah. à H. influenzae	27	1	0.1	28	7	0.1	27	30	0.1
Lèpre	27	1	0.1						
Rougeole	27	1	0.1	30	1	0.0	28	29	0.1
Rubéole	27	1	0.1	29	2	0.0	29	24	0.1
E. coli pathogène autres				25	15	0.3			
Tularémie				27	8	0.1			
Botulisme				28	7	0.1			
Brucellose				29	2	0.0			
Varicelle							2	24397	80.2
Méningite à pneumocoques							18	303	1.0
Méningite et encéphalite bact. autres							21	102	0.3
Listériose (tout genre)							25	59	0.2


ANNEXE 7
POPULATION PAR GROUPES
D'ÂGES ET SEXE
RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE
ET PROVINCE DE QUÉBEC

Population par groupe d'âge et sexe
Région de Montréal-Centre et Province de Québec

Montréal

Groupe d'âge	Masculin	Féminin	Total
<1	9 986	9 548	19 534
1-4	40 467	38 886	79 353
5-9	53 182	51 251	104 433
10-14	50 004	48 269	98 273
15-19	49 218	47 493	96 711
20-24	58 984	57 964	116 948
25-29	69 453	68 363	137 816
30-39	154 320	143 406	297 726
40-59	248 760	262 215	510 975
60+	147 356	215 652	363 008
Total	881 730	943 047	1 824 777

Province

Groupe d'âge	Masculin	Féminin	Total
<1	37 633	35 861	73 494
1-4	153 851	147 063	300 914
5-9	228 827	219 665	448 492
10-14	242 211	232 579	474 790
15-19	234 105	222 524	456 629
20-24	259 446	246 510	505 956
25-29	249 330	238 595	487 925
30-39	559 931	537 536	1 097 467
40-59	1 126 208	1 133 112	2 259 320
60+	572 587	750 436	1 323 023
Total	3 664 129	3 763 881	7 428 010

Statistiques Canada, recensement 1996

COMMENTAIRES

concernant le Rapport sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire
Région de Montréal-Centre, 2002

Identification

Nom : _____ Prénom : _____

Institution : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Adresse courriel : _____

Date : ____ ____ ____
an mo jr

Commentaires

1) ☐ modification à faire
☐ précision à apporter
☐ erreur

Section _____ page ____

_____

_____

_____

2) ☐ modification à faire
☐ précision à apporter
☐ erreur

Section _____ page ____

_____

_____

_____

Suggestions :

_____

_____

S.V.P. retourner à Lucie Bédard
Bureau de surveillance épidémiologique
Unité Maladies infectieuses
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400, poste 3653
Télécopieur (514) 528-2452
Courriel : lbedard@santepub-mtl.qc.ca

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Rapport sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire Région de Montréal-Centre, Année 2002 (décembre 2003)	**10 $**	
	ISBN 2-89494-400-4		

DESTINATAIRE

Nom _____

Organisme _____

Adresse _____
No Rue App.

_____
Ville Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Les commandes sont payables *à l'avance* par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la *Direction de santé publique de Montréal-Centre*

Pour information : (514) 528-2400, poste 3646.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de santé publique de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Garder notre monde en santé