Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Montréal

Santé publique

Rapport sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire

Région de Montréal-Centre

Année 2003

Unité Maladies infectieuses

Juin 2005

LA PRÉVENTION EN ACTIONS

Garder notre monde en santé

Rapport sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire

Région de Montréal-Centre

Année 2003

Unité Maladies infectieuses

Juin 2005

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
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Montréal (2005)
Tous droits réservés

Dépôt légal : 2005
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89494-459-4



MOT DU DIRECTEUR

Nous sommes heureux de vous faire parvenir notre rapport annuel sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO) pour l'année 2003.

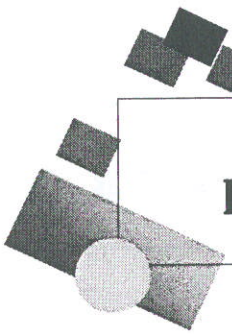
Le Directeur de santé publique est tenu par la Loi sur la santé publique, d'exercer une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants. La surveillance est basée, entre autre, sur l'obligation légale faite aux médecins, chefs de département de biologie médicale et aux directeurs de laboratoires 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 consiste donc en la surveillance épidémiologique des maladies infectieuses en collaboration avec la Direction générale de santé publique 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. C'est la deuxième année que nous vous offrons le rapport annuel dans une version .pdf, qui peut vous être acheminée par courriel.

Le directeur

Richard Lessard, M.D.



REMERCIEMENTS

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, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal-Centre. Rapport sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Région de Montréal-Centre, année 2003. Mai 2005.

TABLE DES MATIÈRES

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

INTRODUCTION 1

SECTION I : MÉTHODOLOGIE

1. Sources des données 5
2. Caractéristiques de référence 6
   - 2. 1 Temps
   - 2. 2 Lieu
   - 2. 3 Personne
   - 2. 4 Les définitions nosologiques
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 17
- 1. 2 Hépatite B aiguë 21
- 1. 3 Hépatite B chronique 25
- 1. 4 Hépatite C 29

2. MALADIES ENTÉRIQUES

- 2. 1 Campylobactériose 35
- 2. 2 *E. coli* O157:H7 39
- 2. 3 Fièvre typhoïde 43
- 2. 4 Salmonellose excluant la fièvre typhoïde 45
- 2. 5 Shigellose 51
- 2. 6 Yersiniose 55
- 2. 7 Et les autres infections entériques 57

3. MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

- 3. 1 Coqueluche 61
- 3. 2 Infections à *Haemophilus influenzae* de type b 65
- 3. 3 Infections à méningocoque 67
- 3. 4 Rougeole 71
- 3. 5 Rubéole et rubéole congénitale 73
- 3. 6 Et les quatre autres 75
- 3. 7 Virus du nil occidentale et SRAS 75

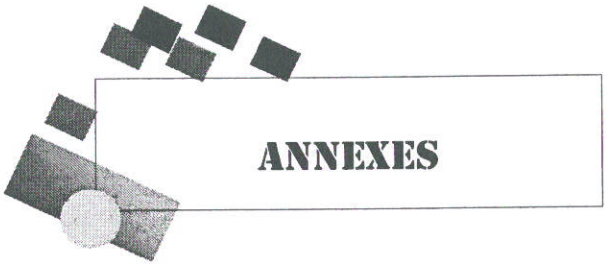
4. INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS)

- 4. 1 Infections à *Chlamydia trachomatis* 79
- 4. 2 Infections gonococciques 83
- 4. 3 Syphilis primaire, secondaire et latente précoce 88
- 4. 4 Autres ITS 91

5. TUBERCULOSE 95

6. ET LES AUTRES MADO NON REGROUPÉES 101

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 2003 107



ANNEXES

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



LISTE ET SIGNIFICATION DES SIGLES ET ACRONYMES

ADRLSSS	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal-Centre
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CLSC	Centre local de services communautaires
CQCS	Centre québécois de coordination sur le sida
DSP	Direction de santé publique
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles et affectives 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*
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) l'Agence de développement de réseaux locaux du service de santé et de services sociaux de Montréal-Centre. Lucie Bédard, coordonnatrice du BSE, était responsable du rapport. Les docteurs Robert Allard, Paul Rivest, Joseph Cox, Klaus Jochem, Doris Deshaies, Michèle Tremblay et Gilles Lambert ont collaboré à la rédaction du texte.

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

INTRODUCTION

La surveillance épidémiologique des MADO est l'un des mandats des DSP. Elle est accomplie en collaboration avec la Direction générale de la santé publique MSSS.

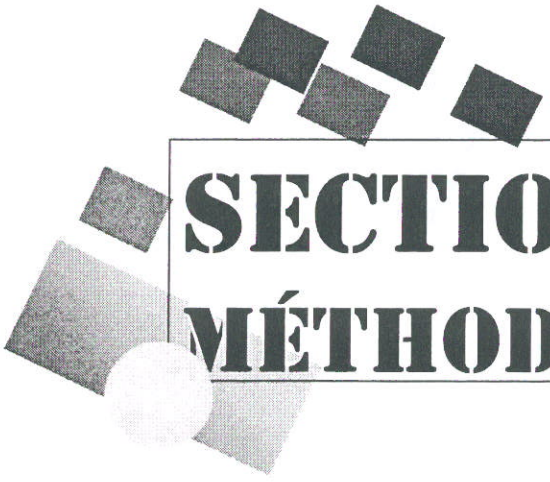
Les DSP des différentes régions de la province exercent cette fonction avec la collaboration des médecins, des laboratoires des centres hospitaliers et des autres laboratoires publics et privés, dont le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et les centres transfusionnels d'Héma-Québec, de qui la déclaration est requise selon la Loi et les Règlements sur la protection de la santé publique. 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 Bureau de surveillance épidémiologique (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 2003. 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 ajoutées 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 (CDC)*, 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 DSP de Montréal-Centre où se trouvent ce rapport annuel ainsi que 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 2003, demeurant dans la région de Montréal-Centre. Tous les cas recensés répondent à la définition de cas pour fin de surveillance. 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 du Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) d'Ottawa[1]. Elles incluent seulement celles de 1985 à 2000, les données ultérieures finales n'étant pas disponibles. Les statistiques américaines ont été tirées d'une publication des CDC d'Atlanta[2] 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 2003.

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] Santé Canada, Maladies à déclaration obligatoire en direct, [En ligne], 2000, [http://dsol-smed.phac-aspc.gc.ca/dsol-smed/ndis/c_dus_f.html]

[2] CDC. Summary of notifiable diseases, United States, 2002. MMWR [En ligne] [http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5153.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 DSP.

Les cas sont classés dans le temps selon la date de réception de chaque déclaration à la DSP. Pour les déclarations reçues d'une DSP d'une autre région et acheminées ensuite à celle de résidence des cas soit Montréal, 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 2002 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

Etats-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 le LLCM.

2.4 Les définitions nosologiques

Le lecteur doit tenir compte que le rapport 2003 est basé sur les définitions de 2001 mais que celles-ci ont été révisées en novembre 2003. Plusieurs maladies ont alors été ajoutées à la liste des MADO, d'autres ont été retirées et certaines définitions ont été modifiées. Le prochain rapport reflétera ces modifications. Le lecteur est invité à consulter la 4^{e} édition du livre de définitions nosologiques à la section Documentation, sous la rubrique Publications du site Web du MSSS dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca.

Carte des territoires de CLSC
Région de Montréal-Centre



3. Logiciels utilisés

Les logiciels suivants ont été utilisés : SAS (version 6.12) pour l'analyse, MapInfo (version 5.0) pour la cartographie, ainsi que Harvard Graphics (version 3.0 pour Windows) et Excel 2002 pour les graphiques.

4. Commentaires et limites d'interprétation

Le lecteur doit tenir compte de plusieurs facteurs dans l'interprétation des données de 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 chez 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, porteur d'hépatite B et hépatite 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 et/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[3].

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.

[3] 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.

Pour certaines MADO, malgré leur importance sur le plan de la santé publique, il n'y a toujours pas de définition claire et uniforme. Par exemple, pour des entités telles que les « diarrhées épidémiques » ou les « toxi-infections alimentaires », il est probable que certaines régions considèrent chaque personne atteinte comme un cas alors que d'autres ne fassent que le décompte des événements; il peut y avoir également des divergences dans la validation des cas ou des épisodes (ex. : exigence ou non qu'un agent étiologique soit isolé en laboratoire).

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 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 groupe d'âges et selon le sexe pour la région de Montréal-Centre ainsi que pour la province sont disponibles à l'annexe 7.

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

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.).

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.

Utiliser la note de 2002 et vérifier les références

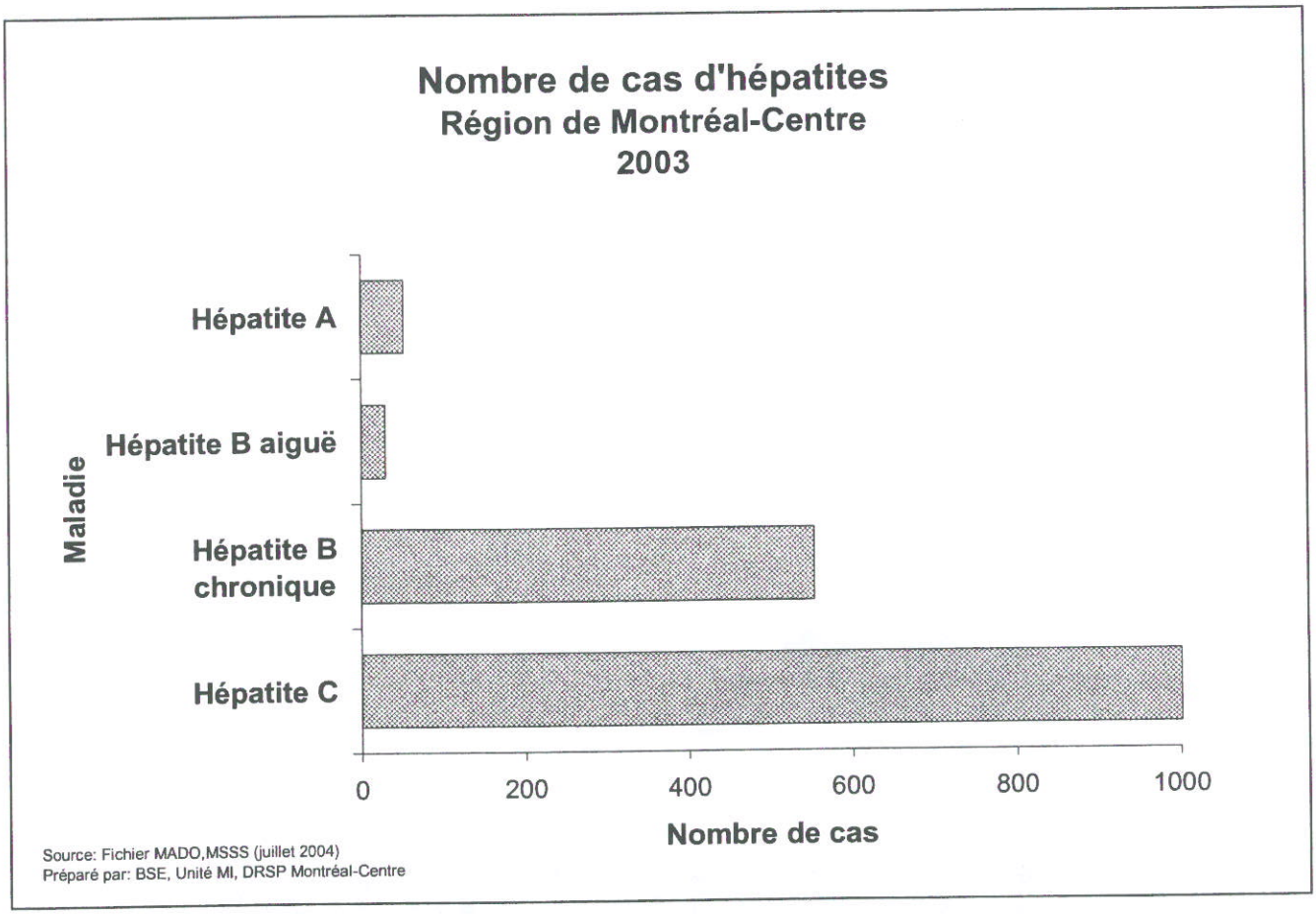
Note Les chiffres sur le sida du présent rapport ne concordent pas avec ceux du Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS), qui sont produits par le Module de prévention et de contrôle ITS/sida de la DSP de Montréal-Centre. Entre autres raisons, le mode de compilation (par date de diagnostic) est différent de celui du fichier MADO (par date de réception de la déclaration). Le lecteur devrait se référer aux statistiques diffusées par le CQCS pour de plus amples détails, en consultant les documents sur les ITS – VIH / sida au site du MSSS : (http://www.msss.gouv.qc.ca/f/sujets/mtsvihsida.htm) et en particulier les documents référentiels produits par le CQCS dont « Portrait de l'infection par le VIH et du sida au Québec » - Décembre 2001

SECTION 2

FAITS SAILLANTS ET FIGURES POUR DES MADO SÉLECTIONNÉES

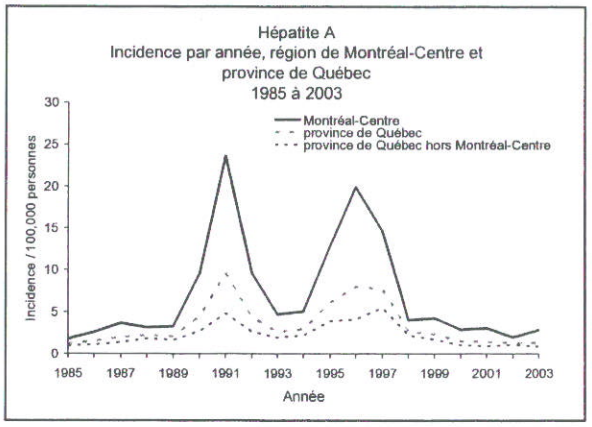


1. HÉPATITES VIRALES

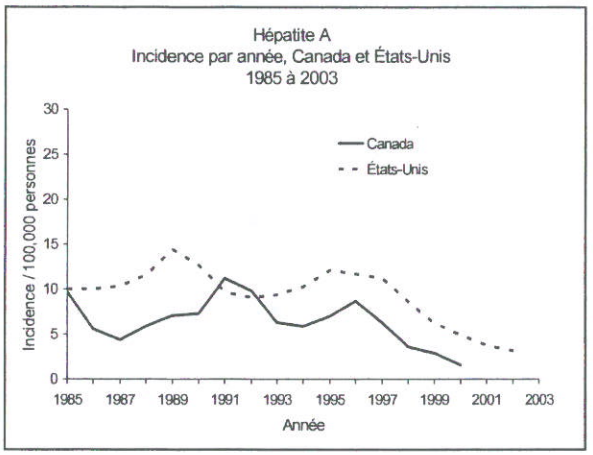

Nombre de cas d'hépatites
Région de Montréal-Centre
2003
Maladie
Hépatite A
Hépatite B aiguë
Hépatite B chronique
Hépatite C
0
200
400
600
800
1000
Nombre de cas
Source: Fichier MADO,MSSS (juillet 2004)
Préparé par: BSE, Unité MI, DRSP Montréal-Centre

1.1 HÉPATITE A

En 2003, 52 cas d'hépatite A ont été déclarés. Ceci représente une augmentation de 16 cas par rapport à l'année 2002. L'incidence annuelle de l'hépatite A atteint 2,8 cas par 100 000 alors que l'incidence du reste de la province et du Canada sont respectivement à 0,9 cas et 1,6 par 100 000.

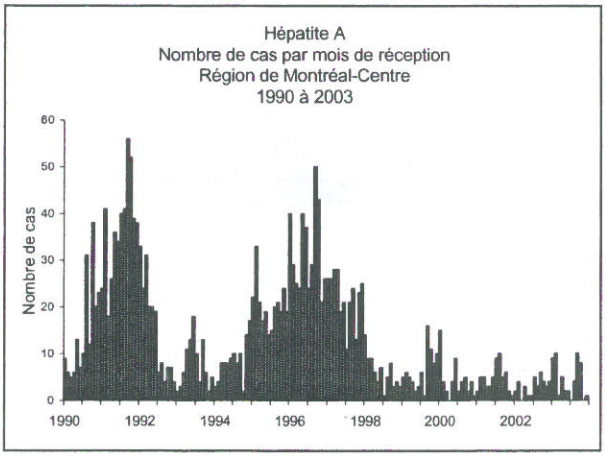


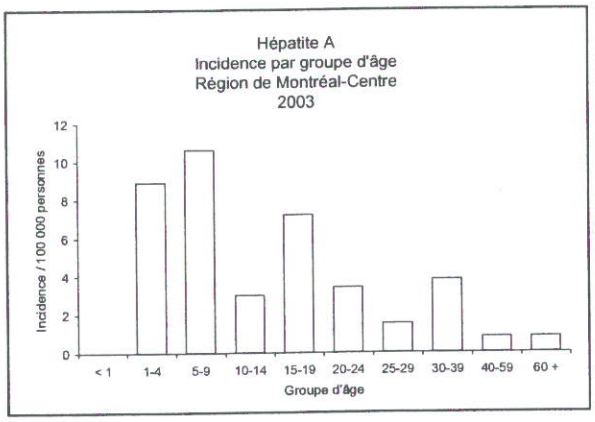
La première moitié de l'année a recueilli 29 cas comparativement à 23 cas déclarés au cours des six derniers mois. Les mois durant lesquels le plus de déclarations ont été enregistrées sont janvier (9), février (10) et septembre (10). Il faut dire qu'une éclosion dont l'origine n'a pas été identifiée est survenue dans une famille élargie (7 cas) en début d'année.



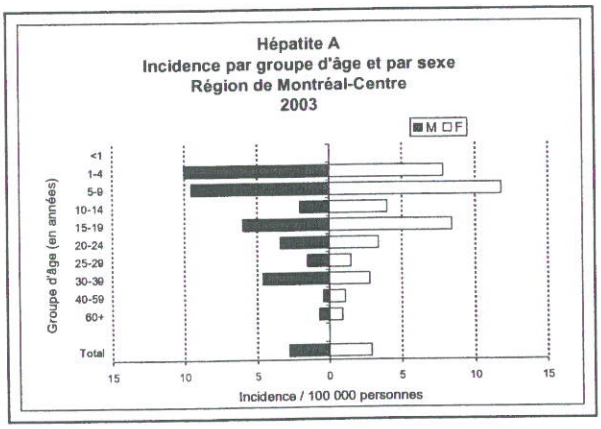
DÉFINITION NOSOLOGIQUE
HÉPATITE A
Cas confirmé
Détection sérologique d'anti-VHA IgM (1)
Cas clinique
Présence des trois conditions suivantes:
1. manifestations cliniques suggestives d'hépatite aiguë (ex.: ictère, urines foncées) ou augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT; et
2. lien épidémiologique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

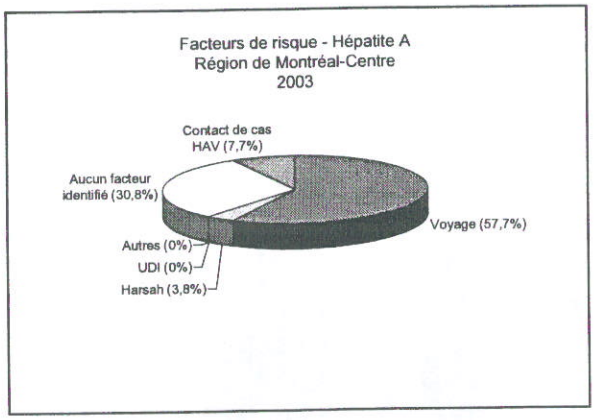




L'incidence la plus élevée se situe chez les 1-9 ans et parmi ceux-ci, le groupe d'âge se situant entre 5 et 9 ans est le plus touché (10,6 / 100 000).



L'information sur le facteur de risque est disponible pour les 52 cas. Le facteur de risque le plus fréquent est le «voyage en zone endémique » avec 30 cas. Il s'agit du plus grand nombre depuis 1998 et compte pour près de 60 % des cas. Deux cas sont des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) alors que l'an dernier il n'y avait aucun cas avec ce facteur de risque. Tout comme en 2002, aucun cas ne se retrouve chez les utilisateurs de drogues. Le facteur de risque « contact de cas » a été identifié chez 4 cas (7,7 %). Chez 16 cas (30,8 %), aucun facteur de risque n'a été trouvé; il s'agit de la proportion la plus élevée des 13 dernières années.



L'incidence la plus élevée d'hépatite A se trouve sur le territoire du CLSC Parc Extension (8,7 / 100 000). Les CLSC Notre-Dame-de-Grâce/Montréal Ouest et Villeray affichent la deuxième plus haute incidence, soit 8,3 cas par 100 000. Il faut toutefois mentionner qu'il s'agit de petits nombres. Les CLSC Lac-Saint-Louis, Pointe Saint-Charles, Lasalle, Rivière-des-Prairies, Olivier-Guimond, Saint-Léonard, René-Cassin, St-Louis-du-Parc, Saint-Michel et Saint-Laurent ne dénombrent aucun cas.

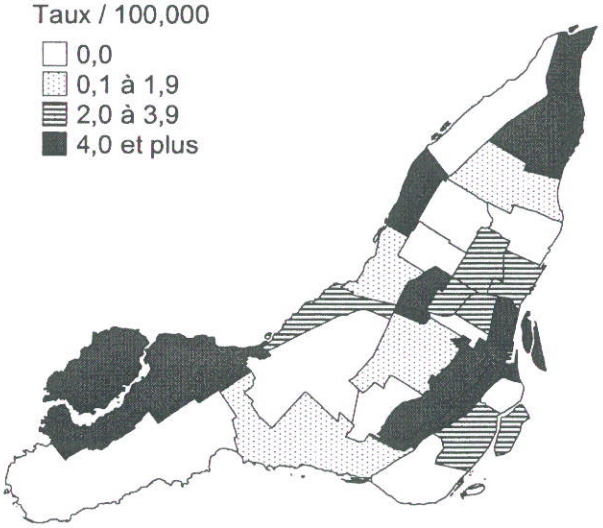
Hépatite A
Région de Montréal-Centre
2003

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 1,9% (1/52) des cas.

Incidence selon le territoire de CLSC



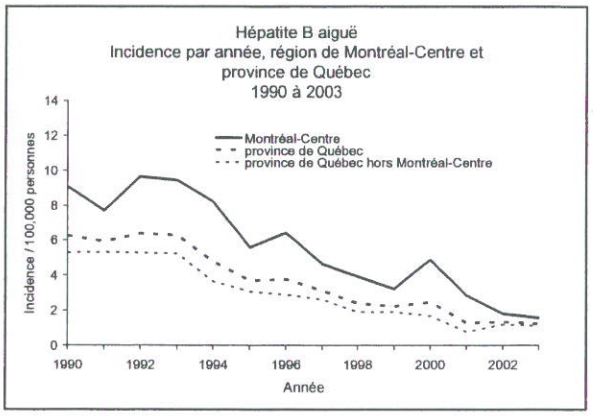
L'incidence montréalaise de l'hépatite A se place un peu au-dessus de l'objectif du Programme national de santé publique 2003-2012 concernant l'hépatite A qui consiste à réduire, d'ici 2006, de 50 % (à 2,5/100 000 personnes) l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés. Tout n'est pas acquis. En effet, en 2003 nous assistons même à une augmentation du nombre de cas. De plus, deux cas ont été rapportés chez les HARSAH alors que ce facteur de risque n'avait été retrouvé chez aucun en 2002. Il faut demeurer vigilants pour le contrôle à long terme de cette maladie et s'assurer 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 est le plus élevé des 6 dernières années.

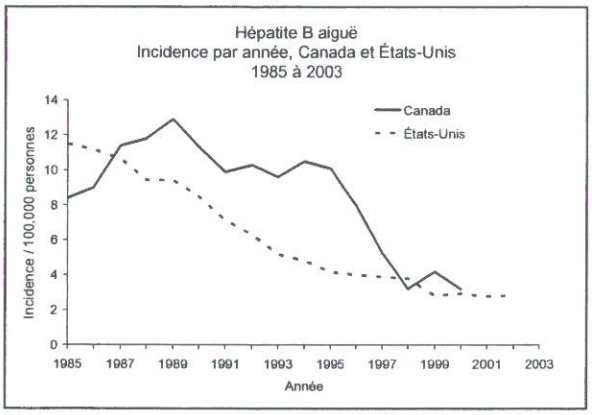
Un enfant qui a fréquenté une garderie alors qu'il était dans la période de contagiosité a donné lieu à l'administration du vaccin et d'immunoglobulines à 57 enfants et à 8 éducatrices pour prévenir des cas secondaires. Dans deux autres situations, deux cas (non reliés) survenus chez des manipulateurs d'aliments ont conduit à l'administration d'immunoglobulines à un totale de 32 collègues de travail et 4 clients habituels. En 2003, le facteur de risque n'a pas été identifié chez 30,8 % des cas.

Entre le 1er avril 2003 et le 31 mars 2004, les formulaires d'utilisation des vaccins qui ont été complétés par les vaccinateurs et qui nous ont été retournés montrent que 926 doses de vaccin contre l'hépatite A et 5913 doses de vaccin combiné contre les hépatites A et B ont été administrées. On note une certaine diminution par rapport à l'année précédente mais il semble s'agir d'une diminution du retour d'information par les vaccinateurs concernant les doses utilisées.

1.2 HÉPATITE B AIGUË

Vingt-neuf cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés et représentent la plus faible incidence jamais notée (1,6/100000). L'incidence annuelle d'hépatite B aiguë a été continuellement en baisse depuis 1996, sauf en 2000. L'importance de la baisse tend cependant à s'atténuer entre 2002-2003 (baisse de 12%) par rapport à 2000-2001 (40% de baisse). Ces tendances générales sont similaires à celles retrouvées pour l'ensemble du Québec et pour la province excluant la région de Montréal. Le Canada a des taux d'incidence d'hépatite B aiguë à la baisse depuis 1985. Les États-Unis ont des taux relativement stables d'hépatite B aiguë depuis 4 ans.





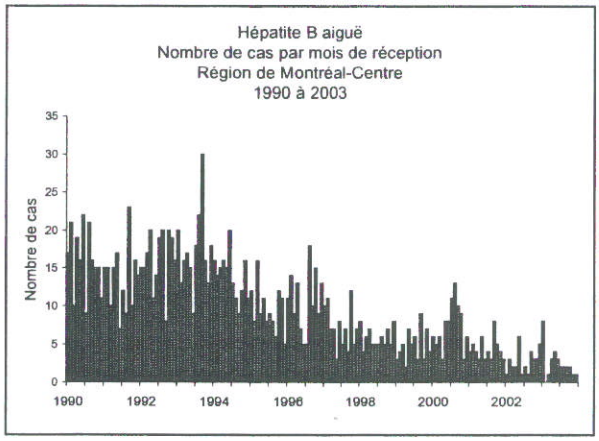
DÉFINITION NOSOLOGIQUE
HÉPATITE B AIGUË

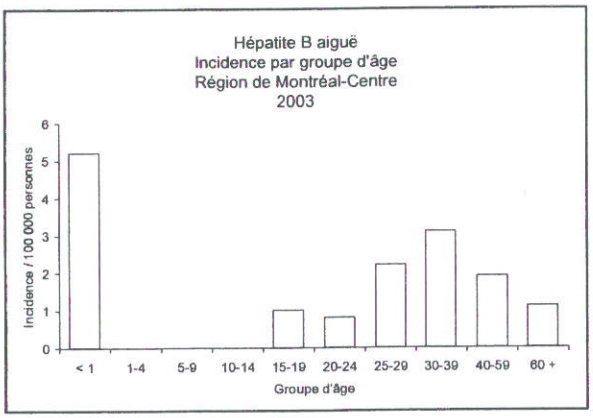
Cas confirmé

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

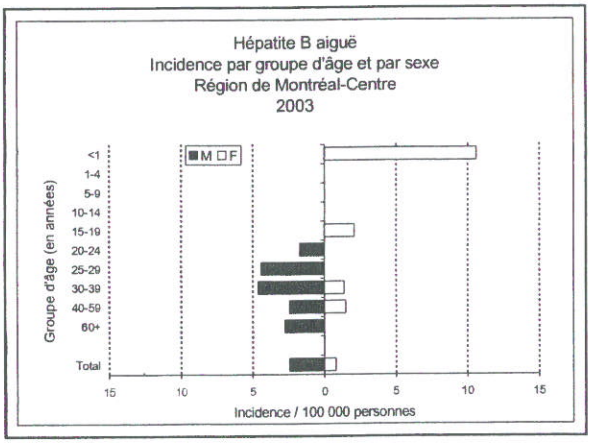
Présence des trois conditions suivantes:
1. manifestations cliniques suggestives d'hépatite aiguë (ex.: ictère, urines foncées) ou augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT; et
2. détection sérologique d'HbsAg alors que l'anti-VHA IgM n'a pas été recherché ou que le résultat n'est pas disponible;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





Cette année, les groupes d'âges les plus touchés sont par ordre décroissant les 30-39 ans (3,1/100 000) suivi des 25-29 ans (2,2/100 000) et des 40-59 ans (1,9/100 000). Un enfant de moins d'un an a contracté une hépatite B probablement au moment de sa naissance.

L'incidence est trois fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (2,4/100 000 vs 0,8/ 100 000). Seul le groupe des 15-19 ans (et celui des moins d'un an) présente des taux d'incidence plus élevés chez les femmes.



Parmi les 29 cas d'hépatite B aiguë, 11 personnes ne rapportent aucun facteur de risque durant la période d'incubation de la maladie. Quatre personnes avaient probablement acquis l'infection lors d'un voyage dans un pays endémique, trois personnes rapportent avoir eu des partenaires sexuels multiples, deux hommes rapportent avoir eu des relations homosexuelles avec d'autres hommes, deux personnes ont eu un partenaire sexuel qui avait des facteurs de risque d'hépatite B, deux avaient des partenaires atteints d'hépatite B, deux avaient consommé des drogues injectables. Finalement, 2 cas sont survenus chez des itinérants et un, chez un enfant de moins d'un an.

Le CLSC Pointe St-Charles présente le taux d'incidence le plus élevé de la région de Montréal , soit 7,6/100 000. Sept CLSC ont des taux d'incidence entre 4 et 6/ 100 000; présentant une répartition de cas assez homogènes. Ces CLSC sont : CLSC du Plateau Mont-Royal (5,9/100 000), Verdun/ Côte St Paul (4,5/100 000), Hochelaga-Maisonneuve, des Faubourgs et St-Henri (4,4/100 000), CLSC NDG/Montréal Ouest et Saint-Laurent (4,2/100 000). Treize CLSC n'ont aucun cas d'hépatite B sur leur territoire.

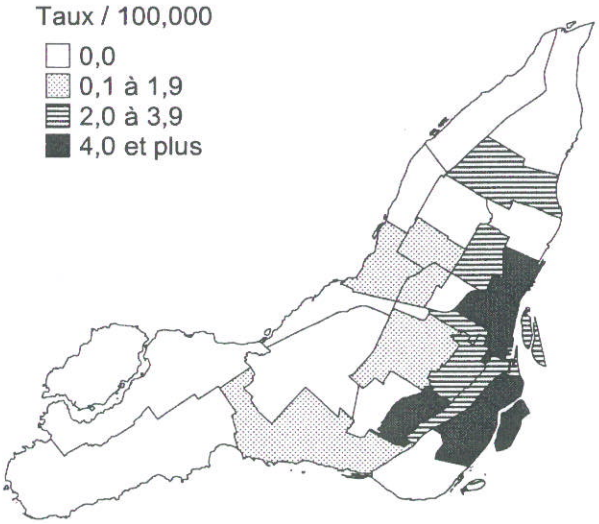
Hépatite B aiguë
Région de Montréal-Centre
2003

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 0,0% (0/29) des cas.

Incidence selon le territoire de CLSC





1.3 HÉPATITE B CHRONIQUE

Au total, 554 porteurs d'hépatite B ont été déclarés pour une première fois. Dans la région de Montréal, la majorité des déclarations d'hépatite B chronique proviennent de personnes immigrantes ou réfugiées provenant de pays où la fréquence d'infection est très forte et où l'hépatite B est acquise en bas âge pour se chroniciser par la suite.

Le nombre de cas d'hépatite B chronique, en 2003, a diminué légèrement par rapport à l'année 2002. Cette tendance à la baisse existe depuis 1994, pour la majorité des années. 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

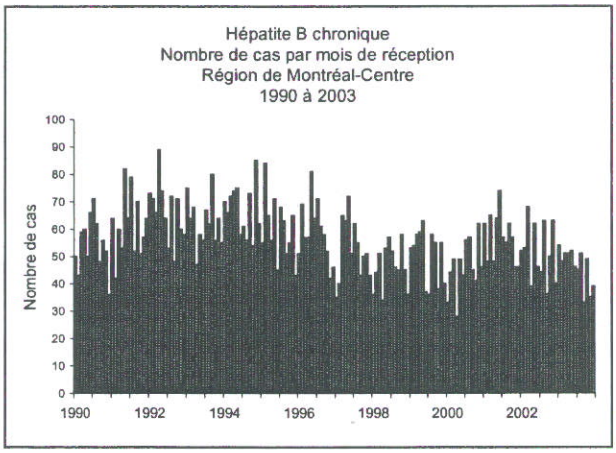
Cas confirmé

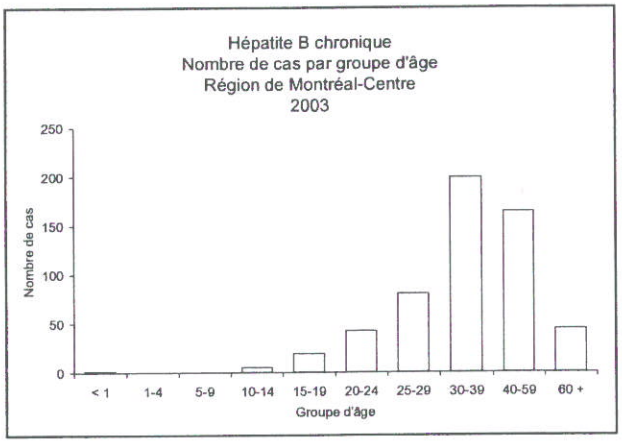
Détection à deux reprises d'HBsAg à au moins six mois d'intervalle.

Cas clinique

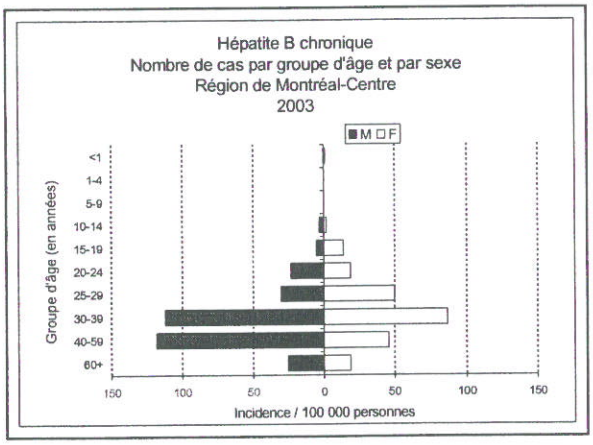
Présence d'une des deux conditions suivantes:

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.



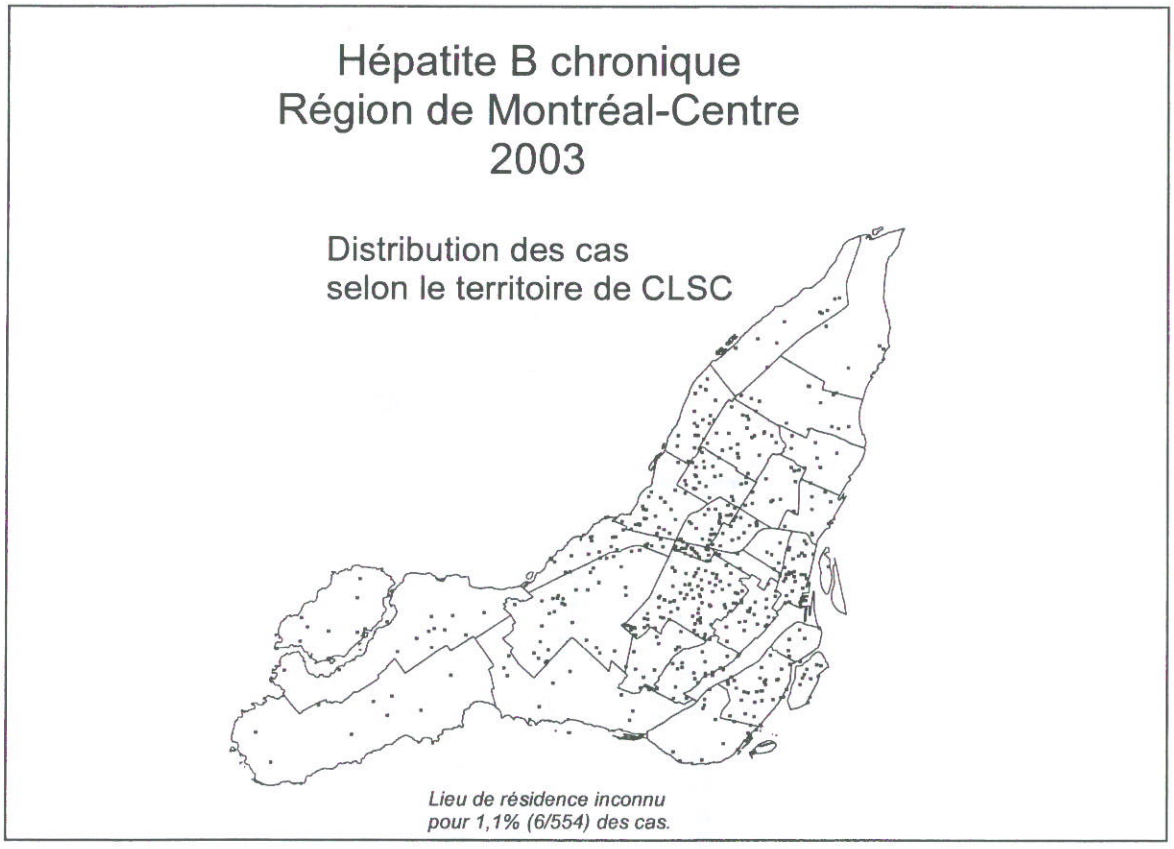


Le nombre de cas le plus élevé de déclarations d'hépatite B chronique se retrouve chez les 30-39 ans (n= 199) suivis des 40-59 ans (n=164).



De façon similaire aux années précédentes, le nombre de cas est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (316 cas vs 238) et ce, pour la majorité des groupes d'âges. Seules les femmes de 15-19 ans et 25-29 ans ont eu plus fréquemment un nouveau diagnostic d'hépatite B que les hommes.

Les CLSC Côte–des–Neiges, Verdun/Côte-St-Paul, Saint-Laurent et des Faubourgs ont le plus grand nombre de cas déclarés chez des résidents de leur territoire.



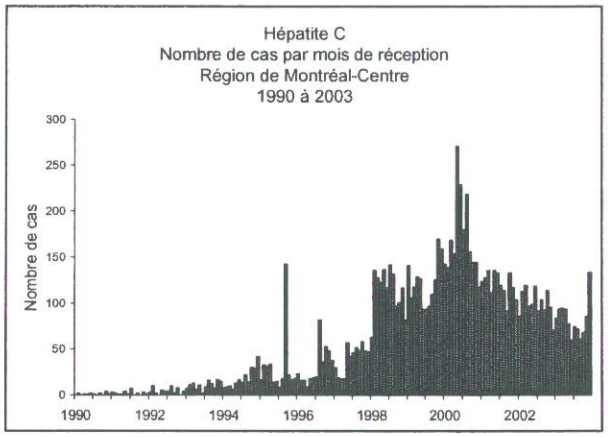


1.4 HÉPATITE C

Plus de 1 001 infections à VHC ont été nouvellement déclarées dans la région de Montréal-Centre. Ce nombre est presque trois fois celui de 1995. Les cas rapportés ont augmenté de façon constante depuis 1995 jusqu'à 2000 (377 en 1995, et 2 072 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.

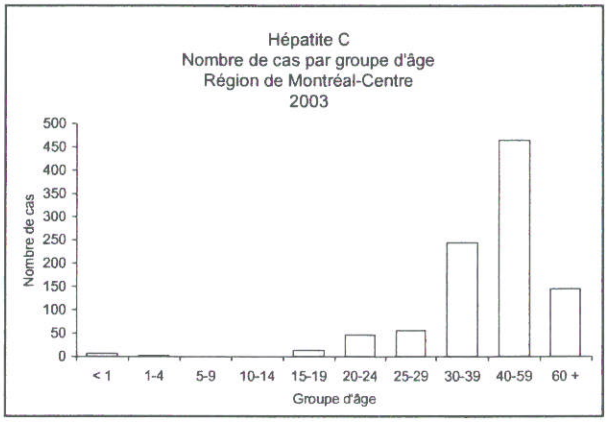
DÉFINITION NOSOLOGIQUE
HÉPATITE C NON PRÉCISÉE
Cas confirmé
Chez le sujet âgé d'un an et plus pour lequel l'information disponible ne permet pas de le classer comme cas aigu, présence d'une des deux conditions suivantes :
1. détection sérologique de l'anti-VHC confirmée par des tests complémentaires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

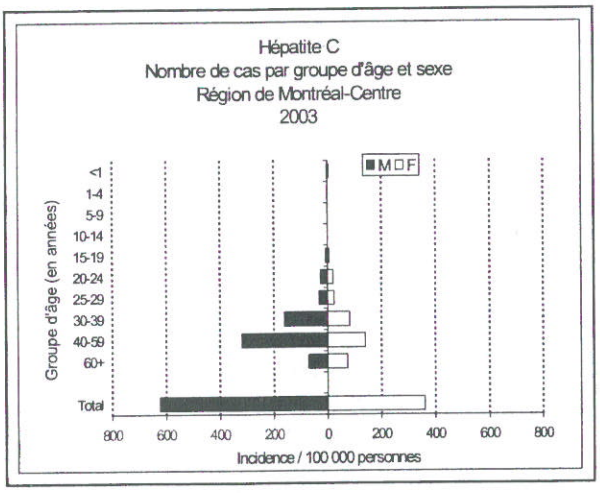
Bien que le nombre d'infections à VHC déclarées a aussi augmenté à chaque année au Québec, c'est la population de Montréal qui est la plus touchée, par rapport au reste du Québec. Ceci est en grande partie dû à la forte prévalence des facteurs de risque pour la transmission du VHC, en particulier le partage de matériel pour la préparation et l'injection de drogues par les utilisateurs de drogues (UDI).



Il ne semble pas y avoir de variations saisonnières dans la distribution des infections à VHC rapportées. Parmi les cas rapportés en 2003, environ 71 % sont âgés entre 30 et 59 ans. Les hommes constituent 63 % des cas de sexe connu.

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 à cause 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 %. 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. Pour les 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 des drogues injectables et il avait partagé les seringues.

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.

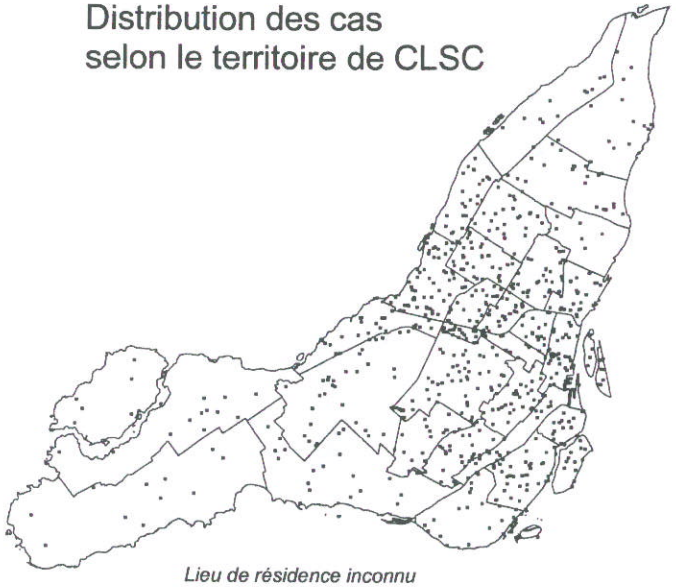
Pour les raisons mentionnées ci-dessus, la plupart des cas rapportés dans les années précédentes et encore aujourd'hui représentent des infections acquises dans un passé lointain. Rappelons aussi que la déclaration du VHC a été volontaire avant 2002 pour les laboratoires, qui demeurent la plus grande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

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.

Un nombre non négligeable de cas (254 / 1001) 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
2003

Distribution des cas
selon le territoire de CLSC

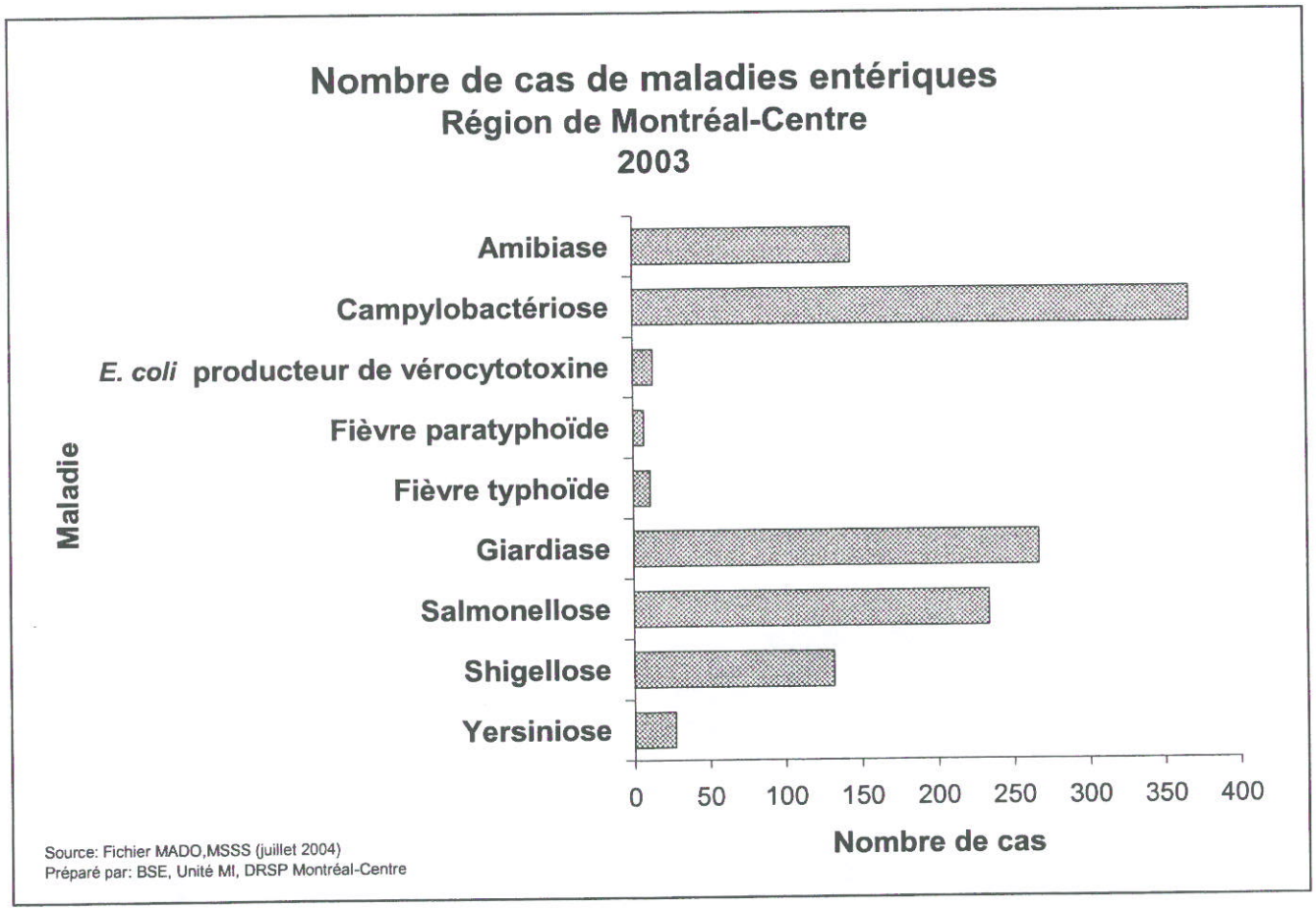


Lieu de résidence inconnu pour 25,4% (254/1001) des cas.





2. MALADIES ENTÉRIQUES


Nombre de cas de maladies entériques
Région de Montréal-Centre
2003
Maladie
Amibiase
Campylobactériose
E. coli producteur de vérocytotoxine
Fièvre paratyphoïde
Fièvre typhoïde
Giardiase
Salmonellose
Shigellose
Yersiniose
0
50
100
150
200
250
300
350
400
Nombre de cas
Source: Fichier MADO,MSSS (juillet 2004)
Préparé par: BSE, Unité MI, DRSP Montréal-Centre

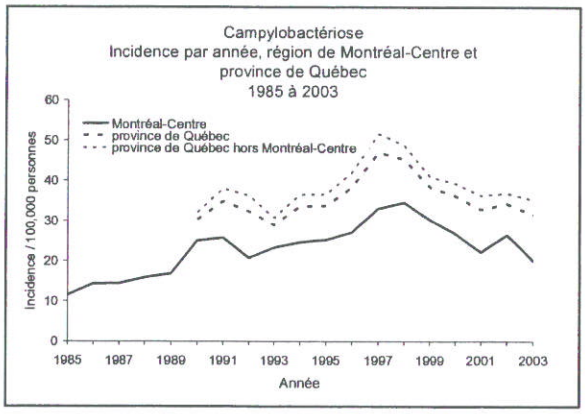
2.1 CAMPYLOBACTÉRIOSE

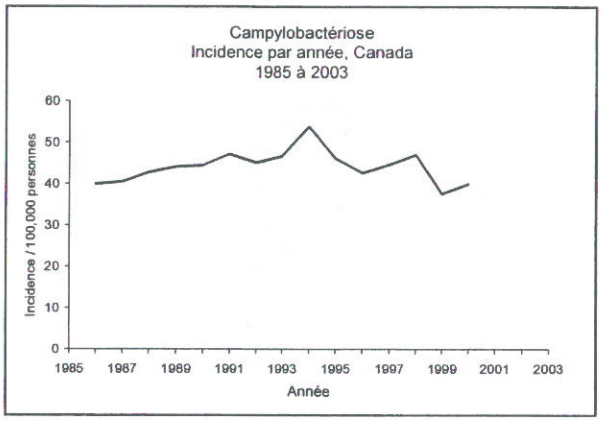
Avec 367 cas, la campylobactériose demeure la MADO (hormis les infections transmissibles sexuellement) la plus fréquemment déclarée à Montréal. La tendance à la hausse amorcée en 1992 a ralenti en 1998 pour revenir aux normes régionales depuis l'an passé.

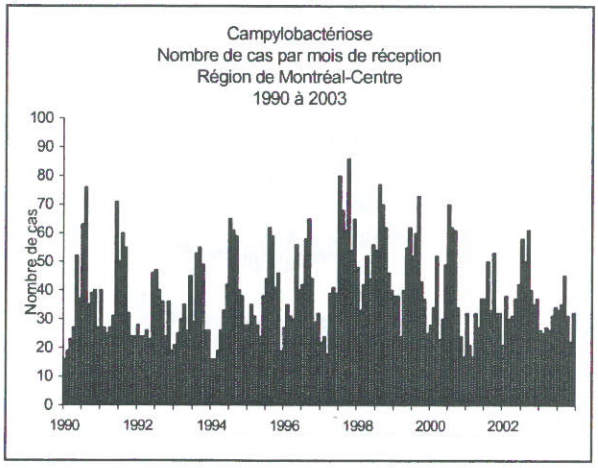
L'incidence de campylobactériose est de 22,0 / 100 000. L'incidence dans le reste du Québec est près de 35% plus élevée qu'à Montréal. L'incidence canadienne est toujours légèrement supérieure à celle québécoise mais suit les mêmes tendances. Cette maladie n'est pas à déclaration obligatoire aux États-Unis.

La majorité des cas déclarés de notre région semblent être des cas sporadiques. Une étude de type cas-témoin a eu lieu de janvier 2000 à mars 2001 pour identifier leur source d'infection. Les résultats montrent que la consommation de volaille crue (RR=18,72), de simili dinde ou de poulet (RR=2,65) ou être de sexe masculin (RR=2,35) étaient des facteurs statistiquement significatifs chez les cas. L'étude est maintenant terminée et seuls les agrégats de cas ou les éclosions font l'objet de suivis par la DSP. Aucune situation n'a donné lieu en 2003 à un tel suivi.

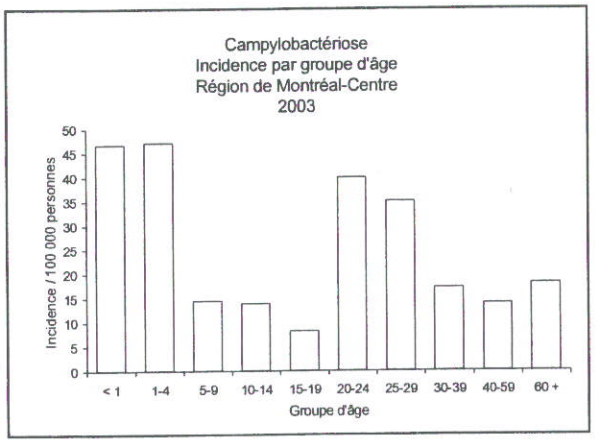
Le pic saisonnier s'est étendu cette année de juillet à septembre au lieu de juillet à août comme à l'habitude.



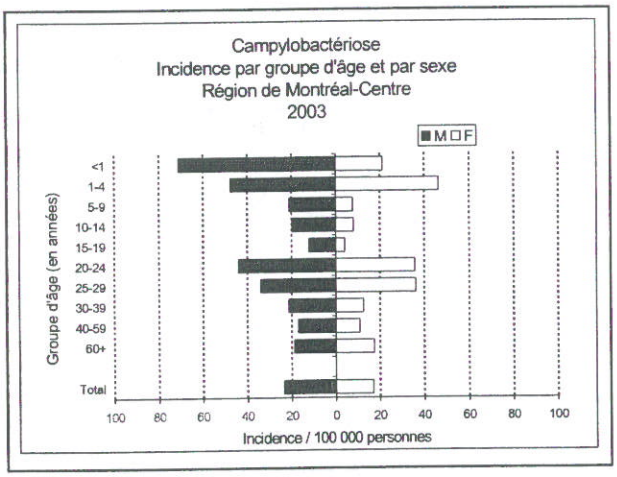




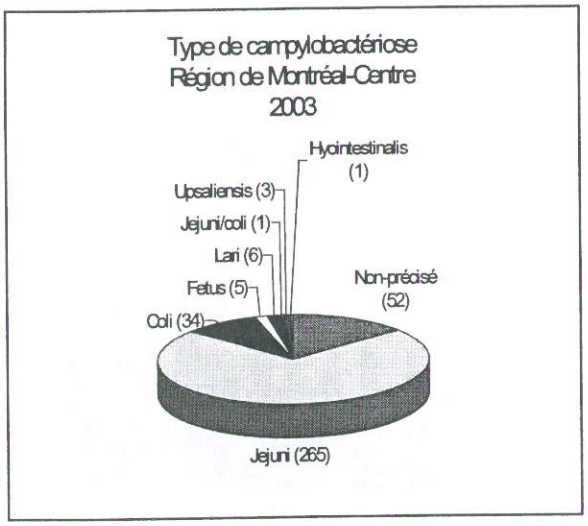
DÉFINITION NOSOLOGIQUE
INFECTION À *CAMPYLOBACTER*
Cas confirmé
Isolement d'une des espèces de *Campylobacter* dans un échantillon clinique approprié.



Dans la région de Montréal-Centre, la campylobactériose touche tous les groupes d'âges mais particulièrement les enfants âgés de moins de 5 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 près de 30 % supérieure à celle chez les femmes.

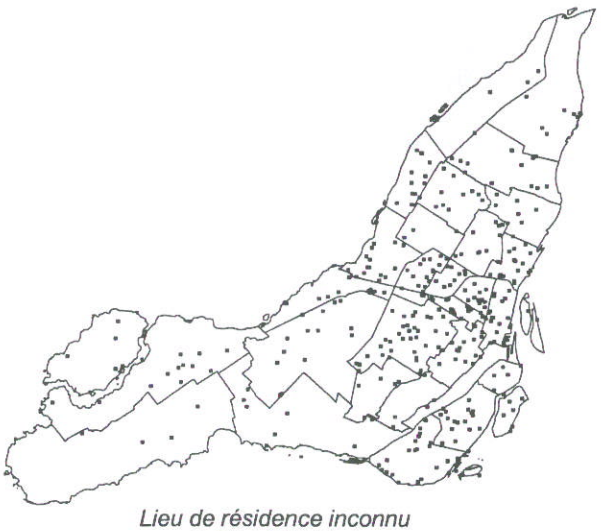


La majorité des cas déclarés ont souffert de *C. jejuni* (72,2%). Les *C. coli* demeurent bon deuxième mis à part ceux dont le sérotype n'a pas été précisé (respectivement 9,2% et 14,1%). L'incidence des autres types est minime.

Sur l'île de Montréal, les cas sont répartis sur tous les territoires de CLSC. Encore cette année, certains CLSC se démarquent par une incidence très élevée par rapport à celle des autres CLSC : Saint-Louis-du-Parc (41,1/100 000), Pointe-St-Charles (37,8/100 000), des Faubourgs (37,2 / 100 000), Lasalle (35,3 / 100 000) et Hochelaga-Maisonneuve (33,3 /100 000).

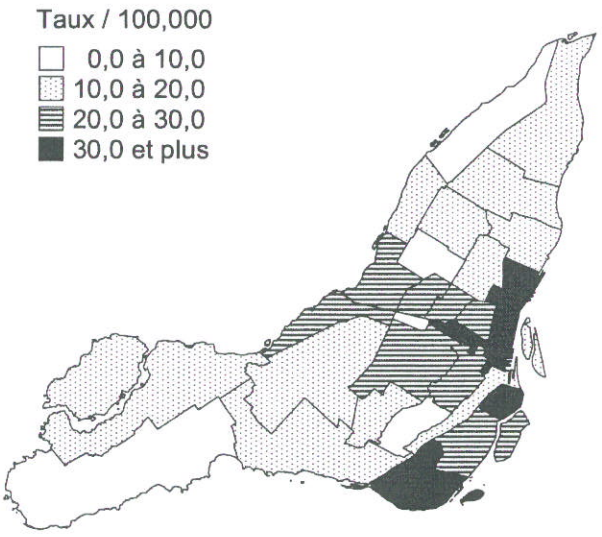
Campylobactériose
Région de Montréal-Centre
2003

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 3,5% (13/367) des cas.

Incidence selon le territoire de CLSC

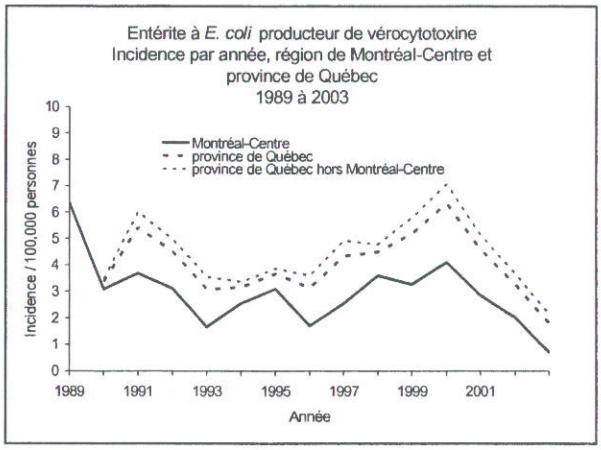


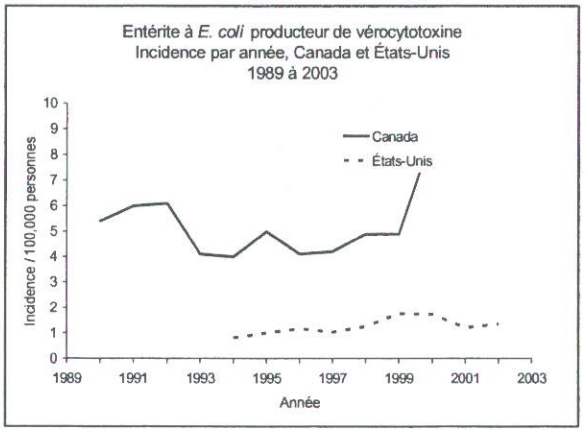


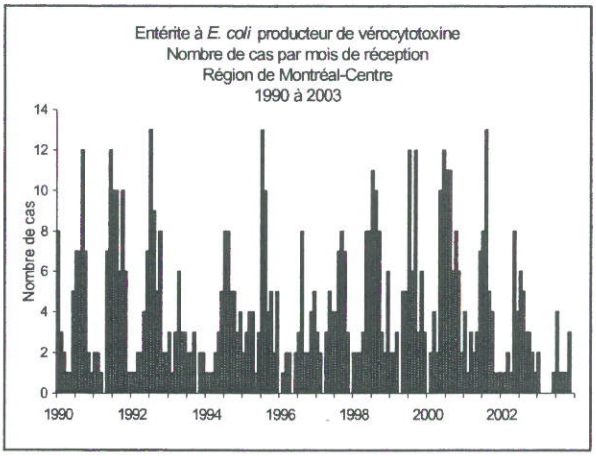
2.2 *E. COLI* O 157:H7

Le nombre de cas (13) et le taux d'incidence (0,7 cas / 100 000) sont les plus bas jamais enregistrés depuis 1990. L'écart par rapport à l'incidence du reste du Québec (2 cas / 100 000) demeure élevé. Les données canadiennes ne sont pas disponibles pour les années récentes pour pouvoir se comparer. Pour la première fois, le taux montréalais est plus bas que celui rapporté aux États-Unis (1,2/100 000).

Le pic saisonnier estival habituel ne s'est produit qu'en juillet. La plupart des autres cas sont survenus à l'automne.



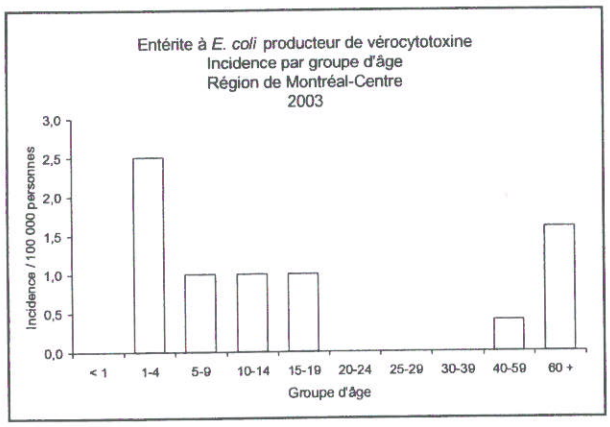




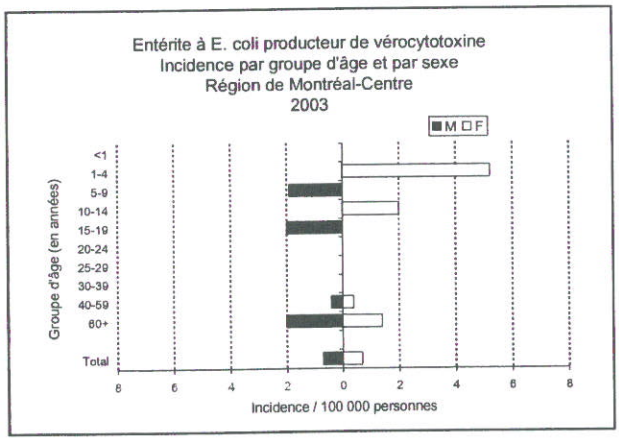
DÉFINITION NOSOLOGIQUE
ENTÉRITE À *ESCHERICHIA COLI* PATHOGÈNE

Cas confirmé

Isolement d'*Escherichia coli* O157:H7 ou O157 ou tout autre sérotype producteur de vérocytotoxine dans un échantillon clinique approprié.



Pour une quatrième 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. La moitié des cas sont survenus chez les adultes de 40 ans et plus.



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 pattern précis cette année. L'incidence globale est égale chez les hommes et les femmes.

Les cas ne sont répartis cette année que sur 9 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 Rosemont (4,0 /100 000), Nord-de-l'Ile (3,7 /100 000) et Saint-Henri (3,7/100 000).

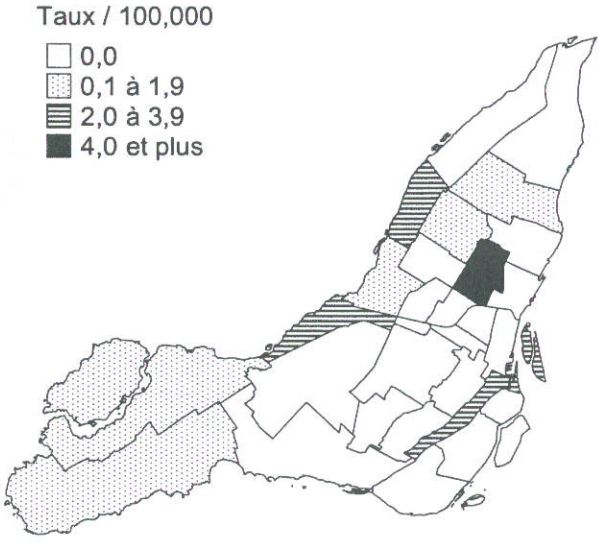
Entérite à *E. coli* O157:H7
Région de Montréal-Centre
2003

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



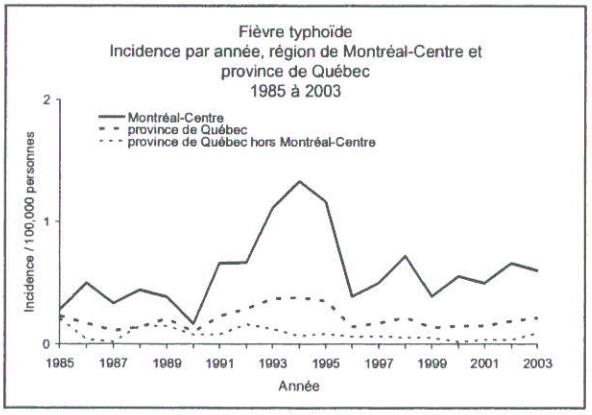


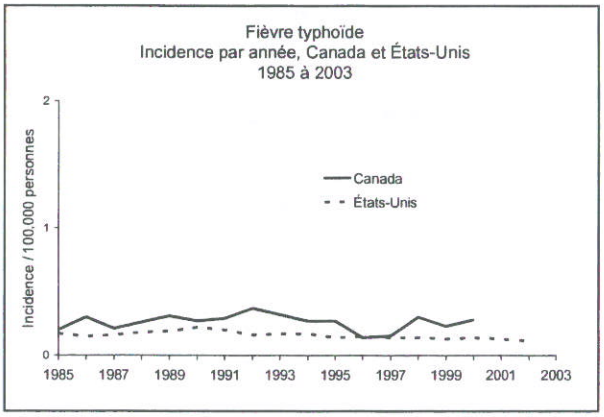
2.3 FIÈVRE TYPHOÏDE

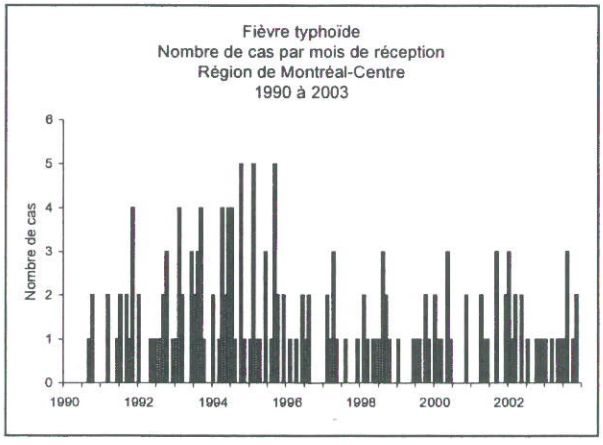
Suite à une chute majeure de l'incidence observée en 1996, l'incidence est restée relativement stable depuis, entre 0,4 et 0,7 cas par 100 000. Elle a été de 0,6 cas par 100 000 en 2003 (N=11). La région de Montréal-Centre compte 68 % des 16 cas de la province. Les taux québécois, canadiens et américains sont moins élevés qu'à Montréal-Centre.

Huit cas se sont produits chez des personnes originaires de pays endémiques dont trois étaient des immigrants récents. Les trois autres sont survenus chez des enfants de cas porteurs, originaires de pays endémiques. Les pays d'origine des cas ou de leurs parents étaient le Bangladesh (n=4), l'Inde (n=4), la Guinée (n=1) et Haïti (n=2).

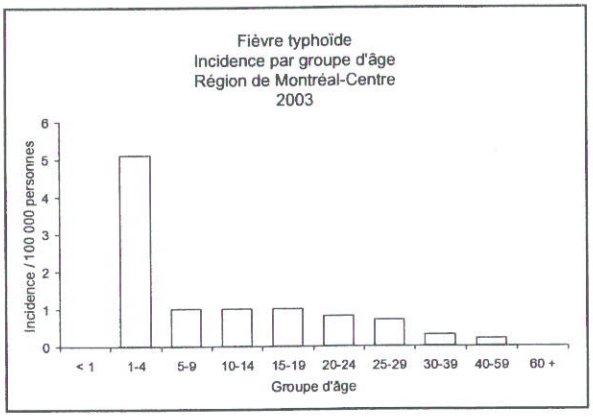
Il n'y a pas de saisonnalité dans la survenue des cas.



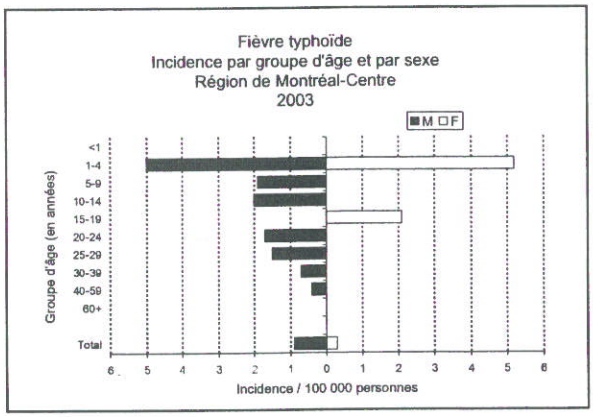




DÉFINITION NOSOLOGIQUE
FIÈVRE TYPHOÏDE
Cas confirmé
Manifestations cliniques compatibles et isolement de *Salmonella* typhi dans un échantillon clinique approprié. (1)
NOTE EXPLICATIVE
(1) Les porteurs asymptomatiques de *Salmonella* typhi ne doivent pas être retenus comme des cas de fièvre typhoïde.



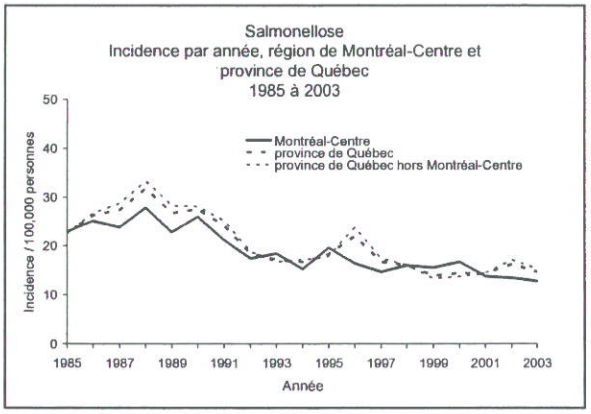
Parmi les cas déclarés, 8 étaient de sexe masculin et 3 du sexe féminin.

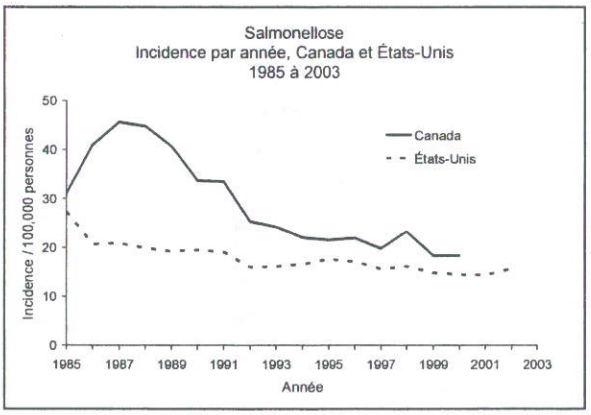


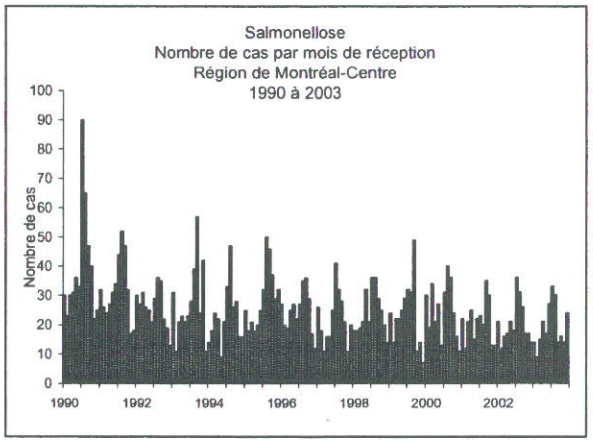
2.4 SALMONELLOSE
EXCLUANT LA FIÈVRE TYPHOÏDE

La tendance générale à la baisse se continue pour la salmonellose. L'incidence a atteint 12,0 cas par 100 000 en 2003 avec 234 cas soit le taux le plus bas jamais enregistré dans la région de Montréal. Ce taux est légèrement plus bas que celui du Québec, excluant la région de Montréal-Centre. Au Canada, la chute de l'incidence observée depuis 1987 se continue jusqu'en 2000, dernière année où les statistiques étaient disponibles. L'incidence canadienne demeure un peu plus élevée que celle américaine, qui est stable depuis plus de sept ans.

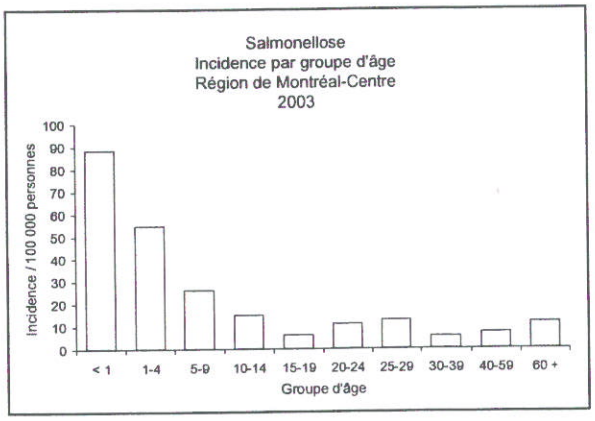
La variation saisonnière attendue de la salmonellose s'est produite de juin à août.



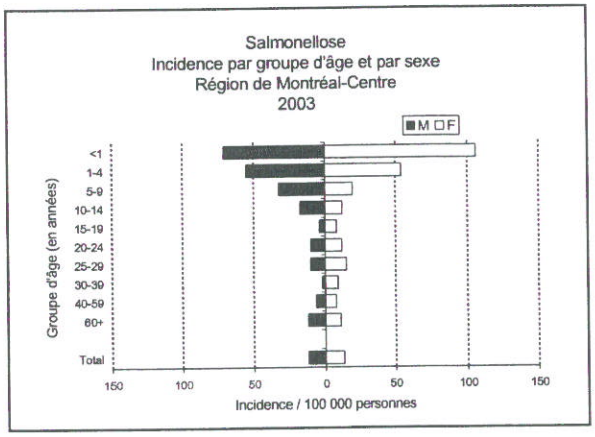




DÉFINITION NOSOLOGIQUE
SALMONELLOSE
Cas confirmé
Isolement de *Salmonella* (excluant *Salmonella* typhi ou paratyphi) d'un échantillon clinique approprié.



Comme à l'habitude, les jeunes de 4 ans et moins sont beaucoup plus touchés que les autres groupes d'âges.



Il y a autant d'hommes que de femmes affectés par cette infection.

Tous les CLSC sont touchés de façon variable. Le CLSC Saint-Henri a une incidence cette année de près du double de celle régionale (22,4 /100 000).

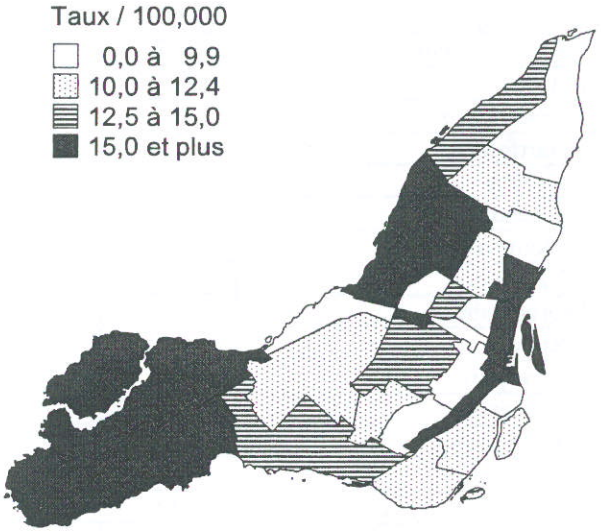
Salmonellose
Région de Montréal-Centre
2003

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 0,9% (2/234) des cas.

Incidence selon le territoire de CLSC



Sérogroupes et sérotypes de salmonelles
Montréal-Centre – 1997 à 2003

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
A-Sérogroupe non précisé		1		2			4
B-Agona		1	1	4		4	4
B-Brandenburg		1	2	4	3	3	1
B-Bredeney						1	2
B-Derby		1	2	1		1	
B-Heidelberg	22	27	21	25	24	60	68
B-Indiana							3
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	2
B-Sandiego					1	2	1
B-Schwarzengrund				2		3	1
B-Stanley	1		1	1	5	1	4
B-Typhimurium	25	21	26	45	63	49	37
B-Sérogroupe non précisé	69	86	69	60	16	11	5
C-Sérogroupe non précisé	5	6	6	4	3		2
C1-Bareilly		1					
C1-Braenderup		2		1	1	1	3
C1-Hartford		2	1	3			2
C1-Infantis		1	5	1	2	1	3
C1-Mbandaka	2	1			1	1	
C1-Montevideo	1	3		3	1	3	
C1-Ohio							1
C1-Oranienburg			1			1	3
C1-Rissen						1	1
C1-Singapore				1			
C1-Tennessee			2				
C1-Thompson	6	8	9	2	9	3	4
C1-Virchow		1			2	2	
C1-Sérogroupe non précisé	20	16	15	16	17	12	6
C2-Blockley	1		1	1		1	
C2-Bovismorbificans						1	
C2-Hadar	9	5	6	3	4	4	6
C2-Kottbus				1			
C2-Litchfield	1		1	1			
C2-Manhattan		2					
C2-Muenchen	1		1		2		1
C2-Tallahassee							1
C2-Newport	4	2	3	3		3	2
C2-Sérogroupe non précisé	16	13	14	26	5	9	12

Sérogroupes et sérotypes de salmonelles (suite) Montréal-Centre – 1997 à 2003	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
C3-Albany		1					
C3-Emek		1			1		
C3-Kentucky	1			1			1
C3-Sérogroupe non précisé	1		3				
D1-Berta		1			1	4	
D1-Dublin							1
D1-Eastbourne							1
D1-Enteritidis	44	33	38	54	50	35	34
D1-Javiana		3	1		2	1	1
D1-Miami							2
D1-O9, 12:H non mobile						1	
D1-Panama	2	1		1	1		
D-Sérogroupe non précisé	1	12	21	10	6	1	2
E1-Anatum				2		1	2
E1-Give		2					2
E1-Muenster	1	1		1			
E1-Sérogroupe non précisé	1		1	1			
E1-Uganda					2	1	
E1-Weltevreden						1	2
E4-Senftenberg		1	1	2			
E-Sérogroupe non précisé		6	3	1	5	3	2
F-Aberdeen		1					
F-Sérogroupe non précisé			1				
G1-Ibadan					1		
G1-Sérogroupe non précisé		1	1				
G2-Sérogroupe non précisé		3	1		1		
G2-Worthington					1		
H-Caracas						1	
I-Hull		1					
I-Hvittingfoss		1					
I-Noettingen						1	
I-Sérogroupe non précisé		1	1		1		
J-Sérogroupe non précisé					1		
K-Cerro			1				
M-Nima						1	
N-Sérogroupe non précisé	1		1				
O 9,12:H m,t:H							1
O 9,12:H non mobile						1	
O-Adélaïde							1
O-Sérogroupe non précisé	1		1		1		
Indéfini	25	17	18	9	10	7	3
Multiple					1		
TOTAL	**267**	**289**	**280**	**302**	**251**	**287**	**234**

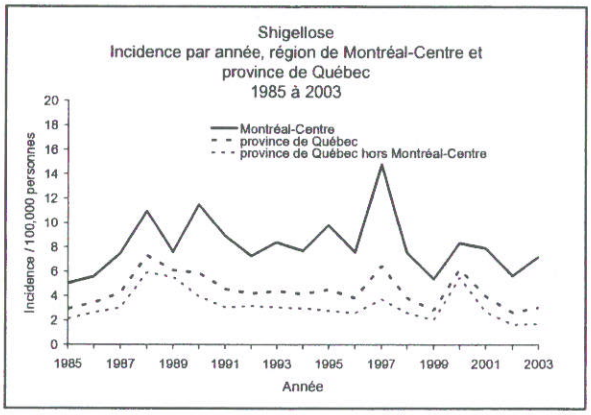
Remerciements à monsieur René Jean du MSSS pour la diffusion des données des deux précédents tableaux.

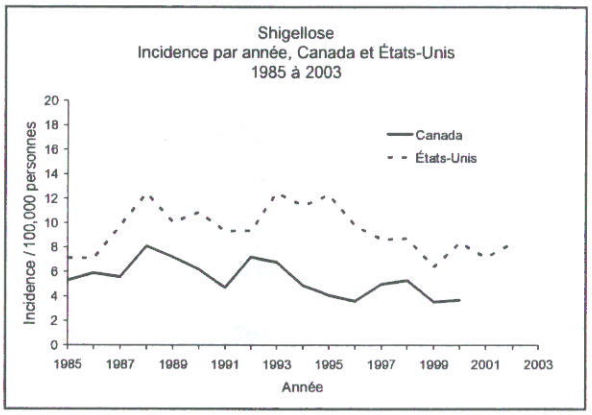
2.5 SHIGELLOSE

Avec 132 cas, l'incidence en 2003 est de 7,2 cas par 100 000. L'incidence, cette année, reste encore beaucoup plus élevée que dans le reste du Québec. L'incidence canadienne a cessé sa chute depuis 1996 pour atteindre 4 cas par 100 000 en 1999. Elle était alors plus de 30% plus basse qu'aux États-Unis. L'incidence américaine semble stable depuis 1999.

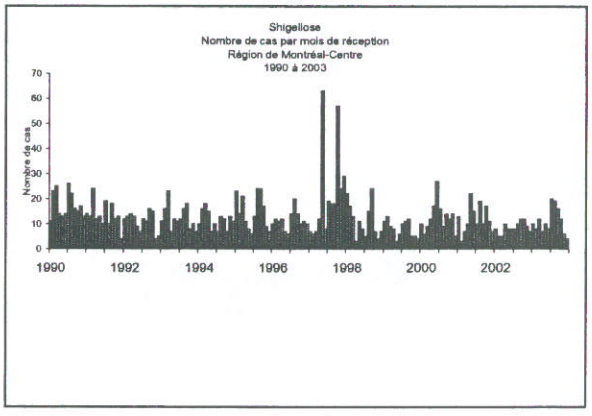
La plupart des cas sont survenus lors de voyages vers des destinations tropicales. On ne dénote pas d'excès de cas significatif chez les hommes dans la trentaine comme l'an passé où la transmission sexuelle était soupçonnée.

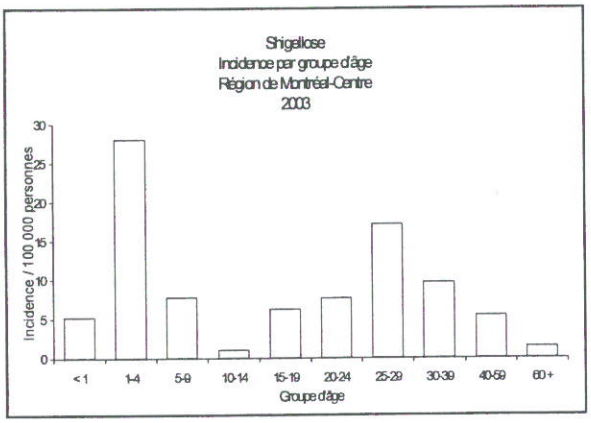
L'incidence de la shigellose est habituellement sans fluctuation saisonnière marquée. L'incidence mensuelle varie beaucoup d'une année à l'autre. En 2003, l'incidence a été plus élevée en été.



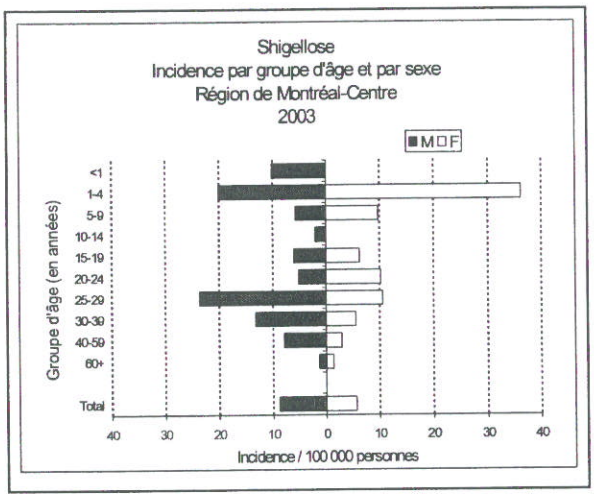


DÉFINITION NOSOLOGIQUE
SHIGELLOSE
Cas confirmé
Isolement de *Shigella* d'un échantillon clinique approprié.

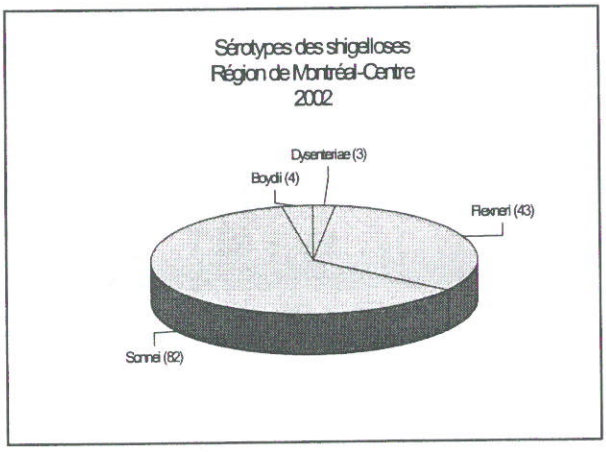




Comme à l'habitude, l'incidence est la plus élevée chez les enfants de 4 ans et moins, suivis des adultes dans la vingtaine.



En 2003, les sujets de sexe masculin ont, en général, une incidence plus élevée que ceux de sexe féminin, sauf pour les sujets de moins de quatre ans.



Les informations sur le sérotype de shigelloses sont disponibles pour tous les cas déclarés. *S. flexneri* et *S. sonnei* prédominent. Quant aux sérotypes *S. boydii et S. dysenteriae*, ils sont, comme à l'habitude, beaucoup plus rarement rapportés.

En 2003, tous les CLSC sont touchés. Certains CLSC se démarquent avec des incidences élevées par rapport à l'incidence régionale :

des Faubourgs	43,7
Saint-Henri	22,4
Pointe-St-Charles	15,1
Saint-Louis-du-Parc	12,9

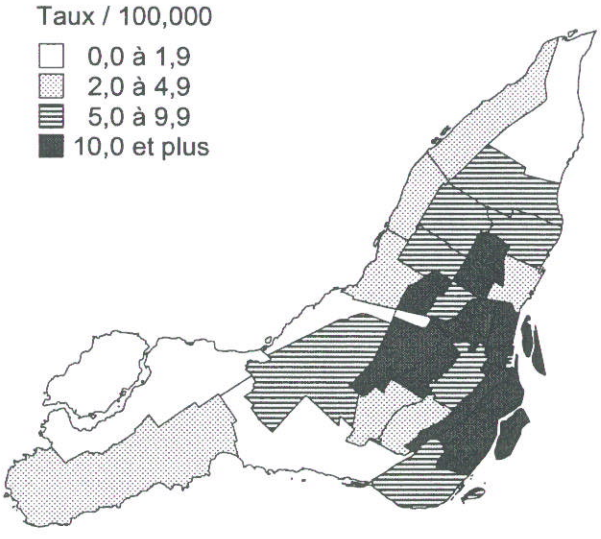
Shigellose
Région de Montréal-Centre
2003

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 0,8% (1/132) des cas.

Incidence selon le territoire de CLSC

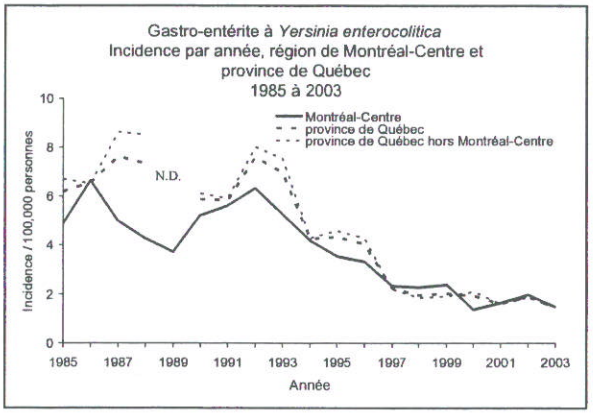


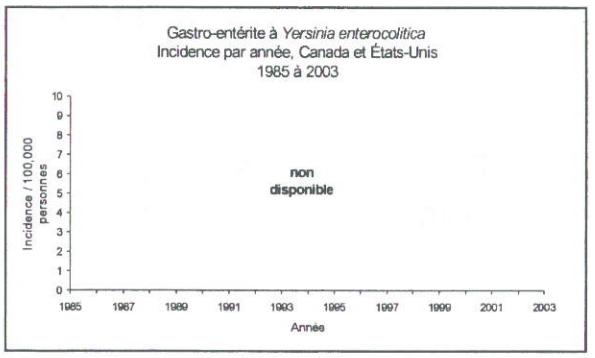


2.6 YERSINIOSE

L'incidence de la yersiniose diminue depuis 1992. En 2003, l'incidence montréalaise (1,5 cas / 100 000 ; N=27) est la plus basse jamais enregistrée dans la région. Le taux de 2003 est légèrement plus bas que celui observé dans le reste du Québec (2,0 / 100 000).

Il n'y a pas de tendance saisonnière apparente.

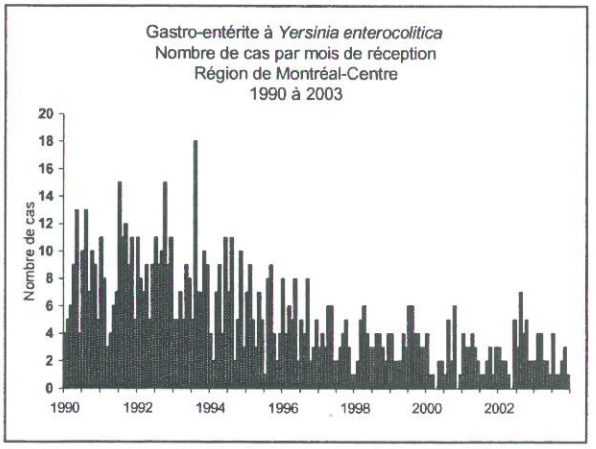


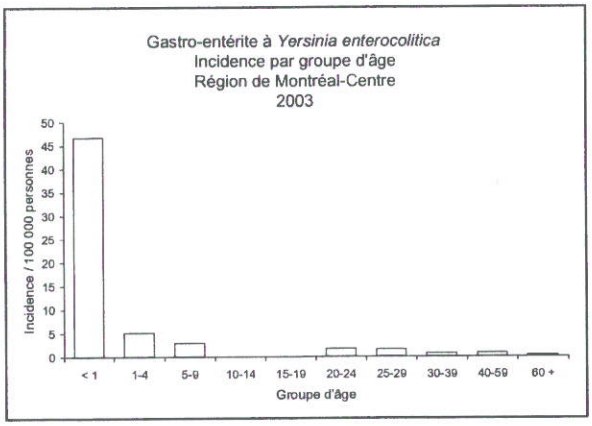


DÉFINITION NOSOLOGIQUE
GASTRO-ENTÉRITE À *YERSINIA ENTEROCOLITICA*

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.



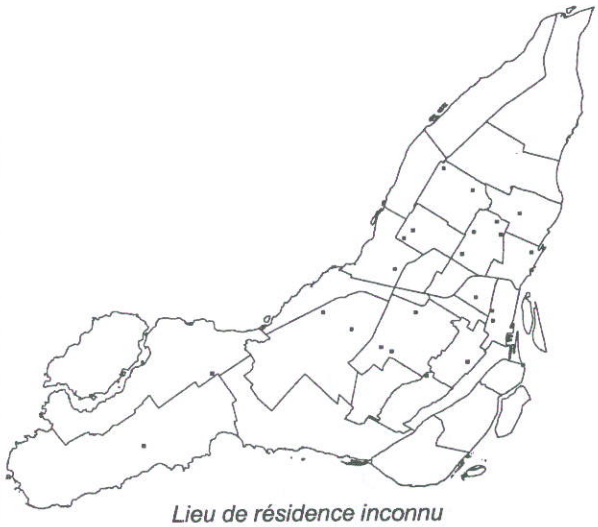


Comme à l'habitude, les cas se retrouvent surtout chez les enfants de quatre ans ou moins. Le ratio homme / femme est de un comme attendu.

Près de la moitié des CLSC ont eu des cas sans pattern évident.

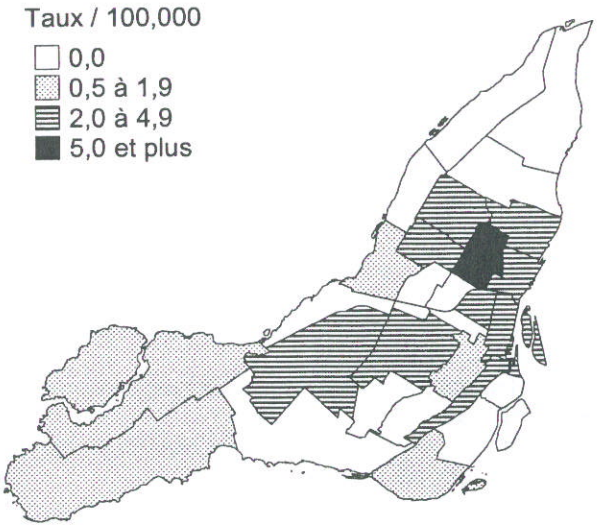
Entérite à *Yersina enterocolitica*
Région de Montréal-Centre
2003

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 7,4% (2/27) des cas.

Incidence selon le territoire de CLSC



2.7 ET LES AUTRES INFECTIONS ENTÉRIQUES

Amibiase. Au total, 144 cas ont été déclarés et ces derniers représentent près de 70 % des cas au Québec. Le ratio d'incidence homme / femme est de près de 4,5. Les cas sont survenus surtout chez les hommes âgés de 25 à 59 ans (n=98).

Giardiase. Cette parasitose demeure depuis trois ans la 2ème maladie entérique la plus fréquemment déclarée avec 267 cas (14,6 / 100 000) en 2003. 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 cas déclarés peuvent inclure des cas prévalents surtout chez les personnes âgées de plus de quatre ans pour lesquels aucun suivi systématique de santé publique n'est fait, sauf lors d'éclosions. Parmi la soixantaine de cas pour lesquels l'information sur la source possible d'acquisition était disponible, près d'une vingtaine de garderies étaient impliquées. Plus de 32 autres cas sont survenus chez des immigrants récents dont 19 chez des enfants récemment adoptés de pays endémiques pour la giardiase.

Fièvre paratyphoïde. Sept cas ont été rapportés pour une incidence de 0,4 cas / 100 000 ; trois de type A et quatre de type B. Alors que tous les cas de type A revenaient d'un voyage [Bangladeh (n=1), Pakistan (n=1) et Inde (n=1)], ce n'étaient pas le cas pour ceux de types B. Un de ces derniers a été en contact avec des poissons exotiques à l'instar de plusieurs cas survenus au Québec l'an passé. Les autres ciblent la nourriture (poulet, fruits exotiques) comme source possible de leur infection.

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.

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.

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

TOXI-INFECTION D'ORIGINE ALIMENTAIRE OU HYDRIQUE

Cas confirmé

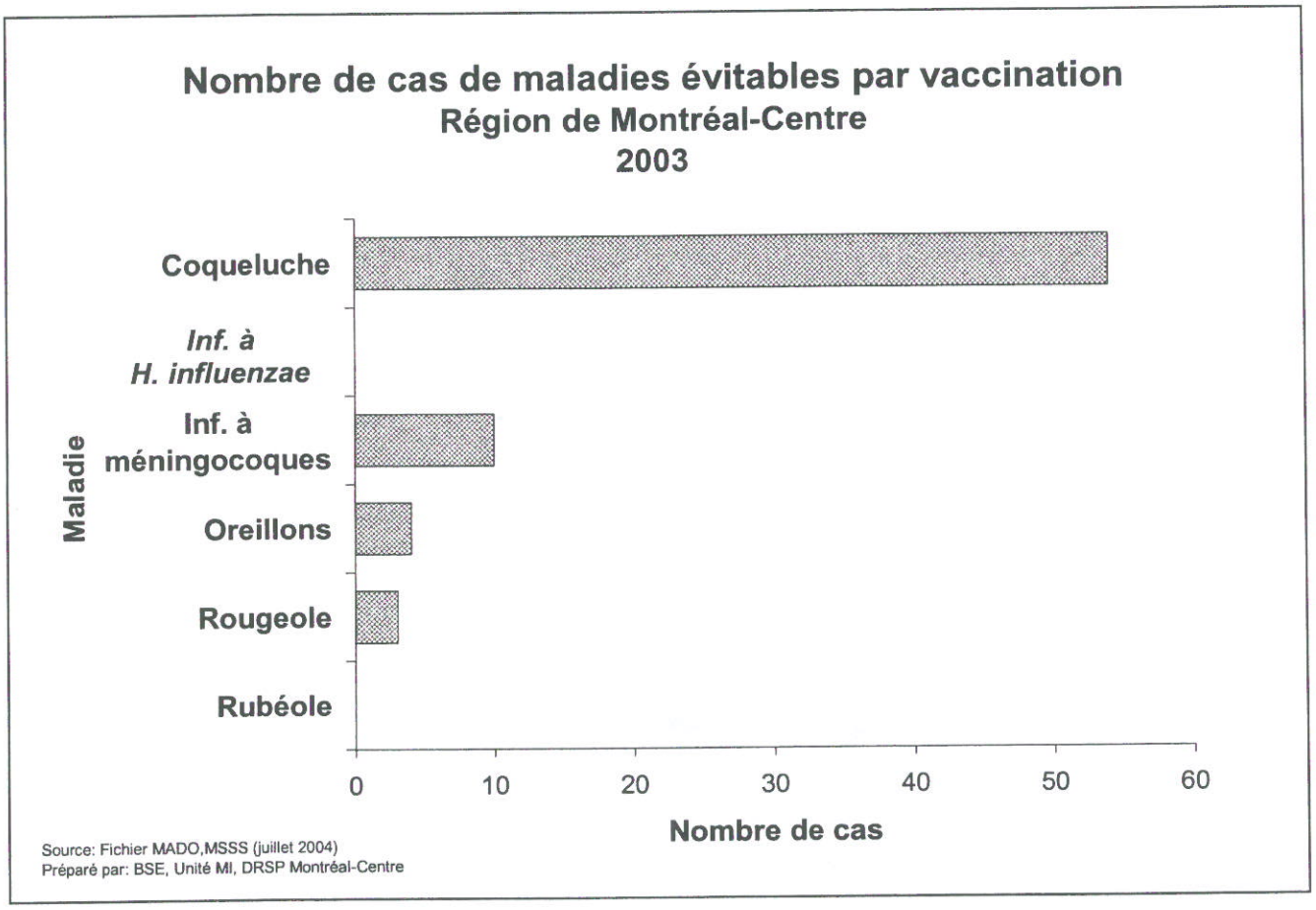
Présence de manifestations cliniques similaires chez au moins deux personnes, et lien épidémiologique entre le fait d'être malade et la consommation d'aliments ou d'eau en commun, avec ou sans identification d'un agent pathogène.

Toxi-infection alimentaire. À peine 17 cas ont été rapportés. La sous-déclaration pour cette MADO est évidente. De plus, la façon de saisir les cas diffère dans la province. Certaines régions, comme Montréal-Centre, saisissent chaque cas souffrant de toxi-infection individuellement, alors que d'autres ne saisissent que les « événements », peu importe le nombre de cas survenus dans l'établissement. De plus, lorsqu'un agent bactérien ou viral à déclaration obligatoire a été identifié, le cas de toxi-infection apparaît alors comme cas de cette MADO et non plus comme une toxi-infection. Ces événements sont enquêtés en collaboration avec la division de l'inspection des aliments de la Communauté urbaine de Montréal. On réfère le lecteur au rapport *Éclosions, Région de Montréal-cente. Rapport annuel 2003 (Anne Bruneau)* pour obtenir des détails sur ces toxi-infections.

Il n'y a eu aucun cas de **botulisme** ou de **choléra** en 2003 à Montréal-Centre.



3. MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

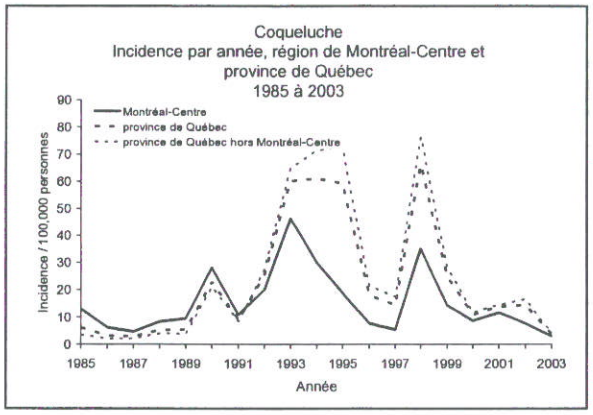

Nombre de cas de maladies évitables par vaccination
Région de Montréal-Centre
2003
Maladie
Coqueluche
Inf. à H. influenzae
Inf. à méningocoques
Oreillons
Rougeole
Rubéole
0
10
20
30
40
50
60
Nombre de cas
Source: Fichier MADO,MSSS (juillet 2004)
Préparé par: BSE, Unité MI, DRSP Montréal-Centre

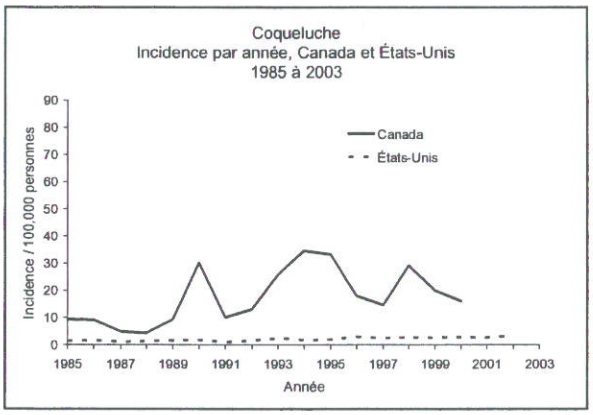
3.1 COQUELUCHE

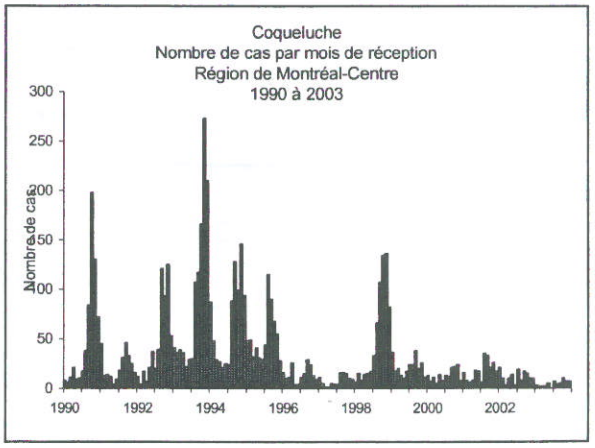
Avec 54 cas et 2,9 cas / 10 000, l'incidence de la coqueluche à Montréal-Centre a baissé des deux tiers par rapport à l'année 2002, comme dans le reste du Québec, où la baisse a été encore plus importante. Toutefois, si l'expérience des années antérieures se répétait, une année épidémique pourrait être imminente.

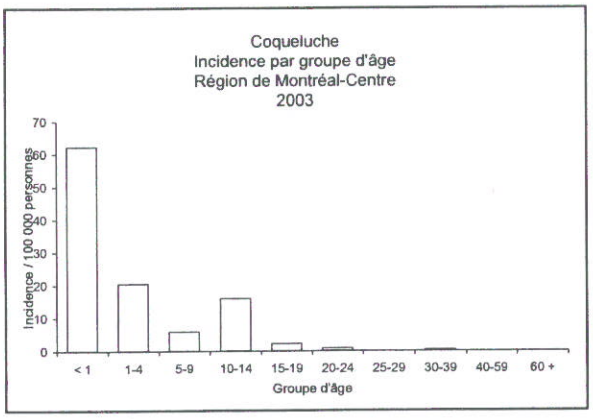
La différence de taux entre la période interépidémique (premiers six mois) et la période épidémique (derniers six mois) s'est maintenue.

- La baisse importante de la coqueluche déclarée à Montréal amorcée en 2002 s'est continuée en 2003.
- La majorité des cas continuent de se produire chez des personnes vaccinées.

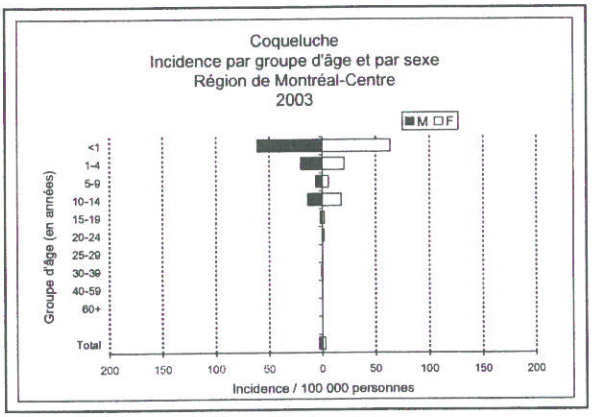




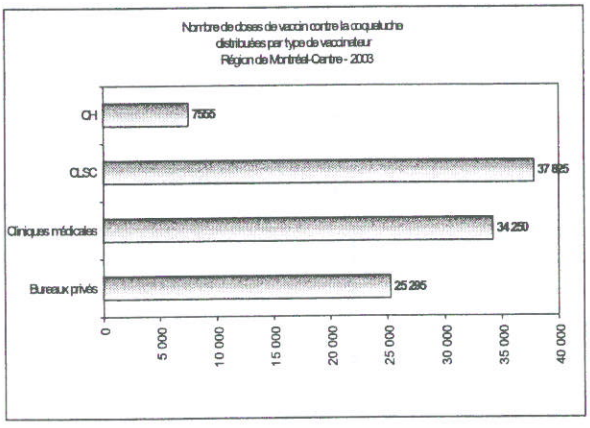




La distribution par âge est demeurée inchangée par rapport à 2002, mais les deux sexes ont été également touchés, la prépondérance de cas féminins observée en 2002 étant disparue.



La proportion des cas survenus chez des personnes complètement vaccinées, avec ou sans preuves, a été de 83 % en 2001, 70 % en 2002 et 79% en 2003. 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.



La proportion des doses de vaccin anti-coquelucheux administrées en CLSC s'est stabilisée: 28 % en 2002, 31 % en 2001, 38 % en 2002 et 36% en 2003, sur 104 925 doses.

Tous les CLSC sauf ceux de Pointe Saint-Charles et de Parc Extension ont eu des cas. Le taux maximum a été de 7,4 / 100 000, dans les CLSC Olivier-Guimond et Saint-Louis-du-Parc, ce qui est beaucoup moins que le taux maximum des années précédentes.

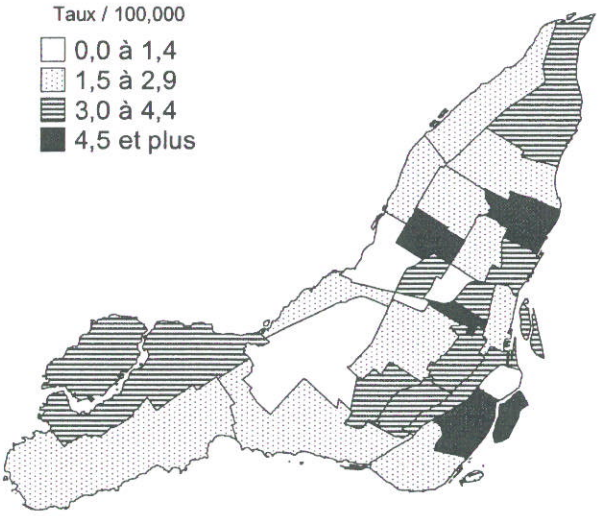
Coqueluche
Région de Montréal-Centre
2003

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 0,0% (0/54) des cas.

Incidence selon le territoire de CLSC



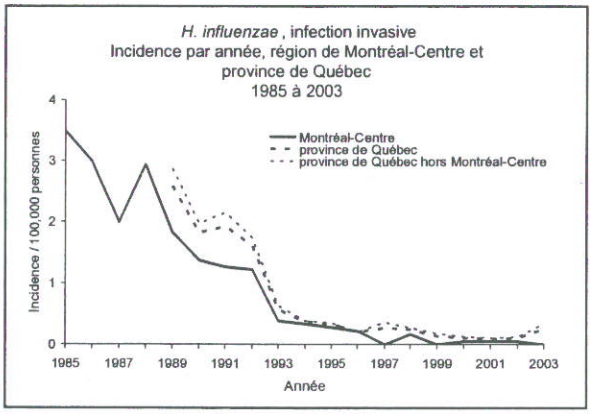


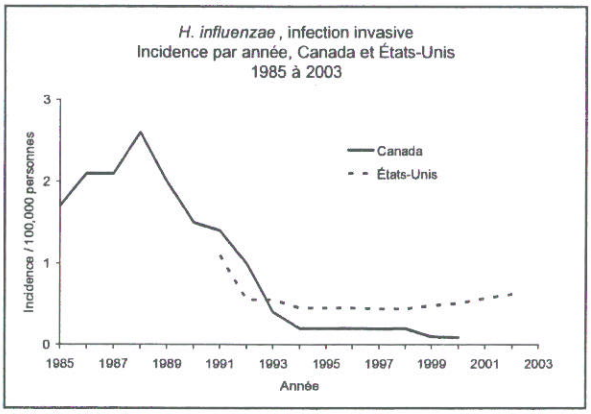
3.2 INFECTIONS À *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* DE TYPE B

Il n'y a eu aucun cas déclaré en 2003, alors qu'il y en avait eu un par année depuis trois ans. Par contre, le taux a augmenté un peu dans le reste du Québec, où il demeure semblable à celui dans le reste du Canada et aux États-Unis.

- Aucun cas déclaré à Montréal-Centre.

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:

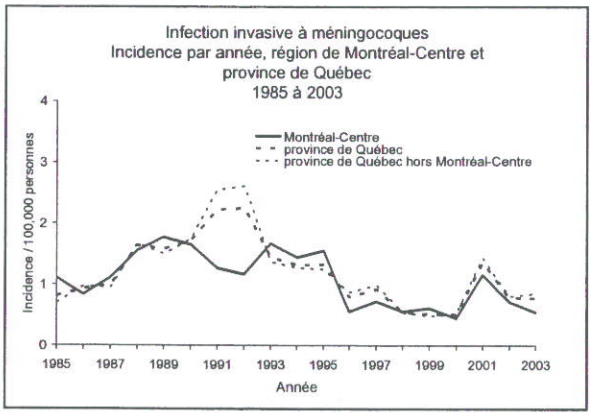
1. manifestations cliniques compatibles incluant un *purpura fulminans* ou des pétéchies; ou
2. manifestations cliniques compatibles et détection d'antigènes méningococciques sur un prélèvement du LCR.

NOTES EXPLICATIVES

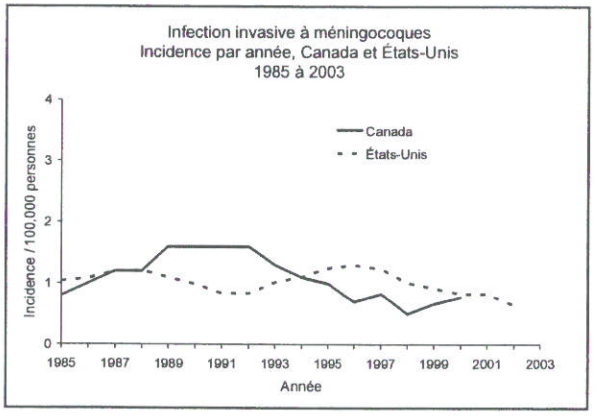
(1) La pneumonie à *Neisseria meningitidis* est une entité très rare et la confirmation en laboratoire est problématique compte tenu de la contamination possible des expectorations ou des sécrétions bronchiques par la flore des voies respiratoires supérieures; seule la présence d'une hémoculture ou d'une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

3.3 INFECTIONS À MÉNINGOCOQUE

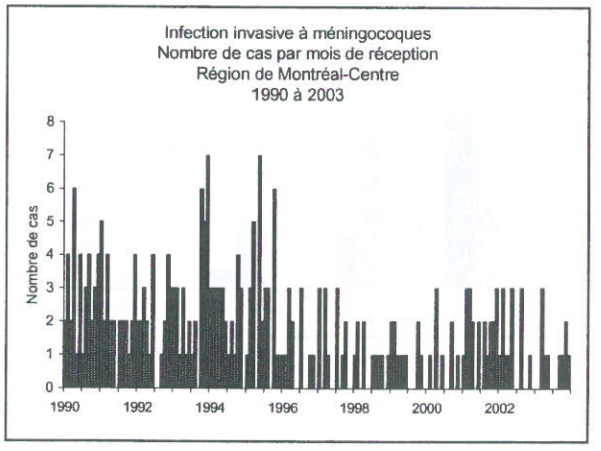
- L'incidence déclarée des infections invasives à méningocoques a continué de diminuer en 2003 à Montréal-Centre.
- Aucun cas n'était attribuable à un échec vaccinal.

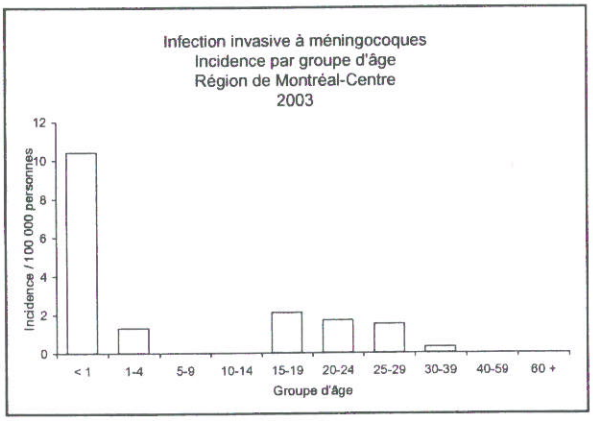


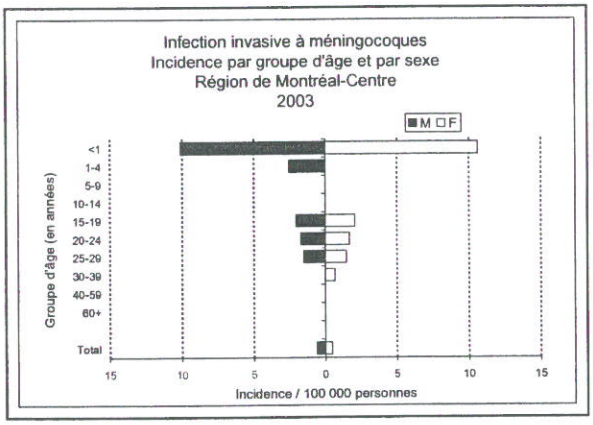
Le nombre de cas déclarés est passé de 13 à 10 entre 2002 et 2003, pour une incidence de 0,5 cas par 100 000.



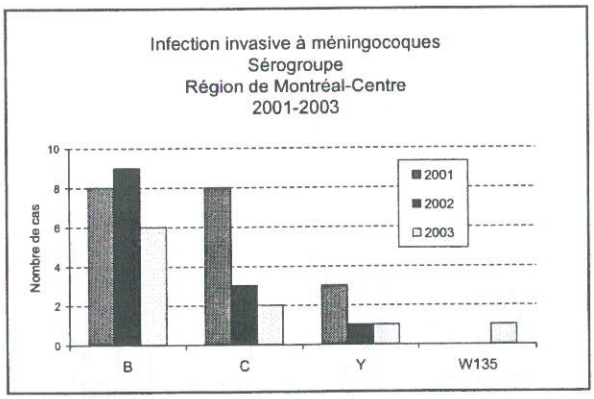
L'absence de cas pendant les mois d'été reflète la tendance saisonnière attendue.







Comme par les années passées, le taux d'incidence a été plus élevé chez les nourrissons (10,4 / 100 000) que chez l'ensemble de la population (0,5 / 100 000). Toutefois, la majorité des cas (7) se sont produits chez des adultes. Comme en 2002, les deux sexes ont été également affectés, à tous les âges.



Six isolats étaient du sérogroupe B, deux du groupe C, un du groupe Y et un du groupe W135. Cette distribution est semblable à celle de l'an dernier. Un des cas causés par une souche du sérogroupe C s'est produit chez une personne de 15 ans, vaccinée dix ans auparavant avec le vaccin polysaccharidique. Aucun des autres cas ne s'est produit chez des personnes connues comme vaccinées et aucun n'aurait pu être évité par le programme de vaccination actuel, à cause de la souche, de l'âge ou des deux.

Comme en 2001 et 2002, 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.

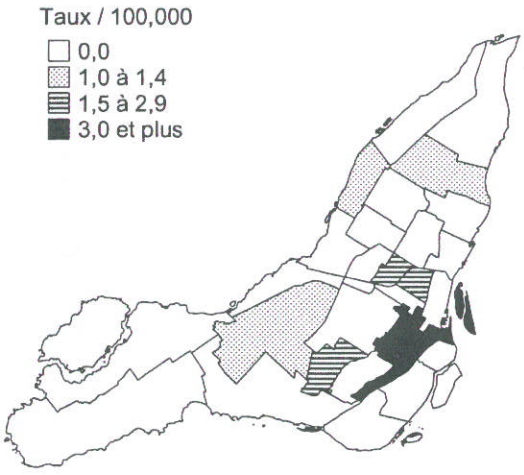
Infections à méningocoque
Région de Montréal-Centre
2003

Distribution des cas
selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 0,0% (0/10) des cas.

Incidence
selon le territoire de CLSC





3.4 ROUGEOLE

Il y a eu trois cas de rougeole déclarés à Montréal-Centre en 2003, tous attribuables à des expositions à l'étranger. Il s'agit d'un nourrisson rentré des Philippines, d'une personne dans la vingtaine exposée en avion à un cas relié à l'éclosion aux îles Marshall, et d'une personne dans la quarantaine, exposée à un cas en Inde. Ces cas n'ont donné lieu à aucune transmission secondaire.

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

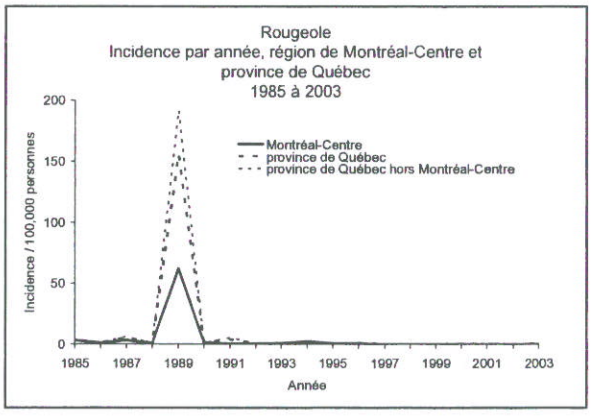
Présence des manifestations cliniques suivantes : 1) fièvre ≥ 38,3°C; 2) toux ou coryza ou conjonctivite; 3) éruption maculopapulaire généralisée d'une durée minimale de trois jours et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire susmentionnés.

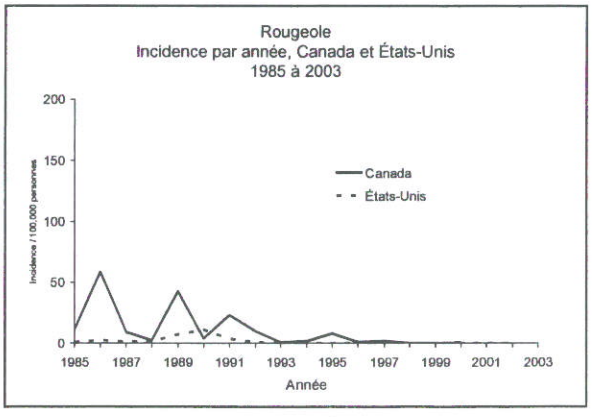
NOTES EXPLICATIVES

(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.



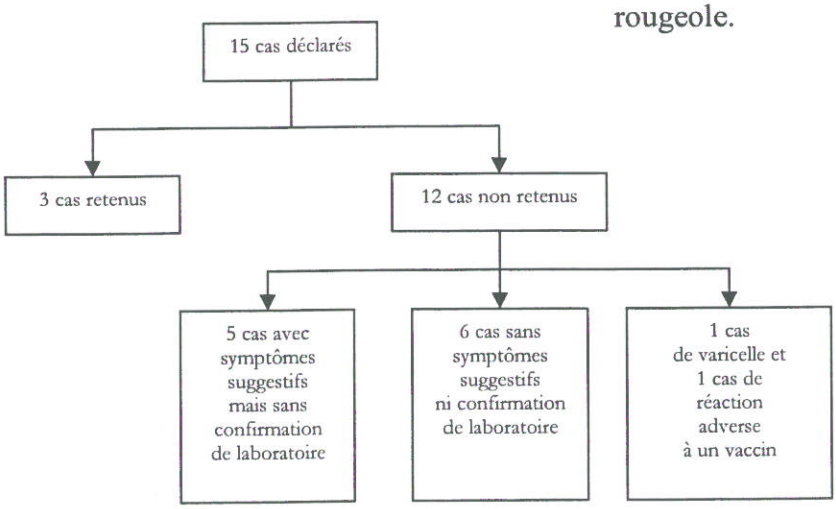


L'absence de cas indigènes pourrait bien être l'effet du programme de vaccination en deux doses implanté en 1996.

- Il y a eu trois cas de rougeole déclarés à Montréal-Centre en 2003, tous attribuables à des expositions à l'étranger.

Des 15 déclarations reçues, seules trois rencontraient 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.

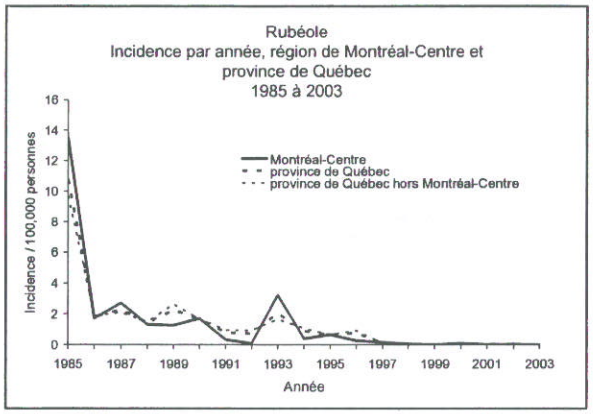
Classification des cas de rougeole déclarés Montréal-Centre, 2003

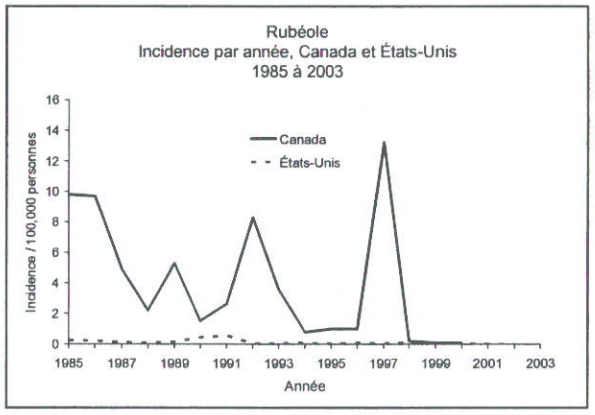


3.5 RUBÉOLE ET RUBÉOLE CONGÉNITALE

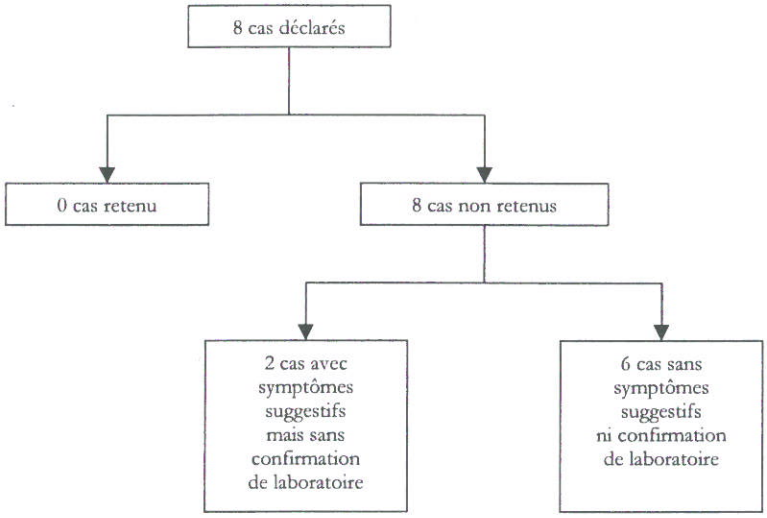
Il n'y a eu aucun cas de rubéole ni de rubéole congénitale déclaré à Montréal-Centre en 2003. C'est la dixième année consécutive sans rubéole congénitale déclarée.

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





Classification des cas de rubéole déclarés
Montréal-Centre, 2003



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.

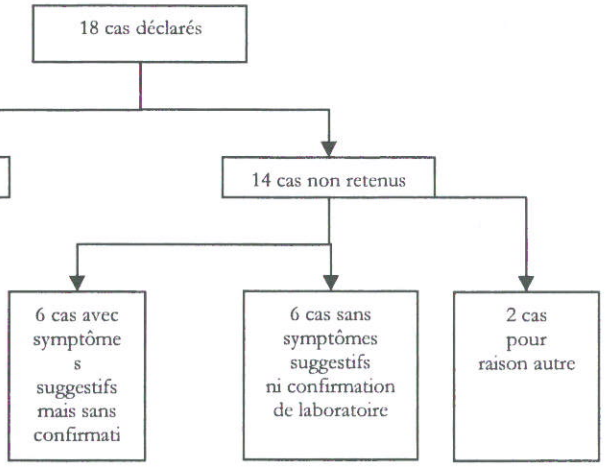
(2) Un cas avec des manifestations cliniques compatibles ne sera pas retenu si les examens de laboratoire démontrent une absence d'anticorps contre la rubéole chez le nouveau-né ou une absence d'anticorps contre la rubéole chez la mère ou encore une baisse du titre d'anticorps contre la rubéole, compatible 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 18 déclarations aient été reçues en 2003, seulement 4 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).

Classification des cas d'oreillons déclarés
Montréal-Centre, 2003



3.7 VIRUS DU NIL OCCIDENTAL ET SRAS

Le virus du Nil occidental (VNO) a causé ses premiers cas humains au Québec en 2002. En 2003, il y a eu 6 cas, dont 4 confirmés et 2 probables, chez 3 hommes et 3 femmes, âgés entre 38 et 77 ans. Aucun patient n'est décédé; la récupération a été complète pour 3 et partielle pour les autres.

De nombreux cas possibles de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ont été signalés à Montréal en 2003, et des centaines de personnes ont été mises en quarantaine à cause d'une exposition possible à un cas torontois. Toutefois, il n'y a au aucun cas de SRAS à Montréal (ni ailleurs au Québec).

Le virus du Nil occidental a causé 6 cas à Montréal-Centre en 2003, mais aucun décès.
Il n'y a eu aucun cas de SRAS à Montréal-Centre.

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

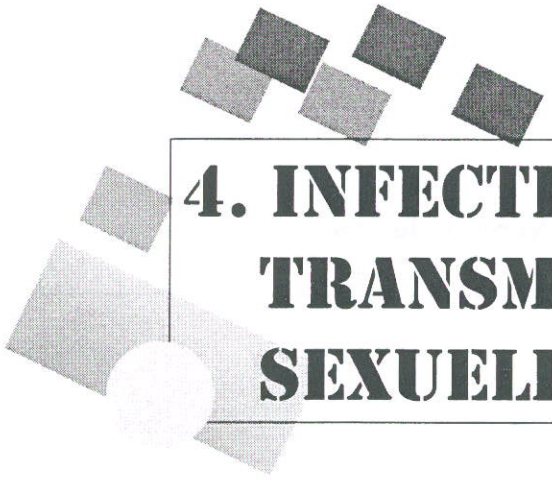
Manifestations cliniques compatibles au niveau des voies respiratoires supérieures (pharyngite, amygdalite ou laryngite), avec ou sans membranes, avec ou sans symptômes toxiques (cardiaques ou neurologiques) et une des trois conditions suivantes:

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.

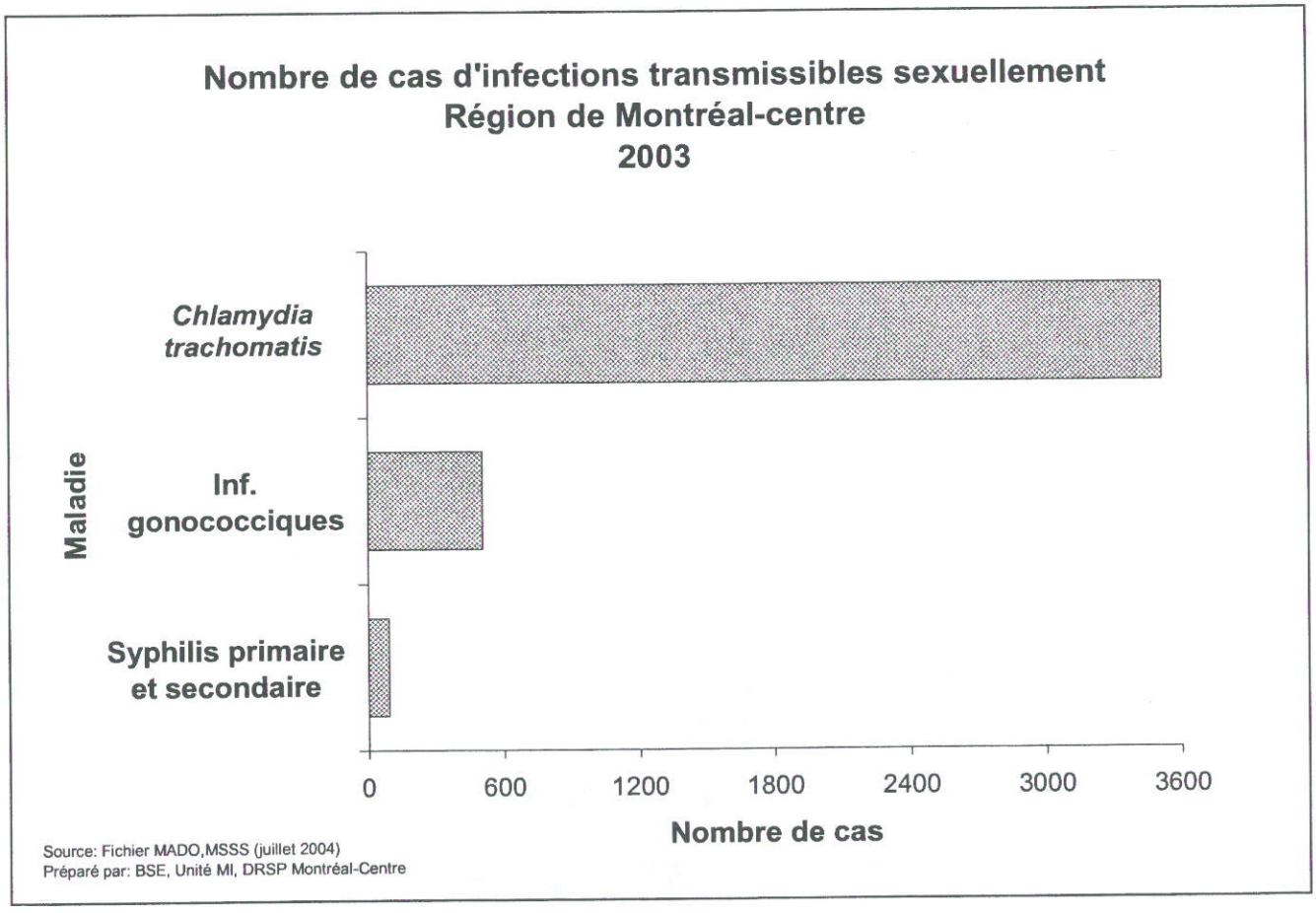
TÉTANOS

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
2003
Maladie
Chlamydia trachomatis
Inf. gonococciques
Syphilis primaire et secondaire
0
600
1200
1800
2400
3000
3600
Nombre de cas
Source: Fichier MADO,MSSS (juillet 2004)
Préparé par: BSE, Unité MI, DRSP Montréal-Centre

4.1 INFECTIONS À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Les infections à *C. trachomatis* comptent pour 44,4% des MADO, demeurant encore cette année la MADO la plus fréquemment déclarée dans la région de Montréal-Centre (en fait, cette proportion ne cesse d'accroître, à titre de comparaison, elle était de 31,7% en 2000).

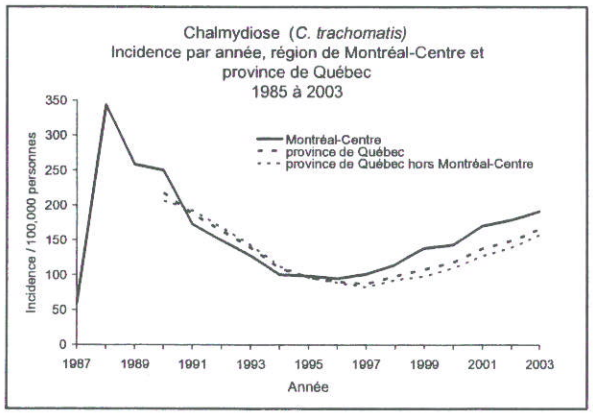
Avec 3 514 cas déclarés (191,8 / 100 000), cette MADO poursuit une hausse amorcée à partir de 1996 (1 718 cas déclarés, taux de 95,0 /100 000). Plus spécifiquement, le nombre de cas déclarés annuellement a augmenté de 70,1% entre 1998 et 2003.

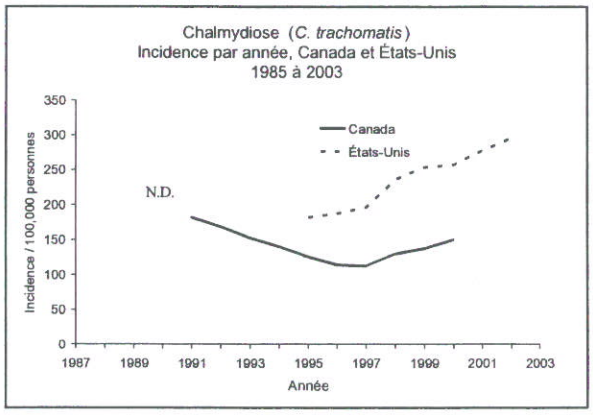
Évolution du nombre de cas déclarés

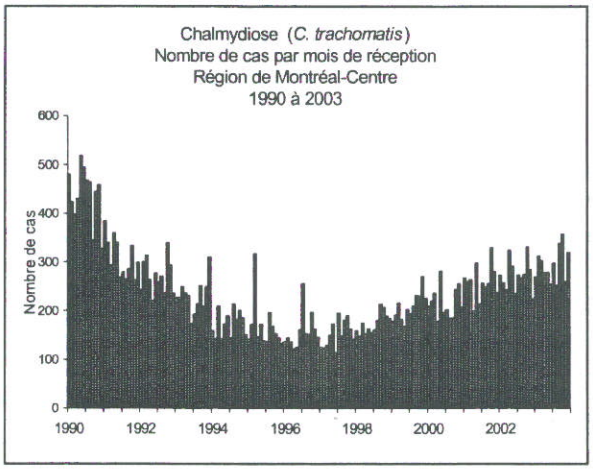
- entre 1998 et 1999 : + 20,8 %
- entre 1999 et 2000 : + 4,1 %
- entre 2000 et 2001 : + 19,5 %
- entre 2001 et 2002 : + 6,0 %
- entre 2002 et 2003 : + 7,4 %

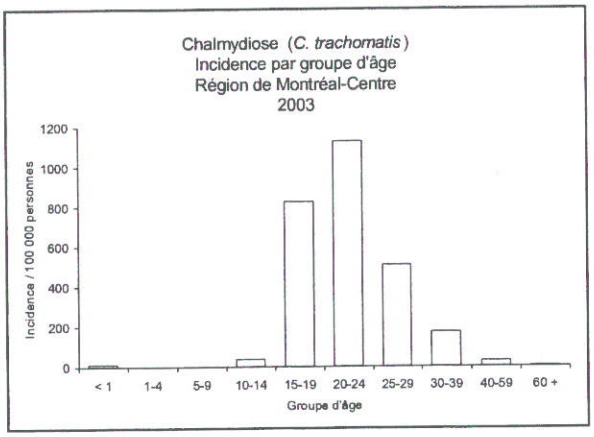
DÉFINITION NOSOLOGIQUE
INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*
Cas confirmé (1)
Présence d'une des cinq conditions suivantes:
1. isolement de *Chlamydia trachomatis* par culture cellulaire; ou
2. détection d'antigènes de *Chlamydia trachomatis* à l'aide d'une technique EIA ou IFD dans un prélèvement d'origine 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.



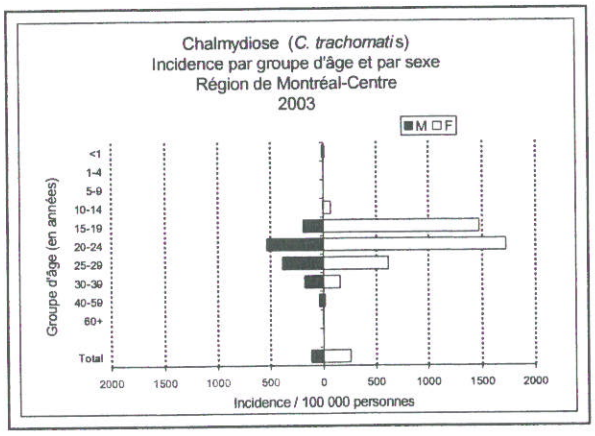






Cette hausse entre 1998 et 2003 s'est révélée plus importante chez les hommes (83,8%) que chez les femmes (63,7%). Chez les hommes, la croissance a été particulièrement marquée dans le groupe des 40 ans et plus (200%) alors que chez les femmes, elle était particulièrement marquée chez les 30 à 49 ans (150%).

En 2003, 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 1 475 cas par 100 000 chez les 15-19 ans et de 1 726 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.



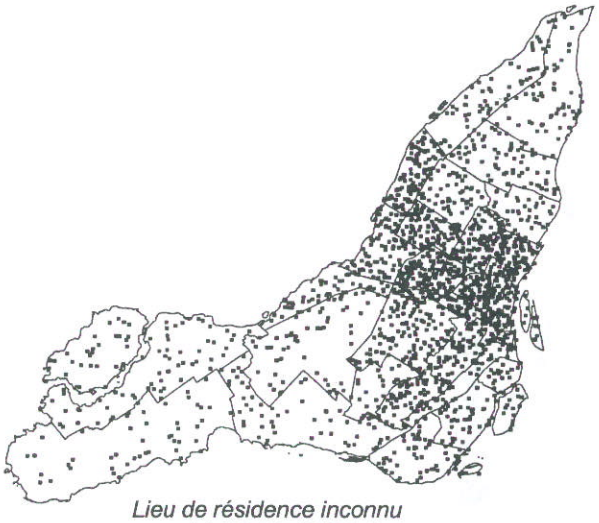
Le taux observé à Montréal pour l'ensemble de la population (191,8 / 100 000), est un peu plus de deux fois supérieur à celui visé pour l'an 2000 dans les objectifs canadiens de contrôle des infections à *C. trachomatis*, soit 80 cas par 100 000.

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 habitants. 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
- Plateau Mont-Royal : 145,5
- La Petite Patrie 142,3
- Villeray 140,4
- Montréal-Nord : 131,0

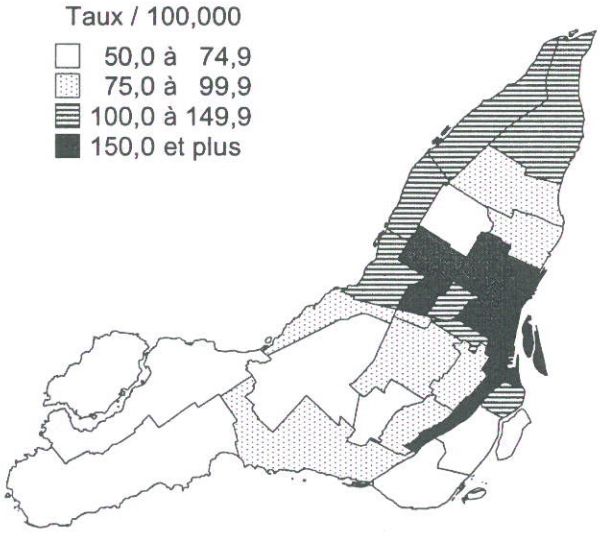
Infections à *Chlamydia trachomatis*
Région de Montréal-Centre
2003

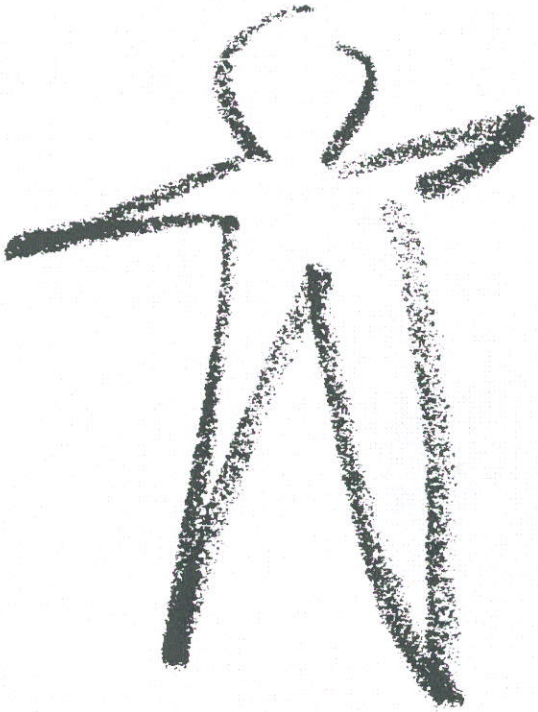
Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 44,0% (1546/3514) des cas.

Incidence selon le territoire de CLSC





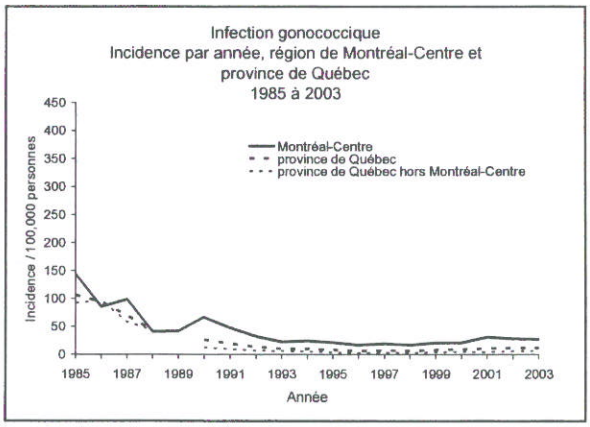
4.2 INFECTIONS GONOCOCCIQUES

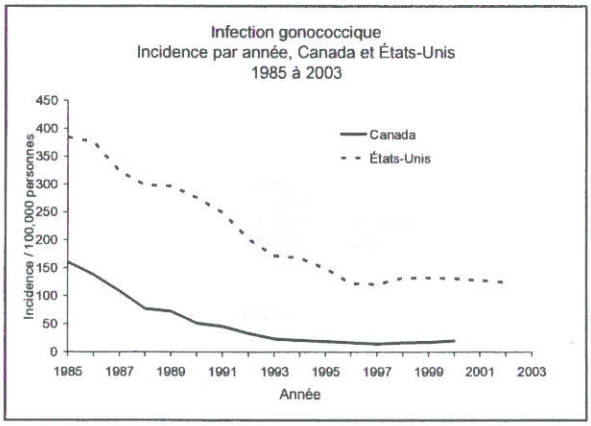
En 2003, 505 cas d'infections gonococciques ont été déclarés, une très légère baisse par rapport à 2002, une baisse qui tranche avec la série de hausses observées depuis 1998.

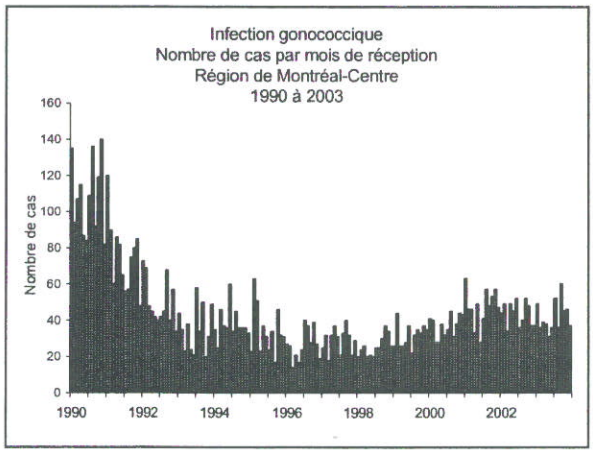
Évolution du nombre de cas déclarés

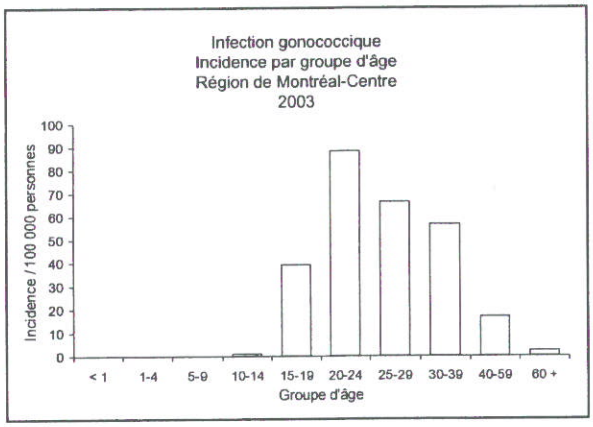
entre 1998 et 1999 :	+ 23,7 %
entre 1999 et 2000 :	+ 16,3 %
entre 2000 et 2001 :	+ 28,2 %
entre 2001 et 2002 :	- 8,0 %
entre 2001 et 2002 :	- 3,4 %

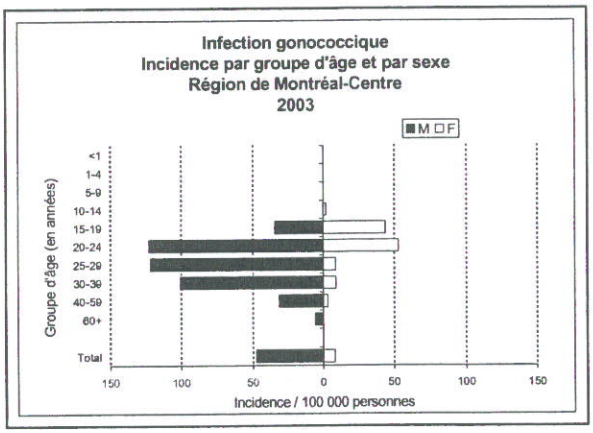
DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES
INFECTIONS GONOCOCCIQUES
INFECTION GONOCOCCIQUE GÉNITO-URINAIRE
Cas confirmé
Isolement de *Neisseria gonorrhoeae* d'un spécimen du tractus urogénital;
OU
Détection d'antigènes de *Neisseria gonorrhoeae* à l'aide d'une technique EIA d'un spécimen d'origine urétrale ou endocervicale;
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 elle est demeurée la même par la suite en 2002 et en 2003.

Chez les hommes, les groupes d'âge les plus atteints sont les 20 à 24 ans (taux de 122,9 / 100 000) les 25 à 29 ans (taux de 121,8 / 100 000), alors que chez les femmes, ce sont les 15 à 19 ans (taux de 43,9 / 100 000) et les 20-24 ans (taux de 53,0 / 100 000).

La très grande majorité des cas d'infections gonococciques déclarés sont localisés à des sites génito-urinaires. Au cours de l'année 2003, 17,9% des cas déclarés étaient localisés au pharynx ou au rectum, une proportion légèrement plus élevée que celles observées en 2002 (14,3%) et en 2001 (15,0%).

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 2001, 3,9% des souches manifestaient une sensibilité réduite à la ciprofloxacine alors que 1,5% et 1,2% des souches manifestaient une telle résistance en 2002 et en 2003 respectivement.

Dans le cadre d'une enquête épidémiologique portant sur les cas d'infection gonococcique déclarés au cours de l'année **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 (de 32,2 ans chez les HARSAH).

- Dans les deux derniers mois, 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 injectées des drogues.
- Enfin, 75% de l'ensemble des cas, (86% des HARSAH) étaient de communauté ethnoculturelle canadienne-française, 6,6% (4,5% des HARSAH) de communauté canadienne-anglaise

Le lieu de résidence est inconnu pour 25,7% de tous les cas déclarés alors qu'il était inconnu pour 66,6 % des cas en 2000. En ce qui a trait aux cas dont le lieu de résidence est connu, les taux d'incidence par territoire de CLSC varient de 3,6 à 170,6 par 100 000 habitants. Les sept territoires de CLSC présentant les taux d'incidence les plus élevés sont les suivants, par ordre décroissant :

des Faubourgs :	170,6 / 100 000
du Plateau Mont-Royal :	63,1
Hochelaga-Maisonneuve :	62,1
St-Henri :	62,1
Pointe Saint- Charles	45,3
La Petite Patrie :	29,3
Pointe Saint-Charles :	22,7

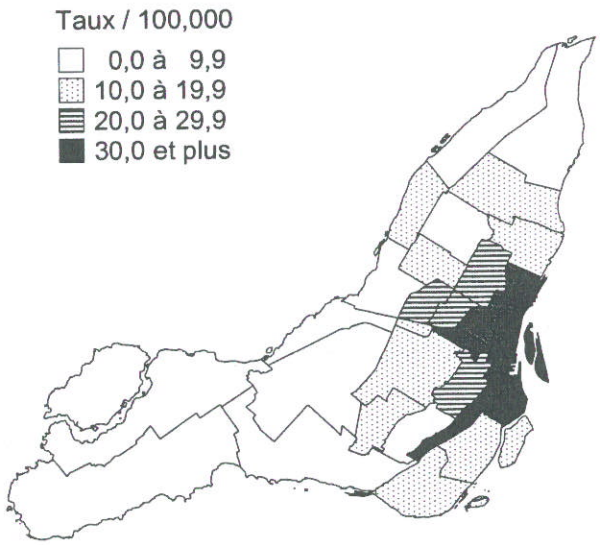
Infections gonococciques
Région de Montréal-Centre
2003

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 25,7% (130/505) 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

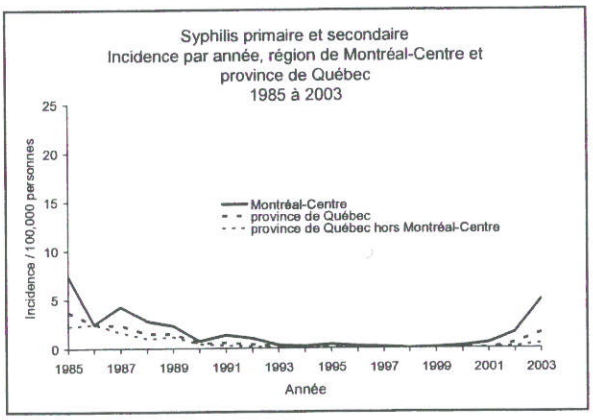
Cas confirmé

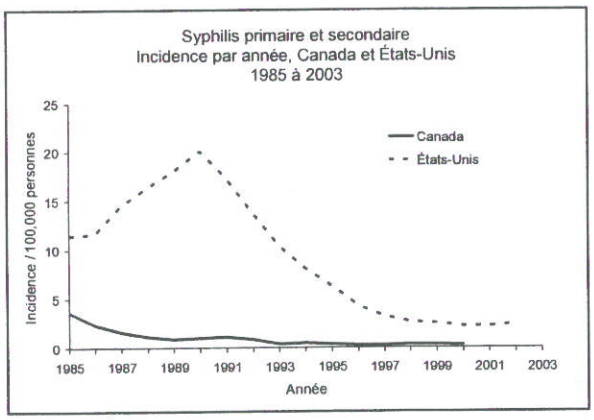
Présence des trois conditions suivantes :

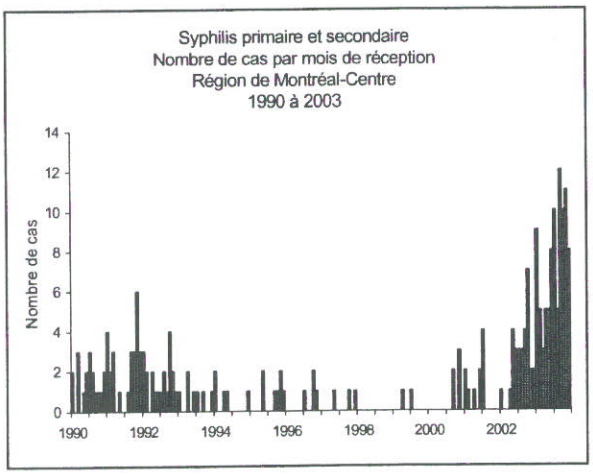
1. absence de manifestations cliniques de syphilis; et
2. détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par des tests non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) et tréponémique (FTA-ABS, MHA-TP, TP-PA); et
3. une des situations suivantes au cours des douze derniers mois:

* 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





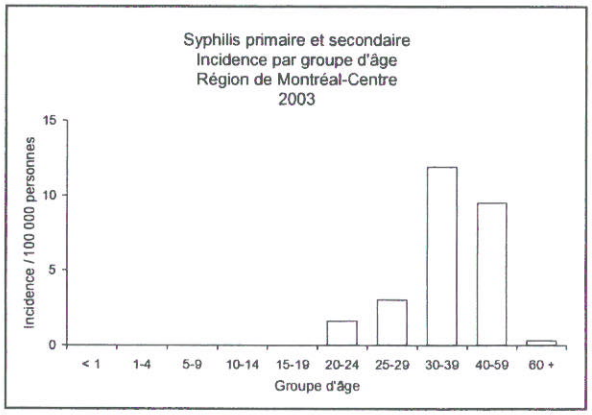


En 2003, avec 116 cas, le taux d'incidence de cas déclarés de syphilis en phase contagieuse (SPC) a atteint 6,3 / 100 000 parmi la population générale de Montréal et 260,9 / 100 000 parmi la population HARSAH de Montréal.

Depuis plusieurs années, le nombre annuel de cas déclarés de syphilis en phase contagieuse (syphilis primaire, secondaire ou latente de moins d'un an) diminuait progressivement à Montréal jusqu'à atteindre un seul cas en 1998. Cependant, à partir de septembre 2000, on a observé une brusque vague de cas. Mise à part une accalmie d'une dizaine de mois (entre le début d'août 2001 et la mi-avril 2002), l'épidémie a présenté un rythme de croissance rapide et soutenu, le nombre de cas déclarés triplant chaque année (12 cas en 2001, 36 cas en 2002 et 116 en 2003).

Depuis le début de l'épidémie (septembre 2000) jusqu'au 31 décembre 2003, on dénombre un total de 168 cas de SPC (38 de syphilis primaire, 97 de syphilis secondaire et 33 de syphilis latente de moins d'un an). Parmi ces 168 cas, 165 sont survenus chez des hommes et 3 chez des femmes. Aucun cas de syphilis congénitale n'a été rapporté.

Au Québec. Depuis le début de l'épidémie (septembre 2000) jusqu'au 31 décembre 2003, un total de 221 cas de SPC ont été signalés au Québec dont 53 (24,0%) l'ont été en dehors de la région de Montréal. Ces 53 cas déclarés en dehors de Montréal sont survenus dans un total de 11 régions différentes, dont 18 cas (34,0%) en Montérégie, 11 cas (20,8%) dans l'Outaouais, 8 cas (15,1%) en Mauricie-Centre-du-Québec, 5 cas (9,4%) en Estrie et 3 cas (5,7%) à Québec. Comme dans la région de Montréal, on constate que le nombre de cas triple annuellement.



Dans le cadre des enquêtes épidémiologiques menées auprès des cas déclarés de syphilis en phase contagieuse à Montréal, les caractéristiques suivantes ont été identifiées.

Caractéristiques épidémiologiques des cas de syphilis en phase contagieuse déclarés à Montréal-Centre entre le 1er septembre 2000 et le 31 décembre 2003

Caractéristique épidémiologique	HARSAH (n = 152)	Femmes et Hommes hétérosexuels (n= 16)
Âge moyen (étendue)	39,6 ans (20 à 59 ans)	36,7 ans (23 à 69 ans)
Dans la période d'incubation (3 à 12 mois selon le stade de la syphilis)		
Avoir des relations sexuelles dans des saunas gais.	67,7%	Aucun
Avoir 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) [1]	17,8% [2]	62,5%
Au cours de la dernière année		
Recevoir ou fournir de l'argent en échange de relations sexuelles au Québec	3,1%	Aucun
Consommer des drogues « dures » (incluant de l'ecstasy)	10,4% [3]	10% [3]
Appartenir à diverses communautés ethnoculturelles autres que canadienne-française ou canadienne-anglaise	17%	68,8%
Être connu infecté par le virus de l'immunodéficience humaine (infection au VIH ou sida).	41,4%	12,5%

[1] Une proportion difficile à apprécier car l'information était souvent manquante à ce sujet. En incluant dans le calcul les cas pour lesquels la donnée était manquante, on peut dire qu'au moins 17,8% des HARSAH et 62,5% des femmes et des hommes hétérosexuels (respectivement 27/152 et 10/16) avaient eu des partenaires résidant habituellement en dehors du Québec.

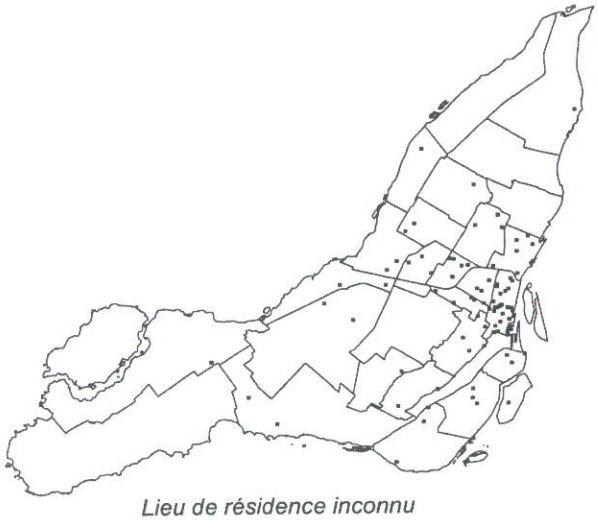
[2] Parmi les 27 HARSAH qui mentionnaient avoir eu un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec, 37% résidaient aux États-unis, 18,5% en Europe, 18,5% en Amérique du Sud et dans les Antilles, 14,8% au Canada à l'extérieur du Québec et 12,8% dans divers autres pays.

[3] Deux personnes parmi les HARSAH et une personne parmi les femmes et les hommes hétérosexuels disaient s'être injectées des drogues.

Parmi les cas masculins, la très grande majorité (152/164, soit 92,7%) étaient des HARSAH. En contraste avec les données de 2002, on observe en 2003 chez les HARSAH : une diminution de la proportion ayant eu des relations sexuelles avec un partenaire de l'extérieur du Québec (d'au moins 26,4% à au moins 14,4%), ce qui suggère que la transmission locale prendrait plus d'importance, une diminution de la proportion ayant consommé des drogues illicites (de 17,8 à 8,6%), une légère augmentation de la proportion des moins de 30 ans (de 5,5 à 8,5 %), et la survenue de cas chez des hommes d'orientation bisexuelle (5 cas, soit 4,8% des cas concernant des HARSAH en 2003).

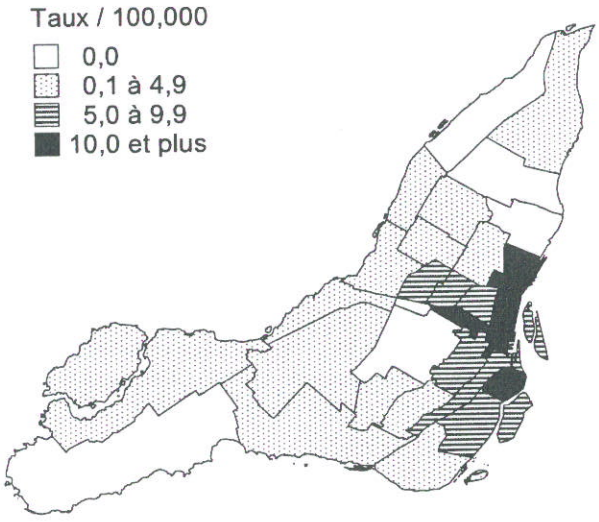
Syphilis en phase contagieuse
Région de Montréal-Centre
2003

Distribution des cas selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 25,0% (29/116) des cas.

Incidence selon le territoire de CLSC





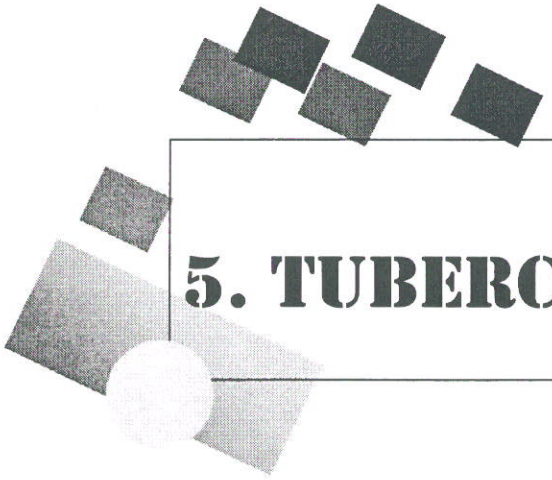
4.4 AUTRES ITS

Aucun cas de granulome inguinal, de lymphogranulome vénérien, d'herpès néonatal ni de chancre mou n'ont été déclarés en 2003.

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 Direction de santé publique 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*.

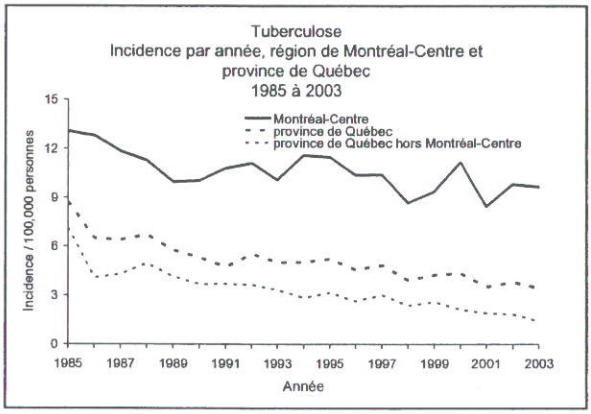
Cas clinique
En l'absence d'identification microbienne précise, présence d'au moins une des trois conditions suivantes:
1. présence de symptômes et signes compatibles avec une tuberculose évolutive; ou
2. radiographie(s) pulmonaire(s) suggestive(s) de tuberculose évolutive; ou
3. examen pathologique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

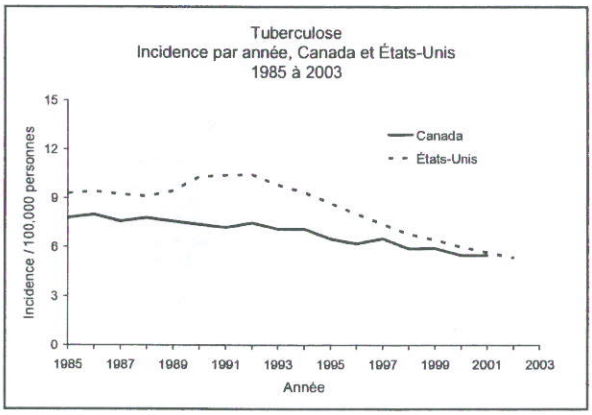
NOTE EXPLICATIVE
(1) On qualifiera un épisode de «nouveau cas» si la personne n'a pas d'histoire précise de tuberculose évolutive antérieure. Si l'histoire est confuse ou imprécise, un nouveau cas est un cas qui n'a jamais été déclaré au Registre central des MADO et qui n'a jamais reçu de traitement 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).

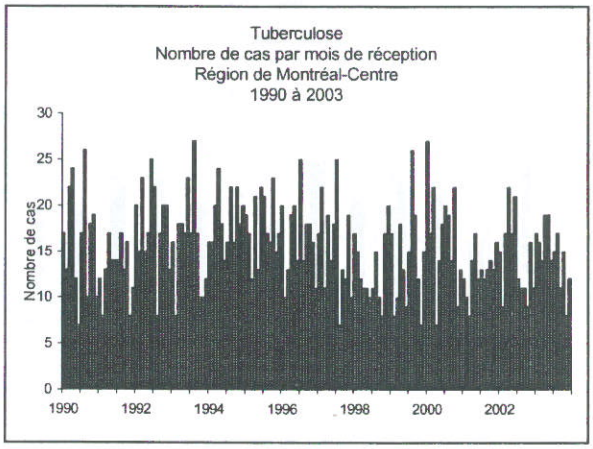
5. TUBERCULOSE

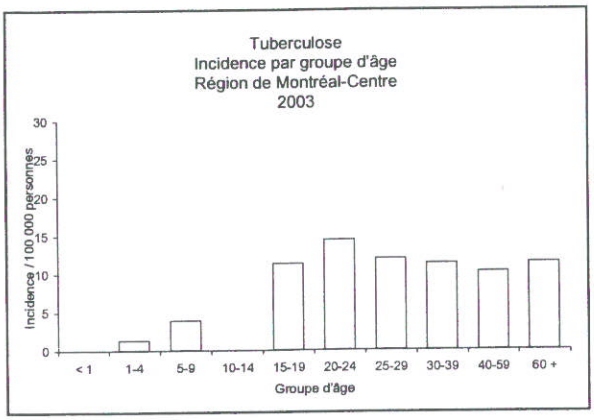
En 2003, 177 cas de tuberculose ont été déclarés pour un taux d'incidence de 9,7 cas/100 000. Pour la troisième année consécutive et la cinquième en six ans, le taux d'incidence s'est maintenu sous la barre des 10 cas/100 000 à Montréal. Le nombre de cas et le taux d'incidence pour l'ensemble du Québec est respectivement de 256 et de 3,4 cas/100 000. Le taux d'incidence pour la province lorsque la région de Montréal-Centre est exclue est de 1,4 cas/100 000.



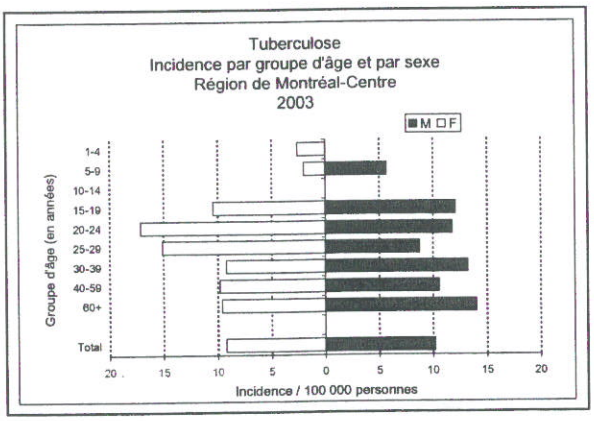
Un peu plus de 80 % des personnes souffrant de tuberculose à Montréal sont nées à l'extérieur du Canada. En 2002, dernière année pour laquelle nous avons des données, 1 555 cas ont été déclarés au Canada (5,0 cas/100 000) et 15 075 aux États-Unis (5,3 cas/100 000). La proportion des cas nés à l'étranger, 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 (en 2001) et 51,8 %, 23,6 cas/100 000 et 2,8 cas/100 000 aux États-Unis (en 2002).



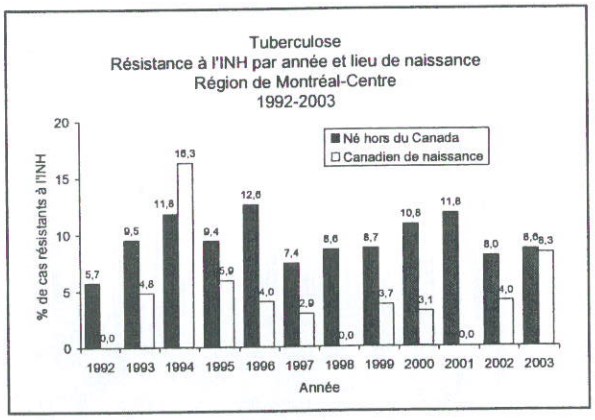




A Montréal, sur l'ensemble des cas de tuberculose, 122 (69,7 %) présentent une atteinte pulmonaire et 26 (14,9 %) une atteinte ganglionnaire.



Chez les moins de 20 ans, 16 cas de tuberculose ont été déclarés. Le taux d'incidence le plus élevé se retrouve comme en 2002 chez les 20-24 ans à 14,4 cas/100 000.



En 2003, parmi les 150 cas confirmés par culture, 135 (90,0 %) étaient sensibles à tous les antituberculeux et 13 étaient résistants à l'INH (8,7 %). Exceptionnellement, deux cas de résistance à l'INH ont été notés chez les cas nés au Canada et comme on peut le voir sur la figure, les petits nombres en jeu font en sorte que la proportion des cas résistants à l'INH peut varier beaucoup chez les Canadiens de naissance (de 0 à 16,3 %). Sur une plus longue période, la proportion des cas résistants à l'INH se situe sous les 4 %. Chez les cas nés à l'extérieur du Canada, 8,3 % présentaient une résistance à l'INH avec ou sans résistance à d'autres antituberculeux.

En 2003, trois CLSC de l'île ont eu des taux dépassant 20 cas/100 000 : les CLSC Parc Extension (34,8 / 100 000), Saint-Michel (26,9 / 100 000) et des Faubourgs (26,2 /100 000).

Au total, 46 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.

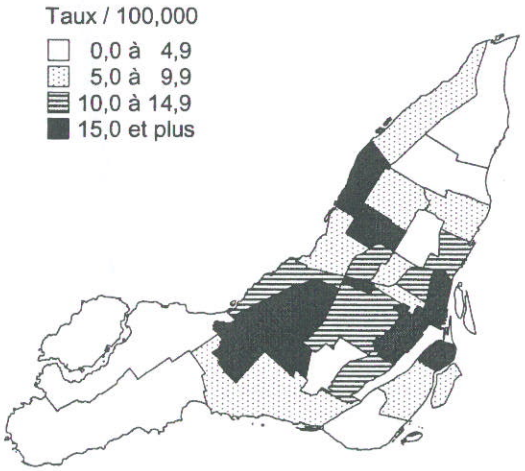
Tuberculose
Région de Montréal-Centre
2003

Distribution des cas
selon le territoire de CLSC



Lieu de résidence inconnu pour 0,6% (1/177) des cas.

Incidence
selon le territoire de CLSC







6. ET LES AUTRES MADO NON REGROUPÉES



6. ET LES AUTRES MADO NON REGROUPÉES

Fièvre Q. Aucun cas en 2003.

Infections invasives à streptocoque du groupe A. Au total, 72 cas ont été déclarés. La distribution par âge est celle attendue avec l'incidence la plus élevée chez les jeunes enfants de quatre ans et moins et les adultes de 60 ans ou plus. Il y a eu 10 décès. Les cas se retrouvent dans 27 CLSC. Cette année, quatre se démarquent par une incidence beaucoup plus importante que celle régionale (3,9 / 100 000) soit : Pointe St-Charles (7,6 cas par 100°000), Faubourg (8,7 par 100 000), Parc-Extension (8,7 cas /100°000) et Rivières-des-Prairies (9,4 cas par 100°000). Hormis les CLSC Pointe-St-Charles et Parc-Extension où l'incidence s'est maintenue élevée, l'incidence est variable d'une année à l'autre pour les autres CLSC. L'incidence est relativement similaire dans les 2 sexes.

Infections invasives à *Streptococcus pneumoniae.* L'incidence demeure relativement stable depuis 1997, année lors de laquelle la surveillance a commencé. En 2003, elle est de 14,4 cas par 100°000 (n=264). 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 129,6 cas par 100°000 chez les moins d'un an ce qui fait de ces infections la MADO la plus importante dans ce groupe d'âges après la salmonellose. Tous les CLSC de la région ont eu des cas.

Encore cette année, les CLSC des Faubourgs (43,7 / 100 000) et Hochelaga-Maisonneuve (28,8 cas / 100°000) ont une incidence de plus du double de celle régionale. Presque tous les sérogroupes ont été retrouvés, mais principalement 6 B (N=29), 14 (n=38).

Streptocoque pneumonia, région Montréal-Centre, 2003

SÉROTYPE	
Sérotype 1	2
Sérotype 3	11
Sérotype 4	10
Sérotype 5	1
Sérotype 6a	7
Sérotype 6b	29
Sérotype 7f	10
Sérotype 8	1
Sérotype 9n	5
Sérotype 9v	10
Sérotype 10a	2
Sérotype 11a	5
Sérotype 13	2
Sérotype 14	38
Sérotype 15a	2
Sérotype 15b	4
Sérotype 16f	3
Sérotype 17f	1
Sérotype 18b	1
Sérotype 18c	12
Sérotype 19f	16
Sérotype 19a	5
Sérotype 20	1
Sérotype 22f	9
Sérotype 23f	15
Sérotype 23a	1
Sérotype 31	2
Sérotype 34	2
Sérotype 35a	1
Sérotype 35b	1
Sérotype 38	2
Sérotype 46	1
Polyvalent C	1
Polyvalent D	1
Polyvalent F	1
Polyvalent G	2
Indéfini	46
TOTAL	**263**

Légionellose. Trois cas sont survenus en 2003. Tous les cas étaient âgés de plus de 60 ans. Tous souffraient de maladies chroniques ; il y a eu un décès. Il s'agit de cas isolés vivant à domicile sauf deux qui ont acquis leur infection à l'hôpital.

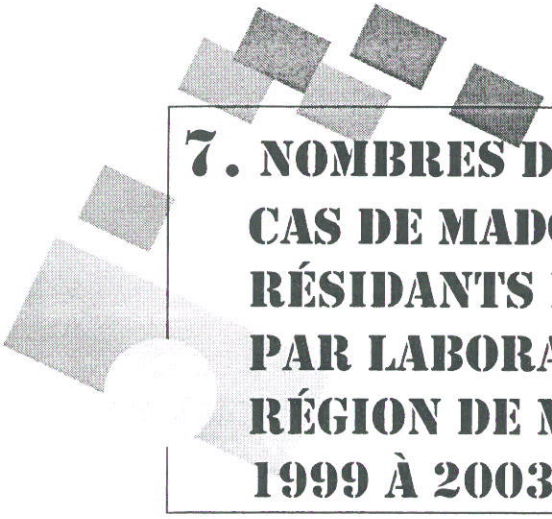
Lèpre. Aucun cas en 2003.

Paludisme. Avec 51 cas, l'incidence en 2003 continue sa tendance à la baisse amorcée en 2001. Il y a eu des cas dans 20 CLSC. Parmi les cas pour lesquels nous avons obtenu l'espèce, 65 % étaient causées par des *P. falciparum* (n=33).

Psittacose. Aucun cas en 2003.

Tularémie. Aucun cas en 2003.





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 2003

En 2003, les laboratoires ont été la source de 80 % des cas. La liste des 35 laboratoires de Montréal-Centre ainsi que le nombre de 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 2003

	1999	2000	2001	2002	2003
LSPQ	2 633	3063	2073	2017	2231
Hôtel-Dieu de Montréal	707	733	1027	1066	1146
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	645	653	686	1037	1010
Hôpital St-Luc	1 422	1290	1073	1016	1225
Hôpital général Juif	150	326	750	712	606
Centre hospitalier de Verdun	475	515	569	695	707
Hôpital général de Montréal	594	613	579	619	658
Hôpital Santa Cabrini	393	336	418	543	548
Hôpital Sacré-Coeur	473	471	554	540	272
Hôpital Sainte-Justine	495	409	380	420	376
Hôpital Royal-Victoria	297	294	270	306	365
Hôpital de Montréal pour enfants	301	379	326	305	292
Hôpital Jean-Talon	181	287	249	295	284
Hôpital Notre-Dame	259	272	272	291	296
Centre hospitalier St. Mary	180	207	235	266	244
Hôpital général du Lakeshore	168	136	145	218	181
Laboratoires hors Montréal		118	104	123	100
Lakes. Diag. Serv (Succ. PT)	54	78	76	87	82
Clinique médicale L'Actuel				71	82
Centre hospitalier Fleury	91	68	53	59	42
Laboratoires médicaux CDL				58	43
Laboratoire médical Biron	11	11	18	27	30
Centre hospitalier de Lachine			7	21	21
Héma Québec	19	13	15	20	34
Hôpital général de Lachine	44	62	30	18	26
Laboratoire MDS (blvd. Maisonneuve)	44	41	14	16	29
Hôpital général de Lasalle	40	17		7	6
Centre thoracique de Montréal	4	1		5	49
Hôpital Ste-Jeanne-d'Arc				4	5
Hôpital Reine-Élizabeth de Montréal				4	1
Hôpital Bellechasse				3	4
Hôpital Louis H. Lafontaine	21	9	1	2	1
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			
Hôpital Rivières des Prairies					2
Microbiolog. Laboratory					1
Lab. Clin. Méd. de Mtl					1



ANNEXES

ANNEXE 1
NOMBRE DE CAS PAR ANNÉE ET INCIDENCE ANNUELLE

MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE : NOMBRE DE CAS PAR ANNÉE

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 1990-2003

MALADIE	ANNÉE													
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Amibiase	72	83	104	97	123	99	150	145	101	135	128	130	133	144
Botulisme	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Brucellose	0	0	1	1	0	2	1	0	0	1	1	2	0	1
Campylobactériose	454	466	373	420	443	455	489	596	624	547	484	401	480	367
Chancre mou	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0
Chlamydiose (*C. trachomatis*)	4543	3137	2691	2292	1812	1784	1718	1832	2066	2495	2597	3100	3273	3514
Choléra	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	509	197	361	834	540	338	141	97	630	256	158	211	140	54
Cryptosporidiose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cyclosporose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Éclosion à ERV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Éclosion à SARM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encéphalite virale transmise par arthropodes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Fièvre paratyphoïde	2	5	4	6	3	2	3	2	4	7	3	8	4	7
Fièvre Q	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	1	0
Fièvre typhoïde	3	12	12	20	24	21	7	9	12	7	10	9	12	11
Gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica*	95	102	114	95	75	64	60	42	41	43	25	30	36	27
Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminé	9	5	22	3	8	6	27	53	87	5	24	5	31	39
Giardiase	205	205	229	193	218	229	291	285	280	359	316	252	288	267
Granulome inguinal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, infection invasive	25	23	22	7	6	5	4	0	3	0	1	1	1	0
Hépatite A	173	430	172	85	91	231	360	264	73	77	52	56	36	52
Hépatite B, infection aiguë	165	140	176	170	148	101	116	84	71	58	88	52	33	29
Hépatite B, porteur	660	747	804	756	803	713	700	622	552	606	567	687	622	554
Hépatite B, statut non-précisé	356	248	229	195	158	125	100	134	107	116	112	94	118	161
Hépatite C, infection aiguë	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Hépatite C, statut non-précisé	15	25	54	127	213	377	418	492	1300	1472	2072	1431	1199	1001
Hépatite virale, sans précision	0	0	0	0	8	12	6	1	0	0	0	0	0	1
Infection à Hantavirus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection à HTLV (I ou II)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Infection à SARV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection gonococcique	1209	865	585	409	439	394	306	350	308	381	442	568	523	505
Infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine	56	67	56	30	46	56	31	46	64	60	74	52	37	13
Infection invasive à *E. coli* (SHU ou PPT)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection invasive à méningocoques	30	23	21	30	26	28	10	13	10	11	8	21	13	10
Infection par le VIH (associée à don de sang)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection par le virus du Nil occidental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	6
Légionellose	4	4	2	0	3	3	6	4	6	6	4	7	6	3
Lèpre	1	1	0	1	1	4	3	0	0	0	1	0	1	0
Listériose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Lymphogranulomatose vénérienne	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Maladie de Lyme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oreillons	6	8	9	17	19	12	16	2	19	1	14	13	2	4
Paludisme	14	21	18	24	30	75	82	110	73	62	91	67	64	51
Psittacose	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Rage	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Rougeole	24	8	4	14	43	11	12	2	2	2	1	0	1	3
Rubéole	31	6	2	58	7	12	5	3	1	0	2	0	1	0
Salmonellose	472	383	314	331	274	352	295	265	289	280	302	251	246	234
Shigellose	209	162	131	151	139	178	137	268	135	97	151	144	103	132
Streptococcus pneumoniae, infection invasive	0	0	0	0	0	0	1	286	327	266	281	256	241	264
Streptocoque du groupe A, infection invasive	0	0	0	0	0	19	31	60	50	45	58	45	58	72
Syphilis congénitale	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Syphilis primaire	11	17	7	3	2	4	2	0	0	1	1	3	3	32
Syphilis secondaire	3	8	11	3	2	3	2	3	0	1	5	7	27	59
Syphilis latente < 1 an	18	20	8	2	3	1	2	1	1	0	1	2	6	25
Syphilis latente ≥1 an	55	73	89	55	41	36	30	21	24	14	13	26	26	62
Syphilis autre	44	10	9	5	9	12	5	3	0	3	2	5	1	0
Toxi-infection alimentaire	17	26	12	7	46	29	59	73	56	25	32	17	19	17
Tuberculose	182	191	200	181	209	207	188	188	157	169	200	155	179	177
Tularémie	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	9674	7720	6846	6622	6014	6002	5818	6356	7474	7609	8323	8113	7975	7906

Source: Fichier MADO, MSSS (juillet 2004)
Préparé par: BSE, Unité MI, DRSP Montréal-Centre

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

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 1990-2003

MALADIE*	ANNÉE													
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Amibiase	4.0	4.6	5.8	5.4	6.8	5.5	8.3	8.0	5.6	7.5	7.1	7.2	7.3	7.9
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	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	0.1
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	20.0
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	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	191.8
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	0.0
Coqueluche	28.0	10.9	20.1	46.4	30.0	18.7	7.8	5.4	34.9	14.2	8.7	11.6	7.7	2.9
Cryptosporidiose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Cyclosporose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Éclosion à ERV	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Éclosion à SARM	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Encéphalite virale transmise 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	0.0	0.0
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	0.4
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	0.0
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	0.6
Gastro-entérite à *Yersinia 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	1.5
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	14.6
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
H. influenzae, infection invasive	1.4	1.3	1.2	0.4	0.3	0.3	0.2	0.0	0.2	0.0	0.1	0.1	0.1	0.0
Hépatite A	9.5	23.7	9.6	4.7	5.1	12.8	19.9	14.6	4.0	4.3	2.9	3.1	2.0	2.8
Hépatite B, infection 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	1.6
Hépatite C, infection aiguë	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
Infection à Hantavirus	0.0	0.0	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 à HTLV (I ou II)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
Infection à SARV	0.0	0.0	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 gonococcique	66.6	47.7	32.5	22.7	24.4	21.8	16.9	19.4	17.1	21.2	24.4	31.3	28.7	27.6
Infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine	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	0.7
Infection invasive à *E. coli* (SHU ou PPT)	0.0	0.0	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 invasive à méningocoques	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	0.5
Infection par le VIH (associée à don de sang)	0.0	0.0	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 virus du Nil occidental	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.3
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	0.2
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	0.0
Listériose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
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	0.1
Maladie de Lyme	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
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	0.2
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	2.8
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	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	0.0
Rougeole	1.3	0.4	0.2	0.8	2.4	0.6	0.7	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.2
Rubéole	1.7	0.3	0.1	3.2	0.4	0.7	0.3	0.2	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0
Salmonellose	26.0	21.1	17.4	18.4	15.2	19.5	16.3	14.7	16.0	15.6	16.7	13.8	13.5	12.8
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	7.2
Streptococcus pneumoniae, infection invasive	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	14.4
Streptocoque du groupe A, infection invasive	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	3.9
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	0.0
Syphilis primaire	0.6	0.9	0.4	0.2	0.1	0.2	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1	0.2	0.2	1.7
Syphilis secondaire	0.2	0.4	0.6	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.0	0.1	0.3	0.4	1.5	3.2
Syphilis latente < 1 an	1.0	1.1	0.4	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.3	1.4
Syphilis latente ≥1 an	3.0	4.0	4.9	3.1	2.3	2.0	1.7	1.2	1.3	0.8	0.7	1.4	1.4	3.4
Syphilis autre	2.4	0.6	0.5	0.3	0.5	0.7	0.3	0.2	0.0	0.2	0.1	0.3	0.1	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	9.8	9.7
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	0.0

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

Source: Fichier MADO, MSSS (juillet 2004)
Préparé par: BSE, Unité MI, DRSP Montréal-Centre

ANNEXE 2
NOMBRE DE CAS PAR MOIS ET INCIDENCE MENSUELLE

MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE : NOMBRE DE CAS PAR MOIS

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2003

MALADIE	MOIS												
	Jan	Fév	Mar	Avr	Mai	Jun	Jul	Aoû	Sep	Oct	Nov	Déc	Total
Amibiase	10	12	8	12	17	9	13	15	14	11	8	15	144
Botulisme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucellose	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Campylobactériose	26	25	27	26	31	34	33	35	45	31	22	32	367
Chancre mou	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chlamydiose (*C. trachomatis*)	269	312	302	277	278	254	297	252	338	357	259	319	3514
Choléra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	3	2	2	2	5	0	7	4	5	10	7	7	54
Cryptosporidiose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cyclosporose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Éclosion à ERV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Éclosion à SARM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encéphalite virale transmise par arthropodes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre paratyphoïde	1	0	1	0	0	1	0	2	1	0	0	1	7
Fièvre Q	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre typhoïde	1	0	1	0	1	1	1	3	0	1	2	0	11
Gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica*	2	4	4	2	2	1	4	1	1	2	3	1	27
Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminé	15	10	1	0	1	0	1	1	1	0	3	6	39
Giardiase	24	27	31	28	21	10	17	25	25	24	19	16	267
Granulome inguinal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, infection invasive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite A	9	10	1	5	2	2	0	4	10	8	0	1	52
Hépatite B, infection aiguë	8	0	1	3	4	3	2	2	2	2	1	1	29
Hépatite B, porteur	54	48	51	51	52	46	45	51	33	49	35	39	554
Hépatite B, statut non-précisé	9	7	10	11	6	15	14	13	8	20	18	30	161
Hépatite C, infection aiguë	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite C, statut non-précisé	84	94	95	94	78	60	75	72	61	68	86	134	1001
Hépatite virale, sans précision	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Infection à Hantavirus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection à HTLV (I ou II)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4
Infection à SARV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection gonococcique	49	36	39	38	31	36	52	36	60	45	46	37	505
Infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine	2	0	0	0	0	1	4	1	1	1	3	0	13
Infection invasive à *E. coli* (SHU ou PPT)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection invasive à méningocoques	0	0	3	1	1	0	0	0	1	1	2	1	10
Infection par le VIH (associée à un don de sang)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection par le virus du Nil occidental	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	6
Légionellose	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	3
Lèpre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Listériose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3
Lymphogranulomatose vénérienne	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Maladie de Lyme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oreillons	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	4
Paludisme	4	7	3	5	1	5	7	8	3	2	3	3	51
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	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3
Rubéole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salmonellose	14	9	15	21	17	27	33	30	14	16	14	24	234
Shigellose	10	8	12	7	10	8	20	19	16	12	6	4	132
Streptococcus pneumoniae, infection invasive	27	29	22	28	32	21	25	9	12	24	18	17	264
Streptocoque du groupe A, infection invasive	4	10	7	8	6	8	5	5	5	7	2	5	72
Syphilis congénitale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Syphilis primaire	1	1	1	1	1	3	2	3	5	2	6	6	32
Syphilis secondaire	8	4	2	4	4	5	8	2	7	8	5	2	59
Syphilis latente < 1 an	1	2	3	3	1	0	1	3	8	0	0	3	25
Syphilis latente ≥1 an	4	3	5	5	6	3	2	4	0	8	12	10	62
Syphilis autre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire	1	1	3	1	4	5	0	0	1	0	0	1	17
Tuberculose	17	16	14	19	19	14	15	17	11	15	8	12	177
Tularémie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	660	678	664	654	633	572	683	619	694	725	594	730	7906

Source: Fichier MADO, MSSS (juillet 2004)
Préparé par: BSE, Unité MI, DRSP Montréal-Centre

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

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2003

MALADIE*	MOIS												
	Jan	Fév	Mar	Avr	Mai	Jun	Jul	Aoû	Sep	Oct	Nov	Déc	Total
Amibiase	6.5	7.9	5.2	7.9	11.1	5.9	8.5	9.8	9.2	7.2	5.2	9.8	7.9
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	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Campylobactériose	17.0	16.4	17.7	17.0	20.3	22.3	21.6	22.9	29.5	20.3	14.4	21.0	20.0
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	0.0
Chlamydiose (*C. trachomatis*)	176.2	204.3	197.8	181.4	182.1	166.3	194.5	165.0	221.3	233.8	169.6	208.9	191.8
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	2.0	1.3	1.3	1.3	3.3	0.0	4.6	2.6	3.3	6.5	4.6	4.6	2.9
Cryptosporidiose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Cyclosporose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Éclosion à ERV	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Éclosion à SARM	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Encéphalite virale transmise 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
Fièvre paratyphoïde	0.7	0.0	0.7	0.0	0.0	0.7	0.0	1.3	0.7	0.0	0.0	0.7	0.4
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
Fièvre typhoïde	0.7	0.0	0.7	0.0	0.7	0.7	0.7	2.0	0.0	0.7	1.3	0.0	0.6
Gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica*	1.3	2.6	2.6	1.3	1.3	0.7	2.6	0.7	0.7	1.3	2.0	0.7	1.5
Giardiase	15.7	17.7	20.3	18.3	13.8	6.5	11.1	16.4	16.4	15.7	12.4	10.5	14.6
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, infection invasive	0.0	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 A	5.9	6.5	0.7	3.3	1.3	1.3	0.0	2.6	6.5	5.2	0.0	0.7	2.8
Hépatite B, infection aiguë	5.2	0.0	0.7	2.0	2.6	2.0	1.3	1.3	1.3	1.3	0.7	0.7	1.6
Hépatite C, infection 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
Infection à Hantavirus	0.0	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 à HTLV (I ou II)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	1.3	0.2
Infection à SARV	0.0	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 gonococcique	32.1	23.6	25.5	24.9	20.3	23.6	34.1	23.6	39.3	29.5	30.1	24.2	27.6
Infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	2.6	0.7	0.7	0.7	2.0	0.0	0.7
Infection invasive à *E. coli* (SHU ou PPT)	0.0	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 invasive à méningocoques	0.0	0.0	2.0	0.7	0.7	0.0	0.0	0.0	0.7	0.7	1.3	0.7	0.5
Infection par le VIH (associée à un don de sang)	0.0	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 virus du Nil occidental	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.9	0.0	0.0	0.0	0.3
Légionellose	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.7	0.0	0.0	0.2
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
Listériose	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	0.7	0.2
Lymphogranulomatose vénérienne	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Maladie de Lyme	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Oreillons	0.7	0.7	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.2
Paludisme	2.6	4.6	2.0	3.3	0.7	3.3	4.6	5.2	2.0	1.3	2.0	2.0	2.8
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	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.7	0.0	0.2
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
Salmonellose	9.2	5.9	9.8	13.8	11.1	17.7	21.6	19.6	9.2	10.5	9.2	15.7	12.8
Shigellose	6.5	5.2	7.9	4.6	6.5	5.2	13.1	12.4	10.5	7.9	3.9	2.6	7.2
Streptococcus pneumoniae, infection invasive	17.7	19.0	14.4	18.3	21.0	13.8	16.4	5.9	7.9	15.7	11.8	11.1	14.4
Streptocoque du groupe A, infection invasive	2.6	6.5	4.6	5.2	3.9	5.2	3.3	3.3	3.3	4.6	1.3	3.3	3.9
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	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	2.0	1.3	2.0	3.3	1.3	3.9	3.9	1.7
Syphilis secondaire	5.2	2.6	1.3	2.6	2.6	3.3	5.2	1.3	4.6	5.2	3.3	1.3	3.2
Syphilis latente < 1 an	0.7	1.3	2.0	2.0	0.7	0.0	0.7	2.0	5.2	0.0	0.0	2.0	1.4
Syphilis latente ≥1 an	2.6	2.0	3.3	3.3	3.9	2.0	1.3	2.6	0.0	5.2	7.9	6.5	3.4
Syphilis autre	0.0	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	11.1	10.5	9.2	12.4	12.4	9.2	9.8	11.1	7.2	9.8	5.2	7.9	9.7
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; gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée; toxi-infection alimentaire).

Source: Fichier MADO, MSSS (juillet 2004)
Préparé par: BSE, Unité MI, DRSP Montréal-Centre

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

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

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2003

MALADIE	GROUPE D'ÂGE (années)											
	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60 +	Inc.	Total
Amibiase	0	4	2	1	1	15	16	37	63	5	0	144
Botulisme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucellose	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Campylobactériose	9	37	15	14	8	47	47	50	72	66	2	367
Chancre mou	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chlamydiose (*C. trachomatis*)	2	0	0	37	805	1328	678	499	143	5	17	3514
Choléra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	12	16	6	16	2	1	0	1	0	0	0	54
Cryptosporidiose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cyclosporose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Éclosion à ERV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Éclosion à SARM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encéphalite virale transmise par arthropodes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre paratyphoïde	0	1	1	0	0	1	3	0	1	0	0	7
Fièvre Q	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre typhoïde	0	4	1	1	1	1	1	1	1	0	0	11
Gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica*	9	4	3	0	0	2	2	2	4	1	0	27
Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminé	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	38	39
Giardiase	2	47	28	13	4	24	36	46	59	8	0	267
Granulome inguinal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, infection invasive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite A	0	7	11	3	7	4	2	11	4	3	0	52
Hépatite B, infection aiguë	1	0	0	0	1	1	3	9	10	4	0	29
Hépatite B, porteur	1	0	0	5	19	42	80	199	164	44	0	554
Hépatite B, statut non-précisé	0	0	0	0	4	19	15	47	60	12	4	161
Hépatite C, infection aiguë	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite C, statut non-précisé	6	1	0	0	13	46	55	243	464	144	29	1001
Hépatite virale, sans précision	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Infection à Hantavirus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection à HTLV (I ou II)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Infection à SARV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection gonococcique	0	0	0	1	38	104	89	166	88	8	11	505
Infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine	0	2	1	1	1	0	0	0	2	6	0	13
Infection invasive à *E. coli* (SHU ou PPT)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection invasive à méningocoques	2	1	0	0	2	2	2	1	0	0	0	10
Infection par le VIH (associée à un don de sang)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection par le virus du Nil occidental	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0	6
Légionellose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
Lèpre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Listériose	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3
Lymphogranulomatose vénérienne	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Maladie de Lyme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oreillons	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	4
Paludisme	0	4	3	0	3	3	5	11	20	1	1	51
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	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3
Rubéole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salmonellose	17	43	27	15	6	13	17	16	37	43	0	234
Shigellose	1	22	8	1	6	9	23	28	28	5	1	132
Streptococcus pneumoniae, infection invasive	25	43	4	3	1	3	4	22	60	98	1	264
Streptocoque du groupe A, infection invasive	3	6	4	2	3	2	3	15	15	18	1	72
Syphilis congénitale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Syphilis primaire	0	0	0	0	0	1	2	10	19	0	0	32
Syphilis secondaire	0	0	0	0	0	1	2	25	30	1	0	59
Syphilis latente < 1 an	0	0	0	0	0	2	4	9	10	0	0	25
Syphilis latente ≥1 an	0	0	0	0	0	0	3	16	23	20	0	62
Syphilis autre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire	0	0	2	0	1	0	0	2	0	6	6	17
Tuberculose	0	1	4	0	11	17	16	33	53	42	0	177
Tularémie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	92	243	121	113	938	1690	1109	1502	1436	547	115	7906

Source: Fichier MADO, MSSS (juillet 2004)
Préparé par: BSE, Unité MI, DRSP Montréal-Centre

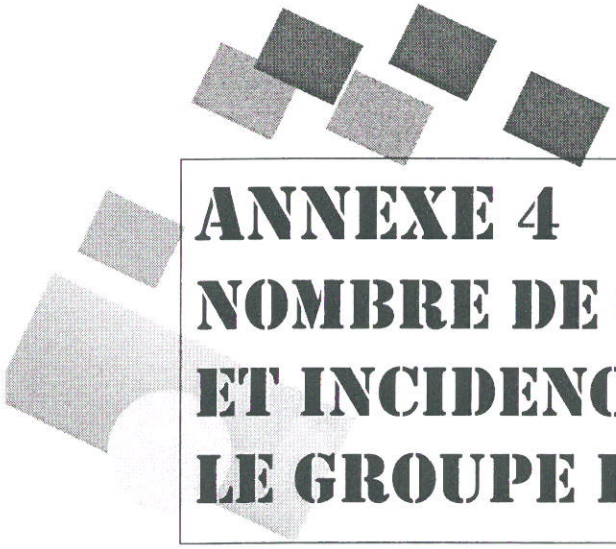
MALADIES INFECTIEUSES A DÉCLARATION OBLIGATOIRE : INCIDENCE (PAR 100 000) PAR GROUPE D'ÂGE

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2003

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	5,1	1,9	1,0	1,0	12,7	11,9	12,6	12,1	1,4	7,9
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	0,7	0,0	0,0	0,0	0,1
Campylobactériose	46,7	47,1	14,4	13,9	8,2	39,9	35,0	17,1	13,9	18,0	20,0
Chancre mou	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Chlamydiose (*C. trachomatis*)	10,4	0,0	0,0	36,7	825,3	1126,3	504,6	170,2	27,5	1,4	191,8
Choléra	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Coqueluche	62,2	20,4	5,8	15,9	2,1	0,8	0,0	0,3	0,0	0,0	2,9
Cryptosporidiose	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cyclosporose	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Éclosion à ERV	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Éclosion à SARM	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Encéphalite virale transmise par arthropodes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fièvre paratyphoïde	0,0	1,3	1,0	0,0	0,0	0,8	2,2	0,0	0,2	0,0	0,4
Fièvre Q	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fièvre typhoïde	0,0	5,1	1,0	1,0	1,0	0,8	0,7	0,3	0,2	0,0	0,6
Gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica*	46,7	5,1	2,9	0,0	0,0	1,7	1,5	0,7	0,8	0,3	1,5
Giardiase	10,4	59,8	27,0	12,9	4,1	20,4	26,8	15,7	11,4	2,2	14,6
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, infection invasive	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hépatite A	0,0	8,9	10,6	3,0	7,2	3,4	1,5	3,8	0,8	0,8	2,8
Hépatite B, infection aiguë	5,2	0,0	0,0	0,0	1,0	0,8	2,2	3,1	1,9	1,1	1,6
Hépatite C, infection aiguë	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Infection à Hantavirus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Infection à HTLV (I ou II)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Infection à SARV	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Infection gonococcique	0,0	0,0	0,0	1,0	39,0	88,2	66,2	56,6	16,9	2,2	27,6
Infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine	0,0	2,5	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,4	1,6	0,7
Infection invasive à *E. coli* (SHU ou PPT)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Infection invasive à méningocoques	10,4	1,3	0,0	0,0	2,1	1,7	1,5	0,3	0,0	0,0	0,5
Infection par le VIH (associée à un don de sang)	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 virus du Nil occidental	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,4	0,8	0,3
Légionellose	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,2
Lèpre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Listériose	5,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,2
Lymphogranulomatose vénérienne	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1
Maladie de Lyme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Oreillons	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,8	0,0	0,3	0,0	0,0	0,2
Paludisme	0,0	5,1	2,9	0,0	3,1	2,5	3,7	3,8	3,8	0,3	2,8
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	5,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2
Rubéole	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Salmonellose	88,2	54,7	26,0	14,9	6,2	11,0	12,7	5,5	7,1	11,7	12,8
Shigellose	5,2	28,0	7,7	1,0	6,2	7,6	17,1	9,6	5,4	1,4	7,2
Streptococcus pneumoniae, infection invasive	129,6	54,7	3,9	3,0	1,0	2,5	3,0	7,5	11,5	26,7	14,4
Streptocoque du groupe A, infection invasive	15,6	7,6	3,9	2,0	3,1	1,7	2,2	5,1	2,9	4,9	3,9
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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	1,5	3,4	3,7	0,0	1,7
Syphilis secondaire	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	1,5	8,5	5,8	0,3	3,2
Syphilis latente < 1 an	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	3,0	3,1	1,9	0,0	1,4
Syphilis latente ≥1 an	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	5,5	4,4	5,4	3,4
Syphilis autre	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	1,3	3,9	0,0	11,3	14,4	11,9	11,3	10,2	11,4	9,7
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; gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée; toxi-infection alimentaire).

Source: Fichier MADO, MSSS (juillet 2004)
Préparé par: BSE, Unité MI, DRSP Montréal-Centre



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

MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE : NOMBRE DE CAS PAR GROUPE D'ÂGE ET PAR SEXE
RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2003

MALADIE	GROUPE D'ÂGE (années)																								
	< 1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-29		30-39		40-59		60 +		Inc.		Total		
	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	3	1	1	1	1	0	0	1	9	6	8	7	31	6	59	4	5	0	0	0	117	26	1
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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Campylobactériose	7	2	19	18	11	4	10	4	6	2	26	21	23	24	32	18	43	29	28	38	1	1	206	161	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*)	1	1	0	0	0	0	0	36	94	706	315	1010	263	409	270	227	96	44	5	0	6	9	1050	2442	22
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	6	6	8	8	3	3	7	9	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	26	28	0
Cryptosporidiose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cyclosporose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Eclosion à ERV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Eclosion à SARM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encéphalite virale transmise par arthro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre paratyphoïde	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	3	4	0
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
Fièvre typhoïde	0	0	2	2	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	8	3	0
Gastro-entérite à *Yersinia enterocolitic*	5	4	3	1	0	3	0	0	0	0	2	0	1	1	0	2	1	3	1	0	0	0	13	14	0
Gastro-entérite épidémique d'origine i	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	38
Giardiase	2	0	21	25	16	12	10	3	3	1	11	12	20	16	34	11	42	17	5	3	0	0	164	100	3
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, infection invasive	0	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 A	0	0	4	3	5	6	1	2	3	4	2	2	1	1	7	4	1	3	1	2	0	0	25	27	0
Hépatite B, infection aiguë	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	0	7	2	6	4	4	0	0	0	21	8	0
Hépatite B, porteur	0	1	0	0	0	0	3	2	5	14	23	19	30	50	112	87	118	46	25	19	0	0	316	238	0
Hépatite B, statut non-précisé	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	10	9	7	8	37	10	44	16	8	4	0	0	107	50	4
Hépatite C, infection 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, statut non-précisé	1	5	0	1	0	0	0	0	6	7	24	22	30	25	160	83	319	141	69	75	12	2	621	361	19
Hépatite virale, sans précision	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
Infection à Hantavirus	0	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 à HTLV (I ou II)	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
Infection à SARV	0	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 gonococcique	0	0	0	0	0	0	0	1	17	21	73	31	83	6	152	13	79	9	8	0	9	0	421	81	3
Infection à *E. coli* producteur de véroc	0	0	0	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	3	0	0	6	7	0
Infection invasive à *E. coli* (SHU ou F	0	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 invasive à méningocoques	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5	5	0
Infection par le VIH (associée à un dor	0	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 virus du Nil occidental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	2	0	0	3	3	0
Légionellose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0
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
Listériose	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	2	0
Lymphogranulomatose vénérienne	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
Maladie de Lyme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oreillons	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	1	0
Paludisme	0	0	3	1	2	1	0	0	2	1	2	1	3	2	7	4	15	5	1	0	0	1	35	16	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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	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
Salmonellose	7	10	22	21	17	10	9	6	2	4	6	7	7	10	3	13	16	21	18	24	0	0	107	126	1
Shigellose	1	0	8	14	3	5	1	0	3	3	3	6	16	7	20	8	20	8	2	3	1	0	78	54	0
Streptococcus pneumoniae, infection	10	15	24	19	3	1	3	0	1	0	1	2	1	3	12	10	37	23	52	46	1	0	145	119	0
Streptocoque du groupe A, infection i	1	2	2	4	3	1	1	1	2	1	1	1	2	1	6	9	8	7	11	7	0	1	37	35	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	10	0	19	0	0	0	0	0	32	0	0
Syphilis secondaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	24	1	30	0	1	0	0	0	58	1	0
Syphilis latente < 1 an	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	8	1	10	0	0	0	0	0	23	1	1
Syphilis latente ≥1 an	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	15	1	17	6	11	9	0	0	44	18	0
Syphilis autre	0	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	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	3	3	2	2	8	7	2
Tuberculose	0	0	0	1	3	1	0	0	6	5	7	10	6	10	20	13	27	26	21	21	0	0	90	87	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	43	49	120	122	72	49	47	65	155	778	523	1162	517	585	972	526	1013	416	286	260	32	16	3780	4028	98

Source: Fichier MADO, MSSS (juillet 2004)

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

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

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2003

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	7,5	2,6	1,9	2,0	2,0	0,0	0,0	2,1	15,2	10,3	11,7	10,6	20,5	4,2	23,3	1,5	3,3	0,0	13,2	2,7
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	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Campylobactériose	71,0	21,2	47,5	46,6	20,8	7,8	19,5	8,1	12,1	4,2	43,8	35,9	33,8	36,2	21,1	12,7	17,0	10,9	18,7	17,4	23,3	17,0
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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Chlamydiose (*C. trachomatis*)	10,1	10,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	72,6	189,2	1475,0	530,5	1726,0	386,1	617,3	178,3	160,2	37,8	16,5	3,3	0,0	118,5	257,9
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	60,9	63,7	20,0	20,7	5,7	5,9	13,7	18,2	2,0	2,1	0,0	1,7	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	3,0
Cryptosporidiose	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cyclosporose	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Eclosion à ERV	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Eclosion à SARM	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Encéphalite virale transmise 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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fièvre paratyphoïde	0,0	0,0	0,0	2,6	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,5	3,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,3	0,4
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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fièvre typhoïde	0,0	0,0	5,0	5,2	1,9	0,0	2,0	0,0	0,0	2,1	1,7	0,0	1,5	0,0	0,7	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,9	0,3
Gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica*	50,7	42,4	7,5	2,6	0,0	5,9	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	1,5	1,5	0,0	1,4	0,4	1,1	0,7	0,0	1,5	1,5
Giardiase	20,3	0,0	52,5	64,7	30,3	23,5	19,5	6,1	6,0	2,1	18,5	20,5	29,4	24,1	22,5	7,8	16,6	6,4	3,3	1,4	18,5	10,6
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, infection invasive	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	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 A	0,0	0,0	10,0	7,8	9,5	11,8	2,0	4,0	6,0	8,4	3,4	3,4	1,5	1,5	4,6	2,8	0,4	1,1	0,7	0,9	2,8	2,9
Hépatite B, infection aiguë	0,0	10,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	1,7	0,0	4,4	0,0	4,6	1,4	2,4	1,5	2,7	0,0	2,4	0,8
Hépatite C, infection 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
Infection à Hantavirus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	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 à HTLV (I ou II)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	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 à SARV	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	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 gonococcique	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	34,2	43,9	122,9	53,0	121,8	9,1	100,4	9,2	31,1	3,4	5,4	0,0	47,5	8,6
Infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine	0,0	0,0	0,0	5,2	1,9	0,0	0,0	2,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	2,0	1,4	0,7	0,7
Infection invasive à *E. coli* (SHU ou PPT)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	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 invasive à méningocoques	10,1	10,6	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	2,1	1,7	1,7	1,5	1,5	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,5
Infection par le VIH (associée à un don de sang)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	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 virus du Nil occidental	0,0	0,0	0,0	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	0,4	0,4	0,7	0,9	0,3	0,3
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	0,0	0,0	2,0	0,0	0,3	0,0
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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Listériose	10,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	0,2
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	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Maladie de Lyme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Oreillons	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1
Paludisme	0,0	0,0	7,5	2,6	3,8	2,0	0,0	0,0	4,0	2,1	3,4	1,7	4,4	3,0	4,6	2,8	5,9	1,9	0,7	0,0	4,0	1,7
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	10,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,1	0,2
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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Salmonellose	71,0	106,1	55,0	54,4	32,2	19,6	17,6	12,1	4,0	8,4	10,1	12,0	10,3	15,1	2,0	9,2	6,3	7,9	12,0	11,0	12,1	13,3
Shigellose	10,1	0,0	20,0	36,3	5,7	9,8	2,0	0,0	6,0	6,3	5,1	10,3	23,5	10,6	13,2	5,6	7,9	3,0	1,3	1,4	8,8	5,7
Streptococcus pneumoniae, infection invasive	101,4	159,1	60,0	49,2	5,7	2,0	5,9	0,0	2,0	0,0	1,7	3,4	1,5	4,5	7,9	7,1	14,6	8,7	34,8	21,1	16,4	12,6
Streptocoque du groupe A, infection invasive	10,1	21,2	5,0	10,4	5,7	2,0	2,0	2,0	4,0	2,1	1,7	1,7	2,9	1,5	4,0	6,3	3,2	2,6	7,4	3,2	4,2	3,7
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	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	0,0	6,6	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	3,6	0,0
Syphilis secondaire	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	0,0	15,8	0,7	11,8	0,0	0,7	0,0	6,5	0,1
Syphilis latente < 1 an	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	5,9	0,0	5,3	0,7	3,9	0,0	0,0	0,0	2,6	0,1
Syphilis latente ≥1 an	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	3,0	9,9	0,7	6,7	2,3	7,4	4,1	5,0	1,9
Syphilis autre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	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	2,6	5,7	2,0	0,0	0,0	12,1	10,4	11,8	17,1	8,8	15,1	13,2	9,2	10,6	9,8	14,0	9,6	10,2	9,2
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; gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée; toxi-infection alimentaire).

Source: Fichier MADO, MSSS (juillet 2004)

Pré[illegible]par: E[illegible]nité M[illegible]SP M[illegible]al-Ce[illegible]



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, 2003

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	4	2	1	0	6	1	2	1
Botulisme	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucellose	0	1	0	0	0	0	0	0
Campylobactériose	3	20	8	5	23	26	5	8
Chancre mou	0	0	0	0	0	0	0	0
Chlamydiose (*C. trachomatis*)	43	97	54	19	59	51	68	57
Choléra	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	2	6	1	0	4	2	1	2
Cryptosporidiose	0	0	0	0	0	0	0	0
Cyclosporose	0	0	0	0	0	0	0	0
Éclosion à ERV	0	0	0	0	0	0	0	0
Éclosion à SARM	0	0	0	0	0	0	0	0
Encéphalite virale transmise par arthropodes	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre paratyphoïde	0	0	0	1	0	0	0	0
Fièvre Q	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre typhoïde	0	1	0	0	0	1	0	0
Gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica*	1	1	0	0	0	1	0	0
Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée	1	0	2	0	1	1	1	1
Giardiase	9	12	5	5	16	7	1	2
Granulome inguinal	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, infection invasive	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite A	0	8	1	0	2	0	0	3
Hépatite B, infection aiguë	0	0	1	1	4	0	0	0
Hépatite B, porteur	8	23	11	6	42	12	11	5
Hépatite B, statut non-précisé	2	2	1	2	9	3	3	1
Hépatite C, infection aiguë	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite C, statut non-précisé	10	22	20	14	51	21	13	15
Hépatite virale, sans précision	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection à Hantavirus	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection à HTLV (I ou II)	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection à SARV	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection gonococcique	3	11	5	6	14	8	3	3
Infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine	1	1	0	0	0	0	0	0
Infection invasive à *E. coli* (SHU ou PPT)	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection invasive à méningocoques	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection par le VIH (associée à un don de sang)	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection par le virus du Nil occidental	0	0	0	0	0	0	0	0
Légionellose	0	1	0	0	0	1	0	0
Lèpre	0	0	0	0	0	0	0	0
Listériose	2	0	0	0	0	0	0	0
Lymphogranulomatose vénérienne	0	0	0	0	0	0	0	0
Maladie de Lyme	0	0	0	0	0	0	0	0
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludisme	0	3	2	1	0	1	1	1
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
Salmonellose	15	25	8	1	10	8	7	5
Shigellose	2	1	1	2	10	4	2	0
Streptococcus pneumoniae, infection invasive	5	9	4	2	20	14	9	6
Streptocoque du groupe A, infection invasive	3	2	1	1	3	0	5	2
Syphilis congénitale	0	0	0	0	0	0	0	0
Syphilis primaire	0	0	0	1	1	1	0	0
Syphilis secondaire	0	0	1	1	2	1	0	1
Syphilis latente < 1 an	0	1	1	0	2	1	0	0
Syphilis latente ≥ 1 an	0	1	0	0	4	3	0	0
Syphilis autre	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire	1	1	2	0	0	0	0	0
Tuberculose	3	4	4	2	5	3	4	1
Tularémie	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	118	255	134	70	288	171	136	114

Source: Fichier MADO, MSSS (juillet 2004)
Préparé par: BSE, Unité MI, DRSP Montréal-Centre

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

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2003

MALADIE*	CLSC							
	Mercier-Est/ Anjou	Olivier-Guimond	Hochelaga-Maisonneuve	de Rosemont	Saint-Léonard	Côte-des-Neiges	René-Cassin	NDG/ Montréal Ouest
Amibiase	0	3	13	4	3	7	2	4
Botulisme	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucellose	0	0	0	0	0	0	0	0
Campylobactériose	12	8	15	11	10	40	5	4
Chancre mou	0	0	0	0	0	0	0	0
Chlamydiose (*C. trachomatis*)	65	37	96	125	49	119	25	67
Choléra	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	2	3	2	2	2	3	2	3
Cryptosporidiose	0	0	0	0	0	0	0	0
Cyclosporose	0	0	0	0	0	0	0	0
Éclosion à ERV	0	0	0	0	0	0	0	0
Éclosion à SARM	0	0	0	0	0	0	0	0
Encéphalite virale transmise par arthropodes	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre paratyphoïde	0	0	0	0	0	2	0	0
Fièvre Q	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre typhoïde	0	0	0	0	0	2	0	0
Gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica*	0	1	1	4	2	4	0	0
Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée	2	3	2	3	0	1	1	0
Giardiase	7	3	10	7	4	15	0	9
Granulome inguinal	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, infection invasive	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite A	1	0	1	2	0	2	0	6
Hépatite B, infection aiguë	2	0	2	2	0	2	0	3
Hépatite B, porteur	12	8	8	11	22	84	12	20
Hépatite B, statut non-précisé	2	1	5	8	5	12	1	2
Hépatite C, infection aiguë	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite C, statut non-précisé	23	6	25	32	25	54	18	27
Hépatite virale, sans précision	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection à Hantavirus	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection à HTLV (I ou II)	0	0	0	0	0	0	1	0
Infection à SARV	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection gonococcique	13	6	28	16	5	25	6	7
Infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine	1	0	0	3	1	0	0	0
Infection invasive à *E. coli* (SHU ou PPT)	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection invasive à méningocoques	1	0	0	0	0	0	1	0
Infection par le VIH (associée à un don de sang)	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection par le virus du Nil occidental	1	0	0	0	0	1	1	1
Légionellose	0	0	0	0	0	0	0	0
Lèpre	0	0	0	0	0	0	0	0
Listériose	0	0	0	0	0	0	0	0
Lymphogranulomatose vénérienne	0	0	0	0	0	0	0	0
Maladie de Lyme	0	0	0	0	0	0	0	0
Oreillons	0	1	0	0	0	0	0	0
Paludisme	0	0	0	1	0	4	0	4
Psittacose	0	0	0	0	0	0	0	0
Rage	0	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole	0	0	0	0	0	2	0	0
Rubéole	0	0	0	0	0	0	0	0
Salmonellose	8	3	7	9	13	18	5	7
Shigellose	4	2	1	8	4	15	2	3
Streptococcus pneumoniae, infection invasive	14	6	13	15	9	17	5	5
Streptocoque du groupe A, infection invasive	2	0	2	4	4	8	2	3
Syphilis congénitale	0	0	0	0	0	0	0	0
Syphilis primaire	0	0	3	2	0	0	0	0
Syphilis secondaire	0	0	4	1	0	0	1	2
Syphilis latente < 1 an	0	0	0	0	1	0	0	0
Syphilis latente ≥ 1 an	0	0	3	3	0	5	1	1
Syphilis autre	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire	2	0	0	0	0	0	1	0
Tuberculose	2	4	5	0	5	17	1	9
Tularémie	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	176	95	246	273	164	459	93	187

Source: Fichier MADO, MSSS (juillet 2004)
Préparé par: BSE, Unité MI, DRSP Montréal-Centre

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

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2003

MALADIE*	CLSC							
	Métro	St-Louis-du-Parc	St-Henri	Montréal-Nord	Saint-Michel	Ahuntsic	Nord de l'Île	Saint-Laurent
Amibiase	9	11	5	6	1	5	3	2
Botulisme	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucellose	0	0	0	0	0	0	0	0
Campylobactériose	13	16	5	13	3	16	11	14
Chancre mou	0	0	0	0	0	0	0	0
Chlamydiose (*C. trachomatis*)	61	53	44	104	106	95	52	55
Choléra	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	2	3	1	2	3	0	1	0
Cryptosporidiose	0	0	0	0	0	0	0	0
Cyclosporose	0	0	0	0	0	0	0	0
Éclosion à ERV	0	0	0	0	0	0	0	0
Éclosion à SARM	0	0	0	0	0	0	0	0
Encéphalite virale transmise par arthropodes	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre paratyphoïde	0	0	1	0	0	0	1	0
Fièvre Q	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre typhoïde	0	1	1	0	3	1	0	0
Gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica*	1	0	1	0	2	1	0	2
Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée	3	2	1	0	2	0	0	1
Giardiase	20	13	8	10	13	10	3	4
Granulome inguinal	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, infection invasive	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite A	3	0	2	4	0	1	2	0
Hépatite B, infection aiguë	2	1	1	0	1	1	0	0
Hépatite B, porteur	20	4	4	22	22	25	22	37
Hépatite B, statut non-précisé	6	2	1	2	10	3	7	3
Hépatite C, infection aiguë	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite C, statut non-précisé	28	10	33	27	34	62	25	34
Hépatite virale, sans précision	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection à Hantavirus	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection à HTLV (I ou II)	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection à SARV	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection gonococcique	14	19	11	11	11	4	0	2
Infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine	0	0	1	2	0	1	2	0
Infection invasive à *E. coli* (SHU ou PPT)	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection invasive à méningocoques	3	0	1	1	0	0	0	1
Infection par le VIH (associée à un don de sang)	0	0	0	0	0	0	0	0
Infection par le virus du Nil occidental	0	0	1	0	1	0	0	0
Légionellose	0	0	0	0	0	1	0	0
Lèpre	0	0	0	0	0	0	0	0
Listériose	0	0	0	0	0	1	0	0
Lymphogranulomatose vénérienne	0	0	0	0	0	0	0	0
Maladie de Lyme	0	0	0	0	0	0	0	0
Oreillons	0	0	0	0	1	1	0	0
Paludisme	2	1	0	0	2	4	2	5
Psittacose	0	0	0	0	0	0	0	0
Rage	0	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole	0	0	1	0	0	0	0	0
Rubéole	0	0	0	0	0	0	0	0
Salmonellose	3	2	6	12	9	12	3	8
Shigellose	6	5	6	2	3	2	1	5
Streptococcus pneumoniae, infection invasive	8	5	4	15	9	9	3	14
Streptocoque du groupe A, infection invasive	3	2	1	4	2	2	1	2
Syphilis congénitale	0	0	0	0	0	0	0	0
Syphilis primaire	1	2	0	0	0	1	0	0
Syphilis secondaire	3	2	2	1	1	1	2	2
Syphilis latente < 1 an	0	2	0	0	1	0	0	0
Syphilis latente ≥ 1 an	4	1	2	5	3	1	0	2
Syphilis autre	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire	1	0	0	0	0	1	0	3
Tuberculose	10	2	1	12	15	4	8	12
Tularémie	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	226	159	145	255	258	265	149	208

Source: Fichier MADO, MSSS (juillet 2004)
Préparé par: BSE, Unité MI, DRSP Montréal-Centre

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

RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, 2003

MALADIE*	CLSC						Région 06
	des Faubourgs	du Plateau Mont-Royal	Parc Extension	Villeray	La Petite Patrie	Inconnu	
Amibiase	13	13	3	3	7	10	144
Botulisme	0	0	0	0	0	0	0
Brucellose	0	0	0	0	0	0	1
Campylobactériose	17	14	2	17	10	13	367
Chancre mou	0	0	0	0	0	0	0
Chlamydiose (*C. trachomatis*)	104	80	29	97	57	1546	3514
Choléra	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	1	2	0	2	0	0	54
Cryptosporidiose	0	0	0	0	0	0	0
Cyclosporose	0	0	0	0	0	0	0
Éclosion à ERV	0	0	0	0	0	0	0
Éclosion à SARM	0	0	0	0	0	0	0
Encéphalite virale transmise par arthropodes	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre paratyphoïde	0	0	1	0	1	0	7
Fièvre Q	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre typhoïde	1	0	0	0	0	0	11
Gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica*	1	2	0	0	0	2	27
Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée	1	0	0	0	2	8	39
Giardiase	18	15	3	7	9	22	267
Granulome inguinal	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae, infection invasive	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite A	3	1	3	5	1	1	52
Hépatite B, infection aiguë	2	3	0	1	0	0	29
Hépatite B, porteur	31	6	21	28	11	6	554
Hépatite B, statut non-précisé	12	5	6	6	3	36	161
Hépatite C, infection aiguë	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite C, statut non-précisé	34	15	20	23	26	254	1001
Hépatite virale, sans précision	0	0	1	0	0	0	1
Infection à Hantavirus	0	0	0	0	0	0	0
Infection à HTLV (I ou II)	0	0	0	0	0	3	4
Infection à SARV	0	0	0	0	0	0	0
Infection gonococcique	78	32	4	16	14	130	505
Infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine	0	0	0	0	0	0	13
Infection invasive à *E. coli* (SHU ou PPT)	0	0	0	0	0	0	0
Infection invasive à méningocoques	0	1	0	0	1	0	10
Infection par le VIH (associée à un don de sang)	0	0	0	0	0	0	0
Infection par le virus du Nil occidental	0	0	0	0	0	0	6
Légionellose	0	0	0	0	0	0	3
Lèpre	0	0	0	0	0	0	0
Listériose	0	0	0	0	0	0	3
Lymphogranulomatose vénérienne	0	0	0	0	0	1	1
Maladie de Lyme	0	0	0	0	0	0	0
Oreillons	0	1	0	0	0	0	4
Paludisme	2	3	1	3	1	7	51
Psittacose	0	0	0	0	0	0	0
Rage	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole	0	0	0	0	0	0	3
Rubéole	0	0	0	0	0	0	0
Salmonellose	7	4	6	5	6	2	234
Shigellose	20	7	0	9	4	1	132
Streptococcus pneumoniae, infection invasive	20	4	4	6	3	7	264
Streptocoque du groupe A, infection invasive	4	1	3	2	2	1	72
Syphilis congénitale	0	0	0	0	0	0	0
Syphilis primaire	8	2	0	3	1	6	32
Syphilis secondaire	10	3	0	1	2	15	59
Syphilis latente < 1 an	7	0	0	0	1	8	25
Syphilis latente ≥ 1 an	0	2	2	1	1	17	62
Syphilis autre	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire	0	0	2	0	0	3	17
Tuberculose	12	6	12	9	4	1	177
Tularémie	0	0	0	0	0	0	0
Total	406	222	123	244	167	2100	7906

Source: Fichier MADO, MSSS (juillet 2004)
Préparé par: BSE, Unité MI, DRSP Montréal-Centre

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

2003

MALADIE*	MONTRÉAL-CENTRE			QUÉBEC HORS MTL-CENTRE			CANADA 2000		
	Ordre	Nombre	Taux	Ordre	Nombre	Taux	Ordre	Nombre	Taux
Chlamydiose génitale (C.trachomatis)	1	3504	191.2	1	8866	157.7	1	46414	150.7
Hépatite C, statut non-précisé	2	1001	54.6	3	1562	27.8	2	18797	61.0
Infection gonococcique	3	505	27.6	7	376	6.7	4	6207	20.2
Campylobactériose	4	367	20.0	2	1979	35.2	3	12352	40.1
Giardiase	5	267	14.6	5	672	11.9	6	5015	16.3
Inf. invasive par strep. pneumoniae	6	264	14.4	6	600	10.7			
Salmonellose	7	234	12.8	4	859	15.3	5	5655	18.4
Tuberculose	8	177	9.7	12	79	1.4	9	1694	5.5
Amibiase	9	144	7.9	13	69	1.2			
Shigellose	10	132	7.2	11	97	1.7	10	1139	3.7
Syphilis primaire et secondaire	11	91	5.0	20	28	0.5	16	90	0.3
Syphilis, autres	12	87	4.7	16	51	0.9	29	0	0.0
Streptocoque A, infection invasive	13	72	3.9	9	208	3.7			
Coqueluche	14	54	2.9	8	228	4.1	7	4954	16.1
Hépatite A	15	52	2.8	17	49	0.9	12	489	1.6
Paludisme	16	51	2.8	15	59	1.0	13	427	1.4
Hépatite B aigu‰	17	29	1.6	14	63	1.1	11	981	3.2
Entérite à Y. enterocolitica	18	27	1.5	10	114	2.0			
E. coli O157:H7/vérotoxigŠne	19	13	0.7	10	114	2.0	8	2714	8.8
FiŠvre typhoïde	20	11	0.6	27	5	0.1	17	87	0.3
Inf. envah. à méningocoque	21	10	0.5	18	48	0.9	14	241	0.8
FiŠvre paratyphoïde	22	7	0.4	21	26	0.5	27	0	0.0
Infection par le virus du Nil occ.	23	6	0.3	24	11	0.2			
Infection à HTLV (I ou II)	24	4	0.2						
Oreillons	24	4	0.2	30	2	0.0	18	87	0.3
Légionellose	25	3	0.2	23	12	0.2	19	58	0.2
Listériose	25	3	0.2	31	1	0.0			
Rougeole	25	3	0.2				15	199	0.6
Brucellose	26	1	0.1	31	1	0.0	22	6	0.0
Lymphogranulomatose vénérienne	26	1	0.1						
FiŠvre Q				19	38	0.7			
Inf. envah. à H. influenzae				22	19	0.3	20	29	0.1
Tularémie				25	8	0.1			
Trichinose				26	6	0.1			
Botulisme				28	4	0.1	25	4	0.0
Hépatite C aigu‰				29	3	0.1			
Psittacose				30	2	0.0			
Encéph. transmise par arthropodes				31	1	0.0			
Rubéole							21	29	0.1
LŠpre							23	6	0.0
Choléra							24	5	0.0
Tétanos							26	3	0.0
Poliomyélite							28	0	0.0

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	9 426	9 858	19 284
1-4	38 614	39 999	78 613
5-9	50 987	52 825	103 812
10-14	49 553	51 279	100 832
15-19	47 849	49 693	97 542
20-24	58 532	59 377	117 909
25-29	66 253	68 119	134 372
30-39	141 735	151 421	293 156
40-59	265 875	253 666	519 541
60+	217 883	149 486	367 369
Total	946 707	885 723	1 832 430

Province

Groupe d'âge	Masculin	Féminin	Total
<1	35 812	37 585	73 397
1-4	145 538	152 014	297 552
5-9	212 082	220 873	432 955
10-14	236 769	246 224	482 993
15-19	220 165	231 803	451 968
20-24	244 578	256 919	501 497
25-29	242 918	253 545	496 463
30-39	519 747	542 033	1 061 780
40-59	1 152 723	1 146 881	2 299 604
60+	768 180	589 741	1 357 921
Total	3 778 512	3 677 618	7 456 130

Statistiques Canada, recensement 1996, Projections 2003

COMMENTAIRES

Concernant le Rapport sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire
Région de Montréal-Centre, 2003

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 2003 (décembre 2004)	**10 $**	
	ISBN 2-89494-459-4		

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