

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec



Direction de santé publique



MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Intoxications, infections et autres événements sous surveillance

Faits saillants 2015

Direction de santé publique
Centre intégré universitaire de santé
et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Octobre 2016

Québec



Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet
www.dspq.gc.ca, **section Documentation, rubrique Publications.**

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

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016
ISBN: 978-2-550-74968-4 (version électronique)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :
BROUSSEAU, Nicholas, et autres. *Maladies à déclaration obligatoire, Intoxications, infections et autres événements sous surveillance*, Faits saillants 2015, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2016, 36 p.

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Auteurs

BROUSSEAU, Nicholas, M.D.
Service Prévention et protection des maladies infectieuses

LALIBERTÉ, Denis, M.D.
Équipe Santé au travail

MESSELY, Marie-Claude, M.D.
Service Prévention et protection des maladies infectieuses

PARADIS, André, M.D.
Service Prévention et protection des maladies infectieuses

THÉRIAULT, Nathanaëlle, M.D.
Service Prévention et protection des maladies infectieuses

VILLENEUVE, Jasmin, M.D.
Service Prévention et protection des maladies infectieuses

Collaborateurs

BEAUDET, Marie-France, M.D.
Service Prévention et protection des maladies infectieuses

POIRIER, Dominique, infirmière clinicienne
Service Prévention et protection des maladies infectieuses

Coordonnatrice

COX, Gail, coordonnatrice
Service Prévention et protection des maladies infectieuses

Soutien administratif

MUNGER, Marika, technicienne de recherche
Équipe Santé au travail

Secrétariat

DEL CASTILLO, María Helena, agente administrative
Service Prévention et protection des maladies infectieuses

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier tous les professionnels de la santé qui ont déclaré et collaboré à l'enquête des maladies à déclaration obligatoire en 2015.

Ils remercient également les professionnels de santé publique qui ont réalisé la vigie, les enquêtes et les interventions liées à ces maladies.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	5
LISTE DES TABLEAUX	9
LISTE DES FIGURES	11
LISTE DES ACRONYMES	13
INTRODUCTION	15
MÉTHODOLOGIE	15
MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE ET SIGNALEMENTS D'ORIGINE INFECTIEUSE	17
1. Infections transmissibles sexuellement et par le sang.....	17
2. Maladies évitables par la vaccination	19
2.1. <i>Infections invasives à méningocoques</i>	19
2.2. <i>Coqueluche</i>	20
2.3. <i>Rougeole</i>	20
3 Maladies transmissibles par gouttelettes et voie aérienne	21
3.1. <i>Légionellose</i>	21
3.2. <i>Tuberculose</i>	22
4. Maladies entériques.....	24
4.1. <i>Toxi-infections alimentaires</i>	24
4.2. <i>Écllosion de shigellose</i>	24
5. Maladies à surveillance extrême.....	26
Maladie à virus Ébola	26
6. Signalements	27
6.1. <i>SARM communautaire</i>	27
6.2. <i>Contamination possible par des liquides biologiques</i>	27
MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE ET SIGNALEMENTS D'ORIGINE CHIMIQUE OU PHYSIQUE	29
1. Maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique ou physique	29
1.1. <i>Intoxications au plomb</i>	30
1.2. <i>Intoxications au monoxyde de carbone (CO)</i>	31

1.3. Maladies liées à l'amiante	32
2. Signalements	33
Agrégat de surdoses causées par le Fentanyl	33
CONCLUSION	35

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre (N ^{bre}) et pourcentage (%) de cas déclarés et confirmés de maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique ou physique (non infectieuse) par contaminant, région de la Capitale-Nationale, 2015.29
-----------	--

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Nombre de cas déclarés, région de la Capitale-Nationale, 2015 et moyenne 2010-2014.	17
Figure 2	Nombre de cas déclarés de coqueluche dans la région de la Capitale-Nationale, janvier à décembre 2015.	20
Figure 3	Nombre de cas et taux d'incidence (par 100 000 personnes-années) de la légionellose, dans la région de la Capitale-Nationale, de 2002 à 2015...	21
Figure 4	Incidence (nombre de cas) de tuberculose par année, région de la Capitale-Nationale, 2005 à 2015; taux d'incidence comparatif (cas pour 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 2005 à 2015.....	22
Figure 5	Proportion (%) des cas déclarés avec une plombémie supérieure à 1,25 µmol/L et nombre de cas avec un résultat de plombémie supérieure à 1,25 µmol/L, selon l'année de déclaration, région de la Capitale-Nationale, années 2006 à 2015	30

LISTE DES ACRONYMES

DSPublique	Direction de santé publique
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MVE	Maladie à virus Ebola
SARM-C	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline avec un profil communautaire
TB	Tuberculose
TIA	Toxi-infections alimentaires
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

En vertu de la *Loi sur la santé publique*, plusieurs maladies sont à déclaration obligatoire à la santé publique par les médecins et les laboratoires. En 2015, un peu plus de 3500 maladies à déclaration obligatoire (MADO) ont été déclarées dans la région de la Capitale-Nationale. Ce nombre de déclarations était légèrement plus élevé que celui des années précédentes, principalement, en lien avec l'augmentation du nombre rapporté d'infections à *Chlamydia trachomatis* qui représentent plus de la moitié des MADO. La version actuelle « MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE, Intoxications, infections et autres événements sous surveillance, Faits saillants 2015 » vise à présenter sommairement aux intervenants du réseau de la santé une partie des déclarations et des interventions effectuées par la Direction de santé publique (DSPublique) en 2015. Les cas présentés ont été choisis en fonction de l'importance de la problématique pour la santé publique, de l'ampleur des interventions réalisées ainsi que de l'intérêt pour le lecteur visé. Cette version « Faits saillants » remplace le « Rapport annuel » publié par le passé.

MÉTHODOLOGIE

La majorité des données présentées ont été extraites du fichier des MADO infectieuses ou chimiques/physiques. Pour les MADO infectieuses, l'Infocentre de santé publique de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est l'interface utilisée pour extraire les données. Elles peuvent y être notamment consultées sous la forme de rapports annuels ou de liste de cas par maladie. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Excel.

Par ailleurs, la révision de certains dossiers traités au cours de l'année 2015 a permis de décrire plus précisément quelques MADO ou signalements ayant fait l'objet d'une enquête par la DSPublique.

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE ET SIGNALEMENTS D'ORIGINE INFECTIEUSE

1. Infections transmissibles sexuellement et par le sang

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) sont en hausse tant dans la région de la Capitale–Nationale que dans la province. Les taux observés dans la région, en 2015, sont cependant comparables ou inférieurs à ceux de la province.

En 2015, les ITSS totalisent plus de 2500 cas, soit 73,4 % de toutes les MADO d'origine infectieuse de la région. Pour la majorité des infections, le nombre de cas déclarés en 2015 est supérieur à la moyenne des 5 années antérieures (figure 1). Cette hausse est particulièrement marquée pour l'infection à *Chlamydia trachomatis*.

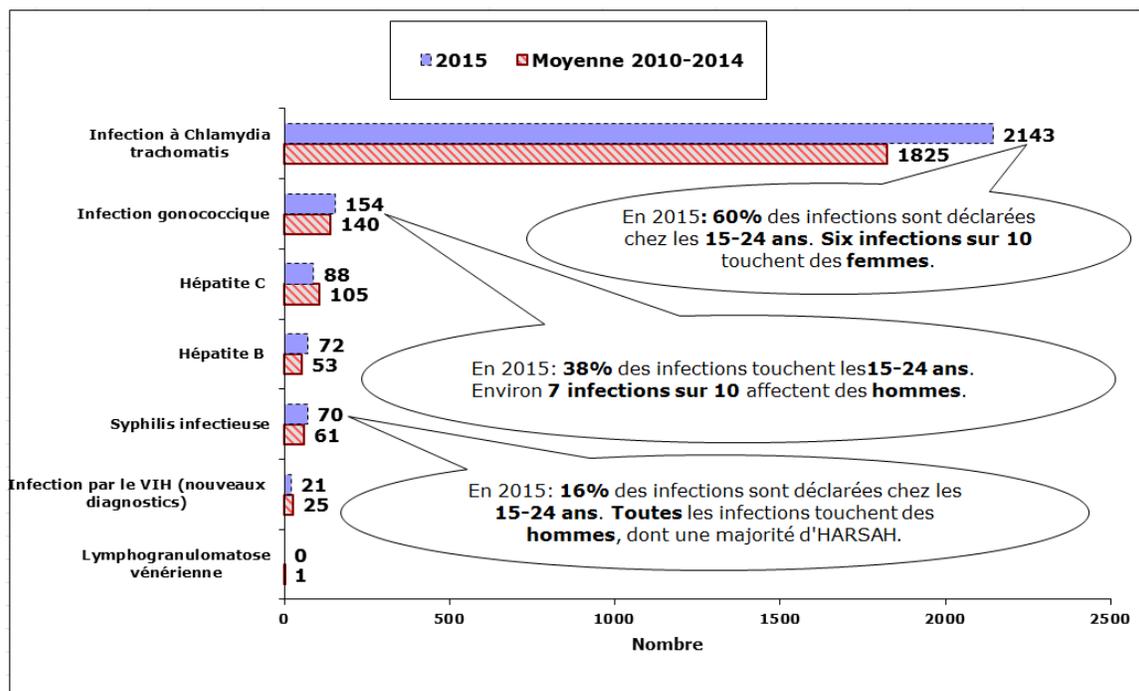


Figure 1. Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Nombre de cas déclarés, région de la Capitale-Nationale, 2015 et moyenne 2010-2014.

Sources : Institut national de santé publique du Québec (données extraites le 31 août 2016), Portail de l'Infocentre, consulté le 31 août 2016 et Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont particulièrement touchés par les ITSS, puisqu'ils représentent environ les deux tiers des infections à *Chlamydia trachomatis* et le tiers des infections gonococciques. Alors que 6 infections déclarées à *Chlamydia trachomatis* sur 10 affectent des femmes, les hommes sont davantage touchés par les autres ITSS.

Une hausse des cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an) touchant particulièrement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) a été observée en début d'année 2015. Les interventions suivantes ont été réalisées : vigie rehaussée; interventions préventives intensifiées auprès des cas et de leurs partenaires; sensibilisation des cliniciens et des intervenants à la problématique; activités de communication auprès des HARSAH. Il est possible que ces activités aient porté fruit puisqu'une baisse des déclarations a ensuite été observée.

Plus de 90 % des déclarations de cas d'hépatite B touchent des personnes en provenance de pays endémiques pour cette infection. En 2015, 2 infections aiguës ont été déclarées. Pour l'une d'elles, le facteur de risque le plus significatif rapporté à l'enquête était d'avoir été tatouée dans les mois précédant son diagnostic. Les mesures de prévention et de contrôle des infections et les pratiques de tatouage et de stérilisation ont été questionnées en détail à l'occasion d'une visite de l'entreprise concernée. Les pratiques de tatouage observées ne constituaient pas un risque de transmission d'ITSS et ont été jugées sécuritaires.

Pour ce qui est de l'hépatite C, la majorité des infections déclarées sont présumées chroniques; une seule infection aiguë a été confirmée en 2015. Enfin, selon les données du Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec, 36 cas de VIH ont été enregistrés dans la région en 2015, dont 21 considérés comme étant nouvellement diagnostiqués.

En résumé : les ITSS sont à la hausse dans la région, en particulier celles d'origine bactérienne. Les taux observés sont cependant comparables ou inférieurs à ceux de la province. Après un début d'année marqué par une hausse des cas rapportés de syphilis infectieuse, une baisse des déclarations a été observée en cours d'année 2015, possiblement en lien avec les interventions réalisées par la DSPublique en collaboration avec les partenaires impliqués.

2. Maladies évitables par la vaccination

2.1. Infections invasives à méningocoques

En 2015, 4 cas d'infection invasive à méningocoques ont été déclarés dans la région de la Capitale-Nationale (3 de séro groupe B et 1 de séro groupe W135). Ce nombre est inférieur à la moyenne des 5 années précédentes (14 cas avec une étendue de 9 à 21 cas). Depuis 2011, le nombre de cas déclarés par année est constamment à la baisse, autant dans la région que dans la province.

En résumé : Infection invasive à méningocoques : une situation régionale stable.

2.2. Coqueluche

Une augmentation du nombre de cas de coqueluche a été rapportée à partir de la fin de l'été 2015, avec un pic de 24 cas observés en novembre (figure 2). Une telle hausse est cyclique et survient à chaque période de 3 à 5 ans au Québec et ailleurs dans le monde. Les cliniciens de la région ont été avisés de cette situation afin de favoriser le diagnostic précoce de cette infection. Le taux d'incidence de coqueluche dans la région, soit 8 cas pour 100 000 personnes-année, n'était pas plus élevé que la moyenne provinciale de 12 cas pour 100 000 personnes-année.

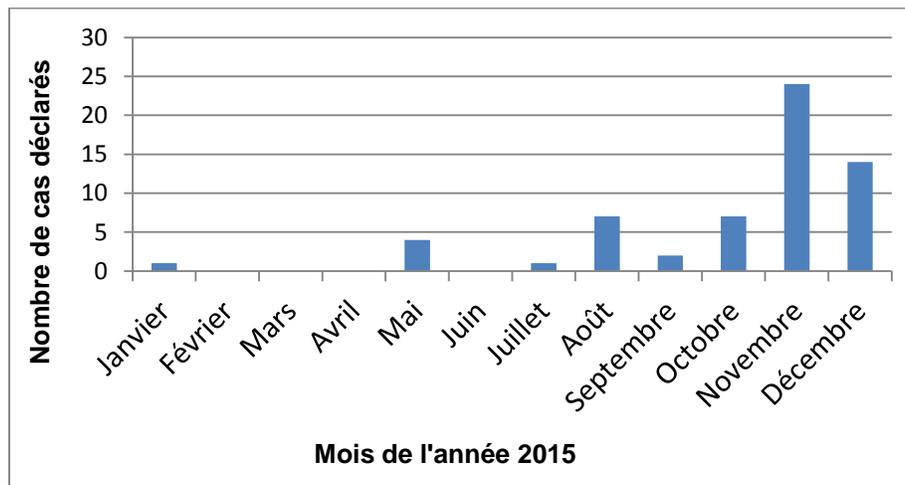


Figure 2. Nombre de cas déclarés de coqueluche dans la région de la Capitale-Nationale, janvier à décembre 2015.

Source : Institut national de santé publique du Québec (données extraites le 15 août 2016), Portail de l'Infocentre.

En résumé : une augmentation du nombre de cas de coqueluche a débuté à l'été 2015 dans la région de la Capitale-Nationale et dans la province.

2.3. Rougeole

Un seul cas de rougeole a été rapporté dans notre région en 2015, une première depuis l'éclosion provinciale survenue en 2011. La personne atteinte a été exposée à l'extérieur du Canada, dans un pays où la rougeole est endémique. Les cliniciens de la région ont été avisés de la situation et un suivi a été fait auprès des personnes ayant été en contact avec le cas de rougeole durant sa période de contagiosité. Le cas index a généré un cas secondaire dans une autre région de la province. Aucun autre cas de rougeole n'a cependant été rapporté dans la région de la Capitale-Nationale en 2015.

3 Maladies transmissibles par gouttelettes et voie aérienne

3.1. Légionellose

En 2015, 13 cas de légionellose ont été déclarés dans la région de la Capitale-Nationale. Si l'on exclut l'écllosion de 2012, il s'agit du plus grand nombre de cas déclarés en une année depuis le début des années 2000 (figure 3). Il s'agit tous de cas sporadiques.

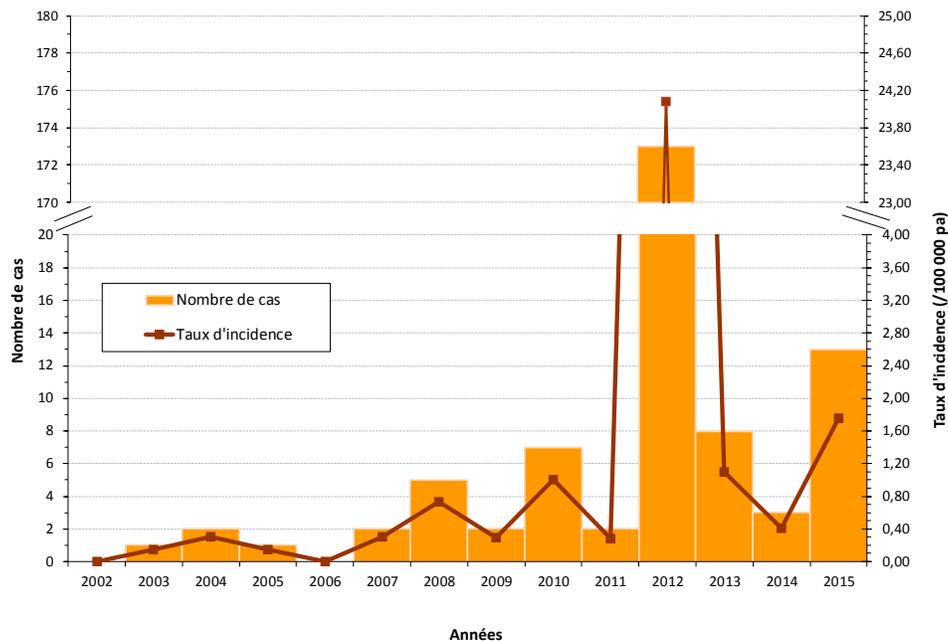


Figure 3. Nombre de cas et taux d'incidence (pour 100 000 personnes-année) de la légionellose, dans la région de la Capitale-Nationale, de 2002 à 2015

Source : Institut national de santé publique du Québec (données extraites le 30-08-2016), Portail de l'Infocentre.

Pour un cas, la source de contamination a été confirmée en lien avec le réseau d'eau chaude de son logement. Pour les autres cas, la source n'a pu être identifiée. Une personne a acquis son infection lors d'un voyage à l'extérieur du Canada. Cinq cas demeuraient à l'intérieur d'un rayon de moins de 3 kilomètres l'un de l'autre. Les investigations supplémentaires n'ont pas permis d'identifier une source commune pour ces cinq cas.

3.2. Tuberculose

En 2015, 10 cas de tuberculose (TB) active ont été déclarés dans la région de la Capitale-Nationale. Ce nombre de cas est exactement le même que la moyenne des 10 années précédentes (2005 à 2014), soit 10 cas par année (figure 4).

Le taux d'incidence calculé pour l'année 2015 est de 1,36 cas pour 100 000 personnes-année, ce qui est comparable au taux moyen des 10 dernières années qui est de 1,41 cas pour 100 000 personnes par année (figure 4).

La cible du Plan d'action régional de santé publique 2009-2012, qui a été prolongé jusqu'en 2015, était de « Maintenir le taux d'incidence annuelle de la tuberculose active à moins de 2 cas par 100 000 personnes-année dans la population générale. » Cet objectif a donc été atteint en 2015, comme dans 5 des 6 années précédentes (2009 à 2014, sauf 2012).

Si l'on compare le taux d'incidence de la TB en 2015 dans notre région à celui de la province de Québec, il est statistiquement inférieur au taux provincial de 2015 (1,36/100 000 personnes-année et 2,95/100 000 personnes-année, respectivement (figure 4).

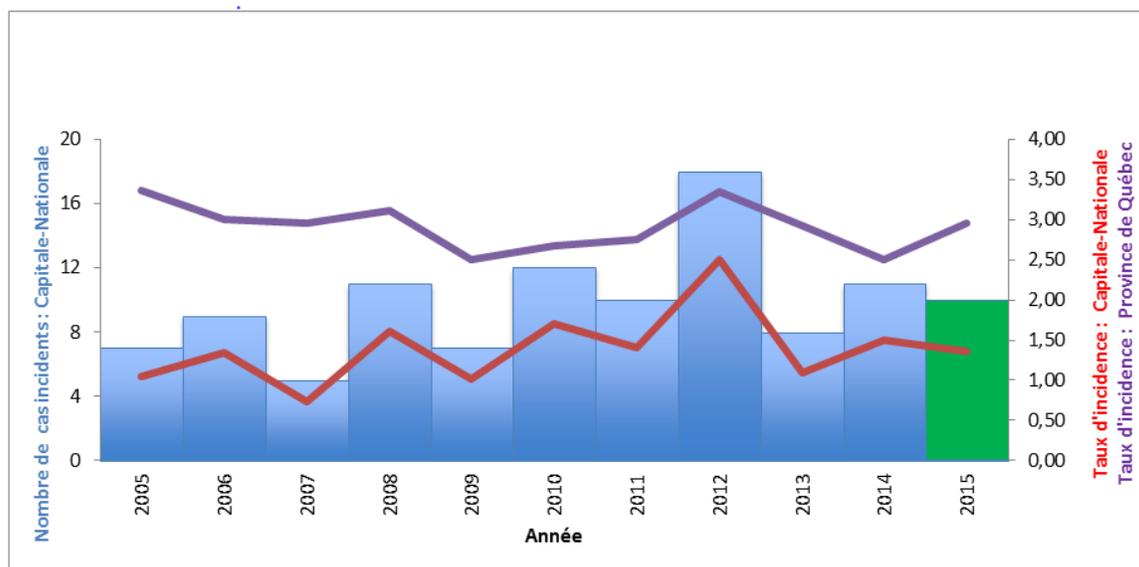


Figure 4. Incidence (nombre de cas) de tuberculose par année, région de la Capitale-Nationale, 2005 à 2015; taux d'incidence comparatif (cas pour 100 000 personnes-année), région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 2005 à 2015.

Source : Institut national de santé publique du Québec (données extraites le 31 août 2016), Portail de l'Infocentre.

La distribution des cas de TB par sexe en 2015 est la suivante : 5 hommes et 5 femmes. L'âge des cas en 2015 se distribue dans différents groupes d'âge, avec deux pics de cas dans les catégories des 15-44 ans et des 75 ans et plus. Des pics d'incidence dans ces groupes d'âge ont aussi été observés au cours des 10 années précédentes.

Sept (7) cas sur 10 sont des personnes issues de l'immigration, dont la moyenne d'âge est de 41 ans (étendue = 18 à 79 ans). Trois (3) cas sur 10 sont des personnes nées au Canada, dont la moyenne d'âge est de 85 ans (étendue = 84 à 86 ans).

Des 10 cas de TB déclarés en 2015, 6 cas (5 TB pulmonaires et 1 TB pulmonaire et ganglionnaire) ont été considérés contagieux au moment de la déclaration et ont nécessité une intervention auprès de 82 contacts. Les 4 autres cas n'ont pas été considérés contagieux (3 TB ganglionnaires et 1 TB articulaire).

4. Maladies entériques

4.1. Toxi-infections alimentaires

Au cours de l'année 2015, 19 suspicions de toxi-infections alimentaires (TIA) ont été déclarées à la DSPublique (10 en 2014). Les déclarations se sont échelonnées tout au long de l'année avec une légère prédominance au cours du printemps. Le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) a été impliqué dans la majorité des cas.

Toutes les déclarations ont donné lieu à des investigations qui se sont soldées, soit par un diagnostic de transmission virale probable de personne à personne ou soit par un diagnostic possible de contamination d'un aliment (problème de salubrité, manipulateur d'aliment malade, etc.). Aucun prélèvement environnemental ou humain n'a permis d'identifier précisément la source de contamination.

Quatre de l'ensemble des déclarations ont touché un nombre assez élevé de personnes et ont fait l'objet d'enquêtes plus élaborées :

- En avril 2015, environ la moitié d'un groupe de 120 personnes ayant assisté à un souper spectacle (buffet) a été atteinte de symptômes assez sévères. Les aliments soupçonnés à l'analyse statistique étaient les crudités et la trempette;
- Au début mai 2015, 99 personnes malades et 15 non malades ont répondu à un questionnaire sur la consommation d'aliments préparés par un traiteur (pâtisserie X). Plusieurs personnes ont consulté un médecin et 1 personne a été hospitalisée. La durée médiane des symptômes a été établie à 48 heures. Une association statistique a été mise en évidence avec la consommation d'un gâteau framboisier et de son coulis au chocolat;
- À la fin mai 2015, l'investigation d'une TIA a permis de soupçonner fortement un gâteau mousse aux framboises produit par la pâtisserie X (la même pâtisserie dont il est question au paragraphe précédent). Les résultats des nombreux prélèvements alimentaires effectués par le MAPAQ (restaurant, domicile, pâtisserie, fournisseur de framboises) ont été négatifs. Aucune culture de selles n'a été obtenue pour analyse.
- En décembre 2015, l'investigation n'a pas permis d'identifier d'aliment précis responsable des symptômes chez 10 personnes malades sur un groupe de 49 personnes. Une transmission virale a été soupçonnée dans ce cas.

Dans la grande majorité des cas, aucun prélèvement de selles n'a été obtenu. Il serait important de favoriser la réalisation de cet examen lorsqu'une consultation médicale est requise de façon à améliorer notre capacité de santé publique à identifier la cause des toxi-infections alimentaires et à intervenir adéquatement par la suite.

En résumé : près de 20 suspicions de toxi-infections alimentaires ont été déclarées et investiguées au cours de l'année 2015. L'obtention de prélèvements de selles chez certaines personnes malades aiderait à identifier plus facilement la source d'infection lorsqu'un tel évènement survient.

4.2. Éclosion de shigellose

En 2015, une augmentation du nombre de cas de shigellose a été rapportée dans la province de Québec (338 cas). La majorité des régions ont observé une augmentation du nombre de cas déclarés incluant la Capitale-Nationale. Des 24 cas rapportés dans la région en 2015, une éclosion de 4 cas liés d'infection à *Shigella sonnei* a été identifiée. Les lieux d'acquisition possibles incluaient un service de garde. À la suite de l'enquête épidémiologique et l'intervention de santé publique, aucun autre cas n'a été rapporté.

5. Maladies à surveillance extrême

Maladie à virus Ébola

Dans le contexte de l'épidémie de maladie à virus Ébola (MVE) touchant 3 pays de l'Afrique de l'Ouest (Sierra Leone, Guinée et Libéria), les mesures particulières débutées en novembre 2014 pour renforcer les mesures de santé publique aux frontières ont été poursuivies en 2015. Ainsi, l'Agence de santé publique du Canada a identifié, à leur arrivée, tous les voyageurs ayant séjourné dans l'un de ces 3 pays. Ils ont dû être suivis pendant 21 jours pour la prise de température corporelle et la survenue de symptômes compatibles avec la MVE.

Pendant toute la durée de cette surveillance (de novembre 2014 à février 2016), la DSPublique a suivi 186 personnes dans la région de la Capitale-Nationale, après leur arrivée au Canada. Ces voyageurs étaient des réfugiés, des travailleurs humanitaires ou encore des personnes (résidents canadiens ou non) ayant seulement visité au moins l'un des pays affectés. Quatre (4) personnes ont été considérées comme des contacts à risque modéré et 182 à risque faible. Aucune de ces personnes n'a développé de symptômes compatibles avec une MVE (d'ailleurs, aucun cas de MVE n'a été identifié au Canada).

Le 11 décembre 2015, les mesures particulières pour les voyageurs de retour de la Sierra Leone et du Libéria ont été levées. Pour ceux de retour de la Guinée, les mesures ont été levées le 5 février 2016.

À l'échelle mondiale, l'épidémie aura engendré 28 616 cas, dont 11 310 décès.

6. Signalements

6.1. SARM communautaire

Une éclosion d'infections par une souche de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline avec un profil communautaire (SARM-C) a été signalée dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Deux résidents et un employé ont présenté des infections cutanées (furoncles et abcès), dont l'agent pathogène a été confirmé comme étant du SARM-C. Le rehaussement des mesures de prévention des infections et un traitement de décolonisation des personnes atteintes ont permis de contrôler l'éclosion.

6.2. Contamination possible par des liquides biologiques

Une situation de contamination par des liquides biologiques dans un groupe d'étudiants d'une école nous a été signalée en juin 2015. Lors d'un enseignement sur l'utilisation du glucomètre, des étudiants se sont piqués avec des lancettes d'aiguilles. Il semble que plusieurs élèves du groupe aient pu s'être piqués avec la même aiguille. Une enquête épidémiologique a donc été instituée. Treize (13) étudiants ont été identifiés comme étant potentiellement une source de contamination et également une personne exposée. Ceci concernait les maladies virales suivantes : virus de l'hépatite B (VHB), virus de l'hépatite C (VHC) et virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Des prélèvements en série sur plusieurs mois ont été effectués chez les personnes concernées. En conclusion de l'enquête, aucune infection par le VHB n'a été documentée. Un (1) étudiant a éventuellement révélé qu'il n'avait pas été exposé et donc ne faisait pas partie des cas retenus. Chez les personnes exposées, aucune preuve de transmission de maladie n'a été trouvée chez les 10 étudiants testés jusqu'à la fin de la période de 6 mois recommandée. Deux (2) étudiants n'ont pas complété leurs tests de dépistage jusqu'à 6 mois pour le VHC et le VIH.

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE ET SIGNALEMENTS D'ORIGINE CHIMIQUE OU PHYSIQUE

1. Maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique ou physique

Au cours de l'année 2015, la DSPublique a reçu 117 déclarations de maladies à déclaration obligatoire d'origine physique ou chimique, incluant 7 cas d'intoxications au monoxyde de carbone de nature intentionnelle. Ceci représente une différence importante par rapport à l'année 2014 au cours de laquelle 74 MADO avaient été déclarées. Les contaminants qui ont été à la source du plus grand nombre de déclarations sont, par ordre de fréquence : le plomb, le monoxyde de carbone, l'amiante, les métaux autres que le plomb, les produits sensibilisants ou irritants pulmonaires et la silice (tableau 1).

TABLEAU 1 — Nombre (N^{bre}) et pourcentage (%) de cas déclarés et confirmés de maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique ou physique (non infectieuse) par contaminant, région de la Capitale-Nationale, 2015.

CONTAMINANTS	N ^{bre} - CAS DÉCLARÉS (%) ¹	N ^{bre} - CAS CONFIRMÉS (%) ¹
Plomb	39 (33,3 %)	38 (39,6 %)
Monoxide de carbone (CO)	36 (30,8 %)	29 (30,0 %) (excluant les 7 cas intentionnels)
Amiante	26 (22,2 %)	15 (15,6 %) (cas incidents en 2014 et 2015)
Métaux autres que le plomb	9 (7,7 %)	9 (9,3 %)
Produits chimiques sensibilisants ou irritants pulmonaires	3 (2,6 %)	3 (3,1 %)
Silice	3 (2,6 %)	1 (1,0 %) (cas incidents en 2014 et 2015)
Inconnu	1 (0,3 %)	1 (1,0 %)
TOTAL	117 (100 %)	96 (100 %)

Source : Système provincial d'enregistrement, de surveillance et de vigie sanitaire des maladies à déclaration obligatoire attribuables à un agent chimique ou physique (consulté le 15 juillet 2016).

1. Dans le cas de certaines maladies pulmonaires évolutives, par exemple la silicose, la DSPublique peut recevoir, en 2015, une déclaration d'un cas apparu plusieurs années auparavant, mais qui a simplement été réévaluée en 2015, en raison de son aggravation; dans cette situation, un cas de silicose, bien que déclaré en 2015 (cas déclaré), ne sera pas considéré comme un cas incident en 2015 (cas non confirmé), puisqu'il est apparu antérieurement. Le nombre de cas « confirmés » ne comprend que les cas incidents diagnostiqués en 2015 et en 2014.

1.1. Intoxications au plomb

En 2015, si l'on ne retient que le résultat individuel le plus élevé obtenu en cours d'année pour un même individu, 38 cas confirmés d'intoxication par le plomb ont été déclarés à la DSPublique, dont 36 étaient liés à une exposition professionnelle. La plupart de ces déclarations découlent des activités de surveillance médicale menées par les équipes de santé au travail.

Des 38 cas confirmés en 2015, la proportion des plombémies supérieures à 1,25 $\mu\text{mol/L}$ s'établissait à 5,2 % alors que cette proportion s'élevait à 22,2 % en 2014. Par ailleurs, le résultat le plus élevé observé en 2015 était de 3,33 $\mu\text{mol/L}$ (figure 5).

Le nombre de déclarations annuelles d'intoxication par le plomb doit toutefois toujours être interprété avec prudence pour les raisons suivantes :

- les déclarations ne proviennent pas d'un échantillon aléatoire des travailleurs de la région, mais découlent, le plus souvent, des activités des équipes de santé au travail de la région de la Capitale-Nationale qui ont pu se centrer sur des situations particulières d'exposition, dans les milieux de travail, dont la sévérité est variable d'une année à l'autre;
- les statistiques présentées dans la figure 5 sont des proportions parmi l'ensemble des cas déclarés. De ce fait, si moins de cas avec de faibles niveaux d'intoxication sont déclarés, une augmentation de la proportion des cas à plus fort niveau d'intoxication en résultera.

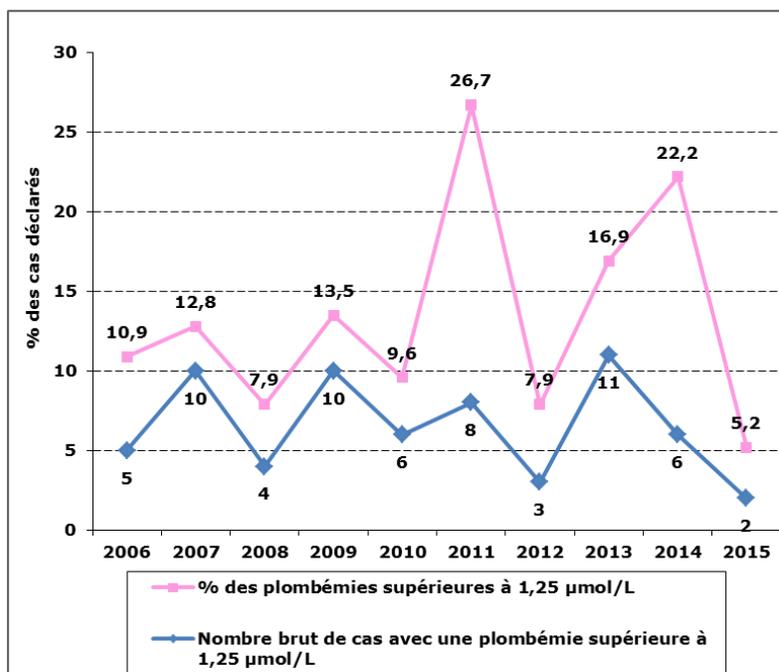


Figure 5. *Proportion (%) des cas déclarés avec une plombémie supérieure à 1,25 µmol/L et nombre de cas avec un résultat de plombémie supérieure à 1,25 µmol/L, selon l'année de déclaration, région de la Capitale-Nationale, années 2006 à 2015*

La valeur médiane des plombémies déclarées en 2015 a été de 0,66 µmol/L. Cette valeur s'inscrit dans une tendance générale à la baisse du niveau médian d'imprégnation saturnine des cas déclarés dans la région de la Capitale-Nationale observée depuis 10 ans.

En 2015, 42 % des déclarations d'intoxication par le plomb provenaient du secteur « autres industries des pièces et accessoires pour véhicules automobiles », 19 % du secteur « autres industries de la fabrication d'éléments de charpentes métalliques » et 17 % des « fonderies de fer ».

1.2. Intoxications au monoxyde de carbone (CO)

En 2015, 36 déclarations d'intoxication par le monoxyde de carbone ont été déclarées à la DSPublique, dont 29 étaient non intentionnelles; de ces dernières, 20 étaient d'origine professionnelle confirmée ou suspectée et 9 d'origine environnementale confirmée ou suspectée. Le nombre de déclarations s'avère sensiblement plus élevé que celui observé en 2014 (12 cas d'intoxication au CO). Près de la moitié des cas (14) ont été causés par les émanations provenant d'un système de chauffage (chaufferette ou poêle), d'un petit outil à moteur (polisseuse, laveuse) ou d'une génératrice.

Le nombre d'intoxications au monoxyde de carbone demeure toutefois largement sous-estimé par le système MADO. Les cas déclarés représentent surtout les cas les plus sérieusement intoxiqués qui ont dû être transférés pour un traitement en chambre hyperbare à l'Hôtel-Dieu de Lévis.

1.3. Maladies liées à l'amiante

Au cours de l'année 2015, la DSPublique a reçu 26 déclarations de maladies liées à l'amiante touchant des résidents de la région de la Capitale-Nationale. Toutefois, 15 d'entre elles touchaient des maladies diagnostiquées au cours des années 2014 et 2015, parmi lesquelles 2 travailleurs étaient atteints par 2 maladies liées à l'amiante. Des 15 maladies déclarées, 11 étaient des cas d'amiantose, alors que 3 cas de mésothéliome et 1 cas de cancer du poumon ont été rapportés. Certains milieux de travail sont plus touchés par ces maladies; c'est le cas, tout particulièrement, du secteur de la construction (travailleurs du bâtiment) dans lequel travaillaient 6 des 13 travailleurs atteints de maladies liées à l'amiante diagnostiquées en 2014 et 2015 (46 %).

En résumé : les données recueillies en 2015 sur les MADO chimiques ou physiques permettent d'attirer l'attention sur les éléments suivants :

1. Le nombre d'intoxications par le plomb déclarées a augmenté en 2015, bien que la proportion des résultats supérieurs à 1,25 µmol/L et la médiane des résultats déclarés s'inscrivent dans une tendance à l'amélioration au regard des niveaux de plombémie dans la région.
2. Les intoxications par le monoxyde de carbone occasionnées par l'utilisation de génératrices, de petits outils ou d'appareils de chauffage ont connu une recrudescence en 2015.
3. Les maladies liées à l'amiante ont représenté plus de 15 % des maladies non infectieuses à déclaration obligatoire chez des résidents de la région de la Capitale-Nationale. Une forte proportion des cas proviennent du secteur de la construction.

2. Signalements

Agrégat de surdoses causées par le Fentanyl

À la suite du signalement d'un médecin et d'informations provenant du Service de police de la Ville de Québec concernant des saisies de comprimés contrefaits de fentanyl et des décès suspects sous investigation, le directeur de santé publique a ordonné une enquête épidémiologique le 8 juillet 2015. Le produit vendu sur le marché noir comme étant de l'oxycodone se présentait sous la forme d'un comprimé bleu avec l'inscription A-215. Un groupe de travail mobilisant des partenaires intrasectoriels et intersectoriels a rapidement été mis sur pied et la vigie des surdoses a été rehaussée. Des appels à la vigilance ont été transmis aux cliniciens et aux intervenants du territoire, des affiches ont été installées dans des milieux stratégiques permettant de joindre la population consommant des drogues et des communications ont été faites dans les médias. Le nombre de surdoses sévères rapportées a diminué de façon significative par la suite. Le bilan de l'enquête couvrant la période de janvier à septembre 2015 fait état de 11 surdoses sévères reliées au fentanyl, dont 3 mortelles. Au total pour l'année 2015, on dénombre 13 surdoses sévères reliées au fentanyl, dont 4 mortelles. Les mécanismes mis en place lors de cet épisode ont notamment permis d'améliorer la vigilance de la Direction de santé publique et des partenaires vis-à-vis les surdoses en général, dont celles au fentanyl.

CONCLUSION

Les MADO entraînent des problèmes de santé importants chez les personnes atteintes et peuvent évoluer vers une éclosion ou une épidémie. Elles touchent aussi souvent des sous-groupes de population plus vulnérables. Pour ces raisons, elles nécessitent une vigilance étroite des autorités de santé publique. Il est essentiel d'en faire une surveillance adéquate, ce qui favorise l'application des mesures de contrôle et de prévention les plus pertinentes.

Ces faits saillants visaient principalement à rendre compte de la vigie et de la surveillance des MADO effectuée en 2015 et de certaines interventions qui en ont découlé. L'année 2015 a été, entre autres, marquée par le suivi des voyageurs de retour d'un pays affecté par la maladie à virus Ébola, par la hausse de la déclaration d'ITSS d'origine bactérienne et par la déclaration d'un nombre important de toxi-infections alimentaires nécessitant une enquête épidémiologique approfondie.

Plusieurs professionnels ont collaboré à la réalisation des activités liées à la surveillance et à la vigie des MADO de même qu'aux interventions de santé publique associées. Leur apport est essentiel au maintien et au développement de cette stratégie de santé publique.

**Direction de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
www.dspq.qc.ca**

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale*

Québec 