



# Portrait de santé 2019 de la population de la Capitale-Nationale

---

## Infections et intoxications

---

**Direction de santé publique du Centre intégré universitaire  
de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale  
Mai 2019**

Ce document est une réalisation de la Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

### **Coordination**

Nathalie Beaulieu, coordonnatrice  
Service Prévention et protection des maladies infectieuses (PPMI)

Sonia Dugal, adjointe au directeur et coordonnatrice  
Équipe Planification, évaluation, surveillance et administration (PESA)

### **Auteurs**

Du service PPMI :  
Marie-France Beaudet, M.D.  
Nicholas Brousseau, M.D.  
Natasha Desmarteau, conseillère en soins infirmiers responsable du dossier nosocomial  
Maryse Duchesne, conseillère en soins infirmiers  
André Paradis, M.D.  
Nathanaëlle Thériault, M.D.

Joël Riffon, agent de planification, de programmation et de recherche, équipe Santé et environnement

### **Relecture**

Isabelle Mauger, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe PESA

### **Remerciements**

Nous tenons à remercier tous les professionnels de la santé qui ont déclaré et collaboré à l'enquête des maladies à déclaration obligatoire en 2017. Nous remercions également les professionnels de santé publique qui ont réalisé la vigie, les enquêtes et les interventions liées à ces maladies.

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

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet  
[www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca](http://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca)

Dépôt légal, Bibliothèques et Archives nationales du Québec, 2019  
ISBN : 978-2-550-83959-0 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

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

Référence suggérée :

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Portrait de santé 2019 de la population de la Capitale-Nationale. Infections et intoxications*. Québec, Direction de santé publique, 2019, 18 p.

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

## TABLE DES MATIÈRES

---

<u>LISTE DES FIGURES</u> .....	4
<u>LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES</u> .....	5
<u>INTRODUCTION</u> .....	6
<u>FAITS SAILLANTS</u> .....	7
<u>Les infections transmises sexuellement et par le sang</u> .....	8
<u>L'utilisation de drogues par injection</u> .....	9
<u>Les maladies évitables par la vaccination</u> .....	10
<u>Les infections nosocomiales</u> .....	11
<u>Les maladies entériques</u> .....	12
<u>La tuberculose</u> .....	13
<u>La légionellose</u> .....	14
<u>Les zoonoses en contexte de changements climatiques</u> .....	15
<u>Les intoxications aiguës (surdoses) aux drogues et aux opioïdes</u> .....	16
<u>SOURCES</u> .....	17

## LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Évolution de l'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> , Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2008 à 2017.....	8
Figure 2.	Évolution de l'infection gonococcique, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2008 à 2017.....	8
Figure 3.	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> , répartition selon sexe et âge, Capitale-Nationale, 2017.....	8
Figure 4.	Infection gonococcique, répartition selon sexe et âge, Capitale-Nationale, 2017 .....	8
Figure 5.	Évolution du type de drogue injectée le plus souvent dans les 6 derniers mois (1 <sup>re</sup> visite annuelle), ville de Québec, SurvUDI-I-Track, 2010 à 2016.....	9
Figure 6.	Évolution des facteurs de risque des 6 derniers mois (1 <sup>re</sup> visite annuelle), ville de Québec, SurvUDI-I-Track, 1995 à 2016.....	9
Figure 7.	Couverture vaccinale contre l'hépatite B en 4 <sup>e</sup> année, RLS de l'école, Capitale-Nationale, année scolaire 2017-2018.....	10
Figure 8.	Évolution des infections invasives à méningocoque, Capitale-Nationale, 2000 à 2017.....	10
Figure 9.	Évolution des cas de DACD, Capitale-Nationale, 2006-2007 à 2017-2018.....	11
Figure 10.	Évolution des cas colonisés à ERV, Capitale-Nationale, 2011-2012 à 2017-2018.....	11
Figure 11.	Évolution des cas à BGNPC, Capitale-Nationale, 2014-2015 à 2017-2018.....	11
Figure 12.	Évolution de l'incidence des maladies entériques les plus fréquentes, Capitale-Nationale, 2013 à 2017.....	12
Figure 13.	Évolution des cas de tuberculose active, Capitale-Nationale, 2008 à 2017.....	13
Figure 14.	Évolution de l'incidence de la tuberculose active, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2008 à 2017.....	13
Figure 15.	Évolution des cas de légionellose, Capitale-Nationale, 2010 à 2017.....	14
Figure 16.	Évolution de l'incidence de légionellose, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2013 à 2017.....	14
Figure 17.	Évolution de la maladie de Lyme, ensemble du Québec, 2010 à 2017.....	15
Figure 18.	Évolution de la maladie de Lyme dans la Capitale-Nationale, cas acquis au Québec et à l'étranger, 2008-2012 et 2013-2017.....	15
Figure 19.	Répartition annuelle des décès non intentionnels causés par une intoxication aux drogues ou aux opioïdes, Capitale-Nationale, 2008 à 2017 .....	16
Figure 20.	Répartition mensuelle des consultations à l'urgence pour intoxication aux opioïdes, aux psychotropes et autres substances, Capitale-Nationale, 2017 .....	16

## LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

---

BGNPC	Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases
C. difficile	<i>Clostridium difficile</i>
DACD	Diarrhées à <i>Clostridium difficile</i>
ERV	Entérocoques résistant à la vancomycine
ITL	Infection tuberculeuse latente
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MADO	Maladies à déclaration obligatoire
PCI	Prévention et contrôle des infections
RLS	Réseau local de services
UDI	Utilisateur de drogues par injection
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VNO	Virus du Nil occidental
VPH	Virus du papillome humain

## INTRODUCTION

---

Ce module thématique du *Portrait de santé 2019 de la population de la Capitale-Nationale* présente des données sur les infections et intoxications. C'est le seul module qui sera mis à jour annuellement. Il s'inscrit dans le mandat légal de surveillance de l'état de santé et de ses déterminants découlant de la loi de santé publique (LSP 2001). L'exercice de la surveillance vise essentiellement à documenter l'état de santé selon les données les plus récentes, à voir les différences entre les sous-groupes de la population (âge, sexe, etc.) et à considérer la tendance temporelle lorsque les données le permettent. Dans une large mesure, ce portrait porte sur le thème des infections et regroupe plusieurs données sur les maladies à déclaration obligatoire (MADO), qu'elles soient signalées à la Direction de santé publique directement par des médecins ou qu'elles soient transmises par les laboratoires effectuant des analyses. En plus des infections associées aux MADO, ce document traite aussi des surdoses liées aux drogues et aux opioïdes (intoxications).

Les données présentées dans ce document concernent les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), l'utilisation de drogues par injection, les maladies évitables par la vaccination (MEV), les infections nosocomiales survenues lors de la prestation de soins, les maladies entériques, les maladies transmissibles par gouttelettes et par voie aérienne et les maladies associées aux changements climatiques où des personnes ont été infectées par des insectes (zoonoses). Des données sur les surdoses aux drogues ou opioïdes complètent ce module.

Les résultats sont présentés par des fiches spécifiques comportant trois zones d'information :

- **CE DONT IL S'AGIT** : espace descriptif offrant des informations utiles à la compréhension des données;
- **CONSTATS** : zone regroupant les données illustrées par divers graphiques et les principaux constats d'analyse;
- **NOS ACTIONS RÉGIONALES** : espace indiquant les services ou les interventions déployées par la Direction de santé publique pour réduire ou éviter ces infections ou intoxications. Ces services ou interventions font partie des axes 3 et 4 du Plan d'action régional de santé publique (PAR 2016-2020).

La majorité de ces données ont été extraites du fichier des MADO infectieuses et couvrent une période allant jusqu'au 31 décembre 2017. Certaines données sur la vaccination proviennent d'une enquête québécoise. Dans le cas des surdoses aux drogues et aux opioïdes, les données proviennent du fichier des consultations à l'urgence ou du fichier des décès selon les rapports du Bureau du coroner.

## FAITS SAILLANTS

---

Grâce aux interventions, à une vigie hebdomadaire des maladies à déclaration obligatoire (MADO) et à la mise en place de mesures de contrôle et de prévention, plusieurs infections ont diminué ou, du moins, sont demeurées stables depuis les dernières années dans la région de la Capitale-Nationale.

- En ce qui concerne les maladies évitables par la vaccination (MEV), des gains ont été observés au cours des dernières années, notamment pour le nombre d'infections invasives causées par le méningocoque qui est à la baisse depuis 2012 dans notre région, passant de 16 à 1 cas (2017).
- À la suite de la crise du *Clostridium difficile* (C. difficile) en 2004, un programme de prévention et de contrôle des infections a été mis en place dans la région et depuis, il y a eu une diminution importante du nombre de cas depuis plus de dix ans, passant de 769 cas en 2006-2007 à 155 cas pour 2017-2018.
- L'évolution des cinq dernières années de l'incidence des maladies entériques les plus fréquentes (*Campylobacter*, salmonellose et giardiase) montre une stabilité relative à travers les années depuis 2013.
- L'évolution des nouveaux cas de tuberculose active depuis 2008 est relativement stable dans la Capitale-Nationale, de même que pour l'ensemble du Québec.
- Après l'écllosion importante de légionellose survenue en 2012, de nouvelles mesures préventives ont été mises en place, de même qu'une nouvelle réglementation en lien avec les tours de refroidissement. Ainsi, depuis cet épisode, le taux annuel de légionellose se maintient à moins de deux cas pour 100 000 personnes par année dans la région (2013 à 2017). Il n'est pas plus élevé dans la région de la Capitale-Nationale que dans l'ensemble du Québec.
- La maladie de Lyme est en progression dans certaines régions du Québec. Par contre, à ce jour, aucun cas acquis dans la Capitale-Nationale n'a été déclaré. Les quelques personnes de la région aux prises avec cette maladie ont été infectées ailleurs au Québec ou à l'extérieur du Canada.

D'autres situations, quant à elles, demeurent préoccupantes en raison du risque de transmission, de leur hausse depuis les dernières années ou parce qu'elles présentent des enjeux particuliers pour la santé publique.

- Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) demeurent préoccupantes puisque les cas déclarés de chlamydia et de gonorrhée poursuivent leur hausse. Pour 2017, le taux d'incidence de la chlamydia pour la Capitale-Nationale est de 324,4 taux p. 100 000 (inférieur à l'ensemble du Québec) et de 72,9 taux p. 100 000 pour la gonorrhée (inférieur à l'ensemble du Québec).
- Les surdoses reliées aux drogues et aux opioïdes sont une préoccupation majeure pour la santé publique. De 2008 à 2016, il y a eu, en moyenne par année, 17 décès dans la région de la Capitale-Nationale et une hausse est notée pour 2017 (données partielles).

# Les infections transmissibles sexuellement et par le sang

**Ce dont il s'agit** – Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) comprennent des infections d'origine bactérienne (ex. : infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique–gonorrhée, syphilis) et virale (ex. : infection par le virus du papillome humain [VPH], virus de l'immunodéficience humaine [VIH], herpès, hépatites B et C). Bien qu'elles évoluent souvent à bas bruit, ces infections sont loin d'être banales. Non traitées, leurs conséquences comprennent l'atteinte inflammatoire pelvienne, une grossesse ectopique, l'infertilité et certains cancers. Certains groupes sont davantage touchés par les ITSS tels les jeunes de 15-24 ans, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) ou inhalation, les travailleurs et travailleuses du sexe, les autochtones, les personnes en provenance de pays où les ITSS sont endémiques et les personnes incarcérées.

Fig. 1 – Évolution de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2008 à 2017

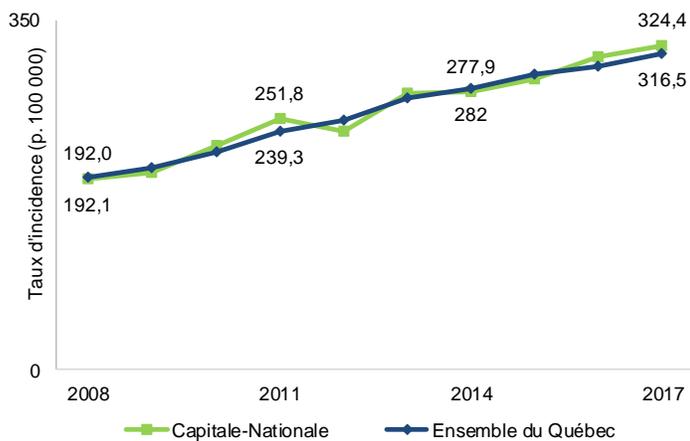
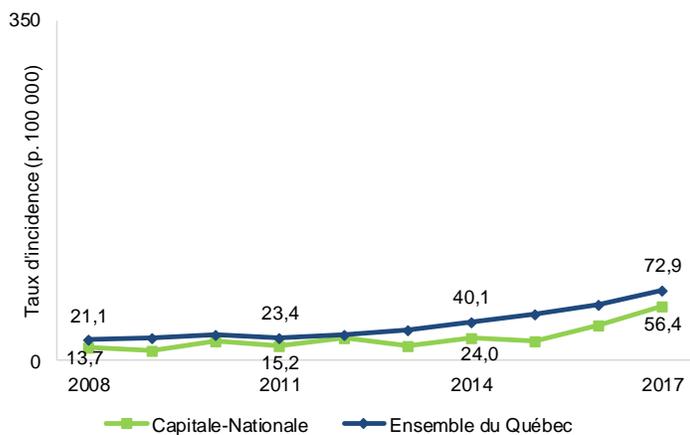


Fig. 2 – Évolution de l'infection gonococcique, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2008 à 2017



## Constats

- Pour la chlamydia et la gonorrhée, la hausse des cas déclarés se poursuit. Pour 2017, le taux d'incidence de la chlamydia pour la Capitale-Nationale est légèrement supérieur (2,5 %) à celui pour l'ensemble du Québec, alors que celui de la gonorrhée est inférieur. Pour ces deux infections, les taux d'incidence sont plus élevés pour le réseau local de services (RLS) de Québec-Sud que pour l'ensemble du Québec, alors qu'ils y sont inférieurs pour les autres RLS (données non présentées).
- En 2017, 2 427 cas de chlamydia ont été déclarés dans la région, dont près des deux tiers affectent des femmes. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent 60 % des cas.
- En 2017, 422 cas de gonorrhée ont été déclarés dans la région, dont 80 % touchent des hommes. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent 28 % des cas.
- En 2017, 69 cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins de un an) ont été déclarés dans la région, dont la majorité (97 %) sont des hommes. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent 12 % des cas. Globalement, le taux d'incidence observé en 2017 est inférieur à celui de l'ensemble du Québec (données non illustrées).

Fig. 3 – Infection à *Chlamydia trachomatis*, répartition selon sexe et âge, Capitale-Nationale, 2017

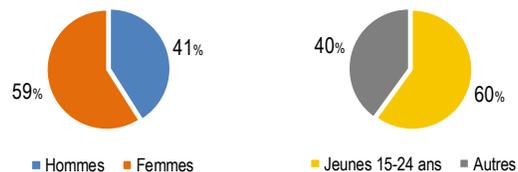
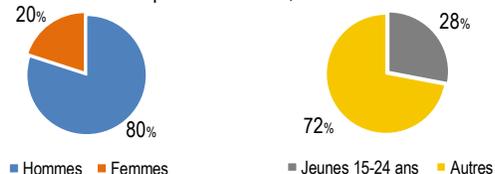


Fig. 4 – Infection gonococcique, répartition selon sexe et âge, Capitale-Nationale, 2017



## Nos actions régionales

– Diverses activités sont réalisées avec les partenaires régionaux, notamment des activités d'éducation à la santé visant les jeunes et les groupes vulnérables aux ITSS où des condoms sont distribués gratuitement dans les milieux scolaires et les organismes communautaires. Des activités de formation sont également offertes aux professionnels de la santé et aux intervenants communautaires puisque pour chaque cas d'ITSS déclaré à la santé publique, une intervention préventive est réalisée auprès de la personne atteinte comprenant un counseling et un soutien à la notification de ses partenaires. Les infirmières du territoire offrent également la vaccination (hépatites, VPH) et le dépistage des ITSS. En 2017-2018 sur le territoire, 7 273 dépistages ont été réalisés par des infirmières du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale (équipe des services jeunesse, services courants ou services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS), dont près de la moitié (48 %) chez des moins de 25 ans. De plus, une démarche de collaboration pour l'intégration de pratiques optimales en ITSS a cours dans six Groupes de médecine de famille – réseau (GMF-R) de la région. Elle vise le repérage de facteurs de risque par les cliniciens et la référence des personnes plus vulnérables aux ITSS vers les ressources appropriées.

# L'utilisation de drogues par injection

**Ce dont il s'agit** – Les difficultés rencontrées par les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) sont souvent multiples et complexes : problèmes de santé physique, problèmes de santé mentale, problèmes sociaux, etc. Le partage de matériel d'injection est un facteur de risque déterminant pour contracter certaines infections tels l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). D'autres complications peuvent découler de la consommation de drogues par injection, dont les surdoses et les infections des tissus mous (ex. : abcès). Pour différentes raisons (caractère caché de la consommation, expériences antérieures, etc.), une proportion importante des personnes UDI est désaffiliée du réseau de la santé et des services sociaux et obtient du soutien auprès d'organismes communautaires œuvrant en réduction des méfaits.

## Constats

Les données portent sur une portion des personnes UDI plus désaffiliées, c'est-à-dire, celles qui ont participé à l'étude SurvUDI-I-Track de la ville de Québec de 2003 jusqu'au 31 mars 2017 :

- Environ les deux tiers des participants ont des anticorps contre l'hépatite C, ce qui reflète une infection active ou passée. Près de 13 % sont infectés par le VIH.
- On note une augmentation progressive de la proportion des participants qui disent s'injecter quotidiennement.
- On observe une augmentation de l'injection de médicaments opioïdes. En 2016, plus de 60 % des participants les mentionnent comme drogue injectée le plus souvent, surpassant ainsi la cocaïne.
- À travers les années, on observe une diminution de l'emprunt de seringues à d'autres personnes : environ un participant sur cinq rapporte actuellement cette pratique. Cependant, l'emprunt d'autre matériel (ex. : filtre, contenant) est plus fréquemment rapporté et une tendance à la hausse est observée à Québec.

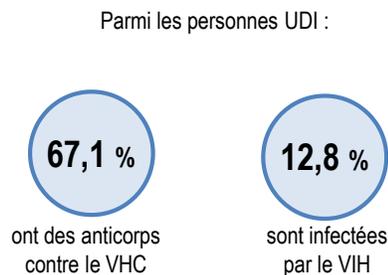


Fig. 5 – Évolution du type de drogue injectée le plus souvent dans les 6 derniers mois (1<sup>re</sup> visite annuelle), ville de Québec, SurvUDI-I-Track, 2010 à 2016

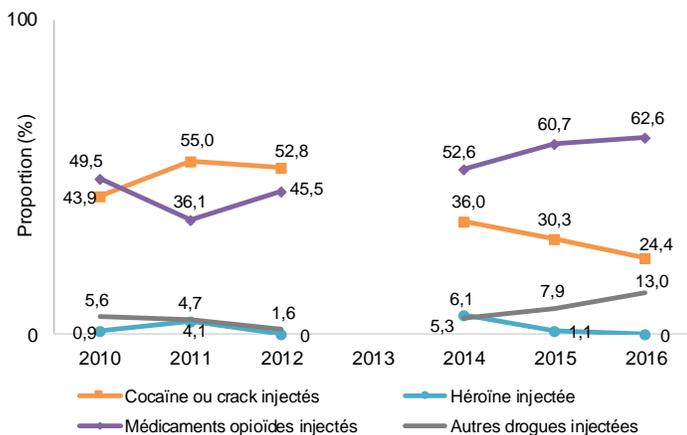
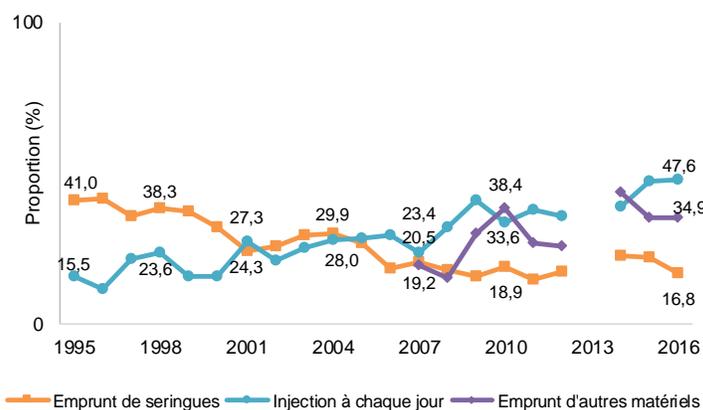


Fig. 6 – Évolution des facteurs de risque des 6 derniers mois (1<sup>re</sup> visite annuelle), ville de Québec, SurvUDI-I-Track, 1995 à 2016



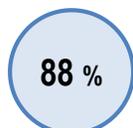
À noter :

- Les données 2013 ne sont pas disponibles.
- Les données pour « emprunt d'autres matériels » sont disponibles depuis 2007.

**Nos actions régionales** – Diverses activités de prévention sont réalisées par des organismes communautaires et incluent des interventions dans les milieux fréquentés par les personnes UDI (ex. : guides de rue). Du matériel de consommation stérile est distribué par ces organismes, de même que dans certains points de service du réseau de la santé et des services sociaux et dans des pharmacies communautaires. La promotion et la distribution de matériel stérile d'injection visant spécifiquement les personnes consommant des opioïdes ont débuté en 2018. La récupération du matériel souillé est également offerte et des rondes de ramassage de seringues sont réalisées périodiquement aux endroits stratégiques. Des interventions préventives, incluant le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), sont offertes par l'équipe Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDE) dans divers milieux ciblés, dont le milieu carcéral. Enfin, les travaux se poursuivent afin d'implanter des services d'injection supervisée à Québec qui incluront de l'éducation sur les pratiques d'injection plus sécuritaires et le dépistage des ITSS.

# Les maladies évitables par la vaccination

**Ce dont il s'agit** – La vaccination est une des mesures de santé publique qui a permis de sauver le plus grand nombre de vies. Elle a notamment entraîné l'éradication de la variole et l'élimination de la poliomyélite dans de nombreux pays, incluant le Canada. Certaines infections comme la coqueluche ou les infections invasives à pneumocoque ne peuvent être éliminées, mais une vaccination adéquate permettra de mieux les contrôler. À l'heure actuelle, plusieurs rendez-vous de vaccination sont prévus chez les enfants aux moments suivants : 2 mois, 4 mois, 6 mois (enfants nés avant le 1<sup>er</sup> juin 2019), 12 mois, 18 mois, entrée scolaire, 4<sup>e</sup> année et 3<sup>e</sup> secondaire. Les adultes doivent également recevoir certains vaccins, par exemple celui contre le pneumocoque à 65 ans selon le Programme québécois d'immunisation.



des enfants de 24 mois ont reçu l'ensemble de leur vaccins dans la Capitale-Nationale

## Constats

- La grande majorité des enfants québécois sont bien vaccinés. Le pourcentage d'enfants de 24 mois complètement vaccinés a évolué de la façon suivante : 80 % (2012), 85 % (2014) et 87 % (2016). Dans notre région, cette donnée est disponible pour l'année 2014 : la couverture vaccinale était de 88 %, une valeur légèrement supérieure à la moyenne provinciale.
- Pour l'année scolaire 2017-2018, 89 % des élèves de 4<sup>e</sup> année étaient adéquatement vaccinés contre l'hépatite B, une valeur supérieure à la moyenne provinciale (81 %). Les tendances étaient semblables pour la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) offerte en 4<sup>e</sup> année également (données non illustrées).
- Des gains ont été observés au cours des dernières années dans le contrôle de certaines maladies évitables par la vaccination. Par exemple, le nombre d'infections invasives causées par le méningocoque est à la baisse depuis 2012 dans notre région. Par contre, d'autres infections circulent toujours activement. Par exemple, une moyenne de 50 cas de coqueluche a été rapportée annuellement entre 2013 et 2017 dans notre région (données non illustrées).

Fig. 7 – Couverture vaccinale contre l'hépatite B en 4<sup>e</sup> année, RLS de l'école, Capitale-Nationale, année scolaire 2017-2018

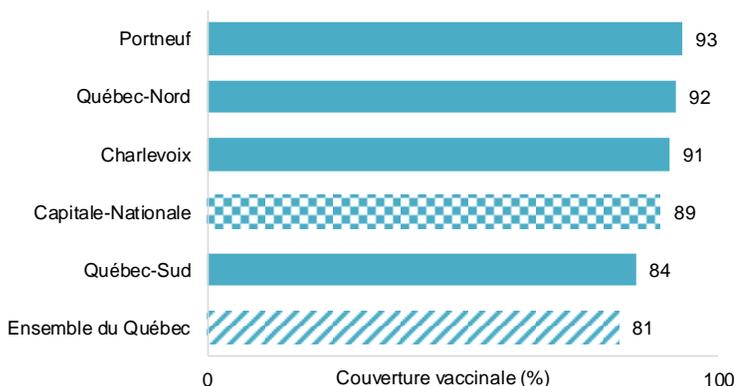
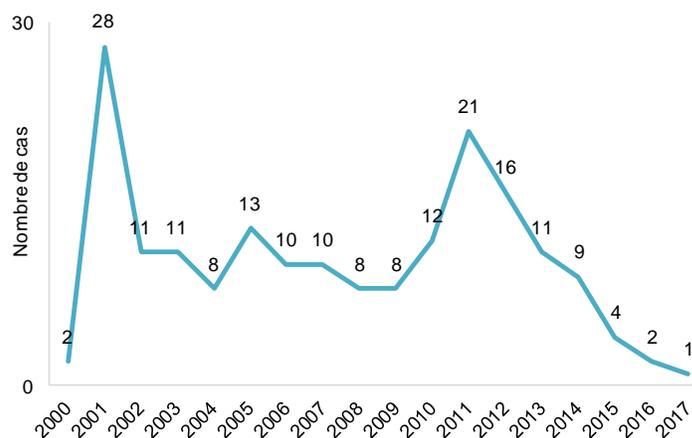


Fig. 8 – Évolution des infections invasives à méningocoque Capitale-Nationale, 2000 à 2017



## Nos actions régionales

– En plus des services fournis par les vaccinateurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale, environ 240 vaccinateurs dans la communauté contribuent dans notre région au Programme québécois d'immunisation, ce qui permet un bon accès pour notre population. Des formations et un service de réponses téléphoniques sont offerts par la Direction de santé publique à ces vaccinateurs. Par ailleurs, un projet est en cours pour décrire l'organisation des services de vaccination offerts aux enfants de moins de deux ans dans la région et s'assurer qu'ils correspondent aux meilleures pratiques (collaboration entre la Direction de santé publique et la Direction jeunesse du CIUSSS de la Capitale-Nationale). Un autre projet implanté à l'automne 2017, soit le programme Entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants (EMMIE), permet à chaque nouvelle mère ayant accouché au CHU de Québec – Université Laval de recevoir une session d'information d'environ 20 minutes sur la vaccination. La Direction de santé publique favorise également la qualité et la sécurité des vaccins par le contrôle de l'approvisionnement. Par exemple, des ententes sont conclues avec tous les vaccinateurs de la communauté et des visites de sites de vaccination sont prévues. Finalement, la Direction de santé publique assure la vigie des manifestations cliniques indésirables (MCI) survenant après la vaccination et donne les recommandations appropriées, le cas échéant.

# Les infections nosocomiales

**Ce dont il s'agit** – Ce sont des infections acquises lors de la prestation de soins, peu importe où les soins ont été administrés (en établissement ou à domicile). La problématique des infections nosocomiales constitue un défi de taille compte tenu du nombre important de personnes nécessitant des soins, certaines pouvant être plus vulnérables aux infections ou être porteuses d'une infection transmissible. De ce fait, l'application de mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) est donc essentielle afin de réduire le risque infectieux relié à l'épisode des soins. Les infections nosocomiales ont un effet direct sur le fonctionnement des milieux de soins et sur l'accessibilité aux soins en raison des mesures supplémentaires pour les combattre, de l'augmentation de la durée des séjours d'hospitalisation et des complications survenues. Les infections nosocomiales qui peuvent retenir notre attention par leur situation dans la région sont les diarrhées à *Clostridium difficile* (DACD), les infections à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) et les infections à bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC).

Fig. 9 – Évolution des cas de DACD, Capitale-Nationale, 2006-2007 à 2017-2018

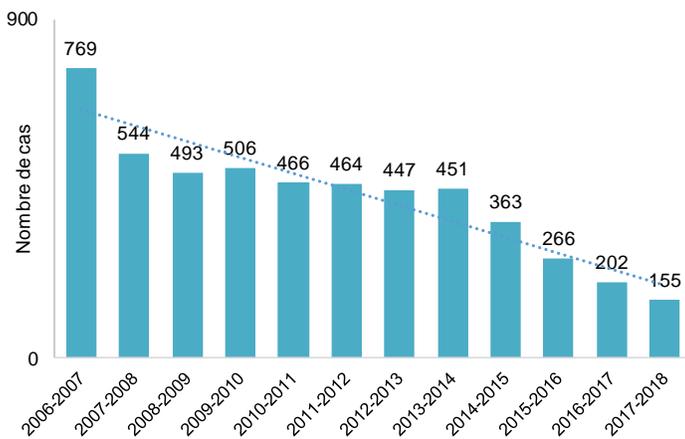
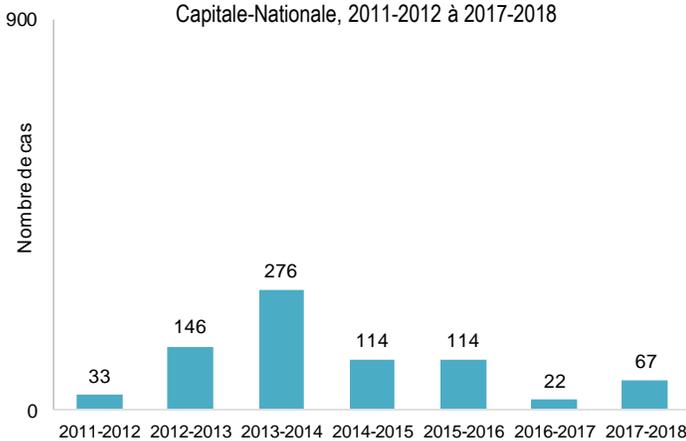


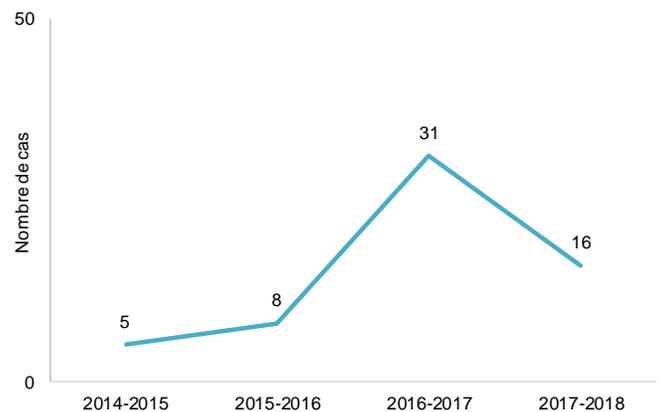
Fig. 10 – Évolution des cas colonisés à ERV, Capitale-Nationale, 2011-2012 à 2017-2018



## Constats

- La crise du *Clostridium difficile* (*C. difficile*) en 2004 a été un moment déterminant dans l'élaboration et la mise en place d'un programme et d'activités de PCI en milieux de soins dans la région. La nette diminution du nombre de cas depuis plus de dix ans dans la région s'explique principalement par l'application des mesures de PCI.
- Le nombre de cas de DACD atteint en 2017-2018 est le plus bas depuis 2006-2007. La région présente ainsi un taux d'incidence global de DACD nosocomiales plus bas (2,78 cas par 10 000 jours-présence) que celui de l'ensemble du Québec (4,38) (données non illustrées).
- Le contrôle des infections à entérocoques résistant à la vancomycine (ERV) passe, entre autres, par une prévention des colonisations en appliquant un programme de dépistage des clientèles à risque. Le nombre de cas colonisés à ERV est en diminution depuis le début du programme de surveillance obligatoire en 2012. Le nombre d'éclosions est passé de 15 en 2014 à 6 en 2017-2018 (données non illustrées). De plus, seulement deux cas infectés par un ERV ont été rapportés en 2017-2018 (données non illustrées).
- Les BGNPC constituent une menace en émergence due aux résistances qu'ils présentent. Leur nombre est actuellement en augmentation dans la région ainsi qu'au niveau provincial.

Fig. 11 – Évolution des cas à BGNPC, Capitale-Nationale, 2014-2015 à 2017-2018



**Nos actions régionales** – Depuis plus de 14 ans, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales ont connu des progrès considérables. Les infections à DACD, ainsi que les infections et les colonisations à ERV connaissent une diminution qui est liée aux efforts concertés des ressources de PCI des établissements de la région, combinés aux efforts de surveillance réalisés provincialement. Toutefois, l'émergence des bactéries multirésistantes comme les BGNPC apporte de nouveaux défis auxquels il faut répondre. Les professionnels en PCI de la région participent au programme obligatoire provincial de surveillance des BGNPC, ont augmenté les dépistages à l'admission et en cours d'hospitalisation et appliquent les recommandations des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) afin de réduire la transmission dans les établissements. Tout n'est pas gagné et les actions mises de l'avant dans la région doivent se poursuivre.

# Les maladies entériques

**Ce dont il s'agit** — Ce sont les maladies affectant l'intestin et qui font partie de la liste des maladies à déclaration obligatoire (MADO) les plus fréquentes, après les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). L'infection à *Campylobacter* est la MADO d'origine entérique la plus fréquente, suivie de la salmonellose et de la giardiase. Certaines de ces maladies entériques peuvent être à l'origine d'une toxiinfection alimentaire<sup>1</sup> (TIA) ou d'une écloison de gastroentérites épidémiques. Les TIA et les gastroentérites épidémiques sont à déclaration obligatoire, indépendamment de l'agent causal. Plusieurs des TIA déclarées à la santé publique restent sans agent pathogène identifié après enquête. Les agents causaux des TIA ou des gastroentérites épidémiques sont parfois des MADO (ex. : *Escherichia coli* [*E. coli*] entérohémorragique), parfois non (ex. : norovirus). Les écloison de gastroentérites épidémiques (transmission de personne à personne) surviennent dans certains milieux, notamment dans les milieux de soins, les services de garde à l'enfance et les écoles.

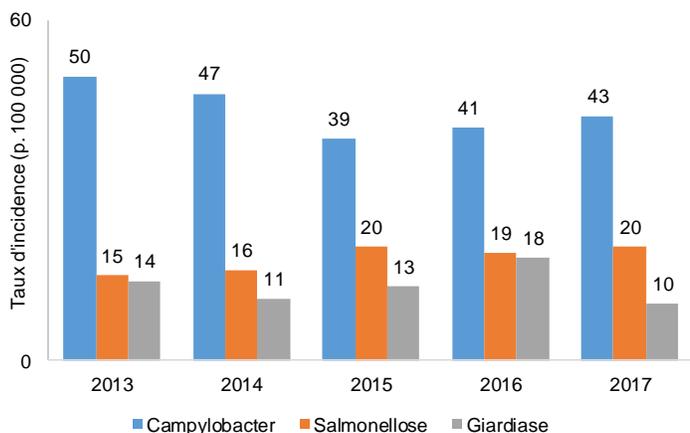
116

écloison de maladies entériques en moyenne par année signalées à la santé publique sur cinq ans

## Constats

- Pour la période 2013-2017, 116 écloison de maladies entériques en moyenne par année ont été déclarées à la santé publique. De celles-ci, 56 % sont survenues dans un établissement de santé, 18 % dans les services de garde à l'enfance, 10 % dans un milieu d'enseignement et 2 % sont en lien avec un établissement de restauration. La grande majorité des écloison sont des gastroentérites épidémiques.
- L'évolution des cinq dernières années de l'incidence des maladies entériques les plus fréquentes montre une stabilité relative à travers les années depuis 2013.

Fig. 12 — Évolution de l'incidence des maladies entériques les plus fréquentes, Capitale-Nationale, 2013 à 2017



**Nos actions régionales** — Lors de la déclaration d'une MADO, la santé publique est mise à contribution pour évaluer la situation. Lorsque la cause de la maladie entérique est un agent pathogène courant comme le *Campylobacter* ou *Salmonella*, une enquête et une intervention sont faites seulement lorsqu'il y a une accumulation de cas ou une écloison. Pour d'autres agents pathogènes moins courants ou qui représentent un risque accru (agent pathogène virulent, risque de transmission élevé), une enquête et une intervention sont faites dès l'apparition d'un seul cas (ex. : Shigellose, hépatite A, fièvre typhoïde). La vigie hebdomadaire des MADO permet de noter, lorsque cela survient, une augmentation ponctuelle ou graduelle des cas de chaque maladie entérique.

Les interventions de santé publique incluent des mesures de contrôle et de prévention pour briser la chaîne de transmission, trouver la source de l'infection afin de l'enrayer, et éviter l'apparition de nouveaux cas. Pour ce faire, plusieurs partenaires de la santé publique peuvent être mis à contribution, notamment l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) et le ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques (MDDELCC). Il y a alors complémentarité des interventions avec celles de la Direction de santé publique.

<sup>1</sup> Maladie contractée à la suite de l'ingestion d'aliments ou d'eau contaminée par des bactéries, des virus, des parasites ou des substances chimiques.

# La tuberculose

**Ce dont il s'agit** — Il s'agit d'une infection chronique progressive, affectant le plus fréquemment les poumons, comprenant une phase de latence (asymptomatique) et éventuellement une phase active (infection clinique symptomatique). La tuberculose active peut être respiratoire (pulmonaire, laryngée, etc.) ou extrarésiratoire (ganglionnaire, osseuse, méningée, etc.). La tuberculose est causée par une bactérie qui s'acquiert par contact avec des microgouttelettes d'une personne atteinte d'une tuberculose contagieuse. La personne qui acquiert la bactérie peut l'éliminer grâce à ses défenses naturelles, sinon elle développera une des trois formes d'infection suivantes : une évolution rapide en moins de deux ans vers une tuberculose active; une infection tuberculeuse latente (ITL) suivie d'une tuberculose active, ou une ITL à vie sans développement de la tuberculose active. La tuberculose respiratoire est contagieuse, mais la tuberculose extrarésiratoire n'est pas contagieuse, sauf dans des conditions exceptionnelles. L'ITL, quant à elle, n'est pas contagieuse.

Fig. 13 – Évolution des cas de tuberculose active, Capitale-Nationale, 2008 à 2017

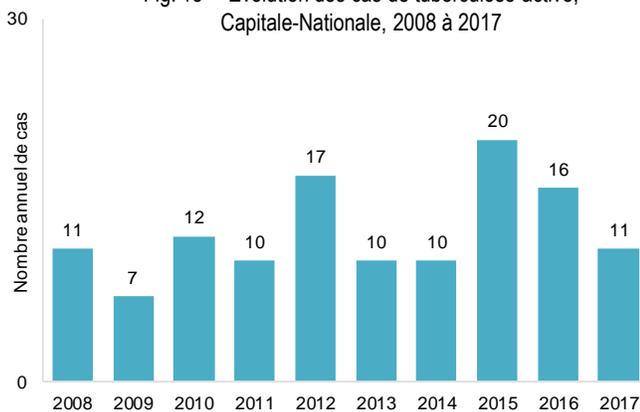
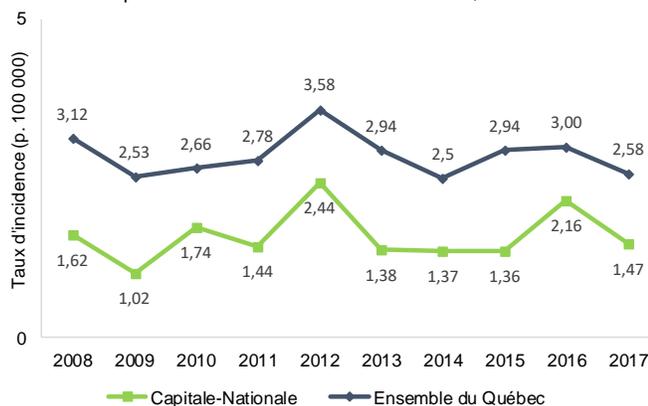


Fig. 14 – Évolution de l'incidence de la tuberculose active, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2008 à 2017



## Constats

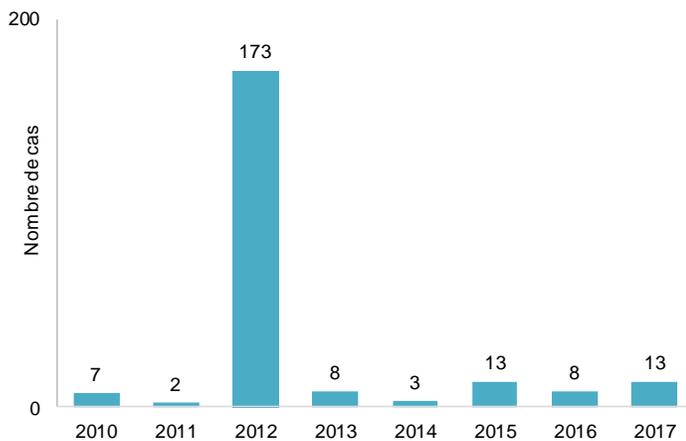
- Depuis 10 ans, une moyenne de 12 cas de tuberculose active est déclarée à la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Le nombre de cas a varié de 7 à 20 cas selon l'année.
- L'évolution des nouveaux cas de tuberculose active depuis 2008 est relativement stable dans la Capitale-Nationale, de même que pour l'ensemble du Québec.
- L'incidence de la tuberculose active dans la région de la Capitale-Nationale est un indicateur clé de l'évolution de cette maladie dans la population. Depuis l'avènement de l'antibiothérapie antituberculeuse (années 1950-1960), l'incidence de la maladie au Québec a grandement chuté. Le Québec présente maintenant une faible incidence de tuberculose. Cependant, l'incidence de tuberculose reste élevée dans plusieurs régions du monde. Par conséquent, l'incidence au Québec est influencée par l'immigration de personnes nées dans des pays étrangers à incidence élevée de tuberculose (plus de 30 cas/100 000 hab./année). Le pourcentage de cas de tuberculose qui sont nés au Québec (30 %) est aussi un marqueur de l'évolution de la maladie au pays. Ce pourcentage diminue progressivement depuis plusieurs décennies.

**Nos actions régionales** — Dans le cadre du mandat de protection de la santé publique, la prévention de la tuberculose active est l'une des priorités des directions de santé publique. Le dépistage et le traitement de la tuberculose active et de l'ITL font partie des actions qui contribuent à la diminution de la morbidité et de la mortalité dues à la maladie, de la transmission et de l'incidence de cette maladie dans la population québécoise. À cet effet, la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale a contribué à la mise en place d'une clinique spécialisée en tuberculose qui est en fonction depuis 2015. Maintenant installée à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), cette clinique fournit des services surspécialisés en évaluation, en traitement et en suivi de patients atteints d'une ITL ou d'une tuberculose active. D'autre part, divers intervenants du réseau de la santé de notre région collaborent avec la santé publique lors des enquêtes épidémiologiques des cas de tuberculose active. Plusieurs intervenants de la région sont mis à contribution : les médecins traitants des cas, les infirmières en prévention et contrôle des infections (PCI) des établissements, les infirmières en maladies infectieuses des centres locaux de services communautaires (CLSC) et les médecins cliniciens de la clinique de tuberculose. Un bon arrimage entre ces différents contributeurs est essentiel à la réussite des interventions de santé publique.

# La légionellose

**Ce dont il s'agit** – La légionellose fait partie des maladies à déclaration obligatoire au directeur de santé publique. La bactérie liée à cette maladie provient de l'environnement et peut causer une pneumonie, particulièrement chez les personnes âgées ou ayant certaines maladies chroniques. Les pneumonies qu'elle entraîne nécessitent souvent une admission aux soins intensifs et peuvent même s'avérer mortelles. Un peu plus d'une centaine de cas sont déclarés chaque année dans l'ensemble du Québec. La bactérie en cause, la *Legionella pneumophila*, se retrouve naturellement dans l'environnement. Elle peut causer une infection respiratoire si une personne inhale des gouttelettes d'eau qui contiennent cette bactérie. La légionellose ne peut pas être transmise de personne à personne. Les chauffe-eau, les spas et les tours de refroidissement des bâtiments sont les sources les plus fréquentes de contamination. Puisque les tours de refroidissement sont à l'origine de la majorité des éclosions importantes de légionellose, un entretien rigoureux de celles-ci est nécessaire. Il existe dans la région de la Capitale-Nationale 185 établissements utilisant une ou plusieurs tours de refroidissement.

Fig. 15 – Évolution des cas de légionellose, Capitale-Nationale, 2010 à 2017



9

cas de légionellose en moyenne par année

## Constats

- De 2013 et 2017, entre 3 et 13 cas de légionellose ont été déclarés annuellement dans la région (moyenne de 9 cas). La grande majorité des cas sont jugés sporadiques, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas liés entre eux. Par contre, une éclosion importante de légionellose est survenue en 2012. Elle a été liée à une tour de refroidissement de la région. Un [rapport détaillé](#) sur le sujet est disponible.
- Le taux annuel de légionellose se maintient à moins de deux cas pour 100 000 personnes par année dans la région (2013 à 2017). Il n'est pas plus élevé dans la région de la Capitale-Nationale que dans l'ensemble de la province. Une tendance à la hausse est notée depuis les cinq dernières années, possiblement liée à une meilleure détection de la part des médecins, d'une plus grande susceptibilité de la population vieillissante et d'un nombre croissant de sources potentielles d'exposition.
- Depuis la mise en place de la nouvelle réglementation en 2014, une moyenne de sept résultats dépassant le seuil sanitaire dans des tours de refroidissements sont déclarés annuellement à la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Fig. 16 – Évolution de l'incidence de légionellose, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2013 à 2017



**Nos actions régionales** – Tous les cas déclarés font l'objet d'une enquête de santé publique afin de mettre en place les actions préventives pertinentes. Advenant plusieurs cas rapprochés dans le temps et l'espace (éclosion), une investigation plus poussée est entreprise pour déterminer la source d'infection la plus probable et s'assurer de son contrôle. Une nouvelle réglementation a aussi été mise en place à la suite de l'éclosion de 2012 afin de mieux protéger la population des éclosions de légionellose en lien avec les tours de refroidissement. La Régie du bâtiment du Québec recense maintenant chacune des tours de refroidissement du territoire. Les propriétaires de ces tours ont l'obligation de développer un programme d'entretien ainsi que de procéder à des analyses périodiques de la présence de *Legionella pneumophila* et de transmettre les résultats à la Régie du bâtiment du Québec. Les résultats dépassant un seuil précis associé à un risque à la santé sont transmis à la Direction de santé publique qui peut alors vérifier s'il y a un lien entre la tour en cause et les cas de légionellose les plus récemment déclarés.

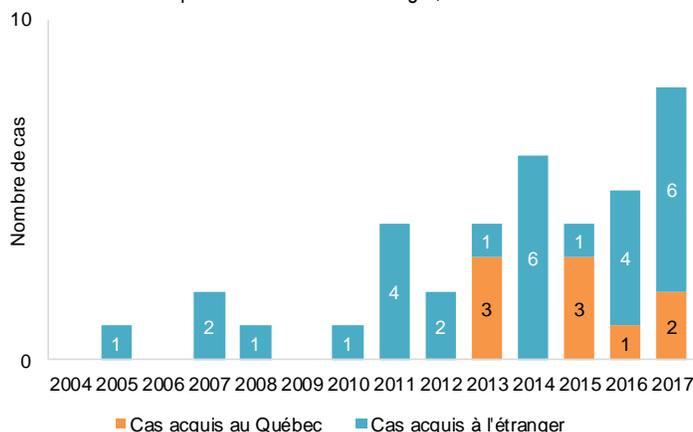
## Les zoonoses en contexte de changements climatiques

**Ce dont il s'agit** – Les changements climatiques peuvent avoir des effets sur certaines maladies infectieuses. Les plus touchées sont incontestablement les zoonoses (maladies qui se transmettent de l'animal à l'homme) et, plus particulièrement, les maladies transmises par des vecteurs (insecte ou autre être vivant pouvant transmettre un agent infectieux) tels que des tiques ou des moustiques. Les tiques qui peuvent transmettre, entre autres, la maladie de Lyme s'installent depuis quelques années dans le sud du Québec. Elles sont apportées par les oiseaux migrateurs dans la région de la Capitale-Nationale, mais n'y sont pas encore installées. Avec les changements climatiques, il est à prévoir que celles-ci s'installeront dans la région dans un avenir plus ou moins rapproché. Par ailleurs, les moustiques (vecteurs de maladies tels le virus du Nil occidental (VNO) et les virus du séro-groupe de Californie [VSC]) sont aussi particulièrement sensibles aux changements climatiques. Leur cycle de reproduction étant court, ce sont les plus susceptibles d'être touchés par les changements climatiques. Dans le contexte des changements climatiques, on surveille aussi l'introduction d'espèces de moustiques invasives au Québec, comme l'*Aedes albopictus*, qui peuvent transmettre des maladies tropicales (dengue, Zika), dont l'aire de répartition s'étend de plus en plus vers le nord. Les changements climatiques peuvent éventuellement augmenter l'incidence de zoonoses entériques, notamment le nombre de cas de *Campylobacter* et de *Salmonella*.

Fig. 17 – Évolution de la maladie de Lyme, ensemble du Québec, 2010 à 2017



Fig. 18 – Évolution de la maladie de Lyme dans la Capitale-Nationale, cas acquis au Québec et à l'étranger, 2004 à 2017



### Constats

- Au Québec, la maladie de Lyme est une maladie à déclaration obligatoire (MADO) depuis 2003. Il est ainsi possible de constater que le nombre de cas de cette maladie est en progression au Québec depuis quelques années, ayant doublé entre 2016 et 2017.
- Pour la région de la Capitale-Nationale, aucun cas de personnes infectées sur le territoire (cas acquis) n'a été déclaré. Toutefois, quelques personnes résidant sur le territoire sont aux prises avec cette maladie et elles ont été infectées ailleurs au Québec ou à l'extérieur du Canada.
- Quant au nombre de cas de VNO déclaré, il demeure très faible dans la Capitale-Nationale; il s'agit en moyenne d'un cas par année pour la période 2008 à 2017 (données non illustrées).

Aucun

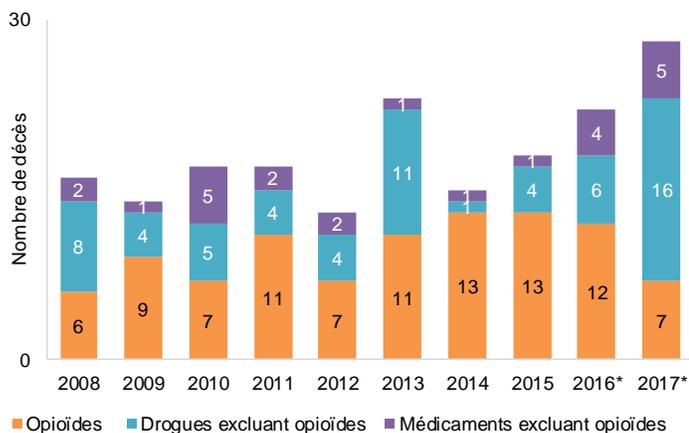
cas acquis de la maladie de Lyme sur le territoire de la Capitale-Nationale

**Nos actions régionales** – Afin de mieux informer la population sur les zoonoses transmises par les moustiques et les tiques, la Direction de santé publique a mis sur pied un plan de diffusion en rendant disponibles différents outils de communication du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (affiches, dépliants, outils pour le Web et pour les écrans dynamiques) auprès de municipalités, parcs, cliniques médicales et pharmacies. Outre la surveillance des cas humains, il existe également la surveillance des tiques qui vise à déterminer les zones géographiques où la tique est présente. La Direction de santé publique collabore avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour la surveillance active des tiques dans la région par le choix des parcs qui seront analysés. Aussi, diverses publications sont produites afin d'informer et de soutenir les cliniciens de première ligne sur les zoonoses les plus fréquentes.

# Les intoxications aiguës (surdoses) aux drogues et aux opioïdes

**Ce dont il s'agit** – Les intoxications aiguës (surdoses) accidentelles causées par les drogues et les opioïdes sont une préoccupation majeure pour la santé publique et pour l'ensemble des intervenants de santé. En dehors d'un contexte d'utilisation médicale bien encadrée, les opioïdes représentent une menace particulière par la dépression respiratoire qu'ils peuvent induire. Pour certains opioïdes, tels le fentanyl et ses analogues vendus illégalement, une dose relativement faible peut entraîner des effets toxiques importants et, ultimement, le décès. Diverses drogues peuvent aussi être mélangées avec du fentanyl, à l'insu du consommateur. L'accès à la naloxone, un antidote sécuritaire, est un élément important de la réponse aux surdoses d'opioïdes.

Fig. 19 – Répartition annuelle des décès non intentionnels causés par une intoxication aux drogues ou aux opioïdes, Capitale-Nationale, 2008 à 2017



\*Données partielles pour 2016 (6 % des investigations en cours) et 2017 (20 % des investigations en cours)

**74 %**

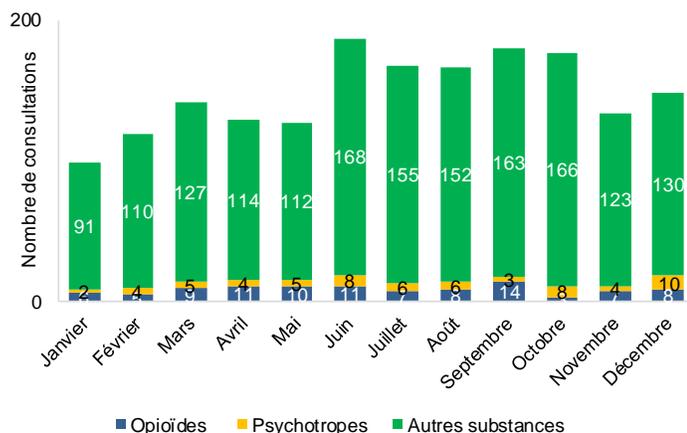
des décès non intentionnels causés par une intoxication aux drogues ou aux opioïdes surviennent chez des hommes

## Constats

Les données présentées portent principalement sur les décès non intentionnels causés par une intoxication aux drogues ou aux opioïdes, confirmés par le Bureau du coroner du Québec.

- De 2008 à 2016, un nombre annuel moyen de 17 décès est observé dans la région de la Capitale-Nationale. On note une hausse pour l'année 2017 (données partielles en date du 15 janvier 2019).
- De 2008 à 2017, les trois quarts des personnes décédées sont des hommes. L'âge au moment du décès se situe entre 25 et 64 ans dans la majorité (93 %) des cas.
- Les opioïdes (incluant le fentanyl) sont en cause dans plus de la moitié (52 %) des décès non intentionnels causés par une intoxication aux drogues ou aux opioïdes des dix dernières années. Du fentanyl a été détecté pour 5 % des décès.
- En 2017, près de 150 consultations ont eu lieu mensuellement dans les urgences pour une intoxication aux opioïdes, aux psychotropes et aux autres substances, incluant les intoxications volontaires comme les tentatives de suicide. De celles-ci, huit consultations (6 %) sont liées plus spécifiquement aux opioïdes.

Fig. 20 – Répartition mensuelle des consultations à l'urgence pour intoxication aux opioïdes, aux psychotropes et autres substances, Capitale-Nationale, 2017



## Nos actions régionales

Les actions en santé publique ont été renforcées depuis l'automne 2017 avec l'amorce d'une enquête épidémiologique du directeur de santé publique afin de mieux connaître les cas de surdoses et de mieux circonscrire les lieux d'intervention et les clientèles à risque. Elles incluent un volet de vigie des surdoses qui interpelle une diversité de partenaires : professionnels de la santé, dont les paramédics, les intervenants de milieu, les policiers, les professionnels du Bureau du coroner, etc. Depuis juin 2017, des données sont recueillies systématiquement concernant les signalements de surdoses non mortelles et l'administration de naloxone. Concrètement, dans la dernière année, l'équipe de la Direction de santé publique a formé plus de 200 intervenants communautaires à l'administration de naloxone, a soutenu la formation du personnel du CIUSSS de la Capitale-Nationale et a coordonné le déploiement de la redistribution de naloxone par des organismes communautaires de la région. De plus, les travaux se poursuivent afin d'implanter des services d'injection supervisée à Québec où l'équipe en place sera notamment en mesure d'intervenir rapidement en situation de surdose.

## SOURCES

Fiche	Titre de la figure	Source
Les infections transmissibles sexuellement et par le sang	Fig. 1 – Évolution de l'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> , Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2008 à 2017	INSPQ, Fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Laboratoire de santé publique du Québec. Rapport de l'onglet VIGIE.
	Fig. 2 – Évolution de l'infection gonococcique, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2008 à 2017	
	Fig. 3 – Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> , répartition selon sexe et âge, Capitale-Nationale, 2017	
	Fig. 4 – Infection gonococcique, répartition selon sexe et âge, Capitale-Nationale, 2017	
L'utilisation de drogues par injection	Fig. 5 – Évolution du type de drogue injectée le plus souvent dans les 6 derniers mois (1 <sup>re</sup> visite annuelle), ville de Québec, SurvUDI-I-Track, 2010 à 2016	INSPQ, Données de surveillance du réseau SurvUDI (rapport à paraître).
	Fig. 6 – Évolution des facteurs de risque des 6 derniers mois (1 <sup>re</sup> visite annuelle), ville de Québec, SurvUDI-I-Track, 1995 à 2016	
Les maladies évitables par la vaccination	Fig. 7 – Couverture vaccinale contre l'hépatite B en 4 <sup>e</sup> année, RLS de l'école, Capitale-Nationale, année scolaire 2017-2018	INSPQ, Registre de vaccination du Québec du MSSS. Rapport de l'onglet REGISTRE DE VACCINATION du portail de l'Infocentre.
	Fig. 8 – Évolution des infections invasives à méningocoque, Capitale-Nationale, 2000 à 2017	INSPQ, Fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Laboratoire de santé publique du Québec. Rapport de l'onglet VIGIE du portail de l'Infocentre.
Les infections nosocomiales	Fig. 9 – Évolution des cas de DACD, Capitale-Nationale, 2006-2007 à 2017-2018	INSPQ, Système d'information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN). Rapport de l'onglet VIGIE du portail de l'Infocentre.
	Fig. 10 – Évolution des cas colonisés à ERV, Capitale-Nationale, 2011-2012 à 2017-2018	
	Fig. 11 – Évolution des cas de BGNPC, Capitale-Nationale, 2014-2015 à 2017-2018	
Les maladies entériques	Fig. 12 – Évolution de l'incidence des maladies entériques les plus fréquentes, Capitale-Nationale, 2013 à 2017	INSPQ, Fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Laboratoire de santé publique du Québec. Rapport de l'onglet VIGIE du portail de l'Infocentre.
La tuberculose	Fig. 13 – Évolution des cas de tuberculose active, Capitale-Nationale, 2008 à 2017	INSPQ, Fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Laboratoire de santé publique du Québec. Rapport de l'onglet VIGIE du portail de l'Infocentre.
	Fig. 14 – Évolution de l'incidence de la tuberculose active, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2008 à 2017	
La légionellose	Fig. 15 – Évolution des cas de légionellose, Capitale-Nationale, 2010 à 2017	INSPQ, Fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Laboratoire de santé publique du Québec. Rapport de l'onglet VIGIE du portail de l'Infocentre.
	Fig. 16 – Évolution de l'incidence de légionellose, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2013 à 2017	
Les zoonoses en contexte de changements climatiques	Fig. 17 – Évolution de la maladie de Lyme, ensemble du Québec, 2010 à 2017	INSPQ, Fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Laboratoire de santé publique du Québec. Rapport de l'onglet VIGIE du portail de l'Infocentre.
	Fig. 18 – Évolution de la maladie de Lyme dans la Capitale-Nationale, cas acquis au Québec et à l'étranger, 2004 à 2017	
Les intoxications aiguës (surdoses) aux drogues et aux opioïdes	Fig. 19 – Répartition annuelle des décès non intentionnels causés par une intoxication aux drogues ou aux opioïdes, Capitale-Nationale, 2008 à 2017	Bureau du coroner, Compilation pour l'INSPQ, Infocentre de santé publique. Rapport de l'onglet VIGIE DES OPIOÏDES du portail de l'Infocentre.
	Fig. 20 – Répartition mensuelle des consultations à l'urgence pour intoxication aux opioïdes, aux psychotropes et autres substances, Capitale-Nationale, 2017	MSSS, Système d'information de gestion des départements d'urgence, Infocentre de santé publique. Rapport de l'onglet VIGIE DES OPIOÏDES du portail de l'Infocentre.

Direction de santé publique  
2400, avenue D'Estimauville  
Québec (Québec) G1E 7G9

[www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca](http://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca)

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

**Québec** 

