

Vaccination contre l'influenza saisonnière et le pneumocoque

Geneviève Tremblay, M.D., Équipe Maladies infectieuses

Quoi de neuf en 2009-2010?

Début de la campagne

Date de début de campagne reportée au 11 janvier 2010

Vaccin contre l'influenza saisonnière

Les vaccins utilisés seront le Fluviral et le Vaxigrip.

Selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **seule la souche B du vaccin est modifiée alors que les souches de l'influenza saisonnière A(H1N1) et A(H3N2) demeurent les mêmes.**

- A/Brisbane/59/2007 (H1N1)
- A/Brisbane/10/2007 (H3N2) : les souches vaccinales sont A/Brisbane/10/2007 ou A/Uruguay/716/2007
- B/Brisbane/60/2008 : la souche vaccinale B/Brisbane/33/2008 est analogue à B/Brisbane/60/2008

Vaccination contre le pneumocoque polysaccharidique 23-valent

Les infections à pneumocoque sont une complication fréquente de tous les types de grippe. Comme partout au Canada, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) recommande d'accentuer les efforts afin d'augmenter les couvertures vaccinales des clientèles à risque ciblées en raison de la circulation du nouveau virus de la grippe A (H1N1). Au Québec, la proportion de personnes de 65 ans et plus vaccinées stagne à 48 % alors qu'il faudrait en rejoindre 80 %¹.

1 GUAY, Maryse et Luc CÔTÉ (2008). *Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque*, Québec, Rapport conjoint de l'Institut de la statistique du Québec et de l'Institut national de santé publique du Québec, 57 p.

Sommaire

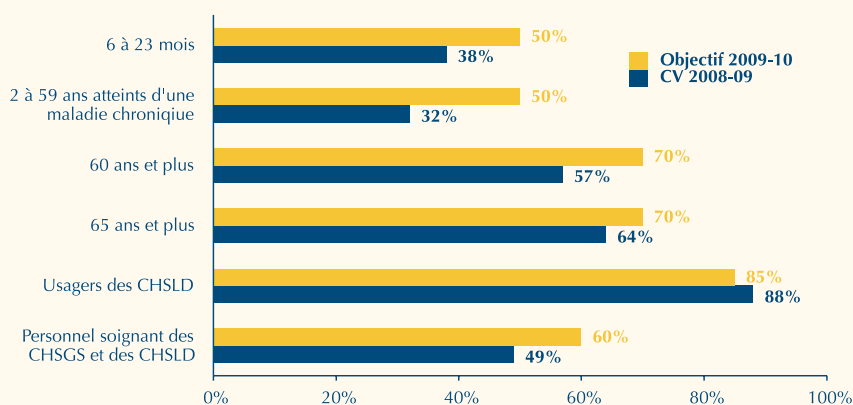
Vaccination contre l'influenza saisonnière et le pneumocoque	1
• Quoi de neuf en 2009-2010?	1
• Bilan de la campagne de vaccination contre l'influenza 2008-2009	2
• L'activité grippale pour l'influenza saisonnière 2008-2009 en résumé	3
Programmes scolaires en 2008-2009 :	3
une réussite	
Vaccination et manifestations cliniques inhabituelles (MCI)	4
Maladies infectieuses à déclaration obligatoire et autres maladies ou événements sous surveillance, extrait du rapport annuel 2008	5

Spécial
« Maladies infectieuses »

Vaccination contre l'influenza

Objectif : rejoindre davantage les clientèles ciblées

Les objectifs de couverture vaccinale fixés à 80 % doivent être maintenus. Toutefois, nous proposons des objectifs de couverture intermédiaires pour l'année 2009-2010. La figure ci-dessous illustre les objectifs ciblés et les couvertures atteintes en 2008-2009.



On a dénombré **249 organismes vaccinateurs** :

- 46 CHSLD ;
- 203 organismes vaccinateurs en milieu ouvert, dont certains ont plusieurs sites de vaccination ou plusieurs vaccinateurs, tels que les cliniques médicales, les CHSGS, les pharmacies et les CSSS ³.

C'est en milieu ouvert que se déroule principalement la vaccination et cela exclut celle réalisée en CHSLD :

- 153 535 personnes ont été vaccinées.
- Le nombre de personnes vaccinées a presque doublé en 10 ans.
- 48 % de la vaccination a lieu dans les CLSC ⁴ et 40 % dans les cliniques médicales.

Rappelez vous que...

La recommandation d'un professionnel de la santé a une très grande influence sur la décision de se faire vacciner ou non. Vous avez de l'influence dans ce domaine.

Bilan de la campagne de vaccination contre l'influenza 2008-2009

La campagne de vaccination 2008-2009 a permis de vacciner **160 521 personnes**.

Les **clientèles visées** étaient :

- Les personnes à risque
 - Les bébés de 6 à 23 mois;
 - Les personnes âgées de 2 à 59 ans atteintes d'une maladie chronique;
 - Les personnes âgées de 60 ans et plus;
 - Les usagers des CHSLD ².

Dans ce groupe, 229 879 personnes ont été vaccinées.

- Les contacts étroits des personnes à risque (ex. : les contacts domiciliaires).
- Les travailleurs de la santé
 - Les travailleurs des centres hospitaliers;
 - Les travailleurs des CHSLD;
 - Les autres travailleurs de la santé.

Couvertures vaccinales des groupes ciblés

Groupe ciblé	Pourcentage vaccinés (%)	Évolution par rapport à 2007-2008
6-23 mois	38 %	Baisse de 1 %
2-59 ans atteints d'une maladie chronique	32 %	Baisse constante depuis 2006
60 ans et plus	57 %	Stable
60-64 ans	40 %	Baisse de 2 %
65 ans et plus	64 %	Stable
Résidents des CHSLD	88 %	Hausse
Travailleurs de la santé	49 %	Baisse
Employés des CHSGS ⁵	51 %	Baisse de 1 %
Employés des CHSLD	46 %	Baisse de 5 %

Les **défis pour 2009-2010** sont :

- Augmenter la couverture vaccinale influenza chez les 6-23 mois et les 60 ans et plus, ainsi que les travailleurs de la santé.
- Freiner la baisse de la couverture vaccinale chez les 2-59 ans atteints d'une maladie chronique.

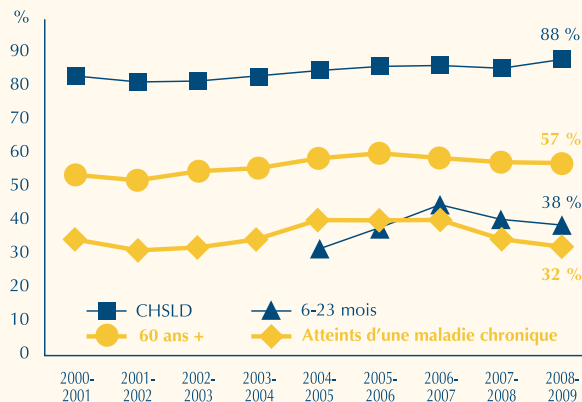
² Centre d'hébergement et de soins de longue durée.

³ Centre de santé et de services sociaux.

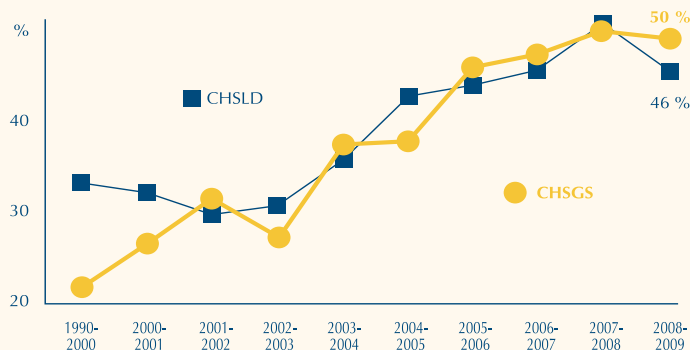
⁴ Centre local de services communautaires.

⁵ Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

Vaccination contre l'influenza Pourcentage des personnes à risque vaccinées, région de la Capitale- Nationale, 2000-2009



Vaccination contre l'influenza Travailleurs de la santé Employés des CHSGS et des CHSLD, région de la Capitale-Nationale, 2000-2009



L'activité grippale pour l'influenza saisonnière 2008-2009 : un résumé

Souches et activité de l'influenza saisonnière

Les souches de l'influenza saisonnière de type A et B ont circulé conjointement. La circulation des 2 types a débuté, culminé et cessé en même temps. Le type A était plus fréquent que le type B, et le type A/H3N2 plus fréquent que le type A/H1N1.

L'activité grippale saisonnière a débuté en janvier et connu un pic au mois de mars comme au cours des 3 dernières années, pour se terminer en avril 2009.

Source : *Flash Influenza*, 2009;13(3).

Présence de résistance aux antiviraux au Québec et au Canada

Amantadine : tous les isolats de la souche saisonnière A/H3N2 sont résistants; cet antiviral n'est pas efficace contre la souche B.

Oseltamivir : tous les isolats des souches A/H1N1 saisonnière sont résistants, sauf 1 isolat.

Zanamivir : aucune souche n'est résistante.

Source : Laboratoire national de microbiologie, Agence de santé publique du Canada.

Éclosions en CHSLD

Il y a eu 12 éclosions en CHSLD dans la région de la Capitale-Nationale :

- 8 de type A;
- 4 de type B;
- 1 avec les types A et B.

Source : Surveillance influenza, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale.

Programmes scolaires en 2008-2009 : une réussite

Le calendrier de vaccination contre l'hépatite B à 2 doses bien accepté

Dans le programme de vaccination contre l'hépatite B en 4^e année du primaire, l'utilisation du vaccin Twinrix

Geneviève Tremblay, M.D., Équipe Maladies infectieuses

(vaccin contre les hépatites A et B) a été bien accepté, d'autant qu'avec ce vaccin, un calendrier à 2 doses a été implanté. Ainsi, en 2008-2009, 85 % des filles et garçons ciblés ont été complètement vaccinés comparativement à 87 % en 2007-2008. Nous pouvons espérer qu'en 2009-2010, plus de 90 % seront vaccinés contre l'hépatite B.

La vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) fut un succès auprès des filles ciblées

Comme partout dans la province, la proportion de filles ayant été vaccinée contre le VPH est plus élevée en 3^e année du secondaire qu'en 4^e année du primaire. Il ne s'agit pas toutefois d'une différence importante. Pour une première année d'implantation du programme, les résultats sont supérieurs à ceux attendus, notamment au secondaire. Les pourcentages des vaccinées font référence aux filles qui ont reçu toutes les doses requises.

Vaccination contre le VPH

Filles ciblées	Pourcentage vaccinées (%)
4 ^e année du primaire	86 %
3 ^e année du secondaire	88 %

Vaccination et manifestations cliniques inhabituelles (MCI)

Gisèle Trudeau, M.D., Équipe Maladies infectieuses

Saviez-vous que?

- Les directions régionales de santé publique et la direction générale de santé publique du MSSS surveillent les effets secondaires inhabituels survenant après la vaccination (appelés MCI ou manifestation clinique inhabituelle).
- Les médecins et les infirmières qui constatent une **MCI grave ou inhabituelle** temporellement associée à une vaccination et qui soupçonnent un lien avec le vaccin doivent la déclarer au directeur de santé publique, qu'ils aient ou non administré le vaccin (Loi sur la santé publique, LRQ, chap. S-2.2, art. 69).
- Chaque année dans la région, les professionnels déclarent une centaine de MCI au directeur de santé publique (pour plus de 350 000 doses distribuées gratuitement en 2008).
- Cette surveillance permet de détecter :
 - des effets secondaires trop rares pour être reconnus dans les études cliniques précommercialisation (ex. : lorsqu'on implante un nouveau programme de vaccination);
 - de nouveaux effets secondaires liés à un lot défectueux.

Ces observations ne permettent pas de dire si le vaccin a causé la MCI mais suggèrent plutôt que d'autres études doivent être faites.

- Cette surveillance a permis :
 - de détecter le syndrome oculo-respiratoire (SOR) au Québec en 2000. Cette vigilance a mené à la

réalisation d'études scientifiques et à la modification du processus de fabrication du vaccin contre l'influenza.

- de confirmer que le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH), administré aux filles de 4^e année du primaire et du 3^e secondaire, est sécuritaire.
- Chaque MCI déclarée fait l'objet d'une enquête par un intervenant de la direction régionale de santé publique; celui-ci contacte le déclarant ou la personne vaccinée pour compléter l'information. Si nécessaire, il émet des recommandations individuelles sur l'évaluation de la MCI ou sur la poursuite de la vaccination.
- En 2009-2010, lors de la vaccination de masse contre l'influenza A/H1N1, la collaboration des médecins et des infirmières sera essentielle pour identifier toute MCI inattendue.

La vaccination est sécuritaire et la surveillance des MCI contribue à la rendre encore plus sécuritaire grâce au suivi approprié lorsqu'une situation inhabituelle est identifiée.

Une version électronique prête à imprimer et à compléter du formulaire *Rapport des manifestations cliniques survenues après une vaccination* a été déposée sur le site Internet de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale.

Vous le trouverez à l'adresse www.dspq.qc.ca, rubrique *Domaines d'activités*, onglet *Maladies infectieuses*.

Maladies infectieuses à déclaration obligatoire et autres maladies ou événements sous surveillance

Extrait du rapport annuel 2008

Michel Frigon, M.D., Équipe Maladies infectieuses

Portrait des déclarations

Au 24 février 2009, la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (DRSP) avait reçu 2482 déclarations de maladies à déclaration obligatoires (MADO) d'origine infectieuse pour 2008, représentant une augmentation de 16 % par rapport à 2007. La proportion des déclarations de la région, comparativement à celle de la province pour 2008, est identique à celle de 2007, soit 8,7 %.

Enquêtes épidémiologiques

Les enquêtes épidémiologiques ont pour objectif d'identifier les facteurs d'exposition aux maladies afin de les éliminer. Elles visent également à retrouver des personnes qui ont été en contact avec les cas afin de leur offrir une prophylaxie (par exemple, l'immunisation) lorsqu'elle existe.

Des 2482 déclarations de maladies infectieuses, 405 ont fait l'objet d'une enquête épidémiologique, soit 16 % de tous les cas de MADO d'origine infectieuse. Ce nombre ne diffère pas de façon significative par rapport à 2007 (411 cas). Tous les cas de ces maladies (infection à *E. coli*, infection gonococcique, infection à streptocoques du groupe A, malaria, hépatite A, infection à méningocoques, coqueluche, etc.) font l'objet d'une enquête épidémiologique. Les autres MADO ne font pas l'objet d'une enquête ou, lorsqu'elles en font l'objet, celle-ci vise seulement certains groupes d'âge (par exemple, les moins de cinq ans).

Soulignons que toutes les intoxications alimentaires (non incluses dans le total des MADO) font l'objet d'une enquête épidémiologique. De plus, pour toutes les hépatites C, chaque médecin traitant reçoit par courrier des outils d'aide au counseling.

Finalement, du côté de la biovigilance, 289 cas ont fait l'objet d'une recherche de don, de réception de sang ou de produits sanguins, de cellules, de tissus ou d'organes, représentant une augmentation de 45 % par rapport à 2007. La biovigilance nécessite non seule-

ment des contacts avec les médecins ou avec les cas eux-mêmes, mais aussi avec les différents établissements concernés. Elle contribue à améliorer la sécurité du système du sang.

Maladies évitables par la vaccination et ciblées par le Programme québécois d'immunisation

Dans la région, les maladies évitables par la vaccination de base demeurent à des taux très faibles. Plusieurs de ces infections ont connu une baisse à la suite de l'introduction de nouveaux vaccins au Programme d'immunisation du Québec. Cette diminution est particulièrement marquée pour l'hépatite B aiguë, la coqueluche, les infections à méningocoques de sérotype C ainsi que pour les infections invasives à pneumocoques causées par les sérotypes inclus dans le vaccin aux nourrissons (IIP) chez les moins de cinq ans. Lors de l'introduction de la composante acellulaire dans le vaccin contre la coqueluche en 1998, le nombre de cas annuel est passé de 596 à 70 en 2008.

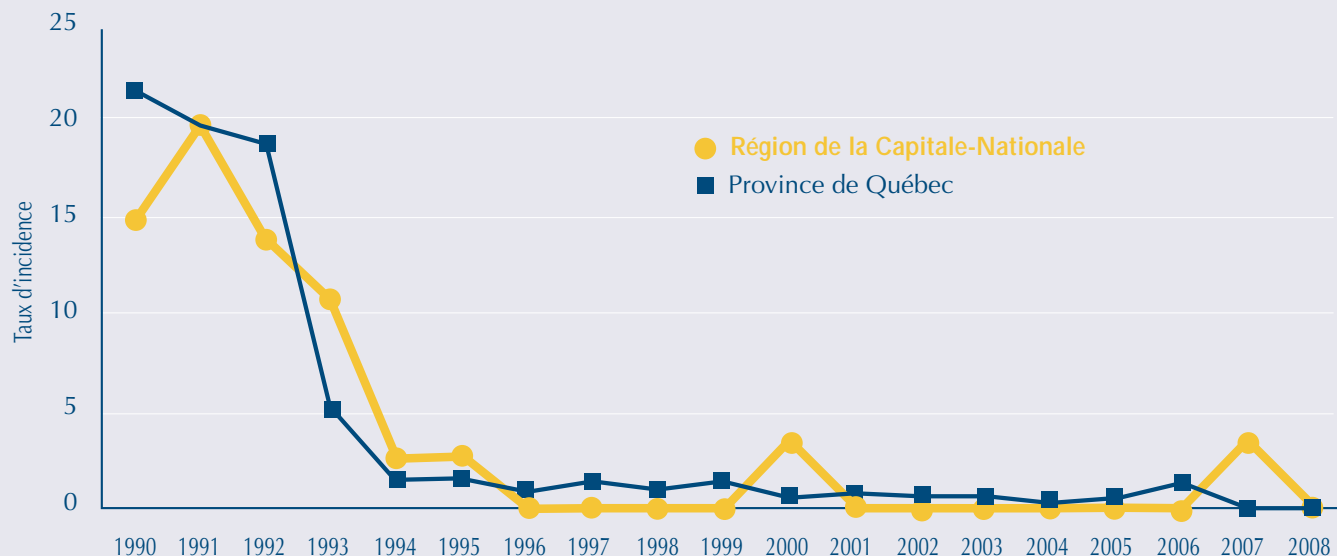
Manifestations cliniques inhabituelles survenant après la vaccination

Le rapport annuel 2008 présente pour la première fois un bilan des signalements des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) survenant après la vaccination. En vertu de la *Loi sur la santé publique*, les médecins et les infirmières qui constatent une MCI temporellement associée à une vaccination et qui soupçonnent un lien avec le vaccin doivent la déclarer au directeur régional de santé publique.

Ce programme permet de détecter des signaux, c'est-à-dire tout changement significatif dans l'incidence des manifestations cliniques postvaccinales en vue de prendre les mesures appropriées. Il n'a pas pour objectif d'établir la causalité.

Figure 1

INFECTIONS INVASIVES À HÆMOPHILUS INFLUENZÆ de type B.
 Incidence (par 100 000 personnes-année) chez les jeunes de zéro à quatre ans,
 région de la Capitale-Nationale et province de Québec, 1990-2008



En 2008, 368 633 doses de vaccins ont été distribuées gratuitement pour le programme public et 99 MCI ont été déclarées, ce qui donne un taux de 26,9/100 000 doses distribuées. On n'a noté aucune situation inhabituelle dans le nombre ou le type de MCI déclarées, comparativement à la province ou aux années antérieures. Plusieurs signalements ont été observés pour le programme de vaccination contre le virus du papillome humain, ce qui est attendu avec les nouveaux programmes.

Maladies transmissibles par gouttelettes ou par voie aérienne

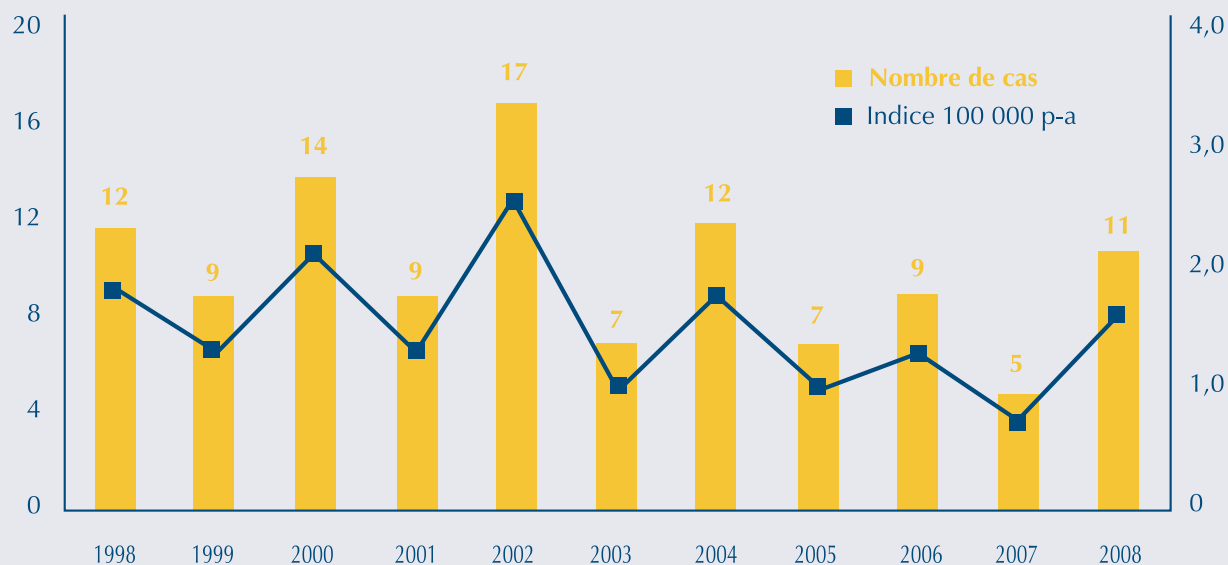
Pour les maladies transmissibles par gouttelettes, par voie aérienne ou par vecteur, les **infections à streptocoques** du groupe A ont connu une légère diminution de 2007 à 2008, passant de 29 à 24 cas. Pour la même période, les cas de **tuberculose** ont presque doublé, passant de 5 à 9 cas. Pour le nombre de cas de **malaria**, après une chute de 7 à 1 cas pour 2005 à 2006, il est remonté à 9 en 2007 pour redescendre à 4 cas en 2008; ces variations peuvent être attribuées aux variations de l'immigration. Finalement, il est intéressant de mentionner que la région avait connu son premier cas de **maladie de Creutzfeldt-Jakob** en 2006 et qu'un deuxième cas a été déclaré en 2007, puis 2 en 2008. Aucun cas d'infection au **virus du Nil occidental** n'a été déclaré.

Tableau 1
 Nombre de déclarations de MCI en 2008 selon le vaccin

Vaccins	Nombre de MCI déclarées*
Vaccins DCT-polio-Hib, DCT-Polio, dcT, dT	38
Vaccin contre l'influenza	28
Vaccin contre le VPH	17
RRO	8
Pneumocoque conjugué	8
Pneumocoque polysaccharidique	6
Varicelle	5
Méningocoque conjugué	5
Hépatites A, B et AB	4
Autres vaccins	6

* Le total excède le nombre de MCI puisque plusieurs vaccins peuvent avoir été administrés en même temps avant que la MCI ne se manifeste.

Figure 2
TUBERCULOSE. Nombre de cas par année et incidence,
région de la Capitale-Nationale, de 1998 à 2008



Éclosions

1. Gastro-entérites virales

Pour l'année 2008, 66 épisodes ont été déclarés à la DRSP, dont la majorité, soit 46 (69,7 %), sont survenus dans des établissements de soins (CHSGS, CHSLD, résidences pour personnes âgées). Les autres épisodes (20) sont survenus dans des garderies, des centres de la petite enfance (CPE) et des écoles.

Dans la majorité de ces éclosions (93,9 %), l'agent causal n'a pas été trouvé, soit parce qu'il n'y a pas eu de prélèvement effectué, soit parce que les résultats sont revenus négatifs. Lorsqu'un agent pathogène est trouvé, il s'agit surtout de Norovirus (4,5 %) ou de Rotavirus (1,5 %).

Figure 3
ÉCLOSIONS DE GASTRO-ENTÉRITES VIRALES. Répartition par mois des éclosions,
région de la Capitale-Nationale, années 2007 et 2008



2. Influenza (grippe)

Les éclosions déclarées à la DRSP sont celles qui surviennent dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou dans des unités des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Pour la saison 2008-2009, 12 éclosions d'influenza ont été déclarées à la DRSP, dont 7 de type A, 4 de type B et une de type A et B; toutes sont survenues dans des CHSLD. Cette saison, on observait à nouveau l'absence de concordance entre la souche vaccinale de type B et la souche circulante qui a contribué à la survenue des éclosions associées à ce type d'influenza.

Tableau 2
INFLUENZA. Éclosions dans les CHSLD et dans les unités des CHSGS, région de la Capitale-Nationale, 2004-2009

Saison	CHSLD	CHSGS	TOTAL
2004-2005	14	4	18
2005-2006	24	3	27
2006-2007	7	1	8
2007-2008	12	1	13
2008-2009	12	0	12

Morsures animales

Les morsures animales sont très fréquentes, surtout en période estivale. En 2008, la DRSP a reçu 129 signalements de morsures animales, soit 107 (45 %) de moins qu'en 2007. Cette diminution importante peut être attribuable à l'application d'un nouvel algorithme d'aide à la décision qui restreint la définition d'exposition significative aux chauves-souris essentiellement.

Les signalements touchaient au total 129 personnes, dont 97 adultes, 15 enfants (0 à 11 ans) et 17 ado-

lescents (12 à 17 ans). Des 129 personnes touchées, 29 (23 %) ont reçu une recommandation d'obtenir une vaccination prophylactique post exposition contre la rage.

Les animaux en cause sont les chiens (52 % des signalements), les chats (22,5 %), les chauves-souris (15,5 %), les singes (4 cas), et plus rarement, les ratons laveurs (2 cas), les rats (2 cas), un hibou, un serpent et un renard. Aucun des animaux analysés (11 cas) n'était porteur du virus de la rage.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang

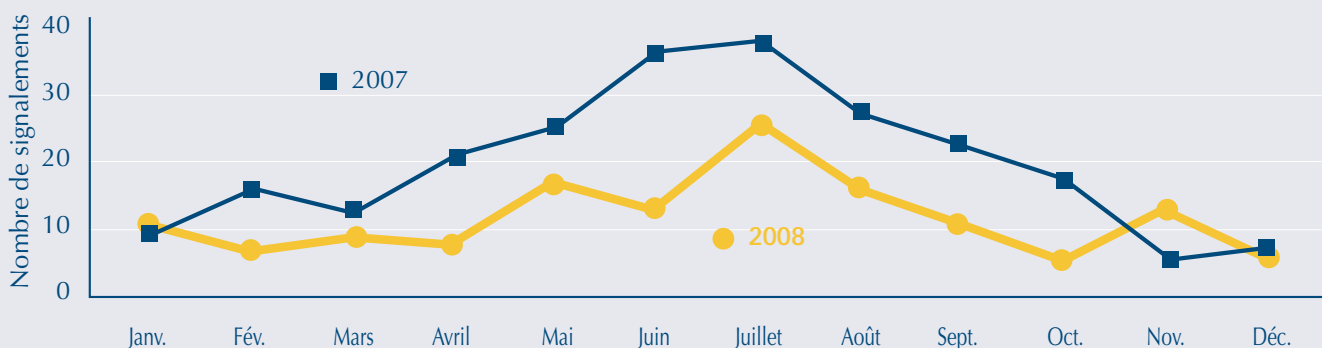
Le nombre des déclarations des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) a augmenté de 16 % (1466 cas en 2007 et 1689 en 2008).

Les principales infections transmissibles presque exclusivement par relations sexuelles (gonorrhée, chlamydie génitale et syphilis) représentent 59 % de toutes les MADO déclarées en 2008, ce qui est comparable à la situation de 2007 en terme de représentation.

Les **chlamydioses** génitales ont atteint un plateau depuis 2004 et demeurent nombreuses depuis ce temps. Elles ont connu une hausse en 2008, passant de 1209 en 2007 à 1324 cas. Le taux d'incidence régionale est légèrement plus élevé que le taux moyen provincial, et ce, de façon constante depuis 10 ans, à l'exception de 2001 où le taux était légèrement plus faible. L'année 2008 constitue véritablement un record.

L'année 2008 constitue également un record quant au taux régional d'**infection gonococcique** (14,3 par 100 000 personnes-année) qui demeure quand même en-deçà du taux provincial (21,5 par 100 000 personnes-année).

Figure 4
MORSURES ANIMALES. Nombre de signalements par mois, région de la Capitale-Nationale, 2007-2008



La **syphilis contagieuse** a augmenté de façon importante en 2008 avec 2 fois plus de cas qu'en 2007 (25 et 11 cas respectivement). On retrouve 24 hommes pour une femme. Le risque le plus fréquent pour les hommes est celui associé aux relations sexuelles avec d'autres hommes.

Les cas d'**hépatite B** (aiguës et chroniques) ont augmenté, passant de 41 en 2007 à 61 en 2008. Le nombre de cas d'hépatite B aiguë a commencé à diminuer en 2004 pour atteindre son niveau le plus bas en 2006 (deux cas), avec une légère remontée en 2007 et 2008 (cinq et six cas). Le nombre de cas d'hépatite B chronique (porteur) a augmenté également et ce, de façon plus importante que l'**hépatite B** aiguë. Également, le nombre de cas d'hépatite C chronique a augmenté, passant de 114 à 159 respectivement.

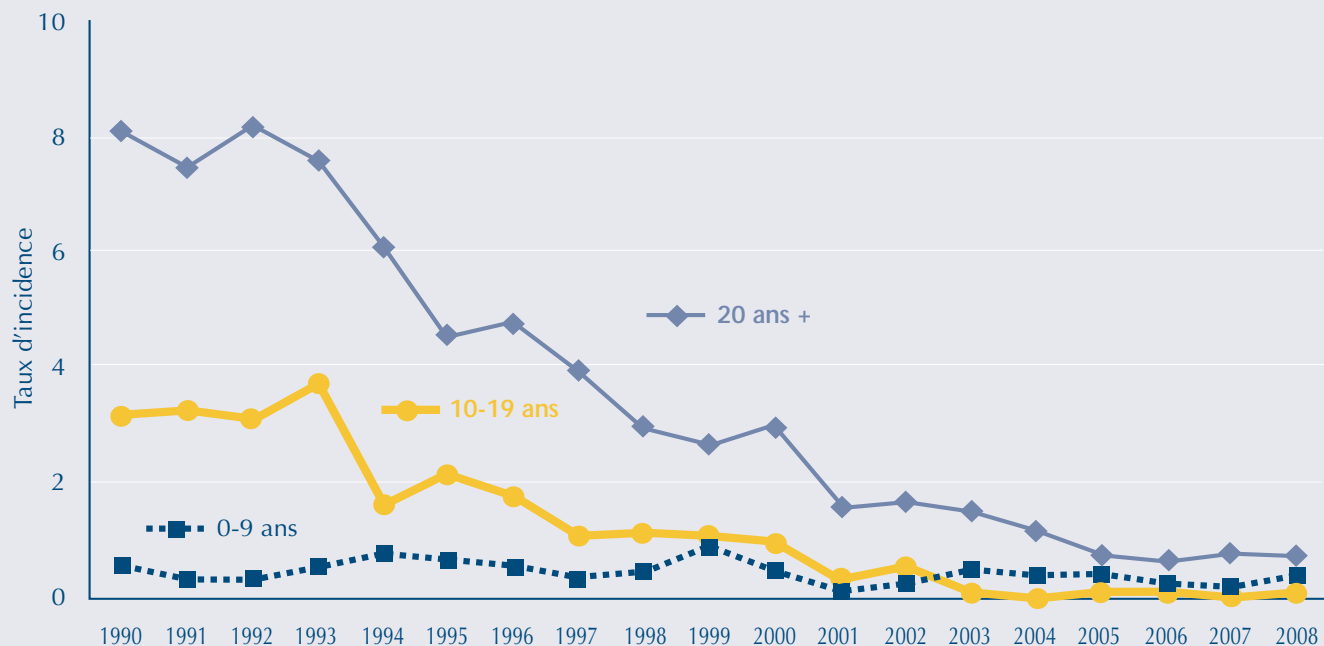
Maladies entériques

Dans la région de la Capitale-Nationale, les taux relatifs à plusieurs maladies entériques sont supérieurs à ceux de la province depuis quelques années, sans que l'on puisse en déterminer la cause. Les **infections à E. coli** ont connu une forte diminution en 2001 et ont été relativement stables depuis ce temps, sauf en 2007 où on remarque une légère augmentation. Une saisonnalité estivale est associée à cette maladie. Finalement, il y a eu peu de cas d'hépatite A depuis au moins 1999.

Tableau 3
MALADIES ENTÉRIQUES. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de certaines maladies, région de la Capitale-Nationale, 1999-2008

MALADIE	ANNÉE									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Amibiase	3,7	4,3	3,7	2,9	3,2	3,8	2,1	3,3	3,6	3,7
Campylobactériose	59,5	68,0	53,4	57,6	53,4	55,3	48,1	45,1	40,4	44,9
Entérite à <i>E. coli</i>	10,8	13,9	6,0	8,2	1,8	1,5	2,5	1,8	3,6	1,8
Entérite à <i>Y. enterocolitica</i>	1,9	2,6	1,4	1,1	1,4	1,1	1,6	1,0	1,0	1,5
Giardiase	8,2	8,6	10,9	16,9	12,9	14,6	12,9	13,4	12,8	11,3
Salmonellose	17,8	15,4	18,1	18,0	20,0	13,2	16,2	16,1	13,6	15,9
Shigellose	2,9	3,4	2,3	1,5	2,3	1,1	2,7	1,8	1,3	1,6
Listériose	0	0	0	0	0	0,3	0,7	1,5	1,9	1,2
Hépatite A	0,9	0,9	1,2	0,6	0,5	1,7	0,1	1,2	0,6	0,7

Figure 5
HÉPATITE B AIGUË. Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) selon les groupes d'âge, province de Québec, 1990-2008



Infections nosocomiales

1. Éclosions d'infections à entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) et à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)

Contrairement aux années antérieures, 3 éclosions de porteurs d'ERV ont été déclarées dans 3 établissements différents de soins de courte durée.

Depuis quelques années, les souches de SARM contractées dans la plupart des centres hospitaliers régionaux (SARM-AH) sont considérées comme endémiques. Cependant, seules les éclosions d'infections dans les CHSLD sont à déclaration obligatoire et il n'y en a pas eu en 2008. Le SARM acquis en communauté (SARM-AC) continue de faire l'objet d'une surveillance locale par le personnel des centres hospitaliers et une éclosion touchant les membres d'une équipe sportive a été déclarée.

2. Diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD)

Pour l'année 2008*, 501 cas de DACD d'origine nosocomiale ont été rapportés par les responsables des

hôpitaux régionaux participants. Il s'agit d'une diminution de 141 cas (22 %) en comparaison avec l'année 2007. Cependant, une augmentation des taux est notée vers la fin de 2008 (novembre – décembre). Les causes en sont variées et diffèrent d'un hôpital à l'autre.

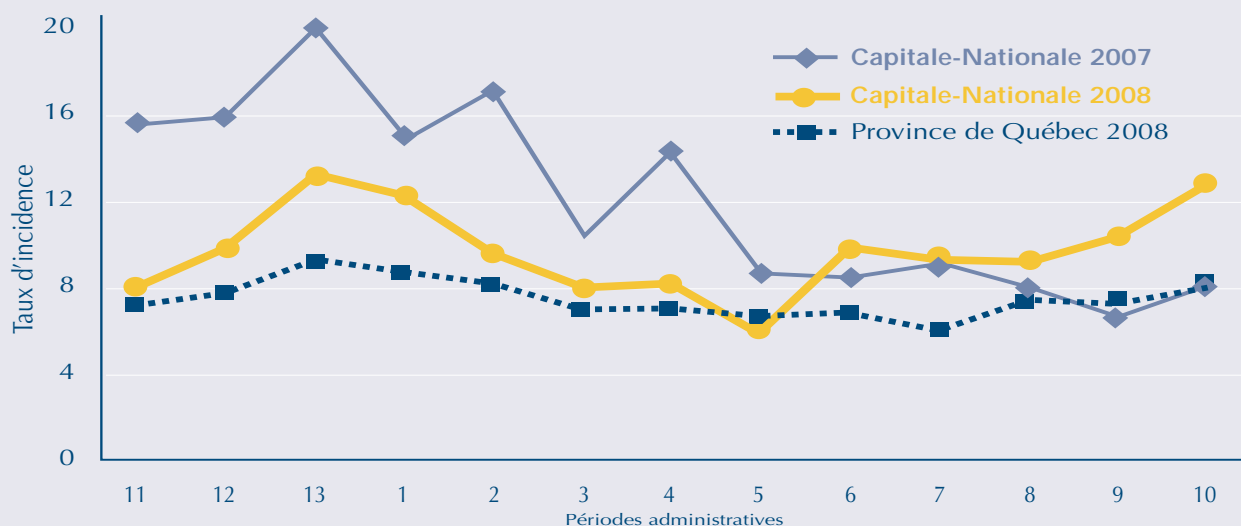
Conclusion

La Direction régionale de santé publique remercie ses partenaires pour la surveillance et le contrôle des MADO. Elle insiste cependant pour rappeler que la base de ce système de surveillance est la déclaration des MADO par les médecins et les responsables des laboratoires et qu'ils ont l'obligation légale de faire cette déclaration.

Source :
FRIGON, Michel et al. *Maladies, infections, intoxications et autres maladies infectieuses ou événements sous surveillance* : Rapport annuel 2008, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2009.

* Soit du 6 janvier 2008 au 3 janvier 2009.

Figure 27
DIARRHÉE ASSOCIÉE AU CLOSTRIDIUM DIFFICILE.
Incidence par 10 000 personnes-jours selon les périodes administratives, région de la Capitale-Nationale et province de Québec, année 2008



Bulletin
de **santé publique**

Vol. 21, n° 1, février 2010

Publication de la Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
2400, avenue d'Estimauville, Québec (Québec)
G1E 7G9

Les bulletins de santé publique sont disponibles sous format électronique sur notre site Internet à l'adresse suivante :
www.dspq.qc.ca/doc_bulletins.html

Pour information,
contactez M^{me} Justine Duchesne
au 418 525-1500, poste 264 ou
justine.duchesne@ssss.gouv.qc.ca

Infographie : Atelier Infograph

Envoi de poste publication 40007047

Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale

Québec

