



Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
σ Dδ↳^a 6↳ ∆Γ∆ ∙∆∆^a ∆aa bΓC↳bσD[↳]
Cree Board of Health and Social Services of James Bay

Rapport sur les maladies à déclaration obligatoire (MADO)
de 1990 à 2005 pour la Région des Terres-cries-de-la-Baie-
James (Eeyou Istchee)
Décembre 2006

Soumis par Dr Robert Carlin
Extraction des données par Pierre Lejeune

“Striving to maintain and promote the health of our people”
Miyupimaatisiin aa uhchi pimipiyihtaakinuwich utih iiyiyuu aschiühch Tel : 514.861.2352 ext : 233
Direction de santé publique des Terres crie de la Baie James Fax : 514.861.2681
Public Health Department of the Cree Territory of James Bay 277 rue Duke, Montréal (Québec) H3C
2M2

Rapport sur les maladies à déclaration obligatoire (MADO) de 1990 à 2005 pour la région 18

La surveillance des maladies infectieuses est une des principales responsabilités de la santé publique. Durant les deux dernières décennies, les infirmières, les médecins et les laboratoires ont aidé à contribuer au contrôle et à la prévention des maladies transmissibles en signalant les maladies à déclaration obligatoire (MADO) à la Direction de santé publique. Nous apprécions et nous encourageons les efforts constants dans ce domaine.

Le rapport qui suit résume des maladies à déclarations obligatoires entre 1990 et 2004 pour la région 18. Les données provinciales publiées ont été incluses pour plusieurs infections dans un but comparatif. Elles proviennent de la banque régionale de données des MADO (maladies à déclaration obligatoire) du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) qui se trouve à Montréal au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ).

Comme celles-ci proviennent de surveillance passive, il se peut qu'il y ait une certaine partialité avec les cas signalés. Par exemple, la gravité de la maladie ou l'existence de programmes de dépistage organisés peuvent tous influencer le signalement. Les cas des autres régions peuvent être plus ou moins signalés selon les programmes régionaux de santé publique. Malgré ces contraintes, le système fournit des renseignements utiles sur les tendances d'une année à l'autre et sur l'impact des programmes de contrôle qui sont implantés.

Il faut être prudent lorsque nous comparons nos données avec celles des autres régions, ainsi qu'en observant les maladies rares qui apparaissent au sein de notre population qui est relativement petite. Les cas sporadiques qui se présentent peuvent mener à des taux largement fluctuant d'une année à l'autre.

Les infections transmissibles sexuellement et les hépatites transmissibles par le sang

Les infections transmissibles sexuellement et les hépatites transmissibles par le sang ont représenté 96 % de toutes les maladies à déclaration obligatoire en 2005, 96 % de toutes les maladies à déclaration obligatoire en 2004 et 93 % de toutes les maladies à déclaration obligatoire en 2003.

La chlamydia

Les taux d'infections à chlamydia survenues dans la région durant les quinze dernières années ont été élevés de façon constante lorsque comparés aux taux de la province en général. Entre 2000 et 2004, période de cinq ans, le taux standardisé pour l'âge d'infections à chlamydia de la région a été 6 fois le taux de la province du Québec dans sa totalité. Autrement dit, il faudrait s'attendre à 20 cas dans la région, si le taux régional était le même que le taux provincial en 2000. Cependant, le nombre moyen des cas de chlamydia observé durant cette période a été de 119 (Tableau 1).

La plupart des cas signalés se sont produits chez des femmes. Celles-ci représentaient 84 % des cas déclarés entre 2000 et 2004 et 82 % des cas déclarés entre 2001 et 2005. Cependant, il y a eu un nombre accru de cas rapportés chez les hommes durant la même période (voir aussi Figure 1). En 2005, les tests d'urine ont détecté 6% des cas de chlamydia.

La majorité des cas ont survenu chez les adolescents et les jeunes adultes âgés de 15 à 30 ans (une moyenne de 84 % de tous les cas déclarés entre 2000 et 2004 et une moyenne de 83 % de tous les cas déclarés entre 2001 et 2005) [voir aussi Figure 2]. Il y avait un cas de chlamydia oculaire en 2005, mais ceci a survenu chez un adulte.

Il y a eu une augmentation significative du nombre et des taux de cas à chlamydia durant la période de cinq ans de 2000 à 2004. Le taux en 2005 a été stable à 1340 par 100,000 de population. Il est possible qu'elle reflète des niveaux accrus d'infection, de dépistage ou une combinaison de ces facteurs.

Le nombre annuel de cas pour chaque communauté a été inclus pour 1990 à 2005. Par contre, notez qu'ils peuvent fluctuer énormément d'une année à l'autre lorsque que l'on observe cette petite population (Tableau 2).

Intéressant, entre 2000 et 2004, le taux régional de grossesses ectopiques n'est pas plus élevé que le taux moyen de la province qui a été 13 par 1000 naissances (Source : Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques). Cependant, cette information est calculée sur un petit nombre de cas.

L'objectif de la santé publique : Réduire le taux d'infections à chlamydia de 50 par 100 000 personnes. Cela correspond à 7 cas par an dans la région.

La gonorrhée

Il y a eu un nombre limité mais significatif de cas de gonorrhée chaque année durant la période de 2000 à 2005. Les nombres accrus en 2003, en 2004, et en 2005 résultent surtout des éclosions locales dans les plus grands villages. Durant la période de 2000 à 2004, le taux standardisé pour l'âge de gonorrhée de la région a été 4 fois le taux de la province du Québec dans sa totalité. Autrement dit, il faudrait s'attendre à 1 cas par an, si le taux régional était le même que le taux provincial en 2000. Toutefois, le nombre moyen de cas de gonorrhée observés durant cette période a été de 5.

La majorité des cas déclarés entre 2000 et 2005 sont survenus chez les adolescents. Les femmes représentaient la majorité des infections en total et chez les adolescents.

L'administration du test pour la gonorrhée pour les cas signalés dans la région a été faite presque exclusivement en utilisant les TAAN¹ avec 17% des cas détectés avec les tests d'urine. Car seules les cultures de gonorrhée apportent des données sur la sensibilité aux antibiotiques et à cause de l'antibiorésistance augmentant de la gonorrhée aux pénicillines et à la ciprofloxacine, le traitement de tous les cas de gonorrhée est révisé par la Direction de santé publique.

L'objectif de la santé publique : Réduire le taux d'infections gonorrhéiques en dessous du seuil d'élimination. Cela équivaut à moins un cas par an dans la région.

¹ Test d'amplification d'acide nucléique.

Tableau 1 : Nombre de cas d'infections transmissibles sexuellement et d'hépatites transmissibles par le sang de 1990 à 2005 – Terres-cries-de-la-Baie-James, Eeyou Istchee

	Chlamydia génitale	Chlamydia oculaire	Chlamydia pulmonaire	Gonorrhée	Hépatite B	Hépatite C
1990	118		1	7	2	
1991	107	1	1	4		
1992	96	1	2	4		
1993	87				3	
1994	102			10		
1995	111			9		
1996	90			4		
1997	76			6	3	10
1998	135		1	10		
1999	82			1		
2000	64			2	5	9
2001	90			2		
2002	102			1		
2003	153			6		
2004	185			13		
2005	189	1		12		

Tableau 2 : Nombre de cas de chlamydia par communauté de 1990 à 2005 – Terres-cries-de-la-Baie-James, Eeyou Istchee

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Waswanipi	8	12	18	6	7	14	17	12	17	6	<5	7	8	27	25	19
Mistissini	37	28	31	27	39	25	8	21	27	8	<5	12	24	28	27	36
Waskaganish	20	10	7	9	12	15	12	5	14	14	16	14	16	20	45	52
Nemaska	<5	6	<5	-	<5	9	9	<5	<5	<5	5	6	8	7	10	12
Eastmain	<5	<5	<5	7	<5	<5	<5	-	5	<5	7	<5	<5	<5	11	11
Wemindji	7	6	<5	8	8	6	9	<5	10	9	8	6	6	<5	9	<5
Chisasibi	32	28	22	19	24	24	20	16	31	14	14	22	24	43	34	35
Whapmagoostui	6	7	8	7	<5	8	9	<5	12	18	8	17	7	17	12	13
Oujé-Bougoumou	-	-	-	-	-	<5	<5	7	5	7	<5	<5	<5	<5	9	6
Pas précisé	<5	7	5	<5	<5	5	<5	<5	11	<5	-	<5	<5	6	<5	<5
Total	118	107	96	87	102	111	90	76	135	82	64	90	102	153	185	189

Figure 1. Taux de Chlamydia par sexe de 1995 à 2004 – Terres-cries-de-la-Baie-James, Eeyou Istchee (Source : BSV, MSSS)

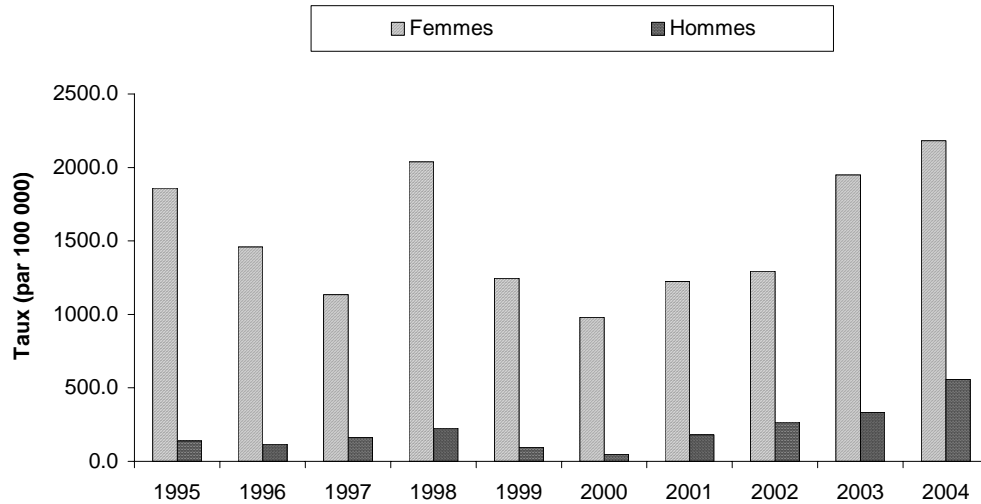
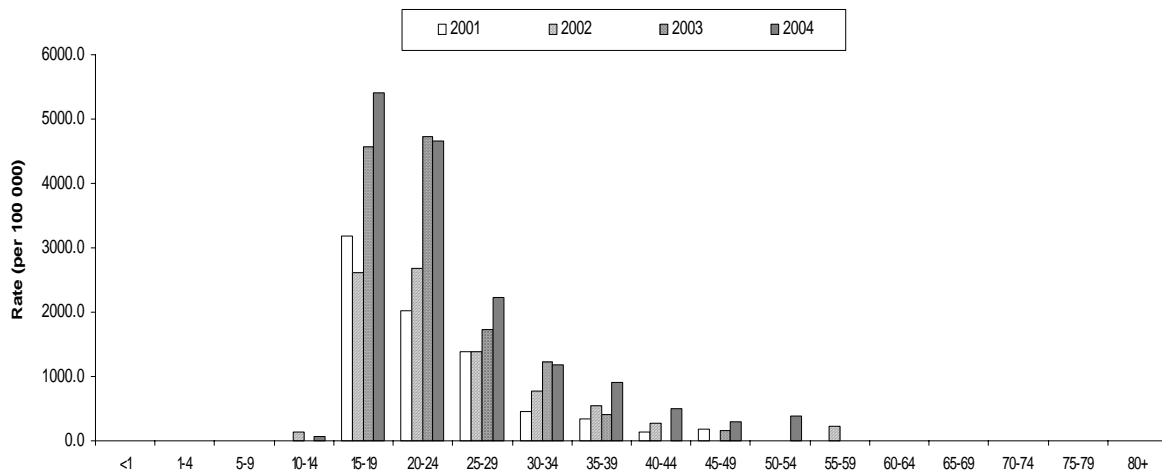


Figure 2. Taux de Chlamydia par groupe d'âge de 2001 à 2004 – Terres-cries-de-la-Baie-James, Eeyou Istchee (Source : BSV, MSSS).



L'hépatite B

Il y a eu un nombre sporadique de cas d'hépatite B de signalés durant les seize dernières années. La majorité de ces cas représentent des porteurs chroniques plutôt que de l'hépatite B aiguë (Tableau 1). Par contre, durant les dix dernières années il y a eu deux cas d'hépatite B aiguë (Tableau 4). L'hépatite B est une maladie pouvant être prévenue par la vaccination et des programmes de vaccination rigoureux devraient éventuellement éliminer les cas aigus.

L'objectif de la santé publique : Réduire le taux d'hépatite B aiguë à 1 par 100 000 personnes. Ceci équivaut à 1 ou 2 cas tous les dix dans la région.

L'hépatite C

De même, un nombre limité de cas d'hépatite C (19 cas) ont été signalés dans notre région durant les dix dernières années (Tableau 1). La prévalence régionale cumulative de 1990 à 2004 a été 0,11% considérant que la prévalence provinciale a été 0,31% durant la même période (Source : Portrait de situation de l'hépatite C au Québec 1990-2005 – Analyse de la demande de services par les personnes atteintes du virus de l'hépatite C).

Là où les antécédents d'exposition sont disponibles, l'utilisation de drogues injectables ou par inhalation sont notés comme facteurs de risque. Autre facteurs risques ont inclus les transfusions sanguines avant les programmes de dépistage.

L'objectif de la santé publique : Réduire l'incidence de l'hépatite C.

Le VIH

La surveillance du VIH est faite à un niveau provincial depuis 2002 et il n'existe pas de données pour les années précédentes. Cette surveillance a démontré 3 nouveaux cas détectés en 2004 chez les personnes identifiées avec un lieu de résidence identifié dans la région 18. Cependant, il y avait 4 tests positifs de la région depuis 2002 (Source : Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec – Cas cumulatifs 2002-2005).

La tuberculose

Il y a eu un recul constant des cas de tuberculose durant les deux dernières décennies. L'incidence des cas de tuberculose a été groupée en blocs de trois ans à cause du petit nombre de cas. L'incidence annuelle a été 3 par 100 000 de population durant le bloc de trois ans le plus récent. Le cas observé durant cette période était un cas d'infection pulmonaire (Tableau 3).

Les cas de tuberculose avant 1990 provenaient des dossiers externes au système MADO.

L'objectif de la santé publique : Réduire le taux de cas de tuberculose active à 2 par 100 000 personnes. Ceci équivaut à 1 cas par 4 ans dans la région.

Tableau 3 : Nombre de cas et d'incidence de tuberculose de 1980 à 2004 – Terres-cries-de-la-Baie-James, Eeyou Istchee.

Années	Nombre de cas	Incidence annuelle (par 100 000 de population)
2005-	0	
2002-2004	1	3
1999-2001	5	14
1996-1998	8	23
1993-1995	7	22
1990-1992	9	31
1987-1989	5	19
1984-1986	8	26
1980-1983	38	149

Les infections évitables par la vaccination

La coqueluche représente près de 80 % des maladies évitables par la vaccination qui sont signalées entre 1990 et 2005. La dernière grande poussée épidémique de coqueluche s'est produite en 1998 et le dernier cas de coqueluche a été signalé en 2002. En plus de la vaccination infantile de routine, un rappel unique pour les adolescents et les adultes a été introduit en 2004. Le programme de vaccination infantile a été remplacé par un vaccin acellulaire en 1998.

Jusqu'en 2005, le dernier cas d'*Haemophilus influenzae* invasive (méningite) s'est produit en 1990. Un programme de vaccination systématique contre cette maladie a été implanté en 1988. (Un revu préliminaire des données de 2006 révèle 2 cas dans la région d'*Haemophilus influenzae* incluant un cas de type B, une infection évitable par la vaccination.)

Le dernier cas d'oreillons s'est produit en 1999 et le dernier cas de rougeole en 1994. Un programme de vaccination systématique contre ces deux maladies a été débuté en 1970, mais un programme avec deux doses a seulement été institué en 1996. En 1996, une deuxième dose de vaccin contre la rougeole a été fournie à tous les sujets réceptifs âgés de 19 mois jusqu'aux adolescents fréquentant la dernière année du secondaire.

Il y a eu une petite régression du nombre d'infections pneumococciques invasives dans la région. Le vaccin polysaccharide est fourni aux personnes âgées et aux malades chroniques. De plus, un programme de vaccination avec quatre doses du vaccin conjugué est donné aux enfants de la région afin de les protéger contre cette maladie. Ces infections sont aussi surveillées par l'*International Circumpolar Surveillance*² ou on observe que les taux d'infections pneumococciques invasives sont plus élevés parmi les populations nordiques incluant les Premières Nations et les Inuits. Cette surveillance démontre une réduction des nombres d'infections causées par les sept sérotypes inclus dans le vaccin conjugué depuis l'introduction des programmes de surveillance.

L'objectif de la santé publique : Réduire les taux de la plupart des maladies évitables par la vaccination, voire les éliminer. Pour ce qui est de la coqueluche et des infections streptococciques invasives, le but est de réduire les taux d'au moins 50 %.

Tableau 4 : Nombre de cas d'infections évitables par la vaccination de 1990 à 2005 – Terres-cries-de-la-Baie-James, Eeyou Istchee

	Coqueluche	<i>Haemophilus influenzae</i>	Oreillons	Rougeole	Infections pneumococciques invasives	Hépatite B aiguë
1990	1	1				
1991		1				
1992						
1993	41					
1994	2			1		
1995						
1996						
1997	1				1	
1998	25				1	
1999			1		4	
2000					2	2
2001	1				3	
2002	2				1	
2003					2	
2004					1	
2005					1	

² Surveillance circumpolaire internationale.

Les infections gastro-entériques

Il y a eu des signalisations sporadiques de troubles gastro-entériques durant la période de 1990 à 2005. La salmonelle est l'infection la plus commune qui est signalée. Les infections entériques récentes ont été des infections isolées ou reliés à une transmission intrafamiliale par un sujet malade.

En général, le nombre d'infections entériques dans la région semble plus bas que dans la province du Québec. Si la région avait des taux similaires à celle-ci, on pourrait s'attendre à un cas d'amibiase ou de Shigella tous les deux ans, un cas de Yersinia ou d'E. coli tous les quatre ans ou un cas d'hépatite A tous les cinq ans. Avec le même scénario, il y aurait environ deux cas de giardia ou quatre cas de Campylobacter chaque année.

Notez que la salmonelle est la seule infection entérique qui survient plus fréquemment qu'ailleurs dans la province. Si les taux régionaux étaient les mêmes que les taux provinciaux, il n'y aurait que deux cas par an. En général, cela n'a pas été le cas. Par contre, les nombres de cas étaient bas en 2004 et 2005.

Tableau 5 : Nombre de cas d'infections entériques de 1990 à 2005 – Terres-cries-de-la-Baie-James, Eeyou Istchee

	Amibiase	Campylobacter	E. coli	Yersinia	Shigella	Salmonella	Giardia	Hépatite A
1990				1	1	6		
1991						8		
1992		1				3	1	
1993		1				3	1	1
1994		1	1			3		
1995						11	1	
1996		2				5		2
1997						9		
1998		1				10	1	
1999		3				7	1	
2000		2				3		
2001		3		1		3		
2002		1				9		
2003	1			1		5	1	
2004	1		1			1	1	
2005		1				3		

Les autres infections déclarées

L'infection streptococcique invasive de groupe A est la maladie la plus commune qui n'est pas couverte par les groupes précédents. La surveillance de celle-ci a débuté à la fin des années quatre-vingt-dix, tandis que celle des infections entérovirales et de la scarlatine a été interrompue en 2004.

TABLEAU 6 : Nombre de cas d'autres infections de 1990 à 2005 – Terres-cries-de-la-Baie-James, Eeyou Istchee

	Méningite entérovirale	Hépatite N.D.	Plasmodium malariae	Scarlatine	Strép. A invasive
1990					
1991					
1992				1	
1993	1				
1994					
1995					
1996		2			
1997					
1998				1	2
1999	1				2
2000	4		1	1	2
2001	2			2	
2002					
2003					2
2004					2
2005					2

Résumé

En terme de nombres absolus, les infections transmissibles sexuellement et par le sang sont les maladies à déclaration obligatoires les plus significatives dans le territoire. Cependant, il est essentiel de maintenir rigoureusement les programmes de vaccination afin d'éliminer les infections évitables par la vaccination incluant l'hépatite B et l'*Haemophilus influenzae* type b. Les taux de tuberculose ont diminué de manière importante dans la région.

Personne-ressource :

Si vous avez des commentaires ou des questions en ce qui concerne ce rapport, veuillez contact le D^r Robert Carlin à l'adresse suivante :

Direction de la santé publique - Région 18
277, rue Duke, bureau 201
Montréal (Québec)
H3C 2M2
Téléphone : (514) 861-2352, poste 233
Télécopieur : (514) 861-2681
Courriel : robert.carlin@ssss.gouv.qc.ca

Remerciements

J'aimerais remercier Monsieur Pierre Lejeune pour son travail d'extraction et de révision des données contenues dans ce rapport. J'aimerais remercier Mesdames Frances Couchees et Rachel Martin pour leur aide continue avec la saisie de données et la production de ce document. Je voudrais remercier Marcellin Gangbè et Jill Torrie pour leurs commentaires et la révision de ce rapport. Finalement, j'aimerais remercier les travailleurs de la santé de la région pour le temps qu'ils aient pris à déclarer les maladies infectieuses figurant dans ce rapport.