

DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE
DE L'HÔPITAL CHARLES LEMOYNE
25, BOUL TASCHEREAU
GREENFIELD PARK (QUÉBEC)
J4V 2G8

Centre de documentation
Département de santé communautaire

RAPPORT DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

RÉGION 10B

1984-1991

Dr Christina Smeja

**Module du Nord Québécois
Département de santé communautaire
Hôpital général de Montréal**

Septembre, 1992

WA
55
S545
1992



© Tous droits réservés
Département de santé communautaire
Hôpital général de Montréal

ISBN : 2-921366-18-5
Dépôt légal : 3^e trimestre 1992
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les Drs Elizabeth Robinson et Paul Brassard pour leurs conseils lors de la préparation de ce rapport, ainsi que le Dr Robert Remis pour ses suggestions au sujet de la présentation, l'étude et l'interprétation des données. Je voudrais souligner la contribution de Mme Gaétane Bérubé, pour sa patience énorme, sa créativité et son application dans la préparation des tableaux et graphiques. Merci à Mme Claudette Lavallée pour la révision du texte. Finalement, les membres du personnel clinique et de laboratoire du CCSSBJ sont à remercier et à féliciter pour leur travail consciencieux; ce rapport ne reflète qu'une petite partie de leurs efforts continus à améliorer la santé de la population crie.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
MÉTHODOLOGIE	4
LES MTS	5
L'HÉPATITE B	7
LES MALADIES ENTÉRIQUES	10
LES MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION	14
LES AUTRES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE	15
RÉSUMÉ	16
RÉFÉRENCES	19

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 - MADO - Nombre annuel de déclarations par type de maladie, par année, en nombre absolu et en pourcentage du total de l'année - Région 10B	21
TABLEAU 2 - Chlamydia - Nombre annuel de déclarations d'infections à chlamydia - Région 10B	22
TABLEAU 3 - Chlamydieuse génitale - Nombre annuel de déclarations par groupes d'âge et sexe - Région 10B	23
TABLEAU 4 - Chlamydieuse génitale - Taux annuel par 100 000 de population - Région 10B et l'ensemble du Québec	24
TABLEAU 5 - Gonorrhée - Nombre et taux annuel de déclarations - Région 10B et l'ensemble du Québec	25
TABLEAU 6 - Gonorrhée - Taux d'incidence de gonorrhée déclarée dans la région 10B par rapport aux taux québécois. Taux bruts et taux standardisés selon la méthode indirecte	26
TABLEAU 7 - Hépatite B - Nombre annuel de cas d'hépatite B aiguë et de porteurs chroniques d'HBsAg déclarés, par communauté - Région 10B	27
TABLEAU 8 - Hépatite B - Taux annuel de déclarations par 100 000 - Région 10B et Québec	28
TABLEAU 9 - Hépatite B - Porteuses de l'HBsAg, nouvellement identifiées lors de dépistage prénatal par rapport aux nombres de naissances par village par année - Région 10B	29
TABLEAU 10 - Hépatite B - Prévalence des porteuses de l'HBsAg nouvellement dépistées parmi la population ayant subi un dépistage prénatal (estimée comme le nombre de naissances) par village, par année et par période de 2 ans - Région 10B.	30
TABLEAU 11 - Maladies entériques - Nombre annuel de déclarations - Région 10B	31
TABLEAU 12 - Salmonellose - Nombre annuel de cas déclarés de salmonellose, par communauté - Région 10B	32

TABLEAU 13 - Tuberculose : Nouveaux cas et rechutes - Nombre annuel de cas déclarés, par communauté - Région 10B	33
TABLEAU 14 - Tuberculose : Nouveaux cas et rechutes - Nombre annuel de cas déclarés, par groupe d'âge - Région 10B	34
TABLEAU 15.1 - Tuberculose : Nouveaux cas et rechutes - Taux annuel par 100 000 - Région 10B et Québec	35
TABLEAU 15.2 - Tuberculose : Nouveaux cas et rechutes - Taux quinquennal par 100 000 (moyenne mobile sur 5 points) - Région 10B et Québec	35
TABLEAU 16 - Infections évitables par la vaccination - Nombre annuel de déclarations - Région 10B Nombre de cas d'infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i> observé vs. nombre attendu - Région 10 B	36

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 - Pourcentage de MADO, par type de maladie - Région 10B	37
FIGURE 2 - Taux annuel d'infection génitales à chlamydia déclarées. Taux bruts - Région 10B et Québec	38
FIGURE 3 - Infections génitales à chlamydia. Nombre de cas déclarés selon l'âge et le sexe - Région 10B, 1991	39
FIGURE 4 - Taux annuel de gonorrhée - Région 10B et Québec	40
FIGURE 5 - Salmonellose - Nombre de cas déclarés selon le mois de l'épisode - Région 10B, 1984-1991	41
FIGURE 6 - Tuberculose - Nombre de cas de tuberculose-maladie, par groupe d'âge - Région 10B, 1984-1991	42
FIGURE 7 - Taux quinquennal de tuberculose. Moyenne mobile sur cinq points - Région 10B et Québec	43

INTRODUCTION

Les maladies à déclaration obligatoire (MADO) sont des maladies infectieuses ou intoxications, désignées dans la Loi sur la protection de la santé publique et ses règlements, que les professionnels de la santé doivent déclarer aux responsables de la santé publique pour que ceux-ci puissent en surveiller la propagation et intervenir au besoin afin de protéger la santé du public.

Pour la région 10B, les intervenants de la santé rapportent les MADO au Module du Nord Québécois (MNQ) du Département de Santé Communautaire (DSC) de l'Hôpital Général de Montréal, qui, pour certaines maladies telles que la tuberculose ou l'hépatite B, s'assure auprès des professionnels de la santé du Nord du bon traitement et du suivi approprié de chaque cas, incluant la recherche des contacts. Le MNQ est aussi responsable de recueillir les données de MADO pour planifier des activités préventives régionales.

Depuis janvier 1990, le MNQ inscrit directement les données de MADO de la région 10B au fichier électronique MADO du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), qui reçoit de telles données de tous les DSC de la province et en compile les statistiques provinciales.

Le tableau 1 montre le nombre de déclarations signalées au MNQ pour la région 10B de 1984 à 1991, par année et par type de maladie. Ce nombre exclut les duplications de cas qui auraient pu être déclarés par différents intervenants, dans la mesure où elles sont décelables par les informations soumises au MNQ.

Plusieurs facteurs peuvent influencer le nombre de déclarations MADO reçues autres que l'incidence des maladies à déclaration obligatoire dans une population, dont:

- la définition de ce qu'est une MADO

Par exemple, la chlamydie n'est devenue maladie à déclaration obligatoire qu'en 1988.

- l'importance perçue de déclarer certaines MADO

A noter qu'après les épidémies de gastro-entérite des années 1980-1983 qui ont provoqué plusieurs décès chez les Cris, le personnel clinique était aux aguets des cas de gastro-entérite. En 1984, il y a eu 119 cas de diarrhée épidémique déclarés avec entre 0 et 9 cas par mois par village. Depuis 1984, il n'y a eu que 2 périodes où la diarrhée

épidémique a été rapportée, et ce lors d'éclosions majeures (51 cas en avril 1987 à Waswanipi et 41 cas en juillet 1988 à Waskaganish).

- les critères de diagnostic d'une MADO

Par exemple, la diarrhée épidémique a une définition vague... Pour la région 10B, sont considérés comme épidémiques plus de 2-3 cas de diarrhée (excluant les cas de pathologie pré-existante) par semaine dans une petite communauté comme Némaska ou Eastmain, ou plus de 6-8 cas par semaine pour une plus grosse communauté comme Chisasibi ou Mistissini. Cependant les cliniciens ne s'informent pas entre eux de tous les cas de diarrhée, alors, comment dire combien de cas dans le village? Le MNQ évalue un système de surveillance active des cas de gastro-entérite dans les villages cris mis en place durant l'été 1992.

- la disponibilité, l'utilisation et la qualité des tests diagnostiquant une MADO

Le Campylobacter jejuni est souvent responsable de maladies entériques secondaires à une contamination alimentaire, ainsi que l'agent bactérien le plus fréquemment mis en cause comme contaminant hydrique causant des diarrhées au Québec; cependant, son isolation nécessite des milieux de transport et de culture spécifiques qui ne sont pas disponibles dans les dispensaires du CCSSSBJ. Il n'est donc pas étonnant que les infections à campylobacter soient peu souvent rapportées sur le territoire 10B.

Des tests rapides à l'immunofluorescence ou à dosage immuno-enzymatique pour détecter les infections à Chlamydia trachomatis sont disponibles dans tous les dispensaires du CCSSSBJ depuis 1986, ce qui n'était pas jusqu'à récemment le cas dans la plupart des bureaux de médecin du Québec: une plus grande accessibilité au test pourrait contribuer, du moins en partie, à un plus haut taux de diagnostic de cette MADO dans la région 10B qu'au Québec en général.

- le dépistage systématique d'une MADO

Suite à l'analyse des échantillons de sérum prélevés pour l'enquête de santé chez les Cris en 1983-84, on a découvert plusieurs porteurs du virus de l'hépatite B à Waskaganish. Cette découverte fortuite a mené à un dépistage systématique de la population de Waskaganish pour le marqueur HBsAg: 35 porteurs de l'hépatite B nouvellement diagnostiqués ont donc été rapportés en 1987.

- les pratiques de déclaration

L'hôpital de Chisasibi a adopté un système vers la fin des années 80 où le laboratoire se charge de joindre un formulaire de déclaration à être rempli par le médecin

à tout résultat de test de laboratoire indiquant une MADO. Ce système semble faciliter la tâche de la déclaration, et possiblement donc améliorerait le taux de déclaration, mais est-ce qu'il pourrait décourager les déclarations de MADO faits sur critères cliniques (rougeole chez un bébé difficile à piquer pour prélèvement, par exemple)?

La figure 1 montre le profil des MADO rapportées pour la région 10B par pourcentage de type de MADO pour trois années différentes de la période 1984-1991. Les facteurs énumérés ci-haut, parmi d'autres, peuvent influencer le nombre et les types de MADO déclarés.

Malgré certaines limitations de l'information fournie par les déclarations MADO, celles-ci peuvent nous donner des renseignements utiles quant à l'évolution de l'incidence de certaines maladies dans la population crie, dans le temps et par rapport à la population du Québec en général.

Les MADO rapportées dans la région 10B pour la période 1984-1991 seront regroupées comme suit:

- maladies transmises sexuellement (MTS)
- hépatite B
- maladies entériques
- tuberculose
- maladies évitables par la vaccination
- autres maladies

MÉTHODOLOGIE

Pour pouvoir comparer l'incidence d'une maladie dans une population sur une période d'un an par rapport à celle d'une autre année ou d'une autre population, nous utilisons le taux par 100 000 de population:

$$\text{incidence annuelle} = \frac{\text{nombre de cas déclarés}}{\text{population totale}} \times 100\,000$$

Les dénominateurs pour les taux crûs proviennent des listes de bénéficiaires vivant sur le territoire dressées en 1985, 1987, 1989 et 1991. Pour les autres années, une estimation a été faite en faisant la moyenne de l'année précédente et de l'année suivante, sauf pour 1984, où nous avons utilisé les chiffres de population du 21.03.85. Les taux pour la population du Québec viennent des documents produits par le MSSS, ou le cas échéant, sont calculés à partir du nombre de cas de maladie déclarés au LSPQ (tiré de leur rapport annuel) et des chiffres de population estimés des statistiques démographiques du Québec publiées par le bureau des statistiques du Québec en 1992: cette éventualité sera indiquée dans le texte.

Pour certaines MADO, notamment les MTS, on pourrait s'attendre à ce que la structure d'âge de la population crie, où l'on retrouve une plus grande proportion d'individus jeunes que dans la population générale québécoise, contribue à des différences dans les taux calculés par rapport aux taux pour le Québec. Pour les infections à chlamydia, nous avons donc calculé les taux par groupe d'âge pour pouvoir les comparer aux taux québécois (tableau 4). Pour la gonorrhée, avec un plus petit nombre de cas observés, nous avons utilisé la standardisation indirecte pour obtenir le rapport standardisé d'incidence annuelle pour tenir compte des différences de distribution d'âge. Nous pouvons alors comparer le nombre de cas déclarés dans la population crie au nombre total de cas attendus si les taux d'incidence par groupe d'âge étaient les mêmes que dans la population générale (tableau 6).

Pour éviter l'instabilité des taux chez les petites populations, pour la tuberculose, nous avons calculé les moyennes mobiles sur cinq points (taux quinquennaux), soit les taux moyens annuels sur des périodes de cinq ans qui se chevauchent et se suivent à intervalle d'un an. Ainsi, nous avons comparé ces taux aux taux quinquennaux dans la population québécoise en général (tableau 15.2).

LES MTS

Les MTS représentent toujours une forte proportion des MADO de la région 10B. Avant 1988, les MTS étaient représentées essentiellement par la gonorrhée. L'hépatite B est aussi considérée comme MTS par la plupart des experts de maladies infectieuses, mais comme son épidémiologie est un peu différente dans notre région, nous la considérerons séparément: il faudra cependant se rappeler que cette maladie peut aussi être transmise par voie sexuelle.

Depuis que la chlamydie est devenue MADO en 1988 et que nous disposons de test pour la diagnostiquer, elle est devenue de loin la MADO la plus souvent rapportée. L'infection génitale au Chlamydia trachomatis peut causer des symptômes d'urétrite chez l'homme ou la femme (brûlements mictionnels), mais est souvent asymptomatique chez la femme: l'infection n'est cependant pas bénigne, car elle peut causer des salpingites avec complications d'infertilité ou de grossesse ectopique, ou encore être transmise au nouveau-né au moment de l'accouchement, causant une conjonctivite ou une pneumonie chez le nourrisson.

Pour les années 1989-1991, les taux d'infections génitales à chlamydia déclarées pour la région 10B étaient d'environ 5 fois ceux du Québec (figure 2 et tableau 4). Remarquez que dans la population crie, le pourcentage de cas déclaré chez les hommes était de seulement 10% versus 27% pour la population générale du Québec (tableau 2): la population féminine crie se fait-elle plus souvent dépister que la population québécoise, ou encore, la population masculine crie consulte-t-elle moins souvent que les Québécois? Il demeure qu'il est très important pour le clinicien de s'assurer que la recherche de contacts des cas diagnostiqués soit faite et les partenaires traités.

Il serait intéressant de calculer le pourcentage de tests de dépistage pour les infections génitales à chlamydia qui reviennent positifs, par sexe, pour avoir une meilleure idée de la prévalence des infections génitales à chlamydia dans la population crie. A noter, les limitations des tests diagnostiques pour le chlamydia: pour le test à dosage enzymo-immunologique (Chlamydiazyme) qui est utilisé dans les cliniques du CCSSBJ depuis 1988, la sensibilité est de 65% et la spécificité, de 85-97%. La valeur prédictive des résultats positifs avec ce test sera élevée dans les groupes à risque élevé, soit dans les populations avec une prévalence de l'ordre de 7%.

Le groupe d'âge le plus touché par les infections à chlamydia était celui des 15-19 ans (tableau 3 et figure 3), même si on tient compte du fait que ce groupe d'âge est plus fort en terme de nombre d'individus que les groupes d'âge plus âgés (tableau 4).

On note une légère diminution de l'incidence des infections à chlamydia sur les trois

dernières années qui parallèle la situation au Québec. Il faut ajouter cependant que cette tendance est moins apparente chez le groupe des 15-19 ans.

En ce qui concerne la gonorrhée, le taux rapporté chez les Cris était environ 3 fois celui du Québec, sauf pour un pic chez les Cris en 1989 et un taux semblable à celui du Québec en 1991 (graphique 4 et tableau 5). La standardisation indirecte des taux chez les Cris pour les années 1984-1989, pour lesquelles les données québécoises sont disponibles, confirme cet excédant de cas chez les Cris (tableau 6). Les laboratoires ont isolé quelques souches de Neisseria gonorrhoeae avec une résistance modérée à la pénicilline dans la région, mais il n'y a eu aucune souche de N. gonorrhoeae producteur de pénicillinase (NGPP) isolée durant cette période; vu la mobilité de la population entre le territoire et les grands centres, nous suggérons cependant de suivre les lignes directrices du Laboratoire de lutte contre la maladie pour le traitement des gonococcies non-complicées, assurant une efficacité contre les isolats résistants à la pénicilline.

Dans les autres MTS, il y a eu 1 cas de syphilis et un cas de lymphogranulome vénérien déclarés durant cette période de 8 ans.

Il n'y a eu aucun cas de SIDA déclaré dans la population crie du territoire 10B. Le SIDA est causé par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). L'individu infecté au VIH peut demeurer asymptomatique pendant de nombreuses années, mais pourra transmettre l'infection par relations sexuelles non protégées, par le partage d'aiguilles ou, dans le cas d'une femme enceinte, à son bébé. L'infection au VIH peut être diagnostiquée par la recherche d'anticorps au VIH dans le sang. La séropositivité au VIH n'est cependant pas une maladie à déclaration obligatoire au Québec. Le MNQ espère instaurer un système de surveillance anonyme pour les cas d'infection au VIH de la région, avec la coopération des cliniciens et l'accord du CMDP du CCSSBJ, pour mieux pouvoir planifier et évaluer les efforts de prévention, d'éducation et de support en matière VIH-SIDA.

Autre MTS, le condylome acuminé, causé par le virus papillome humain (HPV), n'est pas une maladie déclarable, mais elle est de plus en plus répandue sur le territoire selon les cliniciens. Le HPV peut causer des verrues sur les organes génitaux et peut être associé au développement du cancer du col utérin.

L'HÉPATITE B

L'hépatite B est une inflammation du foie causée par un virus (hepatitis B virus ou HBV). L'infection au HBV peut se présenter avec différents tableaux: elle cause habituellement une maladie sub-aiguë avec ictère (jaunisse), anorexie (perte d'appétit), nausées et malaises; mais les infections subcliniques sont fréquentes. Rarement, la maladie peut être fulminante et mortelle. Un état de porteur chronique peut suivre l'infection aiguë dans 5 à 10% des cas chez les adultes et encore plus fréquemment chez les enfants, avec des complications possibles à long terme telles que la cirrhose et le cancer du foie.

L'HBV est présent dans le sang, les liquides séreux, le sperme ou les sécrétions vaginales d'une personne infectée. La transmission du virus peut se faire:

- par contact sexuel
- par transmission périnatale (de mère à son bébé naissant)
- par voie percutanée (chez les utilisateurs de drogues injectables ou chez les travailleurs de la santé, par exemple)
- par transmission muqueuse (éclaboussures de sang dans l'oeil par exemple)

La transmission est donc possible par les contacts domestiques ou familiaux, par contact d'une plaie suintante ou les sécrétions d'une personne infectée avec la peau lésée d'une autre personne ou par le partage de rasoirs, de brosses à dents ou de peignes.

Des tests de dépistage pour le HBsAg et l'anti-HBsAg, des marqueurs de l'infection HBV, ont été effectués sur les échantillons de sang prélevés lors de l'enquête de santé chez les Cris en 1983-84. Ces tests ont démontré un grand nombre de porteurs de l'HBsAg dans la communauté de Waskaganish (tableau 7), ce qui a mené à un dépistage systématique de cette population. Le dépistage a été suivi par une vaccination contre l'hépatite B de tous les individus HBsAg et anti-HBsAg négatifs de ce village, et se poursuit par la vaccination de tous les nouveau-nés de Waskaganish. L'étiologie de l'infection n'est pas connue, et cette approche a été préconisée vu la réalité communautaire de famille étendue et la mobilité d'individus d'un ménage à l'autre.

Parmi toutes les déclarations d'hépatite B reçues, pour la région 10B, entre 1984 et 1991, seulement une représentait une hépatite aiguë. Les taux annuels de déclarations (tableau 8) reflètent donc essentiellement des porteurs chroniques de l'HBsAg nouvellement identifiés. Les statistiques québécoises ne font pas la distinction entre l'hépatite B aiguë et l'état de porteur chronique.

Avec le programme de dépistage de l'HBsAg à 28 semaines de grossesse chez toutes les femmes enceintes qui a débuté sur le territoire vers la fin de 1987, 5 porteuses de l'HBsAg ont été nouvellement identifiées (tableau 9). Toutes ces porteuses ont été identifiées dans des villages de la côte durant les deux premières années du dépistage prénatal, soit en 1988 et 1989. Les taux de prévalence de porteuses de l'HBsAg dans la population des femmes enceintes qui figurent au tableau 10 ne sont que des estimations: il faudrait tenir compte des grossesses gémellaires (environ 4-5 par année pour la région) et des porteuses déjà connues et donc pas déclarées (ce pourquoi nous avons exclu la population de Waskaganish du total). Certaines femmes en âge de procréer sont représentées plus d'une fois dans la population ayant subi le dépistage prénatal, ce qui explique en partie le plus grand nombre de porteuses de l'HBsAg nouvellement identifiées durant les deux premières années du dépistage. Malgré le fait de ne pas avoir de nouveau cas d'identifié lors des deux dernières années, le dépistage prénatal de l'HBsAg devrait être continué dans la région à cause du haut taux des autres MTS et de la forte proportion des grossesses adolescentes: l'identification d'une mère porteuse de l'HBsAg permet des interventions chez le nouveau-né (immunisation passive et active) qui peuvent prévenir de sérieuses séquelles telles que l'hépatite chronique active et le cancer du foie.

Quoique le comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) ait conclu que, pour vaincre l'hépatite B au Canada, il faudrait adopter une stratégie qui vise l'immunisation universelle, un tel programme n'a pas été recommandé encore, vu les questions de coût et de détermination du calendrier le plus efficace. Pour la région 10B, soulignons qu'il faudra:

- continuer la vaccination contre l'hépatite B de tous les nouveau-nés de Waskaganish
- continuer le dépistage de l'HBsAg chez toutes les femmes enceintes
- conseiller et suivre les patients porteurs de l'HBsAg. La détermination de l'alphafoeto-protéine sérique aux 6 mois est à considérer pour dépister précocement les cancers du foie
- assurer la vaccination des partenaires sexuels et des ménages des porteurs connus de l'HBsAg lorsque ceux-ci déménagent.
- adopter une politique de vaccination contre l'hépatite B au CCSSSBJ pour les travailleurs exposés au sang et liquides biologiques
- s'assurer que les techniques de précautions universelles soient connues et suivies par les travailleurs du CCSSSBJ.

Pour les personnes qui ont déjà été vaccinées, il demeure incertain si une ou des doses de rappel contre l'hépatite B sont nécessaires, et si oui, quand et à quelle fréquence. Même si les anticorps anti-HBsAg décelables disparaissent chez 30 à 50% des individus vaccinés en moins de 7 ans, la protection contre l'infection à HBV semble persister à cause d'une mémoire immunologique. Le CCNI vient tout récemment d'émettre des lignes directrices révisées relatives aux vaccins de rappel contre l'hépatite B: il ne recommande plus l'administration systématique de vaccin de rappel aux personnes avec un système immunitaire qui fonctionne normalement. Cependant, les personnes immunodéprimées, par exemple les hémodialysées ou celles qui sont infectées par le VIH, ont souvent une réaction sub-optimale au vaccin et devront peut-être recevoir une dose de rappel : la décision d'administrer un vaccin de rappel serait à prendre cas par cas. Les consultations avec les experts en maladies infectieuses et en immunisation se poursuivront à ce sujet.

LES MALADIES ENTÉRIQUES

Jusqu'au début des années 80, les gastro-entérites infectieuses ont été une source importante de morbidité et de mortalité chez les Cris, surtout chez les enfants. L'amélioration de la provision en eau potable et du traitement des eaux usées semblent avoir amélioré la situation. Dans certaines communautés, il existe cependant des lacunes au niveau des infrastructures communautaires: à Chisasibi, le système de fosse septique est nettement insuffisant pour servir la communauté, vu le nombre de personnes desservies et la qualité du sol. A Waskaganish, le lagon déborde régulièrement dans la rivière, près du tuyau d'approvisionnement d'eau pour le village. Ces conditions sanitaires mettent les populations de ces villages particulièrement à risque pour des maladies entériques transmissibles par l'eau contaminée.

Les gastro-entérites peuvent être causées par différentes bactéries, dont la salmonella, le campylobacter, le yersinia, la shigella ou des espèces d'Escherichia coli pathogènes, par des parasites tel que le giardia, ou encore par des virus de type rotavirus ou parvovirus. La transmission des gastro-entérites bactériennes peut se faire de personne à personne ou via des aliments ou de l'eau contaminés. Les gastro-entérites virales sont très contagieuses et la transmission se fait habituellement par contact personnel, mais est aussi possible par l'eau. La recherche d'agents viraux est difficile et coûteuse et n'est donc pas faite de routine chez un patient symptomatique: elle est réservée à l'investigation d'éclosions de diarrhée.

Tel que mentionné précédemment, les cliniques du CCSSSBJ n'utilisent pas de milieu de transport spécifique pour le campylobacter lorsque les échantillons de selles sont envoyés pour analyse: cet agent ne serait donc pas détecté dans les cultures de selles faites dans la région, en dépit du fait qu'il soit souvent l'agent étiologique des maladies entériques secondaires à une contamination alimentaire et qu'il soit l'agent le plus souvent mis en cause dans les maladies entériques secondaires à une contamination hydrique au Québec. Si une infection à campylobacter se présentait, elle pourrait être déclarée comme diarrhée épidémique, mais nous avons vu que cette entité est peu souvent déclarée par les cliniciens, pour diverses raisons. Un système de surveillance des cas de maladies entériques est en place dans toutes les communautés cries pour essayer de compléter le tableau des diarrhées épidémiques (été 1992).

La maladie entérique la plus souvent déclarée dans la région 10B est la salmonellose (tableaux 11 et 12). La présentation la plus fréquente est celle de gastro-entérite, avec diarrhée, crampes et fièvre. On peut voir aussi la fièvre entérique avec des signes systémiques plus importants (céphalée, anorexie, léthargie) pouvant précéder la diarrhée. Des infections focales sont aussi possibles: méningite, ostéomyélite ou abcès. Les principaux réservoirs de la salmonella sont les animaux (volaille, tortues...). D'autres

sources sont les aliments contaminés à la préparation, l'eau et les porteurs humains. En étudiant le nombre de cas de salmonellose déclarés dans la région selon le mois de l'épisode pour la période 1984-1991 (figure 5), il apparaît que la grande majorité des infections survient à l'été et au début de l'automne. Cette augmentation saisonnière dans l'incidence des maladies entériques est bien connue et serait due entre autres à l'ingestion d'aliments mal conservés ou mal manipulés, avec une contamination et une prolifération favorisée par des températures ambiantes plus élevées durant ces mois de chaleur. Les principes généraux d'hygiène dans la manipulation des denrées alimentaires doivent continuer à être soulignés par les intervenants de la santé: plus particulièrement, les agents de la santé publique des conseils de bande (Public Health Officers ou PHOs) pourraient assurer des campagnes d'information et d'éducation auprès de la population.

Aux cliniciens, il faudrait rappeler que les antibiotiques peuvent être nécessaires dans les cas de salmonellose s'il y a atteinte systémique, mais devraient être évités par ailleurs car leur utilisation peut prolonger l'état de porteur.

Il n'y a eu qu'un cas d'hépatite A et qu'un cas de giardiase signalés en 1984 sur le territoire pour toute la période de 1984 à 1991.

LA TUBERCULOSE

La tuberculose (TB) est causée par le Mycobactérium tuberculosis (bacille de Koch). La transmission se fait d'une personne en maladie pulmonaire active via les gouttelettes de crachats répandues dans l'air lors de la toux ou de l'éternuement qui sont inhalées par la personne-contact. Le bacille se multiplie dans les poumons et se propage dans le corps via le sang et le système lymphatique. Il peut atteindre d'autres sites tels que les os, les méninges et l'appareil génito-urinaire... Une fois la personne infectée, soit qu'elle devienne malade (tuberculose maladie-nouveau cas) ou que son corps réussisse à maîtriser l'infection temporairement en renfermant le germe. On parle alors de tuberculose-infection: la personne n'est pas malade mais le PPD est habituellement positif quelques semaines plus tard. La personne peut développer une TB active (tuberculose maladie-nouveau cas) si son immunité baisse à cause de maladie chronique, prise de certains médicaments, malnutrition, etc... Une personne qui a fait une TB maladie et s'en est remise peut aussi subir une réactivation de l'infection plus tard: c'est alors une tuberculose maladie-cas réactivé.

L'incidence de tuberculose-maladie chez les Cris était au delà de 10 fois celle de la population générale du Québec au début des années 80. La situation s'est améliorée, certains villages n'ayant eu aucun cas de TB active de rapporté depuis 10 ans, mais il existe au sein de la population crie une proportion importante de personnes infectées par le bacille de la tuberculose qui pourraient subir une réactivation de la maladie. Le village de Mistissini a vu une éclosion de TB en 1990-1991, avec 7 cas de tuberculose-maladie rapportés, tous chez des jeunes adultes de 15-29 ans (tableaux 13 et 14). Le personnel clinique doit rester attentif pour détecter très tôt les cas actifs et dépister leurs contacts: une chimio-prophylaxie précoce peut prévenir le risque de développer une tuberculose-maladie chez les contacts. Noter le nombre de cas selon le groupe d'âge (figure 6): la distribution chez les Cris, avec le plus grand nombre de cas de TB chez les moins de 30 ans, est différente de celle du Québec, où la majorité des cas se trouve chez les plus de 50 ans.

L'étendue de l'infection au bacille de Koch au sein de la population crie fait redouter encore plus l'introduction de l'infection au VIH dans la région, car celle-ci pourrait engendrer de nouvelles épidémies de TB.

Comme les taux annuels de tuberculose sont calculés avec un petit nombre de cas, les tendances peuvent être difficiles à évaluer car un cas de plus ou de moins changera énormément le tableau: pour avoir une image plus claire dans le temps, il est habituel de faire le calcul de taux quinquennaux. La figure 7 et le tableau 15.2 montrent les taux quinquennaux de l'incidence de tuberculose pour le territoire 10B et le Québec, calculés en moyennes mobiles. On remarque une diminution progressive du taux de tuberculose

chez les Cris avec une augmentation récente, ce qui souligne l'importance continue de l'éducation de la population sur les signes et les symptômes de la tuberculose pulmonaire et de la vigilance de la part des cliniciens.

LES MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

Il y a eu quelques cas sporadiques de maladies infantiles évitables par la vaccination déclarés dans la région 10B durant la période de 1984 à 1991 (tableau 16). Les taux de couverture vaccinale dans la région sont à calculer: lors de la dernière évaluation en 1983, ils étaient en général excellents dans la plupart des communautés. A noter qu'il n'y a eu aucun cas de rougeole déclaré sur le territoire en 1989, lorsqu'il y a eu une épidémie au Québec, centrée dans la région de Montréal, ni en 1991 lors de l'épidémie dans l'Ungava qui s'est répandue dans l'Abitibi.

Parmi les maladies évitables par la vaccination déclarées dans la région 10B, la plus importante en termes de fréquence et de séquelles possibles est la méningite à Haemophilus influenzae de type b. Le vaccin conjugué contre l'Haemophilus b (Prohibit) a été introduit dans le programme d'immunisation du territoire en 1989, mais comme ce vaccin n'était pas efficace si administré avant l'âge de 18 mois, on ne pouvait prévenir les infections chez les enfants de moins de 18 mois, soit le groupe le plus à risque de développer la méningite à Haemophilus b. Les 6 cas d'infection invasive à Haemophilus b qui ont été signalés de 1984 à 1991 sont survenus chez des nourrissons de douze mois ou moins. Tous représentaient des méningites, sauf pour un cas de septicémie. Il n'y a eu aucun cas d'épiglottite, d'arthrite ou de pneumonie à Haemophilus b rapporté. Le nombre de cas d'infection invasive à Haemophilus b rapporté chez les nourrissons cris durant la période 1984-1991 était de six fois le nombre attendu selon les taux canadiens (voir tableau 16).

Avec l'introduction du vaccin conjugué PRP-OMP (PedvaxHIB), qui se donne à l'âge de 2, 4 et 12 mois, et qui confère une immunité contre l'Haemophilus b dès la première dose, nous pouvons espérer de diminuer l'incidence de ces infections, qui peuvent entraîner la surdité, le retard mental, une maladie convulsive ou même la mort. La vaccination des nourrissons cris avec le vaccin PRP-OMP a débuté en juin 1992.

Le vaccin contre le Neisseria meningitidis ne fait pas partie du calendrier régulier de la vaccination au Canada. Son usage est réservé aux situations d'éclosion et aux voyageurs en région endémiques. Il y a eu seulement un cas de méningite à méningocoque déclaré dans la région 10B durant la période de 1984 à 1991, soit en 1985. Le territoire cri a été épargné des éclosions de méningite à méningocoque chez les jeunes adultes qui ont été rapportées dans différentes régions du Québec et du Canada durant les années 1991-1992.

LES AUTRES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

La scarlatine est une maladie secondaire à une infection à un streptocoque du groupe A produisant une exotoxine erythrogène, qui cause une éruption cutanée caractéristique. Il y a eu 4 cas rapportés dans la région 10B entre 1984 et 1986. Il n'y a eu aucun cas rapporté entre 1987 et 1991.

Il y a eu un cas de méningite virale déclaré en 1984.

RÉSUMÉ

Les MTS constituent la classe de MADO la plus souvent rapportée dans la région 10B au cours des années 1984 à 1991. Les infections au chlamydia et à la gonorrhée peuvent mener à des problèmes de santé importants. De plus, les taux élevés de MTS, surtout chez les jeunes de 15-24 ans (3 à 5 fois les taux québécois), témoignent de comportements à risque et de facteurs concomittants qui favorisent la transmission hétérosexuelle de l'HIV. Cette population est donc particulièrement à risque de développer une épidémie de SIDA suivant le modèle de transmission de pays de type II. Il est donc primordial de continuer les efforts dans l'éducation, les activités de prévention et la surveillance des MTS. Le suivi des taux de MTS dans les prochaines années reflétera l'efficacité des interventions; un système de surveillance anonyme des cas d'infection au VIH dans la région sera à discuter avec les membres du CMDP du CCSSSBJ.

Chez les Cris plus que dans la population générale, les jeunes femmes semblent être rejointes beaucoup plus que les jeunes hommes par les intervenants de la santé pour diagnostic de MTS (une occasion d'éducation, on l'espère): il faudra envisager d'autres stratégies pour atteindre les jeunes hommes cris. La recherche des contacts devra être plus rigoureuse que tout simplement donner des médicaments pour "le partenaire", ce qu'on soupçonne se fait malheureusement trop souvent à cause d'une surcharge de travail (ou autre raison...). Le CCSSSBJ devra songer d'ailleurs à une politique de recherche et notification de contacts des cas éventuels de séropositivité au VIH.

Il est recommandé de traiter tous les cas de gonorrhée avec un régime efficace contre le NGPP (malgré le fait qu'il n'y a eu encore aucun isolat de NGPP trouvé dans la région) à cause de la mobilité de la population entre les villages et les grands centres.

Depuis la découverte du taux élevé de porteurs de l'hépatite B dans le village de Waskaganish en 1986, et de la campagne de vaccination contre l'hépatite B dans ce village en 1987, le taux de déclaration de l'hépatite B dans la région 10B est inférieur à celui du Québec en général. Les recommandations concernant la prévention et le suivi de l'hépatite B dans la population crie incluent:

- continuer la vaccination contre l'hépatite B de tous les nouveau-nés de Waskaganish
- continuer le dépistage de l'HBsAg chez toutes les femmes enceintes
- conseiller et suivre les patients porteurs de l'HBsAg. La détermination de l'alpha-fœtoprotéine sérique aux 6 mois est à considérer pour dépister précocement les cancers du foie

-assurer la vaccination des partenaires sexuels et des ménages des porteurs connus de l'HBsAg lorsque ceux-ci déménagent

-adopter une politique de vaccination contre l'hépatite B au CCSSSBJ pour les travailleurs exposés au sang et liquides biologiques

-s'assurer que les techniques de précautions universelles soient connues et suivies par les travailleurs du CCSSSBJ

-consulter les experts en maladies infectieuses afin de se tenir à jour sur les indications éventuelles des doses de rappel pour le vaccin contre l'hépatite B et sur l'adoption éventuelle d'une politique de vaccination universelle contre l'hépatite B.

Les données sur les maladies entériques ne permettent pas de tirer de conclusions définitives sur la qualité des infrastructures en approvisionnement en eau potable et en traitement des eaux usées. Concernant la salmonellose, les PHO auraient un rôle à jouer dans l'éducation de la population au sujet de la manipulation et de la préparation des denrées alimentaires, ainsi que dans l'inspection des établissements. Selon la direction générale de la prévention et des services communautaires au MSSS, le Ministère de l'Agriculture serait prêt à assurer une formation en inspection alimentaire aux agents de santé publique (PHO) cris de chaque bande, en autant que les conseils de bande appuient les PHOs qui pourraient avoir à donner des amendes ou à demander des fermetures. Cette formation pourrait être jumelée à des ateliers de formation pour les manipulateurs de denrées alimentaires. Cette information sera transmise aux organismes cris lors de l'assemblée régionale sur la santé en territoire cri qui se tiendra à l'hiver 1992 - 1993.

Les infections à campylobacter, transmises par contamination alimentaire ou hydrique ou par des animaux domestiques, sont peu souvent déclarées et probablement sous-diagnostiquées car les milieux de transport et de culture spécifiques ne sont pas disponibles dans les dispensaires. La recherche du campylobacter devrait être faite sur tous les échantillons de selles envoyés pour analyse, surtout s'il y a présence de diarrhées sanglantes, fièvre ou atteinte de l'état général. Nous recommandons donc que des milieux de transports spécifiques pour le campylobacter soient disponibles dans les dispensaires.

L'incidence de la tuberculose active a nettement diminué chez les Cris depuis le début des années '80, cependant, tel qu'illustré par une éclosion de TB touchant surtout les 15-24 ans à Mistissini en 1990-1991, le personnel clinique doit rester aux aguets des cas actifs pour les traiter rapidement et dépister les contacts. Contrairement à ce à qu'on observe "dans le sud", la TB active se voit autant chez les jeunes que chez les vieillards dans la population crie. Le dépistage systématique de la TB-infection par PPD suivi de chimioprophylaxie à l'INH pour les cas positifs se poursuivra chez les élèves du secondaire

1 dans toutes les communautés.

Les maladies infantiles évitables par la vaccination sont peu souvent déclarées dans la région, à l'exception des infections invasives à Haemophilus type b. Le personnel clinique du CCSSSBJ est à féliciter pour ses efforts en vue d'assurer une couverture vaccinale des plus complètes. Le nombre de cas de méningite et de septicémie à Haemophilus type b chez les bébés de moins de douze mois de 1984 à 1991 était de 6 fois le nombre attendu en comparant avec la population du Canada en général: nous espérons prévenir la plupart de ces infections avec l'introduction du vaccin conjugué PRP-OMP contre l'Haemophilus b (PedvaxHIB). Malgré une amélioration des conditions de logement sur le territoire depuis le début des années '80, on pourrait se questionner sur leur importance comme facteur contribuant à la transmission des infections à Haemophilus, et de plusieurs autres maladies, telles que la TB, la gale, les pharyngites et les pneumonies, qui elles, ne sont pas évitables par la vaccination. En effet, 52% des logements cris sont considérés comme surpeuplés selon les normes nationales d'occupation.

Les recommandations générales mentionnées ci-haut seront à développer à l'intérieur des programmes spécifiques de santé communautaire du CCSSSBJ (e.g. MTS-SIDA et tuberculose).

RÉFÉRENCES

- CCNI: Déclaration sur la vaccination universelle contre l'hépatite B. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada 1991; 17: 165
- Déclaration au sujet du vaccin conjugué contre l'Haemophilus b. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada 1988; 14: 37-40
- Duchesne, L. Situation démographique au Québec, ed. 1991-1992. Bureau de la Statistique du Québec, Québec, 1992.
- Guide pour la prévention de l'hépatite B. Comité régional des maladies infectieuses, Regroupement de DSC du Montréal Métropolitain, Juillet 1991.
- Heyward, WL; Lanier, AP et al. Early detection of primary hepatocellular carcinoma. JAMA 1985; 254: 3052-3054
- Infections à Haemophilus influenzae au Canada, 1969-1985. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada 1986; 12: 37-43
- Les MTS au Québec: indicateurs, surveillance et objectifs de santé. Service des études socio-sanitaires, DGPE, MSSS, Québec, Février 1990.
- Lignes directrices canadiennes pour le dépistage des infections à Chlamydia trachomatis, 1989. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada 1988; 15: S5.
- Lignes directrices provisoires pour le traitement des gonococcies non compliquées. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada 1991; 17: 281-282
- Lignes directrices révisées relatives aux vaccins de rappel contre l'hépatite B. Relevé des maladies transmissibles au Canada 1992; 18: 121-122.
- Renaud, L. L'état de la tuberculose chez les Indiens Cris de la Baie James. Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, Mars 1984.
- Robinson, E. Les taux d'immunisation- région 10B, 1983. Module du Nord Québécois, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, Décembre 1983.
- Schaefer, C; Lavallée, C. La situation démographique et socio-économique de la population crie: principaux résultats du recensement de 1986. Module du Nord Québécois, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, Mars 1992.

Tuberculose: rapport annuel, 1990. Direction de la Santé publique, MSSS, Québec, Juillet 1991.

Young, TK; Bruce, L et al. Les effets du logement et de l'infrastructure communautaire sur la santé dans les réserves indiennes du Canada. Affaires indiennes et du Nord, Canada, Août 1991.

TABLEAUX

TABLEAU 1

MADO

Nombre annuel de déclarations par type de maladie, par année, en nombre absolu et en pourcentage du total de l'année - Région 10B

	MTS	Hépatite B	Maladies entériques	TB	Autres	Total
1984	30 (18,6)	0 (0,0)	121 (75,1)	7 (4,3)	3 (1,9)	161 (100%)
1985	22 (75,9)	1 (3,4)	2 (6,9)	1 (3,4)	3 (10,3)	29 (100%)
1986	30 (43,4)	9 (13,0)	28 (40,6)	0 (0,0)	2 (2,9)	69 (100%)
1987	17 (23,6)	35 (48,6)	18 (25,0)	1 (1,4)	1 (1,4)	72 (100%)
1988	90 (59,6)	2 (1,3)	53* (35,1)	4 (2,6)	2 (1,3)	151 (100%)
1989	176 (76,5)	5 (2,2)	47 (20,4)	0 (0,0)	2 (0,9)	230 (100%)
1990	126 (88,7)	1 (0,7)	8 (5,6)	3 (2,1)	4 (2,8)	142 (100%)
1991	110 (86,6)	1 (0,8)	8 (6,3)	5 (3,9)	3 (2,4)	127 (100%)

* Inclut 51 cas signalés lors d'une étude épidémiologique d'écllosion de diarrhée.

TABLEAU 2**CHLAMYDIA****Nombre annuel de déclarations d'infections à chlamydia - Région 10B**

	1991	1990	1989	1988
Total	108	121	147	77
Hommes	8	10	16	N/D
Femmes	100	109	131	N/D
Sexe inconnu	0	2	0	77
Hommes en %	7	8	11	N/D
Génital	106	119	147	77
Autres sites	2	2	0	0

Hommes % (Québec - 1988) = 27.1
N/D : non disponible

TABLEAU 3

CHLAMYDIOSE GÉNITALE

Nombre annuel de déclarations par groupes d'âge et sexe - Région 10B

Groupes d'âge et sexe		1991	1990	1989
15 - 19	M	1	2	7
	F	47	49	52
Total		48	51	59
20 - 24	M	3	5	5
	F	28	38	47
Total		31	43	52
25 - 29	M	1	1	2
	F	12	12	16
Total		13	13	18
30 - 39	M	1	2	2
	F	7	2	5
Total		8	4	7
40 et +	M	1	0	0
	F	3	0	5
Total		4	0	5
Tous les âges	M	8	10	16
	F	98	109	131

Le total inclut tous les cas de chlamydia génitale, même ceux âgés de moins de 15 ans ainsi que ceux d'âge inconnu.

TABLEAU 4

CHLAMYDIOSE GÉNITALE

Taux annuel par 100 000 de population - Région 10B et l'ensemble du Québec

Groupes d'âge et sexe		1991		1990		1989		1988	
		10B	Québec	10B	Québec	10B	Québec	10B	Québec
15 - 19	M	158		326		1 176	258		256
	F	7 425		7 667		9 187	1 614		1 692
	Total	3 791		4 201		5 082	923		957
20 - 24	M	554		975		1 035	434		585
	F	5 395		7 708		10 064	1 330		1 591
	Total	2 922		4 274		5 474	881		1 084
25 - 29	M	225		243		528	277		380
	F	2 691		2 878		4 113	635		718
	Total	1 461		1 570		2 344	459		550
30 - 39	M	173		375		409	118		177
	F	1 235		360		977	240		298
	Total	681		368		699	180		238
15 - 39*	M	319		483		822			
	F	4 283		5 278		6 515			
	Total	2 300		2 877		3 660			
Tous les âges	M	164		215		362	121		151
	F	2 016		2 350		2 965	366		391
	Total	1 087	195	1 280	228	1 663	248		884 290

* Inclut âge indéfini.

Taux annuel pour le Québec 1988 et 1989: Direction générale de la prévention et des services communautaires, MSSS, Gouvernement du Québec.

Taux annuel pour le Québec 1990 et 1991: calculé à partir du rapport annuel du LSPQ avec dénominateur du bureau de la statistique du Québec.

TABLEAU 5**GONORRÉE****Nombre et taux annuel de déclarations - Région 10B et l'ensemble du Québec**

	1991	1990	1989	1988	1987	1986	1985	1984
Nombre de cas déclarés 10B	4	7	29	13	17	28	22	30
Taux par 100 000 10B	41,0	75,3	328,1	149,2	197,9	328,5	260,2	379,0
Taux par 100 000 Québec	30,6	29,1	25,2	41,6	67,3	87,8	103,4	104,9

Taux annuel pour le Québec 1984 à 1989: Direction générale de la prévention et des services communautaires, MSSS, Gouvernement du Québec.

Taux annuel pour le Québec 1990 et 1991: calculé à partir du rapport annuel du LSPQ avec dénominateur du bureau de la statistique du Québec.

TABLEAU 6

GONORRHÉE

**Taux d'incidence de gonorrhée déclarée dans la région 10B par rapport aux taux québécois
Taux bruts et taux standardisés selon la méthode indirecte**

	1991	1990	1989	1988	1987	1986	1985	1984
Rapport des taux bruts	1,3	2,6	13,1	3,5	3,0	3,7	2,5	3,6
Rapport standardisé par méthode indirecte	N/D	N/D	14,5	3,2	2,8	3,5	2,4	3,3

Rapport des taux bruts = $\frac{\text{taux non standardisé - Cris}}{\text{taux québécois}}$

Rapport standardisé par méthode indirecte = $\frac{\text{nombre de cas observés - Cris}}{\text{nombre de cas attendus chez les Cris aux taux québécois}}$

N/D = non disponible

TABLEAU 7**HÉPATITE B**

**Nombre annuel de cas d'hépatite B aiguë et de porteurs chroniques
d'HBsAg déclarés, par communauté - Région 10B**

	1991	1990	1989	1988	1987	1986	1985	1984
Waswanipi	0	1	0	0	0	0	0	0
Mistissini	0	0	1	0	0	0	0	0
Nemaska	0	0	0	0	0	0	0	0
Waskaganish	0	0	1	0	35*	9**	1	0
Eastmain	0	0	0	1	0	0	0	0
Wemindji	0	0	2	0	0	0	0	0
Chisasibi	1	0	1	1	0	0	0	0
Whapmagoostui	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	1	5	2	35*	9**	1	0

* Programme de dépistage systématique de porteurs HBsAg à Waskaganish, 1987.

** Porteurs dépistés suite à la recherche de HBsAg dans les échantillons de sérum prélevés lors de l'enquête de santé chez les Cris.

TABLEAU 8

HÉPATITE B

Taux annuel de déclarations par 100 000 - Région 10B et Québec

	1991	1990	1989	1988	1987	1986	1985	1984
10B	10,3	10,8	56,6	23,0	391,1	105,6	11,8	0
Québec	30,6	31,8	N/D	19,8	20,0	12,9	7,8	5,5

N/D = non disponible

Taux annuel pour le Québec 1984 - 1988: Direction générale de la prévention et des services communautaires, MSSS, Gouvernement du Québec.

Taux annuel pour le Québec 1990 - 1991: calculé à partir du rapport annuel du LSPQ avec dénominateur du bureau de la statistique du Québec.

TABLEAU 9**HÉPATITE B**

Porteuses de l'HBsAg, nouvellement identifiées lors de dépistage prénatal par rapport aux nombres de naissances par village par année - Région 10B

Communauté	1991	1990	1989	1988	Total
Waswanipi	0/24	0/28	0/27	0/18	0/97
Mistissini	0/66	0/66	0/69	0/63	0/264
Nemaska	0/8	0/15	0/12	0/10	0/45
Waskaganish	0/39	0/48	0/36	0/35	0/158
Eastmain	0/16	0/14	0/10	1/15	1/55
Wemindji	0/21	0/26	2/17	0/26	2/90
Chisasibi	0/73	0/71	1/73	1/75	2/292
Whapmagoostui	0/27	0/20	0/22	0/18	0/87
TOTAL	0/274	0/288	3/266	2/261*	5/1 089*
Total sans Waskaganish	0/235	0/240	3/230	2/226*	5/931*

* Inclut 1 résidence inconnue.

TABLEAU 10

HÉPATITE B

Prévalence des porteuses de l'HBsAg nouvellement dépistées parmi la population ayant subi un dépistage prénatal (estimée comme le nombre de naissances) par village, par année et par période de 2 ans - Région 10B.

Communauté	1991	1990	1989	1988	1990-1991	1988-1989
Waswanipi	0	0	0	0	0	0
Mistissini	0	0	0	0	0	0
Nemaska	0	0	0	0	0	0
Waskaganish	0	0	0	0	0	0
Eastmain	0	0	0	6,7%	0	4,0%
Wemindji	0	0	11,8%	0	0	4,7%
Chisasibi	0	0	1,4%	1,3%	0	1,4%
Whapmagoostui	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	1,1%	0,8%	0	0,9%
Total sans Waskaganish	0	0	1,3%	0,9%	0	1,1%

TABLEAU 11**MALADIES ENTÉRIQUES****Nombre annuel de déclarations - Région 10B**

	1991	1990	1989	1988	1987	1986	1985	1984
Campylobacter	0	0	1	0	0	0	0	0
Giardia	0	0	0	0	0	0	0	1
Diarrhée épidémique	0	0	41*	51**	0	0	0	119
Salmonella	8	6	4	2	18	28	1	0
Shigella	0	1	0	0	0	0	1	0
Yersinia	0	1	1	0	0	0	0	0

* Tous ces cas déclarés à Waskaganish, en juillet 1989, en relation épidémiologique avec 1 cas prouvé de Salmonellose.

** Cas rapportés par l'étude épidémiologique d'une écloison de diarrhée à Waswanipi, avril 1987.

TABLEAU 12

SALMONELLOSE

Nombre annuel de cas déclarés de salmonellose, par communauté - Région 10B

Communauté	1991	1990	1989	1988	1987	1986	1985	1984
Waswanipi	0	0	0	0	0	0	0	0
Mistissini	2	1	0	0	0	18	0	0
Nemaska	0	0	0	0	0	0	0	0
Waskaganish	1	0	3*	2	16	1	0	0
Eastmain	0	1	0	0	0	0	0	0
Wemindji	0	0	0	0	0	1	1	0
Chisasibi	4	4	0	0	1	7	1	0
Whapmagoostui	0	0	1	0	0	1	0	0
Inconnu	1	0	0	0	0	0	0	0

* 41 autres cas de gastro-entérite reliés temporellement à 1 cas de Salmonellose prouvé.

TABLEAU 13

TUBERCULOSE
Nouveaux cas actifs et rechutes

Nombre annuel de cas déclarés, par communauté - Région 10B

Communauté	1991	1990	1989	1988	1987	1986	1985	1984	Total
Waswanipi	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Mistissini	4	3	0	2	1	0	0	2	12
Nemaska	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Waskaganish	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Eastmain	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wemindji	0	0	0	0	0	0	0	1**	1
Chisasibi	1*	0	0	0	0	0	1	3	5
Whapmagoostui	0	0	0	2	0	0	0	0	2
TOTAL	5	3	0	4	1	0	1	7	21

* TB parotide - non contagieux
** TB urinaire - non contagieux

TABLEAU 14

TUBERCULOSE
Nouveaux cas actifs et rechutes

Nombre annuel de cas déclarés, par groupe d'âge - Région 10B

Groupe d'âge	1991	1990	1989	1988	1987	1986	1985	1984	Total
0 - 4	0	0	0	0	0	0	0	1	1
5 - 9	0	0	0	0	0	0	0	1	1
10 - 14	0	0	0	0	0	0	0	1	1
15 - 19	1	1	0	1	0	0	0	1	4
20 - 24	2	2	0	1	0	0	0	0	5
25 - 29	1	0	0	0	0	0	0	0	1
30 - 39	0	0	0	0	0	0	0	1	1
40 - 49	1	0	0	1	0	0	0	0	2
50 - 59	0	0	0	0	1	0	0	2	3
60 - 69	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> 70	0	0	0	1	0	0	1	0	2
TOTAL	5	3	0	4	1	0	1	7	21

TABLEAU 15.1

TUBERCULOSE
Nouveaux cas actifs et rechutes

Taux annuel par 100 000 - Région 10B et Québec

	1991	1990	1989	1988	1987	1986	1985	1984
10B	51,3	32,3	0	45,9	11,6	0	11,8	82,8
Québec	5,8	6,1	6,3	6,4	6,5	7,6	8,7	9,2

Source: Direction de la santé publique, MSSS, Québec; Rapport annuel 1991

TABLEAU 15.2

TUBERCULOSE
Nouveaux cas actifs et rechutes

Taux quinquennal par 100 000 (moyenne mobile sur 5 points) - Région 10B et Québec

	87-91	86-90	85-89	84-88	83-87	82-86	81-85	80-84
10 B	36,8	22,9	14,0	38,1	53,2	101,1	96,5	148,4
Québec	6,2	6,6	7,1	7,7	8,3	9,0	9,5	10,3

TABLEAU 16

**INFECTIONS ÉVITABLES
PAR LA VACCINATION**

Nombre annuel de déclarations - Région 10B

	1991	1990	1989	1988	1987	1986	1985	1984
Coqueluche	0	1	0	0	0	0	0	0
Haemophilus influenzae	1	1	2	1	0	1	0	0
Méningocoque	0	0	0	0	0	0	1	0
Rougeole	0	0	0	0	1	0	0	0
Rubéole	0	0	0	1	0	1	0	1

Nombre de cas d'infections invasives à Haemophilus influenzae observé vs. nombre attendu - Région 10B

Taux annuel d'infections invasives à Haemophilus influenzae chez les nourrissons de moins de 12 mois au Canada (1986) : 52 par 100 000.

Nombre de cas attendu chez les nourrissons cris de moins de 12 mois sur la période 1984-1991 au taux canadien : < 1 (0,6).

Le nombre de cas d'infections invasives à Haemophilus influenzae observé chez les nourrissons cris de moins de 12 mois pour la période 1984-1991 était donc de 6 à 10 fois le nombre attendu.

FIGURES

FIGURE 1
Pourcentage de MADO, par type de maladie - Région 10B

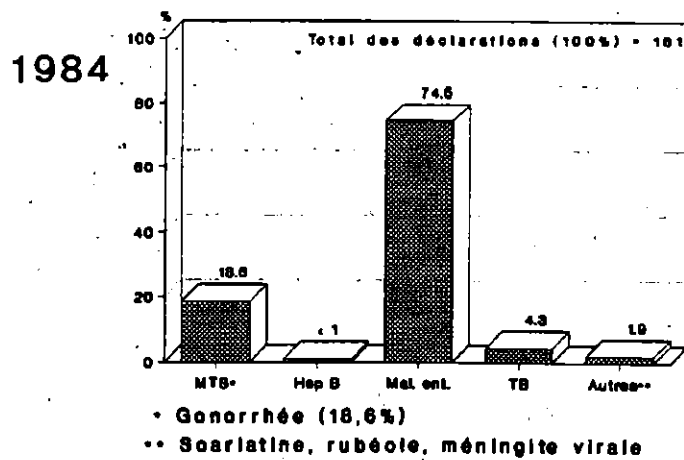
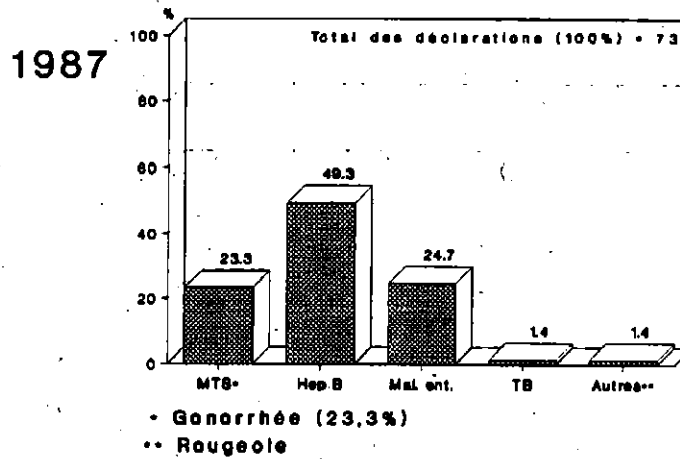
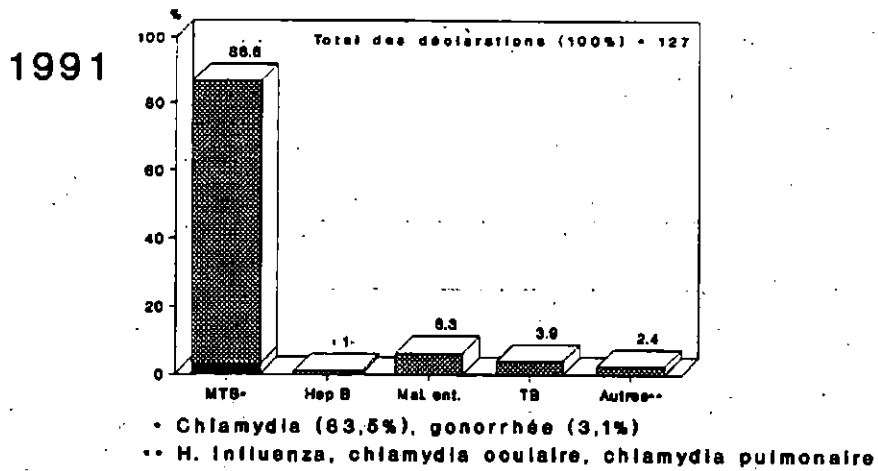


FIGURE 2

Taux annuel d'infections génitales à chlamydia déclarées
Taux bruts, Région 10B et Québec

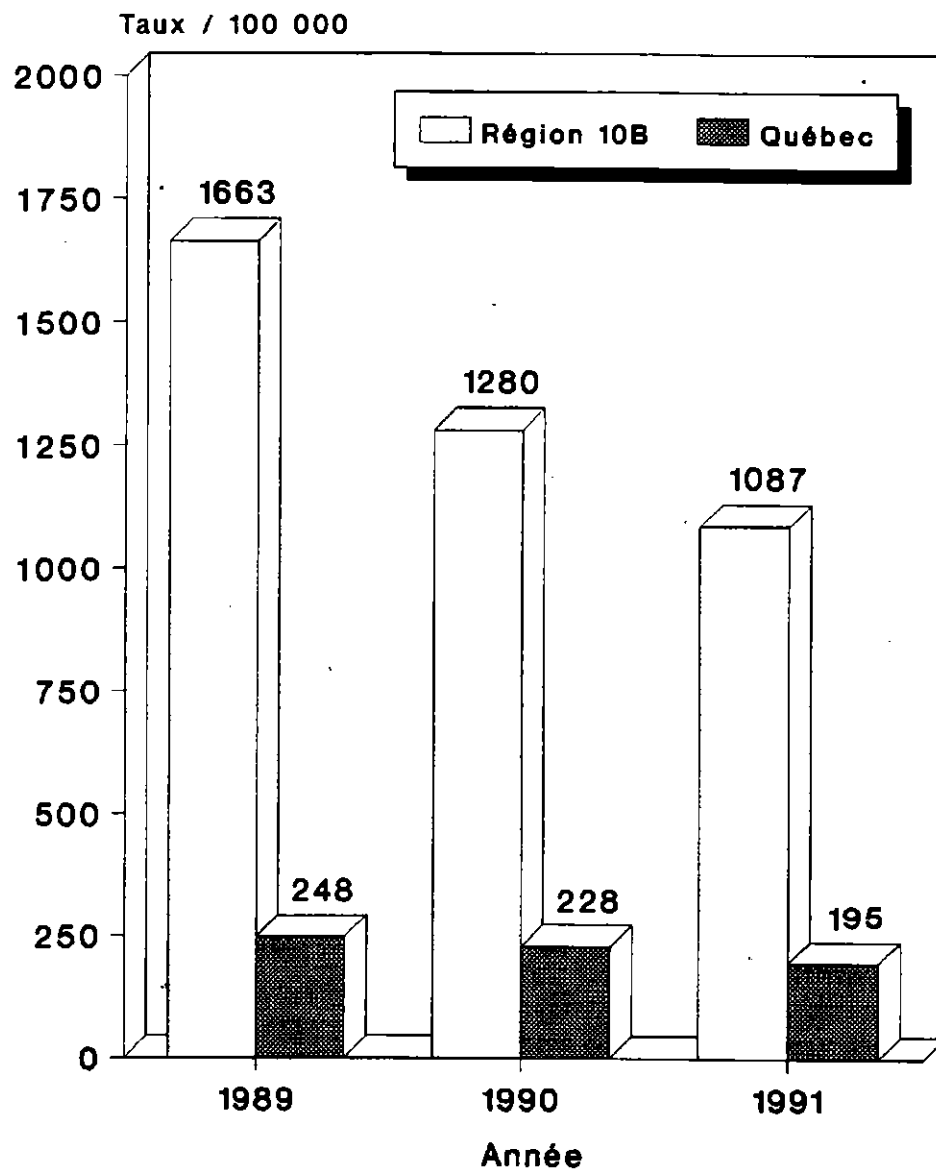


FIGURE 3

**Infections génitales à chlamydia
Nombre de cas déclarés selon l'âge et le sexe
Région 10B, 1991**

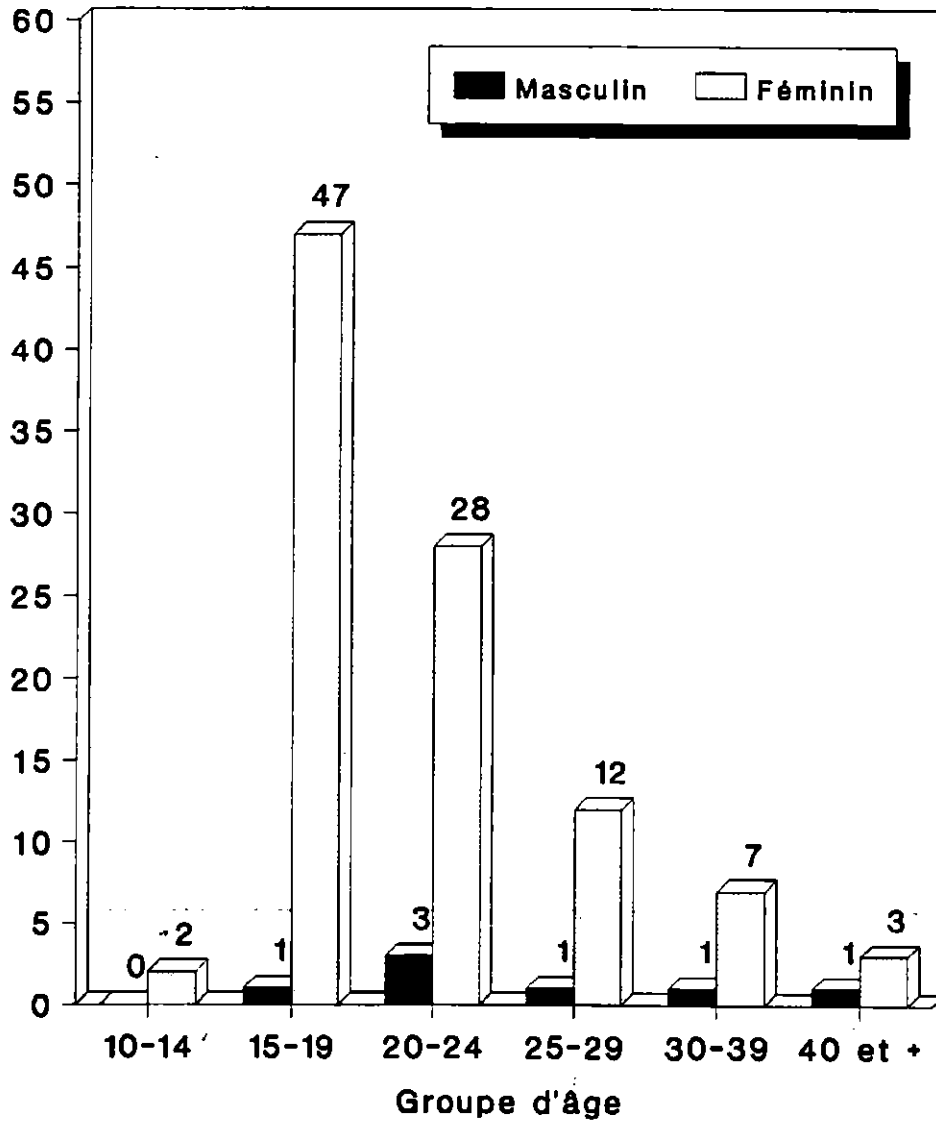


FIGURE 4

Taux annuel de gonorrhée
Région 10B et Québec

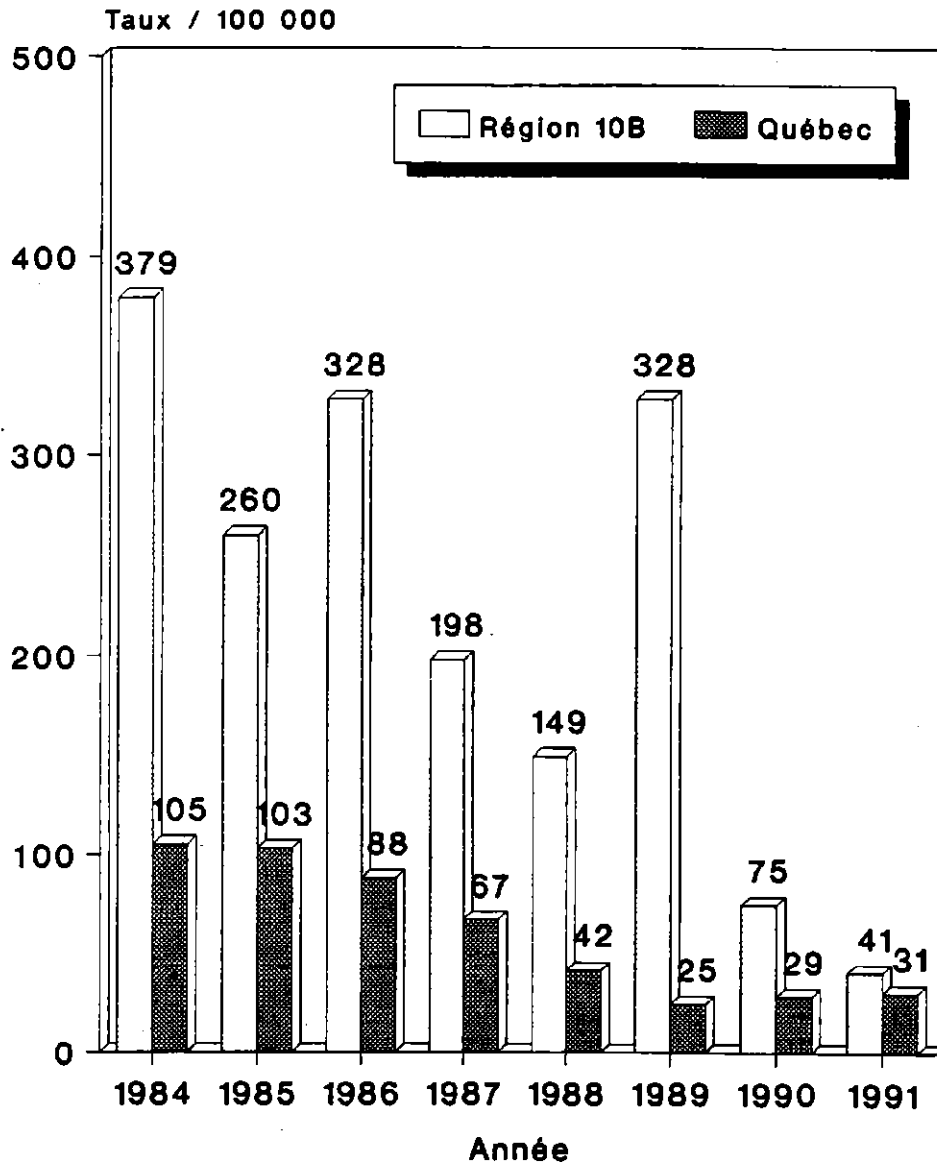
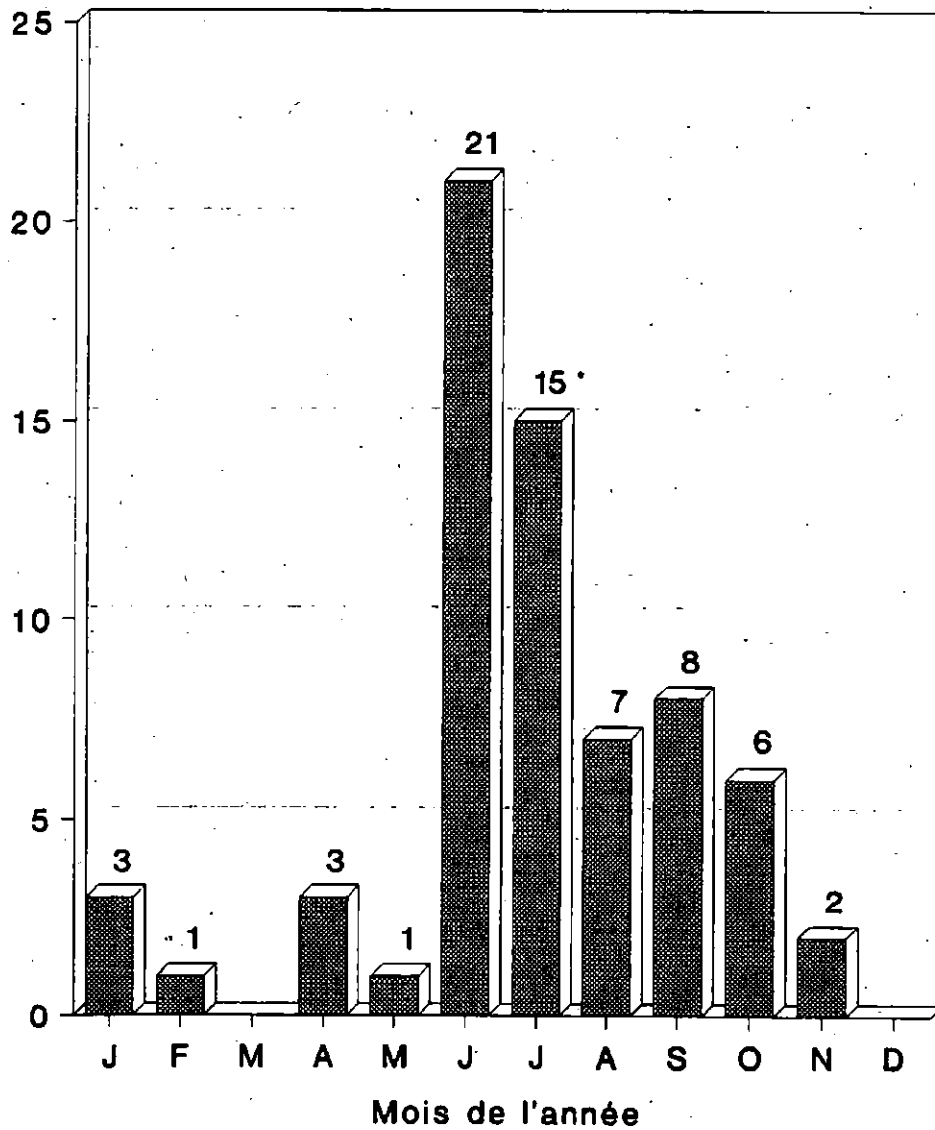


FIGURE 5

SALMONELLOSE

Nombre de cas déclarés selon le mois de l'épisode
Région 10B, 1984 - 1991



• Il y a eu aussi 41 cas de gastro-entérite reliés épidémiologiquement à 1 cas prouvé de salmonellose en juillet 1989.

FIGURE 6

TUBERCULOSE

**Nombre de cas de tuberculose-maladie, par groupe d'âge
Région 10B, 1984 - 1991**

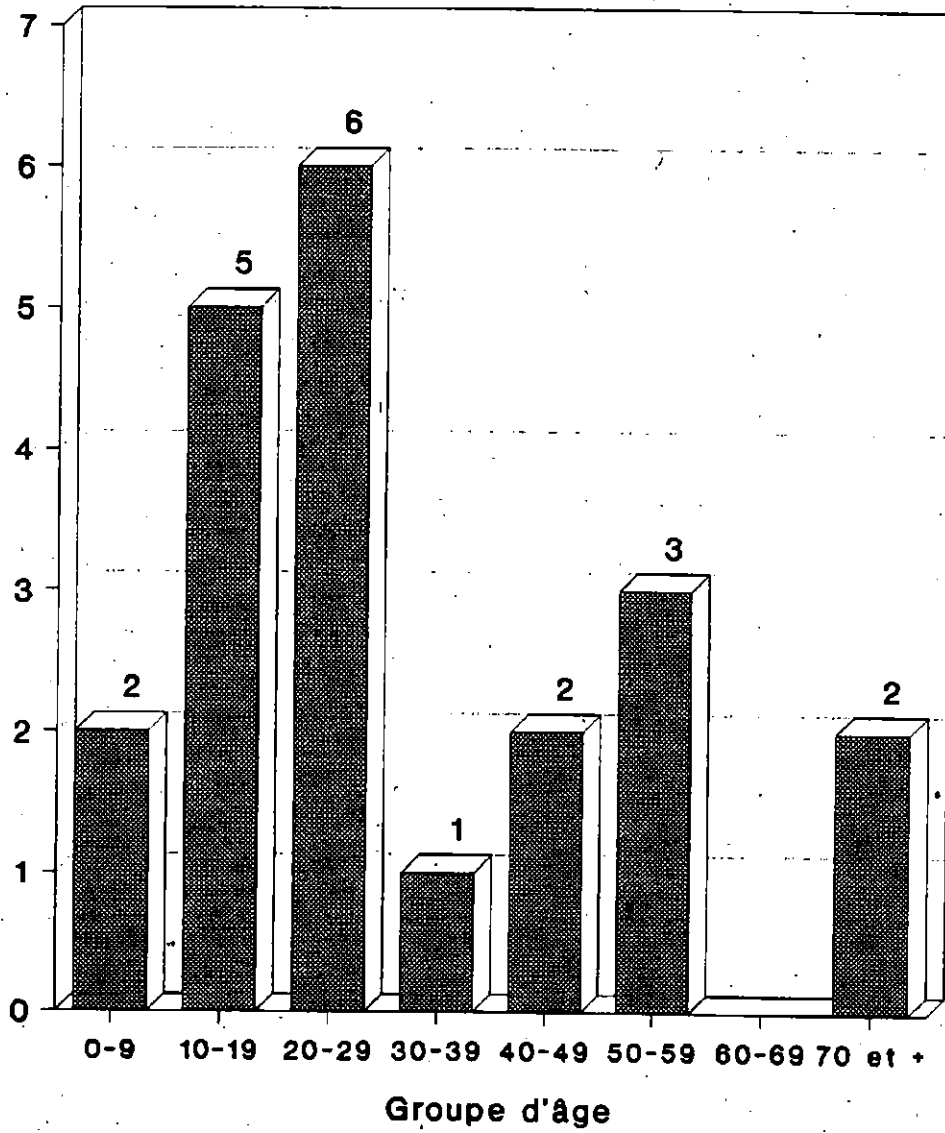
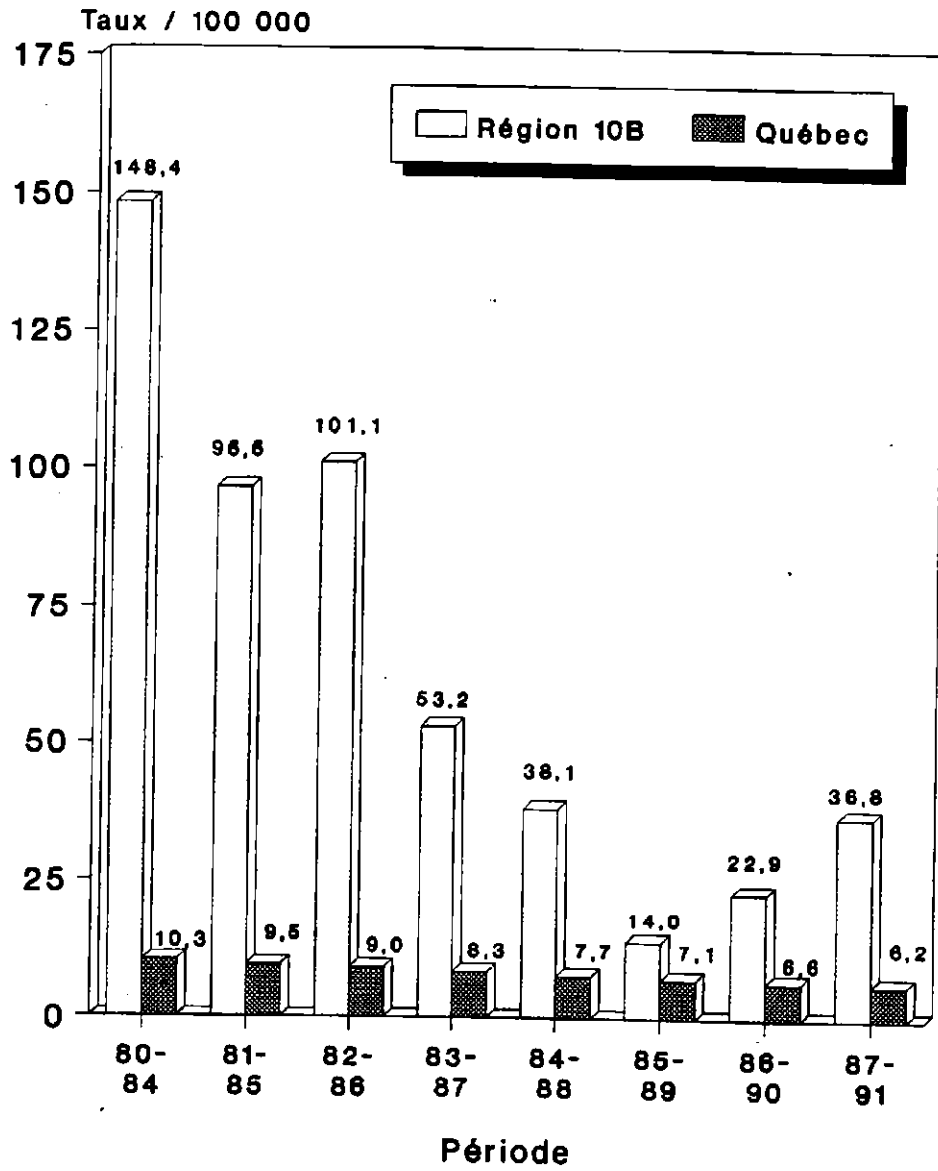


FIGURE 7

Taux quinquennal de tuberculose
Moyenne mobile sur cinq points
Région 10B et Québec



I 8810

Smeja, Christina

AUTEUR

Rapport des maladies à déclaration obligatoire: région 10B

TITRE

I 8810