

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 13 de 2013
(semaines 49 à 52, du 1er au 28 décembre)**

Influenza

L'activité grippale au Québec est élevée et en hausse. La transmission de l'influenza s'intensifie partout au Canada, à peu près au même taux dans toutes les régions. Jusqu'à maintenant (14 janvier), il y a eu 23 éclosions de syndrome d'allure grippale ou d'influenza dans 20 établissements de soins montréalais; aucune n'a mené à une suspension des admissions. Quatre éclosions ont pu être attribuées à l'influenza A, 2 à l'influenza B et 2 au virus respiratoire syncytial.

Le contexte n'a jamais été aussi favorable, depuis la pandémie de 2009, à la promotion de la vaccination anti-influenza. Dans l'ensemble, les souches circulantes sont bien apparentées aux souches vaccinales. La saison actuelle a commencé environ quatre semaines plus tard que la précédente, ce qui prolonge d'autant la période où l'on peut vacciner efficacement avant le pic saisonnier. La majorité des cas à Montréal, au Québec et dans le reste du Canada sont dus à la souche H1N1 pandémique; elle fait partie du vaccin 2013-2014 et elle a déjà causé une dizaine de décès en Alberta. De plus, le décès d'une jeune albertaine, dû à une infection par la souche H5N1 acquise en Chine, a fortement attiré l'attention médiatique sur l'influenza, bien qu'il n'y ait eu aucune transmission secondaire à partir de ce cas.

Le programme québécois de vaccination anti-grippale gratuite est décrit au site <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/programme-de-vaccination-contre-la-grippe/>.

Remerciements à Renée Paré pour les informations fournies.

Sources : Flash Grippe du MSSS; FluWatch de l'Agence de la Santé Publique du Canada.

Infections envahissantes à streptocoques du groupe A

Durant l'actuelle saison grippale, une particularité du Québec par rapport au reste du pays est la proportion plus grande de tests positifs pour l'influenza B (15% du total des A et des B). L'association de l'influenza, en particulier de type B, avec les infections envahissantes à streptocoques du groupe A a été démontrée.* De fait, ces dernières sont en hausse à Montréal depuis la fin de 2013, bien qu'on ne sache pas si les cas ont été atteints par l'influenza avant leur infection envahissante. De plus, quatre cas sont survenus récemment dans une petite communauté ethnique montréalaise, dont trois chez des enfants partageant des liens sociaux (famille, école), ce qui est exceptionnel. Enfin, veuillez prendre en note que deux autres cas ont été déclarés trop tardivement pour que la Direction de santé publique puisse offrir une chimioprophylaxie efficace à leurs contacts étroits.

Remerciements à Andrew Gray pour l'information fournie.

Sources : Flash Grippe du MSSS; FluWatch de l'Agence de la Santé Publique du Canada.

** Allard R, Couillard M, Pilon PA, Kafka M, Bédard L. Invasive bacterial infections following influenza: a time-series analysis in Montréal, Canada, 1996 to 2008. *Influenza Other Respi Viruses* 2012;6(4):268-75.*

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
Secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 12 de 2013
(semaines 45 à 48, du 3 au 30 novembre)**

Tuberculose ultrarésistante : une première québécoise

En 2013, la Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal a reçu la déclaration d'un cas de tuberculose pulmonaire causée par une souche ultrarésistante (UR) de *M. tuberculosis*. Une souche UR est résistante à l'isoniazide, à la rifampine, comme une souche multirésistante (MR), mais aussi aux fluoroquinolones et à au moins un des médicaments injectables, comme l'amikacine. Le cas déclaré présente une résistance primaire et tout porte à croire qu'il a été infecté dans son pays d'origine, problématique pour la TB résistante. Son traitement repose maintenant sur cinq antituberculeux (amoxicilline-acide clavulanique, acide para-aminosalicylique, azithromycine, linézolide et cyclosérine), dont certains sont très coûteux et la plupart beaucoup moins efficaces que la combinaison habituelle. De plus, ceux-ci présentent tous un plus grand risque de réactions adverses.

L'intervention préventive, qui a demandé une collaboration particulièrement étroite entre les équipes clinique et de santé publique, a permis d'identifier les contacts en milieu familial et autre. Les personnes exposées qui pourraient avoir été infectées se sont vu offrir le linézolide et une surveillance médicale serrée pour les deux prochaines années.

En 2013 à ce jour, 103 cas de tuberculose active ont été déclarés chez des résidents de Montréal, ce qui correspond à un taux d'incidence de 5,7 cas par 100 000 habitants. Ce cas de tuberculose UR serait le 7^e cas canadien connu et le premier au Québec.

La létalité de la tuberculose MR ou UR étant élevée et sa prévention chez les personnes exposées difficile, son diagnostic précoce est particulièrement important. Il repose sur un indice de suspicion élevé envers toute personne symptomatique qui a déjà été traitée pour la tuberculose, exposée à une personne souffrant de tuberculose MR ou UR, ou qui provient d'un pays où leur incidence est haute. Un nouveau test d'amplification des acides nucléiques, le Xpert MTB/RIF, peut réduire de façon importante le délai de diagnostic et détecter en moins de 2 heures la résistance à la RMP, un marqueur important de la multirésistance, avec un minimum de manipulations techniques.

Sources : fichier MADO et <http://www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/normes-antituberculeuse-2013>

Remerciements à Paul Rivest pour son aide.

Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) : nouvelle éclosion

En 2005-2006, une première éclosion de LGV est survenue dans la région de Montréal. Entre 2010 et 2012, seulement 8 cas ont été déclarés annuellement, en moyenne, mais 30 cas l'ont été en 2013, au 30 novembre (29 confirmés et 1 probable). Tous les cas de 2013 sont survenus chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) dont 27% ont moins de 30 ans et 93% sont connus comme HIV+. Tous présentaient une « LGV secondaire avec symptômes ano-rectaux » tel que définie dans les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmises sexuellement*. Parmi ces HARSAH, 29% ont rapporté avoir eu 6 partenaires ou plus au cours des 2 mois précédant l'infection, 30% ont recruté des partenaires via un site internet, 33% en sauna et 56% ont consommé des drogues dites dures.

En août dernier un appel à la vigilance a été transmis aux professionnels de la santé de Montréal. Du matériel d'information a aussi été distribué aux organismes communautaires et dans les lieux de rencontre pour HARSAH. Pour l'appel à la vigilance, voir le site http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/espace_du_directeur/rubriques/nouveautes/article/appel_a_la_vigilance_eclosion_de_lymphogranulomatose_venerienne.html?L=kcwzulxgfgxozc&cHash=ccd3ced25e940dca0d69882cc71319bd
Remerciements à Anna Urbanek et Gilles Lambert pour leur aide.

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
Secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 11 de 2013
(semaines 41 à 44, du 6 octobre au 2 novembre)**

Influenza : préparation à la saison grippale

L'activité sporadique de l'influenza au Québec a débuté à la mi-octobre. C'est donc le moment idéal pour offrir la vaccination à ceux pour qui elle est indiquée, en particulier aux travailleurs de la santé. Une nouveauté : le vaccin intranasal Flumist est offert aux enfants de 2 à 17 ans non plus seulement s'ils sont à risque de complications de la grippe, mais aussi s'ils sont en contact avec une personne à risque. Les indications pour la vaccination gratuite sont disponibles au site

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/dossiers_thematiques/Infections_et_intoxications/Vaccination_influenza_pneumocoque/2012-2013/Gratuit.pdf

Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie.

Maladie de Lyme : saison active

La saison de la maladie de Lyme qui tire à sa fin aura été de loin la plus importante qui soit jamais survenue à Montréal et au Québec. En date du 2 novembre, 24 cas ont été déclarés à Montréal, comparativement à 9 à pareille date en 2011 et 2012. Parmi ces cas, 4 ont été acquis au Québec (Lanaudière, Estrie et Montérégie), alors que seulement 2 l'avaient été entre 2004 et 2012. Cette augmentation importante des déclarations représente probablement une sensibilisation accrue des médecins et de la population, combinée à l'émergence dans le sud du Québec de la tique porteuse de la bactérie *Borrelia burgdorferi*. La plupart des cas sont déclarés en août et septembre, mais ils peuvent se présenter au médecin tout au long de l'année, car la maladie se manifeste parfois tardivement. Une fiche technique et l'appel à la vigilance du 19 août 2013 fournissent davantage d'information sur la maladie de Lyme et sur sa prise en charge.

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/dossiers_thematiques/Infections_et_intoxications/Maladie_de_Lyme/Fiche_tech_-_Mal_Lyme.pdf

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2013/A-v_Mal_Lyme_photo_19082013.pdf

Remerciements à Doris Deshaies pour l'information fournie.

Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC): résistance en émergence

La récente émergence des EPC au Québec et à Montréal est préoccupante : elles peuvent causer des maladies sévères pour lesquelles les options thérapeutiques sont très limitées, provoquer des éclosions et transmettre leurs mécanismes de résistance à d'autres bactéries. Depuis décembre 2012, les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) montréalais signalent leurs cas à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP de l'Agence de Montréal): 43 cas ont été signalés dans 10 CHSGS, incluant 6 cas reliés à deux éclosions survenues dans 2 CHSGS différents. Quatre patients étaient décédés au moment de l'enquête de la DSP de l'Agence de Montréal. L'acquisition s'est vraisemblablement faite à l'étranger pour 8 cas et dans le CHSGS local pour 17 cas ; tandis que l'origine est inconnue pour les autres. La DSP de l'Agence de Montréal suit la situation de près. Des démarches sont faites par différents acteurs du réseau (l'INSPQ, le MSSS et la DSP de l'Agence de Montréal) pour prévenir la transmission de ces infections.

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1168_PreventionTransmissionEnterobactCarbapenemases.pdf

Remerciements à Bakary Camara pour l'information fournie.

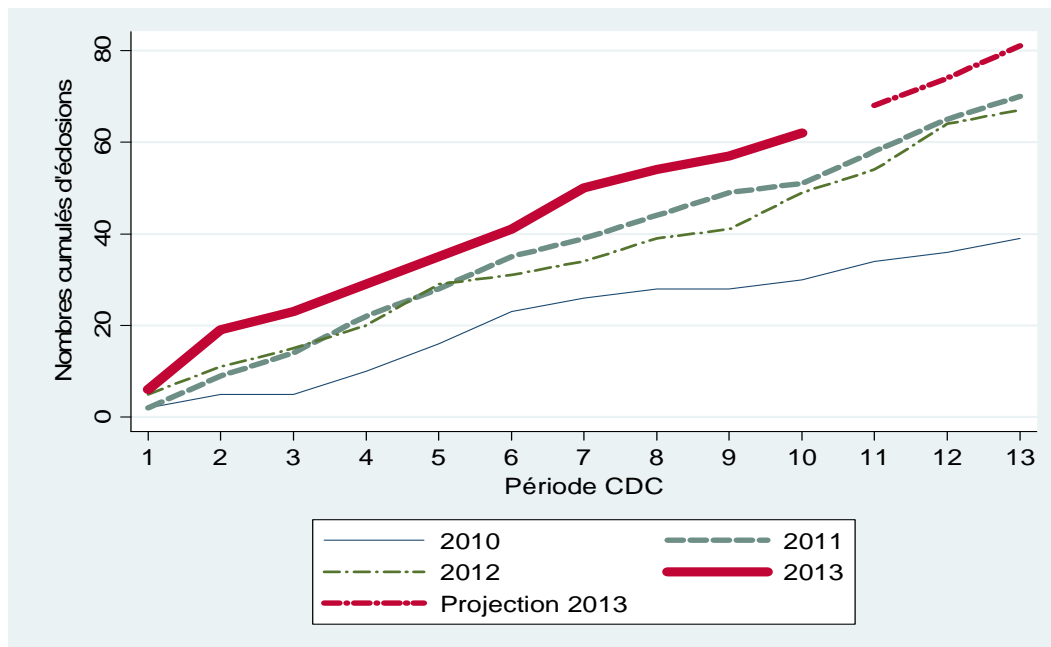
Remerciements à Noémie Savard pour la rédaction de l'ensemble du texte.

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
Secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 10 de 2013
(semaines 37 à 40, du 8 septembre au 5 octobre)**

Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV): éclosions hospitalières déclarées

Le graphique montre l'évolution des résultats de surveillance au cours des dernières années :



On note que le nombre d'éclosions déclarées a augmenté depuis l'an dernier. Ceci pourrait être dû à une détérioration réelle de la situation. Toutefois, le document *Mesures de prévention et contrôle de l'entérocoque résistant à la vancomycine dans les milieux de soins aigus du Québec* a été diffusé à la fin de 2012 et il aurait pu modifier les pratiques de prévention, contrôle et déclaration. De fait, les nombres de cas déclarés ont moins augmenté entre les deux années que les nombres d'éclosions. Ainsi, il se pourrait que l'augmentation soit due, en tout ou en partie, à un meilleur contrôle des éclosions, qui demeurent ainsi petites, et/ou à une meilleure déclaration des petites éclosions. Nous allons explorer cette situation. Remerciements à l'équipe des infections nosocomiales de la DSP de l'ASSS pour l'information fournie.

Infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine: modes d'acquisition

Les deux cas de la période 10 se sont produits chez des enfants d'un an sans lien connu entre eux. L'un vit dans une famille qui consomme beaucoup de bœuf « bien » cuit sur le BBQ. L'enfant en consomme occasionnellement, mais comme personne d'autre dans sa famille n'a été malade, il semble plus probable qu'il ait été infecté par contamination croisée à partir de boeuf haché non encore cuit. Pour l'autre enfant, qui a été hospitalisé 2 jours, aucune source alimentaire n'a été identifiée. Toutefois, peu avant le début des symptômes sa famille a visité un zoo où il aurait avalé de l'eau en se baignant à l'extérieur. Remerciements à Julie Dwyer et Lydia Gosselin pour l'information fournie.

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
Secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 9 de 2013
(semaines 33 à 36, du 11 août au 7 septembre)**

Oreillons : l'incidence demeure basse

Deux cas d'oreillons ont été déclarés au cours de la période 9, un chez une adolescente et l'autre chez un jeune adulte, tous deux ayant apparemment reçu leurs deux doses de RRO. Selon l'enquête, ils ne semblaient pas avoir eu de contact ni entre eux, ni avec un autre cas connu. À Montréal, l'incidence des oreillons demeure faible avec un taux de 0,2 et 0,1 cas pour 100 000 personnes en 2011 et 2012 respectivement. Au Canada, depuis l'introduction de la 2^e dose de RRO en 1996-1997, l'incidence est en baisse avec un taux de 0,82 cas pour 100 000 habitants en 2011. La dernière éclosion montréalaise du paramyxovirus remonte à 2010 et avait eu lieu dans certaines communautés où plus de la moitié des cas n'étaient pas vaccinés adéquatement. Ainsi, vu son cycle épidémique habituel de 3 à 5 ans, une hausse des nombres de cas d'oreillons pourrait survenir.

Sources : <http://www.phac-aspc.gc.ca/im/vpd-mev/mumps-fra.php> et http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/espace_du_directeur/rubriques/nouveautes/article/appel_a_la_vigilance_eclosion_doreillons.html

Remerciements à Geneviève Boily pour l'information fournie.

Maladie de Lyme : saison établie

Sept cas de maladie de Lyme ont été déclarés au cours de cette période, la majorité chez des hommes de plus de 40 ans. Tous rapportaient avoir séjourné dans un État américain et un avait également voyagé en Allemagne. Dans la majorité des cas, aucune morsure de tique n'avait été notée. Le tableau clinique le plus fréquent est la présence de lésions cutanées érythémateuses, parfois accompagnées de symptômes systémiques. Toutefois, un des patients s'est présenté avec, pour seule manifestation, un bloc auriculo-ventriculaire (complication connue de la borréliose), qui nécessitera peut-être un stimulateur cardiaque. Au Québec, on constate une augmentation des cas au cours des dernières années : passant de 10 à 15 cas annuellement entre 2004 et 2010, à 32 en 2011 et 42 en 2012. Une publication produite par la DSP de la Montérégie concernant les mesures préventives et la démarche à suivre en cas de suspicion de maladie de Lyme est disponible au site : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3315/Sentinelles-vol18-no7.pdf>

Source : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladie-lyme.php>

Paludisme : problématique toujours présente

Dans la région de Montréal, 11 cas de malaria ont été confirmés durant la période 9. L'âge des cas varie de 10 à 59 ans et la majorité sont des hommes. Tous sauf un ont été infectés par le *P. falciparum*. Au moins cinq ont dû être hospitalisés, dont un à deux reprises tandis qu'un autre a nécessité 5 transfusions. La majorité des cas (au moins 7/11) avaient séjourné en Afrique. Plusieurs sont d'origine africaine et retournaient visiter leur famille. Comme les voyageurs ne consultent pas toujours avant leur départ, il serait utile d'aborder les mesures de prévention contre la malaria avec les patients originaires d'un pays endémique à tout moment opportun lors d'une rencontre en clinique, et non seulement lors de consultation en clinique santé-voyage. On trouvera quelques recommandations à donner aux patients prévoyant séjourner dans un endroit à risque au site :

http://www.phac-aspc.gc.ca/media/advisories_avis/mal_faq-fra.php

Remerciements à Julie Dwyer et à Lydia Gosselin pour l'information fournie.

Remerciements à Caroline Marcoux-Huard pour son aide à la rédaction du texte.

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
Secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 8 de 2013
(semaines 29 à 32, du 14 juillet au 10 août)**

Infections à *E. coli* producteur de vérocytotoxine

Les cinq cas de la période 8 sont tous chez des enfants, de 1 à 9 ans, dont un a été hospitalisé pour réhydratation. Deux cas sont associés à des voyages (aux Caraïbes et en Afrique); un de ces enfants aurait consommé du bœuf haché peu cuit à une occasion lors du voyage. Deux autres cas se sont produits chez des enfants en garderie, mais aucun autre enfant n'y aurait été malade et aucune source n'a pu être identifiée. L'enquête du cinquième cas n'a rien révélé et il va probablement être infirmé, le PCR étant positif mais la culture négative. Ces observations confirment le commentaire des *Faits saillants* de la période 6 à savoir que les enfants semblent particulièrement vulnérables à cette infection.

Remerciements à Lucie Dufault pour l'information fournie.

Infection par le virus du Nil occidental : début de saison

Il n'y a pas encore eu de cas chez des Montréalais cette année, mais la période de l'année présentant habituellement le plus grand risque d'acquisition commence. De plus, un premier donneur de sang positif pour le VNO a été repéré dans une région de l'est du Québec, et neuf lots de moustiques ont été trouvés positifs à Montréal durant la période 8, les premiers de 2013. Un appel à la vigilance a été émis récemment, portant en particulier sur les tests recommandés : http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_dir ecteur/Appels_vigilance/2013/Appel_vigilance_VNO_20130807.pdf

Source : INSPQ.

Remerciements à Sandra Palmieri et à Doris Deshaies pour l'information fournie.

Maladie de Lyme

Bien que trois déclarations aient été reçues durant la période 8, aucune n'a pu être confirmée aux fins de surveillance, soit que les résultats de laboratoire sont encore inconnus, ou sont équivoques. L'expérience de la dernière année montre que la confirmation d'un cas peut être longue, ou impossible si le laboratoire hospitalier n'a pas transmis le spécimen au LSPQ. La DSP de l'Agence de Montréal vient d'émettre un appel à la vigilance portant sur le diagnostic clinique et de laboratoire :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_dir ecteur/Appels_vigilance/2013/A-v_Mal_Lyme_photo_19082013.pdf

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
Secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 7 de 2013
(semaines 25 à 28, du 16 juin au 13 juillet)**

Légionellose : premiers cas de 2013

Sept cas ont été déclarés depuis le début de la période 7, les premiers depuis novembre 2012. Ceci représente un excès statistiquement significatif, non pas à cause du nombre de cas mais à cause de leur survenue plus tôt à l'été que d'habitude. Ce début de saison hâtif a aussi été observé ailleurs au Canada. Les cas montréalais sont âgés entre 50 et 85 ans et présentent tous un ou plusieurs facteurs de risque (tabagisme, éthylisme, MPOC, usage de drogues, diabète, leucémie etc.). Tous sauf un ont été hospitalisés, la plupart aux soins intensifs avec intubation, mais ils ont tous récupéré. Les lieux de résidence des cas et les principaux lieux fréquentés par eux sont largement dispersés dans l'île et aucune source environnementale commune pouvant les expliquer n'a été identifiée. En plus de la recherche d'antigènes urinaires de la bactérie, il est important que les cliniciens obtiennent une **culture** pour tous les cas et l'acheminement au LSPQ, ou envoient un **spécimen respiratoire** (expectorations ou sécrétions endotrachéales) directement au LSPQ pour PCR. Ceci pour aider à confirmer un lien éventuel entre les sources suspectées et les cas, par le génotypage des souches d'origine environnementale et de celles d'origine humaine.

Remerciements à Pierre Pilon pour l'information fournie.

Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) : recrudescence

Huit cas ont été déclarés pendant la période 7, et deux autres depuis, ce qui représente un excès statistiquement significatif, et l'agrégat temporel de LGV le plus important observé à Montréal depuis 2006. Les cas sont chez des HARSAH, âgés entre 25 et 65 ans, ayant tous présenté de multiples ITSS dans le passé (surtout syphilis, chlamydie, gonorrhée et parasitoses) et tous sont infectés par le VIH. Parmi les cas déclarés en 2013 et dont l'enquête est complétée, on note comme principaux facteurs de risque l'ingestion de drogue illicite, les rencontres dans les saunas et par internet, mais rarement les voyages à l'étranger. Le site de la LGV est surtout ano-rectal. Ceci suggère que la pratique de relations anales non protégées par des personnes atteintes par le VIH demeure donc une préoccupation de santé publique. Un *Appel à la vigilance* sera bientôt envoyé aux gastro-entérologues, microbiologistes-infectiologues, et aux médecins qui travaillent dans les UHRESS, cliniques spécialisées en ITSS ou en salle d'urgence.

Remerciements à Anna Urbanek et Jérôme Latreille pour l'information fournie.

Maladie de Lyme : vrai et faux positifs

Plusieurs déclarations ont été reçues durant la période 7, mais le seul cas confirmé pour l'instant s'est produit chez un homme dans la soixantaine qui passe beaucoup de temps dans l'État de New York. Il n'a pas observé de tiques sur lui mais plusieurs piqûres d'insectes suivies par un érythème migrant sous un bras. Un des cas non confirmés pourrait être une sérologie faussement positive, causée par une syphilis secondaire déclarée au début de juin, chez un patient asymptomatique pour la maladie de Lyme. Des informations sur le diagnostic souvent difficile de cette infection sont disponibles au site suivant <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/maladies-infectieuses/ZOO-Conduite-maladie-Lyme-suspectee.pdf>

Remerciements à Doris Deshaies pour l'information fournie.

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
Secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 6 de 2013
(semaines 21 à 24, du 19 mai au 15 juin)**

Influenza : saison terminée

La transmission de l'influenza a maintenant atteint son niveau estival au Québec, selon le nombre de tests positifs rapportés par le LSPQ jusqu'à la semaine 23. La saison a duré 32 semaines et présenté deux pics, un d'influenza A suivi d'un d'influenza B. En 2011-2012, la saison s'était terminée une semaine plus tôt, après avoir commencé beaucoup plus tard, duré 24 semaines et présenté un seul pic. Toutefois, malgré l'association entre l'influenza et les infections envahissantes à streptocoques du groupe A, il y en a eu moins à Montréal durant la saison 2012-2013 (61) que durant la même période de 2011-2012 (71).

Source : LSPQ.

Veille pour les maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI)

La DSP est en veille pour les MRSI, principalement pour le nouveau coronavirus responsable du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (CoV-SRMO ou *MERS-CoV*). Des informations sur la situation épidémiologique mondiale sont disponibles sur le site

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/veille-epidemiologique.pdf>

Remerciements à Paul LeGuerrier pour l'information fournie.

Infections à *E. coli* producteur de vérocytotoxine : parfois graves, mais évitables

Six des sept cas qui apparaissent aux statistiques concernent des individus; l'autre « cas » est en fait une garderie fréquentée par certains d'entre eux et sera retiré des prochaines statistiques périodiques. Aucun des cas ne semble relié à l'éclosion en Ontario et dans les Maritimes, qui avait été causée par de la laitue hachée contaminée. Un cas s'est produit chez un adolescent atteint d'un cancer et les cinq autres chez des enfants de 5 ans ou moins. Deux de ces enfants ont dû être hospitalisés pour syndrome hémolytique-urémique (SHU) et ces cas apparaîtront comme SHU dans les prochaines statistiques périodiques. Trois enfants fréquentaient deux garderies desservies par un même traiteur, mais aucun des 15 échantillons d'aliments prélevés chez ce traiteur n'a été positif pour la bactérie. Les deux autres enfants, de familles différentes, ont consommé de la viande halal, dont un qui a mangé du bœuf haché peut-être insuffisamment cuit, selon la mère. Les parents des deux enfants ne nous ont pas encore révélé l'origine de la viande, retardant l'inspection par le MAPAQ du boucher concerné. Il serait donc utile que l'équipe clinique essaie d'obtenir d'emblée les coordonnées de toute source inhabituelle d'aliments soupçonnés d'être la cause de cette infection souvent grave.

Remerciements à Lucie Dufault pour l'information fournie.

Non déclaration de MADO

À l'approche de l'été, où les remplacements sont fréquents, nous vous serions reconnaissants de vérifier que les procédures de déclaration sont bien connues de toutes les personnes concernées, pour éviter les omissions et les retards. Toutes les déclarations reçues à la DSP et qui doivent être enquêtées le seront sans délai.

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
Secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 5 de 2013
(semaines 17 à 20, du 21 avril au 18 mai)**

Amibiase

Deux des 20 cas déclarés durant la période ont été enquêtés, parce qu'il sont survenus chez un frère et une sœur, âgés entre 10 et 19 ans. L'enquête a montré qu'ils ont immigré d'Haïti à Montréal à la fin de 2012; il ne s'agit donc probablement pas de transmission locale. Quant aux autres cas, il n'y a aucune indication qu'ils soient reliés entre eux (mêmes distributions de sexe et d'âge qu'habituellement, aucune agrégation géographique).

Influenza B : la transmission continue

La transmission de l'influenza B (telle que reflétée par la proportion de tests positifs sur le total des tests demandés) a beaucoup diminué mais elle n'a pas encore complètement cessé. La saison 2012-1013 a eu deux pics, un d'influenza A à la semaine 52 et un d'influenza B à la semaine 13, alors que la saison 2011-2012 n'avait eu qu'un seul pic, à la semaine 11. La majorité des saisons d'influenza comportent un pic d'influenza A suivi d'un pic moindre d'influenza B, mais en 2012-2013 les deux pics ont été élevés et prolongés.

Source : LSPQ

Légionellose : préparatifs pour l'été

Le plus récent cas de légionellose chez un Montréalais a été déclaré en novembre 2012, ce qui nous place dans la plus longue période sans légionellose à Montréal depuis au moins 5 ans. Toutefois, comme il n'y a pas eu d'été sans légionellose, nous pouvons nous attendre à avoir bientôt des cas. La DSP a préparé un plan d'action pour réagir de façon rapide et appropriée, en collaboration avec nos partenaires, dont la Régie du bâtiment du Québec. Une déclaration rapide des cas est donc particulièrement importante.

Remerciements à Pierre Pilon et Monique Beausoleil pour l'information fournie.

Maladie respiratoire sévère infectieuse (MRSI) : tout cas suspect doit être signalé à la DSP

Deux cas suspects de MRSI nous ont été récemment signalés chez des personnes habitant hors région mais hospitalisées à Montréal. Le premier diagnostic, chez un voyageur en provenance de Chine (suspicion d'infection par le virus influenza aviaire A/H7N9) a été infirmé par des analyses de laboratoire spécifiques effectuées au LSPQ. Le second, chez un réfugié syrien (suspicion d'infection par le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient, MERS-CoV) a été infirmé, en plus des analyses de laboratoire négatives, du fait que les symptômes sont apparus plus de deux périodes d'incubation après son départ du Moyen-Orient. Les outils à jour sur la «Veille MRSI» en cours sont disponibles au site

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/infections_et_intoxications/thematiques/maladies_respiratoires_severes_emergentes_dorigine_infectieuse/documentation.html

Remerciements à Michèle Bier et Renée Paré pour l'information fournie.

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
Secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 4 de l'année 2013
(semaines 13 à 16, du 24 mars 2013 au 20 avril 2013)**

MADO acquises en voyage

Au cours de la période 4, deux cas de leptospirose ont été déclarés, survenus chez des hommes d'âge moyen qui ont été hospitalisés. Durant la période d'acquisition, l'un d'eux a fait un voyage au Brésil. Il a été mordu dans la jungle par un animal non identifié et il s'est baigné en eau douce. L'autre cas a voyagé en Jamaïque, où il s'est lui aussi baigné en eau douce. Le contact avec l'eau contaminée par l'urine d'animaux infectés est le principal mode d'acquisition de la leptospirose.

Deux cas de fièvre typhoïde hospitalisés ont été déclarés. L'un a présument été acquis lors d'un voyage au Guatemala. L'autre s'est produit chez un enfant qui n'a pas voyagé. Le médecin traitant soupçonne qu'il est attribuable à la présence d'un porteur chronique dans sa famille, originaire de l'Asie du Sud, et va chercher à obtenir des cultures de selles des autres membres de la famille.

Remerciements à Julie Dwyer et Sereikith Chheng pour l'information fournie.

Infections invasives à streptocoques du groupe A (IISGA) et influenza B

Parmi les 13 IISGA déclarées à la DSP durant la période 4, on en note une d'arthrite septique chez un enfant de 6 ans. Peu avant, son père avait contracté une pneumonie, probablement à SGA (seule une culture d'expectorations a été faite). Une femme âgée vivant en CHSLD est elle aussi décédée d'une pneumonie attribuée par son médecin au SGA. Elle a partagé sa chambre avec une patiente qui a été admise aux soins intensifs avec une hémoculture positive pour le SGA. Il est rare que nous puissions ainsi relier des cas d'IISGA. Nous ne savons pas si ces patients avaient contracté l'influenza avant leur IISGA; toutefois la survenue simultanée de vagues d'IISGA et d'influenza B, mentionnée dans les *Faits saillants* de la période précédente, perdure.

Remerciements à Sandra Palmieri pour l'information fournie.

Infections invasives à méningocoques chez les HARSAH

Depuis 2010, 21 infections invasives à méningocoques du sérotype C sont survenues à New York chez des HARSAH, causant 7 décès. Le *Protocole d'immunisation du Québec* suggère la vaccination pour les personnes devant séjourner dans une région d'hyperendémie ou d'épidémie d'infections invasives à méningocoque. Ainsi, l'immunisation antiméningococcique contre le sérotype C peut être offerte aux HARSAH qui prévoient voyager à New York, si les circonstances individuelles le justifient (durée du séjour, risque d'exposition, statut VIH, etc.). Elle ne sera toutefois pas couverte par le programme de gratuité. Par ailleurs, bien qu'aucun Montréalais n'ait été relié à cette éclosion, il serait important de documenter une histoire de voyage à New York peu avant le début de la maladie pour tout cas diagnostiqué ici.

Remerciements à Doris Deshaies, Sandra Palmieri et Alexandra Kossowski pour l'information fournie.

Sources : MSSS, *Protocole d'immunisation du Québec* et <https://a816-health29ssl.nyc.gov/sites/NYCHAN/Lists/AlertUpdateAdvisoryDocuments/2013-03%20HAN%20IMD%20in%20MSM.pdf>

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
Secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 3 de l'année 2013
(semaines 9 à 12, du 24 février 2013 au 23 mars 2013)**

Chlamydirose génitale et gonorrhée : augmentation en flèche

Durant la période 3, les 453 cas de chlamydirose génitale déclarés chez des résidents de Montréal représentaient un taux de 302 par 100 000 habitants, une nette augmentation en comparaison avec les taux de 246 et 261 observés dans les périodes correspondantes de 2012 et 2011, respectivement. Un peu plus de la moitié des cas déclarés sont survenus chez des personnes âgées de moins de 25 ans. Les femmes comptaient pour 56% du total, et pour les 66% des cas ayant moins de 25 ans. À la grandeur du Québec, les taux augmentent depuis 1997 chez les deux sexes et dans tous les groupes d'âges. Les taux selon le sexe doivent cependant être interprétés en tenant compte d'un sous-diagnostic plus important chez les hommes que chez les femmes.

Les nombres d'infections gonococciques ne cessent eux aussi d'augmenter : 99 cas non résistants à la ciprofloxacine ont été déclarés dans la période 3, par rapport à 43 en 2012 et 68 en 2011. Le taux de 61,1 cas déclarés par 100 000 habitants dans les trois premières périodes de l'année se compare à des taux de 35,6 et 40,7 durant les périodes correspondantes de 2012 et 2011, respectivement. Les femmes comptaient pour le quart du total des cas déclarés et pour la moitié de ceux chez les moins de 25 ans. À la grandeur du Québec, le taux d'incidence chez les femmes a quadruplé entre 2005 et 2011, les femmes de 25 à 29 ans ayant été particulièrement touchées.

L'augmentation continue depuis 1997 du nombre de cas de chlamydia et de gonorrhée déclarés reflète l'effet d'au moins trois facteurs. Premièrement, plusieurs études récentes suggèrent une augmentation réelle de l'incidence. En Colombie-Britannique, par exemple, le pourcentage de tests positifs est passé de 2,6% à 3,7% entre 1998 et 2009¹. Dans une cohorte de plus de 160 000 personnes aux États-Unis, le taux d'urétrite chez les hommes (qui ne sont pas ciblés par les programmes de dépistage) a presque quadruplé entre 1997 et 2007². Deuxièmement, l'introduction des tests d'amplification des acides nucléiques « TAAN », tests plus sensibles et plus acceptables, est associée avec une augmentation importante du nombre de tests effectués^{1,3}. Troisièmement, un accès accru au diagnostic, par exemple avec l'implantation des services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPE), pourrait également augmenter le nombre de tests effectués et permettrait de rejoindre des populations ayant un risque d'infection plus élevé. Au Québec, nous ne disposons pas actuellement de données quantitatives pour statuer sur la contribution de ces changements à l'évolution des taux d'incidence.

¹ Rekart ML et coll. *J Infect Dis* 2013, 207 : 30-38; ² Scholes D et coll. *Sex Transm Dis* 2012, 39(2) : 81-88; ³ Rekart ML, Burnham RC. *Sex Trans Infect* 2008, 84(2) : 87-9. Source des données hors Montréal : MSSS

Influenza B : activité à la hausse

Le pourcentage de tests positifs pour l'influenza B provenant des laboratoires sentinelles est passé de 0,7% dans la semaine 5 à 14,3% dans la semaine 13. L'indice d'activité grippale demeure donc élevé malgré une diminution importante de l'activité de l'influenza A. Depuis le début de la période 3, trois éclosions d'influenza, toutes associées à l'influenza B, et 11 éclosions de syndrome d'allure grippale, dont 4 associées au virus respiratoire syncytial, ont été déclarées dans les CHSLD de l'Île de Montréal. Il n'y a eu aucune éclosion déclarée en CH.

Une association entre l'influenza B et les infections invasives à streptocoque du groupe A (IISA) est démontrée dans la littérature et un excès temporel d'IISA déclarées chez des résidents de Montréal a été noté récemment. L'activité de l'influenza B pouvant perdurer plusieurs semaines encore, un appel à la vigilance des cliniciens sur cette association sera émis par la DSP de Montréal.

Sources : Laboratoire de santé publique du Québec et National Microbiology Laboratory.

Remerciements à David Kaiser pour son aide à la rédaction du texte.

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Surveillance épidémiologique et vigie,

Secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 2 de l'année 2013
(semaines 5 à 8, du 27 janvier 2013 au 23 février 2013)**

Influenza : le type B en augmentation actuellement

Au Québec, alors que les nombres d'isolats d'influenza A sont en baisse, ceux d'influenza B continuent d'être en hausse. Selon les données canadiennes, la souche d'influenza B isolée le plus fréquemment est celle recommandée pour le vaccin de 2012-2013 et l'autre, pour le vaccin de 2011-2012. Environ 68% des isolats d'influenza B (vs 56% de ceux d'influenza A) proviennent de personnes âgées entre 2 et 59 ans, pour qui, au Québec, la vaccination anti-influenza n'est recommandée que s'il y a un risque élevé de complications de la maladie (alors qu'elle est recommandée universellement dans certaines autres provinces et aux États-Unis). C'est aussi le groupe d'âge chez qui la vaccination est le plus efficace.

Sources : Laboratoire de santé publique du Québec et Laboratoire national de microbiologie.

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
Secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 1 de l'année 2013
(semaines 1 à 4, du 30 décembre 2012 au 26 janvier 2013)**

Influenza : baisse importante de l'activité grippale

Les données de surveillance pour l'ensemble du Québec indiquent que la transmission de l'influenza connaît une baisse importante depuis la fin de l'année 2012. À Montréal, le pourcentage de résultats positifs pour l'influenza A dans les laboratoires sentinelles est passé de 34 % durant la première semaine de janvier à 12% lors de la quatrième semaine, sans qu'il y ait une hausse correspondante des résultats positifs pour l'influenza B. La même tendance se voit dans les autres indicateurs : nombres quotidiens de consultations à l'urgence pour syndrome d'allure grippale (SAG), admissions à l'hôpital avec diagnostic d'influenza ou pneumonie et éclosions de SAG en milieu de soins. L'activité grippale semble en baisse sur la côte est (sauf dans les Maritimes) mais en légère hausse dans l'ouest canadien. La direction de santé publique de Montréal reste vigilante face à la possibilité d'un deuxième pic, d'influenza B, comme on en observe certaines années. La vaccination demeure pertinente pour les personnes à risque élevé.

Sources : Laboratoire de santé publique du Québec et National Microbiology Laboratory.

Syphilis infectieuse : état de situation chez les femmes

Durant l'année 2012, 342 cas de syphilis infectieuse ont été déclarés chez des résidents de Montréal, dont 7 cas chez des femmes. Un programme de vigie rehaussée de la syphilis infectieuse en 2010-2011 a permis d'identifier 51 cas chez des femmes, répartis dans plus de la moitié des régions du Québec, dont 19 cas à Montréal. Six femmes étaient enceintes au moment du diagnostic et 70% des femmes atteintes étaient âgées de moins de 35 ans. Plus d'un tiers des femmes ne rapportaient aucun facteur de risque, mais la moitié rapportaient une histoire récente d'un partenaire sexuel ayant un facteur de risque d'infection transmise sexuellement. Dès mars 2012, un Appel à la vigilance de la DSP de Montréal rappelait les mesures pour enrayer la transmission de la syphilis chez les jeunes adultes, notamment l'importance de reconnaître chez eux ses signes et symptômes, de prendre en charge les contacts sexuels des cas et d'offrir un dépistage précoce aux personnes à risque, en particulier aux femmes enceintes.

Sources : Direction de la protection de la santé publique, MSSS

Tuberculose active : un cas instructif

En 2012, 100 cas de tuberculose active ont été déclarés chez des résidents de Montréal, ce qui correspond à un taux d'incidence de 5,1 cas par 100,000 habitants. Parmi les six cas déclarés en janvier 2013 il y en a eu un de tuberculose pulmonaire chez une femme d'une cinquantaine d'années originaire de l'Europe de l'est. Malgré deux radiographies des poumons et au moins un traitement antibiotique lors de cinq consultations en clinique sans rendez-vous depuis avril 2012, le diagnostic de tuberculose n'a pas été posé. Même dans un contexte de faible incidence, la tuberculose doit être considérée lors de symptômes respiratoires persistants, surtout avec un portrait épidémiologique compatible. Le diagnostic et le traitement précoce sont essentiels pour éliminer la transmission locale de la tuberculose à Montréal.

L'appel à la vigilance de la DSP de Montréal est disponible au :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/espace_du_directeur/rubriques/nouveautes/article/appel_a_la_vigilance_syphilis.html

Le rapport synthèse de la vigie rehaussée de syphilis infectieuse chez les femmes est disponible au :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-325-01W.pdf>

Remerciements à David Kaiser pour son aide à la rédaction du texte.

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
Secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal