

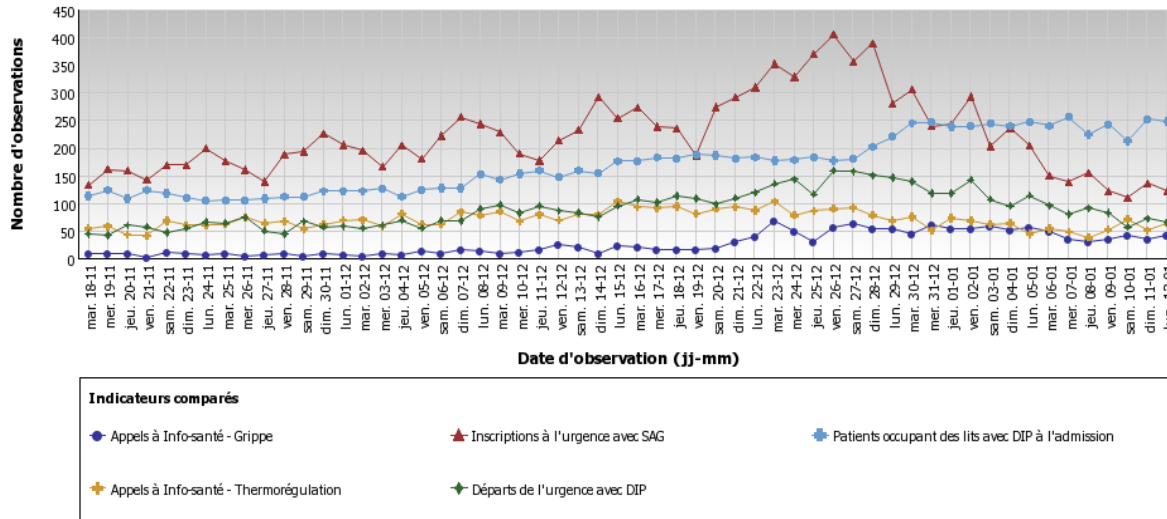
**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 13 de 2014 (30 novembre 2014 au 3 janvier 2015)***

L'influenza A : ralentissement apparent de la transmission

Depuis 4 semaines, la proportion de tests influenza faits au LSPQ qui sont positifs diminue, de même que plusieurs indicateurs régionaux, suggérant un ralentissement de la transmission dans la population :

Comparaison des indicateurs régionaux, région de Montréal

Intervalle comparé : du 2014-11-18 au 2015-01-12



Les nombres d'éclotions d'influenza ou de syndrome d'allure grippale déclarées par jour sont également à la baisse. Ces nombres ont rapidement atteint des niveaux particulièrement élevés à partir de la fin de novembre 2014, et ils sont demeurés supérieurs à ceux des 2 dernières années. De plus, les hospitalisations pour grippe et les décès lors d'éclotions en CHSLD témoignent de la sévérité de la maladie.

Coqueluche : deux décès

Deux bébés sont récemment décédés de la coqueluche dans un hôpital de Montréal. Un avait reçu sa première dose de vaccin anticoquelucheux, alors que l'autre était trop jeune pour être vacciné. Ces événements malheureux nous rappellent qu'une bonne couverture vaccinale populationnelle protège non seulement les vaccinés, mais aussi ceux qui sont trop jeunes pour l'être. Les enfants âgés de moins de 12 mois sont le plus à risque de maladie sévère. L'hôpital concerné rapporte 8 hospitalisations pour coqueluche depuis le 1^{er} juillet dernier et plusieurs cas de coqueluche ont été rapportés dans la région de résidence d'un des bébés, qui n'habitait pas Montréal. Par ailleurs, une écloison touchant plus de 120 cas est en cours en Alberta. De plus, une écloison en Californie ayant débuté en 2013 et touchant plus de 10 000 cas se poursuit; elle est leur plus importante depuis au moins 1946 et elle aurait causé 4 décès.

Maladie à virus ébola (MVE) : suivi des voyageurs à risque

Au 22 janvier, 180 voyageurs possiblement exposés à la MVE avaient été signalés à la DSP de l'Agence de Montréal, dont 48 sont encore suivis par la DSP. Cependant aucun n'a dû être dirigé vers un centre hospitalier pour manifestations cliniques compatibles avec une MVE.

***Année CDC 2014 : plus longue d'une semaine**

La période 13 de 2014 compte exceptionnellement 5 semaines. Ceci se produit à tous les 6 ou 7 ans, pour corriger le décalage accumulé entre le calendrier CDC et le calendrier civil, l'année CDC ne comptant que 364 jours. Le lecteur devra tenir compte, en lisant les nombres de cas, de ce que la période 13 est 25% plus longue qu'une période normale et l'année 2014 2% plus longue qu'une année normale.

Robert Allard, MD, MSc, FRCPC

Lucie Bédard, MSc. Inf., MPH

Équipe de 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 2014 (2 au 29 novembre)**

L'influenza A : la saison a débuté précocément

L'influenza A est en augmentation marquée à Montréal, quelques semaines plus tôt que d'habitude. Parmi les prélèvements positifs provenant de Montréal, 94% sont pour influenza A (H3N2 prédomine) et 6% pour influenza B. La tendance est très semblable à celle observée partout au Canada et rappelle la saison 2012-2013. En particulier, les personnes âgées représentent une proportion des cas plus grande que d'habitude. À ce jour, toutes les souches trouvées sont sensibles à l'oseltamivir et au zanamivir.

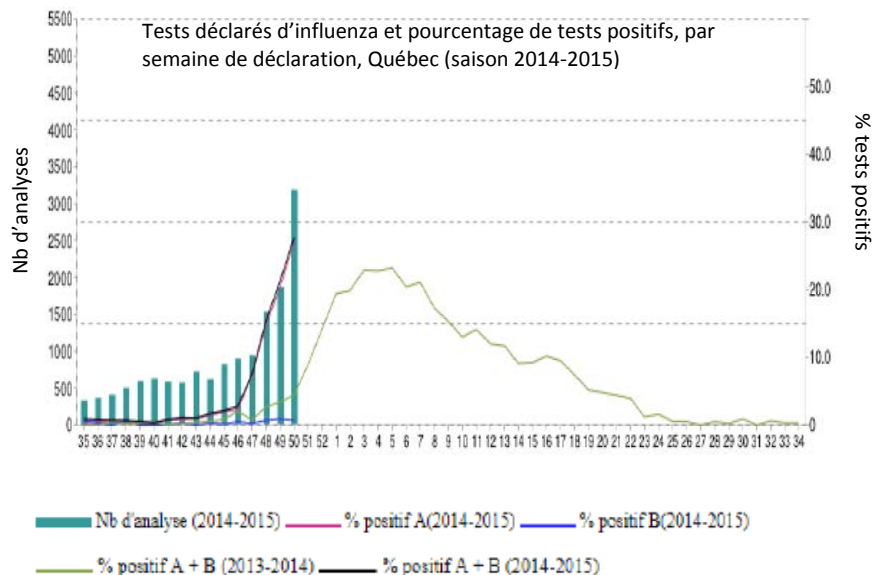
À Montréal, 22 éclosions d'influenza A, aucune d'influenza B et 18 de SAG ont été confirmées dans les établissements de soins depuis le commencement de la saison.

Les actions préventives des professionnels de santé sont essentielles pour limiter les conséquences de l'influenza. Elles incluent l'adhérence aux bonnes pratiques d'hygiène et à l'immunisation, tant des professionnels de la santé que des patients. La campagne de vaccination a commencé le 1^{er} novembre; il est toujours possible et recommandé de se faire vacciner. Comme la réponse immunitaire au vaccin peut prendre jusqu'à 14 jours, le début précoce de cette saison peut signifier que plusieurs patients vaccinés sont encore à risque.

www.vaccinationmontreal.ca

Sources : LSPQ, MSSS, ASPC.

Image modifiée du <http://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/influenza/20142015/2014-50.pdf>



Maladie à virus Ebola (MVE) : le suivi des voyageurs continue

Depuis le 12 novembre, tous les voyageurs qui arrivent au Québec en provenance des pays affectés par la MVE (**la Guinée, le Libéria, la Sierra Leone**) font l'objet d'une surveillance active de la part des Directions régionales de santé publique. Cette surveillance est faite selon le risque d'exposition des voyageurs. La liste des pays désignés pour la surveillance est susceptible de changer tant que l'épidémie continue à évoluer. À présent, le Mali n'est **pas** un pays à considérer lors du triage, bien qu'il existe une transmission très localisée dans la ville de **Bamako**. L'éclosion dans la République démocratique du Congo est terminée depuis le 21 novembre.

Les corridors de services de soins sont établis dans l'éventualité où un individu arriverait au Canada avec des symptômes, ou commencerait à avoir des symptômes compatibles avec la MVE pendant la période de surveillance de 21 jours. On conseille à ces personnes de retour des régions affectées de limiter volontairement leurs rendez-vous de soins de santé non urgents et leurs voyages pendant cette période. Pour toute personne se présentant en dehors de ce corridor avec des symptômes compatibles avec la MVE et une histoire d'exposition possible au virus, le triage et les mesures de prévention et de contrôle des infections demeurent essentiels.

Voir www.dsp.santemontreal.qc.ca/ebola.html pour plus d'informations. On peut aussi rejoindre le médecin de garde en maladies infectieuses de la DSP de l'Agence de Montréal, 24 h/7 jours, soit au (514) 528-2400, ou en cas d'urgence, par la ligne directe Ébola : (514) 668-2774.

Colleen Fuller, MD

Robert Allard, MD, MSc, FRCPC

Lucie Bédard, MSc. Inf., MPH

Équipe de surveillance épidémiologique et vigie

Secteur Vigie et protection, Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

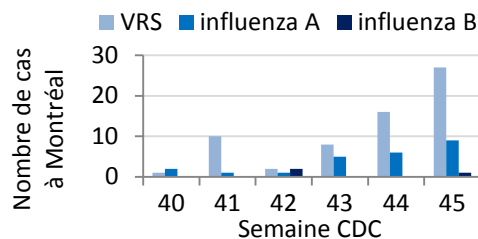
**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 11 de 2014 (5 octobre au 1 novembre)**

Maladie à virus Ébola (MVE) : suivi des voyageurs

Depuis le 12 novembre, tous les voyageurs qui arrivent au Québec en provenance des pays affectés par la MVE font l'objet d'une surveillance active de la part des Directions régionales de santé publique. Le triage et les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) demeurent néanmoins essentiels pour toute personne ayant des symptômes compatibles avec la MVE et une histoire d'exposition possible au virus. La liste des pays à considérer lors du triage comprend **la Guinée, le Libéria, la Sierra Leone, et la République démocratique du Congo** (province de l'Équateur). Voir www.dsp.santemontreal.qc.ca/ebola.html pour plus d'informations.

L'influenza A et le virus respiratoire syncytial (VRS) circulent

L'influenza A et le VRS sont en augmentation à Montréal. L'influenza B demeure peu fréquente et aucune éclosion d'influenza n'a été confirmée dans un établissement. La campagne de vaccination a commencé le 1^{er} novembre (www.vaccinationmontreal.ca). Source : LSPQ.



Méthoxphénidine (MXP) : premier signalement d'intoxication au Québec

Un premier cas d'intoxication à la MXP a été signalé à Montréal en novembre 2014. La personne s'est présentée en état dissociatif à une urgence hospitalière. Elle disait avoir pris une dose plus élevée que celle recommandée. Elle a récupéré sans séquelle après une nuit avec un traitement de soutien.

La MXP est un nouvel antagoniste synthétique du récepteur NMDA, apparenté à la phencyclidine (PCP). Elle est consommée de façon récréative pour ses effets dissociatifs, euphoriques et stimulants. Non réglementée au Canada, elle est vendue en ligne en tant que « produit chimique de recherche », mais il existe peu de recherche sur ses effets sur la santé.

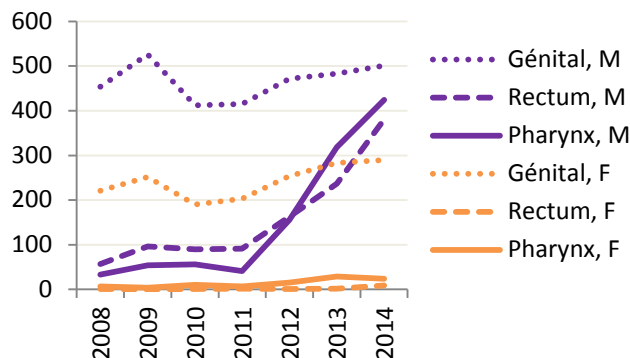
La disponibilité et la variété des drogues dissociatives synthétiques sont en augmentation. Les cliniciens doivent être alertes aux surdoses à ces drogues, qui peuvent présenter une ou plusieurs des manifestations suivantes : confusion, agitation, amnésie, tachycardie, hypertension, hyperthermie, convulsions, ou une créatine kinase élevée. Il est important de signaler à la santé publique tout agrégat possible de surdoses ou toute situation jugée inhabituelle. Remerciements à Anne-Ericka Vermette du CUSM pour l'information fournie.

Gonorrhée : meilleure détection des infections rectales et pharyngées

La déclaration de la gonorrhée chez les hommes est à la hausse depuis 2012 (voir les *Faits saillants* de la période 7 de 2014). Une analyse plus approfondie démontre que 80% de cette hausse est constituée d'infections rectales et pharyngées, détectées par amplification d'acides nucléiques (TAAN). Le TAAN a été homologué pour le dépistage au rectum et au pharynx en 2012. Ceci suggère que la hausse s'explique surtout par une meilleure détection de ces réservoirs d'infections.

Par ailleurs, à Montréal, 7% des isolats de gonorrhée sont maintenant résistants à l'azithromycine, et la résistance est plus fréquente pour les infections pharyngées. Parce que le traitement recommandé pour les infections pharyngées diffère de celui recommandé pour les infections génitales ou rectales, une meilleure détection des infections pharyngées devrait contribuer au contrôle de la résistance. La résistance de la gonorrhée à la céfixime ou à la céftriaxone demeure rare (<1%).

Nombre de cas de gonorrhée déclarés à Montréal par année, par sexe et par site



Andrew Gray, MD

Robert Allard, MD, MSc, FRCPC

Lucie Bédard, MSc. Inf., MPH

Équipe de 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 2014 (7 septembre au 4 octobre)**

Maladie à virus Ébola (MVE) : état de situation

Le virus Ébola continue à se propager en Afrique de l'Ouest, mais aucun cas de MVE n'a été détecté au Canada. En date du 16 octobre 2014, 23 cas possiblement atteints d'une MVE ont été déclarés à Montréal et tous ont été infirmés. Parmi ceux-ci, 16 avaient récemment visité un pays où il y avait transmission de la maladie, mais aucun de ces cas ne rapportait une histoire d'exposition reconnue. Le diagnostic le plus fréquent demeure la malaria.

Le triage et les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) demeurent essentiels pour toute personne présentant de la fièvre, soit en provenance d'un pays à risque dans les derniers 21 jours et chez qui une exposition ne peut être exclue, ou ayant une histoire de contact direct avec un cas confirmé de MVE. Une liste à jour des pays à considérer lors du triage est disponible au www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ebola/index.php, et comprend actuellement **la Guinée, le Libéria, la Sierra Leone, et la République démocratique du Congo** (province de l'Équateur seulement). De plus, quelques cas ont été diagnostiqués aux États-Unis (3 cas à Dallas), en Espagne (2 cas à Madrid), et au Sénégal (1 cas). Plusieurs informations destinées aux professionnels de la santé sont disponibles au www.dsp.santemontreal.qc.ca/ebola.html.

Entérovirus D68 (EV-D68) : 6 cas détectés à Montréal

Les entérovirus circulent normalement l'été et l'automne. Cette année, la souche D68 a été détectée dans 46 états américains, avec 796 cas confirmés en date du 16 octobre. La déclaration de nouveaux cas commence à diminuer. À Montréal, en septembre, le CHU Sainte-Justine a détecté 6 cas pédiatriques d'infection à EV-D68. Les cas provenaient de plusieurs régions du Québec, dont deux cas de Montréal. Les tests ont été demandés lors d'un pic d'admissions pour bronchospasme, ce qui est maintenant terminé. Les six cas ont présenté de la difficulté respiratoire et/ou de la pneumonie; la majorité avait des antécédents d'asthme. Un seul cas a nécessité une admission aux soins intensifs. Tous les six ont récupéré et ont eu leur congé.

Apparenté au rhinovirus, l'EV-D68 cause une infection respiratoire qui peut parfois être sévère, surtout chez les enfants asthmatiques. Quelques cas de paralysie flasque aiguë ont été rapportés aux États-Unis et au Canada chez des patients infectés par l'EV-D68, mais le lien causal n'est pas confirmé. La détection du virus nécessite un génotypage par le Laboratoire national de microbiologie à Winnipeg et prend 21 jours. Le test est rarement demandé, car le résultat ne change pas l'intervention clinique. Il est surtout utile à des fins de surveillance. Le traitement est de soutien et les mesures de prévention et de contrôle recommandées sont les mêmes que pour les autres virus respiratoires saisonniers. *La paralysie flasque aiguë sans cause évidente chez un enfant de moins de 15 ans est une MADO au Québec.* Plus d'informations destinées aux professionnels de la santé sont disponibles au <http://www.ccnmi.ca/points-saillants-ev-d68>.

Influenza : la saison commence tôt cette année

Depuis la mi-septembre, les laboratoires sentinelles ont détecté cinq cas d'influenza A à Montréal. Les déclarations d'infection invasive à *Streptococcus pneumoniae*, souvent une complication de l'influenza, sont aussi à la hausse. Au Québec comme ailleurs dans le monde, la saison d'influenza semble commencer un peu plus tôt que d'habitude cette année. Les 13 éclosions de syndrome d'allure grippale dans les établissements de soins déclarées depuis le début septembre, soit deux fois plus que l'an passé à pareille date, sont pour le moment causées par d'autres virus respiratoires que l'influenza. Les mesures de PCI recommandées pour les hôpitaux demeurent essentielles. Voir www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales/publications-du-cinq pour les recommandations les plus récentes.

La campagne de vaccination contre l'influenza débutera le 1^{er} novembre 2014. Pour commander des vaccins et pour trouver toute autre information sur la campagne, consultez le site du directeur de santé publique (www.dsp.santemontreal.qc.ca), section *Vaccination contre l'influenza et le pneumocoque*, onglet *Documentation*.

Andrew Gray, MD
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 2014 (10 août au 6 septembre)**

Tuberculose : cas sévère et multirésistance

Il y a eu 12 cas de tuberculose déclarés dans le dernier mois, correspondant au nombre attendu à Montréal. Par contre, parmi ceux-ci, un jeune adulte, symptomatique depuis plusieurs mois avant d'avoir consulté, avait une tuberculose avancée lors de sa présentation et en est décédé. Les décès chez de jeunes patients sont rares, mais cette situation souligne l'importance de sensibiliser les communautés à risque, notamment celles provenant de pays où la tuberculose est endémique, sur la gravité de la maladie et l'importance de consulter dès l'apparition de symptômes. Par ailleurs, un des cas déclarés durant le mois précédant s'est révélé être atteint d'une tuberculose multirésistante. En général, un ou deux cas de tuberculose résistante à l'isoniazide et à la rifampine surviennent à Montréal à chaque année. L'identification et la prise en charge rapide des patients atteints sont primordiales pour limiter la transmission de la tuberculose en général et de la forme multirésistante en particulier, pour laquelle les options de traitement sont limitées.

Virus du Nil Occidental (VNO) : premiers cas de la saison

Les premiers cas probables de VNO de la saison 2014 au Québec ont été déclarés lors de la deuxième moitié du mois d'août. À Montréal, trois cas d'une moyenne d'âge de 56 ans ont été déclarés depuis août, pour lesquels on attend la confirmation. Deux ont souffert d'un syndrome neurologique. Deux pourraient avoir acquis leur infection à Montréal. La saison est pour l'instant semblable à celle de 2013, mais moins importante que celle de 2012 (N = 10). La fin de l'été demeure la période de l'année où la maladie est le plus susceptible de survenir

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

Maladie à virus Ébola (MVE) : situation à Montréal

Depuis avril et en date du 23 septembre 2014, 21 cas suspectés de MVE ont été déclarés à Montréal. Le dernier cas a été déclaré le 12 septembre et tous les cas ont été infirmés. Parmi ceux-ci, 15 avaient visité un pays où il y avait transmission de la maladie, et aucun n'avait d'exposition à risque documentée. La majorité des cas ont reçu un autre diagnostic infectieux, le plus fréquent étant la malaria (6 cas).

Bien que le risque de survenue d'un cas de MVE à Montréal soit faible, le triage et les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) demeurent essentielles pour toute personne avec fièvre, et provenant d'un pays à risque. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) identifie les pays à considérer pour fins de triage comme étant la Guinée, le Libéria et le Sierra Leone (où il y a transmission active de la maladie), le Nigéria (où il y a eu une transmission limitée) et la République démocratique du Congo (province de l'Équateur seulement, où une éclosion distincte est en cours). De plus, un cas isolé a été diagnostiqué au Sénégal, pour lequel aucun cas secondaire n'a été identifié après une période d'incubation. La liste du MSSS est mise à jour régulièrement au

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ebola/index.php>. Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec a émis des recommandations pour le triage et l'évaluation médicale de cas suspects pour la MVE (http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1875_Ebola_Prevention_Control_Hopitaux.pdf), et le Laboratoire national de santé publique a publié les procédures à suivre pour les demandes d'analyses de laboratoire (http://www.inspq.qc.ca/lspq/fichesPDF/guide_pratique_laboratoire_ebola.pdf).

Le triage et les mesures de PCI sont aussi essentiels pour prévenir la transmission d'autres maladies infectieuses sévères qui peuvent être contractées en voyage, comme le MERS-CoV (Moyen-Orient), l'influenza AH7N9 (Chine parmi lesquels figure Hong-Kong) et l'influenza AH5N1 (Égypte, Chine et Asie du Sud-est). Le MSSS entretient une veille épidémiologique de ces maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/>.

Noémie Savard, 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 2014 (13 juillet au 9 août)**

Cyclospore : résultats d'enquêtes

Comme il y a actuellement un excès à Montréal, les cas déclarés depuis le début de juillet ont été enquêtés. Ces 8 cas sont survenus chez des personnes d'âge moyen, 6 femmes et 2 hommes. Le questionnaire alimentaire ne révèle aucune exposition commune à un aliment, comme par exemple à des fruits frais achetés au même endroit, mais pour 3 cas l'infection a été acquise à l'extérieur du Canada. Certaines personnes dans l'entourage de 3 cas ont présenté des signes et symptômes gastro-intestinaux non diagnostiqués, mais le plus souvent moins sévères que ceux des cas.

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

Après deux mois sans aucun cas déclaré, 9 l'ont été chez des Montréalais depuis le 1^{er} avril; 3 sont attribuables à des expositions différentes lors de voyages dans les Caraïbes, 1 à un voyage en Virginie et un à la consommation locale de lait cru. Aucun n'est attribuable à la consommation locale de bœuf haché insuffisamment cuit, mais la cuisson complète de cet aliment demeure toujours indiquée.

Infection par le virus Chikungunya

Aucun cas n'apparaît aux statistiques périodiques puisqu'il ne s'agit pas d'une MADO. Toutefois, les enquêtes sur les 20 cas signalés se continuent. Les 12 cas rejoints ont tous été importés d'Haïti, à l'exception d'un cas respectivement aux Philippines, en Guadeloupe et à Sainte-Lucie. Aucun cas n'a encore été importé de Floride, qui est pour l'instant le seul état américain où on ait observé de la transmission locale de cette infection.

Maladie à virus Ébola (MVE) : situation à Montréal

Des sept cas suspects déclarés chez des Montréalais, tous ont été infirmés. Pour cinq d'entre eux, le diagnostic, confirmé ou probable, est connu de nous : malaria, tuberculose, leucémie aiguë, gastro-entérite et abcès ischio-rectal.

Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec vient de publier un guide pour la prise en charge des patients atteints de MVE ou soupçonnés de l'être. En particulier, dans le but d'éviter les tests inutiles, les critères cliniques et épidémiologiques à vérifier auprès du patient avant de demander des tests pour le virus Ébola y sont détaillés :

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1875_Ebola_Prevention_Control_Hopitaux.pdf

De plus, la DSP de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a émis un appel à la vigilance sur la MVE :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2014/AV_-_Ebola_et_documents_2014-08-21_.pdf

Coqueluche : cas non vaccinés

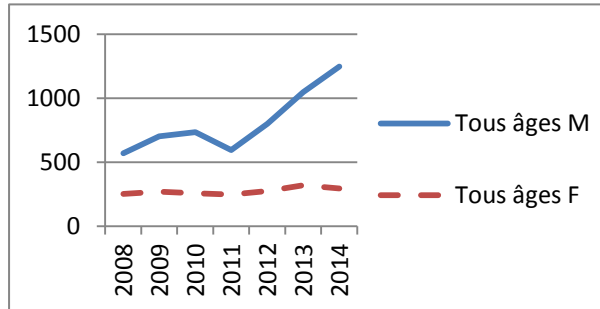
La coqueluche ne présente pas actuellement d'excès à Montréal, mais on note que parmi les 7 cas déclarés entre le 22 juin et le 9 août pour lesquels l'enquête est complétée, 6 sont survenus chez des personnes jeunes (âgées entre 1 et 15 ans) n'ayant reçu *aucune* dose de vaccin contre cette maladie. Plusieurs éclosions sont survenues en 2014, tant au Canada qu'aux États-Unis. Dans ce dernier pays, l'incidence (9964 cas déclarés au 16 juin) est en hausse de 24% par rapport à 2013. On ne peut donc excuser la non-vaccination en alléguant que la coqueluche est sous contrôle.

Source : <http://www.cdc.gov/pertussis/outbreaks/trends.html>

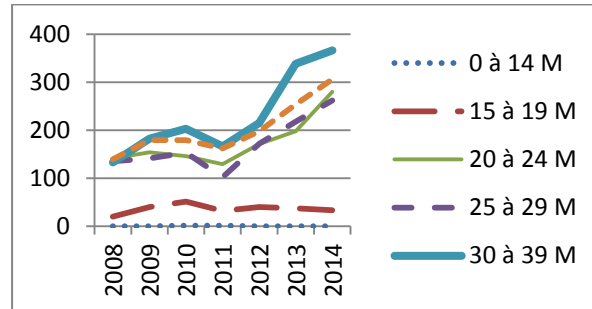
**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 7 de 2014 (15 juin au 12 juillet)**

Infection gonococcique : en hausse depuis quelques années

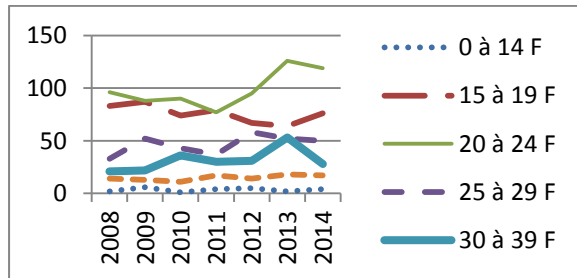
Les taux de gonorrhée sont en hausse à Montréal depuis 2012. Les graphiques suivants présentent les **nombre de cas déclarés**, par âge, sexe et année. Les nombres pour 2014 ont été annualisés.



Nombres de cas déclarés par année



Nombres de cas déclarés par année chez les hommes



Nombres de cas déclarés par année chez les femmes

Pour toute la période de 2008 à 2014, les nombres de cas déclarés sont beaucoup plus élevés chez les hommes, sauf chez les 0 à 14 ans, où les filles prédominent (23 cas; garçons, 1 cas). De plus, depuis 2012 les nombres sont en augmentation constante chez les hommes, à peu près également à tous les âges à partir de 20 ans, sauf les 30 à 39 ans, chez qui l'augmentation semble plus prononcée. Chez les femmes, seules celles de 20 à 24 ans présentent une hausse, mais légère.

L'usage accru des tests d'amplification des acides nucléiques pourrait avoir amélioré la capacité à détecter la maladie, mais ceci n'expliquerait pas pourquoi l'augmentation touche à ce point plus les hommes que les femmes. Nous ne connaissons pas l'orientation sexuelle des cas, mais une augmentation marquée chez les hommes sans augmentation correspondante chez les femmes suggère que la transmission entre hommes jouerait un rôle important. Une augmentation de l'incidence de la gonorrhée chez les HARSAH a été observée en Angleterre à partir de 2009. Elle est attribuée à la persistance de comportements à risque élevé et à une augmentation des nombres de tests à des sites extra-génitaux. Une analyse des données par type de test, site de prélèvement et profil de résistance (à cause de l'importance croissante de celle-ci) suivra.

Infections par le virus chikungunya : premiers signalements

Le LSPQ a signalé 10 cas chez des Montréalais. Ce virus cause une infection semblable à la dengue, qui se manifeste surtout par de la fièvre, une éruption cutanée et des douleurs articulaires. Il se transmet par piqûre d'arthropodes, plus précisément les moustiques *Aedes aegypti* et *Aedes albopictus*, qui sont absents du Canada mais abondants dans les Caraïbes, entre autres régions. Des trois cas enquêtés jusqu'à maintenant, deux avaient visité Haïti et l'autre Ste-Lucie. La maladie n'a pas de traitement spécifique et sa prévention repose sur celle des piqûres de moustiques chez les voyageurs en zone infestée. Pour plus d'informations, voir l'appel à la vigilance au site du Directeur de santé publique

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/infections_et_intoxications/appels_alertes.html

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 2014
(semaines 21 à 24, du 18 mai au 14 juin)**

Influenza : circulation presque nulle

La circulation des virus de l'influenza a maintenant tout à fait atteint son niveau inter-saisonnier. En outre, il n'y a plus aucune éclosion en cours en CH ni en CHSLD.

Source : LSPQ.

Surdoses chez des utilisateurs de drogues de rue : résultats préliminaires des enquêtes

Au 7 juillet, 140 surdoses ont été signalées à la DSP de l'Agence de Montréal, principalement par Urgences-Santé (68) et par les premiers répondants (42). Des 56 surdoses sévères liées à une drogue autre que l'alcool, 14 ont été signalées en mai, 39 en juin et 3 en juillet. Elles ont touché 44 hommes et 12 femmes, âgés entre 20 et 61 ans avec une médiane de 39 ans. Il y a eu 21 décès confirmés : 14 en mai, 6 en juin et 1 en juillet.

Au moins 33 patients ont été admis à l'urgence et 12 hospitalisés, dont 9 aux soins intensifs. Parmi les patients pour qui des résultats de laboratoire au moins partiels sont disponibles, la cocaïne a été isolée chez 18, une benzodiazépine chez 8, un cannabinoïde chez 6 et l'héroïne chez 5. Les résultats pour les autres substances, dont le fentanyl, sont encore trop incomplets pour les rapporter. Parmi les modes de consommation qui ont pu être documentés, on note 28 injections, 8 inhalations, 6 ingestions et 4 prises intranasales. La perte de conscience a été rapportée pour 43 sujets, la détresse respiratoire pour 24, et l'arrêt cardio-respiratoire pour 20.

L'administration de naloxone est documentée pour 18 patients, dont 4 l'avaient reçue en soins pré-hospitaliers d'urgence et 13 à l'hôpital.* De ces patients, 6 avaient reçu une dose, 6 deux, 3 trois et 2 quatre.* L'administration de naloxone est associée à la survie : sont décédés 14 patients sur 24 de ceux qui ne l'ont pas reçue mais seulement 1 sur 16 de ceux qui l'ont reçue.* Cette association statistiquement significative ($p < 0,01$) est compatible avec l'hypothèse que l'accès à la naloxone améliore les chances de survie, mais elle l'est aussi avec d'autres hypothèses, qui devront être étudiées une fois les enquêtes complétées. Tous ces résultats sont préliminaires et doivent être interprétés prudemment.

Nous remercions tous ceux qui nous ont transmis ces informations. La surveillance se poursuit et le signalement de surdoses de drogues de rue *inhabituelles soit par leur nombre ou par leurs manifestations* demeure pertinent. Composez le (514) 528-2400 et demandez l'infirmière de garde en ITSS, ou, après 16h30, le médecin de garde en santé environnementale.

* À cause des informations manquantes et pour abrégé le texte, les sommes des nombres détaillés peuvent être un peu plus petites que le grand total.

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 omissions et retards. Toutes les déclarations reçues à la DSP qui doivent être enquêtées sans délai le seront.

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 2014

(semaines 17 à 20, du 20 avril au 17 mai)

Influenza : la circulation du type B persiste toujours

D'après le pourcentage de tests influenza positifs, les infections dues au type B continuent leur baisse, mais celle-ci a été très lente au cours des trois dernières semaines (19 à 21). Par contre, il n'y a plus d'éclosion d'influenza ou de syndrome d'allure grippale en cours dans les hôpitaux ou CHSLD de Montréal.

Source : LSPQ.

Campylobactériose : excès inexpliqué

Les cas déclarés de campylobactériose sont en excès depuis la période 3, comme le montrent les figures 1. Leur répartition par âge, sexe ou territoire de résidence n'est pas différente de ce qu'elle était avant l'excès. Nous n'enquêtons pas de routine les déclarations de campylobactériose, mais trois cas dus au *C. jejuni* l'ont été à la fin d'avril parce que leur proximité dans le temps et dans l'espace suggérait la possibilité d'une source commune. Les enquêtes ont montré qu'il s'agissait de trois hommes d'âges et d'antécédents médicaux très différents, et qui ne présentaient en fait aucune exposition commune identifiable. Deux avaient été hospitalisés, un pour *delirium tremens* accompagné de diarrhée et l'autre pour déshydratation.

Surdoses chez des utilisateurs de drogues de rue : signalements récents

Un appel à la vigilance a été diffusé le 24 mai et un communiqué de presse le 27, en réponse aux signalements de 14 surdoses soit sévères (9 mortelles) ou présentant des tableaux inhabituels : réaction allergique, anoxie, arrêt respiratoire subit, rhabdomyolyse ou coma. Les analyses de laboratoire et les enquêtes de santé publique ne sont pas terminées, mais différents types de drogue et différents modes de consommation semblent impliqués. On estime qu'il y a eu à Montréal, entre 2000 et 2009, 643 décès non-intentionnels par intoxication aux drogues illicites, attribués à peu près également à l'héroïne, à la cocaïne et aux autres opioïdes; environ le quart des drogues avaient été injectées.

Des affichettes ont été préparées pour distribution dans les milieux à risque. Des informations pour les travailleurs de la santé sont disponibles à

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2014/AV_surdose_drogues_rue_20140524.pdf

Le signalement de surdoses de drogues de rue *inhabituelles soit par leur nombre ou par leurs manifestations* serait utile et apprécié. Appelez le (514) 528-2400 et demandez le médecin de garde R en maladies infectieuses.

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 2014
(semaines 13 à 16, du 23 mars au 19 avril)**

Influenza : la circulation du type B persiste

D'après le pourcentage de tests influenza positifs, la circulation de l'influenza A est maintenant minime, mais celle de l'influenza B a moins diminué depuis son maximum, atteint il y a 7 semaines. Une seule éclosion, due au type B, est en cours dans un CHSLD.

Source : LSPQ.

Risque d'importation d'infections sérieuses : en hausse, mais varie selon la maladie

La situation internationale et canadienne demande de porter une attention particulière au risque d'importation de quatre infections, dont il n'y a pas actuellement de transmission locale à Montréal.

L'**influenza** de type H5N1 ou H7N9 a causé des cas humains dans 6 pays, tous en Asie. Par contre, le **syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS)** en plus d'y avoir causé plusieurs centaines de cas, a mené à plus de 10 cas importés dans 5 pays européens, dont 3 ont observé une transmission locale. Deux cas chez des travailleurs de la santé ont récemment été importés d'Arabie saoudite aux États-Unis, un en Indiana et l'autre en Floride. Aucun n'a causé de cas secondaires connus.

La **rougeole** cause présentement de nombreuses éclosions de par le monde. Au Canada, des cas importés, surtout d'Asie, parfois suivis de transmission locale, ont été rapportés dans cinq provinces, dont l'Ontario (incluant la ville d'Ottawa). Récemment, 70 enfants québécois, dont 40 montréalais, ont été exposés à un cas en Ontario lors d'un événement sportif, mais aucun n'aurait été infecté.

La **maladie à virus Ébola (MVE)** a causé environ 250 cas, limités à la Guinée-Conakry et au Libéria. Il n'y aurait pas encore eu d'exportation hors de l'Afrique de l'Ouest. Trois cas suspects ont été signalés à Montréal, mais tous ont été infirmés.

Pour l'instant, seule la rougeole a mené à des cas importés en Amérique du Nord, suivie de loin par le MERS. Toutefois, devant un cas particulier, la probabilité qu'il s'agisse d'une importation dépend à la fois 1) de la présentation clinique et 2) d'une histoire soit de voyage en pays affecté ou de contact avec un cas confirmé acquis ailleurs. Un signalement immédiat à la DSP de l'Agence de Montréal est recommandé, après application des mesures détaillées dans le document

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1742_MesPrevContrInfectUrgence.pdf

Autres informations. MERS et influenza:

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2014/Appel_vigilance_-_MERS_CoV_MRSI_2014-05-08.pdf et

http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/MERS_CoV_Update_27_March_2014.pdf?ua=1

Rougeole: http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2014/Appel_vigilance_rougeole_2014-04-04.pdf et

http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/big_measlesreportedcases6months_PDF.pdf

Maladie à virus Ebola : <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/guinea/>

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 2014
(semaines 9 à 12, du 23 février au 22 mars 2014)**

Influenza : situation stable

D'après le pourcentage de tests influenza positifs, au 1^{er} avril la transmission de l'influenza au Québec est globalement stable (semaines 12 et 13); une légère baisse de la transmission de l'influenza A est contrebalancée par une hausse comparable de celle de l'influenza B. Les nombres d'éclosions en cours dans les établissements de soins montréalais sont eux aussi stables : il y en a 3 de syndrome d'allure grippale et 1 d'influenza B.

Source : LSPQ.

Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)

Le cas déclaré s'est produit chez une personne âgée de 60 ans, décédée de la maladie. Il est confirmé par les observations histologiques et immunohistochimiques, qui suggèrent de plus qu'il ne s'agit ni d'une infection par la variante de l'agent de la MCJ (qui cause l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) ou « maladie de la vache folle ») ni d'une forme familiale de la maladie. Il reste donc possible que l'infection ait été acquise iatrogéniquement ou représente une forme sporadique, qui est de beaucoup la plus fréquente mais dont les causes sont mal connues.

Tous les cas de MCJ qui surviennent au Canada sont enquêtés par le Système de surveillance de la MCJ de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC). Plus de 676 cas de MCJ ont été répertoriés par l'ASPC depuis 1998, dont 162 au Québec. Du total, 90% étaient de forme sporadique et 7% de forme familiale. Seulement 4 cas, dont aucun depuis 2003, étaient iatrogènes (dus par exemple, à des transplantations de cornée ou de dure mère, ou à des injections d'hormone de croissance humaine) et 2 étaient des cas de ESB.

Source : ASPC.

Collaborateur : Jérôme Latreille

Lymphogranulomatose vénérienne : cas habituels et inhabituels

Un des trois cas déclarés durant la période est celui, mentionné dans les *Faits saillants* précédents, chez une jeune femme qui l'a acquis par transmission hétérosexuelle, la première documentée à Montréal. Les deux autres cas correspondent au modèle habituel, s'étant produits chez des jeunes hommes d'âge moyen qui avaient eu des relations sexuelles avec d'autres hommes, dont un dans des saunas. Il sont tous deux utilisateurs de drogues et ils ont des antécédents d'ITSS multiples, incluant chlamydie, gonorrhée, syphilis, hépatite B et infection par le VIH.

Collaborateurs : Geneviève Boily, Anna Urbanek et Christine Leblanc.

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 2014
(semaines 5 à 8, du 26 janvier au 22 février 2014)

Influenza : la transmission diminue mais les éclosions en établissements de soins persistent.

D'après le pourcentage de tests influenza positifs, la transmission de l'influenza au Québec est globalement en baisse; celle de l'influenza A est en baisse marquée et celle de l'influenza B en hausse modérée. Néanmoins, il y a encore 3 éclosions de syndrome d'allure grippale en cours en CHSGS/CHR et 5 en CHSLD. Parmi les éclosions de cause connue, 4 sont dues à l'influenza B, 1 à l'influenza A et 1 au virus respiratoire syncytial, qui continue de circuler abondamment. La vaccination saisonnière est donc toujours recommandée pour les nouveaux arrivants en CHSLD qui ne l'ont pas déjà reçue.

Source : LSPQ et MSSS.

Collaborateurs : Guy Lapierre et Pierre Pilon.

Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) : première occurrence documentée de transmission hétérosexuelle à Montréal depuis le début de l'éclosion.

Un cas, probable selon la définition nosologique, a été déclaré chez un homme dans la vingtaine n'ayant eu de relations sexuelles qu'avec des femmes. Le diagnostic a été posé à la suite d'une analyse sérologique pour la LGV en présence d'une lésion pénienne et de l'inflammation d'un ganglion inguinal, soit la présentation la plus commune parmi les personnes hétérosexuelles.

Ce patient (cas index) a rapporté avoir eu des relations sexuelles avec quatre femmes au cours des trois mois précédant son infection. La source la plus probable semble être une partenaire occasionnelle anonyme rencontrée au Missouri, où l'on n'enquête pas les cas de LGV et où l'incidence de la maladie est inconnue. Le contact a eu lieu environ un mois avant le début des symptômes, ce qui est compatible avec la période d'incubation habituelle. Deux autres partenaires durant cette période ont été évaluées et ont eu un résultat négatif. Il semble qu'il y ait eu transmission à la 4^e personne, sa partenaire stable, qui a présenté des symptômes compatibles avec une chlamydie au même moment que le cas index. Une analyse sérologique a montré chez elle des anticorps anti-LGV, ce qui en fait aussi un cas probable de LGV. Elle ne peut pas être le cas source car le cas index était son seul partenaire à vie.

Un point important à noter est que les deux cas sont *probables*, sur la base d'une sérologie, mais non *confirmés* selon un séquençage de l'ADN. Les tests sérologiques de la LGV présentent des possibilités de réactions croisées qui compliquent l'interprétation des résultats. Pour cette raison, *il est recommandé de toujours procéder à la détection de LGV par séquençage de l'ADN* à partir d'une culture ou d'un PCR pour le *C. trachomatis*, en précisant sur la requête qu'une LGV est suspectée. Les partenaires hommes ou femmes d'un cas de LGV devraient être informés, évalués, testés et traités selon les recommandations :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcits/section-5-9-fra.php>.

Des cas de LGV ont récemment été décrits en Europe chez des femmes dont les partenaires étaient bisexuels ou d'orientation sexuelle inconnue. Pour plus d'information sur l'éclosion de LGV à Montréal, voir l'appel à la vigilance diffusé le 12 août 2013 par la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal :

[http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1 Espace du directeur/0 Voix du directeur/Appels_vigilance/2013/AV_LGV_2013-08-12.pdf](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2013/AV_LGV_2013-08-12.pdf)

Collaborateurs : Geneviève Boily, Gilles Lambert et Anna Urbanek.

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 2014
(semaines 1 à 4, du 29 décembre 2013 au 25 janvier 2014)**

Influenza

D'après le pourcentage de tests influenza positifs, la transmission de l'influenza A au Québec est maintenant en baisse, alors que celle de l'influenza B demeure en hausse. Parmi les autres virus respiratoires, le virus respiratoire syncytial continue de nettement prédominer.

Source : LSPQ

Lèpre : cas instructif

Le cas qui paraît aux statistiques est le premier à Montréal depuis novembre 2011 et présente quelques caractéristiques peut-être inattendues et utiles à mentionner comme rappel. Il s'est produit chez une personne dans la vingtaine, originaire d'un pays endémique mais n'ayant eu aucun contact connu avec un cas de cette maladie. Les premiers signes et symptômes sont apparus au début de janvier, environ deux ans après l'arrivée au Canada. Une cellulite de la main, réfractaire à la vancomycine, a été suivie par une névrite du nerf cubital, puis de lésions cutanées à plusieurs endroits du corps. Une biopsie cutanée a confirmé le diagnostic posé par un microbiologiste perspicace.

Remerciements à Andrew Gray et Michèle Bier pour l'information fournie.

Appels à la vigilance récents : *Acinetobacter baumannii* nosocomial et rougeole importée

À la suite d'une éclosion nosocomiale d'*Acinetobacter baumannii* ultrarésistant, un appel à la vigilance et une fiche technique ont été diffusés le 19 décembre dernier :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2013/A_v_Acinetobacter_baumannii_XDR_19122013.pdf

En réaction à l'importation au Canada de quelques cas de rougeole contractés aux Philippines, un appel à la vigilance a été émis le 31 janvier dernier :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2014/A_v_Rougeole_31012014.pdf

Remerciements à Chloé Healy et Jérôme Latreille 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