

Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 6 de 2015 (24 mai au 20 juin)

Maladie à virus Ébola (MVE) : nouveaux cas au Libéria

Bien que l'OMS ait déclaré la fin de l'épidémie de MVE au Libéria le 9 mai dernier, un nouveau cas a été confirmé le 29 juin, chez un jeune homme qui est décédé de la maladie. Plus de 200 contacts ont été testés et deux se sont avérés positifs pour le virus Ébola, tous deux symptomatiques. Deux autres cas ont ensuite été découverts, pour un total de 5. Les Montréalais qui rentrent d'un des trois pays touchés sont repérés par *Citoyenneté et Immigration Canada* lors de leur passage à l'aéroport et sont contactés par la Direction de santé publique dans les 24 heures pour vérifier leur niveau de risque et leur donner des instructions en cas d'apparition de symptômes compatibles avec la MVE.

Source : OMS <http://www.who.int/mediacentre/news/ebola/03-july-2015-liberia/en/#>

Fentanyl : disponible sous une nouvelle forme

Des comprimés contrefaits contenant du fentanyl, portant l'inscription A-215 et surnommés «la petite bleue» circulent sur le territoire de la ville de Québec. Il est possible qu'ils soient aussi disponibles dans la région de Montréal. Le fentanyl est un opioïde 40 fois plus puissant que l'héroïne et 50 à 100 fois plus puissant que la morphine. Il peut être vendu en tant qu'héroïne, cocaïne ou oxycodone ou être inclus dans leurs compositions. Il est associé à des risques élevés de surdoses, produisant des signes et symptômes semblables aux surdoses par d'autres opioïdes. Tout comme pour l'injection et l'ingestion, l'exposition topique (peau, muqueuses) au fentanyl peut causer une dépression respiratoire et la mort. Un nouvel appel à la vigilance sur le risque de surdose a été diffusé le 3 juillet :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2015/Appel_vigilance_Surdose_2015-07-03_01.pdf

Légionellose : surveillance des cas et des sources environnementales

Les statistiques périodiques montrent que la saison 2015 a débuté plus tôt que par les années passées. Tous les cas déclarés sont enquêtés, surtout pour tenter d'identifier une source environnementale. De plus, depuis mai 2014 les tours de refroidissement doivent être testées mensuellement pour la présence de *L. pneumophila* et les résultats positifs déclarés à la Direction de santé publique concernée. Si une tour contaminée se trouvait à moins de 2 km du lieu de résidence d'un cas ou d'un endroit fréquenté par lui, les souches en provenance de la tour et du cas pourraient être comparées par génotypage pour établir ou exclure l'existence d'un lien entre les deux.

Maladie de Lyme :

L'incidence de cette infection est en hausse au Québec depuis quelques années. Bien qu'il n'y ait pas eu de transmission (par piqûre de tique) documentée à Montréal, à chaque année des Montréalais contractent l'infection ailleurs. Un Appel à la vigilance a été diffusé le 9 juillet :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2015/Appel_vigilance_Maladie_de_Lyme_2015-07-08.pdf

Une fiche technique et d'autres documents sont disponibles au site suivant :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/infections_et_intoxications/thematiques/maladie_de_lyme/documentation.html?L=jcfxjsspdiiib

Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 5 de 2015 (26 avril au 23 mai)

Maladie à virus ébola (MVE) : l'épidémie touche un pays de moins

Le 9 mai dernier, l'OMS a déclaré la fin de l'épidémie de MVE au Libéria, 42 jours après la survenue du dernier cas; toutefois, une surveillance rehaussée reste en place. La Sierra Leone et la Guinée demeurent touchées et l'ONU demande de rester mobilisé jusqu'à la fin de l'épidémie (<http://www.un.org/apps/newsFr/storyF.asp?NewsID=34903&Cr=Ebola&Cr1>). La Direction de santé publique continue de recevoir environ 3 signalements par jour de voyageurs possiblement exposés à la MVE, tous jugés à faible risque après enquête, sauf 7 qui ont été jugés à risque modéré.

Source : OMS <http://apps.who.int/ebola/fr/node/1680>

Surdoses : l'importance d'agir sans délai

Depuis le 17 mai dernier, 5 cas d'intoxication (dont 3 décès) liés à la consommation de drogues de rue nous ont été signalés. La majorité des personnes ont consommé des drogues par voie intraveineuse, incluant l'héroïne. Un *Appel à la vigilance* a été émis, qui met l'accent sur la rapidité dans l'identification des cas de surdose involontaire et dans l'administration de la naloxone (Narcan). À cette fin, le projet Profan (Prévenir et Réduire les Overdoses – Former et Accéder à la Naloxone), initié par Méta d'Âme et par le CRAN, offrira une formation sur l'administration de la naloxone à des consommateurs et à leurs proches. Les personnes formées pourront se procurer une trousse de naloxone dans les pharmacies partenaires et ainsi intervenir plus rapidement s'ils sont témoins d'une surdose d'opioïde.

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2015/Appel_vigilance_Surdose_2015-05-29_.pdf

Coupe du monde féminine de la FIFA : surveillance des problèmes de santé inhabituels

Des épreuves se tiennent à Montréal du 6 juin au 5 juillet. Y participent 25 équipes d'autant de pays, dont 15 situés hors de l'Amérique du Nord et de l'Europe. Un clinicien consulté soit par une joueuse, un participant ou un spectateur étranger devrait donc être à l'affût de problèmes de santé inhabituels et déclarer à la DSP toute maladie à déclaration obligatoire soupçonnée ou confirmée, et signaler tout problème de santé qui pourrait menacer la santé publique.

Shigellose : la transmission persiste

Les cas de shigellose déclarés durant la période 5 sont le prolongement de l'éclosion décrite dans les *Faits Saillants* de la période 4. Les personnes atteintes ou leurs parents continuent d'être informés sur les mesures préventives, mais leur application soutenue est difficile, en particulier dans la communauté juive orthodoxe, à cause de ses pratiques et de ses conditions de vie.

Risque de 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.

Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 4 de 2015 (29 mars au 25 avril)

Shigellose : incidence élevée dans certains groupes à risque

Dix-huit cas ont été déclarés durant la période 4. Huit sont survenus chez des enfants ou de jeunes adultes de la communauté juive orthodoxe, parmi lesquels a été documentée de la transmission intra-garderie et intra-familiale. Des dix autres cas, seulement 2 sont reliés à des voyages (Cambodge, Nicaragua). Trois ont touché des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), dont tous ont des antécédents d'ITSS et deux rencontrent des partenaires sexuels par internet. Pour les autres cas, le mode d'acquisition n'est pas clair. Les interventions éducatives individuelles auprès des cas ou de leurs parents se poursuivent.

Hépatite A : excès relié à des voyages

Les 3 cas déclarés constituent un excès significatif. Tous sont survenus chez des adultes non vaccinés et sont reliés à des voyages (Mexique, Vénézuéla, Inde), au cours desquels deux patients rapportent avoir consommé des aliments à risque. Un patient a été hospitalisé. L'hépatite A chez les voyageurs en pays endémique demeure un problème. Les conseils en pré-voyage sur les précautions à prendre et surtout la vaccination pourraient grandement aider à le maîtriser.

Lymphogranulomatose vénérienne : à nouveau en hausse

Six cas ont été déclarés durant la période 4 (alors que 1 ou 2 étaient attendus), tous chez des hommes d'âge moyen ayant des antécédents d'ITSS (syphilis, gonorrhée, VIH) et dont plusieurs ont reçu leur diagnostic dans des cliniques desservant les HARSAH. Une seule enquête est complétée à ce jour, auprès d'un HARSAH qui ne fréquente pas les saunas mais qui rencontre des partenaires par internet. Pour des informations sur cette ITS voir

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

Influenza : diminution lente

La proportion de tests positifs pour l'influenza A est stable depuis 5 semaines, mais très basse, à 1-2%, alors que celle pour l'influenza B est en baisse, mais encore élevée, à environ 10%. Globalement, la proportion de tests positifs demeure plus élevée qu'à la même époque l'an dernier. Enfin, des éclosions continuent de se produire en CHSLD.

Source : LSPQ.

Rougeole : cas importé

Le premier cas de rougeole déclaré chez un Montréalais depuis 2012 vient d'être confirmé. Il est survenu chez un adulte de statut vaccinal inconnu qui a passé toute sa période d'exposition en Éthiopie et qui a consulté dans une urgence de Montréal moins de 12 heures après son arrivée ici. Le MSSS a été avisé concernant les contacts dans les avions. Le cas a eu quelques autres contacts étroits, dont 3 chauffeurs de taxi, des patients dans la salle d'attente de l'urgence, 2 enfants et 2 connaissances. Lorsqu'une prophylaxie peut être offerte aux contacts d'une MADO, il est très utile que le cas soit déclaré dès que le diagnostic est *soupçonné*, ce qui n'a pas été fait ici. Heureusement, la période de contagiosité est terminée et aucun cas secondaire n'est connu à ce jour. Un *Appel à la vigilance* a été émis :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2015/A-V_Rougeole_08052015.pdf

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 3 de 2015 (1er au 28 mars)**

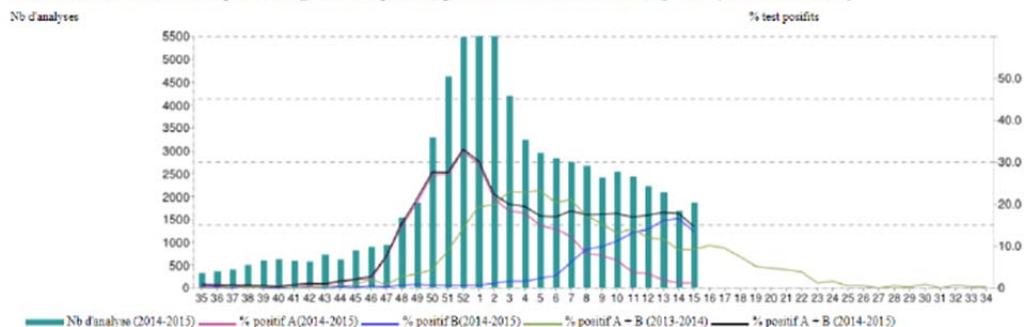
Shigellose : résultats d'enquête

L'excès noté à la période précédente s'est poursuivi. Pour 13 des 15 cas de la période 3 une source probable a été identifiée. Il s'agissait d'un séjour en pays à incidence élevée pour 6 cas (dus à *S. flexneri* ou *sonnei*), de transmission sexuelle entre hommes pour 4 (tous dus à *S. flexneri*) et de transmission parmi des enfants juifs orthodoxes pour 3 (tous dus à *S. sonnei*). Cette distribution de facteurs de risque a été observée au cours de plusieurs périodes d'excès à Montréal ces dernières années. Dans la communauté juive orthodoxe, des démarches ont été réalisées auprès des familles des enfants et auprès des milieux qu'ils fréquentent avec l'aide d'organisations communautaires.

Influenza : les indicateurs commencent à diminuer

Les tendances rapportées depuis quelques périodes déjà semblent vouloir s'inverser. Selon les dernières données disponibles, la proportion de résultats positifs a commencé à diminuer, bien qu'elle demeure fort supérieure à ce qu'elle était à même époque l'an dernier. Depuis 7 semaines, la majorité des résultats positifs sont dus à l'influenza B.

Tests déclarés d'influenza et pourcentage de tests positifs, par semaine de déclaration, Québec (saison 2014-2015)



Source : LSPQ.

Tuberculose : transmission locale soutenue chez des personnes à risque élevé

Depuis les 6 derniers mois, 5 cas ont été déclarés dans ce groupe alors qu'habituellement un ou deux le sont par année. En fait, un agrégat de cas de tuberculose pulmonaire évolue à bas bruit dans la région de Montréal depuis avril 2003. En tout, 22 cas (18 de Montréal, 3 de la Montérégie et 1 de Laval) ont été déclarés et sont tous associés à la même souche identifiée par génotypage. Ils partagent un ou plusieurs facteurs de risque : alcoolisme, toxicomanie, fréquentation de *crack houses*, prostitution, itinérance, criminalisation, histoire d'incarcération dans le passé, infection par le VIH et/ou par le VHC. La souche a été introduite en 2002 par une personne d'origine autochtone établie à Montréal et qui est restée très symptomatique plusieurs mois avant de recevoir un diagnostic de tuberculose pulmonaire.

La prise en charge des cas, de même que l'identification et le dépistage tuberculinique des personnes exposées posent des défis importants dans cette population marginalisée fréquentant certains *crack houses* de Montréal. Les organismes communautaires ont intensifié la surveillance de personnes à risque et symptomatiques, et accéléré leur évaluation médicale, afin d'éviter les délais de traitement et ainsi tenter de briser la chaîne de transmission.

Depuis janvier 2012, toutes les souches de *Mycobacterium tuberculosis* isolées au Québec sont génotypées au Laboratoire national de microbiologie à Winnipeg. La méthode utilisée (*Mycobacterial interspersed repetitive unit* [MIRU]) exploite la variation dans le nombre de séquences répétées d'éléments génétiques. L'amplification d'un ensemble défini de 24 emplacements du génome mycobactérien par PCR et la mesure de la taille de ces amplicons permettent d'assigner à une souche une série de chiffres correspondant au nombre d'unités répétées à chaque locus. Le génotypage universel des souches nous permet d'identifier plus facilement tous les agrégats.

Robert Allard, MD, MSc, FRCPC
Lucie Bédard, MSc. Inf., MPH
Paul Rivest MD, MSc
Surveillance épidémiologique et vigie
Secteur Vigie et protection, Direction de santé publique
CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec



**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 2 de 2015 (1er au 28 février)**

Rougeole : Montréalais à risque

L'éclosion de rougeole dans Lanaudière, dans une communauté qui refuse la vaccination (Mission du Saint Esprit), a dépassé 119 cas confirmés en date du 13 mars 2015. La direction de santé publique de cette région applique la politique de retrait des enfants non vaccinés d'un milieu scolaire qui a été fréquenté par un enfant infectieux. Des membres de cette communauté habitent Montréal. Même s'il n'y a encore eu aucun cas parmi eux, on conseille donc de demeurer vigilant pour les présentations cliniques compatibles avec la rougeole et les histoires de contact avec un cas connu. La couverture vaccinale montréalaise contre la rougeole est de 69,2% au primaire et de 74,1% au secondaire. Pour soutenir la prévention et la capacité montréalaise de répondre à une éclosion, nous vous demandons de saisir chaque occasion de promouvoir la vaccination et de mettre à jour le statut vaccinal de vos patients selon le *Protocole d'immunisation du Québec*¹. Pour plus d'information sur la maladie et les mesures à suivre pour un cas suspect, voir l'*Appel à la Vigilance* du 6 février².

Un cas d'infection gonococcique non sensible à la céfixime : le premier au Québec

Un cas isolé de gonorrhée génitale non sensible à la céfixime a été détecté à Montréal chez un HARSAH. Selon l'enquête épidémiologique, l'infection aurait été acquise au Québec. Les recommandations actuelles³, notamment celles sur les tests diagnostiques, le traitement et les tests de contrôle demeurent en vigueur. La recherche des partenaires sexuels et la prise en charge des partenaires sexuels sont particulièrement importantes pour tout cas non sensible. La direction de santé publique peut aider pour ces dernières.

Shigellose : excès pour 2015 en cours d'enquête

Un plus grand nombre de cas de shigellose ont été déclarés que pendant les périodes correspondantes de 2013 et 2014. De 20 cas en tout, le *S. flexneri* était impliqué dans 15 et *S. sonnei* dans 3. Presque tous les cas étaient chez des adultes dont 13 chez des hommes. Les enquêtes sont en cours pour tenter de déterminer s'il y a un lien entre les cas.

Influenza : A en baisse mais B en hausse

La saison d'influenza 2014-2015 est la plus sévère des derniers 5 ans et elle persiste plus longtemps que d'habitude. Depuis 11 semaines la proportion de prélèvements positifs pour l'influenza A est en diminution continue, le pic ayant été atteint la dernière semaine de décembre. Néanmoins, une augmentation équivalente de la proportion de prélèvements positifs pour l'influenza B résulte en un plateau persistant, et élevé comparativement aux années précédentes. Le pic pour l'influenza B ne semble pas avoir été atteint, même si on sait que le vaccin de 2014 présente un appariement bien meilleur pour l'influenza B que pour l'influenza A. Il demeure donc important d'être attentif aux signes et symptômes d'influenza chez les patients et d'appliquer des pratiques d'hygiène appropriées.

Ressources :

1. http://www.dsp.santemontreal.gc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2015/Appel_a_la_vigilance_rougeole_2014-02-06_.pdf
2. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/html/web/Piq.htm>
3. http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Chlamydia_gonorrhoeae_majaout2013_.pdf

Colleen Fuller, MD, MSc, R4
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 2015 (4 janvier au 31 janvier)**

Rougeole : au moins dix-neuf cas au Québec

Dix-neuf cas confirmés de rougeole ont été déclarés dans la région de Lanaudière, tous chez des personnes non vaccinées. Dix-huit proviennent de six familles et sont en lien avec l'écllosion californienne. Bien qu'ils aient eu des contacts avec des Montréalais, aucun cas n'est encore survenu à Montréal. La réapparition de la rougeole au Canada touche également le Manitoba (1 cas) et l'Ontario (17 cas). Les cas ontariens sont inquiétants : l'absence de voyage ou de lien épidémiologique entre eux suggèrent l'existence d'autres cas, non diagnostiqués. Plusieurs états américains ont été touchés par la rougeole; les CDC rapportent 141 cas de rougeole depuis le début de l'année, 80% en lien avec l'écllosion de Disneyland. Le géotypage des souches confirme que les cas québécois géotypés sont reliés aux cas américains, mais non aux cas ontariens. L'Organisation panaméricaine de la santé a publié une alerte sur la nécessité d'informer les voyageurs du risque de contracter la rougeole lors de leurs déplacements. À la suite de la campagne de rattrapage de vaccination contre la rougeole lors de l'écllosion de 2011 au Québec, un taux de 90% de couverture vaccinale a été atteint. La nouvelle importation de rougeole au Canada nous rappelle l'importance de maintenir le statut vaccinal de notre population, de diagnostiquer et de déclarer les cas de rougeole le plus rapidement possible.

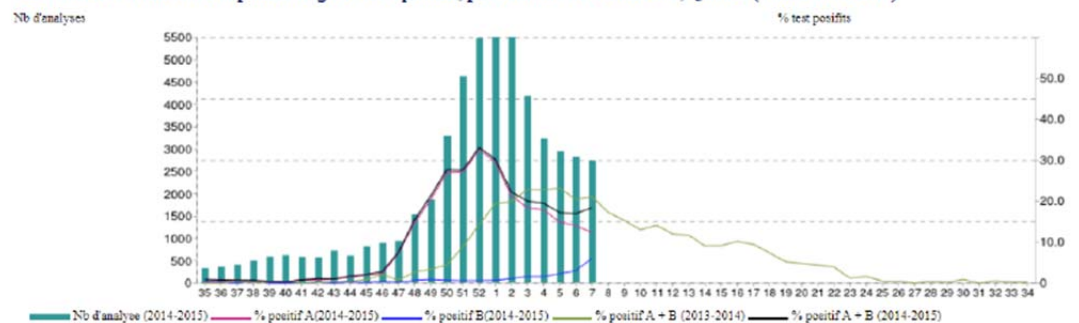
Voir l'appel à la vigilance diffusé le 6 février 2015 :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/espace_du_directeur/rubriques/nouveautes/article/appel_a_la_vigilance_influenza_debut_hatif_de_la_saison_2014_2015_copie_1-1.html

Influenza : l'activité grippale se poursuit

L'activité grippale se stabilise mais demeure plus élevée comparativement aux années 2010-2014. Au Québec, le pourcentage de résultats positifs pour l'influenza A dans les laboratoires sentinelles est passé de 30% à 12% au cours

Tests déclarés d'influenza et pourcentage de tests positifs, par semaine de déclaration, Québec (saison 2014-2015)



des dernières sept semaines. Pour la même période, une augmentation marquée, de 0,7% à 6%, des résultats positifs pour l'influenza B est observée, indiquant le début du pic de transmission de l'influenza B. La vaccination demeure donc pertinente pour les personnes à risque élevé.

Source : LSPQ

Maladie à virus Ébola (MVE) : cas infirmé

Le suivi des voyageurs possiblement exposés à la MVE par la DSP de l'Agence de Montréal se poursuit. La DSP a reçu, depuis le 30 octobre 2014, 222 signalements de voyageurs possiblement exposés à la MVE, une moyenne de 12 par semaine. Un des voyageurs à faible risque en cours de suivi a été dirigé vers un centre hospitalier pour des symptômes compatibles avec la MVE, mais ce diagnostic a été infirmé. À ce jour, aucun cas de MVE n'a été confirmé au Canada.

Omobola Sobanjo, MD, R4
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