

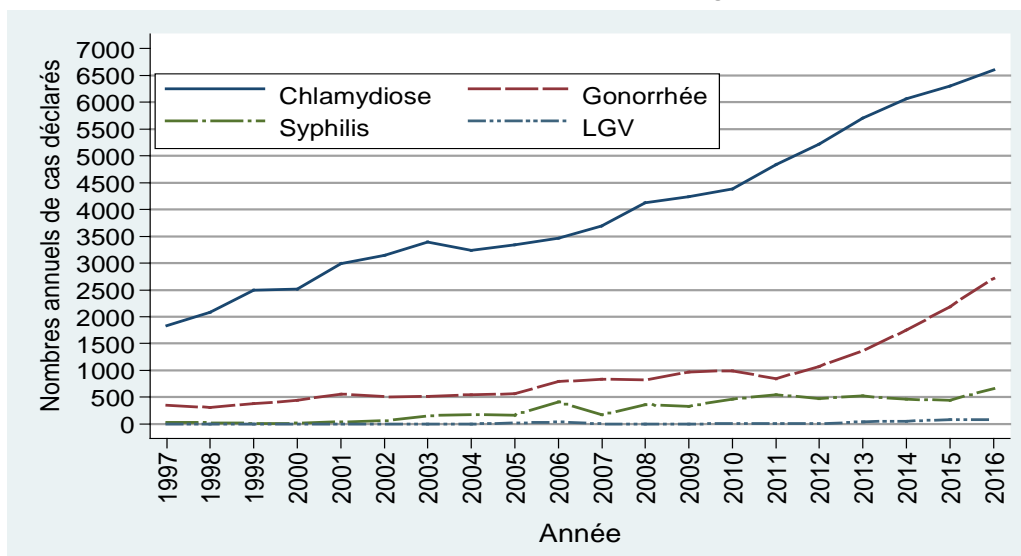
**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 13 de 2016 (4 au 31 décembre)**

Oreillons : cas reliés et cas sporadiques

Les deux cas de cette période, qui sont les premiers de l'année 2016, ne reflètent pas complètement la situation des oreillons à Montréal et dans ses environs. En effet, une série de cas symptomatiques mais non confirmés fait soupçonner la présence d'un excès de cas plus important. Un cas chez un étudiant étranger qui étudie à Longueuil, probablement acquis au Québec, a entraîné quatre autres cas probables parmi d'autres étudiants de la même institution. Un de ces cas aurait infecté sa sœur, qui travaille dans un hôtel de la métropole, qui aurait à son tour infecté un collègue de travail. Il y aurait donc eu 4 générations de personnes avec des symptômes compatibles avec les oreillons, dont plusieurs résident à Montréal. Par contre, il est impossible de confirmer certains cas très probables qui n'ont pas consulté de médecin et qui n'ont pas de lien épidémiologique avec un cas confirmé par laboratoire; ils ne paraissent donc pas aux tableaux. Notons que les deux cas montréalais dont le statut vaccinal est connu avaient été immunisés adéquatement. D'autres cas sont survenus chez des personnes habitant ou fréquentant Montréal, sans liens connus avec ceux déjà mentionnés, mais qui pourraient en avoir eu avec des cas d'autres régions du Québec. Une mise à jour de l'appel à la vigilance a été diffusée le 6 janvier : [http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1 Espace du directeur/0 Voix du directeur/Appels vigilance/2017/Appel vigilance - OREILLONS MAJ 2017-01-06 .pdf](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2017/Appel_vigilance_-_OREILLONS_MAJ_2017-01-06_.pdf).

Chlamydie et gonorrhée : en hausse

Les statistiques périodiques indiquent une forte augmentation du nombre de cas déclarés entre 2015 et 2016. Le graphique ci-dessous montre qu'il s'agit de la continuation d'une augmentation linéaire datant d'au moins 1997 pour la chlamydie. Pour la gonorrhée, une hausse de même importance a commencé en 2012, année où a été émise la recommandation d'employer les TAAN pour le dépistage au rectum et au pharynx. Des données par sexe sur le nombre de tests demandés mais négatifs aideraient à distinguer entre les effets d'un meilleur accès au test et ceux d'une augmentation réelle de l'incidence.



Faits saillants concernant les statistiques des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO) et autres maladies infectieuses sous surveillance Période 12 de 2016 (6 novembre au 3 décembre)

Encéphalite virale transmise par arthropodes : premier cas déclaré depuis 2012

Le cas qui paraît aux statistiques est un cas probable d'encéphalite japonaise qui aurait été acquis au cours d'un voyage aux Philippines. Un 2^e sérum est attendu pour confirmer le cas. Cette infection est causée par un flavivirus apparenté à celui du Nil Occidental et transmise dans plusieurs pays d'Asie du Sud-Est par diverses espèces de moustiques qui ne sont pas présentes au Québec. Un vaccin peut être offert aux voyageurs lorsque indiqué : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/pig/html/web/Pig.htm>, ch. 10.6.3

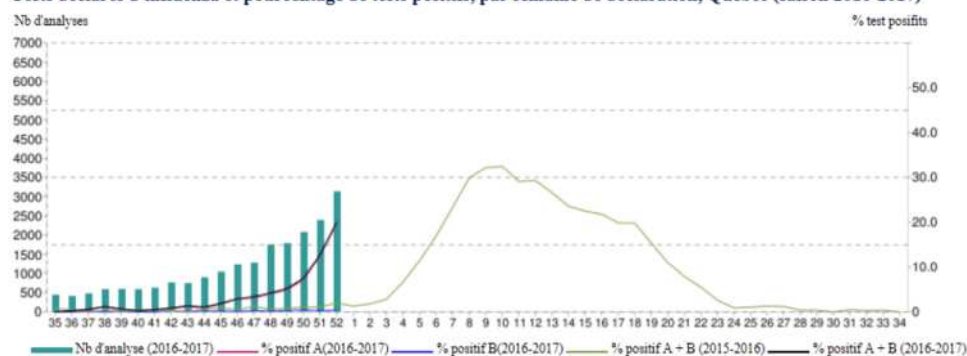
Salmonellose : éclosion reliée à des restaurants

Le 2 décembre 2016, un agrégat spatiotemporel de 9 cas d'infection à *Salmonella* C1 a été détecté dans l'ouest de l'île de Montréal. Les cas, 4 femmes et 5 hommes, sont âgés de 13 à 57 ans. Tous ont présenté des symptômes gastro-intestinaux, trois ont été hospitalisés et deux ont obtenu un arrêt de travail. Huit, tous dus au sérotype C1-Thompson, ont rapporté la consommation de poulet et d'aliments prêts à manger en provenance de 3 restaurants de la région. Le séquençage des souches effectué par le Laboratoire de Santé Publique du Québec confirme la survenue d'une éclosion d'une même souche. D'autres cas ont récemment été déclarés dans notre région et dans d'autres régions du Québec. Des cas seraient aussi survenus en Ontario. Une investigation provinciale a été ouverte le 15 décembre.

Influenza : début de saison plus précoce cette année

La proportion de tests positifs au virus de l'influenza est en hausse constante depuis 8 semaines et atteint maintenant 20 % (semaine finissant le 31 décembre). La saison de l'influenza commence donc beaucoup plus tôt cette année que l'an dernier. Au Canada, la souche de sous-type A/H3N2 contenue dans les vaccins offerts cette saison est de loin la plus fréquente : 45/62 souches testées (73 %) au 8 décembre.

Tests déclarés d'influenza et pourcentage de tests positifs, par semaine de déclaration, Québec (saison 2016-2017)



Source: Laboratoire de santé publique du Québec. Surveillance de l'influenza et des infections respiratoires virales. 31 décembre 2016.
<https://www.inspq.qc.ca/influenza>

Onze éclosions d'influenza A ont été confirmées à Montréal en date du 4 janvier 2017 et plusieurs indicateurs reliés aux syndromes d'allure grippale chez les patients des urgences hospitalières de la région sont en hausse. La liste des groupes éligibles à la vaccination gratuite est disponible au site

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-278-22F.pdf>

Sources: Laboratoire de Santé Publique du Québec et Laboratoire National de Microbiologie du Canada.

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 11 de 2016 (9 octobre au 5 novembre)**

Légionellose

L'incidence déclarée de la légionellose est en hausse à Montréal depuis 2014. Les cas de la période 11 ne sont associés à aucune source environnementale connue. Toutefois, un des cas s'est produit chez une femme d'âge moyen vivant avec sa mère, qui avait elle-même fait l'objet d'une déclaration de légionellose plus tôt cet été. Les deux patientes étaient fumeuses ou ex-fumeuses et ont dû être hospitalisées, dont une aux soins intensifs. Des cultures n'ayant pas pu être obtenues, ces cas n'ont pas pu être reliés par génotypage des souches. Plusieurs prélèvements environnementaux (chauffe-eau et robinets) ont été faits à leur domicile, mais aucun n'était positif pour la légionelle. On a cependant noté que la température du chauffe-eau électrique était fixée à un niveau bien inférieur (52°C) à celui recommandé de 60°C pour limiter la croissance de la légionelle. Cette situation a été corrigée, avec recommandations aux occupants pour éviter les brûlures. Sur ce point, voir https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/205_prevbrulureslegionelresidencesprivees.pdf

Infections invasives à méningocoques

Deux cas ont été déclarés durant la période, ce qui représente un excès significatif (figure 1). Toutefois, ils ne sont pas reliés entre eux. Le premier est un cas de bactériémie à méningocoque chez une personne âgée avec un diagnostic d'épiglottite. Selon le médecin traitant, l'épiglottite n'était pas due au méningocoque, mais elle a servi de porte d'entrée à la bactérie. En raison de l'absence de manifestations cliniques qui auraient suggéré une infection invasive à méningocoque, il n'y a pas eu de prophylaxie de l'entourage. L'autre cas, chez une personne dans la vingtaine dont le liquide céphalo-rachidien était positif pour le sérotype Y, a requis une hospitalisation et entraîné une prophylaxie par antibiotique et par vaccination pour 4 contacts domiciliaires. Sur la prévention de ces infections souvent graves, on peut consulter

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-271-04W.pdf>

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 10 de 2016 (11 septembre au 8 octobre)**

Infection à *E. coli* producteur de shigatoxine (ou vérocytotoxine)

Les 12 cas déclarés durant la période représentent un excès marqué par rapport au nombre attendu (voir la figure 1). Seulement 2 cas sont rapportés chez des adultes; les 10 autres cas sont tous chez des enfants âgés de moins de 2 ans. Parmi ces cas, seulement 3 ont probablement acquis l'infection lors d'un voyage vers des destinations variées (Liban, République Dominicaine, France et Italie). Parmi les infections acquises au Québec, 2 cas sont reliés à l'abattage d'agneaux à l'occasion de la fête du mouton et 1 à la consommation de bœuf haché « moyennement » cuit sur BBQ. Il s'agit de modes d'acquisition qui ont déjà été documentés ici comme ailleurs. Au moins 5 enfants fréquentaient des garderies; une de ces garderies a rapporté plus d'un enfant symptomatique. Deux enfants étaient infectés simultanément par le *Campylobacter*. Pour obtenir de l'information au sujet des interventions en garderie, vous pouvez consulter les documents suivants: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000374/> et <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/guide-garderie/chap7-escheria-coli.pdf>.

Depuis le 12 septembre, quatre laboratoires désignés par le MSSS offrent un accès élargi à la recherche par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) de gènes qui codent pour les deux shigatoxines (*stx1* et *stx2*). Un résultat pour ce test a été rapporté pour 11 des 12 cas de la période; 8 étaient positifs pour *stx1*, 2 pour *stx2*, et 1 pour les deux. L'autre cas était connu comme O157:H7. L'excès dans le nombre de cas pourrait bien être dû à la disponibilité accrue du test. Cette hypothèse serait confirmée si l'élévation se maintenait au cours des prochaines périodes.

Récemment, on rapportait deux éclosions d'infections à *E. coli* O157:H7 au Canada avec des cas au Québec, mais aucun à Montréal.

Tuberculose

Les 11 cas déclarés durant la période représentent un excès, mais qui n'est pas statistiquement significatif. Ils ne sont pas reliés entre eux, mais ils fournissent quelques informations utiles sur l'épidémiologie de la tuberculose à Montréal. L'âge des cas varie de moins de 20 ans à plus de 90 ans (2 ont moins de 20 ans et 3 ont entre 20 et 40 ans), 8 sont chez des hommes et 9 chez des personnes nées hors Canada. Cinq cas présentaient une atteinte pulmonaire (dont 2 avec cavités), 3 une pleurésie, 2 une méningite et 1 une atteinte osseuse (au sternum, suivie d'une dissémination). Un cas était associé à une chimiothérapie, 1 à une dialyse chez une personne diabétique et 1 probablement à la réactivation d'une tuberculose traitée en sanatorium plus de 70 ans auparavant. Aucun cas n'a été rapporté comme positif pour le VIH. Deux des cas ont nécessité un dépistage tuberculique élargi dans leur entourage; pour l'un, auprès de ses co-chambres, du personnel de sa résidence pour personnes âgées et des chauffeurs l'ayant régulièrement transporté à l'hôpital; pour l'autre, auprès de certains élèves des écoles qu'il fréquentait et de passagers d'un vol d'avion.

On constate que les cas sont parfois jeunes, assez souvent extrapulmonaires, et ne surviennent pas toujours chez des personnes nées en pays endémique.

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 9 de 2016 (14 août au 10 septembre)**

Coqueluche : augmentation du nombre de cas déclarés

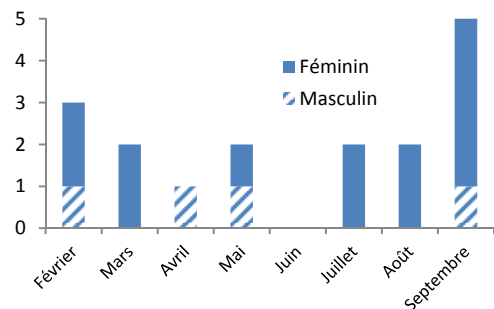
Onze cas de coqueluche ont été déclarés durant la période 9, ce qui représente une incidence cumulative presque 3 fois plus élevée que celle des années précédentes à la même date. Il ne s'agit que de cas sporadiques et il n'y a pas eu d'éclosion de coqueluche à Montréal durant la période. L'âge moyen des cas est de 9 ans et il varie de 3 ans à 47 ans. Parmi les 5 cas dont l'enquête est complétée, tous rapportent avoir été vaccinés, mais seulement 1 cas avec preuve écrite. Aucun de ces cas n'a été hospitalisé.

Infection au virus Zika (ZIKV) : portrait de la région montréalaise

Depuis le début de la vigilance accrue, 17 cas d'infection au ZIKV ont été signalés dans la région montréalaise (voir figure). 13 cas (76%) sont chez des femmes et l'âge moyen des cas est de 36 ans, allant de 16 à 67 ans. Pour les 11 cas dont l'enquête est terminée, l'infection a été contractée lors d'un voyage en zone à risque (par piqûre de moustique). Tous ces cas ont été symptomatiques (fatigue, fièvre, arthralgie, éruption cutanée et/ou céphalée). Les symptômes ont été autorésolutifs et personne n'a été hospitalisé. Parmi les femmes enquêtées, aucune n'était enceinte lors de l'infection ni au moment de l'enquête.

En date du 22 septembre, un total de 286 cas d'infection au ZIKV a été signalé au Canada¹, dont 14 chez des femmes enceintes. Parmi elles, 2 cas de transmission materno-fœtale, dont un avec des anomalies congénitales, ont été identifiés. La transmission par rapport sexuel a été documentée chez 2 cas. Pour le reste des cas (282), l'infection a été contractée en voyage.

Selon l'OMS, au 22 septembre, 73 pays et territoires ont présenté de la transmission locale du ZIKV par moustiques². La transmission interpersonnelle a été rapportée dans 12 pays. La microcéphalie et autres malformations congénitales du système nerveux central chez les nouveau-nés ont été identifiées dans 21 pays pour un total de 2047 cas. Le pays le plus touché est le Brésil avec 1911 cas. De plus, 19 pays affectés par l'épidémie du ZIKV ont signalé une augmentation de l'incidence des cas de syndrome de Guillain-Barré. Aux États-Unis, la transmission locale du ZIKV par piqûre de moustique a été rapportée par les CDC dans plusieurs régions du sud de la Floride (Wynwood et Miami Beach)³. Dans ce contexte, la Direction régionale de santé publique de Montréal continue de recommander aux femmes enceintes, et à celles qui envisagent de le devenir, d'éviter tout voyage dans les pays ou dans les régions des États-Unis où il y a transmission du ZIKV. Des renseignements à jour sur la prévention de l'infection au ZIKV sont disponibles au <https://voyage.gc.ca/voyager/sante-securite/conseils-sante-voyageurs/152>



**Nombres de cas déclarés d'infections au ZIKV
à Montréal par mois et sexe, 2016**

¹ <http://www.healthycanadians.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/zika-virus/surveillance-eng.php?id=zikacases#s1>

² <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250143/1/zikasitrep22Sep16-eng.pdf?ua=1>

³ <http://www.cdc.gov/zika/intheus/florida-update.html>

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 8 de 2016 (17 juillet au 13 août)**

Légionellose : augmentation saisonnière

Parmi 8 cas déclarés durant la période, un homme de 33 ans, sans comorbidité et ayant le tabagisme comme seul facteur de risque, a présenté une pneumonie sévère qui a nécessité un séjour aux soins intensifs avec oxygénation par membrane extra-corporelle. Comme le patient est plongeur à temps plein dans un restaurant, l'enquête épidémiologique a cherché à identifier un lien entre le travail et la maladie, mais aucun n'a été trouvé. Comme le diagnostic a été fait par antigène urinaire et que la culture des sécrétions bronchiques était négative, un TAAN a été demandé. Les résultats pourraient permettre d'établir ou d'infirmer un lien éventuel avec une souche environnementale. Malgré un nombre de cas déclarés plus élevé qu'attendu pour la période 8, le nombre cumulatif de cas pour l'année en cours reste dans la moyenne des années précédentes. Il n'y a pas d'éclosion de légionellose à Montréal et aucun cas déclaré n'a été exposé à une source environnementale identifiée.

En plus de la recherche d'antigènes urinaires de la bactérie, il est important que les cliniciens demandent explicitement une culture pour tous les cas. Ceci aide à confirmer un lien éventuel entre les sources suspectées et les cas, par le génotypage des souches d'origine environnementale et d'origine humaine.

Cyclospore : l'éclosion canadienne persiste

Au 25 août, l'éclosion comptait un nombre total de 66 cas dans quatre provinces : le Québec (7), la Colombie-Britannique (1), l'Alberta (2), et principalement l'Ontario (56). L'enquête épidémiologique sur ces cas se poursuit afin de déterminer la source de l'éclosion. À ce jour, aucune éclosion de cyclospore n'a été associée à des produits cultivés au Canada. Parmi les 6 cas déclarés à Montréal, comme sources possibles, 3 avaient voyagé au Mexique dans les 14 jours précédant le début des symptômes, 1 avait consommé des aliments rapportés du Mexique, les deux autres avaient consommé des petits fruits frais (framboises, mûres sauvages), de la laitue, du brocoli emballé, du persil et des épinards. Des renseignements à jour sur la prévention de cette infection sont disponibles à <http://www.phac-aspc.gc.ca/phn-asp/2016/cyclospora-fra.php>.

Paludisme : l'incidence cumulative augmente

Malgré que le nombre de cas de paludisme déclarés durant la période demeure dans la moyenne attendue, le nombre cumulatif de cas pour l'année en cours est plus élevé que pour les années précédentes. Pour tous les cas dont l'enquête épidémiologique a été complétée (25), l'infection est en lien avec un voyage. La majorité des cas avaient séjourné en Afrique (80%), le reste avaient voyagé en Asie du Sud ou en Amérique du Sud.

Il est important d'encourager les mesures de prévention en abordant, à tout moment opportun, la protection contre les moustiques et la chimioprophylaxie contre la malaria avec ceux qui prévoient faire un voyage dans un pays endémique. On trouvera des informations pratiques, par pays, sur le risque de paludisme et sur la chimioprophylaxie recommandée à http://www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/malaria_catmat-paludisme_ccmtmv-fra.php.

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 7 de 2016 (19 juin au 16 juillet)**

Cyclospore : éclosion canadienne

Au 18 juillet, 16 cas de cyclospore ont été déclarés dans 3 provinces canadiennes : la Colombie-Britannique, l'Alberta, et principalement l'Ontario, avec 14 cas. Aucun n'avait voyagé hors du Canada et des États-Unis dans les 14 jours précédant le début des symptômes. Aucune source n'a encore été détectée, mais des 10 cas enquêtés, 4 ont rapporté la consommation de persil, 5 de framboises et 10 de laitue romaine. L'éclosion n'est toutefois pas encore attribuée à une exposition particulière et une enquête nationale est en cours. En conséquence, tous les cas québécois déclarés depuis le début de juin seront enquêtés, et ceux n'ayant pas d'histoire de voyage (comme défini précédemment) seront interrogés en détail sur leurs expositions locales potentielles. À Montréal, en date du 21 juillet, 5 cas ont été déclarés. Quatre de ces cas ont acquis l'infection en voyage (3 au Mexique, 1 à Cuba); l'autre a été acquise localement. Le questionnaire a révélé plusieurs expositions possibles, mais aucune source précise n'a pu être identifiée.

Shigellose : transmission entre hommes

Une augmentation des cas déclarés de shigellose a été observée depuis la fin du mois de mai 2016. Des 28 cas montréalais déclarés entre le 31 mai et le 26 juillet, 4 sont des enfants et 1 est lié à un voyage. Des 23 autres cas, 20 sont chez des hommes, dont au moins 12 ont eu des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Parmi ces derniers, au moins 7 sont des cas d'infection à *S. flexneri*. De plus, le LSPQ a identifié chez 4 hommes montréalais, dont 3 HARSAH, un sérotype rare de *S. flexneri* (le 104); 3 de ces souches présentaient une résistance à l'ampicilline et au TMP-SMX et une non-sensibilité à l'azithromycine. Plusieurs éclosions chez des HARSAH ont été détectées à Montréal au cours des dernières années, mais aucune ne l'avait été depuis plus d'un an. La semaine de la fierté Montréal (8 au 14 août) pourrait être l'occasion d'une transmission accrue et justifierait d'avoir un indice de suspicion clinique élevé quand un HARSAH présente des manifestations cliniques compatibles avec une shigellose.

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 6 de 2016 (22 mai au 18 juin)**

Fièvre jaune : cas infirmé à Montréal et éclosion en Afrique

Une déclaration de fièvre jaune a été reçue durant la période 6. Le patient, vacciné mais sans preuves disponibles, avait voyagé au Nigéria durant sa période d'exposition. À son retour, il a consulté pour des manifestations cliniques d'une infection respiratoire. Un test pour le virus Zika a été demandé, ce qui a entraîné des tests sérologiques contre trois flavivirus : Zika, dengue et fièvre jaune. Il présentait des anticorps contre les virus de la dengue et de la fièvre jaune. Le résultat positif pour la fièvre jaune a été déclaré par le laboratoire conformément aux procédures en place; il peut s'expliquer par sa vaccination antérieure. Celui pour la dengue s'expliquerait par une réaction croisée. Compte tenu de son tableau clinique et de son statut vaccinal, le cas a été infirmé. Depuis 1989, 7 cas ont été déclarés chez des Montréalais et tous ont été infirmés.

Par ailleurs, une éclosion de fièvre jaune est actuellement en cours en Angola. Depuis décembre 2015, on dénombre 470 cas, dont 178 décès. Des cas ont été importés en Chine, au Kenya et en République démocratique du Congo. La situation est compliquée par une pénurie sévère de vaccin et par l'utilisation de faux certificats de vaccination (ce qui peut retarder le diagnostic). Aucun cas confirmé n'a été déclaré à Montréal, mais la possibilité d'importation d'un cas demeure. Pour des cartes sur la répartition du virus de la fièvre jaune, en Amérique du Sud et en Afrique, voir <http://www.cdc.gov/yellowfever/maps/>

Source : <http://www.who.int/features/2016/angola-worst-yellow-fever/fr/>

Infections à *E. coli* producteur de vérocytotoxine : l'incidence augmente

Des 4 cas d'infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine déclarés durant la période, 1 est attribuable à un voyage au Mexique, 1 à la consommation de poulet insuffisamment cuit lors d'un BBQ ou contaminé après la cuisson, 1 à la consommation de bœuf haché trop peu cuit et 1 s'est produit chez un enfant dont aucun autre membre de la famille n'a été malade et qui n'avait aucune exposition plausible identifiée. On voit que l'acquisition peut prendre plusieurs formes et que la saison où son risque est le plus élevé commence. Des renseignements sur la prévention de cette infection sont disponibles à <http://www.phac-aspc.gc.ca/fs-sa/fs-fi/ecoli-fra.php>

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 5 de 2016 (24 avril au 21 mai)**

Influenza : activité en forte baisse

La proportion de tests positifs pour l'influenza B est maintenant en forte baisse (7 % à la semaine 20), moins de la moitié du maximum de 16,9 % atteint à la semaine 17. La proportion de tests positifs pour le type A est de 0,9 %.

Source : LSPQ

Coqueluche : éclosion à Montréal et dans les environs

Aucun nouveau cas en relation avec l'éclosion dans une communauté religieuse n'a été déclaré chez des Montréalais depuis la dernière parution des *Faits Saillants*.

Hépatite A : éclosion canadienne

Un nouveau cas a été déclaré en relation avec l'éclosion pancanadienne attribuée à la consommation de petits fruits congelés. Il s'agit d'un contact étroit d'une personne ayant consommé de ces fruits et ayant eu une hépatite A. Il avait reçu la vaccination post-exposition conformément aux recommandations, mais après le début des signes et symptômes. Malgré la vaccination récente, qui peut être responsable de la présence d'IgM, le cas a pu être confirmé par le contact étroit avec un autre cas déjà confirmé et par l'élévation des enzymes hépatiques. Cet événement illustre que le risque de transmission secondaire est bien réel.

Infection par le virus Zika : cas importés

Deux nouveaux cas confirmés ont été signalés à Montréal durant la période 5, chez un homme et chez une femme non enceinte, ayant voyagé respectivement à la Barbade et en Colombie. Trois autres cas avaient été signalés antérieurement. Tous les cas sont enquêtés par la DRSP, mais comme cette infection n'est pas encore officiellement une MADO, ils ne paraissent pas aux statistiques. Leur signalement demeure important, surtout à cause du risque de transmission locale par voie sexuelle. L'Organisation mondiale de la santé recommande d'envisager l'abstinence ou d'adopter des pratiques sexuelles sécuritaires, incluant l'utilisation du condom, pendant 8 semaines suivant le retour d'une région endémique. Pour en savoir davantage, on peut consulter les sites suivants :

<http://www.cdc.gov/media/releases/2016/s0325-zika-virus-recommendations.html>

<http://www.who.int/csr/resources/publications/zika/sexual-transmission-prevention/en/>

Maladie de Lyme : cas chez des Montréalais en 2016

Trois cas ont été déclarés chez des Montréalais depuis le début de l'année, dont deux durant la période 5. Comme leur diagnostic n'est pas encore confirmé, ils ne paraissent pas aux statistiques. Un cas a visité la région de Lanaudière durant sa période d'exposition et l'autre est encore en investigation. Pour un cas déclaré en janvier 2016, mais dont les signes et symptômes s'étaient manifestés à la fin de l'été 2012, aucun séjour hors de l'île de Montréal dans les semaines précédant les symptômes n'a pu être documenté rétrospectivement.

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 4 de 2016 (27 mars au 23 avril)**

<https://sov.ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/>

Influenza : activité prédominante du type B

La proportion de tests positifs pour l'influenza B continue d'augmenter, bien que celle pour l'influenza A poursuive sa baisse. À Montréal, cinq éclosions d'influenza sont en cours, dans 5 CHSLD; 1 est due à l'influenza A, 1 à l'influenza B, 1 au virus respiratoire syncytial et 2 sont de cause encore indéterminée.

Source : LSPQ

Coqueluche : éclosion à Montréal et dans les alentours

Il y a actuellement une éclosion de coqueluche au Québec parmi les membres d'une communauté religieuse résidant soit à Montréal ou dans Lanaudière. Les membres de cette communauté ont souvent de grandes familles et, bien qu'ils refusent généralement la vaccination, ils acceptent habituellement le traitement et la prophylaxie antibiotique. À Montréal, un cas index a donné lieu à quatre cas secondaires dans sa famille, dont aucun membre n'était immunisé.

Les cas soupçonnés de provenir de cette communauté feront l'objet d'une surveillance accrue. Un feuillet d'information pour personnes à risque a été préparé et des contacts ont été établis avec un représentant de la communauté.

Hépatite A : éclosion canadienne

Une éclosion de 11 cas (au 3 mai 2016) comprenant en majorité des hommes (73 %) et ayant un âge moyen de 43 ans, a touché trois provinces, le Québec (2 cas), l'Ontario (8 cas) et Terre-Neuve et Labrador (1 cas). Les signes et symptômes ont débuté en février et mars derniers; 4 cas ont été hospitalisés (<http://www.phac-aspc.gc.ca/phn-asp/2016/hepatitisa-fra.php>).

Sur la base des enquêtes épidémiologiques, des résultats sérologiques et du génotypage de certaines des souches d'origine humaine et alimentaire, l'éclosion est attribuée par l'Agence de Santé Publique du Canada (ASPC) à la consommation du « Mélange de baies et de cerises biologiques Nature's Touch » vendu chez Costco entre le 11 décembre 2015 et le 15 avril 2016. La compagnie a retiré le produit (<http://www.inspection.gc.ca/au-sujet-de-l-acia/salle-de-nouvelles/avis-de-rappel-d-aliments/liste-complete/2016-04-15/fra/1460746426915/1460746429622>) et elle a offert la vaccination gratuite aux personnes asymptomatiques, non vaccinées et exposées au produit pour la dernière fois depuis moins de 15 jours. Cette intervention s'est terminée le 29, soit 14 jours après le retrait du produit. Comme d'autres personnes pourraient consommer du produit non retiré, la vaccination gratuite continue de leur être offerte dans les CLSC.

Un *Appel à la vigilance* a été diffusé par la Direction régionale de santé publique du CIUSSS Centre-Sud

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2016/AAV_VHA_2016-04-20_.pdf.

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et ASPC

Robert Allard, MD, MSc, FRCPC
Lucie Bédard, MSc. Inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie
Secteur Prévention et contrôle des maladies infectieuses
Direction régionale de santé publique
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 3 de 2016 (28 février au 26 mars)**

Influenza : activité prédominante du type B

La proportion de tests positifs pour l'influenza A est en baisse, mais celle pour l'influenza B continue d'augmenter. Pour la semaine se terminant le 9 avril, les tests positifs pour l'influenza A représentent 67% (107/159) des tests positifs pour l'influenza à Montréal, alors que dans le reste de la province ils en représentent 43% (268/619). Dans l'ensemble du Canada, la souche prédominante d'influenza A est la H1N1/California, qui est contenue dans tous les vaccins, alors que la souche prédominante d'influenza B est la B/Phuket, qui n'est contenue que dans le vaccin quadrivalent, recommandé pour les personnes de moins de 18 ans seulement. Il y a actuellement (au 9 avril) 4 éclosions de syndrome d'allure grippale en cours dans 4 installations de santé à Montréal, dont 2 sont dues à l'influenza B, une au virus respiratoire syncytial, et une est de cause encore indéterminée.

Sources : LSPQ et FlashGrippe

Maladie à virus Ébola (MVE) : persistance

Après 42 jours sans cas, il y en a eu, au 7 avril, 9 nouveaux en Guinée et 3 au Libéria. La transmission n'est donc pas définitivement interrompue et le risque d'importation, bien que minime, persiste. Pour la conduite à suivre face à un patient présentant des signes ou symptômes de MVE et des critères d'exposition voir

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2016/Appel_vigilance_Ebola_MAJ_4_2016-03-16_.pdf

Syphilis : enquêtes en cours

Aucun cas de syphilis ne paraît aux statistiques courantes car tous ceux qui ont été déclarés durant la période 3 sont en suspens, les enquêtes n'ayant pas encore permis de déterminer le stade. Ces cas paraîtront éventuellement au cumulatif des statistiques.

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 2 de 2016 (31 janvier au 27 février)**

Légionellose : liens avec une source environnementale impossibles à établir

Deux des 4 cas déclarés à ce jour en 2016 habitaient à moins de 2 km d'une même tour aéroréfrigérante connue positive pour la *L. pneumophila*. Il est cependant impossible de confirmer s'il existe ou non un lien entre les cas et la tour au moyen du génotypage des souches d'origine environnementale et celles d'origine humaine, car les cas ont été confirmés par antigène urinaire sans que soit obtenue ensuite une culture, comme il est recommandé. Sur ce dernier point, voir <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000776/> à la page 13.

Hépatite A : trois cas récents

Un cas a été rapporté chez un manipulateur d'aliments travaillant dans le milieu de la restauration, probablement infecté lors d'un voyage en Inde. La vaccination a été offerte aux membres du personnel exposés (environ 20 personnes). En ce qui concerne les clients qui ont consommé des aliments préparés par ce cuisinier pendant sa période de contagiosité, ils ont pu être rejoints par téléphone ou courriel. Comme la majorité des clients habitent hors de la région de Montréal, leurs coordonnées ont été transmises aux instances concernées. Pour l'instant, il n'y a aucune indication que des contacts aient été infectés. La Division de l'inspection des aliments de la Ville de Montréal enquête dans les cuisines concernées, comme elle le fait habituellement en réponse à une éclosion réelle ou potentielle reliée à un établissement alimentaire. Deux autres cas ont été déclarés, soit chez une jeune mère et son bébé qui avaient voyagé au Moyen-Orient et qui n'avaient eu aucune autre exposition connue. Ils n'ont eu aucun contact susceptible de transmettre l'infection depuis leur retour à Montréal.

Infection par le virus ZIKA (ZIKV)

Un quatrième cas a été déclaré à Montréal, chez une femme d'âge moyen non enceinte qui avait voyagé en Haïti pour des activités bénévoles. Ainsi, trois des quatre Montréalais infectés jusqu'à maintenant par le ZIKV l'ont été en Haïti. Comme les Québécois ont des contacts plus fréquents avec ce pays que d'autres Nord-Américains, il est particulièrement important, surtout pour les femmes enceintes ou susceptibles de le devenir, de toujours voir à bien les informer, avant leur départ, des mesures préventives à prendre durant leur voyage.

Voir par exemple <http://voyage.gc.ca/voyager/sante-securite/piqure-d-insecte>.

Influenza

La proportion de tests positifs est presque stable. Il s'agit en fait de deux tendances opposées qui s'annulent : la proportion de tests positifs pour l'influenza A a diminué au cours de la dernière semaine, alors que celle pour l'influenza B continue d'augmenter. Le pic d'infections par l'influenza B suit habituellement celui par l'influenza A. Des éclosions d'influenza continuent d'être déclarées, tant en centre de soins de courte que de longue durée.

Faits saillants concernant les statistiques des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO) et autres maladies infectieuses sous surveillance Période 1 de 2016 (3 janvier au 30 janvier 2016)

Infection par le virus Zika (ZIKV): situation à Montréal

Trois cas d'infection par le ZIKV ont été déclarés chez des Montréalais, un chez un adolescent et deux chez des femmes d'âge moyen. Les patients ont voyagé en décembre dernier, deux en Haïti et un au Salvador, et ils ont tous présenté des signes et symptômes compatibles avec l'infection lors de leur voyage ou peu après. Aucune des femmes n'est enceinte.

Pour plus d'informations, des liens vers plusieurs sites pertinents, et en particulier pour l'appel à la vigilance diffusé le 4 février dernier, et pour les conseils à donner aux voyageurs, consulter le site du Directeur de santé publique <http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/ZIKA.html>. Pour une liste des pays où la transmission locale du ZIKV a été documentée, voir http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/zika_virus_infection/zika-outbreak/Pages/Zika-countries-with-transmission.aspx#fulllist (attendre, le mot de passe n'est pas requis). La transmission du ZIKV peut se faire soit par piqûre de certains moustiques, verticalement (de mère à fœtus ou à enfant), sexuellement ou par transfusion sanguine; voir <http://www.cdc.gov/zika/transmission/>. Pour plus de détails sur les risques de transmission sexuelle et sur sa prévention voir <http://www.cdc.gov/zika/transmission/sexual-transmission.html>.

Influenza



Source : LSPQ (avec nos excuses pour la qualité de la reproduction).

On voit que la proportion de tests positifs pour l'influenza (ligne foncée) a fortement augmenté au cours des dernières périodes, pour atteindre 30 %, et qu'elle dépasse maintenant de beaucoup la proportion observée à la même époque en 2015, saison où le pic s'était produit beaucoup plus tôt. La grande majorité des cas d'influenza sont dus à la souche A (H1N1)pdm09, qui est apparentée à une des souches contenues dans le vaccin recommandé pour cette saison. En date du 27 février, il y avait eu à Montréal 45 éclosions d'influenza ou de syndromes d'allure grippale dans 31 installations (surtout de soins de courte durée); deux éclosions ont mené à une suspension des admissions. Pour l'appel à la vigilance du 9 février dernier voir http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2016/Appel_vigilance_-_Influenza_2016-02-09_.pdf. et pour des informations sur le programme de vaccination voir http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/dossiers_thematiques/Infections_et_intoxications/Vaccination_influenza_pneumocoque/2015-2016/Lettre_campagne_influenza_2015-2016.pdf.