

Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 13 de 2017 (3 au 30 décembre)

Influenza

La transmission est en hausse partout en Europe et en Amérique du Nord. La proportion de tests positifs pour l'influenza a beaucoup augmenté au Québec à partir de la semaine 51 de 2017. Les proportions de types A et B varient beaucoup entre régions : à la semaine 52, le Québec avait 68 % de A et 32 % B¹, l'ensemble du Canada 45 % de A et 55 % de B², et les États-Unis 85 % de A et 13 % de B³. Le sous-type A(H3N2) prédomine de beaucoup partout où l'information est disponible: il représente 97 % des isolats canadiens de type A testés et 85 % des isolats américains de type A. L'efficacité vaccinale est moins bonne contre ce type d'influenza comparativement aux autres types. Quant à l'influenza B, il a commencé à se transmettre beaucoup plus tôt cette saison qu'habituellement et la principale souche circulante (B/Yamagata) n'est pas incluse dans le vaccin trivalent, bien qu'elle le soit dans le quadrivalent, destiné aux enfants. Les recommandations sur la vaccination demeurent toutefois inchangées.

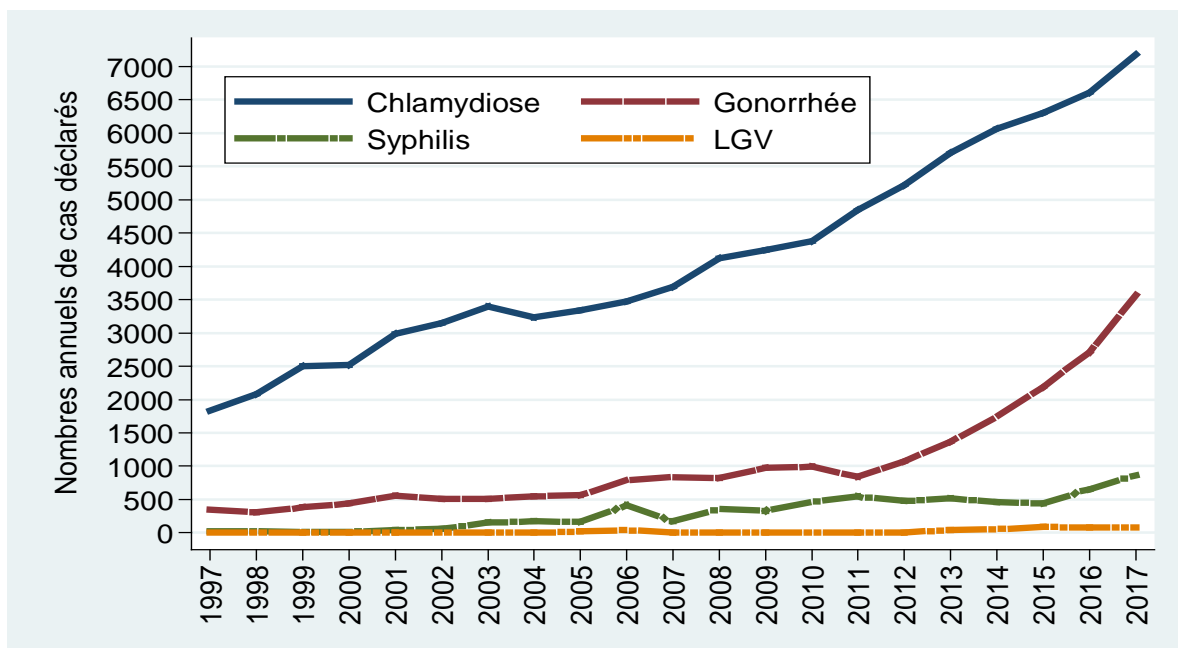
1 <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/influenza/20172018/2017-52.pdf>

2 <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/fluwatch/2017-2018/weeks51-52-december-17-30-2017.html#a2>

3 <https://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm#S1>

ITSS à Montréal en 2017

Le graphique reprend le format de celui présenté à la période 13 de 2016. L'incidence de la LGV est stable depuis 2015, à environ 85 cas déclarés par année, malgré les efforts de détection accrus au moyen du dépistage systématique sur tous les prélèvements anaux positifs pour la chlamydie. L'incidence de la syphilis a augmenté en 2017 au même rythme qu'en 2016, alors que celles de la chlamydie et de la gonorrhée se sont accélérées :

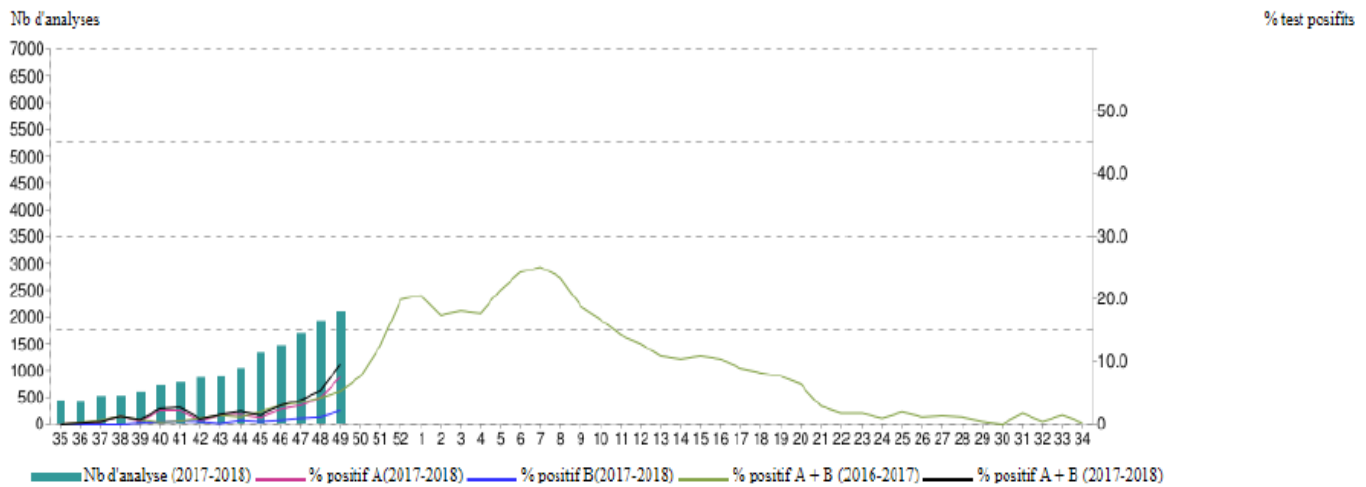


Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 12 de 2017 (5 novembre au 2 décembre)

Influenza

Comme le montre le graphique, la proportion de tests positifs pour l'influenza était de 9,5 % (198/2087) à la semaine 49 de 2017, alors qu'elle était de 5,3 % à la même semaine en 2016. Ceci confirme que la transmission de l'influenza s'accélère plus tôt cette année.

Tests déclarés d'influenza et pourcentage de tests positifs, par semaine de déclaration, Québec (saison 2017-2018)



Source : LSPQ, Surveillance de l'influenza et des infections respiratoires virales, semaine 17-49.

Parmi les tests positifs, 78 % le sont pour l'influenza A. Durant la première semaine de décembre, 5 éclosions d'influenza en établissement ont été déclarées à Montréal, dont 4 étaient dues à l'influenza A. On sait par ailleurs que la majorité des souches de type A circulant au Canada cette année sont de sous-type H3N2¹, lequel tend à causer plus de complications et d'hospitalisations chez les personnes âgées que le sous-type H1N1. On sait aussi que l'hémisphère sud a eu ces derniers mois une de ses pires saisons d'influenza documentées, dominée par la souche H3N2. L'efficacité vaccinale contre cette souche pourrait être moindre que l'an dernier. Des recommandations adaptées à ce contexte ont été diffusées par l'AMMI-Canada².

Escherichia coli O157 entérohémorragique

Une éclosion dans 5 provinces, comprenant 30 cas dont 5 au Québec, a été attribuée à la laitue romaine. L'origine de la laitue n'a pas encore été retracée et d'autres cas pourraient survenir. Les cliniciens devraient donc penser à cette infection en particulier chez les patients rapportant avoir consommé cet aliment dans les 2 à 10 jours précédant le début des symptômes³.

1. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/fluwatch/2017-2018/week48-november-26-december-2-2017/week48-november-26-december-2-2017.pdf>
2. <https://www.ammi.ca/Update/79%2EENG%2Epdf>
3. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/public-health-notices/2017/public-health-notice-outbreak-e-coli-infections-linked-romaine-lettuce.html>

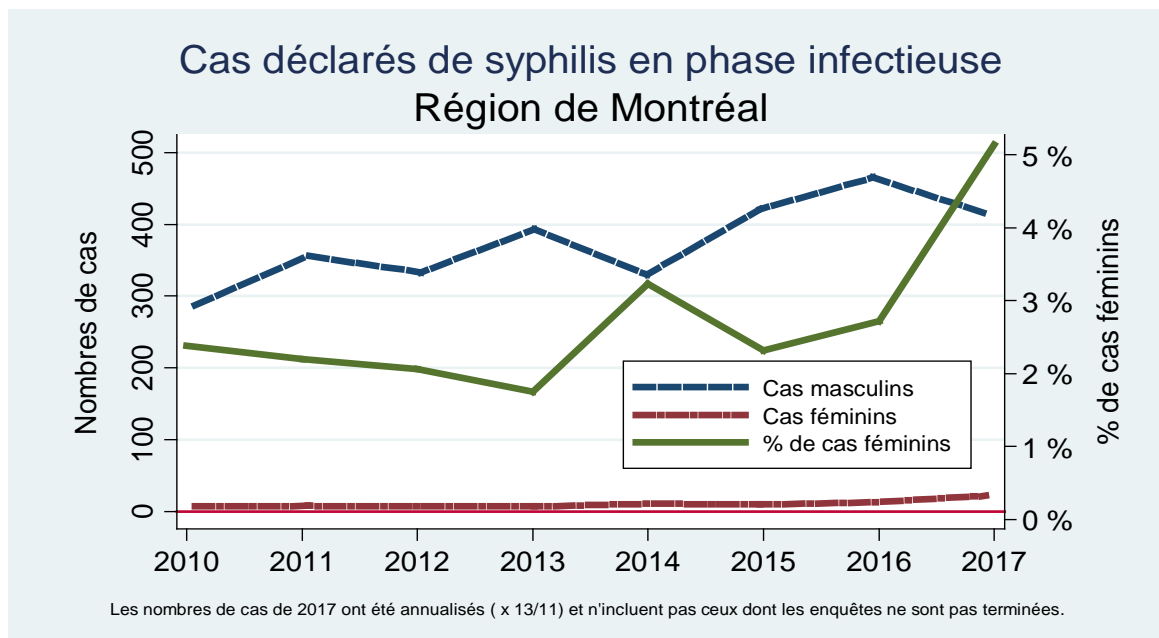
**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 11 de 2017 (8 octobre au 4 novembre)**

Maladie de Lyme

Le nombre cumulé de cas depuis le début de l'année est presque le double comparativement aux deux années précédentes (42 vs 23 et 24). Les 4 cas de la période ont tous été acquis hors région (Estrie, Ontario, Vermont, État de New York), ce qui est attendu considérant l'épidémiologie actuelle de la maladie de Lyme. Les statistiques de 2011 à 2016 montrent que les cas ont surtout été déclarés durant les périodes 8 à 11, mais qu'un certain nombre l'ont été durant les périodes 12 et 13. Le diagnostic mérite donc d'être encore considéré au début de l'hiver. Pour plus d'information sur ce sujet, voir http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/dossiers_thematiques/Infections_et_intoxications/Maladie_de_Lyme/2016_MLYME_Fiche_technique_12_juillet.pdf

Syphilis infectieuse

Les *Faits saillants* de la période 4 attirent l'attention sur l'augmentation au Québec de la syphilis infectieuse chez les femmes et, conséquemment, de la syphilis congénitale. Le graphique illustre l'évolution de ce problème chez les Montréalais. Le nombre de cas déclarés de syphilis en phase infectieuse (primaire, secondaire ou latente de moins d'un 1 an) est beaucoup moins élevé chez les femmes que chez les hommes, lesquels sont surtout des HARSAH. Toutefois, la proportion de cas féminins sur le total des cas, qui était d'environ 2 % de 2010 à 2013, est passée à environ 3 % en 2014-2016 et à plus de 5 % en 2017. Selon nos projections, ceci représentera 22 cas chez des femmes en 2017.



Le rapport *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec, année 2016 (et projections 2017)*, diffusé le 1^{er} décembre par l'INSPQ, fait état de la situation épidémiologique provinciale de la syphilis : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2324>

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 10 de 2017 (10 septembre au 7 octobre)**

Influenza

La proportion de tests positifs pour l'influenza pour les semaines 38 à 43 est plus élevée comparativement aux mêmes semaines l'an dernier¹, ce qui indique que la saison pourrait débuter plus tôt cette année. La campagne de vaccination contre l'influenza a débuté le 1^{er} novembre. Pour des informations spécifiques sur le programme québécois de vaccination contre la grippe, voir <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/programme-de-vaccination-contre-la-grippe/description/>. Pour des renseignements détaillés sur la vaccination anti-grippale 2017-2018 au niveau régional, voir le site internet de la Direction régionale de santé publique de Montréal : http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/infections_et_intoxications/thematiques/vaccination_contre_li_nfluenza_et_le_pneumocoque/documentation.html.

¹Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/influenza>

Babésiose et maladie de Lyme

La babésiose est une maladie parasitaire cliniquement semblable au paludisme, mais transmise par la tique *Ixodes scapularis*. Cette tique est aussi celle qui transmet la maladie de Lyme, l'anaplasmose et l'encéphalite Powassan. Seulement 3 cas de babésiose ont été déclarés chez des Montréalais depuis le début de la surveillance. Le cas qui paraît aux statistiques de la période 10 a été acquis lors d'un voyage en Nouvelle-Angleterre à la fin du mois de juin, au cours duquel le patient a fait des randonnées dans la nature. Lors du même voyage, et peut-être à l'occasion de la même piqûre, il a aussi contracté la maladie de Lyme. Un des deux cas antérieurs montréalais de babésiose avait aussi contracté simultanément la maladie de Lyme. Plusieurs infections peuvent être transmises par différentes espèces de tiques et le diagnostic d'une infection transmise par les tiques n'exclut pas celui d'une autre, surtout si les manifestations cliniques ne sont pas caractéristiques d'une infection en particulier. Certaines de ces infections sont à déclaration obligatoire au Québec (maladie de Lyme, babésiose, tularémie, encéphalite Powassan) et d'autres non (notamment : anaplasmose, ehrlichiose, fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses). Des informations sur ces infections destinées aux cliniciens sont disponibles sur le site <http://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/ehs/tick-borne-dx-physician.pdf>.

Oreillons

La figure 1 montre un excès de cas d'oreillons. Malgré les éclosions récentes au Québec et ailleurs au Canada, les quatre cas de la période ont tous probablement été acquis à l'étranger ou de visiteurs provenant de l'étranger.

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 9 de 2017 (13 août au 9 septembre)**

Fièvre typhoïde

Les 4 cas qui paraissent aux statistiques ont tous acquis l'infection à l'étranger. Deux des cas (un frère et une sœur) l'ont acquise au Maroc, après consommation d'eau et d'aliments à risque, incluant du lait non pasteurisé. Les autres cas sont survenus pendant ou après des voyages en Colombie et en Inde. Selon le *Protocole d'immunisation du Québec*, la vaccination contre la typhoïde est recommandée ou envisageable pour les personnes qui voyagent dans ces trois pays.

Infections invasives à méningocoques

Des 3 cas déclarés durant la période 9, au moins 2 avaient une infection causée par une souche de sérotype B. Le sérotype n'a pas pu être obtenu pour le troisième cas. Tous les cas ont eu des contacts étroits, certains en grand nombre, à Montréal et dans les environs. La chimioprophylaxie et la vaccination ont été offertes aux contacts.

Oreillons

Les 3 cas sont survenus chez des adultes qui ont mentionné être vaccinés, mais sans preuve écrite. Deux cas auraient été acquis lors de séjours dans des régions où il y a actuellement transmission de cette infection. Quatre autres cas, certains en attente de confirmation, ont été déclarés chez des Montréalais depuis la fin de la période 9, dont un chez le médecin ayant diagnostiqué un des cas mentionnés précédemment.

Infections invasives à streptocoques du groupe A (SGA)

Les 14 cas déclarés durant la période sont survenus chez des personnes âgées entre 2 et 90 ans, la plupart chez des adultes d'âge avancé. La majorité des cas étaient non graves, mais il y a eu un décès. Parmi les cas non graves, un cas est survenu chez un moniteur d'un camp d'été situé dans une autre région. Quatre moniteurs du camp, mais aucun enfant, auraient eu des infections invasives à streptocoques.

Par ailleurs, au début de l'été, une éclosion d'infections invasives à SGA chez des personnes utilisant des ressources en itinérance a été détectée. Une souche de type *emm74* est en cause. La situation est décrite dans l'*Appel à la vigilance* du 21 juin dernier : [http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1 Espace du directeur/0 Voix du directeur /Appels vigilance/2017/Appel a la vigilance SGA 2017-06-21 eclo emm74.pdf](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2017/Appel_a_la_vigilance_SGA_2017-06-21_eclo_emm74.pdf).

Durant la période 9, deux cas d'infection invasive à SGA sont survenus chez des personnes en situation d'itinérance, un faisant partie de l'éclosion *emm74* et un étant causé par une souche de type *emm* différent.

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 8 de 2017 (16 juillet au 12 août)**

Oreillons : Comme le démontre la figure 1, les deux cas d'oreillons de la période 8 représentent un excès par rapport aux années précédentes. Un cas est survenu chez un bébé de 18 mois et le deuxième chez un jeune adulte. Les enquêtes n'ont pas révélé de lien entre les cas ou avec d'autres cas connus. Les deux cas ont rapporté une histoire de vaccination, mais les preuves ne sont pas disponibles. Le lieu d'acquisition serait en Afrique pour un cas et est inconnu pour l'autre. Aucun cas secondaire n'a été déclaré en lien avec ces cas. Par ailleurs, 2 autres déclarations d'oreillons reçues au cours de la période 8 font présentement l'objet d'enquêtes. Ces cas en suspens n'apparaissent donc pas aux statistiques périodiques.

Depuis le début de l'année, il y a eu 14 cas confirmés d'oreillons dans la région de Montréal tandis que le nombre de cas déclarés par année au cours des 6 dernières années (2011-2016) se situait entre 0 et 5 cas. De plus, entre novembre 2016 et avril 2017, plusieurs cas sont survenus dans d'autres régions du Québec.¹ Des *Appels à la vigilance* ont été émis à ce sujet en janvier et en mars 2017.²

Infections gonococciques oculaires : Au cours de la période 8, un cas de conjonctivite gonococcique a été déclaré et 2 autres l'ont été durant la période 9 qui est toujours en cours. Jusqu'à présent, 5 cas ont été déclarés pour l'année 2017, ce qui représente un excès par rapport à la moyenne de 1,2 cas par an pour les 10 dernières années. Les 3 cas de la période 8 sont survenus chez des hommes âgés de 22 à 50 ans, dont un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) séronégatif, mais avec antécédent d'une autre infection transmise sexuellement (ITS). Pour les deux autres cas, ces informations ne sont pas encore connues puisque les enquêtes sont en cours. L'infection oculaire s'est avérée grave pour un des cas avec une atteinte cornéenne menant à une cécité permanente. L'absence de symptômes urétraux ou d'autres manifestations cliniques chez ce cas a vraisemblablement contribué au cours compliqué de l'infection à cause d'un retard dans le diagnostic. Par ailleurs, pour les 3 cas, la souche de *Neisseria gonorrhoeae* était sensible à la céfixime et à la ceftriaxone.

Les conjonctivites gonococciques étaient autrefois principalement observées chez les nourrissons nés de mères infectées; de nos jours, elles surviennent plus fréquemment chez les jeunes adultes sexuellement actifs. Certains auteurs évoquent une augmentation possible de l'incidence des atteintes oculaires parallèlement à la recrudescence de cette ITS dans plusieurs régions du monde.³ Le tableau clinique classique, caractérisé par un écoulement purulent abondant avec un chémosis sévère et un œdème palpébral, est suggestif d'une infection bactérienne plutôt que virale, et le *N. gonorrhoeae* devrait être considéré même en l'absence de symptômes génitaux. Toutefois, des présentations atypiques ressemblant à une cellulite orbitaire sans autres manifestations infectieuses ont été rapportées et sont associées à un retard dans le diagnostic et à une évolution de la maladie vers une kératoconjonctivite pouvant occasionner une perte visuelle.⁴ Un *Appel à la vigilance* sur ce problème paraîtra prochainement afin de sensibiliser les cliniciens et d'émettre des recommandations sur le diagnostic et le traitement précoce permettant de prévenir les séquelles graves de cette infection.

1. <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/oreillons/portrait-epidemiologique-de-l-eclosion-d-oreillons/>

2. http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2017/Appel_vigilance_-_OREILLONS_MAJ_2017-03-29_.pdf

3. Quirke M, Cullinane A. Recent trends in chlamydial and gonococcal conjunctivitis among neonates and adults in an Irish hospital. *International journal of infectious diseases: IJID: official publication of the International Society for Infectious Diseases*. 2008;12(4):371-3.

4. Hegde V, Smith G, Choi J, Pagliarini S. A case of gonococcal kerato-conjunctivitis mimicking orbital cellulitis. *Acta Ophthal Scand*. 2005;83:511-12.

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 7 de 2017 (18 juin au 15 juillet)**

Maladie de Lyme

Pour la période 7 et les deux premières semaines de la période 8, on compte 5 cas probables de maladie de Lyme et 12 autres déclarations présentement sous enquête.* Parmi les cas probables, 3 sont chez des hommes âgés de 25 à 55 ans et 2 chez des jeunes filles de moins de 10 ans. Un des cas a été acquis au Québec ; cet individu aurait été exposé dans des zones endémiques avec risque significatif pour la maladie de Lyme (Estrie et Montérégie). Le lieu d'acquisition est incertain pour 3 cas (expositions à la fois au Québec et aux États-Unis) et un cas a été acquis lors d'un voyage en Angleterre, où la maladie est plutôt rare, mais en augmentation depuis 2001 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24198341>). Pour le premier trimestre de 2017, 120 cas indigènes ont été déclarés en Angleterre et au pays de Galles : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/614121/hpr1717_zoos2.pdf.

Rappelons qu'en présence d'un érythème migrant observé par un médecin, et d'un séjour en zone endémique, le diagnostic est clinique et une sérologie n'est pas nécessaire. En effet, des résultats faux négatifs peuvent survenir pendant les 4 premières semaines de la maladie (période « fenêtre »). Par contre, les épreuves diagnostiques devraient être utilisées lorsque les signes ou symptômes sont moins caractéristiques, ou s'il n'y a pas d'antécédents de séjour en zone endémique. Par exemple, pour une exposition à Montréal, la sérologie est recommandée en présence de symptômes compatibles, malgré les limites qu'elle comporte. Le respect des critères diagnostiques permet aux cliniciens d'éviter le sur-diagnostic et le sous-diagnostic et à la santé publique d'obtenir un meilleur portrait de la situation épidémiologique de la maladie de Lyme. Pour plus de renseignements, consulter l'*Appel à la vigilance* diffusé le 12 juillet 2017 :

[http://www.dsp.santemontreal.gc.ca/fileadmin/documents/1 Espace du directeur/0 Voix du directeur /Appels vigilance/2017/Appel a la vigilance - Maladie de Lyme 2017-07-12 .pdf](http://www.dsp.santemontreal.gc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2017/Appel_a_la_vigilance_-_Maladie_de_Lyme_2017-07-12_.pdf).

* Aucun cas de maladie de Lyme ne paraît aux statistiques de la période 7 parce que les enquêtes n'étaient pas terminées au moment de la production des statistiques.

Hépatite A

Comme le montre la figure 1, au cours de la période 7, 5 cas ont été déclarés, chez des hommes âgés de 20 à 50 ans, dont 4 cas sporadiques et 1 cas secondaire (le conjoint d'un des 4 autres cas). Un des cas primaires a été acquis par contact sexuel alors que la source d'infection présumée pour les 3 autres est alimentaire ou hydrique. Parmi ces 3 cas, un a été acquis au Maroc et un deuxième est possiblement associé à un voyage à New York, mais une acquisition au Québec ne peut être exclue. Au moins 3 patients n'étaient pas vaccinés contre l'hépatite A. Par ailleurs, des éclosions d'hépatite A touchant principalement les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sont actuellement en cours dans certaines régions d'Europe et d'Amérique. Étant donné l'arrivée de nombreux visiteurs internationaux pour le Festival Fierté Canada Montréal 2017 qui aura lieu du 10 au 20 août, une incidence accrue de la maladie pourrait être observée dans les semaines qui suivent le festival. Voir l'*Appel à la vigilance* du 20 juillet 2017 pour plus de renseignements :

[http://www.dsp.santemontreal.gc.ca/fileadmin/documents/1 Espace du directeur/0 Voix du directeur /Appels vigilance/2017/Appel vigilance - VHA 2017-07-20 .pdf](http://www.dsp.santemontreal.gc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2017/Appel_vigilance_-_VHA_2017-07-20_.pdf).

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 6 de 2017 (21 mai au 17 juin)**

Infections à *E. coli* producteur de vérocytotoxine

Des 5 cas de la période, 3 cas se sont produits chez des enfants ou des adolescents. Une source probable a été identifiée pour 2 cas. Un cas a été acquis en voyage au Mexique où beaucoup de nourriture a été consommée dans des buffets ou achetée dans des kiosques. L'autre a été acquis à Montréal, probablement par la consommation de veau qui avait été insuffisamment cuit selon le cas; un autre membre de la famille a eu des manifestations cliniques moins graves et n'a pas consulté. Nous sommes au début de la saison où le risque d'acquisition de cette infection parfois grave est le plus élevé. Pour des renseignements généraux, on peut consulter :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/infections_et_intoxications/thematiques/infection_a_e_coli_producteurs_de_verocytotoxines_vtec/problematique.html?L=qidjeigxav. Des renseignements plus détaillés sont disponibles sur le site de l'Agence de santé publique du Canada (voir les 4 liens sous *Escherichia coli*) :
<http://www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/index-fra.php>

Infections invasives à *Streptococcus pyogenes* (streptocoque du groupe A) : éclosion chez des personnes en situation d'itinérance

Depuis le 13 mars dernier, et en date du 7 juillet, 7 cas d'infections invasives à *S. pyogenes* dues au même génotype (*emm74*) ont été déclarés chez des hommes âgés de 45 à 75 ans présentant une variété de facteurs de risque (itinérance, abus d'alcool) et fréquentant des refuges ou faisant usage d'autres ressources communautaires en itinérance à Montréal. Dans le cadre de l'éclosion, une surveillance des infections superficielles à *S. pyogenes* (principalement des plaies infectées) a été instaurée. En date du 7 juillet, aucun cas d'infection superficielle n'a été confirmé avec le génotype *emm74*. Le génotype *emm74* est rare au Québec et n'a pas été documenté depuis plusieurs années chez des Montréalais. Une éclosion due à ce génotype a duré plus d'une année dans un refuge de Toronto : depuis mars 2016 et en date du 28 mars 2017, elle avait touché 55 personnes, soit 50 infections superficielles et 5 infections invasives (www.promedmail.org, 5 avril 2017, #20170406.4952247). À ce jour, aucun lien épidémiologique entre les deux éclosions n'a été découvert.

L'intervention de santé publique à Montréal met l'accent sur le renforcement des mesures d'hygiène et de salubrité, et sur la détection précoce et le traitement des infections superficielles et invasives à *S. pyogenes*. Un *Appel à la vigilance* a été diffusé le 21 juin :
[http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1 Espace du directeur/0 Voix du directeur/Appels vigilance/2017/Appel a la vigilance SGA 2017-06-21 eclo emm74.pdf](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2017/Appel_a_la_vigilance_SGA_2017-06-21_eclo_emm74.pdf)

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 5 de 2017 (23 avril au 20 mai)**

Maladie de Lyme

Le premier cas montréalais de 2017 a été rapporté chez une personne de plus de 65 ans. Elle est soignée en ambulatoire et, selon le médecin traitant, l'infection aurait été acquise dans l'état de New York. Une fiche technique concise et pratique sur la gestion de cette infection se trouve sur notre site : http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/dossiers_thematiques/Infections_et_intoxications/Maladie_de_Lyme/2016_MLYME_Fiche_technique_12_juillet.pdf

Oreillons

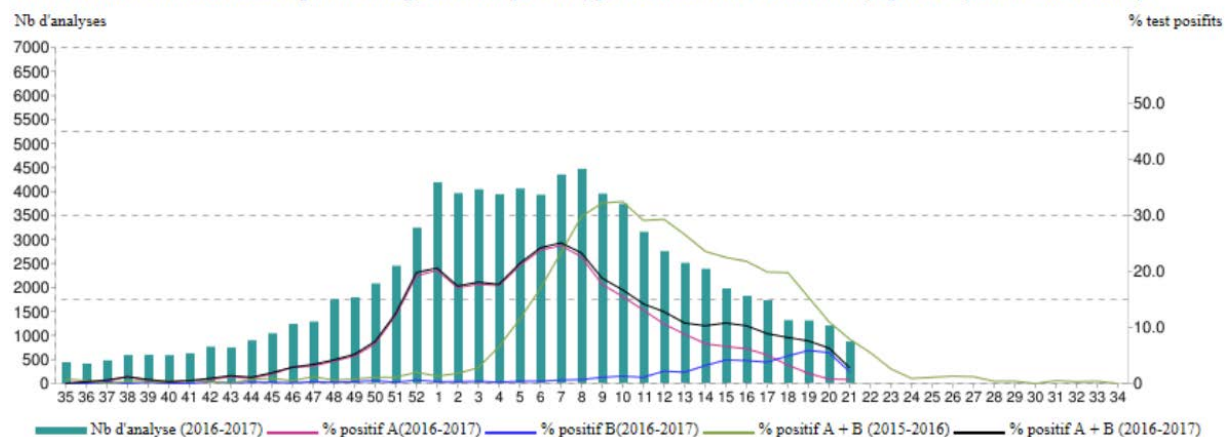
Un cas isolé est survenu chez une personne probablement vaccinée, mais sans preuve, et qui étudie dans une autre région. Les deux autres cas, survenus chez des personnes non vaccinées à cause d'objections personnelles, sont reliés entre eux et une des deux personnes avait séjourné hors Montréal, dans deux régions différentes de la province. Une éclosion d'oreillons perdure dans plusieurs régions du Québec depuis novembre 2016 :

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/oreillons/>

Influenza

Depuis la semaine 20, la proportion de tests positifs pour l'influenza B est en baisse, et de façon particulièrement marquée à la semaine 21. Toutefois, des éclosions d'influenza et de syndrome d'allure grippale continuent de survenir dans des établissements de santé de la région montréalaise.

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



Source: LSPQ, Surveillance de l'influenza et des infections respiratoires virales, <https://www.inspq.qc.ca/influenza>

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 4 de 2017 (26 mars au 22 avril)**

Hépatite A

Les 4 cas de la période 4 sont sporadiques, 3 acquis en voyage et 1 sans source identifiée. Toutefois, un cas a été déclaré au début de la période 5 (en cours), chez un manipulateur d'aliments non immunisé qui revenait d'un voyage à risque élevé en Amérique du Sud. Une cinquantaine de personnes exposées ont dû être retracées : partenaires sexuels, famille, amis pour qui il avait préparé un repas, et surtout clients du restaurant où il a travaillé. De nombreuses démarches ont été nécessaires pour retracer les clients du restaurant. Il a été possible d'offrir la prophylaxie post-exposition à la majorité des personnes exposées et réceptives moins de 14 jours après leur dernier contact avec le cas. À ce jour, aucun cas secondaire n'a été déclaré.

Syphilis congénitale : augmentation du nombre de cas au Québec

Bien que la syphilis touche principalement les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, des cas de syphilis congénitale se produisent encore au Québec. Il y en a eu 5 déclarés entre 2000 et 2015, puis 3 en 2016. La syphilis doit être recherchée à la première visite prénatale et au moment de l'accouchement. Si la femme ou son partenaire présente une indication particulière, il faut en plus faire un dépistage vers la 28^e semaine de grossesse. Les femmes à risque élevé peuvent toutefois être difficiles à repérer : le dernier cas montréalais de syphilis congénitale est survenu en 2011 chez le nouveau-né d'une mère qui ignorait que le père avait eu des relations sexuelles avec des hommes. Un *Appel à la vigilance* a été diffusé le 2 mai dernier :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2017/Appel_vigilance_-_syph_congenitale_02-05-2017_.pdf

Influenza

À la semaine 17, la proportion de tests positifs pour l'influenza B était presque égale à celle pour l'influenza A. Toutefois, la proportion totale de tests positifs était environ la moitié de ce qu'elle était à la même époque l'an dernier.

Source: LSPQ, Surveillance de l'influenza et des infections respiratoires virales

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 3 de 2017 (26 février au 25 mars)**

Oreillons

Les 4 cas déclarés durant la période 3 représentent un excès par rapport au nombre attendu de 0. Ils sont survenus chez des personnes âgées entre 21 et 39 ans, toutes disant avoir été vaccinées, mais sans preuves. Un cas a requis une brève hospitalisation pour méningite. Le mode d'acquisition est inconnu pour 2 cas; le 3^e serait une acquisition familiale liée à l'éclosion en cours au Québec et le 4^e a probablement été acquis d'un visiteur de Toronto, qui a séjourné à Montréal une seule journée et dont les symptômes ne sont apparus qu'après son départ. Les 14 cas déclarés en 2017 à ce jour (10 avril) représentent l'éclosion la plus importante à Montréal depuis au moins 5 ans. Des éclosions d'oreillons sont aussi survenues en 2017 aux États-Unis, en Alberta, en Colombie-Britannique (notamment chez des joueurs de hockey) et en Ontario. De nouveaux cas sont attendus à Montréal. Une mise à jour de l'*Appel à la vigilance* du 6 janvier dernier a été diffusée le 29 mars :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2017/Appel_vigilance_-_OREILLONS_MAJ_2017-03-29_.pdf. Pour prévenir la transmission, il est particulièrement important de renforcer les mesures de prévention dès l'arrivée des patients dans un milieu de soins.

Les recommandations québécoises sont à l'effet qu'une seule dose de vaccin RRO est suffisante pour considérer la personne protégée contre les oreillons. Des études récentes montrent que l'efficacité du vaccin contre les oreillons serait de 64 à 88 % après 1 dose et de 88 à 95 % après 2 doses. Notons que depuis la fin des années 90, le calendrier vaccinal régulier comprend 2 doses de RRO afin de protéger adéquatement contre la rougeole. (PIQ, Section 10.2.1)

Infection par le virus ZIKA

Une mise à jour de l'*Appel à la vigilance* du 4 février 2016 a été déposée sur le site du Directeur régional de santé publique le 30 mars. Elle précise quelles sont actuellement les régions à risque et met à jour les liens vers certains sites internet utiles :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2017/Appel_vigilance_-_ZIKA_Mise_a_jour_2017-03-30_.pdf.

Hépatite A

Des 5 cas de la période, 3 auraient été acquis en voyage (2 en Amérique du sud, 1 au Pakistan). Comme pour les cas de la période 2, il n'y a aucun lien connu entre ces cas, qui sont donc considérés comme sporadiques.

Influenza

À la semaine 13, l'influenza de type A continuait d'être la plus fréquemment confirmée par laboratoire, mais la proportion de tests positifs était en diminution depuis la semaine 8, alors que celle pour l'influenza B était en hausse, comme on observe fréquemment en fin de saison.

Source: LSPQ, *Surveillance de l'influenza et des infections respiratoires virales*

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 2 de 2017 (29 janvier au 25 février)**

Infections au virus Zika

Des trois infections déclarées à ce jour en 2017, toutes sont chez des personnes de sexe féminin. Deux ont été acquises aux Caraïbes et une en Amérique Centrale. Une des patientes était en début de grossesse lors de l'infection. Elle est suivie par échographie aux trois semaines et aucune anomalie fœtale n'a encore été détectée. Une étude canadienne a paru récemment, portant sur 41 patients infectés par le virus Zika rapportés à un réseau sentinelle dans 5 provinces (dont le Québec) au cours d'une période d'un an se terminant le 30 septembre 2016. Les patients comprenaient 24 femmes, dont 19 étaient en âge de procréer et 3 étaient enceintes au moment du voyage. Le virus a été détecté dans le tissu fœtal pour deux des trois grossesses; le statut du 3^e fœtus n'est pas clairement décrit dans l'article. Trois modes de transmission ont été documentés dans cette étude : par piqûre de moustique (40 cas), sexuelle (1 cas) et congénitale (2 ou 3 fœtus).

Source : *CMAJ 2017 March 6;189:E334-40. doi: 10.1503/cmaj.161241*

Infections invasives à *E. coli*

Trois des quatre cas déclarés se sont produits chez des enfants ayant voyagé avec leurs parents dans des pays à risque élevé (au Mexique pour deux, et en République Dominicaine pour l'autre). Au moins deux ont consommé des aliments locaux sans précautions. À leur retour, deux enfants ont été exclus temporairement de leur garderie. Des membres de la famille d'un des cas ont aussi été malades, mais n'ont pas consulté ou n'ont pas été testés. Le 4^e patient est travailleur de la santé dans un hôpital pédiatrique, mais sans contact avec un cas connu. Les cas associés au voyage rappellent l'importance des mesures préventives autres que la vaccination, qui peuvent être méconnues ou négligées des voyageurs. L'information sur ces mesures préventives est disponible en ligne :

<https://voyage.gc.ca/voyager/sante-securite/maladies/diarrhee>

<https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/food-water-safety>, avec une application pour les voyageurs :

<https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/apps-about#canieat>

Hépatite A

L'excès de 3 cas qui paraît à la figure 1 ne représente pas une éclosion, mais plutôt des cas sporadiques, dont deux probablement acquis en voyage.

Influenza

Le pourcentage de tests positifs, après une augmentation au cours des semaines CDC 5 à 8, est revenu au niveau du plateau mentionné dans les *Faits saillants* précédents (18,9% pour la semaine 9). Toutefois, la proportion de tests positifs pour l'influenza B est passée graduellement de 0,4% pour la semaine 6 à 1,1% pour la semaine 9. Cette augmentation pourrait être l'annonce de la 2^e vague due au type B qui est fréquemment observée.

Source: *LSPQ, Surveillance de l'influenza et des infections respiratoires virales*

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 1 de 2017 (1^{er} au 28 janvier)**

Infections acquises en voyage

Parmi les cas qui paraissent aux statistiques de la période 1, celui de fièvre typhoïde a été acquis en Haïti, celui d'hépatite A en Algérie et celui d'hépatite B en Inde. Aucun d'eux n'avait été immunisé contre la maladie contractée. Plusieurs circonstances peuvent contribuer à ce problème fréquent et persistant, incluant la méconnaissance des risques par les voyageurs, les consultations trop tardives et les barrières d'accès (financières ou autres) aux consultations. En particulier, lorsque les voyageurs ou leurs familles sont originaires du pays visité, il est possible qu'ils considèrent que visiter ce pays ne constitue pas un risque sanitaire particulier et ne pensent pas à consulter pour recevoir les vaccins appropriés. Toute interaction avec un professionnel de la santé avant un voyage peut être une occasion de rappeler les conseils de base et de recommander, au besoin, une ressource spécialisée en santé des voyageurs. Plusieurs sources d'information sont disponibles pour les professionnels de la santé et pour la population, présentant les recommandations propres à chaque pays :

<https://www.inspq.qc.ca/sante-voyage/guide>

<http://www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/countries-pays/index-fra.php>

<https://wwwnc.cdc.gov/travel/>.

La Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal prévoit offrir à certaines communautés culturelles de l'information spécifique sur les précautions à prendre lors d'un voyage dans leur pays d'origine.

Influenza

Après s'être maintenue à un plateau d'environ 19 % pendant 5 semaines, la proportion de tests positifs pour l'influenza s'est remise à augmenter au cours des semaines CDC 5 à 7 (finissant le 18 février), pour atteindre 25 %. Jusqu'à maintenant, 98 % des tests positifs pour l'influenza au Québec sont positifs pour le type A. Toutefois, il est fréquent que la vague d'infections due au type A soit suivie d'une vague due au type B. Parmi les autres tests positifs pour un virus respiratoire, 85 % sont positifs pour le virus respiratoire syncytial. Jusqu'à maintenant, aucune souche de virus de l'influenza testée au Canada n'était résistante à l'oseltamivir ou au zanamivir, mais toutes l'étaient à l'amantadine. Toutes les souches isolées correspondent à celles incluses dans les vaccins de 2016-2017. L'efficacité vaccinale, estimée au 4 février, était de 43 % contre l'influenza A (H3N2). Elle était toutefois de 73 % contre l'influenza B, ce qui est un incitatif à vacciner le plus tôt possible les personnes à risque qui ne l'ont pas déjà été, en prévision de la 2^e vague.

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6606a3.htm>