

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 1 de l'année 2004
(semaines 1 à 4 [04-01-2003 au 31-01-2003])**

Nouveau format

Les statistiques périodiques reflètent maintenant la nouvelle liste des MADO. Toutes les anciennes MADO qu'on y trouvait et qui sont toujours des MADO selon la nouvelle loi s'y trouvent encore, plus les nouvelles MADO dont la fréquence attendue est la plus élevée. Les MADO qui apparaissent aux tableaux ne sont donc pas une liste complète des MADO au Québec. Des ajustements aux tableaux pourront être faits plus tard pour faire en sorte que toutes les MADO avec des cas déclarés y apparaissent. La nouvelle liste *complète* des MADO se trouve à <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/mado.html>.

Dans les tableaux, les tirets représentent l'absence de données, pour les maladies qui n'étaient pas à déclaration obligatoire à la date en question.

Hépatite C

L'augmentation apparente du nombre de cas déclarés provient de ce que 1) un hôpital qui ne déclarait plus une partie de ses cas depuis plusieurs mois, à cause d'un malentendu administratif, a maintenant recommencé de le faire, et 2) un retard dans la saisie des cas déclarés a été rattrapé.

Diffusion de données en anglais

Les *statistiques périodiques* seront maintenant disponibles en anglais au site web de la DSP en même temps que la version française. La version anglaise des *Faits saillants* deviendra disponible quelques jours plus tard, à cause du délai de traduction.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 2 de l'année 2004
(semaines 5 à 8 [01-02-2003 au 28-02-2003])**

Nouvelles MADO

Nous n'avons encore reçu aucune déclaration de cryptosporidiose, qui devrait être parmi les nouvelles MADO relativement fréquentes. Nous suggérons aux déclarants de vérifier que tout le personnel concerné par la déclaration des nouvelles MADO en a été informé et que les procédures requises sont en place. Merci.

Influenza

L'activité grippale demeure élevée à modérée, bien qu'elle ait commencé à diminuer en mars. Plusieurs éclosions sont en cours dans des CHSLD et autres centres de soins partout au Québec, y compris Montréal. Il est encore indiqué de vacciner les bénéficiaires en CHSLD et les personnes atteintes de maladies chroniques qui auraient dû l'être mais ne l'ont pas été. Pour les dernières informations et recommandations (qui pourraient changer avant les prochains Faits saillants) consulter Info-Grippe, à partir du site de la DSP : www.santepub-mtl.qc.ca.

Source : LSPQ. Remerciements au Dr Renée Paré pour l'information fournie.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 3 de l'année 2004
(semaines 9 à 12 [29-02-2003 au 27-03-2003])**

Hépatite A

Une femme dans la vingtaine habitant à l'extérieur de Montréal mais travaillant comme *barmaid* dans trois bars de Montréal a récemment fait une hépatite A. Elle préparait les fruits pour les consommations, et les fruits restant en fin de journée étaient transférés au restaurant. L'information sur l'hépatite A a été transmise au personnel des trois bars, et le service d'inspection des aliments a effectué une visite et une désinfection dans ces trois établissements. La période de surveillance pour les cas secondaires s'est terminée le 13 avril et un cas secondaire possible a été identifié, mais le diagnostic n'a pas encore été confirmé.

Remerciements à Mme Caroline Duchesne pour l'information fournie.

Infection invasive à streptocoques β -hémolytiques du groupe A

Un enfant handicapé auditif portant un implant cochléaire et fréquentant le service de garde de son école primaire a récemment été atteint de méningite. Comme il avait déjà fait une méningite à pneumocoques, et que le port de l'implant est un facteur de risque connu pour cette infection, son médecin s'attendait à une récurrence. En fait, la culture du liquide céphalo-rachidien a montré qu'il s'agissait d'une infection invasive à streptocoques β -hémolytiques du groupe A. Aucune intervention préventive n'a été requise dans l'entourage.

Coqueluche

Le nombre de cas déclarés et validés jusqu'à la période 3 (incluse) demeurait au-dessous des prévisions, mais des éclosions se sont depuis déclarées dans deux écoles secondaires de la région, touchant une dizaine d'élèves, plus certains membres de leurs familles. Les mesures prises ont consisté en la chimioprophylaxie à certains membres des familles, en lettres aux parents des autres élèves, et en la vaccination des élèves de certaines des classes. Les cliniciens devraient garder le diagnostic de coqueluche en mémoire et tenter de le confirmer par laboratoire, même pour des jeunes plus âgés que ceux chez qui ils sont habitués d'observer la maladie. On s'attend à ce que les améliorations dans la vaccination des enfants, tout en causant une baisse du nombre total de cas, entraîne un déplacement de la distribution d'âges des cas restants vers des âges plus avancés.

Remerciements au Dr Renée Paré pour l'information fournie.

Influenza

L'activité grippale est actuellement faible, bien que l'influenza A et B circulent encore à Montréal et au Québec. Une éclosion de syndrome d'allure grippale est en cours dans un CHSLD. De plus, le virus respiratoire syncytial continue de circuler abondamment.

Source : LSPQ. Remerciements au Dr Renée Paré pour l'information fournie.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 4 de l'année 2004
(semaines 13 à 16 [28-03-2003 au 24-04-2003])**

Cryptosporidiose et cyclospore

Depuis la fin de la période 4, nous avons reçu la première déclaration de cyclospore depuis que cette maladie est devenue à déclaration obligatoire, mais nous attendons toujours la première de cryptosporidiose. Comme la saison estivale est favorable à la transmission de la cyclospore, et que des éclosions d'origine alimentaire se sont déjà produites au Québec, nous vous demandons d'être attentifs à déclarer rapidement toute détection de cet organisme.

Éclosions à ERV et à SARM

Bien que des déclarations nous soient parvenues, des ambiguïtés dans la définition nosologique doivent être résolues avant que les cas puissent être confirmés et apparaître aux statistiques.

Infections invasives à méningocoque

Un jeune homme fréquentant une école universitaire de danse a commencé à avoir des symptômes le jour du spectacle de fin d'année et a dû être hospitalisé aux soins intensifs le lendemain, avec altération de l'état de conscience et pétéchies. Le liquide céphalo-rachidien et le sang étaient positifs pour *N. meningitidis* du sérotype B. L'équipe soignante a pris en charge les contacts familiaux et la DSP a identifié 74 contacts à l'école, dont 18 ont reçu une prescription pour la chimioprophylaxie.

Une fillette de 2 ans fréquentant une garderie familiale a été hospitalisée le 17 avril pour fièvre, vomissements, *purpura fulminans* et choc. Elle avait reçu le Menjugate. Comme la souche était du sérotype C, il s'agit du premier échec vaccinal à Montréal.

Les deux cas sont survenus dans la période 4, mais ils ont été validés trop tard pour apparaître aux statistiques.

Remerciements à Mme Josiane Létourneau pour l'information fournie.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 5 de l'année 2004
(semaines 17 à 20 [25-04-2003 au 22-05-2003])**

Syphilis

Les nombres de cas syphilis semblent inférieurs à ceux pour la période correspondante de 2003, mais la différence peut être au moins en partie due à ce que les cas ne sont validés qu'une fois l'enquête terminée, ce qui prend souvent quelques semaines. Néanmoins, si on regarde le *cumulatif* pour les syphilis contagieuses (primaires, secondaires et latentes de moins d'un an), l'augmentation entre 2003 et 2004 est très inférieure à celle entre 2002 et 2003, pour les mêmes périodes. Le taux d'incidence continue donc d'augmenter, mais à un rythme plus lent qu'auparavant.

Remerciements à Gilles Lambert pour ses commentaires.

Salmonellose

La figure 1 indique une baisse significative du nombre de cas déclarés, alors que la modélisation prévoyait une légère augmentation. Comme il n'y a aucun retard dans la saisie des déclarations de salmonellose, nous allons suivre de près cette situation inattendue.

Infection envahissante à streptocoques du groupe A

Une infection survenue chez un enfant en garderie, qui avait auparavant fait une varicelle, nous a été déclarée *par courrier*. Comme d'autres enfants de la garderie avaient aussi la varicelle, une chimioprophylaxie y aurait été indiquée. Toutefois, la déclaration nous est parvenue trop tard pour appliquer l'intervention, laissant à risque certains enfants.

Heureusement, il n'y a pas eu de cas secondaires.

Remerciements à Josiane Létourneau pour l'information fournie.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 6 de l'année 2004
(semaines 21 à 24 [23-05-2003 au 19-06-2003])**

Lymphogranulomatose vénérienne

Une éclosion sévit actuellement dans plusieurs pays d'Europe, parmi les hommes gais, souvent séropositifs, et ayant eu des relations anales non protégées. Il n'y a pas encore eu de cas à Montréal, mais la vigilance serait de mise face à des personnes à risque rentrant d'Europe.

Remerciements à Gilles Lambert et au MSSS pour l'information fournie.

Vacances et déclaration des MADO

Comme à tous les étés, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir informer le personnel de remplacement des procédures de déclaration des MADO, pour éviter des délais qui pourraient nuire aux interventions préventives.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 7 de l'année 2004
(semaines 25 à 28 [20-06-2004 au 17-07-2004])**

Hépatite A

Le nombre de cas déclarés, 12, est excessif par rapport au nombre attendu, comme le montre la figure 1. Les enquêtes n'ont pas relevé de liens entre ces cas, mais les distributions par sexe, âge et CLSC de résidence suggèrent une agrégation possible chez les jeunes femmes de 10 à 19 ans, habitant le centre de l'île. Nous sommes à faire une synthèse des enquêtes récentes pour essayer de dégager des liens directs ou indirects entre les cas. Toute information ou suggestion pertinente serait bienvenue.

Remerciements à Josiane Létourneau pour l'information fournie.

Rougeole

Aucun cas n'apparaît aux statistiques. Toutefois, un tableau clinique compatible avec la rougeole est apparu 10 jours après réception d'une première dose de MMR chez un enfant de 18 mois (température élevée, rash diffus, coryza et toux). Les IgM anti-rougeoleux sont positifs. Une étude du dossier sera faite pour confirmer l'étiologie, qui est probablement vaccinale. Cet événement nous rappelle l'importance de déclarer les réactions adverses à la vaccination au programme ESPRI (voir le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), section 16.3).

Remerciements à Alicia Urrego et Michèle Tremblay pour l'information fournie.

Cyclospore

Bien qu'ils n'apparaîtront qu'aux prochaines statistiques périodiques, trois cas de cyclospore nous ont été récemment déclarés. Les trois montréalais ont séjourné soit à Cuba ou au Guatemala en juin et ils y ont tous consommé soit de l'eau (sous forme de glaçons) ou de la nourriture locales. Les symptômes sont apparus lors du voyage de retour ou très peu de temps après. Il s'agissait dans tous les cas d'une diarrhée sévère et prolongée (environ 3 semaines), accompagnée d'une perte de poids importante. Un autre cas à la suite d'un voyage au Guatemala a été déclaré dans une autre région. La maladie est endémique dans plusieurs pays d'Amérique latine et ailleurs; il ne faut donc pas oublier de lui faire une place dans le diagnostic différentiel des diarrhées chez les voyageurs revenant de ces régions et de demander une recherche de parasites dès qu'elle est indiquée.

Remerciements à Hélène Rodrigue et Guy Lonergan pour l'information fournie.

Infections invasives à *E. coli* O157:H7

Parmi les cas récents au Québec, deux groupes de cas reliés peuvent être attribués l'un au pulsovar 424 et l'autre au 422. Un cas montréalais est attribuable à ce dernier pulsovar. À cause de cette situation, la surveillance du *E. coli* O157:H7 est accrue. Il est donc plus important que jamais de confirmer le diagnostic par culture, car le pulsovar est l'outil principal actuellement pour relier entre eux des cas qui ne semblent pas l'être à l'enquête épidémiologique. Ceci permet de mieux comprendre la transmission de l'infection et de prendre des mesures appropriées (traçage et retrait des lots de viande contaminée, dont le MAPAQ et l'ACIA s'occupent actuellement).

Remerciements au MSSS et à Alicia Urrego pour l'information.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 8 de l'année 2004
(semaines 29 à 32 [18-07-2004 au 14-08-2004])**

Hépatite A

La revue des dossiers des cas de la période 8, pour laquelle existait un excès significatif, n'a pas révélé de liens entre les cas. Il n'y a pas d'excès à la période 8 et le nombre cumulatif de cas pour l'année 2004 n'est qu'à peine supérieur à ceux des deux années précédentes à même époque. Nous écartons donc pour l'instant l'hypothèse d'une éclosion.

Remerciements à Alexandra Kossowski pour la revue des dossiers et pour son aide.

Cryptosporidiose

Deux cas montréalais déclarés se sont produits chez des enfants ayant fréquenté un camping en Montérégie. Une fois alertée, la DSP de cette région a entrepris une enquête, qui a révélé l'existence d'une quarantaine d'autres campeurs symptomatiques, dont plusieurs sont en attente d'une confirmation de laboratoire et une quinzaine sont montréalais. Il serait pertinent pour les cliniciens d'obtenir une histoire de voyages à l'extérieur de Montréal chez les personnes présentant des symptômes compatibles avec cette maladie.

Remerciements à Marie St-Amour (de la DSP de la Montérégie) et à Josiane Létourneau pour l'information fournie.

Amibiase

Le nombre de cas déclarés (23) est significativement supérieur au nombre attendu, selon la Figure 1 et les prévisions annuelles. La distribution des cas de la période 8 par sexe, âge et lieu de résidence correspond à celle des périodes précédentes de l'année. Les cas se sont produits surtout chez les hommes entre 40 et 59 ans, comme cela avait été le cas l'an dernier lors d'un autre excès significatif. À ce moment, une enquête avait démontré que l'excès était en grande partie attribuable à des cas chez des hommes gais.

***H. influenzae* de type B**

L'excès significatif ne représente qu'un seul cas, chez une femme dans la trentaine, n'ayant donc pas eu accès à la vaccination.

VNO

Nous arrivons à la période de l'année où il y a la plus forte probabilité d'observer des cas humains. La situation actuelle du VNO au Québec est plus calme que l'an dernier. À Montréal, cette année, il y a eu jusqu'à maintenant 15 corvidés infectés par le VNO, aucun moustique infecté et aucun cas humain. Néanmoins, toute déclaration de cas humain possible ou probable sera enquêtée immédiatement.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

(514) 528-2400

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 9 de l'année 2004
(semaines 33 à 36 [15 août 2004 au 11 septembre 2004])**

Infections à *Salmonella* Typhimurium

Le nombre de salmonelloses déclarées n'est pas excessif. Toutefois, le LSPQ a détecté en août 2004 un nombre inhabituel de souches de *Salmonella* Typhimurium, provenant de 10 régions. De plus, dans un hôpital de Montréal, quatre cas dus à ce sérotype ont été diagnostiqués la même journée, mais aucun facteur de risque commun (alimentaire ou histoire de voyage) n'a pu être identifié à l'enquête.

Source : INSPQ, LSPQ, Statlabo 2004;3(9):2. Remerciements à Claire Béliveau pour l'information fournie.

Coqueluche

Le nombre de cas de coqueluche pour la période 9 n'excède pas le nombre attendu, mais depuis le début de la période 10 nous avons une éclosion dans une organisation religieuse opposée à la vaccination. Plus d'une douzaine de cas ont déjà été rapportés et il seront tous enquêtés. Jusqu'à maintenant, aucune intervention en milieu scolaire n'a été requise. Remerciements à Sereikith Chheng pour l'information fournie.

CSSS

La création récente des Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) amènera de nouvelles statistiques. Désormais, les MADO seront répertoriées pour les CSSS en plus des CLSC. Il sera toujours possible de consulter les données par CLSC, ce qui permettra de relier l'incidence des MADO aux particularités populationnelles des différents CLSC de chaque CSSS.

Leptospirose

Un cas a été déclaré chez un voyageur montréalais ayant visité une grotte où se trouvait de l'eau stagnante, lors d'un voyage en Équateur. Il s'est présenté avec des symptômes de fièvre, céphalée et élévation des enzymes hépatiques, ce qui a d'abord fait penser à la dengue. Sans traitement adéquat, les patients peuvent souffrir de dommages aux reins, de méningite, d'insuffisance hépatique et de problèmes respiratoires. Dans de rares cas, la maladie entraîne la mort.

Remerciements à Wendy Lummis pour l'information fournie.

Maladie de Chagas

Un cas chronique a été déclaré chez un montréalais d'origine guatémaltèque qui n'est pas retourné au Guatemala depuis 1988. (Il n'apparaît pas encore aux tableaux par manque

d'espace.) Le cas était suivi pour un ACV et le diagnostic s'est fait par épreuves sanguines. La trypanosomiase américaine est principalement transmise par les selles

.../...

d'une punaise infectée, connue sous les noms familiers de «vinchuca», «barbeiro», «chipo», «assassin bug», etc. La maladie peut cependant aussi être transmise par transfusion de sang, transplantation d'organe, ou pendant la grossesse ou l'accouchement. C'est ce qui justifie sa déclaration obligatoire au Québec. Cela ne s'est pas produit ici. Remerciements à Hélène Rodrigue pour l'information, et à Alexandra Kossowski pour son aide à la rédaction de l'ensemble du texte.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 10 de l'année 2004
(semaines 37 à 40 [12 septembre 2004 au 09 octobre 2004])**

Coqueluche

L'éclosion mentionnée dans les précédents faits saillants s'est poursuivie, ce qui explique une partie des 19 cas déclarés pour la période 10. Pour ce qui est des autres cas, cette période est celle où les prévisions annuelles prévoyaient de toutes façons le début de l'augmentation hivernale des déclarations, ce qui a été observé.

Remerciements à Sereikith Chheng pour l'information fournie.

Cryptosporidiose

Quatre cas ont été déclarés, chez des enfants, alors qu'habituellement il y a moins d'un cas par mois. Un enfant n'avait aucun facteur de risque identifié. Deux sont membres d'une même famille et ont développé la maladie à la suite d'un voyage en Afrique, où la maladie est endémique dans certaines régions. Le quatrième, âgé de 1 an, avait comme seul facteur de risque de s'être déplacé à quatre pattes dans un parc urbain. Aucune des trois familles ne résidait dans le même arrondissement et il n'y a pas lieu de croire que les infections étaient reliées entre elles. Les cryptosporidioses en Amérique du Nord sont habituellement associées à des contaminations du sol, ou plus souvent de l'eau, par des animaux de ferme, principalement les veaux. Certains cas ont aussi été reliés à la baignade en eau naturelle, aux parcs aquatiques, aux garderies, à l'activité sexuelle, aux soins hospitaliers (chez le personnel) ou à l'immunodéficience.

Amibiase

Le nombre de cas d'amibiase déclarés dépasse légèrement les prévisions pour la période 10. Tout comme pour les excès de la période 8 et de l'an passé, les cas touchent principalement les hommes de 30 à 59 ans. L'an dernier, une enquête avait démontré que l'excès était en grande partie attribuable à des cas chez des hommes gais. Cette année, le peu de données disponibles sans enquête suggèrent que les cas pourraient être attribuables à part à peu près égale aux voyages et à la transmission sexuelle entre hommes.

Remerciements à Nadine Sicard pour son aide à la préparation et la rédaction de l'ensemble du texte.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 11 de l'année 2004
(semaines 41 à 44 [10 octobre 2004 au 6 novembre 2004])**

Maladie de Lyme

Un cas, déclaré en octobre, s'est produit chez une montréalaise dans la trentaine, environ 10 jours après son retour d'une randonnée de quelques jours au Massachusetts, dans les Adirondacks. Elle présentait de la fièvre, des céphalées et des arthralgies multiples (lombaire, hanche, mâchoire et coude). L'autre cas de l'année 2004, déclaré en mai, s'est produit chez un adolescent immigrant d'Amérique Centrale ayant transité par la Nouvelle-Angleterre. Il présentait un deuxième épisode d'arthralgie à un genou, après un premier à l'autre genou en mai 2003. Aucun des deux cas n'a présenté d'érythème.

Lymphogranulomatose vénérienne

Depuis 1989, quatre déclarations de lymphogranulomatose vénérienne avaient été reçues à Montréal-Centre. Seulement une, reçue au début de 2003, représentait un cas confirmé, chez un homme dans la quarantaine, diagnostiqué par un médecin dont la clientèle comporte une forte proportion de HARSAH. Nous avons récemment reçu la première déclaration depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur la santé publique, qui a aboli l'anonymat et permis d'enquêter les cas d'ITSS en suivant les mêmes procédures que pour les autres MADO. Il s'agit d'un cas confirmé, du sérovar L2, chez un HARSAH d'âge moyen. L'enquête n'a pas encore permis de déterminer s'il y a un lien entre ce cas et ceux déclarés en Hollande depuis 2003 (92 cas identifiés en 17 mois, alors qu'environ 7 ou 8 étaient attendus) ou avec un cas américain récent du même sérovar [MMWR 2004;53(42):985-8].

Remerciements à Marie-Carole Toussaint pour l'information fournie.

Influenza

Il n'y a encore eu aucun cas confirmé par laboratoire cette saison à Montréal-Centre.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 12 de l'année 2004
(semaines 45 à 48 [7 novembre 2004 au 4 décembre 2004])**

Rougeole

Un premier cas de rougeole cette année a été confirmé à Montréal et qui a été acquis à Montréal, une première depuis plusieurs années. Il s'agit d'une femme dans la trentaine, non vaccinée. Le diagnostic a été confirmé par IgM contre la rougeole positifs et IgG négatifs. Le deuxième résultat d'IgG est à venir. L'enquête épidémiologique n'a permis d'identifier aucune source; en particulier, comme la personne n'a pas voyagé à l'extérieur du Canada et n'a pas eu de contacts identifiables avec une personne ayant fait un tel voyage, le virus pourrait circuler dans la population. Un indice de suspicion clinique plus élevé que d'habitude et une déclaration rapide à la DSP sont donc indiqués.

Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie.

Dengue

Un premier cas de dengue a été confirmé au fichier MADO à Montréal. Il s'agit d'un homme dans la vingtaine qui revenait d'un séjour prolongé au Nicaragua. Les symptômes avaient débuté quelques jours avant son retour. Le diagnostic fut posé dès son retour, à la fin août, mais n'a pas alors été déclaré à la DSP. Cette personne fréquentant l'école dans une autre région, après un test de contrôle récent la déclaration a été acheminée à Montréal via la DSP de la région concernée. La fièvre dengue a été ajoutée à la liste des MADO à l'automne 2003 parce qu'elle peut être transmise par le sang et ses dérivés.

Remerciements à Hélène Rodrigue pour l'information fournie.

Malaria

Onze cas ont été rapportés, ce qui est plus élevé que le nombre moyen d'environ 5 cas par période. La plupart des cas sont reliés à des voyages en Afrique, deux en Haïti, mais aucun en République Dominicaine.

Syphilis

La situation pour la période pourrait indiquer une stabilisation des infections. La campagne d'incitation au dépistage, particulièrement chez les HARSAH, est en cours depuis octobre et ses impacts pourront être évalués éventuellement.

Remerciements à Gilles Lambert pour l'information fournie.

Clostridium difficile

Les visites dans les CHSGS et CHSLD sont complétées et les recommandations de la DSP seront acheminées sous peu aux centres concernés.

Remerciements à Nadine Sicard pour son aide à la préparation de cette note.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 13 de l'année 2004
(semaines 49 à 52 [5 décembre 2004 au 1^{er} janvier 2005])**

Haemophilus influenzae

Vingt cas d'infections invasives à *Haemophilus influenzae* apparaîtront au cumulatif de 2004 quand ils auront tous été validés. À part un cas où la bactérie a été isolée du liquide céphalo-rachidien, toutes les autres déclarations étaient le résultat d'une hémoculture positive pour le *H. influenzae*. Depuis la révision de la Loi sur la santé publique, toutes les souches d'*Haemophilus influenzae* sont maintenant à déclaration obligatoire alors que seules les souches de type b l'étaient auparavant. Parmi les 20 déclarations de 2004, on ne retrouve qu'un seul enfant qui avait été vacciné adéquatement et qui a présenté une bactériémie causée par une souche de type b. Les 19 autres déclarations touchaient des adultes et 17 souches ont pu être sérotypées : 14 étaient des souches non encapsulées, deux des souches de type f et une de type b. Les infections à Hib semblent donc bien contrôlées dans le groupe ciblé par la vaccination.

Remerciements à Paul Rivest pour le texte.

Influenza

L'activité grippale a été en forte hausse à Montréal depuis le début de l'année; elle est maintenant élevée et stable. Il s'agit entièrement d'influenza A, sauf pour trois cas d'influenza B. Des éclosions ont été signalées dans au moins 8 CHSLD et un CHSCD; un aspect préoccupant est la survenue, dans un CHSLD, de cas confirmés d'influenza A chez des personnes âgées déjà vaccinées et recevant de l'amantadine depuis 96 heures (ce qui suggère une résistance au médicament). Les personnes de 60 ans et plus sont relativement plus affectées que par les années précédentes; par contre, il est toujours temps de vacciner contre l'influenza les personnes ciblées par le programme de gratuité, au moins jusqu'à la fin de janvier, et de mettre en place les autres mesures préventives recommandées en établissements.

Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie.

Infections à *E. coli* producteur de vérocytotoxine

Les cas d'infection invasive à *E. coli* qui apparaissaient aux statistiques (par période ou cumulatives) jusqu'à la période 12 ont été reclassées à partir de la période 13 comme infections à *E. coli* producteur de vérocytotoxine, conformément à la définition nosologique de cette MADO.

Bonne année à tous!

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca