

**Note explicative concernant les statistiques  
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)  
et autres maladies infectieuses sous surveillance  
Période 1 de l'année 2006  
(semaines 1 à 4 [1 janvier 2006 au 28 janvier 2006])**

### **Influenza**

L'activité grippale à Montréal demeure faible, mais elle est à la hausse; il s'agit surtout d'influenza A. L'incidence de l'infection par le VRS, qui avait été à la baisse pendant 2 semaines, s'est remise à augmenter.

Remerciements au Dr Renée Paré pour l'information fournie.

### **Streptocoque bêta-hémolytique du groupe A**

Entre le 1<sup>er</sup> octobre 2005 et le 23 janvier 2006, 18 cas d'infection par le streptocoque du groupe A ont été déclarés, comparativement à 12 cas pour la même période en 2004-2005. On observe un déplacement de l'apparition de la maladie dans le temps, en âge et entre les sexes. En effet, un seul cas a été enregistré en octobre et novembre 2005, alors qu'il y en avait eu 5 pendant les mêmes mois de 2004; la moyenne d'âge des cas était de 54 ans en 2005-2006 alors qu'en 2004-2005 elle avait été de 66 ans. De plus, en 2005-2006, 11 hommes et 7 femmes ont été touchés alors que 4 hommes et 8 en femmes l'avaient été en 2004-2005; toutefois, historiquement, il y a une légère prépondérance d'hommes parmi les cas déclarés. Finalement, l'utilisation de drogues injectables a été identifiée comme facteur de risque chez 3 cas de 2005-2006 (tous en décembre) alors qu'on n'en comptait aucun en 2004-2005.

Remerciements à Marie-Line Gilbert pour le texte et pour l'information fournie.

### **Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)**

Les trois cas sont chez des hommes gais au début de la quarantaine. Les caractéristiques des cas n'ont pas changé depuis le début de l'écllosion. Un bulletin *Prévention en pratique médicale* sur les aspects cliniques, épidémiologiques et de santé publique de la LGV va bientôt être distribué aux cliniciens de Montréal et sera repris à l'échelle de la province par l'*Actualité médicale*.

Remerciements à Lynda Madiouni et au Dr Gilles Lambert pour l'information fournie.

### **Syphilis**

L'incidence déclarée de la syphilis en phase contagieuse était à la baisse pendant les premiers mois de 2005, mais la tendance s'est renversée à partir de l'automne, de sorte que 171 cas nous ont été déclarés pour 2005, alors que 128 l'avaient été en 2004, une hausse de 34%. Comme pour le LGV, les caractéristiques des cas ne semblent pas avoir changé au cours de l'écllosion.

Remerciements à Gilles Lambert 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 2 de l'année 2006  
(semaines 5 à 9 [29 janvier au 25 février 2006])**

**Influenza et autres maladies à transmission aérienne ou par gouttelettes**

L'activité grippale à Montréal est maintenant élevée et toujours en hausse. Depuis le début de 2006, des éclosions de syndrome d'allure grippale (SAG) sont survenues dans 1 CH et 2 CHSLD; aucun agent n'a été identifié jusqu'à maintenant. De plus des éclosions de gastro-entérite d'allure virale ont été rapportées dans 4 CH et 6 CHSLD; au moins deux sont attribuables au norovirus. Enfin, le nombre des cas déclarés d'infections envahissantes à méningocoque au cours des dernières semaines de mars est anormalement élevé. Il n'y a pas de lien démontré entre les cas; toutefois, un des cas confirmés a eu un contact étroit qui a reçu tardivement la chimioprophylaxie et qui a ensuite manifesté des signes de la maladie mais chez qui le diagnostic n'a pas pu être confirmé.

Remerciements à Renée Paré et Josiane Létourneau pour l'information fournie.

**Infection gonococcique**

L'incidence de la gonorrhée a doublé par rapport à la dernière période; 61 cas ont été déclarés, ce qui représente un excès significatif par rapport au nombre de cas attendus. Il s'agit de 46 hommes et de 15 femmes. La proportion et le nombre absolu de femmes, tant pour la période 2 que pour le cumulatif des deux premières périodes, ont augmenté par rapport à 2005, ce qui suggère une augmentation de la transmission chez celles-ci. À suivre.

**Hépatite A**

Neuf nouveaux cas d'hépatite A ont été déclarés, dont 4 contractés lors d'un voyage en pays endémique et trois possiblement reliés à des expositions alimentaires locales. Une enquête est en cours.

Remerciements à Marie-Line Gilbert et pour l'information fournie.

**Cryptosporidiose**

Il s'agit de deux jeunes filles âgées entre 6 et 16 ans sans lien connu, qui présentaient des symptômes gastro-intestinaux. Aucun facteur de risque, tel que la baignade, les voyages, le contact avec des personnes en retour de voyage, le contact avec les animaux, l'alimentation ou autre, n'a pu être identifié pour un des cas. L'autre cas peut être relié à un voyage en pays endémique (Pakistan).

Remerciements à Séreikith Chheng pour l'information fournie.

***Streptococcus pneumoniae*, infection invasive**

En 2006, l'incidence a été de beaucoup inférieure à celle des autres années, pour les périodes 1 et 2. Toutefois, la distribution par âges n'a pas encore changé de façon appréciable. À cause du nouveau programme de vaccination, l'incidence devrait éventuellement baisser davantage chez les 0-4 ans et les 65 ans et plus que dans les autres groupes.

Remerciements à Roseline Thibeault pour son aide à la rédaction 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 3 de l'année 2006  
(semaines 9 à 12 [26 février 2006 au 25 mars 2006])**

### **Éclosions (influenza et gastro-entérite)**

L'activité grippale à Montréal demeure élevée mais elle est maintenant en baisse. Il s'agit principalement d'influenza du type A, dont on vient de confirmer la première éclosion, dans un CHSLD. Depuis le début de la saison de la grippe, les 3 éclosions en CHSLD et celle en CH avaient été des éclosions de syndromes d'allure grippale (SAG), négatives pour l'influenza. La vaccination demeure indiquée chez les groupes visés tant que l'activité grippale est élevée ou modérée. L'activité du virus respiratoire syncytial est elle aussi élevée, mais en baisse. Des éclosions de gastro-entérite se poursuivent dans trois CH.

*Remerciements à Josiane Létourneau et Renée Paré pour l'information fournie.*

### **Infections envahissantes à méningocoque**

Il y a eu cinq nouveaux cas confirmés au cours de cette période, pour un total de 9 cette année. À pareille date l'an dernier il n'y avait eu que deux cas. La Figure 1 détecte cet excès comme significatif. Le méningocoque du sérotype B est responsable de 4 infections, l'autre étant du groupe C. Les nouveaux cas sont d'âges variés et il n'y a pas de liens entre eux.

### **Infections gonococciques**

L'incidence demeure toujours élevée avec 57 nouveaux cas; elle dépasse la limite supérieure de l'intervalle de confiance de nos prévisions annuelles (27 cas attendus, avec un intervalle de confiance à 95 % d'environ 16 à 49). On retrouve de plus en plus de cas chez les femmes, surtout dans les groupes de 15-19 et 20-24 ans. Tous groupes d'âge confondus, la proportion de femmes était de 14 % en 2005, mais elle a augmenté à 39 % pour la période 3 de 2006. Il serait approprié que les cliniciens accordent un plus grand poids qu'auparavant à la possibilité d'une gonorrhée devant une patiente présentant des symptômes suggestifs.

*Remerciements à Gilles Lambert pour l'information fournie.*

### **Syphilis et lymphogranulomatose vénérienne (LGV)**

La hausse des cas de syphilis notée à la période 1 perdure. Quant à la LGV, l'incidence demeure élevée. Un bulletin Prévention en pratique médicale lui est consacré, disponible au site <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfppm/ppmmars2006.pdf>. Pour les deux maladies une majorité des cas sont séropositifs pour le VIH. Le fait que certains hommes gais aient des comportements sexuels à risque est particulièrement préoccupant vu la tenue des jeux gais (*Outgames*) à la fin de juillet. Une campagne médiatique de prévention est prévue à l'occasion des jeux; de l'information et du matériel seront distribués aux sites des compétitions.

*Remerciements à Gilles Lambert et Patrick Berthiaume pour l'information fournie.*

### **Leptospirose**

Un cas de leptospirose déclaré en février 2006, mais validé seulement le 11 avril, apparaît au cumulatif. Ce cas, acquis au Québec, est survenu chez un jeune homme qui a été hospitalisé à l'automne avec un tableau de fièvre, céphalées, nausées, vomissements, anorexie et douleur abdominale. À l'arrivée, on a noté un patient toxique, avec du méningisme, une éruption cutanée diffuse, une insuffisance rénale aigüe et une hépatite. Deux sérums prélevés à 6 semaines d'intervalle ont montré une augmentation significative des titres d'anticorps anti-*Leptospira*. L'épreuve EIA IgM était positive au premier sérum. Cet homme était propriétaire d'un chien, non vacciné contre la leptospirose, qu'il amenait se baigner dans le Saint-Laurent presque tous les jours. Son chien avait été malade, avec incontinence urinaire, de 7 à 10 jours avant le début de ses symptômes. La sérologie anti-*Leptospira* du chien est aussi positive.

*Sources : Annie-Claude Labbé, Hôpital Maisonneuve-Rosemont; Sereikith Chheng, DSP de Montréal; Isabelle Lévesque, MAPAQ; Djaouida Y. Chalal, MAPAQ.*

*Remerciements à Isabelle Samson pour son aide à la rédaction 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

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 4 de l'année 2006  
(semaines 13 à 16 [26 mars 2006 au 22 avril 2006])**

### **Influenza**

L'activité grippale à Montréal est maintenant faible. La vaccination n'est donc plus indiquée.

*Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie*

### **Tuberculose**

Le nombre de cas déclarés est en baisse, mais pas autant que le laissent croire les statistiques. Un retard dans la transmission des résultats des enquêtes empêche de valider certains cas. Il sera bientôt corrigé.

### **Oreillons**

Étant donné les éclosions survenues à Halifax (Nouvelle-Écosse) et dans le *midwest* américain (plus de 1300 cas), une surveillance provinciale accrue a été mise en place. Un appel à la vigilance a été lancé le 12 avril par la DSP aux vaccinateurs. On y recommande de 1) confirmer les cas dans la mesure du possible, soit par IgM, soit par deux IgG à 2-3 semaines d'intervalle, ou soit par culture virale en phase aigüe de la maladie (écouvillonnage nasopharyngé ou du canal parotidien principal, spécimen d'urine ou de LCR), 2) exclure les cas de l'école ou du milieu de travail jusqu'à 9 jours après le début de la tuméfaction, 3) encourager la vaccination des personnes réceptives âgées de 12 mois ou plus, nées en 1970 ou après, et 4) déclarer les cas à la santé publique. D'autres communications suivront, si la situation à Montréal le nécessitait.

*Remerciements à Louise Valiquette et Guy Lonergan pour l'information fournie*

### ***Haemophilus influenzae***

La vaccination anti-Hib protège seulement contre les souches capsulées de sérotype b, qui sont particulièrement virulentes. En 2004, une forte majorité des souches isolées étaient non capsulées, mais une souche, isolée chez un enfant vacciné, était de sérotype b. En 2005, trois des souches isolées étaient de ce sérotype; une seule provenait d'un enfant, de 13 ans, mais son statut vaccinal était inconnu. Des sept cas d'infection invasive déclarés jusqu'à maintenant en 2006, le plus jeune avait 12 ans et les autres avaient tous plus de 40 ans. Aucun cas n'était attribuable à une souche capsulée (la présence ou non d'une capsule est inconnue pour une souche). Ces données suggèrent que de moins en moins de cas déclarés d'infections invasives à *H. influenzae* sont évitables par la vaccination.

*Remerciements à Paul Rivest pour ses commentaires*

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Secteur Vigie et Protection

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 5 de l'année 2006  
(semaines 17 à 20 [23 avril 2006 au 20 mai 2006])**

## **Hépatite A**

Cinq déclarations nous sont parvenues durant la période. Deux des cas étaient symptomatiques et sont possiblement liés à des expositions alimentaires locales. Les cas asymptomatiques sont encore en investigation, mais ils risquent ne pas être retenus, car leurs résultats de recherche des IgM anti-VHA pourraient être de faux-positifs. À suivre dans les prochains Faits saillants.

## **Rougeole**

Depuis la parution des statistiques périodiques de la période 5, Montréal a connu deux cas de rougeole liés épidémiologiquement. D'abord, un jeune homme de 21 ans vivant au Québec depuis 1996 a présenté une rougeole 10 jours après son retour d'un voyage de deux mois dans son pays d'origine. Il aurait été immunisé contre la maladie, mais sans preuve. Il a consulté trois cliniques avant que la rougeole soit suspectée. La sérologie alors demandée a été effectuée 30 jours plus tard. Sa sœur de 17 ans a présenté la maladie 11 jours après lui; elle n'était pas du voyage et n'avait reçu qu'une dose de RRO. Une autre sœur plus jeune a pris part au voyage mais ne fut jamais atteinte; elle avait reçu ses deux doses de RRO. Il n'y a pas de cas tertiaires connus pour l'instant. La rougeole est une MADO par le médecin. Attendre de recevoir une confirmation de laboratoire pour ce faire peut occasionner des délais importants dans l'application des mesures de prophylaxie post-exposition disponibles pour les contacts réceptifs. Une alerte de santé publique a été envoyée, et une enquête entreprise pour comprendre les raisons du délai de réalisation du test. La rougeole demeure endémique dans plusieurs pays et il y a même des éclosions dans des pays industrialisés, notamment en Allemagne, où se déroule actuellement le Mondial de soccer.

## **Vacances**

Comme la saison des vacances est presque arrivée, nous vous rappelons de bien vouloir veiller à ce que les remplaçants des personnes qui participent à la déclaration des MADO aient été informés de cette responsabilité. Cela pour éviter qu'un retard dans la déclaration n'entraîne un retard dans l'application de mesures préventives.

Remerciements à Isabelle Samson pour sa contribution à l'ensemble du texte.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Secteur Vigie et Protection

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 6 de l'année 2006  
(semaines 21 à 24 [21 mai 2006 au 17 juin 2006])**

### **Hépatite D**

Le virus de l'hépatite D ne peut infecter que les personnes déjà infectées par celui de l'hépatite B. Quatre cas ont été déclarés depuis décembre 2005, qui sont les premiers à l'avoir été depuis que la maladie est une MADO. Il s'agit d'adultes d'âge moyen, qui étaient déjà connus comme cas d'hépatite B, deux comme porteurs chroniques. Toutefois, le test est disponible depuis longtemps à l'hôpital d'où proviennent trois des cas et nous savons que quelques autres cas y ont été diagnostiqués sans être déclarés. La déclaration va être étudiée, pour indiquer comment elle pourrait être le plus complète possible à l'avenir, et les conclusions vous seront présentées.  
*Remerciements à André Dascal et Muguette Aubé pour l'information fournie.*

### **Tuberculose**

Les dix cas déclarés sont en majorité extra-pulmonaires; les cas pulmonaires ne sont pas reliés à l'éclosion prolongée observée chez les UDI.  
*Remerciements à Josiane Létourneau pour l'information fournie.*

### **Hépatite A**

À des fins de surveillance, la simple détection d'IgM anti-VHA suffit en principe pour confirmer un cas d'hépatite A au Québec. Au cours de la période 5, cinq déclarations nous ont été transmises par différents laboratoires, concernant toutes des personnes sans aucune manifestation de la maladie. Toutefois aucune n'a été retenue comme représentant un cas aigu d'hépatite A. Deux des patients n'avaient finalement que des anticorps totaux anti-VHA, sans que les IgM aient été mesurés spécifiquement. Les trois autres patients avaient des IgM anti-VHA, détectés lors de dépistages pour diverses raisons, mais il n'y a aucune raison de croire qu'ils aient eu une hépatite A aiguë récente. La survenue de faux-positifs est bien documentée (MMWR, 13/5/2005, <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5418.pdf>). La recherche d'IgM anti-VHA ne devrait pas être utilisée comme test de dépistage, mais seulement comme outil diagnostique en présence de manifestations cliniques, ou d'un facteur de risque comme une exposition à un cas connu. Pour vérifier si un patient a déjà fait une hépatite A afin d'éviter de le vacciner inutilement, on doit rechercher les anticorps anti-VHA totaux; si le résultat est positif, il ne faut le déclarer que si les IgM sont connus comme positifs, ou si le patient présente des manifestations d'hépatite aiguë. (Deux des cinq cas apparaissent aux statistiques et vont en être retirés.)  
*Remerciements à Isabelle Samson, Paul Rivest et Louise Valiquette pour leur aide.*

### **Outgames, syphilis et lymphogranulomatose vénérienne (LGV)**

Les 1ers Outgames mondiaux qui se tiendront à Montréal du 29 juillet au 5 août 2006 attireront plus de 12 000 athlètes et environ 250 000 visiteurs, dont une grande proportion proviennent de pays où sévissent, tout comme à Montréal, des épidémies de syphilis et de LGV parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. De plus, ces deux maladies augmentent le risque de contracter ou de transmettre le VIH. Comme leurs signes et symptômes, s'il y en a, apparaissent de quelques jours à quelques mois après l'exposition, il est important d'être à leur affût non seulement pendant les jeux mais aussi pendant plusieurs semaines après ceux-ci. On pensera aussi au dépistage chez les personnes asymptomatiques possiblement exposées.  
*Remerciements à Gilles Lambert pour l'information fournie.*

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Secteur Vigie et Protection

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 7 de l'année 2006  
(semaines 25 à 28 [18 juin 2006 au 15 juillet 2006])**

### ***E. coli* producteur de vérocytotoxine**

Au cours de la période, 5 cas ont été déclarés, et 8 autres l'ont été depuis, pour un total de 13 infections à *E. coli* O157:H7 en juillet. Un même pulsovar a été identifié chez 12 de ces cas. Aucun décès n'est survenu, mais il y a eu un cas de syndrome hémolytique urémique. Dans l'ensemble du Québec, 40 cas ont été déclarés au cours de la même période (surtout entre le 9 et le 17 juillet), provenant de 8 régions différentes, et touchant surtout les personnes âgées de plus de 10 ans. Il y a eu aussi quelques cas dans des territoires limitrophes (Nouveau-Brunswick, Vermont, Ontario), dont un acquis au Québec. La majorité des cas serait reliée à la consommation ou à la manipulation de viande hachée crue ou insuffisamment cuite. Bien que la source exacte n'ait pas encore été identifiée, un rappel de boeuf haché en provenance du Marché d'alimentation Adonis à Montréal (près duquel habitent quatre des patients) et d'un supermarché dans la région de Lanaudière a été lancé le 4 août. Les mesures de prévention en lien avec la cuisson adéquate et la manipulation de la viande ont été rappelées à la population par un communiqué de presse : [www.msss.gouv.qc.ca/index.php](http://www.msss.gouv.qc.ca/index.php), [www.mapaq.gouv.qc.ca/Fr/Centre\\_Presse/Communiqués/2006/06207.htm](http://www.mapaq.gouv.qc.ca/Fr/Centre_Presse/Communiqués/2006/06207.htm)

### **Salmonellose**

Trente-deux cas de salmonellose ont été déclarés. Il s'agit d'une augmentation qui se rapproche du seuil de signification. On a observé 8 cas dus au *Salmonella enteritidis* (dont 50% sont d'un même sérotype). Six des cas se sont produits chez des personnes d'origine pakistanaise et quatre cas habitent Côte-des-Neiges. L'enquête se poursuit.

### **Infection gonococcique**

Les 61 cas déclarés représentent une augmentation significative. Elle a commencé au cours de la période 2 de 2006 mais elle est plus marquée actuellement. La moitié des cas se trouvent chez les individus âgés de 20 à 29 ans. La proportion de femmes parmi les cas âgés entre 15 et 19 ans est plus élevée que dans les autres groupes d'âge. Comme la majorité d'entre elles étaient asymptomatiques, il pourrait être indiqué de donner une plus grande importance que d'habitude au dépistage, en cette période d'excès, chez les adolescentes présentant des facteurs de risque. Finalement, 8 des infections étaient résistantes à la ciprofloxacine, d'où la nécessité de prescrire la céfixime (Suprax) en première ligne, sauf contre-indications.

*Remerciements à Gilles Lambert pour l'information fournie.*

### **Outgames et ITSS**

Même si les jeux sont terminés, comme la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne ont des périodes d'incubation relativement longues (jusqu'à trois mois pour la syphilis), il est pertinent de demeurer à leur affût chez les personnes à risque.

### **Virus du Nil occidental**

Nous arrivons à la période de l'année où l'incidence tend à augmenter au Québec. Il n'y a pas encore eu de cas déclarés à Montréal, mais un cas probable est survenu dans les Laurentides.

*Remerciements à Geneviève Perreault pour son aide à la rédaction du texte.*

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Secteur Vigie et Protection

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 8 de l'année 2006  
(semaines 29 à 32 [16 juillet 2006 au 12 août 2006])**

***E. coli* producteur de vérocytotoxine (O157:H7)**

Les cas mentionnés dans les précédents Faits saillants apparaissent maintenant aux statistiques de la période 8. Il y en a eu trois autres depuis la fin de la période, mais leurs pulsovars sont tous différents de celui de l'écllosion et aucun ne rapporte de consommation de bœuf haché insuffisamment cuit. Un d'eux, un garçon, a dû être hospitalisé pour syndrome hémolytique urémique, et il a requis deux transfusions sanguines (possiblement à cause de la gravité de sa diarrhée sanglante ou de son hémolyse). Il est maintenant remis. Son père avait le même pulsovar que lui et ses symptômes ont commencé une semaine plus tard, ce qui en fait un cas secondaire, acquis par transmission de personne à personne.

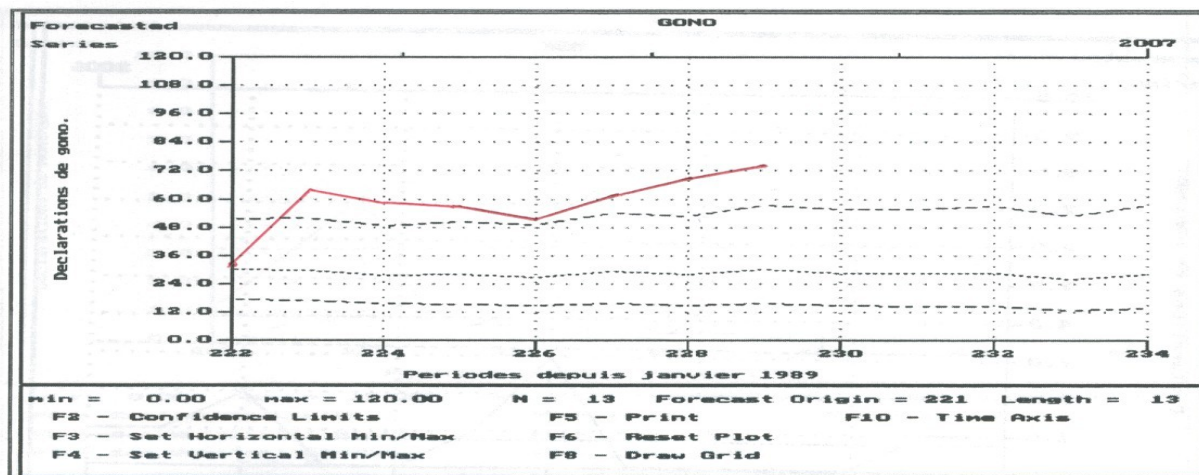
Voir carte répartition cas, Montréal

*Remerciements à Muguette Aubé, Geneviève Perreault et Nadine Sicard pour l'information fournie.*

**Infection gonococcique**

Comme le montre le graphique pour 2006 reproduit plus bas, l'écllosion commencée à la période 2 se poursuit. La ligne continue représente les nombres de cas déclarés pour les périodes 1 à 8, la ligne pointillé fine, les nombres de cas prévus pour ces mêmes périodes, et les deux lignes formées de traits, l'écart de confiance à 95 % des prévisions. À la période 8, la proportion de cas chez les hommes (78%) est la même que pour les périodes précédentes (75%). Une analyse par site d'infection, âge et sexe mène à deux constats, quand on compare la période 8 aux périodes 1 à 7. 1) Chez les 15-24 ans, le taux d'incidence a augmenté chez les femmes et diminué chez les hommes. Toutes les infections chez les femmes depuis le début de l'année sont au col utérin sauf pour 2 au pharynx. 2) Chez les 25 à 29 ans, le taux chez les hommes a plus que doublé, passant à 214 par 100 000, l'augmentation étant (proportionnellement) la même pour tous les sites d'infection (gorge, urètre, rectum). Leur taux est le plus élevé de toutes les catégories d'âge et de sexe; le taux d'ensemble est de 40 par 100 000. Ces constats indiquent qu'on doit accorder, chez les femmes de 15 à 24 ans et les hommes de 25 à 29 ans, une attention particulière à la détection de l'infection, à son traitement rapide et à la notification aux partenaires.

*Remerciements à Gilles Lambert pour l'information fournie.*



Note explicative préparée par  
 Robert Allard, MD, MSc., FRCPC  
 Lucie Bédard, MSc. inf., MPH  
 Bureau de surveillance épidémiologique  
 Secteur Vigie et Protection  
 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 2006  
(semaines 33 à 36 [13 août 2006 au 09 septembre 2006])**

### **Maladie de Lyme**

Quatre déclarations ont été reçues depuis le début de 2006, mais seulement un cas a été validé. Les trois autres cas représentaient 1) un résultat sérologique faux positif chez un patient qui n'avait ni exposition probable à *Ixodes scapularis*, ni symptômes caractéristiques de la maladie, 2) un cas en suspens parce que le tableau clinique est encore mal documenté, et 3) un autre cas en suspens, parce que l'enquête n'est pas terminée. Ce patient est aussi atteint de babésiose. Le cas validé avait une sérologie positive, de la fièvre, un érythème prolongé (bien que non migrateur), une arthrite d'un poignet et d'une cheville, et il avait voyagé au New Jersey et dans le nord de l'état de New York. Le paragraphe suivant discute de la difficulté de valider les MADO rares, qui touche à la fois la maladie de Lyme et les oreillons.

*Remerciements à Muguette Aubé pour l'information fournie.*

### **Oreillons**

Parmi les déclarations reçues récemment, aucune n'a été retenue comme représentant un cas valide à des fins de surveillance. Pour certains des cas, le tableau clinique était très typique de la maladie, mais les résultats de la recherche d'IgM ou de la culture virale n'étaient pas conformes à la définition nosologique employée en surveillance. Actuellement, la définition nosologique de beaucoup de maladies évitables par la vaccination s'appuie sur des épreuves de laboratoire assez spécifiques, puisque, plus une maladie devient rare, plus la confirmation de cette maladie par la seule présence de symptômes devient hasardeuse (risque élevé de faux positifs), lorsque d'autres agents que celui sous surveillance peuvent causer des symptômes semblables ou identiques, ce qui est le cas pour les parotidites. De plus, la plupart des cas valides représentent alors des échecs vaccinaux. Pour ces raisons, on recherche la plus grande spécificité possible dans la définition de cas. La conséquence inévitable de ce parti pris est une sensibilité plus faible de la définition. Ceci pourrait diminuer notre capacité de détecter des éclosions. Cependant, des antécédents de contact avec un cas prouvé par laboratoire (identifiés par le médecin traitant ou lors de l'enquête épidémiologique qui suit la déclaration) suffisent à confirmer le diagnostic d'oreillons dans les situations où les résultats de laboratoire ne sont pas concluants. L'accès à un test d'amplification génique pourrait aussi aider, s'il devenait plus rapidement disponible; actuellement, il est possible de prendre des arrangements avec le LSPQ pour faire faire ce test, lorsque les autres sont non concluants. Enfin, le signalement à la DSP par les cliniciens de cas non confirmés demeure utile même si ces cas n'apparaissent pas aux statistiques, car la DSP en tient compte pour établir le tableau épidémiologique d'ensemble de la maladie. Pour plus d'informations, voir le site <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/rougeole/md12042006.html> (sic).

*Remerciements à Paul Rivest pour l'information fournie.*

### **Giardiase**

Pour la période 9, ni la distribution géographique des cas ni celle par âges (0-14 ans vs 15+), données disponibles sans enquête, ne sont différentes de celles pour l'ensemble de l'année 2006 jusqu'à maintenant. Bien que le nombre de cas déclarés pour l'ensemble de la période soit dans la normale, durant la dernière semaine de la période, 9 cas ont été déclarés et 16 durant les deux semaines suivantes. Un total de 25 cas en trois semaines est exceptionnel et nous suivons la situation, au cas où elle représenterait le début d'un excès à investiguer.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Secteur Vigie et Protection

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 10 de l'année 2006  
(semaines 37 à 40 [10 a septembre 2006 au 07 octobre 2006])**

## **Botulisme**

Deux cas suspects de botulisme ont été déclarés à Montréal. Un des cas n'a pas été retenu et l'autre est présentement en investigation. Aux États-Unis, quatre cas ont été signalés en lien avec l'ingestion de jus de carottes, et deux en Ontario. Le 30 septembre dernier, l'Agence canadienne d'inspection des aliments a demandé un rappel des marques incriminées ([www.inspection.gc.ca/francais/corpaffr/recarapp/2006/20060930f.shtml](http://www.inspection.gc.ca/francais/corpaffr/recarapp/2006/20060930f.shtml)). Si un cas de botulisme est suspecté, il faut aviser immédiatement la Direction de santé publique afin de faciliter l'enquête épidémiologique, et obtenir précocément une culture pour *Clostridium botulinum* et une recherche de toxine botulinique dans le sérum ou les selles. Il est important d'aviser le patient ou ses proches de conserver le ou les aliments suspects pour que des analyses bactériologiques soient effectuées. Les détails de la procédure apparaissent dans le fichier [ci-joint](#).

## **Hépatite D**

Depuis 2003, 12 cas d'hépatite D ont été déclarés à Montréal, dont 9 en 2006. Parmi les infections de 2006, 4 ont été déclarées spontanément et 5 ont été retracées à la suite d'une recherche auprès des laboratoires déclarants. Ces infections avaient été diagnostiquées entre 2003 et 2005 mais n'avaient pas été déclarées à ce moment. La majorité des personnes infectées sont des hommes âgés de 30 à 59 ans, d'origine immigrante. Tous sont porteurs chroniques d'hépatite B. Un questionnaire d'enquête épidémiologique administré à 7 personnes infectées a révélé que les facteurs de risque les plus fréquemment identifiés sont l'utilisation de drogues intraveineuses et/ou la présence d'un porteur d'hépatite B dans la famille. Bien que la liste des maladies à déclaration obligatoire ne mentionne pas explicitement l'hépatite D, cette infection fait partie de la catégorie « Hépatites virales » et doit être déclarée. (Les hépatites A, B et C sont mentionnées dans la liste à titre d'exemples, non pas pour limiter la déclaration à ces trois hépatites.)

## **Tuberculose**

Les 11 cas de la période 10 représentent un léger excès significatif par rapport aux prévisions annuelles et le nombre de déclarations continue d'être élevé pendant la période 11. Il n'y a encore aucune raison évidente à cet excès et nous y reviendrons dans de prochains Faits saillants. *Remerciements à Alexandra Kossowki pour l'information fournie.*

Remerciements à Geneviève Perreault pour son aide à la rédaction du texte.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Secteur Vigie et Protection

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 11 de l'année 2006  
(semaines 41 à 44 [08 octobre 2006 au 04 novembre 2006])**

### **Coqueluche dans une famille**

Une fillette de 2 mois a eu un diagnostic confirmé à Ste-Justine. Trois frères ou sœurs, deux au primaire et une au secondaire, ont ensuite présenté des symptômes compatibles avec la maladie, malgré une vaccination adéquate (sauf pour un rappel manquant). Les démarches requises ont été faites dans les écoles concernées, mais pas de vaccination de masse. La prophylaxie post-exposition a été administrée à la famille par le médecin traitant. Nous sommes à la période de l'année où la transmission de la coqueluche est habituellement le plus intense; une vaccination à jour demeure la meilleure protection, complémentée par des mesures de santé publique quand la maladie survient malgré tout.

*Remerciements à Geneviève Perreault et Jérôme Latreille pour l'information fournie.*

### **Tuberculose**

L'excès significatif observé à la période 10 se poursuit. Toutefois, le nombre cumulé de cas pour l'année n'est pas supérieur à celui des années précédentes. En fait, les nombres de cas par période ont diminué graduellement dans la deuxième moitié de 2005, jusqu'à 0 au début de 2006, pour se mettre à augmenter en 2006, atteindre le seuil d'excès significatif à la période 9 et le dépasser à la période 10. Aucun phénomène ou événement particulier n'explique ces changements.

*Remerciements à Alexandra Kossowski pour l'information fournie.*

### **Infection gonococcique**

Depuis la période 2, la gonorrhée se maintient à un niveau significativement plus élevé que l'an dernier. Ce phénomène n'est pas dû à des situations ponctuelles et s'observe dans la majorité des régions de la province. Il représente peut-être le nouveau niveau d'endémicité de la maladie pour la région, ou même seulement le niveau minimum d'endémicité auquel il faut s'attendre dans les prochaines années. Un autre changement important est que la proportion de cas chez des femmes est passée de 14 % en 2005 à 26 % en 2006.

*Remerciements à Gilles Lambert pour l'information fournie.*

### **Éclosions de gastroentérites**

Au cours des dernières semaines, de nombreuses éclosions de gastroentérites nous ont été signalées par différents milieux : CHSLD (7), écoles (1) et CPE (6). En CHSLD, dans les quatre cas où un agent a été identifié, il s'agissait du norovirus; en CPE, cinq des éclosions étaient d'allure virale.

*Remerciements à Nadine Sicard et à Jérôme Latreille pour l'information fournie.*

### **Influenza**

Aucun cas d'influenza n'a encore été identifié en laboratoire cet automne pour la région de Montréal, mais il y en a eu un à Laval, le seul dans la province pour l'instant.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Secteur Vigie et Protection

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 12 de l'année 2006  
(semaines 45 à 48 [05 novembre 2006 au 02 décembre 2006 ])**

### **Yersiniose**

Le nombre de cas pour la période 12 présente un excès significatif selon la figure 1, et le nombre cumulé de cas jusqu'à cette période est en nette augmentation par rapport à l'année 2005, passant de 21 à 31. On dénombre quatre cas chez des hommes et deux chez des femmes, mais il n'y a eu aucun cas chez des enfants, contrairement au reste de l'année. Une revue de quatre dossiers de cette période a fait état de voyages à l'étranger dans deux cas, mais d'aucune exposition pouvant expliquer les autres cas. D'une manière générale, la transmission est fécalo-orale, de personne à personne, ou par consommation d'eau ou d'aliments contaminés, en particulier la charcuterie.

*Remerciements aux infirmières aux enquêtes et à Marie-Line Gilbert pour l'information fournie.*

### **Éclosions de gastroentérites dans des CHSLD, des CH et dans la communauté**

Les éclosions de gastroentérites se poursuivent. Depuis l'automne, quatorze épisodes ont été rapportés dans des CHSLD. La plupart sont d'allure virale, et le norovirus a été identifié dans quatre CHSLD. Il y a eu neuf épisodes en CH, dont trois ont été confirmés pour calicivirus ou norovirus. Enfin, plusieurs éclosions sont survenues dans la communauté (écoles, CPE et regroupements privés). D'autres régions du Québec sont aussi affectées. Ailleurs dans le monde, on a observé une recrudescence du norovirus, notamment en Europe, aux États-Unis et au Japon, mais les souches ne sont pas reliées à celles circulant au Québec. Pour plus de détails :

<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/061214.asp#1>

<http://www.sfgate.com/cgi-bin/article.cgi?f=/c/a/2006/12/13/BAGEOMU6PQ9.DTL&feed=rss.bayarea20061217.3544>

<http://www.yomiuri.co.jp/dy/national/20061216TDY02008.htm>

*Remerciements à Nadine Sicard pour l'information fournie.*

### **Éclosion de *C. difficile* dans un CHSLD**

Cinq cas, qui présentaient peu de symptômes, ont été confirmés par laboratoire. Le cas initial est survenu au retour d'une hospitalisation dans un centre hospitalier. Il serait prudent de surveiller pendant deux mois tout changement de selles survenant chez un résident de CHSLD au retour d'une hospitalisation ou après un examen effectué en centre hospitalier pouvant comporter un risque d'acquisition du *C. difficile*, et de mettre en place les mesures de prévention appropriées. Ceci s'appliquerait qu'il y ait ou non des cas connus de *C. difficile* au centre hospitalier et que le patient ait pris ou non des antibiotiques.

*Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie*

### **Pneumonies et infections invasives à *Streptococcus pneumoniae***

Une importante épidémie à *S. pneumoniae* de sérotype 5 est en cours depuis plusieurs mois, surtout parmi les itinérants et les UDI, en Colombie-Britannique, en Alberta, au Saskatchewan et au Manitoba. Comme l'épidémie est due à un pulsovar spécifique, la caractérisation complète des souches isolées de ces populations, via le LSPQ, serait indiquée pour monitorer une éventuelle extension à notre région. Le sérotype 5 n'est pas inclus dans le vaccin heptavalent, mais il l'est dans le vaccin 23-valent. Des programmes spéciaux de vaccination des populations à risque par le vaccin 23-valent ont été mis en place dans certaines régions touchées des provinces où sévissent les éclosions.

*Source : CNPHI/RCRSP*

### **Influenza**

Un cas d'influenza A a été signalé à Montréal chez un homme âgé entre 20-29 ans. La circulation virale est faible. Par contre, celle du VRS demeure très active (315 cas recensés); on administre du palivizumab aux prématurés. Il y a trois éclosions de syndrome d'allure grippale dans des CHSLD, sans diagnostic précis. La campagne de vaccination contre l'influenza est toujours en cours.

*Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie.*

*Remerciements à Harry-Pierre Lorfils pour son aide à la rédaction du texte.*

*Nous nous remercions pour votre contribution à la surveillance et nous souhaitons*

*Joyeuses fêtes et bonne année à tous!*

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Secteur Vigie et Protection

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 13 de l'année 2006  
(semaines 49 à 52 [03 décembre 2006 au 30 décembre 2006])**

### **Éclosions de gastroentérites**

Les éclosions de gastroentérites se poursuivent toujours, tant en CH qu'en CHSLD. Au 10 janvier, 10 CH et 16 CHSLD en présentaient une. Il est important de déclarer à la DSP toute nouvelle éclosion dès qu'elle est constatée, pour nous permettre de surveiller la situation et détecter tout nouveau phénomène le plus tôt possible. La DSP peut parfois aussi offrir des conseils utiles sur les mesures de contrôle.

*Remerciements à Jérôme Latreille et Marie-Line Gilbert pour l'information fournie.*

### **Influenza**

Deux seuls cas d'influenza A ont été signalés à Montréal au cours des trois semaines se terminant le 13 janvier 2007; toutefois, on note une légère augmentation nombre d'appels à Info-Santé concernant les problèmes respiratoires et une augmentation des consultations pour syndrome d'allure grippale dans certaines urgences pédiatriques. Les régions de Laval et des Laurentides semblent actuellement plus touchées par l'influenza que Montréal mais, dans l'ensemble du Québec, on ne confirme encore que de 10 cas ou moins par semaine. La circulation du virus de l'influenza semble donc augmenter mais demeure toujours faible. (Celle du VRS est encore active.) Environ 50% des souches d'influenza A H3N2 sont résistantes à l'amantadine, qui demeure donc non recommandée. L'étiquette respiratoire et les précautions contre les gouttelettes autour des personnes symptomatiques sont indiquées, et l'immunisation peut encore être administrée avec profit au moins jusqu'à la mi-mars. Veuillez consulter [Info-Grippe](#) sur le site de la DSP pour de plus amples informations.

*Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie.*

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Secteur Vigie et Protection

Direction de la santé publique de Montréal-Centre

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

(514) 528-2400