

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 1 de l'année 2007
(semaines 1 à 4 [31 décembre 2006 au 27 janvier 2007])**

Éclosions de gastroentérites

Les éclosions de gastroentérites se poursuivent encore dans les centres hospitaliers de soins aigus (CH) et de longue durée (CHSLD). Montréal compte 84 CHSLD parmi lesquels 42 ont eu au moins une éclosion de gastroentérite. En date du 7 février, 21 éclosions étaient toujours en cours. Parmi les 33 CH, 24 ont eu au moins une éclosion de gastroentérite, dont 18 sont en cours. Ces chiffres sont en hausse par rapport à la période précédente. Il convient de rappeler aux établissements de santé de faire la déclaration de toute nouvelle éclosion à la direction de santé publique.

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

Influenza

Plusieurs cas d'influenza A ont été recensés à Montréal pour les semaines se terminant le 3 et le 10 février. La circulation du virus de l'influenza est en augmentation pour atteindre le niveau *modéré*. Depuis le début de la saison, il y a eu une éclosion d'influenza A, deux de B et une de virus respiratoire syncytial (VRS) confirmées et deux éclosions de syndrome d'allure grippale sans diagnostic précis dans les CHSLD. En situation d'éclosion d'influenza B en milieu d'hébergement et de soins de longue durée, considérant que la souche de type B/Shangai/361/2002 identifiée au Québec jusqu'à maintenant n'est pas incluse dans le vaccin administré cette saison, il convient d'offrir la prophylaxie à tous les employés et à tous les résidents, vaccinés ou non. L'application de cette recommandation doit tenir compte de la probabilité de la survenue de cas du même type. Le VRS circule encore, mais il est en baisse. L'étiquette respiratoire et les précautions contre les gouttelettes autour des personnes symptomatiques restent de rigueur et l'immunisation demeure fortement recommandée jusqu'à la fin du mois de mars. Pour plus de détails, consultez le site <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/grippe/infogrippe.html>.

Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie

Campylobactériose

Bien qu'il n'y ait pas d'excès de cas déclarés en 2007, certains indices (noms, âge et lieu de résidence) laissent craindre qu'il y ait eu transmission de l'infection, surtout aux enfants, à l'occasion de la fête du mouton, célébrée annuellement par les musulmans. Un excès significatif de cas associé à cette fête a eu lieu au début de 2005 et des cas ont aussi été rapportés en 2006. Les cas de cette année sont donc enquêtés dans le but d'obtenir des informations pouvant aider à prévenir une nouvelle éclosion au début de 2008. Les résultats vous seront transmis dès que disponibles.

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 2 de l'année 2007
(semaines 5 à 8 [28 janvier 2007 au 24 février 2007])**

Éclosions de gastroentérites

Au 9 mars, 26 des 33 CH de la région avaient eu au moins une éclosion de gastro-entérite, dont 4 étaient encore en cours. Des 84 CHSLD, 49 avaient eu au moins une éclosion, dont 4 encore en cours. Ceci représente une baisse importante du nombre d'éclosions en cours. À notre connaissance, le seul agent identifié depuis le début de la saison, quand un l'a été, est le norovirus (ou un agent non précisé de la famille des *caliciviridae*), sauf pour une petite éclosion attribuable à des salmonelles du groupe C. SVP, continuer de déclarer toute nouvelle éclosion à la Direction de santé publique.

Remerciements à Jérôme Latreille pour l'information fournie.

Syndromes d'allure grippale et influenza

Au 14 mars, il y avait eu une éclosion de SAG dans un CH, maintenant terminée, de 4 cas, dont 1 positif pour le virus de l'influenza A. Dans les CHSLD, il y avait eu 13 éclosions de SAG, dont 6 attribuables à l'influenza A, 3 à l'influenza B, et 1 au virus respiratoire syncytial. Deux éclosions étaient encore en cours. Dans l'ensemble de la population de Montréal, 110 cas d'influenza A et 11 de B ont été confirmés durant les deux semaines se terminant le 10 mars. La circulation du virus atteint donc le niveau élevé et elle est en hausse par rapport aux semaines précédentes. Les nombres d'appels à Info-Santé concernant la grippe sont eux aussi en augmentation. Rappelons encore une fois que l'étiquette respiratoire et les précautions contre les gouttelettes autour des personnes symptomatiques restent de rigueur et que l'immunisation demeure fortement recommandée jusqu'à la fin du mois de mars. Pour plus de détails, consultez le site <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/grippe/infogrippe.html>.)

Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie

Tuberculose

Des excès significatifs de cas de tuberculose ont été mentionnés dans de précédentes Notes explicatives concernant les périodes 9 à 11 de 2006. Vérification faite, il ne s'agit pas d'une augmentation de l'incidence de la maladie, mais d'une accélération du processus de validation des cas, une fois déclarés à la DSP. En effet, si un cas n'est pas encore validé 10 jours après la fin de la période pendant laquelle il a été déclaré, il n'apparaîtra pas aux statistiques de la période au moment de leur première parution, mais il y sera ajouté rétroactivement au moment de sa validation et y apparaîtra lors d'une parution ultérieure, parmi les cas cumulés des périodes antérieures. Le « problème » reflète en fait une amélioration du processus de surveillance.

Remerciements à Paul Rivest et Harry-Pierre Lorfils 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 3 de l'année 2007
(semaines 9 à 12 [25 février 2007 au 24 mars 2007])**

Nous nous excusons du retard dans l'envoi des statistiques périodiques.

Éclosions de gastroentérites

Au 30 mars, 28 des 33 CH de la région avaient eu au moins une éclosion de gastro-entérite, dont 3 étaient encore en cours. Des 84 CHSLD, 55 avaient eu au moins une éclosion, dont 5 encore en cours. Le nombre d'éclosions en cours est moindre que dans les périodes précédentes, mais il a diminué moins rapidement qu'on aurait pu espérer.

Remerciements à Jérôme Latreille pour l'information fournie.

Syndromes d'allure grippale (SAG) et influenza

Au 13 avril, dans les CHSLD, il y avait eu 18 éclosions de SAG (9 d'influenza A, 4 de B, 1 de VRS et 4 d'agent inconnu), dont une en cours. De plus, il y avait une éclosion dans un CH (d'influenza A) encore en cours. Dans l'ensemble de la population de Montréal, 36 cas d'influenza A et 58 de B ont été confirmés durant les quatre semaines se terminant le 14 avril. La circulation du virus demeurerait élevée, bien qu'elle ait diminué à Montréal par rapport aux semaines précédentes. Les appels à Info-Santé pour SAG étaient eux aussi en baisse. Même si le pic de la saison d'influenza a été atteint à la mi-mars, une éclosion de A a été déclarée le 3 avril. Rappelons encore une fois que l'étiquette respiratoire et les précautions contre les gouttelettes autour des personnes symptomatiques restent de rigueur. L'immunisation demeure pertinente pour les personnes à haut risque de complications de l'influenza, même si elle ne l'est plus de façon systématique pour la population générale. Pour plus de détails, consultez le site <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/grippe/infogrippe.html>.)

Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie

Infections invasives à *Streptococcus pneumoniae*

Le nombre de cas est presque le double de celui de l'année 2006 à même époque (69 vs 37). Il reste toutefois plus petit que ceux de 2005 (106), 2004 (93), 2003 (74), et presque égal à celui de 2002 (64). La comparaison montre que c'est l'année 2006 qui présentait un taux inhabituellement bas. De plus, la proportion de cas chez les moins de 5 ans montre une légère tendance à la baisse depuis 2004. Les deux phénomènes pourraient refléter l'effet de la vaccination des nourrissons, instaurée en 2004. Au niveau du Québec, l'effet de la vaccination des nourrissons sur l'incidence de la maladie est plus évident, et la hausse en 2007 par rapport à 2006 est attribuable surtout aux souches contre lesquelles le vaccin n'offre pas de protection. (Source : Daniel Bolduc, INSPQ)

Infections invasives à *Streptococcus pyogenes* du groupe A

Un excès fortement significatif de 11 cas, touchant surtout le nord de l'île, entre le 2 et le 19 avril, a été détecté (alors que moins de 1 cas était attendu pour la même période). Il y a eu un décès, d'un patient immunosupprimé. L'âge moyen de ces cas (26 ans) est plus bas que pour les cas de 2007 précédant l'agrégat (51 ans), à cause d'une proportion plus élevée d'enfants (4, dans 4 garderies différentes). L'enquête épidémiologique n'a pas révélé de lien entre les cas. Les souches vont être envoyées au LSPQ pour électrophorèse en champ pulsé afin de déterminer si les cas partagent une ou plusieurs souches.

Remerciements à Alexandra Kossowski, Pierre Pilon, Heather Hannah et Marie-Line Gilbert 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 4 de l'année 2007
(semaines 13 à 16 [25 mars 2007 au 21 avril 2007])**

Syndromes d'allure grippale (SAG) et influenza

Les deux sont en baisse. L'activité grippale est maintenant faible, mais l'influenza B continue d'être nettement plus fréquente que la A. Le virus respiratoire syncytial circule moins qu'auparavant et l'administration du palivizumab n'est plus pertinente.

Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie

Amibiase

L'excès significatif est en grande partie dû aux déclarations provenant d'un même laboratoire et au fait que, pour des raisons financières, de moins en moins de laboratoires font la distinction entre *E. histolytica* et *E. dispar*. En l'absence de cette information, le cas apparaît aux statistiques périodiques, bien que seules les infections dues à *E. histolytica* soient à déclaration obligatoire. Les statistiques contiennent donc un nombre croissant de cas dus à *E. dispar* qui n'y auraient pas figuré autrefois. Le MSSS est au fait de la situation.

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

Infections invasives à *Streptococcus pyogenes* du groupe A

L'excès noté dans les derniers Faits saillants apparaît maintenant aux statistiques périodiques. Nous sommes en attente des résultats de l'électrophorèse en champ pulsé.

Omission de la déclaration

La surveillance active dans le cadre de l'enquête de l'excès mentionné au paragraphe précédent a identifié 5 cas qui n'avaient pas été déclarés. De plus, un cas récent d'infection envahissante à méningocoque et un d'hépatite A ne sont parvenus à notre attention qu'indirectement. Ces événements sont d'autant plus surprenants qu'il s'agit de MADO importantes, habituellement bien déclarées. Nous allons faire des démarches auprès des déclarants concernés. Nous aimerions aussi être informés s'il y avait actuellement une situation qui compliquait ou retardait la déclaration des MADO.

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 (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 2007
(semaines 17 à 20 [22 avril 2007 au 19 mai 2007])**

Rougeole et oreillons

Dans les dernières quelques semaines, il y a eu à Montréal trois cas de rougeole et trois d'oreillons. Il y en a eu de plus 11 de rougeole et 1 d'oreillons dans les régions limitrophes, certains chez des personnes qui fréquentent Montréal. Un des cas d'oreillons de Montréal est relié à l'éclosion qui a commencé en Nouvelle-Écosse. L'indice de suspicion des cliniciens doit donc être particulièrement élevé pour ces deux maladies et tout cas suspect doit être déclaré à la DSP le plus tôt possible, même avant la confirmation du diagnostic, au (514) 528-2400 (demander le médecin de garde en maladies infectieuses).

Infections invasives à *Streptococcus pyogenes* du groupe A

L'éclosion mentionnée dans les deux précédents faits saillants est apparemment terminée. L'électrophorèse en champ pulsé a révélé qu'un type électrophorétique était prédominant durant la période de l'éclosion, mais qu'il avait aussi causé des cas durant la période allant de janvier 2007 jusqu'au début de l'éclosion. La différence dans la proportion de cas dus à ce type entre ces deux périodes n'est pas statistiquement significative. Ce même type a déjà été identifié fréquemment et à différents moments dans le passé au Québec.

Remerciements à Heather Hannah pour l'information fournie, aux hôpitaux qui ont fourni les souches et à Johanne Ismaël du LSPQ pour l'électrophorèse.

Hépatite A

Huit cas ont été déclarés alors que 4 environ étaient attendus. Cet excès, statistiquement significatif, est attribuable à deux patients index différents, dans l'entourage desquels (famille et garderie) d'autres cas ont été identifiés lors des enquêtes. Comment les patients index ont acquis l'infection n'a pas été entièrement clarifié, mais un cas pourrait être attribuable indirectement à un voyage en pays endémique.

Remerciements à Jérôme Latreille, Muguette Aubé et Johanne Boisvert pour l'information fournie.

Infections envahissantes à méningocoques

Les trois cas représentent un excès significatif, mais il n'y a pas de lien connu entre eux. Les sérogroupes sont deux B et un C.

Infection gonococcique

Depuis le début de l'année, les nombres de cas sont à la limite supérieure de l'écart de confiance des prévisions. La période 5 présente le premier excès significatif, bien que l'incidence déclarée de la maladie soit en hausse à Montréal depuis le début de 2006. De plus, la proportion de cas chez les femmes est en augmentation, au Québec et ailleurs, depuis quelques années; plus spécifiquement, pour la période 5, la proportion de cas féminins est beaucoup plus élevée chez les 15-19 ans (75%) qu'aux autres âges (23%). Il importe que tous soient attentifs à cette augmentation persistante de l'incidence de la gonorrhée, pour éventuellement en comprendre les causes et y apporter une solution.

Remerciements à Gilles Lambert pour l'information fournie.

Listériose

Quatre cas ont été déclarés dans les dernières semaines, dont un chez une femme enceinte, qui a perdu son fœtus. Pour deux cas l'enquête est terminée et pour les autres elle est en cours. Cette MADO est habituellement contractée d'une source alimentaire et il est important d'aviser le patient de conserver au réfrigérateur (mais pas au congélateur) tout reste d'aliment suspect, en particulier les charcuteries et les produits laitiers non pasteurisés.

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 2007
(semaines 21 à 24 [20 mai 2007 au 16 juin 2007])**

Rougeole

Durant la période 6, 4 cas de rougeole ont été déclarés à Montréal. Une éclosion de rougeole progresse au Québec depuis le mois d'avril 2007. Les régions limitrophes de Montréal, et particulièrement la Montérégie (23 cas déclarés sur 65 en date du 6 juillet 2007), semblent les plus touchées. La majorité des cas rapportés au Québec (57/65) sont considérés comme non-immuns; jusqu'à présent, seulement 3 cas d'échecs vaccinaux ont été rapportés. Il est important de noter qu'aucun des cas rapportés à Montréal n'a mentionné avoir effectué un voyage en zone endémique ou avoir été en contact avec une personne provenant d'une zone endémique. Il demeure pertinent que l'indice de suspicion des cliniciens reste particulièrement élevé pour la rougeole et que tout cas suspect soit déclaré à la DSP le plus tôt possible, même avant la confirmation du diagnostic, au (514) 528-2400 (demander le médecin de garde en maladies infectieuses).

Source : MSSS.

Oreillons

Durant cette période, 6 cas d'oreillons ont été déclarés à Montréal, ce qui constitue un excès statistiquement significatif relativement aux prédictions. Il existe une éclosion pancanadienne qui a débuté en Nouvelle-Ecosse : plus de 400 cas d'oreillons confirmés ont été signalés depuis janvier dans 8 provinces. Jusqu'à maintenant, aucun des 6 cas signalés à Montréal durant la période n'a pu être relié à l'éclosion dans les autres provinces. Des 6 cas signalés, 5 faisaient partie de la cohorte d'âge (entre 12 et 40 ans) qu'on peut considérer comme plus vulnérable. Comme pour la rougeole, l'avis formulé à la période 5 demeure pertinent : l'indice de suspicion des cliniciens doit être particulièrement élevé et tout cas suspect doit être déclaré à la DSP le plus tôt possible.

Source : Agence de santé publique du Canada.

Infection gonococcique

La tendance à la hausse notée depuis le début de l'année se poursuit : le nombre de cas rapportés voisine la limite supérieure de l'écart de confiance des prévisions. Depuis le début de 2007, dans le groupe d'âges de 15-19 ans, les femmes représentent 62% des cas, alors qu'elles représentent seulement 20% des cas chez les 20 ans et plus. Les femmes de 15-19 ans présentent aussi le taux d'incidence déclarée le plus élevé de tous les groupes d'âge et de sexe : 120 par 100 000, pour un total de 36 cas en 2007. Une partie de cet excès est probablement artéfactuel, résultant de la recherche de la gonorrhée en même temps que le dépistage pour la chlamydie, mais il n'en est pas moins pertinent d'appliquer chez elles les recommandations pour le dépistage de la gonorrhée. Chez les 20 ans et plus, où les hommes représentent 80% des cas, on sait que ceux ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) représentent entre 50 et 60% des cas depuis plusieurs années. Ceci pourrait expliquer que les CSSS du centre-ville, et en particulier le CSSS Jeanne-Mance, présentent de plus forts taux que les autres, étant donné que les HARSAH et d'autres groupes à risque élevé y sont surreprésentés.

Remerciements à Gilles Lambert et Patrick Berthiaume pour les informations fournies.

Listériose

Un cas a été déclaré durant la période 6. Les derniers faits saillants mentionnaient 2 cas pour lesquels l'enquête était toujours en cours. Les enquêtes sont maintenant terminées et aucune source alimentaire n'a pu être identifiée. Aucun lien n'a pu être établi entre les cas déclarés.

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 2007
(semaines 25 à 28 [17 juin 2007 au 14 juillet 2007])**

Rougeole

Le plus récent cas validé à Montréal a été déclaré le 3 août chez un garçon de 6 ans, sans lien épidémiologique avec un cas connu, et n'ayant reçu aucun vaccin. L'écllosion se poursuit aussi ailleurs au Québec, avec 79 cas en tout, en date du 1^{er} août, dont seulement 6 à Montréal. Encore une fois, tout cas suspect doit être déclaré à la DSP le plus tôt possible, même avant la confirmation du diagnostic, au (514) 528-2400 (demander le médecin de garde en maladies infectieuses).

Source : MSSS. Remerciements à Jérôme Latreille pour l'information fournie.

Oreillons

L'écllosion d'oreillons au Québec comportait 13 cas en date du 1^{er} août, dont 7 à Montréal. Depuis, un cas montréalais a été déclaré le 2 août chez un jeune homme dans la vingtaine, sans exposition connue à la maladie, et ayant probablement reçu une dose de vaccin en France. Dans le reste du Canada, on a rapporté 631 cas en date du 27 juillet, dont 596 en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick. Le génotype du virus est connu pour un cas montréalais; il s'agit du génotype G, celui qui circule dans les Maritimes.

Source : MSSS et Agence de santé publique du Canada.

Remerciements à Johanne Boisvert et André Dascal pour l'information fournie.

Légionellose

Les 5 cas touchent tous des personnes de plus de 30 ans, habitant 5 CSSS différents. Ils n'ont pas eu de contacts entre eux. Parmi les 10 cas depuis le début de 2007, certains facteurs de risque ont été rapportés (immunosuppression, alcoolisme, usage de marijuana, diabète, insuffisance rénale ou cardiaque) mais aucune exposition causale claire n'a été démontrée.

Remerciements à Heather Hannah pour l'information fournie.

Infections envahissantes à streptocoques du groupe A

Les 9 cas de la période 7 représentent un excès significatif. Aucun lien n'a pu être découvert entre les cas, qui habitent surtout au centre-sud de l'île, alors que l'excès précédent (périodes 3 et 4) touchait surtout des personnes habitant au nord-est.

Salmonella typhimurium

Un excès de cas a été noté à Montréal, dans le reste du Québec et ailleurs au Canada. Pour l'instant, il semble attribuable à un ou deux pulsovars rares. Des enquêtes approfondies sont en cours.

Paralysie flasque aigüe

Depuis novembre 2003, la paralysie flasque aigüe (PFA) est une maladie à déclaration obligatoire au Québec. Dans le cadre de la surveillance mondiale de la poliomyélite, le Canada, comme les autres pays exempts de poliomyélite, se doit de déclarer à l'OMS les cas de PFA qui surviennent sur son territoire. Ceci sert d'indication que si des cas de poliomyélite survenaient, le système de surveillance canadien les détecterait. Or, la DSP de Montréal et le MSSS n'ont jamais reçu de déclaration de PFA. Une étude réalisée récemment par la DSP a révélé l'existence d'au moins 9 cas de PFA qui auraient dû être déclarés (même si aucun n'est attribuable à la poliomyélite). Des informations plus détaillées seront envoyées aux médecins les plus concernés.

Remerciements à Marie-Line Gilbert 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 8 de l'année 2007
(semaines 29 à 32 [15 juillet 2007 au 11 août 2007])**

Rougeole

Durant cette période, 4 cas de rougeole ont été signalés à Montréal, ce qui constitue un excès statistiquement significatif relativement aux prévisions. Comme mentionné dans les faits saillants précédents, une écloison de rougeole progresse au Québec depuis le mois d'avril 2007, avec 82 cas en date du 17 août 2007. La majorité des cas rapportés au Québec (64/82) n'avaient reçu aucune dose de vaccin. Avec les mouvements de population que représentent les vacances et le retour à l'école, il importe de conserver un indice de suspicion élevé pour et de déclarer tout cas suspect identifié à Montréal à la DSP le plus tôt possible, même avant la confirmation du diagnostic, au (514) 528-2400 (demander le médecin de garde en maladies infectieuses).

Source : MSSS

Oreillons

L'écloison débutée en janvier 2007 touche huit provinces canadiennes et un total de 666 cas ont été déclarés, dont 519 en Nouvelle-Écosse. Au Québec, depuis le 1er mai 2007, un total de 17 cas d'oreillons (16 confirmés et 1 probable) ont été rapportés. La majorité n'étaient pas vaccinés. Montréal est la région la plus affectée, avec plus de la moitié des cas, dont 2 durant la période 8. Les analyses faites à ce jour ont identifié le même génotype que celui qui circule dans les provinces maritimes.

Source : MSSS

Hépatite A

Six cas paraissent aux statistiques pour la période 8, comparativement à une moyenne de 2 cas rapportés à la même période durant les 5 années précédentes. Bien que nos analyses montrent un agrégat géographique dans le centre-ouest de l'île, aucun lien n'a été établi entre les 6 cas. Un d'eux, asymptomatique, vient d'être identifié comme faux positif (cf. Faits saillants, période 6 de 2006 pour discussion à ce sujet). Un autre pourrait avoir acquis la maladie de visiteurs d'une région endémique (Moyen-Orient); l'enquête sur ce cas, qui n'est pas encore complétée, suggère que d'autres membres de la famille étendue pourraient aussi être infectés. Parmi les quatre autres cas, deux avaient eu un contact avec une personne d'origine étrangère et aucun mode d'acquisition n'a été identifié pour les deux derniers.

Remerciements à Hélène Rodrigue, Guy Lapierre et Johanne Boisvert pour les informations fournies

Infection gonococcique

Le nombre de cas d'infection gonococcique rapportés durant la période dépasse de nouveau de façon significative les prévisions. L'incidence de la gonorrhée est en hausse à Montréal depuis 2006, chez les deux sexes, mais surtout chez les femmes et en particulier celles de 15 à 19 ans. Pour ce groupe d'âge, il importe donc particulièrement de maintenir les pratiques de dépistage et de traitement précoces et de porter une attention particulière à la notification des partenaires.

Remerciements à Gilles Lambert pour ses commentaires

Légionellose

Les 5 cas de légionellose rapportés durant la période 8 étaient tous chez des personnes âgées de plus de 60 ans et aucun lien entre elles n'a pu être établi pour le moment. Le nombre de cas rapportés à Montréal depuis le début de 2007 dépasse les moyennes des dernières années. Une tendance à l'augmentation du nombre de cas rapportés a aussi été notée aux États-Unis : cette augmentation de cas dus à *L. pneumophila* de sérotype 1 est en partie attribuable à une plus grande vigilance des médecins et à la disponibilité de tests non invasifs plus sensibles, comme la recherche d'antigènes urinaires

Source : CDC

Remerciements à Maxime Roy pour son aide à la rédaction de ces faits saillants et de ceux de la période 6.

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 2007
(semaines 33 à 36 [12 août au 8 septembre 2007])**

Rougeole

Durant la période 9, 3 cas de rougeole montréalais se sont ajoutés aux 7 déjà déclarés en 2007, ce qui constitue toujours un excès statistiquement significatif relativement aux prévisions. Au 12 septembre, il y avait eu 87 cas au Québec, dont la majorité (59) en Estrie et en Montérégie. Le cas montréalais le plus récent (déclaré durant la période 10) s'est produit chez un homme adulte, et donc considéré comme immun, présumément après un contact avec des camarades d'un de ses enfants, camarades qui sont parmi les cas de la période 9.

Source : MSSS. Remerciements à Jérôme Latreille pour l'information fournie.

Oreillons

Aucun cas n'a été déclaré durant la période 9 à Montréal, ni dans le reste du Québec. Montréal est la région la plus touchée, avec 10 des 19 cas déclarés depuis le 1^{er} mai. Au 7 septembre, il y avait eu 754 cas au Canada, dont la grande majorité (704) en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick. Après un pic atteint en avril et mai derniers, l'incidence au Canada semble être en baisse.

Source : MSSS et Agence de santé publique du Canada.

Hépatite A

Deux cas récemment déclarés sont probablement des faux positifs, chez des personnes âgées asymptomatiques, testées pour l'hépatite A sans indication suffisante. La plupart des autres cas sont associés à des voyages en pays endémiques.

Remerciements à Jérôme Latreille pour l'information fournie.

Infection gonococcique

Le nombre de cas d'infection gonococcique déclarés durant la période est plus élevé que pour les périodes précédentes et continue de dépasser de façon significative les prévisions. Chez les moins de 20 ans, les femmes présentent un taux d'incidence plus élevé que les hommes, alors que c'est l'inverse chez les 20 ans et plus. Géographiquement, le CSSS Jeanne-Mance, et en particulier le CLSC des Faubourgs, présentent les taux les plus élevés.

Remerciements à Gilles Lambert 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 10 de l'année 2007
(semaines 37 à 40 [9 septembre au 6 octobre 2007])**

Rougeole

L'écllosion de rougeole se poursuit au Québec. Elle a causé 96 cas au 17 octobre, et touche surtout l'Estrie (32 cas confirmés), la Montérégie (28) et Montréal (16). Dans l'ensemble du Québec, 69% des cas ont 12 ans ou moins et environ 90% sont non vaccinés. À Montréal, les cas sont plus jeunes, 75% ayant 12 ans ou moins; de plus, la courbe épidémique montréalaise semble avoir atteint son sommet en septembre, alors que celle pour la province l'avait atteint en juin et juillet derniers. Parmi nos 16 cas confirmés, six ont pu être reliés entre eux, en plus de deux cas probables; les autres cas sont d'origine inconnue. Une nouvelle souche du virus a été identifiée à Montréal, qui est eux-aussi reliés du même génotype (D4) que les souches précédentes, mais n'est cependant identique qu'à 98%. Afin de documenter ce nouveau phénomène, le MSSS demande que partout dans la province un génotypage soit effectué pour tout nouveau cas. Pour plus de détails voir le site <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/vaccination/rougeole/appe04102007.html>. Comme la grande majorité des cas sont chez des personnes non vaccinées (81% à Montréal, 88% au Québec), il importe d'encourager de toutes les façons la vaccination anti-rougeoleuse.

Source : MSSS. Remerciements à Robyn Mitchell pour l'information fournie.

Shigellose à Montréal

Le nombre de cas de shigellose déclarés à Montréal pour la période du 9 septembre au 6 octobre 2007 est plus du double du nombre attendu (23 cas en 2007 vs 10 cas en 2006). L'excès touche seulement les cas dus à *S. sonnei*. Entre le 10 août et le 25 octobre, sur 36 cas dus à *S. sonnei*, 12 sont associés à des voyages, 12 à une transmission locale et 12 sont en cours d'enquête. Parmi les cas locaux, 9 sont chez des hommes ayant des relations sexuelles et affectives avec des hommes (HARSAH), 2 sont associés à des aliments consommés dans des restaurants, et 1 à la fréquentation d'une garderie. Parmi les 12 cas en cours d'enquête, 11 sont chez des hommes. De plus, 6 cas aux modes de transmission variés ont été causés par une souche ayant un profil inhabituel de résistance et un profil génétique rare, identique à ou proche de celui observé récemment en Colombie-Britannique. Dans la région de Vancouver, en février et mars derniers, 17 cas dus à ce pulsovar ont été identifiés chez des hommes de 21 à 55 ans, dont certains sont connus comme HARSAH. Des démarches ont donc été entreprises avec le LSPQ pour faire caractériser d'autres isolats. Enfin, nous envisageons de lancer une intervention parmi les HARSAH pour mieux les informer sur ce problème.

Remerciements à Heather Hannah pour l'information fournie.

Infections entériques

Au cours des dernières périodes, en plus de l'excès de shigellose, des excès significatifs de cas d'amibiase (voir Figure 1) et de campylobactériose ont été détectés. Comme ces maladies ont souvent causé des éclussions chez les HARSAH dans le passé, mais que seule la shigellose est enquêtée de routine, une analyse spéciale a été entreprise pour estimer l'effet possible de la transmission entre HARSAH sur l'incidence élevée d'infections entériques à Montréal depuis l'été.

Influenza

Il n'y a eu aucun cas depuis la fin d'août, à Montréal ni dans le reste du Québec.

Source : MSSS.

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 2007
(semaines 41 à 44 [7 octobre 2007 au 3 novembre 2007])**

Rougeole

L'éclosion de rougeole est terminée à Montréal avec un total de 17 cas, le dernier ayant été déclaré le 3 octobre. Un *debriefing* a été tenu à la DSP pour faire le point sur la réponse montréalaise de santé publique à l'événement; parmi les constats: nos communications avec le LSPQ et les laboratoires hospitaliers devront faire l'objet d'une attention particulière en temps de crise. Au Québec, le nombre de cas semblait avoir plafonné à 98, jusqu'à ce que, dans la semaine du 25 novembre, un nouveau cas soit confirmé dans une région limitrophe de Montréal. Sa maladie remontait au début de novembre, et il a eu à ce moment des contacts avec des montréalais; toutefois, la période où des cas secondaires auraient pu survenir est maintenant terminée sans qu'aucun ait été porté à notre connaissance.

Source: MSSS. Remerciements à Jérôme Latreille et à Lucie-Andrée Roy pour l'information fournie.

Shigellose

Comme le montrent les statistiques périodiques, l'éclosion de shigellose à Montréal se poursuit. Au 26 novembre, elle comptait 53 cas, dont 41 chez des hommes et 22 attribuables à des relations sexuelles entre hommes. Un phénomène nouveau, apparu au cours de la dernière période, est la survenue de cas dans la communauté juive orthodoxe. Une autre éclosion de shigellose, il y a quelques années, a touché les mêmes deux communautés. Un appel à la vigilance a été émis et des informations pour les médecins et pour le public sont disponibles au site web de la DSP.

Remerciements à Heather Hannah pour l'information fournie.

Listériose

Le cas de listériose qui paraît aux statistiques a été contracté par consommation de fromage de lait cru de chèvre produit par une ferme écologique opérant sans permis en Estrie. Plusieurs lots de fromage prélevés à la ferme étaient contaminés par la même souche de *Listeria monocytogenes* que celle isolée chez le cas.

Source: Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ). Remerciements à Suzanne Brisson pour l'information fournie.

Adénovirus de sérotype Ad14

Des agrégats de patients atteints de maladies respiratoires aiguës causées par un sérotype nouveau et virulent d'adénovirus ont été signalés dans 4 états américains (Washington, Oregón, Texas et New York). De mars à juin 2007, 140 cas confirmés ont été identifiés parmi lesquels 38% ont été hospitalisés, incluant 17% admis aux soins intensifs, et 5% sont décédés. Les souches Ad14 provenant de chacun des 4 états avaient des profils génétiques identiques. Cependant, elles étaient distinctes de la souche Ad14 de référence, datant de 1955 mais rarement isolée depuis, ce qui suggère l'apparition et la diffusion d'une nouvelle variante de cette souche aux États-Unis. Il semble n'y avoir eu qu'un seul cas rapporté dans l'état de New York, mais comme il n'a pas pu être relié épidémiologiquement aux autres cas américains, le sérotype circule probablement dans la population de l'état, et pourrait atteindre celle du Québec et de Montréal.

Source: MMWR 2007;56(45):1181-1184. Remerciements à Bakary Camara.

Influenza

L'indice d'activité grippale est « Nul » au Québec, pour la semaine du 11 au 17 novembre. Il y a eu un cas confirmé au LSPQ d'influenza B à Montréal, durant la semaine se terminant le 24 novembre, chez une personne âgée entre 70 et 79 ans.

Source: LSPQ.

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 2007
(semaines 45 à 48 [4 novembre 2007 au 1^{er} décembre 2007])**

Shigellose

Les deux éclosions de shigellose se poursuivent. Celle chez les HARSAH, qui a commencé le 4 août et a touché 28 personnes, surtout d'âge moyen, est en baisse. Celle dans la communauté juive orthodoxe a commencé au début de novembre et elle a touché jusqu'à maintenant 7 enfants âgés de 2 à 11 ans; elle se poursuit, sans toutefois que le taux d'incidence augmente de façon évidente. Les souches associées à ces deux éclosions sont complètement différentes. Plusieurs souches ont été isolées chez les HARSAH, dont certaines sont apparentées à celle ayant causé une éclosion dans la communauté HARSAH à Vancouver. La ou les souches ayant causé les cas dans la communauté juive orthodoxe sont distinctes des autres du fait qu'elles sont ONPG+ (alors que celles chez les HARSAH sont toutes ONPG-). Nous sommes en attente des résultats de l'électrophorèse en champ pulsé. Un appel à la vigilance a été émis et des informations pour les médecins et pour le public sont disponibles au site web de la DSP. De plus, les médecins desservant la communauté juive orthodoxe vont être contactés pour obtenir d'eux plus d'information sur leurs observations cliniques et pour mieux les alerter à la situation.

Remerciements à Heather Hannah pour l'information fournie.

Infections à *E. coli* vérocytotoxigénique

Comme le montre la figure 1, les 6 cas représentent un excès significatif, ce qui est confirmé par d'autres analyses statistiques. Au 17 décembre, l'éclosion comportait 10 cas. Les cas sont concentrés dans la partie est de l'île et en particulier sur le Plateau Mont-Royal. Parmi ces derniers cas, quatre, dus à une souche commune, ont acheté de la viande hachée dans un même supermarché du Plateau. Deux autres cas, dus à une souche apparentée, ont acheté ailleurs de la viande hachée. Le service d'inspection des aliments de la CUM fait enquête et un rappel de viande hachée est en cours.

Remerciements à Lucie Dufault pour l'information fournie.

Influenza

L'indice d'activité grippale est « Sporadique » au Québec et à Montréal. Il n'est pas trop tard pour offrir la vaccination aux personnes chez qui elle est indiquée. Par contre, la circulation du virus respiratoire syncytial est forte.

Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie.

Déclaration des MADO

La DSP continue ses activités durant la période des fêtes. Il n'y a pas de raison pour les laboratoires ou les médecins de ne pas déclarer les MADO comme à l'habitude. Elles seront analysées à chaque jour ouvrable et les interventions nécessaires seront entreprises. Il y a, comme toujours, un médecin de garde 24 heures sur 24.

Nous vous remercions pour votre contribution à la surveillance et vous 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 santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

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 2007
(semaines 49 à 52 [2 décembre au 29 décembre 2007])**

Shigellose

L'excès de shigellose observé depuis août 2007 à Montréal se poursuit toujours. Les principaux groupes touchés demeurent les HARSAH et les enfants de la communauté juive orthodoxe. Ces deux écloisions ont des souches microbiologiques et une épidémiologie distinctes. Elles sont respectivement associées à des pratiques sexuelles à risque et au contact avec un enfant malade dans la famille. Très peu de nouveaux cas de shigellose ont été signalés parmi la communauté juive orthodoxe depuis la fin de la période 13. L'écllosion semble aussi ralentir chez les HARSAH. Néanmoins, la vigilance est de mise car les déclarations sporadiques chez les HARSAH à Montréal suggèrent que l'infection à *Shigella* pourrait être devenue endémique dans ce dernier groupe. De surcroît, on note un nombre élevé de cas d'amibiase chez les hommes âgés entre 25 et 59 ans (10 cas sur 14) et chez les résidents du territoire des CSSS Jeanne-Mance et Lucille-Teasdale (8 cas sur 14). Cette distribution suggère une transmission accrue de cette autre maladie entérique chez les HARSAH. Rappelons que la prévention des maladies entériques transmissibles sexuellement est importante et qu'elle pourrait aussi aider à prévenir la transmission sexuelle d'infections plus sévères, comme celle par le VIH.

Remerciements à Heather Hannah pour l'information fournie.

Infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine

La figure 1 indique un excès significatif de cas d'infection à *E. coli* vérocytotoxinogène attribuable à une écloision dans l'est de l'île, due à des souches apparentées et liée à la consommation de viande hachée. Cette écloision semble toutefois terminée puisqu'aucun cas lié à la consommation de viande hachée n'a été déclaré du 16 décembre 2007 au 10 janvier 2008.

Remerciements à Lucie Dufault et Lyse Bélanger pour l'information fournie

Écloisions de gastroentérite

Depuis le début d'octobre 2007, 8 CHSLD et 2 CHSGS (sur un total de 84 établissements) ont déclaré une écloision de gastroentérite à la DSP de Montréal. Les écloisions sont en majorité terminées. En date du 11 janvier 2008, 5 CHSLD montréalais rapportaient une écloision de gastroentérite en cours, dont une affectant 29 patients répartis sur 7 unités. Aucun agent n'a été identifié jusqu'à maintenant. Rappelons que la recherche de l'agent étiologique chez les malades s'inscrit dans le schéma général de toute investigation d'écloision de gastroentérite.* Enfin, la déclaration rapide à la DSP de toute nouvelle écloision et, si possible, de son agent étiologique permet de mieux surveiller la situation et peut aider à mettre en place des mesures préventives plus efficaces.

**Schéma d'investigation microbiologique d'une écloision de diarrhée infectieuse - Recherche de l'agent étiologique, INSPQ.*

Remerciements à Jérôme Latreille pour l'information fournie.

Influenza

L'indice d'activité grippale est actuellement *sporadique* dans la région de Montréal (3 cas d'influenza A et aucun cas d'influenza B au cours de la semaine se terminant le 22 décembre 2007) et de *très faible à sporadique* dans la province de Québec (7 cas d'influenza A et aucun cas d'influenza B au cours de la semaine se terminant le 22 décembre 2007). La vaccination est encore recommandée aux personnes à risque ainsi qu'à leurs proches. Par ailleurs, on observe une hausse de la circulation du virus respiratoire syncytial. Enfin, une écloision de syndromes d'allure grippale est actuellement (2008/1/11) en cours dans un CHSLD montréalais.

Source : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/surveillance/grippe/infogrippe.html>

Remerciements à Mélissa Généreux pour la rédaction des textes.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Secteur Vigie et Protection

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

(514) 528-2400