

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 13 de l'année 2012
(semaines 49 à 52, du 2 au 29 décembre 2012)**

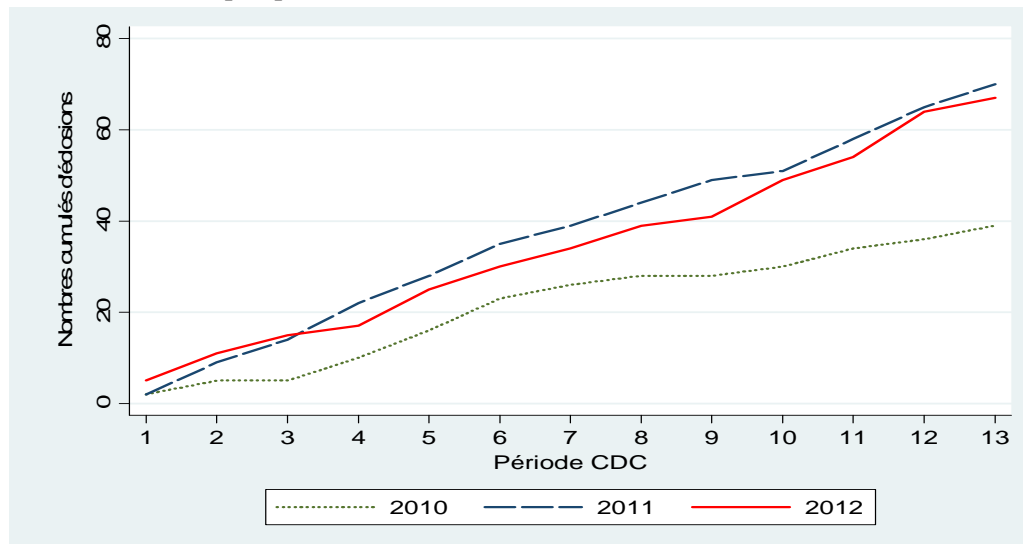
Influenza : la transmission continue

La saison de l'influenza a débuté au Québec plusieurs semaines plus tôt en 2012-2013 que l'année précédente. Parmi les cas confirmés dans les hôpitaux sentinelles dans la première semaine de janvier, 98% (1709/1737) étaient dus à l'influenza A. Depuis septembre 2012, tous les cas dont la souche a été identifiée sont dus à des souches vaccinales ou apparentées : 89% (48/54) à une souche «A/Victoria/361/2011-like» et 11% (6/54) à une souche «B/Wisconsin/01/2010-like»; toutes les souches testées sont résistantes à l'amantadine, mais sensibles à l'oseltamivir et au zanamivir. À Montréal, au 8 janvier, il y avait eu 12 éclosions de syndrome d'allure grippale (SAG) dans 9 CH, et 41 dans 34 CHSLD. Toujours à Montréal, le pic dans le nombre quotidien de visites à l'urgence pour SAG a été observé le 26 décembre 2012 (423 visites) et le nombre de visites est en baisse depuis. Toutefois, même si les consultations à l'urgence pour SAG diminuent, aucune donnée de surveillance n'indique que la transmission de l'influenza soit en baisse. La vaccination reste donc indiquée et le demeurera tant que le niveau de transmission sera élevé.

Sources : Laboratoire de santé publique du Québec et National Microbiology Laboratory.

Éclosions à ERV : bilan de l'année 2012

Les nombres d'éclosions déclarées (par période ou cumulés), après avoir augmenté entre 2010 et 2011, sont restés à peu près les mêmes entre 2011 et 2012 :



L'important document *Mesures de prévention et contrôle de l'entérocoque résistant à la vancomycine dans les milieux de soins aigus du Québec* est maintenant disponible au site http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1555_MesuresPrevContEnteroResisVancomMilieuxSoinsQc.pdf

Remerciements à Cat Tuong Nguyen pour son aide.

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
Secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 12 de l'année 2012
(semaines 45 à 48, du 4 novembre au 1^{er} décembre 2012)**

Maladies entériques : des cas associés à l'Aïd-Al-Adha

Durant cette période, 6 cas de maladies entériques (2 dus au *E. coli* producteur de vérocytotoxine, 2 dus au *Campylobacter* et 2 dus à la salmonelle) ont été déclarés chez des enfants âgés entre 1 et 12 ans. Les cas étaient en lien avec l'Aïd-Al-Adha, fête religieuse musulmane ayant eu lieu cette année du 26 au 28 octobre. Dans tous les cas, il y avait eu contact avec des carcasses de moutons à l'occasion du rituel de l'abattage. Dans 4 des cas, les pratiques ont eu lieu dans des fermes situées à l'extérieur de Montréal et dans les 2 autres, au domicile même des cas. Par les années passées, les MADO associées à cet événement concernaient principalement le *Campylobacter*; c'est la première fois que le *E. coli* et la salmonelle sont documentés dans ce contexte. Les enquêtes ont montré que des mesures d'hygiène et de prévention insuffisantes en lien avec la manipulation de la viande et des carcasses expliquent ces infections. Le Ministère de l'agriculture (MAPAQ) a été informé de ces observations.

Remerciements à Jérôme Latreille et à Jean-Loup Sylvestre pour l'information fournie

Influenza : en hausse et en avance

Au Québec, au 15 décembre, l'indice d'activité grippale était élevé. Il s'agit d'un début précoce par rapport à la saison 2011-2012, qui avait commencé à la fin du mois de janvier 2012. Parmi les souches caractérisées, environ 97% sont de type A (H3N2), et 3% de type B. Aucune résistance à l'oseltamivir ni au zanamivir n'a été détectée au Québec pour les souches en cours. À Montréal, jusqu'à présent, il y a eu 9 éclosions d'influenza confirmée en CHSLD, dont une de type B. L'arrivée hâtive de la grippe et la survenue d'éclosions en CHSLD réitérent l'importance de protéger rapidement les personnes les plus vulnérables aux complications de la grippe. Il est toujours temps de se faire vacciner. L'information sur la vaccination est disponible au : <http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/vaccinationmontreal>

Sources : Flash Grippe du MSSS et LSPQ

Infections à *Shigella flexneri* résistant à l'azithromycine

Des cas d'infections à *Shigella flexneri* de sérotype 3a, résistant à l'ampicilline et à l'azithromycine mais sensible au triméthoprime-sulfaméthoxazole et à la ciprofloxacine, ont été récemment identifiés chez des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Des analyses complémentaires, actuellement en cours au LSPQ, ont confirmé jusqu'à maintenant soit un pulsovar unique, une résistance à l'azithromycine ou les deux chez six de ces neuf cas. Ces infections soulignent l'attention qui doit être portée à l'antibiogramme de la souche pour éviter un échec lorsqu'un traitement sera prescrit. L'antibiogramme de routine des *Shigella sp.* à l'azithromycine n'est pas recommandé; toutefois, la sensibilité universelle de ces bactéries à cet antibiotique ne peut plus être prise pour acquise.

Remerciements aux Drs Cat Tuong Nguyen, Pierre Pilon et Christiane Gaudreau pour leur aide à la rédaction du texte.

Nous vous remercions pour votre contribution à la surveillance,
(qui est prête à recevoir vos déclarations même pendant les congés) et vous souhaitons de
Joyeuses fêtes et bonne année à tous !

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
Secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 11 de l'année 2012
(semaines 41 à 44, du 7 octobre au 3 novembre 2012)**

Cas de toxi-infections alimentaires : nouvelle source de déclarations

Les 16 cas déclarés représentent un excès marqué par rapport aux années précédentes. Toutefois, ils sont reliés à plusieurs événements indépendants et non à une seule éclosion, et l'excès, pour la période 11 comme pour le reste de l'année, est surtout attribuable au fait que le MAPAQ (Ministère de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation du Québec) signale maintenant aux Directions de santé publique les cas qu'il détecte lors de ses enquêtes. On peut donc s'attendre à ce que les nombres de cas déclarés demeurent plus élevés que par le passé.
Remerciements à Jérôme Latreille pour l'information fournie.

Les autres MADO d'intérêt pour la période 11 le sont depuis quelques périodes :

Coqueluche : diminution de l'incidence déclarée

Les nombres de cas déclarés par période sont en baisse depuis le sommet de 38 atteint à la période 9, mais ils demeurent en hausse par rapport aux années précédentes, avec 15 cas à la période 11 de 2012, contre 3 à la même période l'an dernier. La même tendance a été observée dans l'ensemble du Québec. Parmi les 8 cas dont le statut vaccinal nous est connu, la vaccination est complète pour l'âge chez 4, incomplète chez un, et 3 cas sont non vaccinés.
Source des données hors Montréal : MSSS.

Virus du Nil Occidental : forte baisse de l'incidence déclarée

Il n'y a eu que trois cas déclarés à la période 10, mais ils ont tous présenté des manifestations neurologiques assez graves pour nécessiter une hospitalisation (méningite, encéphalite, quadriparésie). Ils se sont produits chez des hommes âgés de plus de 55 ans, dont un est immunosupprimé; deux cas ont été acquis à Montréal et le troisième est d'origine inconnue. L'amélioration attendue avec le refroidissement s'est donc réalisée, le pic d'incidence ayant été atteint à la période 10, tant dans l'ensemble du Québec qu'à Montréal.
Source des données hors Montréal : MSSS.

Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)

Les nombres d'éclosions à ERV déclarées en 2012 (dont 5 nouvelles durant la période 11) demeurent élevés par rapport à la moyenne historique, mais en baisse légère par rapport au sommet annuel atteint en 2011. À noter : depuis le début de 2012, les deux tiers (67% = 111/166) des éclosions au Québec se sont produites à Montréal.
Source des données hors Montréal : MSSS.

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
Secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance**

**Période 10 de l'année 2012
(semaines 37 à 40, du 9 septembre au 6 octobre 2012)**

Coqueluche : l'épidémie se poursuit

Il y a eu 22 cas déclarés de coqueluche durant cette période, ce qui représente un excès statistiquement significatif (voir le graphique), même s'il s'agit d'une légère diminution par rapport à la période précédente (38 cas). Toutefois, le nombre de cas reste 4,4 fois plus élevé que pour la même période de l'an dernier (5 cas). Dans l'ensemble du Québec, c'est 10 fois plus de cas qu'on compte durant la période 10 qu'en 2011 (161 cas versus 16). Parmi les cas montréalais dont l'enquête est terminée, 7 étaient complètement vaccinés pour leur âge, 1 l'était de façon incomplète et 5 pas du tout. Le groupe d'âges le plus touché demeure celui des moins de 15 ans, dont le statut vaccinal devrait être facilement vérifiable. Une mise à jour de l'appel à la vigilance du mois d'août a d'ailleurs été publiée le 10 octobre dernier pour souligner l'importance de vérifier et mettre à jour le statut vaccinal, et de faire la promotion de la vaccination anticoquelucheuse selon les recommandations du Protocole d'Immunisation du Québec. Même si l'efficacité du vaccin à prévenir les cas n'est que d'environ 85%, celui-ci contribue à diminuer la sévérité et les risques de complications de la maladie quand elle survient chez une personne vaccinée.

Pour plus de détails sur l'incidence, voir <http://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/maladies-a-declaration-obligatoire/coqueluche/>. Pour la mise à jour, voir http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appendix_vigilance/2012/A_V_coqueluche_MAJ_oct2012.pdf

Sources des données hors Montréal : MSSS, CDC.

Virus du Nil Occidental : l'incidence n'a pas encore commencé à diminuer

Pour la période 10, 16 nouveaux cas ont été confirmés, ce qui est une hausse non seulement par rapport à la période 9 (6 cas), mais également par rapport à la période 10 de l'an dernier (9 cas). De ces 16 cas, 15 ont plus de 40 ans, dont 9 qui ont plus de 60 ans; 9 ont nécessité une hospitalisation, dont 2 aux soins intensifs. Neuf ont présenté des formes neurologiques, mais aucun décès n'a été relevé à ce jour. Cette augmentation de cas est comparable à celles dans le reste du Québec (65 cas durant la période 10 versus 25 en 2011) et en Ontario, qui a connu sa hausse la plus importante depuis 2002 (244 cas en 2012 jusqu'à présent). Une amélioration de la situation est attendue avec le refroidissement amorcé.

Sources des données hors Montréal : MSSS, ASPC.

Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) : mise à jour prochaine du protocole provincial

Durant la période 10, 8 éclosions à ERV ont été déclarées en milieux hospitaliers, ce qui est une augmentation par rapport à la même période de l'an dernier (2 éclosions). Par contre, le cumulatif de cette année (49 éclosions) est comparable à celui de 2011 (51 éclosions). Le *Comité sur les Infections Nosocomiales du Québec* va publier prochainement une mise à jour du protocole québécois des mesures de contrôle et de prévention des ERV.

Sources des données hors Montréal : MSSS.

Épidémie d'infections à *E. coli* O157:H7 associées aux produits XL Foods

Au 10 octobre, il y avait eu au Québec 3 cas confirmés, 1 probable et 1 en investigation. Aucun ne s'est produit chez un résident de Montréal.

Sources des données hors Montréal : MSSS. Remerciements à Julie Dwyer pour l'information fournie.

Remerciements au Dr Cat Tuong Nguyen pour son aide à la rédaction du texte.

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
Secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 9 de l'année 2012
(semaines 33 à 36, du 12 août au 8 septembre 2012)**

Coqueluche : 9 fois plus de cas que l'année passée

Le nombre total de cas de coqueluche déclarés a encore augmenté, pour atteindre 98 en date du 8 septembre, dont 38 déclarés au cours de la période 9, c'est-à-dire neuf fois plus de cas qu'à la même période de l'année passée. La majorité des cas (35) étaient âgés de moins de 15 ans; 17 étaient complètement vaccinés pour leur âge, un l'était partiellement et un autre pas du tout. Le reste des cas sont en cours d'enquête. On s'attend à ce que la transmission se poursuive au cours des prochains mois, d'où l'importance de diagnostiquer les cas, de les déclarer à la DSP et d'offrir la prophylaxie aux contacts pour tenter d'interrompre la transmission. Un appel à la vigilance concernant la coqueluche a été produit pour les intervenants de première ligne :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2012/Appel_a_la_vigilance_coqueluche_aout_2012.pdf

Enfin, il demeure important de promouvoir la vaccination anticoquelucheuse, vérifier le statut vaccinal des nourrissons et adolescents, et offrir les doses manquantes.

Virus du Nil Occidental : 3 fois plus de cas que l'année passée

Durant la période 9, 9 cas d'infection par le VNO ont été déclarés, dont 6 sont confirmés. Ce nombre est trois fois celui enregistré l'année passée à la même période. L'infection est bénigne et passe inaperçue la plupart du temps, mais moins fréquemment chez les personnes âgées. De fait, six cas sont âgés de plus de 50 ans, et 5 ont été hospitalisés, dont 4 ont présenté des formes neurologiques (méningite, encéphalite ou méningo-encéphalite). Toutefois, l'évolution clinique a été favorable chez tous les cas. Aucun autre facteur de risque que l'âge n'a été relevé. L'été dernier a été particulièrement chaud, ce qui favorise la reproduction des moustiques. La DSP a produit un appel à la vigilance :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2012/A-v_VNO12092012.pdf

Maladie de Lyme : deux cas de plus

Deux cas de maladie de Lyme ont été déclarés à la DSP au cours de la période 9, dont un probable et un confirmé. Un a été acquis au cours d'un séjour aux Massachusetts, à la suite d'une piqûre de tique pendant que le patient dormait (la tique a été retrouvée dans le lit), et l'autre probablement en forêt dans la région de Granby, ce qui nous rappelle que la maladie peut être acquise au Québec. Une publication produite par la DSP de la Montérégie concernant les mesures préventives et la démarche à suivre en cas de suspicion de maladie de Lyme est disponible au site :

<http://extranet.santemontregie.qc.ca/depot/document/3315/Sentinelles-vol18-no7.pdf>

Remerciements à Fatna Louali et à Paul Rivest pour leur aide à la rédaction du texte.

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
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

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 8 de l'année 2012
(semaines 29 à 32, du 15 juillet au 11 août 2012)**

Coqueluche : la transmission persiste

Le nombre de cas déclarés a augmenté significativement (voir figure 1) par rapport à la période précédente, passant de 9 à 16. Des 16 nouveaux cas, 14 étaient chez des personnes de moins de 20 ans, dont 4 bébés de moins d'un an, qui sont ceux qu'on cherche le plus à protéger d'une exposition au *B. pertussis*. De ces derniers, au moins un a été hospitalisé.

Des 8 cas enquêtés à ce jour, 5 n'avaient reçu aucune vaccination contre la coqueluche, 1 une vaccination partielle, et seulement 2 une vaccination complète pour l'âge. De plus, 2 cas avaient chacun exposé à la maladie une femme enceinte et 1 d'eux avait aussi exposé un bébé de moins d'un an.

Ces résultats montrent au moins deux choses. 1) Le rôle que joue dans l'éclosion une immunisation incomplète des cas, et 2) le défi de rejoindre les patients ou leur parents à temps pour offrir à l'entourage une chimioprophylaxie. Celle-ci est indiquée pour tous les membres de la maisonnée d'un cas si la maisonnée comprend un bébé de moins de 12 mois ou une femme enceinte à trois semaines ou moins de la date prévue de l'accouchement, et si les symptômes du cas ont commencé il y a 21 jours ou moins.

Il est difficile de raccourcir le délai de consultation, mais un clinicien qui voit un patient présentant une toux compatible avec la coqueluche peut demander sans délai un test de confirmation (PCR). Si le résultat est positif, il/elle devrait prescrire la prophylaxie aux membres de la maisonnée si elle est indiquée et déclarer immédiatement le cas à la DSP si le patient fréquente un milieu de garde, où une prophylaxie pourrait être indiquée. Voir l'appel à la vigilance disponible au site

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/infections_et_intoxications/appels_alertes.html?x_ttnews%5Byear%5D=2012&cHash=285926a1937a547e87d9eabc255c68a6.

Le guide provincial d'intervention contre la coqueluche peut être consulté au site <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-271-02.pdf>

Source : MSSS.

Listériose : deux cas chez des patient très différents

Les deux cas de la période sont plus précisément des méningites à *L. monocytogenes*. Un s'est produit chez un bébé d'un an sans facteur de risque connu, l'autre chez un adulte dans la cinquantaine, diabétique et immunosupprimé à la suite d'une greffe rénale, mais chez qui aucune exposition alimentaire n'a pu être identifiée. Les deux patients ont été hospitalisés mais ils ont récupéré.

Syphilis : autre changement dans l'épidémiologie

Il y a depuis juillet un excès de cas au centre-ville de Montréal, occupant un territoire beaucoup plus grand que le « village gai », auquel l'excès est habituellement confiné, et situé à l'ouest de celui-ci. Des 38 cas, 7 (18%) sont chez des femmes, toutes âgées de 30 ans ou plus, alors que l'excès au Québec chez les femmes au cours de la dernière année en touche surtout de plus jeunes. Devant ces changements dans l'épidémiologie de l'infection, la DSP a étendu les catégories de cas enquêtés pour inclure ceux EIA+ et TPPA+ mais RPR-, donc possiblement testés très tôt après l'acquisition de l'infection. Des commentaires sur cette situation seraient particulièrement bienvenus.

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
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

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 7 de l'année 2012
(semaines 25 à 28, du 17 juin au 14 juillet 2012)**

Coqueluche : la hausse du nombre de cas déclarés s'intensifie

Neuf cas confirmés ont été déclarés durant la période 7, soit le même nombre que durant la précédente. Toutefois, pendant la première moitié de la période 8 (du 15 au 31 juillet), 9 autres cas ont été déclarés, ce qui suggère que la transmission s'intensifie à Montréal. Les cas sont survenus surtout chez des jeunes de 0 à 19 ans, dont trois d'un an ou moins. Aucun n'a été hospitalisé, selon les informations disponibles.

D'importantes épidémies de coqueluche sont actuellement en cours dans plusieurs régions du monde. Dans l'ensemble du Québec, il y a eu 453 cas déclarés en 2012 au 31 juillet, alors qu'à la même date il y en avait eu 7 en 2011 et 8 en 2010. Parmi les cas de 2012, 13% (57) sont survenus chez des bébés de moins d'un an et 70% (316) chez des enfants de 1 à 14 ans. Quelques régions ont des taux d'incidence très supérieurs à celui de Montréal, en particulier certaines régions limitrophes : Laurentides, Lanaudière et Montérégie. Au Canada, 4 autres provinces sont principalement touchées : la Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario et le Nouveau-Brunswick. Aux États-Unis, le nombre de cas déclarés se dirige vers un sommet inégalé depuis 1959, des épidémies ayant été déclarées dans 6 états. On y a rapporté en 2012 le décès de 10 nourrissons trop jeunes pour avoir été vaccinés. Chez les adolescents et les adultes, on attribue les cas à une faible couverture vaccinale et à une baisse de l'immunité avec le temps chez les personnes vaccinées. Au Royaume-Uni, l'excès de cas en 2012 touche toutes les régions, y compris celle de Londres.

La couverture vaccinale contre la coqueluche serait la même à Montréal qu'ailleurs au Québec; en 2004-2006, on a estimé que 90% des enfants de 2 ans avaient reçu 4 doses de vaccin. De plus, l'incidence de la maladie augmente habituellement à partir de septembre, ou même plus tôt, certaines années. On peut donc s'attendre à ce que la transmission persiste ou s'intensifie au cours des prochains mois. *La déclaration la plus rapide possible de tous les cas (confirmés, probables ou suspects) permet la mise en place en temps opportun des interventions visant à protéger les contacts étroits à risque* (principalement l'exclusion du cas du service de garde, si pertinent, et l'offre de la chimioprophylaxie à la famille immédiate si elle comprend un bébé de moins de 12 mois). Un appel à la vigilance sera bientôt envoyé aux cliniciens montréalais les plus concernés et sera disponible au site

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/infections_et_intoxications/appels_alertes.html?tx_ttnews%5Byear%5D=2012&cHash=285926a1937a547e87d9eabc255c68a6.

Le guide provincial d'intervention contre la coqueluche peut être consulté au site <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-271-02.pdf>

Sources : MSSS et INSPQ (Québec), ProMED (Canada), CDC (États-Unis), HPA (Royaume-Uni).

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
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

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 6 de l'année 2012
(semaines 21 à 24, du 20 mai au 16 juin 2012)**

Coqueluche : la hausse du nombre de cas déclarés se poursuit toujours

Les 9 cas confirmés déclarés durant la période 6 représentent une augmentation par rapport à la période précédente (6 cas). Ils sont âgés entre 6 mois et 19 ans; le statut vaccinal n'est connu que pour 3 cas : 2 sont vaccinés, et un non. Pour la même période, dans le reste du Québec il y a eu 54 cas, alors qu'à la période précédente, il y en avait eu 48. Malgré l'arrivée de l'été, il n'y a donc pas encore d'indication que la transmission ralentisse. Notons qu'au moins deux des patients ont passé de longues périodes, sans isolement ni autres mesures de prévention de la transmission, dans des salles d'attente de cliniques privées ou d'hôpitaux.

Infections à *E. coli* producteur de vérocytotoxine : 3 cas non reliés à l'éclosion récente

Le pulsovar d'un des 3 cas déclarés durant la période 6 est connu et il n'est pas celui de la souche ayant causé l'éclosion au Nouveau-Brunswick. De plus aucun des cas n'avait voyagé hors du Québec durant la période d'acquisition.

Hépatite D : leçon à tirer

Les six cas déclarés sont tous chez des porteurs chroniques d'hépatite B déjà connus, quatre hommes et deux femmes, d'âge moyen. Les cas d'hépatite D n'étant pas enquêtés, nous n'avons pas d'information supplémentaire. Les dons de sang et de tissus sont testés pour exclure ceux provenant de personnes atteintes de l'hépatite B, ce qui exclut aussi l'hépatite D. Les modes de transmission de l'hépatite D étant essentiellement les mêmes que ceux de l'hépatite B, la survenue de cas d'hépatite D représente donc un échec de la prévention des comportements liés à la transmission des hépatites chez les porteurs chroniques d'hépatite B.

Source : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-933-01F.pdf>

Fièvre Q : acquisition inexplicée

Le cas en est un probable, aigu ou chronique, chez un homme d'âge moyen, qui a voyagé à l'étranger récemment mais ne rapporte aucun contact avec des animaux, ici ou ailleurs. L'investigation n'est pas terminée, mais certains signes et symptômes suggèrent la présence d'endocardite, manifestation connue de cette infection.

Non déclaration de MADO

À l'approche de l'été, où les remplacements rendent le problème plus aigu, nous vous serions reconnaissants de vérifier que les procédures de déclaration sont bien connues de toutes les personnes concernées.

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
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

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 5 de l'année 2012
(semaines 17 à 20, du 22 avril au 19 mai 2012)**

Coqueluche : la hausse des cas déclarés se poursuit

À Montréal, sept cas confirmés de coqueluche ont été déclarés durant la période 5, tous les 7 âgés de moins de 15 ans et 6 chez des garçons. Respectivement 25% n'étaient pas vaccinés et 42 % avaient un statut vaccinal inconnu. Aucun cas n'a été hospitalisé. Bien que le taux soit faible par rapport à l'ensemble du Québec, le cumulatif pour Montréal est de 28 cas, et ne cesse d'augmenter. La même hausse a été observée au Nouveau-Brunswick (548 cas en 2012), en Colombie britannique et dans certains États américains, surtout au Minnesota (700 cas) et dans l'État de Washington (1738 cas). Outre la recrudescence cyclique attendue pour cette maladie, celle qui prévaut à Montréal pourrait s'expliquer par une couverture vaccinale sous optimale. L'enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 2 ans présentement en cours au Québec nous permettra d'obtenir des données plus précises à cet égard pour notre région.

Source s : <http://www.promedmail.org/> et <http://www.cmaj.ca/content/175/10/1213.full>

Infections à *E. coli* producteur de vérocytotoxine : 2 cas dus à une souche apparentée à celle du Nouveau-Brunswick (N-B)

Des cinq cas de la période 5, deux sont dus au *E. coli* O157:H7 de pulsovar 826, qui a causé une éclosion au N-B. Ces cas sont survenus chez 2 hommes, âgés de 22 et de 84 ans ; le deuxième a été hospitalisé pendant 8 jours mais il a bien récupéré. Toutefois, aucun n'a effectué de voyage au N-B récemment, ni eu de contact avec des personnes venant de cette province. On ne retrouve pas non plus de lien épidémiologique entre eux. La santé publique du N-B mène une étude cas-témoins en collaboration avec l'Agence de santé publique du Canada pour mieux cerner les aliments pouvant être en cause dans cette éclosion. Les trois autres cas rapportés sont dus à des souches productrices de shiga-toxine de type 1. Ils sont âgés de 1, 2 et 15 ans. Deux d'entre eux ont effectué un voyage lors de la période d'exposition, l'un en Arménie et l'autre en République Dominicaine.

Remerciements à Julie Dwyer pour l'information fournie.

Hépatite E : un autre cas

Un cas d'hépatite E a été déclaré chez un homme de 64 ans. Bien qu'il s'agisse clairement d'un cas aigu, on ne retrouve pas de notion de voyage récent ou de contact avec une personne malade au cours de la période d'exposition. Ceci soulève l'éventualité d'un contact avec un cas local (probablement asymptomatique et non déclaré), ce qui est inhabituel à Montréal pour cette maladie. L'infection touche fréquemment des enfants, chez qui elle est le plus souvent anictérique. L'autre cas de 2012, âgé de 54 ans, avait effectué un voyage au Bangladesh lors de la période d'exposition.

Source : World Health Organisation 2001: Hepatitis E.

http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/HepatitisE_who_dscs_recd_2001_12.pdf

Pour les trois MADO discutées dans ces *Faits saillants*, certains cas ont été acquis localement et d'autres lors de voyages. Ceci nous rappelle qu'une histoire de voyage(s) est toujours importante à obtenir, en santé publique comme en clinique.

Remerciements à Fatna Louali pour son aide à la rédaction du texte.

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC
Lucie Bédard, MSc. inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie,
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

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 4 de l'année 2012
(semaines 13 à 16, du 25 mars au 21 avril 2012)**

Coqueluche : hausse des cas déclarés

Les 8 cas probables ou confirmés déclarés durant la période montrent que l'écllosion observée depuis le début de l'année s'est poursuivie à Montréal, comme dans le reste de la province. De ces cas, 5 sont des enfants d'une même famille et un autre a un lien épidémiologique avec un cas déclaré à la période 3; 6 cas avaient des preuves écrites d'une vaccination complète pour l'âge, un était vacciné sans preuves et un de statut vaccinal inconnu. Il est normal, quand une écllosion se produit dans une population en grande majorité immunisée, qu'une proportion élevée de cas surviennent chez des personnes elles-mêmes immunisées, surtout quand l'efficacité vaccinale est relativement faible (ici elle est d'environ 85%). Le vaccin, quand il ne prévient pas la maladie, tend toutefois à en diminuer la sévérité et le risque de complications; de fait, aucun des cas de la période n'a dû être hospitalisé. Des données détaillées sur la coqueluche à Montréal sont disponibles au site <http://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/maladies-a-declaration-obligatoire/coqueluche/>

Sources : MSSS et Protocole d'immunisation du Québec.

Syphilis : nouvelles tendances

Un cas de syphilis primaire chez un adolescent itinérant a été déclaré. Durant la période d'exposition (les trois mois précédant le diagnostic), il avait eu de 30 à 50 partenaires sexuels, des deux sexes, mais aucun n'est rejoignable. Une intervention a été faite auprès des intervenants communautaires concernés pour les aider à aborder le sujet de la syphilis auprès des jeunes de la rue et un appel à la vigilance leur sera bientôt envoyé.

Remerciements à Geneviève Boily pour l'information fournie.

Toxi-infections alimentaires : excès marqué

Un nombre historiquement excessif de toxi-infections alimentaires ont été déclarées durant la période 4. Elles sont parvenues à peu près également de Info-Santé et de la Direction d'inspection des aliments (DIA) de la Ville de Montréal. Ces dernières avaient déjà été enquêtés par la DIA et ne l'ont pas été par nous. Les autres étaient attribuables à différentes sources, dont deux restaurants montréalais, une érablière et un plat préparé acheté en magasin. Le risque de toxi-infection associé à des déficiences dans les pratiques de préparation et de conservation des aliments a pu être accru par la température anormalement élevée au cours de la période, qui aurait accéléré la multiplication des bactéries contaminantes.

Remerciements à Jérôme Latreille, Paul Le Guerrier et Michèle Tremblay pour l'information fournie.

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

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 3 de l'année 2012
(semaines 9 à 12, du 26 février au 24 mars 2012)**

Coqueluche : hausse des cas déclarés dans la province

Les 4 cas de coqueluche déclarés à Montréal durant la période 3 avaient tous moins de 15 ans. Pour 2012, on compte 12 cas au total pour notre région, une hausse par rapport à l'an passé où, à la même date, il n'y en avait eu que 2. Les données provinciales démontrent une augmentation encore plus importante des déclarations de cas de coqueluche, avec 158 cas depuis le premier janvier, par rapport à 20 l'année passée au même moment. Cette recrudescence de la coqueluche est réelle mais elle a été surestimée dans un article dans *La Presse* du 14 mars: <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201203/13/01-4505284-retour-en-force-de-la-coqueluche.php>. Les éclosions de coqueluche surviennent de façon cyclique aux 3 à 5 ans; la dernière remontant à 2009, cette recrudescence était donc prévisible. Ceci est une raison de plus pour ne pas négliger la vaccination anticoquelucheuse.

Syphilis : tendances épidémiologiques à suivre

Parmi les 12 cas de syphilis déclarés durant la période, 11 étaient en phase contagieuse. Cinq cas affectaient des jeunes entre les âges de 20 et 24 ans, dont une jeune femme qui présentait une syphilis primaire; elle n'était pas enceinte mais mère d'un jeune bébé, et avait probablement été infectée après la naissance de celui-ci. Les 4 cas chez des jeunes hommes comprenaient 1 cas de syphilis primaire, 2 cas de syphilis secondaire et 1 cas de syphilis latente précoce. Les autres cas sont survenus chez des hommes âgés entre 25 et 60 ans; 1 étant un cas de syphilis primaire, 3 de syphilis secondaire, et 2 de syphilis latente tardive. Cette maladie est en évolution au Québec, touchant de plus en plus les jeunes, y compris des femmes en âge de procréer. Pour accélérer l'intervention de santé publique et obtenir un soutien pour l'intervention auprès des contacts, un clinicien peut nous déclarer un cas par télécopieur (514 528-2461) ou par téléphone (514 528-2400, demander le médecin de garde en maladies infectieuses) à tout moment.
Remerciements à Geneviève Boily pour l'information fournie.

Shigellose : les éclosions et les travaux se poursuivent

Nous recevons toujours un excès de déclarations de shigellose sur notre territoire. Nos travaux visent la création d'un système sensible et capable, en collaboration avec des cliniciens et d'autres partenaires communautaires, de détecter plus tôt les excès de cas. Vu que Montréal voit actuellement des éclosions de façon répétée au 2 à 3 ans, nous souhaitons obtenir ainsi une marge de manœuvre pour intervenir précocement dans les milieux les plus à risque.

Influenza : activité élevée mais plateau atteint

Au 16 mars, l'activité grippale au Québec était élevée avec une tendance à la hausse, mais elle a atteint un plateau dans la semaine terminant le 26 mars, plus clairement pour l'influenza A que pour la B, dont le pic saisonnier est habituellement plus tardif que celui de la A. Les 4 souches qui circulent actuellement au Québec et Canada sont sensibles à l'oseltamivir et au zanamivir, et 3 d'entre elles sont incluses dans le vaccin 2011-2012. Toutefois, l'offre systématique de vaccin est maintenant terminée.

Remerciements à Stéphanie R. Susser pour son aide à la rédaction du texte.

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

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 2 de l'année 2012
(semaines 5 à 8, du 29 janvier au 25 février 2012)**

Syphilis : évolution dans l'épidémie

Durant la période 2, 92% (24/26) des cas déclarés ont été chez des hommes et 88% (23/26) chez des personnes de 25 ans ou plus. Les cas de moins de 25 ans sont chez des hommes, dont au moins deux des trois sont HARSAH. Les cas chez les femmes ont été chez des immigrantes qui ont fort probablement acquis l'infection à l'étranger. Un cas, de syphilis latente tardive, a été diagnostiqué chez une femme très âgée lors de l'investigation clinique d'une démence. L'autre, de syphilis latente précoce, l'a été lors d'un suivi de grossesse, ce qui nous rappelle l'importance du dépistage de la syphilis chez toutes les femmes enceintes. Ces cas ne résultent fort probablement pas de transmission locale, mais pour plus d'information sur l'augmentation de l'incidence de la syphilis infectieuse chez les femmes au Québec depuis 2009, lire

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/30bc6f2f39299a32852572720070cc98?OpenDocument>

De plus, nous désirons réitérer la demande faite aux laboratoires hospitaliers dans les Faits Saillants précédents de nous déclarer tous leurs résultats positifs pour la syphilis. Depuis six mois, plus d'une soixantaine de résultats de TPPA positifs nous ont été déclarés par le LSPQ et plus d'une dizaine de cas de syphilis en phase infectieuse nous ont été déclarés par des cliniciens sans que nous ayons reçu de déclaration correspondante d'un laboratoire hospitalier. Ceci nous fait craindre que certains cas ne soient déclarés par personne, s'ils n'ont pas l'occasion de l'être par le LSPQ ou par un clinicien. **Il est particulièrement important, alors que l'épidémiologie de la syphilis au Québec est en évolution, de maintenir ou même améliorer la qualité de sa surveillance.**

Remerciements à Geneviève Boily et Céline Boucher pour l'information fournie.

Shigellose : les éclosions se poursuivent

Les cas touchent encore de façon disproportionnée mais non exclusive la communauté juive, surtout orthodoxe. Les travaux se poursuivent pour mettre en place des mesures de prévention dans les milieux les plus à risque.

Infections à *E. coli* producteur de vérocytotoxine : importation et transmission locale

Les quatre cas ont été relativement bénins et deux sont attribuables à des voyages à l'extérieur du Québec (à Toronto et au Guatemala).

Éclosions à ERV : l'incidence reste élevée

L'incidence se maintient au même niveau que celui de l'an dernier. Si cette situation persiste, nous aurons même un peu plus d'éclosions en 2012 (nombre attendu : 72) qu'en 2011 (nombre déclaré : 70).

Influenza : début tardif de la saison

Au 28 février, l'activité grippale au Québec était modérée, avec tendance à la hausse. En outre, le virus respiratoire syncytial continue de circuler abondamment. Plus que par les années précédentes à même date, il demeure pertinent d'offrir la vaccination antigrippale aux personnes chez qui elle est indiquée mais qui ne l'auraient pas encore reçue cette saison.

Source : LSPQ et Flash Grippe du MSSS, 28 février 2012.

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

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 1 de l'année 2012
(semaines 1 à 4, du 1^{er} au 28 janvier 2012)**

Shigellose: les éclosions se poursuivent

Les éclosions parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et dans la communauté juive de Montréal (surtout la composante orthodoxe) se poursuivent. En effet, durant la période 1, deux infections, une à *S. sonnei* et l'autre à *S. flexneri*, sont survenues chez des HARSAH mais celle à *S. sonnei* aurait été contractée lors d'un voyage à Sydney. De plus, neuf infections à *S. sonnei* semblent associées à la communauté juive. Dans cette communauté, l'analyse des profils de résistance, lorsque disponibles, suggère qu'il y a au moins deux souches distinctes en circulation. Depuis la mi-août de 2011, sur 73 cas de shigellose déclarés, 14 ont été hospitalisés, 9 parmi les HARSAH et 5 liés à la communauté juive. Des appels à la vigilance ont déjà été émis concernant les HARSAH et des travaux sont en cours pour identifier les meilleures interventions de prévention et de promotion pour la partie concernée de la communauté juive.

Remerciements à Pierre A. Pilon, Christine Gardhouse, Sandra Palmieri, et Paul LeGuerrier pour leurs contributions.

Syphilis : évolution dans l'épidémie

Durant la période 1, 7 cas de syphilis ont été déclarés. Un cas est survenu chez un jeune de moins de 20 ans, et tous les autres ont été déclarés chez des hommes entre les âges de 25 à 59 ans. Toutefois, durant les deux dernières années, la proportion de cas parmi les jeunes de 15 à 24 ans (incluant des HARSAH) et les femmes en âge de procréer a augmenté. De plus, en janvier 2011 un cas de syphilis congénitale a été déclaré chez un bébé de trois mois. Des travaux sont en cours pour développer des façons novatrices d'atteindre les jeunes pour mieux documenter leurs facteurs de risque et mieux guider nos interventions auprès d'eux. Le MSSS va bientôt lancer un appel à la vigilance sur ce problème. Il demeure essentiel que les laboratoires hospitaliers nous déclarent les résultats positifs qualitatifs et quantitatifs des tests de dépistage pour permettre l'interprétation des résultats des tests tréponémiques déclarés par le LSPQ pour les mêmes patients.

Remerciements à Maria-Constanza Street, Jérôme Latreille, Sandra Palmieri et Joseph Cox pour leurs contributions.

Adoption de chiens rabiques provenant du Nord du Québec : une situation à suivre

Depuis le 20 janvier 2012, le Bureau de surveillance et de vigie du MSSS a reçu le signalement de 3 chiots atteints de la rage du renard, deux provenant de la Côte-Nord et un du Nunavik, régions où la rage animale existe. Le premier chiot rabique a été adopté par une famille lavalloise par l'entremise d'un organisme sans but lucratif qui prend charge de chiens errants. Cinq autres chiens arrivés à bord du même vol ont été mis sous observation pendant 10 jours par l'ACIA et en quarantaine pour 6 mois. Le deuxième, de la même communauté de la Côte-Nord, a été euthanasié. Le troisième, provenant du Nunavik et adopté par un résident de Lanaudière, a été signalé le 3 février 2012. Il présentait une forme de rage muette le rendant doux et attachant, sans indication de maladie. En tout, au moins 30 PPE ont dû être administrées. Dans ce contexte, lorsqu'une personne a été mordue par un chien il est important de vérifier la provenance de l'animal avant de décider de la marche à suivre. Le directeur de santé publique du Québec a demandé que cesse l'adoption de chiens errants.

Remerciements à Doris Deshaies, Jérôme Latreille et au BSV du MSSS pour l'information fournie.

Remerciements à Stéphanie R. Susser pour son aide à la rédaction du texte.

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