

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 1 de l'année 2008
(semaines 1 à 4 [30 décembre 2007 au 26 janvier 2008])**

Shigellose

L'incidence de la shigellose est revenue à la normale, bien que des cas continuent de survenir dans la communauté HARSAH. Ceci suggère que l'infection pourrait être devenue endémique dans cette communauté à Montréal. À partir des données d'enquête chez les HARSAH, à Montréal et ailleurs, une série de mesures de contrôle ont été identifiées qui pourraient former la base d'une intervention de longue durée dans les lieux de rencontres associés à la transmission de cette maladie.

Remerciements à Heather Hannah pour l'information fournie.

Éclosions de gastroentérite

Au 4 février, il y avait eu, depuis le début d'octobre 2007, 10 éclosions dans les 34 CHSLD de la région, dont une est toujours en cours. Depuis le 13 novembre, il y avait eu 3 éclosions dans les 33 CHCD et CHR, dont une en cours. Il y a eu un décès, chez un enfant lourdement handicapé.

Influenza

Au 6 février, l'indice d'activité grippale était *faible à modéré* avec tendance à la hausse. C'est un niveau un peu plus élevé que celui qu'il avait atteint à cette date l'an dernier. Le nombre de cas connus d'influenza augmente à Montréal; il y a eu des éclosions de syndrome d'allure grippale (SAG) dans une école et une garderie, mais pas encore dans des établissements de santé. Pour éviter les éclosions dans ces derniers, il est important de continuer la vaccination, et de renforcer l'application 1) de l'étiquette respiratoire, 2) des mesures de prévention autour des cas de SAG, et 3) des consignes aux visiteurs grippés de reporter leurs visites.

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

Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie.

Virus respiratoire syncytial (VRS)

Même si l'incidence des infections à VRS est en baisse, il y a eu une éclosion en CHSLD au début de février. Dans cette situation, les mesures mentionnées précédemment pour l'influenza s'appliquent, avec en plus les précautions de type contact-gouttelettes.

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 2 de l'année 2008
(semaines 5 à 8) [27 janvier 2008 au 23 février 2008]**

Amibiase

La figure 1 indique un excès significatif. Il n'est plus possible de distinguer les infections à *E. histolytica* de celles à *E. dispar* ; toutefois, l'excès n'est pas dû à un plus grand nombre d'infections à *E. dispar* comptées parmi les cas confirmés, car il persiste même si on compare le nombre de cas de la période 2 à un nombre attendu calculé sur la dernière année seulement, pendant toute laquelle la distinction était impossible. Des 28 cas, 24 sont chez des adultes et 20 chez des garçons ou des hommes. Tous les CSSS sauf un sont touchés, mais la majorité des cas sont au centre-ville et le CSSS Jeanne-Mance en a le plus grand nombre (6). Deux des cas sont chez des enfants qui rentraient de voyage; au moins un cas chez un adulte, asymptomatique, a été identifié dans leur entourage. L'âge, le sexe et le lieu de résidence des patients suggèrent encore une fois la survenue de transmission par relations sexuelles entre hommes, comme mentionné en 2007; même s'il ne s'agit pas d'infections graves, elles peuvent indiquer un risque d'acquisition d'infections plus graves transmises de la même façon. Nous sommes donc à enquêter la situation et toute information à ce sujet serait bienvenue.

Fièvre paratyphoïde

Les deux cas déclarés sont attribuables à des voyages, un de quelques semaines au Pérou, l'autre d'une semaine seulement au Mexique.

Remerciements à Muguette Aubé et à Marie-Paule Camblard pour l'information fournie.

Éclosions de gastroentérite

Au 6 mars, il y avait eu cette saison des éclosions dans 4 CHCD et dans 1 CHR, toutes terminées et toutes sauf une attribuables au norovirus. Parmi les 84 CHSLD de la région, à même date, 11 avaient eu des éclosions, toutes terminées, dont 4 étaient attribuables à un calicivirus ou norovirus.

Influenza

Au 3 mars, l'indice d'activité grippale était *élevé* et en hausse, à Montréal comme dans le reste du Québec. Il est le plus élevé, pour cette époque de l'année, depuis 1999. Il n'y a pas encore eu d'éclosion de SAG dans les CHCD et CHR, mais 7 CHSLD en ont eu, dont 4 étaient encore en cours au 7 mars. Parmi ces éclosions, 2 étaient causées par l'influenza, de type A. La majorité des cas au Québec sont causés par une souche d'influenza A qui est contenue dans le vaccin de cette année. Il demeure donc important de continuer la vaccination des personnes à risque et de leurs proches, et de renforcer l'application 1) de l'étiquette respiratoire, 2) des mesures de prévention autour des cas de SAG, et 3) de la consigne aux visiteurs grippés de reporter leur visite.

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

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 3 de l'année 2008
(semaines 9 à 12) [24 février 2008 au 22 mars 2008]**

Incidents préoccupants à l'école

Dans les dernières trois semaines, trois incidents dans des écoles différentes ont été signalés à la DSP, où un élève piquait plusieurs camarades avec le même objet perçant. Ces gestes pouvant entraîner la transmission des hépatites B et C et de l'infection par le VIH, ils nécessitent une démarche complexe pouvant mener à la prescription à plusieurs personnes de prophylaxie(s) post-exposition. Ces incidents auraient été inspirés par des vidéoclips postés sur YouTube; la Direction de santé publique va explorer les recours possibles.

Amibiase

Certains cas de la période 2 ont été infirmés et l'excès est maintenant non significatif, mais il est toujours constitué principalement d'hommes d'âge moyen habitant au centre-ville ou à proximité. Aux fins de surveillance ordinaire, toutes les déclarations du complexe *Entamoeba histolytica/Entamoeba dispar* sont d'abord comptées. Si par la suite nous recevons une confirmation qu'il s'agit de *E. dispar*, le cas est infirmé. Un excès peut donc être dû à des infections à *E. dispar* sans qu'on le sache si une demande de confirmation n'a pas été faite ou que le résultat arrive tard. Cette situation découle du fait que pour différencier entre *E. histolytica* et *E. dispar*, il faut un test d'amplification génique qui requiert l'envoi au LSPQ d'un deuxième spécimen de selles puisque la méthode ne peut pas être réalisée sur des selles fixées. Tous les cliniciens n'obtiendront pas ce 2^e échantillon. La distinction entre les deux espèces est pourtant importante tant pour la clinique que pour la surveillance, et il est approprié de faire les efforts requis pour obtenir le 2^e spécimen.

Remerciements à Louise Poirier (HMR) pour ses commentaires et pour l'information fournie.

Shigellose

Après trois semaines sans aucun cas déclaré, il y a à nouveau un excès significatif de cas par rapport au nombre attendu (bien qu'il ne se reflète pas encore dans la figure 1). La majorité des infections sont à *S. sonnei*, qui a causé l'éclosion récente chez les HARSAH, et parmi celles-ci au moins 4 ou 5 sont effectivement chez des HARSAH (en plus des retours de voyages attendus). Plusieurs interventions d'information sur cette maladie et sur sa prévention sont en préparation, visant les HARSAH par des moyens de communication appropriés à eux.

Remerciements à Jérôme Latreille pour l'information fournie.

Infections envahissantes à streptocoque du groupe A reliées en milieu familial

Les 12 cas déclarés à la période 3 constituent un excès par rapport au nombre attendu, mais qui n'est pas statistiquement significatif. Exceptionnellement, un lien entre deux cas a pu être identifié. Une femme âgée de plus de 70 ans s'est présentée à l'hôpital avec une IVRS qui durait depuis 2 semaines. Son état s'est détérioré rapidement, avec pneumonie, hémoptysie, bactériémie et choc toxique. Elle est décédée deux jours plus tard. Le jour du décès, sa fille, qui partageait son domicile, a été admise aux soins intensifs pour des signes et symptômes très semblables à ceux de sa mère et elle a reçu le même diagnostic d'infection envahissante à streptocoque du groupe A. La chimioprophylaxie a été prescrite aux trois contacts étroits de la fille; aucun membre du personnel hospitalier n'a requis de prophylaxie. Les deux patientes étaient aussi atteintes d'influenza de type B.

Remerciements à Gilles Lambert pour l'information fournie.

Éclosions de gastroentérite

Au 11 avril, il y avait 2 éclosions en cours en CHSLD, et une en CH (celle très médiatisée à l'Hôpital Général Juif).

Influenza

Au 11 avril, il y avait 2 éclosions en cours en CH et 6 en CHSLD. Certaines sont dues à une souche d'influenza B non contenue dans le vaccin de cette année, ce qui implique pour leur contrôle que l'oseltamivir doit être prescrit sans tenir compte du statut vaccinal. Au 29 mars, l'indice d'activité grippale était *élevé*, avec tendance stable. Les nombres de résultats positifs au LSPQ pour l'influenza A étaient à la baisse, et ceux pour l'influenza B étaient stables.

Source : Flash Influenza du 9 avril 2008. 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 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 4 de l'année 2008
(semaines 13 à 16) [23 mars 2008 au 19 avril 2008]**

Incidents préoccupants à l'école

Les incidents dans des écoles, où un élève piquait plusieurs camarades avec le même objet perçant, ont cessé. Les enfants piqués se sont vu offrir un suivi immunologique et biochimique à 0, 3 et 6 mois.

Remerciements à Suzanne Brisson pour l'information fournie.

Shigellose

Le nombre de cas déclarés est à nouveau revenu à la normale. Les démarches entreprises par la DSP, avec l'aide de ses partenaires, depuis l'éclosion de l'automne dernier incluent : une mise à jour de l'appel à la vigilance sur le site de la DSP, des courriels destinés à être rediffusés dans la communauté gaie, de l'information diffusée sur les sites web et aux membres de Action Séro-Zéro et de AIDS Community Care Montreal (ACCM), des articles sur la shigellose et sa prévention parus dans Fugues et RG, et une bannière sur le site de rencontres Priape. Sont prévus pour le mois de juin : la distribution de tracts dans des établissements et organismes desservant la communauté gaie et une formation pour les intervenants d'organismes communautaires oeuvrant auprès de la clientèle-cible.

Remerciements à Suzanne Brisson pour l'information fournie.

Influenza et gastroentérite

Au 3 mai, les nombres d'isolats positifs pour l'influenza A et B étaient fortement à la baisse dans l'ensemble de la province. Au 9 mai, à Montréal, il y avait 3 éclosions de syndrome d'allure grippale en CHSLD mais aucune en CH. À la même date, il y avait 2 éclosions de gastroentérite en CHSLD mais aucune en CH. L'activité grippale étant *modérée*, la vaccination contre l'influenza ne demeure pertinente qu'en de rares situations (par exemple : éclosion dans un CHSLD, voyageurs etc.)

Source : Flash Influenza du 7 mai 2008. 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 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 5 de l'année 2008
(semaines 17 à 20) [20 avril 2008 au 17 mai 2008]**

Brucellose

Une bactériémie à *Brucella abortus* a été identifiée par hémoculture chez un résident de Montréal. Une source alimentaire d'Amérique Centrale est suspectée, mais reste à confirmer. En fait cette zoonose est pratiquement absente du Canada, mais elle est fréquente dans beaucoup d'autres pays. La transmission à l'humain se fait par contact de lésions cutanées (ou des muqueuses) avec des tissus ou sécrétions/excrétions d'animaux malades ou porteurs (principalement les vaches, moutons, chèvres et porcs), par consommation de lait cru ou de produits de lait cru contaminés provenant de ces animaux et par voie aérienne dans les abattoirs et les laboratoires. Chez les quelques cas diagnostiqués au Canada, l'infection est la plupart du temps acquise à l'extérieur du pays ou à partir de produits laitiers non pasteurisés rapportés au pays. L'hématohistovigilance est indiquée, pour déterminer si la personne atteinte a donné ou reçu du sang ou des tissus.

Remerciements à Heather Hannah, Suzanne Brisson, Lyse Bélanger et Johanne Ismael pour l'information fournie

Varicelle (maladie d'intérêt qui n'est pas à déclaration obligatoire)

Une mère et ses deux enfants récemment arrivés au pays ont développé la varicelle dans une résidence transitoire pour réfugiés et immigrants. Les 400 à 500 personnes demeurant temporairement à cet endroit ont été considérées comme potentiellement exposées à cause de la ventilation commune à l'ensemble de l'édifice. Toutefois, des mesures de contrôle d'éclosion, coûteuses et avec bénéfice modeste selon le PIQ (p. 180), n'ont pas été recommandées. Les données disponibles sur l'état immunitaire des réfugiés ou immigrants suggèrent que celui-ci n'est pas suffisamment inférieur à celui de la population locale pour modifier l'approche. La recherche d'anticorps, l'administration du VZIG et l'administration du vaccin en l'absence d'anticorps ont été offertes seulement aux personnes vulnérables (les femmes enceintes, les personnes immunosupprimées et celles sans histoire de varicelle ou de vaccination contre la varicelle). Jusqu'à maintenant, il n'y a eu qu'un seul cas secondaire possible en dehors de la famille index.

Remerciements à Louise Valiquette pour l'information fournie et à Chris Greenaway pour celle sur la réceptivité.

Infections à *E. coli*

Il n'y a pas eu de déclaration d'infection à *E. coli* producteur de vérotoxines ni d'infection invasive à *E. coli* (c'est-à-dire avec syndrome hémolytique urémique ou purpura thrombotique thrombocytopénique) depuis le 27 février 2008, mais il faut demeurer vigilant puisque la saison des hamburgers cuits au charbon de bois débute. Le site suivant contient des informations utiles : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/notices-avis/index-fra.php#juin6>

Éclosions de SAG et de gastro-entérite (GE) dans les CH et les CHSLD

Le rapport en date du 6 juin fait état de 2 éclosions de SAG en cours en CHSLD et 0 en CH, tandis qu'une éclosion de GE est en cours en CHSLD et 0 en CH. Ceci porte à 20 le nombre de CHSLD (sur un total de 84) et à 4 le nombre de CH (sur un total de 33) qui ont eu au moins une éclosion de SAG durant la saison 2007-2008. Pour les éclosions de GE, ces nombres sont de 19 et de 7 respectivement. Il s'agit donc d'événements relativement fréquents et il est important de s'y préparer à l'avance afin d'être en mesure d'appliquer au besoin les recommandations suggérées dans les guides, particulièrement quant à la gestion du personnel (cohortage, ajout de personnel d'entretien, vaccination contre l'influenza, prescription d'oseltamivir).

Remerciements à Marcella Kafka pour son aide à la rédaction de l'ensemble des Faits Saillants.

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 6 de l'année 2008
(semaines 21 à 24) [18 mai 2008 au 14 juin 2008]**

Botulisme infantile, deux cas

Cette maladie résulte de l'ingestion de spores de *Clostridium botulinum* qui par la suite, surtout chez les enfants de moins d'un an, prolifèrent dans le gros intestin tout en produisant leur toxine. Malgré l'omniprésence de ces spores dans l'environnement (sol, poussière) et la contamination occasionnelle des aliments par elles, le botulisme infantile est une maladie rare. Les deux premiers cas à survenir depuis plus de 10 ans à Montréal sont décrits ici. Le premier cas est atypique. Un bébé développe une hypotonie graduelle sur plusieurs mois. Cet état est noté par un médecin dans le cadre d'une visite médicale de routine; le bébé avait alors 7½ mois. Le diagnostic différentiel comprend le botulisme. La présence de toxine botulinique de type A est détectée dans les selles; le traitement avec des immunoglobulines (antitoxines botuliniques) est instauré. Le bébé s'améliore lentement. Ce bébé avait été nourri au lait maternisé et à quelques aliments solides. Il avait fait un séjour de 2½ mois en Asie mais une légère hypotonie aurait été déjà présente avant le voyage. Le deuxième cas, par contre, est typique. Après une période de constipation de quelques jours, un bébé de 5½ mois développe en quelques heures une hypotonie généralisée sévère nécessitant l'intubation. Le diagnostic clinique de botulisme infantile est posé d'emblée et le traitement débute. Le laboratoire confirme la présence de toxines botuliniques de types A et B dans les selles. Le bébé commence à s'améliorer rapidement. Il était allaité, avec l'introduction des premiers aliments solides à partir de l'âge de 5 mois. Il n'a pas voyagé. Malgré des visites à domicile avec les inspecteurs du service d'inspection des aliments de la ville de Montréal, et des tests alimentaires, les sources n'ont été identifiées ni dans le premier cas ni dans le deuxième. Il n'existe pas de lien épidémiologique entre ces deux cas.

Remerciements à Heather Hannah et Robyn Mitchell pour l'information fournie.

Rage, pénurie de vaccins

Une pénurie temporaire des vaccins contre la rage sévit au Québec. La Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP) assume la gestion régionale de ces vaccins (inventaire, distribution, etc.) dans le but d'en assurer la disponibilité lorsqu'une prophylaxie post exposition devient indiquée. Les algorithmes d'aide à la décision concernant PPE contre la rage en cas d'exposition à une chauve-souris ou à un animal terrestre (*Protocole d'immunisation du Québec*, pages 334-336) sont disponibles sur le site Internet de la DSP à l'adresse suivante : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/MI/vaccination/rage>. À noter que lors d'exposition à la **chauve-souris**, la PPE n'est plus recommandée lorsqu'il n'y a pas de contact physique noté. Par ailleurs, Montréal est encore considérée comme un secteur géographique à risque faible pour la rage chez les **animaux terrestres domestiques**. Cette situation pourrait changer si la rage du raton laveur présente en Montérégie s'en rapprochait et donc une vigilance accrue s'exerce à cet effet. Malgré l'absence de cas de rage terrestre rapportés jusqu'à maintenant à Montréal, la PPE contre la rage y reste néanmoins indiquée pour toute exposition significative à un **animal sauvage** non disponible.

Remerciements à Suzanne Brisson pour l'information fournie.

Les MADO ne prennent pas de vacances

Il est donc nécessaire de prévoir lors des remplacements de congés estivaux que la déclaration des MADO se poursuive afin d'éviter des retards dans l'application de mesures préventives. Merci pour votre coopération.

Remerciements à Marcella Kafka pour sa contribution à la rédaction de l'ensemble des Faits saillants.

B o n é t é à t o u s !

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 7 de l'année 2008
(semaines 25 à 28) [15 juin 2008 au 12 juillet 2008]**

Shigellose

Une augmentation des nombres de cas déclarés de shigellose a été notée à la période 7. En plus des cas parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH), comme lors des périodes précédentes, une nouvelle souche de *Shigella sonnei*, ONPG positive, mannitol négative, de pulsovar 49 (SSOXAI.0224), a également fait son apparition en juin. On demande donc à tous les laboratoires de microbiologie du Québec de transmettre au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) les souches de *Shigella sonnei* pour électrophorèse sur gel en champ pulsé. Des célébrations de la fierté gaie auront lieu à Montréal prochainement, du 29 juillet au 3 août et du 14 au 17 août. Vu l'excès récent et une augmentation prévue de visiteurs pour ces événements, la DSP surveille étroitement la situation, collabore avec plusieurs partenaires médicaux et communautaires pour prévenir la transmission de cette infection et recommande aux cliniciens de maintenir une vigilance accrue pour les cas de shigellose, surtout chez les HARSAH.

Remerciements à Suzanne Brisson pour l'information fournie.

Rage, pénurie de vaccin

La pénurie persiste et les réserves de vaccin pour la région de Montréal baissent. La vaccination antirabique ne devrait être prescrite que quand elle est clairement indiquée. Pour les algorithmes d'aide à la décision, consulter le site Internet de la DSP à : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/MI/vaccination/rage>.

Remerciements à Françoise Saintonge pour l'information fournie.

Listériose

Les deux cas ne sont pas reliés entre eux mais sont tous deux survenus chez des personnes âgées de plus de 80 dont l'état de santé était déjà mauvais. Un des cas a été causé par une souche dont le pulsovar est identique à celui d'un cas déclaré à Montréal en avril, mais aucun lien épidémiologique n'a pu être établi entre ces deux cas, ni d'ailleurs avec les cas de l'éclosion provinciale de listériose, causée par un autre pulsovar.

Remerciements à Jérôme Latreille pour l'information fournie.

Brucellose

Le cas de brucellose mentionné dans les Faits Saillants de la période 5 a maintenant été attribué avec certitude à la consommation de fromage fait de lait non pasteurisé et rapporté d'Amérique du Sud par un particulier. *B. abortus* a été isolé du cas et du fromage. Aucun autre cas n'a été associé à ce fromage.

Remerciements à Lyse Bélanger 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 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 8 de l'année 2008
(semaines 29 à 32) [13 juillet 2008 au 9 août 2008]**

Listériose à Montréal : la situation n'est pas alarmante pour l'instant

Au cours de cette période, il y a eu 2 cas déclarés de listériose. Ceci ne diffère pas du nombre d'infections à cette période de l'année au cours des deux dernières années. Par électrophorèse sur gel en champ pulsé (EGCP) les cas sont de types 209 et 86. Depuis la fin de la période 8, il y a eu 3 cas supplémentaires, ce qui est plus que prévu, mais ils ne sont pas reliés entre eux (un chacun des types 93 et 204, et un de type inconnu). Aucun de ces cas n'est lié aux types impliqués dans le rappel canadien de produits de viande Maple Leaf (types 136 et 180). L'un des cas a le même type (93) que celui associé à l'actuelle éclosion au Québec, même si aucun lien n'a encore été établi avec les fromages suspects. Les produits Maple Leaf originaires de l'usine de Toronto, et les produits fromagers suspects ont été rappelés. Les deux cas de la période 8 étaient des personnes âgées en établissements de soins de longue durée, tandis que les cas depuis la fin de la période se sont produits chez des patients immunodéprimés. En effet, les personnes âgées, les personnes atteintes de maladie chronique et celles qui sont immunodéprimées sont plus à risque de développer des symptômes lorsque infectées. En outre, des avortements spontanés peuvent survenir chez les femmes enceintes. Des communiqués ont été émis par le MSSS et le MAPAQ, rappelant aux femmes enceintes d'éviter les produits de lait non pasteurisé et les fromages à pâte molle. Info-Santé informe les personnes inquiètes de consulter un médecin si elles sont symptomatiques et font partie d'un groupe à haut risque. La DSP maintient une vigilance accrue à cette infection. La listériose n'est à déclaration obligatoire que par les laboratoires, mais les médecins sont appelés par la DSP pour aider à enquêter les cas. Tous les cas sont enquêtés, soit auprès du médecin, du patient ou de sa famille. Tous les isolats sont envoyés au Laboratoire de santé publique du Québec pour une caractérisation plus poussée. Un « Appel à la vigilance » a été émis : (<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/prevention/enterique/listeria.html>).

Coqueluche: la saison a commencé

Onze cas de coqueluche ont été déclarés au cours de la période 8, une forte augmentation par rapport aux deux années précédentes (2 et 3 cas en 2007 et 2006 respectivement). La coqueluche est à déclaration obligatoire à la DSP par les médecins et les laboratoires. Compte tenu du délai entre le début des symptômes et l'arrivée de la déclaration à la DSP, les cas sont enquêtés par la poste. Le taux de réponse n'a été que de 59% pendant la saison 2007-8 de la coqueluche. Nous demandons aux médecins d'informer leurs patients que ceux-ci recevront un questionnaire de la DSP, et qu'il est important pour eux de le remplir et le renvoyer. Connaître le statut vaccinal des cas aide à évaluer l'efficacité de la vaccination. La chimioprophylaxie peut être offerte aux contacts par le médecin lorsque indiquée.

Remerciements à André Bilodeau pour l'information fournie.

Shigellose: retour à la normale?

À la période 8, il semblerait que l'incidence soit retournée à la normale pour la première fois depuis août 2007, avec seulement 4 cas signalés. Seulement 1 de ces 4 cas s'est produit chez un homme qui a des rapports sexuels avec des hommes (HARSAH), tandis que deux autres ont été associés à des voyages vers les Caraïbes et le troisième possiblement à une transmission locale non sexuelle de personne à personne. Les informations sur la shigellose et sa prévention continueront de cibler la population HARSAH, par l'intermédiaire de groupes communautaires, de sites de clavardage, de bars et de saunas. Les cliniciens sont invités à continuer d'être vigilants et de rechercher l'agent chez les personnes symptomatiques. Les HARSAH infectés par la *Shigella* devraient être conseillés sur l'adoption de pratiques sexuelles sécuritaires et le lavage des mains. Appel à la vigilance : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/prevention/enterique/appe107082008.html>.

Remerciements à Mark-Andrew Stefan 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 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 9 de l'année 2008
(semaines 33 à 36) [10 août 2008 au 6 septembre 2008]**

Listériose et femmes enceintes

Au 24 septembre, l'écllosion québécoise de listériose attribuable au pulsovar 93 comportait 31 cas. À Montréal, on comptait 5 cas, tous hospitalisés, y compris 2 chez des femmes enceintes et 1 chez un nouveau-né, qui présentait, en particulier, une conjonctivite à *L. monocytogenes*. Comme 11 (37%) des cas de l'écllosion québécoise touchent des femmes enceintes, un appel à la vigilance ciblant les professionnels les plus concernés a été émis à Montréal. Depuis le retrait des fromages suspectés, l'incidence de la maladie a beaucoup diminué ; toutefois, comme la période d'incubation peut atteindre 70 jours, la survenue de nouveaux cas demeure possible.

Source : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, et Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal.

Shigellose : baisse chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH)

L'incidence déclarée de la maladie a augmenté à nouveau, mais pas principalement à cause de la transmission sexuelle entre hommes. Sept des 17 cas sont chez des enfants de moins de 15 ans et aucun mode de transmission ne prédomine chez eux. La proportion de cas chez les < 15 ans augmente et revient à ce qu'elle était avant l'écllosion chez les HARSAH. Parmi les 7 cas chez des hommes de 15 ans ou plus, seulement trois sont chez des HARSAH, et deux de ces trois pourraient aussi être attribués à des voyages (aux États-Unis). Les cliniciens sont néanmoins invités à continuer d'être attentifs au risque de transmission sexuelle, puisqu'il persiste, et de rechercher l'agent chez les personnes symptomatiques. Appel à la vigilance : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/prevention/enterique/appel07082008.html>.

Excès à Montréal de cas d'amibiase, de campylobactériose, et de gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica*

Ces trois infections montrent un excès selon la Figure 1. Les cas déclarés de ces maladies ne sont pas tous enquêtés, mais comme l'excès de campylobactériose avait déjà été détecté par une autre méthode dès son apparition, ces cas l'ont été, dans l'espoir d'identifier le(s) mode(s) de transmission et de mettre fin à l'excès. Les huit enquêtes ont révélé des expositions qui pourraient être à l'origine de tel ou tel cas, mais aucune qui soit commune à plusieurs cas et qui permette une intervention. Pour l'amibiase et la gastro-entérite à *Y. enterocolitica*, on peut simplement dire que les distributions par âge, sexe et lieu de résidence des cas de la période 9 sont semblables à celles de l'ensemble des cas de 2008 ; ceci suggère qu'aucun phénomène nouveau et important n'affecte leur incidence.

Remerciements à Jérôme Latreille et Christiane-Élise Lavoie 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 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 10 de l'année 2008
(semaines 37 à 40 [7 septembre 2008 au 4 octobre 2008])**

Listériose et femmes enceintes

Les sept cas montréalais de la période 10 touchent trois femmes enceintes, deux nouveau-nés et deux autres adultes. Tous les cas sont dus au sérovar 93, qui cause l'éclosion provinciale, et tous les cas adultes ont comme facteur de risque la consommation de fromages associés à l'éclosion. Il n'y a eu qu'un seul autre cas montréalais depuis la fin de la période 10, chez un adolescent ayant consommé plusieurs fromages durant sa période d'exposition. Quant à l'éclosion provinciale, elle comportait, au 22 octobre, 35 cas dans 8 régions du Québec, presque tous hospitalisés, 13 chez des femmes enceintes, dont la majorité ont accouché prématurément, et 5 chez des nouveau-nés, dont trois sont décédés. Le retrait du marché de fromages dans 300 établissements a eu lieu le 5 septembre et les symptômes du plus récent cas ont commencé le 28 septembre. Toutefois, à cause de la longue période d'incubation de la maladie l'éclosion n'est pas considérée comme terminée et une vigilance accrue demeure indiquée.

Source : Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) du Québec, et Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal.

Salmonella Poona

Une éclosion internationale due à cet agent relativement rare est en cours. Il y a eu à ce jour une cinquantaine de cas aux États-Unis. Au Canada, depuis le 17 août, il y a eu au moins 26 cas dans 5 provinces, attribuables à un même sérovar, dont 8 au Québec et 3 à Montréal. Aucun mode de transmission n'a été incriminé jusqu'à maintenant et les enquêtes se poursuivent. À Montréal, les trois cas sont chez des hommes, d'âges variés, habitant le même secteur, mais pour lesquels aucune exposition commune n'a encore été identifiée.

Sources : Agence de santé publique du Canada et MSSS du Québec.

Remerciements à Jérôme Latreille 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 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 11 de l'année 2008
(semaines 41 à 44 [5 octobre 2008 au 1 novembre 2008])**

Listériose

Deux cas ont été déclarés durant la période 11. Le premier est celui chez un adolescent, datant du 8 octobre et mentionné dans les derniers faits saillants ; il est possiblement dû à la consommation de fromage(s), mais il a été causé par le pulsovar 235, qui n'est pas associé à l'éclosion provinciale. L'autre cas, déclaré à la fin d'octobre, pourrait être dû à la consommation de fromage ou de viande fumée (« smoked meat ») ; un échantillon de viande fumée provenant du magasin où le patient s'est procuré la sienne a été positif pour la *Listeria*. Les pulsovars des souches isolées chez le patient et dans la viande ne sont pas encore connus.

Remerciements à Marie-Paule Camblard et à la Direction d'inspection des aliments de la CUM pour l'information fournie.

Salmonella Poona

Le cas le plus récent à Montréal a été déclaré le 10 octobre ; il a été causé chez une femme d'âge moyen par le pulsovar 8, responsable de l'éclosion au Québec, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et au Manitoba (<http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/salmonella-fra.php>). Comme pour les cas précédents, et pour les autres cas de l'éclosion, aucune exposition particulière n'a pu être incriminée à l'enquête.

Remerciements à Jérôme Latreille et Lucie Dufault pour l'information fournie.

Gastro-entérites en CH et CHSLD

Au 27 novembre, il y avait eu cette saison 15 éclosions en établissements ; 9 sont en CHSLD, dont 5 encore en cours, et 6 sont en CH, dont 4 encore en cours. Nous avons reçu un signalement d'une pharmacie où on avait noté une augmentation des consultations pour diarrhée ; les interventions de ce genre nous sont utiles et sont toujours bienvenues. De plus, les appels à Info-Santé pour symptômes gastro-intestinaux sont en hausse marquée depuis le milieu d'octobre, tant par rapport aux semaines précédentes que par rapport à la période correspondante de l'année dernière. Le norovirus a été isolé dans 1 CH et 3 CHSLD et le rotavirus dans 1 CHSLD. Un appel à la vigilance sur les gastro-entérites d'allure virale a été émis, disponible au site de la DSP (<http://www.santepub-mtl.qc.ca/>, sous l'onglet *Espace médecins*, ensuite *Pratique médicale*), et des informations détaillées sur les mesures de contrôle sont disponibles au www.inspq.qc.ca/publications/default.asp?E=p&NumPublication=446.

Influenza

Il n'y a pour l'instant aucun cas confirmé pour la période 11 à Montréal, mais les données ne sont pas encore complètes. Il y a une éclosion de syndrome d'allure grippale, en CHSLD et toujours en cours ; les prélèvements ont été négatifs pour le virus de l'influenza.

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 12 de l'année 2008
(semaines 45 à 48 [2 novembre 2008 au 29 novembre 2008])**

Cryptosporidiose: éclosion possible

Trois cas de cryptosporidiose ont été signalés au cours de la période 12. Jusqu'à la période 12, seulement 8 autres cas ont été déclarés cette année. Les trois cas sont survenus chez des hommes âgés de 43 à 58 ans, dans différents territoires de CLSC (Rosemont, Verdun, des Faubourgs). Des indices dans les déclarations révèlent que deux des trois cas ont été déclarés par des médecins ayant une grande clientèle d'hommes ayant des relations sexuelles et affectives avec des hommes (HARSAH) et le troisième cas a un antécédent d'infections sexuellement transmissibles. Cette hypothèse suggère une transmission sexuelle, possiblement chez des personnes immunosupprimées, plutôt qu'une contamination du réseau de distribution de l'eau. On rappelle aux cliniciens de maintenir un haut degré de suspicion pour cette maladie dans cette clientèle et de déclarer les nouveaux cas à la Direction de santé publique de Montréal (DSP), qui reste vigilante et pourrait encore décider de les enquêter.

Merci à Jérôme Latreille pour l'information fournie.

La saison de la gastro-entérite est à nos portes

Jusqu'ici, cette saison, 18 éclosions de gastro-entérite ont été signalées; 7 ont été dans des hôpitaux, 7 en centres de soins de longue durée (CHSLD), et 3 dans des centres de petite enfance (CPE) ou des écoles. Il s'agit d'une augmentation par rapport à la même période au cours des deux dernières années (5 en 2007, 6 en 2006). La recherche de l'agent pathologique n'est pas nécessairement faite dans tous les cas, mais pour ceux chez qui la recherche a été menée, le norovirus était en cause, à l'exception d'une éclosion de rotavirus dans un CHSLD. Les professionnels en prévention des infections gèrent les éclosions dans les hôpitaux et les CHSLD, alors que les éclosions dans les CPE ou les écoles sont gérées par les infirmières du CLSC. Dans tous les cas, les professionnels de la DSP sont disponibles pour les appuyer si nécessaire. Tous les cas survenant dans une école ou un CPE sont portés à l'attention de la Direction de l'inspection des aliments de la Ville de Montréal afin qu'elle puisse intervenir en temps voulu, même si une source alimentaire n'est pas d'abord soupçonnée. Le DSP a lancé un appel à la vigilance:

<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/prevention/enterique/appel17112008.html> et a mis à jour sa page de référence pour les professionnels de la santé publique <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/prevention/enterique/norovirus.html>.

Infection invasive à méningocoques: 3 cas non reliés en 2 jours

Trois cas de méningite ont été signalés au cours de la période 12, en l'espace de 2 jours. Cet agrégat temporel est important par rapport à tout moment dans l'année précédente, et à la même période dans les deux années précédentes. Les trois cas se sont produits chez des personnes âgées de 31 à 45 ans (2 hommes et une femme). Pas de lien épidémiologique n'a été identifié entre les trois cas. Le méningocoque du groupe B a été impliqué dans tous les cas, un groupe pour lequel la vaccination n'est pas disponible. Des analyses au Laboratoire national de microbiologie à Winnipeg ont révélé que 2 des 3 cas sont de souches différentes (on attend les résultats pour le troisième cas). La prophylaxie antibiotique a été offerte à tous les contacts étroits, comme recommandé par la DSP.

Saison de la grippe: encore temps de se faire vacciner

En date du 29 novembre, il y a eu 33 tests rapides d'influenza positifs dans la province, mais certains se sont avérés être de faux positifs. Jusqu'au 13 décembre, il n'y a pas eu de cas de grippe de type A ou B confirmés par culture dans la province. La valeur prédictive positive du test rapide n'est pas très élevée en début et en fin de saison, quand il y a peu de vrais cas. La culture positive reste l'étalon-or. Puisque la saison grippale n'a pas encore commencé à Montréal, la vaccination annuelle est en outre recommandée à tous ceux qui sont à risque de complications, et à ceux qui sont en contact avec eux. D'autres virus respiratoires sont en circulation, en particulier les adénovirus et le VRS. Il est important de maintenir une bonne hygiène respiratoire, et d'éviter de visiter les personnes vulnérables quand on est symptomatique. Voir le site web d'Info-Grippe pour plus de détails: <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/grippe/index.html>.

Merci à Renée Paré pour les informations fournies

Remerciements à Mark-Andrew Stefan pour son aide à la rédaction de ces notes.

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 2008
(semaines 49 à 53 [30 novembre 2008 au 3 janvier 2009])**

Éclosions de gastro-entérite en établissements

Au 16 janvier 2009, parmi les 33 CH, 12 avaient déclaré une éclosion et 5 d'entre elles étaient encore en cours. Parmi les 84 CHSLD, 26 avaient déclaré une éclosion et 8 étaient encore en cours. Le nombre de nouvelles éclosions déclarées est stable depuis quelques semaines.

Saison influenza : il est encore indiqué de se faire vacciner

Toujours en date du 16 janvier, l'activité grippale au Québec était faible mais en hausse. On a toutefois rapporté quelques isolats par culture, tant de type A que B. Il n'y a eu jusqu'à maintenant à Montréal que deux éclosions de syndrome d'allure grippale, en CHSLD, qui n'ont pas été causées par le virus de l'influenza (ni d'ailleurs par le virus respiratoire syncytial, qui circule beaucoup actuellement). Les médias ont transmis des informations concernant l'efficacité vaccinale qui méritent d'être clarifiées. La souche de type B incluse dans le vaccin n'est pas celle qui circule le plus en ce début de saison au Canada et au Québec, mais cette dernière souche était incluse dans le vaccin pour l'année 2007-2008 ; elle circule donc pour une 3^e année consécutive. Comme la protection offerte par le vaccin peut durer de 6 à 18 mois, les personnes vaccinées l'an dernier bénéficient probablement encore d'une protection résiduelle contre cette souche. Cet événement nous rappelle l'importance d'être vacciné contre l'influenza tous les ans. Enfin, l'adéquation entre les autres souches circulantes et les souches vaccinales est bonne, de sorte qu'il n'y a pas de raison de négliger de se faire vacciner cette saison, si ce n'est pas déjà fait.

Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie.

Syphilis : éclosion chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH)

L'éclosion en cours a commencé en 2001, culminé en 2006 et ralenti en 2007, mais l'incidence a de nouveau augmenté en 2008. Il y a eu 293 nouveaux cas en phase infectieuse déclarés en 2006, 170 en 2007 et 223 en 2008. Parmi ces derniers, 220 (99%) étaient chez des hommes, presque tous des HARSAH. Notre décision d'enquêter une plus grande proportion des résultats sérologiques positifs, en incluant certains RPR dont le titre est inférieur à 1/8, a certainement contribué à cette augmentation, en permettant de confirmer une plus grande proportion des cas déclarés et de les inclure dans les statistiques. La quatrième campagne de prévention de la syphilis diffusée chez les HARSAH de Montréal s'est terminée officiellement en décembre 2007, mais le matériel promotionnel est demeuré disponible aux professionnels à l'échelle du Québec et Séro-Zéro s'est assuré qu'il demeure accessible aux clients des saunas gais de Montréal. Il semble que la syphilis (contrairement à la lymphogranulomatose vénérienne) soit installée dans la population HARSAH de Montréal et que seuls des efforts prolongés pourront en venir à bout.

Remerciements à Gilles Lambert et à Élysabeth Lacombe 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 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