

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 1 de l'année 2009
(semaines 1 à 4 : 4 janvier 2009 au 31 janvier 2009)**

Éclosions de gastro-entérite et de syndrome d'allure grippale (SAG) en établissements

En date du 16 février 2009, il y avait eu, cette saison, au moins une éclosion de gastro-entérite dans 23 des 33 CH, dont 3 étaient encore en cours, et au moins une éclosion dans 40 des 84 CHSLD, dont 3 étaient encore en cours. Quant aux éclosions de SAG, il n'y en avait eu aucune en CH, mais au moins une dans 7 des 84 CHSLD, dont trois encore en cours; lors des éclosions en établissement, les résidents de CHSLD et les employés devraient suivre une prophylaxie si jugé nécessaire.

Saison influenza : nouvelles recommandations pour le traitement

La saison grippale a débuté au Québec, et l'activité grippale est actuellement modérée. Au cours de la semaine se terminant le 14 février, 346 cas d'influenza (202 A, 144 B) ont été identifiés par les laboratoires sentinelles au Québec. Le pourcentage de tests positifs pour l'influenza a été de 17 %. Les souches d'influenza A et B qui circulent au Canada sont incluses dans le vaccin de cette année, sauf pour une souche B (Malaysia) qui était incluse dans le vaccin des deux années précédentes. Comme 100% des souches H1N1 isolées au Canada depuis le début de la saison sont résistantes à l'oseltamivir, la Direction générale de santé publique du MSSS a émis de nouvelles recommandations, s'appuyant sur celles des CDC américains, selon lesquelles le zanamivir est l'antiviral de premier choix lors d'éclosions dues à des souches A/inconnu ou A/H1 confirmé. Il est aussi possible dans ces circonstances d'employer l'amantadine en association avec l'oseltamivir si la souche est de type A/inconnu. Pour le texte complet des nouvelles recommandations, on peut consulter la section Info-Grippe du site web de la DSP.

Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie.

Infections invasives à *H. influenzae* de type B

Dans la figure 1, malgré que le ratio du nombre de cas observés sur le nombre de cas attendus soit d'environ 16, ce qui constitue un excès statistiquement significatif, le nombre observé ne représente en fait qu'un seul cas, chez un enfant au statut vaccinal inconnu. Le très petit nombre de cas attendus par période reflète le succès de la vaccination contre cette maladie.

Rougeole

Du 22 janvier au 16 février, la Direction de santé publique de l'Estrie a confirmé cinq cas de rougeole âgés de 14 à 18 ans, tous survenus chez des personnes non vaccinées. Deux cas fréquentent un même établissement post-secondaire (Cégep), tandis que les trois autres fréquentent une même école secondaire de la région. Aucun cas n'a encore été déclaré dans la région de Montréal.

Remerciements à Jérôme Latreille pour l'information fournie.

Scarlatine

Nous avons reçu récemment plusieurs déclarations de scarlatine. Cette maladie n'est plus à déclaration obligatoire. Seules les infections invasives à streptocoque β -hémolytique du groupe A (*S. pyogenes*) le sont. Merci tout de même aux déclarants !

Remerciements à Abdo Shabah pour son aide à la préparation 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 2 de l'année 2009
(semaines 5 à 8, du 1^{er} au 28 février 2009)**

Éclosions de gastro-entérite et de syndrome d'allure grippale (SAG) en établissements

En date du 6 mars 2009, il y a eu, cette saison, au moins une éclosion de gastro-entérite dans 23 des 33 CH, toutes terminées, et au moins une éclosion dans 36 des 84 CHSLD, dont 2 sont encore en cours. L'ensemble des éclosions en CH confirmées en laboratoire ainsi que toutes celles en CHSLD sont attribuables au norovirus, sauf une éclosion en CHSLD due au rotavirus. Quant aux éclosions de SAG, il y en a eu au moins une dans 7 des 84 CHSLD, dont trois sont encore en cours, ainsi qu'une seule, terminée, en CH. Par rapport à l'an dernier à même date, les éclosions de SAG cette année ont été aussi nombreuses, alors qu'il y en a eu deux fois plus de gastro-entérite.

Saison influenza : activité élevée et stable

L'activité grippale est actuellement (début de mars) élevée et stable. À Montréal, au cours de la semaine se terminant le 7 mars, 92 cas d'influenza (47A, 45B) ont été identifiés par les laboratoires sentinelles. Le pourcentage de tests positifs pour l'influenza a été de 13,6 %. À Montréal, les isolats d'influenza A et B ont été également nombreux, alors que dans l'ensemble du Québec, l'influenza A prédomine. Les recommandations sur le choix des antiviraux dans les Faits Saillants précédents continuent de s'appliquer (<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/grippe/index.html>). Lors d'éclosions d'influenza en CHSLD, on peut maintenant obtenir la confirmation du sous-type (H1 ou H3) au LSPQ. Les deux sous-types ont déjà été identifiés cette saison à Montréal.

Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie.

Infections à *H. influenzae* de type B

Dans la figure 1, il y a eu un cas, comme à la période 1, ce qui représente toujours un excès significatif. Le statut vaccinal de ce cas est inconnu.

Rougeole

Du 22 janvier au 16 février, la Direction de santé publique de l'Estrie a confirmé six cas de rougeole au total, tous survenus chez des personnes non vaccinées. Compte tenu des dates de survenue des cas et de la période d'incubation de 7 à 18 jours, le risque de survenue d'autres cas est faible, à moins qu'il y ait eu des cas tardifs non identifiés. Pour cette raison, la vigilance demeure indiquée, malgré qu'aucun cas n'ait encore été déclaré dans la région de Montréal.

Source : Flash Vigie, MSSS.

Shigellose

Bien qu'il n'y ait pas eu d'excès dans le nombre total de cas déclarés de shigellose, nous avons récemment été avisés par le CHUM d'un nombre élevé d'infections à *Shigella flexneri* de sérotype 3A chez des hommes de 31 à 48 ans, depuis décembre 2008. Les enquêtes des 10 cas de *S. flexneri* déclarés depuis ce moment montrent qu'au moins 7 sont survenus chez des HARSAH, dont 5 causés par le sérotype 3A. À noter : les éclosions récentes de shigellose dans la communauté HARSAH étaient dues au *S. sonnei*. Des alertes ont été diffusées via l'Infolettre Syphilis et les organismes communautaires, et le seront sur CIOOSC (Canadian Integrated Outbreak Surveillance Centre) et dans le Bulletin ITSS, en prévision du « Bal en Blanc » des 12 et 13 avril prochains. Un cas de sérotype 3A a aussi été déclaré chez un homme hétérosexuel et une source alimentaire est en investigation par la Direction d'inspection des aliments.

Remerciements à Christiane Gaudreau et à Suzanne Brisson pour l'information fournie.

Remerciements à Abdo Shabah pour son aide à la préparation de l'ensemble du texte.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Secteur Vigie et Protection

Direction de 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 2009
(semaines 9 à 12, du 1^{er} mars au 28 mars 2009)**

Amibiase : excès de déclarations

L'excès à la figure 1 est confirmé par d'autres analyses. La plupart des cas sont chez des adultes et aucun des renseignements disponibles ne suggère de lien entre les cas.

Oreillons : cas importé

Vu le succès de la vaccination contre cette maladie (au moins au Québec), un seul cas constitue un excès significatif. Celui-ci s'est produit chez un adulte qui ne se souvient pas d'avoir été vacciné et qui avait voyagé en pays endémique durant sa période d'exposition.

Éclosions de gastro-entérite et de syndrome d'allure grippale (SAG) en établissements

En date du 8 avril 2009, il y avait encore 1 éclosion de gastro-entérite en cours dans un CH et 1 en CHSLD; quant aux SAG, il y avait 2 éclosions en cours dans des CH et 5 en CHSLD. Par rapport à la période précédente, le nombre d'éclosions de gastro-entérite a donc diminué, alors que celui d'éclosions de SAG a augmenté. Pour ce qui est de la situation dans la population générale, elle semble suivre la tendance inverse : les nombres d'appels à Info-Santé pour symptômes gastro-intestinaux se sont mis à augmenter au cours des dernières semaines, alors que ceux pour SAG se sont mis à baisser.

Saison influenza : activité modérée à élevée mais en baisse

L'activité grippale au Québec est actuellement en baisse après avoir atteint un pic à la dernière semaine de février, mais elle reste modérée à élevée. L'immunisation des personnes chez qui celle-ci est indiquée peut se poursuivre tant que l'activité grippale demeure modérée.

Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie.

Infections invasives à *S. pyogenes* : prélèvements provenant de sites non stériles

Une surveillance rehaussée de ces infections est en cours au Canada, à cause d'une souche inhabituelle qui y circule actuellement. Cette surveillance concerne uniquement les infections *invasives* à streptocoque du groupe A. En conséquence, les souches de streptocoque acheminées au LSPQ devraient provenir d'un site normalement stérile.

Remerciements à Pierre Pilon pour l'information fournie.

Tuberculose multirésistante : deux cas récents

Deux cas de tuberculose multirésistants (TBMR) ont été récemment déclarés. Les souches de *Mycobacterium tuberculosis* responsables de TBMR sont par définition résistantes à l'isoniazide (INH) et à la rifampicine (RIF) avec ou sans résistance à d'autres antituberculeux. Les deux cas sont survenus chez des hommes dans la vingtaine. Le premier est né au Pérou et arrivé au Québec en 2008; il n'avait jamais été traité auparavant pour la TB et il a reçu un diagnostic de TB pulmonaire, causée par une souche résistante à l'INH, à la RIF, et à l'éthambutol (EMB), à la pyrazinamide, à la streptomycine, à l'amikacine et à la capréomycine. Le deuxième est né en Haïti, arrivé au Québec en 2003, et il a reçu un diagnostic de TB ganglionnaire sans atteinte pulmonaire, causée par une souche résistante à l'INH, à la RIF et à l'EMB. La présence de multirésistance rend le traitement beaucoup plus complexe puisque les patients doivent souvent recevoir un médicament injectable pour les premiers trois mois, une fluoroquinolone et de deux à quatre antituberculeux de 2^{ème} ligne (éthionamide, clofazamine, acide para-aminosalicylique, cyclosérine) pour 24 mois. De 2004 à 2007, cinq cas de TBMR ont été déclarés à Montréal.

Remerciements à Lydia Gosselin, Marie-Paule Camblard et Paul Rivest pour la rédaction de ce paragraphe.

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 2009
(semaines 13 à 16, du 29 mars au 25 avril 2009)**

Influenza A H1N1 : bilan de la situation au 21 mai 2009

L'influenza A H1N1 a retenu beaucoup d'attention durant la dernière période. La DSP de Montréal ainsi que divers autres organismes publics ont mobilisé leurs efforts afin de gérer adéquatement la situation actuelle. Au 21 mai, l'OMS répertoriait 11 034 cas confirmés dans 41 pays; le Canada se situait au 3^e rang, avec 719 cas, après les États-Unis (5710 cas) et le Mexique (3892 cas). Selon l'Agence de santé publique du Canada, au 20 mai, le Québec se situait au 3^e rang des provinces canadiennes, avec 106 cas, après l'Ontario (284 cas) et la Colombie-Britannique (114 cas). À Montréal, au 21 mai, on comptait 58 cas confirmés. L'OMS maintient le niveau 5 sur l'échelle de pandémie. Dans cette optique, la DSP continue de faire la surveillance nécessaire, conformément aux directives provinciales et nationales. Les mesures les plus pertinentes restent le lavage des mains et le respect de l'étiquette respiratoire.

Sources : <http://www.who.int/fr/>; <http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/swine-porcine/surveillance-fra.php>;
<http://www.pandemiequebec.ca/fr/sante-publique/gestion.shtml>.

Hépatite D : 2 cas

Deux cas d'hépatite D ont été déclarés pour la période. L'âge et le sexe de ces cas se rapprochent du profil observé chez les cas déclarés d'hépatite D dans le passé. Il s'agit de personnes connues comme porteuses d'hépatite B. Les dépistages ont été faits dans le cadre d'un suivi usuel; les deux patients étaient asymptomatiques, mais un d'eux présentait une élévation des enzymes hépatiques. Les interventions concernant les contacts ont été faites lorsque pertinentes.

Salmonellose : excès de cas déclarés

La figure 1 indique un excès significatif pour la période. Parmi les cas enquêtés, 5 étaient dus à *S. thompson*, dont 4 habitaient Montréal. Parmi ces 4 derniers, 3 avaient en commun la consommation d'aliments dans un restaurant cachère de Montréal. Une intervention a été faite par la Direction de l'inspection des aliments de Montréal. Aucun autre cas relié à ceux-ci n'a été déclaré depuis. Simultanément à cette éclosion à Montréal, une autre similaire se produisait aux États-Unis, associée à un service de restauration servant de la nourriture cachère. L'hypothèse d'un fournisseur alimentaire commun a été soulevée. Cependant, les événements ne sont pas reliés puisque les cas américains ont été causés par *S. enteritidis*. En ce qui concerne les autres cas montréalais, les enquêtes complétées ne suggèrent pas de lien.

Remerciements à Guy Lapierre, Julie Dwyer et Ruwan Ratnayake pour l'information fournie, et à Geneviève Hérard pour 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 5 de l'année 2009
(semaines 17 à 20, du 26 avril au 23 mai 2009)**

Influenza A H1N1 : bilan de la situation à Montréal au 10 juin 2009

Au 10 juin 2009, la DSP de Montréal avait reçu des signalements pour 352 cas confirmés parmi ses résidents, chez 168 hommes et 182 femmes, âgés entre 2 mois et 79 ans, avec un âge moyen de 26 ans. De ces cas, 28 avaient été hospitalisés, dont 6 l'étaient encore, tous des adultes. Trois étaient aux soins intensifs. L'influenza A H1N1 porcine aurait été la cause principale de toutes ces hospitalisations; toutefois certains patients avaient des pathologies pré-existantes, variées mais surtout respiratoires. Deux des cas étaient chez des femmes enceintes, au 3^e trimestre. Il n'y avait eu aucun décès.

Remerciements à tous les enquêteurs pour l'information fournie.

Cyclosporose : 5 cas en 2009

Cinq cas d'infection à *Cyclospora cayetanensis* ont été déclarés depuis le début de 2009, dont 3 pendant la période 5, ce qui représente un net excès. Les personnes affectées ont toutes été des adultes, âgés entre 26 et 63 ans. Ces cas n'ont pas pu être enquêtés à cause du délai de plusieurs semaines entre le prélèvement et la déclaration à la DSP. Il aurait donc été utile que les laboratoires déclarent le plus rapidement possible les résultats positifs. On a néanmoins observé un lien épidémiologique présomptif entre deux cas déclarés durant la période 5, puisqu'ils habitent à la même adresse. Dans le passé, au Canada, les cas ont souvent été attribués à la consommation de fruits ou légumes importés de pays tropicaux.

Botulisme

Un cas de botulisme infantile a été déclaré, depuis la fin de la période 5, chez un enfant de 6 mois. Le bébé a présenté des symptômes typiques pour le botulisme (d'abord anorexie et léthargie, puis hypotonie, réflexes diminués, ptose, pleurs faibles, troubles de la déglutition). Le SERVICE DE RÉFÉRENCE POUR LE BOTULISME AU CANADA a confirmé la présence du *C. botulinum* – toxine A dans les selles de l'enfant. Le bébé a été hospitalisé et son état s'est amélioré sous traitement. Une inspection a été faite au domicile par la DSP et la Direction de l'Inspection des aliments de la ville de Montréal; plusieurs échantillons alimentaires et environnementaux ont été pris. Le bébé n'a consommé que du lait artificiel sans additif, comme le miel ou le sirop, et aucun aliment solide. Les prochains Faits Saillants présenteront les résultats de culture des prélèvements.

Remerciements à Ruwan Ratnayake, et Adrienne Guéméni de la Ville de Montréal, pour l'information fournie, et à Daniela-Roxana Mircea pour son aide à la rédaction du texte.

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.

BON ÉTÉ 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 6 de l'année 2009
(semaines 21 à 24, du 24 mai au 20 juin)**

Influenza A (H1N1) : bilan de la situation à Montréal au 10 juillet 2009

Depuis le début de la pandémie, la région de Montréal a eu 1180 cas confirmés, âgés en moyenne de 28 ans (étendue : 1 mois à 91 ans), dont 55% sont de sexe féminin ; 224 ont été admis à l'hôpital, dont 34 ont requis des soins intensifs. Des cas admis, 70% sont survenus dans des groupes à risque, surtout à cause de la présence de maladie chronique, en particulier pulmonaire. Il y a eu 10 décès reliés à l'influenza H1N1, dont 8 chez des femmes. Le nombre quotidien de cas admis a atteint un pic le 7 juin et il est en baisse depuis. De même, les appels à Info-Santé pour grippe A (H1N1) et les inscriptions à l'urgence pour syndrome d'allure grippale ont culminé au milieu de juin et ont diminué depuis. Pour plus d'informations, consulter le site <http://www.santepub-mtl.qc.ca/grippeporcine/archivessituation.html>.

Infection envahissante à *Streptococcus pyogenes*

Nous avons reçu une déclaration d'infection envahissante à streptocoque chez une femme d'âge moyen. Elle a acheté à Montréal des crevettes, pré-cuites mais qui auraient pu être en contact avec du tilapia sur le présentoir. Elle s'est ensuite infligé une lésion percutanée au pouce droit avec une écaille de crevette, et un oedème local est apparu dans les heures suivantes. Le lendemain, alors que l'oedème avait empiré et qu'elle était peut-être fébrile, elle a entrepris un voyage en pays tropical. Le soir de son arrivée, elle présentait une atteinte de l'état général avec oedème et lymphangite du bras droit. Après un essai de traitement antibiotique, un débridement de la main fut réalisé, incluant selon la patiente l'extraction un corps étranger du pouce, possiblement une écaille de crevette. La patiente a ensuite présenté un état septique grave, avec syndrome de détresse respiratoire de l'adulte nécessitant une intubation, et avec une insuffisance rénale aiguë. Elle est demeurée hospitalisée 2 semaines avant de revenir au Québec. Après son retour, elle a subi une greffe cutanée au niveau de la main droite. L'histoire et le tableau clinique font penser à une infection à *S. iniae*, agent qui affecte divers poissons d'élevage, dont le tilapia. Il peut causer des cellulites chez l'humain, et, plus rarement, des infections envahissantes (bactériémie, méningite, endocardite, ostéomyélite, arthrite septique). Toutefois, c'est le *S. pyogenes* que les cultures réalisées à l'étranger ont détecté.

Remerciements à Dimitri Sans pour son aide à la rédaction du texte.

Amibiase

La Figure 1 montre un léger excès statistique de cas. Parmi ces 20 cas, on compte 14 hommes et 6 femmes, âgés entre 21 et 72 ans, et répartis partout dans la région. Rien n'indique que les cas soient reliés, bien qu'aucun n'ait été enquêté car ils ont tous plus de 5 ans.

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 2009
(semaines 25 à 28, du 21 juin au 18 juillet)**

Amibiase

La Figure 1 montre un léger excès statistique de cas pour une deuxième période consécutive. Au total, 20 cas d'amibiase ont été rapportés durant la période 7, chez 16 hommes et 4 femmes, âgés entre 4 et 70 ans. Encore une fois, rien ne semble suggérer de liens entre les cas. Une enquête est en cours auprès du seul cas ayant moins de 5 ans. (Le groupe 0-5 ans est celui ciblé pour les enquêtes et suivis individuels.)

Grippe A (H1N1) : bilan de la situation à Montréal

Depuis la fin de la période 6, le 20 juin, le nombre de cas rapportés de grippe A (H1N1) porcine a beaucoup diminué et il est relativement stable depuis la mi-juillet. La première vague de grippe A (H1N1) est donc passée à Montréal, le pic de cas déclarés (selon la date de prélèvement) et hospitalisés s'étant produit entre le 31 mai et le 20 juin. Les pics d'inscriptions à l'urgence pour syndrome d'allure grippal et de nombres d'appels à Info-santé pour ce motif ont également été atteints au même moment, montrant une concordance des indicateurs liés à l'activité grippale.

Depuis le début de la pandémie jusqu'au 29 juillet, date du plus récent bilan, 1211 cas ont été signalés dans la région de Montréal (âge médian de 27 ans); 268 de ces cas ont été admis à l'hôpital (âge médian de 26 ans), dont 37 aux soins intensifs (âge médian de 45 ans); 9 décès liés à la maladie ont été notés (âge médian de 57 ans), dont 7 chez des femmes.

Deux études sur la grippe A (H1N1) ont été entreprises récemment par la DSP de Montréal. 1) Une enquête téléphonique populationnelle afin d'estimer la fréquence des syndromes d'allure grippale en juin et juillet dans la population montréalaise et de mieux connaître les attitudes vis-à-vis de la vaccination anti-H1N1. 2) Une étude cas/témoins rapide sur les caractéristiques des cas montréalais hospitalisés en raison de la grippe A (H1N1), comparant les cas graves aux autres. Les données de ces deux études sont en cours d'analyse.

En terminant, il faut noter l'apparition d'un cas isolé de résistance du virus A (H1N1) à l'oseltamivir chez un homme de Québec dans la cinquantaine, ayant des conditions médicales sous-jacentes et ayant reçu une prophylaxie post-exposition à la suite de la présence de la maladie chez un membre de sa famille (le virus chez ce dernier est sensible à l'oseltamivir). En date des présents Faits Saillants, il y a dans le monde 5 cas connus de résistance à l'oseltamivir chez le virus de la grippe A (H1N1) d'origine porcine, non reliés entre eux. Pour plus d'informations au sujet de la pandémie, consulter le site suivant :

<http://www.santepub-mtl.qc.ca/grippeporcine/archivessituation.html>.

Remerciements à tous les enquêteurs et aux équipes de surveillance de la DSP.

Remerciements à Geoffroy Denis pour 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

Ratio du total des cas de la période sur la moyenne des totaux de 15 périodes [périodes précédentes, comparables et suivantes pour les 5 années précédentes. La limite où commence la région hachurée est basée sur la moyenne et 2 écarts types des totaux de ces périodes.

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 8 de l'année 2009
(semaines 29 à 32, du 19 juillet au 15 août)**

Infections invasives à streptocoques du groupe A

Pour deux cas d'infection invasive à streptocoques du groupe A déclarés récemment, il y a eu un délai important entre la date du résultat de laboratoire et la date de la déclaration. Pour un de ces cas, atteint de fasciite, le spécimen provenant d'un site normalement stérile présentait des cocci gram-positifs en chaînes au moment du prélèvement, alors que la culture n'a été positive pour le *S. pyogenes* que six jours plus tard. Pour un autre cas, il y a eu un retard de 16 jours entre le résultat positif de la culture de sang et la déclaration du cas à la DSP par le laboratoire. Nous voulons rappeler aux cliniciens que la chimioprophylaxie, si elle est indiquée, devrait être offerte aux contacts étroits aussitôt que possible, d'où l'importance d'une déclaration rapide, même sur une base purement clinique (comme il aurait été possible de faire dans le premier cas)

Remerciements à Sereikith Chheng, Geoffroy Denis et Pierre Pilon pour l'information fournie.

Grippe A (H1N1) : bilan de la situation à Montréal

Depuis le début de la pandémie jusqu'au 9 septembre, date de la dernière mise à jour des données sur la grippe A (H1N1) à Montréal, 1280 cas ont été déclarés dans cette région, dont 232 ont été hospitalisés; 12 décès liés à la maladie ont été notés, le plus récent chez une personne âgée, atteinte de multiples pathologies, admise à l'urgence mais non hospitalisée.

D'autre part, le nombre de cas rapporté de grippe A (H1N1) porcine ont continué de diminuer depuis la fin de la période 6 (le 20 juin) chez les résidents de l'île de Montréal, et il est relativement stable depuis le début d'août. Pendant la semaine du 19 au 26 août 2009, on n'a noté aucun nouveau cas déclaré chez les résidents de l'île de Montréal.

Parmi les patients hospitalisés sans séjour aux soins intensifs (SI), les signes et les symptômes les plus communs ont été la toux et la fièvre, et pour ceux hospitalisés avec séjour aux SI, la dyspnée et la fièvre. Parmi ces derniers, 79 % présentaient au moins un facteur de risque, dont 68 % qui souffraient d'au moins une maladie chronique. Chez les patients avec H1N1 confirmé dans l'île de Montréal, de 40 à 50 % des personnes dans les groupes d'âges de 0-4 ans et de 60 ans ou plus ont été hospitalisées.

Rappelons que les laboratoires doivent signaler à leur DSP tous les cas confirmés de grippe A (H1N1) et que les cliniciens doivent signaler à leur DSP les cas confirmés chez des patients hospitalisés.

Pour plus d'informations au sujet de la pandémie, consulter le site <http://www.santepub-mtl.qc.ca/grippeporcine/archivessituation.html>.

Remerciements à tous les enquêteurs et aux équipes de surveillance de la DSP.

Remerciements à Kianoush Dehghani pour 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

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 9 de l'année 2009
(semaines 33 à 36, du 16 août au 12 septembre)**

Coqueluche

Le nombre de cas de coqueluche déclarés en 2009 est supérieur aux attentes, et il était significativement en excès à la fin d'août. Toutefois, les cas récents semblent être tous sporadiques; aucune éclosion n'a été détectée. Il faut garder en mémoire la possibilité d'une coqueluche même en saison d'influenza.

Remerciements à Jérôme Latreille pour l'information fournie.

Listériose

L'Agence de Santé Publique du Canada enquête six cas de listériose, dont deux au Québec, causés par une même souche. Comme la souche est assez fréquente, il n'est pas certain que les cas soient reliés. Aucun lien n'a encore été trouvé entre ces cas.

Source : Site internet de l'Agence de Santé Publique du Canada

Grippe A (H1N1) : bilan de la situation à Montréal

Depuis les derniers Faits Saillants, seulement cinq cas de grippe H1N1 ont été signalés à la DSP de Montréal, parmi lesquels aucun n'a été hospitalisé et aucun n'est décédé.

Actuellement, les cas de grippe A (H1N1) hospitalisés doivent être déclarés par l'hôpital au moyen du formulaire disponible au site <http://www.santepub-mtl.qc.ca/grippeporcine/appels.html>. De plus, le signalement à la direction régionale de santé publique de tous les tests positifs pour la grippe A (H1N1) réalisés dans les laboratoires demeure exigé.

Une lettre a été envoyée aux vacinateurs de Montréal, les avisant du début de la campagne de vaccination contre la grippe H1N1 et du report de celle contre la grippe saisonnière à janvier 2010 (au plus tôt). Ceci se justifie par le fait qu'actuellement la majorité des cas de grippe au Québec sont dus à la souche H1N1 pandémique et qu'on s'attend à un début tardif de la circulation des souches saisonnières du virus de la grippe. La campagne de vaccination contre le pneumocoque a aussi lieu cet automne. Enfin, il serait opportun de renforcer l'application de l'hygiène respiratoire, du lavage des mains et de l'étiquette respiratoire en milieu de soins.

Pour plus d'informations sur la pandémie, consulter le site <http://www.santepub-mtl.qc.ca/grippeporcine/archivessituation.html>.

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

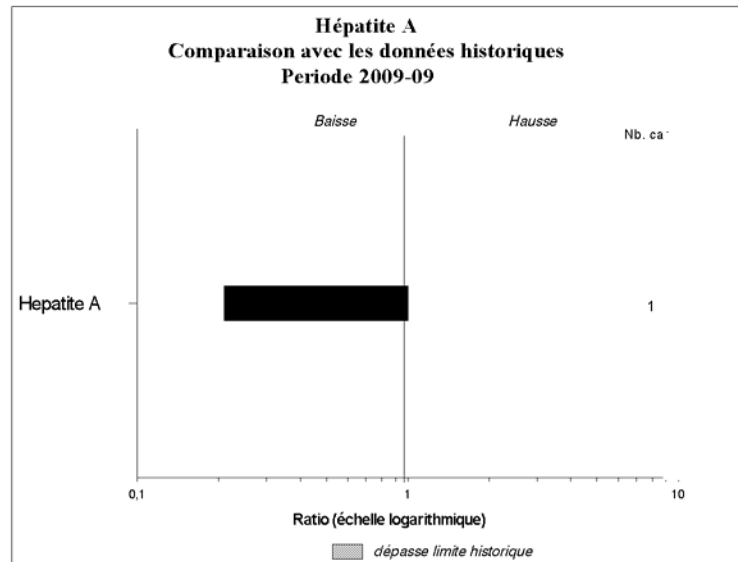
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

rallard@santepub-mtl.qc.ca

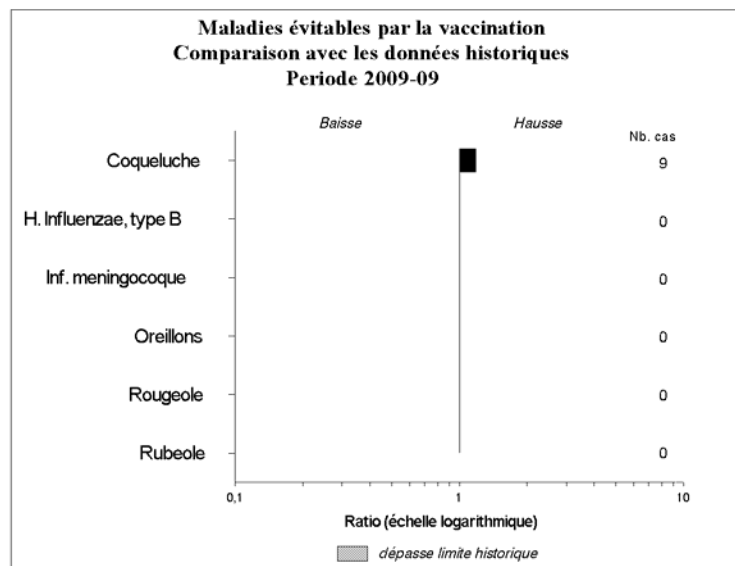
lbedard@santepub-mtl.qc.ca

514-528-2400

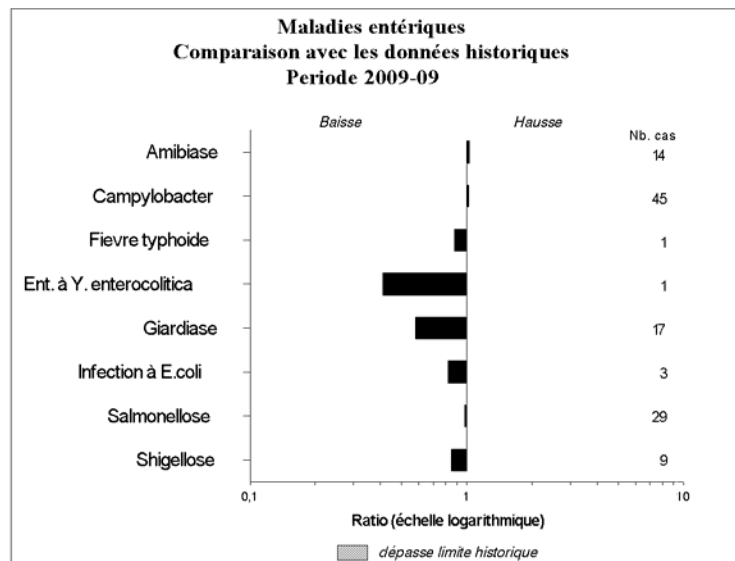
A-



B-



C-



Ratio du total des cas de la période sur la moyenne des totaux de 15 périodes [périodes précédentes, comparables et suivantes pour les 5 années précédentes]. La limite où commence la région hachurée est basée sur la moyenne et 2 écarts types des totaux de ces périodes.

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 10 de l'année 2009
(semaines 37 à 40, du 13 septembre au 10 octobre)**

ITSS : infections gonococciques et chlamydirose

Le nombre de cas d'infection gonococcique est en hausse constante depuis 1998 à Montréal. Depuis trois ans, la hausse du taux de cas déclarés (cumulatif des périodes 1 à 10) a été de 50%, ces taux passant de 30,2 cas / 100 000 personnes-années (en 2007) à 45,2 cas / 100 000 personnes-années (en 2009). De ces cas, 72,4% sont chez des hommes : on croit que cette distribution de l'infection est attribuable à une prévalence plus élevée dans la population des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) bien que, dans les dernières années, la gonorrhée tende à gagner les autres groupes sociaux. L'âge médian des cas masculins se trouve dans le groupe des 30-39 ans, celui des cas féminins dans le groupe des 20-24 ans. La chlamydirose suit également une tendance à la hausse, mais moins marquée, le taux de cas déclarés depuis trois ans ayant augmenté de 16,8% (passant de 193,9 à 226,4 cas / 100 000 personnes-années). Les cas déclarés sont surtout chez des femmes (63,6%). L'âge médian se situe dans le groupe des 20-24 ans pour les femmes et dans le groupe des 25-29 ans pour les hommes. L'épidémiologie de la chlamydirose est différente de celle de la gonorrhée, la maladie étant davantage répartie dans les différents groupes sociaux et touchant des gens en moyenne plus jeunes.

Remerciements au Dr Gilles Lambert de l'équipe ITSS pour le partage de certaines informations

Écllosion d'oreillons

Un cas confirmé d'oreillons et 2 cas suspects sous investigation ont été déclarés à Montréal. Ces cas sont tous chez des membres de la communauté juive orthodoxe, ont débuté leurs symptômes entre le 13 et le 18 octobre, ont entre 13 et 37 ans et ont un statut vaccinal complet pour l'âge. Ces gens auraient été en contact avec la communauté juive du New Jersey et de New York, où trois éclussions d'oreillons ont été rapportées, lors de rassemblements communautaires.

Grippe A (H1N1) : 2^e vague en vue

Le 30 août dernier marquait le début de la période de surveillance de l'activité grippale pour la saison 2009 -2010. Entre cette date et la fin de la période 10 (le 10 octobre 2009), on a rapporté 9 cas de grippe A (H1N1) à Montréal dont 1 personne hospitalisée et qui est décédée, mais aucune hospitalisation aux soins intensifs en lien avec le virus A (H1N1). Cependant, dans la semaine du 11 au 17 octobre seulement, plus de 11 cas de grippe A (H1N1) ont été signalés dont 2 sont hospitalisés (1 aux soins intensifs), ce qui représente une forte augmentation pour une si courte période. De plus, le nombre d'inscriptions dans les urgences montréalaises avec syndrome d'allure grippale (SAG) est en hausse depuis le début du mois d'octobre, ainsi que le nombre de départs des urgences avec un diagnostic d'influenza ou de pneumonie. Le nombre de SAG est légèrement supérieur à celui observé l'an dernier à même époque, période de l'année où plusieurs virus respiratoires circulent. Il semble donc qu'il y ait recrudescence de l'activité grippale en lien avec le virus A (H1N1), activité qui pourrait s'amplifier sous peu, avec la baisse des températures ambiantes. Actuellement, les cas de grippe A (H1N1) hospitalisés doivent être déclarés par l'hôpital au moyen du formulaire disponible au site <http://www.santepub-mtl.qc.ca/grippeporcine/appels.html>. De plus, le signalement à la direction régionale de santé publique de tous les tests positifs pour la grippe A (H1N1) réalisés dans les laboratoires demeure exigé.

Remerciements à Geoffroy Denis pour la rédaction de l'ensemble du texte.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique,

Secteur Vigie et Protection

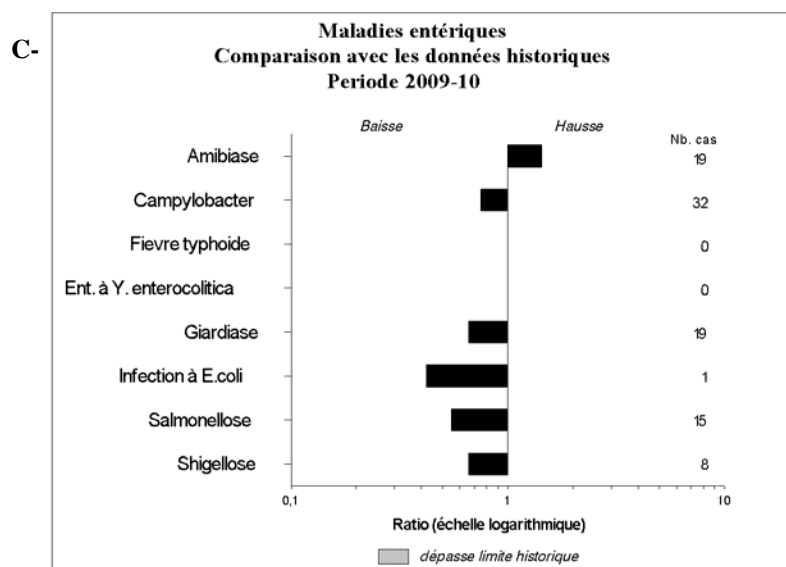
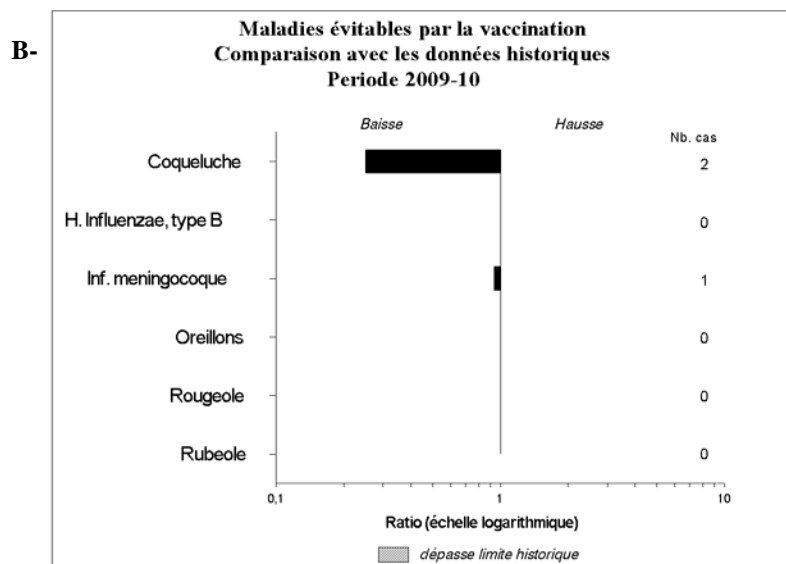
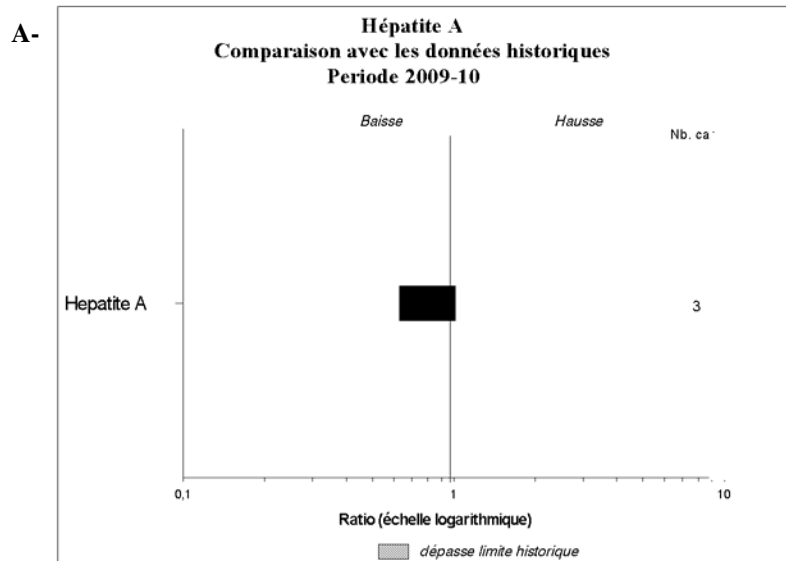
Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

514-528-2400



Ratio du total des cas de la période sur la moyenne des totaux de 15 périodes [périodes précédentes, comparables et suivantes pour les 5 années précédentes]. La limite où commence la région hachurée est basée sur la moyenne et 2 écarts types des totaux de ces périodes.

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 11 de l'année 2009
(semaines 41 à 44, du 11 octobre au 07 novembre)**

Éclosion d'oreillons

Pendant la période 11, il y a eu une éclosion confirmée d'oreillons dans la région de Montréal, localisée à deux écoles juives orthodoxes, et une deuxième éclosion possible dans une école publique, mais sans cas confirmé au 14 novembre 2009. Jusqu'à cette date, tous les cas confirmés à Montréal étaient chez des hommes, dont l'âge médian était de 17 ans. Aucune hospitalisation n'a été signalée. Deux des cas confirmés avaient déjà reçu 2 doses de vaccin RRO, deux avaient reçu une seule dose (documentée pour un), et trois cas n'avaient pas été vaccinés contre les oreillons, avant le début de leur maladie. Depuis août 2009, des éclosions d'oreillons ont été signalées dans différents pays, notamment les États-Unis (New Jersey, New York), l'Angleterre et Israël. Au Québec, il y a eu des éclosions dans les régions de Montréal et des Laurentides. Sur les 7 cas confirmés à Montréal, au moins 2 avaient voyagé au New Jersey ou à New York, et un en Israël, avant le début de leur maladie. Comme pour les éclosions de Montréal et des Laurentides, les éclosions aux États-Unis et en Israël sont principalement parmi de jeunes hommes juifs orthodoxes qui fréquentent des lieux de rassemblement communautaires. La majorité des cas d'oreillons aux États-Unis avaient reçu une vaccination adéquate contre la maladie. Par contre, la plupart des cas signalés en Israël proviennent de communautés religieuses juives qui refusent les immunisations.

À noter : 1) Même si deux doses de vaccin RRO sont nécessaire pour protéger contre la rougeole, il a été démontré qu'une seule dose est efficace contre les oreillons. 2) La sérologie IgM pour les oreillons donne un résultat valide à partir de 5 jours et jusqu'à 6 semaines après la phase aiguë de la maladie. La collaboration des médecins concernés est nécessaire pour tester les individus symptomatiques (sérologie et/ou culture), et pour déclarer à la DSP les cas probables et confirmés.

Remerciements à Sereikith Chheng, Julie Dwyer et Caroline Huot pour le partage d'informations.

Grippe A (H1N1) : 2^e vague

Le 30 août marque le début de la période de surveillance de l'activité grippale pour la saison 2009-2010. Selon la courbe épidémiologique au 21 novembre 2009, un sommet du nombre de cas a été atteint le 9 novembre 2009 et le nombre de cas a constamment diminué depuis cette date. De même, le nombre d'inscriptions aux salles d'urgence pour un syndrome d'allure grippale (SAG) a diminué depuis le 10 novembre 2009; cette baisse est peut-être attribuable en partie à l'ouverture des cliniques de grippe dans la région pendant cette période.

La majorité de tous les cas signalés reste chez les jeunes adultes, l'âge médian étant de 28 ans. Depuis le début de la deuxième vague jusqu'au 21 novembre 2009, un total de 34 patients ont été admis aux soins intensifs, dont 97,1% avec au moins une condition sous-jacente. Il a eu un total de 9 décès, 78% chez des adultes de 60 ans et plus, et tous ayant au moins une condition sous-jacente.

La campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1) à Montréal a commencé le 26 octobre 2009. Au 24 novembre, 24,5% de l'ensemble de la population de Montréal avait reçu le vaccin. Les travailleurs de la santé, les enfants âgés de 6 à 59 mois et les femmes enceintes, soit les 3 groupes prioritaires visés en premier, sont les plus proches de l'atteinte de l'objectif vaccinal de 75%.

Le MSSS a établi un système de surveillance des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) associées au vaccin. Les MCI sont rapportés à la DSP en utilisant le formulaire disponible au site internet : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/grippeporcine/pdf/rapport-manifestations2005.pdf>. La déclaration de tous les cas confirmés de grippe A (H1N1) par les laboratoires, et celle des cas hospitalisés par les cliniciens, se continue. Les cliniciens doivent aussi aviser immédiatement leur DSP si un patient hospitalisé décède ou est transféré aux soins intensifs.

Remerciements à Michèle Tremblay pour le partage d'informations.

Remerciements à Kianoush Dehghani pour la rédaction de l'ensemble du texte.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique,

Secteur Vigie et Protection

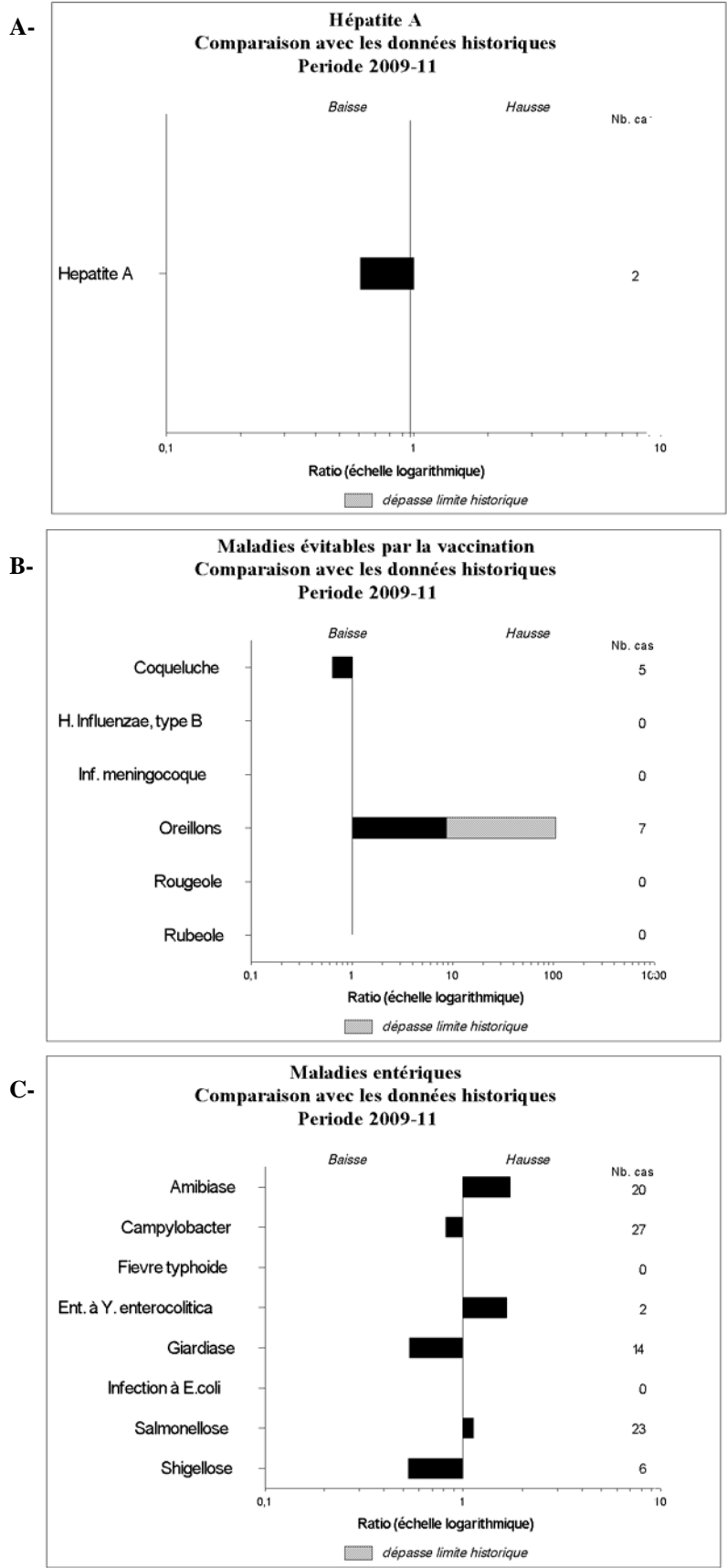
Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

514-528-2400



Ratio du total des cas de la période sur la moyenne des totaux de 15 périodes [périodes précédentes, comparables et suivantes pour les 5 années précédentes]. La limite où commence la région hachurée est basée sur la moyenne et 2 écarts types des totaux de ces périodes.

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 12 de l'année 2009
(semaines 45 à 48, du 8 novembre au 5 décembre)**

Infection gonococcique

Le nombre de cas d'infection gonococcique n'a cessé de croître au cours des dernières années à Montréal. En 2009, le tiers des cas sont survenus chez des femmes, et un tiers de ceux-ci chez celles âgées de 15 à 19 ans. D'ailleurs, cette tranche d'âge est la seule où le nombre de femmes atteintes ait été supérieur au nombre d'hommes. Ceci est préoccupant, considérant les risques pour la santé associés à la gonorrhée chez la femme, soit l'infertilité et les risques de grossesse ectopique et tubaire.

Écllosion d'oreillons

Pour la période 12, il y a eu 7 cas d'oreillons, dont 6 confirmés. Ce nombre demeure encore supérieur à celui attendu. Contrairement aux autres semaines, moins de la moitié des cas (3/7) proviennent de la communauté juive. Outre une personne de 34 ans, les personnes atteintes avaient entre 7 et 16 ans et 6 d'entre elles avaient reçu au moins une dose du vaccin. La santé publique poursuit l'enquête et la gestion des cas et des contacts (confirmation des cas et leur exclusion de l'école, surveillance des symptômes chez les contacts) et a envoyé de l'information aux médecins susceptibles de recevoir des cas.

Remerciements à Julie Dwyer et à Caroline Huot pour le partage d'informations.

Grippe A (H1N1) : 2^e vague

Selon les résultats de surveillance de l'activité grippale pour la période du 30 août au 12 décembre 2009, le nombre de cas diminue graduellement depuis le 9 novembre 2009. D'autres indicateurs de l'influenza ont aussi diminué, dont le nombre d'appels à Info-Santé reliés à la grippe A (H1N1), la proportion d'inscription aux urgences attribuable au syndrome d'allure grippal et l'incidence d'hospitalisations. En tout, il y a eu 12 décès; 75% ont été chez des adultes âgés de 60 ans et plus et 92% avaient des conditions sous-jacentes. Du 26 octobre au 15 décembre, 47,1% de l'ensemble de la population a reçu le vaccin. Les personnes atteintes d'une maladie chronique et celles âgées de 18 à 64 ans sont moins rejointes que les autres. Il n'est pas trop tard pour maximiser la couverture vaccinale contre la grippe A (H1N1) en plus de celle contre la grippe saisonnière, car la survenue d'une troisième vague pandémique n'est pas exclue.

Remerciements à Mariane Pâquet pour la rédaction de l'ensemble du texte.

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

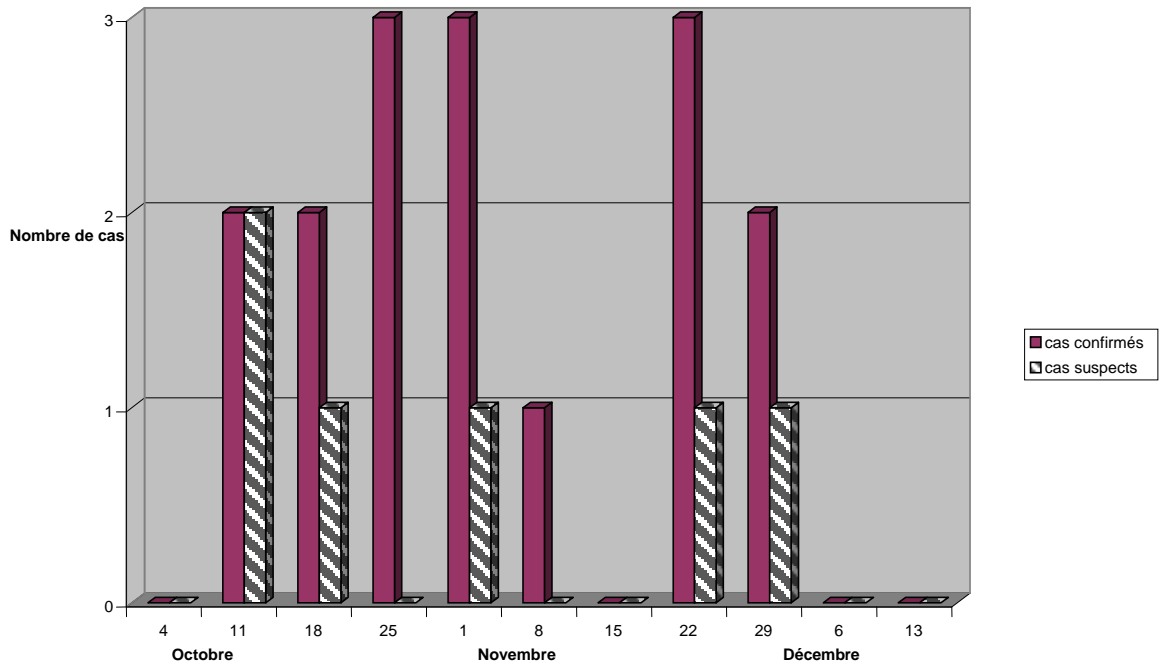
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

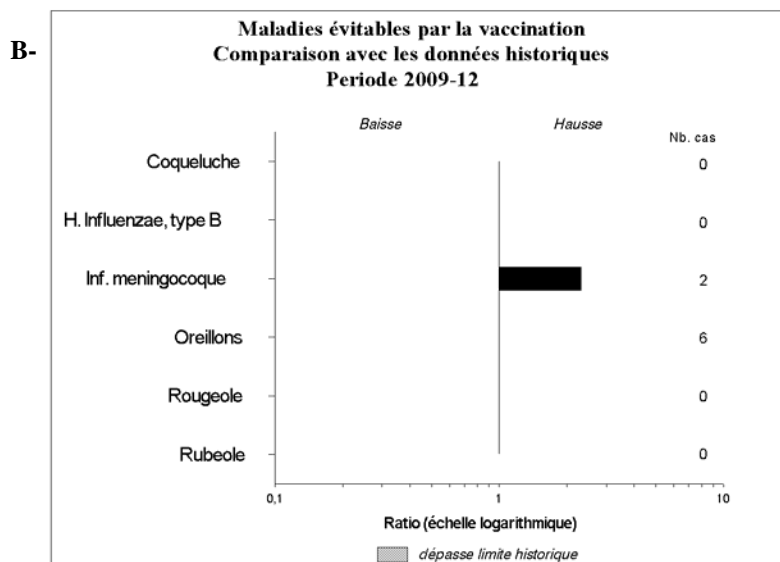
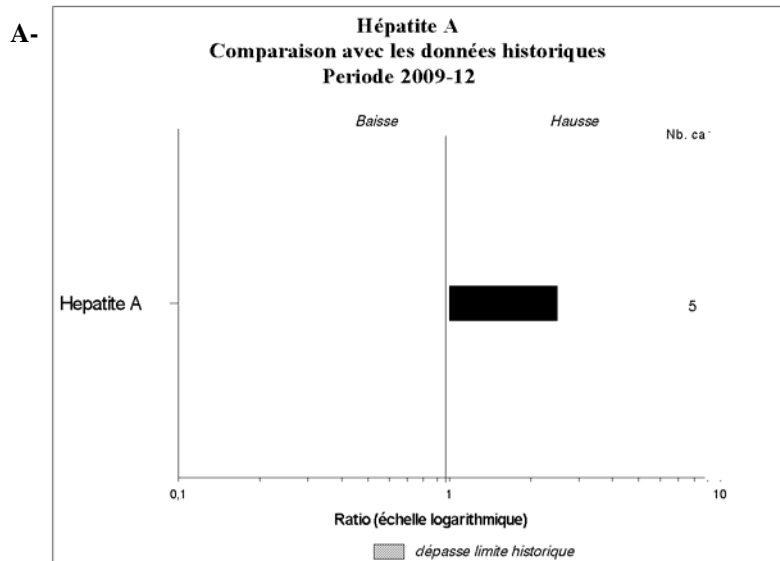
rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

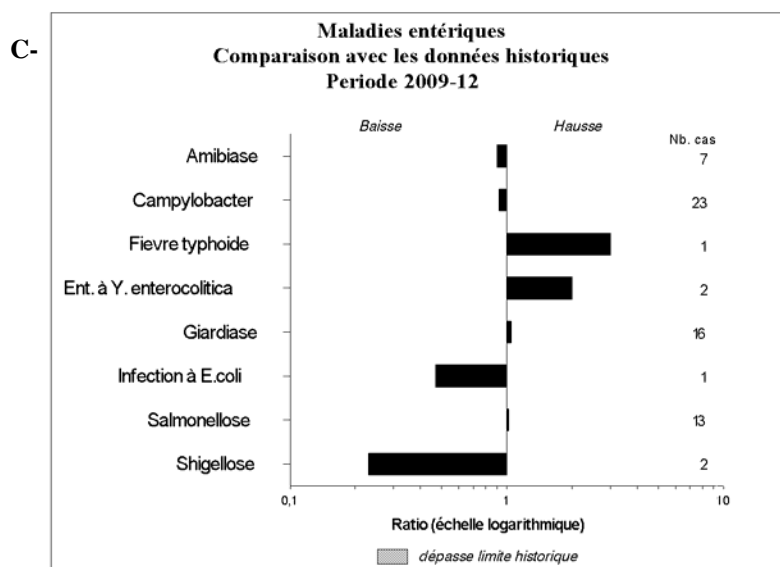
514-528-2400

Courbe épidémique, oreillons, Montréal, 4 octobre au 18 décembre 2009





L'excès de cas d'oreillons n'apparaît pas dans cette figure car n'y a aucun cas dans les 15 périodes utilisées comme base de comparaison.



Ratio du total des cas de la période sur la moyenne des totaux de 15 périodes [périodes précédentes, comparables et suivantes pour les 5 années précédentes]. La limite où commence la région hachurée est basée sur la moyenne et 2 écarts types des totaux de ces périodes.

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 13 de l'année 2009
(semaines 49 à 52, du 6 décembre 2009 au 2 janvier 2010)**

Oreillons

Les deux cas d'oreillons font partie de l'éclosion déjà rapportée, qui touche surtout la communauté juive orthodoxe. Malgré la survenue de deux autres cas depuis ceux de la période 13, la transmission ralentit. L'éclosion a débuté le 6 octobre et comporte 19 cas jusqu'à maintenant, certains vaccinés, d'autres non. Le CSSS concerné a mis sur pied une clinique de vérification et de mise à jour du statut vaccinal pour les familles des milieux scolaires touchés.

Remerciements à Julie Dwyer pour l'information fournie.

Rougeole

Le cas qui apparaît aux statistiques est inscrit comme probable parce que diagnostiqué cliniquement par un médecin, mais il n'a pas pu être confirmé, car aucun test de laboratoire n'a été demandé. La définition de cas confirmé de rougeole est très stricte pour éviter les faux positifs. Le cas s'est produit chez un enfant de 17 mois, sans histoire d'exposition à la rougeole, ni à Montréal ni ailleurs, et ayant déjà reçu une dose de RRO (ce qui aurait par ailleurs compliqué l'interprétation de la sérologie). Aucun cas secondaire n'a été rapporté malgré une surveillance accrue des personnes exposées.

Remerciements à Jean-Loup Sylvestre pour l'information fournie.

Grippe A (H1N1) : bilan de la 2^e vague à Montréal

Du 30 août 2009 au 11 janvier 2010, 1898 cas confirmés ont été déclarés, dont 327 ont été hospitalisés, incluant 42 aux soins intensifs; il y a eu 11 décès. Le vaccin a été administré à 938 000 personnes, pour une couverture vaccinale d'ensemble de 50,6 %. Celle-ci a très peu augmenté depuis la fermeture des centres de vaccination. Le groupe cible le mieux rejoint a été les travailleurs de la santé, qui montrent une couverture de 72,0 %. Les personnes atteintes de maladies chroniques et les femmes enceintes ont été moins bien rejointes (46,6 % et 58,8 %, respectivement), malgré le fait que 86 % des personnes admises aux soins intensifs avec la grippe A (H1N1) aient eu une ou plusieurs conditions sous-jacentes. La vaccination a été associée à 539 manifestations cliniques inhabituelles; toutefois, seulement 14 ont été graves et il n'a pas été démontré qu'elles ont toutes été causées par le vaccin. Il n'est pas trop tard pour maximiser la couverture vaccinale contre la grippe A (H1N1) en plus de celle contre la grippe saisonnière, car la survenue d'une troisième vague pandémique n'est pas exclue. Les CSSS continuent d'offrir la vaccination et la DSP poursuit la surveillance de la maladie. Pour plus d'informations sur la pandémie, consulter le site <http://www.santepub-mtl.qc.ca/grippeporcine/archivessituation.html>.

Remerciements à Esmé Lanktree 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