

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 13 de 2015 (6 décembre 2015 au 2 janvier 2016)**

Maladie à virus Ébola (MVE): fin de la transmission interhumaine déclarée en Afrique de l'Ouest

La fin de la transmission interhumaine du virus Ébola a été déclarée par l'Organisation mondiale de la Santé pour la Sierra Leone (7 novembre 2015), la Guinée (29 décembre 2015) et le Libéria (14 janvier 2016). Néanmoins, deux nouveaux cas de MVE ont été confirmés en Sierra Leone depuis. Des éclosions sporadiques de petite envergure sont attendues, la persistance du virus ayant été démontrée chez des individus rétablis (notamment jusqu'à un an dans le sperme). À Montréal, 78 suivis de voyageurs ont été effectués pour la période 13. Les procédures régionales relatives à la surveillance des voyageurs en provenance de cette région du monde ont été modifiées depuis, le 22 janvier 2016. Dorénavant, seuls les voyageurs en provenance de Guinée et à risque élevé de développer des symptômes reçoivent un ordre de se rapporter immédiatement à la santé publique, qui amorcera auprès de ceux-ci une surveillance active de la température. Aucun suivi n'est requis pour les voyageurs asymptomatiques; ceux-ci sont avisés de signaler toute présence de fièvre ou de symptômes de MVE pouvant survenir durant la période de surveillance des symptômes, d'une durée de 21 jours. Les voyageurs symptomatiques, quant à eux, sont pris en charge immédiatement à leur arrivée au point d'entrée. Il va sans dire qu'aucun cas de MVE n'a été déclaré au Canada jusqu'à présent. Pour les dernières nouvelles sur l'évolution de la situation épidémiologique de cette maladie, les rapports de situation de l'OMS sont disponibles au : <http://www.who.int/csr/disease/ebola/situation-reports/fr/>

Légionellose : bilan de l'année 2015

Trois cas de légionellose ont été déclarés pour la période 13, un nombre en excès de ceux attendus pour cette période de l'année. Il en va de même pour les nombres de cas déclarés et confirmés pour l'ensemble de l'année 2015, respectivement de 34 et 32, qui excèdent la limite supérieure du nombre de cas observés pour les années antérieures. Parmi les cas confirmés pour l'année 2015, on retrouve 22 hommes et 10 femmes, âgés en moyenne de 66,1 ans (étendue, 26-92 ans). Presque tous les cas présentaient des facteurs de risque liés à l'hôte, tels une maladie cardiaque ou pulmonaire chronique, le diabète, un cancer ou une immunodépression, le tabagisme ou l'abus d'alcool. La majorité des cas (26/32) ont présenté une exposition communautaire. Trois agrégats temporels et un agrégat spatiotemporel ont été observés au cours de l'année; les enquêtes épidémiologiques effectuées n'ont pas mis en évidence de liens avec une ou des sources environnementales communes. Une investigation microbiologique n'a pu être effectuée pour les cas agrégés, étant donné l'absence de souche pour presque tous les cas. En plus de la recherche d'antigènes urinaires de la bactérie, il est important que les cliniciens demandent *explicitement* une culture pour tous les cas et l'acheminement au LSPQ, ou envoient un spécimen respiratoire (expectorations ou sécrétions endotrachéales) directement au LSPQ pour PCR. Ceci pour aider à confirmer un lien éventuel entre les sources suspectées et les cas, par le génotypage des souches d'origine environnementale et d'origine humaine.

Salmonellose : retour du nombre de cas à la normale

Alors qu'à la période 12 on dénombrait près du double du nombre de cas de salmonellose que pour la même période en 2014, pour la période 13, 16 cas ont été déclarés, soit un nombre dans la normale. À l'échelle canadienne en revanche, ce sont 7 autres cas de *Salmonella infantis* qui se sont ajoutés au compte dans le cadre d'une éclosion pancanadienne ayant débuté en mars 2015, pour un total de 98 cas (dernière mise à jour du 24 décembre 2015). L'enquête menée à ce jour par l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) semble indiquer que le poulet cru serait à l'origine de cette éclosion. Des recommandations préventives de base visant des pratiques de manipulation salubre et de cuisson sécuritaire des aliments, et plus précisément des produits de volaille, sont émises par l'ASPC à l'échelle du pays et demeurent en vigueur. Pour plus de détails sur ces recommandations et pour avoir les dernières mises à jour relatives à cette éclosion : <http://www.phac-aspc.gc.ca/phn-asp/2015/salmonella-infantis-fra.php>

Robert Allard, MD, MSc, FRCPC

Lucie Bédard, MSc. Inf., MPH

Imane Cheriet, MD, MSc

Surveillance épidémiologique et vigie

Secteur Prévention et contrôle des maladies infectieuses

Direction régionale de santé publique

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 12 de 2015 (08 novembre au 05 décembre)**

Salmonellose : Hausse des cas pour la période 12

À la période 12, on dénombrait 30 cas déclarés de salmonellose, soit près du double du nombre de cas pour la même période en 2014. La majorité de ces cas (27) étaient apparemment sporadiques car ils présentaient des sérotypes variés sans agrégats spatio-temporels. Ils n'ont pas fait l'objet d'interventions de la santé publique. Par contre, les trois autres cas ont fait l'objet d'enquêtes épidémiologiques dans le cadre d'éclotions nationales. En particulier, l'éclotion pancanadienne de *Salmonella infantis* a débuté le 15 mars 2015. En date du 18 décembre, elle comportait 91 cas dans 9 provinces dont 13 cas au Québec (notamment 2 à Montréal), selon l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). La majorité (60%) des cas était chez des femmes et la moyenne d'âge est de 40 ans. Seize cas (18%) ont été hospitalisés mais aucun décès n'a eu lieu. La cause de cette éclotion n'a pas encore été élucidée. Compte tenu de cette éclotion, de la hausse de cas de salmonellose et de la période des fêtes à nos portes, il est important de sensibiliser la population au lavage des mains et au maintien de la salubrité des aliments lors de leur préparation et de leur consommation le jour-même et les jours suivants.

Gonorrhée : Cas en croissance chez les hommes

À la période 12, le nombre de cas déclarés de gonorrhée (203) était en hausse par rapport à la période 11 de 2015 (163) et à la période 12 de 2014 (134). La majorité des cas se retrouvait chez des hommes (173, 85.2%), et plus spécifiquement chez les hommes de 15 à 24 ans (49 cas), de 25 à 29 ans (40 cas) et de 40 à 49 ans (46 cas). Dans les deux derniers groupes d'âge, il s'agit d'une hausse comparativement aux périodes précédentes de 2015. Ces données sont en accord avec les tendances observées dans le dernier portrait sur les ITSS de l'INSPQ paru le 1^{er} décembre: https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2067_portrait_infections_sexuellement_sang.pdf

Virus Zika : Une nouvelle épidémie dans les Amériques

La fièvre Zika est une arbovirose causée par le virus du même nom. Elle se transmet principalement par les moustiques du genre *Aedes*. Ses symptômes sont en général modérés et semblables à ceux de la dengue (fièvre, éruptions cutanées, arthralgie, myalgie, conjonctivite). Le traitement est uniquement symptomatique. Le premier cas indigène de virus Zika dans les Amériques a été rapporté au Chili en février 2014. Depuis lors, neuf pays des Amériques (dont le Mexique) ont rapporté des cas acquis localement. De ces neuf pays, six ont détecté leur premier cas au cours du mois de novembre 2015. Le pays le plus touché est le Brésil.

En parallèle avec cette éclotion de Zika, le Brésil a rapporté dans les dernières semaines un nombre vingt fois plus élevé de microcéphalies que les années précédentes (soit plus de 1700 cas) dans les régions les plus touchées par le virus Zika. Ce dernier a par ailleurs été retrouvé chez deux mères et un nouveau-né. Des syndromes neurologiques ont aussi été rapportés chez des adultes infectés. Au vu de ces données et dans l'attente d'études plus poussées, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a émis une alerte le 1^{er} décembre 2015 demandant à ses membres de surveiller une potentielle apparition ou augmentation de cas de fièvre Zika et de syndromes neurologiques ou malformations congénitales possiblement liés au virus Zika. L'ASPC a émis un avis le 16 décembre 2015 conseillant aux voyageurs et notamment aux femmes enceintes qui se rendraient dans les pays touchés d'échanger avec leur professionnel de la santé à ce sujet et de se protéger contre les piqûres de moustiques. Des cas de fièvre Zika importés d'Amérique latine ont été rapportés en Europe. Il est donc important d'être attentif à une possible importation de cas à Montréal, en particulier chez des femmes enceintes ayant effectué un séjour en Amérique latine. Un test diagnostique est disponible au Laboratoire national de microbiologie via le Laboratoire de santé publique du Québec : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/lspq/annonce_virus_zika.pdf. Pour plus d'information de l'OPS voir : http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=427&lang=fr.

Robert Allard, MD, MSc, FRCPC

Lucie Bédard, MSc. Inf., MPH

Joséphine Aho, PhD

Surveillance épidémiologique et vigie

Secteur Prévention et contrôle des maladies infectieuses

Direction régionale de santé publique

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 11 de 2015 (11 octobre au 7 novembre)**

Rougeole : cas confirmé chez un enfant de 11 mois après un retour de voyage

Un cas de rougeole a été déclaré le 30 octobre 2015, chez un enfant âgé de 11 mois infecté en Tunisie. Le patient a visité l'urgence à trois reprises avant d'être admis à l'hôpital et que des mesures de précautions appropriées soient mises en place. Nous recensons 99 contacts étroits potentiels, 79 résidant à Montréal et 20 hors-région. Un processus de contacts téléphoniques ou postaux a été entrepris, en fonction de l'âge des enfants exposés. La surveillance des symptômes dans la fratrie et chez toute femme enceinte en contact avec eux a également été recommandée. La fin de l'éclosion, soit la date jusqu'à laquelle d'autres personnes non adéquatement vaccinées auraient pu manifester des signes et symptômes compatibles avec la rougeole, a eu lieu le 24 novembre 2014. Il s'agit du deuxième cas confirmé de rougeole à Montréal pour l'année 2015. Le dernier cas remonte à mai 2015, également après un retour de voyage (Éthiopie). Ces cas illustrent l'importance de s'enquérir de l'histoire de voyage de tout patient présentant des symptômes compatibles avec cette infection et de connaître le profil épidémiologique de la rougeole dans les pays visités. Pour plus d'information concernant les recommandations préventives relatives à la rougeole, voir l'appel à la vigilance émis le 30 octobre 2015 : [http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1 Espace du directeur/0 Voix du directeur/Appels vigilance/2015/A-V Rougeole 3010205.pdf](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2015/A-V_Rougeole_3010205.pdf)

Coqueluche : éclosion à l'échelle de la province

Une éclosion de coqueluche est en cours dans l'ensemble de la province du Québec. Ce sont désormais (au 26 novembre) 641 cas déclarés qui y sont dénombrés pour l'année 2015, un nombre environ trois fois plus élevé qu'à pareille date en 2014. À Montréal, nous recensons actuellement 40 cas déclarés de coqueluche pour l'année 2015, dont 4 cas confirmés pour la période 11 et 1 pour la période 12. Bien que les nombres de cas par période à Montréal demeurent dans la normale, une vigilance accrue est recommandée dans le but de déceler rapidement tout symptôme compatible avec la coqueluche, en particulier chez les patients ayant récemment visité d'autres régions du Québec. Information générale : <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/coqueluche/>
Protocole d'immunisation du Québec : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>

Tétanos : à déclarer dès la moindre suspicion clinique

À la période 12, un cas de tétanos a été déclaré chez un patient de 58 ans admis aux soins intensifs pour des désaturations importantes lors de crises spastiques intermittentes. Toutefois, ce diagnostic fut infirmé à la lumière de l'évolution clinique du patient. Tout tableau clinique suggérant un diagnostic de tétanos devrait être déclaré promptement, même si ce diagnostic pourrait être infirmé par la suite. Le tétanos est une maladie rare mais dont la sévérité exige de ne pas oublier son inclusion dans son diagnostic différentiel lorsque pertinent (comme c'est d'ailleurs le cas pour la rougeole). De plus, une enquête épidémiologique sur les cas de tétanos adultes survenus au Québec entre 1990 et 2008 met en lumière une importante sous-déclaration pour cette maladie : sur 23 cas repérés durant cette période dans le Fichier Med-Echo et confirmés par une revue des dossiers, seuls 14 avaient été déclarés.

Source : Boulianne, N., Rouleau, I. and Defay, F. (2011) *Enquête épidémiologique sur les cas de tétanos adultes survenus au Québec entre 1990 et 2008*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 57 p.

Faits saillants concernant les statistiques des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO) et autres maladies infectieuses sous surveillance Période 10 de 2015 (13 septembre au 10 octobre)

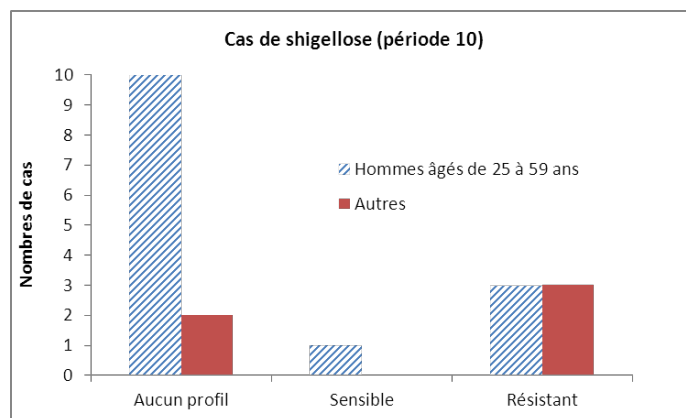
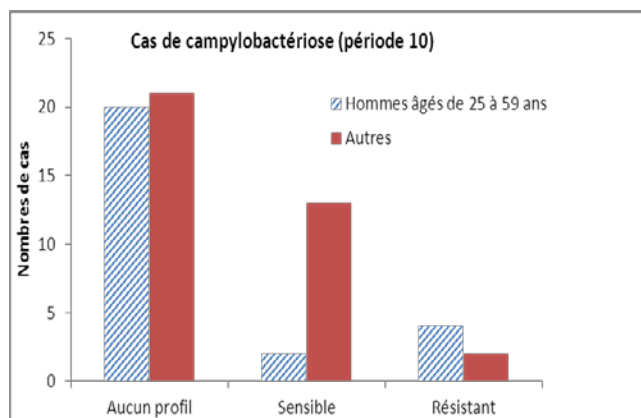
Cryptosporidiose : éclosion liée à un facteur de risque commun

À la période 10, 10 cas confirmés de cryptosporidiose ont été déclarés, incluant un agrégat spatio-temporel de 8 cas, âgés de 3 à 66 ans. Six des 8 cas ont été rejoints et enquêtés. Tous avaient consulté pour une diarrhée; 5 patients sur 6 avaient fréquenté diverses piscines publiques ou d'autres eaux récréatives extérieures durant leur période d'exposition commune, qui coïncidait avec un épisode de forte chaleur. Toutefois, en l'absence d'un groupe témoin, on ne peut conclure que la transmission ait eu lieu à ces endroits. Aucune autre exposition partagée n'a été identifiée.

Maladies entériques d'origine bactérienne : résistance plus fréquente dans certaines sous-populations

Depuis le début de la période 10, 62 cas confirmés de campylobactériose ont été déclarés, 41 chez des hommes et 21 chez des femmes. Pour 21 cas, nous avons reçu des profils de résistance. Six rapportaient des souches résistantes : 3 à la ciprofloxacine, 1 à la tétracycline et 2 résistantes à la fois à la ciprofloxacine et à l'érythromycine. Les cas résistants étaient majoritairement (5 sur 6) chez des hommes entre 25 et 59 ans. Nous n'avons pas d'information sur les facteurs de risque de ces cas, sauf qu'aucun des cas résistants n'avait eu de déclaration pour une autre MADO.

Durant cette même période, 19 cas confirmés de shigellose ont été déclarés chez 17 hommes et 2 femmes. Des données de résistance étaient disponibles pour 7 d'entre eux. Six cas présentaient des résistances : 4 au TMP-SMX et 2 à la fois à l'ampicilline et au TMP-SMX. Quatre des 6 cas résistants étaient chez des hommes entre 25 et 59 ans. Contrairement aux cas de campylobactériose, les cas déclarés de shigellose sont systématiquement enquêtés. Deux des 4 cas adultes masculins ont été rejoints; il s'agissait d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). Les 2 autres avaient présenté plusieurs déclarations d'ITSS antérieures, suggérant un profil d'HARSAH.



Lors de la période 9, un cas d'infection causée par une souche de *Shigella flexneri* résistante à 4 classes d'antibiotiques (ampicilline, TMP/SMX, ciprofloxacine, acide nalidixique et azithromycine) avait été rapporté chez un HARSAH. Ces données, bien que très partielles, montrent que les sensibilités des souches isolées de *Campylobacter* et surtout de *Shigella* sont soit peu souvent demandées ou peu souvent déclarées. De plus, elles suggèrent que la résistance serait plus fréquente chez les HARSAH. Ainsi, une surveillance accrue des résistances pourrait aider à suivre l'évolution de l'incidence de ces infections et à détecter rapidement la survenue d'éclosions dans un groupe déjà particulièrement touché. Des interventions communautaires ciblées ont été offertes dans le passé et pourraient l'être à l'avenir.

Robert Allard, MD, MSc, FRCPC
Lucie Bédard, MSc. Inf., MPH
Marie-Jo Ouimet, MD, MSc
Surveillance épidémiologique et vigie
Secteur Prévention et contrôle des maladies infectieuses
Direction régionale de santé publique
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 9 de 2015 (16 août au 12 septembre)**

Maladie de Lyme : bilan provisoire de la saison 2015

En date du 30 septembre, 43 cas de maladie de Lyme ont été déclarés en 2015, dont 5 ont été classés comme confirmés, 4 probables, 7 infirmés et 27 en suspens. Ces deux dernières catégories ne paraissent pas aux statistiques périodiques. Les cas confirmés présentaient tous des manifestations cliniques compatibles, une sérologie IgM positive et un séjour en zone endémique. Les cas probables présentaient également des manifestations cliniques compatibles, mais 1 avait séjourné en zone non endémique, 2 avaient des sérologies négatives et 1 n'avait pas eu de prélèvements. Parmi les cas en suspens, 14 sont en attente de résultat de laboratoire (confirmation par *Western blot*) et 13 sont en cours d'enquête ou de recherche d'information complémentaire avant d'initier l'enquête épidémiologique.

Parmi tous ces cas, seuls 12 ont été déclarés par des médecins. Pourtant la maladie de Lyme est une MADO à la fois par le médecin et le laboratoire. La définition nosologique est complexe et la déclaration par les médecins est essentielle. Les cliniciens sont invités à déclarer les cas suspects sans attendre les résultats de laboratoire qui ne sont d'ailleurs pas requis pour valider certains des cas. La déclaration devrait être complète et contenir l'information sur les manifestations cliniques et le lieu d'exposition. Plus les cas déclarés sont validés en temps réel, mieux les statistiques périodiques reflètent les variations dans l'incidence de la maladie.

Par ailleurs, dans la majorité des cas, aucune morsure de tique n'avait été notée. La plupart des patients avait présenté des lésions cutanées érythémateuses. Tous les cas pour lesquels l'information est disponible avaient été exposés hors de Montréal. Liste des municipalités où il existe un risque d'acquisition de la maladie de Lyme :

<https://www.inspq.qc.ca/zoonoses/maladie-de-lyme>

Hépatite A : nombreux signalements d'exposition à un cas-index d'une autre région

Cinquante-deux expositions possibles à l'hépatite A ont été signalées, dont 50 étaient attribuables à une exposition commune à des aliments potentiellement contaminés. Le cas-index (résidant d'une autre région du Québec), infectieux mais non diagnostiqué, avait préparé un plat lors d'un repas communautaire. Parmi les contacts, 37 ont nécessité une référence pour une PPE. Seule une minorité de contacts avaient déjà été vaccinés.

Le cas-index revenait d'un voyage dans son pays d'origine, endémique pour l'hépatite A, ce qui nous rappelle qu'une attention particulière devrait être portée aux personnes nées à l'étranger et retournant en zone à risque pour visiter leur famille (« VFR travelers »). Cette intervention souligne l'importance de procéder à la vaccination de toute personne jugée à risque, sans se limiter aux recommandations du PIQ. Au Québec, la vaccination contre l'hépatite A de toute personne âgée d'un an ou plus désirant diminuer son risque de contracter la maladie est autorisée (mais non gratuite, à moins qu'une des conditions justifiant la gratuité soit présente).

Documents sur hépatite A chez les « VFR travelers » :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19674261>

<http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2016/advising-travelers-with-specific-needs/immigrants-returning-home-to-visit-friends-relatives-vfrs>

PIQ : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>

Robert Allard, MD, MSc, FRCPC

Lucie Bédard, MSc. Inf., MPH

Collaborateurs : Marie-Jo Ouimet, Ellen Snyder et Patrick Moynihan

Surveillance épidémiologique et vigie

Secteur Vigie et protection, Direction de santé publique

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 8 de 2015 (19 juillet au 15 août)**

Maladie de Lyme : saison bien engagée

Au Québec, à ce jour (semaine 33), il y a eu 51 cas déclarés en 2015. À Montréal, 26 déclarations ont été reçues durant la même période, mais seulement 5 paraissent aux statistiques (4 probables et 1 confirmée). Les autres sont infirmées ou de statut encore indéterminé, à cause du caractère strict de la définition nosologique, qui exige la présence de signes ou de symptômes compatibles avec la maladie. Comme tous les précédents, ces 5 cas ont été exposés hors Montréal : Trois-Rivières, Estrie, États-Unis, Ontario ou Québec, Suède ou Estrie. La définition nosologique se trouve à la page 64 du document suivant :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000480/>

Une fiche technique et d'autres documents sont disponibles sur le site

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/infections_et_intoxications/thematiques/maladie_de_lyme/documentation.html?L=jcfxjsspdiiib

Rage : quelles sortes d'exposition donnent lieu à une prophylaxie à Montréal ?

Un nouvel incident est survenu dans l'ouest de l'Île, corroborant les commentaires sur ce sujet dans les derniers *Faits saillants*. Une chauve-souris, trouvée le matin dans la chambre à coucher d'une adulte dormant profondément après avoir pris des somnifères, a été ensuite capturée et démontrée rabique. La personne exposée avait déjà commencé à recevoir une prophylaxie post-exposition (PPE) grâce à l'évaluation judicieuse du médecin de l'urgence.

Depuis janvier 2011, parmi tous les signalements d'exposition potentielle à la rage, 500 ont été documentés électroniquement en détail. Les nombres annuels de ces cas ne présentent aucune tendance temporelle importante à la hausse ou à la baisse. Les délais entre l'exposition et le signalement vont de moins d'une journée à 93 jours, avec une moyenne de 5,5 jours; 74% sont de 7 jours ou moins. Les personnes exposées sont presque également des deux sexes et leurs âges varient de moins d'un an à 90 ans, avec une moyenne de 37 ans.

L'animal concerné est le chien pour 47 % des expositions, le chat pour 20 %, la chauve-souris pour 18% et le raton laveur pour 8%; le lapin, la marmotte, la mouffette, le porc-épic, le renard et les petits rongeurs ont occasionné les autres pour 7%. Les expositions à un raton laveur présentent la plus haute probabilité de donner lieu à une PPE (78%), suivies de celles à une chauve-souris (40 %), à un chat (23 %) et à un chien (19 %). Ces différences s'expliquent facilement : la chauve-souris et le raton laveur sont des espèces sauvages chez qui la présence de rage est bien documentée. Ils ne sont pas toujours capturés après avoir causé une exposition, surtout le raton laveur. Par contre, le chien et le chat ne présentent que très rarement de la rage au Québec, et sont souvent observables pendant 10 jours pour éliminer la possibilité de maladie et éviter une PPE à la personne exposée.

Les personnes connues comme exposées, et âgées de 65 ans ou plus, comparées aux plus jeunes, l'ont plus souvent été à une chauve-souris (19 % vs 13 %) ou à un raton laveur (17 % vs 5 %) et moins souvent à un chien (19% vs 37%). Ceci explique au moins en partie qu'on leur recommande une PPE plus souvent qu'aux jeunes (31% vs 23%).

Les expositions aux chauves-souris peuvent être prévenues en empêchant leur entrée dans les édifices, en particulier dans les chambres à coucher des établissements de soins ou d'hébergement de personnes âgées. Celles associées aux rats laveurs peuvent l'être en évitant absolument de s'en approcher, aussi adorables soient-ils.

Des informations sur les façons d'exclure les chauves-souris des édifices sont disponibles sur le site

http://www.cdc.gov/rabies/bats/management/index.html?s_cid=cs_654

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 7 de 2015 (21 juin au 18 juillet)**

Syndrome pulmonaire à hantavirus : premier cas montréalais

Le premier cas jamais déclaré à Montréal s'est produit chez un militaire exposé à des excréments de souris alors qu'il était en exercice dans le Nord de l'Alberta avec plus de 7000 militaires de plusieurs pays. Un autre militaire québécois a aussi été infecté lors du même exercice. Les deux ont dû être hospitalisés aux soins intensifs avec ventilation mécanique, mais ils se sont tous deux rétablis. La période d'incubation maximale de 60 jours a été dépassée sans qu'aucun autre cas soit rapporté. Un *Appel à la vigilance* a été diffusé :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2015/Appel_vigilance_hantavirus_2015-07-17_.pdf

Légionellose : surveillance des cas et des sources environnementales

Bien que les cas de légionellose continuent de survenir à un rythme plus rapide que par les années passées, aucune agrégation spatiale n'a été notée et aucun cas n'a pu être attribué à une source environnementale précise, en particulier à une tour aéro-refroidissante.

Lymphogranulomatose vénérienne : résurgence depuis 2013

L'épidémie mentionnée dans les *Faits saillants* de la période 4 se poursuit. Des informations sur la situation provinciale entre 2005 et 2014 sont disponibles au site ci-dessous. À noter particulièrement : 1) 99% des cas se sont produits chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et 84% chez des Montréalais. 2) L'incidence moyenne a été de 34 cas par année en 2004-2005, elle a baissé à 9 entre 2007 et 2012, pour bondir à 44 en 2013-2014.

http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-271-02W-vol10_no6.pdf

Expositions à des chauve-souris : risque de rage

Lors d'enquêtes sur des expositions possibles à la rage, il est venu à notre attention que certaines personnes avaient été informées par des intervenants de première ligne qu'il n'y avait aucune rage animale dans l'île de Montréal. Il est vrai qu'il n'y a pas à Montréal de rage chez les **mammifères terrestres**, mais il y en a chez les **chauve-souris**, ce qui a été démontré plus d'une fois au cours des dernières années. Les recommandations sur la conduite à suivre après une exposition à une chauve-souris s'appliquent de la même façon, que celle-ci ait eu lieu à Montréal ou ailleurs :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/dossiers_thematiques/Infections_et_intoxications/Morsures_et_prevention_de_la_rage/Fiche_information_MAJ_-_morsure_animale_rage_2015-04-16_.pdf

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 6 de 2015 (24 mai au 20 juin)**

Maladie à virus Ébola (MVE) : nouveaux cas au Libéria

Bien que l'OMS ait déclaré la fin de l'épidémie de MVE au Libéria le 9 mai dernier, un nouveau cas a été confirmé le 29 juin, chez un jeune homme qui est décédé de la maladie. Plus de 200 contacts ont été testés et deux se sont avérés positifs pour le virus Ébola, tous deux symptomatiques. Deux autres cas ont ensuite été découverts, pour un total de 5. Les Montréalais qui rentrent d'un des trois pays touchés sont repérés par *Citoyenneté et Immigration Canada* lors de leur passage à l'aéroport et sont contactés par la Direction de santé publique dans les 24 heures pour vérifier leur niveau de risque et leur donner des instructions en cas d'apparition de symptômes compatibles avec la MVE.

Source : OMS <http://www.who.int/mediacentre/news/ebola/03-july-2015-liberia/en/#>

Fentanyl : disponible sous une nouvelle forme

Des comprimés contrefaits contenant du fentanyl, portant l'inscription A-215 et surnommés «la petite bleue» circulent sur le territoire de la ville de Québec. Il est possible qu'ils soient aussi disponibles dans la région de Montréal. Le fentanyl est un opioïde 40 fois plus puissant que l'héroïne et 50 à 100 fois plus puissant que la morphine. Il peut être vendu en tant qu'héroïne, cocaïne ou oxycodone ou être inclus dans leurs compositions. Il est associé à des risques élevés de surdoses, produisant des signes et symptômes semblables aux surdoses par d'autres opioïdes. Tout comme pour l'injection et l'ingestion, l'exposition topique (peau, muqueuses) au fentanyl peut causer une dépression respiratoire et la mort. Un nouvel appel à la vigilance sur le risque de surdose a été diffusé le 3 juillet :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2015/Appel_vigilance_Surdose_2015-07-03_01.pdf

Légionellose : surveillance des cas et des sources environnementales

Les statistiques périodiques montrent que la saison 2015 a débuté plus tôt que par les années passées. Tous les cas déclarés sont enquêtés, surtout pour tenter d'identifier une source environnementale. De plus, depuis mai 2014 les tours de refroidissement doivent être testées mensuellement pour la présence de *L. pneumophila* et les résultats positifs déclarés à la Direction de santé publique concernée. Si une tour contaminée se trouvait à moins de 2 km du lieu de résidence d'un cas ou d'un endroit fréquenté par lui, les souches en provenance de la tour et du cas pourraient être comparées par génotypage pour établir ou exclure l'existence d'un lien entre les deux.

Maladie de Lyme :

L'incidence de cette infection est en hausse au Québec depuis quelques années. Bien qu'il n'y ait pas eu de transmission (par piqûre de tique) documentée à Montréal, à chaque année des Montréalais contractent l'infection ailleurs. Un Appel à la vigilance a été diffusé le 9 juillet :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2015/Appel_vigilance_Maladie_de_Lyme_2015-07-08.pdf

Une fiche technique et d'autres documents sont disponibles au site suivant :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/infections_et_intoxications/thematiques/maladie_de_lyme/documentation.html?L=jcfxjsspdiiib

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 5 de 2015 (26 avril au 23 mai)**

Maladie à virus ébola (MVE) : l'épidémie touche un pays de moins

Le 9 mai dernier, l'OMS a déclaré la fin de l'épidémie de MVE au Libéria, 42 jours après la survenue du dernier cas; toutefois, une surveillance rehaussée reste en place. La Sierra Leone et la Guinée demeurent touchées et l'ONU demande de rester mobilisé jusqu'à la fin de l'épidémie (<http://www.un.org/apps/newsFr/storyF.asp?NewsID=34903&Cr=Ebola&Cr1>). La Direction de santé publique continue de recevoir environ 3 signalements par jour de voyageurs possiblement exposés à la MVE, tous jugés à faible risque après enquête, sauf 7 qui ont été jugés à risque modéré.

Source : OMS <http://apps.who.int/ebola/fr/node/1680>

Surdoses : l'importance d'agir sans délai

Depuis le 17 mai dernier, 5 cas d'intoxication (dont 3 décès) liés à la consommation de drogues de rue nous ont été signalés. La majorité des personnes ont consommé des drogues par voie intraveineuse, incluant l'héroïne. Un *Appel à la vigilance* a été émis, qui met l'accent sur la rapidité dans l'identification des cas de surdose involontaire et dans l'administration de la naloxone (Narcan). À cette fin, le projet Profan (Prévenir et Réduire les Overdoses – Former et Accéder à la Naloxone), initié par Méta d'Âme et par le CRAN, offrira une formation sur l'administration de la naloxone à des consommateurs et à leurs proches. Les personnes formées pourront se procurer une trousse de naloxone dans les pharmacies partenaires et ainsi intervenir plus rapidement s'ils sont témoins d'une surdose d'opioïde.

[http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1 Espace du directeur/0 Voix du directeur/Appels vigilance/2015/Appel vigilance Surdose 2015-05-29 .pdf](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2015/Appel_vigilance_Surdose_2015-05-29_.pdf)

Coupe du monde féminine de la FIFA : surveillance des problèmes de santé inhabituels

Des épreuves se tiennent à Montréal du 6 juin au 5 juillet. Y participent 25 équipes d'autant de pays, dont 15 situés hors de l'Amérique du Nord et de l'Europe. Un clinicien consulté soit par une joueuse, un participant ou un spectateur étranger devrait donc être à l'affût de problèmes de santé inhabituels et déclarer à la DSP toute maladie à déclaration obligatoire soupçonnée ou confirmée, et signaler tout problème de santé qui pourrait menacer la santé publique.

Shigellose : la transmission persiste

Les cas de shigellose déclarés durant la période 5 sont le prolongement de l'éclosion décrite dans les *Faits Saillants* de la période 4. Les personnes atteintes ou leurs parents continuent d'être informés sur les mesures préventives, mais leur application soutenue est difficile, en particulier dans la communauté juive orthodoxe, à cause de ses pratiques et de ses conditions de vie.

Risque de non déclaration de MADO

À l'approche de l'été, où les remplacements sont fréquents, nous vous serions reconnaissants de vérifier que les procédures de déclaration sont bien connues de toutes les personnes concernées, pour éviter omissions et retards. Toutes les déclarations reçues à la DSP qui doivent être enquêtées sans délai le seront.

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 4 de 2015 (29 mars au 25 avril)**

Shigellose : incidence élevée dans certains groupes à risque

Dix-huit cas ont été déclarés durant la période 4. Huit sont survenus chez des enfants ou de jeunes adultes de la communauté juive orthodoxe, parmi lesquels a été documentée de la transmission intra-garderie et intra-familiale. Des dix autres cas, seulement 2 sont reliés à des voyages (Cambodge, Nicaragua). Trois ont touché des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), dont tous ont des antécédents d'ITSS et deux rencontrent des partenaires sexuels par internet. Pour les autres cas, le mode d'acquisition n'est pas clair. Les interventions éducatives individuelles auprès des cas ou de leurs parents se poursuivent.

Hépatite A : excès relié à des voyages

Les 3 cas déclarés constituent un excès significatif. Tous sont survenus chez des adultes non vaccinés et sont reliés à des voyages (Mexique, Vénézuéla, Inde), au cours desquels deux patients rapportent avoir consommé des aliments à risque. Un patient a été hospitalisé. L'hépatite A chez les voyageurs en pays endémique demeure un problème. Les conseils en pré-voyage sur les précautions à prendre et surtout la vaccination pourraient grandement aider à le maîtriser.

Lymphogranulomatose vénérienne : à nouveau en hausse

Six cas ont été déclarés durant la période 4 (alors que 1 ou 2 étaient attendus), tous chez des hommes d'âge moyen ayant des antécédents d'ITSS (syphilis, gonorrhée, VIH) et dont plusieurs ont reçu leur diagnostic dans des cliniques desservant les HARSAH. Une seule enquête est complétée à ce jour, auprès d'un HARSAH qui ne fréquente pas les saunas mais qui rencontre des partenaires par internet. Pour des informations sur cette ITS voir

[http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1 Espace du directeur/0 Voix du directeur/Appels vigilance/2013/AV_LGV_2013-08-12.pdf](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2013/AV_LGV_2013-08-12.pdf)

Influenza : diminution lente

La proportion de tests positifs pour l'influenza A est stable depuis 5 semaines, mais très basse, à 1-2%, alors que celle pour l'influenza B est en baisse, mais encore élevée, à environ 10%. Globalement, la proportion de tests positifs demeure plus élevée qu'à la même époque l'an dernier. Enfin, des éclosions continuent de se produire en CHSLD.

Source : LSPQ.

Rougeole : cas importé

Le premier cas de rougeole déclaré chez un Montréalais depuis 2012 vient d'être confirmé. Il est survenu chez un adulte de statut vaccinal inconnu qui a passé toute sa période d'exposition en Éthiopie et qui a consulté dans une urgence de Montréal moins de 12 heures après son arrivée ici. Le MSSS a été avisé concernant les contacts dans les avions. Le cas a eu quelques autres contacts étroits, dont 3 chauffeurs de taxi, des patients dans la salle d'attente de l'urgence, 2 enfants et 2 connaissances. Lorsqu'une prophylaxie peut être offerte aux contacts d'une MADO, il est très utile que le cas soit déclaré dès que le diagnostic est *soupçonné*, ce qui n'a pas été fait ici. Heureusement, la période de contagiosité est terminée et aucun cas secondaire n'est connu à ce jour. Un *Appel à la vigilance* a été émis :

[http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1 Espace du directeur/0 Voix du directeur/Appels vigilance/2015/A-V Rougeole_08052015.pdf](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2015/A-V_Rougeole_08052015.pdf)

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 3 de 2015 (1er au 28 mars)**

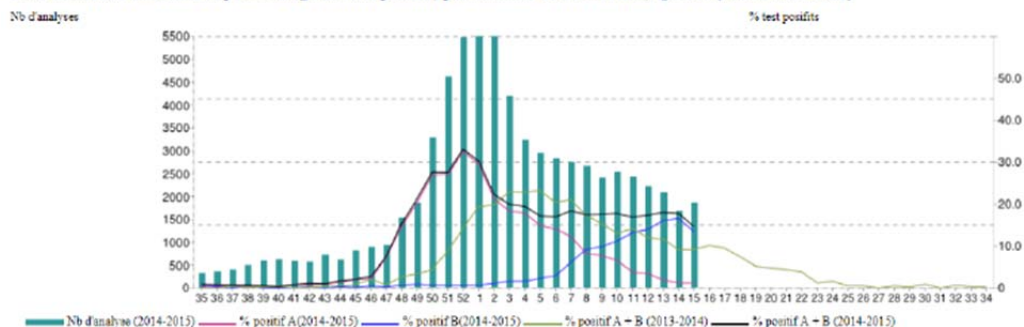
Shigellose : résultats d'enquête

L'excès noté à la période précédente s'est poursuivi. Pour 13 des 15 cas de la période 3 une source probable a été identifiée. Il s'agissait d'un séjour en pays à incidence élevée pour 6 cas (dus à *S. flexneri* ou *sonnei*), de transmission sexuelle entre hommes pour 4 (tous dus à *S. flexneri*) et de transmission parmi des enfants juifs orthodoxes pour 3 (tous dus à *S. sonnei*). Cette distribution de facteurs de risque a été observée au cours de plusieurs périodes d'excès à Montréal ces dernières années. Dans la communauté juive orthodoxe, des démarches ont été réalisées auprès des familles des enfants et auprès des milieux qu'ils fréquentent avec l'aide d'organisations communautaires.

Influenza : les indicateurs commencent à diminuer

Les tendances rapportées depuis quelques périodes déjà semblent vouloir s'inverser. Selon les dernières données disponibles, la proportion de résultats positifs a commencé à diminuer, bien qu'elle demeure fort supérieure à ce qu'elle était à même époque l'an dernier. Depuis 7 semaines, la majorité des résultats positifs sont dus à l'influenza B.

Tests déclarés d'influenza et pourcentage de tests positifs, par semaine de déclaration, Québec (saison 2014-2015)



Source : LSPQ.

Tuberculose : transmission locale soutenue chez des personnes à risque élevé

Depuis les 6 derniers mois, 5 cas ont été déclarés dans ce groupe alors qu'habituellement un ou deux le sont par année. En fait, un agrégat de cas de tuberculose pulmonaire évolue à bas bruit dans la région de Montréal depuis avril 2003. En tout, 22 cas (18 de Montréal, 3 de la Montérégie et 1 de Laval) ont été déclarés et sont tous associés à la même souche identifiée par génotypage. Ils partagent un ou plusieurs facteurs de risque : alcoolisme, toxicomanie, fréquentation de *crack houses*, prostitution, itinérance, criminalisation, histoire d'incarcération dans le passé, infection par le VIH et/ou par le VHC. La souche a été introduite en 2002 par une personne d'origine autochtone établie à Montréal et qui est restée très symptomatique plusieurs mois avant de recevoir un diagnostic de tuberculose pulmonaire.

La prise en charge des cas, de même que l'identification et le dépistage tuberculinique des personnes exposées posent des défis importants dans cette population marginalisée fréquentant certains *crack houses* de Montréal. Les organismes communautaires ont intensifié la surveillance de personnes à risque et symptomatiques, et accéléré leur évaluation médicale, afin d'éviter les délais de traitement et ainsi tenter de briser la chaîne de transmission.

Depuis janvier 2012, toutes les souches de *Mycobacterium tuberculosis* isolées au Québec sont génotypées au Laboratoire national de microbiologie à Winnipeg. La méthode utilisée (*Mycobacterial interspersed repetitive unit* [MIRU]) exploite la variation dans le nombre de séquences répétées d'éléments génétiques. L'amplification d'un ensemble défini de 24 emplacements du génome mycobactérien par PCR et la mesure de la taille de ces amplicons permettent d'assigner à une souche une série de chiffres correspondant au nombre d'unités répétées à chaque locus. Le génotypage universel des souches nous permet d'identifier plus facilement tous les agrégats.

Robert Allard, MD, MSc, FRCPC
Lucie Bédard, MSc. Inf., MPH
Paul Rivest MD, MSc
Surveillance épidémiologique et vigie
Secteur Vigie et protection, Direction de santé publique
CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec



**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 2 de 2015 (1er au 28 février)**

Rougeole : Montréalais à risque

L'éclosion de rougeole dans Lanaudière, dans une communauté qui refuse la vaccination (Mission du Saint Esprit), a dépassé 119 cas confirmés en date du 13 mars 2015. La direction de santé publique de cette région applique la politique de retrait des enfants non vaccinés d'un milieu scolaire qui a été fréquenté par un enfant infectieux. Des membres de cette communauté habitent Montréal. Même s'il n'y a encore eu aucun cas parmi eux, on conseille donc de demeurer vigilant pour les présentations cliniques compatibles avec la rougeole et les histoires de contact avec un cas connu. La couverture vaccinale montréalaise contre la rougeole est de 69,2% au primaire et de 74,1% au secondaire. Pour soutenir la prévention et la capacité montréalaise de répondre à une éclosion, nous vous demandons de saisir chaque occasion de promouvoir la vaccination et de mettre à jour le statut vaccinal de vos patients selon le *Protocole d'immunisation du Québec*¹. Pour plus d'information sur la maladie et les mesures à suivre pour un cas suspect, voir l'*Appel à la Vigilance* du 6 février².

Un cas d'infection gonococcique non sensible à la céfixime : le premier au Québec

Un cas isolé de gonorrhée génitale non sensible à la céfixime a été détecté à Montréal chez un HARSAH. Selon l'enquête épidémiologique, l'infection aurait été acquise au Québec. Les recommandations actuelles³, notamment celles sur les tests diagnostiques, le traitement et les tests de contrôle demeurent en vigueur. La recherche des partenaires sexuels et la prise en charge des partenaires sexuels sont particulièrement importantes pour tout cas non sensible. La direction de santé publique peut aider pour ces dernières.

Shigellose : excès pour 2015 en cours d'enquête

Un plus grand nombre de cas de shigellose ont été déclarés que pendant les périodes correspondantes de 2013 et 2014. De 20 cas en tout, le *S. flexneri* était impliqué dans 15 et *S. sonnei* dans 3. Presque tous les cas étaient chez des adultes dont 13 chez des hommes. Les enquêtes sont en cours pour tenter de déterminer s'il y a un lien entre les cas.

Influenza : A en baisse mais B en hausse

La saison d'influenza 2014-2015 est la plus sévère des derniers 5 ans et elle persiste plus longtemps que d'habitude. Depuis 11 semaines la proportion de prélèvements positifs pour l'influenza A est en diminution continue, le pic ayant été atteint la dernière semaine de décembre. Néanmoins, une augmentation équivalente de la proportion de prélèvements positifs pour l'influenza B résulte en un plateau persistant, et élevé comparativement aux années précédentes. Le pic pour l'influenza B ne semble pas avoir été atteint, même si on sait que le vaccin de 2014 présente un appariement bien meilleur pour l'influenza B que pour l'influenza A. Il demeure donc important d'être attentif aux signes et symptômes d'influenza chez les patients et d'appliquer des pratiques d'hygiène appropriées.

Ressources :

1. http://www.dsp.santemontreal.gc.ca/fileadmin/documents/1_Espace_du_directeur/0_Voix_du_directeur/Appels_vigilance/2015/Appel_a_la_vigilance_rougeole_2014-02-06.pdf
2. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/pig/html/web/Pig.htm>
3. http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Chlamydia_gonorrhoeae_majaout2013.pdf

Colleen Fuller, MD, MSc, R4
Robert Allard, MD, MSc, FRCPC
Lucie Bédard, MSc. Inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie
Secteur Vigie et protection, Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Faits saillants concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 1 de 2015 (4 janvier au 31 janvier)**

Rougeole : au moins dix-neuf cas au Québec

Dix-neuf cas confirmés de rougeole ont été déclarés dans la région de Lanaudière, tous chez des personnes non vaccinées. Dix-huit proviennent de six familles et sont en lien avec l'écllosion californienne. Bien qu'ils aient eu des contacts avec des Montréalais, aucun cas n'est encore survenu à Montréal. La réapparition de la rougeole au Canada touche également le Manitoba (1 cas) et l'Ontario (17 cas). Les cas ontariens sont inquiétants : l'absence de voyage ou de lien épidémiologique entre eux suggèrent l'existence d'autres cas, non diagnostiqués. Plusieurs états américains ont été touchés par la rougeole; les CDC rapportent 141 cas de rougeole depuis le début de l'année, 80% en lien avec l'écllosion de Disneyland. Le géotypage des souches confirme que les cas québécois géotypés sont reliés aux cas américains, mais non aux cas ontariens. L'Organisation panaméricaine de la santé a publié une alerte sur la nécessité d'informer les voyageurs du risque de contracter la rougeole lors de leurs déplacements. À la suite de la campagne de rattrapage de vaccination contre la rougeole lors de l'écllosion de 2011 au Québec, un taux de 90% de couverture vaccinale a été atteint. La nouvelle importation de rougeole au Canada nous rappelle l'importance de maintenir le statut vaccinal de notre population, de diagnostiquer et de déclarer les cas de rougeole le plus rapidement possible.

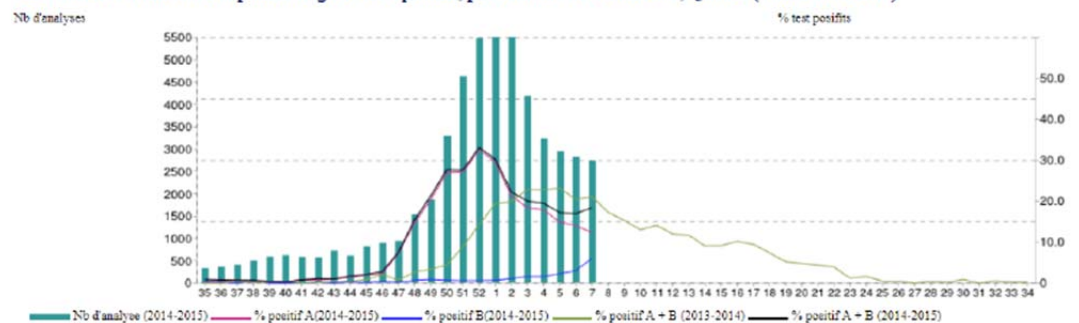
Voir l'appel à la vigilance diffusé le 6 février 2015 :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/espace_du_directeur/rubriques/nouveautes/article/appel_a_la_vigilance_influenza_debut_hatif_de_la_saison_2014_2015_copie_1-1.html

Influenza : l'activité grippale se poursuit

L'activité grippale se stabilise mais demeure plus élevée comparativement aux années 2010-2014. Au Québec, le pourcentage de résultats positifs pour l'influenza A dans les laboratoires sentinelles est passé de 30% à 12% au cours

Tests déclarés d'influenza et pourcentage de tests positifs, par semaine de déclaration, Québec (saison 2014-2015)



des dernières sept semaines. Pour la même période, une augmentation marquée, de 0,7% à 6%, des résultats positifs pour l'influenza B est observée, indiquant le début du pic de transmission de l'influenza B. La vaccination demeure donc pertinente pour les personnes à risque élevé.

Source : LSPQ

Maladie à virus Ébola (MVE) : cas infirmé

Le suivi des voyageurs possiblement exposés à la MVE par la DSP de l'Agence de Montréal se poursuit. La DSP a reçu, depuis le 30 octobre 2014, 222 signalements de voyageurs possiblement exposés à la MVE, une moyenne de 12 par semaine. Un des voyageurs à faible risque en cours de suivi a été dirigé vers un centre hospitalier pour des symptômes compatibles avec la MVE, mais ce diagnostic a été infirmé. À ce jour, aucun cas de MVE n'a été confirmé au Canada.

Omobola Sobanjo, MD, R4
Robert Allard, MD, MSc, FRCPC
Lucie Bédard, MSc. Inf., MPH
Surveillance épidémiologique et vigie
Secteur Vigie et protection, Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal