

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 01 de l'année 2005
(semaines 01 à 04 [2 janvier 2005 au 29 janvier 2005])**

Campylobacter

Une augmentation des cas de campylobactériose a été notée dans la période. Au cours de la troisième semaine de janvier, la majorité des cas se sont produits chez des jeunes enfants d'origine maghrébine. Pour le moment, il semble que la consommation de viande de mouton abattu de manière traditionnelle lors de festivités tenues entre les 20 et 23 janvier soit reliée à plusieurs cas. L'enquête est actuellement en cours pour confirmer cette source possible; la viande a été achetée à plusieurs endroits différents. Un échantillon de viande (sur 5 obtenus) est positif pour le campylobacter. Nous envisageons une campagne d'information pour cette communauté, à même époque l'an prochain.

Salmonellose

Vingt-neuf cas d'infection à salmonelle ont été rapportés pour la période, parmi lesquels 12 sont dus au *S. enteritidis* du groupe D. Au moins 4 de ces cas, survenus en garderie, sont attribuables au même lysotype (13) et au même pulsovar (3). Il est possible que certains des cas soient attribuables à des œufs ayant une origine commune. L'enquête se continue.

Remerciements à Louise Valiquette et Josiane Létourneau pour l'information fournie.

Influenza

Au cours de la période, l'activité grippale à Montréal est demeurée élevée. Des éclosions d'influenza A ont été confirmées jusqu'à maintenant dans 12 CHSLD et deux centres hospitaliers; une éclosion de SAG dans un CHSLD demeure en attente de confirmation pour la présence d'influenza. Le pic d'activité grippal n'ayant pas été dépassé à Montréal, il demeure indiqué d'offrir le vaccin à toutes les personnes ciblées par le programme de gratuité jusqu'à la fin de février. Le virus influenza B circule, ainsi que d'autres virus respiratoires comme le VRS, l'adénovirus et le virus parainfluenza.

Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie.

Remerciements à Stéfanie Houde 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

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 02 de l'année 2005
(semaines 05 à 08 [30 janvier 2005 au 26 février 2005])**

Transmission locale de la rougeole

Le cas de rougeole non importé confirmé à la période 12 l'avait été sur la base d'un PCR urinaire fait selon une méthode expérimentale non homologuée. On avait aussi observé une hausse significative des titres d'IgG, mais les deux spécimens n'avaient pas été testés simultanément. Un génotypage de culture virale d'un aliquot d'urine préservé à -70°C a finalement pu confirmer le cas. Il y a donc eu transmission de la rougeole à Montréal-Centre à la fin de 2004.

Remerciements à Michèle Tremblay pour l'information fournie.

Influenza

L'activité grippale à Montréal est en baisse et elle est devenue modérée. Toutefois, la circulation du virus influenza B est en hausse. Cette saison, 15 éclosions d'influenza A ont été confirmées jusqu'à maintenant dans des CHSLD (dont deux encore actives) et deux dans des CH. Le pic d'activité grippale est maintenant dépassé à Montréal, mais il demeure indiqué de vacciner les nouveaux patients en CHSLD, et toute personne ciblée par le programme de gratuité qui en fait la demande, jusqu'à la fin de mars. D'autres virus respiratoires demeurent en circulation dans la région : VRS, adénovirus et virus parainfluenza.

Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie.

Campylobactériose

L'éclosion de campylobactériose chez des enfants d'origine maghrébine de la période précédente est terminée, aucun nouveau cas relié n'ayant été déclaré au cours de la dernière période. Les analyses par électrophorèse sur gel à champ pulsé faites par le LSPQ ont démontré un lien entre un cas et la viande de mouton consommée. L'investigation du MAPAQ n'a pas révélé de faille permettant d'expliquer la contamination de la viande dans les abattoirs, du moins dans ceux qui ont été identifiés et inspectés.

Salmonellose

Vingt-et-un cas d'infection à salmonelle ont été rapportés pour la période, parmi lesquels neuf sont dus au *S. enteritidis*. Il y a actuellement deux éclosions en cours d'investigation au Québec. La première (déjà mentionnée à la période 1) est causée par *S. enteritidis* pulsovar 3, lysotype 13. À Montréal, depuis janvier, douze cas déclarés sont de ces mêmes lysotype et pulsovar, dont six reliés à deux garderies. L'origine exacte de l'éclosion n'a cependant toujours pas pu être identifiée. La seconde éclosion, plus récente, est causée par *S. enteritidis*, pulsovar 26. Au Canada, 77 cas ont été trouvés, dont 23 au Québec et quatre à Montréal. On recherche un produit alimentaire distribué à large échelle.

Remerciements à Johanne Boisvert pour l'information fournie.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 03 de l'année 2005
(semaines 09 à 12 [27 février 2005 au 26 mars 2005])**

Légionellose

Les deux cas ne présentent aucun lien entre eux. Aucune exposition suspecte n'a pu être identifiée, mais un des cas est possiblement nosocomial. L'enquête se poursuit.
Remerciements à Wendy Lummis et à Alicia Urrego pour l'information fournie.

Influenza

Il y a encore une éclosion d'influenza A en CHSLD, la 17^e de la saison. Le LSPQ rapporte actuellement pour Montréal plus d'isolats d'influenza B et de virus respiratoire syncytial (VRS) que d'influenza A. L'incidence de l'influenza A et du VRS est en baisse et celle des adénovirus en hausse. Celle de l'influenza B est stable depuis trois semaines, sauf pour une éclosion en CHSLD, la première de la saison.
Remerciements à Renée Paré pour l'information fournie.

Campylobactériose

Il y a excès significatif de cas, comme pour la période 2. Toutefois, l'éclosion dans la communauté maghrébine, qui expliquait l'excès pour la période 2, est maintenant terminée. Les cas de la période 3 sont répartis uniformément entre les deux sexes et proportionnellement entre les groupes d'âges. Géographiquement, les cas semblent concentrés dans le nord-est de l'île; ceci peut s'expliquer en partie par la déclaration simultanée de 7 cas accumulés par un hôpital qui y est situé. Une fois ceux-ci exclus, l'excès reste important mais il n'est plus statistiquement significatif. Un échantillon de cas d'infection à *Campylobacter jejuni* pour la période 3 sera enquêté.

Hépatite C, statut non précisé

Quatre cas chez des enfants de moins d'un an ont été validés par erreur en 2005, dont deux pour les périodes 1 ou 2. Ils ont maintenant été éliminés des statistiques.

N.B. Nous avons oublié de mentionner dans les derniers Faits Saillants la contribution de Stéphanie Houde à 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

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 04 de l'année 2005
(semaines 13 à 16 [27 mars 2005 au 23 avril 2005])**

Légionellose

Le cas possiblement nosocomial déclaré à la période 3 est maintenant considéré comme tel, mais des cultures environnementales dans l'hôpital ont été jusqu'à maintenant négatives. L'enquête se poursuit. Remerciements à Alicia Urrego et aux professionnels de l'hôpital concerné qui ont fourni l'information.

Campylobactériose

Le nombre de cas déclarés continue d'être excessif, tant selon la Figure 1 que selon nos prévisions annuelles. (Il s'agit, depuis le début de l'année, de *C. jejuni* à 88%.) La répartition par âge, sexe et semaine de déclaration est très uniforme et essentiellement inchangée, alors que la concentration dans le nord-est de l'île est moins forte que pour la période 3. Le taux en 2005 pour Montréal est égal à celui de l'ensemble du Québec, alors qu'en 2004, à même époque, il n'était que des deux tiers. Les régions limitrophes (Montérégie, Laval, Lanaudière) ne présentent pas d'augmentation entre 2004 et 2005. Une enquête sur la moitié des cas montréalais déclarés pendant la période 3 a révélé que la majorité d'entre eux (9/16) rapporte au moins un des modes de transmission habituels, mais qu'aucun mode n'est commun à assez de sujets pour expliquer l'excès de cas. Remerciements à Joane Désilets et aux infirmières qui ont réalisé l'enquête.

Shigellose

Les nombres de déclarations reçues depuis le début de l'année ne sont pas significativement excessifs, mais certains indices suggèrent qu'il pourrait y avoir à nouveau un accroissement de la transmission dans la communauté gaie. Nous allons continuer de nous assurer que les nouveaux cas ne présentent pas de source alimentaire commune et ne comportent pas de manipulateurs d'aliments. Remerciements à Lyse Bélanger pour l'information fournie.

Écllosion de rubéole en Ontario

Une écllosion de rubéole touchant au moins 150 personnes est en cours dans les comtés de Oxford, Brant et Norfolk. Elle affecte principalement les membres de la *Dutch Reform Church*, dont certains refusent la vaccination. Une histoire de voyage dans cette région ou de contact avec une personne en venant, surtout s'il s'agit d'un membre de l'Église en question, devrait augmenter considérablement l'indice de suspicion face à un patient présentant des symptômes compatibles avec la rubéole.

Infections invasives à *H. influenzae*

Bien que tous les types soient maintenant des MADO et apparaissent aux tableaux, la portion de la Figure 1 qui concerne cette maladie continue de porter uniquement sur le type B, parce que le nombre attendu de cas est estimé à partir des données des cinq dernières années.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

¹ Maladies infectieuses à déclaration obligatoire

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 05 de l'année 2005
(semaines 17 à 20 [24 avril 2005 au 21 mai 2005])**

Légionellose

Dans l'hôpital où s'était produit le cas nosocomial, une exposition environnementale temporaire pouvant expliquer l'infection a été identifiée. Aucun autre cas n'a été détecté mais la surveillance se poursuit.

Remerciements à Terry Nan Tannenbaum et aux professionnels de l'hôpital concerné qui ont fourni l'information.

Shigellose

Il n'y a encore aucun excès à Montréal-Centre, et les enquêtes ne détectent que les expositions habituelles. Toutefois, le nombre de cas déclarés au Québec depuis le début de l'année est presque le double de celui de l'année précédente à même date, l'excès touchant plusieurs régions, pas nécessairement proches de Montréal.

Remerciements à Lyse Bélanger pour l'information fournie.

Écllosion de rubéole en Ontario

L'écllosion, presque entièrement limitée au comté d'Oxford, comporte maintenant 289 cas confirmés. La courbe épidémique a atteint son pic le 2 mai, avec 15 cas, et elle est maintenant nettement en baisse, avec moins d'un nouveau cas par jour, en moyenne.

Source: Site web du Oxford County Public Health and Emergency Services

Vacances

Comme la saison des vacances est presque arrivée, nous vous rappelons de bien vouloir veiller à ce que les remplaçants des personnes qui participent à la déclaration des MADO aient été informés de cette responsabilité. Cela pour éviter qu'un retard dans la déclaration n'entraîne un retard dans l'application de mesures préventives.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 06 de l'année 2005
(semaines 21 à 24 [22 mai 2005 au 18 juin 2005])**

Cyclospore

Il y a un cas à Montréal-Centre, acquis au Guatemala, mais la région semble moins touchée que le reste du Québec, où on a observé 11 cas depuis la fin d'avril. Quatre cas sont attribués à des voyages et sept ont été acquis au Québec. Ces derniers n'ont pu être attribués à aucun aliment en particulier. Toutefois, il y a actuellement des éclosions en Floride et en Ontario reliées à la consommation de basilic frais.

Source: MSSS. Remerciements à Wendy Lummis pour les informations sur le cas de Montréal.

Shigellose

Comme mentionné dans les Faits Saillants précédents, dans l'ensemble du Québec l'incidence de la maladie a augmenté d'environ 50% entre 2004 et 2005. À Montréal-Centre, l'augmentation est plus faible (environ 25%) et il y a en fait une baisse par rapport à 2003. Au niveau provincial, l'augmentation est la plus importante chez les 25-29 ans (doublement). Elle touche plus les infections à *S. flexneri* que celles à *S. sonnei*. Pour les cas dont le lieu d'acquisition probable est connu, la proportion de cas acquis à l'extérieur du Québec a un peu varié entre les deux années: 72% en 2004 et 66% en 2005. Aucune éclosion de cas reliés entre eux n'a été détectée. Comme l'information sur le lieu d'acquisition est souvent manquante, il serait important que les professionnels concernés posent toujours les questions pertinentes.

Source: MSSS.

Éclosion de rubéole en Ontario

L'éclosion semble en voie de se terminer. Elle comporte 306 cas au 21 juin et il n'y a eu aucun nouveau cas symptomatique dans le comté d'Oxford depuis cette date.

Source: Site web du Oxford County Public Health and Emergency Services

XI Championnats du monde FINA (Fédération internationale de natation)

Cette compétition aura lieu à Montréal du 16 au 31 juillet et attirera environ 2000 athlètes provenant de plusieurs dizaines de pays, sans parler des journalistes et spectateurs étrangers. Bien que des arrangements aient été pris pour les soins de santé aux athlètes et aux spectateurs sur les lieux, il se pourrait que certains aient recours aux sources de soins habituelles. Il serait important de porter une attention particulière aux gastro-entérites et aux fièvres accompagnées de toux et/ou d'éruption cutanée. Nous vous prions de déclarer rapidement toute MADO à la DSP et de lui signaler toute autre menace potentielle à la santé publique, en prenant soin d'indiquer le pays d'origine de la personne et son lieu exact de résidence à Montréal.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 07 de l'année 2005
(semaines 25 à 28 [19 juin 2005 au 16 juillet 2005])**

Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

Quatre cas de lymphogranulomatose vénérienne ont été déclarés à Montréal-Centre depuis mai 2004, dont trois sont confirmés et un (le plus récent, qui n'apparaît pas aux statistiques) est en attente de confirmation. Le seul autre cas québécois a été déclaré en Estrie. Tous sont survenus chez des HRSH d'âge moyen, dont trois sont aussi infectés par le VIH. Comme seulement un patient avait eu des relations sexuelles avec un partenaire de l'extérieur du Canada pendant la fenêtre d'exposition, il doit y avoir transmission locale du LGV, qu'un diagnostic rapide peut aider à diminuer. Un *Appel à la vigilance*, disponible au site internet de la Direction de santé publique, donne un aperçu des aspects cliniques et sérologiques de cette maladie, dont le diagnostic est difficile, en partie à cause de la confusion possible avec d'autres problèmes, allergiques, inflammatoires ou néoplasiques, entre autres.

Remerciements au Dr Gilles Lambert pour l'information fournie.

Syphilis

Depuis le début, en septembre 2000, de l'épidémie de syphilis en phase contagieuse, plus de 90% des cas sont survenus chez des HRSH, dont presque la moitié étaient aussi infectés par le VIH et près des deux tiers avaient fréquenté des saunas. La proportion ayant eu des relations sexuelles avec des partenaires de l'extérieur du Québec a baissé, ce qui suggère que la transmission locale gagne en importance. Plus de détails sont disponibles dans l'*Appel à la vigilance* déjà mentionné. Toutefois, comme le montrent les statistiques périodiques, l'incidence est maintenant en baisse. L'incidence déclarée de l'infection gonococcique est aussi en baisse, mais de façon moins marquée que la syphilis, de sorte qu'il est trop tôt pour déterminer s'il s'agit d'une tendance ferme. Remerciements au Dr Gilles Lambert pour l'information fournie.

Infections invasives à méningocoques

Les trois cas représentent un excès qui est détecté comme significatif d'après la méthode statistique employée pour produire la figure 1. Cependant, ce nombre de cas demeure (tout juste) à l'intérieur de l'intervalle de confiance de nos prévisions annuelles. Quoi qu'il soit, les cas ne sont pas reliés entre eux et n'étaient pas prévenables par la vaccination (deux souches de séro groupe B, une de séro groupe W135).

Cyclospore

Des deux cas, un a été contracté au Québec, sans exposition claire à un aliment à risque; l'autre a été contracté lors d'un voyage prolongé au Guatemala et au El Salvador. Aucun ne peut donc être relié aux cas précédents.

Remerciements à Lyse Bélanger et à Johanne Boisvert pour l'information fournie.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

(514) 528-2400

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 08 de l'année 2005
(semaines 29 à 32 [17 juillet 2005 au 13 août 2005])**

Coqueluche

La saison de la coqueluche vient de commencer. Le taux d'incidence pour la période 8, plus important cette année que les deux années précédentes, suggère une saison plus active que par les années passées. Près de la moitié (48%) des cas de 2005 sont survenus après l'âge de 10 ans. L'emploi judicieux de l'Adacel, nouveau vaccin combiné contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, indiqué chez les 11 à 64 ans et disponible gratuitement depuis peu, pourrait mener à une réduction du nombre de cas dans cette clientèle.

Streptococcus pneumoniae

Seulement deux cas d'infection invasive ont été déclarés à Montréal pendant cette période, chez des personnes âgées entre 5 et 9 ans et entre 40 et 59 ans. Il s'agit du plus bas taux d'incidence depuis l'implantation du programme de vaccination des enfants de 2 à 59 mois avec le Prevnar, pour ceux à risque depuis 2002 et pour tous depuis le 1^{er} décembre 2004.

Cryptosporidiose

Deux cas ont été signalés depuis la fin de la période 8, chez des enfants d'une même famille n'ayant pas d'histoire de voyage à l'extérieur du Québec et pour lesquels aucun facteur de risque n'a pu être identifié. En particulier, il n'y a pas de lien avec l'éclosion de plus de 3000 cas attribuables à une exposition aquatique au *Seneca Lake State Park* de New York. Comme certains de ces cas se sont produits chez des canadiens, notre surveillance de cette maladie sera plus intense pour un certain temps.

Remerciements à Jérôme Latreille pour l'information fournie.

Remerciements à Alejandra Irace-Cima pour son aide à la rédaction du texte.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 09 de l'année 2005
(semaines 33 à 36 [14 août 2005 au 10 septembre 2005])**

Shigellose

Quinze cas de shigellose ont été déclarés à Montréal-Centre pendant cette période pour un total depuis janvier 2005 de 86 cas. Il s'agit d'une augmentation de 100% du taux annuel observé l'année précédente. L'excès touche à la fois les infections à *S. sonnei* (11 cas) et *flexneri* (4 cas). Il affecte surtout certaines communautés juives orthodoxes, à qui de l'information préventive pertinente a été transmise.

Remerciements à Terry Tannenbaum pour l'information fournie.

Hépatite A

Neuf cas ont été signalés durant la période, tous chez des personnes ayant une histoire de voyage à l'extérieur du Canada. Les deux tiers des cas (6/9) sont chez des enfants âgés entre 5 et 14 ans. Quatre de ces enfants sont nés de parents originaires de pays endémiques et ont été diagnostiqués à leur retour d'un voyage dans ce pays. Ces cas auraient donc été prévenables par la vaccination.

Hépatites B et C, chlamydirose

Une diminution du nombre de cas de ces trois infections est observée au cours de la période. Il s'agit d'une diminution artéfactuelle due aux changements en cours du système informatique. La mise au point du système devrait être terminée d'ici à la fin de la prochaine période. Les cas se retrouveront alors dans le cumulatif de cette période.

VNO

Au cours de la période, un cas d'infection par le VNO a été diagnostiqué par Héma-Québec après un don de sang, le premier cas cette année dans la région de Montréal. Il s'agit d'une femme dans la soixantaine résidant au nord de la ville et n'ayant présenté aucun symptôme. Le cas n'apparaît pas aux statistiques, car la définition nosologique provinciale le classe dans la catégorie "Cas déclaré par Héma-Québec". Cette catégorie est différente de celles des cas probables ou confirmés, les seuls inclus dans nos statistiques épidémiologiques officielles, qui visent à refléter l'incidence des infections graves. La définition nosologique canadienne ne fait pas cette distinction.

Remerciements à Paul Rivest pour l'information fournie.

Remerciements à Alejandra Irace-Cima pour son aide à la rédaction du texte.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 10 de l'année 2005
(semaines 37 à 40 [11 septembre 2005 au 08 octobre 2005])**

Influenza

La saison d'influenza 2005-2006 est commencée au Canada, mais il n'y a pas encore de cas connus au Québec. La campagne de vaccination a débuté le 17 octobre. La deuxième livraison de Fluviral se fera d'ici au 28 octobre, et la dernière livraison, avec celle du Vaxigrip, d'ici au 4 novembre.

Remerciements à Gisèle Oceau pour l'information fournie.

Cryptosporidiose

La moitié (3/6) des cas de la période 10 étaient chez des enfants de moins de 10 ans. Comme expositions à risque, trois cas avaient une histoire de voyage à l'étranger (Espagne/Portugal, Mexique, Éthiopie), et deux une histoire de contact avec des animaux de ferme. Aucune source commune n'a été identifiée et aucun de ces cas n'était associé à une exposition aquatique au *Seneca Lake State Park* de New York, mentionnée à la période 8.

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

Shigellose

Des dix-huit cas, un mode de transmission possible est connu pour 11. Environ un tiers (4/11) était relié à des voyages, un tiers (4/11) à la communauté juive orthodoxe, et le reste était dû à des expositions variées (contact avec un enfant en garderie ayant une histoire de voyage, HARSAH, ingestion accidentelle d'eau de canal). Au moins trois isolats acquis en voyage (Mexique, Cuba, Algérie) et celui chez le HARSAH étaient résistants à des antibiotiques variés; l'information sur la sensibilité de la souche est donc importante pour le choix du traitement.

Maladie de Lyme

Un cas a été déclaré, ayant présenté une fièvre, puis une éruption cutanée typique de 3 à 4 semaines après son retour de Cape Cod à la fin de juillet. Après un premier test négatif, un deuxième a été positif et reçu à la DSP le 17 octobre. Ce cas rappelle l'importance des mesures préventives contre les morsures de tiques (vêtements longs et insectifuge) lors de voyages dans les zones endémiques.

Remerciements à Sylvie Dubé pour l'information fournie.

Hépatite B chronique, hépatite C, chlamydie et campylobactériose

La mise à jour de notre système informatique prend plus de temps que prévu; le retard dans la saisie se prolonge donc, d'où les petits nombres de cas pour ces MADO. Tous les cas exigeant une intervention de santé publique rapide sont toutefois saisis sans délai.

Remerciements à Anne Andermann pour son aide à la rédaction du texte.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 11 de l'année 2005
(semaines 41 à 44 [9 octobre 2005 au 5 novembre 2005])**

Influenza et virus respiratoire syncytial (VRS)

Quelques rares cas d'influenza de type A et B ont été déclarés au Canada, mais pas au Québec récemment. Par contre, le nombre de maladies respiratoires dues au VRS est en hausse. D'autres virus respiratoires circulent aussi : adénovirus, entérovirus et parainfluenza 1, 2 et 3. L'étiquette respiratoire dans les salles d'attentes des milieux de soins est à mettre en place si non déjà en cours. Consultez Infogrippe sur le site Internet de la DSP (<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/grippe/index.html>) pour plus d'information sur le matériel promotionnel et sur la campagne de vaccination, qui se continuera jusqu'à la mi-février. Remerciements au Dr Renée Paré pour l'information fournie.

Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

Comme plusieurs grandes villes d'Europe et d'Amérique du Nord, Montréal est aux prises avec une éclosion de LGV. Il y a eu 16 cas déclarés depuis janvier 2005, la plupart depuis le mois de juillet, dont 3 dans la période 11. Tous les cas sont chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, âgés entre 21 et 55 ans. Une nouvelle campagne d'information intitulée « On annonce la LGV » vient d'être lancée à Montréal. Pour plus d'information, consulter le site www.infoITS.qc.ca. Remerciements au Dr Gilles Lambert pour l'information fournie.

Shigellose

Le nombre de cas de shigellose demeure élevé, avec 19 cas dans la période 11. La plupart des cas ont été détectés dans les écoles et garderies (10/19), dont 6 reliés à une école de la communauté juive. Les cas se produisant dans ces milieux peuvent mener à une transmission de la maladie dans les familles. De l'information sur les mesures d'hygiène appropriées (lavage des mains etc.) est envoyée aux milieux concernés. Le reste des cas ont été acquis en voyage en Tunisie, au Mexique ou en Haïti (4/19), proviennent de la communauté gaie (2/19), ou sont dus au *Shigella boydii* résistant à l'ampicilline (3/19). Parmi ces derniers, il n'y a pas de lien apparent entre les deux premiers, mais le troisième s'est produit chez le technicien de laboratoire qui a manipulé les échantillons d'un des autres cas. Remerciements à Marie-Line Gilbert, Johanne Boisvert et Jérôme Latreille pour l'information fournie.

Coqueluche

Le nombre de cas de coqueluche déclarés à Montréal est en diminution par rapport à l'année précédente et par rapport aux autres régions du Québec. À Montréal, les cas sporadiques sont maintenant enquêtés par courrier et seules les éclosions font l'objet d'enquêtes téléphoniques. Ceci pourrait expliquer la baisse du nombre de cas déclarés, tant primaires, parce que moins d'entre eux peuvent être validés, que secondaires, puisque ceux-ci ne sont plus détectés lors d'enquêtes de cas primaires. Certaines régions ont maintenu des pratiques de surveillance plus intensives, ce qui a pu contribuer aux différences observées entre régions. Enfin, les cycles épidémiques de la maladie n'étant pas synchrones entre régions, l'incidence pourrait se mettre à augmenter à Montréal. Quoi qu'il en soit, un indice de suspicion élevé et la déclaration des cas diagnostiqués demeurent partout pertinents, pour détecter le plus tôt possible toute éclosion. Remerciements à Marie-Line Gilbert pour l'information fournie. Remerciements à Anne Andermann pour son aide à la rédaction du texte.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 12 de l'année 2005
(semaines 45 à 48 [6 novembre 2005 au 3 décembre 2005])**

Influenza et virus respiratoire syncytial (VRS)

Selon le site FluWatch du ministère fédéral de la santé, 5 régions du Québec, dont celles de Montréal et de Laval, démontraient une activité grippale sporadique pour la semaine 52 de 2005, après plusieurs semaines d'inactivité. Il y a aussi de l'activité sporadique dans le sud de l'Ontario, en Alberta, au Yukon et en Colombie-Britannique, où il y a même une zone d'activité localisée (plus intense). Similairement, aux USA, les états du sud-ouest sont beaucoup plus touchés que ceux de l'est, pour l'instant du moins.

Sources : Santé-Canada et CDC

Coqueluche

Le nombre de cas déclarés est plus élevé que pour les périodes et les années précédentes, mais il correspond aux prévisions annuelles. La période 12 est celle où se retrouve habituellement le pic annuel du nombre de cas.

Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

La survenue de cas se poursuit, de même que la campagne d'information « On annonce la LGV » (www.infoITS.qc.ca). Les médecins à forte clientèle à risque recevront sous peu un bon de commande pour du matériel éducatif sur le sujet.

Remerciements au Dr Gilles Lambert pour l'information fournie.

Syphilis

Les nouveaux cas de la période 12 sont tous chez des hommes âgés entre 25 et 60 ans, mais quatre cas plus récents se sont produits chez des jeunes femmes. Les enquêtes de ces cas ne sont pas toutes terminées, mais au moins trois cas sont chez des jeunes femmes originaires de pays en développement, et deux au moins ont été acquis dans le pays d'origine. Il ne semble pas y avoir eu de transmission locale de la maladie, mais une femme est enceinte et peut-être une deuxième. La surveillance accrue de la syphilis chez les hommes gais ne doit donc pas nous faire oublier celle chez les autres groupes à risque élevé.

Remerciements à Lynda Madiouni et Évelyne Fleury.

Maladie de Chagas

Un cas de maladie de Chagas déclaré pendant la période 12 n'apparaît pas aux statistiques à cause du format des tableaux. (En 2006, au moins la version électronique des tableaux inclura même les MADO les plus rares.) Il s'agit d'une personne originaire du Honduras qui avait fait quelques mois auparavant une visite dans son pays natal, où elle avait séjourné en milieu rural. De retour à Montréal, elle a dû être hospitalisée pour un bloc atrio-ventriculaire complet, qui a finalement été attribué à la maladie de Chagas. Il n'y avait pas d'histoire de don de sang; c'est pour permettre de vérifier ceci que la maladie est devenue une MADO en 2003.

Remerciements à Johanne Boisvert pour l'information fournie.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca

**Note explicative concernant les statistiques
des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO)
et autres maladies infectieuses sous surveillance
Période 13 de l'année 2005
(semaines 49 à 52 [4 décembre 2005 au 31 décembre 2005])**

Influenza

En 2006, jusqu'au 14 janvier, il y a eu un cas d'influenza A et un de B à Montréal. Les autres virus respiratoires habituels (VRS, parainfluenza, adénovirus et métapneumovirus) circulent toutefois activement, surtout le VRS.

Source: LSPQ.

Coqueluche

Contrairement à la période précédente, le nombre de cas déclarés est très inférieur au nombre attendu, bien qu'une certaine baisse était prévisible, selon les projections annuelles.

Hépatite A

La Figure 1 détecte un excès légèrement significatif du nombre de cas (qui est de 6). Il s'agit de trois femmes et trois hommes, âgés entre 17 et 95 ans, habitant des parties différentes de l'île et sans liens connus entre eux. Aucun n'avait eu d'exposition à un cas connu de la maladie. Les enquêtes ont toutefois révélé des modes de transmission possibles compatibles avec la période d'incubation de la maladie : avoir eu des contacts avec des personnes originaires de pays endémique ou avec un enfant en garderie, avoir visité un pays endémique, être un immigrant de pays endémique, et avoir eu un nouveau partenaire sexuel.

Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

L'incidence de la maladie continue d'augmenter; les 4 cas sont tous chez des hommes âgés entre 25 et 59 ans. Un rapport sur l'ensemble des cas de 2005 sera bientôt produit et diffusé. Remerciements au Dr Gilles Lambert pour l'information fournie.

Retards de déclaration et non-déclaration

La saison des infections envahissantes à streptocoques du groupe A est arrivée. Deux cas récents nous ont été déclarés en retard, ce qui a nui aux interventions de santé publique, qui sont toujours faites de façon urgente, lorsque indiquées. Par ailleurs, un cas d'hépatite A n'a pas été déclaré du tout et il est arrivé à notre attention par l'intermédiaire de la DSP d'une autre région. Entretemps, deux cas secondaires étaient survenus. La déclaration ne doit pas être vue comme une corvée administrative, mais comme une responsabilité médicale importante; de notre côté, nous tâchons d'accorder à toutes les déclarations l'importance qu'elles méritent.

Note explicative préparée par

Robert Allard, MD, MSc., FRCPC

Lucie Bédard, MSc. inf., MPH

Bureau de surveillance épidémiologique

Unité Maladies infectieuses

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (514) 528-2400

rallard@santepub-mtl.qc.ca

lbedard@santepub-mtl.qc.ca