DONNÉES DE VIGIE ET DE SURVEILLANCE
Direction régionale de santé publique de Montréal
28 avril 2025

FAITS SAILLANTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES À MONTRÉAL EN 2024 : MADO D'ORIGINE INFECTIEUSE

TABLE DES MATIÈRES

1. TUBERCULOSE : HAUSSE DU NOMBRE DE CAS EN 2024..... 1
2. ROUGEOLE : ÉCLOSION DE FÉVRIER À JUIN 2024 4
3. COQUELUCHE : RECRUDESCENCE CYCLIQUE À L'ÉTÉ 2024 7
4. INFECTIONS INVASIVES À STREPTOCOQUE DU GROUPE A : PLUS FRÉQUENTES QU'AVANT LA PANDÉMIE 9
5. SYPHILIS : PROGRESSION..... 13
6. MPOX : DEUXIÈME ÉCLOSION, D'AOÛT À DÉCEMBRE 2024..... 15

INTRODUCTION

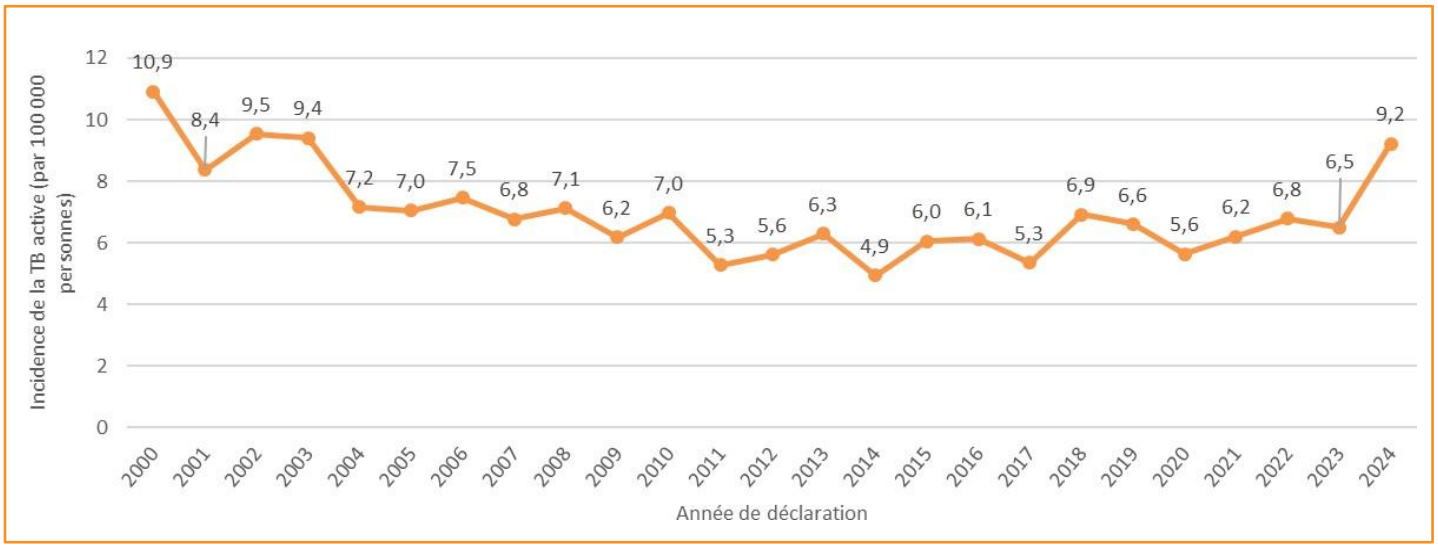
Ce bilan présente les faits saillants des tendances épidémiologiques observées à Montréal en 2024 au regard des maladies à déclaration obligatoires (MADO) d'origine infectieuses, ainsi qu'un résumé des activités de santé publique en lien avec chacune de ces tendances.

1. TUBERCULOSE : HAUSSE DU NOMBRE DE CAS EN 2024

La tuberculose est un problème de santé publique significatif en raison de sa transmission aérienne, de son potentiel de complications graves pour la santé et de la complexité de son traitement. C'est la seule maladie à traitement obligatoire (MATO) au Québec. Bien que l'incidence de la tuberculose active soit globalement faible au Canada, certaines populations sont touchées de façon disproportionnée, en particulier, les personnes nées en région endémique à l'étranger et les peuples autochtones du Canada (Société canadienne de thoracologie).

Plusieurs juridictions en Amérique du Nord et dans le monde ont observé une hausse de l'incidence de la tuberculose en 2023 et 2024, après une baisse pendant la pandémie de COVID-19 (Public Health Ontario, CDC, OMS). En 2024, Montréal a connu une hausse particulièrement marquée, avec une augmentation de 65 % des nouveaux cas par rapport à la moyenne de la décennie précédente. Alors que de 2014 à 2023, on enregistrait en moyenne 123 cas annuellement (soit 6 cas pour 100 000 personnes), l'année 2024 a vu ce nombre grimper à 203 cas (soit 9 cas pour 100 000 personnes). Cette augmentation significative dans la dernière année rompt avec la stabilité observée au cours des années précédentes, qui faisait suite à une tendance à la baisse observée pendant plusieurs décennies jusqu'au début des années 2000 (**Figure 1-1**).

Incidence annuelle des nouveaux cas de tuberculose active à Montréal, de 2000 à 2024 (Figure 1-1)



ÂGE, SEXE ET SITE D'INFECTION

La tuberculose pulmonaire représente environ les deux tiers des cas, proportion relativement stable d'une année à l'autre au cours des 10 dernières années. La distribution par sexe et par groupe d'âge des cas de tuberculose est également restée relativement stable entre 2015 et 2024. En moyenne, 5 % des cas concernaient les personnes âgées de 0 à 17 ans, 33 % celles de 18 à 34 ans, 25 % celles de 35 à 49 ans, 18 % celles de 50 à 64 ans, et 19 % celles âgées de 65 ans et plus. Un peu plus de la moitié (56 %) des cas de tuberculose touchaient des hommes.

LIEU DE NAISSANCE

Entre 2015 et 2024, environ 89 % des cas de tuberculose active déclarés à la DRSP de Montréal sont survenus chez des montréalais nés à l'extérieur du Canada. Parmi ces cas, environ 36 % étaient déclarés dans les deux premières années après l'arrivée au Canada et 60 % dans les cinq premières années.

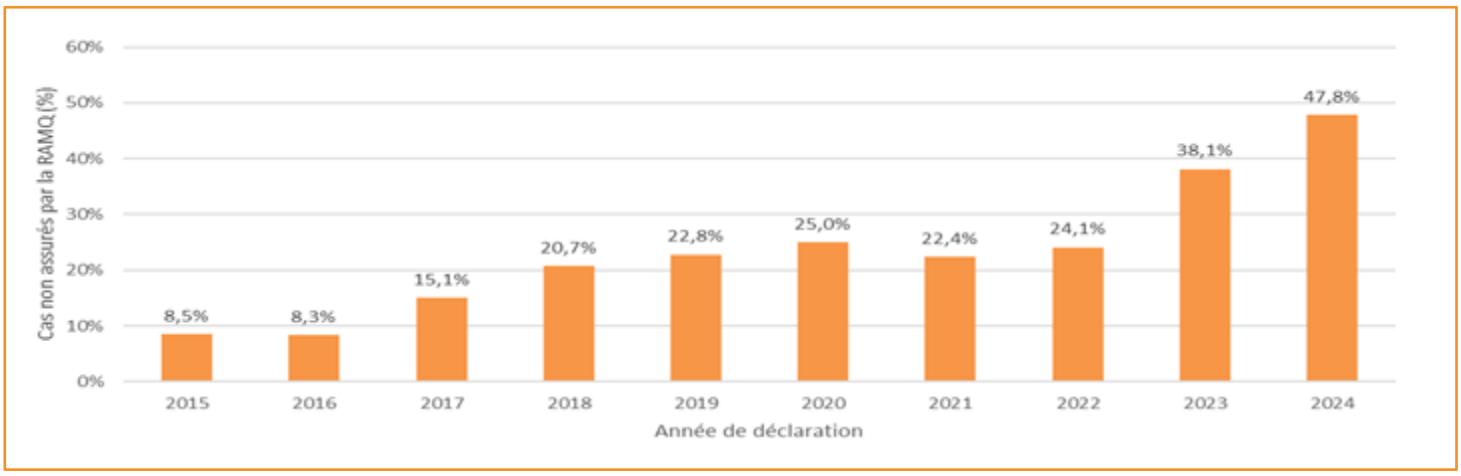
La quasi-totalité est attribuée à une exposition dans une région endémique et non à une transmission locale. Il est bien connu que l'exposition récente à la tuberculose, les parcours migratoires complexes et la précarité sont des facteurs de risque important pour l'acquisition et la réactivation de cette maladie. À Montréal, la hausse récente de l'incidence de la tuberculose active est observée principalement chez les personnes comportant ces facteurs de risque.

COUVERTURE D'ASSURANCE DE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ)

Parallèlement, entre 2015 et 2024 et particulièrement depuis 2023, il y a eu une augmentation marquée de la proportion de personnes diagnostiquées avec la tuberculose qui n'étaient pas assurées par la RAMQ, passant de 8,5 % en 2015 à 47,5 % en 2024 (**Figure 1-2**). Bien que certaines de ces personnes bénéficient possiblement d'une couverture d'assurance via le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) ou des assurances privées, on constate d'importantes

barrières d'accès aux soins et services pour ces patients, ce qui accroit considérablement la complexité de la prise en charge, tant pour les équipes traitantes que pour les intervenants de santé publique.

Proportion des nouveaux cas de tuberculose active dans la région de Montréal qui étaient non assurés par la RAMQ, par année, de 2015 à 2024 (Figure 1-2)



La tendance à la hausse des cas confirmés de tuberculose en 2024 souligne le besoin de rehausser les efforts de prévention et l'accès aux soins pour la tuberculose, ainsi que de poursuivre une surveillance continue locale et provinciale afin de mieux comprendre les facteurs pouvant contribuer à ces augmentations récentes. La proportion croissante de personnes sans couverture RAMQ invite à considérer la création de stratégies ou programmes, à l'instar d'autres provinces canadiennes, pour diminuer les barrières d'accès pour la prise en charge et traitement de la tuberculose chez les personnes sans assurance maladie adéquate, pour faciliter le travail des équipes cliniques et de santé publique et par le fait même protéger l'ensemble de population.

NOS ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE EN RÉPONSE À CETTE TENDANCE

Chaque cas de tuberculose déclaré à la DRSP fait l'objet d'une enquête épidémiologique et d'un suivi visant à confirmer le diagnostic, assurer un traitement adéquat, évaluer et dépister les contacts exposés, analyser la transmission et, si nécessaire, identifier le cas source, conformément au Guide de pratique professionnelle pour la tuberculose.

L'augmentation des cas de tuberculose en 2024 a nécessité une mobilisation accrue des ressources humaines avec :

- 1211 contacts évalués et référés (hausse de 65 % par rapport aux années antérieures, même en excluant les centaines de contacts de l'éclosion en milieu carcéral) ;
- 20 dépistages de groupe organisés dans des milieux préscolaires, scolaires, professionnels et carcéral (hausse par rapport à la moyenne habituelle de 5 par an) ;
- 6 applications de la Loi sur la santé publique (ordres d'isolement et de traitement) pour des cas non observants ;

- La gestion d'une éclosion de quatre cas en 2024 en milieu carcéral exigeant une collaboration intersectorielle (DRSP, CIUSSS, autorités carcérales, MSSS, INSPQ) pour l'organisation des dépistages pour plus de 500 contacts, séances d'information, création de protocoles, formation du personnel et l'analyse des données pour le suivi de la situation épidémiologique.

En plus de ces activités de protection, la DRSP de Montréal maintient une vigie épidémiologique de la tuberculose, pour identifier rapidement les agrégats temporels, géographiques ou génotypiques et les tendances émergentes. Elle partage des informations avec les professionnels de la santé, dont ce bulletin d'information portant sur les tendances épidémiologiques, la prise en charge des cas et les programmes existants pour réduire les barrières d'accès aux soins. Elle collabore avec les CIUSSS montréalais pour optimiser les trajectoires de soins et travaille avec les instances provinciales et les autres Directions de santé publique pour identifier des solutions visant à garantir l'accès aux soins pour les personnes atteintes de tuberculose.

2. ROUGEOLE : ÉCLOSION DE FÉVRIER À JUIN 2024

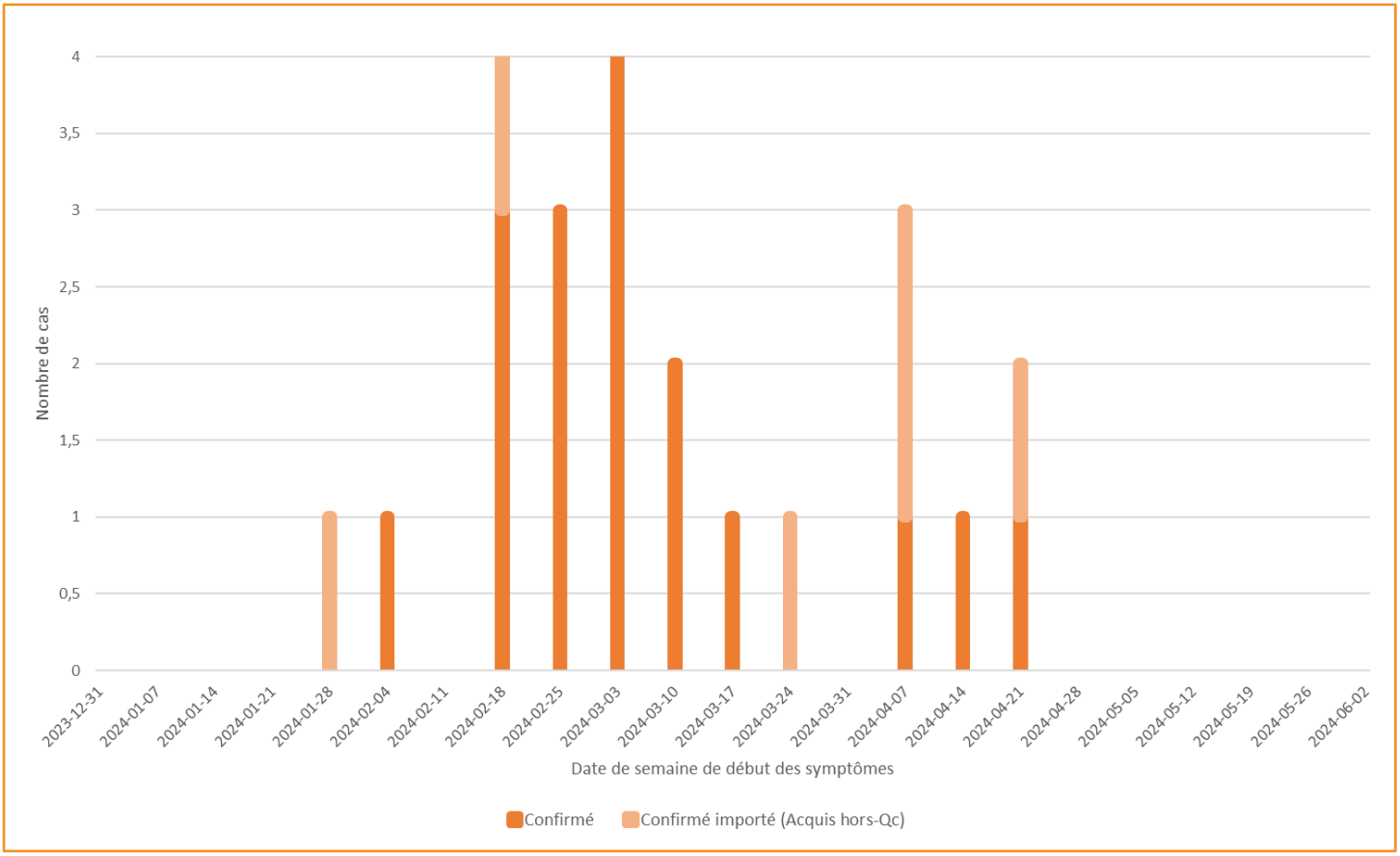
La rougeole est une maladie respiratoire virale extrêmement contagieuse. Les symptômes typiques incluent la fièvre, la toux, le coryza et la conjonctivite, suivis de l'éruption maculopapulaire. L'infection par le virus de la rougeole peut entraîner de graves complications comme des infections respiratoires aiguës (ex. : la pneumonie), l'encéphalite, la cécité et même la mort (MSSS). La vaccination est le meilleur moyen de se protéger contre la rougeole. Après une dose reçue à partir de l'âge d'un an, le taux de séroconversion est de plus de 95 % et dépasse 99 % après deux doses (PIQ).

La pandémie de COVID-19 a entraîné des retards dans les efforts de vaccination contre la rougeole (OMS). La couverture vaccinale par une première dose de vaccin contre la rougeole avait chuté de 86 % en 2019 à 81 % en 2021 pendant la pandémie de COVID-19, soit les niveaux les plus bas signalés depuis 2008 (MMWR). Les cas de rougeole dans le monde ont augmenté de 20 % en un an, passant d'environ 8,6 millions en 2022 à 10,3 millions en 2023 (MMWR). Des épidémies de rougeole de grande ampleur ont touché 57 pays en 2023, couvrant toutes les régions, à l'exception des Amériques, soit une augmentation par rapport aux 36 pays touchés l'année précédente (MMWR). Notamment, en France une hausse des cas d'un facteur huit a été rapportée en 2023 par rapport à 2022 ; elle serait associée à l'existence de groupes d'individus réceptifs, notamment parmi les adolescents et jeunes adultes (Santé publique France).

Il n'y avait eu aucun cas de rougeole déclaré à Montréal entre 2019 et février 2024. Une éclosion suprarégionale a débuté à Montréal au début de février 2024 et a été déclarée terminée au début juin 2024, pour un total de 23 cas à Montréal et 53 cas au Québec. La **Figure 2-1** représente la courbe épidémique de l'éclosion à Montréal. Les 23 cas montréalais étaient âgés entre 0 et 39 ans. Cinq cas avaient moins d'un an, cinq cas étaient âgés entre 1 et 4 ans, deux cas entre 5 et 11 ans, et onze cas étaient des adultes âgés entre 18 et 39 ans. Parmi les adultes, trois étaient des travailleurs de la santé. Vingt-et-un cas (91 %) n'étaient pas considérés protégés contre la rougeole. Six cas (26 %) ont été hospitalisés. Dix-sept cas (74 %) ont acquis l'infection à Montréal et six (26 %) l'ont acquise hors du Québec. Cinq cas (22 %) ont acquis l'infection suivant

une exposition à un cas contagieux dans un milieu de soins, quatre (17 %) en garderie, trois en milieu de travail (autre qu'un milieu de soins), deux au domicile, et deux dans d'autres lieux. À Montréal, jusqu'à quatre générations de transmission de la rougeole ont été observées. Les 23 cas montréalais ont exposé plus de 5000 contacts, dont plus de 1000 résidaient à l'extérieur de Montréal.

Courbe épidémique de l'éclosion de rougeole à Montréal, de février à juin 2024 (Figure 2-1)



PARTICULARITÉS MONTRÉALAISES

Les particularités de l'épidémiologie montréalaise incluent des couvertures vaccinales moins élevées que les autres régions québécoises, une proportion élevée de nouveaux immigrants qui sont souvent non-adéquatement protégés contre la rougeole (p.ex. certains pays débutent la vaccination avant l'âge d'un an), des communautés où les couvertures vaccinales sont plus faibles, ainsi qu'un grand nombre de montréalais qui voyagent à l'extérieur du Canada et de visiteurs internationaux qui séjournent à Montréal. Compte tenu de ces particularités, le risque d'importation de cas de rougeole à Montréal est élevé ainsi que le risque de transmission secondaire locale au sein des populations non-adéquatement protégées.

NOS ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE EN RÉPONSE À CETTE ÉCLOSION

Plusieurs secteurs de la DRSP ont été mobilisés pour faire face à cette éclosion. Un Appel à la vigilance a été acheminé aux cliniciens montréalais au début mars 2024 afin de les aviser de l'éclosion. Plusieurs autres Appels à la vigilance ont été envoyés au cours de l'année 2024 afin fournir des mises à jour sur la situation épidémiologique.

Plus de 228 déclarations de cas confirmés, probables ou suspects ont été reçues et investiguées en 2024, dont 16 qui ont été transférées à d'autres régions du Québec. Tous les cas déclarés ont fait l'objet d'une enquête préliminaire pour catégoriser le risque de rougeole et recommander des mesures pour réduire le risque de transmission en l'attente du résultat du test. Seuls les cas confirmés ont fait l'objet d'une enquête complète visant à identifier leur source d'exposition et leurs contacts. Un isolement préventif (ie. une quarantaine) a été recommandé à tous les contacts réceptifs. Une prophylaxie post-exposition (PPE) [soit des immunoglobulines ou une dose de vaccin contre la rougeole] a été offerte aux contacts réceptifs et vulnérables (enfants de moins de 12 mois, femmes enceintes réceptives nées après 1970 et personnes immunosupprimées). Les contacts réceptifs non vulnérables se sont vu offrir de mettre à jour leur vaccination contre la rougeole. Des corridors de services ont été établis avec les cinq CIUSSS montréalais permettant d'effectuer soit une évaluation médicale rapide et un test diagnostique pour les contacts symptomatiques, ou une PPE ou une vaccination contre la rougeole pour les contacts asymptomatiques éligibles.

Les milieux exposés à un cas contagieux de rougeole en 2024 incluaient plusieurs milieux de soins dont certains à quelques reprises, des milieux de travail, quelques écoles et services de garde éducatifs à l'enfance, ainsi que l'aéroport de Montréal à quelques reprises. Pour chaque milieu exposé, un responsable a été contacté afin de préciser les circonstances et la période d'exposition. Lorsqu'une base de données permettait d'identifier les personnes potentiellement exposées, une liste était obtenue. Sur réception de la liste et après un premier tri, un message texte (texto) de masse était envoyé à l'ensemble des contacts identifiés, suivi d'un appel téléphonique aux contacts réceptifs ou dont le statut de protection était inconnu. Des Avis à la population ont également été publiés afin de permettre aux montréalais de vérifier s'ils avaient été exposés à un cas contagieux de rougeole et de leur transmettre les consignes à suivre en cas d'exposition.

Des infirmières scolaires sont intervenues dans une des deux écoles ayant chacun eu un cas confirmé de rougeole. Après avoir révisé le statut vaccinal des élèves et du personnel, une équipe mobile s'est déplacée pour offrir la vaccination à l'école en conformité avec les Orientations du directeur national de santé publique sur le retrait en milieu scolaire lors d'un éclosion de rougeole scolaire lors d'une éclosion de rougeole. Également, une éclosion non contrôlée dans un service de garde éducatif à l'enfance a nécessité le recours à un ordre en vertu de l'article 106, paragraphe 6 de la Loi sur la santé publique pour faire appliquer l'exclusion des enfants et adultes non protégés qui avaient été exposés à un cas contagieux de rougeole, et ainsi éventuellement interrompre la transmission dans ce milieu.

La DRSP a également produit des outils et aide-mémoire traduits en huit langues à l'intention du réseau de la santé et des services sociaux, des milieux scolaires, des services de garde éducatifs à l'enfance et des parents. De plus, la DRSP a organisé des webinaires d'information.

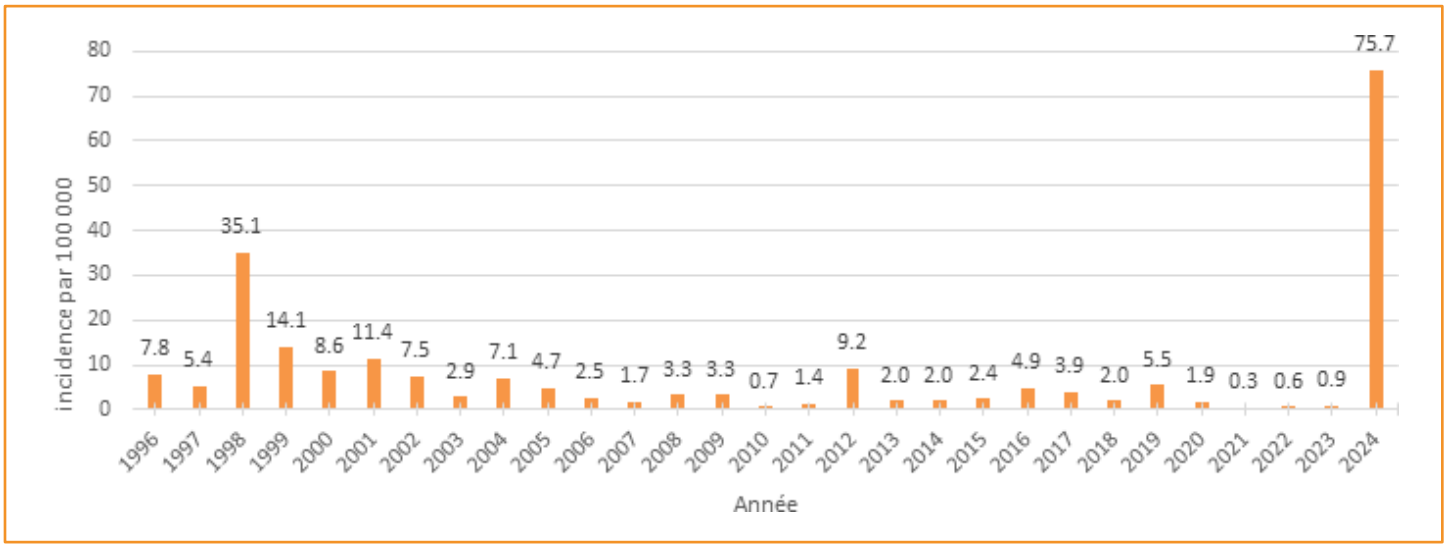
Enfin, la DRSP a suivi assidûment l'évolution des couvertures vaccinales (CV) contre la rougeole parmi les montréalais, partagés des rapports de monitorage des CV régulièrement avec les cinq CIUSSS montréalais et conçu une cartographie interactive permettant de visualiser la situation par école et territoire de CLSC, facilitant ainsi l'identification des populations prioritaires à vacciner. En collaboration avec la DRSP, les CIUSSS ont mis en œuvre diverses stratégies de rattrapage de la vaccination contre la rougeole, visant en particulier les écoles primaires avec de faibles couvertures vaccinales. Ces actions ont permis d'augmenter d'environ 4 % la proportion d'élèves adéquatement vaccinés contre la rougeole dans le registre de vaccination du Québec (RVQ) sur une période de quatre mois.

3. COQUELUCHE : RECRUDESCENCE CYCLIQUE À L'ÉTÉ 2024

La coqueluche est une infection très contagieuse des voies respiratoires causée par la bactérie *Bordetella pertussis* et caractérisée par des quintes de toux. Au Québec, les hospitalisations liées à la coqueluche impliquent surtout les bébés âgés de moins de 6 mois. Il y a environ un décès dans ce groupe d'âge par période de 3-4 ans au Québec. Ainsi, depuis 2018, l'objectif principal du programme québécois de vaccination contre la coqueluche est la réduction des infections graves chez les enfants de moins de 12 mois (CIQ).

Depuis l'introduction du vaccin acellulaire, vers la fin des années 1990, la coqueluche circule de façon cyclique au Québec, avec une recrudescence observée à tous les 3 à 5 ans (CIQ). À Montréal, la dernière recrudescence avait eu lieu en 2019 (**Figure 3-1**), et précédemment en 2016 et en 2012. Après 2019, en raison de la pandémie et des mesures visant à réduire la transmission de la COVID-19, la recrudescence cyclique de la coqueluche a été retardée jusqu'en 2024.

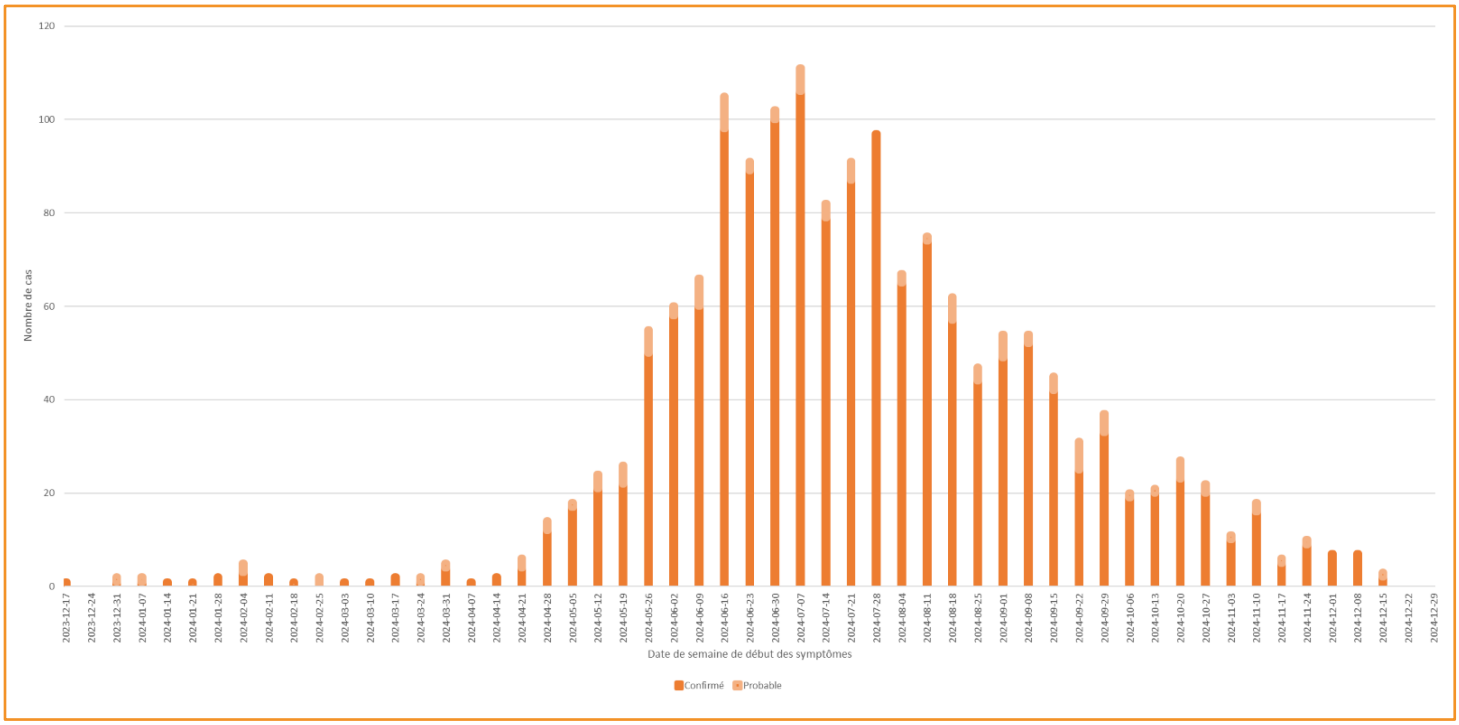
Figure 3-1. Incidence annuelle des cas de coqueluche déclarés à la DRSP de Montréal, de 1996 à 2024



La recrudescence cyclique de la coqueluche observée en 2024 au Québec a d'abord affecté les régions de Chaudière-Appalaches et de l'Estrie, avant d'atteindre Montréal en mai. Le pic de la recrudescence à Montréal a été observé autour de la deuxième semaine de juillet 2024 (**Figure 3-2**). De juillet à décembre, on observait une baisse graduelle du nombre de nouveaux cas de coqueluche déclarés à la DRSP. Depuis la fin décembre 2024, l'incidence semble s'être stabilisée à Montréal, avec moins de 10 nouveaux cas déclarés à la DRSP chaque semaine. Au total, près de 1500 cas confirmés de coqueluche ont été déclarés à la DRSP de Montréal en 2024, ce qui est beaucoup plus élevé que pendant chacune des recrudescences observées depuis au moins 1996 (**Figure 3-1**).

À Montréal en 2024, la majorité des cas confirmés étaient parmi les adolescents âgés de 12 à 17 ans (34 %), suivi des enfants âgés de 5 à 11 ans (21 %), puis des enfants âgés entre 1 et 4 ans (12 %). Les enfants âgés de moins d'un an représentaient 3 % des cas. Au moment de l'enquête épidémiologique, 26 cas de coqueluche avaient été hospitalisés, dont 18 (69 %) étaient âgés de 0 à 4 ans, quatre (15 %) étaient âgées de 5 à 11 ans et quatre (15 %) étaient âgés de 12 ans et plus. Parmi les 709 personnes dont l'information sur le statut vaccinal était disponible au Registre de vaccination du Québec, 474 (67 %) d'entre eux étaient considérés adéquatement vaccinés contre la coqueluche pour l'âge.

Nombre de cas de coqueluche déclarés à la DRSP de Montréal, par semaine, du 1er janvier au 31 décembre 2024 (Figure 3-2)



NOS ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE EN RÉPONSE À CETTE ÉCLOSION

La DRSP a acheminé un Appel à la vigilance aux cliniciens montréalais au début juin afin de les aviser de la situation épidémiologique. Au Québec, la coqueluche est une maladie à déclaration obligatoire par les cliniciens et par les laboratoires. Chaque cas de coqueluche déclaré à la DRSP de Montréal représente une menace appréhendée à la santé de la population et fait l'objet d'une enquête épidémiologique en vertu de la Loi sur la santé publique. L'enquête a pour objectifs de : 1) valider qu'il s'agit bien d'une coqueluche selon les définitions nosologiques préétablies, 2) identifier les contacts susceptibles et vulnérables exposés par le cas, et 3) déployer les interventions de protection de la santé, conformément au Guide d'intervention provincial.

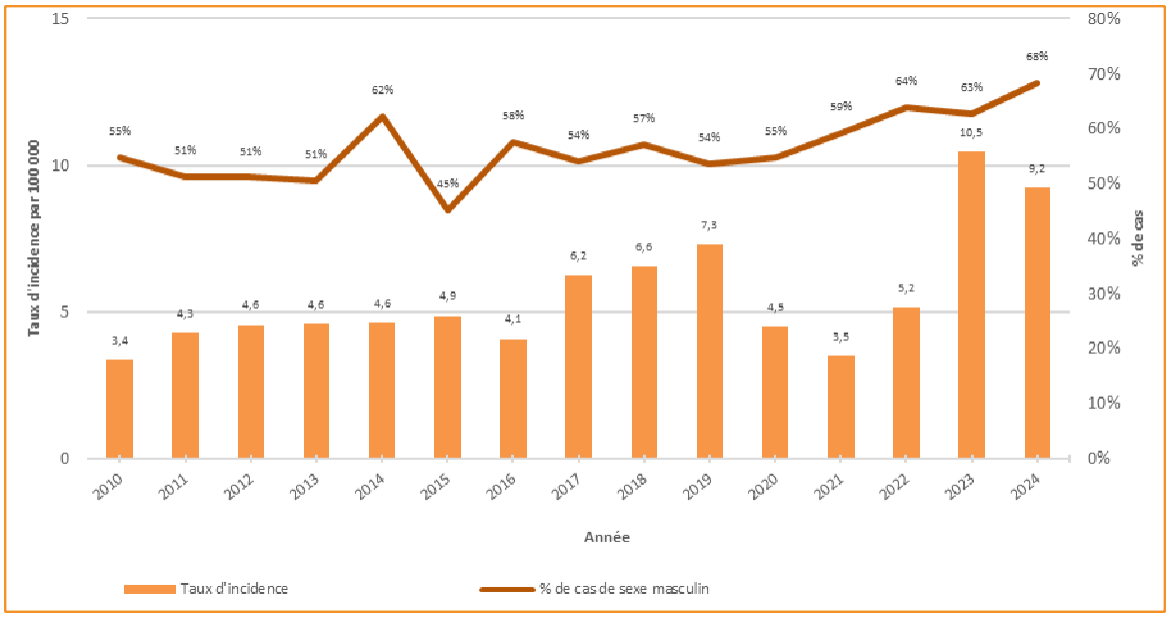
Il est important de noter que la recrudescence cyclique de 2024 a causé un dépassement de la capacité des équipes qui effectuent les enquêtes épidémiologiques. Puisque les interventions de santé publique visaient à protéger les bébés de moins d'un an et les femmes enceintes réceptives dans les quatre semaines précédant la date d'accouchement prévue (les deux groupes les plus à risque), la DRSP de Montréal a priorisé la réalisation des enquêtes auprès des cas âgés de moins de 4 ans, suivi des cas âgés de 5 à 11 ans. La DRSP a demandé à tous les cas de coqueluche de nous aviser de tout contact avec un bébé ou une femme enceinte. Une prophylaxie post-exposition a été offerte à certains contacts, conformément au Guide d'intervention provincial.

En plus des interventions individuelles de protection de la santé suivant la déclaration de chaque cas de coqueluche, la DRSP a élaboré en juin 2024 une affiche imprimable intitulée *La coqueluche : Femmes enceintes protégées = jeunes bébés protégés*. Cette affiche a été diffusée à tous les milieux jeunesse et les professionnels et organismes montréalais œuvrant auprès des personnes enceintes. De plus, en collaboration avec les CHU pédiatriques montréalais, la DRSP a élaboré et diffusé en octobre 2024 une campagne Coqueluche, comment se protéger ? qui avait comme objectifs d'informer les personnes enceintes et les parents d'enfants de 0 à 1 an sur la coqueluche, ses symptômes, ses complications et les bénéfices de la vaccination. Cette campagne incluait la création d'une page web, d'outils comme des affiches, des signets, d'un aide à la décision, des publications sur les médias sociaux, des vidéos promotionnelles et un direct sur Facebook.

4. INFECTIONS INVASIVES À STREPTOCOQUE DU GROUPE A : PLUS FRÉQUENTES QU'AVANT LA PANDÉMIE

L'incidence des infections invasives à streptocoque du groupe A (iiSGA) à Montréal était relativement stable de 2010 à 2016 ; une hausse graduelle était observée de 2017 à 2019 (**Figure 4-1**). Durant la pandémie de COVID-19 (de 2020 à 2022), une réduction des iiSGA a été observée à Montréal, par rapport à 2019. Plusieurs facteurs ont pu contribuer à cette réduction temporaire, incluant les mesures visant à contrôler la propagation de la COVID-19, dont le port du masque et la distanciation physique, qui sont également efficaces pour réduire la transmission des iiSGA et des autres infections transmises par des gouttelettes respiratoires.

Incidence annuelle des infections invasives à streptocoque du groupe A et proportion des cas de sexe masculin, Montréal, de 2010 à 2024 (Figure 4-1)

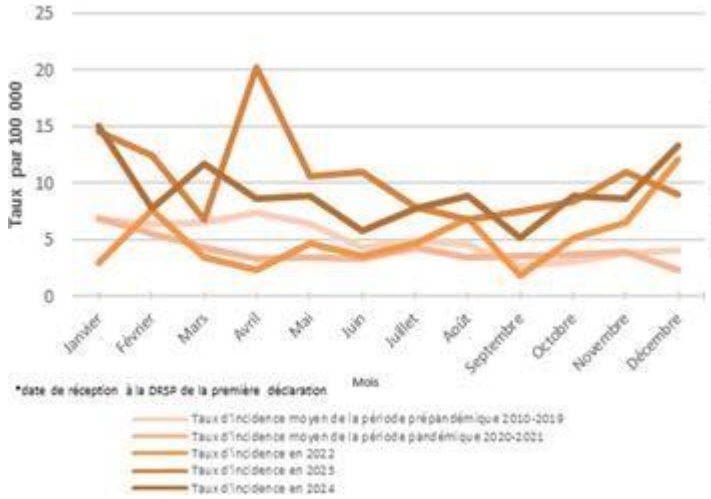


Les mesures visant à contrôler la transmission de la COVID-19 ont été assouplies graduellement en 2022 au Québec ; une augmentation de l'incidence des iiSGA a été notée dès l'automne (**Figure 4-2**). L'incidence des iiSGA a atteint un premier pic en janvier 2023 pour ensuite redescendre à un niveau comparable avec la période prépandémique en mars 2023. Un deuxième pic, plus élevé que le premier, a été observé en avril 2023 ; l'incidence a ensuite diminué graduellement pour atteindre un creux en août 2023, mais demeurant à un niveau supérieur à la période prépandémique. Une hausse graduelle a été observée de septembre 2023 à janvier 2024, lorsqu'un troisième pic a été atteint. Le pic de janvier 2024 était d'une ampleur similaire à celui de janvier 2023. L'incidence des iiSGA durant le reste de l'année 2024 a été légèrement inférieure à celle de 2023 globalement, demeurant toutefois supérieure à la moyenne prépandémique. Une nouvelle hausse de l'incidence des iiSGA est notée à partir de l'automne 2024.

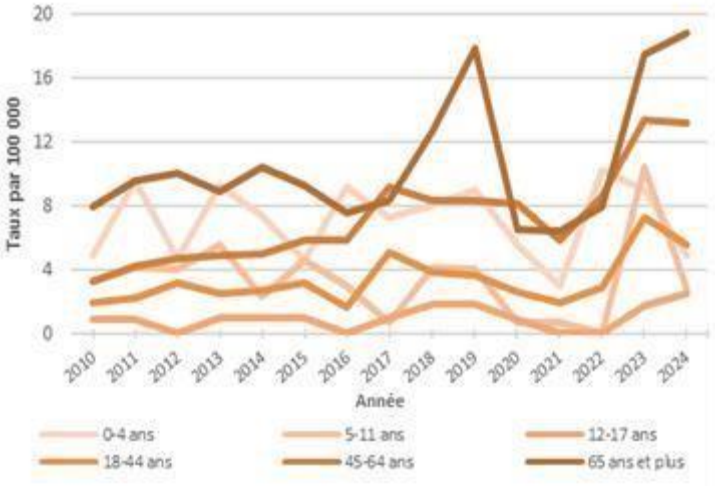
QUELLES POPULATIONS ONT ÉTÉ AFFECTÉES PAR LA HAUSSE POSTPANDÉMIQUE DES iiSGA ?

Au début de la hausse postpandémique, en 2023, ce sont les enfants âgés de 5 à 11 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus qui ont connu la hausse d'incidence la plus aigüe (**Figure 4-3**). Par rapport à 2023, une diminution de l'incidence a été observée dans tous les groupes d'âge en 2024, excepté chez les 65 ans et plus et les 12-17 ans où l'incidence a continué d'augmenter, mais de façon moins marquée qu'en 2023. En 2024, similairement à durant la période prépandémique, on note que les personnes âgées de 65 ans et plus ont les taux d'incidence les plus élevés de tous les groupes d'âges. L'incidence des iiSGA était déjà plus élevée chez les hommes que chez les femmes avant la pandémie, mais la prédominance du sexe masculin parmi les cas semble s'accentuer depuis la pandémie (**Figure 4-1**).

Incidence des infections invasives à streptocoque du groupe A à Montréal, par mois, de 2010 à 2024 (Figure 4-2)



Incidence annuelle des infections invasives à streptocoque du groupe A à Montréal, par groupe d'âge, de 2010 à 2024 (Figure 4-3)



LA PROPORTION DES CAS D'iiSGA CONSIDÉRÉS GRAVES A-T-ELLE AUGMENTÉE ?

Malgré l'excès de cas noté depuis l'automne 2022 comparé aux années prépandémiques, la proportion des cas d'iiSGA considérés graves (environ le tiers) est demeurée relativement stable dans le temps. La fréquence de la plupart des facteurs de risque pour l'iiSGA est aussi demeurée similaire aux années prépandémiques. Les facteurs de risque les plus fréquents étaient la présence d'une plaie, une maladie cardio-vasculaire chronique, le diabète, être en situation d'itinérance, l'abus d'alcool et l'usage de drogue(s) non-injectée(s).

CETTE SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE EST-ELLE UNIQUE À MONTRÉAL ?

La tendance observée à Montréal en lien avec les iiSGA depuis 2022 n'est pas unique à Montréal, mais similaire à celles observées dans le reste du Québec, au Canada et ailleurs dans le monde. La hausse des iiSGA à l'automne 2022 était associée à l'émergence d'une lignée de SGA appelée *emm*1-UK (Golden *et al.*, 2024). Cependant, en 2024, très peu de cas d'iiSGA étaient encore liés au type *emm*1 à Montréal ; le type *emm* prédominant était plutôt devenu le *emm*59, responsable d'environ 30 % des cas d'iiSGA montréalais.

NOS ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE EN RÉPONSE À CETTE TENDANCE

Lorsque l'incidence des iiSGA à Montréal a dépassé la moyenne prépandémique, la DRSP a publié un Appel à la vigilance pour alerter les cliniciens montréalais de cette nouvelle tendance épidémiologique. Une Mise à jour résumant l'évolution de l'épidémiologie des iiSGA au cours de l'année 2023 a été publiée au début 2024.

Au Québec, les iiSGA sont des maladies à déclaration obligatoire par les cliniciens et par les laboratoires. Chaque cas d'iiSGA déclaré à la DRSP de Montréal représente une menace appréhendée à la santé de la population et fait l'objet d'une enquête épidémiologique en vertu de la Loi sur la santé publique. L'enquête a pour objectifs de :

1) Valider qu'il s'agit bien d'une iiSGA selon les définitions nosologiques préétablies et déterminer si les critères de gravité sont présents ;
2) Identifier la source et les facteurs de risque pour l'infection ;
3) Effectuer le traçage des contacts et des milieux exposés par le cas ;
4) Déployer les interventions de protection de la santé de la population, conformément au Guide d'intervention provincial ;
5) Vérifier s'il y a un lien épidémiologique entre ce cas et d'autres cas afin de détecter rapidement toute éclosion.

La réalisation de l'enquête épidémiologique nécessite la collaboration de l'équipe traitante du cas (la quasi-totalité des cas d'iiSGA étant diagnostiqués en centre hospitalier), du cas lui-même et/ou de ses proches (si le cas n'est pas en mesure de participer à l'enquête en raison de son état de santé), des responsables des milieux exposés par le cas et des contacts du cas, en particulier lorsqu'une prophylaxie antibiotique post-exposition est indiquée pour ceux-ci. Il est important de noter que la hausse des iiSGA observée depuis l'automne 2022 cause une augmentation de la charge de travail importante auprès des équipes de la DRSP qui effectuent les enquêtes épidémiologiques et les interventions de protection liées aux iiSGA.

En plus de réaliser les enquêtes épidémiologiques pour chacun des cas qui lui sont déclarés, la DRSP effectue une vigie hebdomadaire rehaussée des iiSGA dans la population montréalaise depuis la hausse de l'automne 2022, qui s'ajoute à la vigie rehaussée des iiSGA parmi les personnes en situation d'itinérance ou utilisatrices de drogues par injection en place depuis l'éclosion de 2017-2018. Depuis 2022, trois éclosions d'iiSGA ont été recensées dans des milieux de soins et de vie pour aînés montréalais : une éclosion de six cas d'iiSGA en 2022 et deux éclosions de deux cas d'iiSGA en 2024 (chacune de ces éclosions impliquait aussi quelques cas d'infection non-invasive à SGA ; ces infections sont parfois asymptomatiques). L'investigation et la mise en œuvre des mesures pour contrôler ces éclosions, incluant le dépistage de plusieurs dizaines voire quelques centaines de personnes et le rehaussement des mesures de prévention et contrôle des infections, a nécessité la collaboration étroite de plusieurs équipes de la DRSP, des CIUSSS et des milieux concernés. La prise en charge de ces éclosions, qui sont des urgences sanitaires ponctuelles et imprévisibles, représente une importante hausse de la charge de travail pour tous les acteurs impliqués.

5. SYPHILIS : PROGRESSION

La syphilis, une infection transmissible sexuellement (ITS), était presque disparue avant le tournant des années 2000. Pourtant, cette maladie curable connait une très forte augmentation dans la région de Montréal at ailleurs dans le monde depuis les 25 dernières années. Les autres ITS bactériennes ont également augmenté au cours de cette même période.

SYPHILIS INFECTIEUSE

La syphilis infectieuse est passée de 348 cas en 2014 à 556 cas en 2024 à Montréal, soit une hausse de 60 % en dix ans (**Figure 5-1**). En 2024, le nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse était dix fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (556 cas versus 56 cas). Toutefois, au cours des 10 dernières années, le nombre de cas a augmenté de 367 % chez les femmes (passant de 12 à 56 cas) comparé à une hausse de 49 % parmi les hommes (passant de 336 à 500 cas).

Nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse selon le sexe, région de Montréal, de 2014 à 2024 (Figure 5-1)

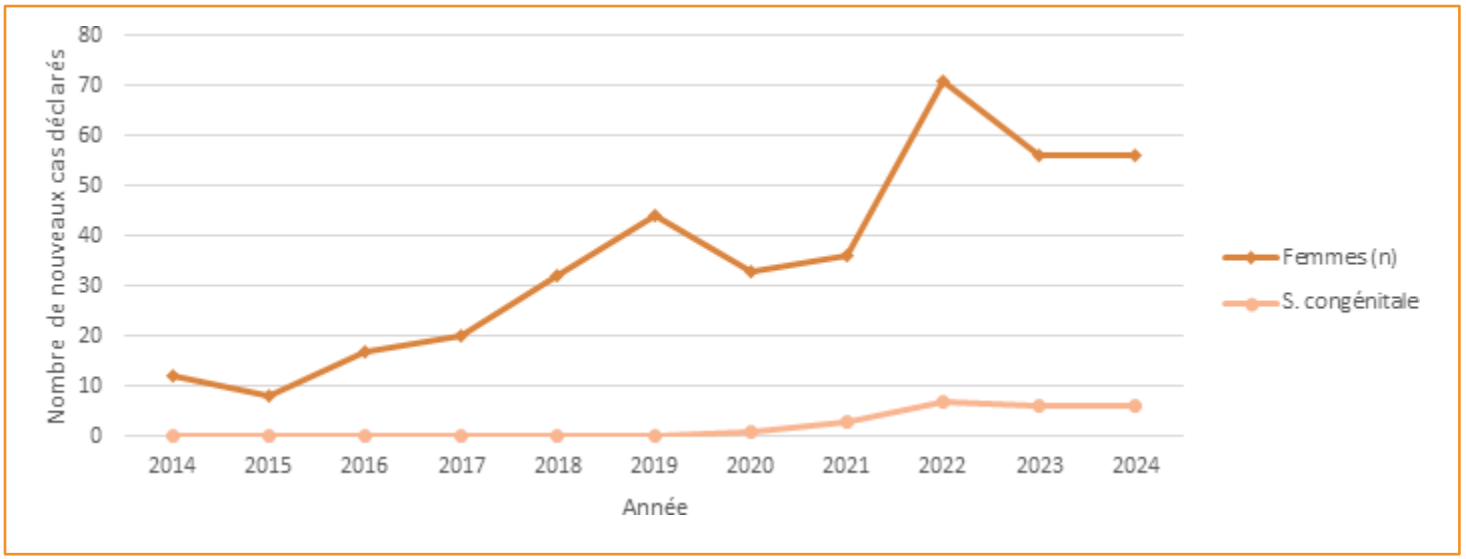
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Femmes (n)	12	8	17	20	32	44	33	36	71	56	56
Hommes (n)	336	453	596	498	474	624	602	425	626	627	500
Sexes réunis (n)	348	461	613	518	508	668	638	462	697	686	556

SYPHILIS CHEZ LES FEMMES ET SYPHILIS CONGÉNITALE

L'augmentation marquée de la syphilis chez les femmes suggère une extension de l'épidémie vers la population hétérosexuelle. Cette dynamique de transmission contribue à la hausse des cas de syphilis congénitale à Montréal. Des soins prénataux inadéquats en raison de divers facteurs de vulnérabilité (p.ex. défavorisation matérielle, situation d'itinérance, statut d'immigration précaire, consommation de drogues) ont été notés chez les personnes ayant donné naissance à des bébés atteints de syphilis congénitale. À Montréal, un cas de syphilis congénitale a été rapporté dans la région de Montréal en 2020, trois en 2021, sept en 2022, six en 2023 et six en 2024 pour un total de 23 cas en cinq ans

alors qu'il n'y avait eu aucun cas déclaré entre 2011 et 2019 (**Figure 5-2**). Sans détection et traitement en temps opportun, cette infection peut entraîner des complications graves, incluant des mortinaissances, des décès néonataux, ou des atteintes graves telles que des lésions osseuses, des lésions hépatiques et des anomalies hématologiques. Un quart des cas de syphilis congénitale montréalais entre 2020 et 2023 ont été mortels.

Nombre de cas de syphilis infectieuse chez les femmes et de syphilis congénitale (âgés de moins d'un an) déclarés à Montréal, de 2014 à 2024 (Figure 5-2)



SYPHILIS LATENTE

Un nombre considérable de diagnostics de syphilis latente de plus d'un an est enregistré depuis les trois dernières années, respectivement 446 en 2024, 402 en 2023 et 423 en 2022. Ces diagnostics tardifs suggèrent une sous-utilisation des services de dépistages par les groupes à risque. La syphilis peut entraîner des conséquences importantes sur la santé des individus non traités (p. ex. syphilis cardiovasculaire, neurosyphilis).

NOS ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE EN RÉPONSE À CETTE TENDANCE

Dès la détection de la hausse de la syphilis, la DRSP a publié un Appel à la vigilance pour alerter les cliniciens montréalais de cette nouvelle tendance épidémiologique. Afin de répondre à la hausse de cas de syphilis à Montréal et de mieux prendre en compte les dynamiques de transmission chez les personnes hétérosexuelles, notamment l'augmentation des cas chez les femmes et les nourrissons, la DRSP a agi sur plusieurs fronts. Des enquêtes ont été réalisées auprès des cas et de leurs partenaires afin de limiter la transmission dans la communauté et de référer rapidement les personnes touchées vers les services de soins adéquats.

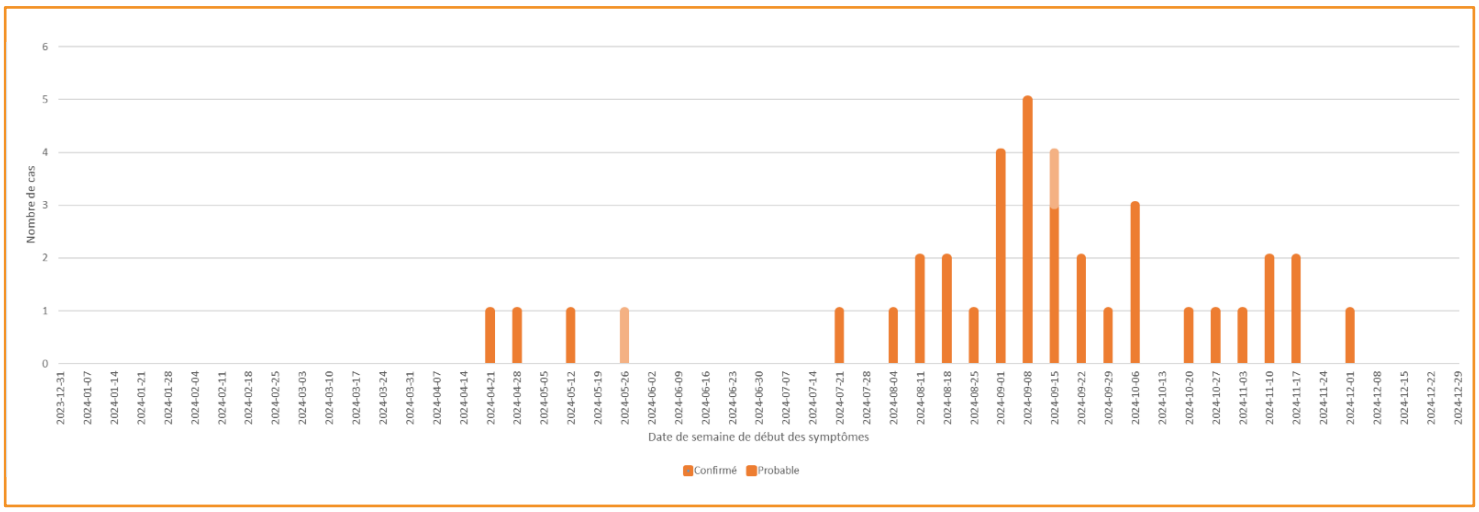
Également, la DRSP soutient financièrement les organismes communautaires œuvrant en prévention des ITSS auprès de populations prioritaires et veille à la distribution de matériel de protection et de sécurisexe dans plus de 180 points de services. Un comité régional de consultation, rassemblant des acteurs de la santé publique, des organismes communautaires, des cliniques de santé sexuelle et des chercheurs universitaires, se réunit régulièrement afin d'harmoniser les efforts de prévention des ITSS sur le territoire montréalais.

6. MPOX : DEUXIÈME ÉCLOSION, D'AOÛT À DÉCEMBRE 2024

Un total de 38 cas de mpox de clade 2b ont été signalés à la DRSP en 2024 (36 confirmés et 2 probables). Mis à part quatre cas sporadiques signalés entre le 26 avril et le 8 juin 2024, les autres cas sont survenus lors d'une éclosion dans la région montréalaise entre les mois d'août et de décembre 2024. Il s'agissait de la première éclosion de mpox à Montréal depuis l'éclosion de 2022, qui avait impliqué un peu plus de 400 cas. À titre comparatif, au cours de l'année 2023, seulement onze cas sporadiques de mpox avaient été déclarés à la DRSP.

Le premier cas lié à cette nouvelle éclosion a été déclaré le 5 août 2024. Le nombre de cas déclarés par semaine a augmenté progressivement pour atteindre un pic de cinq nouvelles déclarations dans la semaine du 15 septembre (**Figure 6-1**). Après ce pic, une diminution graduelle du nombre de nouveaux cas a été observée jusqu'au 6 décembre, date de déclaration du dernier cas lié à cette éclosion. Il s'agissait également du dernier cas déclaré en 2024.

Nombre de cas de mpox à Montréal, par semaine, du 1er janvier au 31 décembre 2024 (Figure 6-1)



GENRE, ÂGE ET STATUT VACCINAL

Sur les 38 cas de mpox déclarés en 2024, 36 (95 %) étaient des hommes cisgenres et deux étaient des hommes transgenres. L'âge médian des cas était de 39 ans (étendue d'âge de 21 à 64 ans). Environ la moitié des cas (47 %) étaient non-vaccinés

contre la mpox, six cas avaient reçu une dose de vaccin, et dix avaient reçu au moins 2 doses de vaccin. Notons que parmi les dix cas considérés adéquatement vaccinés, la 2e dose de vaccin contre la mpox avait été administrée un an et demi ou plus avant le début de la maladie. L'information concernant la vaccination n'était pas disponible pour quatre cas.

TABLEAU CLINIQUE

Tous les cas de mpox en 2024 ont rapporté la présence d'une éruption cutanée, avec implication de la région anogénitale pour 36 (95 %) des cas. Trente cas (79 %) rapportaient également la présence de symptômes systémiques, soit : l'adénopathie ; la fatigue, et la fièvre étant les plus fréquemment rapportés. Aucune hospitalisation ou décès n'a été rapporté en 2024

MODES DE TRANSMISSION ET SOURCES D'EXPOSITION PROBABLES

Tel qu'en 2022 et 2023, la plupart des cas en 2024 étaient des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Trente-sept (97 %) cas rapportaient avoir eu des relations sexuelles dans les 21 jours précédant l'apparition de symptômes, dont 29 (76 %) avec des hommes cisgenre seulement. Dix-neuf cas (50 %) rapportaient un contact sexuel avec un ou plusieurs partenaire(s) autre qu'un partenaire stable et unique. Treize cas (34 %) rapportaient avoir fréquenté un lieu ou évènement avec sexualité sur place. Un seul cas rapportait avoir voyagé pendant sa période d'exposition.

ÉPIDÉMIE DE MPOX DE CLADE 1B EN AFRIQUE

Le 14 août 2024, l'Organisation mondiale de la santé a déclaré une urgence de santé publique de portée internationale en lien avec la recrudescence de la mpox en République démocratique du Congo et une propagation dans un nombre croissant de pays d'Afrique liées à l'émergence du clade 1b. Aucun cas de mpox clade 1b n'a été déclaré à la DRSP en 2024. La surveillance des eaux usées effectuée par l'Agence de santé publique du Canada ne suggère pas non plus de propagation du clade 1b de la mpox à Montréal.

NOS ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE EN RÉPONSE À CETTE ÉCLOSION

Depuis l'éclosion de 2022, la DRSP effectue une vigie rehaussée des cas de mpox à Montréal. La mpox n'est pas une MADO, mais elle fait l'objet d'une enquête épidémiologique du Directeur national de santé publique depuis mai 2022. Peu après la détection de la nouvelle éclosion, la DRSP a publié un Appel à la vigilance pour alerter les cliniciens de cette situation. Une Mise à jour avait également été publiée en août concernant l'épidémie de mpox de clade 1b dans certains pays d'Afrique.

La DRSP effectue une enquête épidémiologique auprès de chacun des cas de mpox qui lui sont déclarés. Les résultats des analyses de laboratoires et le tableau clinique sont considérés afin de confirmer qu'il s'agit bien d'un cas de mpox. Les sources d'exposition possibles sont documentées, et les contacts du cas durant sa période de contagiosité sont identifiés. Des recommandations pour réduire le risque de transmission sont émises au cas. Les enquêteurs effectuent une intervention auprès des contacts du cas afin de recommander une autosurveillance des symptômes, expliquer quoi faire

si des symptômes de mpox surviennent, partager des consignes pour réduire le risque de transmission, et lorsqu'indiqué, offrir une prophylaxie post-exposition (ie. une dose de vaccin) contre la mpox.

Depuis l'éclosion de mpox de 2022, la DRSP poursuit sa collaboration avec RÉZO, un organisme communautaire montréalais qui offre des services d'éducation et de prévention du VIH et des ITSS favorisant la santé des hommes GBQ et des personnes trans. Lors de l'éclosion de mpox de 2024, cette collaboration a mené à la publication d'une Actualité web reprise sur différents réseaux sociaux, visant à informer les populations à risque de l'éclosion de mpox en cours à Montréal et à promouvoir la vaccination contre la mpox. Ces messages ont été rediffusés par RÉZO via différents canaux pour mieux rejoindre les populations ciblées par ces messages.

Numéro d'ISBN : 978-2-555-00591-4

Analyse et rédaction (par ordre alphabétique) :

Dre Geneviève Cadieux, Cheffe médicale adjointe ;
Dr Benoît Corriveau, Responsable médical Tuberculose ;
Dr Julian Gitelman, Responsable médical Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ;
Dr Paul Le Guerrier, Responsable médical Immunisation et maladies évitables par la vaccination (IMEV) ;
Dr Nicolas Sheppard Jones, Responsable médical Urgences sanitaires en maladies infectieuses (USMI) et Infections et interventions en milieux de vie et de soins (MVS).

Tous les auteurs sont affiliés au Secteur Prévention et contrôle des maladies infectieuses (PCMI) de la Direction régionale de santé publique (DRSP) de Montréal.

Avec la collaboration de :

Les auteurs souhaitent souligner le travail de l'équipe vigie du secteur PCMI dans la réalisation des analyses statistiques et la production des figures. Les auteurs remercient également les personnes et équipes suivantes pour leurs révisions et commentaires : Morgane Quinioux-Lemieux et l'équipe de coordination du secteur PCMI ; Dr Pierre A. Pilon ; Dre Lavanya Narasiah et l'équipe Tuberculose ; Audrey-Anne Couturier et le service ITSS, les services IMEV et USMI ; le service Santé Jeunesse (SaJe) du Secteur Jeunesse 0-25 ans, ainsi que l'équipe Personnes racisées, immigrantes et issues des minorités ethnoculturelles (PRIME) du Secteur Environnements urbains et Santé des populations (EUSP).

Graphisme : Delphine Forest-Maurice et Linda Daneau

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