

Zoonoses et maladies transmises par vecteur, 2016 : toujours actives en Montérégie!

FAITS SAILLANTS

Pour la majorité des cas, la maladie de Lyme est acquise en Montérégie, lors d'activités extérieures autour du domicile, récréatives ou occupationnelles se déroulant dans des milieux herbacés ou boisés. Peu de cas d'infection au virus du Nil occidental ou de fièvre Q ont été rapportés en Montérégie, mais le risque d'acquisition est toujours présent. La rage animale reste sous haute surveillance et le risque demeure élevé dans le sud de la Montérégie.

MALADIES TRANSMISES PAR VECTEUR

La maladie de Lyme : la transmission se maintient

L'expansion géographique du vecteur, la tique à pattes noires, se poursuit en Montérégie et en Estrie. La maladie de Lyme est endémique dans le sud de plusieurs provinces canadiennes ainsi que dans de nombreux États du Centre-Nord et du Nord-Est américains. Elle est aussi endémique dans plusieurs pays tempérés d'Europe et d'Asie.

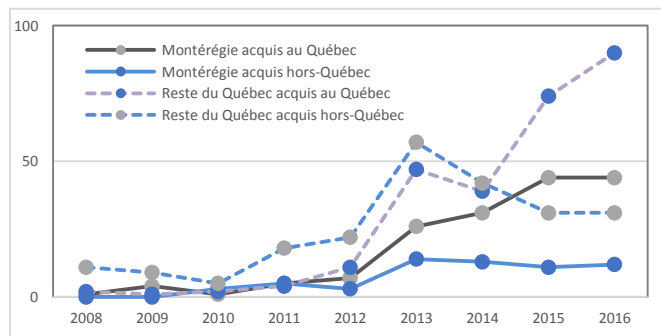
En 2016, en Montérégie, on observe une stabilisation du nombre de cas déclarés de maladie de Lyme, soit 56 cas comparativement à 55 cas en 2015. Le nombre de cas déclarés s'est surtout accru entre 2011 et 2014. En 2016, en Montérégie, on observe une stabilisation du nombre de cas déclarés de maladie de Lyme, soit 56 cas comparativement à 55 cas en 2015. Le taux d'incidence est resté stable et atteint 4,1 cas pour 100 000 personnes en 2016. Toutefois, cette valeur demeure plus élevée que celle observée dans le reste du Québec (1,7 cas pour 100 000 en 2016). Au Québec, le nombre a augmenté à 177 cas en 2016, comparativement à 160 cas en 2015. Cela correspond en 2016 à un taux de 2,1 en pour 100 000 personnes.

Lieu d'acquisition : En augmentation en Montérégie

Parmi les cas déclarés pour lesquels le lieu d'acquisition est connu, 80 % (44/55) des cas de la Montérégie en 2015 et 79 % (44/56) des cas en 2016 ont contracté

l'infection dans la province. Dans le reste du Québec, 70 % (74/105) en 2015 et 74 % (90/121) en 2016 des cas ont contracté l'infection dans la province (figure 1). Le nombre de cas déclarés ayant acquis l'infection hors Québec est demeuré stable en Montérégie comme dans le reste du Québec.

Figure 1 – Nombre de cas de maladie de Lyme au Québec selon l'année et le lieu d'acquisition, Montérégie et reste du Québec, 2008 à 2016



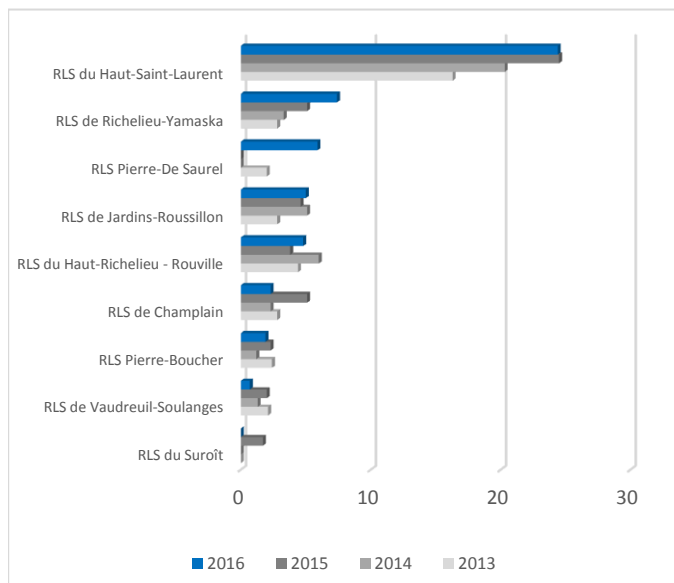
Source : Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), données extraites le 15 août 2016 et le 11 novembre 2016 (pour 2015) et au 30 août 2017 (pour 2016).

La grande majorité des cas déclarés en Montérégie ont acquis l'infection dans cette même région. Cette proportion a augmenté en 2016 (68 %; 38/56) comparativement à 2015 (60 %) et 2014 (51 %) et indique une augmentation constante de la transmission en Montérégie.

Un territoire de RLS qui se démarque

En 2016 et depuis plusieurs années, le taux d'incidence s'avère nettement plus élevé chez les résidents du territoire de RLS du Haut-St-Laurent (figure 2). On observe aussi une augmentation de cas chez les résidents des territoires des RLS de Richelieu-Yamaska et de Pierre-De Saurel.

Figure 2 - Taux d'incidence de la maladie de Lyme selon le territoire de RLS de résidence, Montérégie, 2013 à 2016



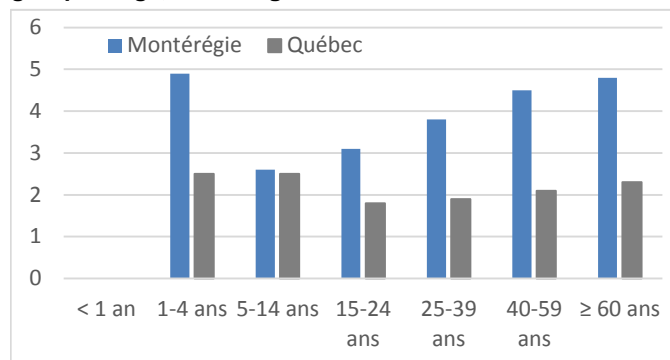
Sources : Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), données extraites le 30 août 2017 (données 2016). Les populations utilisées proviennent des estimations révisées annuellement (2011-2016), Institut de la Statistique du Québec, 3 mai 2017.

Des taux élevés chez les jeunes

Le sexe masculin et féminin est également représenté (50 %) parmi les cas déclarés en Montérégie, tandis que le sexe masculin prédomine parmi les cas déclarés au Québec (65 %).

Les taux d'incidence se révèlent particulièrement élevés chez les enfants de 1 à 4 ans et chez les personnes adultes de 40 ans et plus (figure 3). Toutefois, en raison de leur nombre au sein de la population, les adultes de 25 ans et plus regroupent la grande majorité des cas, tant en Montérégie (78 %), qu'au Québec (73 %). En 2015, ces proportions étaient respectivement de 85 % en Montérégie et 80 % au Québec. L'augmentation de la proportion d'enfants parmi ces cas pourrait s'expliquer par une vigilance accrue et un meilleur diagnostic ou par une amélioration des connaissances dans la population. Globalement, la fréquence des activités extérieures pourrait aussi expliquer ce portrait.

Figure 3 - Taux d'incidence de la maladie de Lyme selon le groupe d'âge, Montérégie et Québec, 2016



Sources : Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), données extraites le 30 août 2017 (données 2016). Les populations utilisées proviennent des estimations révisées annuellement (2011-2016), Institut de la Statistique du Québec, 3 mai 2017.

Infection : surtout de mai à septembre en Montérégie

Les symptômes débutent plus fréquemment durant les mois de juin à octobre en Montérégie. Cela suggère que les expositions surviennent dans les 4 semaines précédentes, soit de mai à septembre.

Aspects cliniques : des cas aigus plus nombreux et peu de symptômes résiduels

En 2016, la majorité des cas déclarés correspond à des cas d'érythème migrant déclarés par le médecin traitant. Les laboratoires ont déclaré 45 % des cas, sensiblement moins qu'en 2015 (65 %). Dans environ un quart des cas (27 %), la personne malade rapporte une piqûre de tique évidente.

En 2016, parmi l'ensemble des cas déclarés, 57 % ont eu un diagnostic au stade localisé précoce. Survenant en phase initiale, les symptômes cliniques observés sont, par ordre de fréquence, l'érythème migrant (83 %), la fatigue (48 %), les céphalées (46 %), les myalgies-arthralgies (45 %) et la fièvre (35 %). Quarante-trois pour cent des cas sont diagnostiqués au stade disséminé, précoce ou tardif. Plus du quart des cas déclarés ont souffert de lésions cutanées multiples (27 %). Des atteintes articulaires franches (20 %), neurologiques (11 %) et cardiaques (2 %), survenant dans les phases disséminées de la maladie, apparaissent moins fréquemment.

Deux des 56 cas ont été hospitalisés pour de courts séjours. Le traitement avait déjà été prescrit dans tous les cas et, parmi les 52 cas déclarés pour lesquels l'information est connue, 75 % avaient récupéré complètement au moment de l'enquête de santé publique.

Le praticien peut toujours demander conseil auprès d'un microbiologiste-infectiologue pour la prise en charge ou auprès de la Direction de santé publique pour la surveillance et la déclaration.

Plusieurs documents sont disponibles pour soutenir le praticien dans sa démarche clinique. Il existe aussi une nouvelle formation en ligne sur la prise en charge de la maladie de Lyme.

- <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/maladies-infectieuses/zoonose/index.fr.html>
- <http://campusvirtuel.inspq.qc.ca/pages/le-defi-emergent-de-la-maladie-de-lyme>

DÉCLARATION OBLIGATOIRE

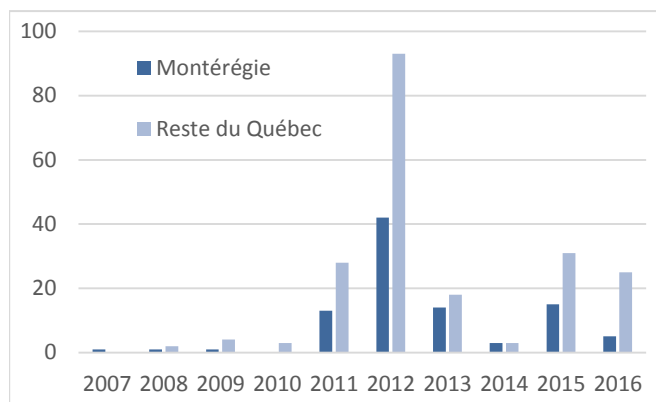
Les **médecins** doivent déclarer tous les cas de maladie de Lyme, incluant les cas cliniques **d'érythème migrant sans sérologie**.

Les laboratoires doivent déclarer à la DSP les épreuves Line Blot IgM ou Western Blot IgG positives pour la maladie de Lyme.

Infection par le virus du Nil occidental : activité variable selon les années

L'émergence de l'infection par le virus du Nil occidental (VNO) en 2002 et 2003 a été suivie d'une accalmie entre 2004 et 2010, puis d'une augmentation des cas entre 2011 et 2013. En 2016, 5 cas ont été rapportés en Montérégie comparativement à 4 cas en 2014 et 15 cas en 2015 (figure 4). Une femme et quatre hommes ont été déclarés pour une incidence de 0,36 par 100 000 personnes en Montérégie. La même incidence est observée au Québec.

Figure 4 – Nombre de cas d'infection par le VNO selon l'année et la région de résidence, Montérégie et reste du Québec, 2002 à 2016



Source : Registre central MAD0, exportation 30 août 2017 (données 2016)

Le début des symptômes ou la date de l'épreuve positive chez les cas montérégiens se situait entre le 30 août et le 1er octobre, suggérant une exposition aux moustiques infectés de la mi-août à la mi-septembre. Cette période d'exposition débute plus tardivement

qu'en 2015 où la période d'exposition se situait entre la mi-juin et la mi-septembre. Deux cas ont présenté une atteinte neurologique et trois ont été hospitalisés, pour une durée variant de 2 à 6 jours. En 2016, 60 % des cas ont moins de 40 ans contrairement à 2015 où 73 % des cas avaient plus de 50 ans.

- <http://lemedecinduquebec.org/archives/2015/8/5-encephalites-arbovirus-on-vous-donne-la-piqure/>

Encéphalite par un arbovirus : rare détection

En 2016, deux cas déclarés présentant des atteintes neurologiques ont été associés à un arbovirus du sérotype Californie, transmis par moustique. Ces infections ont un large spectre clinique, lequel varie d'une infection asymptomatique, en passant par un épisode fébrile aigu, jusqu'à une atteinte neurologique incluant l'encéphalite. Les virus du sérotype Californie, Jamestown Canyon et snowshoe hare, sont présents au Québec, mais rarement détectés.

Infection à Plasmodium (malaria) : les voyages en Afrique sont à risque

En 2016, vingt cas de paludisme parmi les résidents de la Montérégie ont été acquis en Afrique chez des immigrants récents, des Africains de retour d'une visite en Afrique et des voyageurs (tourisme ou travail). L'espèce *P. falciparum* a été identifiée pour 18 cas et deux autres cas sont reliés à l'espèce *P. malariae*. Aucun des cas n'avait pris adéquatement d'antipaludéens en prévention.

INFECTIONS TRANSMISES PAR LES ANIMAUX

Certaines zoonoses sont à déclaration obligatoire. En 2016, sept cas de fièvre Q aiguë ont été déclarés chez des Montérégiens. La majorité des cas (57 %; 4/7) sont âgés de 60 ans ou plus, contrairement à ce qui est observé dans le reste du Québec (28 %, 6/22). Cinq ont acquis l'infection en Montérégie, un en Europe, l'autre dans la région (RSS) de la Mauricie-Centre-du-Québec. Plusieurs rapportent des contacts avec des chèvres ou des bovins. Au Québec, le *Coxiella burnetii* est endémique, particulièrement chez les ovins et les caprins, et à un degré moindre chez les bovins.

Un des deux cas de leptospirose déclaré au Québec réside en Montérégie. Aucun cas de trichinose, de tularémie, de brucellose ou de typhus n'a été déclaré en Montérégie tandis qu'au Québec, 17 cas de trichinose, deux cas de tularémie, un cas de brucellose et un cas de typhus ont été déclarés en 2016.

- <http://lemedecinduquebec.org/archives/2015/8/1-attention-risque-de-zoonoses-au-passage-d-animaux/>

La rage : bonnes nouvelles au sud-ouest de la Montérégie, mais le risque élevé demeure

En 2016, en Montérégie, seulement deux chauves-souris rabiques ont été confirmées. Au Québec, aucun cas de rage humaine n'a été déclaré et six animaux rabiques y ont été confirmés : cinq chauves-souris et un renard dans le Nord-du-Québec. En 2016, pour la première fois depuis plusieurs années, aucun des quatre États frontaliers au sud du Québec n'a déclaré d'animaux rabiques à moins de 50 km de notre frontière. Des opérations de contrôle ciblées en sol étatsunien pourraient expliquer cet éloignement géographique. Cependant, le [risque](#)¹ chez les mammifères terrestres demeure élevé pour les municipalités du sud de la Montérégie situées dans les territoires des RLS du Haut-St-Laurent, de Jardins-Roussillon et du Haut-Richelieu-Rouville. Pour certaines municipalités de la Montérégie, situées plus au nord, le niveau de risque a été réduit et elles sont maintenant considérées à risque moyen de rage.

Rappelons que la rage est endémique dans le Grand Nord chez le renard et dans tout le Québec chez la chauve-souris. Plusieurs [outils pour la gestion des morsures animales](#) sont disponibles en ligne².

¹ https://www.inspq.qc.ca/zoonoses/rage#sud_du_quebec

² <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/maladies-infectieuses/zoonose/index.fr.html?mode=preview>

Le registre central des MADO est un fichier sécurisé dynamique. Des corrections y sont apportées quotidiennement. Il est donc possible que les données présentées diffèrent d'autres données publiées.



Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.

Production : Direction de santé publique de la Montérégie

Auteur : Dre Louise Lambert

- Figures : Leonarda Da Silva
- Collaboration : Manon Blackburn, Céline Gariépy, François Milord, Jérôme Latreille
- Mise en page : Cindy Lachance-Saavedra

Centre intégré
de santé et de
services sociaux de
la Montérégie-Centre

Québec

