

Le portrait de MADO

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE



Volume 6, no 8
Décembre 2018 — ISSN: 2291-9058

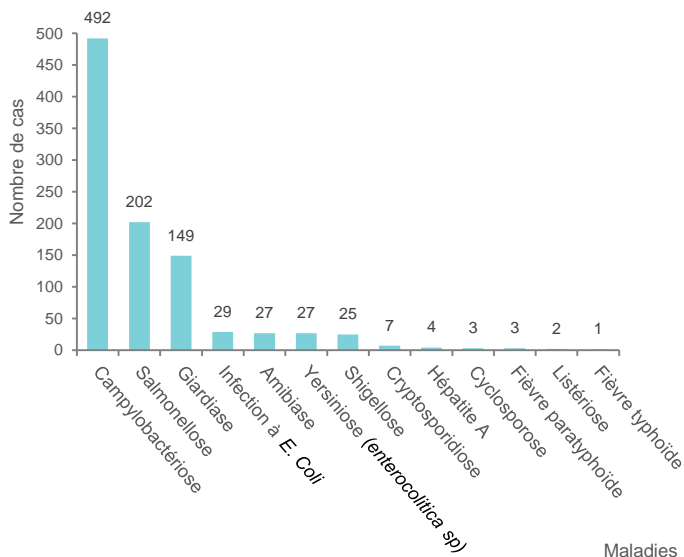
Maladies entériques en 2017 : un fardeau non négligeable

FAITS SAILLANTS

- **Campylobactériose** : le plus haut taux d'incidence des 5 dernières années
- **Infections à *Escherichia coli*** : l'utilisation accrue du test PCR permet une meilleure détection
- **Shigellose** : encore quelques cas de résistance à la ciprofloxacine

En 2017, 971 cas de maladies entériques ont été déclarés en Montérégie : 781 infections bactériennes (80,4%), 186 infections parasitaires (19,2%) et 4 infections virales (0,4%) (Figure 1). Ces données se comparent à celles des dernières années.

Figure 1 – Nombre de cas déclarés pour certaines maladies entériques, Montérégie, 2017



Source : Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), données extraites le 4 juillet 2018

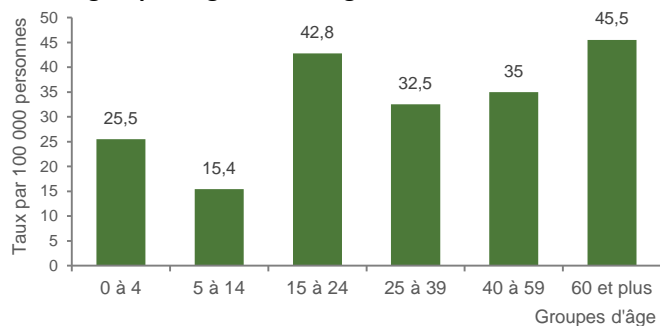
CAMPYLOBACTÉRIOSE : UN TAUX D'INCIDENCE JAMAIS ATTEINT EN 5 ANS

La campylobactériose demeure la maladie entérique la plus déclarée en 2017 avec 492 cas. Le taux d'incidence en Montérégie s'élève à 35 cas par 100 000 personnes, soit le taux le plus élevé des cinq dernières années (taux moyen : 31 cas par 100 000). Aucune éclosion n'a été identifiée en Montérégie en 2017. Soulignons que la campylobactériose occupe le 3^e rang des maladies à déclaration obligatoire (MADO) les plus fréquemment déclarées en Montérégie après les infections à *Chlamydia trachomatis* et gonococciques.

Fait inhabituel, tout comme en 2015 et 2016, les personnes de 60 ans et plus ont été davantage touchées avec un taux d'incidence de 46 cas par 100 000 personnes (Figure 2). Les enquêtes réalisées en 2015 et 2016 laissaient suspecter le foie de veau comme facteur de risque. Une étude cas-témoins provinciale a confirmé cette association en 2017¹. Un programme de surveillance du Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) a prouvé que le foie de veau peut être contaminé par le *Campylobacter*. La cuisson adéquate du foie protégerait de l'infection. Le MAPAQ a émis des [recommandations sur la cuisson sécuritaire du foie](#). Puisque les personnes de 65 ans et plus consomment davantage de foie de veau que les autres groupes d'âge, cela peut contribuer au taux d'incidence plus élevé qu'attendu observé chez les 60 ans et plus.

¹ Gaulin, C et al, Veal Liver as Food Vehicle for Human Campylobacter Infections. Emerging infectious diseases, vol 24, No 6, June 2018. https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/24/6/18-1900_article

Figure 2 - Taux d'incidence de l'infection à *Campylobacter* selon le groupe d'âge, Montérégie, 2017



Source : Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), données extraites le 4 juillet 2018. Données de population : Estimations de population révisées annuellement (2011-2017), Institut de la statistique du Québec (ISQ), mise à jour 2018-03-28.

SALMONELLOSE : TOUJOURS AU 2E RANG

La salmonellose demeure la deuxième maladie entérique la plus fréquemment déclarée en Montérégie avec 202 cas en 2017. Le nombre de cas et le taux d'incidence (15 cas par 100 000 personnes) sont stables par rapport aux dernières années. Tel qu'attendu, un pic du taux d'incidence s'observe chez les moins de 5 ans (43 cas par 100 000 personnes). Pour *S. Enteritidis*, après avoir atteint un sommet en 2016 (91 cas), le nombre de cas en 2017 (72 cas) se compare aux valeurs des années antérieures.

En 2017, plusieurs éclosions de salmonellose ont été déclarées et investiguées au Québec et au Canada, dont certaines en lien avec la consommation de produits de poulet crus panés et congelés. Cette situation semble perdurer en 2018, quelques éclosions liées à ces mêmes produits ayant déjà été déclarées.

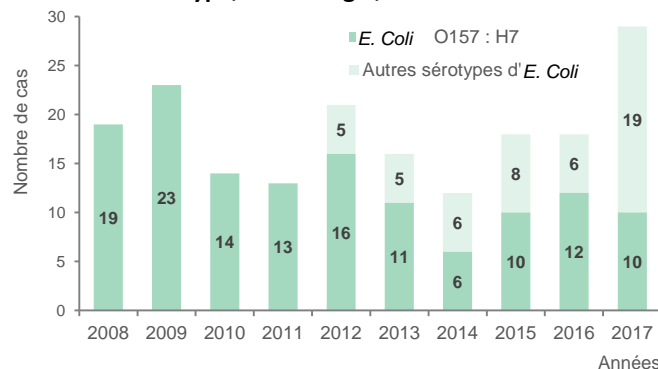
INFECTION À *ESCHERICHIA COLI* : DÉTECTION DE NOUVEAUX SÉROTYPES GRÂCE AU TEST PCR

En 2017, le taux d'incidence de l'infection à *E. coli* atteint 2,1 cas par 100 000 personnes, soit le plus élevé des 10 dernières années en Montérégie (taux moyen : 1,3 cas par 100 000 personnes).

Des 29 cas déclarés en 2017, 10 étaient atteints par le sérotype O157:H7 et 19 par d'autres sérotypes producteurs de shigatoxine. L'augmentation du nombre de cas, limitée aux sérotypes autres que le O157:H7, s'explique par l'utilisation accrue depuis septembre 2016 du test PCR détectant tous les sérotypes de *E. coli* producteurs de shigatoxine (Figure 3). Entre 2012 et 2016, celui-ci était disponible uniquement pour les personnes consultant à l'hôpital Sainte-Justine.

Maintenant disponible pour toutes les personnes, peu importe leur lieu de consultation, ce test est effectué systématiquement lorsqu'il s'agit d'un enfant de moins de 5 ans présentant de la diarrhée, en présence de selles sanglantes ou s'il est demandé spécifiquement par un professionnel de la santé.

Figure 3 – Nombre de cas déclarés d'infection à *Escherichia coli* selon le sérotype, Montérégie, 2008 À 2017



Source: Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), données extraites le 4 juillet 2018.

Sept personnes ont été hospitalisées à la suite d'une infection à *E. coli*, dont un enfant de plus de 5 ans ayant souffert d'un syndrome hémolytique urémique. Tel qu'attendu, les enfants de moins de 5 ans présentent le taux d'incidence le plus élevé (20 cas par 100 000 personnes). Parmi les cas de ce groupe d'âge, 12 enfants sur 15 fréquentaient la garderie.

Trois éclosions provinciales ou fédérales d'*E. coli* sont survenues en 2017 en lien avec du tartare de boeuf, de la farine et de la laitue romaine. L'éclosion de décembre 2017, probablement reliée à de la laitue romaine, a touché 42 Canadiens, dont 2 personnes en Montérégie.

HÉPATITE A : LA MONTÉRÉGIE ÉPARGNÉE PAR L'AUGMENTATION QUÉBÉCOISE

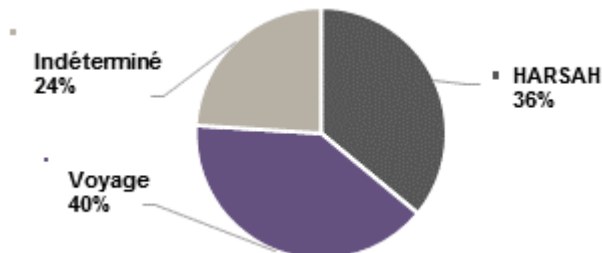
En 2017, 4 cas sporadiques d'hépatite A ont été déclarés en Montérégie pour un taux d'incidence de 0,3 cas par 100 000 personnes, soit un taux comparable aux dernières années. Parmi les cas montérégiens, un a été acquis au Mexique par un voyageur non vacciné. Aucun facteur de risque n'a été trouvé chez les trois autres cas, tous âgés de plus de 55 ans.

Le taux d'incidence de l'hépatite A au Québec en 2017 (0,8 cas par 100 000 personnes) a augmenté par rapport au taux d'incidence moyen des 5 années précédentes (0,5 cas par 100 000 personnes). Une éclosion québécoise ayant épargné la Montérégie expliquerait cette hausse. Aucune source commune n'a pu être identifiée pour cette éclosion. Le virus des cas inclus dans l'éclosion présentait une séquence génomique similaire.

SHIGELLOSE : ENCORE DE L'ANTIBIORÉSISTANCE

Vingt-cinq cas de shigellose ont été déclarés en 2017. Lors de l'enquête, des facteurs de risque ont été identifiés chez 19 cas, soit 9 hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) (36 %) et 10 personnes ayant voyagé dans un pays endémique (40 %) (Figure 4).

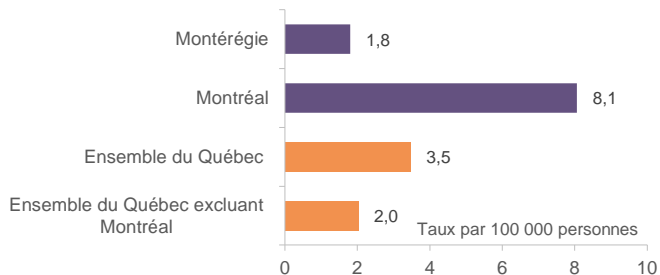
Figure 4 – Répartition des facteurs de risque des cas déclarés de shigellose, Montérégie, 2017



Source : Dossiers d'enquête de la Direction de santé publique de la Montérégie, consultés le 2 novembre 2018.

Le taux d'incidence de la shigellose en Montérégie (1,8 cas par 100 000 personnes) est similaire à celui des dernières années. Par contre, le taux d'incidence au Québec (3,5 cas par 100 000 personnes) a augmenté en 2017. L'écart entre le Québec et la Montérégie est surtout attribuable au taux très élevé observé à Montréal (8,1 cas par 100 000 personnes) (Figure 5). Des éclosions de shigellose résistante à 3 antibiotiques ou plus ont eu lieu à Montréal dans la communauté HARSAH, ce qui a mené à un [appel à la vigilance](#). En Montérégie, cette multirésistance n'a pas été observée. Toutefois, 3 cas de résistance à la ciprofloxacine (12 %) ont été notés, comparativement à 2 en 2016 (9 %). Étant donné la proximité géographique et les échanges fréquents entre les résidents de Montréal et ceux de la Montérégie, il faut demeurer vigilant. En présence de résistance, l'antibiothérapie amorcée doit être ajustée en conséquence.

Figure 5 – Taux d'incidence de la shigellose dans certaines régions et la province de Québec, 2017



Source: Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), données extraites de l'Infocentre le 2 novembre 2018. Données de population : projections comparables (1996-2036), version mars 2015.

GIARDIASSE : UNE PARASITOSE FRÉQUENTE

En 2017, le taux d'incidence de la giardiasse en Montérégie s'élève à 10,7 cas par 100 000 personnes ; il s'agit d'une hausse comparativement aux 5 dernières années (taux moyen : 9,2 cas par 100 000). Parmi les principaux facteurs de risque de la giardiasse, on note : les voyages ou séjours à l'étranger, la consommation d'eau de surface non chlorée, la consommation d'eau non traitée lors d'activités aquatiques ou de plein air, le contact avec un cas ou prendre soin d'un enfant aux couches.

FIÈVRE TYPHOÏDE ET FIÈVRE PARATYPHOÏDE : CAS TOUJOURS PEU NOMBREUX

En 2017, un seul cas d'infection à *Salmonella* Typhi acquis par un voyageur en pays endémique a été déclaré en Montérégie. Celui-ci a dû être hospitalisé pendant 5 jours.

Trois cas d'infection à *Salmonella* Paratyphi ont été diagnostiqués en 2017 en Montérégie. De ceux-ci, il y avait un cas de type A acquis en Inde. Les deux autres, acquis dans une même famille, étaient de type B. Les poissons tropicaux de l'aquarium familial ont été identifiés comme facteur de risque. Ces poissons peuvent agir comme réservoir de la bactérie *Salmonella* Paratyphi et l'excréter en période de stress. Les aquariophiles devraient respecter [certaines précautions](#) afin de minimiser le risque de transmission à l'humain.

Les MADO entériques représentent toujours un fardeau non négligeable en Montérégie. Le portrait de l'année 2017 demeure globalement similaire à celui des années antérieures. Les enquêtes réalisées ont permis de faire ressortir des facteurs de risque inhabituels, d'où l'importance de poursuivre la surveillance des maladies entériques et de promouvoir certains comportements préventifs.



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.

Auteurs : Justine Derigaud-Choquette, Jasmine Frappier, Chanel Lafontaine, Camille Tétreault, externes en médecine de l'Université de Sherbrooke sous la supervision de Dre Céline Gariépy et Dre Christine Lacroix

Collaborateurs : Dre Manon Blackburn, Dr Éric Levac

Figures : Léonarda Da Silva

Mise en page : Barbara Bédard