

Le portrait de MADO

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTRÉGIE



Volume 6, no 9
Décembre 2018 — ISSN: 2291-9058

Zoonoses 2017

FAITS SAILLANTS

- En 2017, le nombre de cas déclarés de maladie de Lyme a presque doublé
- Le taux d'incidence de l'infection par le virus du Nil occidental en Montérégie est quatre fois plus grand que dans le reste du Québec
- Le principal facteur de risque d'acquisition du paludisme (malaria) est la visite de la famille et des amis en Afrique subsaharienne
- Même si aucun cas de rage n'est survenu chez les mammifères terrestres de la région, le risque demeure élevé pour des municipalités du sud de la Montérégie

LA MALADIE DE LYME : LE NOMBRE DE CAS A PRESQUE DOUBLÉ

L'expansion géographique du vecteur, la tique à pattes noires, se poursuit au Québec. En 2017, la maladie de Lyme s'accroît dans les régions au sud-ouest du Québec; la Montérégie et l'Estrie demeurent les régions sociosanitaires les plus touchées.

En un an, le nombre de cas déclarés de maladie de Lyme en Montérégie a presque doublé, passant de 56 cas en 2016 à 102 en 2017, représentant 31 % des cas du Québec. Le taux d'incidence s'élève à 7,3 cas pour 100 000 personnes en 2017 comparativement à 4,1 pour 100 000 en 2016.

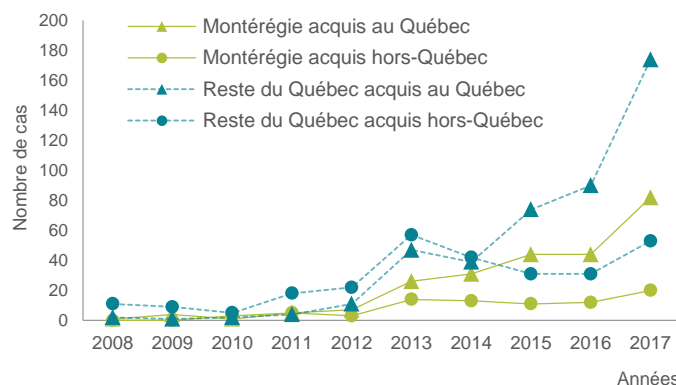
À l'image de la Montérégie, le Québec dans son ensemble a connu une augmentation substantielle du nombre de cas. En 2017, 329 cas ont été déclarés comparativement à 177 en 2016. Cela correspond en 2017 à un taux de 3,9 pour 100 000 personnes au Québec. Notons que 38 % des cas déclarés en 2017 résident en Estrie.

Majoritairement acquise en Montérégie

Parmi les cas déclarés en Montérégie en 2017 et pour lesquels le lieu d'acquisition est connu, la majorité de ceux-ci (80 %) ont acquis la maladie de Lyme au Québec. En excluant la Montérégie, une proportion relativement semblable des cas déclarés dans les autres régions du Québec (77 %) ont contracté l'infection dans la province (figure 1). Le nombre de cas ayant acquis l'infection hors Québec a légèrement

augmenté en Montérégie comme dans le reste du Québec, témoignant possiblement d'une meilleure connaissance de la maladie ou d'une meilleure vigilance clinique.

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 2017



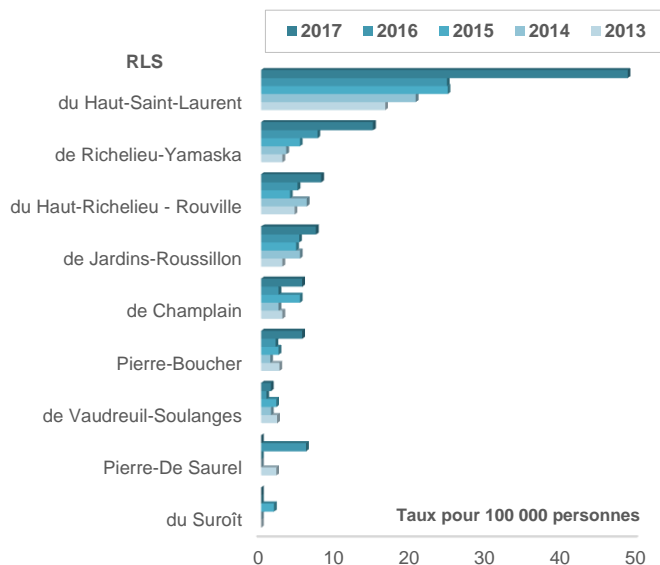
Source : Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), données extraites le 13 novembre 2018 pour 2017 et le 30 août 2017 pour 2016.

Tout comme en 2016, la grande majorité des cas déclarés en Montérégie en 2017 ont acquis l'infection dans la région (respectivement 68 % et 69 %). Toutefois, cette proportion s'avère plus élevée que celles observées en 2015 et 2014 (respectivement 60 % et 51 %), ce qui indique une transmission importante localement.

Le RLS du Haut-Saint-Laurent se démarque

En 2017, les taux d'incidence ont augmenté dans la majorité des territoires de RLS. Depuis plusieurs années, ce taux est nettement plus élevé chez les résidents du territoire de RLS du Haut-Saint-Laurent (figure 2).

Figure 2 - Taux d'incidence de la maladie de Lyme selon le territoire de RLS de résidence, Montérégie, 2013 à 2017



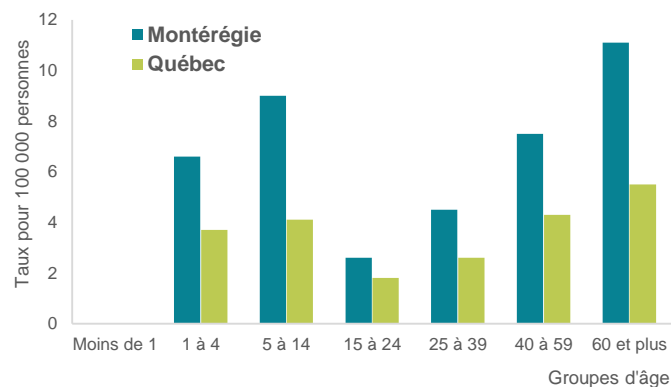
Source : Pour 2017 : Registre central MADO, exportation 25 juillet 2018; Estimations de population révisées annuellement (2011-2017). Institut de la statistique du Québec (ISQ), mise à jour 2018-03-28. Pour les autres années : Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), données extraites 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

Un peu plus de la moitié des cas déclarés en 2017 sont des hommes, tant en Montérégie (56 %) qu'au Québec (60 %).

Les taux d'incidence se révèlent particulièrement élevés chez les enfants de 5 à 14 ans et chez les personnes adultes de 60 ans et plus en 2017 (figure 3). La fréquence des activités extérieures pourrait expliquer ce portrait. En raison de leur nombre plus important au sein de la population, les adultes de 25 ans et plus regroupent la grande majorité des cas. Toutefois, depuis les dernières années, la proportion des personnes de 25 ans et moins augmente légèrement en Montérégie, passant de 15 % en 2015 à 22 % en 2017.

Figure 3 - Taux d'incidence de la maladie de Lyme selon le groupe d'âge, Montérégie et Québec, 2017



Source : Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), données extraites le 25 juillet 2017 (données 2017); estimations de la population révisées annuellement (2011-2017), Institut de la statistique du Québec, 28 mars 2017.

Infection : surtout de juin à septembre en Montérégie

En 2017, on observe un décalage d'environ un mois entre la date de début de la maladie et la date de déclaration. Les symptômes ont débuté entre avril et novembre; majoritairement durant les mois de juin à septembre. On sait que les expositions ont généralement lieu de 2 à 4 semaines avant le début de la maladie. Environ une personne malade sur quatre (23 %) rapporte une piqûre de tique évidente.

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

En 2017, les laboratoires ont déclaré une sérologie positive dans 57 % des cas, sensiblement plus qu'en 2016 (45 %). Un médecin est le premier déclarant dans 43 % des cas.

La majorité des cas déclarés en 2017 (56 %; 57/102) étaient diagnostiqués au stade localisé précoce. Il s'agit d'une hausse du nombre de cas bien que la proportion soit similaire à celle de 2016 (57 %; 32/56). Ils ont tous présenté un érythème migrant, souvent accompagné de fatigue et de fièvre (51 %) et un peu plus rarement de céphalées et de myalgies-arthralgies (44 %).

Les cas diagnostiqués à un stade disséminé (43 %; 44/102) présentaient différentes manifestations cliniques : un rash multiple (66 %), une atteinte articulaire franche (45 %), une paralysie faciale (32 %), d'autres atteintes neurologiques (32 %) ou une atteinte cardiaque (5 %). Un sur cinq évoquait la présence initiale d'une lésion cutanée compatible avec un érythème migrant avant l'épisode diagnostique. Cinq des 102 cas ont été hospitalisés pour de courts séjours.

Au moment de l'enquête de santé publique, le traitement avait déjà été prescrit chez 97 % des cas. Par ailleurs, parmi les 93 cas déclarés pour lesquels l'information est connue, 75 % avaient récupéré complètement.

Le praticien peut 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. Une formation interactive accréditée sur la prise en charge de la maladie de Lyme est disponible en ligne.

- <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>

INFECTION PAR LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL : ACTIVITÉ VARIABLE SELON LES ANNÉES

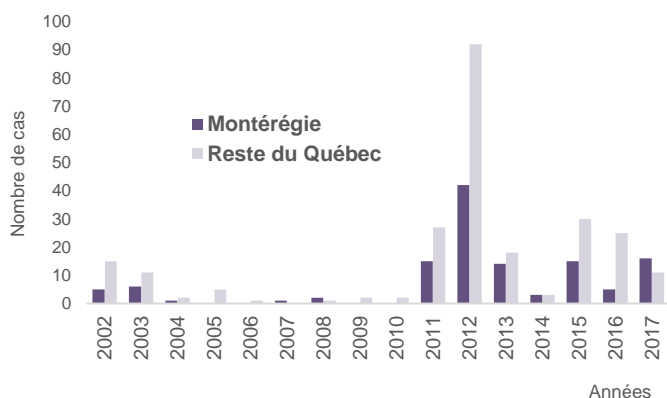
L'émergence de l'infection par le virus du Nil occidental (VNO) en 2002 et 2003 a été suivie d'une accalmie entre 2004 et 2010, puis d'une augmentation des cas entre 2011 et 2013, suivie d'une seconde hausse de 2015 à 2017.

En 2017, 16 cas ont été rapportés en Montérégie comparativement à 15 cas en 2015 et 5 cas en 2016 (figure 4). Ceci correspond à un taux d'incidence de 1,2 pour 100 000 personnes en Montérégie, ce qui est supérieur à celui observé dans le reste du Québec (11 cas; 0,3 pour 100 000).

Près des deux tiers des cas déclarés en 2017 sont des hommes (63 %) et l'âge médian s'élève à 65,5 ans. Tous les cas ont présenté une atteinte neurologique et 15 ont été hospitalisés pour une durée médiane de 12 jours.

Le début des symptômes ou la date de prélèvement du premier test positif chez les cas se situait entre le 1^{er} août et le 19 octobre, suggérant une exposition aux moustiques infectés entre la mi-juillet et le début d'octobre. Au moment de l'enquête de santé publique, plus de la moitié avait récupéré, complètement ou partiellement.

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 2017



Source : MSSS. Tableau des cas humains de virus du Nil occidental de 2002 à 2017 selon la région de résidence; consulté le 19 novembre 2018.
<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/zoonoses/virus-du-nil-occidental-vno/tableau-des-cas-humains-archives/>.

VIGIE EXPLORATOIRE DES AUTRES ENCÉPHALITES TRANSMISES PAR ARTHROPODES

Plusieurs arboviroses (maladies transmises par des piqûres de moustiques) sont d'intérêt pour la santé publique au Québec, puisque le moustique vecteur de la maladie y est présent. Outre le virus du Nil occidental (VNO), elles comprennent entre autres, les infections causées par les virus du sérotype Californie (VSC) dont les virus Jamestown Canyon (VJC) et snowshoe hare (VSSH), et le virus de l'encéphalite équine de l'Est (VEEE).

Au Québec, les encéphalites transmises par arthropodes (ETA) sont des maladies à déclaration obligatoire (MADO) lorsque les manifestations cliniques découlent d'une infection aiguë du système nerveux central (SNC). L'infection par le VNO doit être déclarée séparément.

Une vigie exploratoire a été instituée en 2017 à la demande du MSSS : une recherche sérologique pour le VJC et le VSSH a été réalisée conjointement à toute demande d'analyse pour le VNO reçue entre le 13 juillet et le 31 octobre 2017.

Pendant cette période, cinq cas de ETA non-VNO ont été déclarés en Montérégie. Trois ont 60 ans et plus. Tous ont eu un diagnostic de méningite, d'encéphalite ou de méningo-encéphalite. La plupart ont bien récupéré. Quatre cas ont été attribués au virus Jamestown Canyon et un au virus du sérotype Californie, sans précision. Il est parfois difficile de confirmer qu'il s'agit d'infections récentes spécifiquement causées par un VSC, les épreuves sérologiques n'étant pas concluantes (titres unique ou statique).

Information complémentaire : Flash Vigie - Virus sérotype Californie - Bilan de la vigie, 2017
http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/flashvigie/FlashVigie_vol13_no6.pdf.

PALUDISME : HAUSSE DES CAS EN MONTÉRÉGIE

Depuis quelques années, une hausse du nombre de cas déclarés de paludisme (malaria) est observée en Montérégie. Le taux d'incidence a augmenté de 0,7 pour 100 000 en 2007 à 1,5 pour 100 000 en 2017. Le même phénomène est observé au Québec.

En 2017, parmi les 21 cas déclarés en Montérégie, presque tous ont acquis l'infection en Afrique subsaharienne (20), sauf un l'ayant contracté dans un pays du sous-continent indien. La grande majorité des cas (18) ont été causés par le *Plasmodium falciparum*, l'espèce responsable de presque toutes les complications et les décès.

La majorité des cas ont été acquis durant un voyage (12 lors de visites à la famille ou aux amis et 4 chez des travailleurs), alors que 5 cas sont survenus chez des réfugiés ou des immigrants récemment arrivés au Québec.

Deux cas d'infections mixtes ont été rapportées : une co-infection *P. falciparum* et *P. ovale* et une co-infection *P. falciparum* et *P. malariae*. La co-infection peut rendre l'identification des espèces plus difficile à la microscopie. En cas de doute sur l'espèce en cause, il est recommandé de débiter un traitement efficace contre le *P. falciparum* en attendant la confirmation.

La plupart des cas (16) ont dû être hospitalisés pour des séjours variant de 2 à 21 jours. Bien que les informations sur les hospitalisations soient incomplètes, on note au moins un séjour aux soins intensifs et trois cas assez graves pour nécessiter un traitement intraveineux. Aucun décès n'a été rapporté.

Les voyageurs ayant contracté le paludisme n'ont pas consulté en clinique santé voyage avant leur départ ou ont refusé la chimioprophylaxie pour diverses raisons, dont l'achat de médicaments dans le pays visité, la crainte des effets secondaires et de fausses croyances sur la protection naturelle.

Rappel sur les clientèles à risque de contracter le paludisme : les voyageurs qui se rendent en Afrique subsaharienne, en particulier :

- Visites à la famille ou aux amis, en particulier les enfants.
- Travailleurs (ex. : gens d'affaires, travailleurs dans l'industrie minière qui doivent faire des séjours répétés dans les régions impaludées).

LA RAGE : encore de bonnes nouvelles au sud-ouest de la Montérégie, mais le risque élevé demeure le long de la frontière

En 2017, aucun cas de rage humaine n'a été déclaré. On retrouve toutefois de la rage chez les animaux. Au total, 13 animaux rabiques ont été confirmés au Québec. En Montérégie, seules quatre chauves-souris rabiques ont été découvertes. Ailleurs au Québec en 2017, neuf animaux rabiques ont été confirmés : quatre chauves-souris (régions différentes) ainsi que trois renards et deux chiens dans le Nord-du-Québec.

Aucun des quatre États frontaliers au sud du Québec n'a déclaré d'animaux rabiques à moins de 50 km de la frontière en 2017. Des opérations de contrôle ciblées des animaux de la faune en sol étatsunien pourraient expliquer cet éloignement géographique. Cependant, le [risque](#)¹ chez les mammifères terrestres, sauvages ou domestiques, demeure élevé pour des 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 plus éloignées de la frontière, le niveau de risque a été réduit et elles sont maintenant considérées à risque moyen de rage. Les autres municipalités du territoire du CISSS de Montérégie-Est ainsi que le RLS de Vaudreuil-Soulanges demeurent à risque faible.

Rappelons que la rage est endémique chez la chauve-souris dans tout le Québec et chez le renard dans le grand Nord.

Plusieurs [outils pour la gestion des morsures animales](#) sont disponibles en ligne².

¹ <https://www.inspq.gc.ca/zooses/rage>, (niveaux de risque de rage pour le sud du Québec carte et liste des municipalités)

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

AUTRES INFECTIONS TRANSMISES PAR LES ANIMAUX

En 2017, quatre cas de fièvre Q ont été déclarés chez des Montérégiens. Trois cas habitent sur ou à proximité d'une ferme et ont pu acquérir l'infection au contact d'animaux. Le quatrième réside en milieu urbain et la source n'a pu être identifiée. Au Québec, le *Coxiella burnetii* est endémique, particulièrement chez les ovins et les caprins, et à un degré moindre chez les bovins.

Deux des quatre cas de trichinose déclarés au Québec résident en Montérégie. Ces cas survenus à la fin de l'été sont associés à la consommation de viande d'ours insuffisamment cuite. Aucun cas de brucellose, de leptospirose, de tularémie ou de typhus n'a été rapporté en Montérégie tandis qu'au Québec, deux cas de brucellose et un cas respectivement de leptospirose, tularémie et typhus ont été déclarés en 2017.



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.

Auteur(s) : Dre Louise Lambert, Dre Sidonie Pénicaut, Dre Yen Bui, Dr François Milord
 Collaborateurs : Dre Céline Gariépy, Dre Manon Blackburn
 Figures : Léonarda Da Silva
 Mise en page : Barbara Bédard