

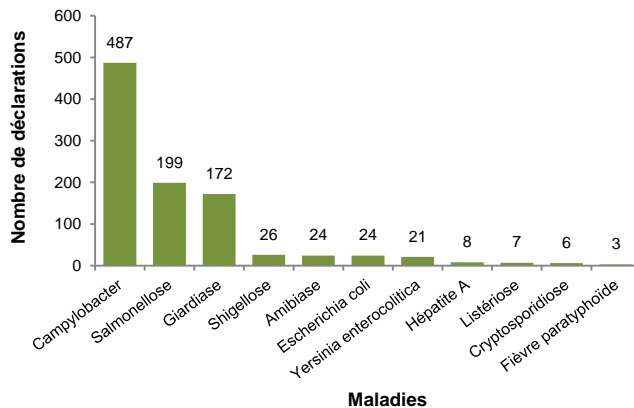
Maladies entériques : la vigilance demeure essentielle!

FAITS SAILLANTS

L'infection à *Campylobacter* occupe toujours le second rang des maladies à déclaration obligatoire. L'incidence de l'infection à *Escherichia coli* producteur de vérocytotoxine a augmenté en 2012 après avoir atteint en 2011 son taux le plus bas depuis 1990.

En 2012, 977 cas de maladies entériques ont été déclarés en Montérégie : 767 infections bactériennes (78,5 %), 202 infections parasitaires (20,7 %) et 8 infections virales (0,8 %). Les déclarations de maladies entériques représentent 18 % de l'ensemble des déclarations de maladies à déclaration obligatoire de la Montérégie en 2012.

Figure 1 – Nombre de déclarations de maladies entériques selon le pathogène impliqué, Montérégie, 2012



Source : Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 26 juin 2013.

CAMPYLOBACTER : TOUJOURS BON PREMIER

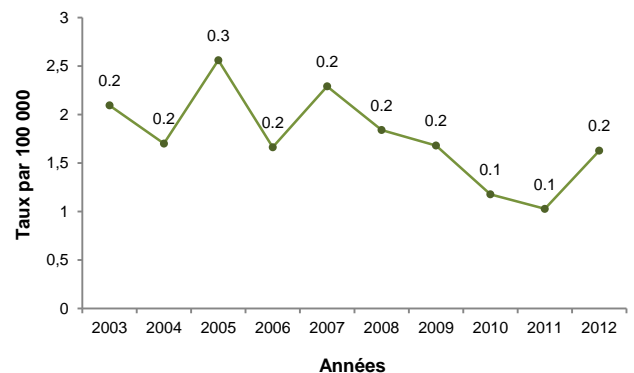
En 2012, 487 cas d'infection à *Campylobacter* ont été déclarés en Montérégie pour une incidence de 33 cas par 100 000 personnes. Après l'infection à *Chlamydia trachomatis*, la campylobactériose occupe le second rang des maladies à déclaration obligatoire les plus fréquentes, tant en Montérégie qu'au Québec.

Cette infection touche plus fréquemment les jeunes de 15 à 24 ans, de même que les personnes vivant en milieu rural.

REMONTÉE DU NOMBRE DE CAS D'INFECTION À *ESCHERICHIA COLI*

Les 24 cas d'infection à *Escherichia coli* producteur de vérocytotoxine déclarés en 2012 représentent une hausse de 60 % par rapport à 2011. Toutefois, cela correspond à la moyenne observée entre 2003 et 2011 (25 cas par an). Plus de 50 % des cas en 2012 ont été hospitalisés, mais on n'a déclaré aucun cas de syndrome hémolytique urémique. Cinq personnes ont contracté la maladie lors d'un voyage à l'extérieur du Canada.

Figure 2 – Taux d'incidence de déclarations d'infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine, Montérégie, 2003 à 2012



Source : Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 26 juin 2013. Les populations utilisées proviennent des projections démographiques calculées par l'Institut de la statistique du Québec, à partir des données du recensement 2006.

Sur les 24 cas d'infection à *Escherichia coli*, 19 sont de sérotype O157:H7; tandis que 5 appartiennent à d'autres sérotypes producteurs de vérocytotoxine (O111:H non mobile, O103:H6, O69:H non mobile). Seul le sérotype O157:H7 est identifié par l'ensemble des hôpitaux de la Montérégie. À l'hôpital Sainte-Justine, un test¹ est disponible pour identifier les vérocytotoxines, aussi appelées shigatoxines, produites par certaines bactéries *E. coli*. En 2012, pour une première fois, 5 enfants de la Montérégie ont reçu un diagnostic d'infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine non O157:H7.

Trois écloisions pancanadiennes d'infection à *E. coli* O157:H7 ont touché la Montérégie (Tableau 1). La première écloision, reliée à une exposition alimentaire à des produits de bœuf provenant de l'usine XL Foods en Alberta, a provoqué un important rappel de produits de bœuf à l'échelle canadienne.

Tableau 1 – Synthèse des écloisions pancanadiennes de maladies entériques comportant des cas en Montérégie, 2012

Agent pathogène impliqué	Nombre de cas			Source
	Montérégie	Province de Québec	Canada	
<i>E. coli</i> O157:H7 (pulsovar 826, lysotype 14a)	3	6	18	Exposition alimentaire à des produits de bœuf XL Foods
<i>E. coli</i> O157:H7 (pulsovar 826, lysotype 32)	2	9	23	Exposition alimentaire à de la laitue romaine
<i>E. coli</i> O157:H7 (pulsovar 999, lysotype 14a)	3	4	7	Inconnue
<i>Salmonella</i> Thompson (pulsovar 1)	3	23	73	Inconnue

Source : Dossiers de la Direction de santé publique de la Montérégie, consultés le 5 juillet 2013.

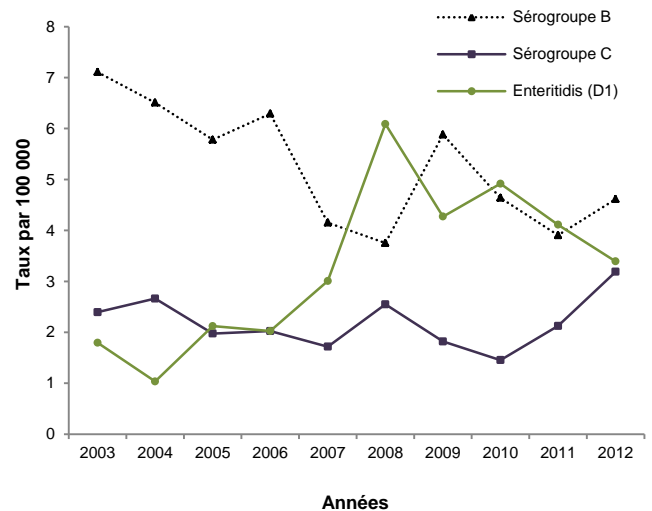
STABILITÉ DES TAUX D'INCIDENCE DE SALMONELLOSE, DE LISTÉRIOSE ET DE SHIGELLOSE

Avec 14 cas par 100 000 personnes en 2012, le taux d'incidence de la **salmonellose** reste stable en Montérégie et s'avère légèrement inférieur à celui du Québec (16 par 100 000). La salmonellose touche plus fréquemment les enfants de moins d'un an (49 par 100 000). Une écloision pancanadienne de *Salmonella* Thompson, un sérotype relativement rare appartenant au sérotype C, a été investiguée en 2012 (Tableau 1).

Après une hausse de 2008 à 2010, l'incidence de *Salmonella* Enteritidis est à la baisse depuis 2011 (Figure 3). La Direction de santé publique (DSP) de la Montérégie et le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) ont

investigué conjointement une écloision de *S. Enteritidis* de lysotype 8 et de pulsovar 5 survenue sur le territoire du CSSS Richelieu-Yamaska. Cinq des 12 personnes atteintes avaient fréquenté le même restaurant. Aucune source commune n'a pu être mise en évidence pour les 7 autres personnes.

Figure 3 – Taux d'incidence des déclarations de salmonelloses selon les trois principaux sérogroupes et sérotypes, Montérégie, 2003 à 2012



Source : Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 26 juin 2013. Les populations utilisées proviennent des projections démographiques calculées par l'Institut de la statistique du Québec, à partir des données du recensement 2006.

Sept cas sporadiques de **listériose** de pulsovars différents ont été déclarés en 2012 : quatre bactériémies, deux méningo-encéphalites et une infection des voies biliaires. Aucune source n'a pu être identifiée. Un cas est survenu chez une femme enceinte.

Concernant les 26 cas de **shigellose** déclarés en 2012, l'espèce est connue pour 24 cas : *flexneri* (12), *sonnei* (11) et *boydii* (1). Treize des 26 cas (50 %) ont acquis l'infection à l'extérieur du Canada. Deux cas sont survenus chez des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Parmi les 18 antibiogrammes disponibles, aucune souche n'était résistante à la ciprofloxacine.

Ces données rappellent l'importance de demander des cultures de selles devant un tableau clinique d'entérite bactérienne. De même, lorsqu'un clinicien suspecte une écloision, il doit le signaler à la Direction de santé publique qui investiguera et tentera d'identifier une source, s'il y a lieu.

¹ Il s'agit d'un test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN), plus précisément d'un PCR (« polymerase chain reaction » ou réaction en chaîne par polymérase).

PEU DE CHANGEMENT À L'ÉGARD DE LA GIARDIASE

Depuis les 10 dernières années, le taux d'incidence de la **giardiase** se maintient à peu près constant en Montérégie : en 2012, il s'élève à 12 par 100 000. Le CSSS de la Haute-Yamaska présente le taux le plus élevé (25 par 100 000), alors que le taux le plus bas se situe dans le CSSS du Suroît (4 par 100 000). La giardiase atteint plus fréquemment les enfants de 1 à 4 ans (31 par 100 000) et les adultes de 25 à 39 ans (26 par 100 000). Être parent d'un enfant qui fréquente une garderie fait partie des facteurs de risque d'acquisition de la giardiase.

DEUX TIERS DES CAS D'HÉPATITE A LIÉS AUX VOYAGES

Parmi les 8 cas d'**hépatite A** déclarés en 2012, 5 sont reliés à un voyage. Les 3 autres ont acquis l'infection au Québec, mais aucune source n'a été identifiée.

AUGMENTATION DES TOXI-INFECTIONS ALIMENTAIRES DÉCLARÉES

Avec 23 épisodes en 2012, le nombre de toxi-infections alimentaires déclarées a plus que doublé par rapport à l'année précédente. Cette augmentation s'explique en partie parce que, depuis la fin de 2011, le MAPAQ transmet aux DSP les signalements de toxi-infections alimentaires impliquant de deux à quatre personnes. Auparavant, seuls les signalements touchant 5 personnes et plus parvenaient aux DSP.

Les 23 toxi-infections ont touché 209 personnes. Dix-huit épisodes ont été liés à des établissements alimentaires et un à un camp de jour. Les quatre autres épisodes concernaient des repas consommés à la maison. La plus importante toxi-infection alimentaire de 2012 a frappé un camp de jour : on a recensé 66 malades parmi les 463 personnes exposées. Les enfants de ce camp de jour avaient participé à une activité où ils préparaient de la nourriture qu'ils consommaient par la suite.

AUTEURS : Dre Céline Gariépy et Dr Éric Levac

- Figures : Léonarda Da Silva
- Collaboration : Dre Manon Blackburn, Louise de la Boissière, Dre Patricia Hudson, Dre Christine Lacroix et Dre Marie St-Amour
- Révision et mise en page : Sandya Mohabeer