



## Vigie – Interventions

### Maladie de Lyme : une maladie en progression au Québec

La maladie de Lyme (ML) est causée par une bactérie (*Borrelia burgdorferi*) qui se transmet par la piqure d'une tique infectée. La tique *Ixodes scapularis*, le principal vecteur de *Borrelia burgdorferi*, est communément appelée « tique à pattes noires » ou « tique du chevreuil ».

La maladie se présente généralement en trois stades cliniques plus ou moins juxtaposés ou entrecoupés de périodes de latence. L'évolution clinique est variable d'un individu à l'autre. Il peut y avoir des manifestations cutanées (érythème migrant), musculo-squelettiques, cardiaques, neurologiques ou oculaires. Certaines manifestations cliniques peuvent évoluer vers la chronicité.

**Transmission de la maladie de Lyme.** On trouve la tique *I. scapularis* dans les forêts, les boisés et les herbes hautes. Pour transmettre la maladie, la tique doit être infectée. Le risque de contracter la maladie est faible si la tique reste accrochée à la peau moins de 24 heures, mais il augmente si la tique reste accrochée plus longtemps. Il faut donc retirer la tique de la peau le plus rapidement possible. Les personnes qui ont déjà eu la maladie de Lyme peuvent la contracter de nouveau. La maladie de Lyme ne se transmet pas d'un animal infecté à l'humain ni lors d'un contact entre deux personnes.

**Diagnostic.** Le diagnostic de la maladie de Lyme repose principalement sur les signes et symptômes cliniques et sur l'histoire d'exposition possible à des tiques lors d'activités extérieures dans une zone où la tique a déjà été détectée. Les tests de laboratoire peuvent aider à diagnostiquer la maladie de Lyme, en particulier dans le cas des patients ayant des symptômes moins caractéristiques. L'analyse sérologique est la technique de diagnostic la plus couramment utilisée. Au Québec, l'algorithme d'analyse utilisé pour le diagnostic de la maladie de Lyme est celui que préconisent le réseau des laboratoires de santé publique du Canada et les Centers for Disease Control (CDC) aux États-Unis. Cet algorithme a été élaboré à la suite d'études scientifiques et selon les recommandations de médecins et d'experts. L'algorithme d'analyse est une approche diagnostique qui comporte deux tests de laboratoire, soit une détection des anticorps dirigés contre *B. burgdorferi* par une épreuve immuno-enzymatique sensible de type ELISA suivie, en présence d'un résultat

positif ou indéterminé, par une épreuve spécifique de type *Western blot* pour confirmation.

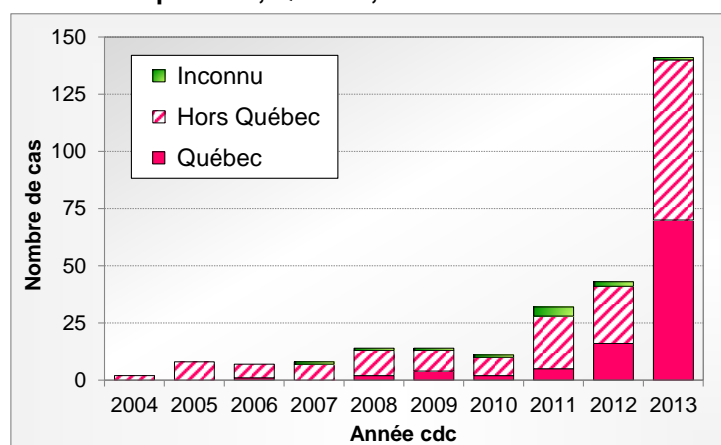
**Traitement.** Un traitement est indiqué dès que la personne exposée présente des symptômes. La maladie de Lyme se soigne à l'aide d'un traitement antibiotique. La nature du traitement et sa durée dépendent du stade de l'infection et des atteintes cliniques.

Au Québec, compte-tenu qu'on estime que la prévalence du *B. burgdorferi* chez les populations de tiques établies localement est inférieure à 20 %, un traitement préventif n'est pas indiqué pour les personnes chez qui la présence d'une tique a été détectée.

### Épidémiologie de la maladie de Lyme au Québec.

La maladie de Lyme est une maladie à déclaration obligatoire (MADO) depuis novembre 2003. Depuis 2011, on observe une nette progression du nombre de cas humains déclarés et de la proportion de cas qui ont acquis la maladie au Québec. Ainsi, de 2004 à 2010, le nombre de cas humains de ML a varié de 2 à 14 (médiane de 8 cas par an), et les cas étaient le plus souvent acquis à l'extérieur de la province. Au cours des trois dernières années, soit de 2011 à 2013, le nombre de cas annuels est passé de 32 à 141 et la proportion de cas acquis au Québec, de 16 % à 50 %<sup>1</sup> (figure 1).

**Figure 1**  
Évolution du nombre de cas de maladie de Lyme selon le lieu d'acquisition, Québec, années cdc 2004 à 2013



Source : Bureau de surveillance et de vigie à partir de la liste des cas, Infocentre du Québec (INSPQ), extraction MADO du 2 juin 2014.

1. Cette proportion varie de 18 % à 50 % lorsque établie sur le nombre de cas pour lesquels l'information est connue.

Les données de 2013 montrent que la grande majorité de ces cas (84 %) auraient acquis l'infection dans la région de la Montérégie (tableau 1).

L'augmentation de la déclaration du nombre de cas de ML s'explique principalement par l'émergence et l'installation de la tique vectrice au Québec en raison, notamment, des changements climatiques. Des hivers généralement moins froids favoriseraient une meilleure survie de la tique. De plus, une plus grande sensibilité de la définition nosologique en vigueur depuis 2011<sup>2</sup> jumelée à une vigilance rehaussée des cliniciens à la suite des appels à la vigilance faits par certaines régions sont des biais de surveillance qui peuvent aussi avoir eu une influence sur le nombre de déclarations rapportées au cours des dernières années.

**Tableau 1**  
**Distribution (N, %) des cas de maladie de Lyme selon le lieu d'acquisition, Québec, année cdc 2013 et période cdc 2004-2012**

Lieu d'acquisition	N	%	%
<b>ANNÉE cdc 2013</b>	<b>141</b>		<b>100%</b>
<b>Acquis au Québec</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>	<b>50%</b>
Montérégie	59	84%	
Lanaudière	2	3%	
Estrie	2	3%	
Laurentides / Montérégie	1	1%	
Abitibi-Témiscamingue / Montérégie	1	1%	
Région inconnue	5	7%	
<b>Acquis hors Québec</b>	<b>70</b>		<b>50%</b>
Lieu d'acquisition inconnu	1		1%
<b>PÉRIODE cdc 2004-2012</b>	<b>139</b>		<b>100%</b>
<b>Acquis au Québec</b>	<b>30</b>		<b>22%</b>
<b>Acquis hors Québec</b>	<b>99</b>		<b>71%</b>
Lieu d'acquisition inconnu	10		7%

Source : Bureau de surveillance et de vigilance à partir de la liste des cas, Infocentre du Québec (INSPQ), extraction MADO du 2 juin 2014.

**Surveillance de la maladie de Lyme.** Il existe actuellement deux objets de surveillance pour la ML au Québec : les cas humains et les tiques.

La surveillance des cas humains vise à cerner les populations, les régions et les périodes présentant les risques d'acquisition de la maladie les plus élevés et à préciser la présentation clinique de la maladie. Cette surveillance se fait de manière continue au cours de l'année

au moyen des MADO : les cas sont rapportés par les laboratoires ou les médecins aux autorités de santé publique, lesquelles sont responsables de faire les enquêtes épidémiologiques.

La surveillance des tiques comprend deux volets. Le premier consiste en la surveillance passive des tiques d'origine animale et humaine. Ce programme est implanté depuis plusieurs années au Québec. Il permet de collecter des données sur la progression géographique des tiques *I. scapularis* dans la province et de vérifier la proportion de tiques infectées par *B. burgdorferi*. Les tiques proviennent de cliniques médicales et vétérinaires et sont acheminées au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) qui identifie les tiques et les soumet à des tests de dépistage de pathogènes.

Le second volet, la surveillance active, est la recherche active de tiques dans certains environnements. Il consiste à prélever de manière systématique des échantillons de tiques dans des environnements déterminés à l'aide d'une flanelle. Toutes les analyses de tiques sont effectuées au LSPQ, qui peut recevoir jusqu'à 2 000 tiques par année pour analyse.

L'analyse de la tique sert aux fins de surveillance uniquement, et non aux fins de diagnostic ou de traitement.

**Surveillance des tiques au Québec.** Afin de comprendre la notion d'installation d'une tique dans une région, il convient de revenir sur le développement du vecteur. Les tiques ont trois stades de développement : larve, nymphe et adulte. À chacun des stades de son développement, la tique doit prendre un repas sanguin sur un hôte, animal ou humain, pour pouvoir passer au stade suivant. Le cycle de développement de la tique dure habituellement deux ans; les œufs sont pondus au printemps et donnent naissance à des larves qui se nourriront de sang pour la première fois vers la fin de l'été. La période d'activité des tiques s'étend ainsi d'avril à novembre.

La présence des trois stades de développement de la tique indique que celle-ci est installée dans une zone donnée. C'est ainsi qu'au Québec, la présence de populations de tiques *I. scapularis* établies et infectées par *B. burgdorferi* a pu être confirmée dans les zones suivantes : une grande partie de la Montérégie, le sud-ouest de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et le nord de l'Estrie. Par ailleurs, les données de surveillance passive laissent croire que les tiques sont présentes dans plusieurs autres régions au Québec.

**Les interventions pour 2014.** Compte tenu de la recrudescence des cas de tiques infectées au Québec et de l'augmentation du nombre de cas humains, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et les directions régionales de santé publique

2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec. Définitions nosologiques. Maladies d'origine infectieuse*, 9<sup>e</sup> éd., Québec, Direction générale de la santé publique, 2012, 123 p. + annexes.

(DRSP), a prévu des interventions pour la ML pour la saison 2014, comprenant un volet surveillance et un volet communication.

Le volet surveillance vise :

- à bonifier les activités de surveillance des tiques *I. scapularis* afin de mieux caractériser l'extension de leur installation sur le territoire québécois, d'estimer la proportion de tiques infectées et de définir les zones présentant un risque d'exposition;
- à poursuivre la surveillance des cas humains afin de collecter des données sur l'évolution du nombre de cas et certaines caractéristiques épidémiologiques (âge, sexe, lieu d'acquisition).

Afin de bonifier la surveillance des tiques au Québec, il est recommandé de poursuivre la surveillance passive des tiques par l'analyse des tiques retrouvées chez les humains et les animaux, particulièrement dans les régions où l'installation de la tique n'est pas confirmée. Dans les zones où la tique est installée, l'analyse des tiques d'origine animale pourrait être délaissée, comme c'est le cas depuis 2009 en Montérégie.

De plus, une surveillance active sera mise en place dans des zones où la tique est établie et dans des zones présentant des caractéristiques favorables à l'établissement de la tique vectrice de la ML. La surveillance active et passive permettra de déterminer l'expansion de la tique au Québec et la proportion de tiques infectées.

Puisque la présence de vecteurs potentiels de la maladie de Lyme a été détectée en Montérégie, dans le nord de l'Estrie et dans le sud-ouest de la Mauricie et du Centre-du-Québec, les activités de communication cibleront plus particulièrement les personnes qui pratiquent des activités extérieures (dans les boisés, dans les forêts et près des herbes hautes) dans ces zones à risque. La maladie de Lyme étant en émergence au Québec, les objectifs de communication viseront :

- à augmenter la connaissance de la maladie, de ses symptômes et de son mode de transmission;
- à faire connaître les mesures de protection personnelle;
- à informer sur les mesures à prendre en cas de piqûre.

Pour plus d'information, la [page Web sur la maladie de Lyme](#) de la section pour les professionnels de la santé a été mise à jour et il est également possible de consulter le Guide d'intervention sur la maladie de Lyme mis à jour en septembre 2013. Les mesures de protection personnelle sont quant à elles disponibles sur le [Portail santé mieux-être](#).

**Auteurs :** Colette Gaulin, Marie-Andrée Leblanc, France Markowski et Louise Valiquette de la Direction de la protection de la santé publique (MSSS) ; Mélanie White de la Direction des communications (MSSS).

**Avec la collaboration de :** Danielle Auger et Marlène Mercier de la Direction de la protection de la santé publique (MSSS).

---

**Flash Vigie** est un bulletin d'information diffusé le quatrième jeudi de chaque mois. Il a pour but de rapporter des faits ou des problèmes liés aux maladies infectieuses, à la santé environnementale et à la santé au travail. Au Québec, la vigie et la surveillance dans ces domaines s'appuient sur diverses sources de données et demandent notamment la collaboration des directions régionales de santé publique et de l'Institut national de santé publique du Québec. Nous tenons ici à remercier tous ces acteurs pour leur précieuse collaboration.

**Flash Vigie** est produit par le Bureau de surveillance et de vigie de la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Pour en savoir plus ou pour nous faire part de vos commentaires, communiquez avec France Markowski, à l'adresse : [france.markowski@msss.gouv.qc.ca](mailto:france.markowski@msss.gouv.qc.ca). Lien pour télécharger gratuitement le [Flash Vigie](#).

Les données du fichier provincial MADO reposent sur les déclarations faites aux directions régionales de santé publique et, de ce fait, l'incidence réelle des maladies visées par cette déclaration peut être sous-estimée.

**Tous droits réservés pour tous pays.** La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

---