

L'ACTIVITÉ GRIPPALE EST TOUJOURS ÉLEVÉE AU QUÉBEC : LE PIC DE LA GRIPPE A (H1N1) EST PASSÉ

FAITS SAILLANTS

QUÉBEC

Indice d'activité grippale : élevé, avec une tendance à la baisse

Pour la semaine se terminant le 15 février 2014 (CDC 07) :

- Le pourcentage des appels à Info-Santé pour un syndrome d'allure grippale (SAG)¹ est de 1,6 % ($n = 629$) ; il est à la baisse, mais il se situe au-dessus des valeurs attendues depuis six semaines.
- Le pourcentage des consultations pour un SAG dans les urgences du Québec est de 5,9 % ($n = 4\,243$) et est lui aussi à la baisse.
- Le pourcentage des tests positifs pour l'influenza atteint 21 % et est stable (voir le graphique 1) :
 - 496 cas de grippe A et 151 cas de grippe B ont été détectés par les laboratoires sentinelles.
- Le pourcentage des tests positifs pour le virus respiratoire syncytial (VRS) est de 13 % et est stable (voir le graphique 2).
- Le nombre d'éclosions de grippe dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) rapportées par les directions de santé publique est de un ; cette éclosion est attribuable à l'influenza B.

Du 25 août 2013 au 15 février 2014, 4 643 cas de grippe A et 891 cas de grippe B ont été identifiés par les laboratoires sentinelles. Parmi les cas de grippe A, le sous-type de 582 souches (12 %) a été déterminé ; 579 sont de sous-type A(H1N1) et 3, de sous-type A(H3N2). La grippe A (H1N1) demeure donc la souche prédominante cette saison.

Au Québec, bien que le nombre de cas de grippe A le plus élevé s'observe chez les 20-49 ans (44 % des cas), le taux d'incidence le plus élevé concerne les enfants âgés de moins de 2 ans, suivi par ceux de 2 à 4 ans². Il semble que les personnes âgées de 70 ans et plus risquent moins de contracter la grippe A (H1N1) que la grippe A(H3N2) ou la grippe B. Par ailleurs, peu d'éclosions de grippe survenues dans les CHSLD ont été rapportées pour la saison en cours ($n = 42$), par comparaison aux totaux des trois dernières saisons (150 en 2010-2011, 51 en 2011-2012 et 282 en 2012-2013).

Projet d'étude de la morbidité hospitalière au Québec³

Du 5 janvier au 8 février 2014, les centres hospitaliers qui participent au projet d'étude de la morbidité hospitalière au Québec ont rapporté 101 cas de grippe A (H1N1) parmi 391 patients hospitalisés ayant un SAG (26 %). Les plus fortes proportions de cas de grippe A (H1N1) s'observent chez les 18-44 ans et les 45-54 ans, 40 % des prélèvements faits sur les patients de ces groupes d'âge s'étant révélés positifs. Pour ces 101 cas, on note quatre admissions aux soins intensifs (SI) et deux décès. Les admissions aux SI concernent des patients âgés de 18-44 ans ($n = 1$), de 45-54 ans ($n = 1$) et de 65-74 ans ($n = 2$), alors que les patients étant décédés avaient entre 65 et 74 ans.

Au cours des huit semaines du pic de la saison 2012-2013, 8 % des cas de grippe hospitalisés ont été admis aux SI et 3,8 % sont décédés. Les proportions étaient de 13 % et de 1,6 %, respectivement, au cours des dix semaines du pic de la saison précédente (2011-2012)⁴.

1. Le syndrome d'allure grippale (SAG) peut être attribuable à d'autres virus respiratoires que celui de l'influenza.

2. Selon les données des laboratoires sentinelles.

3. Ce projet repose sur la participation de quatre centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) où la population pédiatrique et adulte est représentée.

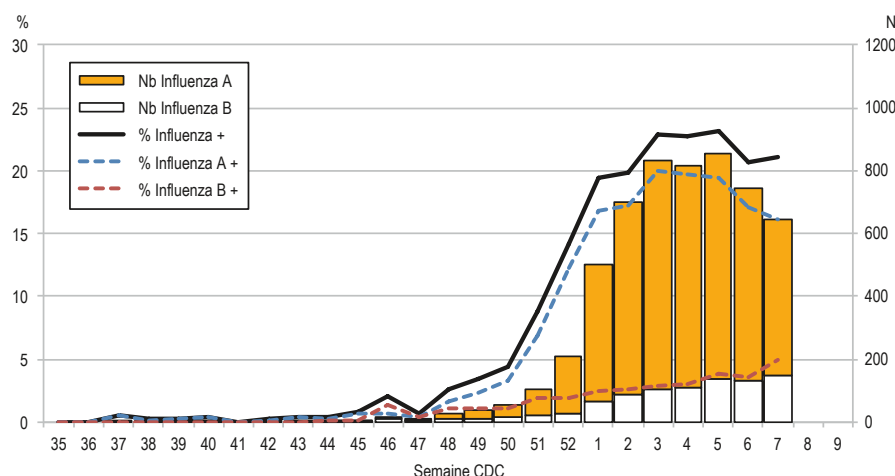
4. Les données sur les admissions aux soins intensifs et les décès considèrent les patients pour lesquels l'information est disponible.

Contexte

La surveillance de la grippe saisonnière et des autres virus respiratoires repose sur la surveillance virologique assurée par le réseau des laboratoires sentinelles, la surveillance des SAG (d'après les appels au service Info-Santé et les consultations dans les urgences, auprès des groupes de médecine de famille sentinelles et dans les centres de santé des régions nordiques), la surveillance des éclosions dans les CHSLD, la surveillance des admissions pédiatriques ainsi que la surveillance des pneumonies et de l'influenza dans les centres hospitaliers du Québec.

GRAPHIQUE 1

Nombre et pourcentage de tests positifs pour l'influenza rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec, saison 2013-2014



Source : Système intégré de vigilie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 18 février 2014.

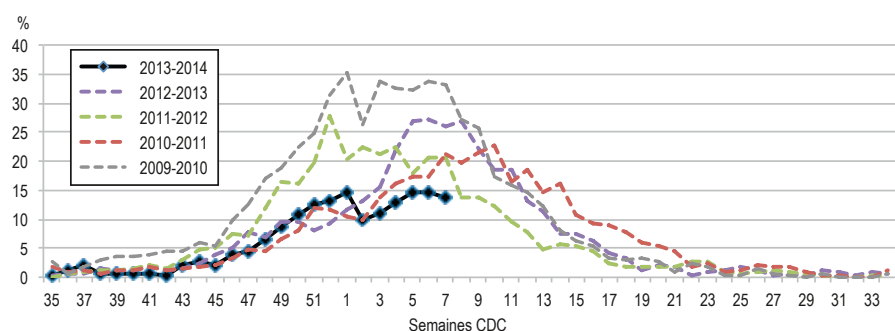
L'activité grippale est élevée, avec une tendance à la baisse.

Pour la semaine se terminant le 15 février (CDC 07), 647 cas d'influenza – soit 496 de type A et 151 de type B – ont été identifiés (21 % de tests positifs).

Globalement, le nombre de cas de grippe est à la baisse et le pic de la grippe A(H1N1) est passé.

GRAPHIQUE 2

Pourcentage des tests positifs pour le VRS rapporté par les laboratoires sentinelles du Québec, saisons 2009-2010 à 2013-2014



Source : Système intégré de vigilie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 18 février 2014.

Le pourcentage des tests positifs pour le VRS est stable au Québec. Jusqu'à maintenant, ce pourcentage est le plus faible depuis les douze dernières années.

Note : Seules les quatre saisons précédentes sont présentées ici.

ACTIVITÉ GRIPPALE AU CANADA

Au Canada, l'activité grippale est demeurée à la baisse au cours de la semaine se terminant le 8 février. L'influenza A (H1N1) demeure le sous-type prédominant, représentant 95 % des sous-types d'influenza A identifiés au cours de cette semaine. Du 25 août 2013 au 8 février 2014, 450 hospitalisations pédiatriques ont été rapportées par le réseau IMPACT; 426 étaient attribuables à l'influenza A et 24, à l'influenza B. Près de 80 % des hospitalisations attribuables à l'influenza A concernent des enfants

de moins de 5 ans et la moitié, des enfants de moins de 2 ans. Parmi les 450 hospitalisations pédiatriques, 67 admissions aux soins intensifs ont été rapportées (15 %). La distribution des admissions aux soins intensifs par groupe d'âge est similaire à celle qui a été établie pour l'ensemble des hospitalisations pédiatriques.

Enfin, mentionnons que la plupart des souches grippales circulant au Canada sont analogues aux composantes vaccinales. En date du 13 février, le Laboratoire national de microbiologie, situé à Winnipeg, en a caractérisé 894 (dont 228 provenant du Québec). Toutes les souches d'influenza A (H1N1 et H3N2) et 90 % des souches d'influenza B sont analogues aux souches du vaccin antigrippal 2013-2014.

LE VACCIN ANTIGRIPPAL PRÉVIENT 74 % DES CONSULTATIONS POUR LA GRIPPE A(H1N1)

Bien que la grippe A (H1N1) ait été détectée chaque année depuis 2009, c'est la première saison depuis lors où elle constitue la grande majorité des virus influenza circulants. Ce phénomène s'observe non seulement au Québec, mais aussi dans tout le Canada et aux États-Unis. Malgré les mutations du virus identifiées depuis 2009, le vaccin a fourni une protection substantielle (74 %), réduisant des trois quarts le risque de consultations pour une grippe A (H1N1).

Ces résultats ont été obtenus auprès des réseaux sentinelles de cinq provinces canadiennes, dont fait partie le réseau des groupes de médecine de famille (GMF) du Québec⁵.

VIRUS RESPIRATOIRES ÉMERGENTS DANS LE MONDE

Influenza A (H7N9) : un premier cas en Malaisie

Jusqu'ici, presque tous les cas d'infections humaines causées par le virus H7N9 ont été rapportés par les autorités de la Chine. Cinq cas ont été rapportés par Hong Kong (Chine) et un cas a déjà été rapporté par Taïwan. Le 17 février 2014, en Malaisie, le ministre de la Santé rapportait le premier cas humain d'infection par le H7N9 survenu dans son pays. Ce cas est une femme de 67 ans ayant voyagé dans la province chinoise de Guangdong.

En date du 18 février, 353 cas d'infections humaines causées par le virus H7N9 ont été rapportés à l'OMS (voir le graphique 3). Globalement, la létalité associée à ce virus se situerait entre 20 % et 30 %. Bien que quelques cas d'infections bénignes aient été rapportés, la présentation clinique demeure principalement une progression rapide vers une pneumonie sévère.

Une étude récente estime la période d'incubation médiane du H7N9 à 5,5 jours (intervalle, 1 à 10 jours)⁶. Cet intervalle est moins étendu que celui précédemment estimé (1 à 15 jours)⁷.

L'OMS recommande aux voyageurs visitant des pays où des éclosions de grippe aviaire sont rapportées⁸ d'éviter :

- les fermes avicoles et les contacts avec des animaux présents dans les marchés de volailles vivantes ;
- les endroits où s'effectue l'abattage des volailles ;
- les endroits qui semblent contaminés par les fèces de volailles ou d'autres animaux.

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) considère que le risque, pour un Canadien, de contracter l'infection est faible.

Au Québec, les recommandations relatives à la surveillance et à la gestion des cas et des contacts de maladies respiratoires sévères (MRS) ont été formulées au cours de l'été 2013⁹.

5. D. Skowronski *et al.*, « Interim estimates of 2013/14 vaccine effectiveness against influenza A (H1N1)pdm09 from Canada's sentinel surveillance network, January 2014 », *Eurosurveillance*, vol. 19, n° 5, 6 février 2014, [En ligne], [www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20690].

6. Q. Li *et al.*, « Epidemiology of human infections with avian influenza A (H7N9) virus in China », *N Engl J Med*, vol. 370, 6 février 2014, [En ligne], [www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1304617].

7. H.-N. GAO *et al.*, « Clinical findings in 111 cases of influenza A (H7N9) virus infection », *N Engl J Med*, vol. 368, 13 juin 2013, [En ligne], [www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1305584].

8. La liste des pays pour lesquels une vigilance est recommandée est présentée dans la veille épidémiologique, consultable à l'adresse Web suivante : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/.

9. Voir la section du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/.

Influenza A (H5N1) : le cas d'influenza A (H5N1) déclaré par le Canada pourrait être associé aux marchés de volailles illégaux

Des chercheurs chinois suggèrent que le cas d'influenza A (H5N1) rapporté par le Canada pourrait avoir contracté l'infection par l'entremise d'un marché illégal de volailles vivantes, à Beijing¹⁰. La source de l'infection demeure un mystère car la personne est demeurée à Beijing pendant tout son voyage, le H5N1 n'y est plus détecté depuis un certain temps et elle n'aurait pas eu de contact avec des oiseaux vivants au cours de son séjour.

Influenza A (H10N8) : un troisième cas rapporté par la Chine

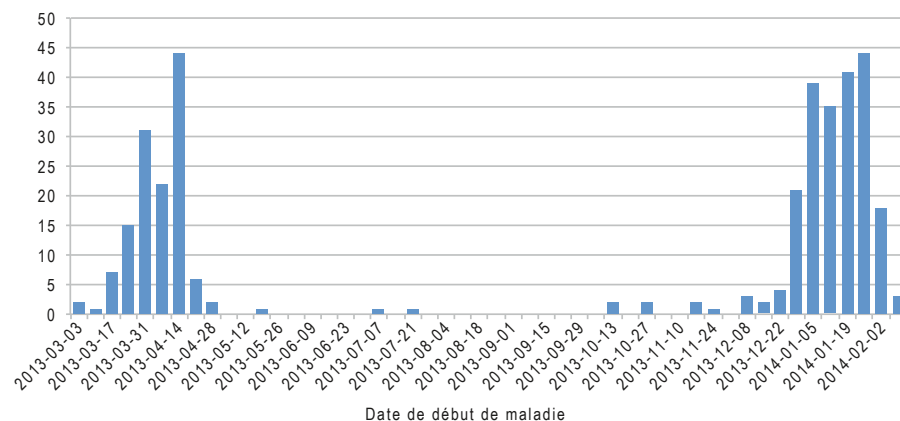
Le 13 février 2014, la Chine rapportait un cas humain infecté par le H10N8 : un homme de 75 ans, présentant une condition sous-jacente et ayant rapporté une exposition à de la volaille vivante. Il a été hospitalisé le 4 février et est décédé le 8 février. C'est le troisième cas à être rapporté à l'OMS depuis le 17 décembre 2013.

Les trois cas viennent de la même province chinoise (Jiangxi) et ont tous rapporté avoir eu un contact avec de la volaille vivante ou avoir visité un marché agricole. Les cas sont âgés entre 55 et 75 ans.

L'OMS souligne que la détection des cas humains infectés par le virus de la grippe aviaire A(H10N8) pourrait résulter de l'augmentation de la surveillance effectuée en Chine. Bien que la prévalence de ce virus parmi la volaille soit inconnue, on peut s'attendre à ce que des cas d'infection sporadiques surviennent dans la population humaine si le virus circule parmi une population d'oiseaux à laquelle l'humain est exposé¹¹.

GRAPHIQUE 3

Nombre de cas humains de grippe A (H7N9) confirmés,
rapportés hebdomadairement à l'OMS depuis 2013



Note : Les cas dont la date du début de la maladie n'est pas connue sont répartis selon la date de déclaration à l'OMS.

Source : OMS, 18 février 2014.

9. Voir la section du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/.

10. Selon le numéro du *Journal of Infection* mis en ligne le 3 février 2014 [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163445314000309].

11. Voir le rapport *Influenza at the Human-Animal Interface* daté du 20 décembre 2013, consultable sur le site Web de l'Organisation mondiale de la santé, à l'adresse suivante : www.who.int/influenza/human_animal_interface/HAI_Risk_Assessment/en/index.html.

RECOMMANDATIONS

Vaccination

Vaccin trivalent contre la grippe saisonnière (saison 2013-2014): le virus de la grippe A (H1N1) est inclus dans le vaccin

Le vaccin contre la grippe saisonnière offert en 2013-2014 dans l'hémisphère Nord contient les souches analogues à A/California/07/2009 (H1N1), A/Victoria/361/2011 (H3N2) et B/Massachusetts/2/2012. Étant donné les changements antigéniques de la souche A/Victoria/361/2011, la souche A/Texas/50/2012 est la composante d'influenza A (H3N2) incluse dans le vaccin.

Campagne de vaccination

Le pic d'influenza A étant passé, l'offre systématique de la vaccination à l'ensemble des personnes ciblées par le programme de vaccination contre l'influenza n'est plus recommandée pour la présente saison. Toutefois, afin de prévenir les complications de l'influenza B, cette recommandation est maintenue pour les personnes nouvellement admises dans un CHSLD qui n'auraient pas bénéficié de l'offre de la vaccination pour la présente saison. Des doses de vaccins demeurent disponibles dans les régions pour répondre à la demande des personnes ciblées par le programme de vaccination gratuite ou pour des besoins particuliers (ex. contrôle d'éclosion d'influenza en établissement).

Flumist® chez les jeunes de 2 à 17 ans

Comme le vaccin intranasal Flumist® est le vaccin recommandé pour les enfants ne présentant pas de contre-indication, le ministère de la Santé et des Services sociaux offre gratuitement ce vaccin aux enfants et aux adolescents âgés de 2 à 17 ans ciblés par le programme, soit ceux qui sont atteints de maladies chroniques (sans être immunosupprimés) ou ceux qui sont des contacts domiciliaires de personnes pour qui le risque de complications est élevé.

Vaccination des travailleurs de la santé

Des stratégies relatives à la promotion de la vaccination auprès des travailleurs de la santé doivent être mises en œuvre chaque année, dans chaque établissement, afin que soit atteint l'objectif de couverture vaccinale fixé à 80 %.

Gestion des éclosions dans les milieux de soins

Des recommandations pour la prévention et le contrôle de la grippe saisonnière dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ont été formulées par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) en 2012. Elles sont consultables à partir du lien hypertexte suivant : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1391_MesuresPrevControleGrippeSaisonCHSGS.pdf.

Le guide portant sur les recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les CHSLD a été révisé en 2013 et il peut être obtenu auprès des directions de santé publique. Il est nécessaire de faire confirmer les éclosions de grippe par un test TAAN (ex. : RT-PCR); le LSPQ a fait une offre de service qui est consultable à l'adresse suivante :

www.inspq.qc.ca/lspq/services_laboratoire/analyses.asp?Page=3b&S=t&Lettre=l.

De plus, des précisions portant sur ces deux guides ont été apportées par le CINQ dans le document intitulé *Précisions sur la gestion d'une éclosion majeure de grippe saisonnière nosocomiale en milieu de soins*, consultable à l'adresse suivante :

www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1727_PrecGestionEcloMajGrippeSaisonNosoMilieuxSoins.pdf.

Surveillance des manifestations cliniques inhabituelles survenant à la suite de la vaccination

Au Québec, la surveillance des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) survenant à la suite de l'administration d'un vaccin s'effectue par les directions de santé publique de chacune des régions sociosanitaires, qui rapportent ensuite les MCI au bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce programme de surveillance s'inscrit dans celui de l'ASPC et de l'OMS. Cette déclaration est régie par l'article 69 de la Loi sur la santé publique, qui stipule qu'un médecin ou un infirmier doit déclarer au directeur de santé publique régional les MCI qu'il soupçonne avoir un lien avec un vaccin administré.

Pour plus de renseignements : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mci/.

Surveillance des effets indésirables des antiviraux

Le programme Canada Vigilance, de Santé Canada, permet de recueillir et d'évaluer les effets indésirables des produits de santé (produits pharmaceutiques, biologiques ou radiopharmaceutiques et produits de santé naturels) commercialisés au Canada. Les bureaux régionaux de Canada Vigilance recueillent les déclarations et les transmettent au bureau national de Canada Vigilance.

Pour plus de renseignements : www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/report-declaration/index-fra.php.

RECOMMANDATIONS (suite)

Anticorps monoclonaux contre le virus respiratoire syncytial : palivizumab (Synagis^{MD})

Le virus respiratoire syncytial (VRS) circule au Québec, où l'on a identifié 13 % de tests positifs au cours de la semaine du 9 février 2014. En ce qui concerne la prophylaxie des infections à VRS, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux recommande que le palivizumab soit utilisé en prophylaxie pour la prévention de la bronchiolite chez les enfants pour qui le risque de contracter cette infection est élevé, lorsque deux enfants ont été hospitalisés pour une infection à VRS (confirmée en laboratoire) dans la région, et cela deux semaines consécutives. Les enfants qui ont reçu cinq doses de palivizumab n'ont pas besoin de dose supplémentaire puisque les taux d'anticorps demeurent élevés pendant plusieurs semaines après la dernière dose.

Conseils de santé aux voyageurs

Les conseils de santé donnés aux voyageurs par l'Agence de la santé publique du Canada se trouvent sur le site Web suivant : www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/notices-avis/index-fra.php.

Prévention

Compte tenu de la circulation des virus respiratoires et du virus de l'influenza, l'application de l'étiquette respiratoire dans les salles d'attente et les mesures de prévention contre la transmission par contact et gouttelettes pour les cas de SAG doivent être renforcées dans tous les milieux de soins.

Pour plus de renseignements :

Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins – Avis scientifique, émis par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec en 2004 (www.inspq.qc.ca/publications).

Surveillance de la grippe saisonnière

OMS : www.who.int/influenza/fr/index.html

États-Unis : www.cdc.gov/flu/weekly/

Europe : www.euroflu.org

MSSS : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?surveillance

ASPC : www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/index-fra.php

INSPQ/LSPQ : www.inspq.qc.ca/influenza/surveillance-de-l-influenza

Surveillance de l'influenza aviaire et du MERS-CoV

OMS : www.who.int/csr/don/en

États-Unis : www.cdc.gov/flu/avianflu/h7n9-virus.htm

États-Unis : www.cdc.gov/coronavirus/mers/

ASPC : www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/h7n9/index-fra.php

FAO : www.fao.org/avianflu/fr/index_fr.html

OIE : www.oie.int/fr/sante-animale-dans-le-monde/portail-web-sur-linfluenza-aviaire/

RÉDACTRICE : M^{me} Josée Dubuque

COLLABORATEURS : D^r Gaston De Serres, D^{re} Monique Landry, et les membres suivants du Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza : D^r Hugues Charest, M^{me} Julie Fortin et D^{re} Renée Paré.

Il est possible d'obtenir de l'information sur le *Flash grippe* en consultant le site Web du MSSS, à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/influenza.

Les personnes qui veulent recevoir le *Flash grippe* par Internet peuvent s'inscrire à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?abonnement.

PROCHAINE PARUTION : LE 14 MARS 2014

Le bulletin *Flash grippe* est produit par le Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza. Les données présentées reposent sur la surveillance réalisée par les laboratoires sentinelles, les centres de santé nordiques (régions sociosanitaires 17 et 18), le service Info-Santé et Info-Social, le Laboratoire de santé publique du Québec, l'Institut national de santé publique du Québec et les directions régionales de santé publique.