

CIRCULATION INTENSE ET SIMULTANÉE DES VIRUS DE L'INFLUENZA A ET DE L'INFLUENZA B

FAITS SAILLANTS

- Au cours des deux derniers mois, l'activité grippale a significativement augmenté passant d'un niveau faible à un niveau très élevé. On note une cocirculation des virus de type A et de B. Les principaux virus de type A isolés au Québec sont ceux de la grippe A(H3N2), qui représentent 95 % des virus de type A isolés au Québec. Depuis quelques semaines, on enregistre aussi quelques cas sporadiques de virus de type A(H1N1), mais dont la contribution à l'activité grippale reste faible. En ce qui concerne l'influenza B, ce sont les virus analogues à la souche B/Phuket qui dominent.
- La saison 2017-2018 se démarque par son intensité et la circulation précoce des virus de la grippe B, que l'on détecte généralement peu avant le mois de février. Cela a pour conséquence d'ajouter un fardeau à celui de la grippe de type A(H3N2) qui circule au Québec depuis le mois de novembre. Pour le moment, la grippe A ne semble pas être plus présente cet hiver puisque le taux de détection de ce type virus reste similaire à ce que l'on a pu connaître depuis 2010, mais la circulation des virus de type B, qui a été quasi-inexistante la saison dernière, est beaucoup plus intense que ce que l'on voit habituellement. Ainsi, la circulation combinée des deux virus maintient plusieurs indicateurs au-delà des valeurs observées au pic de l'activité grippale; c'est le cas notamment des appels à Info-Santé, des consultations à l'urgence, des admissions dans les centres hospitaliers et des éclosions de grippe dans les CHSLD. Considérant l'activité grippale très élevée, dont la tendance demeure à la hausse, nous sommes vraisemblablement toujours dans le pic de circulation du virus grippal. L'offre systématique de vaccination à l'ensemble des personnes ciblées par le programme de vaccination contre l'influenza est toujours en vigueur.
- Les données sur l'efficacité vaccinale estimées pour la présente saison se situent sous les valeurs attendues, soit à 17 % (IC à 95 % : -14 % à 40 %) pour ce qui est de la grippe A(H3N2) et à 55 % (IC à 95 % : 38 % à 68 %) en ce qui concerne l'influenza B. Dans ce contexte, l'administration précoce (moins de 48 heures suivant l'apparition des symptômes) d'antiviraux chez les personnes vulnérables est une indication reconnue pour limiter les complications associées à la grippe ([TAMIFLU^{MC} ET RELENZA^{MC} – Traitement et prophylaxie de l'influenza, INESSS, 2011](#)). Jusqu'à présent, on n'a pas détecté de résistance à l'oseltamivir ni au zanamivir dans les souches de virus influenza A(H3N2) ou B.

JANVIER EN UN CLIN D'ŒIL

Légende: Le sens de la flèche indique si la tendance est à la hausse ou à la baisse. La couleur indique des valeurs observées se situant : ■ au-dessus des valeurs attendues; ■ dans les valeurs attendues, mais au-dessus de la moyenne; ■ dans les valeurs attendues, mais au-dessous de la moyenne; ■ au-dessous des valeurs attendues.



ACTIVITÉ VIROLOGIQUE

Surveillance virologique de l'influenza

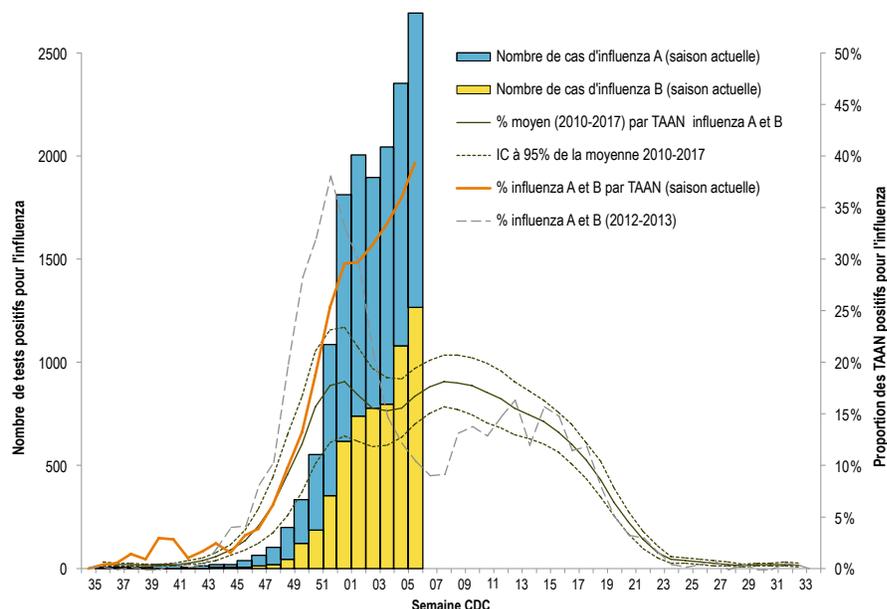
L'activité grippale a progressivement augmenté au cours des huit dernières semaines, alors que la proportion de détection dans les 45 laboratoires du réseau sentinelle québécois est passée de 18 % à 39 % entre le 17 décembre 2017 et le 10 février 2018. Durant cette période, un peu plus de 47 000 tests visant à détecter un virus de la grippe ont été réalisés et la présence du virus a été confirmée dans près du tiers des échantillons soumis pour analyse. Parmi l'ensemble des virus isolés, 60 % étaient des virus de l'influenza A et 40 % étaient des virus de l'influenza B. La majorité des virus de type A isolés et caractérisés par le LSPQ restent de sous-type A(H3N2), même si on observe quelques infections causées par l'influenza A(H1N1)pdm09. Parmi les souches québécoises de grippe B soumises au Laboratoire national de microbiologie, 90 % étaient analogues à la souche B/Phuket (de lignée Yamagata) qui est comprise dans le vaccin quadrivalent administré aux enfants, mais qui ne rentre pas dans la formulation des vaccins trivalents majoritairement utilisés dans la province.

La circulation simultanée des deux types de virus de la grippe est relativement inhabituelle à cette période de l'année puisque la circulation des virus de l'influenza B augmente rarement avant le mois de mars. La circulation précoce de la grippe B a eu comme conséquence d'élever l'activité grippale à un niveau supérieur aux valeurs moyennes observées entre 2010 et 2017 (voir le graphique 1). Au cours des deux derniers mois, les taux de détection des virus de la grippe A et B ont été globalement de 30 %, alors que l'on observait historiquement une proportion de détection de 18 % à 23 % au pic épidémique.

Dans l'ensemble, la proportion globale des tests positifs observée cette année (39 %) est relativement similaire à celle du pic épidémique de l'intense saison de 2012-2013 (38 %), mais le nombre brut de cas confirmés par les laboratoires du réseau sentinelle s'avère plus important en raison de la superposition des courbes épidémiques des deux types de virus de la grippe (voir le graphique 1).

GRAPHIQUE 1

Nombre et pourcentage de tests positifs pour les virus de l'influenza A et de l'influenza B rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec 2017-2018

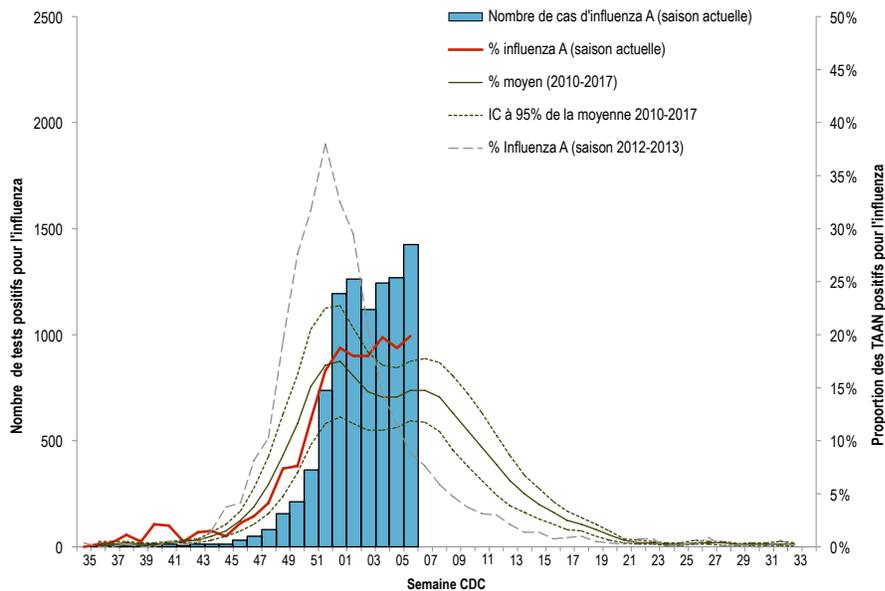


Abbréviations : IC : Intervalle de confiance; TAAN : Test d'amplification des acides nucléiques

Source : Adapté du Portail des virus respiratoires, Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ);

GRAPHIQUE 2A

Nombre et pourcentage de tests positifs pour les virus de l'influenza A rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec et moyennes historiques (2010-2017), 2016-2017



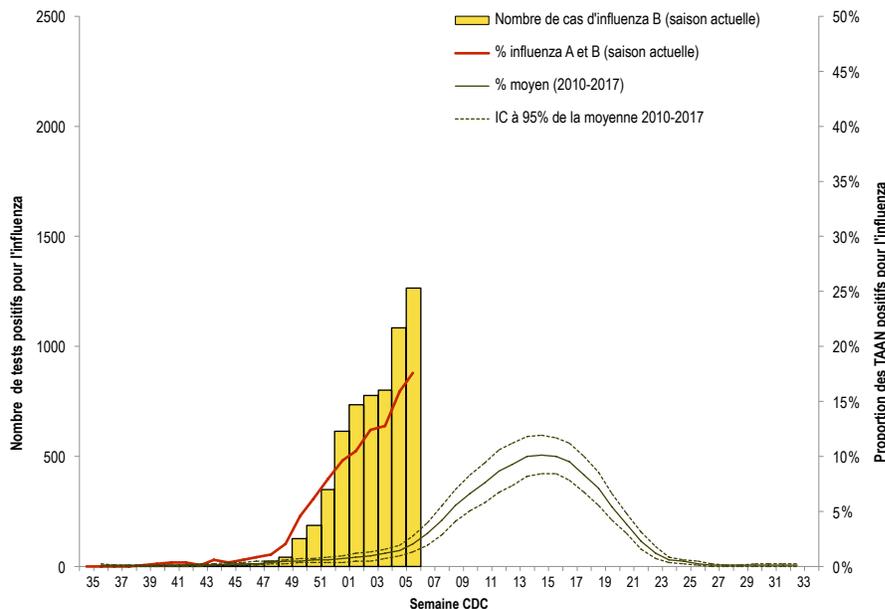
Prise de façon isolée, la circulation des virus de la grippe A reste dans les valeurs attendues. Nous avons observé une activité accrue au début de l'automne, mais la présente saison semble être similaire aux sept dernières, tant sur le plan de la temporalité que sur celui de l'intensité.

Malgré la faible efficacité du vaccin annuel, la proportion des tests de détection positifs et le nombre brut de cas restent inférieurs aux résultats enregistrés durant l'intense saison de 2012-2013.

Abbreviations : IC : Intervalle de confiance ; TAAN : Test d'amplification des acides nucléiques
Source : Adapté du Portail des virus respiratoires, Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) ;

GRAPHIQUE 2B

Nombre et pourcentage de tests positifs pour les virus de l'influenza B rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec et moyennes historiques (2010-2017), 2016-2017



La circulation des virus de grippe B a été particulièrement hâtive cette année. On remarque un décalage important par rapport à l'activité habituelle, qui débute généralement en février et atteint son apogée durant la semaine 15 (du 8 au 14 avril).

Cette circulation précoce et intense de la grippe B pourrait s'expliquer en partie par la circulation extrêmement faible constatée l'an dernier.

Abbreviations : IC : Intervalle de confiance ; TAAN : Test d'amplification des acides nucléiques
Source : Adapté du Portail des virus respiratoires, Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) ;

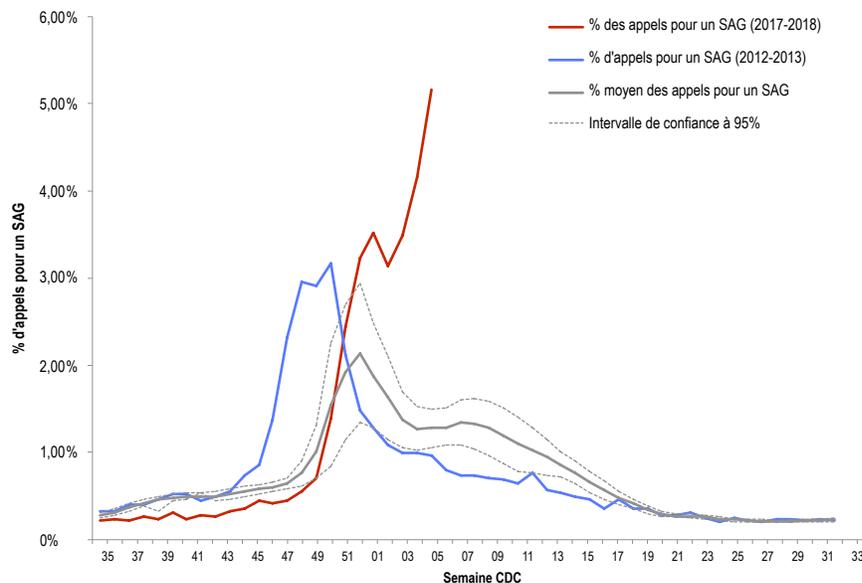
INDICATEURS CLINIQUES

Morbidité ambulatoire

La proportion des appels pour un SAG reçus à Info-Santé 8-1-1 entre le 17 décembre 2017 et le 10 février 2018 était de 3 %. Depuis la première semaine de janvier, les appels sont demeurés au-delà des valeurs attendues pour cette période de l'année puisque la proportion varie normalement entre 1 % et 2 %. Au cours des deux dernières semaines de janvier, le nombre d'appels et la proportion des appels pour un SAG à Info-Santé ont connu un bond important, les valeurs ayant dépassé celles qui ont été établies pour la saison 2012-2013, qui avait elle aussi été intense (voir le graphique 3). Ces valeurs restent toutefois largement inférieures à celles de la pandémie d'influenza A(H1N1) de 2009, alors que cet indicateur avait atteint 18%.

GRAPHIQUE 3

Pourcentage d'appels pour un syndrome d'allure grippale (SAG) à Info-Santé, 2017-2018



Source : Système intégré de vigilie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), Infocentre, INSPQ.

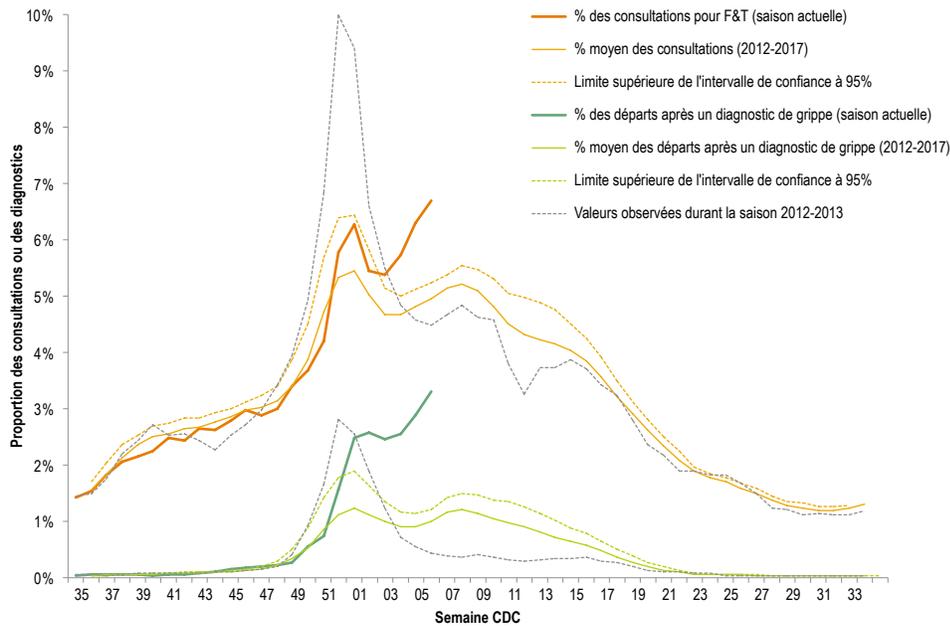
Consultations pour fièvre et toux à l'urgence

Les inscriptions pour fièvre et toux dans les urgences ont maintenu une tendance à la hausse durant presque tout le mois de janvier, constituant au cumul 5,8 % de toutes les inscriptions. Cette proportion se situe à la limite supérieure de ce que l'on observe normalement au pic des saisons grippales, où le maximum est de l'ordre de 6 %. Par comparaison, les données montrent que la proportion des inscriptions pour fièvre et toux ou pour un SAG aux urgences avait atteint 10% en 2012-2013 et 21% à l'occasion de la vague pandémique de l'automne 2009.

La hausse concomitante d'autres infections, comme les infections respiratoires virales ou les gastro-entérites, ainsi que l'effet des conditions climatiques difficiles du mois de janvier (par exemple, neige abondante, froid intense, verglas) pourraient aussi avoir contribué à faire augmenter l'achalandage dans les urgences du Québec, achalandage qui a été fortement médiatisé.

GRAPHIQUE 4

Proportion observée des consultations à l'urgence pour « fièvre et toux » (F&T) et des départs de l'urgence après un diagnostic de « grippe/influenza », saison 2017-2018 et moyenne historique



Source : Système intégré de vigilie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), Infocentre, INSPQ.

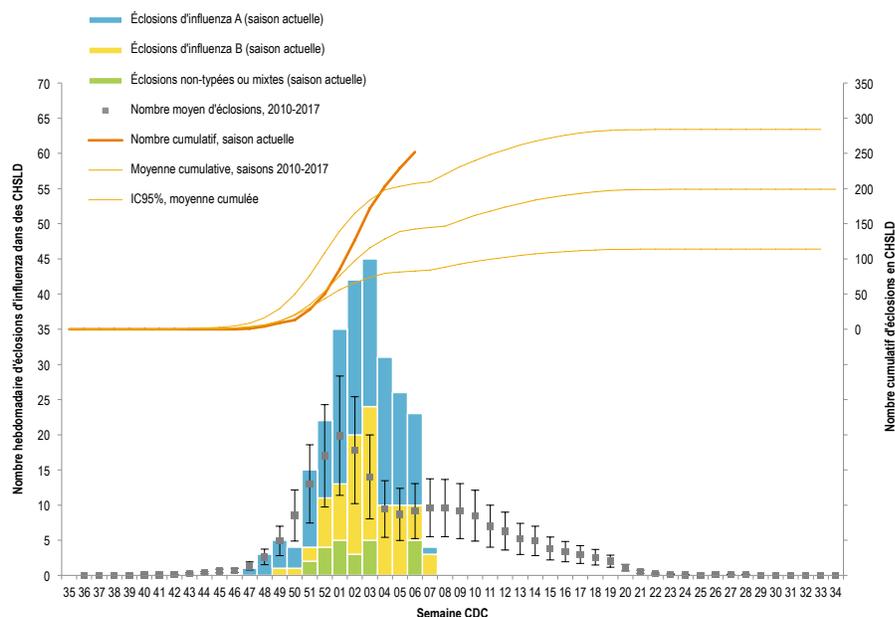
Éclosions dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée

Depuis le début de la saison, 256 éclosions d'influenza ont été signalées par les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Parmi celles-ci, 149 étaient dues à un virus de l'influenza A, 82 à l'influenza B et 24 étaient mixtes ou de sous-type indéterminée. Le nombre cumulatif d'éclosions est particulièrement élevé cette année. À pareille date, on a généralement cumulé en moyenne 145 éclosions d'influenza en CHSLD.

Au niveau de la morbidité, une moyenne de 48 résidents ont été exposés par éclosion, le nombre de cas moyen s'établit à 7,5. Le taux d'attaque, représentant la proportion des bénéficiaires exposés à un virus de l'influenza dans un CHSLD ayant effectivement contracté l'infection, s'établit à 15,4%. Dans l'ensemble, 2,9% des cas d'influenza qui résidaient dans un CHSLD en 2017-2018 ont dû être hospitalisés et 5,5% de tous les cas seraient décédés de l'infection. Ces valeurs, similaires à celles des dernières années, donnent à croire que, malgré l'intensité de la saison grippale actuelle et le nombre important d'éclosions signalées, la sévérité de l'infection correspond à ce qui est attendu pour ce virus.

GRAPHIQUE 5

Nombre d'éclosions d'influenza signalées durant la saison grippale 2017-2018, par type



Source : Système intégré de vigilie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), Infocentre, INSPQ.

EFFICACITÉ VACCINALE

Les réseaux sentinelles de surveillance de la grippe au Canada, dont font partie sept groupes de médecine de famille du Québec, ont récemment publié une estimation préliminaire de l'efficacité du vaccin antigrippal pour la saison 2017-2018. Pour l'ensemble du pays, ces réseaux ont évalué l'efficacité du vaccin à prévenir les consultations dues à l'influenza A(H3N2) à 17% (IC 95% : -14% à 40%). Ce chiffre reste inférieur aux valeurs attendues pour ce type de virus, mais similaire à ce qui était anticipé après la publication des données relatives à l'hémisphère Sud recueillies au cours de l'été.

L'efficacité mesurée pour les virus de type B a, quant à elle, été estimée à 55% (IC 95% : 38% à 68%), malgré le fait que les souches en circulation ne sont pas de la lignée ajoutée au vaccin trivalent. Elle est par contre contenue dans les vaccins quadrivalents administrés aux enfants.

Pour consulter l'article publié dans *Eurosurveillance* (en anglais seulement) : <http://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.5.18-00035>.

Maintien de l'offre systématique de vaccination

L'offre systématique de vaccination à l'ensemble des personnes ciblées par le programme de vaccination contre l'influenza est toujours en vigueur puisque les pics de circulation des virus de la grippe A et de la grippe B restent à l'heure actuelle, l'activité grippale est encore très élevée et devrait se poursuivre pendant encore plusieurs semaines. L'efficacité sous-optimale du vaccin contre la souche A(H3N2) offre néanmoins une certaine protection chez les personnes vulnérables. De plus, l'efficacité vaccinale contre les souches B reste acceptable, et ce, même pour les vaccins trivalents.

Traitement antiviral précoce

Considérant l'efficacité modeste du vaccin annuel contre la grippe A(H3N2), nous rappelons que l'administration précoce (moins de 48 heures suivant l'apparition des symptômes) d'antiviraux chez les personnes vulnérables est une indication reconnue pour limiter les complications associées à la grippe (TAMIFLU^{MC} ET RELENZA^{MC} – Traitement et prophylaxie de l'influenza, INESSS, 2011). Jusqu'à présent, on n'a pas détecté de résistance à l'oseltamivir ni au zanamivir dans les souches de virus influenza A(H3N2) ou B.

- Prescription et remboursement: On trouve à l'annexe IX des [Renseignements généraux de la Liste des médicaments assurés par la RAMQ](#) l'information sur les critères de remboursement pour l'oseltamivir (p. 121) et le zanamivir (p. 192). Les demandes d'autorisation de remboursement conformes aux critères établis pour les antiviraux oseltamivir (Tamiflu^{MC}) et zanamivir (Relenza^{MC}) sont gérées par un code qui doit être inscrit sur l'ordonnance par le prescripteur. Les critères de remboursement sont précisés dans les [Codes des médicaments d'exception – RAMQ \(Nov. 15, 2017\)](#) de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Pour rester informé!

Lorsque l'influenza circule de façon soutenue au Québec, un résumé hebdomadaire de l'activité grippale est publié tous les mercredis sur la page Web du MSSS, au <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/grippe/>.

AUTEURS

Rédaction assurée par la D^{re} Isabelle Rouleau, en collaboration avec la direction de la vigie sanitaire, l'équipe Maladies infectieuses (MI) de la Direction générale adjointe de la protection de la santé publique (DGAPSP) et le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Les personnes suivantes ont participé à la préparation du présent numéro: D^{re} Danielle Auger, M^{me} Marlène Mercier, D^r Yves Jalbert, D^r Bruno Turnmel.

POUR RECEVOIR LE BULLETIN PAR COURRIEL DÈS SA PARUTION

Tout au long de la saison grippale, notre infolettre *Flash grippe* vous informera des actualités épidémiologiques concernant la grippe et les autres virus respiratoires. Demeurez informé de la situation en vous inscrivant à l'adresse suivante: <http://msss.gouv.qc.ca/abonnement/?l=flashgrippe>.

Le bulletin *Flash grippe* est une production du Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux, des laboratoires sentinelles, du service Info-Santé et Info-Social, du Laboratoire de santé publique du Québec, de l'Institut national de santé publique du Québec et des directions régionales de santé publique.