flash GRIPPE

volume 2 / numéro 9

Le mercredi 6 juin 2012

BILAN 2011-2012 : UNE SAISON TARDIVE ET MARQUÉE PAR LA CIRCULATION CONCOMITANTE DES VIRUS RESPIRATOIRES

FAITS SAILLANTS

Au Québec, la saison grippale 2011-2012 a commencé[1] à la fin du mois de janvier (semaine CDC 05) et a atteint son pic à la mi-mars. Un pic d'activité en mars est survenu quatre fois au cours des dix dernières saisons grippales, ces quatre saisons figurant parmi les plus récentes (2006-2007, 2007-2008, 2008-2009, 2011-2012).

Au cours de la présente saison, l'influenza de type A et l'influenza de type B ont circulé de manière concomitante. Cette situation est peu fréquente car, généralement, l'influenza de type A précède l'influenza de type B. Par ailleurs, cette saison grippale a été marquée par la co-circulation d'autres virus respiratoires, notamment le virus respiratoire syncytial et le métapneumovirus humain, qui causent d'autres infections des voies respiratoires et qui peuvent causer des complications et des hospitalisations chez des personnes plus vulnérables.

Les indicateurs relatifs à la surveillance de l'influenza ont tous connu leur pic en mars 2012 : le pourcentage d'appels pour un syndrome d'allure grippale au service Info-Santé et Info-Social (semaine CDC 09), la proportion des visites à l'urgence pour un syndrome d'allure grippale (CDC 09)[2], le nombre d'admissions pédiatriques associées à l'influenza (de la semaine CDC 09 à la semaine CDC 12), le pourcentage des tests positifs pour l'influenza (semaine CDC 11) ainsi que le nombre d'éclosions dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (semaine CDC 13).

Les virus de l'influenza de type A et de type B ont été détectés dans des proportions similaires (45 % et 55 % respectivement). Pour les souches d'influenza de type A dont le sous-type a été déterminé, on observe des proportions similaires des sous-types d'influenza A(H1N1)pdm09 et A(H3N2).

De façon générale, au Canada, aux États-Unis et en Europe, le sous-type prédominant a été l'influenza A(H3N2), alors qu'au Mexique, le sous-type d'influenza A(H1N1)pdm09 a prédominé.

1. Le début de la saison grippale est défini comme la première de deux semaines consécutives pour lesquelles la détection de l'influenza est supérieure à 3 %. Dans au moins l'un des cas, le virus doit avoir été détecté par culture virale ou par TAAN.
2. Un pic a aussi été observé à la fin du mois de décembre (semaines CDC 51 et CDC 52) mais, étant donné que peu de virus de la grippe ont été détectés à cette période, il semble plutôt attribuable à la circulation d'autres virus respiratoires causant plusieurs types d'infections respiratoires.

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 syndromes d'allure grippale (d'après les appels à Info-Santé 8-1-1 et les consultations dans les urgences, auprès des groupes de médecine de famille sentinelles et dans les régions nordiques), la surveillance des éclosions dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), la surveillance des admissions pédiatriques ainsi que la surveillance des pneumonies et de l'influenza dans les centres hospitaliers du Québec.

Québec

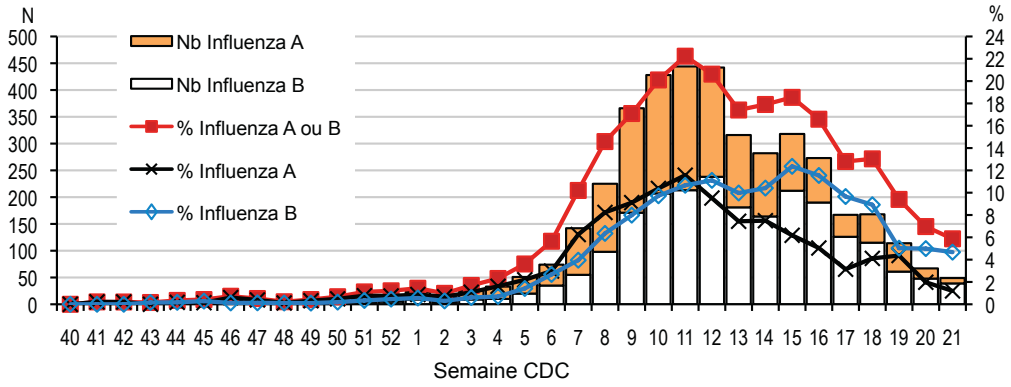
ACTIVITÉ GRIPPALE AU QUÉBEC

Surveillance virologique

Du 28 août 2011 au 26 mai 2012, les laboratoires sentinelles ont fait 43 854 tests (culture, détection antigénique, TAAN) pour détecter la présence du virus de l'influenza. De ceux-ci, 4 083 spécimens (9 %) se sont avérés positifs : 1 857 (45 %) pour l'influenza A et 2 226 (55 %) pour l'influenza B. Parmi les 1 845 souches d'influenza A identifiées par les laboratoires sentinelles, 171 (9 %) ont été soumises à des tests permettant d'en déterminer le sous-type : 91 (53 %) appartiennent au sous-type A(H1N1)pdm09 et 80 (47 %) au sous-type A(H3N2).

GRAPHIQUE 1

Nombre et pourcentage de tests positifs d'influenza rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec, saison 2011-2012

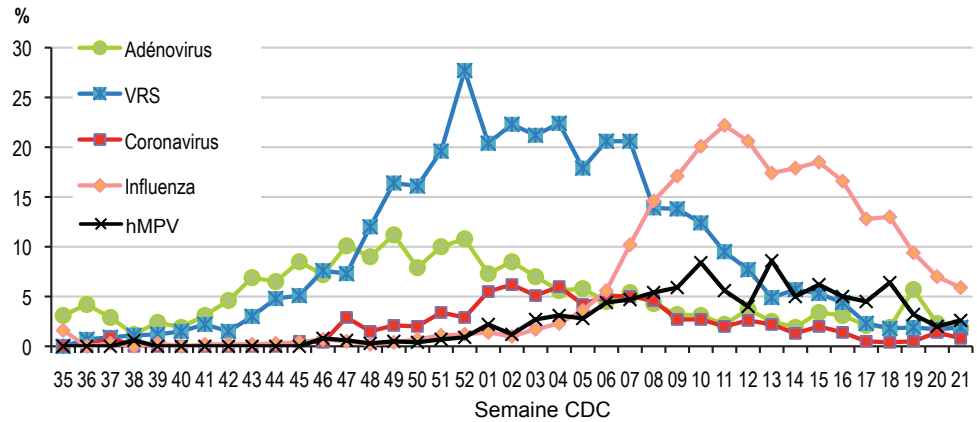


Source : LSPQ, INSPQ, 30 mai 2012.

Au cours de la saison grippale 2011-2012, plusieurs virus respiratoires causant diverses infections des voies respiratoires ont circulé en même temps que les virus de l'influenza, qui causent la grippe (voir le graphique 2). Dès le mois de novembre (semaine CDC 45), l'adénovirus et le virus respiratoire syncytial (VRS) étaient à la hausse. À la fin du mois de décembre, la circulation de ces virus atteignait son pic et le coronavirus circulait également. Puis, à la fin du mois de janvier, les détections d'influenza de type A et de type B connaissaient une hausse, tout comme celles du métapneumovirus humain (hMPV).

GRAPHIQUE 2

Nombre et pourcentage de tests positifs pour différents virus respiratoires rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec, saison 2011-2012



Source : LSPQ, INSPQ, 30 mai 2012.

Le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) gère un programme de surveillance de l'influenza et des autres virus des voies respiratoires. Les données sont régulièrement mises à jour sur le site Web suivant : www.inspq.qc.ca/dossiers/influenza/surveillance/.

Le Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) fait la mise à jour hebdomadaire des données de surveillance de la grippe, qui sont consultables à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?indicateurs.

Caractérisation antigénique et résistance aux antiviraux

Entre le 1er septembre 2011 et le 30 mai 2012, le Laboratoire national de microbiologie (LNM) du Canada a caractérisé 1 311 virus de l'influenza, dont 210 (16 %) provenant du Québec. Des 239 souches de type A(H3N2) qui sont analogues à A/Perth/16/2009, 20 ont montré des titres réduits à un antisérum produit contre la souche A/Perth/16/2009. Des 208 souches d'influenza de type A(H1N1) qui sont analogues à A/California/07/2009 (souche pandémique), 5 ont montré des titres réduits à un antisérum produit contre la souche A/California/07/2009. Des 864 souches de type B, 417 sont analogues à B/Brisbane/60/2008 et 447, à B/Wisconsin/01/2010. Au Québec, 151 souches d'influenza B ont été caractérisées, 135 sont analogues à B/Brisbane/60/2008 et 16, à B/Wisconsin/01/2010.

Un résumé des souches d'influenza ayant circulé au Canada durant la saison 2011-2012 est présenté dans le tableau qui suit. Près de 100 % des souches d'influenza A étaient résistantes à l'amantadine, alors qu'aucune des souches d'influenza analysées n'a démontré de résistance à l'oseltamivir ou au zanamivir.

TABLEAU 1

Profil des souches d'influenza caractérisées au Canada, depuis le 1er septembre 2011

INFLUENZA	SOUCHES EN CIRCULATION (Canada et Québec)	SOUCHE INCLUSE DANS LE VACCIN 2011-2012	SOUCHE RECOMMANDÉE POUR LE VACCIN 2012-2013	AMANTADINE	OSELTAMIVIR	ZANAMIVIR
Type A(H1N1)	A/California/07/2009	Oui	Oui	R	S	S
Type A(H3N2)	A/Perth/16/2009	Oui	Non	R	S	S
Type B	B/Brisbane/60/2008	Oui	Non	S.O.	S	S
	B/Wisconsin/01/2010	Non	Oui		S	S

Légende : S = sensible ; R = résistant ; S. O. = sans objet (l'amantadine n'est pas efficace contre l'influenza de type B).

Source : LNM, 23 mai 2012.

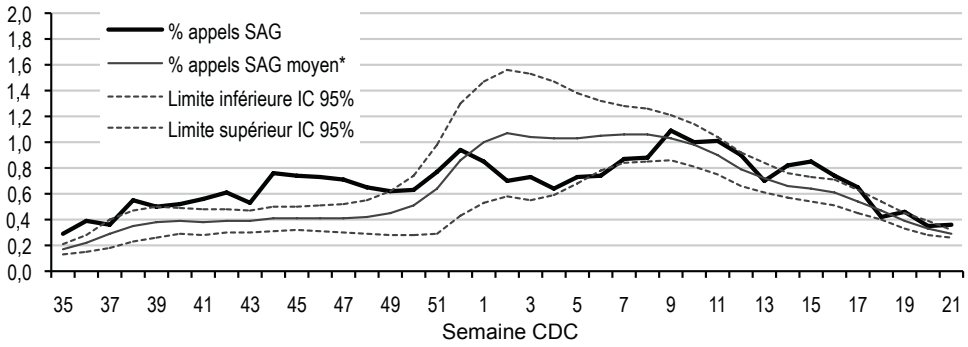
Surveillance de la morbidité ambulatoire

Globalement, au cours de la saison 2011-2012, le pourcentage des appels à Info-Santé pour un syndrome d'allure grippale (SAG) est demeuré dans les valeurs attendues (voir le graphique 3). Une augmentation de ce pourcentage a été observée au cours de l'automne, en même temps que d'autres virus respiratoires que ceux de l'influenza circulaient. Le pourcentage hebdomadaire le plus élevé a été observé à la fin du mois de février (semaine CDC 9) et c'est la période au cours de laquelle la circulation de l'influenza était la plus élevée.

Parmi les consultations pour un SAG de sept jours ou moins, réalisées dans les groupes de médecine familiale sentinelles du Québec, 414 prélèvements ont été acheminés au LSPQ entre le 11 septembre 2011 et le 19 mai 2012. Un virus respiratoire a été identifié dans 234 prélèvements (56 %) ; ainsi, 38 prélèvements se sont avérés positifs pour l'influenza de type A – 20 de sous-type A(H1N1) pandémique et 18 de sous-type A(H3N2) –, 65 pour l'influenza de type B, 56 pour les rhinovirus/entérovirus, 18 pour le coronavirus, 17 pour le hMPV, 16 pour le VRS et 24 pour d'autres virus respiratoires – parainfluenza, adénovirus.

GRAPHIQUE 3

Pourcentage des appels pour un syndrome d'allure grippale (SAG) au service Info-Santé et Info-Social, Québec, saison 2011-2012



* Le pourcentage moyen des appels pour un SAG est calculé à partir des pourcentages de la semaine correspondante, de la semaine précédente et de la semaine suivante des cinq saisons précédentes. Toutefois, les données n'étant disponibles que depuis la semaine du 29 avril 2007, la moyenne est calculée sur une période plus courte. De plus, les données relatives à la période du 19 avril 2009 au 26 décembre 2009 inclusivement n'entrent pas dans le calcul du pourcentage moyen en raison de la saisonnalité et de l'intensité atypiques de la pandémie d'influenza A(H1N1).

Source : Service Info-Santé et Info-Social, 30 mai 2012.

Surveillance des hospitalisations pédiatriques

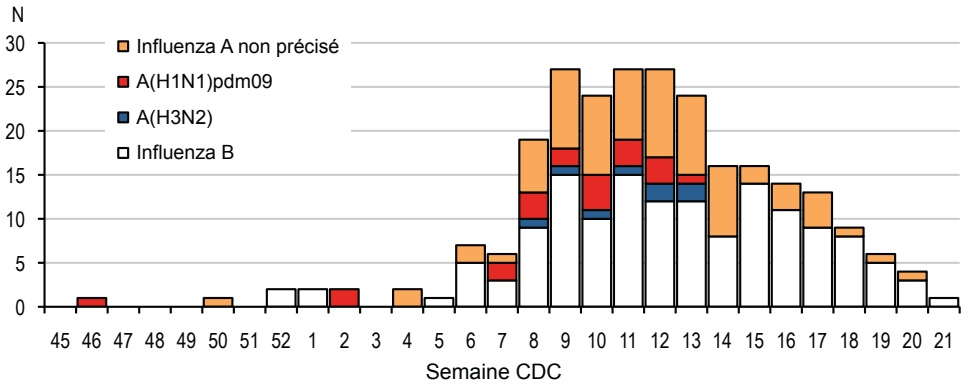
Trois centres hospitaliers pédiatriques du Québec participent au programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT) : le Centre mère-enfant de Québec (CHUQ), le CHU Sainte-Justine et l'Hôpital de Montréal pour enfants. En date du 29 mai 2012, 251 admissions associées à l'influenza avaient été rapportées au réseau canadien par ces trois centres. Parmi ces admissions, 106 (42 %) étaient associées à l'influenza de type A et 145 (58 %), à l'influenza de type B. Le sous-type de 29 des 106 souches d'influenza A a été déterminé : 21 (72 %) étaient de sous-type A(H1N1)pdm09 et 8, de sous-type A(H3N2). La première admission, rapportée au cours de la semaine se terminant le 19 novembre 2011, était associée à l'influenza A(H1N1)pdm09. Le pic est survenu au cours des semaines allant du 26 février au 24 mars (de la semaine CDC 09 à la semaine CDC 12), avec une moyenne hebdomadaire de 26 admissions pour cette période.

La distribution des admissions par groupe d'âge est la suivante : 15 % ont entre 0 et 5 mois, 20 % ont entre 6 et 23 mois, 34 % ont entre 2 et 4 ans, 25 % ont entre 5 et 9 ans, et 6 % ont entre 10 et 16 ans.

Au cours de la saison 2011-2012, aucun décès n'a été rapporté par les centres hospitaliers pédiatriques du Québec.

GRAPHIQUE 4

Nombre d'hospitalisations associées à l'influenza rapportées par les centres québécois du réseau IMPACT, Québec, saison 2011-2012



Source : ASPC, 29 mai 2012.

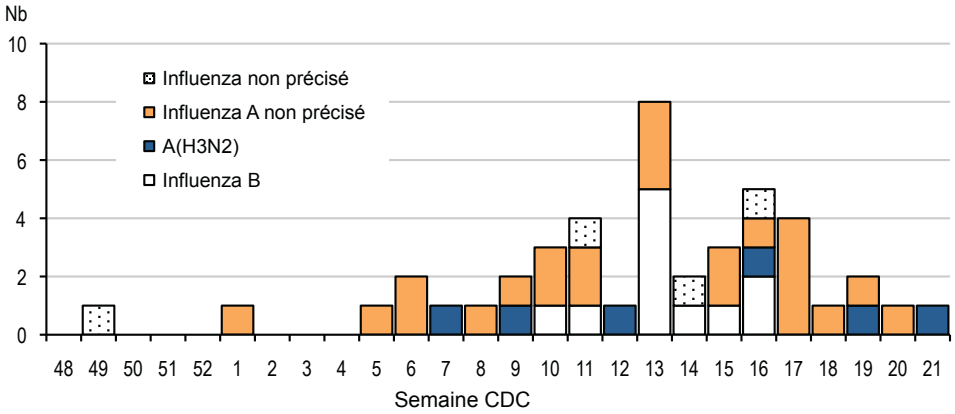
Surveillance des éclosions dans les CHSLD

Au cours de la saison grippale 2011-2012, 44 éclosions d'influenza dans des CHSLD ont été rapportées : 29 éclosions d'influenza A, 11 éclosions d'influenza B et 4 éclosions d'influenza de type inconnu ; les éclosions d'influenza A dont le sous-type est connu (n = 6) sont de sous-type A(H3N2). Ces 44 éclosions sont survenues entre le 4 décembre 2011 et le 26 mai 2012. Le pic du nombre d'éclosions (n = 8) a été établi pour la semaine du 25 mars 2012. Ces éclosions ont été rapportées par 11 des 18 régions sociosanitaires, et en majorité par les régions de la Capitale-Nationale (n = 12), de Montréal (n = 12) et de la Montérégie (n = 5). Au cours des trois dernières saisons, 74 éclosions d'influenza dans des CHSLD étaient rapportées en moyenne. Précisons qu'au cours de la saison 2010-2011, 150 éclosions avaient été rapportées.

Au cours de la saison grippale 2011-2012, le nombre moyen de cas par éclosion s'élève à 19 (étendue : 2-114 cas), ce qui est supérieur à la moyenne obtenue pour la saison grippale précédente (n = 16). La proportion des cas ayant été hospitalisés se situe à 3,4 % et celle des cas qui sont décédés, à 6,4 % ; les proportions étaient de 3,4 % et de 4,5 %, respectivement, au terme de la saison précédente. La durée[3] moyenne des éclosions est de 13 jours (étendue : 3-64), nombre supérieur à la moyenne de la saison précédente (9 jours).

GRAPHIQUE 5

Nombre d'éclosions d'influenza dans les CHSLD, selon le type et la semaine de déclaration, Québec, saison 2011-2012



Source : Registre ÉCLOSIONS, 30 mai 2012.

ACTIVITÉ GRIPPALE DANS L'HÉMISPHÈRE NORD

Sommaire de la saison grippale 2011-2012 dans l'hémisphère Nord

Les informations présentées ici proviennent de l'OMS et sont accessibles à l'adresse suivante :
http ://www.who.int/influenza/en/index.html.

Fin de la saison 2011-2012 dans l'hémisphère Nord

La saison 2011-2012 tire à sa fin dans la plupart des pays de l'hémisphère Nord. Dans l'hémisphère Sud, l'activité grippale demeure faible ou à des niveaux inter-saisonniers. On constate toutefois une légère augmentation des détections au Chili et en Afrique subsaharienne.

Les souches d'influenza prédominantes

Tout au cours de la saison grippale, diverses souches d'influenza ont prédominé dans les différents pays du monde. Au Canada, l'influenza B a été détectée un peu plus fréquemment que l'influenza A (53 % vs 47 %), mais cette distribution diffère selon les provinces. Aux États-Unis, l'influenza A(H3N2) était plus fréquente, tandis qu'au Mexique, l'influenza A(H1N1)pdm09 prédominait. En Europe, la plupart des souches d'influenza identifiées étaient celles de l'influenza A(H3N2) et très peu de souches d'influenza A(H1N1)pdm09 ou d'influenza B ont été détectées.

3. La durée d'une éclosion est estimée en soustrayant la date du début des symptômes du premier cas de la date du début des symptômes du dernier cas.

Dérive antigénique de la souche d'influenza A(H3N2)

Au cours de la saison grippale, les États-Unis et l'Europe ont observé une divergence antigénique parmi les souches d'influenza A(H3N2) analysées. Un nombre significatif de souches de ce sous-type démontrait une dérive par rapport à la souche d'influenza A(H3N2) incluse dans le vaccin 2011-2012. Au Canada, près de 10 % des souches d'influenza A(H3N2) analysées ont aussi présenté cette dérive. Ces nouvelles souches présentent une analogie avec la souche A/Victoria/361/2011 (H3N2) qui sera incluse dans le vaccin 2012-2013.

Légère augmentation de la résistance à l'oseltamivir

Tout au cours de la saison, la résistance à l'oseltamivir et au zanamivir était nulle ou très faible. Toutefois, une légère augmentation de la résistance à l'oseltamivir a été rapportée parmi des souches d'influenza A(H1N1)pdm09 aux États-Unis. La plupart de ces souches résistantes (11/16) provenaient du Texas, où l'influenza A(H1N1)pdm09 prédominait.

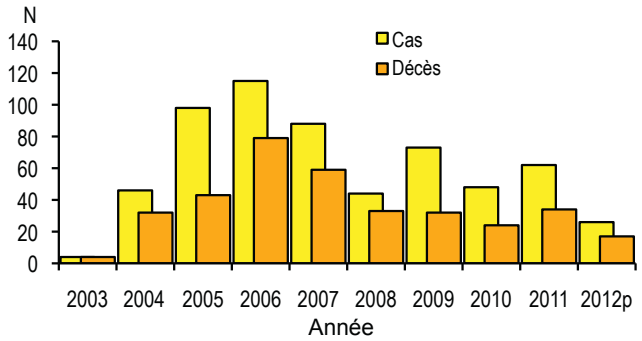
Influenza A(H5N1) chez l'humain

Entre le 1er janvier et le 29 mai 2012, 26 cas humains d'influenza A(H5N1), dont 17 décès, ont été rapportés à l'OMS (voir le graphique 6). Ces cas proviennent du Bangladesh (3 cas, aucun décès), du Cambodge (3 cas, 3 décès), de la Chine (1 cas, 1 décès), de l'Égypte (9 cas, dont 5 décès), de l'Indonésie (6 cas, 6 décès) et du Vietnam (4 cas, dont 2 décès). En 2011, 62 cas, dont 34 décès, avaient été signalés à l'OMS par les cinq pays suivants : le Bangladesh (5 cas), le Cambodge (8 cas, 8 décès), la Chine (1 cas, 1 décès), l'Égypte (39 cas, dont 15 décès) et l'Indonésie (12 cas, dont 10 décès).

L'OMS présente le tableau complet des cas humains survenus depuis 2003 à l'adresse suivante :
www.who.int/influenza/human_animal_interface/H5N1_cumulative_table_archives/en/.

GRAPHIQUE 6

Nombre de cas humains d'influenza A(H5N1) hautement pathogène et de décès confirmés, rapportés annuellement à l'OMS depuis 2003



Légende : p = partiel

Source : OMS, 29 mai 2012.

RECOMMANDATIONS

Vaccination

Recommandation concernant la vaccination

La fin de la campagne de vaccination contre la grippe a été annoncée le 10 avril 2012[4]. Il n'est donc plus recommandé d'offrir systématiquement la vaccination antigrippale à la population en général, ni aux personnes faisant partie des groupes à risque ou qui sont en contact avec une personne à risque (proches, travailleurs de la santé). Toutefois, des situations épidémiologiques particulières, telles qu'une éclosion dans un établissement de soins, peuvent nécessiter la vaccination de groupes ciblés. Les voyageurs non vaccinés contre la grippe saisonnière devraient s'informer auprès des cliniques de santé des voyageurs afin de connaître les recommandations établies pour leurs destinations selon la situation épidémiologique qui y prévaut.

Vaccin trivalent contre la grippe saisonnière (prochaine saison : 2012-2013)

Le vaccin contre la grippe saisonnière qui sera distribué l'automne prochain dans l'hémisphère Nord contiendra les souches analogues à A/California/07/2009 (H1N1)pdm09, à A/Victoria/361/2011 (H3N2) et à B/Wisconsin/01/2010. Les souches d'influenza A(H3N2) et d'influenza B différeront de celles qui étaient incluses dans le vaccin utilisé cette saison.

4. *Flash grippe*, vol. 2, nº 7, consultable au : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?bulletin_flash_influenza.

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

Le palivizumab est habituellement recommandé en prophylaxie pour la prévention de la bronchiolite chez les bébés prématurés lorsque le VRS est identifié dans une proportion supérieure à 5 %. Étant donné que la circulation du VRS est à la baisse depuis de nombreuses semaines et que la proportion des tests positifs se situe à 2 % pour la semaine se terminant le 26 mai, il n'est plus recommandé d'offrir la prophylaxie avec le palivizumab pour la prévention de la bronchiolite.

Conseils de santé aux voyageurs

Les conseils de santé que l'Agence de la santé publique du Canada donne aux voyageurs se trouvent sur le site Web de l'Agence, à l'adresse suivante : www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/pub_f.html.

Pour obtenir des renseignements plus précis concernant les pays où existe un risque saisonnier ou annuel d'exposition au virus de l'influenza, se référer au *Guide d'intervention santé-voyage* de l'INSPQ : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1083_GuideSanteVoyage2010.pdf.

Surveillance de la grippe saisonnière

OMS : http ://www.who.int/csr/disease/i/en/

États-Unis : http ://www.cdc.gov/flu/weekly/

Europe : http ://www.euroflu.org/index.php

MSSS : www.infogrip.gouv.qc.ca

Agence de la santé publique du Canada : www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/index-fra.php

INSPQ/LSPQ : www.inspq.qc.ca/dossiers/influenza/surveillance//

Surveillance de l'influenza aviaire

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

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

OIE : www.oie.int/fr/info_ev/fr_AI_avianinfluenza.htm

Personnes ayant contribué au présent numéro :

Josée Dubuque, Nadia Abdelaziz, Monique Landry, ainsi que les membres du Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza (GPSVI) : Julie Fortin, Christine Lacroix, et 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 les avis de parution du *Flash grippe* par courriel peuvent s'inscrire à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/i/index.php?abonnement.

Prochaine parution : début de la saison grippale 2012-2013

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 laboratoires sentinelles, les centres de santé nordiques (régions 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 ainsi que les directions régionales de santé publique.

Santé et Services sociaux Québec

12-294-04W © Gouvernement du Québec, 2012
ISSN : 1927-792X