

## REPRISE INUSITÉE DE L'ACTIVITÉ GRIPPALE EN FÉVRIER

### ÉTAT DE SITUATION

En date du 4 mars 2017 (semaine CDC 09)

#### ACTIVITÉ GRIPPALE EN HAUSSE AU QUÉBEC AILLEURS AU CANADA

- Après un mois de baisse consécutive de la détection des virus de grippe, on a observé en février une légère reprise de l'activité grippale, qui a atteint le niveau « élevé » en février. Cette situation est pour le moins inusitée, puisque depuis les débuts du programme de surveillance de l'influenza au Québec, instauré en 2005, les courbes épidémiques de la grippe A ont toujours été unimodales (à un seul pic).
  - Entre le 29 janvier et le 25 février, les laboratoires sentinelles ont confirmé 3 845 cas de grippe A, soit en moyenne 961 cas par semaine, alors qu'en janvier on en avait confirmé 2 949, pour une moyenne hebdomadaire de 735 cas (étendue allant de 677 à 855).
  - La presque totalité des cas de grippe confirmés au Québec restent attribuables à la grippe de type A, les virus de la grippe B ne représentant toujours que 1 % des virus détectés dans les laboratoires sentinelles. À l'heure actuelle, les virus qui circulent dans la province semblent être relativement bien appariés antigéniquement à la souche vaccinale.
  - Les consultations à l'urgence pour fièvre et toux ainsi que les hospitalisations pour grippe/influenza sont demeurées fréquentes et en hausse, avant de diminuer au cours de la première semaine du mois de mars.
- Dans l'ensemble du pays, le pic épidémique de la grippe A est passé, la circulation du virus ayant atteint son maximum durant la semaine CDC 02, du 8 au 14 janvier 2017. Depuis ce pic, l'activité grippale est restée stable ou a connu une légère augmentation à l'échelle canadienne. Ainsi, une hausse de cette activité continue à s'observer au Québec, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador.

#### EFFICACITÉ VACCINALE

- Les données sur l'efficacité vaccinale estimées pour la présente saison correspondent à la valeur moyenne attendue pour les sous-types de grippe A(H3N2), qui est de 42 % (IC 18 % à 59 %). Par contre, les virus en circulation au pays sont particulièrement diversifiés et l'efficacité vaccinale pourrait être réduite dans les régions où circulent des souches moins bien appariées avec le vaccin.

#### AUTEURS

Rédaction assurée par la D<sup>re</sup> Isabelle Rouleau, avec la collaboration du Bureau de surveillance et de vigie (BSV). Les personnes suivantes ont participé à la préparation du présent numéro : D<sup>re</sup> Danielle Auger, D<sup>r</sup> Hugues Charest, D<sup>re</sup> Monique Landry, M<sup>me</sup> Marlène Mercier, D<sup>r</sup> Bruno Turmel.

#### POUR RECEVOIR LE BULLETIN PAR COURRIEL DÈS SA PARUTION

Tout au long de la saison grippale, notre infolettre *Flash grippe* vous mettra au courant 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>.

# SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

## Surveillance virologique de l'influenza

Après une période d'activité grippale élevée à la fin du mois de décembre 2016, le nombre de cas de grippe confirmés ainsi que la proportion de tests positifs ont subi un léger recul en janvier 2017 (voir le graphique 1). Entre le 1<sup>er</sup> et le 28 janvier, les laboratoires sentinelles du Québec ont identifié un virus de la grippe dans 2 942 (18,4%) des échantillons qui leur ont été soumis pour analyse. Ce recul de l'activité grippale, qui a pu s'observer aussi pour les indicateurs cliniques relatifs aux consultations à l'urgence et à l'hospitalisation, a laissé présumer que l'activité grippale se stabiliserait durant quelques semaines, comme c'est souvent le cas après le pic épidémique. Toutefois, la diminution de la circulation du virus n'aura été que momentanée. Ainsi, un premier pic d'activité grippale a été observé en début d'année, tant au Québec que dans le reste du Canada où on considère que ce pic a eu lieu durant la semaine CDC 2 (du 8 au 14 janvier 2017).

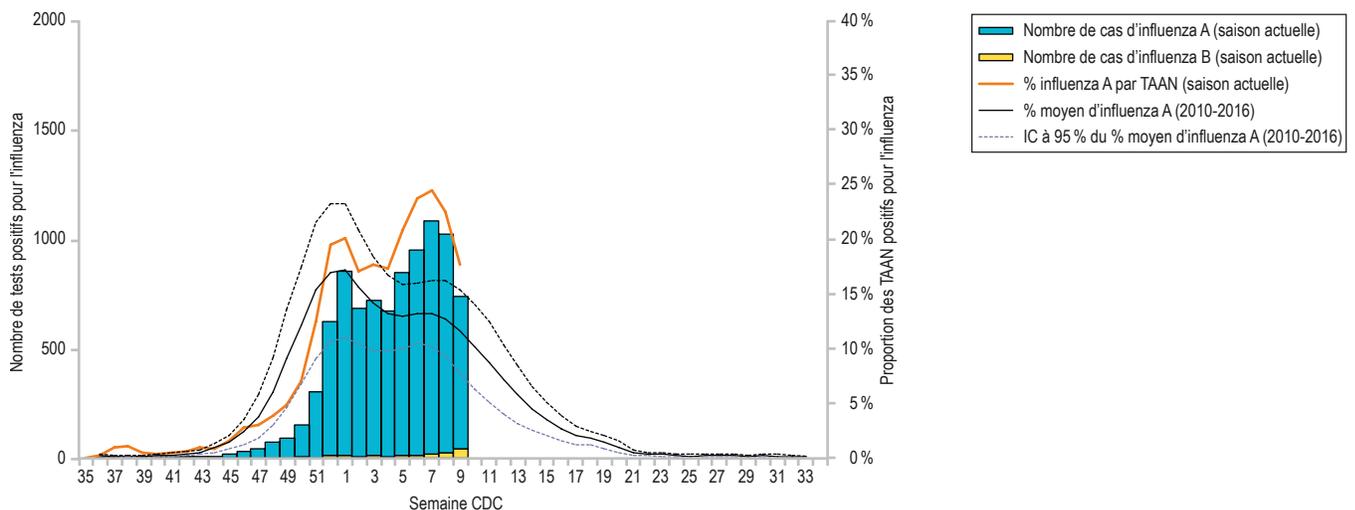
L'activité grippale a ensuite fait un bond important en février, le nombre hebdomadaire moyen de cas confirmés étant en effet passé de 735 en janvier à 961 en février. Entre le 29 janvier et le 25 février 2017, un virus grippal a été identifié dans 3 845 (23,1%) des échantillons analysés au Québec, ce qui représente une hausse de près de 30% de la détection de virus. La reprise de l'activité grippale observée après l'accalmie de janvier est assez inhabituelle et difficile à expliquer dans le contexte Canadien où on note seulement une légère tendance à la hausse (de 23% à 25%). Depuis le pic épidémique canadien de la semaine 02, seules les provinces du Québec, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador ont enregistré une augmentation du nombre de cas de grippe. Au cours de la semaine CDC 9, allant du 26 février au 4 mars, le nombre et la proportion de cas de grippe A confirmés a diminué, ramenant l'indice d'activité grippale au niveau « modéré ». La presque totalité (> 99%) des virus d'influenza isolés et caractérisés par le Laboratoire national de microbiologie (NML) pour la saison 2016-2017 étaient du sous-type A(H3N2). Selon les données actuelles, les souches circulant au Canada sont toutes antigéniquement ou génétiquement semblables à celles que contiennent les vaccins administrés durant la campagne de vaccination.

Pour un même type de virus grippal, les courbes épidémiques ont généralement une forme de cloche. Cette courbe traduit d'abord une montée importante du nombre de cas confirmés et de la proportion des tests positifs, qui atteignent leur apogée au pic épidémique avant de redescendre progressivement à des niveaux de circulation intersaisonniers.

Les pics épidémiques peuvent être courts ou longs mais, de façon générale, on n'observe qu'un pic épidémique de grippe A par saison. L'observation de deux pics épidémiques entrecoupés d'une réduction prolongée (≥ 3 semaines) de l'activité grippale, entraînant une courbe bimodale pour plusieurs indicateurs, n'a jamais été faite depuis la mise en place du système de surveillance québécois en 2005.

### GRAPHIQUE 1

Nombre et pourcentage de tests positifs pour un virus de l'influenza A rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec, selon les semaines calendrier, de 2010 à 2016



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

# INDICATEURS CLINIQUES

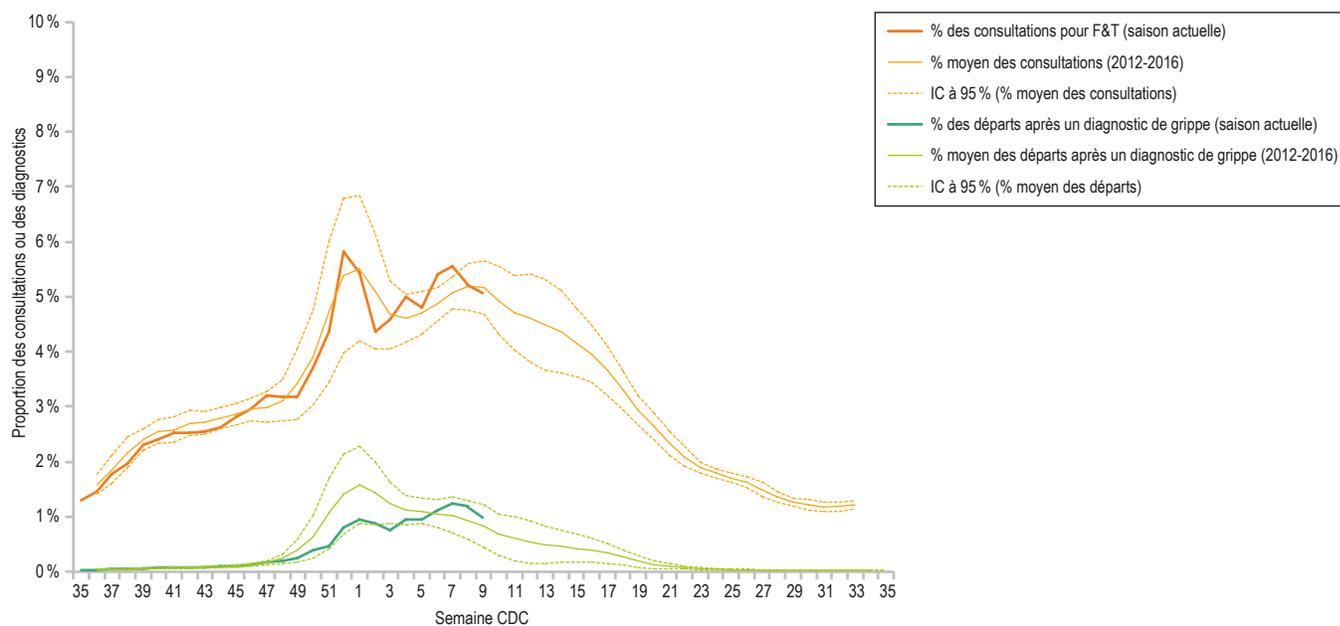
## Situation à l'urgence

En janvier 2017, on ne remarque pas seulement la baisse dans la détection des virus par les laboratoires sentinelles. Les consultations à l'urgence pour « fièvre et toux » ont aussi subi une baisse importante durant ce mois, avant de remonter progressivement en février (voir le graphique 2). Depuis le début de la saison, la situation dans les urgences du Québec s'est néanmoins maintenue dans les valeurs attendues en saison grippale. À leur point le plus haut, du 25 au 31 décembre 2016, les consultations à l'urgence pour « fièvre et toux » ont représenté 5,8% de toutes les visites à l'urgence. Il faut toutefois noter que la grippe peut aussi entraîner des consultations pour autres motifs qui ne sont pas comptabilisées dans cet indicateur.

Les départs de l'urgence après un diagnostic clinique de grippe ou de pneumonie continuent quant à eux d'augmenter progressivement, mais demeurent aussi dans les valeurs attendues. Cette augmentation progressive semble être attribuable particulièrement à une hausse importante des consultations pour « grippe/influenza » dans les régions de Québec, de la Mauricie et du Centre-du-Québec ainsi que de la Chaudière-Appalaches, où les indices de départ de l'urgence excèdent la moyenne provinciale.

### GRAPHIQUE 2

Proportions observées des consultations à l'urgence pour « fièvre et toux » (F&T) et des départs de l'urgence après un diagnostic de « grippe/influenza » durant la saison 2016-2017 ainsi que valeurs attendues, par semaine CDC



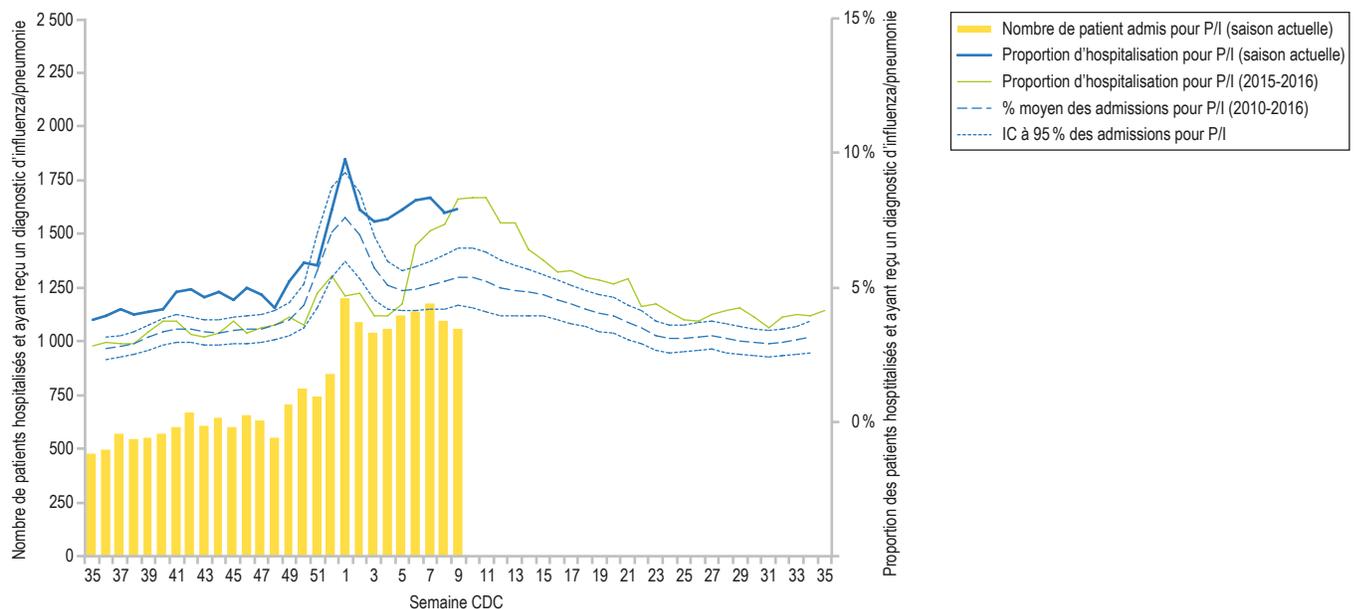
Source : Système intégré de vigilie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), Infocentre, INSPQ.

## Admissions dans les centres hospitaliers

En février 2016, la banque de données appelée *Relevé quotidien de la situation dans les urgences et les centres hospitaliers* (RQSUCH), dont on tire quotidiennement le nombre d'admissions pour un diagnostic clinique de « grippe/influenza », a subi d'importantes modifications. Bien que ces changements soient trop récents pour que l'on puisse évaluer l'intensité d'une saison grippale par rapport à d'autres, les tendances pour une même saison demeurent relativement inchangées. Durant la dernière semaine de décembre 2016, soit du 25 au 31 décembre, un pic du nombre et de la proportion des patients hospitalisés pour pneumonie/influenza a été enregistré (voir le graphique 3). Ce pic était concomitant avec celui que connaissent les consultations à l'urgence et la détection de l'influenza en laboratoire. Comme pour les autres indicateurs, le nombre et la proportion des admissions pour grippe ont subi un recul durant le mois de janvier, puis une augmentation progressive, mais de moindre intensité, en février.

### GRAPHIQUE 3

Nombre et proportions observés au regard des admissions pour pneumonie/influenza dans les centres hospitaliers du Québec durant la saison 2016-2017, et moyenne historique par semaine CDC



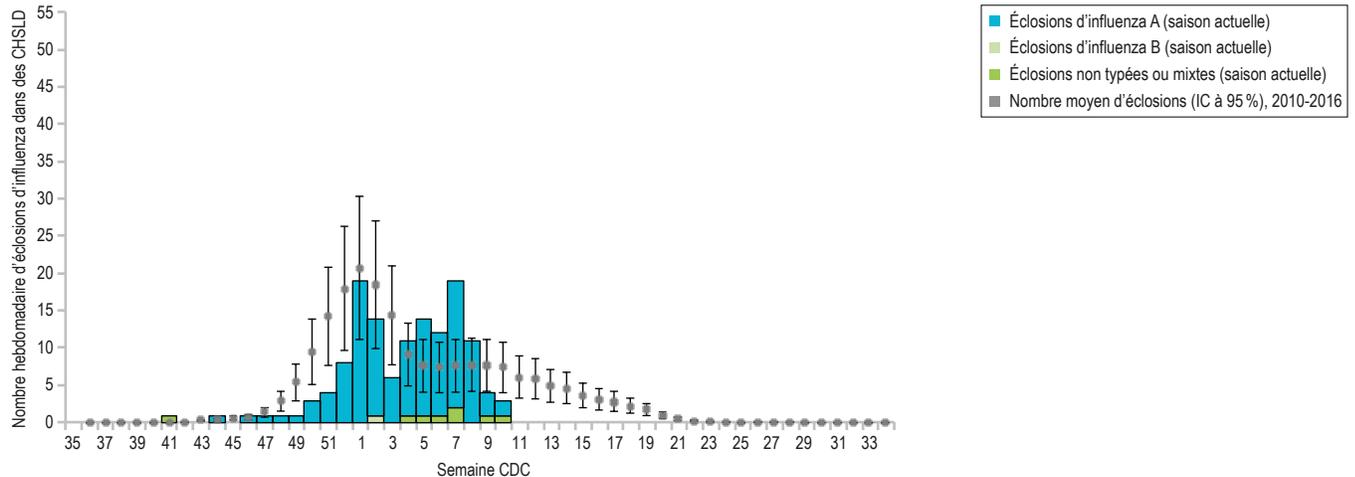
Source : Système intégré de vigilie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), Infocentre, INSPQ.

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

Depuis le début de la saison, 134 éclosions d'influenza ont été déclarées par les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), dont la majorité étaient dues au virus de l'influenza A (voir le graphique 4). Selon les données consignées à ce jour, 15 % des bénéficiaires exposés à un virus de l'influenza A dans un CHSLD ont contracté l'infection et environ 2 % des personnes ayant contracté le virus ont dû être hospitalisées. Si la tendance se maintient, le nombre d'éclosions déclarées devrait être légèrement inférieur à la moyenne établie pour les deux dernières saisons de grippe A(H3N2). Le taux d'attaque et la proportion des hospitalisations semblent toutefois être similaires aux valeurs observées dans le passé, alors qu'elles étaient respectivement de 17 % et de 5 % au terme de la saison.

## GRAPHIQUE 4

Nombre d'éclotions d'influenza signalées par les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) durant la saison 2016-2017, et moyenne historique par semaine CDC



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

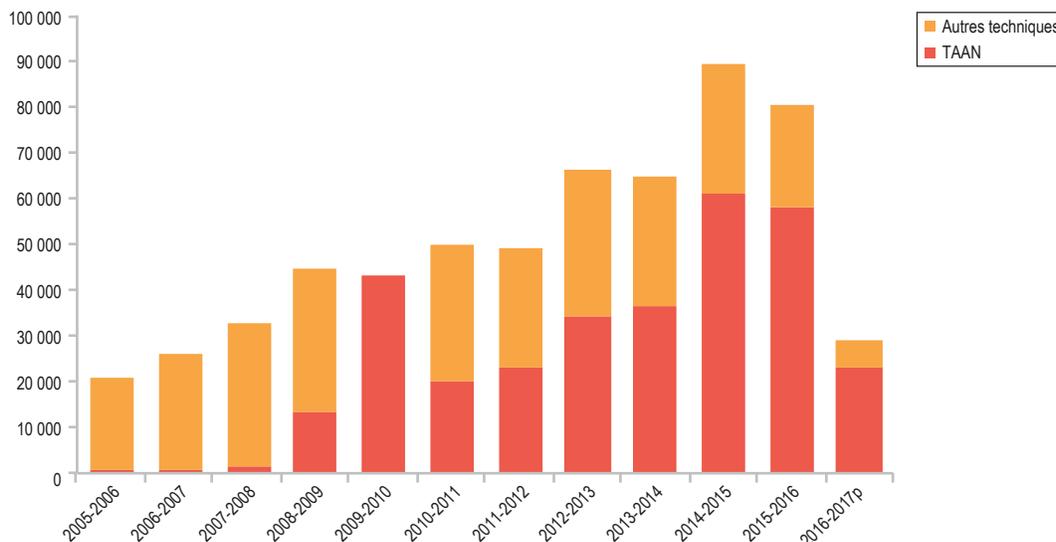
## DONNÉES HISTORIQUES DE SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

### Évolution du nombre et de la sensibilité des analyses

Après la pandémie de grippe A(H1N1) de 2009, de nombreux laboratoires du Québec se sont dotés d'appareils permettant une meilleure détection de l'influenza, ce qui a eu comme conséquence de faire augmenter à la fois le nombre total de tests effectués dans la province et la probabilité de détecter l'influenza dans les échantillons soumis (voir le graphique 5). Bien que cette augmentation constitue une bonne nouvelle au regard de l'accessibilité aux tests, elle rend difficile l'interprétation des tendances historiques quant au nombre de cas de grippe confirmés et à la proportion des tests trouvés positifs. Depuis 2005, le nombre annuel de prélèvements soumis pour analyses est passé d'environ 20 000 (en 2005-2006) à plus de 80 000 (en 2015-2016). Durant la même période, la proportion des échantillons analysés avec des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN), qui était presque nulle avant la pandémie (< 5%), est passée de 39% (en 2010-2011) à 72% (en 2015-2016).

## GRAPHIQUE 5

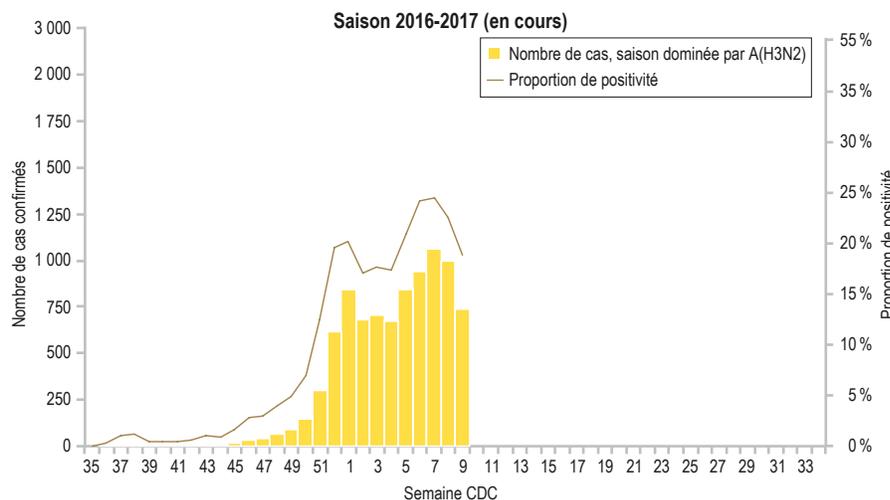
Nombre total de tests d'influenza et nombre d'analyses réalisées par TAAN déclarés par les laboratoires sentinelles du Québec de 2005-2006 à 2016-2017



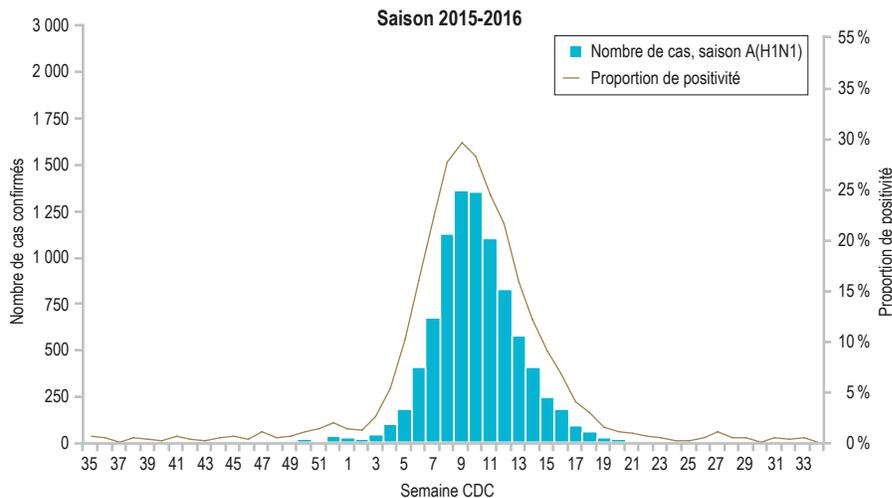
Depuis le début de l'année de surveillance 2016-2017, qui a commencé le 28 août dernier, 57 145 tests d'influenza ont été effectués dans l'ensemble des 43 laboratoires sentinelles de la province. À ce jour, le nombre total d'analyses enregistrées en 2016-2017 est relativement similaire à celui qui s'observe à pareille date depuis 2010. Par contre, la proportion des analyses réalisées par TAAN réalisés a connu une hausse d'environ 40% par rapport à la moyenne des quatre dernières saisons (43 790 c. 30 992). À ce jour, ce sont un peu plus de 80% des échantillons qui ont été analysés à l'aide de TAAN, la proportion étant passée de 77% au début de la saison à 82% au cours de la dernière semaine. Comme ces tests sont plus sensibles et identifient presque deux fois plus d'échantillons positifs que les autres techniques couramment utilisées, le nombre total de cas confirmés en laboratoire augmente, indépendamment de la circulation réelle du virus. Ce changement de pratique pourrait expliquer, du moins en partie, les variations inhabituelles de l'activité grippale observées pendant la présente saison.

## GRAPHIQUE 6

Nombre et pourcentage de tests positifs pour un virus de l'influenza A rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec de 2005 à 2017



La courbe épidémique de la saison 2016-2017 sera marquée par un deuxième pic épidémique ; on parle alors de courbe bimodale. Ce phénomène reste rare et n'a jamais été rapporté depuis l'implantation du programme de surveillance, en 2005. À ce jour, la saison de grippe semble être d'une intensité relativement modérée parmi les saisons qui sont dominées par la grippe de sous-type A(H3N2) et de moindre intensité que les deux dernières saisons où ce sous-type a circulé (2014-2015 et 2012-2013).



**SAISON 2015-2016**

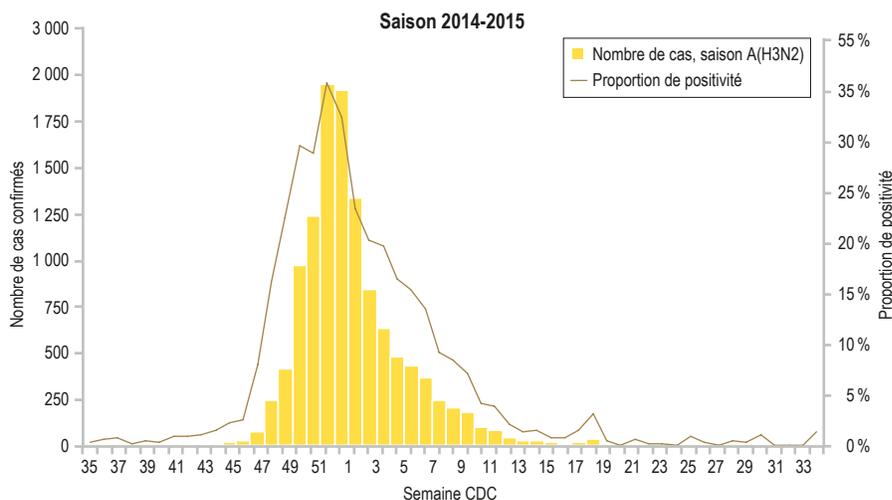
Cas confirmés en laboratoire: 12 977  
 Nombre total de tests effectués: 80 855  
 Proportion des TAAN: 72 %

**Distribution des sous-types de grippe A:**

- A(H3N2): 4 % (A/Switzerland/2013)
- A(H1N1): 96 % (A/California/2009)

**Efficacité vaccinale, par sous-type:**

- A(H3N2): s.o.
- A(H1N1): 43 % (25 – 57 %)



**SAISON 2014-2015**

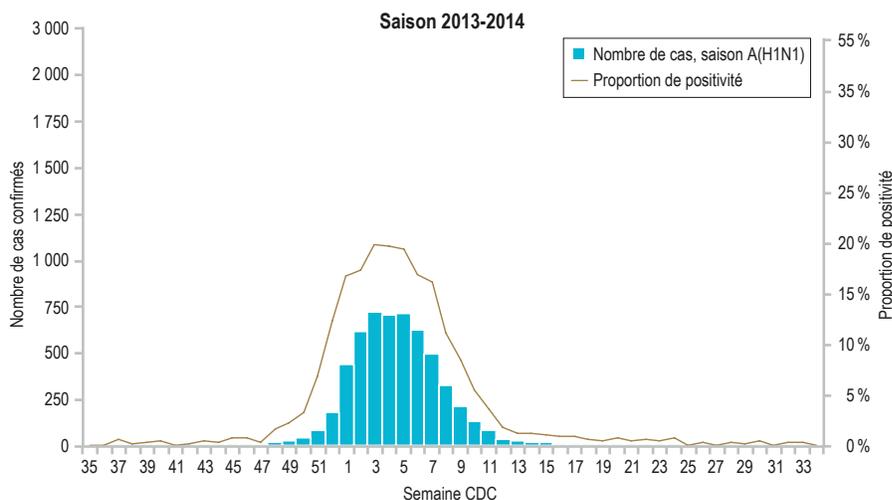
Cas confirmés en laboratoire: 15959  
 Nombre total de tests effectués: 89 427  
 Proportion des TAAN: 68 %

**Distribution des sous-types de grippe A:**

- A(H3N2): 98 % (A/Switzerland/2013)
- A(H1N1): 2 % (A/California/2009)

**Efficacité vaccinale, par sous-type:**

- A(H3N2): -17 % (-50 – 9%)
- A(H1N1): s.o.



**SAISON 2013-2014**

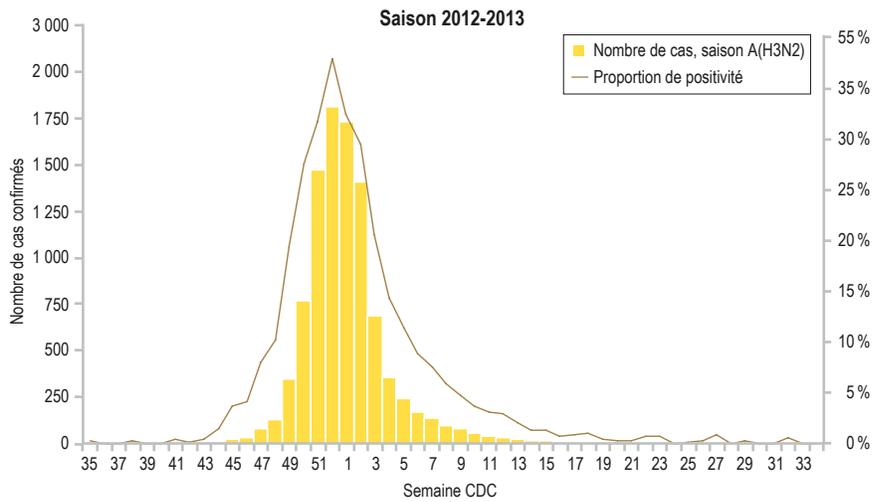
Cas confirmés en laboratoire: 8 369  
 Nombre total de tests effectués: 64 936  
 Proportion des TAAN: 56 %

**Distribution des sous-types de grippe A:**

- A(H3N2): 2 % (A/Texas/2012)
- A(H1N1): 98 % (A/California/2009)

**Efficacité vaccinale, par sous-type:**

- A(H3N2): s.o.
- A(H1N1): 71 % (58 – 80 %)



**SAISON 2012-2013**

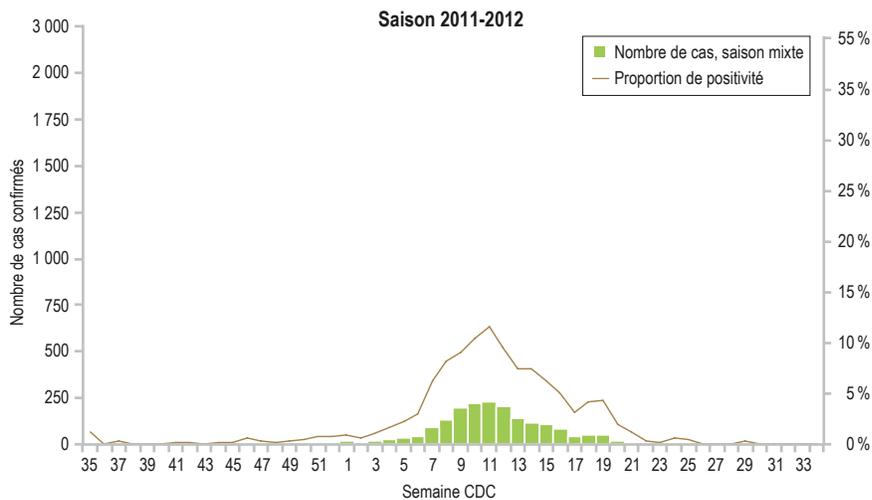
Cas confirmés en laboratoire: 11 825  
 Nombre total de tests effectués: 66 050  
 Proportion des TAAN: 52 %

**Distribution des sous-types de grippe A:**

- A(H3N2): 98 % (A/Victoria/2011)
- A(H1N1): 2 % (A/California/2009)

**Efficacité vaccinale, par sous-type:**

- A(H3N2): 41 % (17 – 59 %)
- A(H1N1): 59 % (16 – 80 %)



**SAISON 2011-2012**

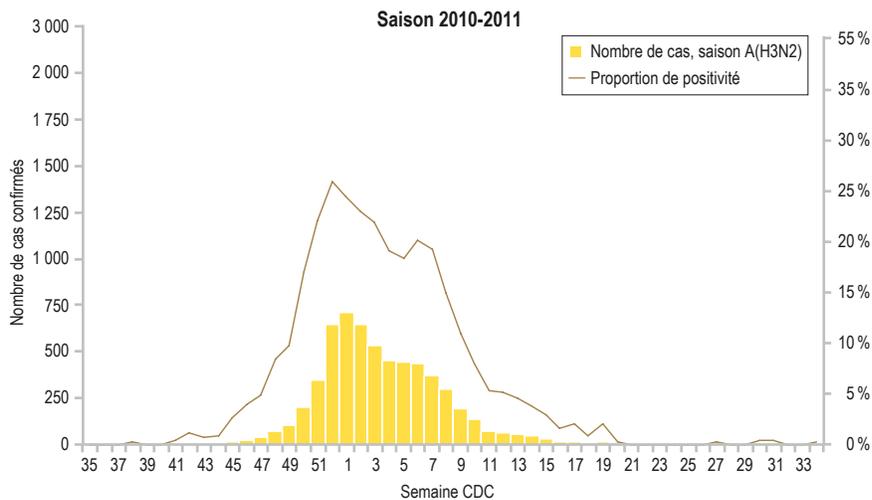
Cas confirmés en laboratoire: 4 119  
 Nombre total de tests effectués: 48 864  
 Proportion des TAAN: 47 %

**Distribution des sous-types de grippe A:**

- A(H3N2): 43 % (A/Perth/2009)
- A(H1N1): 57 % (A/California/2009)

**Efficacité vaccinale, par sous-type:**

- A(H3N2): 51 % (10 – 73 %)
- A(H1N1): 80 % (52 – 92 %)



**SAISON 2010-2011**

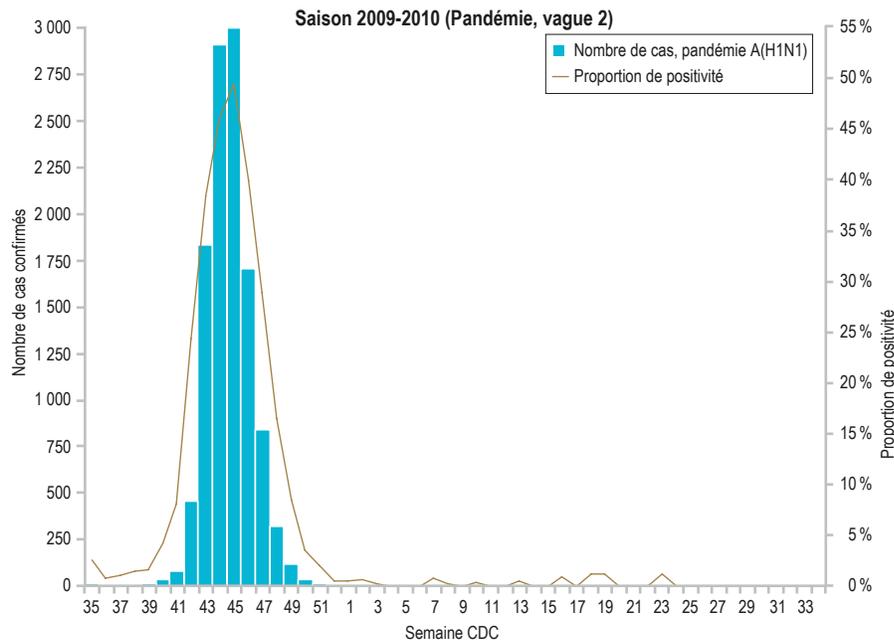
Cas confirmés en laboratoire: 6 818  
 Nombre total de tests effectués: 50 102  
 Proportion des TAAN: 40 %

**Distribution des sous-types de grippe A:**

- A(H3N2): 98 % (A/Perth/2009)
- A(H1N1): 2 % (A/California/2009)

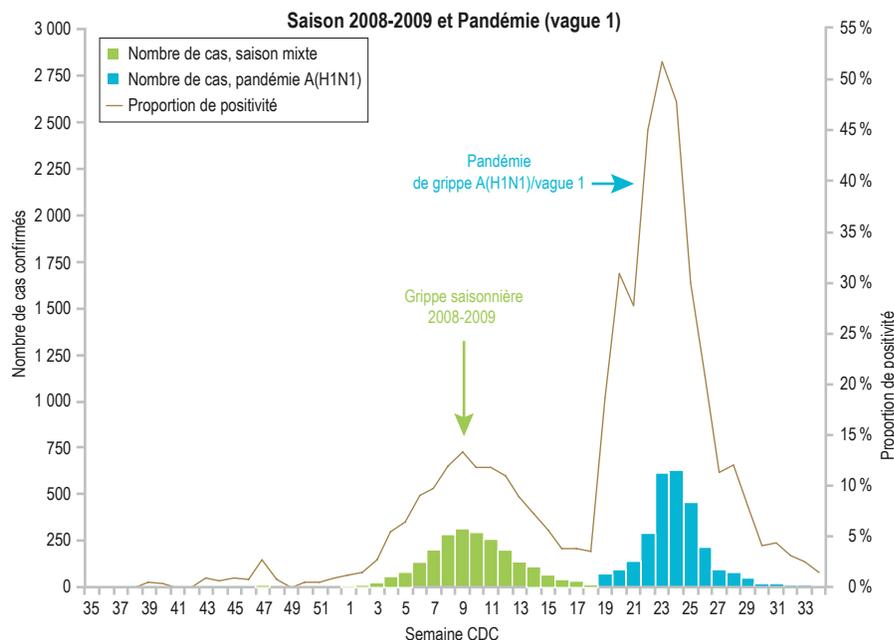
**Efficacité vaccinale, par sous-type:**

- A(H3N2): 39 % (14 – 57 %)
- A(H1N1): 59 % (14 – 80 %)



Pandémie A(H1N1)/vague 2: 100% (A/California/2009)

Cas confirmés en laboratoire: 11 376  
Nombre total de tests effectués: 43 181  
Proportion des TAAN: 100%



#### GRIPPE SAISONNIÈRE

Cas confirmés en laboratoire: 2 320  
Nombre total de tests effectués: 32 584  
Proportion des TAAN: 5%

Distribution des sous-types de grippe A:

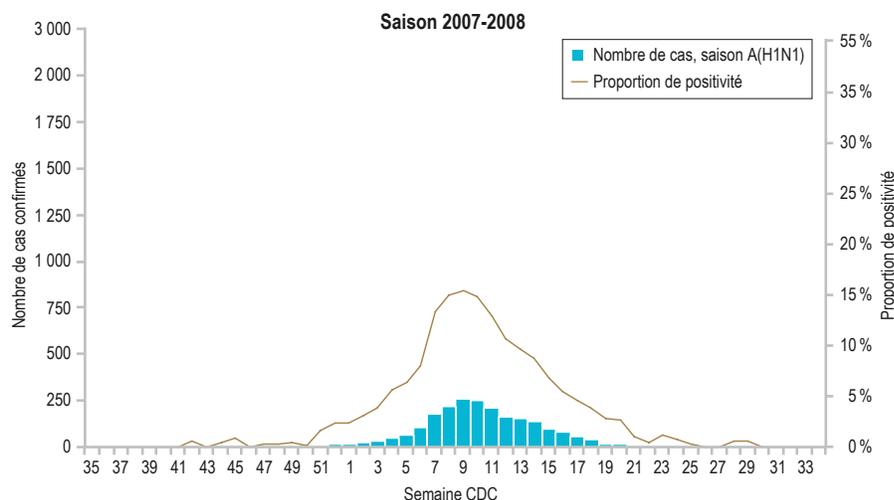
- A(H3N2): 38% (A/Brisbane/10/2007)
- A(H1N1): 62% (A/Brisbane/59/2007)

#### Efficacité vaccinale, par sous-type:

- A(H3N2): 55% (33 – 70%)
- A(H1N1): 68% (45 – 81%)

Pandémie A(H1N1)/vague 1: 100% (A/California/2009)

Cas confirmés en laboratoire: 2 832  
Nombre total de tests effectués: 11 497  
Proportion des TAAN: 100%



#### SAISON 2007-2008

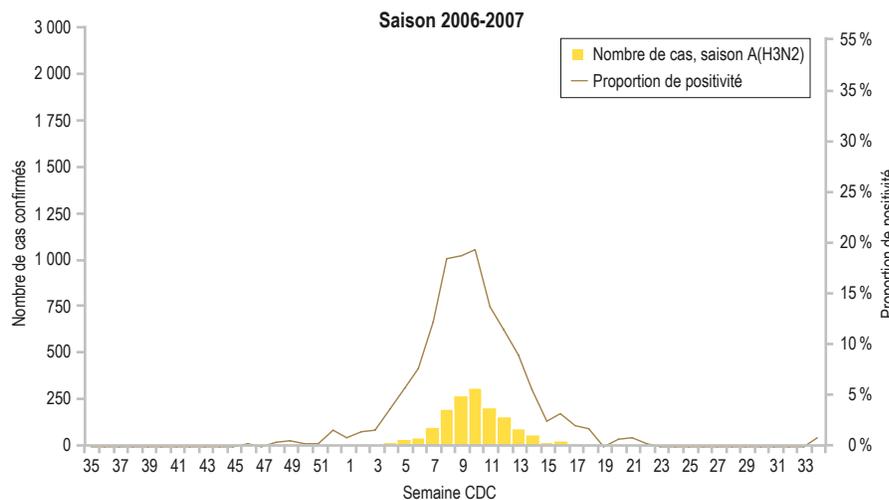
Cas confirmés en laboratoire: 3 396  
Nombre total de tests effectués: 32 947  
Proportion des TAAN: 4%

Distribution des sous-types de grippe A:

- A(H3N2): 27% (A/Brisbane/2007)
- A(H1N1): 73% (A/Solomon Islands/06)

#### Efficacité vaccinale, par sous-type:

- A(H3N2): 57% (32 – 73%)
- A(H1N1): 69% (44 – 83%)

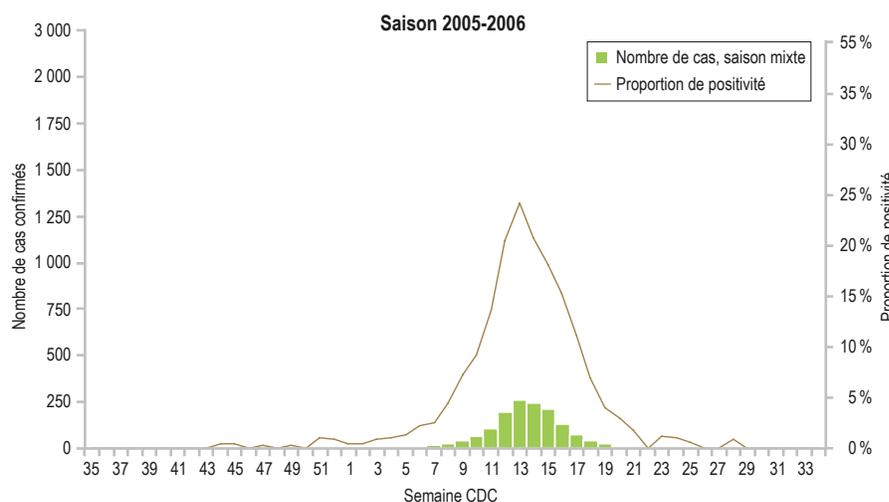


**SAISON 2006-2007**

Cas confirmés en laboratoire: 2 524  
 Nombre total de tests effectués: 26 238  
 Proportion des TAAN: 3%

Distribution des sous-types de grippe A:  
 • A(H3N2): 84% (A/Wisconsin/2005)  
 • A(H1N1): 16% (A/New Caledonia/1999)

Efficacité vaccinale, par sous-type:  
 • A(H3N2): 41% (6 – 63%)  
 • A(H1N1): 92% (34 – 99%)



**SAISON 2005-2006**

Cas confirmés en laboratoire: 1 787  
 Nombre total de tests effectués: 20 553  
 Proportion de positivité: 9%  
 Proportion des TAAN: 2%

Distribution des sous-types de grippe A:  
 • A(H3N2): 40% (A/California/2004)  
 • A(H1N1): 60% (A/New Caledonia/1999)

Efficacité vaccinale, par sous-type: n. d.

## VACCINATION ANTIGRIPPALE

### *Estimation de l'efficacité vaccinale au Canada*

Les réseaux sentinelles de surveillance de la grippe au Canada, dont font partie sept groupes de médecine de famille du Québec, publiaient, le 9 février dernier, une estimation préliminaire de l'efficacité du vaccin antigrippal pour la saison 2016-2017. Pour l'ensemble du pays, ces réseaux ont évalué l'efficacité du vaccin à prévenir les consultations dues à l'influenza A(H3N2) à 42% (IC<sub>95%</sub>: 18% – 59%). Ce chiffre est modeste, mais il correspond à la valeur attendue pour ce type de virus.

Par ailleurs, les souches actuellement en circulation au Canada montrent une grande hétérogénéité puisque plusieurs d'entre elles présentent des mutations sur des sites antigéniques secondaires. Une faible proportion de souches (15%) identifiées plus tardivement dans la saison présentent aussi une mutation (T135K) sur un site immunodominant. Selon les experts, cette mutation pourrait être associée à des changements au niveau de l'antigénicité ou de la pathogénicité du virus, bien que cela reste à démontrer.

Les analyses génomiques effectuées sur une partie des virus isolés par les réseaux sentinelles montrent une importante variabilité génétique dans les souches circulant au Canada et, conséquemment, dans les mesures de l'efficacité vaccinale stratifiées par province. Dans l'ensemble du pays, 80% des souches isolées appartenaient au clade 3C.2a1, un clade représentant 91% de celles qui ont été isolées en Alberta et 73% de celles qui ont été identifiées dans le reste du Canada. L'efficacité vaccinale était aussi plus élevée en Alberta qu'ailleurs au pays.

En raison de la faible circulation de la grippe B, les données d'efficacité vaccinale contre celle-ci ne sont pas disponibles et seront connues une fois la saison grippale terminée.

Pour consulter l'article publié dans Eurosurveillance (en anglais seulement):  
<http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V22N06/art22714.pdf>.

### *Estimation de l'efficacité vaccinale aux États-Unis*

Aux États-Unis, l'efficacité du vaccin à prévenir les consultations dues à la grippe a été estimée à 43 % (IC<sub>95%</sub>: 29 % – 54 %) pour la grippe A(H3N2) et à 73 % (IC<sub>95%</sub>: 54 % – 84 %) pour la grippe B. Les données intérimaires concernant l'efficacité vaccinale contre la grippe de type B semblent être supérieures à ce qui s'observe généralement, puisque l'efficacité moyenne contre la grippe B est d'environ 54 % (IC<sub>95%</sub>: 46 % – 61 %).

Pour consulter les données présentées par les CDC états-uniens (en anglais seulement):  
<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6606a3.htm>.

## Bien comprendre l'offre systématique de vaccination

Le programme de vaccination contre la grippe s'insère dans le programme québécois d'immunisation, dont les paramètres sont énoncés dans le *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ). Dans le cadre du programme québécois, un vaccinateur doit considérer l'immunisation comme un élément de la planification des soins et il doit l'aborder quand il s'agit des groupes visés et mentionnés dans le PIQ. Dans le cadre du programme de vaccination contre la grippe, l'offre systématique de vaccination consiste donc à offrir gratuitement le vaccin à toutes les personnes faisant partie des groupes ciblés par le programme, quel que soit le contexte de la consultation.

Le programme de vaccination contre la grippe vise à réduire le fardeau de la grippe de type A, qui touche davantage les adultes, et de la grippe de type B, qui touche les jeunes enfants et les personnes âgées. Lorsque la saison grippale est déjà bien entamée, soit parce que les virus de l'influenza circulent depuis plusieurs mois ou que le pic épidémique de grippe A est passé, on recommande généralement de cesser d'offrir systématiquement la vaccination aux adultes, et seule l'offre du vaccin aux personnes risquant de contracter la grippe B est maintenue. Cette décision repose sur des évidences épidémiologiques, immunologiques et programmatiques. Il faut toutefois comprendre que la fin de l'offre systématique ne signifie que la fin de l'obligation d'offrir le vaccin à laquelle le professionnel est tenu, peu importe le contexte de la consultation. Le vaccin reste recommandé et peut être offert, sur une base individuelle, aux personnes à risque qui n'auraient pas encore été vaccinées.

À l'heure actuelle, l'activité grippale est encore élevée mais on note, depuis deux semaines, une tendance à la baisse au regard de plusieurs des indicateurs de l'activité grippale. L'offre systématique de vaccination n'est plus recommandée; toutefois, la vaccination contre la grippe de type B demeure indiquée pour les bébés âgés de 6 à 23 mois, les enfants de 2 à 17 ans pour qui le risque de complications est élevé ainsi que pour les personnes nouvellement admises dans un CHSLD. Bien sûr, toute personne qui souhaite réduire son risque de contracter ou de transmettre la grippe peut toujours recevoir le vaccin. Elle devrait consulter un professionnel de la santé, lequel évaluera la pertinence de la vacciner à la lumière des données recueillies, des indications, des contre-indications et de la situation épidémiologique.

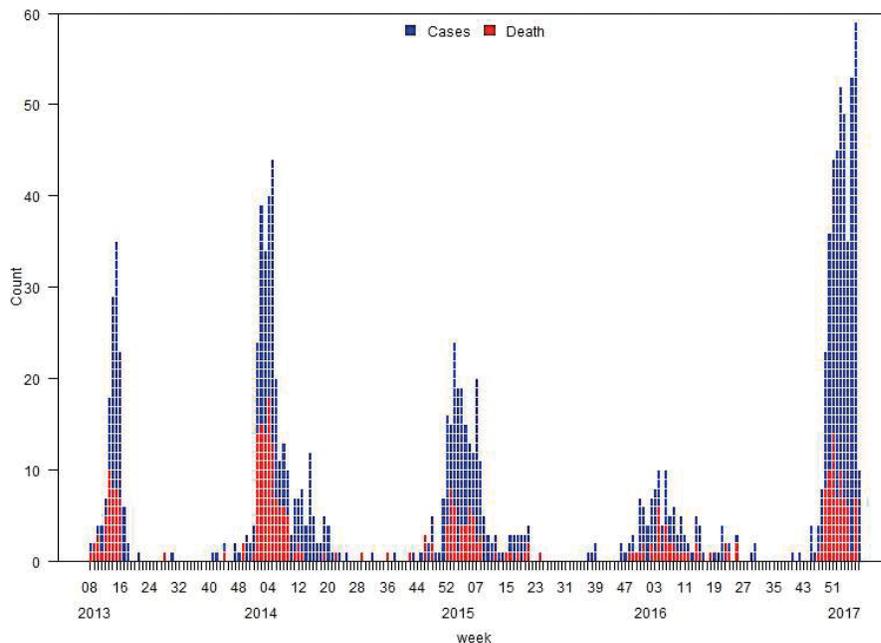
# GRIPPE AVIAIRE A(H7N9)

## Augmentation des cas d'acquisition de la grippe aviaire A(H7N9) en chine

Du 17 janvier au 14 février 2017, le nombre de cas humains de grippe aviaire A(H7N9) déclarés à l'Organisation mondiale de la santé a connu une hausse importante. Durant cette période, 305 cas d'infection humaine à une grippe aviaire A(H7N9) ont été déclarés par la Chine. La saison 2016-2017 est déjà l'une des plus importantes, sur le plan de l'activité grippale observée, depuis le début de la surveillance accrue de la grippe A(H7N9).

### GRAPHIQUE 7

Courbe épidémique mondiale des cas humains de grippe aviaire A(H7N9), selon la date de début de la maladie, en date du 14 février 2017



Source: Organisation mondiale de la santé, *Influenza at the human-animal interface: Summary and assessment, 17 January to 14 February 2017*, p. 2.  
[http://www.who.int/influenza/human\\_animal\\_interface/HAI\\_Risk\\_Assessment/en/](http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/HAI_Risk_Assessment/en/)

À ce jour, plus de 1 223 cas de grippe A(H7N9) ont été identifiés en Chine et plus de 380 d'entre eux se sont soldés par un décès. La majorité des cas recensés ont été exposés au virus après avoir été en contact avec de la volaille malade ou ont fréquenté des milieux contaminés, comme les marchés de volaille. Les personnes qui voyagent en Chine peuvent parfois y contracter la maladie. Celles qui sont allées dans un pays à risque au regard de la grippe aviaire, comme la grippe A(H7N9), et qui présentent une maladie respiratoire sévère pourraient être atteintes de ce type de grippe. Le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) est responsable d'effectuer les tests de détection de la grippe aviaire pour l'ensemble du réseau.

Pour consulter les fiches techniques à propos des maladies respiratoires sévères, comme la grippe aviaire: [www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mrsi](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mrsi).

Pour consulter l'offre de service du LSPQ: <https://www.inspq.qc.ca/lspq/repertoire-des-analyses/influenza-aviaire>.