

Flash Grippe



Décembre 2024 – Volume 14, numéro 4

Bilan de la saison grippale 2023-2024

1. Faits saillants
2. Activité virologique
3. Vigie syndromique et morbidité ambulatoire
4. Vigie des éclosions nosocomiales
5. HospiVir
6. Consultations dans les cliniques sentinelles (GMF)

Faits saillants

- La saison grippale 2023-2024 a duré 27 semaines.
- Elle a débuté au cours de la semaine CDC 48 (du 26 novembre au 2 décembre 2023) et s'est terminée à la semaine CDC 22 (du 26 mai au 1^{er} juin 2024).
- L'influenza A était prédominante jusqu'à la semaine CDC 11 (du 10 au 16 mars 2024) inclusivement, puis l'influenza B est devenue le type dominant jusqu'à la fin de la saison grippale.
 - Parmi les détections de l'influenza A, l'influenza A(H1N1)pdm09 a été le sous-type prédominant au Québec.

- La saison a été marquée par deux pics épidémiques de l'influenza A et un pic de plus faible amplitude d'influenza B.
- Les groupes d'âge des 4 ans et moins et des 80 ans et plus ont été plus affectés.

Activité virologique

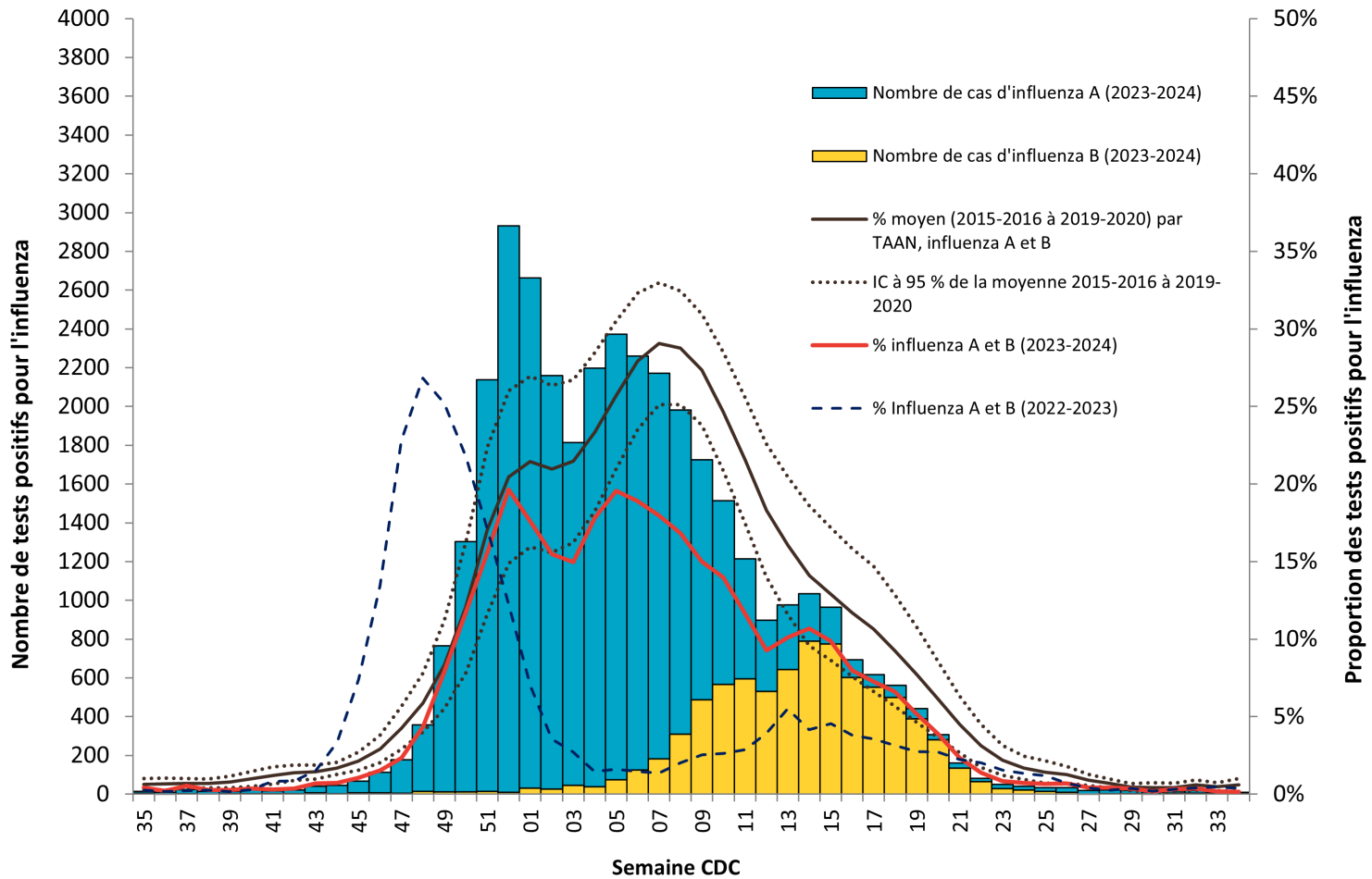
Surveillance virologique des virus de l'influenza

La saison grippale 2023-2024 a duré 27 semaines, soit de la fin du mois de novembre jusqu'à la fin du mois de mai. Alors que la saisonnalité de plusieurs virus respiratoires a été perturbée à la suite de la pandémie de COVID-19, tel qu'il a pu être observé au Québec lors de la saison grippale tardive de 2021-2022 [PDF](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/flashGrippe/FlashGrippe_vol12_no3.pdf) (https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/flashGrippe/FlashGrippe_vol12_no3.pdf) ou de la saison grippale légèrement précoce de 2022-2023 (</professionnels/maladies-infectieuses/flash-grippe/23-novembre-2022-volume-13-numero-2/>), la saison grippale 2023-2024 a débuté à l'intérieur de la période attendue selon les saisons pré-pandémiques. Ainsi, la saison grippale a débuté au cours de la semaine CDC 48 avec une hausse de la circulation de l'influenza A (voir la figure 1). Le sous-typage des premiers échantillons positifs de la saison indiquait que l'influenza A(H1N1)pdm09 était le sous-type prédominant. Deux pics épidémiques associés à la circulation de l'influenza A sont survenus pendant l'hiver, soit à la fin de décembre (19,6 %) et à la fin de janvier (19,5 %). Pendant ces deux pics, l'indice d'activité grippale était à un niveau modéré. Par la suite, alors qu'une tendance à la baisse de l'influenza A s'amorçait, la détection du virus de l'influenza B était à la hausse. Ainsi, une légère recrudescence du pourcentage de positivité de l'influenza a été observée autour de la semaine CDC 14 (du 31 mars au 6 avril 2024), soit au pic épidémique de l'influenza B, mais l'indice d'activité grippale demeurait faible. La saison grippale s'est ensuite terminée en mai.

Les groupes d'âge des 4 ans et moins et des 80 ans et plus ont été les plus touchés cette saison. Chez les quatre ans et moins, environ 75 % étaient des cas d'influenza A et 25 % des cas d'influenza B. Quant au groupe d'âge des 80 ans et plus, plus de 95 % des cas de grippe étaient de l'influenza A.

Figure 1

Nombre et pourcentage de tests positifs pour l'influenza A et B rapportés par les laboratoires du Québec, saison 2023-2024 comparée aux saisons antérieures (2022-2023, de 2015-2016 à 2019-2020)¹



(/professionnels/images/flash-grippe/volume-14/vol-14_numero-4_figure-1.png)

1. Les 5 dernières saisons pré-pandémiques de la grippe ont été utilisées pour le calcul de la moyenne antérieure en raison de la circulation inhabituelle des virus respiratoires pendant les saisons 2020-2021 à 2022-2023.

Source : Données de laboratoires, août 2024.

Caractérisation antigénique et génétique des souches du virus de l'influenza au Canada

Au Canada, 1 999 isolats du virus de la grippe provenant de laboratoires canadiens ont été analysés depuis le 1^{er} septembre par le Laboratoire national de microbiologie (LNM).

- Parmi les 920 virus de l'influenza A(H1N1) caractérisés, 98 % des virus étaient antigéniquement similaires à la composante grippale A(H1N1) A/Wisconsin/67/2022 du vaccin contre la grippe saisonnière de l'hémisphère nord de 2023-2024.
- Parmi les 334 virus de l'influenza A(H3N2) caractérisés, 93 % des virus étaient antigéniquement similaires à la composante grippale A(H3N2) A/Darwin/6/2021 du vaccin.
- Parmi les 745 virus de l'influenza B caractérisés, tous étaient antigéniquement similaires à la composante grippale de la lignée Victoria B/Austria/1359417/2021 du vaccin.

De surcroît, 2 065 isolats du virus de la grippe ont également été caractérisés génétiquement par le LNM depuis le 1^{er} septembre. Les analyses de la séquence du gène HA indiquaient que :

- Les virus influenza A(H1N1) étaient du clade 6B.1A.5a, dont la moitié était du sous-clade 2a et l'autre moitié du sous-clade 2a.1. À titre comparatif, le composant A(H1N1) du vaccin antigrippal de l'hémisphère nord pour 2023-2024 était du clade et sous-clade 6B.1A.5.2a.1.
- Les virus influenza A(H3N2) étaient du clade 3C.2a1b.2a et la majorité (99 %) étaient du sous-clade 2a.3a.1. Le composant A(H3N2) du vaccin était du clade et sous-clade 3C.2a1b.2a.2a.
- L'ensemble des résultats de l'influenza B/Victoria était du sous-clade V1A.3a.2, et le composant B/Victoria du vaccin était le sous-clade V1A.3.

Efficacité du vaccin antigrippal de l'hémisphère nord de 2023-2024

Pour la saison 2023-2024, le Réseau canadien de surveillance sentinelle (RCSS) a publié des estimations provisoires de mi-saison [🔗 \(https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.7.2400076\)](https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.7.2400076) quant à l'efficacité du vaccin contre la grippe saisonnière à réduire le risque d'infection respiratoire aiguë nécessitant des soins ambulatoires au Canada. À cet effet, selon les données couvrant la période du 29 octobre 2023 au 13 janvier 2024, l'efficacité vaccinale a été estimée à 63 % pour l'influenza A(H1N1) et à 40 % pour l'influenza A(H3N2).

L'article rapporte un résultat paradoxal quant à l'efficacité du vaccin antigrippal A(H1N1)pdm09. En effet, l'efficacité vaccinale était plus faible d'environ 10 % contre le virus A(H1N1) du sous-clade 2a.1, soit celui du composant A(H1N1) du vaccin antigrippal de l'hémisphère nord, que contre le virus A(H1N1) du sous-clade 2a alternatif. Le RCSS explique cette disparité, entre autres, par l'acquisition d'une mutation lors de la production du composant A(H1N1) du vaccin. Ceci aurait eu comme conséquence que les virus du sous-clade 2a.1 en circulation étaient moins bien appariés en raison de cette mutation, par opposition aux virus du sous-clade 2a qui étaient appariés. Il faut cependant prendre en considération que les intervalles de confiance des comparaisons de l'efficacité vaccinale contre ces deux sous-clades se chevauchaient et que les déterminants de l'efficacité vaccinale sont multifactoriels.

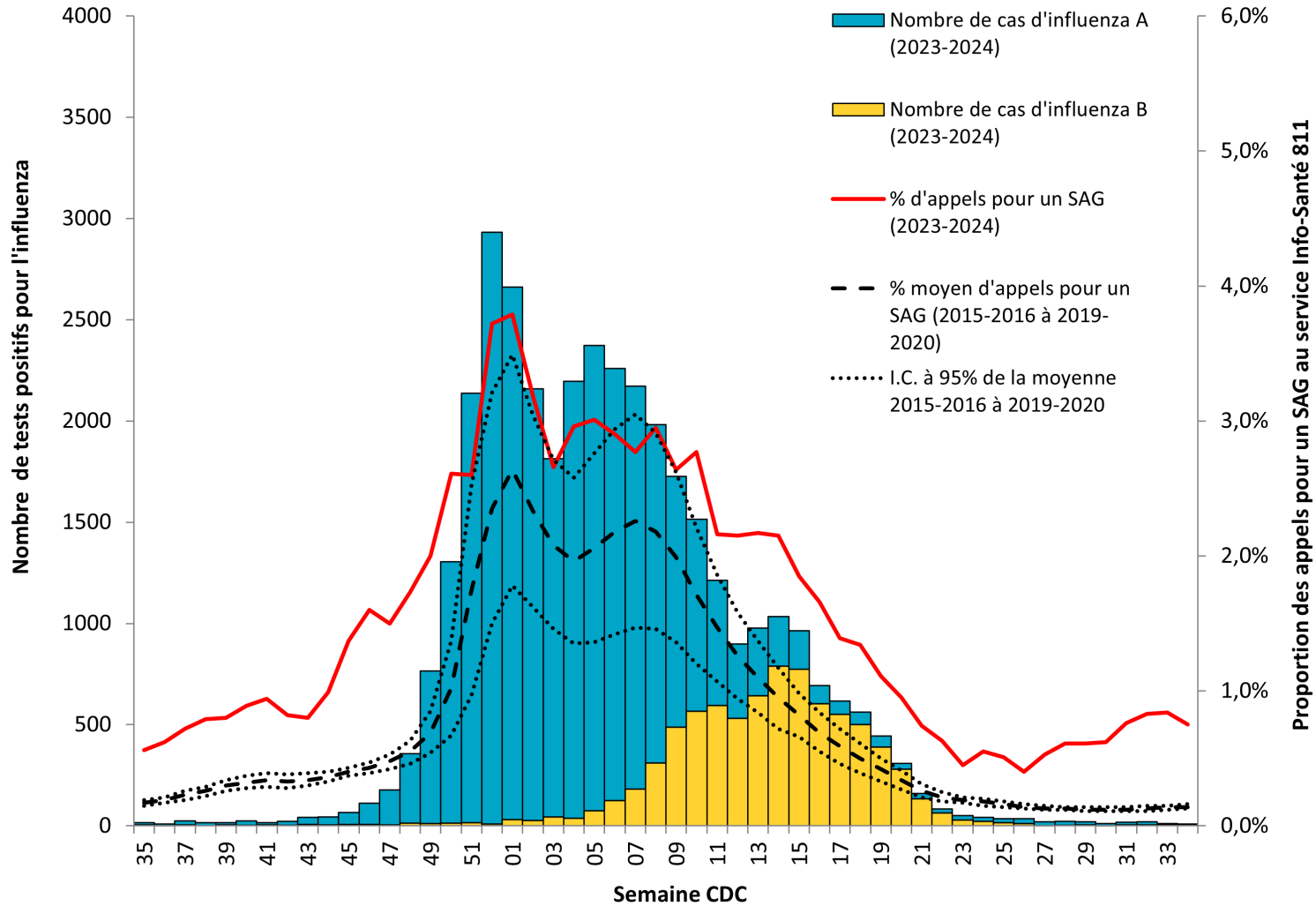
Vigie syndromique et morbidité ambulatoire

Appels à Info-Santé 811

Avant même le début de la saison grippale, la proportion des appels pour un syndrome d'allure grippale (SAG) parmi l'ensemble des appels reçus à Info-Santé 811 dépassait les valeurs attendues comparativement à la moyenne des cinq dernières saisons préandémiques (voir la figure 2). Ceci est dû à la co-circulation automnale de plusieurs virus respiratoires, dont le virus respiratoire syncytial (VRS) et le SRAS-CoV-2. La proportion des appels pour un SAG a toutefois augmenté pendant la hausse du nombre de cas d'influenza, atteignant un sommet près du premier pic épidémique de la grippe, pour ensuite diminuer parallèlement au nombre de cas d'influenza. La proportion des appels pour un SAG n'est toutefois pas redescendue jusqu'aux valeurs attendues, possiblement en raison de la hausse du nombre de cas de COVID-19 qui a été observée pendant l'été 2024.

Figure 2

Proportions des appels pour un SAG reçus à Info-Santé 811 et nombre de tests de détection de la grippe positifs par semaine CDC au Québec, saison 2023-2024 comparée aux saisons antérieures (de 2015-2016 à 2019-2020)



(/professionnels/images/flash-grippe/volume-14/vol-14_numero-4_figure-2.png)

Source : Données de laboratoire, Système d'Info-Santé et Info-Social Web (ISISW), août 2024.

Consultations à l'urgence

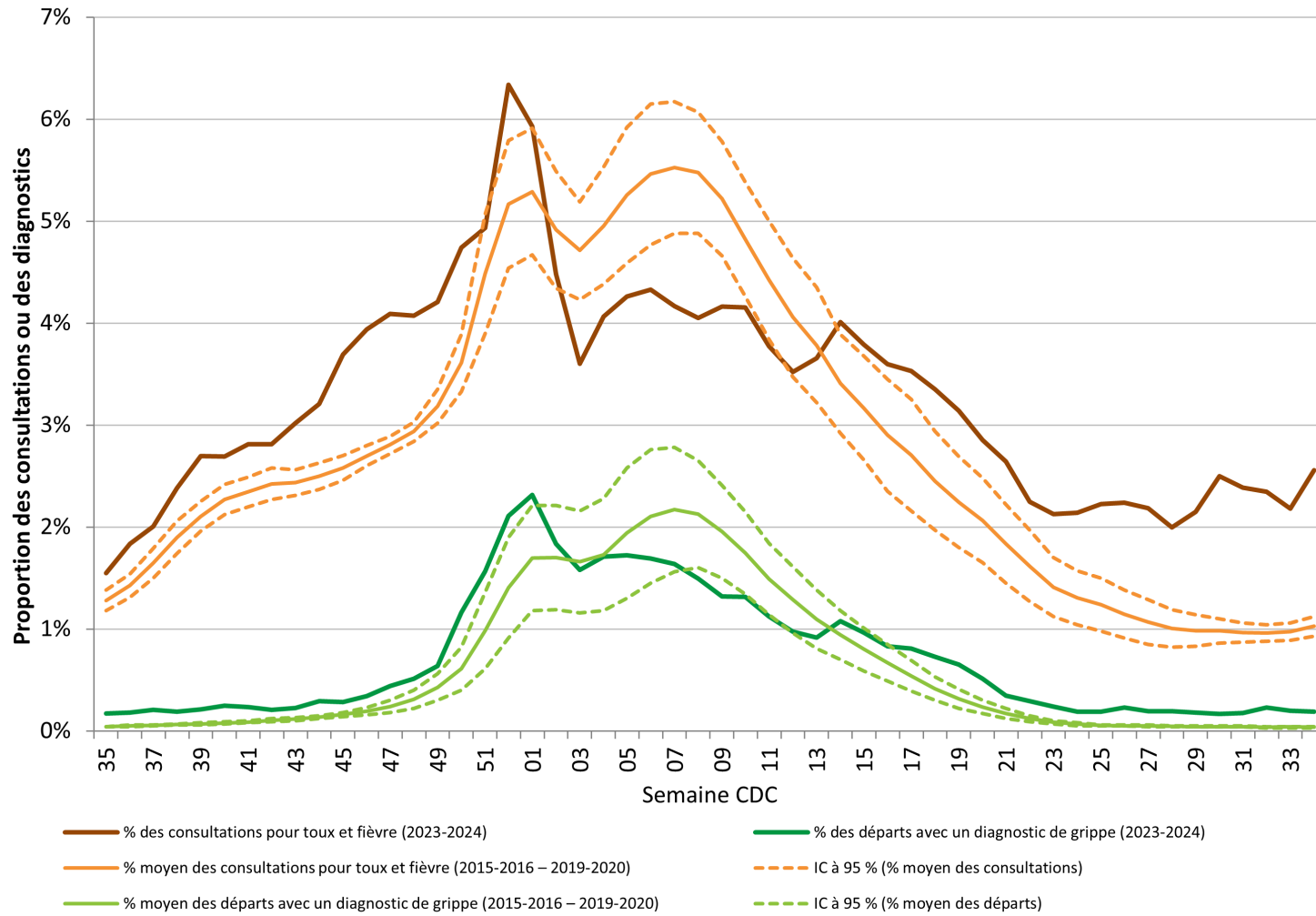
Comme ce fut le cas pour les appels au service Info-Santé 811 pour un SAG, la proportion des consultations à l'urgence pour « fièvre et toux » était au-dessus des valeurs attendues et affichait une tendance à la hausse alors que plusieurs virus respiratoires circulaient, mais que l'indice d'activité grippale demeurait nul ou très faible (voir la figure 3). En revanche, pendant la saison grippale 2023-2024, la proportion des consultations à l'urgence pour « fièvre et toux » suivait les mêmes tendances que celle de la grippe. Les semaines arborant le plus de cas de grippe étaient également celles où la proportion des consultations pour « toux et fièvre » était à son pic. Elle s'est par la suite stabilisée après la saison grippale au-dessus des valeurs attendues à cette période de l'année, potentiellement en raison de la présence de la COVID-19 à ce moment.

L'indice de départs de l'urgence après un diagnostic de « grippe/influenza » était légèrement supérieur à la moyenne des 5 dernières saisons prépandémiques jusqu'à la semaine CDC 01 (du 31 décembre 2023 au 6 janvier 2024). Dans son ensemble, la tendance de l'indice des départs a suivi celle des cas d'influenza détectés.

Figure 3

Proportions des consultations à l'urgence pour « fièvre et toux » (F&T) et des départs de l'urgence après un diagnostic de

« grippe/influenza », par semaine CDC au Québec, saison 2023-2024 comparée aux saisons antérieures (de 2015-2016 à 2019-2020)



(/professionnels/images/flash-grippe/volume-14/vol-14_numero-4_figure-3.png)

Source : Données de laboratoire, Système d'information de gestion des urgences (SIGDU), août 2024.

Vigie des éclosions nosocomiales

Éclosions dans les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et centres hospitaliers (CH)

La vigie des éclosions nosocomiales dans les milieux de soins, effectuée par l'entremise de la plateforme du système d'information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN), a permis de dénombrer 452 éclosions associées au virus de l'influenza A et 11 au virus de l'influenza B au cours de l'année de surveillance 2023-2024 (27 août 2023 au 24 août 2024), soit 263 éclosions d'influenza (A et B) en CHSLD et 200 éclosions en CH.

Hospivir


Vigie prospective avec confirmation virologique systématique des patients hospitalisés avec des symptômes respiratoires

Sept hôpitaux de soins aigus du Québec ont participé à la surveillance des hospitalisations pour infection respiratoire aigüe au cours de l'année de surveillance 2023-2024.

L'influenza en mono-infection a été détectée chez 7,0 % des enfants hospitalisés pour une infection respiratoire aigüe au cours de l'année et approximativement 6,5 % d'entre eux ont été admis en soins intensifs. Aucun décès n'a été constaté. Environ 60 % des patients pédiatriques avec un test positif à l'influenza en mono-infection étaient infectés par le virus de l'influenza A et le reste par l'influenza B. La proportion la plus élevée des hospitalisations pédiatriques avec un résultat positif à l'influenza était au cours de la semaine CDC 05 (du 28 janvier au 3 février 2024), représentant environ 31 % des infections respiratoires aigües. Les données du projet permettent également de constater que les infections au virus respiratoire syncytial ont occupé une proportion importante des hospitalisations pédiatriques pour une infection respiratoire aigüe au cours de l'automne et de l'hiver, de même que les entéro/rhinovirus entre le printemps et l'automne inclusivement.

Chez les adultes, 8,9 % des patients hospitalisés pour une infection respiratoire aiguë au cours de l'année étaient positifs à un virus de l'influenza en mono-infection. Environ 11 % de ces cas ont été admis aux soins intensifs et 7 % sont décédés. La majorité de ces décès était chez des personnes âgées de 80 ans et plus. Environ 90 % des patients adultes avec un test positif à l'influenza en mono-infection étaient infectés par le virus de l'influenza A et le reste par l'influenza B. La proportion la plus élevée des hospitalisations chez des adultes avec un résultat positif à l'influenza était au cours de la semaine CDC 51 (du 17 au 23 décembre 2023), représentant environ 32 % des infections respiratoires aiguës. Tout au long de l'année, la COVID-19 était détectée chez une proportion importante des hospitalisations adultes pour virus respiratoires.

Autant chez les enfants que chez les adultes hospitalisés inclus dans le projet, le sous-type A(H1N1) était grandement prédominant par rapport au sous-type A(H3N2), représentant 98 % des tests positifs à l'influenza A pour lesquels l'information sur le sous-type était disponible (n = 261).

Les données de vigie des virus respiratoires du projet Hospivir de l'année de surveillance 2023-2024  (<https://www.inspq.qc.ca/influenza/vigie-hospitaliere-des-virus-respiratoires/archives/2023-2024>) sont disponibles en ligne.

Consultations dans les cliniques sentinelles (GMF)

Vigie de la circulation communautaire des virus respiratoires

Huit cliniques sentinelles dans sept régions du Québec ont participé au projet de vigie de la circulation communautaire des virus respiratoires et de l'évaluation de l'efficacité des vaccins contre la grippe et la COVID-19 au cours de la saison 2023-2024.

Ainsi, 3 376 patients avec une consultation ambulatoire pour une infection respiratoire aiguë dans une des cliniques sentinelles du réseau se sont portés volontaires pour participer au projet de surveillance avec confirmation virologique. Le virus de l'influenza en mono-infection a été détecté chez 618 patients. Environ 72 % des détections du virus l'influenza en mono-infection appartenaient au type A, et plus de 90 % de ces derniers étaient le sous-type A(H1N1)pdm09. Comme il a été possible d'observer par l'entremise du programme provincial de surveillance de laboratoire des virus respiratoires du LSPQ, l'influenza occupait une

proportion plus importante parmi l'ensemble des virus respiratoires détectés entre le mois de décembre et mai, initialement soutenue par l'influenza A pour ensuite être supplantée par l'influenza B vers la fin de la saison grippale.

Les données du projet de vigie de la circulation communautaire des virus respiratoires de l'année de surveillance 2023-2024 [🔗 \(https://www.inspq.qc.ca/influenza/vigie-des-virus-respiratoires-cliniques-medicales/archives/2023-2024\)](https://www.inspq.qc.ca/influenza/vigie-des-virus-respiratoires-cliniques-medicales/archives/2023-2024) sont disponibles en ligne.

Auteurs

Rédaction assurée par M. Patrick Evans de la Direction de la vigie sanitaire, en collaboration avec la Direction de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses, l'Institut national de santé publique du Québec et le Laboratoire de santé publique du Québec. Les personnes suivantes ont participé à la préparation du présent numéro : M^{me} Annick Des Cormiers, M^{me} Eveline Toth, D^{re} Isabelle Meunier, M. Rachid Amini, D^{re} Rodica Gilca et D^r Yves Jalbert.

Pour recevoir le bulletin par courriel dès sa parution

Pour être informé tout au long de la saison grippale sur les actualités épidémiologiques concernant la grippe et les autres virus respiratoires, abonnez-vous à Infolettre Flash Grippe (<https://www.msss.gouv.qc.ca/abonnement/?l=flashgrippe>).

Dernière mise à jour : 18 décembre 2024