



BULLETIN DES AGENTS PATHOGÈNES DES VOIES RESPIRATOIRES ÉMERGENTS ANALYSE DE LA SITUATION MENSUELLE DES MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES ÉMERGENTS AFFECTANT LES HUMAINS

ISBN/ISSN: 2563-9439 | No de catalogue: HP38-6F-PDF | No de publication: 230013

Numéro 98 février 2025

DANS CE BULLETIN

1. Mises à jour sur les virus grippaux aviaires
2. Mises à jour sur les virus grippaux d'origine porcine
3. Mise à jour sur le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (SRMO-CoV)

Le bulletin APRE (Agents pathogènes humains des voies respiratoires émergents) est une publication mensuelle élaborée par le Centre des infections émergentes et respiratoires et de la préparation aux pandémies (CIERPP) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Le bulletin APRE est un mécanisme d'information sur les indicateurs de surveillance des événements actifs de santé publique à l'échelle mondiale, y compris au niveau national, touchant les humains en matière d'agents pathogènes des voies respiratoires émergents. Il s'agit d'agents pathogènes tels que les nouvelles gripes (d'origine aviaire et porcine), le Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (SRMO-CoV) et d'autres agents pathogènes respiratoires émergents ponctuels.

FAITS SAILLANTS DU MOIS

ÉVÉNEMENTS AU CANADA

Aucun événement national n'a été signalé au Canada en février 2025.

ÉVÉNEMENTS INTERNATIONAUX

Au cours du mois de février 2025, les cas humains suivants ont été signalés à l'échelle internationale (Figure 1) :

- Quatre (4) nouveaux cas humains de grippe aviaire A(H5N1) aux États-Unis (3) et au Cambodge (1).
- Quatre (4) nouveaux cas humains de grippe aviaire A(H9N2) en Chine.
- Un (1) nouveau cas humain de grippe porcine A(H1N2)v aux États-Unis.
- Un (1) nouveau cas humain de grippe porcine A(H1N1)v eurasienne de d'origine aviaire.

MISE À JOUR SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE LIÉS AUX AGENTS PATHOGÈNES DES VOIES RESPIRATOIRES ÉMERGENTS CHEZ L'HUMAIN (28 FÉVRIER 2025)¹

NOUVEAUX VIRUS GRIPPAUX ¹	[NBRE CUMULATIF DATE DU DERNIER DE CAS ² (DÉCÈS), RAPPORT ⁴ % DU TAUX DE LÉTALITÉ ³]
Grippe aviaire	
A(H1N2) ⁵	[2 (0), 0%]
A(H3N8)	[3 (1), 33%]
A(H5N1) ⁶	[969 (467), 48%]
A(H5N2)	[1(1), 100%]
A(H5N6)	[93 (57), 61%]
A(H5N8)	[7 (0), 0%]
A(H7N4)	[1 (0), 0%]
A(H7N9)	[1 568 (615), 39%]
A(H9N2)	[149 (2), 1%]
A(H10N3)	[4 (0), 0%]
A(H10N5)	[1 (1), 100%]
Grippe porcine	
A(H1N1)v	[50 (2), 4%]
A(H1N2)v	[56 (0), 0%]
A(H3NX)v ⁷	[1 (0), 0%]
A(H3N2)v	[451 (1), <1%]
A(H1NX)v ⁸	[1 (1), 100%]
A(H1N1) v eurasien de type aviaire	[12 (0), 0%]
SRMO-CoV¹	
Nombre de cas à l'échelle mondiale ⁹	[2 614 (943), 36%]
-En Arabie saoudite ¹⁰	[2 205 (863), 39%]

¹Date du premier cas déclaré d'infection humaine : SRMO-CoV : février 2013 (étude rétrospective de cas, septembre 2012). A(H7N9) : mars 2013. A(H5N1) : 1997. A(H9N2) : 1998. A(H5N6) : 2014. A(H5N8) : décembre 2020. A(H7N4) : février 2018. A(H1N2) : mars 2018. A(H10N3) : mai 2021. A(H3N8) : avril 2022. A(H3N2)v : 2011.



A(H1N2)v : 2005. A(H1N1)v : 2005. EA A(H1N1) : 1986, mais le tableau compte les cas depuis janvier 2021. A(H10N5) : janvier 2024. A(H5N2) : mai 2024.

²Nombre cumulatif de cas : actualisés avec les données signalées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (les virus grippaux aviaires et d'origine porcine, le SRMO-CoV), et les Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis (CDC) (virus grippaux d'origine porcine).

³Taux de létalité : proportion de cas ayant entraîné un décès. Il est à noter que ce taux dépend de l'exactitude des décès déclarés. Pour les événements avec des cas actifs, cette valeur peut être mise à jour rétrospectivement lorsqu'on arrive à une conclusion définitive sur les cas.

⁴Date du dernier rapport : le mois et l'année au cours desquels au moins un cas humain de l'agent pathogène correspondant a été signalé précédemment.

⁵A(H1N2) : virus est un virus réassorti saisonnier des souches saisonnières A(H1N1)pdm09 et A(H3N2).

⁶A(H5N1) : Le type N n'était pas présent pour tous les cas signalés de grippe A(H5), mais selon le contexte situationnel, certains cas étaient présumés et comptabilisés comme étant des cas de grippe A(H5N1).

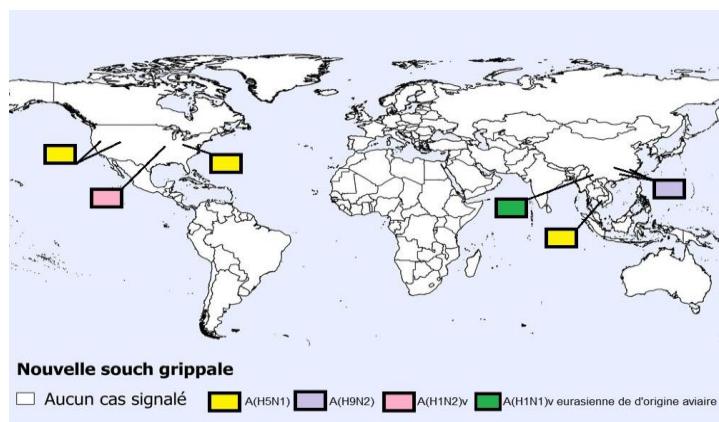
⁷A(H3NX)v : le virus est un nouveau virus de la grippe A(H3) dont les résultats concernant la neuraminidase sont en attente ou indéterminé.

⁸A(H1NX)v : le virus est un nouveau virus de la grippe A(H1) dont les résultats concernant la neuraminidase sont en attente ou indéterminé.

⁹Nombre de cas à l'échelle mondiale : Le nombre cumulé de cas et de décès dus au MERS-CoV reflète les mises à jour rétrospectives fournies dans les bulletins d'information sur les flambées épidémiques (BIFE) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

¹⁰Arabie saoudite : Le nombre cumulé de cas et de décès dus au MERS-CoV reflète les mises à jour rétrospectives fournies dans les bulletins d'information sur les flambées épidémiques (BIFE) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Figure 1. Répartition géographique des cas humains de grippe aviaire et porcine dans le monde en février 2025 (n=10).



Remarque : Cette carte a été préparée par le CIERPP à partir des données du site d'information sur les événements de l'OMS en date du 28 février 2025.

MISES À JOUR SUR LES VIRUS GRIPPAUX AVIAIRES

GRIFFE AVIAIRE A(H5N1)

En février 2025, un total de quatre (4) nouveaux cas humains de grippe aviaire A(H5N1) ont été signalés. Trois (3) cas ont

été signalés aux États-Unis et un (1) cas a été signalé au Cambodge.

Le premier cas était un travailleur agricole laitier commercial de plus de 18 ans au Nevada. Le cas a développé une conjonctivite le 30 janvier 2025. Le cas n'a pas été hospitalisé, n'a pas reçu d'oseltamivir et s'est depuis rétabli. Au moment de la déclaration, la recherche des contacts est en cours, mais il n'y a actuellement aucune preuve de transmission interhumaine associée à ce cas. Le cas travaillait dans une ferme où le virus de l'influenza aviaire A(H5N1) avait été détecté chez des bovins laitiers. Ce cas pourrait s'agir du premier cas d'infection humaine par le génotype D1.1 transmis des bovins laitiers aux humains.

Le deuxième cas était un travailleur agricole de plus de 18 ans en Ohio. Le cas a présenté à la fois des symptômes respiratoires et non respiratoires, a été hospitalisé et a ensuite été signalé comme étant en cours de rétablissement à la maison. Le cas était lié à des activités de dépeuplement sanitaires et avait été en contact avec des volailles commerciales décédées infectées par le virus A(H5N1). Aucun cas secondaire n'a été signalé. Il s'agit du premier cas humain signalé de grippe aviaire A(H5N1) en Ohio. Le clade et le génotype de ce virus sont inconnus au moment de la déclaration.

Le troisième cas était une personne de plus de 18 ans au Wyoming. Le cas a présenté un état mental altéré, de la faiblesse, de la déshydratation, de la fièvre, des frissons et de la toux. Ce cas a été hospitalisé mais s'est amélioré et a sorti de l'hôpital le 8 février 2025. Le cas a ensuite été réadmis à l'hôpital pour une pneumonie, mais il s'est depuis rétabli. Le cas était lié à des volailles de basse-cour décédées infectées par le virus de la grippe aviaire A(H5) avant l'apparition de la maladie. Aucun cas secondaire n'a été signalé. Le virus appartenait au génotype D1.1 du clade 2.3.4.4b.

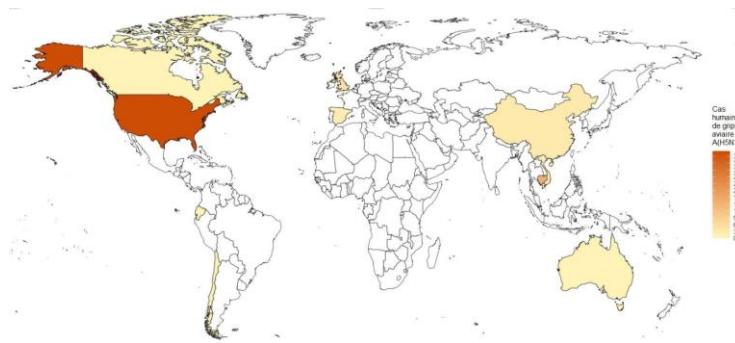
Le quatrième cas était un garçon de 2 ans de la province de Prey Veng dans le sud du Cambodge. Le cas a développé des symptômes de toux, de fièvre et de fatigue le 17 février 2025. Le patient a reçu des médicaments dans une clinique, mais il a ensuite été transféré dans un hôpital d'une municipalité voisine le 20 février. Il a développé un essoufflement et a été transféré dans un hôpital national le 24 février, où il a été placé en isolement et a reçu des antiviraux. Le cas est décédé le 25 février. Avant l'apparition de la maladie, 15 volailles de basse-cour sont mortes et d'autres volailles de basse-cour à

la maison du cas étaient malades. Le cas avait souvent dormi et joué près du poulailler de la famille avant le début de la maladie. Durant l'enquête, 69 contacts étroits ont été identifiés. Un total de 32 échantillons ont été prélevés auprès des contacts étroits et des personnes symptomatiques, tous ayant donné un résultat négatif pour le H5N1. Aucun cas secondaire n'a été signalé, et aucune transmission interhumaine n'a été identifiée. Le virus appartenait au clade 2.3.2.1c, similaire aux souches circulant parmi les volailles au Cambodge.

Depuis 2022, 107 cas humains ont été signalés dans le monde entier (2022 : n = 6, 2023 : n = 13, 2024 : n = 81, 2025 : n=7) (Figure 2). Il y a eu onze (11) décès connus parmi les cas signalés au cours de cette période (Figure 3), au Cambodge (8), en Chine (1), aux États-Unis (1), et au Vietnam (1).

Un nombre important de détections d'A(H5N1) associées à l'épidémie d'A(H5N1) du clade 2.3.4.4b a été signalé dans des populations d'oiseaux domestiques, de jardin et sauvages, ainsi que dans d'autres espèces animales à travers le Canada. IAHP A(H5N1) n'a pas été détecté au Canada chez des bovins laitiers, d'autre animaux d'élevage ou dans le lait cru. Une (1) infection humaine à la grippe A(H5N1) d'origine domestique a été signalée en novembre 2024 chez un résident canadien sans source d'exposition identifiée. Une infection humaine à la grippe A(H5N1) associée à un voyage a été signalée chez un résident canadien de retour d'un voyage en Chine en 2014.

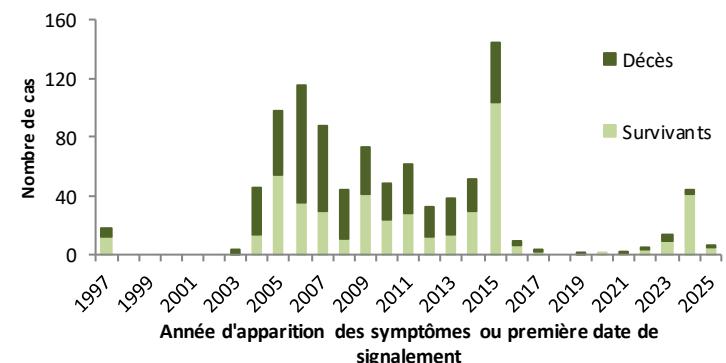
Figure 2. Distribution spatiale des cas humains de grippe A(H5N1) dans le monde du 1er janvier 2022 au 28 février 2025 (n=107).



Remarque : Cette carte a été préparé par le CIERPP à partir des données du site d'information sur les événements de l'OMS, du Health Alert Network des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, et du décompte cumulatif des cas de l'OMS. Il reflète les données disponibles dans ces publications

en date du 28 février 2025. Des cas de grippe A(H5) présumés être de type A(H5N1) ont également été inclus.

Figure 3. Distribution temporelle des cas humains de grippe A(H5N1) signalés dans le monde, par année, du 1^{er} janvier 1997 au 28 février 2025 (n=969).



Remarque : Ce graphique a été préparé par le CIERPP à partir des données du site d'information sur les événements de l'OMS, du Health Alert Network des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, et du décompte cumulatif des cas de l'OMS. Il reflète les données disponibles dans ces publications en date du 28 février 2025. Des cas de grippe A(H5) présumés être de type A(H5N1) ont également été inclus.

GRIFFE AVIAIRE A(H5N2)

Le cas humain le plus récent de grippe aviaire A(H5N2) a été signalé en mai 2024 au Mexique.

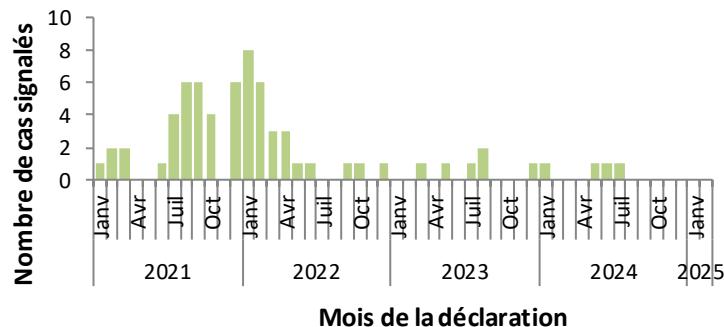
Il s'agit du premier cas humain détecté d'A(H5N2). Étant donné qu'un seul cas humain de A(H5N2) a été signalé à ce jour et que les renseignements cliniques disponibles sont limités, l'étendue complète de la maladie est inconnue.

GRIFFE AVIAIRE A(H5N6)

Le cas humain le plus récent de grippe aviaire A(H5N6) a été signalé en juillet 2024 en Chine.

Depuis janvier 2021, 67 cas de grippe aviaire A(H5N6) ont été signalés dans le monde entier (2021 : n=32, 2022 : n=25, 2023 : n=5, 2024 : n=4) (Figure 4); tous sauf un cas (2021, Laos PDR) ont été signalés en Chine. Depuis l'apparition de ce virus en 2014, un total de 93 cas humains confirmés en laboratoire de grippe aviaire A(H5N6), dont au moins 57 décès, ont été signalés à l'échelle mondiale (taux de létalité : 61 %). Aucun cas n'a été signalé au Canada.

Figure 4. Distribution temporelle des cas humains de grippe A(H5N6) signalés dans le monde, par mois, du 1^{er} janvier 2021 au 28 février 2025 (n=67).



Remarque : Ce graphique a été préparé par le CIERPP à partir des données du site d'information sur les événements de l'OMS et des communiqués de presse du Centre for Health Protection (CHP) de Hong Kong. Elle reflète les données disponibles dans ces publications en date du 28 février 2025.

GRIPPE AVIAIRE A(H9N2)

Quatre nouveaux cas humains de grippe aviaire A(H9N2) ont été signalés en février 2025 par la Chine. Il n'y a aucun lien épidémiologique connu entre les quatre cas et aucune transmission interhumaine associée à l'un de ces quatre cas humains n'a été signalée.

Le premier cas était celui d'un garçon de 2 ans qui a développé la maladie le 27 décembre 2024. Le deuxième cas était un jeune homme de 15 ans qui a développé la maladie le 8 janvier 2025. Les deux cas provenaient de la province du Hunan. La gravité de la maladie, les résultats des cas et les sources possibles d'exposition n'étaient pas disponibles au moment de la déclaration.

Le troisième cas était une femme de 72 ans de la province du Sichuan qui a développé la maladie le 27 décembre 2024. Le cas présentait des conditions sous-jacentes, a été hospitalisé pour une pneumonie et s'est rétabli de sa maladie. Elle a été exposée à des volailles de basse-cour avant le début de la maladie. Les échantillons environnementaux et tous les contacts étroits étaient négatifs pour le A(H9N2).

Le quatrième cas était une femme de 56 ans de la province de Guangdong qui a développé des symptômes légers le 20 janvier 2025. Elle avait été exposée à un marché de volailles vivantes avant l'apparition des symptômes. Des échantillons positifs de H9 ont été trouvés au marché de

volailles vivantes qu'elle avait visité. Tous les contacts étroits étaient négatifs pour le A(H9N2).

Six (6) cas humains de grippe aviaire A(H9N2) ont été signalés en 2025, tous en Chine. En 2024, 21 cas humains de grippe aviaire A(H9N2) ont été signalés dans le monde entier, en Chine (18), en Inde (1), au Vietnam (1), et au Ghana (1). Depuis l'émergence de ce virus dans la population humaine en 1998, 149 cas ont été signalés dans le monde, avec un taux de létalité d'environ 1 %. Aucun cas n'a été signalé au Canada au moment de la publication.

GRIPPE AVIAIRE A(H10N3)

Le cas humain le plus récent de grippe aviaire A(H10N3) a été signalé en janvier 2025 en Chine.

Depuis l'apparition de ce virus dans la population humaine en 2021, 4 cas ont été signalés, tous en provenance de Chine (mai 2021 : n=1, août 2022 : n=1, avril 2024 : n=1 ; janvier 2025 : n=1). Le taux de létalité est de 0 % ; cependant, tous les cas humains d'A(H10N3) qui ont été détectés jusqu'à présent ont connu une maladie grave. Avec seulement 4 cas humains à ce jour, l'éventail complet de la maladie est très incertain.

MISES À JOUR SUR LES VIRUS GRIPPAUX D'ORIGINE PORCINE

GRIPPE A(H1N1)V D'ORIGINE PORCINE

Les cas humains les plus récents de grippe A(H1N1)v d'origine porcine ont été signalés en août 2024 aux États-Unis (1) et au Vietnam (1).

Au total, 50 cas humains de grippe A(H1N1)v d'origine porcine ont été signalés à l'échelle mondiale depuis 2005, avec un taux de létalité de 4 %. Deux détections de grippe A(H1N1)v d'origine porcine ont été signalés chez des résidents canadiens depuis le début du signalement en 2005, le premier cas ayant été signalé en Ontario en septembre 2012 et le deuxième au Manitoba en avril 2021 (voir le [bulletin APRE no 52](#)).

GRIPPE A(H1N2)V D'ORIGINE PORCINE

Un nouveau cas humain de grippe A(H1N2)v d'origine porcine a été signalé en février 2025 aux États-Unis.

Le cas concernait un individu de 18 ans en Iowa qui a développé des symptômes le 17 janvier 2025. Le cas présentait des conditions médicales sous-jacentes et a été hospitalisé le 18 janvier 2025 avec des symptômes de toux et

de douleurs abdominales. Le cas a reçu un traitement antiviral, a été sorti de l'hôpital et s'est depuis rétabli. Aucun contact direct ou indirect avec des porcs n'a été identifié. Aucune maladie n'a été détectée parmi les contacts étroits et aucune transmission interhumaine associée à ce cas n'a été identifiée.

Au total, 56 cas humains de grippe A(H1N2)v d'origine porcine ont été signalés à l'échelle mondiale depuis 2005, avec un taux de létalité de 0 %. Trois détections de grippe A(H1N2)v d'origine porcine ont été signalées chez les résidents canadiens depuis le début de la déclaration en 2005. Le premier cas a été signalé en Alberta en octobre 2020 (voir le [bulletin APRE no 46](#)), le deuxième au Manitoba en avril 2021 (voir le [bulletin APRE no 52](#)) et le dernier cas sur le territoire canadien a été signalé au Manitoba en novembre 2021 (voir le [bulletin APRE no 59](#)).

GRIPPE A(H3N2/H3NX)V D'ORIGINE PORCINE

Les cas humains le plus récents de grippe A(H3N2)v d'origine porcine ont été signalés en septembre 2024 aux États-Unis.

À l'échelle mondiale, 451 cas de grippe A(H3N2)v d'origine porcine ont été signalés depuis 2005, avec un taux de létalité < 1 %. Quatre cas humains de grippe d'origine porcine A(H3N2)v ont été signalés au Canada depuis 2005. Le premier cas d'A(H3N2)v au Canada a été signalé en Ontario en 2005. Cela a été suivi d'un deuxième cas en 2016, en Ontario, d'un troisième cas en juin 2021, au Manitoba (voir le [bulletin APRE no 54](#)), et d'un quatrième cas en juillet 2024, en Saskatchewan (voir le [bulletin APRE no 91](#)).

GRIPPE PORCINE A(H1N1)V EURASIENNE DE D'ORIGINE AVIAIRE

Un nouveau cas humain de grippe porcine A(H1N1)v eurasienne de d'origine aviaire a été signalé en février 2025 en Chine.

Le cas était fille de 1 an de la province du Yunnan. Elle a développé des symptômes des voies respiratoires supérieures le 12 novembre 2024. Elle n'a pas été hospitalisée. Avant le début de la maladie, le cas avait une exposition fréquente aux cochons de basse-cour. Les échantillons provenant de la porcherie, du porc et de tous les contacts étroits se sont révélés négatifs pour le virus. Il n'y avait aucune preuve de transmission interhumaine.

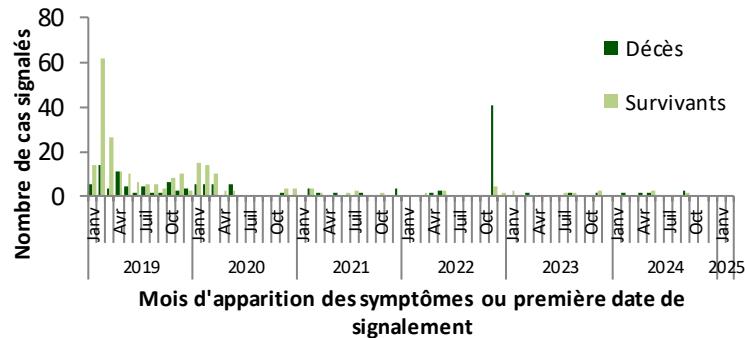
Il s'agit du premier cas de grippe A(H1N1)v eurasienne de type aviaire signalé dans le monde entier en 2025, et le premier depuis 2023. Au total, 12 cas humains de grippe porcine A(H1N1)v Eurasienne de d'origine aviaire ont été signalés à l'échelle mondiale depuis janvier 2021, avec un taux de létalité de 0 %.

CORONAVIRUS DU SYNDROME RESPIRATOIRE DU MOYEN-ORIENT (SRMO-COV)

Le cas humain le plus récent de SRMO-CoV a été signalé en septembre 2024 au Royaume d'Arabie saoudite (KSA).

Un total de 2 614 cas de SRMO-CoV confirmés en laboratoire, dont 943 décès, ont été signalés dans le monde depuis 2012 par l'OMS (TL : 36 %) (Figure 5). Aucun cas n'a été signalé au Canada.

Figure 5. Répartition temporelle des cas humains de SRMO-CoV déclarés par l'OMS à l'échelle mondiale, par mois et par année, du 1^{er} janvier 2019 au 28 février 2025 (n=335).



Remarque : Ce graphique a été préparé par le CIERPP à partir des données des Bulletins sur les flambées épidémiques de l'OMS et du ministère de la Santé de l'Arabie saoudite. Il reflète les données disponibles en date du 28 février 2025. En novembre 2022, l'OMS a publié un article dans les bulletins d'information sur les flambées épidémiques (BIFE) qui a mis à jour ses chiffres en y ajoutant des cas et des décès rétrospectifs, ce qui a entraîné une augmentation de 5 cas et de 41 décès par rapport à leurs précédents BIFE liés au SRMO-CoV. En août 2023, l'OMS a publié un article dans les BIFE contenant des informations sur trois cas rétrospectifs de SRMO-CoV et deux décès. Ces trois cas et un décès étaient déjà pris en compte dans le nombre cumulé de cas et de décès de l'article du DON publié en juillet 2023, ainsi que dans les totaux publiés dans le [bulletin APRE no 79](#). En mai 2024, l'OMS a publié un article dans les BIFE contenant des informations sur un cas humain fatal de SRMO-CoV. Ce cas mortel était déjà pris en compte dans les totaux publiés dans le [bulletin APRE no 88](#).