



# 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 93 septembre 2024

### 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 cas humain d'agents pathogènes des voies respiratoires émergents n'a été détecté au Canada depuis la dernière détection en juillet 2024 (voir le [bulletin APRE no 91](#)).

#### ÉVÉNEMENTS INTERNATIONAUX

Au cours du mois de septembre 2024, les cas humains suivants ont été signalés à l'échelle internationale (Figure 1) :

- Un nouveau cas humain de grippe aviaire [A\(H5N1\)](#)
- Deux nouveaux cas humains de grippe aviaire [A\(H9N2\)](#)
- Deux nouveaux cas humains de grippe [A\(H3N2\)v](#) d'origine porcine
- Un nouveau cas humain de [SRMO-CoV](#)

### MISE À JOUR SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE LIÉS AUX AGENTS PATHOGÈNES DES VOIES RESPIRATOIRES ÉMERGENTS CHEZ L'HUMAIN (30 SEPTEMBRE 2024)<sup>1</sup>

NOUVEAUX VIRUS GRIPPAUX <sup>1</sup>	[NBRE CUMULATIF DE CAS <sup>2</sup> (DÉCÈS), % DU TAUX DE LÉTALITÉ <sup>3</sup> ]	DATE DU DERNIER RAPPORT <sup>4</sup>
<b>Grippe aviaire</b>		
A(H1N2) <sup>5</sup>	[2 (0), 0%]	<a href="#">janvier 2019</a>
A(H3N8)	[3 (1), 33%]	<a href="#">mars 2023</a>
A(H5NX) <sup>6</sup>	[1 (0), 0%]	<a href="#">juillet 2024</a>
A(H5N1)	[926 (470), 51%]	septembre 2024
A(H5N2)	[1(1), 100%]	<a href="#">mai 2024</a>
A(H5N6)	[93 (57), 61%]	<a href="#">juillet 2024</a>
A(H5N8)	[7 (0), 0%]	<a href="#">février 2021</a>
A(H7N4)	[1 (0), 0%]	février 2018
A(H7N9)	[1 568 (615), 39%]	<a href="#">avril 2019</a>
A(H9N2)	[133 (2), 2%]	septembre 2024
A(H10N3)	[3 (0), 0%]	<a href="#">avril 2024</a>
A(H10N5)	[1 (1), 100%]	<a href="#">janvier 2024</a>
<b>Grippe porcine</b>		
A(H1N1)v	[50 (2), 4%]	<a href="#">août 2024</a>
A(H1N2)v	[55 (0), 0%]	<a href="#">août 2024</a>
A(H3NX)v <sup>7</sup>	[1 (0), 0%]	<a href="#">août 2023</a>
A(H3N2)v	[451 (1), <1%]	septembre 2024
A(H1NX)v <sup>8</sup>	[1 (1), 100%]	<a href="#">novembre 2021</a>
A(H1N1) v eurasiens de type aviaire	[11 (0), 0%]	<a href="#">septembre 2023</a>
<b>SRMO-CoV<sup>1</sup></b>		
Nombre de cas à l'échelle mondiale <sup>9</sup>	[2 614 (943), 36%]	septembre 2024
-En Arabie saoudite <sup>10</sup>	[2 205 (863), 39%]	septembre 2024

<sup>1</sup>Date 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.

<sup>2</sup>**Nombre 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).

<sup>3</sup>**Taux 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.

<sup>4</sup>**Date 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.

<sup>5</sup>**A(H1N2)** : virus est un virus réassorti saisonnier des souches saisonnières A (H1N1)pdm09 et A (H3N2).

<sup>6</sup>**A(H5NX)** : le virus est un nouveau virus de la grippe A(H5) dont les résultats concernant la neuraminidase sont en attente ou indéterminé.

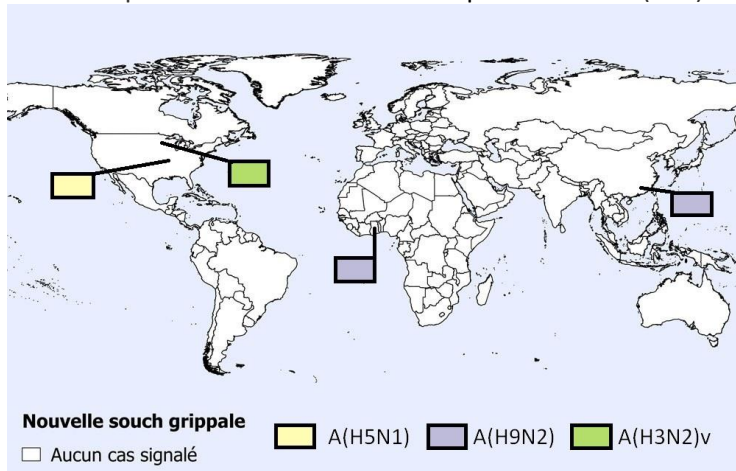
<sup>7</sup>**A(H3NX)v** : le virus est un nouveau virus de la grippe A(H3) dont les résultats concernant la neuraminidase sont en attente ou indéterminé.

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

<sup>9</sup>**Nombre 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).

<sup>10</sup>**Arabie 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 septembre 2024 (n=5).



**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 30 septembre 2024.

## MISES À JOUR SUR LES VIRUS GRIPPAUX AVIAIRES

### GRIPPE AVIAIRE A(H5N1)

Un nouveau cas humain de grippe aviaire A(H5N1) a été signalé en septembre 2024 aux États-Unis dans le Missouri.

Le cas est un individu de plus de 18 ans qui présentait des problèmes médicaux sous-jacents importants. Le cas a développé des symptômes de douleurs thoraciques, de nausées, de vomissements, de diarrhée et de faiblesse le 20 août 2024. Le cas a été hospitalisé le 22 août 2024, a reçu des traitements antiviraux contre la grippe, a ensuite été libéré et s'est rétabli. Le cas n'a pas été admis en Unité de Soins Intensifs.

Ce cas de grippe A(H5N1) était le premier aux États-Unis à être identifié grâce au système national de surveillance de la grippe saisonnière du pays et non par le biais d'une veille épidémiologique spécifique au H5. Sept contacts étroits symptomatiques ont été identifiés, un membre du ménage et six travailleurs de la santé pendant que le cas était hospitalisé. Le membre du ménage a commencé à tousser et à se sentir fatigué le 20 août 2024, et s'est rétabli sans recourir à des soins médicaux. Selon le CDC des États-Unis, le membre du ménage était malade en même temps que le cas, ce qui suggère une exposition commune plutôt qu'une transmission de personne à personne. Il n'a pas été soumis au test PCR, mais s'est vu proposer un test sérologique. Le deuxième contact étroit était un travailleur de la santé dont la date d'apparition de la maladie est inconnue. Ce contact étroit a développé des symptômes légers et son test PCR s'est révélé négatif pour la grippe. Le troisième contact étroit était également un travailleur de la santé et a développé des symptômes respiratoires légers. Ce troisième contact n'a pas été testé pour la grippe, car la maladie s'est résorbée avant le début de l'enquête. Un test sérologique a été proposé à ce contact.

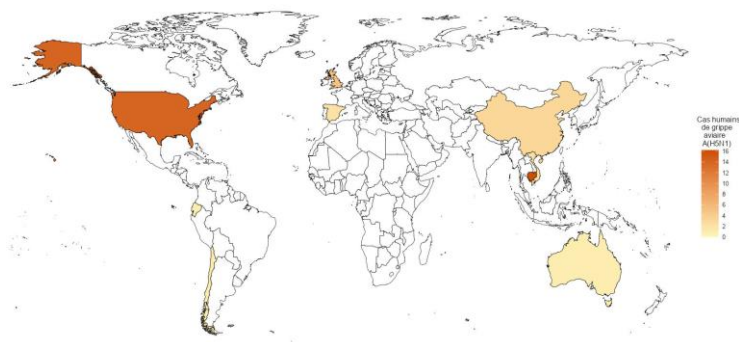
Le 27 septembre 2024, quatre contacts supplémentaires ont été identifiés parmi les travailleurs de la santé qui ont développé des symptômes respiratoires légers. Ils n'ont pas été soumis au test PCR, mais les résultats de leurs tests sérologiques sont en attente. Aucun cas humain supplémentaire n'a été identifié. Aucune exposition animale immédiate n'est connue. Il n'existe actuellement aucune preuve de transmission interhumaine.

En 2024, on a détecté 26 cas humains de grippe aviaire A(H5N1) dans le monde, en Australie (1), au Cambodge (10), en Chine (1), aux États-Unis (13), et au Vietnam (1). Ce décompte de cas ne comprend pas un cas humain (H5NX) aux États-Unis (1) pour lesquels les CDC des États-Unis n'ont pas pu déterminer de manière concluante le sous-type de neuraminidase (NA) du virus. Depuis le début de l'épidémie

mondiale d'A(H5N1) chez la volaille et d'autres animaux en décembre 2021, 45 cas humains d'A(H5N1) ont été signalés dans le monde entier (2022 : n = 6, 2023 : n = 13, 2024 : n = 26) en Australie (1), au Cambodge (16), au Chili (1), en Chine (3), en Équateur (1), en Espagne (2), au Royaume-Uni (5), aux États-Unis (14), et au Vietnam (2) (Figure 2). Parmi ces cas, 21 appartenaient au clade 2.3.4.4b, 12 appartenaient au clade 2.3.2.1c, un appartenait au clade 2.3.2.1a, et dix (cinq au Cambodge, un en Chine et quatre aux États-Unis) sont en attente.

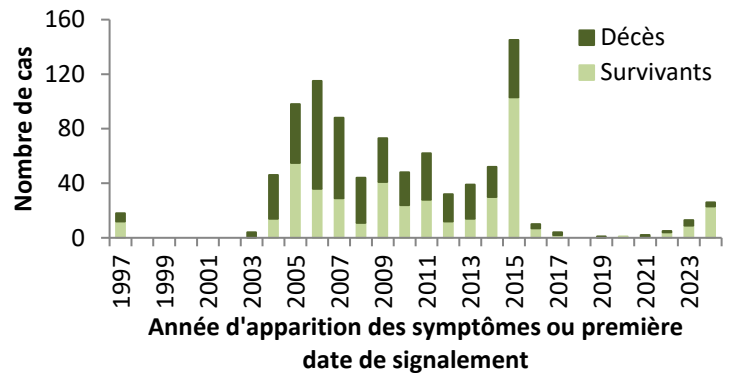
Depuis l'émergence du virus A (H5N1) chez l'homme en 1997, 926 cas humains de virus A (H5N1) ont été signalés dans le monde, avec un taux de létalité de 51 % (Figure 3). Un nombre important de détections d'A(H5N1) associées à l'épizootie actuelle 2021-2024 d'A(H5N1) du clade 2.3.4.4b a été signalé dans 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 chez des bovins laitiers, d'autre animaux d'élevage au Canada ou dans le lait cru. Aucune infection humaine par le virus A(H5N1) acquise localement n'a jamais été signalée au Canada. En 2014, le Canada (Alberta) a signalé un seul cas mortel lié au virus A(H5N1) chez un résident revenant d'un voyage en Chine.

**Figure 2.** Distribution spatiale des cas humains de grippe A(H5N1) dans le monde du 1er janvier 2022 au 30 septembre 2024 (n=45).



**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 30 septembre 2024.

**Figure 3.** Distribution temporelle des cas humains de grippe A(H5N1) signalés dans le monde, par année, du 1<sup>er</sup> janvier 1997 au 30 septembre 2024 (n=926).



**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 30 septembre 2024.

### GRIPPE 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.

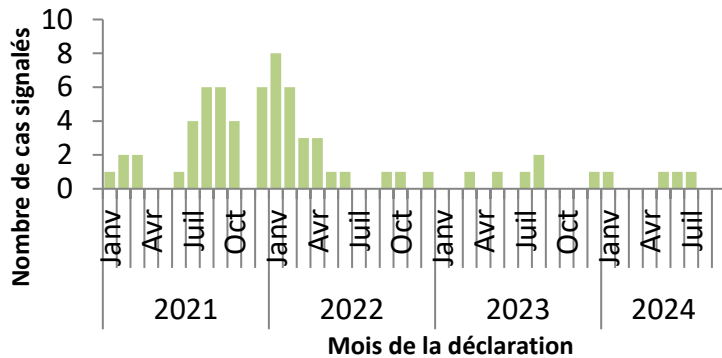
### GRIPPE AVIAIRE A(H5N6)

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, Lao 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<sup>er</sup> janvier 2021 au 30 septembre 2024 (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 30 septembre 2024.

## GRIPPE AVIAIRE A(H9N2)

Deux nouveaux cas humains de grippe aviaire A(H9N2) ont été signalés en septembre 2024 en Chine (1) et au Ghana (1).

Le premier cas était celui d'une fillette de 3 ans de la province de Guangdong, en Chine. La maladie est apparue le 12 août 2024. Le 19 août 2024, la patiente s'est rendue à l'hôpital pour un traitement contre la bronchite avec toux, mais sans fièvre. L'état de la patiente était léger, elle n'a pas été hospitalisée et s'est rétablie. Le cas n'a pas été exposé à des volailles vivantes avant le début de la maladie et n'avait aucun antécédent de voyage. Vingt-sept contacts étroits ont été identifiés. Aucun cas humain supplémentaire n'a été détecté. Les échantillons environnementaux provenant du domicile du cas ont été testés négatifs pour la grippe A.

Le deuxième cas était un enfant de moins de cinq ans résidant dans la région du Nord-Est au Ghana, près de la frontière avec le Burkina Faso. Le cas a développé un mal de gorge, de la fièvre et de la toux en date du 5 mai 2024. Le 7 mai 2024, le cas a été examiné dans un hôpital local, a reçu un diagnostic de maladie semblable à la grippe et a été traité avec des antipyrétiques, des antihistaminiques et des antibiotiques. Le cas n'avait aucun antécédent connu d'exposition à la volaille ou à une personne malade présentant des symptômes similaires avant l'apparition de la maladie. Le 7 mai 2024, le test PCR des échantillons respiratoires s'est révélé positif pour la grippe saisonnière A(H3N2). Le 9 juillet, l'analyse de la séquence génomique a révélé la présence d'un virus de la

grippe aviaire A(H9). Par la suite, une aliquote de l'échantillon a été envoyée au CDC des États-Unis pour des tests et une validation supplémentaires. Le 6 août, le CDC des États-Unis a confirmé que les échantillons étaient positifs pour le virus de la grippe A(H9N2). Les échantillons respiratoires des contacts étroits se sont révélés négatifs pour la grippe. Aucun autre cas humain de grippe A(H9N2) n'a été identifié dans la communauté. Une maladie a été signalée parmi les volailles dans la région du Nord-Est, mais la cause de la maladie chez les volailles n'a pas été confirmée au moment de la production du rapport. Il s'agit de la première infection humaine par un virus grippal zoonotique signalée à l'OMS par le Ghana.

En 2024, onze cas humains de grippe aviaire A(H9N2) ont été signalés dans le monde entier, en Chine (8), en Inde (1), au Vietnam (1), et au Ghana. En 2023, 15 cas humains de grippe aviaire A(H9N2) ont été détectés, tous en Chine. Depuis l'émergence de ce virus dans la population humaine en 1998, 133 cas ont été signalés dans le monde, avec un taux de létalité de 2 %. Aucun cas n'a été signalé au Canada.

## GRIPPE AVIAIRE A(H10N3)

Le cas humain le plus récent de grippe aviaire A(H10N3) a été signalé en avril 2024 en Chine.

En 2024, on a détecté un cas humain de grippe aviaire A(H10N3) dans le monde. Depuis l'émergence de ce virus dans la population humaine en 2021, trois cas ont été signalés, tous en Chine. Le taux de létalité est de 0 %; cependant, avec seulement trois cas humains signalés à ce jour, l'éventail complet de la maladie est très incertain. Aucun cas n'a été signalé au Canada.

## 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).

En 2024, quatre cas humains de grippe A (H1N1) v d'origine porcine ont été détectés dans le monde. Cinq cas humains de grippe A(H1N1)v ont été signalés dans le monde en 2023 au Brésil (1), en Chine (2), en Espagne (1) et en Suisse (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

Le cas humain le plus récent de grippe A(H1N2)v d'origine porcine a été signalé en août 2024 aux États-Unis.

En 2024, trois cas humains de grippe A(H1N2)v d'origine porcine ont été détectés dans le monde, tous aux États-Unis. Quatre cas humains de grippe A(H1N2)v d'origine porcine ont été signalés dans le monde en 2023 aux États-Unis (2), au Royaume-Uni (1) et à Taiwan (1). Au total, 55 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

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

Les deux cas sont des individus de moins de 18 ans et leurs infections ont été détectées au Minnesota. Les deux cas ont cherché des soins de santé pendant la semaine se terminant le 7 septembre 2024. Ils n'ont pas été hospitalisés et se sont tous les deux rétablis de leur maladie. Les deux cas (qui ne sont pas des contacts étroits l'un de l'autre) ont assisté à la même foire agricole avant l'apparition de la maladie. Le premier enfant a eu un contact indirect avec des porcs et le deuxième a eu un contact direct avec des porcs. Pour le premier cas, une maladie distincte, probablement sans lien, a été identifiée dans son ménage. Le lendemain de leur visite à la foire agricole, tous les membres de la famille ont développé des symptômes. Un membre du foyer a été soumis à un test, mais a été testé positif pour le SRAS-CoV-2. Tous les membres du ménage se sont rétablis. Pour le deuxième cas, aucune maladie n'a été identifiée parmi les contacts. Aucune transmission interhumaine du A(H3N2)v associée à l'un ou l'autre des cas n'a été identifiée.

À ce jour, cinq cas humains de grippe A(H3N2)v d'origine porcine a été signalé dans le monde en 2024, au Canada (1) et aux États-Unis (4). À l'exclusion du cas signalé d'A(H3NX)v aux États-Unis (1), aucun cas de grippe A(H3N2)v d'origine porcine n'a été détecté en 2023. 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](#)).

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

En septembre 2024, un nouveau cas humain de SRMO-CoV a été signalé au Royaume d'Arabie saoudite (KSA).

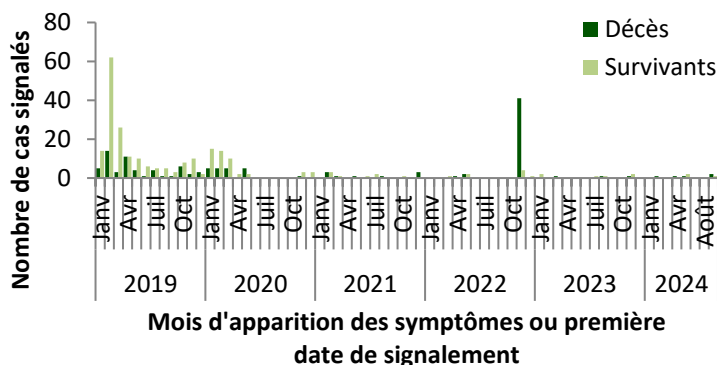
Le cas était un homme pakistanais de 54 ans, résidant en Arabie saoudite et ne travaillant pas dans le domaine de la santé. Le patient présentait des comorbidités, notamment un diabète de type II, une hypertension, une maladie cardiaque ischémique, une cardiomyopathie ischémique et une fibrillation auriculaire. Il a développé des symptômes de fièvre, de toux, des difficultés respiratoires et des palpitations le 28 août 2024. Il a été hospitalisé le 31 août 2024 comme cas cardiaque du fait de l'ischémie constatée sur son ECG. Le 1er septembre 2024, il a été transféré dans un autre hôpital où l'on a diagnostiqué une pneumonie. Un écouvillon nasopharyngé prélevé le 1er septembre a été testé pour la grippe, le SARS-CoV-2 et le virus respiratoire syncytial (VRS). Lorsque le résultat de l'échantillon est revenu négatif pour les trois virus, l'échantillon a été envoyé pour des tests supplémentaires de SRMO-CoV. Le patient a été libéré à sa demande contre l'avis médical le 1er septembre avant d'être informé des résultats de laboratoire confirmant la présence du SRMO-CoV. Il a voyagé au Pakistan le 2 septembre 2024. La présence du SRMO-CoV a été confirmée le 4 septembre. Le 7 septembre 2024, les autorités sanitaires du Pakistan ont transféré le cas dans un hôpital public pour un isolement strict et pour la gestion de ses comorbidités. Le cas a quitté l'hôpital le 13 septembre après avoir été testé négatif pour le SRMO-CoV avec pour instruction de continuer à prendre des médicaments par voie orale et de revenir pour un suivi au bout de cinq jours. Le suivi a pris fin le 19 septembre avec la déclaration d'un rétablissement complet.

Une enquête sur le terrain a révélé l'absence d'interaction avec les chameaux. Le suivi d'un membre de la famille, de 23 travailleurs de la santé des hôpitaux et de deux patients a été réalisé en Arabie saoudite. Au Pakistan, les contacts étroits, y compris les membres de la famille, les contacts de voyage lors du transit de l'Arabie saoudite vers le Pakistan et les travailleurs de la santé à l'hôpital public, ont été mis en quarantaine pendant 14 jours. Aucun cas secondaire n'a été signalé.

Le 5 septembre 2024, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture a signalé deux nouveaux décès humains liés au coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (SRMO-CoV) en Arabie saoudite. Ces décès sont les conséquences de deux cas précédemment signalés; cependant, on ne sait pas à quels cas précédemment signalés ces deux décès sont attribués. Ces deux nouveaux décès, ainsi qu'un autre décès ajouté aux chiffres pour l'Arabie saoudite, mais pas aux chiffres mondiaux non expliqués, sont pris en compte dans les chiffres les plus récents de l'OMS concernant le SRMO-CoV.

À ce jour, six nouveaux cas humains de SRMO-CoV ont été signalés en 2024 en Arabie saoudite. En 2023, 10 cas de SRMO-CoV ont été signalés à Oman (1), en Arabie saoudite (8) et aux Émirats arabes unis (1). 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<sup>er</sup> janvier 2019 au 30 septembre 2024 (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 30 septembre 2024. 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](#).