

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance, de vigilance et d'alerte dans les domaines de la santé publique, analyse les données de la grippe issues de son réseau de partenaires et publie les indicateurs résultant de l'analyse de ces données dans ce bulletin mis en ligne chaque semaine sur son site internet.

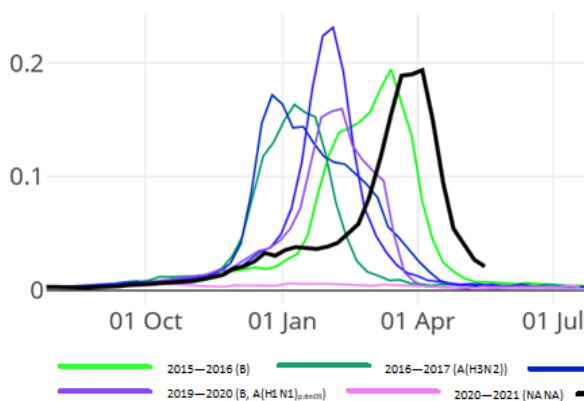
### Points clés en métropole

- Epidémie d'une durée de 9 semaines
- Pic épidémique tardif (début avril)
- Niveau d'intensité modéré en médecine de ville et à l'hôpital
- Co-circulation des virus A(H3N2) et A(H1N1)<sub>pdm09</sub>
- Impact plus marqué chez les enfants, d'intensité élevée au pic épidémique
- Couverture vaccinale supérieure à celle de 2019-20 mais inférieure à 2020-21
- Efficacité vaccinale élevée contre A(H1N1)<sub>pdm09</sub> et faible contre A(H3N2)

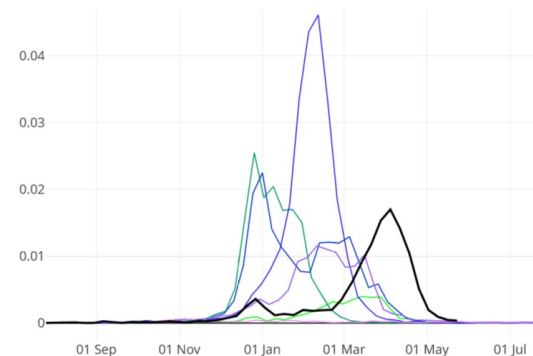
### Chiffres clés en métropole

- ▶ Durée de l'épidémie hétérogène selon les régions, variant de 7 semaines (Grand Est et Hauts-de-France) à 20 semaines en Occitanie
- ▶ Circulation des virus grippaux sur une période exceptionnellement longue (de mi-décembre à mi-mai), marquée par une recrudescence épidémique tardive
- ▶ Durant la période épidémique, de début mars à début mai (S09 à S17) :
  - Près d'un million de consultations pour syndrome grippal (réseau Sentinelles)
  - Part des syndromes grippaux parmi les consultations de SOS Médecins de 5,4% à 19,4% au pic épidémique (Figure 1)
  - Près de 57 000 passages aux urgences pour grippe ou syndrome grippal, dont 61% concernaient les moins de 15 ans
  - Environ 7000 hospitalisations après passage aux urgences (Figure 2), dont 30% concernant les moins de 15 ans
- ▶ Co-circulation des virus de type A (68% A(H3N2) et 32% A(H1N1)<sub>pdm09</sub>) (réseau Sentinelles)
- ▶ Couverture vaccinale de 52,6% chez les personnes à risque
- ▶ Efficacité vaccinale de 81% contre A(H1N1)<sub>pdm09</sub> et 34% contre A(H3N2)

**Figure 1 : Part des syndromes grippaux parmi toutes les consultations en France métropolitaine, de la saison 2015-2016 à 2021-2022 (réseau SOS Médecins)**

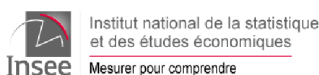


**Figure 2 : Part des hospitalisations pour grippe après passage aux urgences en France métropolitaine, de la saison 2015-2016 à 2021-2022 (réseau Oscour®)**



Certains indicateurs utilisés pour la surveillance de la grippe sont syndromiques (réseau Sentinelles, SOS Médecins, OSCOUR®), et ne reposent donc pas sur une confirmation biologique de l'infection par la grippe. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, il est donc probable qu'une partie des cas de syndromes grippaux rapportés par notre surveillance de la grippe soit due au COVID-19 et non à la grippe.

Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance de la grippe : médecins libéraux, urgentistes, laboratoires, réanimateurs et épidémiologistes



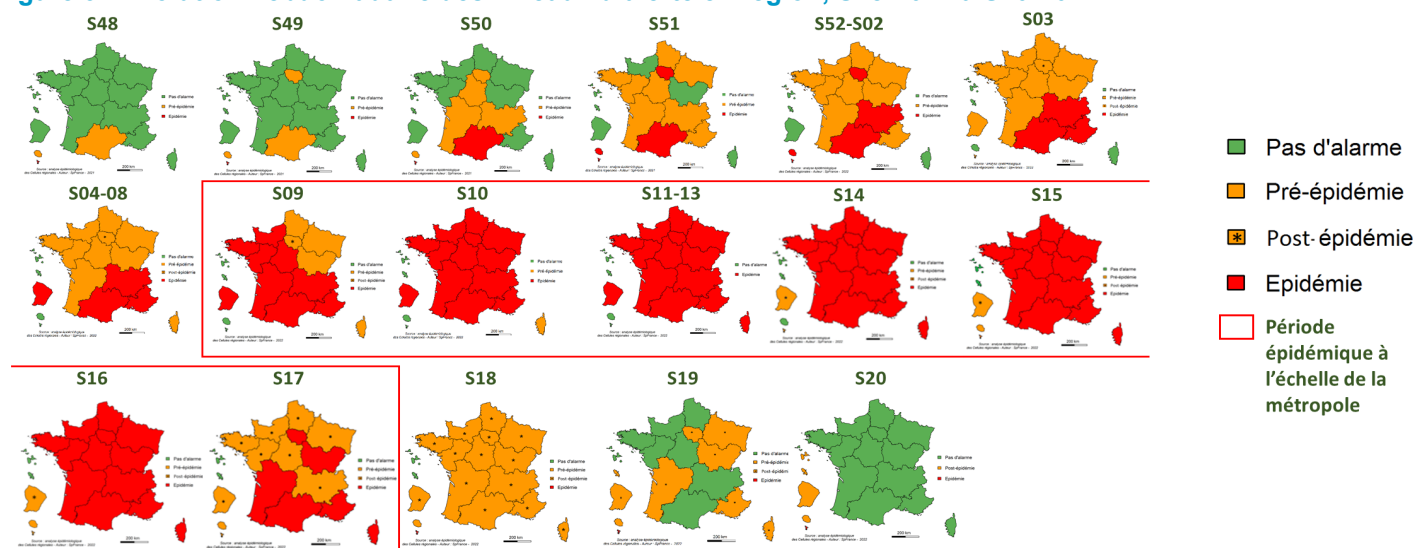
# Bilan préliminaire de l'épidémie en métropole

## Une activité modérée en médecine de ville et à l'hôpital

### Une circulation des virus grippaux étendue sur une longue période

Cette saison, la circulation active des virus grippaux en métropole a **débuté mi-décembre, s'est propagée lentement et a pris fin mi-mai**. Le passage de la première région en phase épidémique mi-décembre (Occitanie, S50-2021) a été suivi d'un long plateau épidémique avant la diffusion de l'épidémie à l'ensemble des régions début mars (S10-2022). Sept des 13 régions sont sorties de la phase épidémique fin avril (S17) suivies par les autres régions en S18. Toutes les régions étaient revenues en phase inter-épidémique en S20. La phase épidémique a duré 9 semaines en métropole, de début mars à fin avril (S09 à S17) (Figure 3).

Figure 3 : Evolution hebdomadaire des niveaux d'alerte en région, S48-2021 à S20-2022



Cette carte régionale est établie à partir de critères statistiques, épidémiologiques et virologiques. Les critères statistiques s'appuient sur l'analyse de seuils générés à partir de 3 sources (Réseau Sentinelles, SOS Médecins et Oscour®) selon 3 méthodes statistiques différentes (Serfling, Serfling robuste, Modèle de Markov caché). Au niveau national, la durée de l'épidémie est déterminée en utilisant la même méthode, à partir de seuils nationaux.

### Un impact modéré en médecine de ville

L'ampleur de l'épidémie a été modérée en médecine de ville, avec une estimation de 961 000 consultations pour syndrome grippal (réseau Sentinelles). Au pic de l'activité, début avril (S13), le taux de consultations pour syndrome grippal estimé par le **réseau Sentinelles** était de **289/100 000 habitants** (IC95% : 270-308) et la proportion de syndromes grippaux parmi les consultations de **SOS Médecins** était de **19,1%** (Figures 4 et 5).

Les consultations pour syndrome grippal en médecine de ville **ont concerné très majoritairement les enfants**, avec un taux d'incidence cumulé de 3 624/100 000 chez les moins de 5 ans et de 2 926/100 000 chez les 5-14 ans. Ce taux était nettement inférieur chez les 15-64 ans (1 312/100 000) et chez les personnes âgées de 65 ans et plus (524/100 000) (Figure 6).

En comparaison des données observées durant les saisons 2014-2015 à 2018-2019, **l'activité en médecine de ville pour syndrome grippal a atteint un niveau d'intensité modéré** en S11, est resté à ce niveau d'intensité durant 4 semaines puis est revenu à un niveau faible en S15 (Figure 7).

Figure 4 : Taux de consultations pour syndrome grippal pour 100 000 habitants en métropole des saisons 2017-2018 à 2021-22 (réseau Sentinelles)

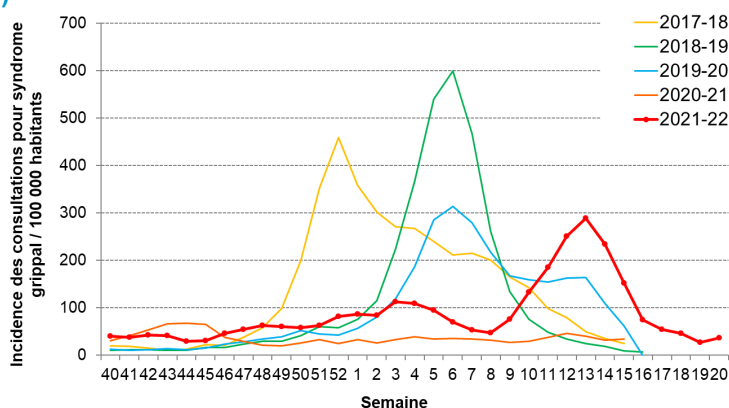


Figure 5 : Évolution hebdomadaire des taux de consultations pour syndrome grippal en France métropolitaine de S40 à S15 pour les saisons 2017-2018 à 2020-2021 et de S40 à S20 pour 2021-2022 : pourcentage parmi les actes (SOS Médecins) et taux de consultations pour 100 000 habitants (réseau Sentinelles)

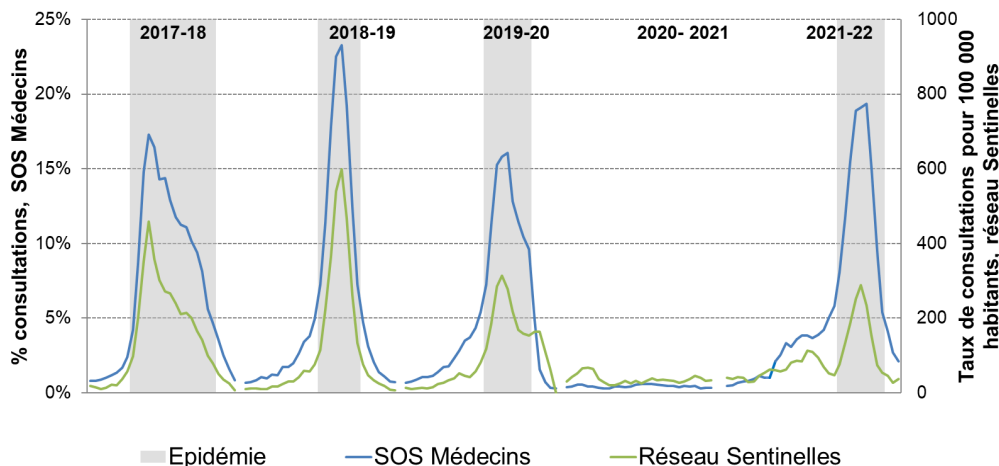


Figure 6 : Évolution hebdomadaire des taux de consultations pour syndrome grippal en France métropolitaine, pour 100 000 habitants et par classe d'âge, de S40 à S15 pour les saisons 2017-2018 à 2020-2021 et de S40 à S20 pour 2021-2022 (réseau Sentinelles)

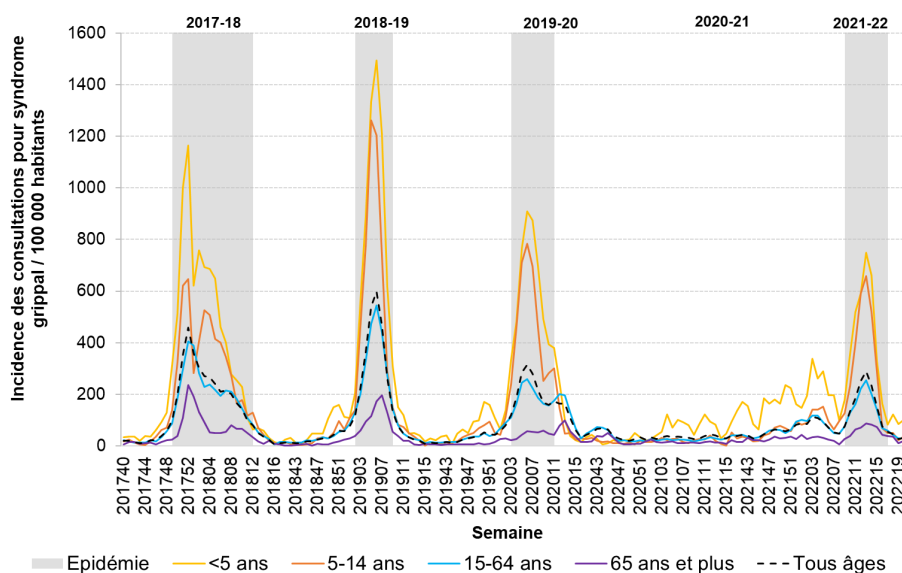
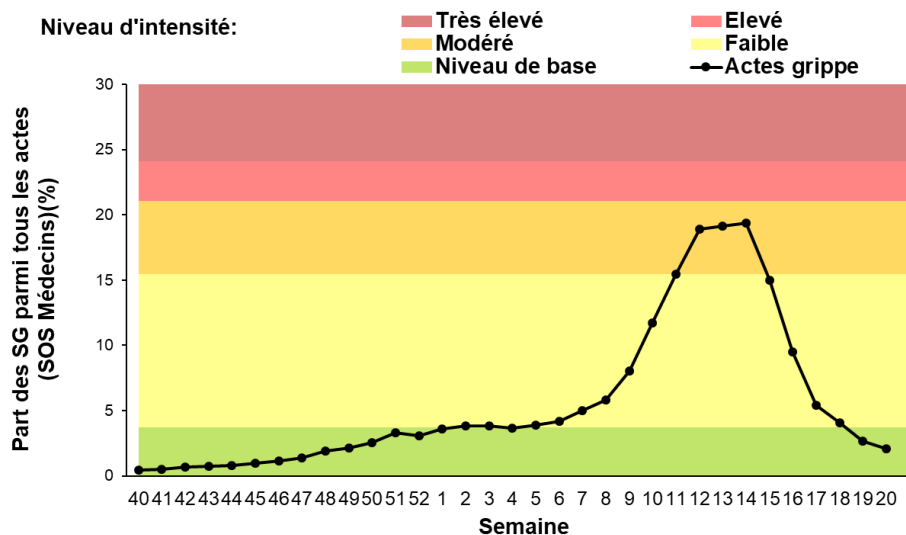


Figure 7 : Part des syndromes grippaux parmi toutes les consultations, en métropole, de la saison 2021-2022, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur (réseau SOS Médecins)<sup>1</sup>



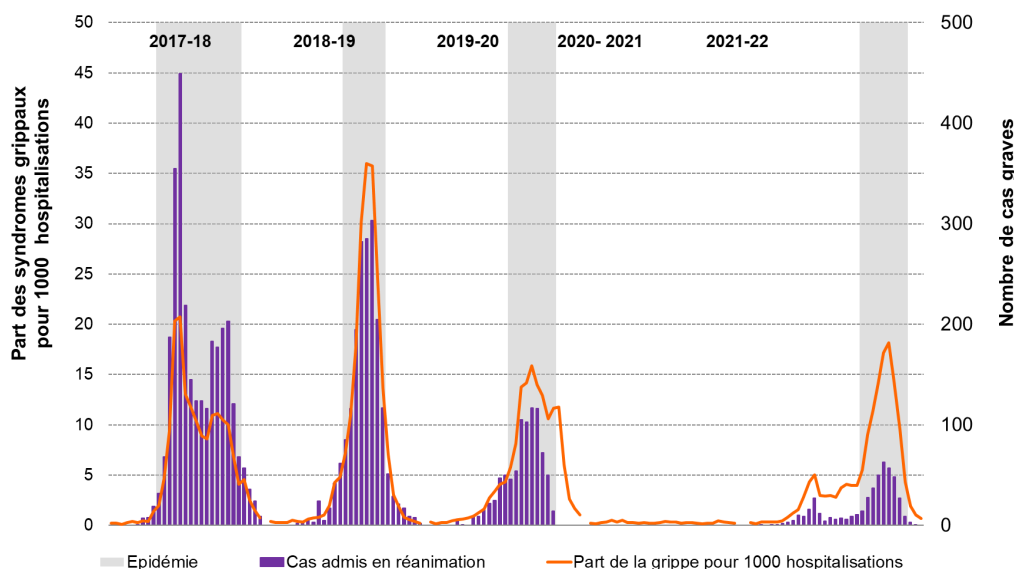
<sup>1</sup> Les seuils d'intensité associés à la part des syndromes grippaux parmi les actes médicaux SOS Médecins ont été déterminés en utilisant la méthode statistique dite « *Moving Epidemic Method* » (MEM) à partir des données historiques des saisons 2014-2015 à 2018-2019, entre les semaines 40 et 15. Les saisons 2019-20 et 2020-21 ont été exclues de l'analyse en raison de l'impact que la pandémie de COVID-19 a eu sur l'épidémiologie de la grippe saisonnière ainsi que sur les indicateurs de surveillance syndromique utilisés pour la grippe.

## Un impact modéré à l'hôpital

Durant l'épidémie, le réseau Oscour® a enregistré 56 742 passages aux urgences pour syndrome grippal, dont 6 712 ont conduit à une hospitalisation, avec un pic d'activité en semaine 14. La **proportion d'hospitalisation après passage aux urgences pour grippe** était de **12%** sur l'ensemble de la période épidémique, indiquant une part modérée de formes sévères de grippe (Figure 8). Toutes les classes d'âge ont été concernées, mais cet impact a été particulièrement marqué chez les enfants de moins de 15 ans (Figure 9).

En comparaison des données observées durant les saisons 2014-2015 à 2018-2019, la **part des syndromes grippaux parmi les hospitalisations a atteint un niveau d'intensité modéré** en S11, est resté à ce niveau d'intensité durant 5 semaines consécutives puis est revenu à un niveau faible en S16 (Figure 10).

**Figure 8 : Évolution hebdomadaire des hospitalisations pour grippe en France métropolitaine de S40 à S15 pour les saisons 2017-2018 à 2020-2021 et de S40 à S20 pour 2021-2022 : nombre de cas graves admis en réanimation (SpFrance) et part de la grippe ou syndrome grippal pour 1 000 hospitalisations (réseau Oscour®), par semaine d'admission**



**Figure 9 : Évolution hebdomadaire de la part de la grippe ou syndrome grippal pour 1000 hospitalisations, par classe d'âge, en France métropolitaine, de S40 à S15 pour les saisons 2017-2018 à 2020-2021 et de S40 à S20 pour 2021-2022 (réseau Oscour®), par semaine d'admission**

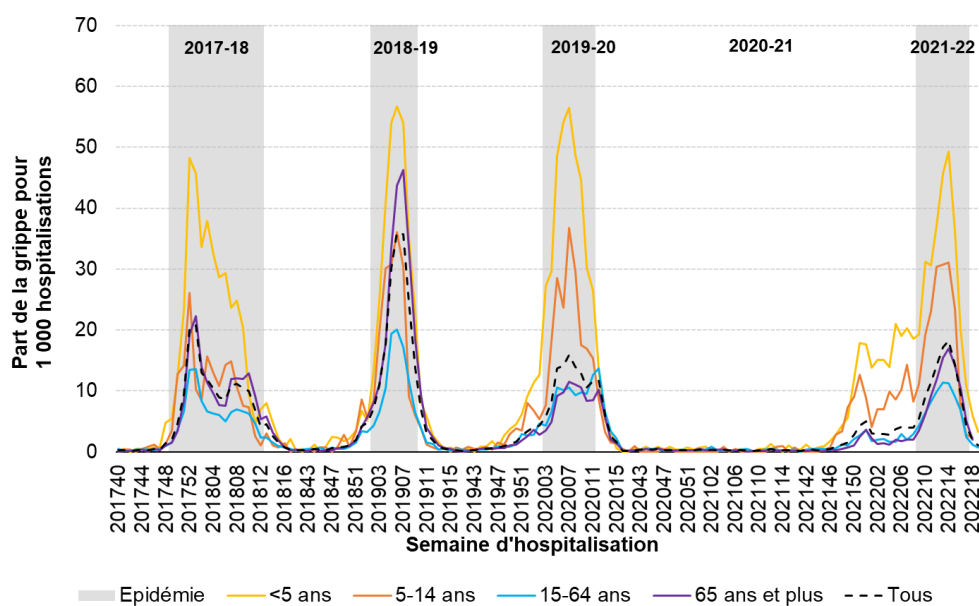
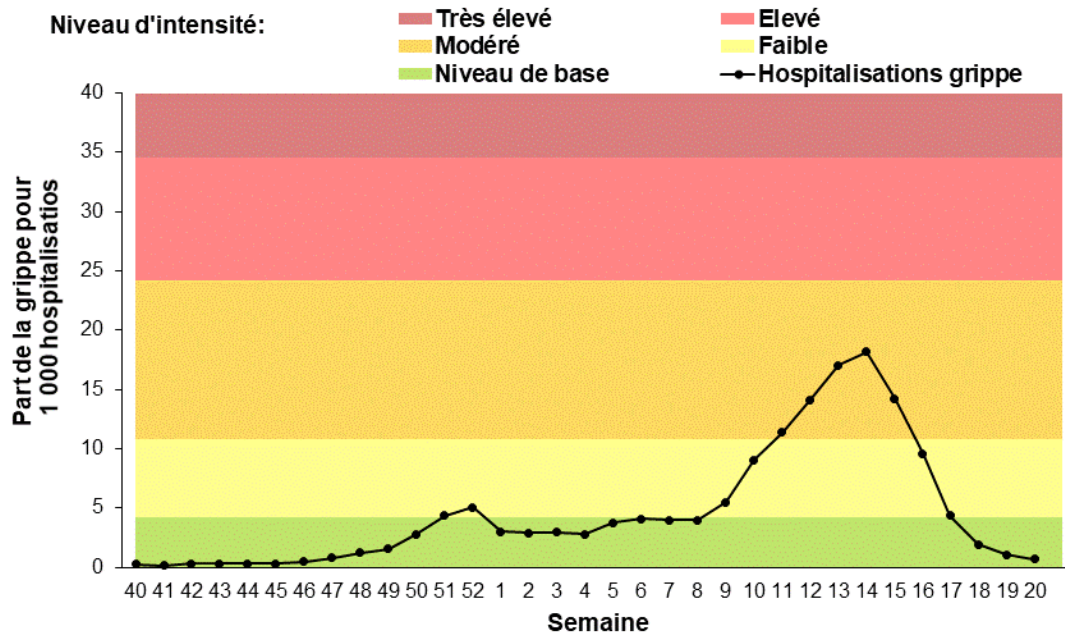


Figure 10 : Part des hospitalisations pour grippe ou syndrome grippal, après passage aux urgences, parmi l'ensemble des hospitalisations, de la saison 2021-2022, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur (réseau Oscour®)<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Les seuils d'intensité associés à la part des hospitalisations pour grippe/SG parmi les hospitalisations toutes causes sont déterminés en utilisant la méthode statistique dite « *Moving Epidemic Method* » (MEM) à partir des données historiques des saisons 2014-2015 à 2018-2019, entre les semaines 40 et 15. Les saisons 2019-20 et 2020-21 ont été exclues de l'analyse en raison de l'impact que la pandémie de COVID-19 a eu sur l'épidémiologie de la grippe saisonnière ainsi que sur les indicateurs de surveillance syndromique utilisés pour la grippe.

Entre S40-2021 et S20-2022, **479 cas graves de grippe ont été signalés** parmi les 211 services de réanimation participant à la surveillance (Figure 8). Parmi ces cas, 92 cas (19%) concernaient des enfants de moins de 15 ans. Cinquante-quatre décès ont été rapportés, dont 3 survenus chez des enfants de moins de 2 ans. La quasi-totalité des virus typés était de type A (438A et 2B). Vingt-quatre cas de co-infection virale ont été détectés : une co-infection A(H1N1)/A(H3N2) et 23 co-infections grippe/SARS-CoV-2 (Tableau 1).

Tableau 1 : Description des cas graves de grippe admis en réanimation<sup>1</sup> pendant la saison 2021-2022, en France métropolitaine

Statut virologique			Statut vaccinal grippe des personnes à risque		
	Effectif	%			
A(H3N2)	38	8	Non vacciné	0	0
A(H1N1)pdm09	50	10	Vacciné	51	11
A non sous-typé	326	68	Non renseigné ou ne sait pas	428	89
B	2	1			
Non typé	39	8			
Co-infectés par 2 virus grippaux	1	0			
Co-infectés grippe/SARS-CoV-2	23	5			
Classes d'âge			Eléments de gravité		
0-4 ans	50	10	<b>Sdra (Syndrome de détresse respiratoire aiguë)</b>		
5-14 ans	42	9	Pas de Sdra	212	44
15-64 ans	214	45	Mineur	48	10
65 ans et plus	167	35	Modéré	65	14
Non renseigné	6	1	Sévère	62	13
Sexe			Non renseigné	92	19
Sexe ratio M/F - % d'hommes	1.2	54	<b>Ventilation</b>		
Facteurs de risque de complication			VNI*/Oxygénothérapie à haut débit	203	42
Aucun	131	27	Ventilation invasive	139	29
Age 65 ans et + sans comorbidité	36	8	ECMO/ECCO2R	2	0
Age 65 ans et + avec comorbidité	131	27			
Comorbidités seules	168	35			
Autres cibles de la vaccination	8	2	<b>Décès parmi les cas admis en réanimation</b>		
Non renseigné	5	1		54	11
			<b>Total</b>	<b>479</b>	<b>100</b>

\*Ventilation non invasive

<sup>1</sup> Dispositif de surveillance des cas graves admis en services de réanimation basés sur 211 services participants

## Une épidémie caractérisée par la co-circulation des virus de type A

En médecine de ville, de S40-2021 à S20-2022, parmi les 2 632 prélèvements effectués par les médecins du réseau Sentinelles, **802 prélèvements se sont avérés positifs pour un virus grippal (30%), tous de type A** (Figure 11). Parmi eux, 535 étaient du sous-type A(H3N2), 248 du sous-type A(H1N1)<sub>pdm09</sub> et 19 n'étaient pas sous-typés. Douze cas de co-infection grippe/SARS-CoV-2 ont été détectés, 5 avec un virus A(H1N1)<sub>pdm09</sub> et 7 avec un virus A(H3N2). Trois cas de co-infections grippe A(H1N1)<sub>pdm09</sub> et A(H3N2) ont également été identifiés.

La co-circulation des virus A(H1N1)<sub>pdm09</sub> et A(H3N2) a été observée sur l'ensemble de la période de surveillance, avec une baisse progressive de la part des virus A(H1N1)<sub>pdm09</sub> au profit des virus A(H3N2), devenus nettement majoritaires à partir de S08-2022 en médecine de ville (Figure 13).

En milieu hospitalier (réseau RENAL) : de S40-2021 à S20-2022, parmi les 395 152 résultats virologiques transmis au CNR, **21 349 prélèvements se sont avérés positifs pour un virus grippal** (Figure 12). Parmi eux, 21 264 virus de type A (1 582 A(H1N1)<sub>pdm09</sub>, 973 A(H3N2) et 18 709 n'ont pas été sous-typés) et 85 virus de type B (Figure 14).

Figure 11 : Taux de positivité hebdomadaire des prélèvements testés pour la grippe en France métropolitaine, de S40 à S15 pour les saisons 2017-18 à 2020-21 et de S40 à S20 pour 2021-22 (source : réseau Sentinelles, CNR)

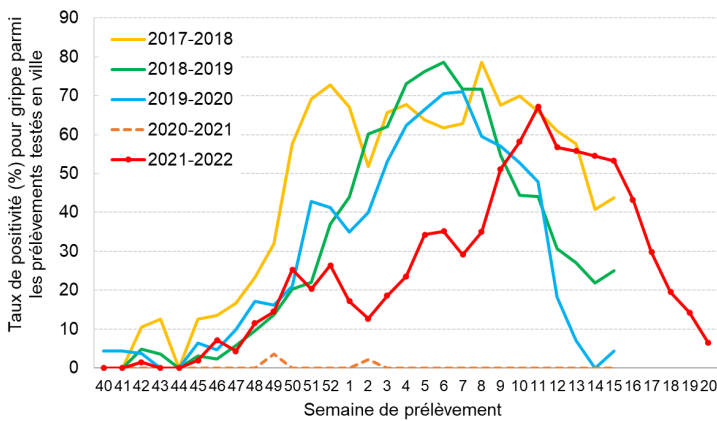


Figure 12 : Taux de positivité hebdomadaire des prélèvements testés pour la grippe en milieu hospitalier en France métropolitaine, de S40 à S15 pour les saisons 2017-18 à 2020-21 et de S40 à S20 pour 2021-22 (source : RENAL, CNR)

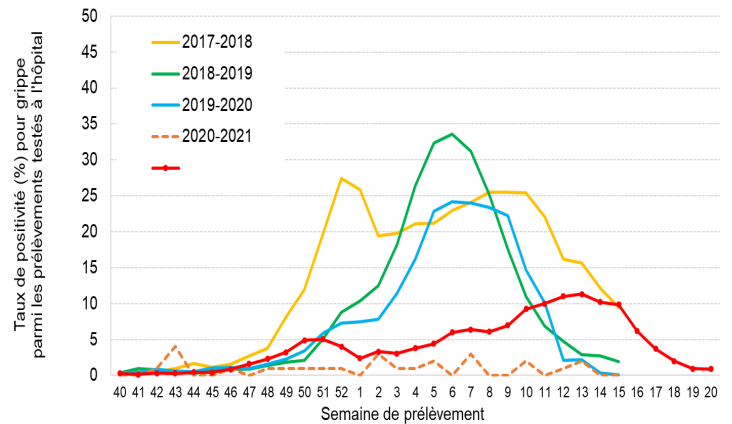


Figure 13 : Distribution des types et sous-types de virus grippaux en France métropolitaine de S40-2021 à S20-2022 (source : réseau Sentinelles, CNR)

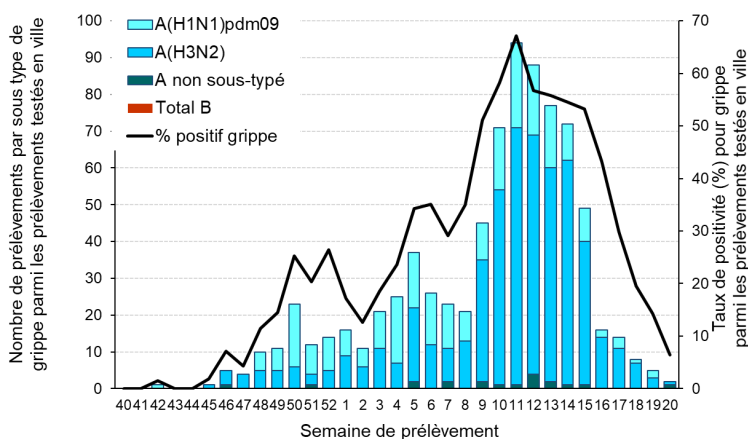
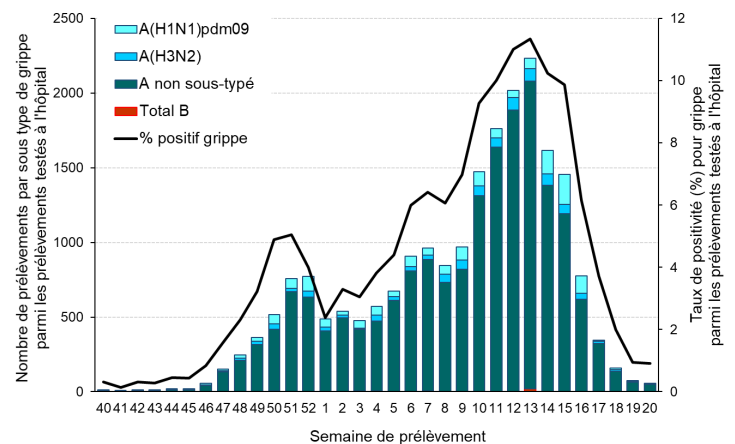


Figure 14 : Distribution des types et sous-types de virus grippaux en France métropolitaine de S40-2021 à S20-2022 (source : RENAL, CNR)



## La caractérisation antigénique (inhibition de l'hémagglutination), réalisée par le CNR

- **Sur les 200 virus A(H1N1)<sub>pdm09</sub> caractérisés**, 199 étaient antigéniquement apparentés à la souche vaccinale A/Guangdong/Maonan/SWL1536/2019 (clade 6B.1A.5a.1) présente dans le vaccin antigrippal hémisphère nord (HN) 2020-21, et 1 seul était apparenté à la souche vaccinale A/Victoria/2570/2019 (clade 6B.1A.5a.2) présente dans le vaccin HN 2021-22.
- **Sur les 246 virus A(H3N2) caractérisés**, 224 étaient antigéniquement apparentés à la souche A/Darwin/9/2021 (clade 3C.2a1b.2a2) présente dans le vaccin hémisphère sud (HS) 2022, 18 étaient apparentés à la souche A/Hong-Kong/45/2019 (clade 3c.2a1b.1b) présente dans le vaccin HS 2021, et 4 étaient apparentés à la souche A/Cambodia/e0826360/2020 (clade 3C.2a1b.2a1) présente dans le vaccin HN 2021-22.
- **2 virus B/Victoria caractérisés**, antigéniquement apparentés à la souche B/Austria/1359417/2021.

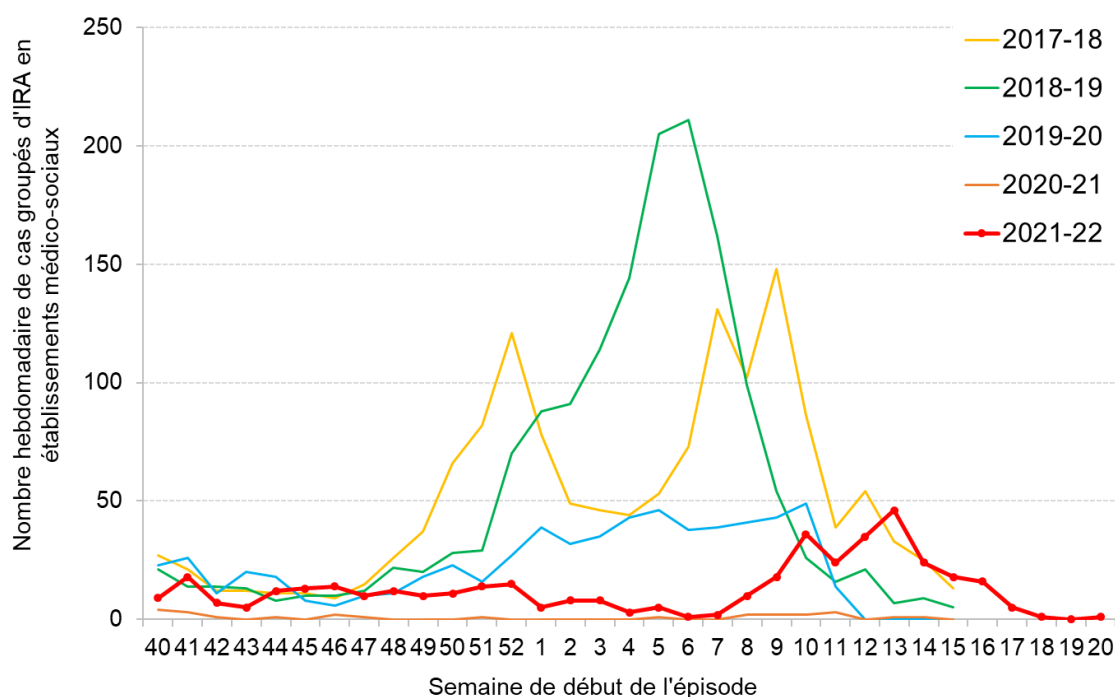
Au total, **plusieurs souches virales ont circulé en métropole cette saison** et une majorité d'entre elles n'était pas apparentée aux souches présentes dans le vaccin HN 2021-22.

## Un faible nombre de signalements en collectivités de personnes âgées

Entre S40-2021 et S20-2022, pour environ 25 500 établissements médico-sociaux recensés en France (dont 10 000 collectivités de personnes âgées), **415 foyers** d'infections respiratoires aiguës (IRA)<sup>2</sup> survenus en collectivités de personnes âgées ont été signalés à Santé publique France, dont **172 (42%) ont été attribués à la grippe** (Figure 15).

Le nombre de signalements cette saison était nettement inférieur à celui habituellement observé. Cependant, dans le contexte de la pandémie de COVID-19, une sous-déclaration de la part de ces établissements cette saison est possible.

**Figure 15 : Évolution hebdomadaire du nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA en établissements médico-sociaux par semaine de début de l'épisode en France métropolitaine, de S40 à S15 pour les saisons 2017-2018 à 2020-2021 et de S40 à S20 pour 2021-2022**



<sup>2</sup>Un épisode de cas groupés d'IRA est défini par la « survenue d'au moins 5 cas d'IRA dans un délai de 4 jours parmi les résidents ». Les signalements de ces épisodes sont effectués en ligne via [le portail des signalements du ministère de la santé](#).

## La mortalité issue de la certification électronique

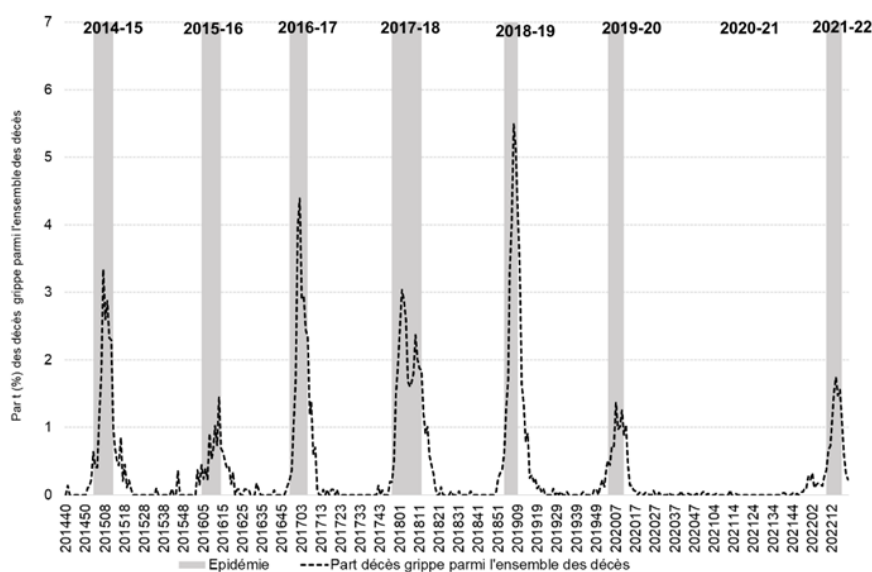
Le [dispositif de surveillance de la mortalité issue de la certification électronique](#) a progressé ces dernières années. Il couvrait fin 2021 32% de la mortalité nationale. Toutefois, il demeure hétérogène selon les régions et le type de déclarants.

Au cours de la saison 2021-22, (S21-40 à S20-22), parmi les 143 685 décès déclarés en métropole par certificat électronique de décès, **594 (0,4%) l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès**. Parmi ces 594 décès, 14 étaient âgés de moins de 15 ans, 73 avaient entre 15 et 64 ans et 507 étaient âgés de 65 ans ou plus.

L'augmentation de la part des décès liés à la grippe a débuté fin février (S08) pour atteindre **1,7% à son pic en S14**. Ce pic est inférieur à celui habituellement observé lors des épidémies de grippe, excepté celui de la saison 2015-2016 dominée par le virus B/Victoria et qui avait particulièrement affecté les enfants (Figure 16).

Les régions ayant rapporté les parts de décès liés à la grippe les plus élevées durant la saison 2021-2022 sont Bourgogne-Franche-Comté (0,6%), Auvergne-Rhône-Alpes (0,5%), Hauts-de-France (0,5%), Pays de la Loire (0,5%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (0,4%).

**Figure 16 : Part des décès certifiés par voie électronique avec une mention de grippe dans les causes médicales de décès, par classe d'âge, saisons 2014-2015 à 2021-2022**



## Une couverture vaccinale supérieure à celle de 2019-2020 et inférieure à 2020-2021, une efficacité vaccinale variable selon les souches virales

### ► Couverture vaccinale

[Les estimations de la couverture vaccinale \(CV\) au 28/02/2022](#) chez les personnes à risque ciblées par la vaccination contre la grippe indiquaient une CV à **52,6%, avec 56,8% chez les 65 ans et plus et 34,3% chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère**. Ces données indiquent une CV supérieure à la CV estimée pour la saison 2019-2020 (47,8% avec 52,0% chez les 65 ans et plus et 31,0% chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère), mais inférieure à la CV estimée pour la saison 2020-2021 (55,8% avec 59,9% chez les 65 ans et plus et 38,7% chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère). La couverture vaccinale contre la grippe reste très insuffisante en France, loin de l'objectif des 75% de couverture pour les personnes à risque.

### ► Efficacité vaccinale

L'étude européenne I-Move, à laquelle le réseau Sentinelles et les CNR des virus des infections respiratoires participent pour la France, produit une estimation de l'efficacité du vaccin à éviter une infection grippale conduisant à une consultation chez un médecin généraliste entre octobre 2021 et mars 2022. [Les résultats préliminaires de l'étude I-Move](#), incluant les données de 7 sites européens dont la France, estiment l'efficacité vaccinale (EV) des virus de type A à 36% (IC95%: 13-53) tous âges confondus, et à 35% [95%CI: 6-54] contre les virus A(H3N2).

**Les résultats d'efficacité du vaccin antigrippal 2021-22 au 31 mai 2022 pour la France métropolitaine** produites par le réseau Sentinelles montrent tous âges confondus, une efficacité vaccinale de 44% (IC95% : 17-62) vis-à-vis de l'ensemble des virus grippaux ayant circulé en France métropolitaine, de 81% (IC95% : 54-92) vis-à-vis de A(H1N1)<sub>pdm09</sub> et de 34% (IC95% : -3-58) vis-à-vis de A(H3N2).



# Bilan préliminaire de l'épidémie de grippe en Outre-mer

## Mayotte

A [Mayotte](#), les épidémies de grippe surviennent habituellement entre les mois de décembre et mars. **La saison 2021-2022 a été marquée par la survenue de deux épidémies de grippe distinctes :**

La première s'est caractérisée par la détection d'une circulation de virus grippaux de mi-août à début janvier (S32-2021 à S02-2022) avec l'identification quasi-exclusive de virus de type A(H3N2) parmi les 482 échantillons confirmés biologiquement par le laboratoire hospitalier. Le pic de passages aux urgences a été observé mi-octobre, avec 29 passages aux urgences pour syndrome grippal en S42-2021, soit 3,6% des passages. Au total, 14 cas graves ont été hospitalisés en réanimation, dont un est décédé.

**La seconde vague a débuté mi-mars** avec l'identification de virus de type A(H1N1)<sub>pdm09</sub>. Depuis la S11-2022, 135 cas de grippe ont été confirmés biologiquement (104 virus de type A(H1N1)<sub>pdm09</sub>, 9 virus de type B et 22 de type A non sous-typés). Le pic de passages aux urgences était de moindre intensité que lors de la première épidémie, avec 14 passages en S18-2022, soit 1,8% des passages. L'épidémie est actuellement en phase décroissante, mais depuis la S18-2022 la circulation de virus de type B est en augmentation.

## La Réunion

A [La Réunion](#), l'épidémie de grippe survient habituellement entre juin et septembre. Cette saison a été marquée par l'observation, dès fin 2021 (S48), d'une recrudescence du nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal, accompagnée par une augmentation de l'identification de virus grippaux en milieu hospitalier, majoritairement de type A(H3N2). **Cette première vague, de courte durée, s'est déroulée de mi-décembre à début janvier** et a eu un impact sanitaire limité. **Depuis avril 2022, on observe en médecine de ville une co-circulation à bas bruit des virus de type A** majoritairement des virus A(H3N2), sans impact sur le système hospitalier actuellement.

## Antilles

Aux [Antilles](#), aucune épidémie de grippe n'est survenue durant la période hivernale de surveillance (de octobre à avril), cependant, des virus grippaux ont été détectés de manière sporadique. **En Martinique, une augmentation des indicateurs est enregistrée en médecine de ville et aux urgences pédiatriques depuis début mai (S18)**. Le taux de positivité était en augmentation ces dernières semaines (15% en S18 et 23% en S19) avec une majorité de virus A(H1N1)<sub>pdm09</sub> justifiant le passage de la Martinique en phase pré-épidémique en S19. **En Guadeloupe, on observait une augmentation des indicateurs de la grippe en S19** en médecine de ville et aux urgences hospitalières, accompagnée par l'identification de virus grippaux (taux de positivité de 27% en S20), impliquant le passage en phase pré-épidémique de la Guadeloupe en S20. A Saint-Barthélemy et Saint-Martin, les indicateurs étaient à leur niveau de base.

## Guyane

La [Guyane](#) a été en phase épidémique de début février à mi-mars avec une co-circulation des virus A (H3N2) et A(H1N1)<sub>pdm09</sub>.

# Conclusion

Contrairement à la saison hivernale 2020-21 durant laquelle il n'y a pas eu d'épidémie de grippe en France, **la saison 2021-22 a été marquée par la survenue d'une épidémie atypique**. Une circulation active de virus grippaux a été détectée dès le mois de décembre en métropole, avec une intensification fin décembre. Contrairement à ce qui est habituellement observé, le niveau de circulation de la grippe s'est ensuite maintenu à un niveau faible pendant deux mois, avec des disparités régionales importantes, avant de repartir à la hausse début mars 2022, au moment de la fin des congés scolaires d'hiver et de la levée de mesures de contrôle de la pandémie de COVID-19. Au niveau national, l'épidémie a débuté en semaine 09 (du 28 février au 6 mars), et s'est terminée en semaine 17 (du 25 avril au 1<sup>er</sup> mai), avec une **durée de 9 semaines** (versus 11 semaines en moyenne depuis 2010). **Le pic a été atteint début avril**, en semaine 13 ou 14 selon les sources de données. Aucune autre épidémie de grippe n'avait atteint son pic aussi tard dans la saison depuis 2010.

**L'impact de la grippe en médecine de ville a été modéré selon les données SOS Médecins, mais faible selon les données du réseau Sentinelles**. Il est probable que le recours aux soins en médecine générale ait été affecté par la pandémie de COVID-19, diminuant le nombre de consultations pour syndrome grippal en médecine générale, contrairement au recours à SOS Médecins. **A l'hôpital, les données de passages aux urgences et d'hospitalisations après passage pour grippe / syndrome grippal indiquent un impact modéré de l'épidémie**. En revanche, le nombre de signalements de cas graves de grippe admis en réanimation et d'épisodes d'infection respiratoire aiguë dans les collectivités de personnes âgées est demeuré faible au cours de cette épidémie. Il est toutefois probable que la participation à ces dispositifs de surveillance ait été plus faible que les années précédentes, du fait de la pandémie de COVID-19. **L'ensemble des indicateurs en ville et à l'hôpital indiquent que l'impact de l'épidémie a été plus marqué chez les enfants de moins de 15 ans, avec un niveau d'intensité élevé à l'hôpital au pic de l'épidémie**. Enfin, les données issues de la certification électronique indiquent un **impact faible de l'épidémie de grippe 2021-22 en terme de mortalité**.

**Cette épidémie de grippe a été caractérisée par une co-circulation des deux virus de type A, A(H1N1)<sub>pdm09</sub> et A(H3N2)**, avec une certaine diversité génétique. Différents lignages du sous-type H3N2 ont été détectés, avec toutefois une prédominance de virus apparentés à la souche vaccinale A/Darwin/9/2021, différente de celle présente dans le vaccin utilisé cet hiver dans l'hémisphère nord. Pour le sous-type H1N1, la quasi-totalité des virus ayant circulé cet hiver en métropole était apparentée à la souche vaccinale A/Guangdong/Maonan/SWL1536/2019, différente de celle présente dans le vaccin utilisé cet hiver. Malgré cette diversité génétique et la distance antigénique existant entre les souches ayant circulé et celles présentes dans le vaccin, **les estimations en vie réelle de l'efficacité du vaccin antigrippal 2021-22 du réseau Sentinelles indiquent une efficacité globale modérée (44%), élevée contre le sous-type H1N1 (81%) et faible contre le sous-type H3N2 (34%)**.

**Une épidémiologie atypique de la grippe a également été observée dans les DROM, excepté en Guyane**. A Mayotte, deux vagues épidémiques sont survenues, l'une dès octobre 2021, à une période de l'année où il est rare d'observer une recrudescence épidémique, et l'autre tardivement dans la saison, en mai. A la Réunion, une épidémie est survenue de fin-décembre à début-janvier, à une période de l'année où l'on n'observe habituellement pas de circulation de grippe. Aux Antilles, une détection tardive et croissante de grippe est actuellement observée, justifiant le passage en pré-épidémie début mai. En revanche, l'épidémie de grippe est survenue à une période habituelle en Guyane, de fin-janvier à fin-mars.

**L'épidémie de grippe 2021-22 est survenue de façon concomitante à une forte circulation de SARS-CoV-2**. Ces deux virus peuvent avoir un impact important en termes de morbidité et de mortalité. Dans le contexte de couverture vaccinale contre la grippe toujours insuffisante (52,6% chez les personnes à risque), il convient de rappeler que la vaccination et les gestes barrières sont les outils les plus efficaces pour se protéger de ces infections et de leurs complications.

## Pour en savoir plus sur la grippe saisonnière :

- ▶ En France : [la surveillance de la grippe avec le bilan de la saison 2020-21](#)
- ▶ En région : consultez les [Points Epidémiologiques](#)
- ▶ A l'international : [OMS](#) et [ECDC](#)
- ▶ Si vous souhaitez vous abonner au bulletin hebdomadaire grippe : [abonnement](#)

Remerciements à l'ensemble des professionnels de santé qui participent à la surveillance de la grippe.

Directrice de publication  
Geneviève Chêne

Rédactrice en chef  
Christine Campèse

Comité de rédaction  
Sibylle Bernard-Stoecklin  
Joséphine Cazaubon  
Thibault Boudon  
Isabelle Parent du Chatelet  
Yann Savitch

Contact presse  
Vanessa Lemoine  
Tél : 33 (0)1 55 12 53 36  
[presse@santepubliquefrance.fr](mailto:presse@santepubliquefrance.fr)

Diffusion  
Santé publique France  
12 rue du Val d'Osne  
94415 Saint-Maurice CEDEX  
Tél : 33 (0)1 41 79 67 00  
[www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

Date de publication  
Le 1<sup>er</sup> avril 2022