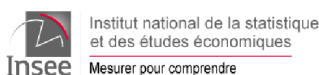


Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance, de vigilance et d'alerte dans les domaines de la santé publique, analyse les données de la grippe issues de son réseau de partenaires et publie les indicateurs résultant de l'analyse de ces données dans ce bulletin mis en ligne chaque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

### Points clés en métropole

- Epidémie exceptionnellement précoce et longue
- 2 vagues successives, dues aux virus de type A(H3N2) puis B/Victoria
- Intensité très élevée atteinte au pic en médecine de ville et à l'hôpital
- Sévérité marquée de l'épidémie, particulièrement chez les 15-64 ans
- Couverture vaccinale légèrement inférieure à celle de 2021-22

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



### Chiffres clés en métropole

- ▶ Durant la période épidémique, de fin novembre 2022 à fin mars 2023 (S47-2022 à S13-2023, soit 19 semaines) :
  - 2,1 millions de consultations pour syndrome grippal (réseau Sentinelles)
  - Part des syndromes grippaux parmi les consultations de SOS Médecins de 6% à 25% au pic épidémique (Figure 1)
  - Plus de 110 000 passages aux urgences pour grippe ou syndrome grippal, dont 44% concernaient les 15-64 ans (Figure 2)
  - Plus de 15 000 hospitalisations après passage aux urgences, dont 23% concernaient les 15-64 ans
- ▶ Circulation successive des virus de type A(H3N2), majoritaire jusqu'en janvier (S03), avant une prédominance des virus B/Victoria
- ▶ Couverture vaccinale de 51,5% chez les personnes à risque ciblées par la vaccination

Figure 1 : Part des syndromes grippaux parmi toutes les consultations en France métropolitaine, de la saison 2015-2016 à 2022-2023 (réseau SOS Médecins)

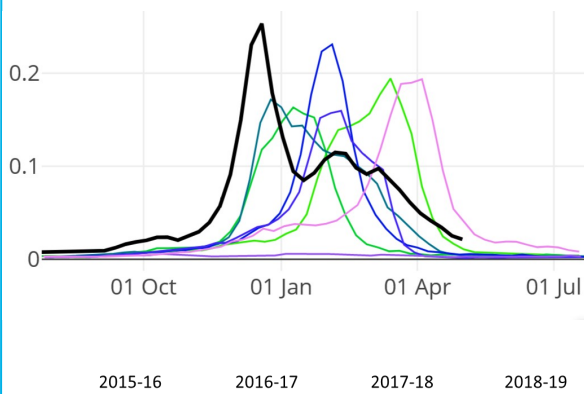
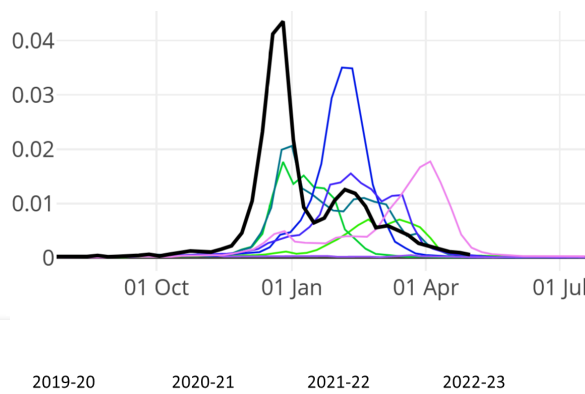


Figure 2 : Part des hospitalisations pour grippe après passage aux urgences en France métropolitaine, de la saison 2015-2016 à 2022-2023 (réseau Oscour®)



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.

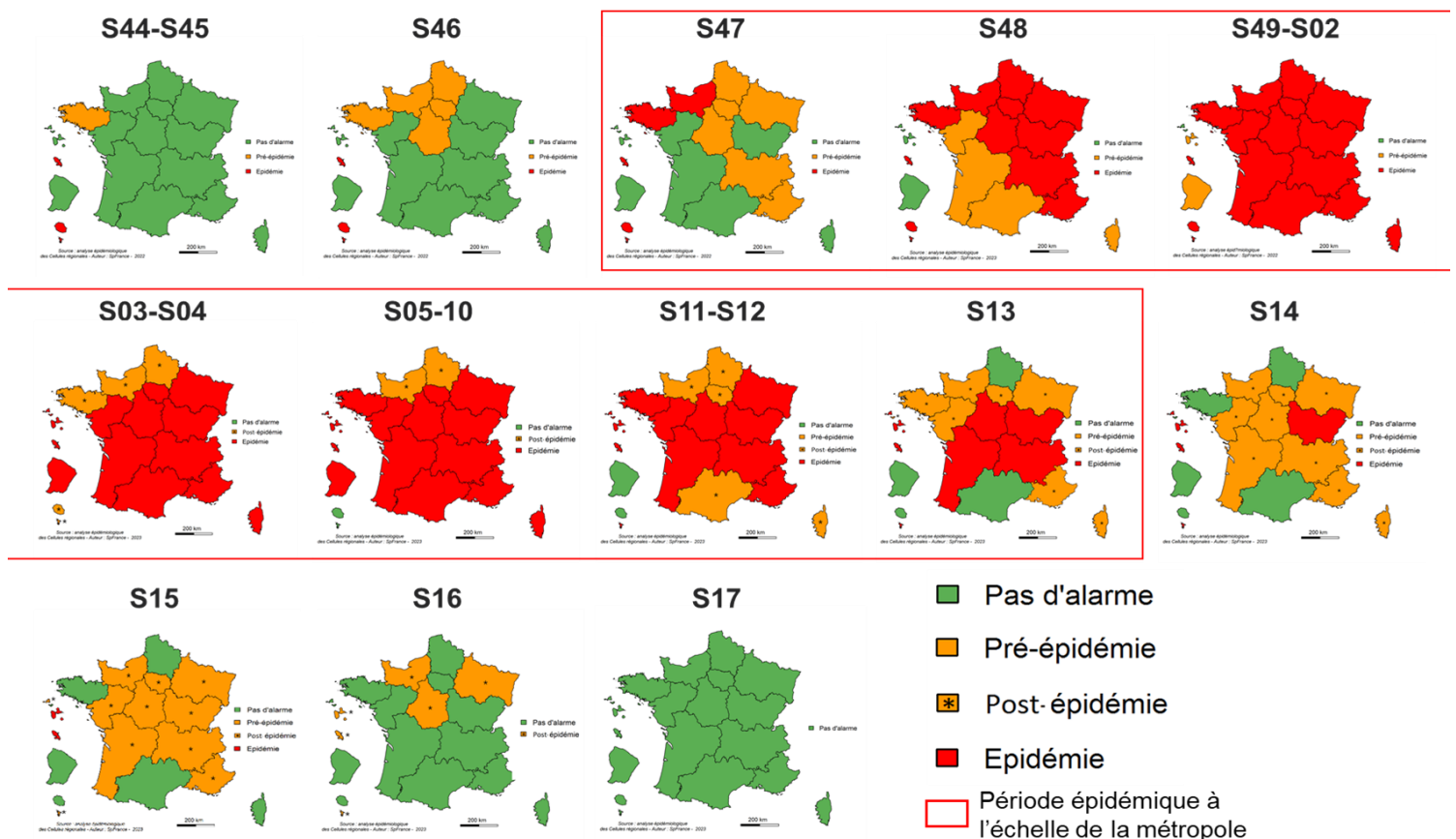
# Bilan préliminaire de l'épidémie en métropole

## Une épidémie exceptionnellement longue

A l'échelle métropolitaine, l'épidémie de grippe 2022-23 a démarré fin novembre (S47-2022) pour atteindre son pic fin décembre (S51-2022) et s'est achevée début avril (S13-2023) soit une durée de 19 semaines (Figure 3).

La Bretagne et la Normandie ont été les premières régions à passer en phase épidémique en S47-2022, suivies par les autres régions. En S49-2022, l'ensemble des régions était en épidémie. Début janvier (S03), 3 régions étaient sorties de la phase épidémique : les Hauts-de-France, la Normandie et la Bretagne qui elle, de façon exceptionnelle, est repassée en phase épidémique 2 semaines après (S05). Les 11 régions sont restées en épidémie jusqu'à mi-mars (S10) puis sont passées progressivement en phase post-épidémique. Toutes les régions étaient revenues en phase inter-épidémique fin avril (S17).

Figure 3 : Evolution hebdomadaire des niveaux d'alerte<sup>1</sup> en région, S44-2022 à S17-2023



Sources des données : réseau Sentinelles, SOS Médecins et Oscour®

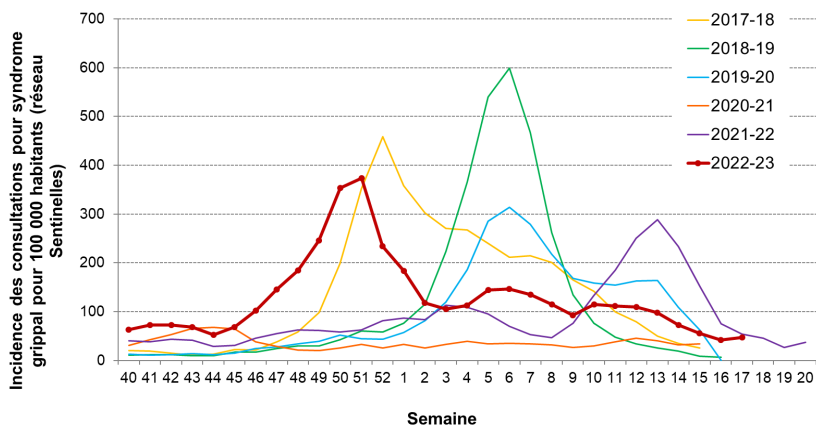
<sup>1</sup>Cette carte régionale est établie à partir de critères statistiques, épidémiologiques et virologiques. Les critères statistiques s'appuient sur l'analyse de seuils générés à partir de 3 sources de données (réseau Sentinelles, SOS Médecins et Oscour®) selon 3 méthodes statistiques différentes (Serfling, Serfling robuste et Modèle de Markov caché). Cette analyse prend également en compte des données complémentaires (dont virologiques) permettant aux cellules de Santé publique France en région de déterminer les niveaux d'alerte.

## Deux vagues épidémiques successives à l'impact contrasté en médecine de ville

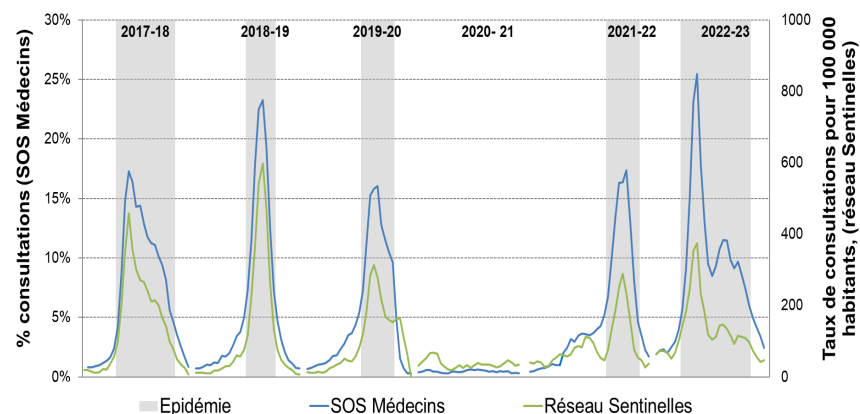
D'après les données du réseau Sentinelles, l'ampleur de l'épidémie a été modérée en médecine de ville, avec une estimation de 2 073 000 consultations pour syndrome grippal et un taux de consultations estimé à 374/100 000 habitants (IC95% : 350-398) au pic d'activité fin décembre (S51) (Figures 4 et 5). Le taux d'incidence le plus élevé a été observé chez les 5-14 ans lors du pic fin décembre (Figure 6).

D'après les données du réseau SOS Médecins, en comparaison des données observées durant les saisons 2015-2016 à 2021-2022, **l'activité pour grippe/syndrome grippal a atteint un niveau d'intensité très élevé en S50 pour atteindre son pic en S51 (25,4%)** puis est revenu à un niveau d'intensité modéré en S52 (Figure 7). Ce niveau d'intensité très élevé a été atteint chez les 15-64 ans durant ces 2 semaines. Dans les autres classes d'âge, l'activité pour grippe n'a pas dépassé le niveau élevé.

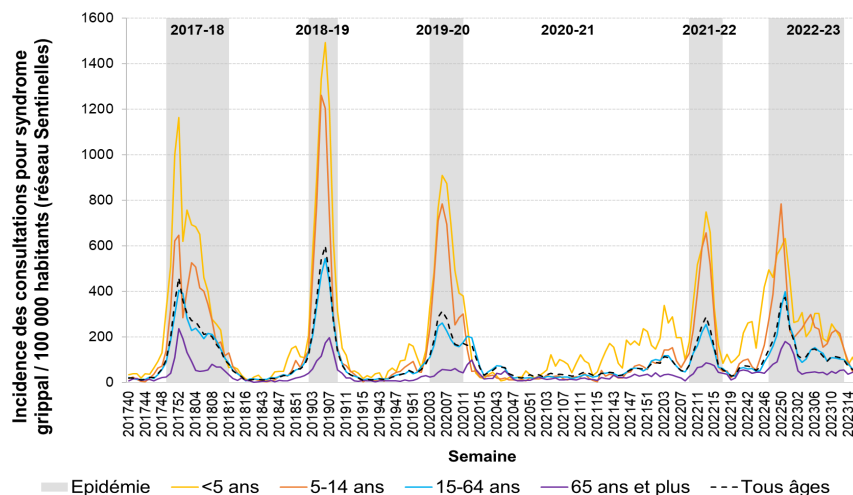
**Figure 4 : Taux de consultations pour syndrome grippal pour 100 000 habitants en métropole des saisons 2017-18 à 2022-23 (réseau Sentinelles)**



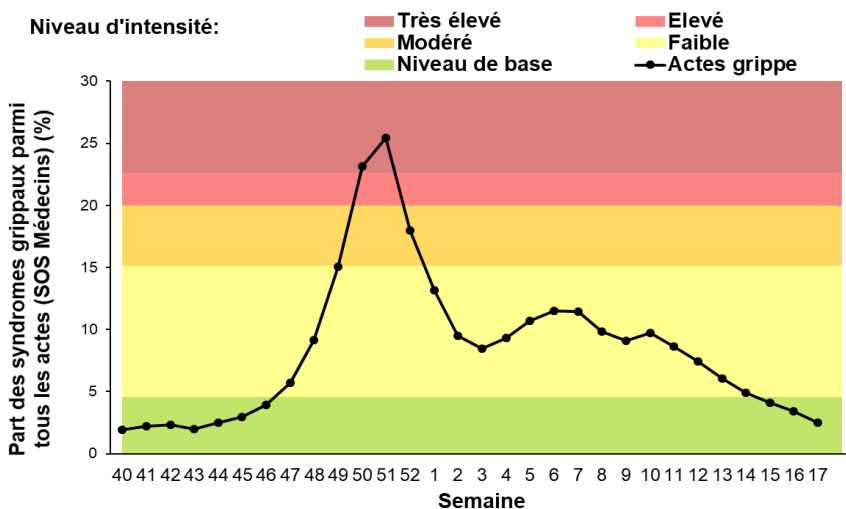
**Figure 5 : Évolution hebdomadaire des taux de consultations pour syndrome grippal en France métropolitaine de 2017-18 à 2022-23 : pourcentage parmi les actes (SOS Médecins) et taux de consultations pour 100 000 habitants (réseau Sentinelles)**



**Figure 6 : Évolution hebdomadaire des taux de consultations pour syndrome grippal en France métropolitaine, pour 100 000 habitants et par classe d'âge, de 2017-18 à 2022-23 (réseau Sentinelles)**



**Figure 7 : Part des syndromes grippaux parmi l'ensemble des consultations en France métropolitaine de la saison 2022-23, tous âges, 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 2015-2016 à 2021-2022. 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.

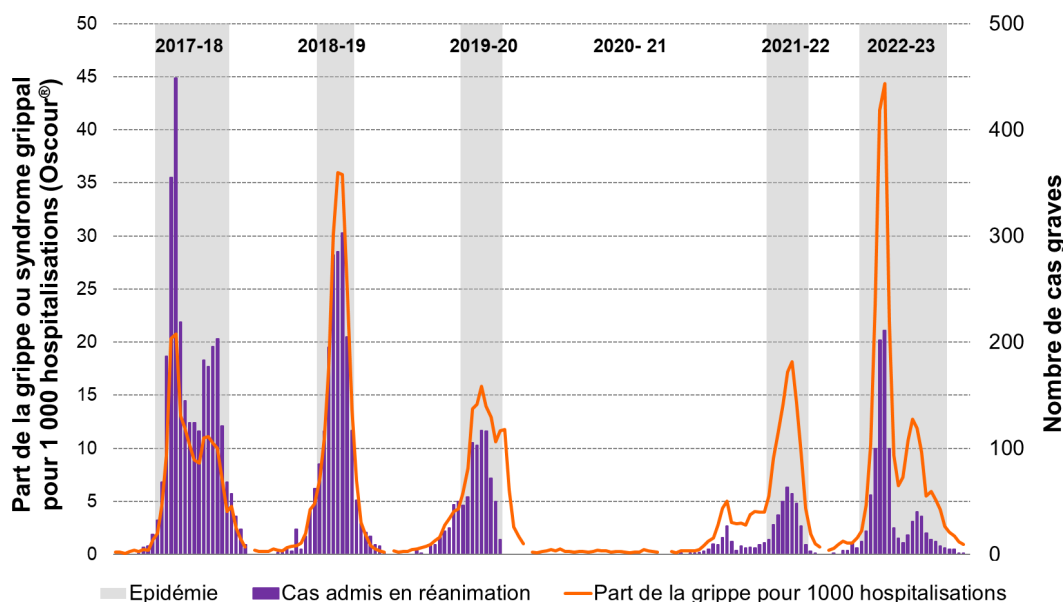
## Un impact très élevé à l'hôpital lors de la première vague épidémique

Durant l'épidémie, le réseau Oscour® a enregistré 110 956 passages aux urgences pour syndrome grippal, dont 15 857 ont conduit à une hospitalisation, avec un pic d'activité en S51 pour les passages (avec 56,4/1000 passages) et en S52 pour les hospitalisations (avec 44,4/1 000 hospitalisations). La part d'hospitalisations pour grippe/syndrome grippal au pic de l'activité a atteint un niveau exceptionnellement élevé et les proportions d'hospitalisations par classes d'âge étaient comparables à celles habituellement observées (Figures 8 et 9).

**En comparaison des données observées durant les saisons 2015-2016 à 2021-2022, l'activité pour grippe/syndrome grippal parmi les hospitalisations après passage aux urgences a atteint un niveau d'intensité très élevé en S51, demeurant à ce niveau d'intensité durant 2 semaines consécutives, puis est revenue à un niveau modéré en S01 (Figure 10 A).**

La proportion d'hospitalisation après passage aux urgences pour grippe a atteint 15,1%, indiquant une part importante de formes sévères de grippe (Figure 11 A). La part d'activité cumulée tous âges des hospitalisations pour grippe/syndrome grippal parmi toutes les hospitalisations depuis la première semaine épidémique était de 19,5/1 000 au pic, valeur la plus haute jamais enregistrée lors des épidémies précédentes (Figure 11 B). Cette sévérité importante par rapport aux épidémies de grippe précédentes était observée dans toutes les classes d'âge et particulièrement marquée chez les 15-64 ans (Figure 10).

**Figure 8 : Évolution hebdomadaire des hospitalisations pour grippe/syndrome grippal en France métropolitaine de 2017-18 à 2022-23 : 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/syndrome grippal pour 1 000 hospitalisations en France métropolitaine de 2017-18 à 2022-23, par classe d'âge et par semaine d'admission (réseau Oscour®)**

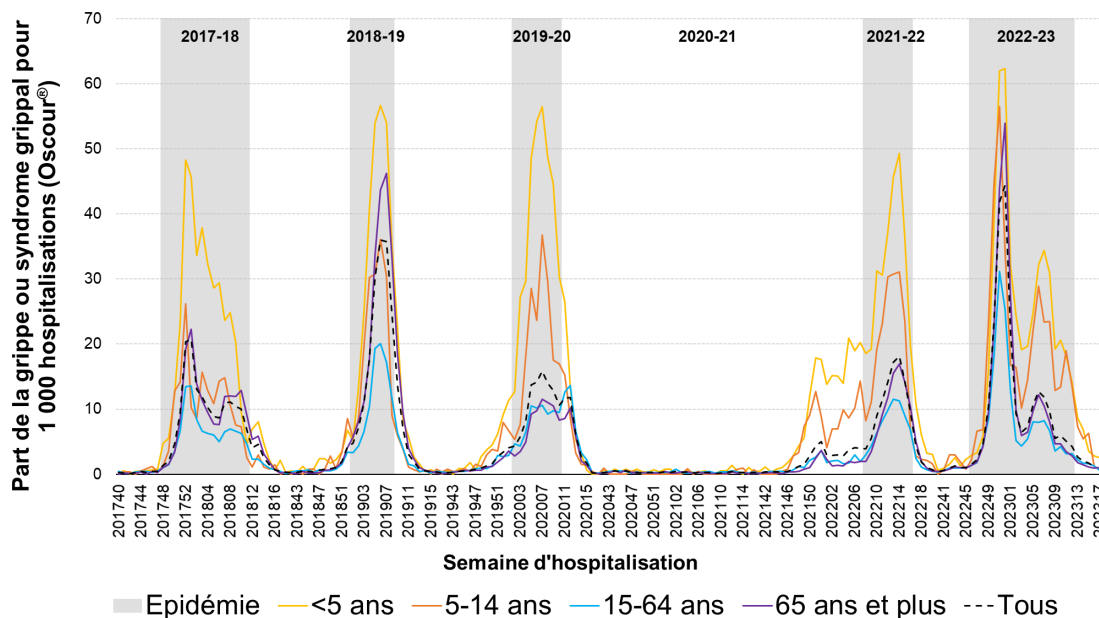


Figure 10 : Part des hospitalisations pour grippe/syndrome grippal parmi l'ensemble des hospitalisations, de la saison 2022-2023, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur (réseau Oscour<sup>®</sup>)<sup>1</sup>, tous âges (A), chez les moins de 15 ans (B), chez les 15-64 ans (C) et chez les 65 ans et plus (D)

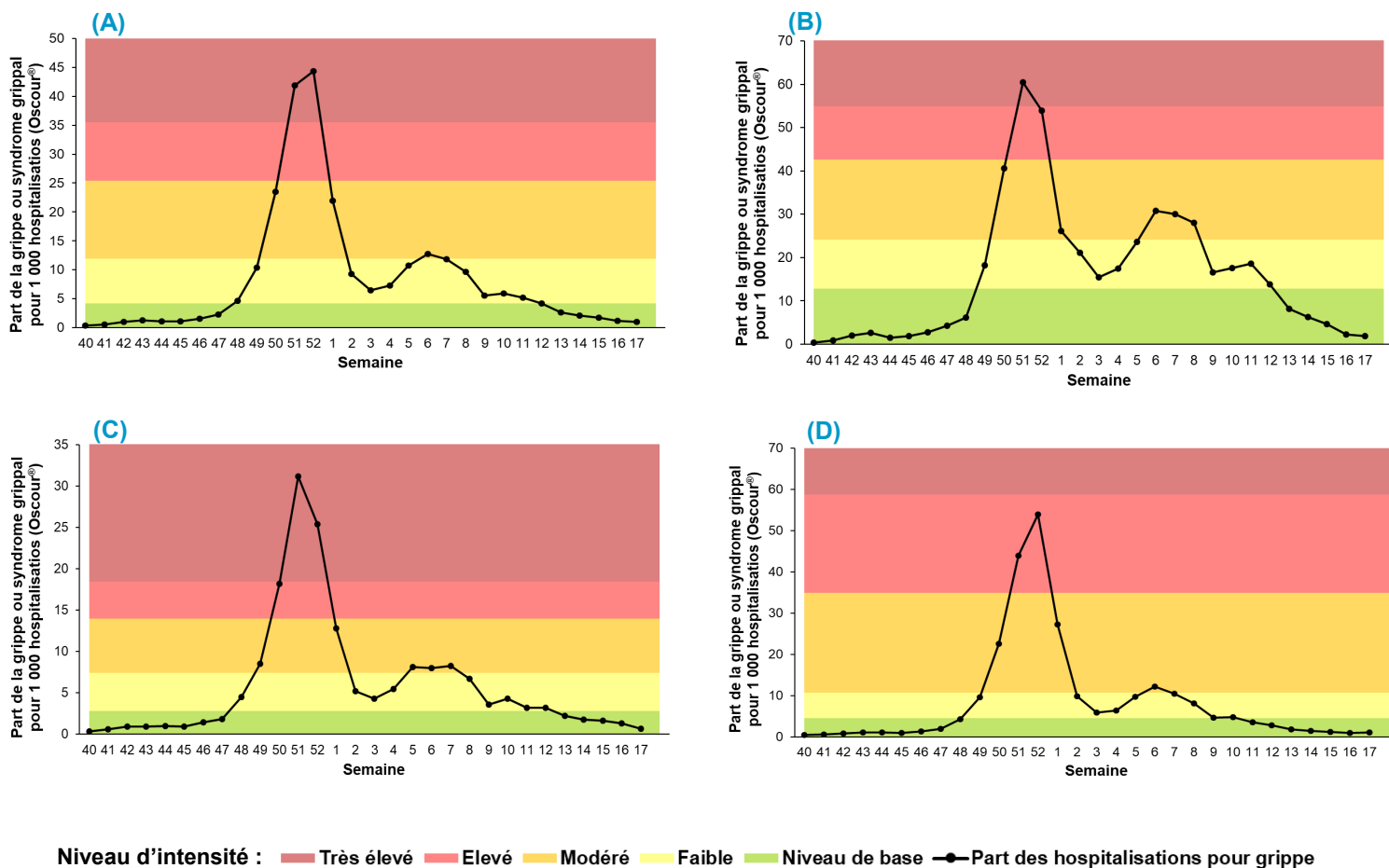
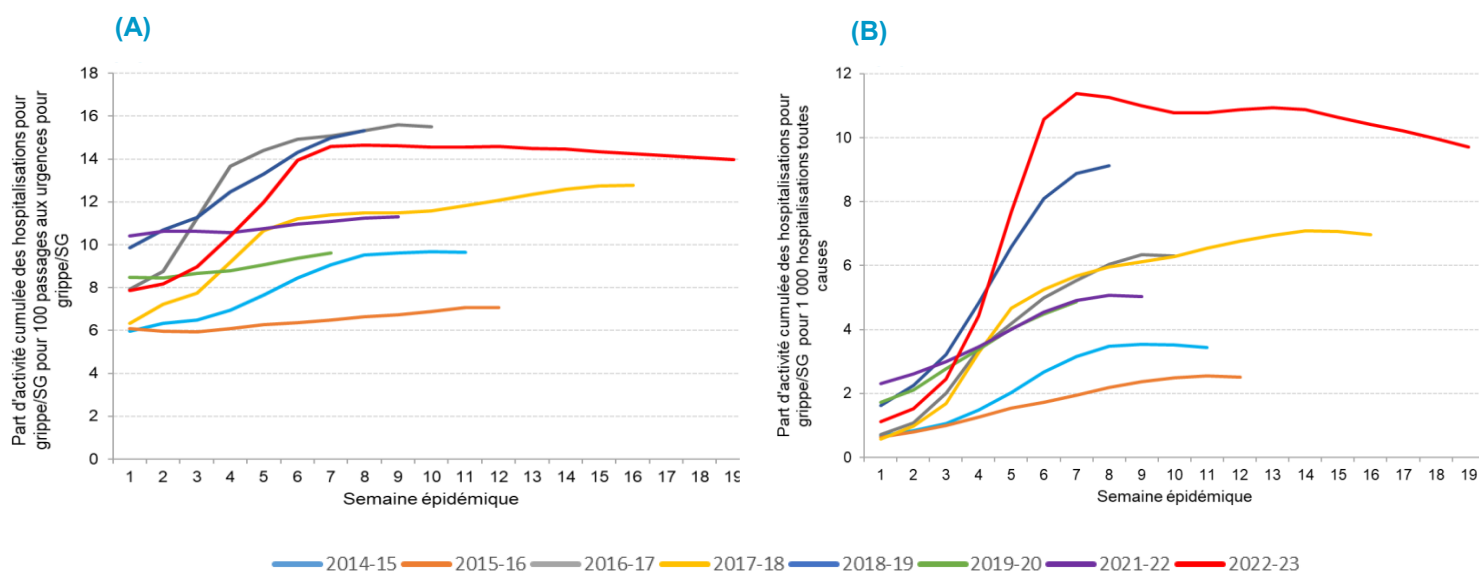


Figure 11 : Part d'activité cumulée<sup>1</sup> d'hospitalisations pour grippe/syndrome grippal pour 100 passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal (A) et part d'activité cumulée pour 1 000 hospitalisations toutes causes (B), de S40\* à la fin de l'épidémie au niveau national, épidémies 2014-15 à 2022-23, tous âges, en France métropolitaine



<sup>1</sup>Les seuils d'intensité associés à la part des hospitalisations pour grippe/SG parmi les hospitalisations toutes causes ont été déterminés en utilisant la méthode statistique dite « *Moving Epidemic Method* » (MEM) à partir des données historiques des saisons 2015-2016 à 2021-2022. 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.

<sup>2</sup>Pour chaque saison, indicateur calculé à partir de la semaine 40 et présenté à partir de la première semaine épidémique.

Entre S40-2022 et S17-2023, **977 cas graves de grippe ont été signalés par les services de réanimation participant à la surveillance** (Tableau 1). Parmi eux, 7% avaient entre 0 et 4 ans, 4% entre 5 et 14 ans, 50% entre 15 et 64 ans, 38% avaient 65 ans ou plus et pour 1% d'entre eux l'âge n'était pas renseigné (Tableau 1). Cent-vingt-et-un décès ont été rapportés (données non consolidées) : 62 chez les 65 ans ou plus, 54 chez les 15-64 ans, 4 chez les moins de 15 ans et 1 dont l'âge n'était pas renseigné. Au total, la majorité des cas était due à un virus de type A (77%). Cependant, la part des cas dus à un virus de type B, en augmentation depuis mi-janvier, est devenue majoritaire à partir de mi-février (S07).

**Tableau 1 : Description des cas graves de grippe admis en réanimation pendant la saison 2022-2023, en France métropolitaine (données non exhaustives)**

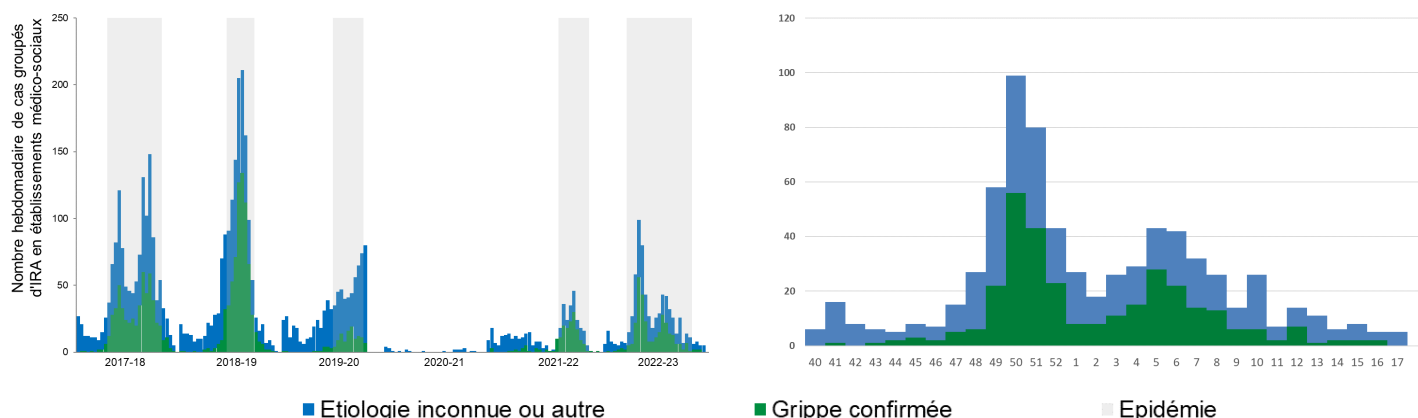
Statut virologique	Effectif	%	Statut vaccinal grippe des personnes à risque	Effectif	%
A(H3N2)	82	8	Vacciné	135	14
A(H1N1)pdm09	32	3	Non vacciné ou Non renseigné	842	86
A non sous-typé	640	66			
B	133	14			
Non typé	59	6			
Co-infectés par 2 virus grippaux	2	<1			
Co-infectés grippe/SARS-CoV-2	29	3			
Classes d'âge			Eléments de gravité		
0-4 ans	71	7	<b>Sdra (Syndrome de détresse respiratoire aiguë)</b>		
5-14 ans	41	4	Pas de Sdra	439	45
15-64 ans	484	50	Mineur	87	9
65 ans et plus	370	38	Modéré	152	16
Non renseigné	11	1	Sévère	162	16
Sexe			Non renseigné	137	14
Sexe ratio M/F - % d'hommes	1,2	54	Ventilation		
Facteurs de risque de complication			VNI*/Oxygénothérapie à haut débit	400	41
Aucun	256	26	Ventilation invasive	331	34
Age 65 ans et + sans comorbidité	66	7	ECMO/ECCO2R	21	2
Age 65 ans et + avec comorbidité	304	31	Autre/Non renseigné	225	23
Comorbidités seules	325	34			
Autres cibles de la vaccination	24	2	<b>Décès parmi les cas admis en réanimation</b>	121	12
Non renseigné	2	<1	<b>Total</b>	<b>977</b>	

\*Ventilation non invasive

## Un nombre modéré de signalements dans les établissements médico-sociaux, dont les collectivités de personnes âgées

Depuis la semaine 40, pour environ 25 500 établissements médico-sociaux recensés en France (dont 10 000 collectivités de personnes âgées), **717 épisodes de cas groupés d'infection respiratoire aiguë (IRA)** ont été signalés à Santé publique France, **dont 311 ont été attribués à la grippe** (Figure 12). La couverture vaccinale contre la grippe était de 89% chez les résidents et de 30% chez le personnel.

**Figure 12 : Évolution hebdomadaire du nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA<sup>1</sup> en établissements médico-sociaux, selon l'étiologie, par semaine de début de l'épisode en France métropolitaine, saisons 2017-18 à 2022-23 (A) et saison 2022-23 (B)**



<sup>1</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](#).

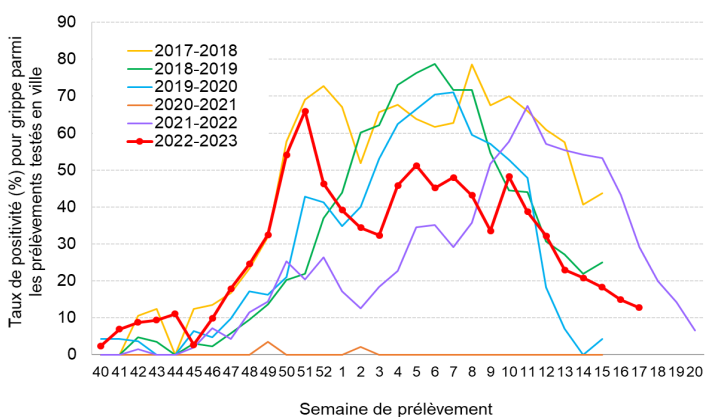
## Deux vagues successives dominées par des virus grippaux différents

**En médecine de ville** (réseau Sentinelles), de S40-2022 à S17-2023, 1 402 virus grippaux ont été détectés sur les 4 390 prélèvements réalisés. Parmi ces 1 402 virus, 851 étaient de type A (666 de sous-type A(H3N2), 174 de sous-type A(H1N1)<sub>pdm09</sub>, 11 non sous-typés) et 551 étaient de type B dont 359 de sous-lignage Victoria (Figure 15). Cent-deux cas de co-infection grippe/autre virus respiratoire ont été identifiés depuis S40 dont 22 cas de grippe/VRS, 26 cas de grippe/SARS-CoV-2, 1 cas de grippe A/grippe B, 1 cas de grippe/SARS-CoV-2/rhinovirus et 1 cas de grippe/SARS-CoV-2/VRS.

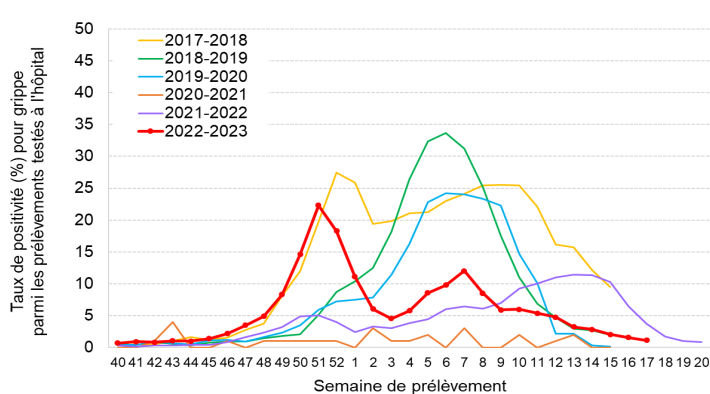
**En milieu hospitalier** (réseau RENAL) : de S40-2022 à S17-2023, 36 589 virus grippaux ont été détectés sur les 487 793 résultats virologiques transmis au CNR. Parmi ces 36 589 virus, 27 100 étaient des virus de type A (4 948 de sous-type A(H3N2), 1 185 de sous-type A(H1N1)<sub>pdm09</sub>, 20 967 non sous-typés) et 9 489 étaient de type B (Figure 16).

**Une première vague, principalement portée par le virus A(H3N2) a été observée jusqu'à mi-janvier (S03-2023), suivie d'un rebond épidémique principalement dû au virus B/Victoria (Figures 13 et 14).**

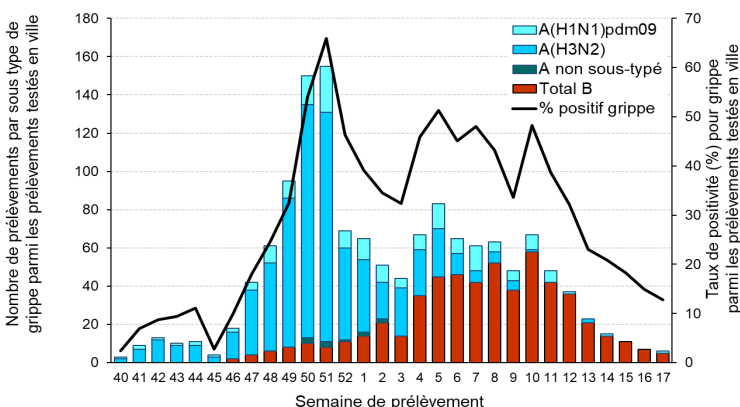
**Figure 13 : Taux de positivité hebdomadaire des prélèvements testés pour grippe en France métropolitaine, saisons 2017-18 à 2022-23 (source : réseau Sentinelles, CNR)**



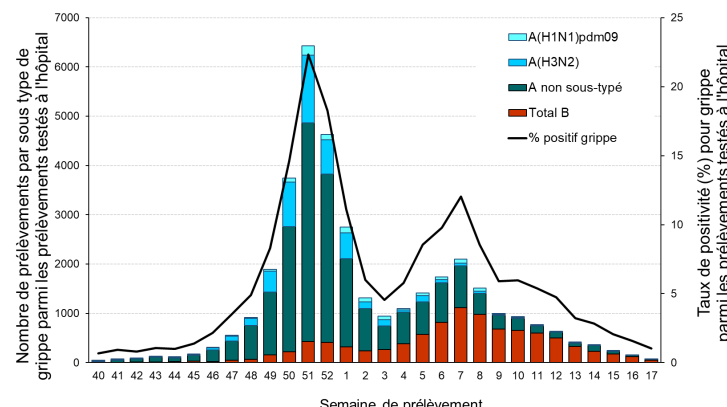
**Figure 14 : Taux de positivité hebdomadaire des prélèvements testés pour la grippe en France métropolitaine, saisons 2017-18 à 2022-23 (source : RENAL, CNR)**



**Figure 15 : Distribution des types et sous-types de virus grippaux en France métropolitaine, saison 2022-23 (source : réseau Sentinelles, CNR)**



**Figure 16 : Distribution des types et sous-types de virus grippaux en France métropolitaine, saison 2022-23 (source : RENAL, CNR)**



## Une globale adéquation des virus circulants avec les souches vaccinales

- Sur les 395 virus A(H3N2) caractérisés en inhibition de l'héماغglutination par le CNR, 354 sont antigéniquement apparentés à la souche vaccinale A/Darwin/9/2021 (clade 3C.2a1b.2a2) présente dans le vaccin de l'hémisphère nord (HN) 2022-23 et 41 varient antigéniquement par rapport à la souche vaccinale.
- Sur les 103 virus A(H1N1)<sub>pdm09</sub> caractérisés, 99 sont antigéniquement apparentés à la souche vaccinale A/Victoria/2570/2019 (clade 6B.1A.5a2), présente dans le vaccin HN 2022-23 et 4 sont antigéniquement apparentés à la souche A/Guangdong-Maonan/SW1536/2019 (clade 6B.1A.5a1), non présente dans le vaccin HN 2022-23.
- Sur les 158 virus de type B caractérisés, tous sont antigéniquement apparentés à la souche vaccinale B/Austria/1359417/2021 (clade V1A.3a2) lignée Victoria, présente dans le vaccin HN 2022-23.

## Un impact modéré à élevé sur la mortalité

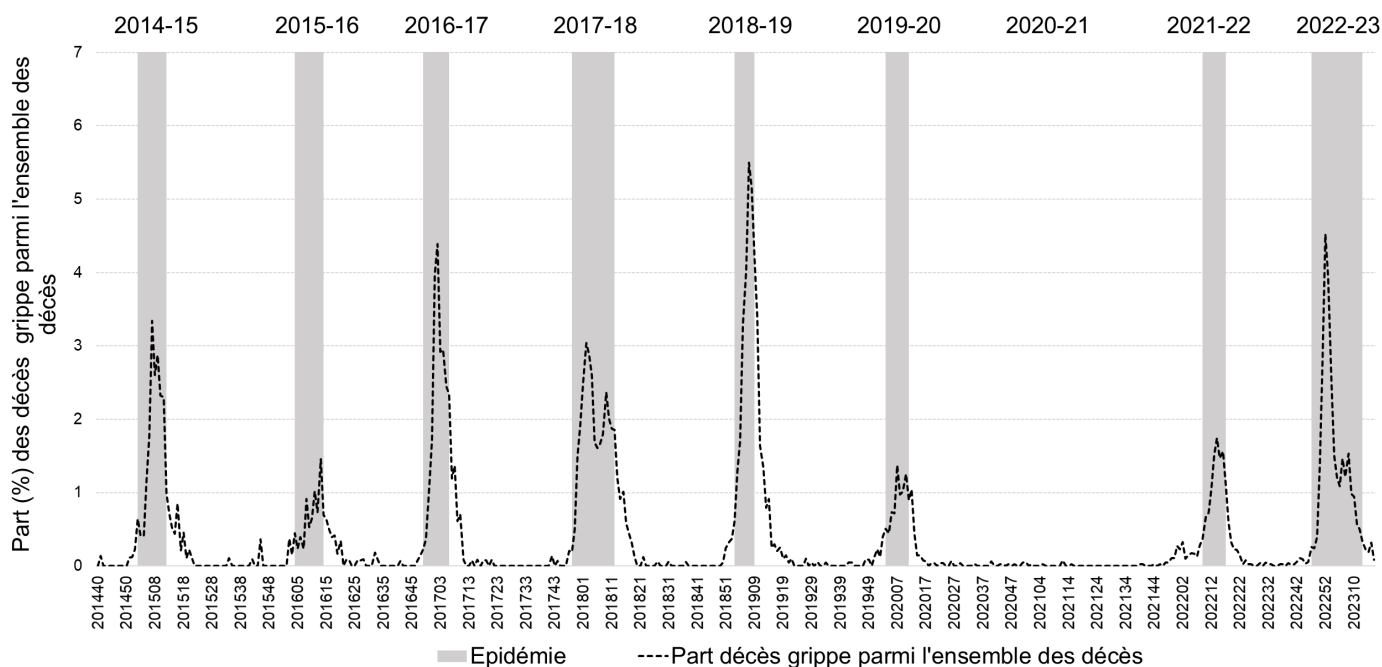
Le déploiement du [dispositif de surveillance de la mortalité issue de la certification électronique](#) continue de progresser. Il couvrait fin 2022 35% de la mortalité nationale. Toutefois, il demeure hétérogène selon les régions et le type de déclarant.

Au cours de la saison 2022-23, (S22-40 à S23-17), parmi les 144 504 décès déclarés en métropole par certificat électronique de décès, **1 505 (1,0%) l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès**. Parmi ces 1 505 décès, 14 étaient âgés de moins de 15 ans, 167 avaient entre 15 et 64 ans et 1 324 étaient âgés de 65 ans ou plus.

L'augmentation de la part des décès liés à la grippe a débuté mi-décembre (S50) pour atteindre très rapidement son **pic (4,5%) lors de la première vague de l'épidémie en S52. Ce pic est supérieur à ceux habituellement observés lors des épidémies de grippe**, excepté celui de la saison 2018-2019 et comparable à celui de la saison 2016-17; ces deux saisons ayant été dominées par la circulation des virus A(H3N2) et un fort impact sur la mortalité (Figure 17).

Les régions ayant rapporté les parts de décès liés à la grippe les plus élevées durant la saison 2022-2023 sont : la Normandie (1,5%), l'Ile-de-France (1,3%), la Corse (1,3%) et les Hauts-de-France (1,2%).

**Figure 17 : Part des décès certifiés par voie électronique avec une mention de grippe dans les causes médicales de décès, saisons 2014-2015 à 2022-2023**



## Une couverture vaccinale légèrement inférieure à celle de 2021-2022

Les [estimations de la couverture vaccinale \(CV\)](#) chez les personnes à risque ciblées par la vaccination contre la grippe indiquaient une CV à **51,5%, avec 56,2% chez les 65 ans et plus et 31,6% chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère au 28/02/2022**. Ces données indiquent une couverture vaccinale légèrement inférieure à celle estimée pour la saison 2021/22 (52,6%, avec 56,8% chez les 65 ans et plus et 34,3% chez les moins de 65 ans avec affection de longue durée) et toujours insuffisante au regard de l'objectif fixé par l'OMS à 75% chez les personnes à risque.



## Antilles

[Aux Antilles](#), après deux années de faible circulation des virus grippaux (2020 et 2021), les Antilles ont connu une première période inhabituelle de recrudescence de la grippe d'un impact modéré entre mai et juillet 2022 liée à la co-circulation de virus de type A(H3N2) et A(H1N1)<sub>pdm09</sub>.

**En Guadeloupe**, l'épidémie a débuté en décembre 2022 (S49) pour atteindre son pic en janvier 2023 (S03). Les indicateurs de la grippe sont revenus à leurs niveaux de base en avril (S15) soit une durée de 19 semaines ; durée la plus importante observée depuis 10 ans. L'impact de cette épidémie a été très important en ville et à l'hôpital, avec un total de 17 500 patients ayant consulté un médecin généraliste et 300 passages aux urgences pour syndrome grippal (dont 20% d'hospitalisation) pendant la période épidémique. Au total, 10 cas graves\* ont été hospitalisés en service de réanimation, aucun n'est décédé.

Si l'épidémie a démarré de manière plus précoce **en Martinique** (S38) et s'est achevée en avril (S15), plusieurs vagues ont été observées au cours de la saison avec plusieurs pics. Près de 22 800 patients ont consulté un médecin généraliste durant la saison épidémique et 3 cas graves\* ont été hospitalisés en service de réanimation.

Une co-circulation des virus de type A(H3N2) et A(H1N1)<sub>pdm09</sub> a été identifiée au cours de la saison 2022-2023 représentant plus de 75% des isollements en Martinique et 62% en Guadeloupe. Toutefois, les virus de type B/victoria ont également circulé en particulier en fin de saison où ils étaient largement prédominants par rapport aux virus de type A, ce qui peut en partie expliquer l'étendue anormalement longue des épidémies cette saison dans les Antilles.

*\*données non consolidées*

## Mayotte

[A Mayotte](#), les épidémies de grippe surviennent habituellement entre les mois de décembre et mars. La saison 2022-2023 a été marquée, comme la saison 2021-22, par la survenue de deux épidémies de grippe distinctes. La première qui s'est déroulée de début novembre (S44) à mi-janvier (S02) soit 11 semaines, a été caractérisée par la détection d'une circulation majoritaire de virus de type A(H1N1)<sub>pdm09</sub>. Seize admissions en service de réanimation pour grippe ont été enregistrées au cours de cette période.

La seconde épidémie a été de plus courte durée, de mi-mars (S11) à début avril (S14), avec l'identification majoritaire de virus de type B/Victoria et la notification de 5 admissions en réanimation.

La surveillance de la grippe en ville et à l'hôpital ayant évolué cette saison, les données de surveillance sont difficiles à interpréter en comparaison de celles des saisons précédentes. Néanmoins, un nombre plus important d'hospitalisations pour grippe, notamment lors de la première vague, a été rapporté par rapport aux saisons précédentes. A noter que, contrairement à 2021, aucune surmortalité toutes causes n'a été observée lors de ces deux épidémies.

## La Réunion

[A La Réunion](#), l'épidémie de grippe survient habituellement entre juin et septembre. Cette saison, l'épidémie a débuté tardivement en septembre (S36) et s'est terminée début janvier (S01), soit une durée totale de 18 semaines. Une co-circulation de virus de type A(H3N2) et A(H1N1)<sub>pdm09</sub> a été identifiée. L'impact sanitaire de l'épidémie a été modéré cette saison.

## Guyane

**En Guyane**, l'épidémie a démarré mi-décembre (S50) et s'est terminée fin février soit une durée de 12 semaines avec un pic épidémique fin janvier (S04). Au cours de l'épidémie, les centres de santé ont enregistré 1 133 consultations pour syndrome grippal. Le nombre total de passages aux urgences était de 714 passages représentant au pic de l'épidémie 5% de passage pour grippe/syndrome grippal parmi l'ensemble des motifs de recours aux urgences. Au total, neuf patients ont été hospitalisés dans les services de réanimation du CH de Cayenne dont 3 sont décédés. Une co-circulation des virus de type A (majoritairement A(H1N1)<sub>pdm09</sub>) et B/Victoria a été observée. Cette épidémie a été particulièrement intense sur le territoire en comparaison des 10 dernières saisons.

Pour en savoir plus sur les régions : consultez [les points épidémiologiques régionaux](#)

## Conclusion

L'épidémie de la saison 2022-23 a été marquée par la survenue d'une épidémie exceptionnellement précoce et longue, composée de deux vagues successives. Au niveau national, l'épidémie en métropole a débuté fin novembre (S47) et s'est terminée début avril (S13), soit une durée de 19 semaines (*versus* 11 semaines en moyenne depuis la saison 2011-12). Le pic a été atteint fin décembre, en semaine 51. **La première vague a été majoritairement due au virus de type A(H3N2), suivie à partir de la S04-2023 d'un rebond épidémique principalement dû au virus B/Victoria.** Les virus circulants étaient majoritairement apparentés aux souches vaccinales présentes dans le vaccin de l'hémisphère nord 2022-23 respectivement A/Darwin/9/2021 (clade 3C.2a1b.2a2) et B/Austria/1359417/2021 (clade V1A.3a2).

**Au pic de l'épidémie en S51-2022, l'impact de la grippe en médecine de ville a été modéré selon les données du réseau Sentinelles et très élevé selon les données SOS Médecins,** avec un niveau d'activité particulièrement élevé chez les 5-14 ans. Durant cette période de congés, il est probable que le recours aux soins en médecine générale pour syndrome grippal était en diminution contrairement au recours à SOS Médecins, pouvant expliquer cette différence de niveaux d'intensité au pic de l'épidémie observée entre ces deux réseaux de surveillance.

**A l'hôpital, les données de passages aux urgences et d'hospitalisations après passage pour grippe/syndrome grippal indiquaient un impact très élevé au pic de l'épidémie.** La proportion d'hospitalisations après passage aux urgences pour grippe observée était supérieure à la moyenne des épidémies 2014-2022, et la part d'activité cumulée des hospitalisations pour grippe/syndrome grippal parmi toutes les hospitalisations au cours de l'épidémie, tous âges confondus, a été exceptionnellement élevée. **Cet impact marqué à l'hôpital a été observé dans toutes les classes d'âge, mais a été particulièrement important chez les 15-64 ans, pourtant habituellement moins concernés par les formes sévères de grippe que les jeunes enfants et les personnes âgées.**

Si le nombre de signalements de cas graves de grippe admis en réanimation et d'épisodes d'infections respiratoires aiguës réalisés par les établissements médico-sociaux cette saison sont plus élevés que lors de l'épidémie de grippe 2021-22, ceux-ci sont toutefois restés inférieurs aux valeurs habituellement observées lors des épidémies de grippe sévères. Il est très probable que la participation à ces dispositifs de surveillance ait été plus faible que jusqu'en 2019-20, du fait de la pandémie de COVID-19.

Enfin, les données issues de la certification électronique des décès indiquent **un impact marqué de l'épidémie de grippe 2022-23 en terme de mortalité.** La part de la grippe parmi les décès toutes causes a atteint fin décembre un niveau supérieur à la moyenne des épidémies de grippe précédentes, comparable à celle atteinte au pic de l'épidémie 2016-17 et légèrement inférieure à celle du pic de l'épidémie de 2018-19 ; deux épidémies marquées par une circulation majoritaire de virus A(H3N2) et un fort impact sur la mortalité.

**Une épidémiologie atypique de la grippe a également été observée dans les DROM, excepté en Guyane.** A Mayotte, deux vagues épidémiques sont survenues, une de novembre à janvier 2022, à une période de l'année où il est rare d'observer une recrudescence épidémique de grippe, et l'autre de plus courte durée de mi-mars à mi-avril. A la Réunion, l'épidémie a été de longue durée avec une survenue de septembre à début janvier, période de l'année où l'on n'observe habituellement pas de circulation active de virus grippaux. En Guadeloupe, l'épidémie est survenue de décembre à avril avec un impact important en ville et à l'hôpital, et en Martinique, elle a débuté plus précocement. En revanche, l'épidémie de grippe est survenue à une période habituelle en Guyane, de décembre à fin février.

**L'épidémie de grippe 2022-23 s'est avérée particulièrement sévère lors de la première vague épidémique due au virus A(H3N2) tandis que l'impact de la seconde vague épidémique due au virus B/Victoria est resté faible en ville et à l'hôpital,** illustrant les différences importantes qui existent entre les différents virus grippaux en terme de morbidité et de mortalité. La succession de deux vagues distinctes explique la durée exceptionnellement longue de cette épidémie au niveau national, survenue dans un contexte de co-circulation épidémique d'autres virus respiratoires, notamment le virus respiratoire syncytial responsable de la bronchiolite du nourrisson puis le SARS-CoV-2. Cette co-circulation de trois virus respiratoires s'est traduite par une triple épidémie de grande ampleur au cours de l'hiver 2022-23, occasionnant une forte tension de l'offre de soins. Dans le contexte de couverture vaccinale contre la grippe toujours insuffisante, 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 2021-22 \(BEH\)](#)
- ▶ 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**  
Caroline Semaille

**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  
Tél : 33 (0)1 41 79 67 00  
[www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

**Date de publication**  
Le 11 mai 2023