

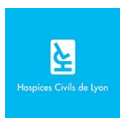
Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance, de vigilance et d'alerte dans les domaines de la santé publique, analyse les données de la grippe issues de son réseau de partenaires et publie les indicateurs résultant de l'analyse de ces données dans ce bulletin mis en ligne chaque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

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



INSTITUT PASTEUR

CNR Virus des infections respiratoires



Institut national de la statistique
et des études économiques
Mesurer pour comprendre



Introduction

En France, la grippe survient sous la forme d'épidémies saisonnières entre le mois de décembre et avril et touche en moyenne 2,5 millions de personnes chaque année. Cependant, l'ampleur et l'impact sur le système de santé et la société de ces épidémies hivernales sont très variables d'une année à l'autre et imprévisibles. La surveillance de la grippe a pour objectif principal le suivi de la dynamique de l'épidémie et l'estimation de la morbidité et de la mortalité dues aux virus grippaux. Lors de la saison 2019-2020, cette surveillance a débuté comme habituellement début octobre 2019 (semaine 40) et s'est poursuivie jusqu'à mi-mars 2020. Elle a été interrompue en raison de la situation sanitaire exceptionnelle, afin d'être adaptée au suivi épidémiologique et virologique de la circulation du SARS-CoV-2. La surveillance de la grippe prenant habituellement fin mi-avril (semaine 15), le bilan de l'épidémie de grippe 2019-2020 présenté ici couvre une période incomplète.

Points clés

Saison grippale 2019-2020 impactée par la pandémie de COVID-19

- ▶ 9 semaines d'épidémie (semaine 03-2020 à semaine 11-2020)
- ▶ 1,25 million de consultations pour syndrome grippal durant l'épidémie
- ▶ Co-circulation des virus A(H1N1)_{pdm09} et B/Victoria
- ▶ Près de 60 000 passages aux urgences pour grippe dont 6 000 hospitalisations (10%) durant l'épidémie
- ▶ 860 cas graves admis en réanimation signalés (début de la surveillance en semaine 45-2019)
- ▶ 3 700 décès attribuables à la grippe durant l'épidémie
- ▶ Couverture vaccinale de 47,8% chez les personnes à risque

Méthodes

La surveillance de la grippe coordonnée par Santé Publique France repose sur un large réseau de partenaires et inclut l'activité de soins liés à la grippe en médecine ambulatoire (réseau Sentinelles – Inserm – Sorbonne Université, SOS Médecins) et hospitalière (réseau OSCOUR[®], surveillance des cas graves admis en réanimation) ainsi que la surveillance de la circulation virale assurée par le Centre National de Référence (CNR) des virus des infections respiratoires (dont la grippe). La surveillance des cas graves de grippe admis en réanimation, repose sur un réseau sentinelle de 194 services de réanimation participants (surveillance non exhaustive) depuis la saison 2018-2019. La surveillance de la grippe comprend également une estimation de l'impact de la grippe sur la mortalité.

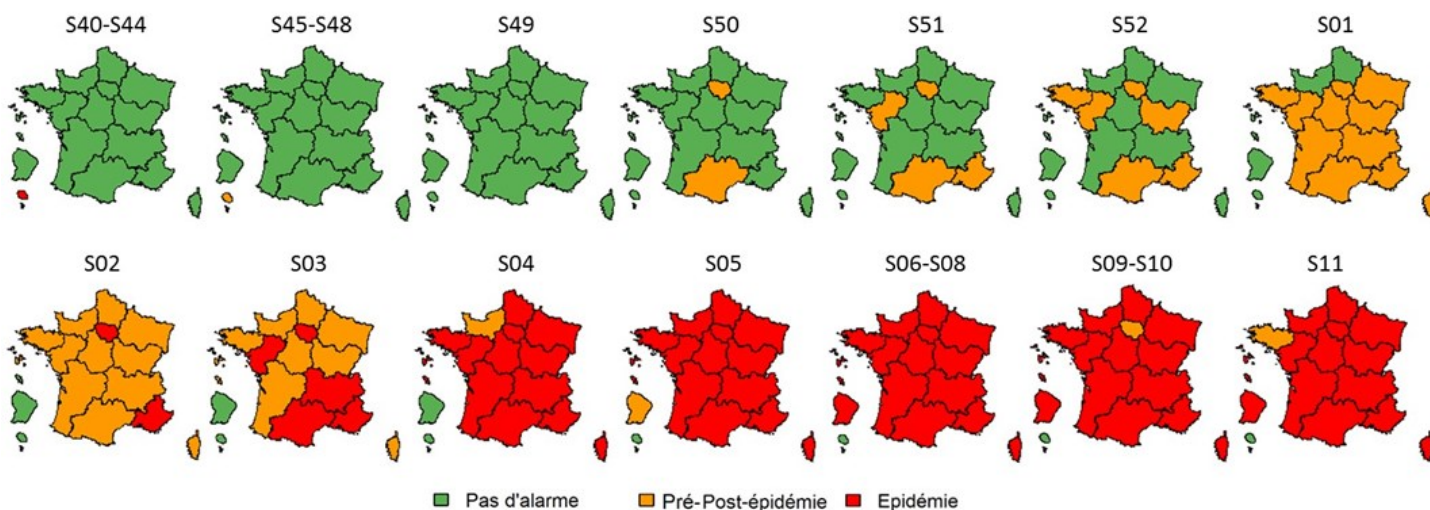
Depuis la saison 2015-2016, le Module d'Analyse des données SurSaUD[®] et Sentinelles (MASS) développé par Santé publique France (<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.32.30593>) permet d'établir pour chaque région des seuils épidémiques statistiques à partir des données historiques régionales de trois sources de données épidémiologiques (réseau Sentinelles, OSCOUR[®] et SOS Médecins) et selon trois méthodes de modélisation différentes. Les cellules régionales de Santé publique France valident ou non les résultats de cette analyse statistique chaque semaine, pendant la période de surveillance de la grippe, en prenant également en compte d'autres données de surveillance complémentaires, telles que les données virologiques. La détermination de la période épidémique repose sur la combinaison des résultats issus de MASS et de l'expertise des cellules régionales de Santé publique France.

L'ensemble des informations sur le dispositif de surveillance de la grippe est disponible sur la page dédiée du site de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/articles/le-dispositif-de-surveillance-de-la-grippe>.

Résultats

L'épidémie de grippe a débuté en Ile-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur en semaine 02-2020 (du 6 au 12 janvier 2020) et s'est étendue en trois semaines à l'ensemble de la métropole (Figure 1). A l'échelle métropolitaine, l'épidémie de grippe a débuté en semaine 03-2020 (du 13 au 19 janvier 2020). Il est difficile de formellement identifier la date de fin de l'épidémie pour la saison 2019-2020 car le suivi des indicateurs de la surveillance de la grippe saisonnière a été perturbé par l'épidémie de COVID-19 et une surveillance populationnelle spécifique de la COVID-19 s'est substituée à la surveillance de la grippe avant la fin de la période habituelle de surveillance (semaine 15), à partir de la semaine 12 (du 16 au 22 mars 2020). Toutefois, l'analyse des données de surveillance disponibles suggère fortement que l'épidémie de grippe 2019-2020 s'est terminée en semaine 12-2020. En semaine 11, toutes les régions métropolitaine sauf une (la Bretagne) était encore en épidémie (Figure 1). L'ensemble des régions présentait des indicateurs de surveillance de la grippe en phase descendante depuis la semaine 08-2020, avec un pic épidémique observé entre la semaine 05-2020 (Ile-de-France) et les semaines 07 et 08-2020 dans la majorité des régions.

Figure 1 : Evolution hebdomadaire des niveaux d'alerte en région, semaines 50-2019 à 11-2020

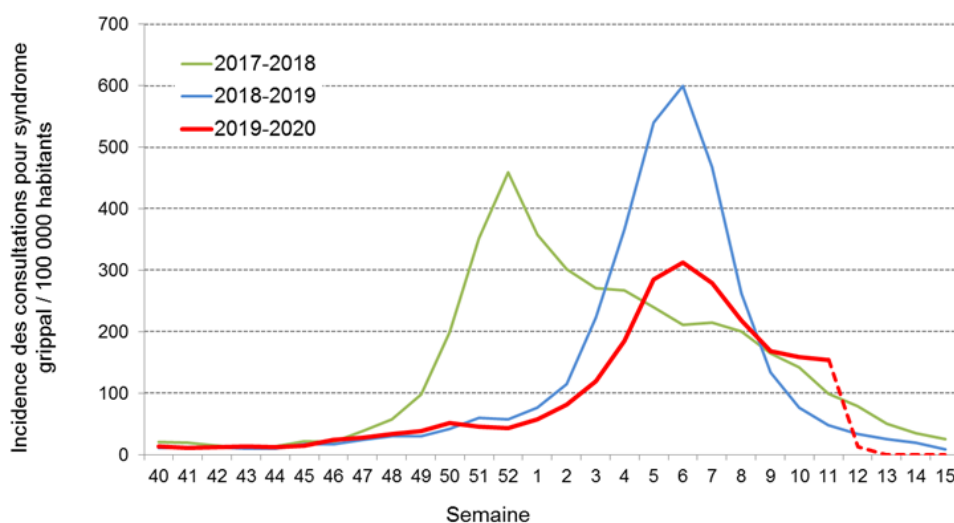


Surveillance en médecine de ville

Au cours de la période épidémique (semaine 03-2020 – semaine 11-2020), le réseau Sentinelles a estimé le nombre de consultations pour syndrome grippal à environ 1,25 million. Cette estimation d'incidence cumulée est inférieure à celle observée l'année précédente (1,8 million de consultations de médecine générale pour syndrome grippal en 2018-2019) et correspond à une épidémie de faible intensité. Selon les données du réseau Sentinelles, le pic d'activité en médecine de ville a été observé en semaine 06-2020 avec un taux de consultations pour syndrome grippal de 314 pour 100 000 habitants (Intervalle de confiance à 95% (IC95%) : [297-331]) au niveau de la métropole. Le taux d'incidence au pic se situe très en-dessous des valeurs observées les années précédentes (599/100 000 habitants en 2018-2019 et 459/100 000 habitants en 2017-2018) (Figure 2).

A partir de la semaine 12-2020, une nouvelle définition de cas a été utilisée par le réseau Sentinelles pour la surveillance afin d'adapter la surveillance effectuée en médecine de ville à l'épidémie de COVID-19. Le réseau Sentinelles a estimé rétrospectivement le taux d'incidence des syndromes grippaux à partir des consultations pour infection respiratoire aiguë, de la semaine 12-2020 à la semaine 15-2020, sur la base des symptômes présentés par les patients (Figure 2). Ces données, estimées par une méthodologie différente de celle utilisée pour les données historiques et jusqu'en semaine 11-2020, sont à interpréter avec précaution.

Figure 2: Evolution du taux d'incidence des consultations en médecine de ville pour syndrome grippal (réseau Sentinelles)*



Source: Réseau Sentinelles

* La partie en pointillé de la courbe 2019-2020 indique la période à partir de laquelle la définition de cas utilisée dans le cadre de cette surveillance a changé en raison de l'épidémie de COVID-19, passant d'un syndrome grippal (semaine 40-2019 – semaine 11-2020) à une infection respiratoire aiguë (semaine 12-2020 à semaine 15-2020). Le taux d'incidence des consultations pour syndrome grippal a été estimé rétrospectivement pour les semaines 12 à 15. Ces données doivent être interprétées avec précaution.

La proportion de syndromes grippaux parmi les actes codés par SOS Médecins a atteint son maximum (16%) en semaine 07-2020. Le nombre maximal d'actes rapportés pour grippe a été atteint en semaine 06-2020 et était de 14 485. Ce nombre était de 21 483 pendant la semaine du pic au cours de la saison 2018-2019 (semaine 06-2019).

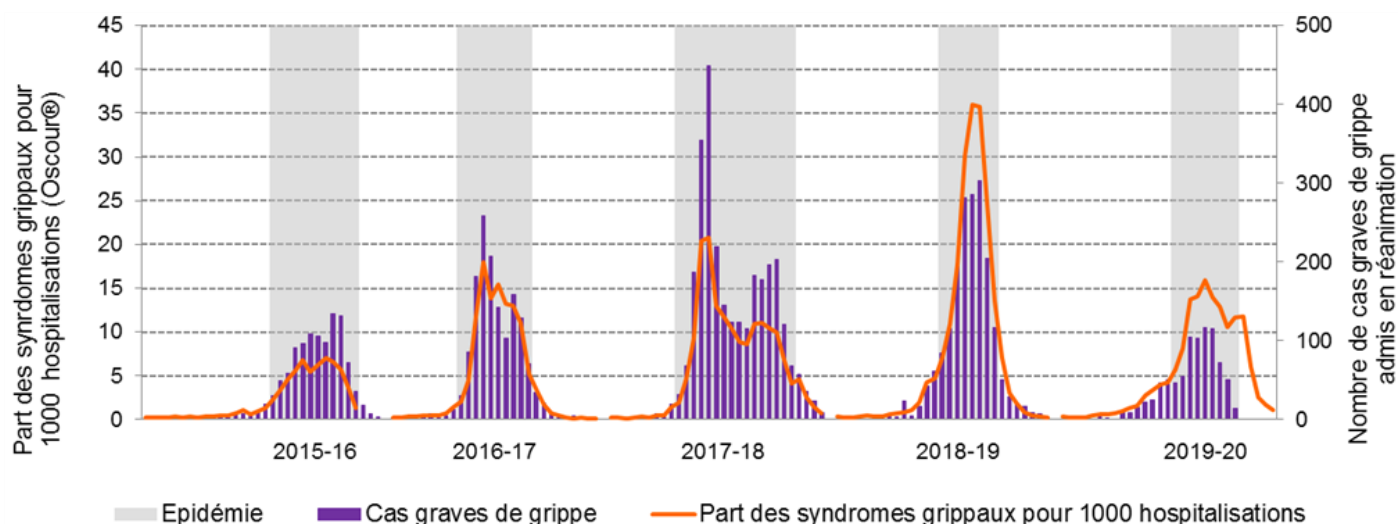
Surveillance des passages aux urgences et hospitalisations pour syndrome grippal (OSCOUR®)

Pendant l'épidémie de grippe (semaine 03-2020 à semaine 11-2020), le réseau OSCOUR® a rapporté 59 476 passages aux urgences pour syndrome grippal, soit 22/1 000 passages aux urgences sur la période épidémique. La part des syndromes grippaux parmi les passages aux urgences a atteint son pic en semaine 06-2020 avec un taux de 28/1 000 passages. Parmi ces passages, 54% concernaient les moins de 15 ans, 39% les 15-64 ans et 7% les personnes âgées de 65 ans et plus.

Parmi les passages aux urgences pour syndrome grippal, 6 164 (10%) ont donné lieu à une hospitalisation. Cette proportion est inférieure à celle observée les années précédentes (16% en 2018-2019 et 13% en 2017-2018). La part des personnes âgées de 65 ans et plus parmi les hospitalisations était de 36%, proportion bien inférieure à celles observées au cours des 3 dernières épidémies (62% en 2018-2019, 53% en 2017-18 et 69% en 2016-2017). En revanche, la part des classes d'âge 0-14 ans (34%) et 15-64 ans (30%) parmi les hospitalisations était plus élevée par rapport à celle observée au cours des précédentes épidémies (18% et 20% en 2018-2019 et 24% et 23% en 2017-2018, respectivement).

La part des hospitalisations pour syndrome grippal parmi l'ensemble des hospitalisations à la suite d'un passage aux urgences survenues au cours de l'épidémie était de 12/1 000 hospitalisations tous âges confondus (16/1 000 hospitalisations en semaine 07-2020, au moment du pic), valeur inférieure à celle observée au cours de l'épidémie 2018-2019, qui était particulièrement élevée (22/1 000 hospitalisations) (Figure 3). La part des syndromes grippaux parmi les hospitalisations a été la plus importante chez les enfants de moins de 5 ans (49/1 000 hospitalisations, *versus* 38/1 000 hospitalisations en 2018-2019). Cette proportion était bien moins élevée chez les 65 ans et plus (7/1 000 hospitalisations) que lors de l'épidémie 2018-2019 (27/1 000 hospitalisations). Cette proportion était bien moins élevée chez les 65 ans et plus (7/1 000 hospitalisations) que lors de l'épidémie 2018-19 (27/1 000 hospitalisations).

Figure 3 : Evolution de la part des syndromes grippaux sur 1 000 hospitalisations et nombre de signalements hebdomadaire de cas graves de grippe admis en réanimation rapportés par les services de réanimation sentinelles (saisons 2015-2016 à 2019-2020)



Surveillance sentinelle des cas graves de grippe admis en réanimation

Pendant la période de surveillance 2019-2020 (semaine 45-2019 – semaine 11-2020), 860 cas graves de grippe ont été rapportés par 148 services participant au réseau des services de réanimation sentinelles (au nombre de 194 en France métropolitaine). Au total, 677 cas ont été rapportés durant la période épidémique (semaines 03 à 11-2020), ce qui est bien inférieur par rapport aux deux épidémies précédentes (1 590 cas en 2018-2019 et 2 770 cas en 2017-2018, à nombre constant de services participant à la surveillance). Le pic d'admissions a été observé en semaine 07-2020 durant laquelle 117 admissions ont été signalées (Figure 3). Ce nombre est également inférieur à ce qui a été rapporté les années précédentes au moment du pic (303 admissions en semaine 07-2019 et 447 admissions en semaine 01-2018). L'interruption prématurée de la période de surveillance a cependant probablement conduit à sous-estimer le nombre de cas graves de grippe rapportés cette saison.

L'âge moyen des patients était de 51 ans, cette valeur était inférieure à celles observées les années précédentes (60 ans en 2018-2019 et 66 ans en 2016-2017). Seuls 37% des patients admis en réanimation étaient âgés de plus de 65 ans (plus de la moitié lors de la saison 2018-2019). Parmi l'ensemble des cas signalés 16% étaient des patients de moins de 18 ans.

La majorité des cas (74%) présentait au moins un facteur de risque de grippe sévère : l'âge au-delà de 65 ans (l'ensemble des 263 patients parmi les 315 patients âgés de plus de 65 ans pour qui l'information sur les comorbidités était disponible, présentait au moins une comorbidité sous-jacente), la présence d'une ou plusieurs pathologie(s) chronique(s) chez des sujets de moins de 65 ans (58% des cas) ou une grossesse (1%).

Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient les pathologies pulmonaires (32% parmi l'ensemble des patients), les pathologies cardiaques (18%), le diabète (13%) et une immunodéficience (11%). Parmi les 137 cas âgés de moins de 18 ans, les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient les pathologies pulmonaires (11%) et les pathologies neuromusculaires (10%).

Parmi les patients éligibles à la vaccination antigrippale pour lesquels le statut vaccinal était connu, 31% étaient vaccinés (152/490).

Un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) était rapporté chez 40% des patients (*versus* 45% en 2018-2019 et 59% en 2016-2017) et 6% ont nécessité une oxygénation par membrane extracorporelle.

Parmi l'ensemble des cas signalés pour lesquels l'évolution était connue, 90 décès ont été rapportés, dont 12 parmi les mineurs (7 présentaient une ou plusieurs comorbidités), 37 parmi les personnes âgées de 18 à 44 ans et 41 parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus. Aucun décès n'a été observé chez les cas graves âgés de 45 à 64 ans.

Le type de virus grippal était précisé pour 851 patients : 705 (83%) étaient infectés par un virus de type A (25% de A(H1N1)_{pdm09}, 3% de A(H3N2), 71% de virus de type A non sous-typés), 138 (16%) étaient infectés par un virus de type B et 8 patients (1%) présentaient une co-infection par des virus de types A et B. Un virus de type B était plus fréquemment retrouvé parmi les patients âgés de moins de 18 ans (40%).

Surveillance virologique

Pendant la saison 2019-2020, une co-circulation des virus de type A et de type B a été observée, avec une nette prédominance du sous-type A(H1N1)_{pdm09} et du lignage B/Victoria. La répartition de ces différents types de virus est restée relativement stable au cours de la période de surveillance.

En médecine de ville, 2 839 prélèvements ont été analysés pendant la période de surveillance, parmi lesquels 1 195 prélèvements ont été testés positifs pour la grippe. Cinquante-quatre pour cent correspondaient à un virus de type A (dont 76% de A(H1N1)_{pdm09}, 19% de A(H3N2) et 5% de A non sous-typés) et 46% à un virus de type B (92% de B/Victoria, 2% de B/Yamagata et 6% de B sans lignage connu) (Figure 4). Le taux de positivité maximal a été atteint en semaines 06 et 07-2020, avec 71% des prélèvements analysés positifs pour la grippe (Figure 5).

En milieu hospitalier, parmi les 156 862 prélèvements analysés pendant la période de surveillance, 16 603 prélèvements ont été testés positifs pour la grippe, avec 61% de virus de type A et 39% de virus de type B. Seuls 26% des virus de type A ont été sous-typés. En effet, les laboratoires hospitaliers utilisent des kits qui ne permettent généralement pas de déterminer le sous-type des virus de type A, ni le lignage des virus de type B. Parmi les virus de type A sous-typés, 80% appartenaient au sous-type A(H1N1)_{pdm09} et 20% au sous-type A(H3N2). Le taux de positivité maximal a également été atteint en semaines 06 et 07-2020, avec 24% des prélèvements analysés positifs pour la grippe (Figure 5).

Figure 4 : Evolution du taux de positivité hebdomadaire pour les virus grippaux des prélèvements effectués par les médecins Sentinelles, et nombre de prélèvements positifs pour un virus grippal en fonction des types et sous-types durant la campagne de surveillance virologique des syndromes grippaux, saison hivernale 2019-2020, en France métropolitaine (source : réseau Sentinelles)

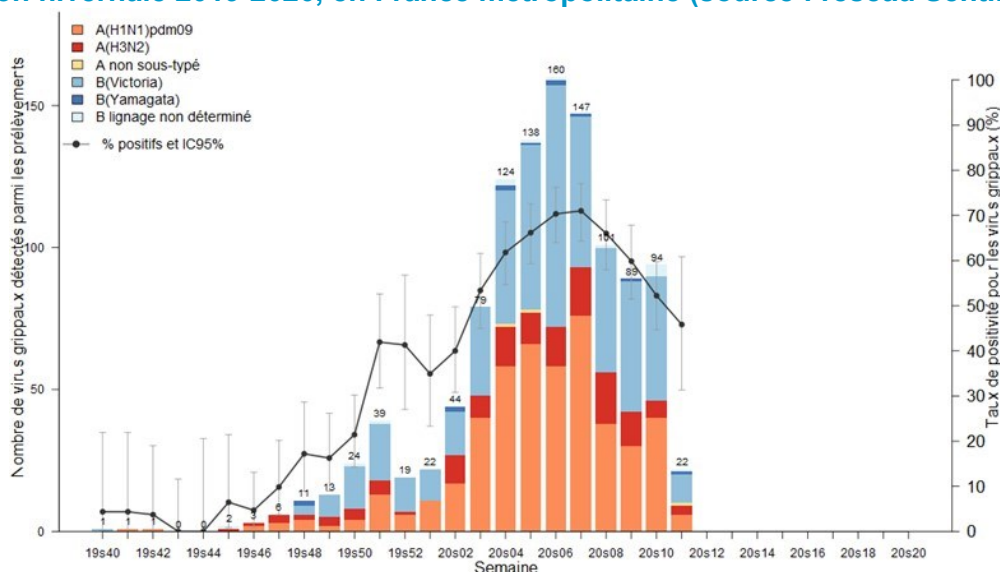
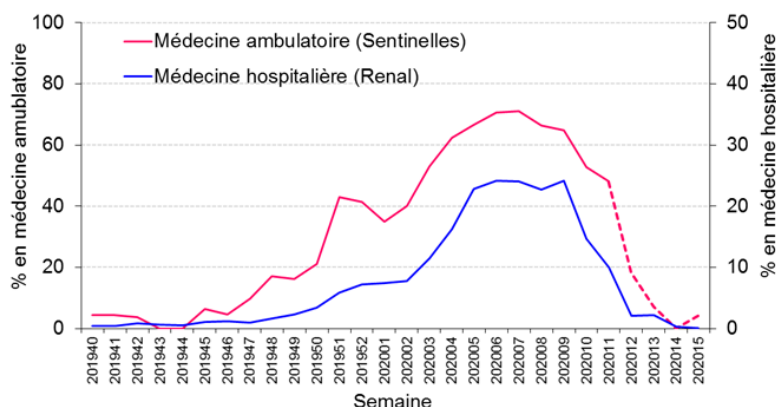


Figure 5 : Proportion hebdomadaire de prélèvements positifs pour la grippe en France métropolitaine en médecine ambulatoire* et hospitalière, de la semaine 40-2019 à la semaine 15-2020

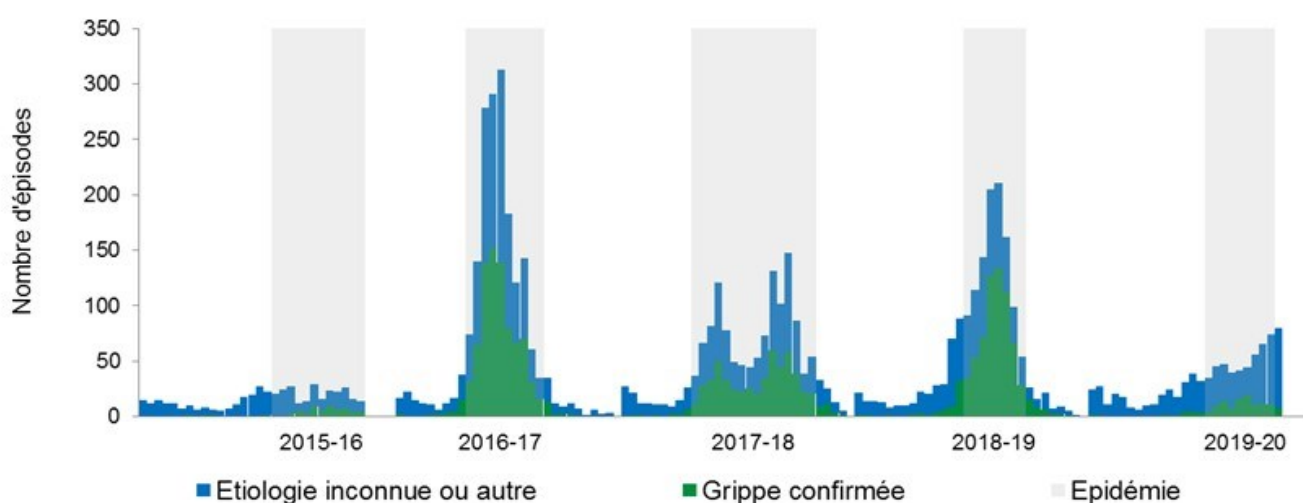


* La partie de la courbe en pointillé indique la période à partir de laquelle la définition de cas utilisée dans le cadre de cette surveillance a changé en raison de l'épidémie de COVID-19, passant d'un syndrome grippal (semaine 40-2019 – semaine 11-2020) à une infection respiratoire aiguë (semaine 12-2020 à semaine 15-2020). Ces données sont donc à interpréter avec précaution.

Surveillance des épisodes d'infections respiratoires aiguës (IRA) en collectivités de personnes âgées

Pendant la période de surveillance effective 2019-2020 (semaine 40-2019 – semaine 11-2020), 734 épisodes d'IRA survenus en collectivités de personnes âgées ont été signalés à Santé publique France (1 537 épisodes rapportés en 2018-2019 et 1 903 en 2016-2017), dont 446 (61%) ont débuté pendant l'épidémie de grippe. Le nombre hebdomadaire d'épisodes a connu une augmentation constante et progressive de la semaine 46-2019 à la semaine 11-2020 sans que l'on observe de pic (Figure 6). Ainsi, le nombre hebdomadaire d'épisodes maximal a été observé en semaine 11-2020 et était de 74. Ce nombre est néanmoins très en-dessous de celui observé pendant la saison précédente (212 épisodes rapportés en semaine 06-2019). Une synthèse finale n'a pu être réalisée que pour 363 épisodes signalés (42%).

Figure 6 : Évolution hebdomadaire du nombre d'épisodes de cas groupés d'infection respiratoire aiguë (IRA) en collectivités de personnes âgées par semaine de début de l'épisode, semaines 40-2015 à 12-2020, France métropolitaine



Pour les 363 épisodes clôturés, le taux d'attaque moyen d'IRA par épisode était de 15% parmi les résidents et de 3% parmi les personnels, valeurs inférieures à celles observées précédemment (le taux d'attaque était de 25% parmi les résidents en 2018-2019 et 2017-2018 et de 28% en 2016-2017, et de 6% parmi les personnels au cours des trois dernières saisons). Le taux d'hospitalisation était de 2% parmi les résidents, inférieur à ce qui a été observé les années précédentes (6-9%). La létalité était de 2% parmi les résidents et la durée moyenne des épisodes était de 14 jours, ces indicateurs étaient comparables à ceux habituellement retrouvés. La couverture vaccinale antigrippale médiane parmi les résidents était de 90% (intervalle interquartile (IIQ) [83-95], donnée disponible pour 301 épisodes clôturés). Parmi les personnels, la couverture vaccinale médiane était de 32% (IIQ [19-55], donnée disponible pour 280 épisodes clôturés). L'étiologie a été recherchée pour 58% des épisodes clôturés (209 épisodes). Parmi les épisodes avec recherche étiologique, 63 épisodes (17%) étaient en lien avec la grippe (dont 28 épisodes dus à un virus de type A, 3 épisodes dus à un virus de type B, 2 épisodes rapportant les deux types de virus et 30 épisodes sans précision sur le type de virus). Des mesures de contrôle ont été mises en place dans la quasi-totalité (97%) des épisodes signalés. La mise en œuvre d'une chimioprophylaxie antivirale a été rapportée pour 47 épisodes (13% des épisodes clôturés), dont 36 parmi les 63 épisodes avec une étiologie grippale confirmée.

Surveillance de la mortalité attribuable à la grippe

La mortalité toutes causes est estimée à partir du modèle EuroMomo (<https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R/projet-europeen-euromomo>) développé et harmonisé à l'échelle européenne. En France, les données de mortalité alimentant le modèle sont les données d'état-civil issues de 3 000 communes (77 % de la mortalité nationale) transmises en routine par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) à Santé publique France. Le modèle EuroMomo permet le suivi en continu de l'évolution de la mortalité par rapport à un niveau de mortalité attendue estimé à partir des données historiques et prenant en compte les évolutions démographiques. Toutefois, le modèle EuroMomo ne permet pas d'identifier les causes à l'origine d'un excès de mortalité. Ainsi, un modèle spécifique a été développé par Santé publique France afin d'estimer la contribution de l'épidémie de grippe saisonnière à l'excès de mortalité observé lorsqu'un tel excès est observé.

Au cours de l'épidémie de grippe 2019-2020 (semaines 03-2020 à 11-2020), il n'a été observé d'excès de mortalité toutes causes qu'en semaine 11 (+6,8% d'excès) (source : modèle EuroMomo). Même si les virus grippaux circulaient encore de façon importante en France à ce moment-là, il est probable que cet excès de mortalité soit en grande partie lié à l'impact de la circulation croissante du SARS-CoV-2 en France début mars 2020. Toutefois, d'après le modèle développé par Santé publique France pour estimer le nombre de décès attribuables à la grippe, la grippe aurait causé 3 680 décès tous âges confondus (IC 95% : [2 743-4 617]) lors de l'épidémie 2019-2020, dont 76% survenus chez des personnes âgées de 75 ans ou plus. Ce chiffre est bien inférieur au nombre moyen de décès liés à la grippe chaque année en France depuis 2011-2012 (environ 9 000 décès). Il faut noter que les estimations d'excès de mortalité toutes causes et de décès liés à la grippe reposent sur deux modèles mathématiques différents et présentent chacun des limites inhérentes aux sources de données et à la méthodologie sur laquelle ils se basent. Ces limites expliquent probablement en partie le fait que malgré l'excès de mortalité toutes causes très limité observé au cours de l'épidémie de grippe (et probablement davantage lié au COVID-19 qu'à la grippe), Santé publique France estime que la grippe a causé près de 3 700 décès pendant cette période, deux observations apparemment discordantes. Il est probable que les décès liés à la grippe soient survenus tout au long de la période épidémique (qui a duré 9 semaines), avec des nombres de décès hebdomadaires trop bas pour causer un excès significatif de mortalité toutes causes, tous âges confondus.

Épidémie en Outre-mer

Aux Antilles, l'épidémie de grippe a débuté en semaine 52-2019 à Saint-Barthélemy, en semaine 03-2020 en Guadeloupe et à Saint-Martin et en semaine 04-2020 en Martinique. En semaine 12-2020, au moment du confinement généralisé de la population suite à l'épidémie de COVID-19, les indicateurs de la surveillance de la grippe se situaient à des niveaux encore élevés sauf à Saint-Barthélemy où l'épidémie s'est terminée en semaine 10-2020. Pendant la période de surveillance des cas graves admis en réanimation (semaine 45-2019 – semaine 15-2020), 10 cas ont été admis en Guadeloupe, 14 en Martinique et 2 à Saint-Martin. Parmi l'ensemble de ces cas, 12 sont décédés dont 3 en Guadeloupe, 8 en Martinique et 1 à Saint-Martin. Un virus de type A a été identifié pour l'ensemble de ces cas.

En Guyane, l'épidémie a débuté plus tardivement, en semaine 06-2020. En semaine 11-2020, l'épidémie de grippe était toujours en cours. Des virus A(H1N1)_{pdm09} et B/Victoria ont été identifiés au cours de l'épidémie.

À la Réunion, l'épidémie de grippe saisonnière a démarré en semaine 36-2019 et s'est terminée en semaine 44-2019. Durant l'épidémie, 51 cas graves ont été admis en réanimation. Le virus A(H1N1)_{pdm09} était largement prédominant.

À Mayotte, une première recrudescence des syndromes grippaux a été observée de la semaine 45-2019 à la semaine 03-2020 avec l'identification de virus de type B et 3 admissions en réanimation pour grippe grave rapportées. L'épidémie de grippe a démarré par la suite à partir de la semaine 07-2020 et est entrée dans une phase descendante à partir de la semaine 10-2020. Des virus de type A(H1N1)_{pdm09} ont été identifiés.

Couverture vaccinale

La couverture vaccinale antigrippale des personnes pour qui la vaccination est recommandée, et destinataires d'un bon de prise en charge adressée par l'Assurance maladie, a été estimée à 47,8% pour la France entière à partir de l'analyse de la base DCIR du SNDS. Ce chiffre témoigne d'une légère progression par rapport à la couverture vaccinale de la saison 2018-2019 (46,8%). Elle a été estimée à 52% chez les personnes âgées de 65 ans et plus et à 31% chez les personnes âgées de moins de 65 ans pour qui la vaccination est recommandée, en raison de la présence d'une ou plusieurs comorbidités.

Discussion et perspectives

La saison hivernale 2019-2020 a été marquée par l'arrivée de la pandémie de COVID-19 en France (métropolitaine et DROM) à partir du mois de mars, soit un peu avant la fin habituelle de la période de surveillance de la grippe. La surveillance de l'épidémie de COVID-19 visait dans un premier temps la détection de la totalité des cas d'infection, puis au fur et à mesure de sa progression, s'est graduellement étendue à une surveillance populationnelle. Elle s'est appuyée sur les différents systèmes de surveillance de la grippe et s'est substituée à celle-ci à partir de la semaine 12-2020. En conséquence, le recueil des indicateurs de surveillance de la grippe saisonnière n'a pu être poursuivi jusqu'à la fin de la période habituelle de surveillance (semaine 15-2020).

Toutefois, les données virologiques recueillies après l'interruption de la surveillance en semaine 11-2020 montraient une chute importante, entre les semaines 11 et 12-2020, du taux de positivité pour la grippe parmi les prélèvements provenant de la médecine de ville, témoignant de la fin de la circulation épidémique des virus grippaux, dans le contexte de la mise en place du confinement. D'après les données de surveillance syndromique (taux de consultation pour syndrome grippal en médecine générale, passages aux urgences pour syndrome grippal), l'épidémie de grippe 2019-2020 a duré 9 semaines, soit deux semaines de moins que la durée moyenne des épidémies de grippe depuis la saison 2010-2011 en France (minimum : 8 semaines, maximum : 16 semaines). Elle fait donc partie des épidémies les plus courtes depuis 2010.

Un pic épidémique a été observé dans la majorité des régions métropolitaines entre les semaines 05 et 08-2020. Une stabilisation ou une légère ré-augmentation des indicateurs de la surveillance de l'activité grippale a été observée par la suite dans certaines régions, d'abord en médecine de ville (réseau Sentinelles et SOS Médecins) puis en milieu hospitalier (OSCOUR®). Ce phénomène inhabituel est probablement imputable en partie à un début de circulation du SARS-CoV-2 et/ou à une augmentation du recours aux soins en cas de syndrome grippal, dans le contexte de la pandémie. Le réseau Sentinelles a effectué un travail de correction des taux d'incidence des consultations pour syndrome grippal de façon rétrospective pour les semaines de février à mars afin de prendre en compte l'excès de cas de syndrome grippal signalés en lien avec l'épidémie de COVID-19 (<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.14.2000326>). Les données corrigées montrent une évolution des indicateurs de surveillance des syndromes grippaux lors des semaines 09 à 11-2020 reflétant en partie la circulation du SARS-CoV-2, dans le contexte d'un taux de positivité pour la grippe encore élevé, parmi les prélèvements en médecine de ville.

L'épidémie de grippe 2019-2020, contrairement aux deux dernières saisons, s'est traduite par un impact modéré à la fois en médecine de ville et en milieu hospitalier (passages aux urgences, hospitalisations et admissions en réanimation), et faible en termes de mortalité (http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/28/pdf/2019_28_1.pdf et http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/34/pdf/2018_34_1.pdf). En effet, les épidémies 2017-2018 et 2018-2019 avaient été marquées par un impact de la grippe plus important en termes d'hospitalisations et de mortalité.

Le nombre de signalements des cas groupés d'IRA en collectivités de personnes âgées a été particulièrement bas au cours de la saison 2019-2020. Il est à noter que les modalités de signalement des cas groupés d'IRA ont été modifiées à compter du mois d'octobre 2019. Le signalement, qui s'effectuait par le biais d'un formulaire « papier », s'effectue désormais en ligne sur le [portail des signalements du ministère de la santé](#). Or la dynamique des signalements des cas groupés d'IRA n'a pas suivi la dynamique de l'épidémie de grippe observée via les autres sources de données. Pendant la période de surveillance, il n'a

pas été observé de pic pour les signalements des cas groupés d'IRA mais une augmentation constante du nombre de signalements hebdomadaires. Cela témoigne probablement d'une montée en charge du dispositif de signalement. Il est par conséquent possible que le nombre de cas groupés d'IRA soit sous-estimé pour la saison 2019-2020. Par ailleurs, l'étiologie de l'épisode n'est pas renseignée pour la plupart des signalements reçus, mais il est très probable que l'augmentation des signalements observée à partir du mois de mars soit liée à la progression de l'épidémie de COVID-19 et non à la circulation des virus grippaux.

L'épidémie de grippe 2019-2020 a été marquée par un faible impact en termes de mortalité : il n'a été observé qu'un léger excès de mortalité toutes causes lors de la dernière semaine de l'épidémie (semaine 11-2020), probablement davantage lié à l'épidémie croissante de COVID-19 qu'à la grippe. Par ailleurs, Santé publique France estime que près de 3 700 décès ont été attribuables à la grippe au cours de cette période, chiffre bien inférieur à la moyenne française (environ 9 000 décès par épidémie de grippe depuis 2011-2012). Les caractéristiques des virus grippaux qui ont circulé en France au cours de la saison 2019-2020 peuvent au moins en partie expliquer l'impact modéré de l'épidémie de grippe en termes d'hospitalisations et d'épisodes de cas groupés d'infection respiratoire aiguë en collectivités de personnes âgées et faible en termes de mortalité. En effet, une co-circulation des virus A(H1N1)_{pdm09} et B/Victoria a été observée, et peu de virus A(H3N2) ont été détectés. Il est à noter que les épidémies de grippe durant lesquelles le virus A(H3N2) circule sont généralement associées à un impact marqué chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. Or, les personnes âgées, lorsqu'elles sont touchées, sont celles qui contribuent le plus lourdement à la morbidité sévère et la mortalité liées à la grippe saisonnière. En 2019-2020, l'épidémie de grippe a particulièrement touché les enfants et les jeunes adultes, mais les personnes âgées semblent avoir été relativement épargnées en termes d'hospitalisations et de décès.

À l'heure actuelle, peu de données sont disponibles sur les potentielles interactions du SARS-CoV-2 avec les autres virus respiratoires, dont les virus de la grippe. Les données épidémiologiques disponibles montrent des niveaux de circulation des virus grippaux exceptionnellement bas dans les pays de la zone tempérée de l'hémisphère sud et de la zone tropicale en comparaison avec les années précédentes. Aucune épidémie de grippe n'a ainsi été détectée au cours de l'hiver austral. Il est très probable que les mesures de contrôle de la pandémie de COVID-19 prises par l'ensemble des pays (gestes barrières, mesures de distanciation physique, port du masque, fermeture des écoles, voire confinement de la population, etc.) soient à l'origine de cette situation inédite, sans que l'on puisse toutefois exclure des phénomènes d'interférence virale qui empêcheraient ou limiteraient fortement une circulation concomitante du SARS-CoV-2 et des virus respiratoires saisonniers, comme la grippe. Une grande incertitude demeure quant à ce qui pourrait se passer au cours de la saison hivernale 2020-2021, dans un contexte de recrudescence importante de la circulation du SARS-CoV-2 en Europe. Si, au vu des données épidémiologiques actuelles, la survenue concomitante de deux vagues épidémiques SARS-CoV-2 et grippe semble peu probable, la possibilité de deux épidémies consécutives et non totalement distinctes est à considérer. Il sera donc crucial de pouvoir suivre la dynamique de circulation de ces virus tout au long de la période hivernale. Ainsi, la surveillance de la grippe saisonnière 2020-2021 sera partie intégrante d'un dispositif de surveillance plus élargi des « infections respiratoires aiguës » (IRA) visant à évaluer les fardeaux respectifs liés à ces virus, en particulier le SARS-CoV-2, les virus de la grippe et le virus respiratoire syncytial (VRS). Il sera également particulièrement important de renforcer la couverture vaccinale antigrippale chez les personnes à risque de complications liées à la grippe et les professionnels de santé lors de la campagne de vaccination 2020-2021, afin de limiter autant que possible l'impact qu'une circulation de la grippe cet hiver engendrerait en termes d'hospitalisation et de mortalité, mais également sur l'offre de soins, qui pourrait se conjuguer avec celui de la COVID-19.

Directrice de publication
Geneviève Chêne

Rédactrice en chef
Sibylle Bernard-Stoecklin

Comité de rédaction
Yu Jin Jung
Christine Campèse
Daniel Lévy-Bruhl
Yann Savitch

Contact presse
Vanessa Lemoine
Tél : 33 (0)1 55 12 53 36
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

Date de publication
13 octobre 2020