

Grippe saisonnière 2022/2023

L'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'épidémie de grippe s'est atténué par rapport à la saison précédente. La première vague de la saison grippale 2022/2023 est apparue relativement tôt, au cours de la semaine 48/2022. DéTECTée pratiquement en même temps dans tous les systèmes, elle a atteint une ampleur similaire à celle d'une année moyenne avant la pandémie. Une seconde vague, de moindre ampleur, a également été enregistrée dans tous les systèmes, mais à des degrés divers.

SURVEILLANCE DE LA GRIPPE SAISONNIÈRE EN SUISSE

En Suisse, les affections grippales sont surveillées au moyen de plusieurs systèmes de déclaration : le système de déclaration obligatoire et les deux systèmes sentinelles : « Sentinella », qui représente les médecins de famille, et « CH-SUR », qui représente les hôpitaux (voir l'explication dans l'encadré 1). Dans le système Sentinella, les médecins de famille – qui y participent volontairement – surveillent les affections grippales (*Influenza like illness*, ILI). La pandémie de COVID-19 a encore plus ou moins influé sur le relevé des affections grippales au cours de la saison 2022/2023. L'encadré 2 décrit son impact sur le relevé sentinelle. La modification apportée à la définition de la suspicion de COVID-19, en octobre 2022, ajoutée aux deux années de confrontation avec cette maladie, permettent, depuis la saison 2022/2023, de mieux faire la distinction entre le COVID-19 et la grippe.

Durant la saison 2022/2023, après deux ans d'absence de visibilité en raison de la pandémie, une épidémie de grippe classique a de nouveau été détectée dans le système de déclaration Sentinella lors de consultations médicales pour des affections grippales. Elle a commencé relativement tôt, au cours de la semaine 48/2022, et a atteint une ampleur similaire à celle observée avant la pandémie au cours d'une année moyenne. Dans l'ensemble, elle a coïncidé avec la détection d'échantillons de grippe positifs par la surveillance virologique au Centre national de référence de l'influenza (CNRI), ainsi qu'avec les déclarations dans le système obligatoire et les hospitalisations liées à la grippe dans les hôpitaux participant au CH-SUR. Tous les systèmes, bien qu'à des degrés divers, ont également enregistré une seconde vague plus petite, principalement due à la grippe B, alors que la première grande vague était dominée par la grippe A. Les deux vagues étaient bien visibles dans le système de déclaration obligatoire : le nombre de cas qui y étaient déclarés était deux fois plus élevé que lors des saisons précédentes, et cette augmentation s'est produite plus tôt que les années précédentes. Étant donné que seuls les tests positifs sont déclarés et que par conséquent le nombre

total de tests effectués est inconnu, on ne dispose d'aucun indicateur pour le comportement de dépistage. Il convient donc d'interpréter avec prudence la comparaison avec les saisons grippales précédentes.

Indicateurs épidémiologiques provenant de la surveillance Sentinella

La saison grippale est définie comme la période comprise entre la semaine 40 d'une année et la semaine 20 de l'année suivante. L'OFSP publie les données des semaines 40 à 16 dans son rapport hebdomadaire sur la situation épidémiologique. La surveillance de la grippe se poursuit cependant tout au long de l'année ; les données provenant des semaines 17 à 39 continuent à être relevées et évaluées chaque semaine, mais elles ne font pas l'objet d'un rapport. La saison grippale 2022/2023 s'est étendue du 1^{er} octobre 2022 au 19 mai 2023. Normalement, un seuil épidémiologique est fixé avant chaque saison sur la base des chiffres des saisons précédentes. Pour les trois dernières (2022/2023, 2021/2022 et 2020/2021), il n'a pas été possible de définir cette valeur, car les chiffres tirés de la surveillance Sentinella étaient difficilement comparables aux saisons précédentes en raison de la pandémie de COVID-19 (voir encadré 2).

Pendant la saison 2022/2023, l'extrapolation donne un chiffre de 210 000 premières consultations pour une affection grippale dans les cabinets de médecine générale ; autrement dit, 2,4 % de la population a consulté un médecin de premier recours pour une grippe. L'incidence saisonnière des consultations pour affection grippale (2400 pour 100 000 habitants) était inférieure de 13 % à l'incidence saisonnière moyenne des dix dernières saisons précédant la pandémie de COVID-19 (de 2010/2011 à 2019/2020) et identique à celle de la saison précédente (2021/2022). L'incidence saisonnière hebdomadaire maximale était d'au minimum 306 pour 100 000 habitants au cours des cinq dernières saisons avant la pandémie (de 2015/2016 à 2019/2020). Cette saison, elle a été légèrement inférieure (245 pour 100 000 habitants) à celle des saisons

1) SURVEILLANCE DES AFFECTIONS GRIPPALES

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) reçoit des informations sur la situation épidémiologique de la grippe en provenance de trois systèmes différents : le système « Sentinella », le système de surveillance hospitalière « CH-SUR » et le système de déclaration obligatoire.

La grippe saisonnière est généralement diagnostiquée sur la base des symptômes ; les patients ne sont que rarement soumis à des tests de laboratoire et déclarés via le système de déclaration obligatoire en cas de résultat positif. Comme les symptômes grippaux sont très fréquents en hiver, mais que la plupart des patients ayant des symptômes légers ne font pas de tests, l'OFSP a mis en place le système de déclaration Sentinella avec un échantillon de médecins de premier recours (généralistes, internistes et pédiatres). Les médecins de 180 cabinets qui participent volontairement à cette surveillance transmettent à l'OFSP des informations sur leurs patients présentant une affection grippale (suspicion de grippe). On parle d'affection grippale en cas d'**apparition soudaine de forte fièvre (>38°C), de toux ou de maux de gorge**, éventuellement accompagnés d'une sensation marquée de maladie et de faiblesse, de douleurs musculaires et/ou articulaires, de céphalées ou de douleurs généralisées et de symptômes gastro-intestinaux. Les médecins déclarent également des consultations pour des maladies secondaires telles que pneumonies, bronchites ou otites. Sur la base des consultations déclarées pour des affections grippales, l'OFSP extrapole le nombre de consultations liées à la grippe en Suisse, ce qui permet d'estimer l'évolution de l'épidémie dans la population. On distingue les six régions suivantes :

Région 1 : GE, NE, VD, VS

Région 2 : BE, FR, JU

Région 3 : AG, BL, BS, SO

Région 4 : LU, NW, OW, SZ, UR, ZG

Région 5 : AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH

Région 6 : GR, TI

L'évaluation des déclarations et la représentation de leur évolution dans le temps se fondent sur la « semaine Sentinella », qui court du samedi au vendredi.

Une partie des médecins participant à Sentinella envoient des prélèvements nasopharyngés au **Centre national de référence de l'influenza** (CNRI) des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Celui-ci analyse tous les échantillons en vue de dépister le SARS-CoV-2, l'influenzavirus, le VRS et d'autres virus respiratoires (adénovirus, bocavirus, coronavirus [229E, HKU1, NL63, OC43], métapneumovirus, para-influenzavirus 1 à 4 et rhinovirus). Le CNRI isole et type les virus grippaux à partir des échantillons envoyés.

Il recherche également sur un échantillon des résistances aux médicaments antiviraux contre la grippe (inhibiteurs de la neuraminidase). Le typage fournit des informations sur les influenzavirus en circulation et contribue à l'évaluation du degré de leur couverture par le vaccin saisonnier. Cette évaluation, généralement réalisée avant que les résultats des études d'efficacité soient disponibles, sert d'indicateur immédiat de l'efficacité du vaccin.

L'exploitation des données Sentinella se base sur des échantillons non randomisés et parfois sur un petit nombre de cas, ce qui signifie qu'il convient d'interpréter avec prudence les extrapolations et les déclarations concernant l'ensemble de la population. Du fait de la pandémie de COVID-19 et de la présentation d'une infection respiratoire aiguë, la fiabilité de cette extrapolation était réduite pendant les épidémies de grippe 2020/2021 et 2021/2022 (voir encadré 2). Elle s'est améliorée pendant la saison 2022/2023 en raison des définitions qui ont été introduites.

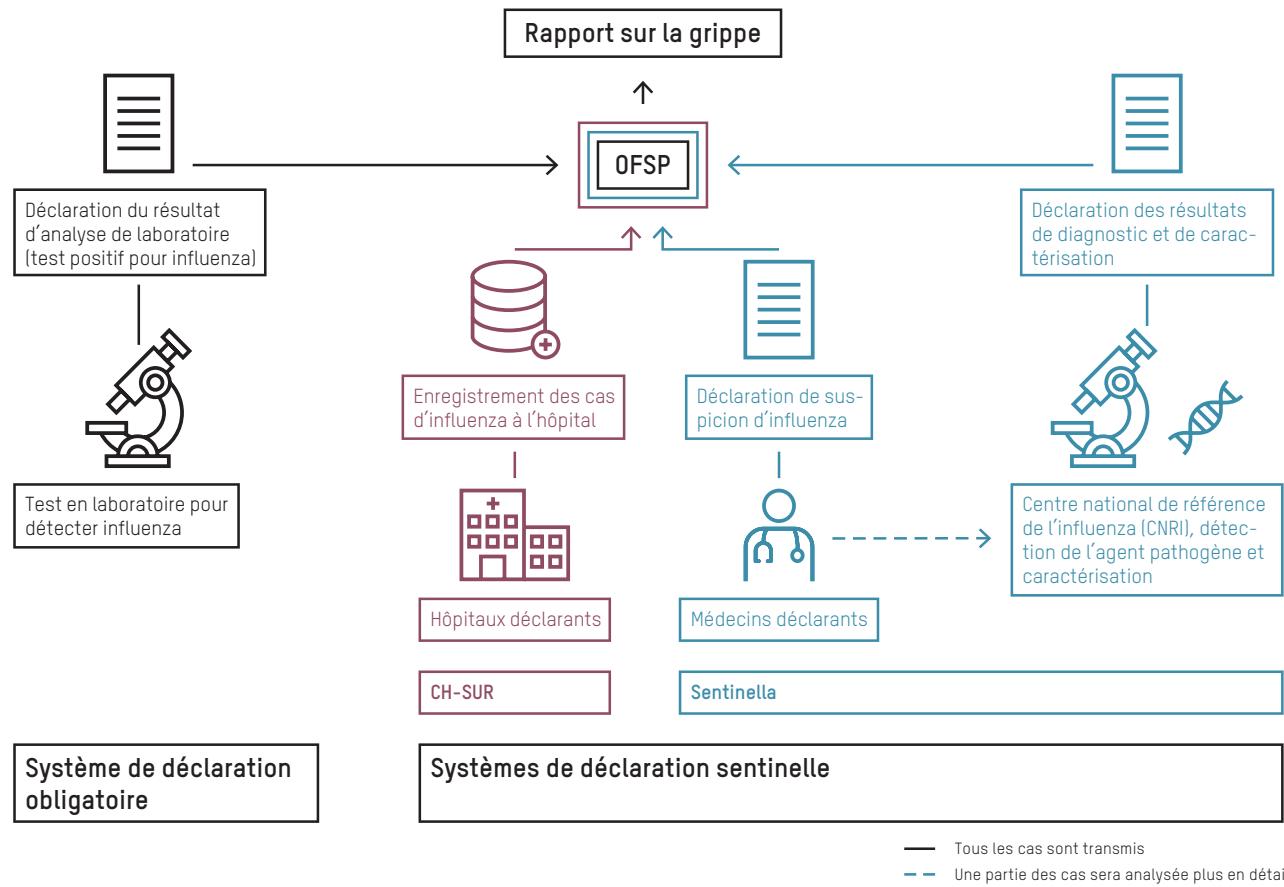
En complément, l'OFSP tient compte des informations provenant de la **déclaration obligatoire** des résultats de laboratoire positifs pour l'influenzavirus. Pour des raisons de capacité, l'office n'a analysé intégralement et extrapolié en conséquence qu'une partie de ces déclarations entre le 25 décembre 2017 et la saison 2019/2020 pendant l'épidémie de grippe. À partir de la saison 2020/2021, les déclarations ont été numérisées et donc intégralement enregistrées. Seuls les résultats positifs sont déclarés, ce qui ne permet pas de comparaison fiable avec d'autres années ou entre les cantons, car il n'est pas possible d'évaluer le nombre de tests effectués chaque année.

Dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention de la grippe (GRIPS), six hôpitaux ont mis en place en novembre 2018 une surveillance des cas d'influenza nécessitant une hospitalisation. Ce système, étendu en 2020 au relevé des cas de COVID-19 hospitalisés, a reçu le nom de « CH-SUR ». Il a pris un rôle central dans ce domaine, mais le recensement initial des cas de grippe a été maintenu pendant les saisons grippales, y compris pendant les années de pandémie. Actuellement, 18 hôpitaux participent au système CH-SUR.

Pour évaluer le degré de sévérité d'une épidémie de grippe, l'OFSP se réfère aux données de la **statistique des causes de décès** collectées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) [1]. Avant la pandémie de COVID-19, une mortalité globale supérieure à la moyenne pendant la saison grippale était le plus souvent due à la grippe saisonnière [1].

La surveillance principale des maladies grippales en Suisse est illustrée dans l'infographie 1.

Infographie 1:
Représentation schématique de la surveillance de la grippe



habituelles précédant la pandémie, mais nettement supérieure à celle de 2022/2021 et 2020/2021 (respectivement 143 et 145 pour 100 000 habitants).

Tableau 1:
Incidence, par classe d'âge, des consultations pour affections grippales (ILI) en Suisse pour la saison 2022/2023

Incidence hebdomadaire maximale et incidence saisonnière pour 100 000 habitants dans les semaines 40/2022 à 20/2023. Extraposition des données du système de déclaration Sentinella.

Classe d'âge	Incidence hebdomadaire maximale (en semaines)	Incidence saisonnière
0-4 ans	361 (51/2022)	3411
5-14 ans	542 (51/2022)	2911
15-29 ans	306 (51/2022)	2920
30-64 ans	186 (51/2022)	2301
>65 ans	116 (52/2022)	1560
Toutes classes d'âge	245 (51/2022)	2400

Bien que l'incidence saisonnière des premières consultations pour affection grippale au cours de la saison 2022/2023 ait été identique à celle de l'année précédente (2021/2022) et à peine inférieure à celle d'une année habituelle avant la pandémie, la répartition temporelle des cas a été très différente. La vague de grippe a commencé (semaine 48/2022) puis culminé (semaine 51/2022) relativement tôt. Ce pic, avec 245 consultations pour affection grippale (figure 1), a été suivi d'une diminution rapide de l'incidence, qui a augmenté à nouveau dans la semaine 04/2023 jusqu'à un second pic plus bas, à 114, dans la semaine 08/2023. L'incidence avant et après les deux vagues était similaire à celle observée au cours d'une année habituelle avant et après la vague de grippe. Les premiers échantillons positifs pour l'influenzavirus ont également été détectés tôt au CNRI. Une nette augmentation des échantillons testés positifs ainsi que le dépassement du taux de positivité de 10 % ont été observés à partir de la semaine 48/2022.

La définition de suspicion de COVID-19 en présence d'une infection respiratoire aiguë (IRA) a été modifiée en octobre 2022. L'IRA est désormais définie comme suit: « maladie qui débute de manière aiguë avec toux, maux de gorge, essoufflement ou rhume ET que le médecin juge comme une infection » (voir encadré 2). Avec cette définition, toute suspicion

de grippe est également une suspicion de COVID-19. Une comparaison entre suspicion de grippe et IRA est présentée à la figure 2. Il ressort de ce graphique qu'au début de la saison grippale, la plupart des IRA étaient des infections respiratoires aiguës dues à d'autres virus, tandis qu'à partir de la semaine 49, plus de la moitié des IRA étaient dues à l'influenzavirus.

Durant cette saison, il n'y avait plus de mesures ordonnées par le Conseil fédéral pour endiguer l'épidémie de COVID-19. La grippe et les maladies dues à d'autres virus respiratoires sont réapparues, comme expliqué dans le chapitre *Résultats virologiques de la surveillance Sentinel*.

Répartition par âge

L'incidence saisonnière des consultations pour affections grippales était la plus élevée dans la classe d'âge des 0 à 4 ans, alors que l'incidence hebdomadaire maximale était la plus élevée dans celle des 5 à 14 ans. L'incidence saisonnière diminuait avec l'âge, passant de 3411 consultations pour 100 000 habitants chez la classe d'âge des 0 à 4 ans à 1560 chez la classe de 65 ans et plus. L'incidence hebdomadaire maximale variait entre 116 (>64 ans) et 542 (5–14 ans) consultations pour 100 000 habitants (tableau 1).

Tableau 2:

Incidence régionale des consultations pour affections grippales (ILI) en Suisse pour la saison 2022/2023

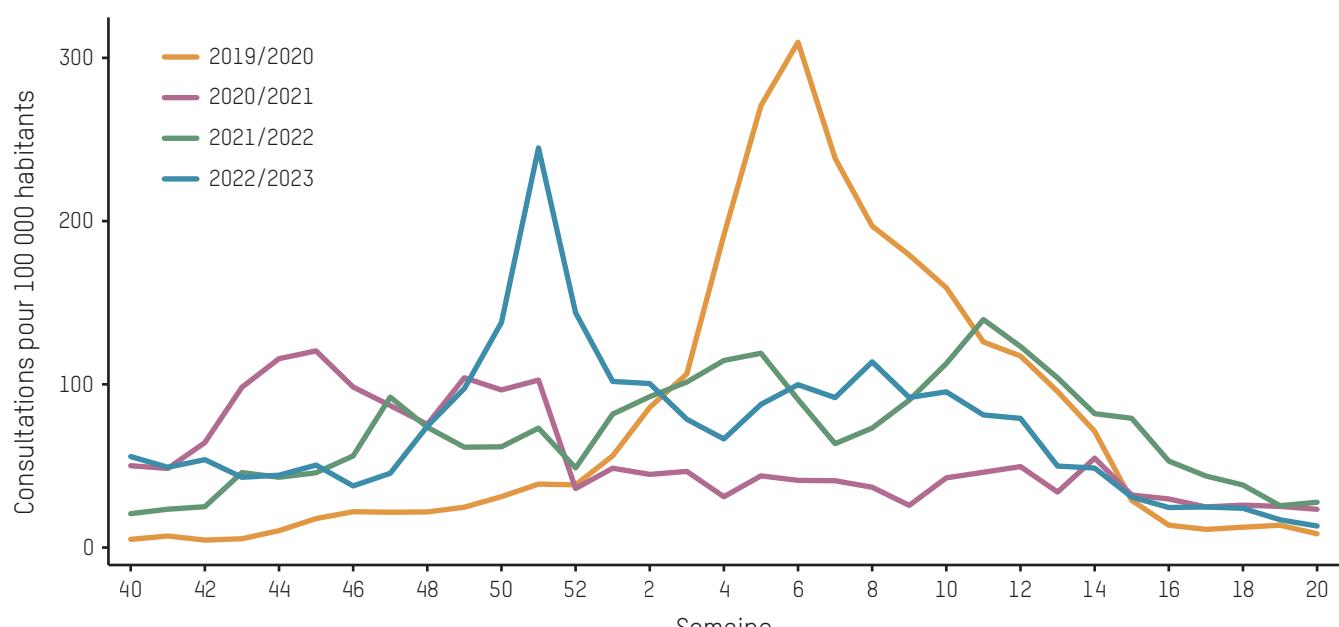
Incidence hebdomadaire maximale et incidence saisonnière pour 100 000 habitants dans les semaines 40/2022 à 20/2023. Extrapolation des données du système de déclaration Sentinel.

Région	Incidence hebdomadaire maximale (en semaines)	Incidence saisonnière
1: GE, NE, VD, VS	155 (08/2023)	2309
2: BE, FR, JU	190 (51/2022)	2342
3: AG, BL, BS, SO	330 (51/2022)	1951
4: LU, NW, OW, SZ, UR, ZG	285 (51/2022)	1790
5: AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH	274 (51/2022)	3021
6: GR, TI	250 (51/2022)	3047
Toutes régions	245 (51/2022)	2400

Figure 1:

Incidence des consultations Sentinel pour affections grippales (ILI) en Suisse, par semaine Sentinel

Nombre hebdomadaire de consultations dues à des affections grippales pour 100 000 habitants durant la saison 2022/2023, comparaison avec les quatre saisons précédentes. Extrapolation des données du système de déclaration Sentinel.



OFSP, état: 16.08.2023

2) SURVEILLANCE DE L'ÉPIDEMIE DE GRIPPE AU COURS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

La pandémie de COVID-19 a influé sur la surveillance des saisons grippales 2020/2021 et 2021/2022. Comme les symptômes du COVID-19 ne diffèrent que très peu de ceux des affections grippales (suspicion de grippe), le COVID-19 et les mesures de confinement ont eu un fort impact sur les données Sentinelles relatives aux affections grippales.

Le relevé Sentinelles a été étendu à celui des cas suspects de COVID-19 au cours de la semaine 12/2020. À partir de la semaine 13/2020, il a été possible de distinguer les cas qui ne remplissaient que les critères cliniques d'une suspicion de grippe et ceux qui remplissaient les critères des deux (c'est-à-dire à la fois ceux d'une suspicion de grippe et ceux d'une suspicion de COVID-19). Étant donné que la pandémie de COVID-19 a débuté avant la semaine 13/2020, l'incidence estimée des affections grippales pour les semaines 11 et 12 en 2020 a été corrigée sur la base des données des semaines 10 et 13, en partant de l'hypothèse d'une diminution linéaire du nombre de cas durant cette période.

Durant les années précédant la pandémie, les consultations pour affections grippales constituaient un très bon indicateur de l'évolution et de l'ampleur de l'épidémie de grippe. La pandémie et les recommandations relatives au dépistage du COVID-19 ont modifié le comportement de la population en matière de consultations médicales, ce qui s'est

répercuté sur les données Sentinelles. En raison du chevauchement partiel des symptômes des deux maladies, on peut supposer qu'une partie des personnes présentant des symptômes de type grippal étaient atteintes du COVID-19 et non de la grippe, et inversement.

Depuis la saison 2022/2023, les déclarations du système Sentinelles peuvent à nouveau être interprétées comme un bon indicateur de l'activité grippale, ce à quoi la modification apportée à la définition de la suspicion de COVID-19 a également contribué. Jusqu'à fin septembre 2022, la suspicion de COVID-19 correspondait à la suspicion clinique définie dans la déclaration obligatoire, c'est-à-dire la suspicion clinique de COVID-19 et la demande d'un test de laboratoire spécifique de l'agent pathogène. En octobre 2022 a été introduite la définition d'« infection respiratoire aiguë (IRA) » (maladie qui débute de manière aiguë avec toux, maux de gorge, essoufflement ou rhume ET que le médecin juge comme une infection). Cette définition, qui est conforme à la définition d'infection respiratoire aiguë de l'OMS, est recommandée pour la surveillance sentinelle du COVID-19. La nouvelle définition de la suspicion de COVID-19, la définition IRA, est plus large : elle inclut également les cas de suspicion de grippe, qui constituent donc un sous-ensemble des cas d'infections respiratoires aiguës (IRA).

Incidence régionale

Selon la région Sentinelles (encadré 1), l'incidence saisonnière variait entre 1790 (région 4: LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) et 3047 (région 6: GR, TI) consultations pour 100 000 habitants. L'incidence hebdomadaire maximale se situait entre 155 (région 1: GE, NE, VD, VS) et 330 (région 3: AG, BL, BS, SO) consultations pour 100 000 habitants (tableau 2).

Complications et surmortalité

Pendant la saison grippale 2022/2023, 13,8 % des 8422 cas de suspicion de grippe déclarés faisaient partie d'un groupe de personnes présentant un risque accru de complications (encadré 3); ce risque était inconnu pour 6,7 % des cas. Une pneumonie a été diagnostiquée chez 3,1 % des cas suspects (cette information était inconnue pour 7,6 %) et 0,7 % des cas suspects ont été hospitalisés directement après la consultation ambulatoire.

La surveillance de la surmortalité sert d'indicateur indirect de la gravité d'une saison grippale (encadré 1). Comme le SARS-CoV-2 a continué à circuler, la surmortalité observée au cours de la saison 2022/2023 ne peut pas être attribuée uniquement à la grippe [1]. Aucune surmortalité n'a été enregistrée dans le groupe d'âge des moins de 65 ans. Dans celui des 65 ans et plus, davantage de décès qu'attendu ont été enregistrés entre la semaine 39/2022 et la semaine 01/2023. Durant cette

période, 18,6 % de décès supplémentaires ont été enregistrés, ce qui signifie qu'environ 3200 personnes de plus que prévu sont décédées.[1]

Vaccination et traitement antiviral

Le statut vaccinal était indiqué pour 6758 (80,2 %) cas suspects de grippe déclarés dans le système Sentinelles. Sur ces 6758, 796 (11,8 %) étaient vaccinés contre la grippe. Le statut vaccinal était connu pour 1071 (80,6 %) cas suspects de grippe appartenant à la classe d'âge des 65 ans et plus (1329 personnes). Le pourcentage de personnes vaccinées (509) dans cette classe d'âge était plus élevé (47,5 %). Sur les 8422 cas, 0,05 % ont reçu un traitement antiviral.

Résultats virologiques de la surveillance Sentinelles

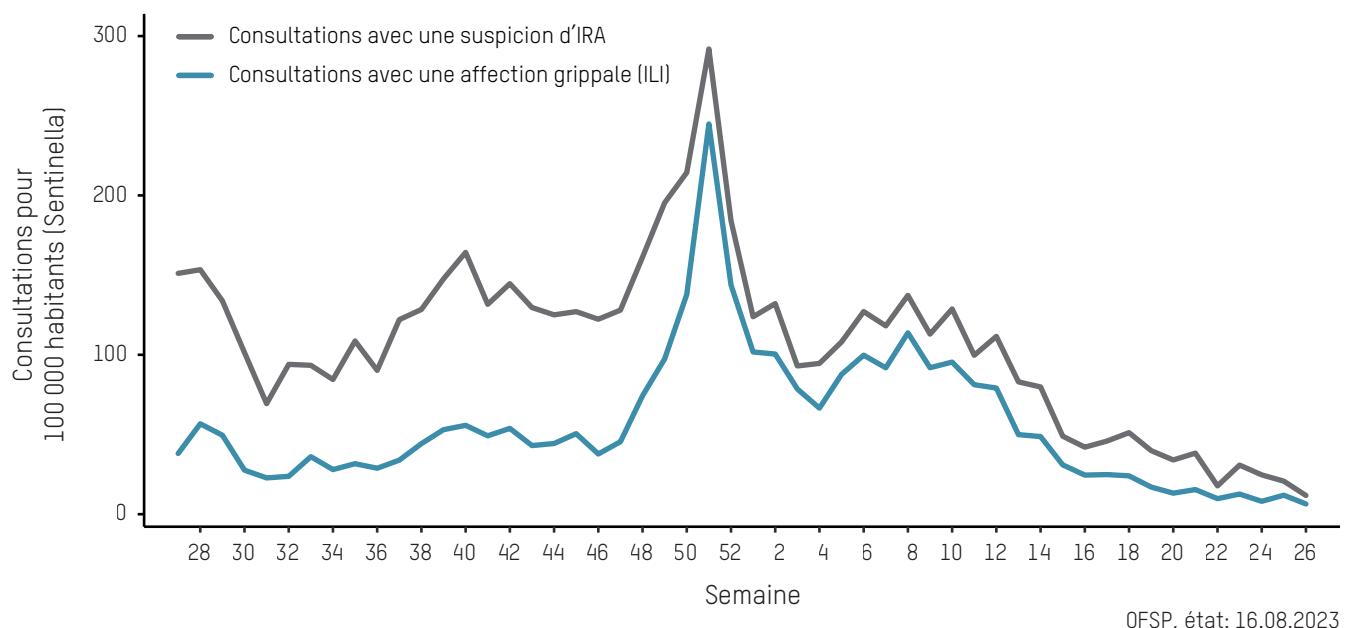
Influenzavirus et autres virus respiratoires en circulation

Sur les 2074 prélèvements nasopharyngés de patients présentant une affection grippale et/ou une suspicion de COVID-19 analysés par le CNRI tout au long de la saison grippale 2022/2023, 478 (23 %) se sont révélés positifs pour l'influenzavirus. Ce chiffre est nettement supérieur à celui de la saison précédente (2021/2022), au cours de laquelle 292 (12 %) échantillons avaient été testés positifs pour ce virus. Par rapport à la dernière saison avant la pandémie (2019/2020), au cours de laquelle 488 (43 %) des 1130 échantillons avaient été testés positifs pour l'influenzavirus, le nombre absolu d'échan-

Figure 2:

Incidence des consultations Sentinella pour infections respiratoires aiguës (IRA) et incidence des affections grippales (ILI), par semaine Sentinella, pour la saison 2022/2023

Nombre hebdomadaire de consultations dues à des infections respiratoires aiguës (IRA) pour 100 000 habitants durant la saison 2022/2023, comparaison avec l'incidence hebdomadaire des consultations pour affections grippales (ILI) pour 100 000 habitants dans la même saison. L'incidence hebdomadaire des ILI constitue un sous-ensemble des infections respiratoires aiguës (IRA) (voir encadré 2). Extraposition des données du système de déclaration Sentinella.



tillons positifs est certes similaire (478 contre 488), mais le pourcentage est nettement inférieur (23 % contre 43 % de positivité). Il convient toutefois d'interpréter avec prudence toute comparaison directe entre la saison 2022/2023 et les saisons antérieures à 2020/2021, car depuis la pandémie de COVID-19, les tests portent non seulement sur les cas d'affections grippales, mais aussi sur les cas suspects de COVID-19.

Comme durant les deux saisons précédentes (2020/2021 et 2021/2022), les échantillons ont été testés, en plus de l'influenzavirus et du SARS-CoV-2, pour dépister les virus respiratoires suivants: rhinovirus, adénovirus, bocavirus, divers coronaviruses humains (229E, HKU1, NL63, OC43), méta-pneumovirus humain (hMPV), divers para-influenzavirus (HPIV 1 à 4) et virus respiratoire syncytial humain (VRS). La répartition des virus respiratoires les plus fréquents au cours des deux dernières saisons grippales est visible sur le tableau de bord COVID-19: [Covid-19 Suisse | Coronavirus | Dashboard \(admin.ch\)](#), qui permet de sélectionner dans la figure « Chronologie, répartition des virus » les virus correspondants pour les représenter. Outre le SARS-CoV-2 et l'influenzavirus, les virus les plus fréquemment détectés étaient les rhinovirus, suivis du VRS et des adénovirus. La figure 3 représente l'évolution du taux de positivité des échantillons testés pour l'influenzavirus, le SARS-CoV-2 et le VRS. La fréquence de l'influenzavirus a augmenté de manière significative à partir de la semaine 48/2022 jusqu'à un pic de 53 % d'échantillons

positifs durant la semaine 52/2022, puis le taux de positivité a diminué jusqu'à la semaine 02/2023, avec des variations allant de 23 % à 44 % jusqu'à la semaine 12/2023. À partir de la semaine 13/2023, il a diminué de manière continue. Ce n'est qu'après la répartition en types d'influenzavirus que deux vagues apparaissent (figure 4), à savoir une prédominance de la grippe A pendant la première vague, puis de la grippe B durant la seconde. Le test était négatif pour les 13 virus analysés dans 30 % des échantillons de l'ensemble de la saison 2022/2023, et 7 % des échantillons étaient positifs pour plus d'un virus simultanément.

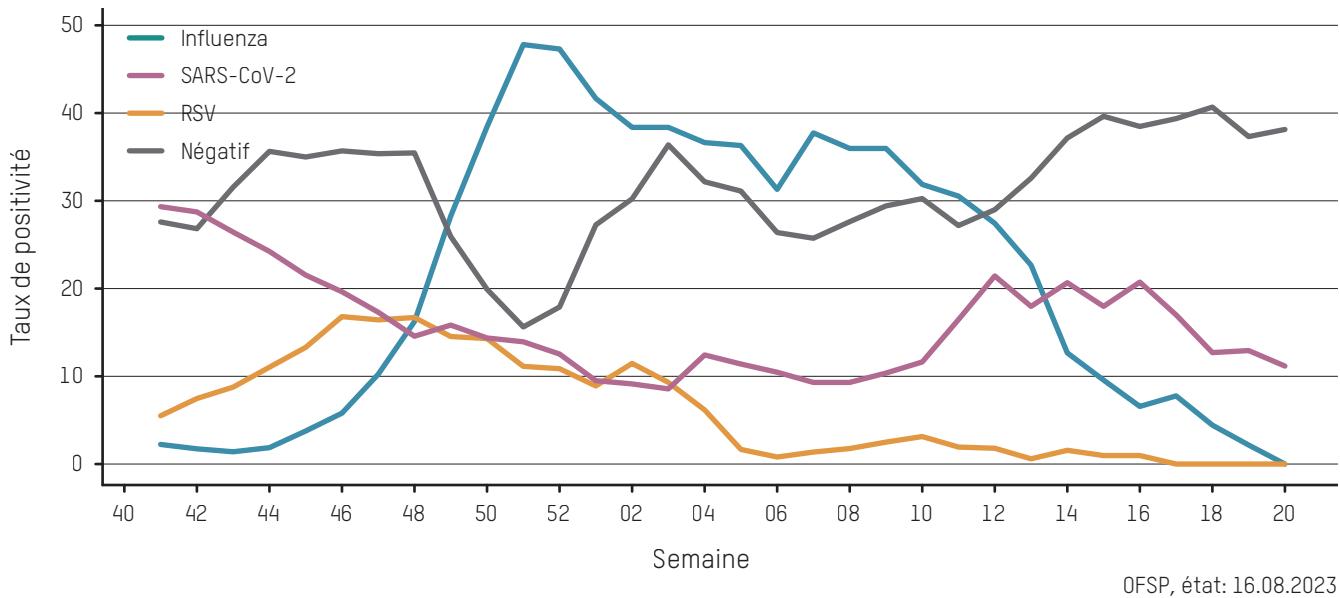
Types, sous-types/lignées et caractérisation

La saison grippale 2022/2023 a été caractérisée par des influenzavirus A qui ont circulé précocement, suivis par des influenzavirus B vers la fin de la saison. Sur l'ensemble de celle-ci, 316 influenzavirus A, soit 66 % des influenzavirus en circulation, et 162 (34 %) influenzavirus B de la lignée Victoria ont été détectés. Aucun influenzavirus B de la lignée Yamagata n'a été repéré. Parmi les influenzavirus A, 185 (59 %) étaient du sous-type A(H3N2) et 129 (41 %) du sous-type A(H1N1)pdm09. Le sous-type d'influenzavirus A n'a pas pu être déterminé dans deux prélèvements. Le tableau 3 présente la caractérisation des influenzavirus.

Figure 3:

Moyenne mobile sur trois semaines du taux de positivité des virus détectés par semaine Sentinella au cours de la saison 2022/2023

Moyenne mobile sur trois semaines du taux de positivité pour les virus respiratoires sélectionnés (influenzavirus, SARS-CoV-2, VRS) détectés dans des échantillons prélevés chez des patients atteints de grippe et/ou de suspicion de COVID-19 et analysés par le CNRI. 7 % des échantillons contenaient plusieurs virus, qui sont donc comptés plusieurs fois. La courbe grise dans le graphique se réfère aux échantillons négatifs pour les 13 virus respiratoires.

**Virus en circulation, par classe d'âge et par région**

Les influenzavirus A circulaient majoritairement dans le nord et l'ouest de la Suisse, dans les régions 1 à 3 (1 : GE, NE, VD, VS; 2 : BE, FR, JU; 3 : AG, BL, BS, SO) et dans la classe d'âge des plus de 64 ans. Les échantillons positifs pour l'influenzavirus B, lignée Victoria, ont été le plus souvent détectés dans la région 4 (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) et chez les personnes âgées de 5 à 29 ans.

Couverture par les vaccins et efficacité vaccinale

Le CNRI a analysé, par des tests d'inhibition de l'hémagglutination, la similitude entre les souches d'influenzavirus détectées dans les prélèvements nasopharyngés des patients et les souches vaccinales. Sur 478 échantillons positifs, 90 (19 %) ont été testés (tableau 3). Aucune étude sur l'efficacité des vaccins n'a été menée en Suisse. Le tableau 4 présente les estimations préliminaires provenant d'Europe, des États-Unis et du Canada.

L'efficacité des différents types de vaccins contre la grippe (toutes souches confondues) a oscillé entre 27 et 57 % au cours de la dernière saison, en fonction du tableau clinique (ILI, IRA, IRAS), de la population étudiée et de la région géographique (tableau 4). Six études ont montré en outre une diminution de l'efficacité avec l'âge [2]. L'efficacité contre les sous-types de l'influenzavirus A en circulation était hétérogène, allant de 26 à 90 % (A(H1N1)pdm09) et de 2 à 60 % (A(H3N2)), et l'efficacité contre la grippe B était généralement

supérieure à celle contre la grippe A (50–85 %). Le tableau clinique d'ILI est le plus approprié pour mesurer l'efficacité contre les symptômes caractéristiques de la grippe. L'IRA et l'IRAS sont moins spécifiques, car ils peuvent englober, outre les maladies dues aux influenzavirus, toute une série d'autres virus respiratoires, y compris le SARS-CoV-2. [2]

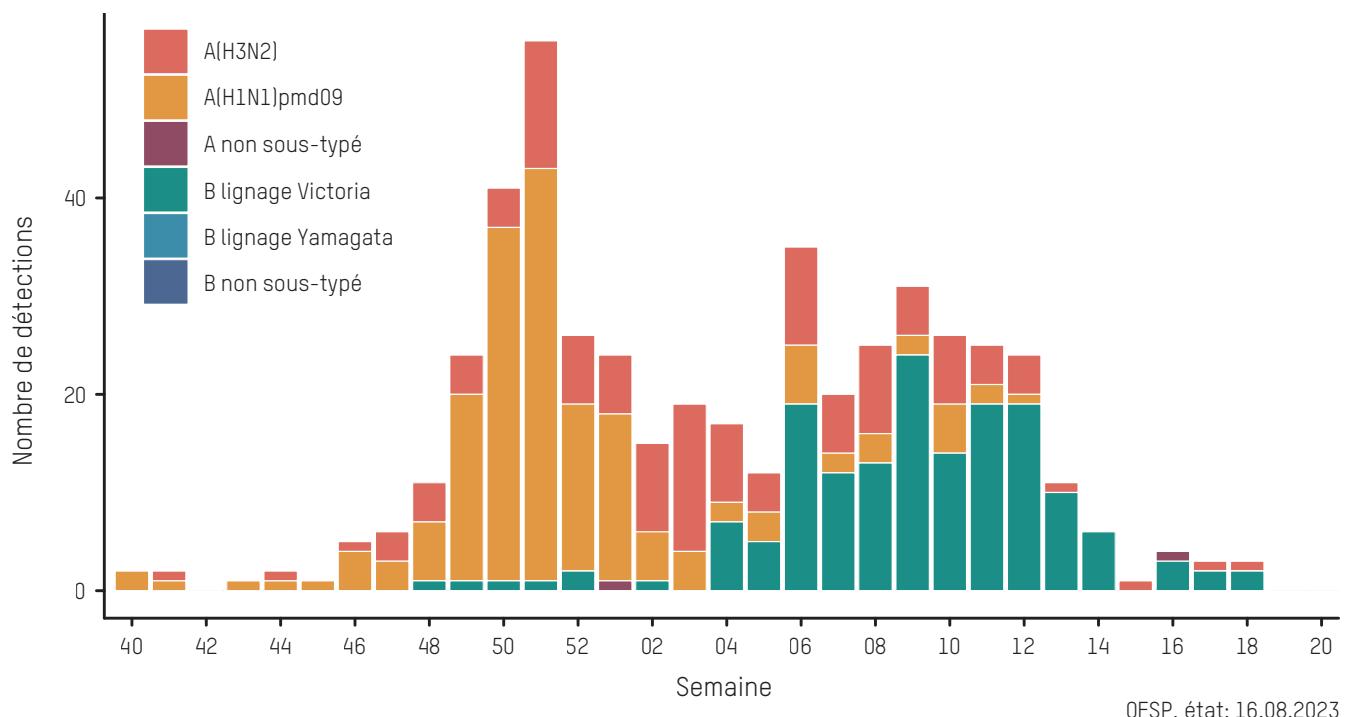
Surveillance de la grippe dans les hôpitaux sentinelles suisses (CH-SUR)

Les cas de grippe hospitalisés sont enregistrés dans le système de surveillance hospitalière « CH-SUR » de la semaine 44 à la semaine 17 de l'année suivante (encadré 1). Pendant la saison 2022/2023, c'est-à-dire entre le 31 octobre 2022 et le 22 avril 2023, 3565 cas de grippe ont été enregistrés dans CH-SUR (état des données: 19 juin 2023). Environ 85 % des personnes ont contracté l'infection en dehors de l'hôpital, 14 % (511) l'ont contractée – selon les données déclarées – pendant leur hospitalisation et le lieu de contamination était inconnu dans 32 cas (0,9 %). L'influenzavirus de type A a été détecté dans 2950 cas (83 %) et l'influenzavirus de type B dans 609 cas (17 %). Sur les 3565 cas, 1788 (50 %) étaient des hommes et 1768 (50 %) des femmes; dans 9 cas, le sexe n'était pas indiqué. Le groupe d'âge le plus touché était celui des plus de 64 ans (1804, 51 %); 736 (21 %) épisodes de grippe sont venus chez des enfants de moins de 15 ans; 11 % (389) concernaient des patients hospitalisés en soins intensifs et 255 (7 %) malades ont dû être admis aux soins intermédiaires. Durant cette saison, 81 épisodes de grippe ont entraîné un

Figure 4:

Nombre de sous-types et de lignées d'influenzavirus détectés, par semaine Sentinella, durant la saison 2021/2022

Nombre hebdomadaire d'échantillons Sentinella testés positifs pour l'influenzavirus au CNRI. Les prélèvements positifs sont répartis par sous-types et par lignées.



décès pendant l'hospitalisation; 65 de ces personnes sont décédées de la grippe, tandis que la cause du décès était inconnue pour les 16 autres.

Surveillance de la grippe dans le système de déclaration obligatoire

Indépendamment de la surveillance des cas suspects dans le système Sentinella, les patients présentant une affection grippale – et résidant en Suisse ou dans la Principauté de Liechtenstein – font également l'objet d'un diagnostic en laboratoire. Les laboratoires sont tenus de déclarer les résultats positifs pour l'influenzavirus (encadré 1). Au cours de la sai-

son 2022/2023, 24 024 cas de grippe confirmés en laboratoire ont été enregistrés via le système de déclaration obligatoire. L'incidence saisonnière correspond à 274 cas de grippe confirmés en laboratoire pour 100 000 habitants. Le nombre de cas déclarés ainsi que l'incidence saisonnière étaient donc nettement supérieurs au niveau des années précédentes. En 2019/2020 et 2021/2022, il y avait eu environ 12 000 cas confirmés en laboratoire par saison, soit 135 cas de grippe confirmés pour 100 000 habitants. Comme seuls les cas positifs doivent être déclarés, il convient d'interpréter avec prudence toute comparaison avec les années précédentes. Le nombre élevé de cas s'explique

Tableau 3:
Influenzavirus caractérisés pendant la saison 2022/2023
Données du CNRI.

Nombre d'échantillons positifs pour l'influenzavirus	Type	Nombre de virus sous-typés	Sous-type / lignée	Nombre de virus caractérisés	Caractérisation (virus dont les antigènes sont similaires à la souche)
316	A	129	H1N1pdm09	3	A/Denmark/3286/19
				20	A/Victoria/2570/2019
	B	0	H3N2	1	A/England/538/18-like
				23	A/Darwin/9/2021-like
162	B	0	Yamagata	0	–
		162	Victoria	42	B/Austria/1359417/2021-like

probablement par plusieurs facteurs, notamment une circulation effectivement plus importante des virus grippaux, mais aussi une modification dans le comportement du corps médical en matière de dépistage et l'utilisation accrue de tests multiplex (c'est-à-dire de tests qui recherchent simultanément plusieurs virus).

À la lecture de la figure 5, on peut également observer que, d'après le système de déclaration obligatoire, la vague de grippe est arrivée plus tôt qu'à l'accoutumée, ce qui correspond aux observations faites dans le cadre des systèmes de surveillance. La première augmentation du nombre de cas a été constatée dès les semaines 46 à 48. La raison pour laquelle l'épidémie de grippe a commencé plus tôt cette saison n'a pas encore trouvé d'explication définitive. Un phénomène similaire avait été observé pendant la saison grippale 2022 dans l'hémisphère sud en Australie, ainsi que pendant la saison 2022/2023 dans toute l'Europe. L'évolution et l'intensité de l'épidémie de grippe dans l'hémisphère nord présentent souvent, mais pas toujours, les mêmes caractéristiques que l'épidémie de l'hémisphère sud pendant nos mois d'été.

En Suisse et dans la Principauté de Liechtenstein tout comme en Europe, deux vagues de grippe ont été enregistrées : la première plus tôt que d'habitude et de plus grande ampleur ; la seconde, nettement moins importante, principalement due à la circulation de l'influenzavirus B, comme le montre la figure 6.

Répartition par âge et par régions

L'incidence saisonnière des cas déclarés dans le système de déclaration obligatoire était la plus élevée dans la classe d'âge des 0 à 4 ans. Cette incidence diminuait avec l'âge, passant de 500 cas de grippe confirmés en laboratoire pour 100 000 habitants chez la classe d'âge des 0 à 4 ans à 193 cas confirmés pour 100 000 habitants chez la classe d'âge des 30 à 64 ans. Elle remontait à nouveau dans le groupe d'âge des 65 ans et plus, pour atteindre 429 cas confirmés pour 100 000 habitants (tableau 5). Sauf pour le groupe plus âgé, la répartition est similaire à celle des consultations dans le système Sentinel.

Selon les cantons, l'incidence varie entre 95 cas de grippe confirmés en laboratoire pour 100 000 habitants (Appenzell Rhodes-Extérieures) et 445 cas (Valais).

CONTEXTE INTERNATIONAL: LA GRIPPE SAISONNIÈRE EN EUROPE

Épidémiologie

Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) se charge, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) Europe, de la surveillance de la grippe saisonnière en Europe (UE/EEE) [6]. Par définition, une épidémie de grippe débute lorsqu'un taux de positivité de 10 % calculé sur tous les prélèvements analysés dans le cadre de la surveillance sentinelle est atteint. Ce seuil ayant été franchi

Tableau 4 :
Études cas-témoins à tests négatifs sur l'efficacité du vaccin contre la grippe pour la saison 2022/2023 dans l'hémisphère nord

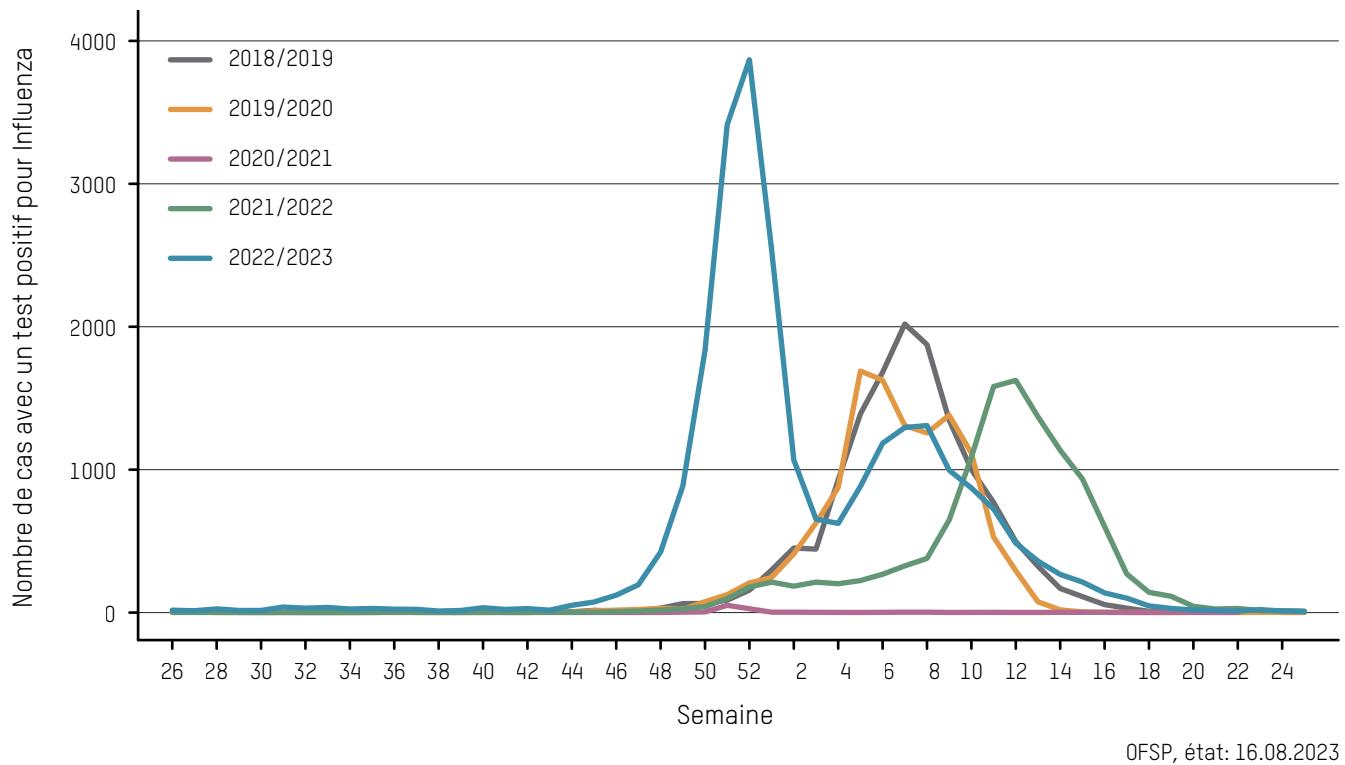
Référence	Pays	Setting ¹	Âge	Tableau clinique ²	Efficacité (% [intervalle de confiance])				
					A + B	A (tous)	A(H1N1) pdm09	A(H3N2)	B (tous)
[2]	DK	A	tous	ILI	44 (37-50)	46 (26-60)	23 (-7-45)	85 (82-88)	
[2]	DK	H	tous	ILI	33 (23-42)	34 (1-56)	2 (-53-37)	73 (61-82)	
[3]	CA	Sentinelle	tous	ILI			54 (38-66)		
[2]	UE	A	à partir de 6 mois	IRA ou ILI	44 (34-52)	40 (30-49)	28 (0-50)	44 (32-54)	64 (32-83)
[2]	SC	H	à partir de 18 ans	IRA	29 (24-35)	29 (23-34)	42 (24-56)	32 (16-45)	50 (-36-82)
[4]	IT	N	à partir de 18 ans	IRA	57 (11-81)	53 (2-80)	90 (16-100)	38 (34-74)	73 (-165-100)
[5]	US	A, N	6 mois – 64 ans	IRA	54 (23-73)			60 (25-79)	
[2]	UE	H	à partir de 6 mois	IRAS	27 (6-44)	27 (6-44)		27 (1-46)	
[2]	EN	N	à partir de 2 ans	Infection respiratoire	30 (21-38)	29 (20-37)	26 (-9-50)	37 (12-55)	78 (44-92)

1 A = consultation ambulatoire, H = hospitalisation, N = consultation en urgence

2 ILI = Influenza like illness, IRA = infection respiratoire aiguë, IRAS = infection respiratoire aiguë sévère

Figure 5:

Nombre de cas testés positifs pour l'influenzavirus déclarés dans le système obligatoire, par semaine, saisons 2018/2019, 2019/2020, 2020/2021, 2021/2022 et 2022/2023, chez des personnes domiciliées en Suisse ou dans la Principauté de Liechtenstein



pour la première fois au cours de la semaine 45/2022, l'épidémie a commencé plus tôt que lors des quatre saisons précédentes. Sur la base du taux de positivité, l'activité grippale a atteint un premier pic durant la semaine 51/2022 (39 %). Le pic a également été plus précoce que lors des quatre saisons précédentes. L'activité grippale a ensuite diminué, tombant à 21 % durant la semaine 4/2023. Par la suite, elle a fluctué autour de 25 % pendant plusieurs semaines (semaines 6 à 11/2023), puis diminué de manière continue [6]. Le taux de positivité est tombé pour la première fois en dessous du seuil de 10 % durant la semaine 16. Il a suivi un cours similaire en Suisse : comme en Europe, une augmentation du taux a été enregistrée à partir de la semaine 46/2022 et la valeur seuil de 10 % a été dépassée pour la première fois pendant la semaine 49/2022. Le taux de positivité maximal (53 %) a été atteint au cours de la semaine 52/2022, puis il a oscillé entre 23 et 44 %, pour tomber en dessous du seuil de 10 % au cours de la semaine 15/2023. En Europe (UE/EEE), 28 035 (22 %) des 130 244 prélèvements sentinelles ont été testés positifs pour l'influenzavirus au cours de la saison 2022/2023 [6]. En comparaison, 7063 (12 %) des 59 814 échantillons sentinelles avaient été testés positifs au cours de la saison 2021/2022 [6].

Surveillance virologique

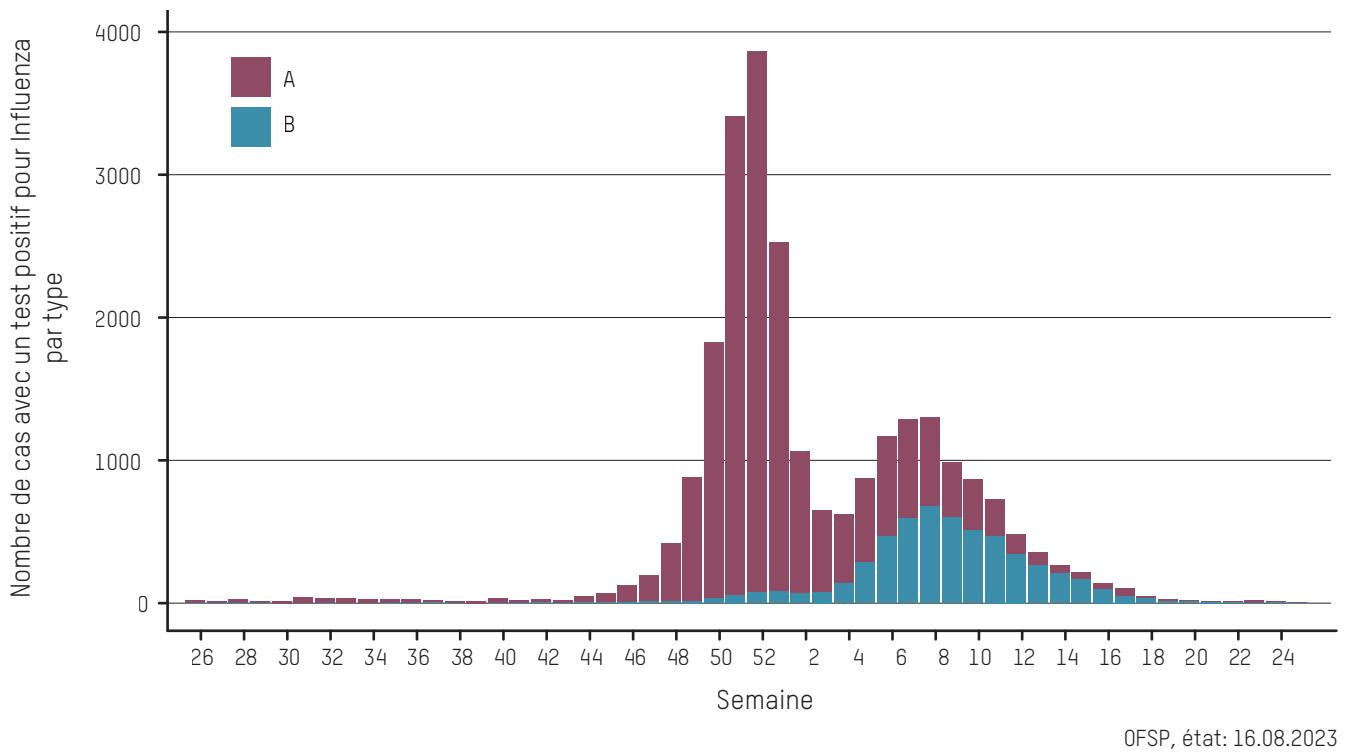
Types et sous-types d'influenzavirus en circulation

La répartition des virus grippaux en Europe était similaire à celle de la Suisse. Une comparaison est présentée dans le tableau 6. La plupart des influenzavirus détectés dans les systèmes de surveillance étaient de type A (19 525, 70 %), contre un tiers de type B (8510, 30 %) [6]. Parmi les virus sous-typés, la plupart appartenaient au sous-type H3 (10 076 sur 15 802, 64 %) et 36 % (5726) au sous-type A(H1)pdm09 [6]. Tous les virus sous-typés de type B (2616) appartenaient à la lignée Victoria. Les virus B/Yamagata découverts sporadiquement et signalés par différents pays, qui ont fait l'objet de recherches plus approfondies, se sont révélés provenir du vaccin vivant atténué [6].

La répartition des sous-types de l'influenzavirus A en Europe est légèrement différente de celle des systèmes sentinelles si l'on considère les données provenant d'autres sources (hôpitaux, écoles, établissements de soins primaires qui ne participent pas à la surveillance sentinelle, EMS et autres établissements). Ils appartenaient pour la plupart au sous-type A(H1)pdm09 (31 395 [55 %] sur les 56 629 virus A sous-typés) et 25 234 (45 %) étaient A(H3). Les 5300 influenzavirus de type B qui ont fait l'objet d'une analyse plus approfondie appartenaient tous à la lignée Victoria.

Figure 6:

Nombre de cas testés positifs pour l'influenzavirus déclarés dans le système obligatoire, par semaine et stratifiés selon le type de virus, durant la saison 2022/2023, chez des personnes domiciliées en Suisse ou dans la Principauté de Liechtenstein



VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

Couverture vaccinale

Entre le 28 mars et le 10 mai 2023, l'institut LINK a mené une enquête téléphonique représentative sur la grippe auprès de 3280 personnes auxquelles l'OFSP et la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) recommandent de se faire vacciner. La couverture vaccinale contre la grippe observée dans cette enquête pour la saison 2022/2023, c'est-à-dire le pourcentage

Tableau 5:
Incidence saisonnière, par classe d'âge, des affections grippales confirmées en laboratoire, en Suisse et dans la Principauté de Liechtenstein, pour la saison 2022/2023

Incidence saisonnière pour 100 000 habitants dans les semaines 40/2022 à 20/2023

Classe d'âge	Incidence saisonnière
0-4 ans	450
5-14 ans	332
15-29 ans	231
30-64 ans	193
>65 ans	429
Toutes classes d'âge	274

pondéré de réponses positives à la question « Vous êtes-vous fait vacciner contre la grippe en automne/hiver 2022/2023 ? », était de 39 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus (contre 37 % en 2021/2022, 38 % en 2020/2021 [7]) et de 30 % chez celles atteintes d'une maladie chronique¹, ce qui est légèrement inférieur aux années précédentes (35 % en 2021/2022, 37 % en 2020/2021 [7]). Ce pourcentage était de 25 % chez les personnes travaillant dans le secteur de la santé (21 % en 2021/2022, 26 % en 2020/2021 [7]), et de 19 % (8 % en 2021/2022, 9 % en 2020/2021) chez celles en contact régulier avec des patients présentant un risque accru de complications [7]). Pour la comparaison avec les saisons précédentes, il faut tenir compte du fait que les enquêtes antérieures avaient été réalisées par un autre institut et qu'en même temps, un changement de méthode a été opéré en ce qui concerne la définition des groupes à risque : dans les enquêtes précédentes, les personnes interrogées n'étaient affectées qu'à un seul groupe à risque, tandis que pour cette nouvelle enquête, elles pouvaient être affectées à plusieurs groupes, pour autant que cela soit pertinent pour elles. Ce changement explique en partie la différence avec les années

1 Sont considérées comme maladies chroniques les maladies cardiaques chroniques, les maladies pulmonaires et respiratoires (asthme compris), le diabète, les déficiences immunitaires et le cancer, ainsi que d'autres maladies chroniques (p.ex. maladie des reins, du foie ou de la rate, forte obésité [IMC >40], accident vasculaire cérébral).

précédentes, constatée dans le groupe « Personnes en contact régulier avec des patients présentant un risque accru de complications ».

Composition des vaccins contre la grippe pour la saison 2023/2024

Les vaccins autorisés en Suisse contiennent des fragments de virus inactivés ou des virus grippaux atténués appartenant à quatre souches d'influenzavirus (vaccins quadrivalents). Ils comprennent des antigènes d'une souche d'influenzavirus de type A H1N1 et H3N2 et de lignées d'influenzavirus de type B Victoria et Yamagata.

Fin février 2023, l'OMS a publié les recommandations définitives concernant la composition des vaccins contre la grippe pour la saison 2023/2024 dans l'hémisphère nord.[8] Elles remplacent les souches vaccinales du sous-type d'influenzavirus A(H1N1) de la saison 2022/2023 par une autre souche, afin de couvrir de manière optimale les virus en circulation (tableau 7).

Recommandations relatives à la vaccination contre la grippe 2023

Les recommandations détaillées qui figurent dans l'encadré bleu sont également publiées sur le site www.sevacciner-contrelagrippe.ch. La durée de la protection offerte par le vaccin étant en général inférieure à un an, une nouvelle vaccination à l'automne est nécessaire, même pour les personnes qui avaient été vaccinées l'année précédente.

La **période recommandée** pour la vaccination court de la mi-octobre jusqu'au début de la vague de grippe. En Suisse, l'épidémie débute généralement entre décembre et mars, le plus souvent en janvier ou en février. Le système immunitaire de l'organisme a besoin d'une à deux semaines pour développer une protection vaccinale.

La vaccination contre la grippe protège uniquement contre la grippe ; elle ne protège ni du COVID-19 ni des autres infections respiratoires fréquentes en hiver. Le vaccin peut en principe être administré en même temps, mais aussi avant ou après un vaccin contre le COVID-19 (sans intervalle minimum).

Vaccins contre la grippe disponibles en Suisse en 2023

Deux vaccins antigrippaux inactivés traditionnels, administrés en IM, sont disponibles en 2023 : Vaxigrip Tetra® à partir de l'âge de 6 mois et Fluarix Tetra® à partir de 36 mois. Le vaccin antigrippal à haute dose Efluelda®, également inactivé et

Tableau 6 :

Influenzavirus en circulation en Suisse, comparaison avec l'Europe dans les systèmes sentinelles

Nombre de sous-types et de lignées d'influenzavirus isolés dans les semaines 40/2022 à 20/2023

	Suisse	Europe [6]
Nombre de prélèvements positifs pour l'influenzavirus	478	28 035
Nombre de prélèvements testés	2074	130 244
A(H3)	185 (59 %)	10 076 (52 %)
A(H1N1)pdm09	129 (41 %)	5 726 (29 %)
A non sous-typé	2	3 723 (19 %)
A total	316 (66 %)	19 525 (70 %)
B (lignée Yamagata)	0	0
B (lignée Victoria)	162 (100 %)	26 16 (31 %)
B (lignée non déterminée)	0	5 894 (69 %)
B total	162 (34 %)	8 510 (30 %)

administré en IM, est autorisé pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Contenant une plus grande quantité d'antigènes, il présente pour elles une efficacité clinique significativement plus élevée que les vaccins à dose standard [11]. Les deux vaccins antigrippaux standard susmentionnés sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour toutes les personnes présentant un risque accru de complications. Le vaccin à haute dose est remboursé pour toutes les personnes de 75 ans et plus, ainsi que pour les personnes âgées de 65 ans et plus présentant un facteur de risque supplémentaire de complications (aperçu : voir encadré 3).

Ces trois vaccins grippaux inactivés sont quadrivalents. Outre les fragments de virus inactivés des quatre souches d'influenzavirus, ils contiennent de l'eau, des adjuvants servant à la conservation et à la stabilisation, ainsi que de faibles traces de protéines d'œufs de poule et d'antibiotiques de la classe des aminosides (qui servent de conservateurs lors de la production).

Le vaccin vivant nasal **Fluenz Tetra®** (également quadrivalent) est toujours autorisé pour les enfants, mais il n'est pas remboursé et ne pourra pas être commandé en Suisse pour la saison à venir.

Tableau 7 :

Recommandations de l'OMS concernant la composition des vaccins contre la grippe

Comparaison de la composition des vaccins trivalents et quadrivalents, saison 2023/2024 et saison 2022/2023

Sous-type / lignée	Recommandation 2023/2024 [9]	Recommandation 2022/2023 [10]
A(H1N1)pdm09	A/Victoria/4897/2022	A/Victoria/2570/2019
A(H3N2)	A/Darwin/9/2021	A/Darwin/9/2021
B Victoria	B/Austria/1359417/2021	B/Austria/1359417/2021
B Yamagata	B/Phuket/3073/2013	B/Phuket/3073/2013

3) LA VACCINATION CONTRE LA GRIPPE EST RECOMMANDÉE POUR :

A) les personnes présentant un risque élevé de complications en cas de grippe (pour ce groupe, le coût de la vaccination est pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, sous réserve du montant de la franchise). Ce sont :

- les personnes de 65 ans et plus;
- les femmes enceintes ou ayant accouché dans les quatre dernières semaines;
- les prématurés (nés avant la 33^e semaine de grossesse ou d'un poids inférieur à 1500 g à la naissance) dès l'âge de 6 mois pendant les deux premiers hivers suivant la naissance*;
- les personnes (à partir de l'âge de 6 mois) présentant l'une des maladies chroniques suivantes: maladies cardiaques; maladies pulmonaires (p. ex. asthme); troubles métaboliques affectant les fonctions cardiaque, pulmonaire ou rénale (p. ex. diabète ou obésité morbide, IMC ≥ 40); troubles neurologiques (p. ex. maladie de Parkinson, troubles cérébrovasculaires) ou de l'appareil locomoteur affectant les fonctions cardiaque, pulmonaire ou rénale; troubles hépatiques; insuffisance rénale; asplénie ou trouble fonctionnel de la rate (y compris hémoglobinopathies); immunodéficience (p. ex. infection VIH, cancer, thérapie immunosuppressive).

B) les personnes qui, au sein de leur famille, dans leur lieu de vie (maisons de retraite, maisons de soins et établissements pour patients atteints de maladies chroniques) ou dans le cadre de leurs activités privées ou professionnelles, sont en contact régulier avec:**

- des personnes de la catégorie A;
- des nourrissons de moins de 6 mois (ceux-ci présentent des risques accrus de complications et ne peuvent être vaccinés en raison de leur jeune âge).

C) les personnes ayant des contacts réguliers ou professionnels avec des volailles domestiques ou des oiseaux sauvages, afin de permettre un diagnostic différentiel de la grippe saisonnière chez les personnes exposées à la grippe aviaire, ainsi que de réduire le risque de double infection et de développement de nouveaux recombinants vitaux.

La vaccination contre la grippe saisonnière peut également être envisagée pour toutes les personnes qui désirent limiter leur risque d'infection grippale pour des raisons privées et/ou professionnelles. En outre, la vaccination peut réduire les risques de transmission entre l'animal et l'homme chez les personnes en contact professionnel avec des porcs.

La période recommandée pour la vaccination court de la mi-octobre jusqu'au début de l'épidémie de grippe. Le vaccin peut en principe être administré en même temps qu'un vaccin contre le COVID-19, mais aussi avant ou après (sans intervalle de temps minimum).

* Il est recommandé d'administrer deux doses (à quatre semaines d'intervalle) aux enfants de 6 mois à 8 ans qui n'ont encore jamais été vaccinés contre la grippe (si Fluarix Tetra® est administré « hors étiquette » à des enfants < 36 mois, il convient de n'administrer que deux demi-doses au lieu de deux doses entières).

** «Les personnes en contact régulier» de la catégorie B comprennent les enfants et les adultes âgés de 6 mois à 64 ans. Si la vaccination est indiquée en raison de l'activité professionnelle, l'employeur en prend généralement les frais à sa charge. La vaccination contre la grippe est recommandée en particulier à tout personnel soignant, médical ou paramédical, au personnel des crèches, des garderies, des établissements de soins, des foyers pour personnes âgées et des EMS, y compris les étudiants et les stagiaires.

État: avril 2023

Tableau 8:
Produits disponibles en Suisse pour la saison 2023/2024 (état avril 2023)

Produit (fabricant)	Type de vaccin	Autorisation	Prise en charge des coûts
Efluelda® (Sanofi Pasteur)	Vaccin fractionné*, quadrivalent, à haute dose pour renforcer l'efficacité avec une quantité d'antigènes 4 fois plus élevée (60 µg chacun), administration IM	Adultes à partir de 65 ans	Pour toutes les personnes ≥ 75 ans, ainsi que pour les personnes ≥ 65 ans présentant au moins un autre facteur de risque selon les recommandations de vaccination contre la grippe
Fluarix Tetra® (GlaxoSmithKline)	Vaccin fractionné*, quadrivalent, dose standard (15 µg chacun), administration IM	Adultes et enfants à partir de 36 mois	Pour toutes les personnes ≥ 65 ans, ainsi que pour les adultes et les enfants présentant au moins un facteur de risque selon les recommandations de vaccination contre la grippe
Vaxigrip Tetra® (Sanofi Pasteur)	Vaccin fractionné*, quadrivalent, dose standard (15 µg chacun), administration IM	Adultes et enfants à partir de 36 mois	Pour toutes les personnes ≥ 65 ans, ainsi que pour les adultes et les enfants présentant au moins un facteur de risque selon les recommandations de vaccination contre la grippe

* Vaccins fractionnés: particules virales fragmentées incluant l'hémagglutinine et la neuraminidase. Ces trois produits sont non adjuvants (c'est-à-dire qu'ils ne contiennent pas d'adjuvants).

Les vaccins autorisés en Suisse sont exempts d'adjuvants ainsi que de composés de mercure et d'aluminium. En règle générale, les virus destinés aux vaccins contre la grippe sont cultivés sur des œufs de poule, puis inactivés.

Une méta-analyse [11] portant sur 34 millions de participants sur une période d'utilisation > 10 ans constate une plus grande efficacité des vaccins antigrippaux à haute dose (60 µg d'antigènes par souche vaccinale au lieu de la dose standard de 15 µg) contre les complications de la grippe chez les personnes âgées. Cette observation a été confirmée au Danemark. Entre autres données concernant les vaccins à haute dose, celles-ci montrent une meilleure protection (10 à 20 %) des personnes de 65 ans et plus, raison pour laquelle ce type de vaccins a également été autorisé en Suisse pour cette classe d'âge, avec prise en charge des coûts pour toutes les personnes de 75 ans et plus ainsi que pour les personnes de 65 ans et plus présentant au moins un autre facteur de risque de forme grave de la maladie en raison d'une comorbidité au sens des recommandations de vaccination contre la grippe. Dans ces groupes d'âge et à risque, a) le risque de contracter une forme grave ou des complications et d'être hospitalisé est plus élevé que chez les personnes plus jeunes et en bonne santé, et b) la réponse immunitaire à la vaccination est moins bonne selon la souche de virus. Il est donc justifié de recommander un vaccin à haute dose pour protéger ces personnes contre la grippe.

Recommandations relatives à la vaccination contre la grippe 2023/2024

La CFV et l'OFSP recommandent la vaccination contre la grippe avec tous les vaccins antigrippaux à dose standard (SD) et à haute dose (HD) disposant d'une autorisation de mise sur le marché et d'une prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour les groupes d'âge et d'indications concernés. Pour la vaccination contre la grippe, deux vaccins SD et un vaccin HD différents sont actuellement disponibles (tableau 8).

Remerciements

Nous remercions tout spécialement les médecins du réseau Sentinella pour leur aide extrêmement précieuse, sans laquelle il serait impossible d'assurer la surveillance de la grippe en Suisse. Cette surveillance est très utile, tant aux médecins qu'à l'ensemble de la population du pays. L'OFSP remercie également les laboratoires, en particulier le Centre national de référence de l'influenza (CNRI) à Genève pour leur collaboration, ainsi que tous les hôpitaux qui participent à « CH-SUR ».

État des données

L'état des données de ce rapport est celui du 16 août 2023.

Contact

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Prévention et services de santé
Division Maladies transmissibles
Tél. 058 463 87 06

Bibliographie

- [1] Bundesamt für Statistik BFS, « Sterblichkeit, Todesursachen », 2023. [Online]. Available : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen.html>.
- [2] K. Esther, M. Marine, E. Hanne-Dorthe, W. Heather, M. Jim, H. Jennifer, T. Ramona, W. Conall, F. Beth, P. Francisco, B. B. Amanda, H. Ciaran, R. Angela und E. I. Group, « Interim 2022/23 influenza vaccine effectiveness: six European studies, October 2022 to January 2023 », *Euro Surveillance*, Bd. 28, Nr. 21, 2023.
- [3] S. Danuta M, C. Erica SY, S. Suzana, K. Samantha E, K. Shinhye, D. James A, O. Romy, G. Jonathan B, Z. Nathan, C. Hugues, B. Nathalie, J. Agatha N und D. S. Gaston, « Vaccine effectiveness estimates from an early-season influenza A(H3N2) epidemic, including unique genetic diversity with reassortment, Canada, 2022/23 », *Euro Surveillance*, Bd. 28, Nr. 21, 2023.
- [4] D. Alexander, O. Andrea, O. Matilde, T. Carlo-Simone, S. Marianna, S. Federica, P. Donatella, B. Bianca und I. Giancarlo, « Influenza vaccine effectiveness in preventing hospital encounters for laboratory-confirmed infection among Italian adults, 2022/23 season », *Vaccine*, 2023.
- [5] M. Huong Q., P. Joshua G., H. Kayla E., M. Jennifer K., R. Melissa A., S. Gregg C., N. Gabriele, K. Yoshihiro und B. Edward A., « Interim Estimates of 2022–23 Seasonal Influenza Vaccine Effectiveness – Wisconsin, October 2022–February 2023 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Bd. 27, Nr. 8, pp. 201–205, 2023.
- [6] European Centre for Disease Prevention and Control ECDC und World Health Organization WHO, « Flu News Europe, Bulletin Week 20, 2022 », 31 05 2022. [Online]. Available : <https://flunewseurope.org/Archives>. [Zugriff am 29 08 2022].
- [7] DemoSCOPE Research & Marketing, « Postsaisonale Bevölkerungsbefragungen zur Grippe 2014–2022 », DemoSCOPE, Adligenswil, 2022.
- [8] World Health Organization WHO, « Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2023–2024 northern hemisphere influenza season », 24 February 2023. [Online]. Available : <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2023-2024-northern-hemisphere-influenza-season>. [Zugriff am 30 May 2023].
- [9] World Health Organization WHO, « Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2021–2022 northern hemisphere influenza season », 26 February 2021. [Online]. Available : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/202102_recommendation.pdf?sfvrsn=8639f6be_3&download=true. [Zugriff am 28 June 2021].
- [10] World Health Organization WHO, « Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2022–2023 northern hemisphere influenza season », 25 02 2022. [Online]. Available : <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2022-2023-northern-hemisphere-influenza-season>. [Zugriff am 29 08 2022].
- [11] J. K. Lee, G. K. Lam, T. Shin, S. I. Samson, D. P. Greenberg und A. Chit, « Efficacy and effectiveness of high-dose influenza vaccine in older adults by circulating strain and antigenic match: An updated systematic review and meta-analysis », *Vaccine*, Bd. 39, pp. A24–A35, 2021.