

Review of the 2012 winter influenza season, southern hemisphere

This report summarizes the chronology, epidemiology and virology of the winter influenza season in the temperate regions of the southern hemisphere, from January 2012 to the end of September 2012. The data presented have been derived primarily from reports published by national ministries of health or other official bodies reporting on their behalf, or reported to the WHO through FluNet and FluID.^{1,2}

Southern cone of South America

Transmission

There were notable differences in the timing of transmission and the viruses circulating in the 4 countries of the southern cone of South America in the 2012 influenza season. Active influenza transmission in the area was first noted in late April to early May in both Chile and Paraguay, whereas Argentina and Uruguay did not report active transmission until late May or early June. Similarly, peak activity occurred about 8 weeks later in mid-June in Chile and Paraguay but not until early August in Argentina and Uruguay. In Paraguay, influenza virus had become practically undetectable by mid-September 2012 whereas Chile, Argentina and Uruguay were still reporting lower numbers of virus detections through the end of September. The 2012 season peaked approximately 10 weeks later than the historical 9 years average for Argentina (*Figure 1*).

The predominant influenza virus circulating in Chile and Uruguay was A(H3N2), whereas in both Paraguay and Argentina transmission was primarily associated with A(H1N1)pdm09, and very little A(H3N2) was seen. Influenza type B virus was detected in only small numbers in all 4 countries (*Map 1*). In Chile, during the period from 1 January 2012 to 20 September 2012, influenza A accounted for 87% (1230/1420) of influenza viruses reported and influenza B for 13% (190/1420). Influenza A(H3N2) accounted for >99% of the 1066 influenza A viruses with subtype information; A(H1N1)pdm09 was detected in only 9 samples. In Argentina, during the same period, influenza A accounted for 83% (273/374) of influenza viruses detected and influenza B for 27% (101/374). In marked contrast to the season in Chile, influenza A(H1N1)pdm09 accounted for 89% (173/195) of the influenza A viruses with subtype information. The distribution of virus types and subtypes in Paraguay was nearly identical to that in Argentina. Of note, the virus distribution pattern observed in Argentina and Paraguay was very similar to that seen in most countries of the northern tropical areas of South America where influenza A(H1N1)pdm09 was the most commonly detected virus for most of the year.

Analyse de la saison grippale de l'hiver 2012, hémisphère sud

Le présent rapport récapitule la chronologie, l'épidémiologie et la virologie de la saison grippale hivernale dans les régions tempérées de l'hémisphère sud, de janvier 2012 à fin septembre 2012. Les données présentées ont été tirées principalement des rapports publiés par les ministères nationaux de la santé ou d'autres entités officielles rendant compte en leur nom, ou rapportées à l'OMS par le biais de FluNet et de FluID.^{1,2}

Cône austral de l'Amérique du Sud

Transmission

On a relevé des différences notables dans la chronologie de la transmission et la nature des virus circulants dans les 4 pays du Cône austral de l'Amérique du Sud pendant la saison grippale 2012. Une transmission active de la grippe a été d'abord notée de fin avril à début mai au Chili et au Paraguay, tandis que l'Argentine et l'Uruguay ne signalaient pas de transmission active avant fin mai ou début juin. De même, le pic d'activité s'est produit environ 8 semaines plus tard, soit mi juin, au Chili et au Paraguay, mais n'est pas apparu avant début août en Argentine et en Uruguay. Au Paraguay, le virus grippal était devenu pratiquement indétectable à la mi-septembre 2012, alors que le Chili, l'Argentine et l'Uruguay rapportaient encore des détections virales, mais en nombres plus limités jusqu'à la fin du mois de septembre. Le pic de la saison grippale 2012 est apparu environ 10 semaines après la moyenne historique de 9 ans pour l'Argentine (*Figure 1*).

Le virus grippal prépondérant circulant au Chili et en Uruguay était un virus A(H3N2), tandis que la transmission au Paraguay et en Argentine était associée principalement au virus A(H1N1)pdm09, le virus A(H3N2) étant très peu observé. Les virus grippaux de type B n'ont été détectés qu'en petits nombres dans les 4 pays (*Carte 1*). Au Chili, sur la période allant du 1^{er} janvier 2012 au 20 septembre 2012, 87% (1230/1420) des virus grippaux signalés appartenaient au type A et 13% au type B (190/1420). Le virus A(H3N2) représentait >99% des 1066 virus de type A dont on connaissait le sous-type, le virus A(H1N1)pdm09 n'étant détecté que dans 9 échantillons. En Argentine, sur la même période, 83% (273/374) des virus grippaux détectés appartenaient au type A et 27% (101/374) au type B. En opposition marquée avec la situation au Chili, le virus grippal A(H1N1)pdm09 représentait 89% (173/195) des virus grippaux A dont on connaissait le sous-type. La distribution des types et des sous-types de virus était pratiquement identique au Paraguay et en Argentine. À noter que le schéma de distribution relevé en Argentine et au Paraguay était très similaire à celui observé dans la plupart des pays des zones tropicales septentrionales d'Amérique du Sud où A(H1N1)pdm09 avait été le virus grippal le plus couramment détecté pendant la plus grande partie de l'année.

¹ FluNet is available online at http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/flu-net/en/; accessed October 2012.

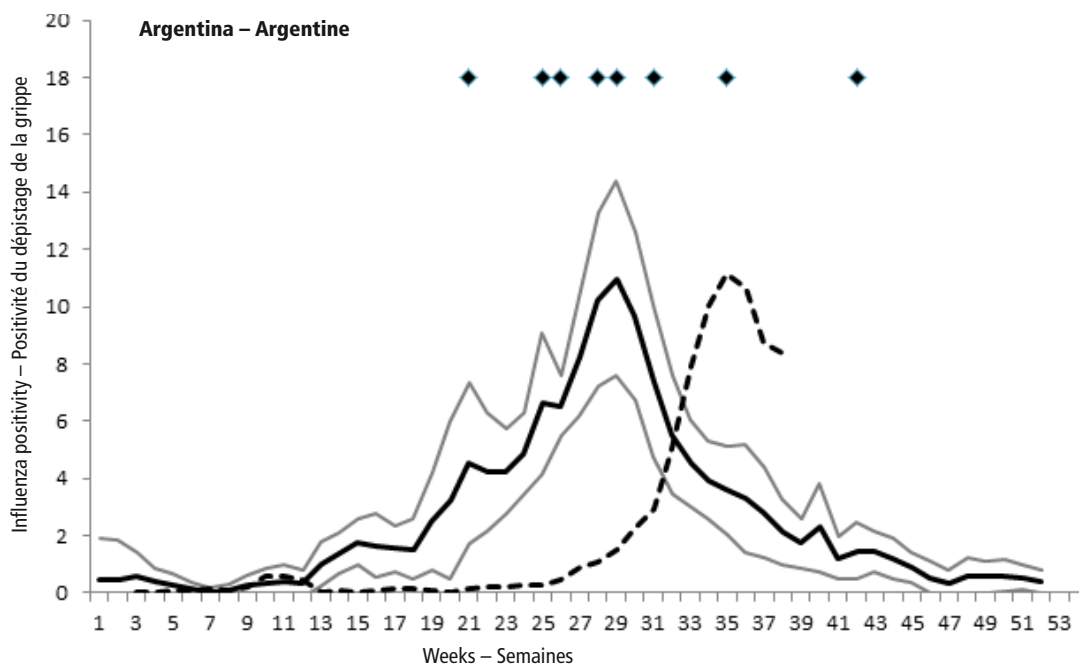
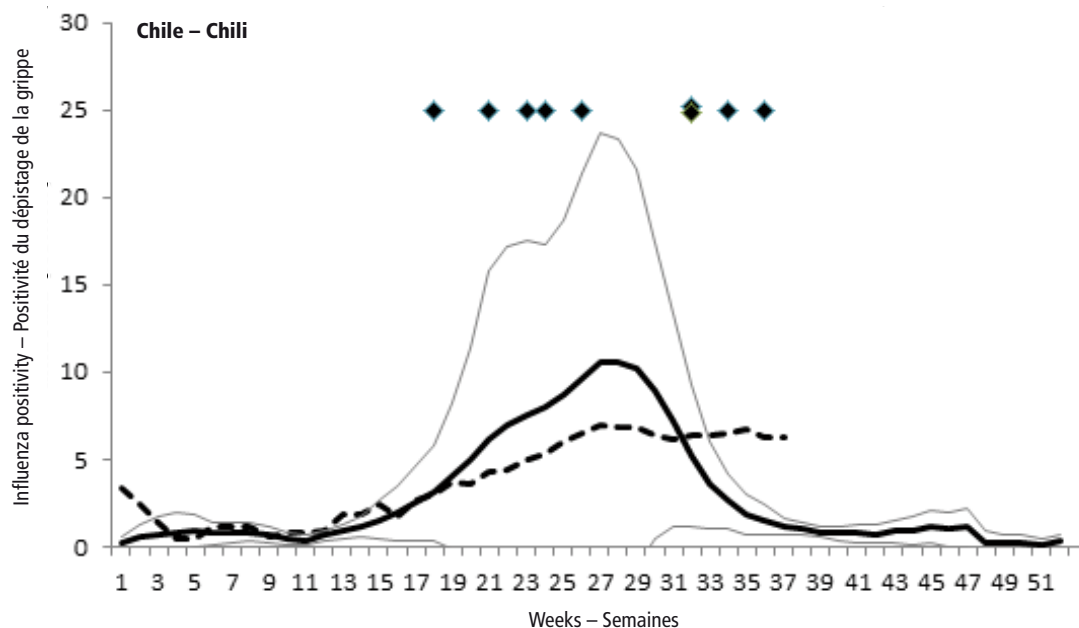
² FluID is available online at http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/flu-id/en/; accessed October 2012.

¹ FluNet est disponible en ligne à l'adresse: http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/flu-net/en/; consulté en octobre 2012.

² FluID est disponible en ligne à l'adresse: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/flu-id/en/; consulté en octobre 2012.

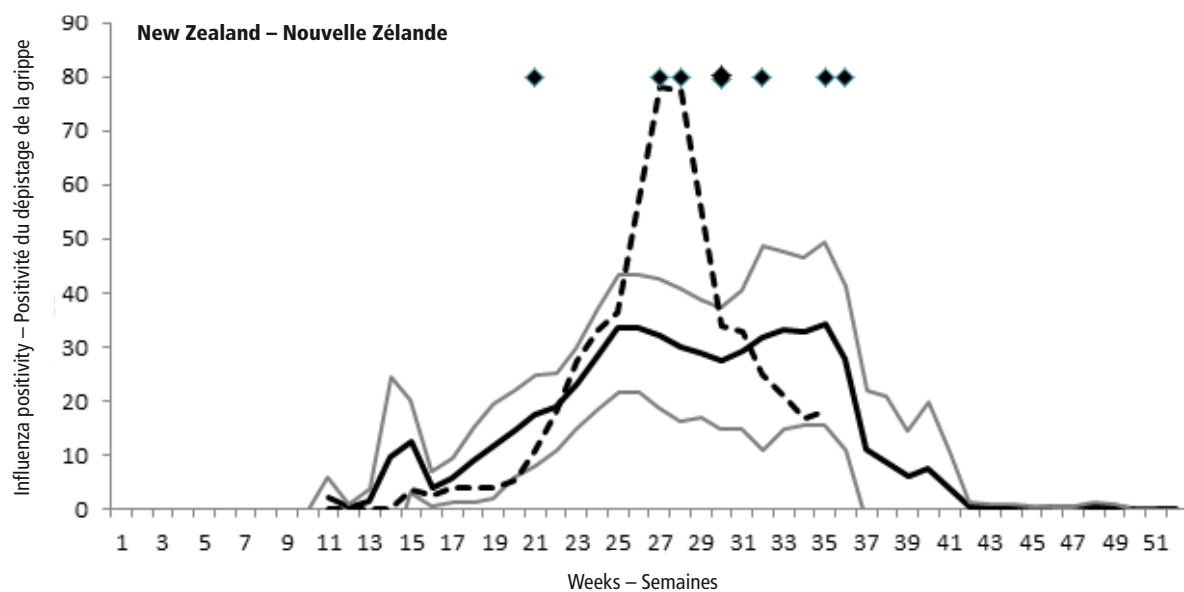
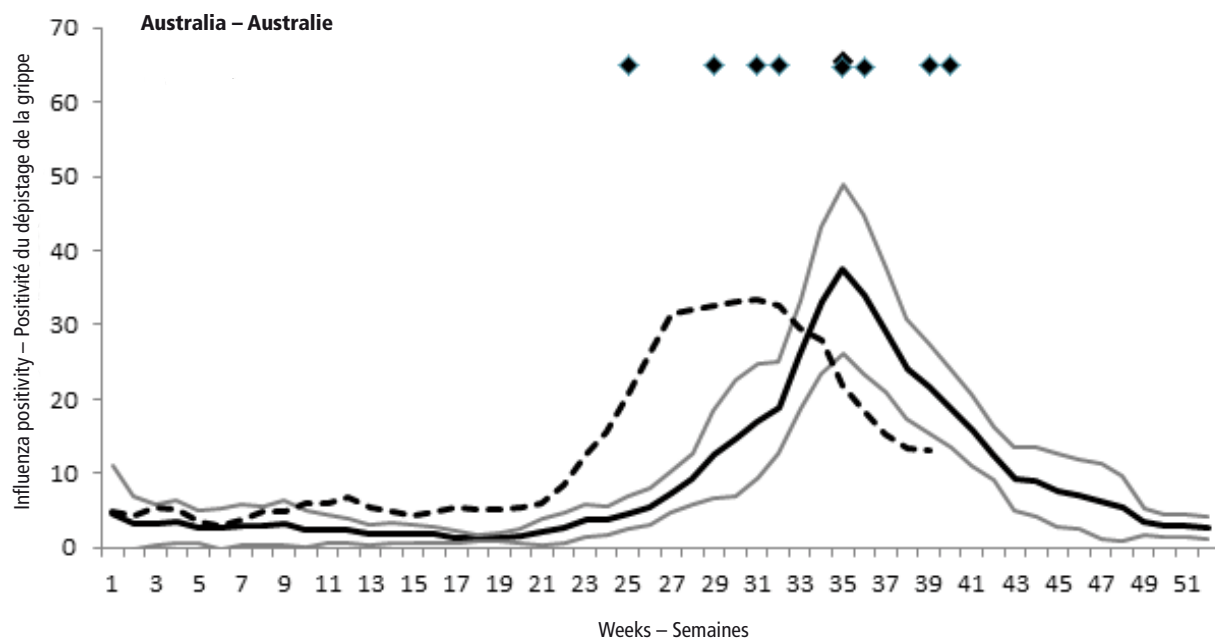
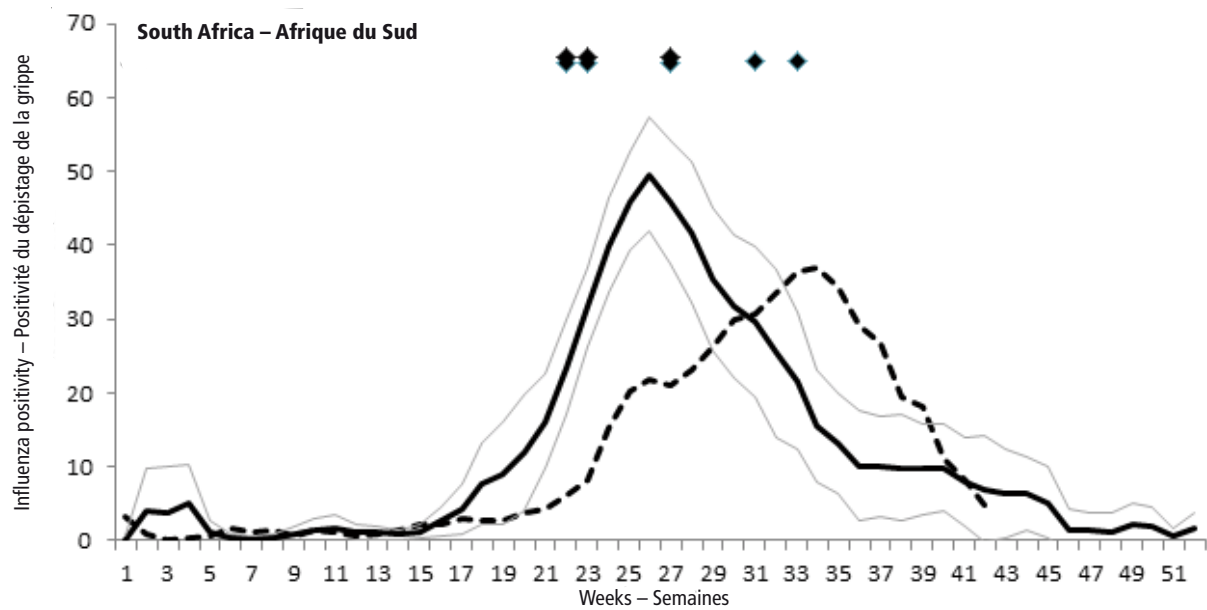
Figure 1 **Comparison of 2012 data with the median approximated influenza positivity peaks and mean of the 3 week moving average of influenza positivity data for selected countries of the southern hemisphere**

Figure 1 **Comparaison des données de 2012 avec le pic médian de positivité approximée du dépistage de la grippe et moyenne de la moyenne mobile sur 3 semaines des données de positivité pour des pays sélectionnés**



- Mean of the influenza positivity after aligning at the median peak for the years 2003-2011 (excluding 2009) – Moyenne de la positivité du dépistage de la grippe après alignement sur le pic médian pour les années 2003-2011 (2009 exclue)
- Upper 90% CI – IC à 90 % supérieur
- Lower 90% CI – IC à 90 % inférieur
- - - 2012
- ◆ Peaks – Pics

Current season approximated influenza positivity compared to historical trends based on FluNet data as of 26 October 2012. This figure includes an historical average by week of the percentage of specimens testing positive for influenza virus over the past several years for which data are available and the same data from the current season. Influenza positivity was calculated by dividing samples processed by the total influenza positives per week. Weeks with fewer than 20 samples and the pandemic year 2009 were excluded. Curves were smoothed using a 3 week moving average. Curves for previous years were aligned at the median peak week for the years analysed and the mean value for each week as well as the 90% confidence interval (CI; using a t-test) was calculated. The data for 2012 are shown by their actual chronological week. The peaks (◆) prior to alignment are shown. For more details on the methods used, see appendix 8 of the *WHO interim global epidemiological surveillance standards for influenza* at: http://www.who.int/influenza/resources/documents/influenza_surveillance_manual/en/index.html.
 – Cette figure compare la positivité du test de dépistage de la grippe approximée pour la saison actuelle avec les tendances historiques dégagées des données de FluNet au 5 octobre 2012. Elle fait apparaître une moyenne historique par semaine du pourcentage d'échantillons testés positifs pour un virus grippal au cours des dernières années pour lesquelles on dispose de données et le même paramètre pour la saison en cours. La positivité est calculée en divisant le nombre d'échantillons traités par le nombre total d'échantillons positifs pour la grippe par semaine. Les semaines où le nombre d'échantillons était inférieur à 20 et l'année pandémique 2009 ont été exclues. Les courbes ont été lissées en utilisant une moyenne mobile sur 3 semaines. Les courbes pour les années précédentes ont été alignées au niveau de la semaine de pic médiane pour les années analysées, et la valeur moyenne pour chaque semaine ainsi que l'intervalle de confiance à 90 % (IC, à l'aide du test t) ont été calculés. Les données de 2012 sont représentées sur la figure en fonction de leur semaine chronologique réelle. Les pics antérieurs au à l'alignement (◆) sont signalés. Pour en savoir plus sur les méthodes utilisées, se référer à l'appendice 8 du document *WHO interim global epidemiological surveillance standards for influenza* à l'adresse: http://www.who.int/influenza/resources/documents/influenza_surveillance_manual/en/index.html.



Illness and mortality

The overall severity and impact of influenza during the 2012 season in the southern cone appeared to be less than in the previous 2 years. A large portion of the influenza-like illness (ILI) and severe acute respiratory infection (SARI) cases occurring in the area were likely associated with respiratory syncytial virus (RSV), which also circulated during much of the winter.

In Chile, ILI peaked in the first week of July, with a rate of 19.4 consultations per 100 000 population. This peak was greater than that seen in 2011 (11.2 per 100 000) but lower than seen in 2007 through 2010. The highest peak in ILI consultations during the past 5 years was during the pandemic of 2009 when ILI consultations peaked at 206.5 per 100 000. Emergency department visits for a respiratory cause were less for most of the season than those recorded in 2010 for both adults and children but greater than in 2011. At the peak of weekly SARI cases in early July, 7.2% of all hospitalizations were due to SARI; during the peak, influenza viruses were found in 27% (43/157) of all SARI cases.³ Of the SARI cases positive for influenza A(H3N2), 12% required admission to intensive-care units (ICU). The number of influenza deaths reported thus far in 2012 ($n=16$) is similar to the total reported in 2011 ($n=20$) but significantly lower than the 2010 total ($n=81$).⁴ Of the 16 reported deaths associated with influenza in 2012, 69% (11/16) were found to have influenza A(H3N2), 3 influenza A(not subtyped) and 2 influenza B. The median age of fatal influenza cases was 81 years; 63% ($n=10$) were female; and 80% had a history of a comorbid medical condition.

In Paraguay, ILI consultation rates coincided with a peak in RSV in mid to late July with influenza detection peaking more than 4 weeks earlier. The total number of ILI consultations in this period was approximately double the number of ILI cases in the same period in the previous 2 years. The maximum impact of influenza on ILI and SARI occurred in late May, when 36% (38/105) of weekly ILI and 32% (23/72) of SARI respiratory samples were positive for an influenza virus. The number of SARI deaths reported through September 2012 was 226. Of the 32 deaths with a laboratory confirmed virus, 18 were found to have influenza A(H1N1)pdm09 and 10 had RSV.⁵

In Argentina, the cumulative number of cases of ILI and pneumonia reported by the end of August was lower than for the same period in 2010. Argentina also experienced a significant RSV season in 2012, with weekly virus detections peaking higher than the previous 2 years. Between January and August 2012, RSV ac-

Morbidité et mortalité

Dans le Cône austral, la gravité et l'impact de la grippe pendant la saison 2012 semblent avoir été moindres que les 2 années précédentes. Une forte proportion des cas de syndrome de type grippal (STG) et d'infection respiratoire aiguë sévère (IRAS) apparus dans cette zone étaient probablement associés au virus respiratoire syncytial (VRS), qui a circulé également une bonne partie de l'hiver.

Au Chili, la fréquence des STG a atteint un pic dans la première semaine de juillet, avec 19,4 consultations pour 100 000 habitants. Ce pic était plus haut que celui observé en 2011 (11,2 consultations pour 100 000 habitants), mais plus bas que les pics relevés de 2007 à 2010. Le pic de consultations pour STG le plus élevé enregistré au cours des 5 dernières années s'est produit pendant la pandémie de 2009 et a atteint 206,5 consultations pour 100 000 habitants. Les nombres de visites aux urgences pour une cause respiratoire ont été inférieurs pendant la plus grande partie de la saison à ceux enregistrés en 2010 pour les adultes et les enfants, mais supérieurs à ceux de 2011. Au moment du pic de cas hebdomadaires d'IRAS survenu début juillet, 7,2% des hospitalisations étaient dues à une IRAS; pendant ce pic, on a trouvé des virus grippaux chez 27% (43/157) des cas d'IRAS.³ Parmi les cas d'IRAS positifs pour le virus grippal A(H3N2), 12% ont nécessité une admission en soins intensifs. Le nombre de décès dus à la grippe notifiés à ce jour en 2012 ($n=16$) est similaire au nombre total de décès rapportés en 2011 ($n=20$), mais notablement inférieur au total enregistré en 2010 ($n=81$).⁴ Sur les 16 cas de décès rapportés comme associés à la grippe en 2012, on a constaté que 69% (11/16) avaient une grippe A(H3N2), 3 une grippe A (non sous-typée) et 2 une grippe B. L'âge médian des cas mortels de grippe était de 81 ans; 63% de ces cas ($n=10$) étaient des femmes et 80% présentaient une comorbidité lors de l'atteinte grippale.

Au Paraguay, l'élévation des taux de consultations pour STG a coïncidé avec un pic du VRS de la première moitié à la fin du mois de juillet, tandis que le pic de détection grippale apparaissait plus de 4 semaines plus tôt. Le nombre total de consultations pour STG sur cette période a atteint approximativement le double du nombre de cas de STG sur la même période au cours des 2 années précédentes. L'impact de la grippe sur les STG et les IRAS a atteint son maximum fin mai, avec 36% (38/105) des cas de STG hebdomadaires et 32% (23/72) des cas d'IRAS donnant des échantillons respiratoires positifs pour un virus grippal. Il a été notifié 226 décès par IRAS pour l'ensemble du mois de septembre 2012. Sur les 32 cas mortels chez lesquels la présence d'un virus a été confirmée en laboratoire, 18 étaient porteurs de la grippe A(H1N1)pdm09 et 10 d'un VRS.⁵

En Argentine, le nombre cumulé de cas de STG et de pneumonie rapportés à la fin du mois d'août était plus faible que celui enregistré sur la même période en 2010. Ce pays a également vécu une saison du VRS de grande ampleur en 2012, avec des pics de détection hebdomadaire de ce virus plus élevés que les 2 années précédentes. Entre janvier et août 2012, le VRS a

³ PAHO Regional Influenza Surveillance is available at http://ais.paho.org/phil/viz/ed_flu.asp; accessed October 2012.

⁴ For additional information, see the Chile progress report. Available at <http://epi.minsal.cl/vigilancia-epidemiologica/enfermedades-de-notificacion-obligatoria/influenza/>; accessed October 2012.

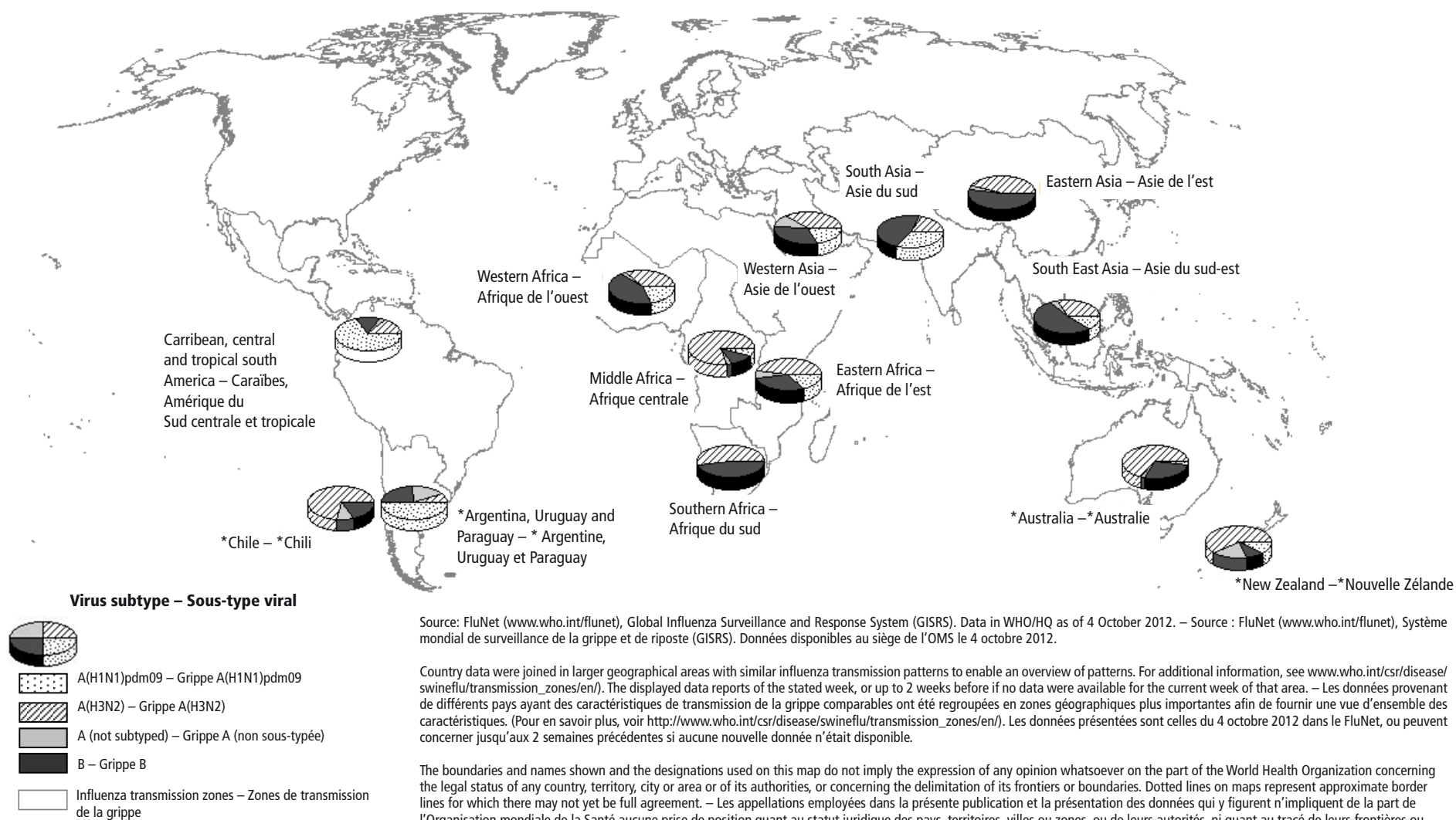
⁵ For additional information, see the Paraguay epidemiological bulletin. Available at: http://www.vigisalud.gov.py/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=225&Itemid=129; accessed October 2012.

³ La surveillance régionale de la grippe par l'Organisation panaméricaine de la Santé est présentée à l'adresse: http://ais.paho.org/phil/viz/ed_flu.asp; consulté en octobre 2012.

⁴ Pour en savoir plus, consulter le rapport de situation pour le Chili, disponible à l'adresse: <http://epi.minsal.cl/vigilancia-epidemiologica/enfermedades-de-notificacion-obligatoria/influenza/>; consulté en octobre 2012.

⁵ Pour en savoir plus, consulter le relevé épidémiologique pour le Paraguay, disponible à l'adresse: http://www.vigisalud.gov.py/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=225&Itemid=129; consulté en octobre 2012.

Map 1 **Distribution of virus subtypes by selected influenza transmission zone and/or countries, May–September 2012**
 Carte 1 **Distribution des sous-types de virus grippaux par zones et/ou pays de transmission de la grippe, mai-septembre 2012**



Source: FluNet (www.who.int/flu-net), Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS). Data in WHO/HQ as of 4 October 2012. – Source : FluNet (www.who.int/flu-net), Système mondial de surveillance de la grippe et de riposte (GISRS). Données disponibles au siège de l'OMS le 4 octobre 2012.

Country data were joined in larger geographical areas with similar influenza transmission patterns to enable an overview of patterns. For additional information, see www.who.int/csr/disease/swineflu/transmission_zones/en/. The displayed data reports of the stated week, or up to 2 weeks before if no data were available for the current week of that area. – Les données provenant de différents pays ayant des caractéristiques de transmission de la grippe comparables ont été regroupées en zones géographiques plus importantes afin de fournir une vue d'ensemble des caractéristiques. (Pour en savoir plus, voir http://www.who.int/csr/disease/swineflu/transmission_zones/en/). Les données présentées sont celles du 4 octobre 2012 dans le FluNet, ou peuvent concerner jusqu'aux 2 semaines précédentes si aucune nouvelle donnée n'était disponible.

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. – Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

© WHO 2012. All rights reserved. – © OMS 2012. Tous droits réservés.

counted for approximately 90% of all laboratory-confirmed respiratory viruses, whereas influenza accounted for only 4% (748/17734). The predominance of RSV is also represented in the age distribution of ILI; 89% of ILI cases were seen in the age group ≤ 4 years.⁶

In Uruguay, SARI cases in 2012 were primarily reported in the ≤ 5 years and ≥ 65 years age groups. Influenza A(H3N2) accounted for 52% (13/25) of influenza-associated SARI cases in 2012, with influenza B accounting for the remaining 48% (12/25). The majority of SARI cases requiring ICU admission were in the ≥ 65 years age group; of these influenza A(H3N2) was found in 71% (5/7) and influenza type B in the remaining 2.

South Africa

Transmission

In South Africa, active influenza virus transmission was first noted in late May, peaking in mid-August. At the peak of the season, 68% of all ILI samples from sentinel sites of the Viral Watch Program tested positive for influenza.⁷ This is a similar rate to that seen in the previous 2 years but occurred about 9 weeks later than median for the past 7 years (*Figure 1*). The SARI cases that were positive for influenza virus reached a peak 1 to 2 weeks later than for ILI and were associated with a notable increase in influenza type B virus detections.

In the period 1 January 2012 to 30 September 2012, influenza A accounted for 68% of all influenza viruses detected (543/853) and influenza type B 36% (310/853) among ILI cases. Of the influenza A viruses with subtype information, A(H3N2) accounted for 99% (423/427). Influenza A transmission peaked about 4 weeks earlier than influenza B resulting in a marked predominance of A(H3N2) in the first half of the season transitioning to a marked predominance of influenza type B in the latter half. The proportions of virus types differed somewhat among SARI cases compared with ILI; among influenza-associated SARI in 2012, influenza A was found in 51% (121/236) and influenza type B in 49% (115/236) of cases. However, it should be noted that the provinces included in the ILI and SARI systems do not completely overlap.

Australia and New Zealand

Transmission

The timing of the 2012 influenza season was similar in Australia and New Zealand. Active transmission of influenza in both countries was first noted in early June and peaked in mid-July. Australia experienced sustained

représenté environ 90% de l'ensemble des virus respiratoires confirmés en laboratoire, alors que le pourcentage de virus grippaux n'atteignait que 4% (748/17734). La prédominance du VRS apparaissait aussi dans la répartition par âge des STG; 89% des cas de STG appartenaient à la tranche d'âge des ≤ 4 ans.⁶

En Uruguay, les cas d'IRAS notifiés en 2012 concernaient principalement les tranches d'âge ≤ 5 ans et ≥ 65 ans. Le virus grippal A(H3N2) a été identifié pour 52% (13/25) des cas d'IRAS associée à un virus grippal en 2012, tandis que la grippe B était responsable des 48% (12/25) restants. La majorité des cas d'IRAS ayant nécessité une admission en soins intensifs appartenaient à la tranche d'âge des ≥ 65 ans; 71% (5/7) de ces cas ont été trouvés porteurs du virus grippal A(H3N2) et les 2 restants porteurs d'une grippe B.

Afrique du Sud

Transmission

En Afrique du Sud, une transmission active du virus grippal a commencé à être enregistrée fin mai et a atteint un pic à la moitié du mois d'août. Au moment du pic saisonnier, 68% des échantillons prélevés chez des cas de STG au niveau des sites sentinelles du Viral Watch Program étaient positifs pour les tests de dépistage de la grippe.⁴ C'est un pourcentage similaire à celui observé au cours des 2 années antérieures, mais le pic est intervenu environ 9 semaines après le pic médian pour les 7 dernières années (*Figure 1*). Le nombre de cas d'IRAS positifs pour un virus grippal a atteint un pic 1 ou 2 semaines après celui des STG, ce pic étant associé avec une augmentation notable des détections de virus grippal B.

Au cours de la période allant du 1^{er} janvier au 30 septembre 2012, 68% (543/853) des virus grippaux détectés chez les cas de STG appartenaient au type A et 36% (310/853) au type B. Le virus A(H3N2) représentait 99% (423/427) des virus grippaux A dont on connaissait le sous-type. La transmission de la grippe A est parvenue à un pic environ 4 semaines plus tôt que pour la grippe B, d'où le passage d'une prédominance marquée du virus A(H3N2) dans la première moitié de la saison à une prédominance prononcée de la grippe B dans la deuxième moitié. Les pourcentages des différents types de virus différaient quelque peu entre les cas d'IRAS et les cas de STG; parmi les cas d'IRAS associée à un virus grippal apparu en 2012, 51% (121/236) étaient porteurs d'une grippe A et 49% (115/236) d'une grippe B. Il convient cependant de noter que les provinces couvertes par les systèmes de notification des cas de STG et d'IRAS ne se recoupaient pas complètement.

Australie et Nouvelle-Zélande

Transmission

Chronologiquement, la saison grippale 2012 s'est déroulée de manière similaire en Australie et en Nouvelle-Zélande. La transmission active de la grippe a commencé à être enregistrée dans les 2 pays au début du mois de juin et a atteint un pic mi-

⁶ For additional information, see the Argentina monitoring bulletin. Available at <http://www.msal.gov.ar/index.php/home/boletin-integrado-de-vigilancia>; accessed October 2012.

⁷ For additional information, see the National Institute of Communicable Diseases *Influenza surveillance report*. Available at http://www.nicd.ac.za/?page=seasonal_influenza&id=72; accessed October 2012.

⁶ Pour en savoir plus, consulter le relevé de surveillance pour l'Argentine, disponible à l'adresse: <http://www.msal.gov.ar/index.php/home/boletin-integrado-de-vigilancia>; consulté en octobre 2012.

⁷ Pour en savoir plus, consulter l'*Influenza surveillance report* du National Institute of Communicable Diseases, disponible à l'adresse: http://www.nicd.ac.za/?page=seasonal_influenza&id=72; consulté en octobre 2012.

virus circulation until late August before steadily decreasing whereas New Zealand reported declines in virus detections 2 weeks earlier, in early August. Virus detections in 2012 for the 2 countries peaked 5 weeks earlier than the median week of peak transmission for the period of 2003 through 2011.

The most commonly detected influenza virus in the 2 countries was influenza A(H3N2). Australia, however, reported much more co-circulation of influenza type B virus, which differed markedly between jurisdictions within the country. Influenza type B accounted for approximately one-third of all positive virus detections in the Northern Territory, Queensland and Western Australia, whereas in Victoria influenza type B accounted for only 10% of all virus detections. Nationwide, between 1 January to 20 September 2012, influenza A viruses were 70% (3043/4323) of all viruses detected and influenza B, 30% (1280/4323). Of influenza A viruses with subtype information, 97% (2878/2965) were A(H3N2) and influenza A(H1N1)pdm09 only 3% (87/2965).¹

In New Zealand, influenza B was detected much less frequently, accounting for only 8% (156/1860) of all influenza viruses nationally. New Zealand also found a higher proportion of influenza viruses to be A(H1N1)pdm09; of the influenza A viruses with subtype information, 86% (1171/1369) were A(H3N2) and 14% (198/1369) A(H1N1)pdm09.⁸ As was observed in Australia, regional variation of strain predominance was also reported in New Zealand.

Illness and mortality

In 2012, the overall impact of the influenza season appeared to be somewhat higher than average in Australia according to some indicators, though not exceptionally. At the seasonal peak, the number of influenza cases reported per week and ILI consultation rates were higher than in any previous season since 2005, except for the season in which the new pandemic virus appeared in 2009. In the New South Wales Registered Death Certificates data, the rate of deaths classified as influenza and pneumonia met or exceeded the epidemic threshold for most of July, which was higher than in the

juillet. L'Australie a subi une circulation virale soutenue jusqu'à la fin du mois d'août avant que cette circulation ne diminue régulièrement, tandis que la Nouvelle-Zélande signalait un recul de la détection des virus 2 semaines plus tôt, au début du mois d'août. Dans les 2 pays en 2012, la détection virale a atteint un pic 5 semaines avant la semaine correspondant en moyenne au pic de transmission pour la période allant de 2003 à 2011.

A(H3N2) a été le virus grippal le plus couramment détecté dans ces 2 pays. Néanmoins, l'Australie a signalé une cocirculation nettement plus importante des virus grippaux de type B, qui variait de manière notable d'une juridiction à l'autre au sein du pays. Environ un tiers des virus détectés dans le Territoire du Nord, le Queensland et l'Australie-Occidentale appartenaient au type grippal B, tandis que, dans l'État de Victoria, le type B ne représentait que 10% des détections virales. À l'échelle du pays, entre le 1er janvier et le 20 septembre 2012, les virus grippaux A représentaient 70% (3043/4323) des virus détectés et les virus grippaux B 30% (1280/4323) de ces virus. Parmi les virus grippaux A dont on connaissait le sous-type, 97% (2878/2965) étaient des virus A(H3N2) et 3% (87/2965) seulement des virus A(H1N1)pdm09.¹

En Nouvelle-Zélande, la fréquence de détection de la grippe B a été bien moindre, ce type de grippe représentant seulement 8% (156/1860) des virus grippaux décelés à l'échelle nationale. Dans ce pays, on a également relevé une plus forte proportion de virus A(H1N1)pdm09 parmi les virus grippaux; les virus grippaux A dont on connaissait le sous-type étaient pour 86% (1171/1369) des virus A(H3N2) et pour 14% (198/1369) des virus A(H1N1)pdm09.⁸ Comme on l'avait observé en Australie, la souche prédominante a été indiquée comme variable selon les régions en Nouvelle-Zélande.

Morbidité et mortalité

En 2012, l'impact global de la saison grippale semble, d'après certains indicateurs, avoir été quelque peu supérieur à la moyenne en Australie, sans être exceptionnel toutefois. Au moment du pic saisonnier, le nombre de cas de grippe notifiés par semaine et les taux de consultations pour STG étaient plus élevés que pour toutes les saisons antérieures depuis 2005, excepté celle de 2009 où est apparu le nouveau virus pandémique. Si l'on considère les données d'enregistrement des décès pour la Nouvelle-Galles du Sud, le pourcentage de décès classés comme dus à une grippe ou à une pneumonie atteignait ou dépassait pendant la plus grande partie de juillet le seuil épidémique, qui était plus

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_28324

