

COVID-19

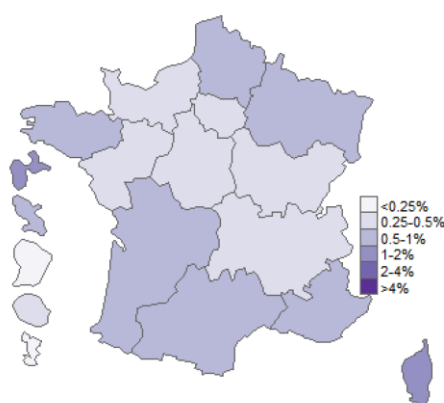
Semaine 30 (22 au 28 juillet 2024). Publication : 31 juillet 2024

ÉDITION NATIONALE

Point de situation

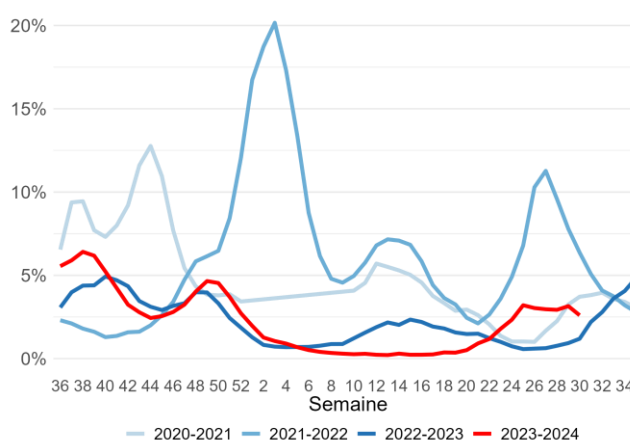
- En semaine 30, les indicateurs syndromiques et virologiques étaient en légère diminution en ville et à l'hôpital.
- Globalement, les données syndromiques et virologiques fluctuent depuis 6 semaines au même niveau, avec très probablement des comportements de dépistage variables. On observe que la part des hospitalisations après passage aux urgences reste modérée en comparaison des vagues de circulation du virus précédentes. Cependant, l'interprétation de ces tendances doit rester prudente.
- Au niveau des eaux usées, le niveau de circulation du SARS-CoV-2 s'est stabilisé.
- Dans le contexte de la circulation toujours active de SARS-CoV-2, notamment à l'occasion des grands rassemblements de cet été et dans les établissements médico-sociaux, l'adoption des gestes barrières demeure un moyen efficace pour se prémunir d'une infection respiratoire et de ses complications et limiter le risque de transmission à l'entourage et particulièrement aux personnes vulnérables : le port du masque en cas de symptômes et un lavage des mains réguliers sont alors recommandés.

Taux de passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Part des suspicions de COVID-19
parmi les actes SOS Médecins



Source : SOS Médecins

Indicateurs clés

Indicateurs syndromiques

COVID-19		
	S30	S30 vs S29
Actes médicaux SOS Médecins	2,6%	-0,5 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	0,5%	-0,1 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	1,0%	-0,2 pt

Indicateurs virologiques

SARS-CoV-2		
Taux de positivité des prélèvements	S30	S30 vs S29
Laboratoires de ville du réseau RELAB, CNR	24,6%	-1,2 pt
Laboratoires hospitaliers du réseau RENAL, CNR	11,0%	-1,3 pt
	S30	S30 vs S29
Surveillance dans les eaux usées (SUM*Eau)*	3 975	+0,4%

* Indicateur eaux usées : ratio de concentration virale de SARS-CoV-2 sur concentration en azote ammoniacal.
Méthodologie en [annexe](#)

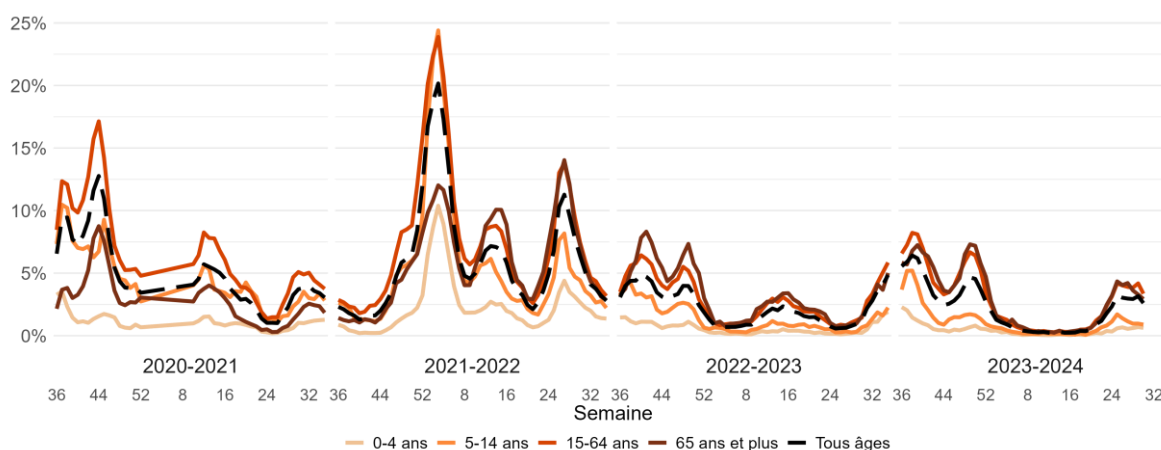
Pour plus d'informations sur les données virologiques issues du réseau RENAL de laboratoires hospitaliers et du réseau RELAB de laboratoires de biologie médicale, consultez [le bulletin hebdomadaire du Centre national de référence Virus des infections respiratoires](#)

Médecine de ville

En semaine 30, le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 1 968, soit 2,6% des actes SOS Médecins (vs 3,2% en S29).

Chez les 65 ans et plus, 291 actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés, soit 2,9% des actes dans cette classe d'âge (vs 3,3% en S29). Chez les 15-64 ans, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était de 1 525, soit 3,4% (vs 4,2% en S29). Chez les 5-14 ans, ce nombre était de 84, soit 0,9% (vs 1,0% en S29). Chez les 0-4 ans, 66 actes pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés, soit 0,6% des actes médicaux dans cette classe d'âge (vs 0,7% en S29).

Part des suspicions de COVID-19 parmi les actes SOS Médecins



Source : SOS Médecins

Pour plus d'informations sur les données de la surveillance en médecine de ville, vous pouvez consulter également [le bulletin hebdomadaire du Réseau Sentinelles](#).

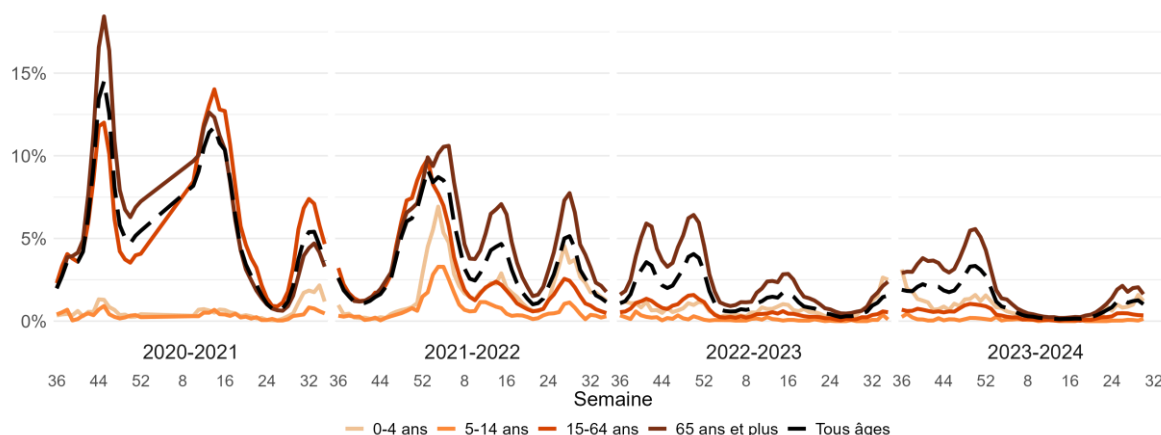
Milieu hospitalier

En semaine 30, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 1 816, soit 0,5% (vs 0,6% en S29). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 666, soit 1,0% de l'ensemble des hospitalisations (vs 1,3% en S29).

Chez les 65 ans et plus, 527 hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 ont été enregistrées, soit 1,6% des hospitalisations après passage dans cette classe d'âge (vs 2,0% en S29). Chez les 15-64 ans, le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 était de 92, soit 0,4% (vs 0,4% en S29). Chez les 5-14 ans, ce nombre était de 4, soit 0,1% (vs 0,0% en S29). Chez les 0-4 ans, 43 hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 ont été enregistrées, soit 1,2% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 1,6% en S29).

Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 11 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S30, soit 0,5% (vs 0,4% en S29).

Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 parmi les hospitalisations après passage aux urgences

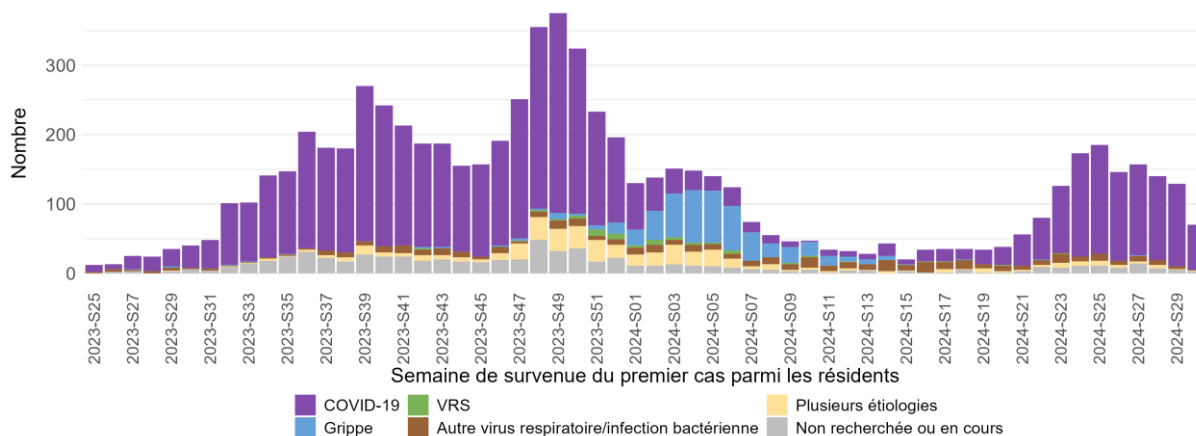


Source : réseau OSCOUR®

Établissements médico-sociaux

Un total de 129 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 29 (données non consolidées) vs 140 en S28. Parmi eux, aucun épisode était attribué exclusivement à la grippe (vs 0 en S28) ou à une infection à VRS (vs 0 en S28) et 119 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 121 en S28).

Nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA dans les établissements médico-sociaux



S30 et S29 : données non consolidées

* Portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère de la Santé et de la Prévention (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>)

Surveillance virologique

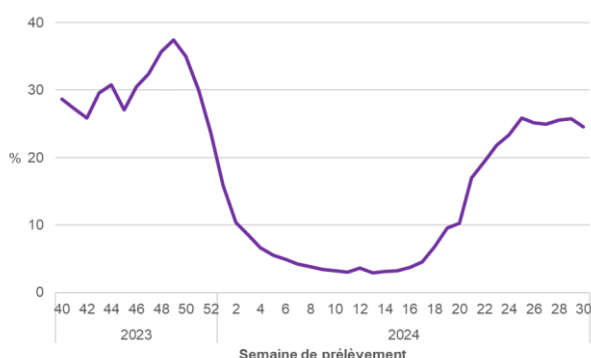
Laboratoires de biologie médicale du réseau RELAB (ville) et du réseau RENAL (hôpital)

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville (réseau RELAB) était de 24,6% (1 977/8 036) vs 25,8% en S29.

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 11,0% (323/2 946, données non consolidées) vs 12,2% en S29.

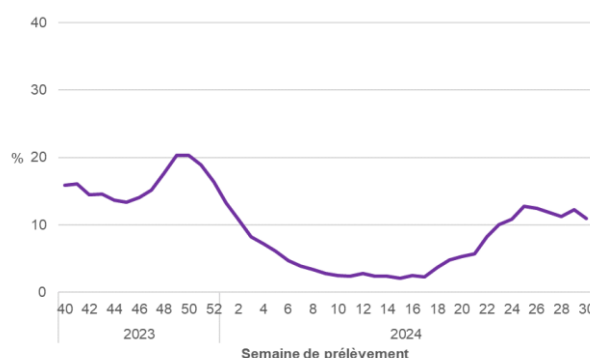
Taux de positivité pour le SARS-CoV-2 des prélèvements réalisés en France hexagonale

Laboratoires de ville



Source : réseau RELAB (Biogroup, Cerballiance), CNR

Hôpital

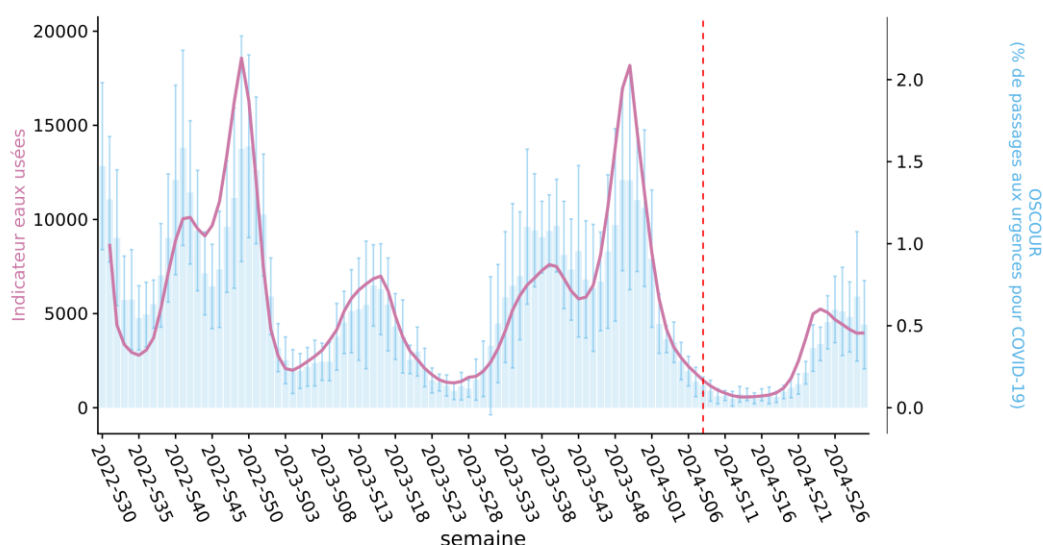


Source : réseau RENAL, CNR

Surveillance dans les eaux usées

En semaine 30, une tendance à la stabilisation du niveau de circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées est globalement observée en France (12 stations de traitement des eaux usées sur 12 disposent de résultats interprétables).

Moyenne des indicateurs de surveillance des eaux usées pondérée par la taille de population raccordée aux différents sites surveillés

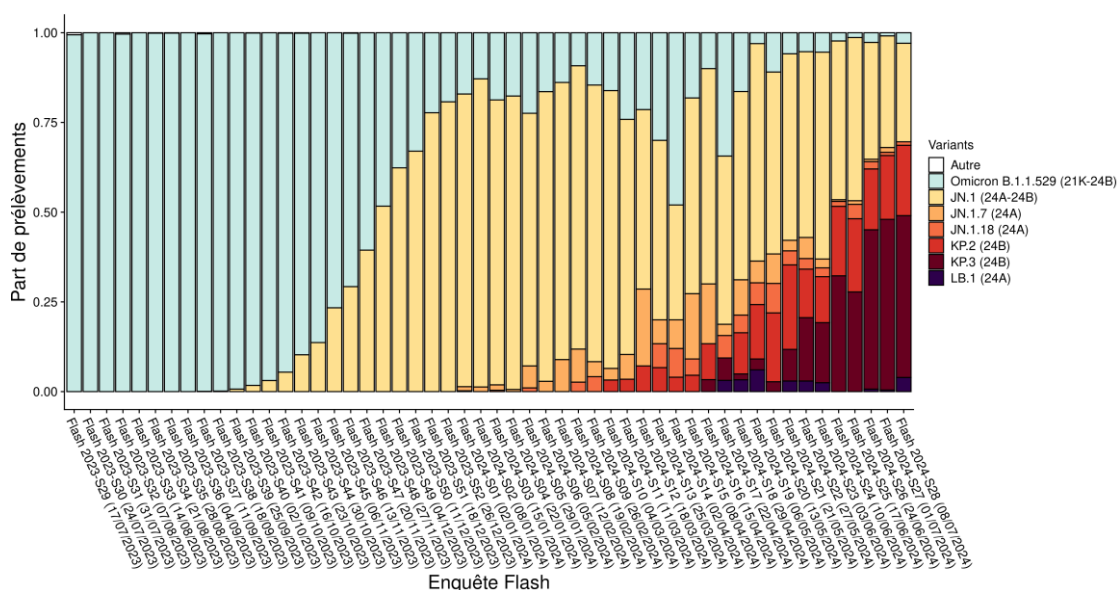


Source : SUM'Eau. Indicateur eaux usées : ratio de concentration virale de SARS-CoV-2 sur concentration en azote ammoniacal. Le trait pointillé vertical au niveau de la semaine 08-2024 traduit le changement de laboratoire en charge des analyses microbiologiques (Méthodologie en [annexe](#))

Surveillance génomique

Le variant JN.1 est aujourd'hui dominant en France et au niveau mondial. En France hexagonale, JN.1 représentait, ses sous-lignages inclus, 99% des séquences interprétables de l'enquête Flash du 08/07/2024. Parmi les sous-lignages de JN.1 classés, la détection de KP.2 est en légère augmentation avec 20% des séquences interprétables de l'enquête Flash du 08/07/2024 (vs 17% au cours de l'enquête Flash du 01/07). KP.3 semble se stabiliser autour de 45% des séquences interprétables des enquêtes Flash du 01/07 et du 08/07/2024. De nombreux autres sous-lignages de JN.1 circulent en parallèle.

Détection des variants classés au cours des enquêtes Flash, France hexagonale



Prévention

Dans ce contexte de circulation du SARS-CoV-2, l'adoption systématique des gestes barrières par tous est essentielle, notamment le port du masque en cas de symptômes, dans les lieux fréquentés et en présence de personnes fragiles. Ces mesures restent un moyen efficace pour se prémunir des infections respiratoires et de leurs complications en limitant le risque de transmission des virus à l'entourage notamment les personnes à risque.

La campagne de vaccination dite « de printemps », ciblant notamment les personnes âgées de 80 ans et plus ainsi que les immunodéprimés, s'est achevée le 16 juin 2024. Nous rappelons que certaines personnes adultes (personnes immunodéprimées, patients de 65 ans et plus présentant des facteurs de risque) peuvent également bénéficier d'un traitement de la Covid-19, en particulier si elles présentent un risque accru de développer une forme grave de la maladie.

Partenaires

Santé publique France remercie le large réseau d'acteurs sur lequel il s'appuie pour assurer la surveillance des infections respiratoires aiguës : médecine libérale et hospitalière, urgences, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence, Cnam, Inserm, Insee.

Pour en savoir plus

Surveillance intégrée des [IRA](#)

Surveillances de la [grippe](#), de la [bronchiolite](#) et de la [COVID-19](#).

Surveillance syndromique [SurSaUD®](#)

Surveillance en [établissements médico-sociaux](#)

Surveillance en médecine de ville : [Réseau Sentinelles](#) (Inserm - Sorbonne Université)

Surveillance [virologique](#) (Centre national de référence Virus des infections respiratoires)

Surveillance génomique : [Analyse de risque variants](#)

En région : consultez les [Bulletins régionaux](#)

Indicateurs en open data : [Géodes](#), [data.gouv.fr](#)

Si vous souhaitez vous abonner au bulletin hebdomadaire IRA : [Abonnement](#)

Equipe de rédaction

Sibylle Bernard-Stoecklin, Christine Campèse, Bruno Coignard, Anne Fouillet, Rémi Hanguéhard, Frédéric Jourdain, Alain-Claude Kouamen, Anna Maisa, Nicolas Méthy, Damien Mouly, Harold Noël, Isabelle Parent du Châtelet, Yann Savitch, Justine Schaeffer, Laïla Toro, Adriana Traore, Sophie Vaux, Delphine Viriot

L'équipe remercie pour leurs contributions les Directions des maladies infectieuses, des régions, d'appui, traitement et analyses de données, et prévention et promotion de la santé.

Pour nous citer : Bulletin Infections respiratoires aiguës. Édition nationale. Semaine 30 (22 au 28 juillet 2024). Saint-Maurice : Santé publique France, 7 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Date de publication : 31 juillet 2024

Contact : presse@santepubliquefrance.fr