

## Infections respiratoires aiguës

Semaine 01 (30 décembre 2024 au 5 janvier 2025). Publication : 8 janvier 2025

ÉDITION NATIONALE

### Tendances de la semaine

**Infections respiratoires aiguës (IRA).** Activité toujours en augmentation en ville et à l'hôpital tous âges confondus.

**Grippe.** Poursuite de l'augmentation de l'activité grippale dans l'Hexagone avec un niveau d'intensité exceptionnellement élevé à l'hôpital. La Martinique et la Guadeloupe en épidémie. La Guyane et Mayotte en pré-épidémie.

**Bronchiolite.** Diminution de l'ensemble des indicateurs. Poursuite de l'épidémie dans onze régions de l'Hexagone, aux Antilles, en Guyane et à Mayotte. Pré-épidémie en Corse. Post épidémie en Île-de-France.

**COVID-19.** Activité syndromique stable à des niveaux bas. Diminution du taux de positivité en ville, à l'hôpital et dans les eaux usées.

### Indicateurs clés

#### Indicateurs syndromiques

Part de la pathologie parmi	IRA basses		Syndrome grippal		Bronchiolite (moins de 2 ans)		COVID-19	
	S1	S1 vs S52	S1	S1 vs S52	S1	S1 vs S52	S1	S1 vs S52
Actes médicaux SOS Médecins	30,9%	+1,8 pt	20,3%	+2,1 pt	6,3%	-0,7 pt	0,5%	-0,1 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	10,4%	+0,5 pt	5,2%	+0,2 pt	11,7%	-0,5 pt	0,3%	0 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	16,5%	+2,2 pt	5,4%	+1,2 pt	26,8%	-1,1 pt	0,6%	0 pt

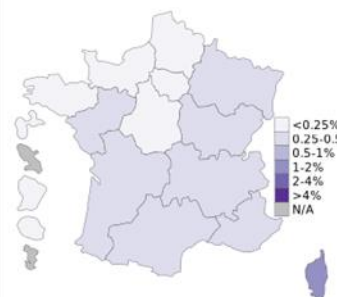
Niveau d'alerte régional\*  
Grippe<sup>1,2,3</sup>



Bronchiolite<sup>1,2</sup>



Taux de passages aux urgences\*\*  
COVID-19<sup>1</sup>

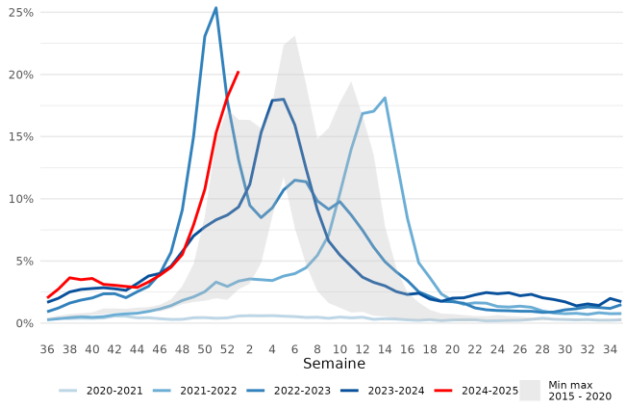


■ Pas d'alerte ■ Pré-épidémie ■ Epidémie ■ Post-épidémie

\* Méthodologie en [annexe](#). Antilles : niveau d'alerte pour S52. \*\* Données non disponibles pour Mayotte.  
Source : <sup>1</sup> réseau OSCOUR®, <sup>2</sup> SOS Médecins, <sup>3</sup> réseau Sentinelles

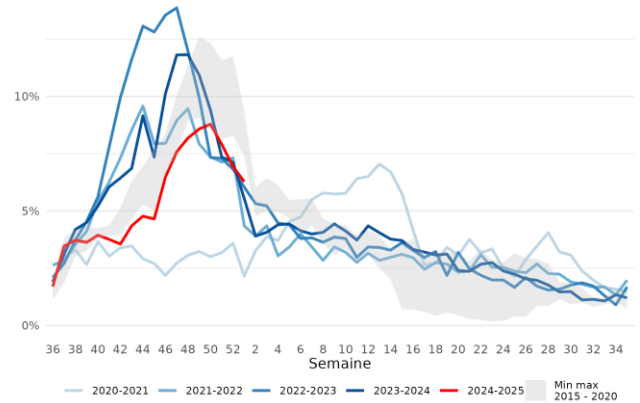
Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les [bulletins régionaux](#) de Santé publique France.

### Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



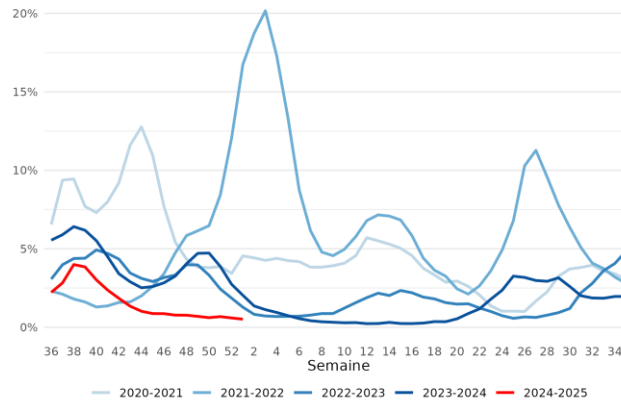
Source : SOS Médecins

### Part de la bronchiolite parmi les actes SOS Médecins chez les enfants de moins de 2 ans



Source : SOS Médecins

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



Source : SOS Médecins

## Indicateurs virologiques

	Virus grippaux		VRS		SARS-CoV-2	
	S1	S1 vs S52	S1	S1 vs S52	S1	S1 vs S52
Taux de positivité des prélèvements						
Laboratoires de ville <sup>1,2</sup>	33,2%	-1,6 pt	7,4%	-1,8 pt	4,1%	-1,2 pt
Médecine de ville <sup>1,3,*</sup>	42,6%	-11,7 pt	3,9%	-1,8 pt	0,8%	-1,4 pt
Milieu hospitalier <sup>1,4</sup>	23,1%	+1,0 pt	9,0%	-1,0 pt	4,4%	-0,1 pt
Surveillance dans les eaux usées <sup>5,**</sup>					1 168	-10,6 %

Source : <sup>1</sup> CNR-VIR, <sup>2</sup> réseau RELAB, <sup>3</sup> réseau Sentinelles, SOS Médecins, DUMG Rouen et Côte d'Azur, <sup>4</sup> réseau RENAL, <sup>5</sup> SUM'Eau

\* Prélèvements réalisés chez des patients consultant pour une IRA

\*\* Ratio de concentration virale de SARS-CoV-2 sur concentration en azote ammoniacal. Méthodologie en [annexe](#)

Retrouvez la situation épidémiologique en médecine de ville dans le bulletin du [réseau Sentinelles](#).

## Point de situation

En semaine 01, l'activité liée aux infections respiratoires aiguës était en augmentation en médecine de ville et à l'hôpital dans toutes les classes d'âge excepté chez les moins de 15 ans. Cette hausse était principalement portée par l'activité grippale.

Dans l'Hexagone, l'épidémie de grippe s'accroissait en S01. En ville, l'augmentation de l'activité était moins importante par rapport aux deux semaines précédentes probablement en lien avec la période de congés. En revanche, à l'hôpital on observait encore une forte augmentation des indicateurs dans toutes les classes d'âges excepté chez les 5-14 ans. La part des hospitalisations pour grippe/syndrome grippal parmi les hospitalisations toutes causes se situait à un niveau d'intensité exceptionnellement élevé par comparaison aux saisons antérieures. Dans les établissements médicaux-sociaux, le nombre de cas groupés attribués à la grippe continuait d'augmenter. De plus la part des décès avec une mention de grippe parmi les décès certifiés électroniquement était encore en forte hausse (6,0% en S01 vs 3,9% en S52). Le virus A(H1N1)<sub>pdm09</sub> restait le plus souvent détecté mais les virus B/Victoria et A(H3N2) circulaient également de façon active. Les analyses de caractérisation des virus indiquaient que les souches virales A(H1N1)<sub>pdm09</sub> et B/Victoria circulant actuellement en France sont apparentées aux souches présentes dans les vaccins grippe 2024-25. Toutefois ces données devront être confrontées aux premières estimations d'efficacité vaccinale en vie réelle qui seront disponibles prochainement. En Outre-mer, la Guadeloupe et la Martinique étaient en épidémie en S52. La Guyane et Mayotte étaient en pré-épidémie.

Une diminution des indicateurs syndromiques de la bronchiolite était observée en ville et à l'hôpital en S01 pour la troisième semaine consécutive. Le pic épidémique est survenu en S50 dans l'Hexagone. L'épidémie continuait à suivre une dynamique similaire à celles des épidémies précédant la pandémie de COVID-19, avec une moindre intensité pour les nourrissons les plus jeunes à l'hôpital à ce stade de l'épidémie. Le taux de positivité du VRS (virus respiratoire syncytial) diminuait en médecine de ville comme à l'hôpital. Dans l'Hexagone, onze régions restaient en épidémie, l'Île-de-France en post-épidémie et la Corse en pré-épidémie. Dans les DROMs, la Guadeloupe et la Martinique étaient en épidémie depuis S43, Mayotte depuis S49 et la Guyane depuis fin juillet (S31). La Réunion était revenue à un niveau de base en S01.

Les indicateurs syndromiques de la COVID-19 restaient globalement stables en ville et à l'hôpital en S01 par rapport à la semaine précédente et à des niveaux bas. Les taux de positivité pour SARS-CoV-2 diminuaient en ville et à l'hôpital. Une diminution de l'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées était observée.

Le nombre de nouveaux épisodes d'IRA dans les établissements médico-sociaux (EMS) augmentait en S51 et S52, une tendance portée principalement par l'augmentation des nombres d'épisodes liés à la grippe et, dans une moindre mesure, au VRS. Ces données ne sont pas encore consolidées.

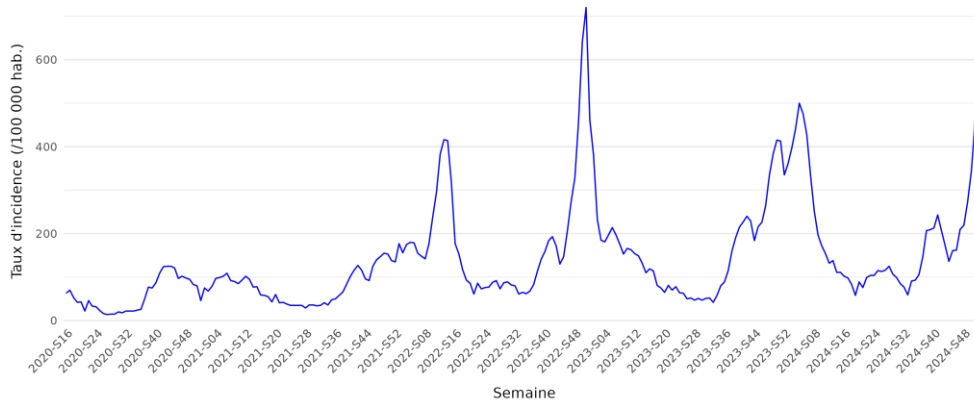
La vaccination reste le meilleur moyen de se protéger contre la grippe et à la COVID-19, en particulier des formes graves de ces maladies. Il est essentiel de recommander la vaccination à toutes les personnes éligibles, afin de les protéger et de protéger leur entourage : les personnes âgées de 65 ans et plus ; les personnes âgées de plus de 6 mois, atteintes de comorbidités ayant un risque élevé de forme grave de la maladie ; les personnes immunodéprimées; les femmes enceintes ; les résidents en établissement de soins de suite ou dans les établissements médico-sociaux quel que soit leur âge, ainsi que les personnes vivant dans l'entourage ou en contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables aux formes graves de l'infection, y compris les professionnels de santé. La campagne d'immunisation passive des nouveau-nés contre les infections à VRS est en cours. Deux stratégies sont possibles : soit la vaccination de la femme enceinte pour protéger le nouveau-né ou le nourrisson de moins de 6 mois soit l'immunisation des nourrissons par un anticorps monoclonal.

En complément des vaccinations et des traitements préventifs existants, l'adoption des gestes barrières reste indispensable pour se protéger de l'ensemble des maladies de l'hiver : le lavage des mains, l'aération des pièces et le port du masque en cas de symptômes (fièvre, mal de gorge ou toux), dans les lieux fréquentés et en présence de personnes fragiles.

## Médecine de ville

En semaine 01, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 501 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 467 -535] (données non consolidées seront ajustées exceptionnellement mercredi matin) vs 352 [342-362] en S52.

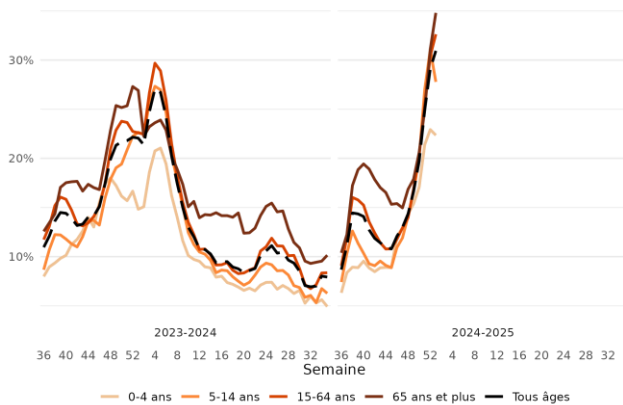
### Estimation de l'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale



Source : réseau Sentinelles, IQVIA

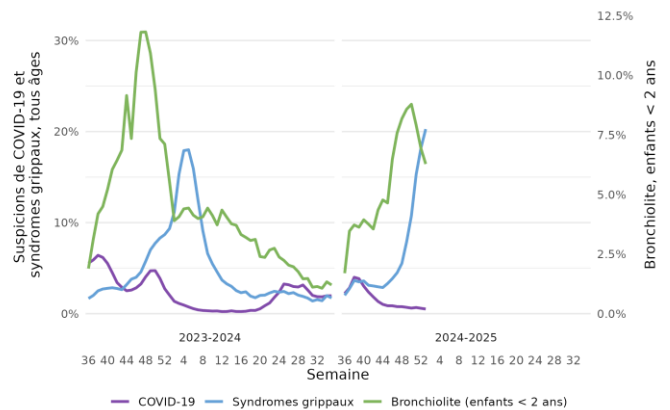
En semaine 01, 30 071 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 30,9% de l'ensemble des actes (vs 29,1% en S52). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 19 700, soit 20,3% (vs 18,2% en S52). Un total de 375 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins de deux ans, soit 6,3% (vs 6,9% en S52) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 502, soit 0,5% des actes SOS Médecins (vs 0,6% en S52).

### Part des IRA basses\* parmi les actes SOS Médecins



Source : SOS Médecins. \* Méthodologie en [annexe](#)

### Part des syndromes grippaux, des suspicions de COVID-19 (tous âges) et de la bronchiolite (chez les moins de 2 ans) parmi les actes SOS Médecins



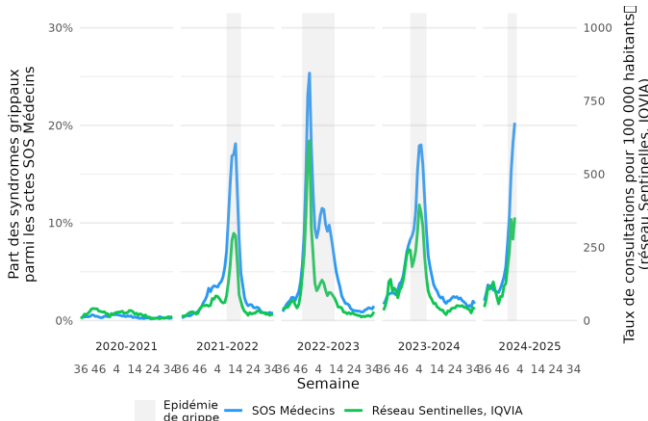
Source : SOS Médecins

## Grippe

En semaine 01, le taux de consultations tous âges confondus pour syndrome grippal estimé à partir des données du réseau Sentinelles et IQVIA était de 352 pour 100 000 habitants [IC95% : 324-381] (données non consolidées) vs 278 pour 100 000 habitants [268-287] en S52.

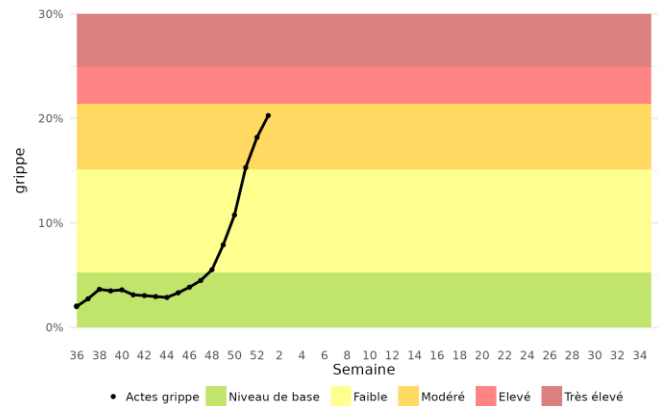
Les indicateurs de la grippe continuaient d'augmenter en médecine de ville en semaine 52. Toutefois, l'augmentation était moins importante en comparaison des deux semaines précédentes. Le niveau d'activité restait modéré tous âges confondus, chez les moins de 15 ans et chez les 15-64 ans mais demeurait cette semaine à un niveau élevé chez les 65 ans et plus,

### Consultations pour syndrome grippal : pourcentage parmi les actes SOS Médecins et taux de consultations pour 100 000 habitants (réseau Sentinelles, IQVIA)



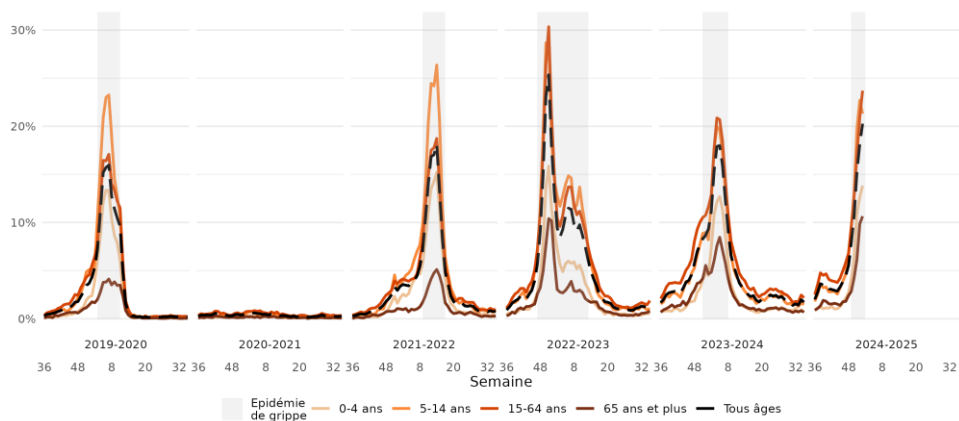
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins

### Part des syndromes grippaux parmi les consultations SOS Médecins, selon le niveau d'intensité\* pour cet indicateur



Source : SOS Médecins. \* Méthodologie en [annexe](#)

### Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



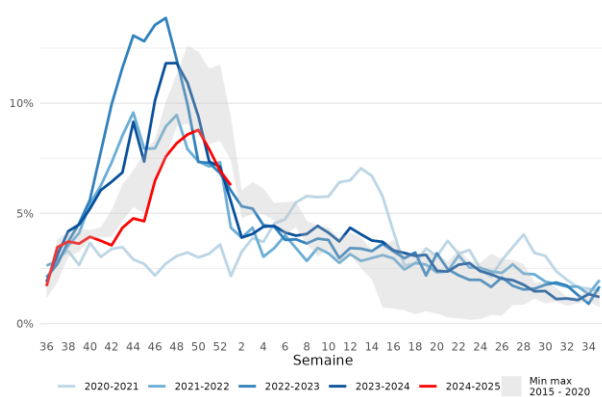
Source : SOS Médecins

## Bronchiolite

En semaine 01, parmi les 5 970 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 2 ans, 375 actes (6,3%) étaient liés à la bronchiolite.

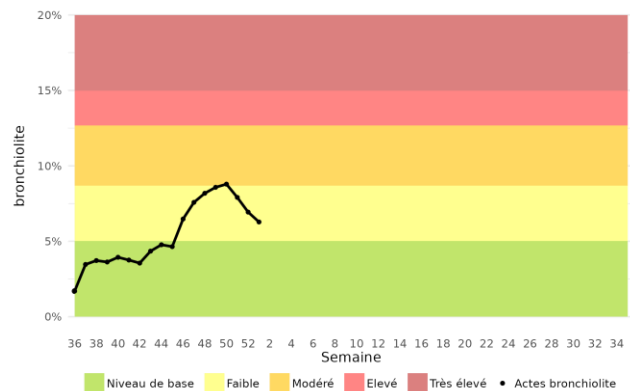
Les indicateurs de la bronchiolite issus des données SOS Médecins diminuaient en semaine 01 pour la troisième semaine consécutive. La part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins se situait à un niveau d'intensité faible.

### Part de la bronchiolite parmi les actes SOS Médecins chez les enfants de moins de 2 ans



Source : SOS Médecins

### Part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins chez les moins de 2 ans, selon le niveau d'intensité\* pour cet indicateur



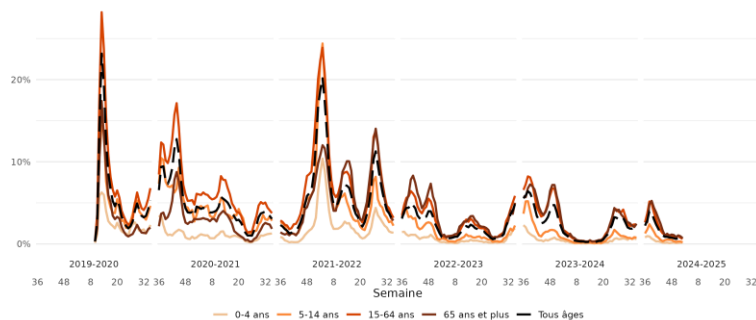
Source : SOS Médecins. \* Méthodologie en [annexe](#)

## COVID-19

En semaine 01, parmi les patients vus en consultation de médecine générale pour une infection respiratoire aiguë, le taux d'incidence des cas de COVID-19 a été estimé à 12 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 8 – 16] (données non consolidées) vs 9 [7 – 12] en S52.

Parmi les actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 92 ont été enregistrés chez les 65 ans et plus, soit 0,7% des actes dans cette classe d'âge (vs 0,9% en S52). Chez les 15-64 ans, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était de 366, soit 0,6% (vs 0,8% en S52). Chez les 5-14 ans, ce nombre était de 22, soit 0,2% (vs 0,3% en S52). Chez les 0-4 ans, 22 actes pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés, soit 0,2% des actes médicaux dans cette classe d'âge (vs 0,2% en S52).

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



Source : SOS Médecins

## Milieu hospitalier

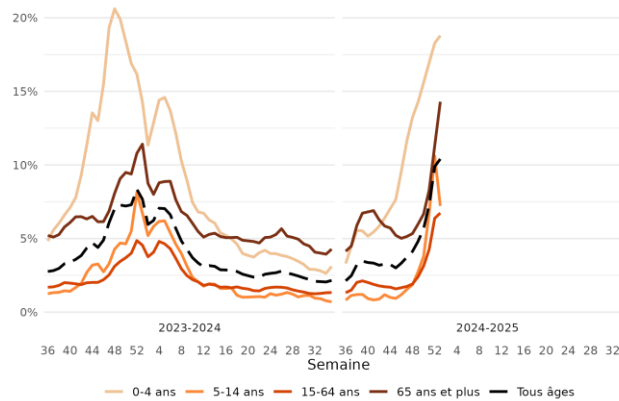
En semaine 01, 36 918 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 10,4% de l'ensemble des passages tous âges (vs 9,9% en S52). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 12 040, soit 16,5% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 14,2% en S52).

Le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal était de 18 391, soit 5,2% des passages (vs 5,0% en S52). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 3 946, soit 5,4% de l'ensemble des hospitalisations (vs 4,2% en S52).

Chez les moins de deux ans, 3 185 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 11,7% des passages dans cette classe d'âge (vs 12,2% en S52). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 1 023, soit 26,8% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 27,9% en S52).

En semaine 01, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 937, soit 0,3% de l'ensemble des passages (vs 0,3% en S52). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 412, soit 0,6% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,6% en S52).

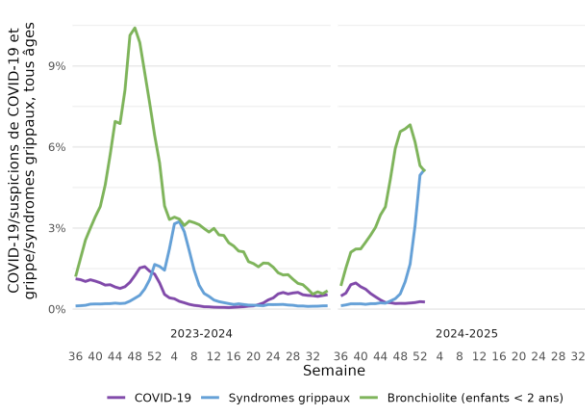
### Part des IRA basses parmi les passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

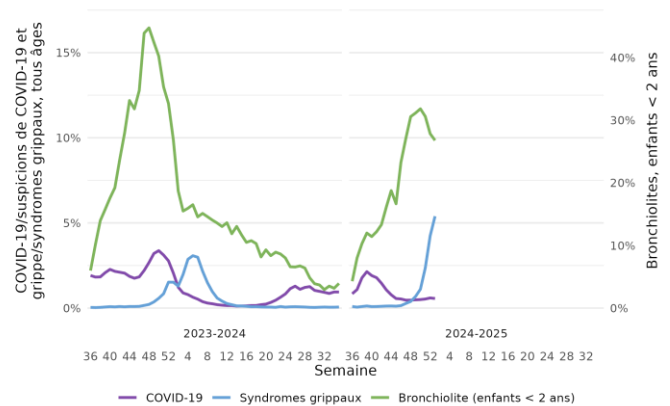
### Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 et de la grippe/syndrome grippal (tous âges) et part de la bronchiolite (chez les moins de 2 ans)

#### Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

#### Hospitalisations après passage

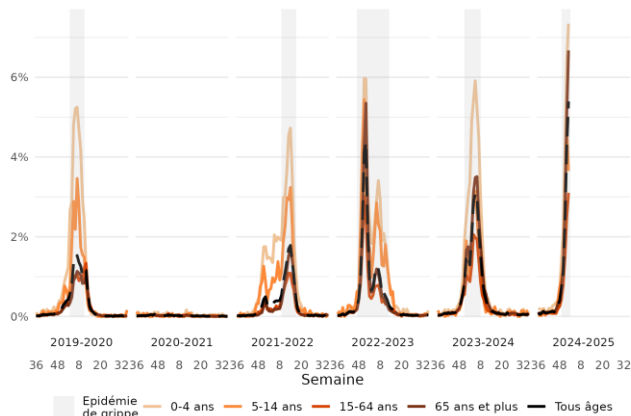


Source : réseau OSCOUR®

## Grippe

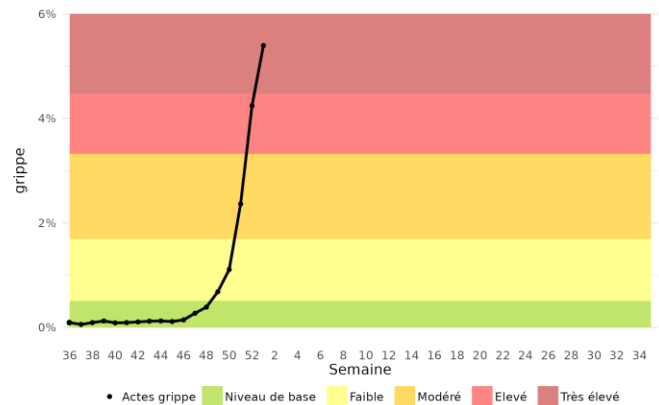
Les indicateurs de la grippe à l'hôpital étaient encore en forte progression en S01 dans toutes les classes d'âge excepté chez les 0-14 ans pour lesquels la hausse était moins marquée. La part des hospitalisations pour grippe syndrome grippal parmi les hospitalisations toutes causes se situait à un niveau d'intensité exceptionnellement élevé dans toutes les classes d'âge. Les 65 ans et plus représentaient 69% des hospitalisations après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal. En S01, 22% des passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal ont donné lieu à une hospitalisation tous âges confondus. Cette proportion était la plus élevée chez les 65 ans (54%). Elle représentait 11% chez 15-64 ans, 9% chez les moins de 5 ans et 6% chez les 5-14 ans.

### Part de la grippe/syndrome grippal parmi les hospitalisations après passage aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

### Part de la grippe/syndrome grippal parmi les hospitalisations après passage aux urgences, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur\*



Source : réseau OSCOUR®. \* Méthodologie en [annexe](#)

## Bronchiolite

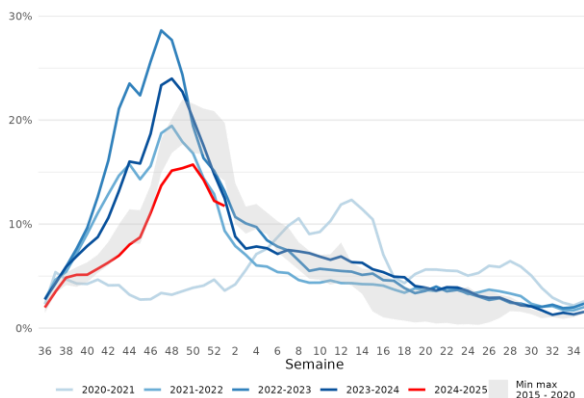
En semaine 01, chez les moins de 2 ans, la bronchiolite concernait 11,7% des passages aux urgences et 26,8% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 3 185 enfants de moins de 2 ans vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 01, 1 023 (32,1%) ont été hospitalisés, dont 957 étaient âgés de moins de 1 an.

Les indicateurs hospitaliers de la bronchiolite diminuaient en semaine 01 pour la troisième semaine consécutive. La part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences se situait à un niveau d'intensité faible.

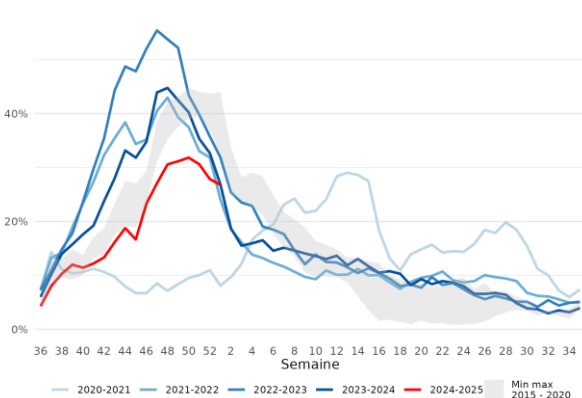
### Part de la bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans

#### Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

#### Hospitalisations après passage

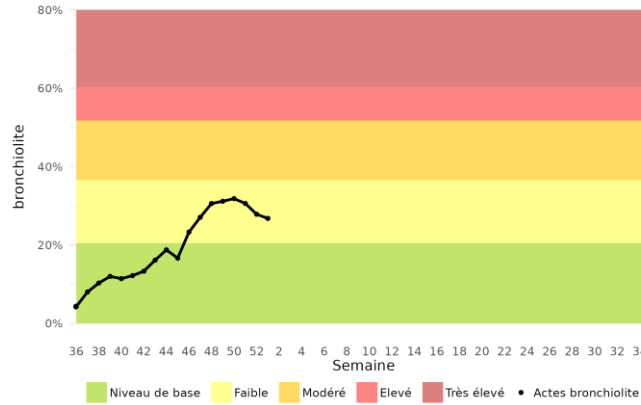


Source : réseau OSCOUR®



Une analyse détaillée chez les moins d'un an est disponible [ici](#).

### Part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences chez les moins de 2 ans, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur\*

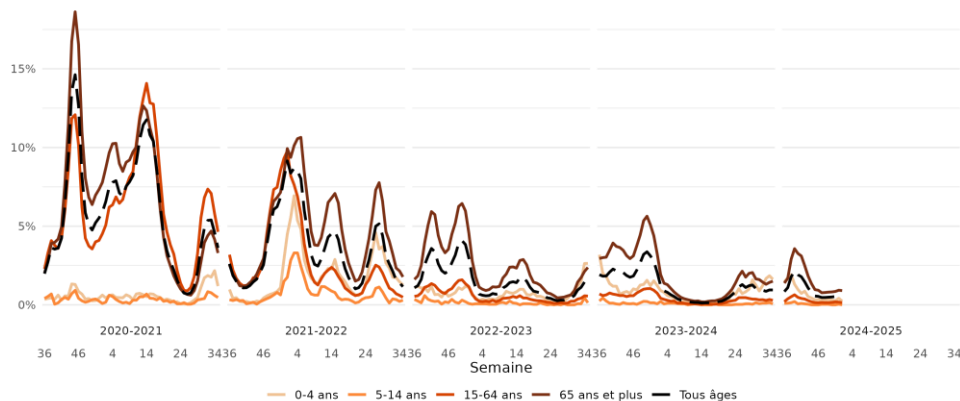


Source : réseau OSCOUR®. \* Méthodologie en [annexe](#)

## COVID-19

Chez les 65 ans et plus, 366 hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 ont été enregistrées, soit 0,9% des hospitalisations après passage dans cette classe d'âge (vs 0,9% en S52). Chez les 15-64 ans, le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 était de 34, soit 0,1% (vs 0,2% en S52). Chez les 5-14 ans, ce nombre était de 0, soit 0,0% (vs 0,0% en S52). Chez les 0-4 ans, 12 hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 ont été enregistrées, soit 0,2% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 0,4% en S52). Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 6 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S1, soit 0,2% (vs 0,4% en S52).

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



Source : réseau OSCOUR®

## Cas graves en réanimation

Depuis la semaine 40, 318 cas de grippe, 208 cas de COVID-19 et 93 cas d'infections à VRS\* ont été signalés par les services de réanimation participant à la surveillance (surveillance non exhaustive). Neuf cas de co-infections grippe/SARS-CoV-2 ont également été déclarés.

\* La surveillance des infections à VRS concerne uniquement les personnes âgées de 18 ans et plus.

### Caractéristiques des patients admis en service de réanimation suite à une infection par les virus de la grippe, du SARS-CoV-2 ou du VRS au cours de la saison 2024-2025

	Grippe N = 318 (51%)		COVID-19 N = 208 (34%)		Infection à VRS N = 93 (15%)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Sexe</b>						
Femme	150	47	78	38	35	38
Homme	165	52	128	62	57	61
Indéterminé	1	0	2	1	1	1
Non renseigné	2		0		0	
<b>Classe d'âge (années)</b>						
< 2	20	6	14	7	-	
2-17	21	7	4	2	-	
18-64	133	42	53	26	39	42
65 et plus	141	45	136	66	54	58
Non renseigné	3		1		0	
<b>Données virologiques</b>						
A, sans précision	216	79	-	-	-	-
A(H1N1)pdm09	27	10	-	-	-	-
A(H3N2)	7	3	-	-	-	-
B	24	9	-	-	-	-
Co-infection virus grippaux	1	0	-	-	-	-
Non renseigné	43		-	-	-	-
<b>Présence de comorbidité(s)</b>	274	87	186	89	92	99
<b>Vaccination grippe pour la saison en cours</b>						
Oui	47	15	15	7	20	22
Non	181	57	115	55	24	26
Ne sait pas/Non renseigné	90	28	78	38	49	53
<b>Vaccination COVID-19 depuis moins de 6 mois</b>						
Oui	27	8	11	5	13	14
Non	163	51	132	63	28	30
Ne sait pas/Non renseigné	128	40	65	31	52	56
<b>Syndrome de détresse respiratoire aiguë</b>						
Aucun	150	59	99	52	62	74
Mineur	27	11	8	4	8	10
Modéré	47	18	34	18	12	14
Sévère	32	13	50	26	2	2
Non renseigné	62		17		9	
<b>Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive</b>						
Aucune	13	4	12	6	2	2
Ventilation non-invasive	208	68	118	57	68	75
Ventilation invasive	78	26	76	37	21	23
Assistance extracorporelle	6	2	1	0	0	0
Non renseigné	13		1		2	

Source : réseau de services de réanimation sentinelles.

Compte tenu des arrondis, la somme des pourcentages peut être différente de 100%.

Parmi les 318 cas de grippe, 86% avaient 18 ans ou plus. Un virus de type A a été identifié dans 90% des cas où le virus a été typé (250/275). Parmi les 228 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 79% n'étaient pas vaccinés contre la grippe. Vingt-trois décès ont été signalés, dont 12 chez les 65 ans ou plus (données non consolidées).

Parmi les 208 cas de COVID-19, 91% étaient âgés de 18 ans et plus. Parmi eux, la majorité étaient des hommes et la présence d'au moins une comorbidité était reportée pour 89% des cas. Parmi les 143 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 92% n'étaient pas vaccinés contre la COVID-

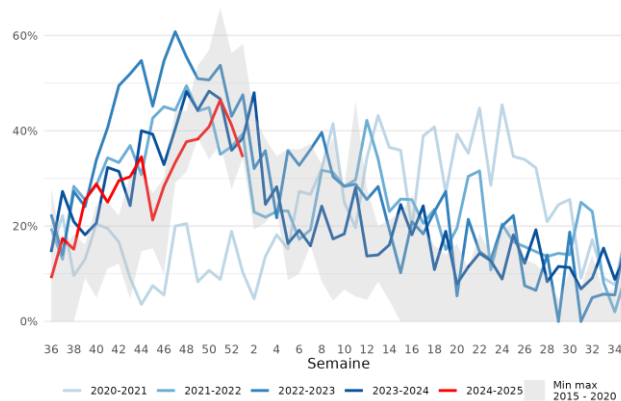
19 au cours des 6 derniers mois. Quarante-trois décès ont été signalés, dont 38 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Parmi les 93 cas d'infections à VRS, 58% étaient âgés de 65 ans ou plus. Les patients présentant au moins une comorbidité représentaient 99% des cas. Quatre décès ont été signalés, dont 3 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

## Bronchiolite

En semaine 01, 20 hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans ont été enregistrées, soit 34,5% de l'ensemble des hospitalisations en service de réanimation dans cette classe d'âge (vs 41,2% en S52). Chez les moins de 1 an, le nombre d'hospitalisations en réanimation après passage aux urgences était de 18, soit 36,7% des hospitalisations en service de réanimation (vs 46,6% en S52).

### Part de la bronchiolite parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences chez les enfants de moins de 2 ans



Source : réseau OSCOUR®

La surveillance des cas graves de bronchiolite chez les moins de 2 ans s'appuie sur des services de réanimation pédiatrique volontaires. Sont signalés les patients de moins de 2 ans avec une bronchiolite nécessitant une prise en charge en réanimation, quel que soit le virus à l'origine de l'infection (identifié ou non). Les services participant peuvent signaler tous les cas admis en réanimation ou les cas admis en réanimation un jour donné de la semaine. Cette surveillance n'est pas exhaustive.

Depuis début septembre 2024 et jusqu'au 7 janvier 2025, 308 cas graves de bronchiolite ont été signalés par les services de réanimation participants. Parmi eux, le VRS et les rhinovirus/entérovirus ont été identifiés dans 191 et 79 cas respectivement (soit 62% et 26% des cas pour lesquels un pathogène a été recherché et identifié). Les cas étaient majoritairement âgés de moins de 6 mois (72%) et 33% des cas avaient au moins une comorbidité identifiée ou étaient nés prématurés. Un traitement préventif contre les infections à VRS par anticorps monoclonal avait été administré pour 29% des cas.

## Caractéristiques des nourrissons admis en service de réanimation pour une bronchiolite en France au cours de la saison 2024-2025, données du 07 janvier 2024

	Bronchiolite N = 308	
	N	%
<b>Sexe</b>		
Garçon	172	56
Fille	131	43
Non renseigné	5	2
<b>Classe d'âge (mois)</b>		
< 1	33	11
1-2	120	39
3-5	67	22
6-11	57	19
12-24	27	9
Non renseigné	4	1
<b>Agent pathogène (seul ou en co-infection)*</b>		
VRS	191	62
Rhinovirus/Entérovirus	79	26
Métapneumovirus	18	6
SARS-CoV-2	7	2
Parainfluenzae virus	13	4
Grippe	9	3
Adénovirus	9	3
Coronavirus saisonnier	4	1
Bocavirus	5	2
Autre pathogène	10	3
Non identifié/Non recherché/Non renseigné	23	7
<b>Présence de comorbidité(s) et/ou prématurité**</b>		
Prématurité	61	20
Pathologie pulmonaire	20	6
Pathologie cardiaque	19	6
Pathologie neuromusculaire	4	1
Pathologie rénale	2	1
<b>Traitement préventif pour le VRS</b>		
Nirvesimab (Beyfortus®)	114	37
Palivizumab (Synagis®)	1	<1
<b>Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive</b>		
Ventilation non invasive	152	51
Oxygénothérapie à haut-débit	132	44
Ventilation invasive	12	4
Assistance extracorporelle	4	1
Aucune/Non renseignée	8	3
<b>Décès</b>		
	2	1

Source : réseau de services de réanimation sentinelles pédiatriques. Compte tenu des arrondis, la somme des pourcentages peut être différente de 100%. \* Plusieurs agents pathogènes possibles pour un patient (co-infections). Le total est supérieur à 100%. \*\* Seules les comorbidités les plus fréquentes sont décrites. Plusieurs comorbidités possibles pour un patient

## Établissements médico-sociaux

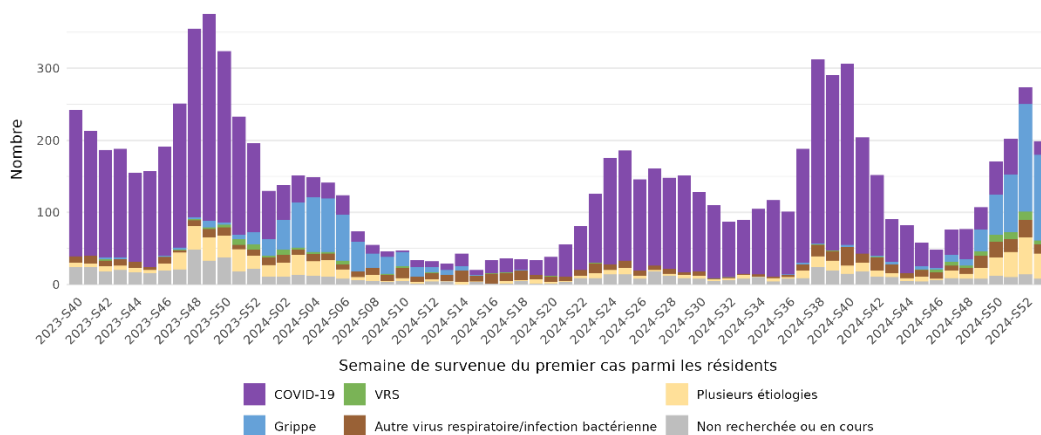
Depuis la semaine 40, 1 956 épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) sont survenus dans les établissements médico-sociaux (EMS) et ont été déclarés via le portail national des signalements du ministère de la Santé et de la Prévention\*, dont 1 815 (92%) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Parmi l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 1 821 (93%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 947 (52%) étaient exclusivement attribués à la COVID-19 et 423 (23%) à la grippe. Le VRS était la seule étiologie dans 50 épisodes (3%) et était seul ou associé à un autre pathogène dans 102 épisodes (6%).

Le nombre de nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA était en augmentation en semaines 51 et 52, cette tendance étant portée principalement par l'augmentation des épisodes liés à la grippe et dans une moindre mesure à ceux liés au VRS. Ces données ne sont pas consolidées.

Un total de 248 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 52 (données non consolidées) vs 198 en S51. Parmi eux, 135 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 81 en S51), 10 étaient attribués exclusivement à une infection à VRS (vs 8 en S51) et 23 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 48 en S51).

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



S1 et S52 : 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

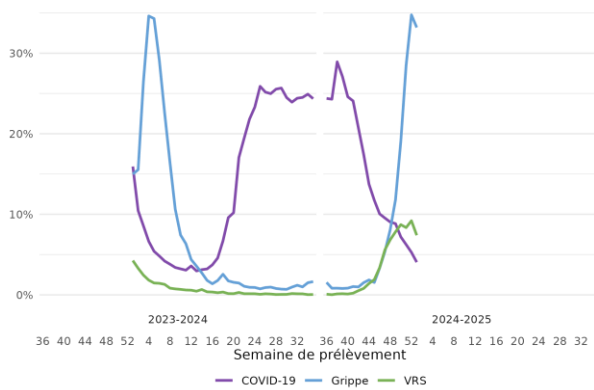
En semaine 01, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 33,2% (2 424/7 302) pour les virus grippaux (vs 34,8% en S52), 7,4% (527/7 118) pour le VRS (vs 9,2% en S52), 4,1% (298/7 336) pour le SARS-CoV-2 (vs 5,3% en S52).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les médecins des réseaux Sentinelles, SOS Médecins et DUMG Rouen et Côte d'Azur était de 42,6% (55/129) pour les virus grippaux (vs 54,3% en S52), 3,9% (5/129) pour le VRS (vs 5,7% en S52), 0,8% (1/129) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,1% en S52) et 7,0% (9/129) pour le rhinovirus (vs 8,6% en S52).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 23,1% (3 845/16 633) pour les virus grippaux (vs 22,1% en S52), 9,0% (1 286/14 350) pour le VRS (vs 10,0% en S52), 4,4% (748/16 820) pour le SARS-CoV-2 (vs 4,6% en S52) et 11,1% (803/7 251) pour le rhinovirus (vs 14,4% en S52).

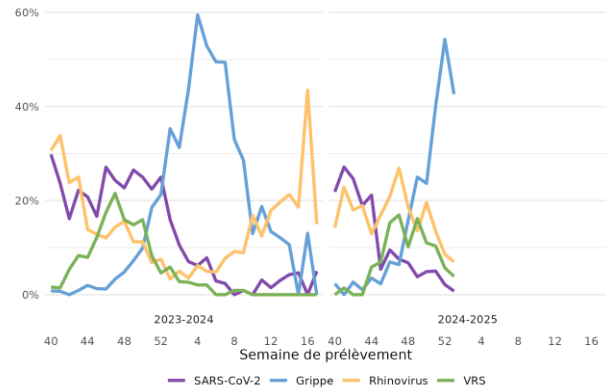
### Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale

#### Laboratoires de biologie médicale en ville



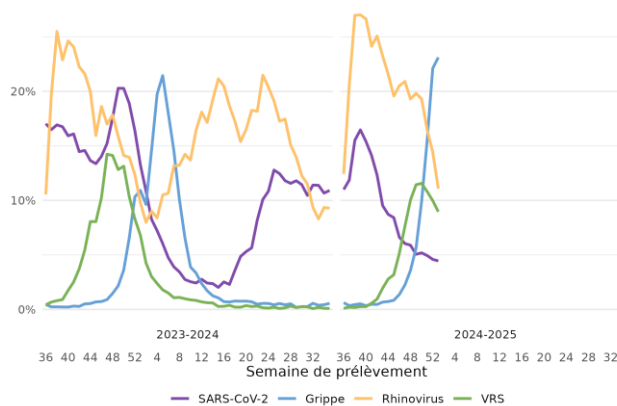
Source : réseau RELAB, CNR-VIR

#### Médecine de ville



Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR. Reprise des analyses en S40.

#### Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

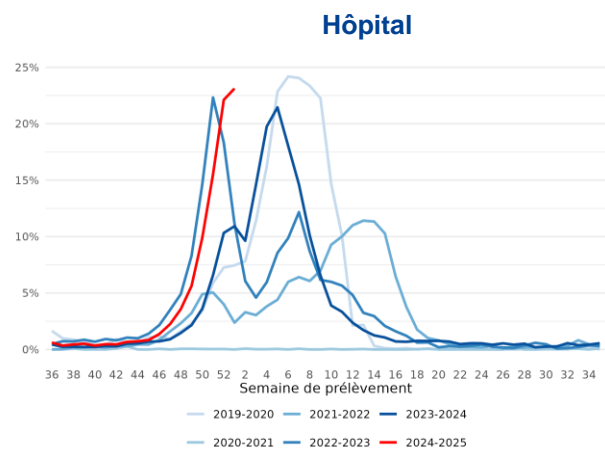
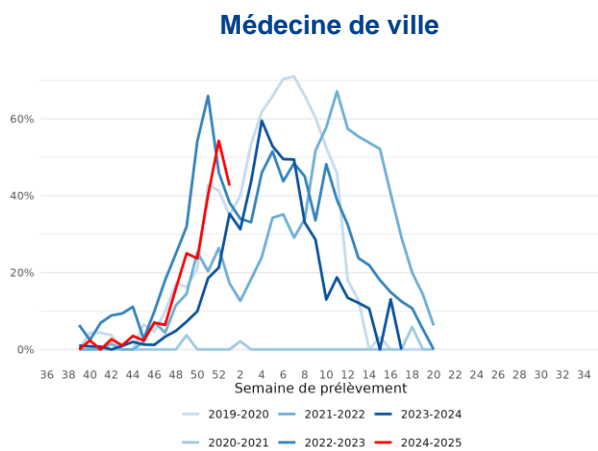
## Virus grippaux

En semaine 01, le taux de positivité en médecine de ville diminuait à 42,6% (-11,7 points par rapport à S52 (peu de prélèvements disponibles cette semaine) et le taux de positivité à l'hôpital continuait d'augmenter 23,1% (+1,0 point).

En médecine de ville, parmi les 2 299 prélèvements testés depuis la semaine 40, 442 virus grippaux ont été détectés dont 219 A(H1N1)<sub>pdm09</sub> (soit 50% des virus détectés), 73 A(H3N2), 13 virus A non sous-typés, 122 B(Victoria) (soit 28%) et 15 B sans lignage identifié.

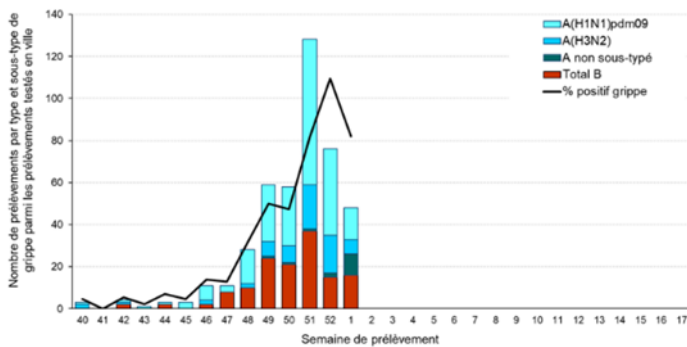
A l'hôpital (réseau RENAL/CNR), parmi les 168 633 prélèvements testés depuis la semaine 40, 13 210 se sont avérés positifs pour un virus grippal (7,8%), dont une majorité de virus de type A (83%) : 9 033 virus de type A non sous-typés, 1 104 A(H1N1)<sub>pdm09</sub>, 699 A(H3N2) et 2 374 virus de type B (soit 17%).

### Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale



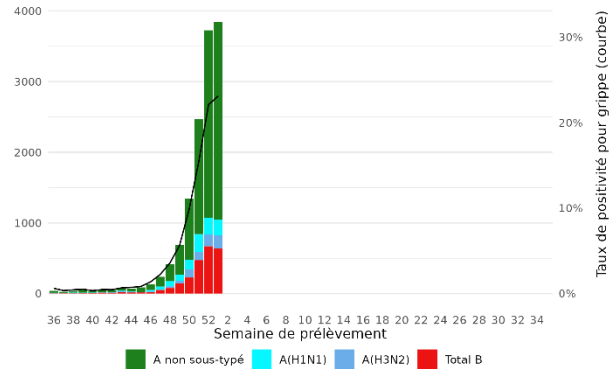
## Distribution des types et sous-types de virus grippaux des prélèvements réalisés en France hexagonale

### Médecine de ville



Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR

### Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

## Caractérisations antigénique et génétique des virus grippaux

Les analyses des virus grippaux circulants actuellement indiquent que :

- Les virus A(H1N1)<sub>pdm09</sub> caractérisés sont antigéniquement apparentés à la souche vaccinale (A/Victoria/4897/2022 – clade 5a.2a.1).
- Les virus A(H3N2) les plus récents présentent un profil antigénique non totalement apparenté à la souche vaccinale HN 2024/25 (A/Thaïland/8/2022 clade 2a.3a.1). Ils sont antigéniquement apparentés aux souches sélectionnées pour le vaccin HS 2025 (A/Croatia/10136RV/2023 et A/District of Columbia/27/2023 – du même clade 2a.3a.1).
- Les virus B-Victoria sont antigéniquement apparentés à la souche vaccinale B/Austria/1359417/2021 – clade 3a.2.

Les profils antigéniques des virus A(H1N1)<sub>pdm09</sub> et B-Victoria sont apparentés aux souches vaccinales. Ces résultats devront être confrontés aux premières estimations d'efficacité vaccinales en vie réelle qui seront disponibles prochainement.

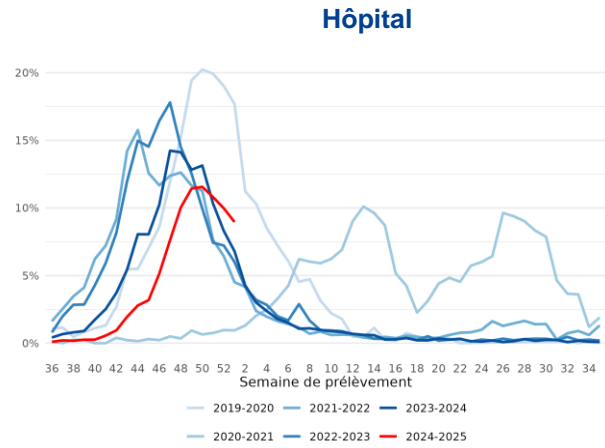
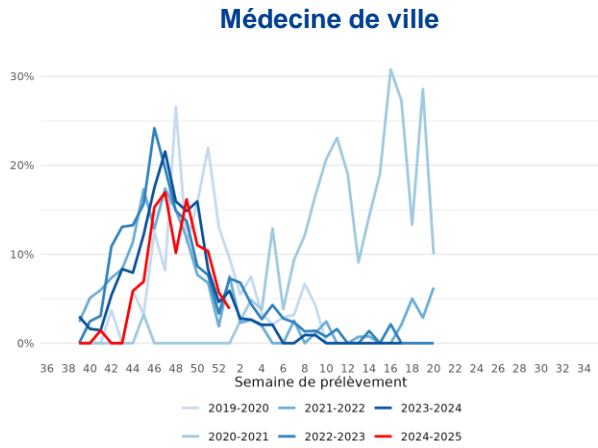
Pour plus d'informations sur les données virologiques issues du réseau RENAL de laboratoires hospitaliers et du réseau RELAB de laboratoires de biologie médicale, consultez [le bulletin hebdomadaire du Centre national de référence Virus des infections respiratoires](#)



## VRS

En semaine 01, parmi les 129 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, 5 (3,9%) étaient positifs pour le VRS. Parmi les 14 350 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 1 286 (9,0%) étaient positifs pour le VRS.

### Taux de positivité\* pour VRS des prélèvements réalisés en France hexagonale



Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR

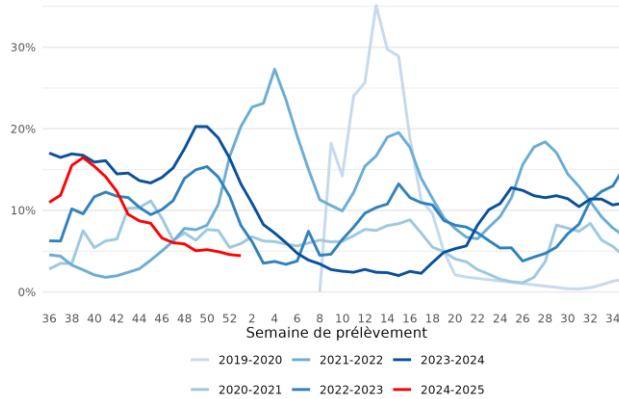
Source : réseau RENAL, CNR-VIR

\* Prélèvements tous âges. Les proportions sont rapportées aux nombres de prélèvements pour lesquels le pathogène a été testé, tous symptômes confondus

## SARS-CoV-2

En semaine 01, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 4,4% (748/16 820) pour le SARS-CoV-2 (vs 4,6% en S52).

### Taux de positivité pour le SARS-CoV-2 des prélèvements réalisés à l'hôpital en France hexagonale

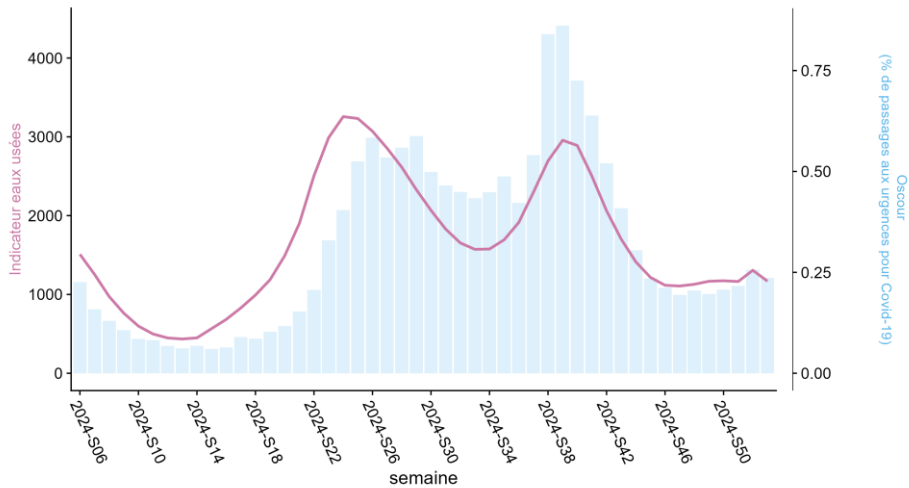


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

## Surveillance dans les eaux usées

En semaine 01, une légère tendance globale à la baisse du niveau de SARS-CoV-2 dans les eaux a été observée en France, avec une intensité de circulation restant faible (51 des 54 stations de traitement des eaux usées disposaient de résultats interprétable).

### 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 (Méthodologie en [annexe](#))

## Surveillance génomique

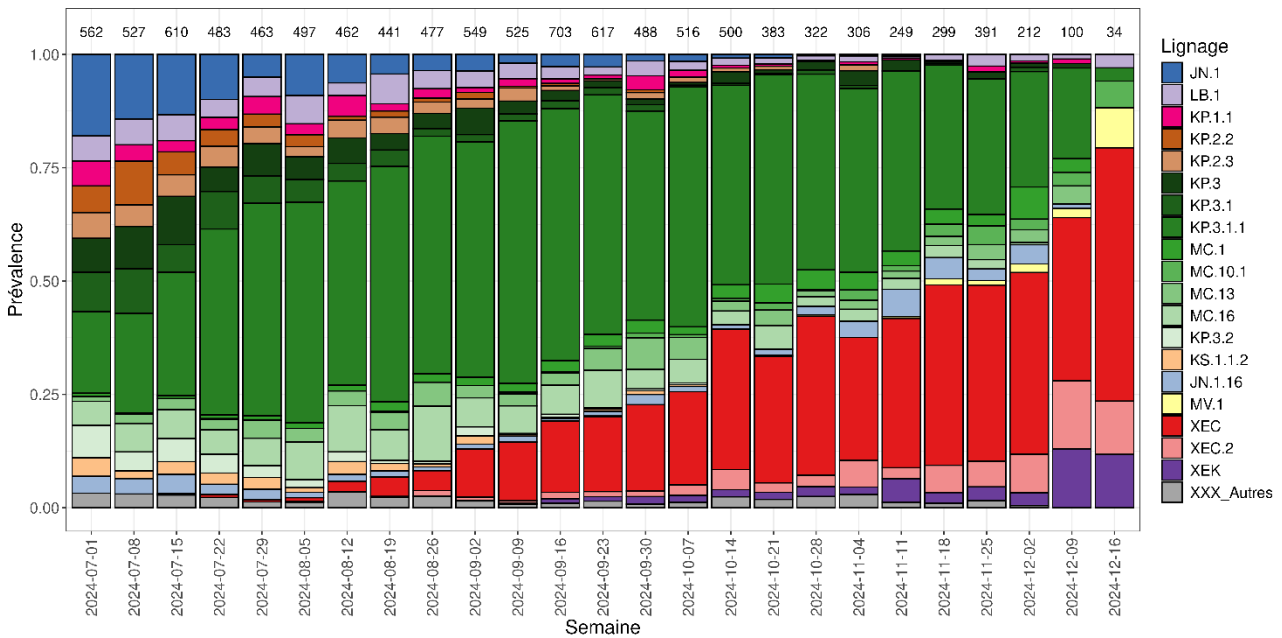
Dans l'Hexagone, en S50 (09/12) et S51 (16/12), le lignage XEC (recombinant KS.1.1/JP.3.3) est le plus fréquemment détecté avec une proportion de 41% sans ses sous-lignages (55/134, en augmentation), suivi de KP.3.1.1 avec une proportion de 15,7% sans ses sous-lignages (21/134, en baisse) et XEC.2 avec 14,2% (19/134, en augmentation), et devant XEK (recombinant KP.2.3/XEC) qui représentait 12,7% (17/134, en augmentation) des séquences détectées.

Au total, sur les deux dernières semaines analysées, le lignage XEC accompagné de l'ensemble de leurs sous lignages (incluant ceux présents à plus de 5% sur la figure), représentait 55,2% de l'ensemble des séquences détectées dans l'Hexagone.

Au regard du plus faible nombre de séquences analysées en S51, une consolidation des données dans les prochaines semaines s'avère nécessaire pour l'interprétation des tendances.

Le graphique représente pour chaque semaine les pourcentages des variants SARS-CoV-2 détectés en France hexagonale d'après les données déposées sur la base de données Emergen. Les lignages représentant moins de 5% des variants détectés sont inclus dans le lignage parental ou dans « XXX\_Autres ». Le nombre de séquences disponibles pour chaque semaine est indiqué au-dessus de l'histogramme. Données produites par le CNR-VIR en s'appuyant notamment sur le réseau RELAB.

Détection des variants SARS-CoV-2, France hexagonale



Source : CNR-VIR

## Mortalité

### Certification électronique

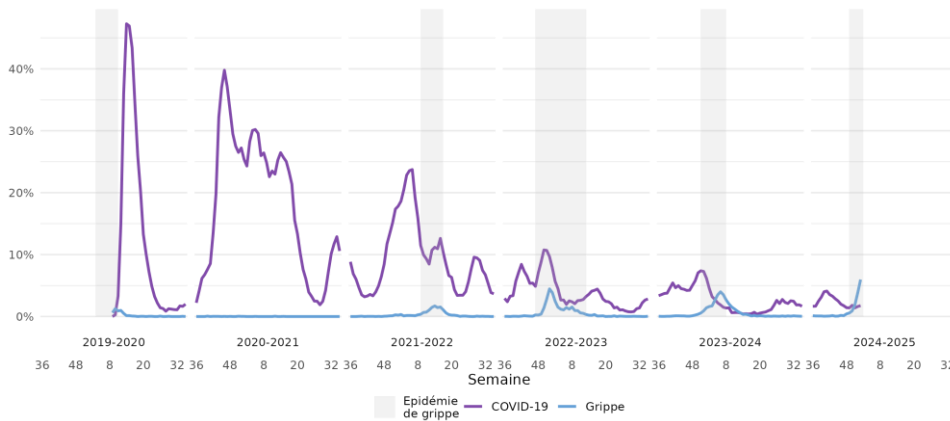
En semaine 01, parmi les 7 894 décès déclarés par certificat électronique, 6,0% l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (vs 3,9% en S52). Cette proportion était supérieure aux données observées au pic des deux dernières saisons (4,5% en 2022-23 et 4,0% en 2023-24).

La COVID-19 était mentionnée dans 1,8% des décès (vs 1,6% en S52).

En semaine 52, la part des décès avec une mention de grippe parmi l'ensemble des décès certifiés électroniquement continuait de progresser. Parmi les 471 décès liés à la grippe déclarés en S01, 435 (92%) concernaient des personnes de 65 ans et plus, 33 personnes de 15 à 64 ans et 3 de 0-14 ans,

En progression, le déploiement du dispositif de certification électronique recouvrait, fin 2023, 43% de la mortalité nationale, variant de 15% à 60% selon les régions de l'Hexagone. La part des décès certifiés électroniquement est également hétérogène selon le type de lieu de décès (environ 66% des décès survenant en établissements hospitaliers, près de 30% en Ehpad et 11% à domicile).

#### Part des décès avec une mention de grippe et COVID-19 parmi l'ensemble des décès certifiés par voie électronique



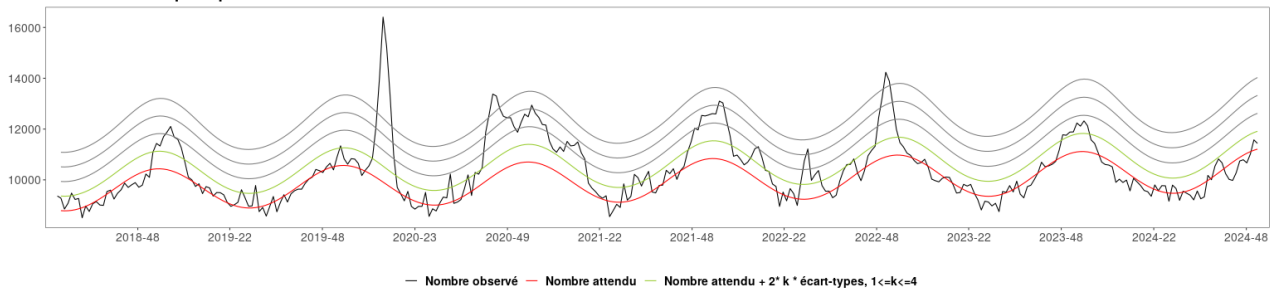
Source : CapiDC

### Mortalité toutes causes

Le nombre de décès toutes causes confondus transmis par l'Insee était dans les marges de fluctuation habituelle dans toutes les classes d'âge jusqu'en S52.

#### Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges, 2018 à 2024 (jusqu'en semaine 52)

Effectifs hebdomadaires de mortalité - France - Tous Ages  
Sources : Santé publique France - Insee



Source : Insee. Dernière semaine incomplète

## Prévention

### Vaccination contre la COVID-19

La campagne de vaccination contre la COVID-19 a débuté le 15 octobre 2024. Cette campagne est couplée à la campagne de vaccination contre la grippe. Elle cible toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes âgées de plus de 6 mois, atteintes de comorbidités ayant un risque élevé de forme grave de la maladie, les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes, les résidents en Ehpad (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et USLD (Unité de soins de longue durée), ainsi que les personnes vivant dans l'entourage ou en contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables aux formes graves de l'infection, y compris les professionnels de santé. Le vaccin disponible est le vaccin Comirnaty®, vaccin à ARN messager (Laboratoire Pfizer-BioNTech).

### Vaccination contre la grippe

La campagne de vaccination contre la grippe a débuté le 15 octobre 2024 dans l'Hexagone. Cette campagne est couplée à la campagne de vaccination contre la COVID-19. Elle cible toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes âgées de plus de 6 mois, atteintes de comorbidités ayant un risque élevé de forme grave de la maladie, les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes, les résidents en établissement de soins de suite ou dans établissement médico-social quel que soit leur âge, ainsi que les personnes vivant dans l'entourage ou en contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables aux formes graves de l'infection, y compris les professionnels de santé. Les vaccins disponibles sont les vaccins Vaxigrip Tetra® (Laboratoire Sanofi-Pasteur), Influvac Tetra® (Laboratoire Viartis) et Fluarix Tetra® (Laboratoire GSK).

### Prévention des infections à virus respiratoire syncytial (VRS) du nourrisson

La campagne d'immunisation des nouveau-nés et nourrissons contre les infections à VRS comprend deux stratégies possibles. Les parents informés par les professionnels de santé peuvent décider de la stratégie à suivre pour leur enfant.

#### 1. Vaccination chez la femme enceinte, en vue de protéger le nouveau-né et le nourrisson de moins de 6 mois

La vaccination de la femme enceinte est recommandée selon le schéma à une dose avec le vaccin Abrysvo®, entre la 32<sup>e</sup> et la 36<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée, entre septembre et la fin de la période endémique.

La vaccination contre le VRS chez les femmes enceintes immunodéprimées n'est pas recommandée. Dans ce cas, l'administration d'un anticorps monoclonal (palivizumab - Synagis® ou nirsevimab - Beyfortus®) chez le nouveau-né, dès la naissance, ou chez le nourrisson est privilégiée.

#### 2. Immunisation passive des nourrissons par un anticorps monoclonal

- nirsevimab (Beyfortus®) : la population éligible correspond aux nourrissons nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024 dans l'Hexagone, en Guyane, Martinique, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy ; à partir du 1<sup>er</sup> février 2024 pour La Réunion et la Guadeloupe et à partir du 15 mars 2024 pour Mayotte.

- palivizumab (Synagis®) : la population éligible correspond aux nourrissons nés prématurés et/ou à risque particulier d'infections graves.

## Gestes barrières

En complément des vaccinations et des traitements préventifs existants, l'adoption des gestes barrières reste indispensable pour se protéger de l'ensemble des maladies de l'hiver :

- lavage des mains,
- aération régulière des pièces,
- port du masque en cas de symptômes (fièvre, mal de gorge ou toux), dans les lieux fréquentés et en présence de personnes fragiles.

## Prévenir les maladies de l'hiver

Retrouvez des informations sur la prévention des maladies de l'hiver sur le site de [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr).

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**  
Liberté  
Égalité  
Fraternité

**Santé publique France**

Grippe, bronchiolite, gastro-entérite, covid  
**Les maladies de l'hiver**

**Comment se transmettent-elles ?**

- Les postillons
- Les mains

**Comment les éviter ?**

- Lavez-vous les mains
- Aérez les pièces
- Portez un masque lorsqu'il y a du monde ou si vous êtes malade
- Vaccin contre la grippe, covid et certaines gastro-entérites

Pour les enfants ou personnes fragiles, si vous êtes malade, il faut voir un **médecin**.  
S'il n'est pas disponible, appelez le 15

QR code

• d'infos et traductions sur :  
[www.santepubliquefrance.fr/accessible/virushiver](https://www.santepubliquefrance.fr/accessible/virushiver)

Site et graphique : Héron - Révisé le 2021 - M-F-W-2021-02-02 - © Santé publique France

## 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, Centre national de référence Virus des infections respiratoires, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, surveillance microbiologique des eaux usées, 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](#)

Evolution des comportements et de la santé mentale : enquêtes [CoviPrev](#)

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 Hanguelhard, Frédéric Jourdain, Anna Maisa, Nicolas Méthy, Damien Mouly, Harold Noël, Isabelle Parent du Chatelet, Laïla Toro, Sophie Vaux, Delphine Viriot, Centre national de référence Virus des infections respiratoires

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 01 (30 décembre 2024 au 5 janvier 2025). Saint-Maurice : Santé publique France, 23 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Date de publication : 8 janvier 2025

Contact : [presse@santepubliquefrance.fr](mailto:presse@santepubliquefrance.fr)