

Infections respiratoires aiguës

Semaine 02 (6 au 12 janvier 2025). Publication : 15 janvier 2025

ÉDITION NATIONALE

Tendances de la semaine

Infections respiratoires aiguës (IRA). Activité en augmentation en ville particulièrement chez les enfants et en diminution à l'hôpital.

Grippe. Intensification de l'activité grippale en ville dans l'Hexagone. Sévérité marquée de l'épidémie, avec une activité hospitalière très élevée et une nette augmentation des décès. Co-circulation des trois virus grippaux A(H1N1)_{pdm09}, A(H3N2) et B/Victoria.

Bronchiolite. Diminution de la majorité des indicateurs. Dans l'Hexagone, 5 régions en épidémie, 7 régions en post-épidémie. Dans les DROMs, poursuite de l'épidémie en Martinique, Guyane et à Mayotte. Guadeloupe en post-épidémie.

COVID-19. Activité stable à des niveaux bas.

Indicateurs clés

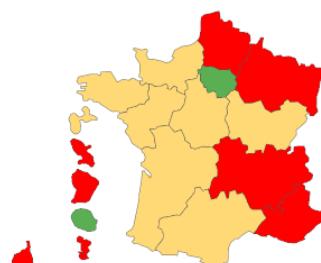
Indicateurs syndromiques

Part de la pathologie parmi	IRA basses		Syndrome grippal		Bronchiolite (moins de 2 ans)		COVID-19	
	S02	S02 vs S01	S02	S02 vs S01	S02	S02 vs S01	S02	S02 vs S01
Actes médicaux SOS Médecins	30,6%	-0,3 pt	22,5%	+2,2 pt	4,7%	-1,6 pt	0,4%	-0,1 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	8,3%	-2,2 pt	4,3%	-0,9 pt	8,5%	-3,3 pt	0,2%	-0,1 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	13,7%	-2,8 pt	4,6%	-0,9 pt	19,3%	-7,2 pt	0,5%	-0,1 pt

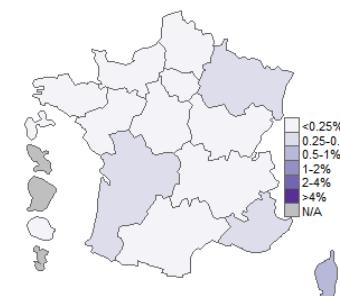
Niveau d'alerte régional*
Grippe^{1,2,3}



Bronchiolite^{1,2}



Taux de passages aux urgences**
COVID-19¹



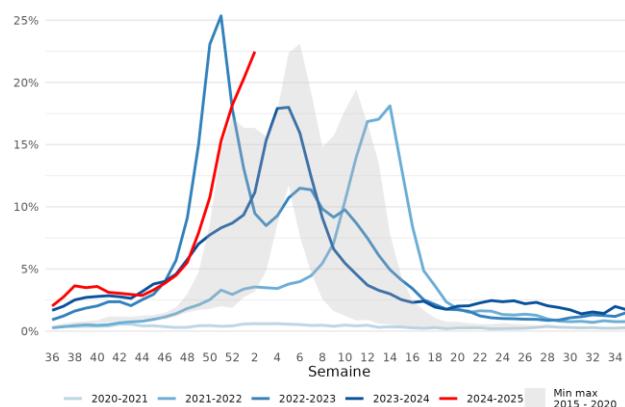
■ Pas d'alerte ■ Pré-épidémie ■ Epidémie ■ Post-épidémie

* Méthodologie en [annexe](#). Antilles : niveau d'alerte pour S01. ** Données non disponibles pour Mayotte.

Source : ¹ réseau OSCOUR®, ² SOS Médecins, ³ réseau Sentinelles

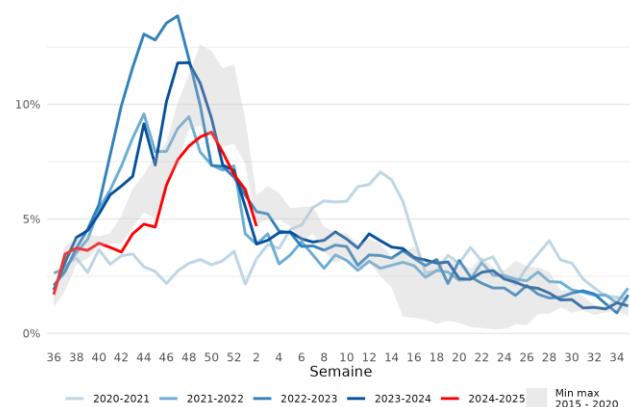
Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les [bulletins régionaux](#) de Santé publique France.

Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



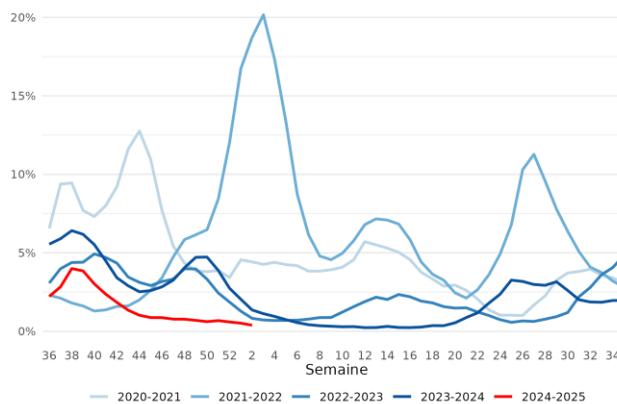
Source : SOS Médecins

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	
	S02	S02 vs S01	S02	S02 vs S01	S02	S02 vs S01
Taux de positivité des prélèvements						
Laboratoires de ville ^{1,2}	30,4%	-2,9 pt	7,1%	-0,3 pt	3,2%	-0,9 pt
Médecine de ville ^{1,3,*}	52,1%	+9,1 pt	6,8%	+1,9 pt	3,0%	+0,6 pt
Milieu hospitalier ^{1,4}	21,2%	-2,1 pt	6,9%	-1,7 pt	3,7%	-0,5 pt
Surveillance dans les eaux usées ^{5,**}					927	-7,8%

Source : ¹ CNR-VIR, ² réseau RELAB, ³ réseau Sentinelles, SOS Médecins, DUMG Rouen et Côte d'Azur, ⁴ réseau RENAL, ⁵ 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 02, l'activité liée aux infections respiratoires aiguës en médecine de ville était en augmentation chez les moins de 15 ans et stable ou en légère diminution chez les adultes. Les indicateurs hospitaliers diminuaient dans toutes les classes d'âge.

Dans l'Hexagone, l'épidémie de grippe s'intensifiait en S02, avec toutefois des dynamiques différentes selon les sources de données et les classes d'âge. En ville, l'activité augmentait chez les moins de 65 ans, particulièrement chez les enfants, et ralentissait légèrement chez les 65 ans et plus. Elle atteignait un niveau d'intensité élevé dans toutes les classes d'âge. A l'hôpital, on observait une diminution des indicateurs grippe/syndrome grippal parmi les passages aux urgences et les hospitalisations dans toutes les classes d'âge, excepté chez les moins de cinq ans chez qui ces indicateurs augmentaient fortement. La part des hospitalisations pour grippe/syndrome grippal parmi les hospitalisations toutes causes se situait toujours à un niveau d'intensité très élevé dans toutes les classes d'âge. Le nombre de signalements de cas groupés attribués à la grippe était également en forte hausse dans les établissements médicaux-sociaux, ainsi que la part des décès avec une mention de grippe parmi les décès certifiés électroniquement (7,3% en S02 vs 6% en S01), indiquant une sévérité marquée de l'épidémie. Les régions dans lesquelles les indicateurs hospitaliers et de décès liés à la grippe étaient les plus élevés étaient Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les trois virus A(H1N1)_{pdm09}, A(H3N2) et B/Victoria co-circulaient. Une augmentation de la part du virus A(H3N2) était observée depuis trois semaines à l'hôpital. En Outre-mer, la Guadeloupe et la Martinique étaient en épidémie et la Guyane est passée en épidémie en S02. Mayotte était en pré-épidémie.

Une diminution des indicateurs syndromiques de la bronchiolite était observée en ville et à l'hôpital en S02 pour la quatrième semaine consécutive. Le pic épidémique est survenu en S50 dans l'Hexagone. Pour les nourrissons les plus jeunes, l'intensité est restée inférieure à celle des épidémies antérieures. Le taux de positivité du VRS (virus respiratoire syncytial) diminuait en médecine de ville comme à l'hôpital. Dans l'Hexagone, en S02, 4 régions restaient en épidémie et la Corse passait en épidémie. Les régions Bretagne, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Pays de la Loire passaient en post-épidémie et l'Île-de-France revenait au niveau de base. Dans les DROMs, la Guadeloupe passait en post-épidémie, la Martinique, la Guyane et Mayotte restaient en épidémie.

Les indicateurs syndromiques de la COVID-19 restaient globalement stables en ville et à l'hôpital par rapport à la semaine précédente et à des niveaux bas. Les taux de positivité pour SARS-CoV-2 parmi les laboratoires en ville et à l'hôpital continuaient à diminuer, mais augmentait légèrement en médecine de ville. L'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées diminuait également.

Au niveau national, le nombre de décès toutes causes confondues transmis par l'Insee est en excès entre les S51 et S01 chez les 15-64 ans et les 65-84 ans. Chez les 85 ans ou plus, un excès marqué est observé en S01. Cet excès de mortalité est probablement lié à l'épidémie de grippe.

La couverture vaccinale contre la grippe au 30 novembre 2024 (données intermédiaires) était de 35,2% chez l'ensemble des personnes cibles par la vaccination, de 41,0% chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et de 19,0% chez celles âgées de moins de 65 ans à risque de grippe sévère. Ces couvertures vaccinales sont inférieures à celles estimées pour la saison 2023-2024 à la même date.

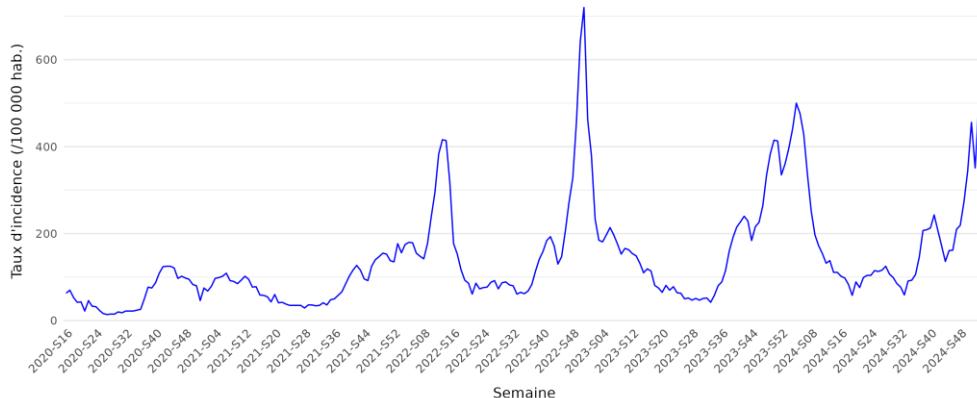
La vaccination reste le meilleur moyen de se protéger contre la grippe et à la COVID-19, en particulier des formes graves de ces maladies. La vaccination est recommandée à toutes les personnes éligibles particulièrement les personnes âgées de 65 ans et plus et les personnes âgées de plus de 6 mois, atteintes de comorbidités ayant un risque élevé de forme grave de la maladie. La campagne d'immunisation passive des nouveau-nés contre les infections à VRS est toujours en cours.

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 02, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 579 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 548 -610] (données non consolidées) vs 492 [462-523] en S01.

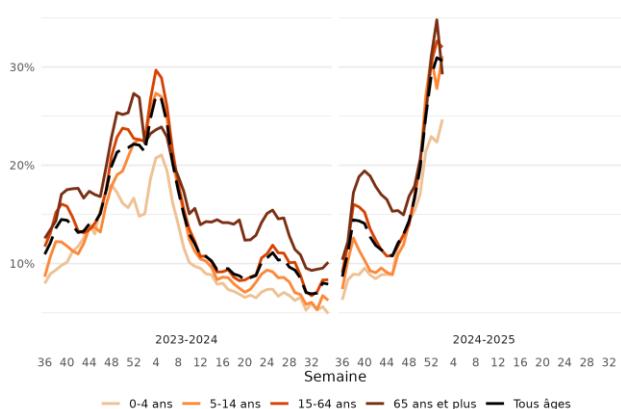
Estimation de l'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale*



Source : réseau Sentinelles, IQVIA ; * Données IQVIA non disponibles pour S01 et S02

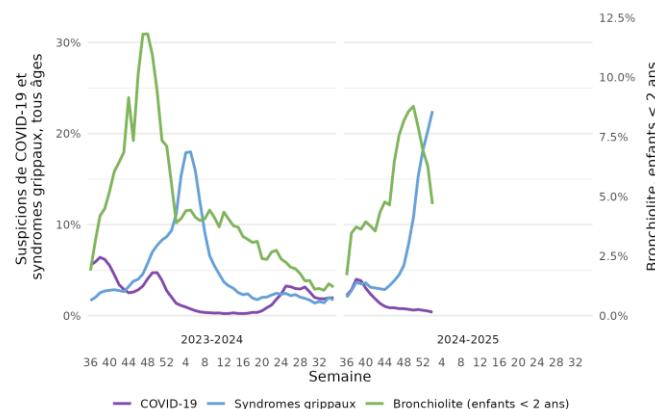
En semaine 02, 30 536 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 30,6% de l'ensemble des actes (vs 30,9% en S01). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 22 408, soit 22,5% (vs 20,3% en S01). Un total de 241 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins de deux ans, soit 4,7% (vs 6,3% en S01) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 384, soit 0,4% des actes SOS Médecins (vs 0,5% en S01).

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



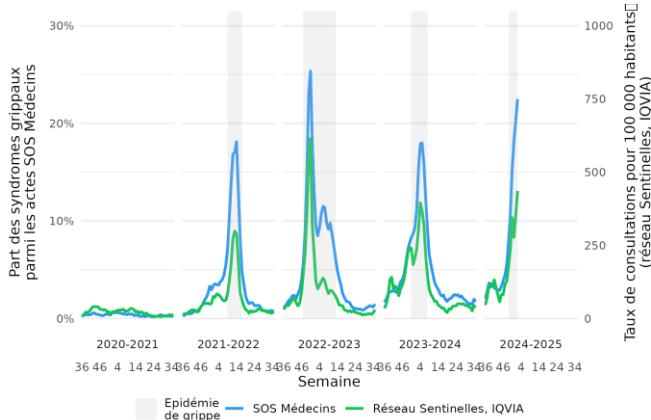
Source : SOS Médecins

Grippe

En semaine 02, le taux de consultations tous âges confondus pour syndrome grippal estimé à partir des données du réseau Sentinelles et IQVIA était de 436 pour 100 000 habitants [IC95% : 409-463] (données non consolidées) vs 353 pour 100 000 habitants [327-379] en S01.

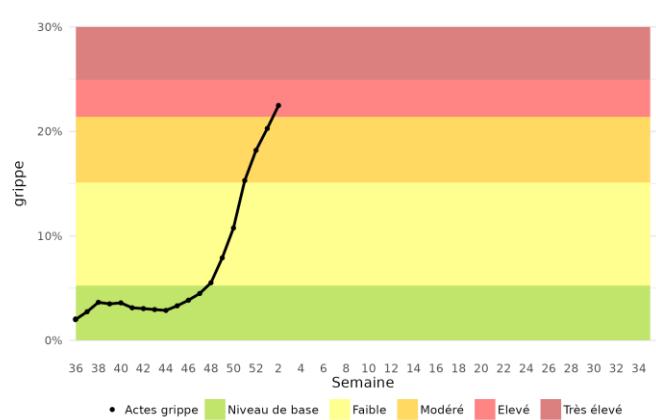
En semaine 02, les indicateurs de la grippe continuaient d'augmenter en médecine de ville dans toutes les classes d'âge, excepté chez les personnes de 65 ans et plus. L'augmentation de l'activité était particulièrement marquée chez les enfants de moins de 15 ans. L'indicateur grippe/syndrome grippal SOS Médecins atteignait un niveau d'intensité élevé dans toutes les classes d'âge cette semaine.

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



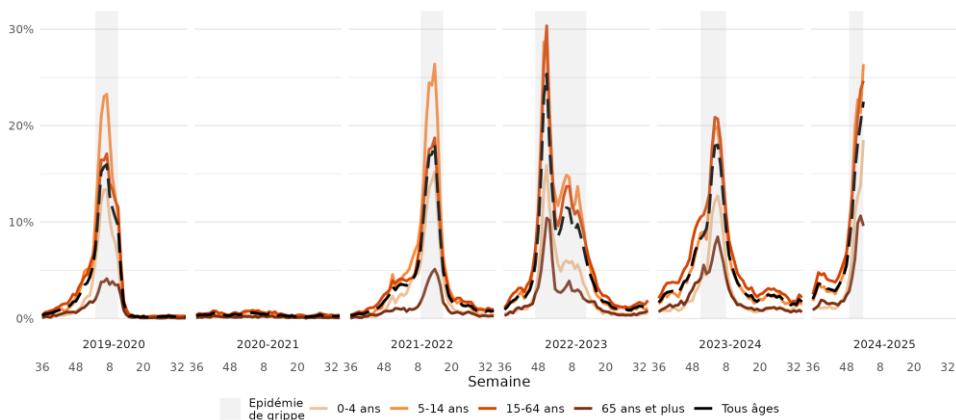
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins ; * Données IQVIA non disponibles pour S01 et S02

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

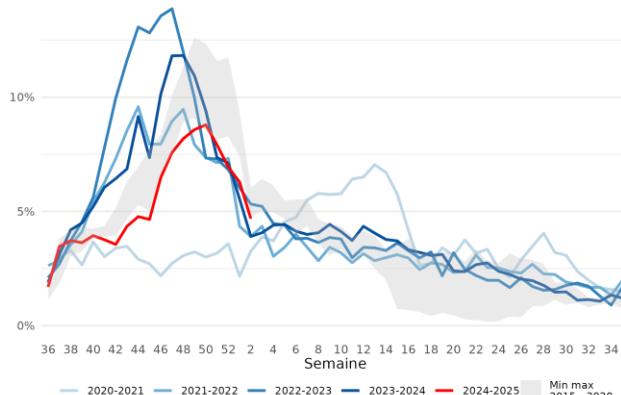


Bronchiolite

En semaine 02, parmi les 5 145 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 2 ans, 241 actes (4,7%) étaient liés à la bronchiolite.

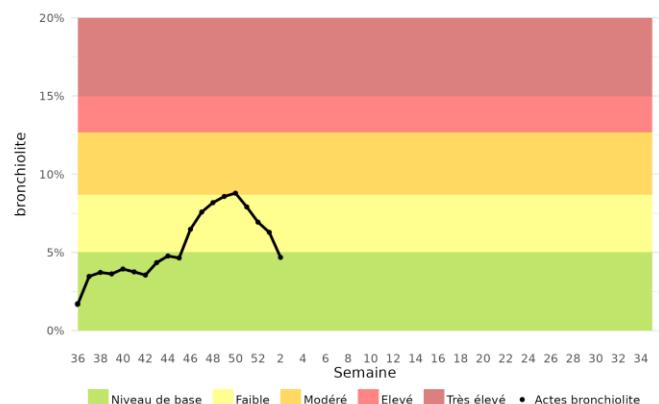
Les indicateurs de la bronchiolite issus des données SOS Médecins diminuaient en semaine 02 pour la quatrième semaine consécutive. La part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins revenait à un niveau de base.

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



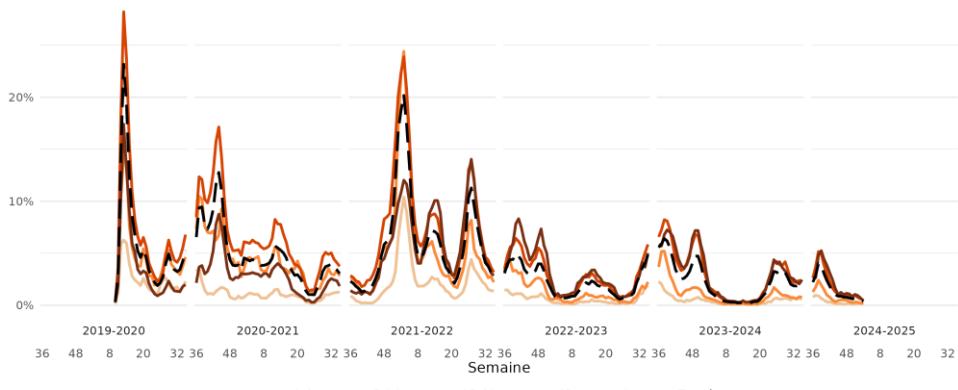
Source : SOS Médecins. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

En semaine 02, 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% : 9-14] (données non consolidées) vs 12 [9-15] en S01.

Parmi les actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 46 ont été enregistrés chez les 65 ans et plus, soit 0,4% des actes dans cette classe d'âge (vs 0,7% en S01). Chez les 15-64 ans, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était de 294, soit 0,5% (vs 0,6% en S01). Chez les 5-14 ans, ce nombre était de 31, soit 0,2% (vs 0,2% en S01). Chez les 0-4 ans, 12 actes pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés, soit 0,1% des actes médicaux dans cette classe d'âge (vs 0,2% en S01).

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



Source : SOS Médecins

Milieu hospitalier

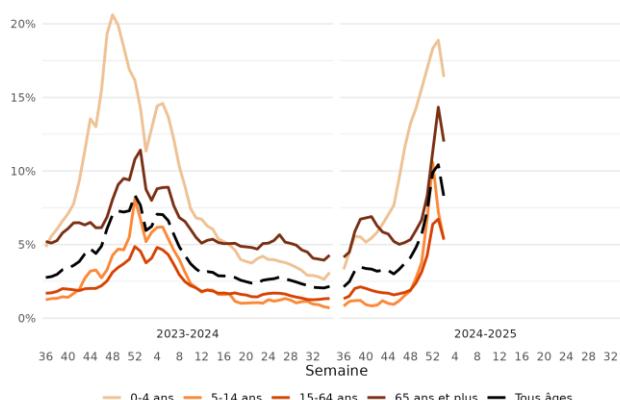
En semaine 02, 28 291 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 8,3% de l'ensemble des passages tous âges (vs 10,4% en S01). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 9 832, soit 13,7% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 16,4% en S01).

Le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal était de 14 651, soit 4,3% des passages (vs 5,2% en S01). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 3 285, soit 4,6% de l'ensemble des hospitalisations (vs 5,4% en S01).

Chez les moins de deux ans, 1 748 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 8,5% des passages dans cette classe d'âge (vs 11,8% en S01). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 607, soit 19,3% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 26,6% en S01).

En semaine 02, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 714, soit 0,2% de l'ensemble des passages (vs 0,3% en S01). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 327, soit 0,5% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,6% en S01).

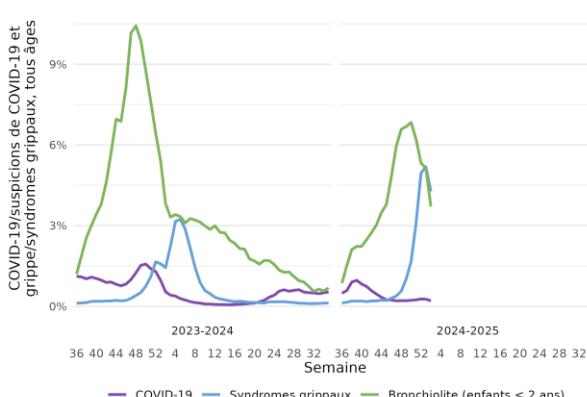
Part des IRA basses parmi les passages aux urgences



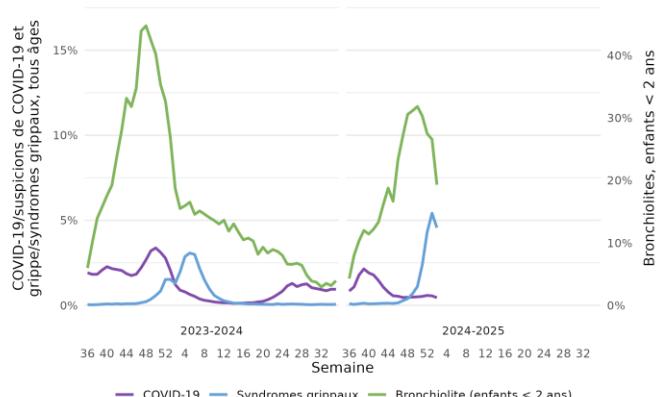
Source : réseau OSCOUR®

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



Hospitalisations après passage



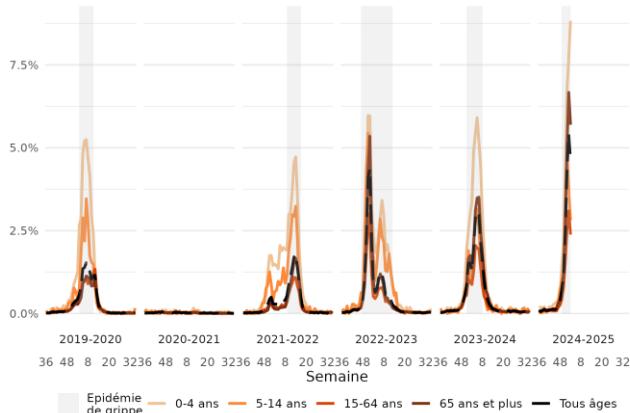
Source : réseau OSCOUR®

Source : réseau OSCOUR®

Grippe

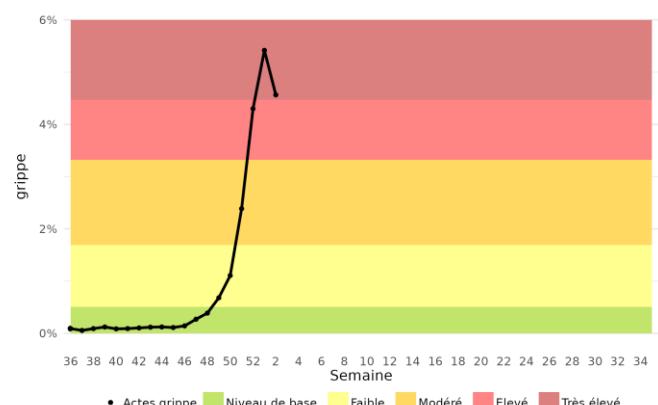
Malgré une diminution des indicateurs grippaux hospitaliers dans l'ensemble des classes d'âge excepté chez les moins de cinq ans (chez qui ils progressaient), le niveau d'intensité atteint pour ces indicateurs en S02 se situait toujours à un niveau très élevé dans toutes les classes d'âge. Les 65 ans et plus représentaient 67% des hospitalisations après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal en S02. En S02, 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 et plus (60%). Elle représentait 11% chez 15-64 ans, 9% chez les moins de 5 ans et 5% 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](#)

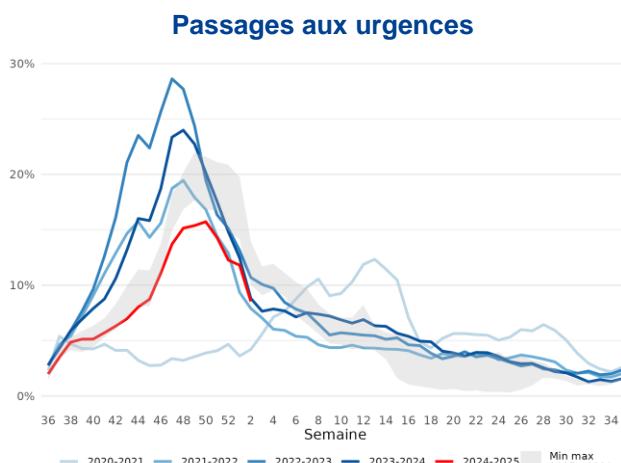
Bronchiolite

En semaine 02, chez les moins de 2 ans, la bronchiolite concernait 8,5% des passages aux urgences et 19,3% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 1 748 enfants de moins de 2 ans vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 02, 607 (34,7%) ont été hospitalisés, dont 574 étaient âgés de moins de 1 an.

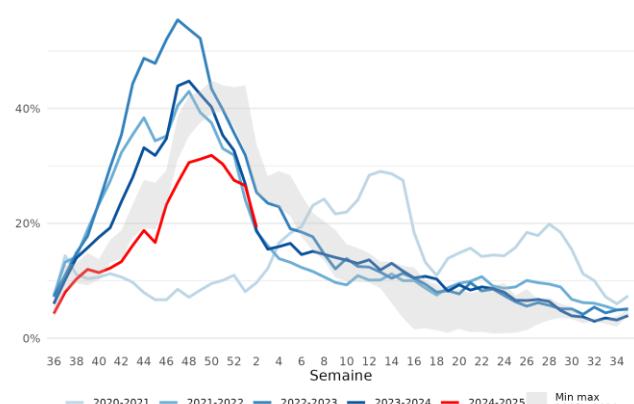
Les indicateurs hospitaliers de la bronchiolite diminuaient en semaine 02 pour la quatrième semaine consécutive. La part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences revenait à un niveau de base.

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



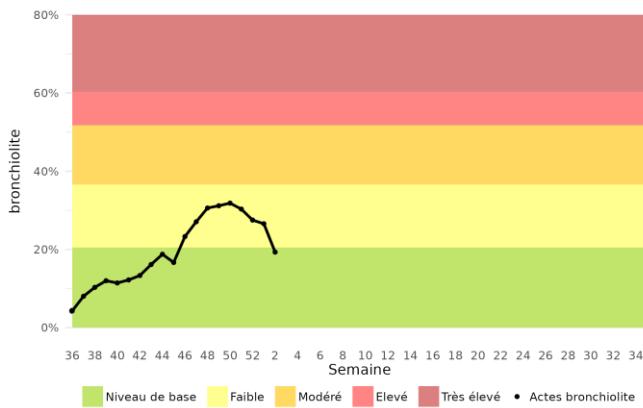
Source : réseau OSCOUR®

Hospitalisations après passage



Source : réseau OSCOUR®

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](#)

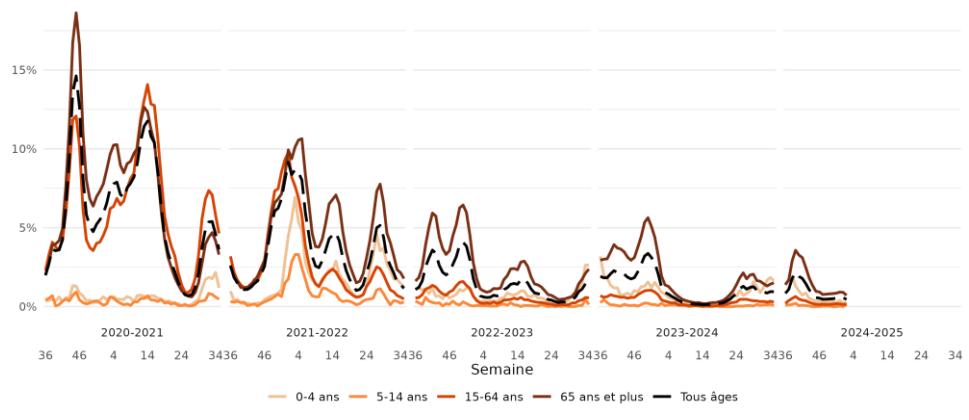
Une analyse détaillée chez les moins d'un an est disponible [ici](#).

COVID-19

Chez les 65 ans et plus, 272 hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 ont été enregistrées, soit 0,7% des hospitalisations après passage dans cette classe d'âge (vs 0,9% en S01). Chez les 15-64 ans, le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 était de 40, soit 0,2% (vs 0,1% en S01). Chez les 5-14 ans, ce nombre était de 4, soit 0,1% (vs 0,0% en S01). Chez les 0-4 ans, 11 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 0,2% en S01).

Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 6 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S02, soit 0,2% (vs 0,2% en S01).

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, 532 cas de grippe, 230 cas de COVID-19 et 138 cas d'infections à VRS* ont été signalés par les services de réanimation participant à la surveillance (surveillance non exhaustive). Douze 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 = 532 (59%)		COVID-19 N = 230 (26%)		Infection à VRS N = 138 (15%)	
	N	%	N	%	N	%
Sexe						
Femme	249	47	87	38	58	42
Homme	277	52	141	62	78	57
Indéterminé	2	0	2	1	1	1
Non renseigné	4		0		1	
Classe d'âge (années)						
< 2	22	4	13	6	-	-
2-17	25	5	4	2	-	-
18-64	235	45	56	25	60	43
65 et plus	244	46	155	68	78	57
Non renseigné	6		2		0	
Données virologiques						
A, sans précision	384	81	-	-	-	-
A(H1N1)pdm09	40	8	-	-	-	-
A(H3N2)	11	2	-	-	-	-
B	35	7	-	-	-	-
Co-infection virus grippaux	2	0	-	-	-	-
Non renseigné	60		-	-	-	-
Présence de comorbidité(s)						
Vaccination grippe pour la saison en cours	458	87	205	89	135	99
Oui	72	14	21	9	32	23
Non	276	52	120	52	33	24
Ne sait pas/Non renseigné	184	35	89	39	73	53
Vaccination COVID-19 depuis moins de 6 mois						
Oui	37	7	15	7	21	15
Non	254	48	139	60	41	30
Ne sait pas/Non renseigné	241	45	76	33	76	55
Syndrome de détresse respiratoire aiguë						
Aucun	244	54	107	51	82	69
Mineur	42	9	10	5	13	11
Modéré	89	20	40	19	18	15
Sévère	76	17	53	25	5	4
Non renseigné	81		20		20	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive						
Aucune	22	4	15	7	2	1
Ventilation non-invasive	315	61	134	59	96	71
Ventilation invasive	164	32	76	34	37	27
Assistance extracorporelle	17	3	1	0	0	0
Non renseigné	14		1		3	

Source : réseau de services de réanimation sentinelles.

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

Parmi les 532 cas de grippe, 46% avaient 65 ans ou plus. Parmi eux, la présence d'au moins une comorbidité était reportée pour 87% des cas. Un virus de type A a été identifié dans 93% des cas où le virus a été typé (437/472). Parmi les 348 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 79% n'étaient pas vaccinés contre la grippe. Quarante-cinq décès ont été signalés, dont 29 chez les 65 ans ou plus (données non consolidées).

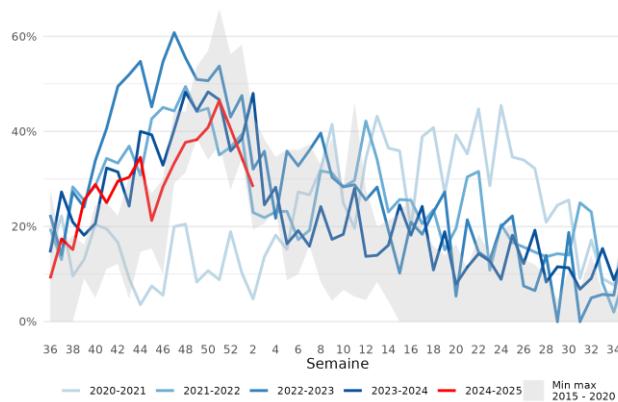
Parmi les 230 cas de COVID-19, 67% étaient âgés de 65 ans et plus. Parmi eux, la majorité étaient des hommes et la présence d'au moins une comorbidité était reportée pour 89% des cas. Parmi les 154 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 90% n'étaient pas vaccinés contre la COVID-19 au cours des 6 derniers mois. Quarante-neuf décès ont été signalés, dont 44 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Parmi les 138 cas d'infections à VRS, 57% étaient âgés de 65 ans ou plus. Les patients présentant au moins une comorbidité représentaient 99% des cas. Treize décès ont été signalés, dont 11 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Bronchiolite

En semaine 2, 17 hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans ont été enregistrées, soit 28,3% de l'ensemble des hospitalisations en service de réanimation dans cette classe d'âge (vs 34,5% en S01). Chez les moins de 1 an, le nombre d'hospitalisations en réanimation après passage aux urgences était de 17, soit 39,5% des hospitalisations en service de réanimation (vs 36,7% en S01).

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®

Établissements médico-sociaux

Depuis la semaine 40, 2 254 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 2 096 (93%) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Parmi l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 2 015 (93%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 962 (46%) étaient exclusivement attribués à la COVID-19 et 591 (28%) à la grippe. Le VRS était la seule étiologie dans 67 épisodes (3%) et était seul ou associé à un autre pathogène dans 137 épisodes (7%).

Le nombre de nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA était en augmentation en semaines 51 et 52 et restait élevé en semaine 01. Les données des dernières semaines ne sont pas consolidées. L'augmentation est portée principalement par le nombre d'épisodes liés à la grippe et, dans une moindre mesure, ceux liés au VRS.

Un total de 302 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en S01 (données non consolidées) vs 317 en S52. Parmi eux, 184 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 170 en S52), 9 étaient attribués exclusivement à une infection à VRS (vs 15 en S52) et 23 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 25 en S52).

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



S02 et S01 : 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/>)

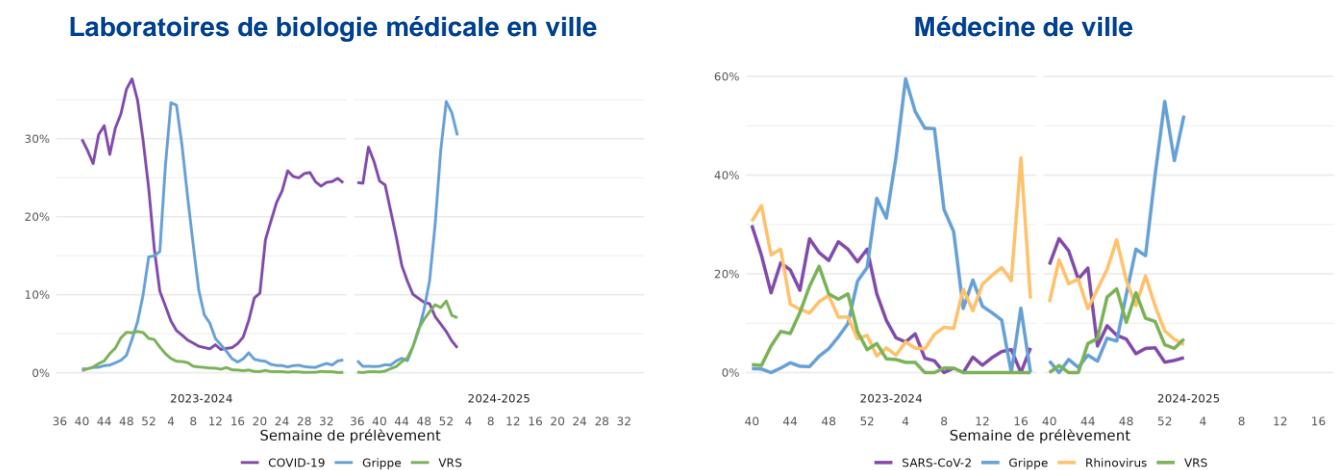
Surveillance virologique

En semaine 02, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 30,4% (3 117/10 244) pour les virus grippaux (vs 33,3% en S01), 7,1% (716/10 153) pour le VRS (vs 7,4% en S01), 3,2% (329/10 290) pour le SARS-CoV-2 (vs 4,1% en S01).

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 52,1% (138/265) pour les virus grippaux (vs 42,9% en S01), 6,8% (18/265) pour le VRS (vs 4,9% en S01), 3,0% (8/265) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,5% en S01) et 5,7% (15/265) pour le rhinovirus (vs 6,7% en S01).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 21,2% (3 347/15 825) pour les virus grippaux (vs 23,2% en S01), 6,9% (951/13 833) pour le VRS (vs 8,6% en S01), 3,7% (580/15 837) pour le SARS-CoV-2 (vs 4,2% en S01) et 10,0% (643/6 461) pour le rhinovirus (vs 11,3% en S01).

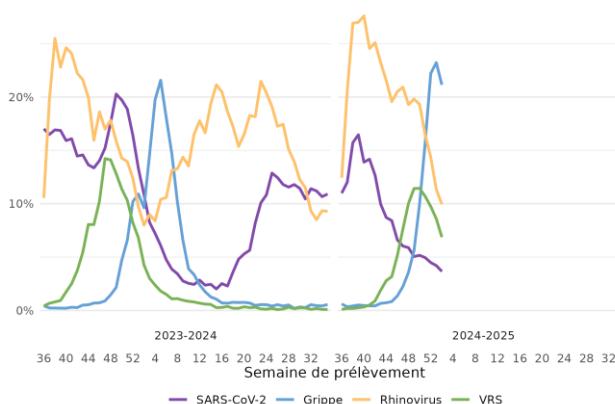
Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale



Source : réseau RELAB, CNR-VIR

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

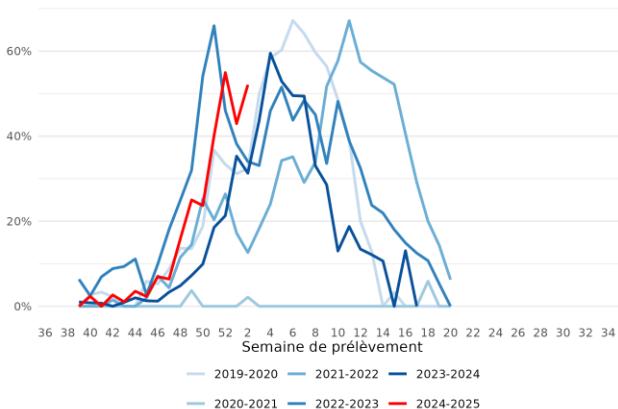
En semaine 02, le taux de positivité en médecine de ville était en hausse à 52,1% (+9,2 points par rapport à S01) et le taux de positivité à l'hôpital diminuait, tout en demeurant élevé (21,2%, soit -2,1 points par rapport à S01).

En médecine de ville, parmi les 2 605 prélèvements testés depuis la semaine 40, 597 virus grippaux ont été détectés dont 264 A(H1N1)_{pdm09} (soit 44% des virus détectés), 94 A(H3N2) (soit 16%), 64 virus A non sous-typés, 148 B/Victoria (soit 25%) et 27 B sans lignage identifié.

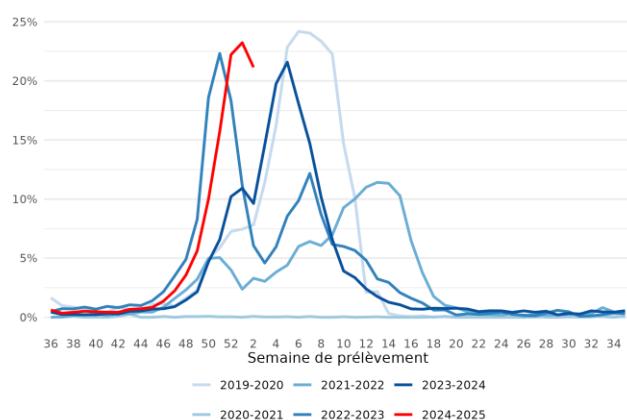
A l'hôpital (réseau RENAL/CNR), parmi les 189 758 prélèvements testés depuis la semaine 40, 17491 se sont avérés positifs pour un virus grippal (9,2%), dont une majorité de virus de type A (82%): 12 045 virus de type A non sous-typés, 1 408 A(H1N1)_{pdm09}, 890 A(H3N2) et 3 148 virus de type B (soit 18%).

Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale

Médecine de ville



Hôpital

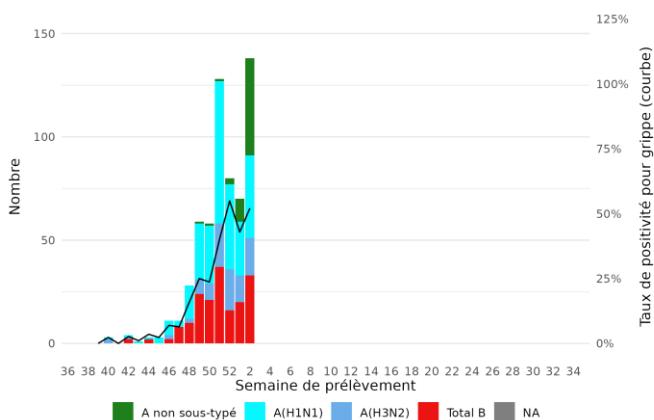


Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR

Source : réseau RENAL, CNR-VIR

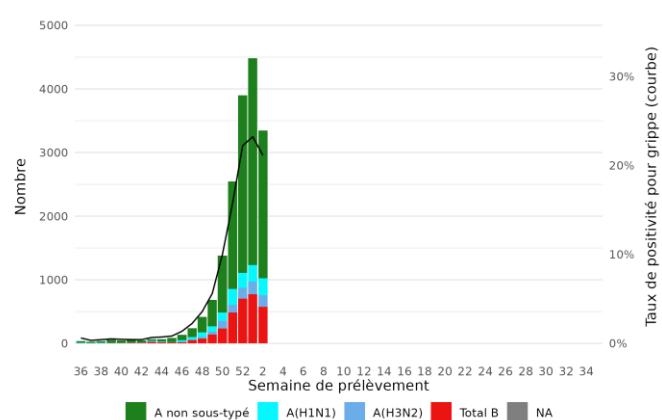
Distribution des types et sous-types de virus grippaux des prélèvements réalisés en France hexagonale

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)_{pdm09} 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.

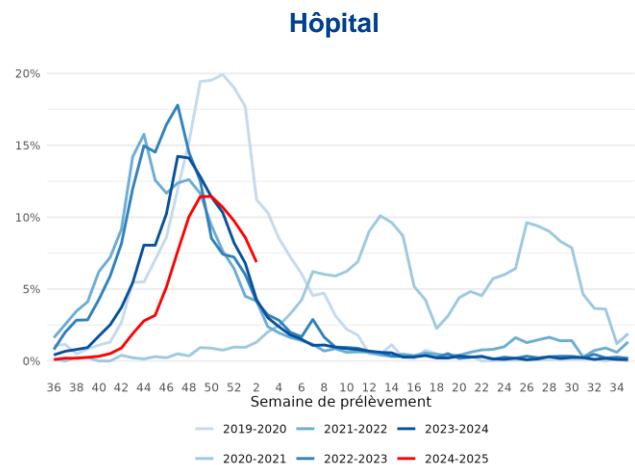
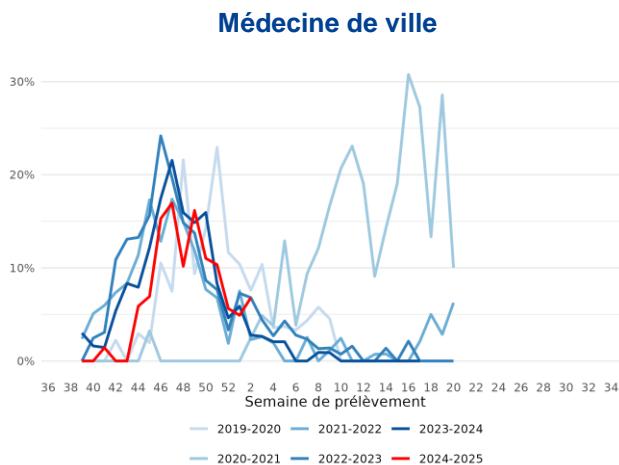
Les profils antigéniques des virus A(H1N1)_{pdm09} et B/Victoria sont apparentés aux souches vaccinales. Ces résultats devront être confrontés aux premières estimations d'efficacité vaccinale en vie réelle qui seront disponibles prochainement.

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 2, parmi les 265 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, 18 (6,8%) étaient positifs pour le VRS. Parmi les 13 833 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 951 (6,9%) étaient positifs pour le VRS.

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



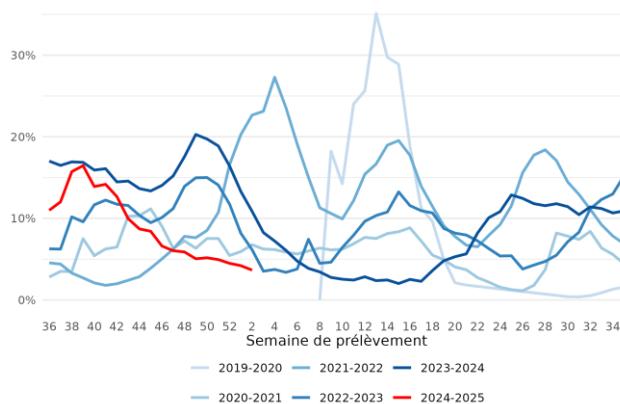
Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR

* 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 02, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 3,7% (580/15 837) pour le SARS-CoV-2 (vs 4,2% en S1).

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

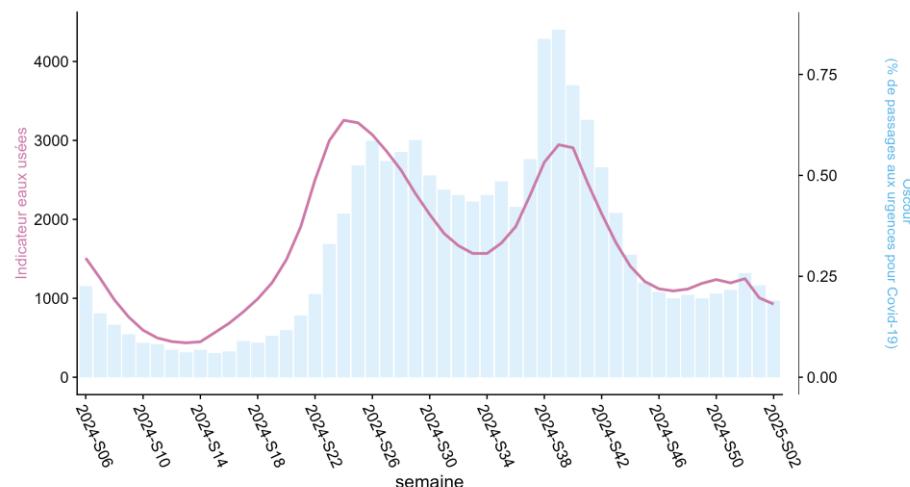


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Surveillance dans les eaux usées

En semaine 02, la tendance à la baisse du niveau de circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées se poursuit (46 des 54 stations de traitement des eaux usées disposaient de résultats interprétable), avec une situation qui reste toutefois hétérogène.

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](#)) ; * données incomplètes pour S02, ajustées par rapport à la semaine précédente

Surveillance génomique

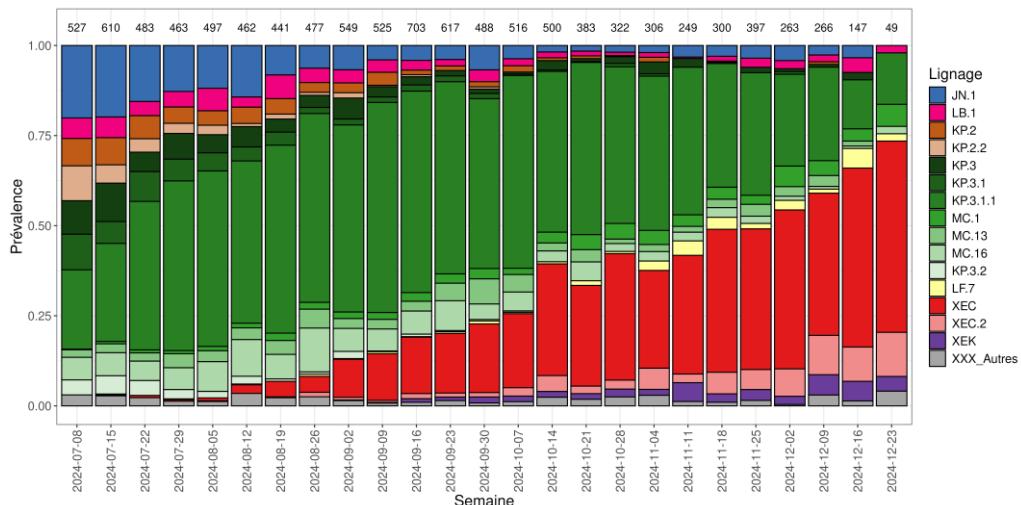
En France hexagonale, en S51 (16/12) et S52 (23/12), le lignage XEC (recombinant KS.1.1/KP.3.3) est le plus fréquemment détecté avec une proportion de 50,5% sans ses sous-lignages (99/196, en augmentation), suivi de KP.3.1.1 avec une proportion de 13,8% sans ses sous-lignages (27/196, en baisse), puis XEC.2 avec 10,2% (20/196, en baisse), et devant XEK (recombinant KP.2.3/XEC) qui représentait 5,1% (10/196, en baisse) des séquences détectées.

Au total, sur les deux dernières semaines analysées, le lignage XEC accompagné de l'ensemble de ses sous lignages (incluant ceux présents à plus de 5% sur la figure), représentait 60,7% de l'ensemble des séquences détectées dans l'Hexagone.

Au regard du plus faible nombre de séquences analysées en S52, 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

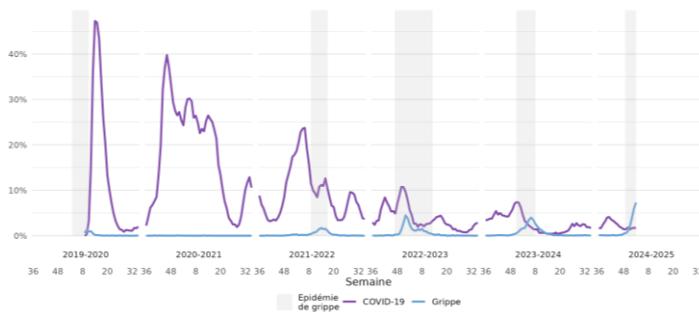
Certification électronique

En semaine 2, parmi les 8 368 décès déclarés par certificat électronique, 7,3% l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (vs 5,9% en S01). La COVID-19 était mentionnée dans 1,6% des décès (vs 1,8% en S01).

En S02, la part des décès avec une mention de grippe parmi l'ensemble des décès certifiés électroniquement continuait d'augmenter, se situant à un niveau jamais atteint pour la grippe depuis la mise en place de cette surveillance. Cet indicateur était le plus élevé en Bourgogne-Franche-Comté (12,4%), Grand Est (9,4%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (9,2%), Hauts-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes (7,9%). Parmi les 611 décès liés à la grippe déclarés en S02, 570 (93%) concernaient des personnes de 65 ans et plus, 39 personnes de 15 à 64 ans et 2 enfants de 0-14 ans.

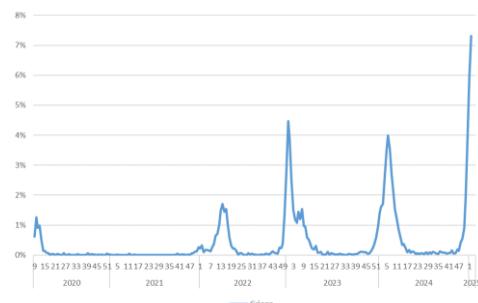
En progression, le déploiement du dispositif de certification électronique recouvrait, fin 2023, 43% de la mortalité nationale, variant de 15% à 60% selon les régions de l'Hexagone. La part des décès certifiés électroniquement est également hétérogène selon le type de lieu de décès (environ 66% des décès 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 : CepiDC

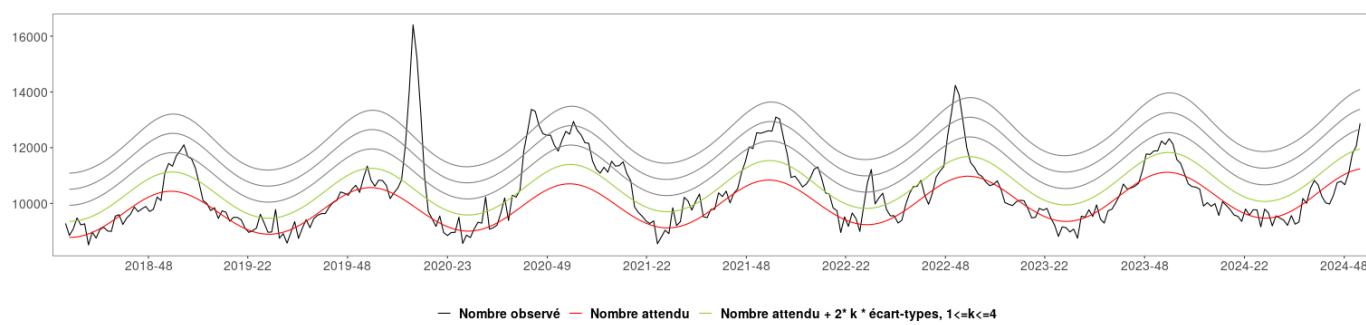
Part des décès avec une mention de grippe parmi l'ensemble des décès certifiés par voie électronique



Mortalité toutes causes

Au niveau national, le nombre de décès toutes causes confondues transmis par l'Insee est en excès entre S51 et S01 chez les 15-64 ans et les 65-84 ans. Chez les 85 ans ou plus, un excès marqué est observé en S01. Plus d'information sont disponibles dans le [bulletin mortalité](#).

Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges, 2018 à 2024 (jusqu'en semaine 01)



Source : Insee. Dernière semaine incomplète

Prévention

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 Viatris) et Fluarix Tetra® (Laboratoire GSK).

Au 30 novembre 2024, la couverture vaccinale grippe chez l'ensemble des personnes cibles par la vaccination était de 35,2% (données intermédiaires). Elle était de 41,0% chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et de 19,0% chez celles âgées de moins de 65 ans à risque de grippe sévère. Ces couvertures vaccinales sont inférieures à celles estimées pour la saison 2023-2024 à la même date (38,0% chez l'ensemble des personnes cibles par la vaccination, avec 42,8% chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et 20,9% chez celles âgées de moins de 65 ans à risque de grippe sévère).

Vaccination contre la COVID-19

La campagne de vaccination contre la COVID-19 a débuté le 15 octobre 2024. 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 (Etablissements 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).

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^e et la 36^e 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^{er} janvier 2024 dans l'Hexagone, en Guyane, Martinique, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy ; à partir du 1^{er} 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](#).

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Egalité 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**

+ d'infos et traductions sur : www.santepubliquefrance.fr/accessible/virushiver

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, Chnam, 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 Hanguet, 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 2 (6 au 12 janvier 2025). Saint-Maurice : Santé publique France, 22 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Date de publication : 15 janvier 2025

Contact : presse@santepubliquefrance.fr