

Infections respiratoires aiguës

Semaine 03 (13 au 19 janvier 2025). Publication : 22 janvier 2025

ÉDITION NATIONALE

Tendances de la semaine

Infections respiratoires aiguës (IRA). Activité globalement stable en ville et en diminution à l'hôpital.

Grippe. Maintien d'une forte activité grippale dans l'Hexagone. Indicateurs en hausse chez les moins de 15 ans. Sévérité marquée de l'épidémie, avec une activité hospitalière toujours élevée et impact encore important en termes de décès. Co-circulation des 3 virus grippaux A(H1N1)_{pdm09}, A(H3N2) et B/Victoria.

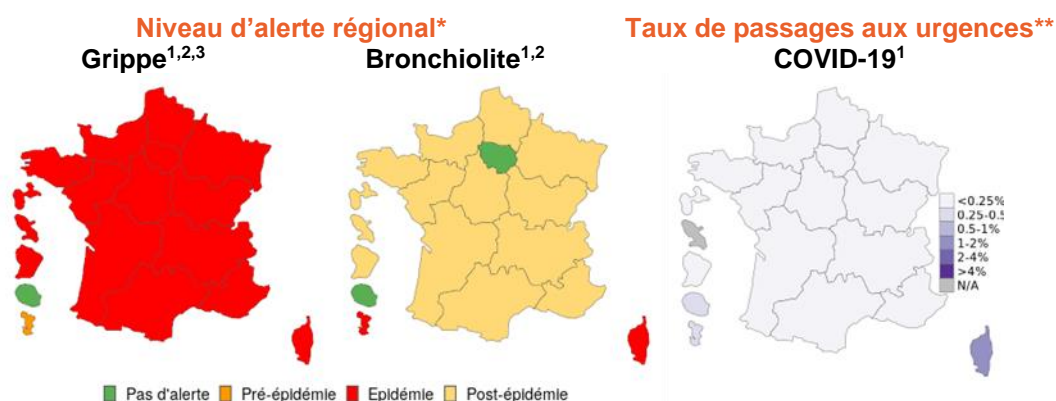
Bronchiolite. Diminution des indicateurs. Dans l'Hexagone, 1 région en épidémie, 11 régions en post-épidémie. Dans les DROMs, poursuite de l'épidémie à Mayotte. Guadeloupe, Martinique et Guyane en post-épidémie.

COVID-19. Activité stable à des niveaux bas.

Indicateurs clés

Indicateurs syndromiques

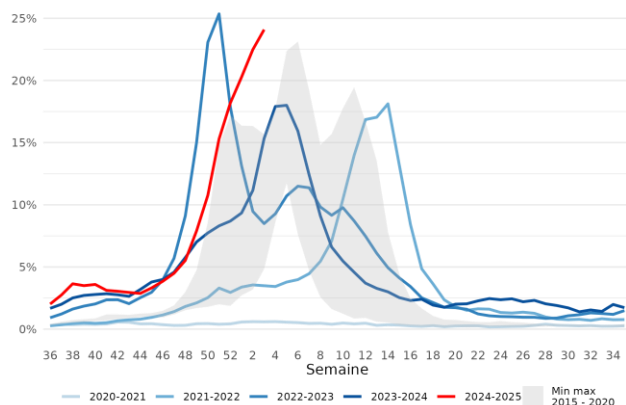
Part de la pathologie parmi	IRA basses		Syndrome grippal		Bronchiolite (moins de 2 ans)		COVID-19	
	S03	S03 vs S02	S03	S03 vs S02	S03	S03 vs S02	S03	S03 vs S02
Actes médicaux SOS Médecins	31,0%	+0,3 pt	24,1%	+1,6 pt	4,0%	-0,7 pt	0,4%	0 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	7,3%	-1,0 pt	4,1%	-0,2 pt	7,3%	-1,2 pt	0,2%	-0,1 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	10,9%	-2,7 pt	3,5%	-1,0 pt	15,3%	-4 pt	0,3%	-0,1 pt



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

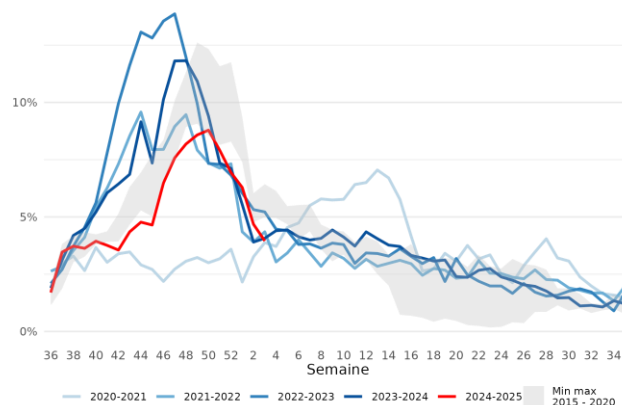
Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les [bulletins régionaux](#) de Santé publique France.

Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



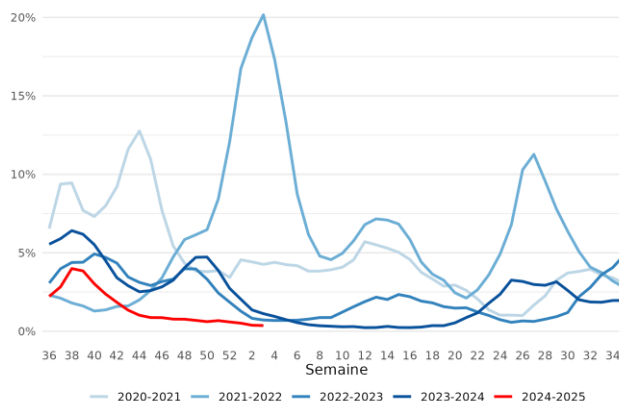
Source : SOS Médecins

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	
	S03	S03 vs S02	S03	S03 vs S02	S03	S03 vs S02
Taux de positivité des prélèvements						
Laboratoires de ville ^{1,2}	32,0%	+1,5 pt	6,3%	-0,7 pt	2,4%	-0,8 pt
Médecine de ville ^{1,3,*}	51,5%	-2,5 pt	5,9%	-1,3 pt	2,1%	-0,6 pt
Milieu hospitalier ^{1,4}	21,9%	+1,0 pt	5,9%	-1,0 pt	3,2%	-0,4 pt
Surveillance dans les eaux usées ^{5,**}					594	-24.1%

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 03, l'activité liée aux infections respiratoires aiguës était globalement stable tous âges confondus. Toutefois les indicateurs augmentaient chez les moins de 15 ans et diminuaient chez les plus de 15 ans en ville et à l'hôpital. Cette activité était principalement portée par la grippe.

Dans l'Hexagone, l'activité grippale demeurait intense en S03 avec toutefois une dynamique différente selon les classes d'âge. Les indicateurs étaient globalement en hausse chez les moins de 15 ans et en baisse chez les 15 ans et plus. En ville, l'activité continuait de progresser chez les enfants particulièrement chez les 5-14 ans, était stable chez les 15-64 ans et diminuait chez les 65 ans et plus. Elle demeurait à un niveau d'intensité élevé tous âges confondus. À l'hôpital, on observait une nette augmentation des indicateurs grippe/syndrome grippal parmi les passages aux urgences et des hospitalisations chez les moins de 15 ans, particulièrement chez les 5-14 ans. En revanche, ces indicateurs étaient en diminution chez les plus de 15 ans. La part des hospitalisations pour grippe/syndrome grippal parmi les hospitalisations toutes causes se situait toujours à un niveau d'intensité très élevé chez les moins de 15 ans et redescendait cette semaine à un niveau modéré chez les plus de 15 ans. L'activité grippale intense actuelle chez les enfants pourrait entraîner une reprise à la hausse des indicateurs hospitaliers chez les adultes dans les prochaines semaines. Les cas groupés d'IRA signalés dans les établissements médicaux-sociaux demeuraient majoritairement attribués à la grippe. La part des décès avec une mention de grippe parmi les décès certifiés électroniquement diminuait légèrement par rapport à la semaine précédente tout en restant à un niveau très élevé par rapport aux épidémies précédentes (6,8% en S03 vs 7,3% en S02). Les trois virus A(H1N1)_{pdm09}, A(H3N2) et B/Victoria co-circulaient. En Outre-mer, la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane étaient en épidémie. Mayotte restait en pré-épidémie en S03.

Un excès de décès était observé entre S52 et S02 tous âges confondus, et concernait principalement les 65 ans et plus. Cet excès de mortalité toutes causes est concomitant du niveau d'activité très élevé observé à l'hôpital en lien avec la grippe.

Pour la bronchiolite, une diminution des indicateurs syndromiques était observée en ville et à l'hôpital en S03 pour la cinquième semaine consécutive. 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 S03, seule la Corse restait en épidémie. En S03, les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Haut-de-France, Grand Est et Provence-Alpes-Côte d'Azur passaient en post-épidémie et au total, 11 régions étaient en post-épidémie. Dans les DROMs, la Martinique et la Guyane passaient en post-épidémie et la Guadeloupe restait en post-épidémie. Mayotte demeurait en épidémie.

Les indicateurs syndromiques de la COVID-19 restaient globalement stables en ville et à l'hôpital en S03 et à des niveaux bas. Le taux de positivité pour SARS-CoV-2 continuait à diminuer en ville et à l'hôpital. L'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées était également en baisse.

La couverture vaccinale contre la COVID-19 au 30 novembre 2024 (données intermédiaires) est estimée à 12,5% chez l'ensemble des personnes ciblées par la vaccination, à 14,8% chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et à 5,7% chez celles âgées de moins de 65 ans à risque de COVID-19 sévère. Ces couvertures sont possiblement sous-estimées.

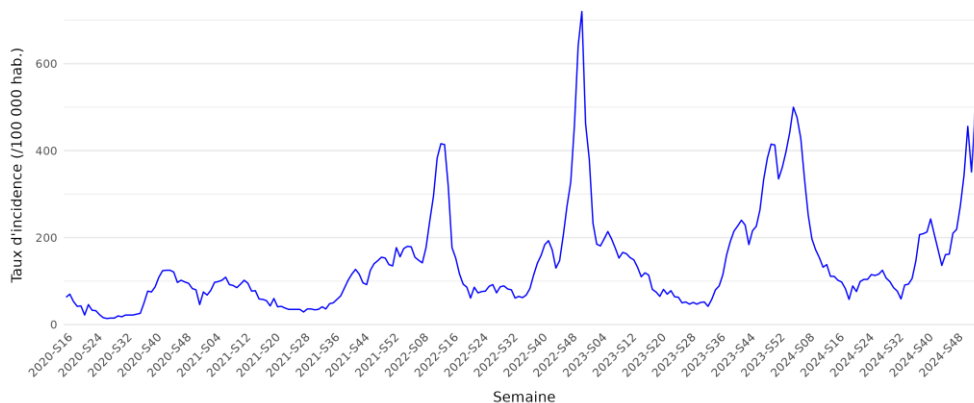
La vaccination reste le meilleur moyen de se protéger contre la grippe et la COVID-19, en particulier des formes graves de ces maladies. Ces vaccinations sont recommandées à toutes les personnes éligibles particulièrement les personnes âgées de 65 ans et plus et les personnes âgées de plus de 6 mois, 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 03, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 525 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 498 -552] (données non consolidées) vs 514 [489-539] en S02.

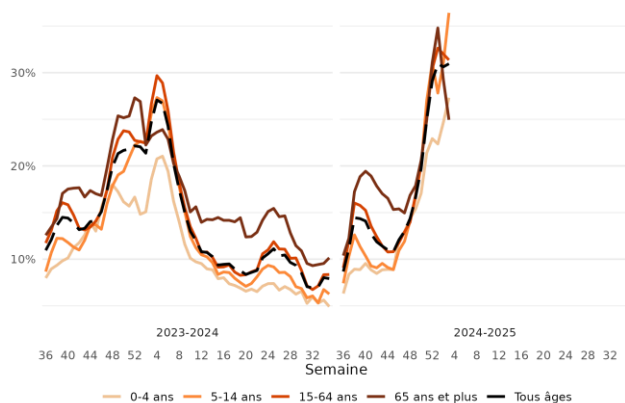
Estimation de l'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale



Source : réseau Sentinelles, IQVIA

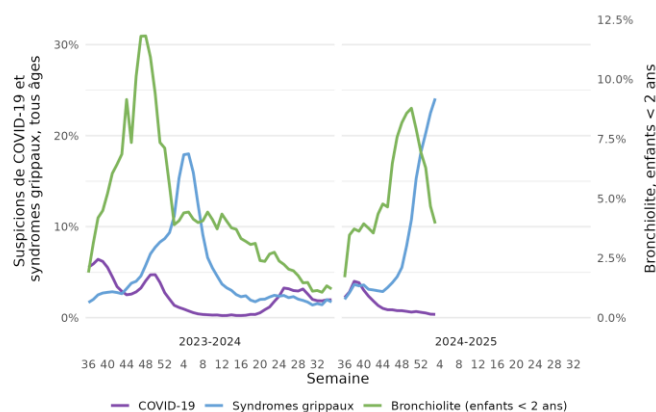
En semaine 03, 30 864 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 31,0% de l'ensemble des actes (vs 30,6% en S02). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 24 015, soit 24,1% (vs 22,5% en S02). Un total de 229 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins de deux ans, soit 4,0% (vs 4,7% en S02) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 365, soit 0,4% des actes SOS Médecins (vs 0,4% en S02).

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

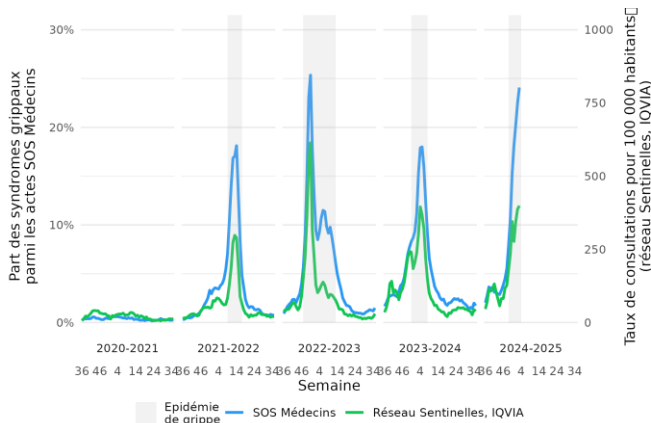
Grippe

En semaine 03, le taux de consultations tous âges confondus pour syndrome grippal estimé à partir des données du réseau Sentinelles et IQVIA était de 399 pour 100 000 habitants [IC95% : 376-422] (données non consolidées) vs 387 pour 100 000 habitants [365-408] en S02.

En semaine 03, les indicateurs de la grippe étaient en augmentation en médecine de ville selon les données SOS Médecins. Cette augmentation était essentiellement portée par les 5-14 ans (+5,6 points) et dans une moindre mesure par les moins de 5 ans (+2,6 points). L'activité était stable chez les 15-64 ans (+0,3 point) et en très légère diminution chez les 65 ans et plus (-0,5 point).

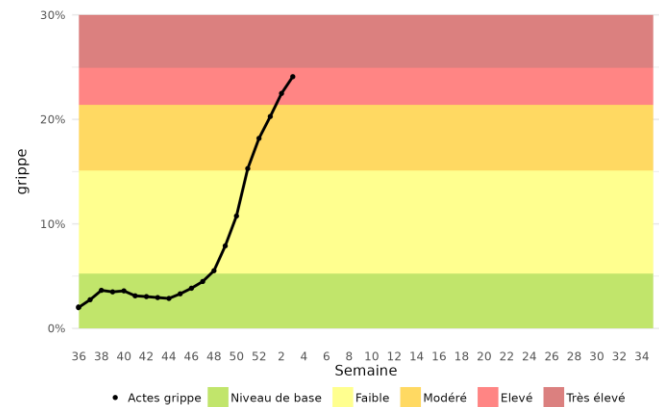
L'indicateur grippe/syndrome grippal SOS Médecins restait à un niveau d'intensité élevé tous âges confondus, atteignant un niveau très élevé chez les moins de 5 ans, demeurait à un niveau élevé chez les 15-64 ans et passait du niveau élevé à modéré chez les 65 ans et plus.

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



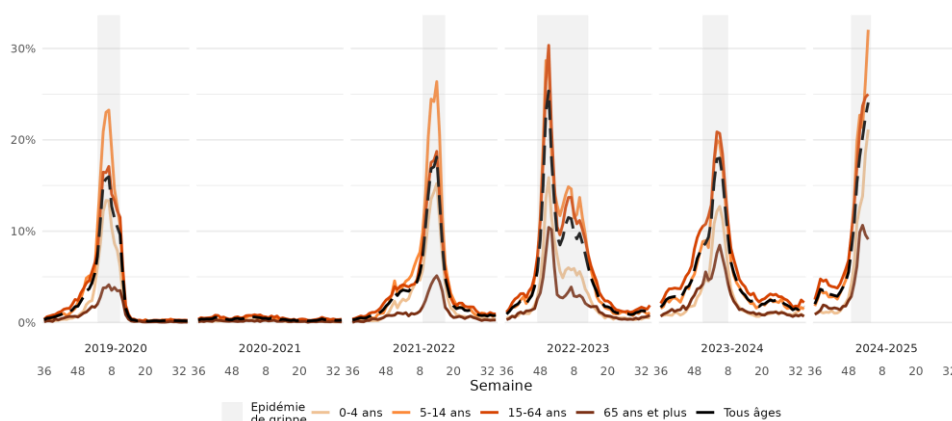
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins

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



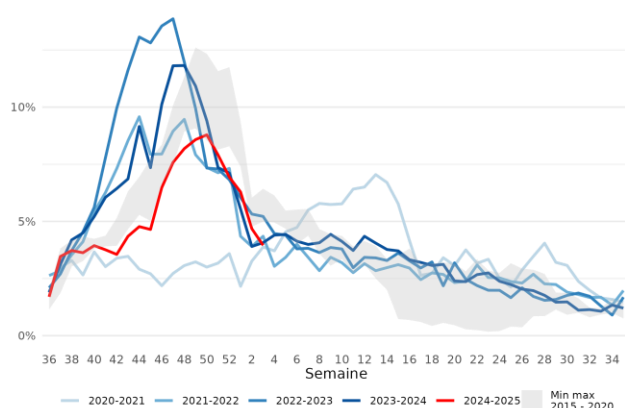
Source : SOS Médecins

Bronchiolite

En semaine 03, parmi les 5 792 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 2 ans, 229 actes (4,0%) étaient liés à la bronchiolite.

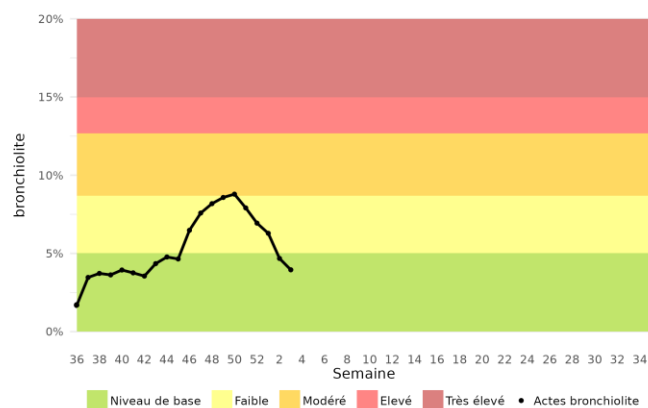
Les indicateurs de la bronchiolite issus des données SOS Médecins diminuaient en semaine 03 pour la cinquième semaine consécutive. La part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins était à un niveau de base.

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



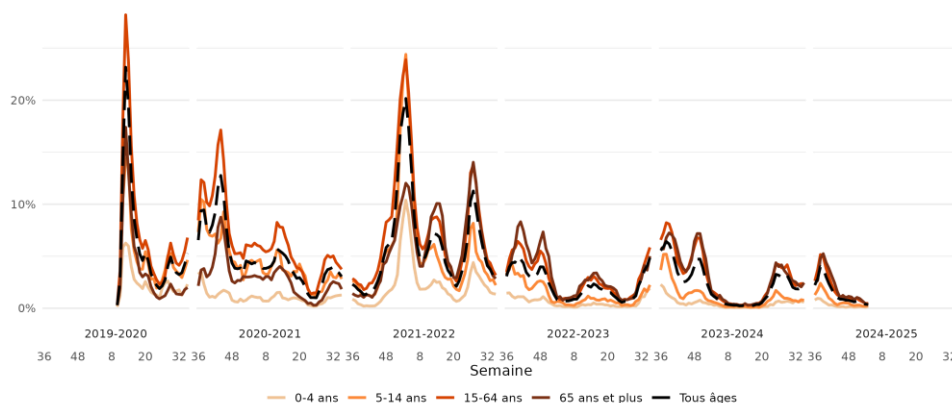
Source : SOS Médecins. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

En semaine 03, 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 10 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 8-12] (données non consolidées) vs 9 [6-11] en S02.

Parmi les actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19, 30 ont été enregistrés chez les 65 ans et plus, soit 0,3% des actes dans cette classe d'âge (vs 0,4% en S02). Chez les 15-64 ans, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était de 261, soit 0,5% (vs 0,5% en S02). Chez les 5-14 ans, ce nombre était de 49, soit 0,3% (vs 0,2% en S02). Chez les 0-4 ans, 25 actes pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés, soit 0,1% des actes médicaux dans cette classe d'âge (vs 0,1% en S02).

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



Source : SOS Médecins

Milieu hospitalier

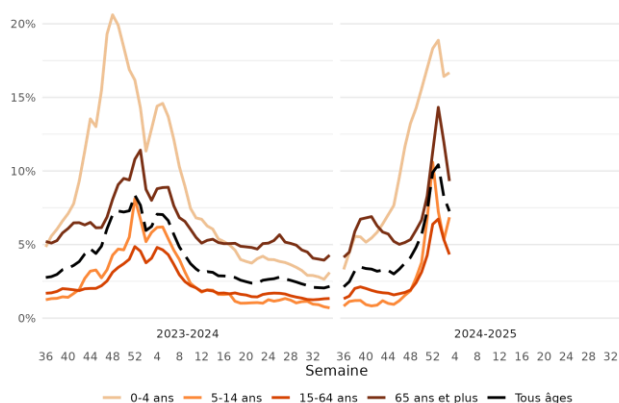
En semaine 03, 24 877 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 7,3% de l'ensemble des passages tous âges (vs 8,2% en S02). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 7 778, soit 10,9% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 13,6% en S02).

Le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal était de 14 070, soit 4,1% des passages (vs 4,3% en S02). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 2 492, soit 3,5% de l'ensemble des hospitalisations (vs 4,5% en S02).

Chez les moins de deux ans, 1 458 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 7,3% des passages dans cette classe d'âge (vs 8,5% en S02). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 469, soit 15,3% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 19,3% en S02).

En semaine 03, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 536, soit 0,2% de l'ensemble des passages (vs 0,2% en S02). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 230, soit 0,3% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,5% en S02).

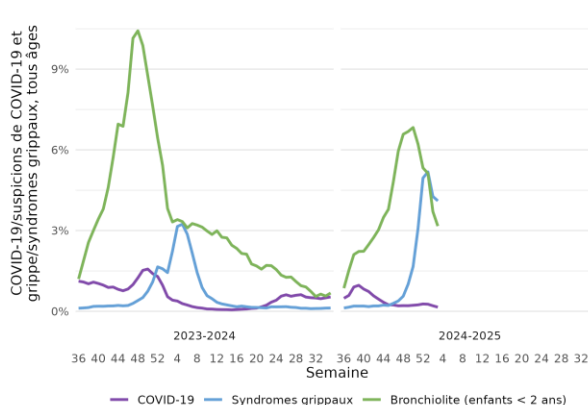
Part des IRA basses parmi les passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

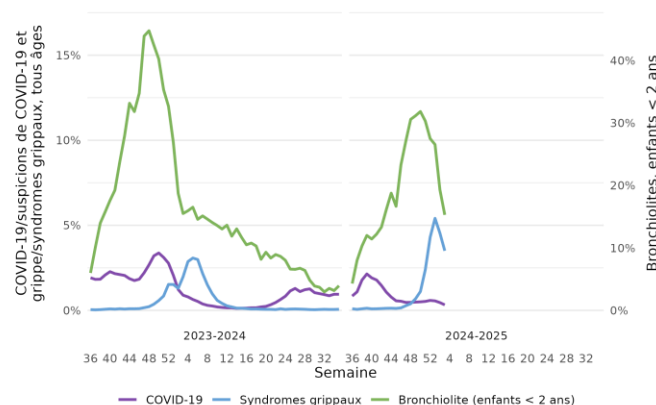
Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 et de la grippe/syndrome grippal (tous âges) et part de la bronchiolite (chez les moins de 2 ans)

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Hospitalisations après passage

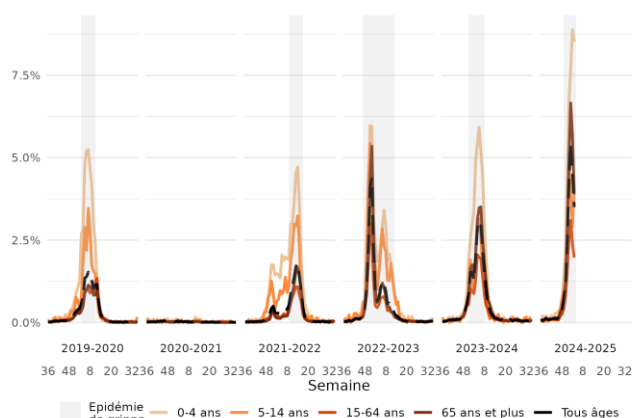


Source : réseau OSCOUR®

Grippe

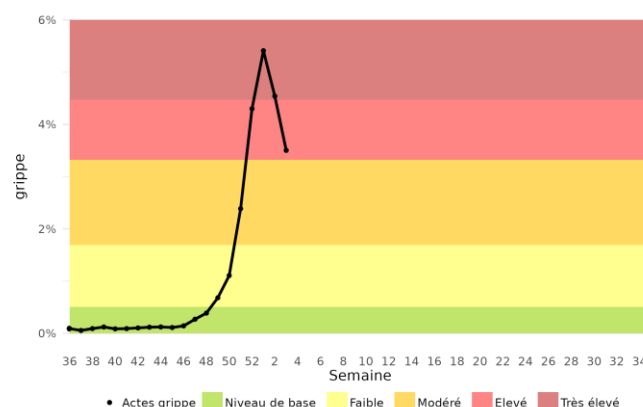
Bien que les indicateurs grippaux hospitaliers soient en diminution tous âges confondus, ils étaient en augmentation chez les 5-14 ans. Ils étaient stables chez les moins de 5 ans, en diminution chez les 15 ans et plus. Le niveau d'intensité pour ces indicateurs en S03 passait à un niveau élevé mais était toujours à un niveau d'intensité très élevé chez les moins de 15 ans et redescendait à un niveau modéré chez les plus de 15 ans. Les 65 ans et plus représentaient 58% des hospitalisations après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal. En S03, 18% des passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal ont donné lieu à une hospitalisation tous âges confondus.

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

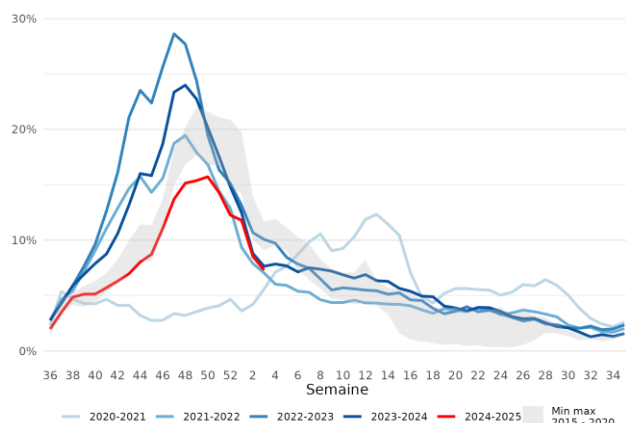
En semaine 03, chez les moins de 2 ans, la bronchiolite concernait 7,3% des passages aux urgences et 15,3% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 1 458 enfants de moins de 2 ans vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 3 469 (32,2%) ont été hospitalisés, dont 422 étaient âgés de moins de 1 an.

Les indicateurs hospitaliers de la bronchiolite diminuaient en semaine 03 pour la cinquième semaine consécutive. La part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences était à un niveau de base.

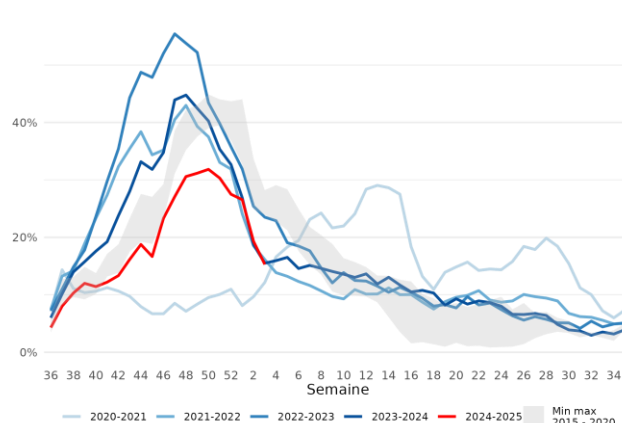
Part de la bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans

Passages aux urgences



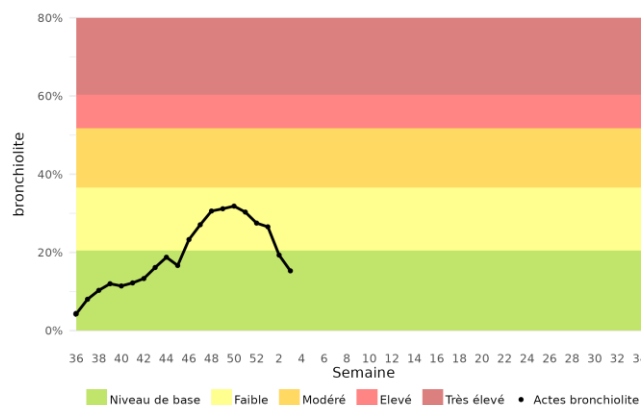
Source : réseau OSCOUR®

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](#)

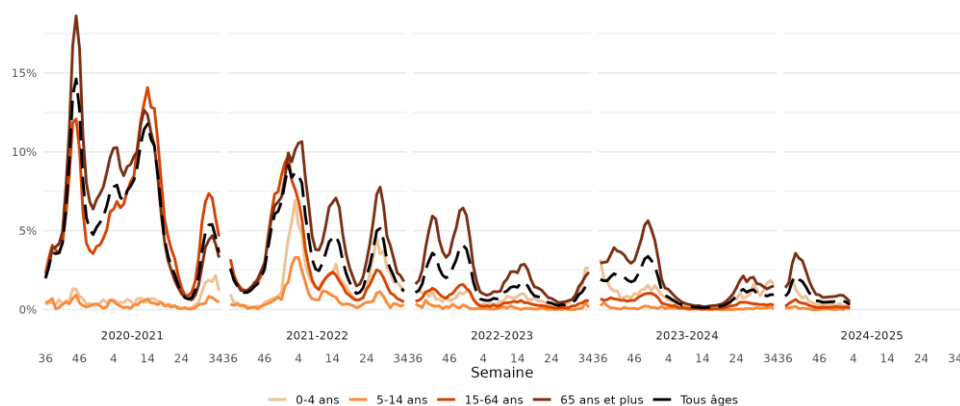
Une analyse détaillée chez les moins d'un an est disponible [ici](#).

COVID-19

Chez les 65 ans et plus, 184 hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 ont été enregistrées, soit 0,5% des hospitalisations après passage dans cette classe d'âge (vs 0,7% en S02). Chez les 15-64 ans, le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 était de 31, soit 0,1% (vs 0,2% en S02). Chez les 5-14 ans, une seule hospitalisation soit 0,0% (vs 0,1% en S02). Chez les 0-4 ans, 14 hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 ont été enregistrées, soit 0,3% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 0,2% en S02).

Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 2 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S03, soit 0,1% (vs 0,2% en S02).

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, 697 cas de grippe, 243 cas de COVID-19 et 178 cas d'infections à VRS* ont été signalés par les services de réanimation participant à la surveillance (surveillance non exhaustive). Quatorze cas de co-infections grippe/SARS-CoV-2, 7 cas de co-infections grippe/VRS et 2 cas de co-infections SARS-CoV-2/VRS 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 = 697 (62%)		COVID-19 N = 243 (22%)		Infection à VRS N = 178 (16%)	
	N	%	N	%	N	%
Sexe						
Femme	318	46	90	37	81	46
Homme	376	54	150	62	96	54
Indéterminé	3	0	2	1	1	1
Non renseigné	0		1		0	
Classe d'âge (années)						
< 2	29	4	14	6	-	
2-17	35	5	5	2	-	
18-64	307	44	58	24	73	41
65 et plus	323	47	166	68	105	59
Non renseigné	3		0		0	
Données virologiques						
A, sans précision	498	80	-		-	
A(H1N1)pdm09	51	8	-		-	
A(H3N2)	20	3	-		-	
B	48	8	-		-	
Co-infection virus grippaux	2	0	-		-	
Non renseigné	78		-		-	
Présence de comorbidité(s)	602	87	216	89	173	98
Vaccination grippe pour la saison en cours						
Oui	94	13	24	10	43	24
Non	352	51	124	51	40	22
Ne sait pas/Non renseigné	251	36	95	39	95	53
Vaccination COVID-19 depuis moins de 6 mois						
Oui	49	7	16	7	29	16
Non	318	46	145	60	53	30
Ne sait pas/Non renseigné	330	47	82	34	96	54
Syndrome de détresse respiratoire aiguë						
Aucun	312	52	115	52	109	68
Mineur	59	10	11	5	17	11
Modéré	119	20	41	18	29	18
Sévère	108	18	56	25	6	4
Non renseigné	99		20		17	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive						
Aucune	32	5	15	6	3	2
Ventilation non-invasive	413	61	140	58	120	69
Ventilation invasive	218	32	84	35	51	29
Assistance extracorporelle	18	3	1	0	0	0
Non renseigné	16		3		4	

Source : réseau de services de réanimation sentinelles.
Compte tenu des arrondis, la somme des pourcentages peut être différente de 100%.

Parmi les 697 cas de grippe, 47% avaient 65 ans ou plus. Parmi eux, la présence d'au moins une comorbidité était reportée pour 94% des cas. Un virus de type A a été identifié dans 92% des cas où le virus a été typé (437/617). Parmi les 446 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 71% n'étaient pas vaccinés contre la grippe. Soixante-sept décès ont été signalés, dont 40 chez les 65 ans ou plus (données non consolidées).

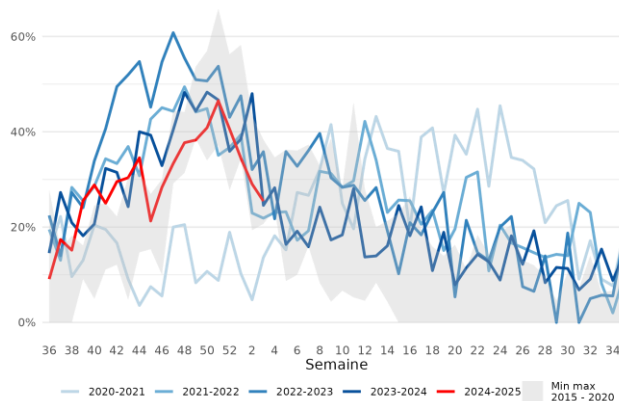
Parmi les 243 cas de COVID-19, 68% étaient âgés de 65 ans et plus. Parmi eux, la majorité était des hommes et la présence d'au moins une comorbidité était reportée pour 73% des cas. Parmi les 154 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 90% n'étaient pas vaccinés contre la COVID-19 au cours des 6 derniers mois. Cinquante-trois décès ont été signalés, dont 48 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Parmi les 178 cas d'infections à VRS, 59% étaient âgés de 65 ans ou plus. Les patients présentant au moins une comorbidité représentaient 99% des cas. Seize décès ont été signalés, dont 13 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Bronchiolite

En semaine 03, 14 hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans ont été enregistrées, soit 25,5% de l'ensemble des hospitalisations en service de réanimation dans cette classe d'âge (vs 29,0% en S02). Chez les moins de 1 an, le nombre d'hospitalisations en réanimation après passage aux urgences était de 13, soit 28,9% des hospitalisations en service de réanimation (vs 40,0% en S02).

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



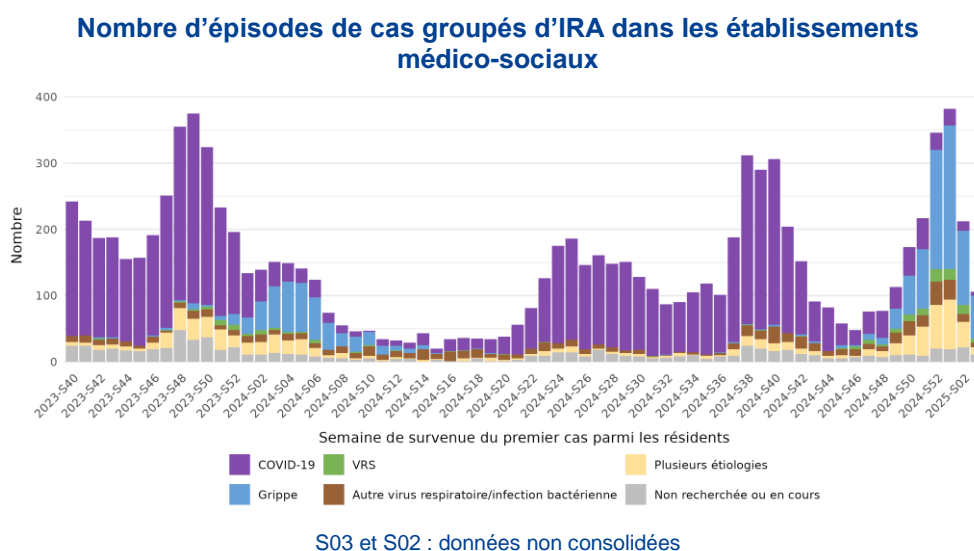
Source : réseau OSCOUR®

Établissements médico-sociaux

Depuis la semaine 40, 2 644 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 2 451 (93%) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Parmi l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 2 453 (93%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 973 (39%) étaient exclusivement attribués à la COVID-19 et 786 (32%) à la grippe. Le VRS était la seule étiologie dans 97 épisodes (4%) et était seul ou associé à un autre pathogène dans 199 épisodes (8%). Le nombre de nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA était en augmentation en semaines 52 et 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 212 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 02 (données non consolidées) vs 382 en S01. Parmi eux, 112 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 217 en S01), 14 étaient attribués exclusivement à une infection à VRS (vs 16 en S01) et 14 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 25 en S01).



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

Surveillance virologique

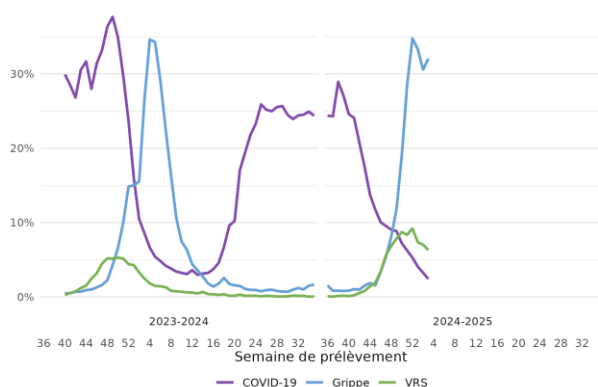
En semaine 03, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 32,0% (3 033/9 466) pour les virus grippaux (vs 30,6% en S02), 6,3% (589/9 350) pour le VRS (vs 7,0% en S02), 2,4% (229/9 509) pour le SARS-CoV-2 (vs 3,2% en S02).

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 51,5% (122/237) pour les virus grippaux (vs 54,0% en S02), 5,9% (14/237) pour le VRS (vs 7,2% en S2), 2,1% (5/237) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,7% en S02) et 5,5% (13/237) pour le rhinovirus (vs 5,8% en S02).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 21,9% (2 971/13 571) pour les virus grippaux (vs 20,9% en S02), 5,9% (799/13 470) pour le VRS (vs 7,0% en S02), 3,2% (480/15 071) pour le SARS-CoV-2 (vs 3,6% en S02) et 10,7% (756/7 552) pour le rhinovirus (vs 9,6% en S02).

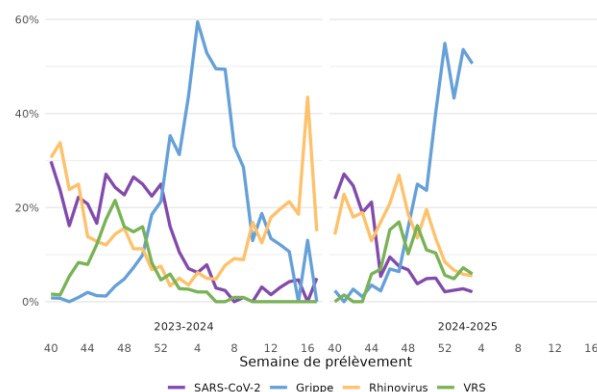
Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale

Laboratoires de biologie médicale en ville



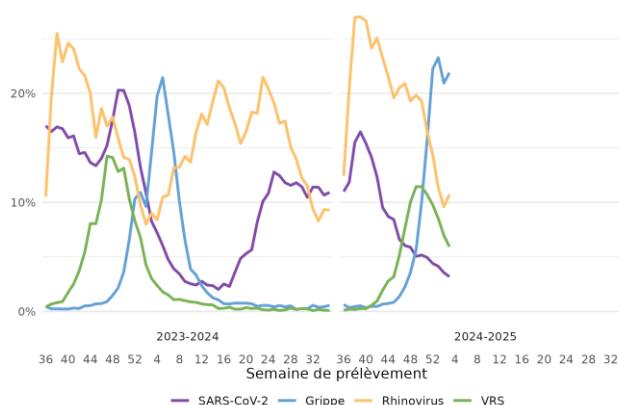
Source : réseau RELAB, CNR-VIR

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

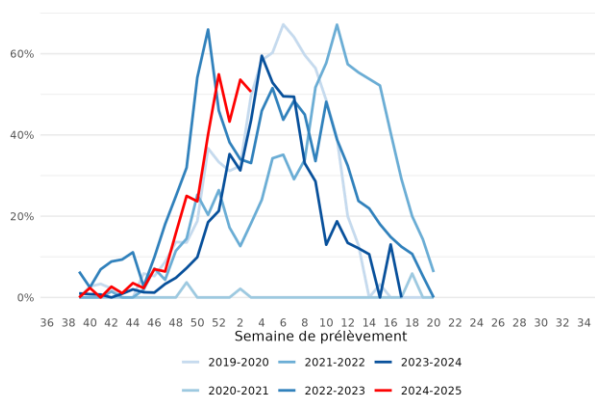
Virus grippaux

En semaine 03, tout en demeurant élevé, le taux de positivité en médecine de ville était en légère baisse à 51,5% (-2,5 points par rapport à S02) et le taux de positivité à l'hôpital était en légère augmentation (21,9%, soit +1,0 point par rapport à S02).

En médecine de ville, parmi les 2 869 prélèvements testés depuis la semaine 40, 739 virus grippaux ont été détectés dont 344 A(H1N1)_{pdm09} (soit 47% des virus détectés), 154 A(H3N2) (soit 21%), 18 virus A non sous-typés, 179 B(Victoria) (soit 24%) et 44 B sans lignage identifié.

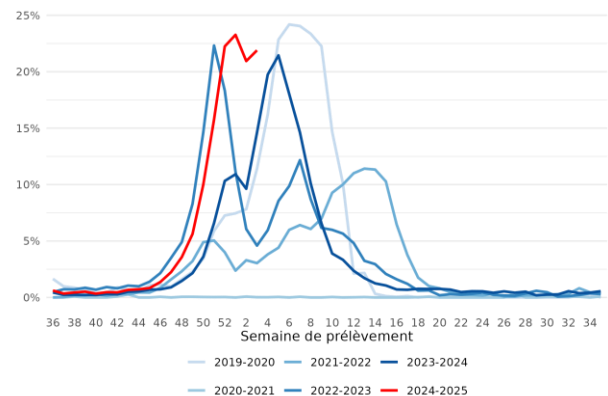
A l'hôpital (réseau RENAL/CNR), parmi les 206 598 prélèvements testés depuis la semaine 40, 21485 se sont avérés positifs pour un virus grippal (10,4%), dont une majorité de virus de type A (80%) : 14 823 virus de type A non sous-typés, 1 631 A(H1N1)_{pdm09}, 1 002 A(H3N2) et 4 029 virus de type B (soit 20%).

Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale



Médecine de ville

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

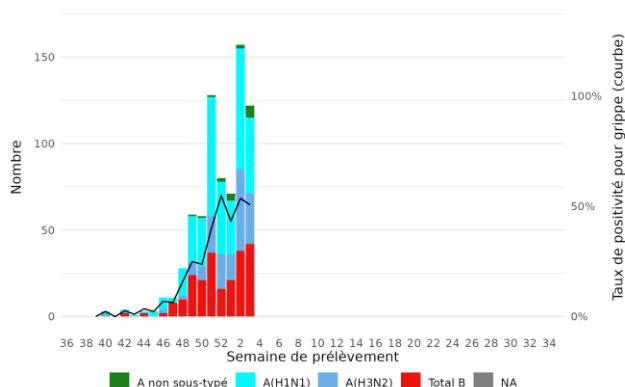


Hôpital

Source : réseau RENAL, CNR-VIR

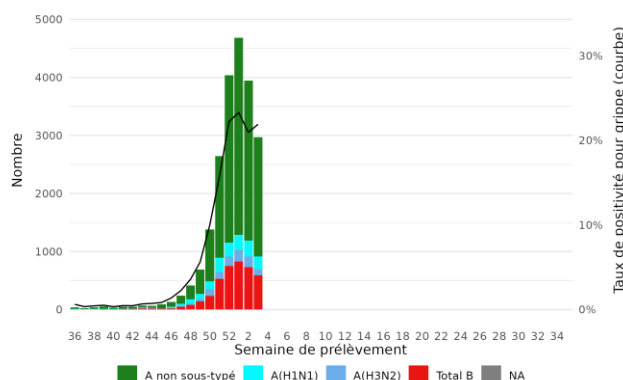
Distribution des types et sous-types de virus grippaux des prélèvements réalisés en France hexagonale

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.

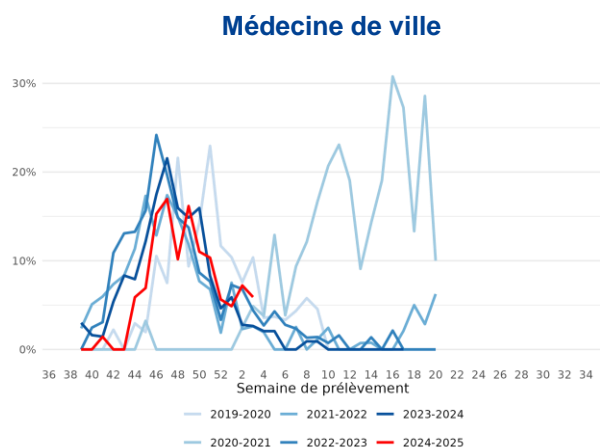
Les profils antigéniques des virus A(H1N1)_{pdm09} et B/Victoria sont apparentés aux souches vaccinales. Ces résultats devront être confrontés aux premières estimations d'efficacité vaccinale en vie réelle qui seront disponibles prochainement.

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

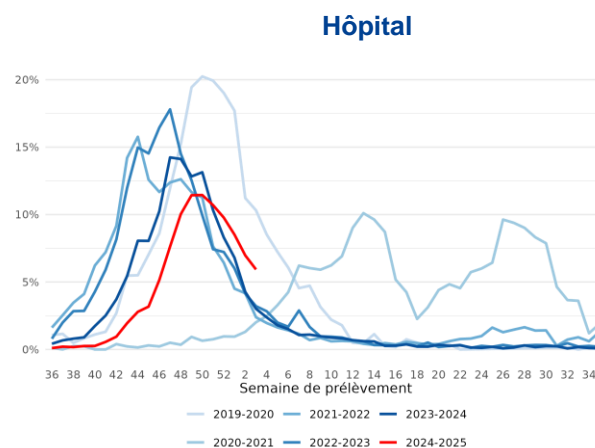
En semaine 03, parmi les 237 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, 14 (5,9%) étaient positifs pour le VRS. Parmi les 13 470 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 799 (5,9%) étaient positifs pour le VRS.

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

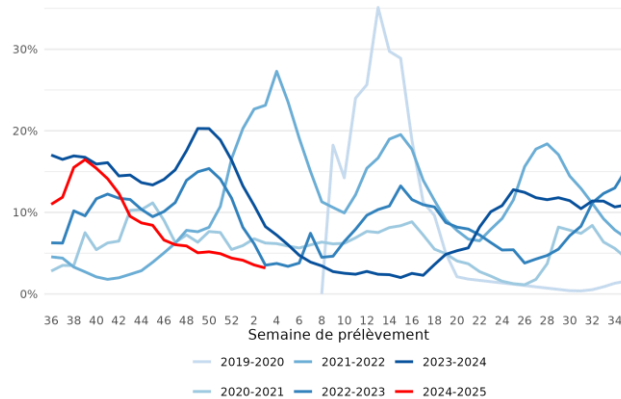


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

SARS-CoV-2

En semaine 03, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 3,2% (480/15 071) pour le SARS-CoV-2 (vs 3,6% en S02).

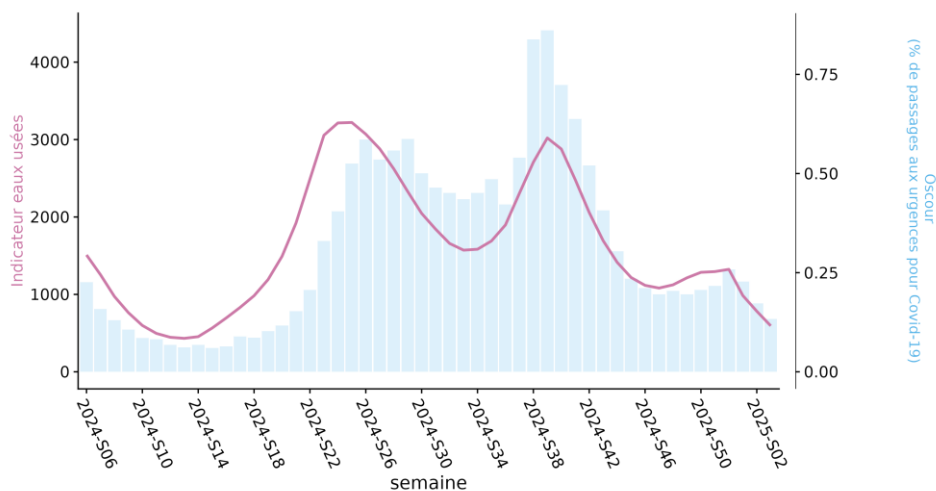
Taux de positivité pour le SARS-CoV-2 des prélèvements réalisés à l'hôpital en France hexagonale



Surveillance dans les eaux usées

La tendance à la baisse du niveau de SARS-CoV-2 dans les eaux usées se poursuit en semaine 03 (les 54 stations de traitement des eaux usées disposaient de résultats interprétables), l'intensité globale de circulation du virus atteignant un niveau très faible.

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



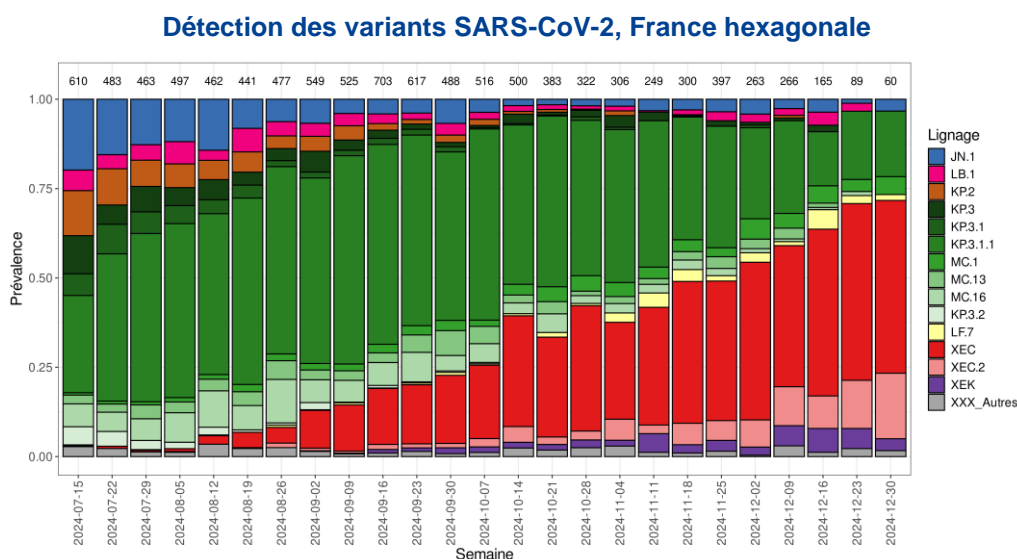
Surveillance génomique

Dans l'Hexagone, en S52 (23/12) et S01 (30/12), le lignage XEC (recombinant KS.1.1/KP.3.3) était le plus fréquemment détecté avec une proportion de 49% sans ses sous-lignages (73/149, en baisse), suivi de KP.3.1.1 avec une proportion de 18,8% sans ses sous-lignages (28/149), puis XEC.2 avec 15,4% (23/149, en augmentation), et devant XEK (recombinant KP.2.3/XEC) qui représentait 4,7% (7/149, 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 64,4% de l'ensemble des séquences détectées dans l'Hexagone.

Au regard du plus faible nombre de séquences analysées en S01, 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.



Source : CNR-VIR

Mortalité

Certification électronique

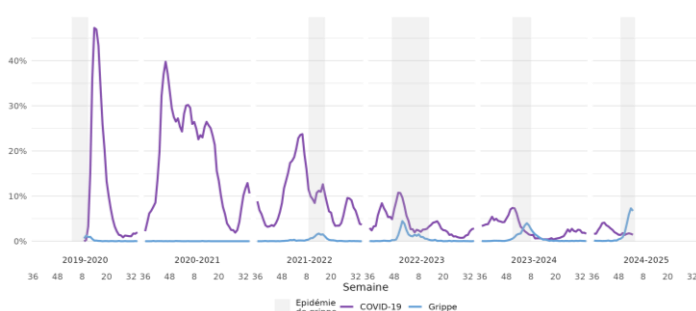
Du fait d'un problème technique sur l'application de certification électronique des décès durant le week-end du 18 et 19 janvier, les effectifs de décès sur la semaine 03 ne sont pas interprétables. Seule l'analyse en proportion est donc présentée.

En S03, 6,7% des certificats de décès déclarés par voie électronique contenaient une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (vs 7,3% en S02). La COVID-19 était mentionnée dans 1,4% des décès (vs 1,6% en S02).

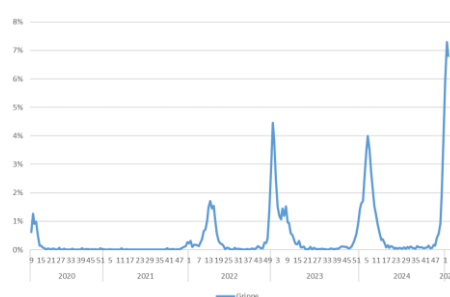
En S03, la part des décès avec une mention de grippe parmi l'ensemble des décès certifiés électroniquement était en légère baisse, tout en restant à un niveau très élevé pour la grippe. Cet indicateur était le plus élevé dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes (8,6%), Bourgogne-Franche-Comté (9,0%), Grand Est (10,5%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (8,4%). Parmi les décès liés à la grippe déclarés en S03, 93% concernaient des personnes de 65 ans et plus (données incomplètes cette semaine).

En progression, le déploiement du dispositif de certification électronique recouvrait, en novembre 2024, 50% de la mortalité nationale, variant de 25% (Bourgogne-Franche-Comté) à 67% (Auvergne-Rhône-Alpes) selon les régions de l'Hexagone. La part des décès certifiés électroniquement est également hétérogène selon le type de lieu de décès (environ 70% des décès survenant en établissements hospitaliers, près de 34% en Ehpad et 15% à domicile).

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



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



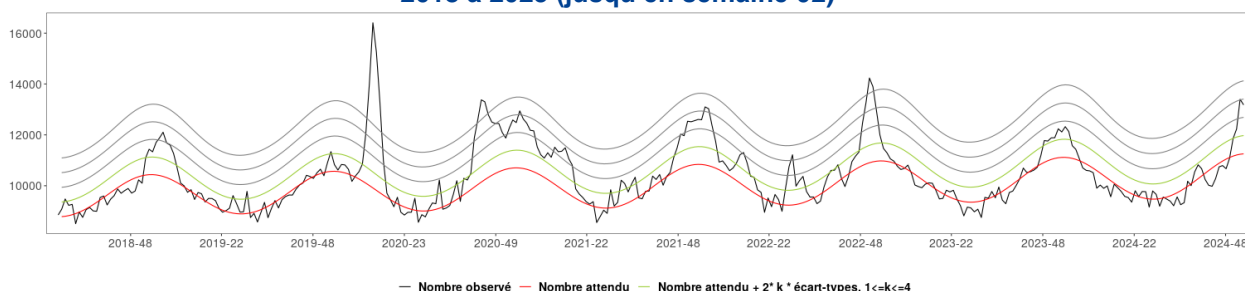
Source : Inserm-CépiDc ; Traitement : Santé publique France

Mortalité toutes causes

Au niveau national, le nombre de décès toutes causes confondus transmis par l'Insee est en excès entre S52 et S02 tous âges confondus et concerne principalement les 65 ans et plus. Cet excès de mortalité toutes causes est concomitant du niveau d'activité très élevé observé à l'hôpital en lien avec la grippe.

Plus d'informations sont disponibles dans le [bulletin mortalité](#).

Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges, 2018 à 2025 (jusqu'en semaine 02)



Source des données : Insee. Traitement : Santé publique France (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 Viartis) et Fluarix Tetra® (Laboratoire GSK).

Au 30 novembre 2024, la couverture vaccinale grippe chez l'ensemble des personnes ciblées 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 ciblées 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 (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).

Au 30 novembre 2024, la couverture vaccinale contre la Covid-19 chez l'ensemble des personnes ciblées par la vaccination était de 12,5% (données intermédiaires). Elle était de 14,8% chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et de 5,7% chez celles âgées de moins de 65 ans à risque de Covid-19 sévère.

Ces couvertures vaccinales sont inférieures à celles estimées pour la saison 2023-2024 à la même date (25,6 % chez les personnes de 65 ans et plus).

Le mode de suivi des couvertures vaccinales contre la Covid-19 a évolué : jusqu'à la saison dernière (2023-2024), les couvertures étaient suivies grâce aux vaccinations renseignées dans l'outil Vaccin Covid ; pour la saison en cours (2024-2025), les couvertures vaccinales sont suivies par le remboursement de l'acte de vaccination dans le SNDS. Ces dernières couvertures sont certainement sous-estimées du fait du possible non enregistrement des actes de vaccination dans la base des remboursements notamment lorsque les vaccinations ont été réalisées dans les établissements sanitaires ou médico-sociaux incluant les Ehpad ou par certains professionnels vaccinateurs.

Le niveau de sous-estimation ne peut cependant être évalué.

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](https://www.santepubliquefrance.fr).



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 3 (13 au 19 janvier 2025). Saint-Maurice : Santé publique France, 23 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Date de publication : 22 janvier 2025

Contact : presse@santepubliquefrance.fr