

Bourgogne-Franche-Comté

Bulletin Épidémiologique Régional, publié le 18 septembre 2025

Semaine 37 (du 8 au 14 septembre 2025)

Page 2 - Veille internationale - COVID-19 Page 3 - Maladies à Déclaration Obligatoire - Surveillance non spécifique (SurSaUD®) Page 4 - Mortalité Page 5 - Bilan de la surveillance des cas graves admis en réanimation, saison 2024-2025

À la une

Vers une surveillance de la bronchiolite chez le nourrisson de moins de 1 an

En novembre 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré une recommandation de bonne pratique sur la « prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois », actualisant les recommandations de 2000. Le premier épisode de bronchiolite aiguë est défini comme le premier épisode aigu de gêne respiratoire (séquence rhinite suivie de signes respiratoires : toux, sibilants et/ou crépitaux, accompagnés ou non d'une polypnée et/ou de signes de lutte respiratoire), intervenant à toute période de l'année.

Ces recommandations ne concernent pas les enfants de plus de 12 mois et les épisodes récurrents de gêne respiratoire sifflante. Devant un 2^{ème} épisode rapproché chez le nourrisson de moins de 12 mois, il est nécessaire d'envisager d'autres diagnostics, de prendre en compte d'autres paramètres tels que les antécédents (asthme, allergies), les symptômes associés. Deux fiches outils ont été mises en ligne par la HAS dans le cadre de cette recommandation afin de fournir des éléments d'information pratiques pour les professionnels sur l'évaluation et prise en charge du 1^{er} épisode de bronchiolite aiguë, sur les conseils de surveillance pour les parents au décours d'une consultation ou d'une hospitalisation.

A compter de la saison 2025-2026, la surveillance de la bronchiolite menée par Santé publique France jusqu'à présent conduite chez les enfants de moins de 2 ans, sera réalisée chez les nourrissons de moins de 1 an. Cette modification, prévue depuis plusieurs années, permet d'être davantage en accord avec les cas de bronchiolites décrits par la HAS. Les changements induits seront peu importants car la majorité des cas de bronchiolite sont dès à présent rapportés chez les nourrissons de moins de 1 an.

Après concertation avec les services de réanimation de pédiatrie, les cas graves de bronchiolites continueront néanmoins à être surveillés jusqu'à l'âge de 2 ans. Cette surveillance redémarrera fin septembre.

L'épidémie saisonnière de bronchiolite débute généralement à la mi-octobre, atteint un pic en décembre et se termine à la fin de l'hiver. Pendant les quatre saisons qui ont suivi l'émergence de la COVID-19 (saisons 2020-2021 à 2023-2024), la dynamique des épidémies de bronchiolite avait été perturbée avec des débuts d'épidémie plus tardifs (saison 2020-2021) ou plus précoces (saisons 2021-2022 à 2023-2024).

En France hexagonale, la dynamique de l'épidémie de l'hiver dernier a été globalement comparable à celles des épidémies précédant la pandémie de COVID-19 : elle a été de courte durée (8 semaines, de mi-novembre 2024- S47 à mi-janvier 2025-S02) et de faible intensité, inférieure à celles des épidémies postérieures à l'émergence de la COVID-19, notamment chez les nourrissons de moins de 3 mois. Cette épidémie de faible intensité, notamment chez les moins de 3 mois pourrait être liée, en partie au moins, aux campagnes d'immunisation des nouveau-nés contre les infections à VRS, soit par la vaccination de la femme enceinte, soit par l'immunisation passive des nourrissons par un anticorps monoclonal. La campagne de prévention des infections à VRS chez les nouveau-nés et les nourrissons a démarré le 1^{er} septembre 2025 en France hexagonale.

Depuis 4 ans en **Bourgogne-Franche-Comté**, les bronchiolites des enfants de moins de 2 ans prises en charge en urgence ont représenté environ 15 000 diagnostics pour les services des urgences et près de 2 000 diagnostics pour SOS-Médecins : les proportions de nourrissons de moins de 1 an fluctuaient respectivement autour de 88 % et 66 % des cas. La description des cas de bronchiolite admis en réanimation en région en 2024-2025 est disponible en page 9.

Pour en savoir plus :

Haute Autorité de Santé - Prise en charge du 1^{er} épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois ([ici](#))

IRA - Bilan de la saison 2024-2025 au 15 avril 2025 ([ici](#))

Date de début de la prochaine campagne d'immunisation des nouveau-nés contre la bronchiolite à VRS pour la saison 2025-2026 ([ici](#))

DGS-Urgent - Modalités de mise en œuvre de la campagne d'immunisation des nourrissons et nouveau-nés contre les infections à virus respiratoire syncytial (VRS) ([ici](#))

Veille internationale

12/09/2025 : L'OMS publie un communiqué sur l'augmentation du nombre de décès dus au choléra pour la deuxième année consécutive, alors que des moyens de prévention et de traitement sont disponibles ([lien](#)).

La COVID-19

La surveillance de la Covid-19 s'effectue à partir des indicateurs (tous âges) suivants :

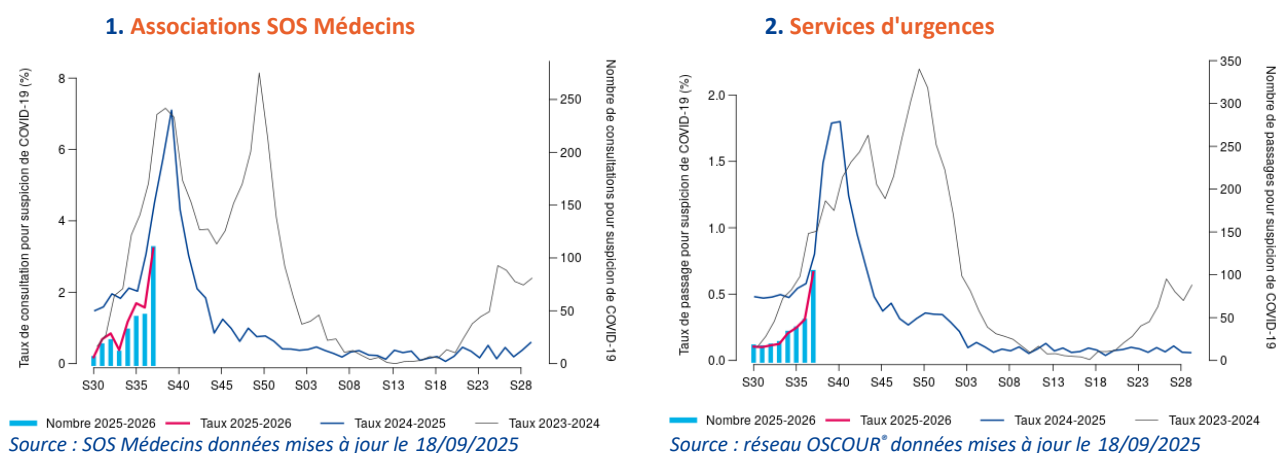
- pourcentage hebdomadaire de suspicion de Covid-19 parmi les diagnostics des associations SOS Médecins (Dijon, Sens, Besançon, Auxerre, source: SurSaUD®)
- pourcentage hebdomadaire de suspicion de Covid-19 parmi les diagnostics des services d'urgences adhérant à SurSaUD®
- circulation hebdomadaire du SARS-CoV-2 dans les stations de traitement des eaux usées (Dijon, Besançon, Auxerre, Chalon-sur-Saône)

NB : Les indicateurs de surveillance de Covid-19 concernant les cas groupés en collectivité et ceux concernant les cas graves admis en réanimation seront publiés à partir d'octobre.

En Bourgogne-Franche-Comté : En augmentation

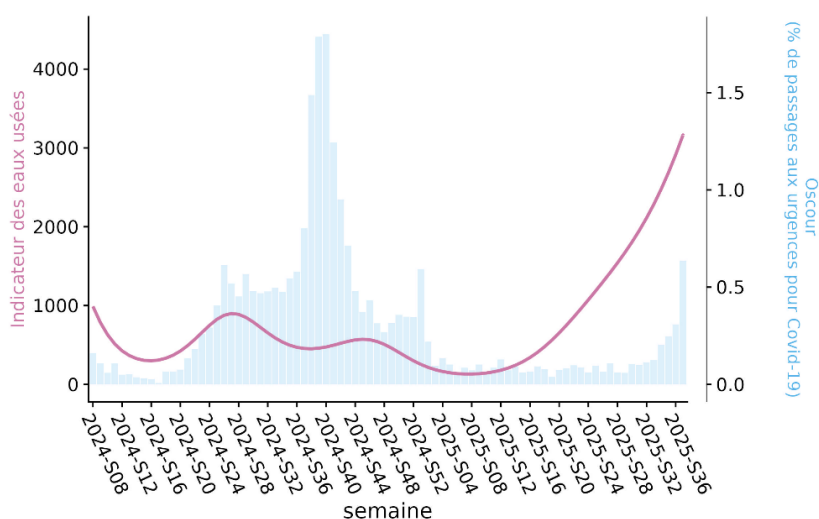
- Une augmentation continue de la détection du SARS-CoV-2 dans les eaux usées (figure 3) est observée depuis mi-juillet en région (comme en France).
- Poursuite de l'augmentation de la proportion de suspicions de Covid-19 cette semaine : 0,7 % des passages aux urgences (vs 0,3 % en S-1, figure 2) et 3,2 % des actes SOS Médecins (vs 1,6 % en S-1, figure 1). L'impact sur la prise en charge en urgence semble suivre la même tendance qu'au cours des 2 saisons antérieures.

Figures 1 et 2. Évolution hebdomadaire du nombre et des pourcentages pour suspicion de COVID-19 en Bourgogne-Franche-Comté parmi les diagnostics



- Pour les 4 stations de traitement des eaux usées de Bourgogne-Franche-Comté : la concentration virale de SARS-CoV-2 continue à augmenter (figure 3).

Figure 3. Circulation hebdomadaire du SARS-CoV-2 dans les eaux usées depuis S06-2024, et de la part de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (Oscour®), Bourgogne-Franche-Comté



Les données de surveillance Covid-19 sont en accès libre :
[Lien vers les indicateurs Odissé](#)

Surveillance de maladies à déclaration obligatoire (MDO)

La Cellule régionale dispose en temps réel des données de 5 maladies infectieuses à déclaration obligatoire signalées en Bourgogne-Franche-Comté : infection invasive à méningocoque (IIM), hépatite A, légionellose, rougeole et toxi-infection alimentaire collective (TIAC). Les résultats sont présentés en fonction de la date d'éruption pour la rougeole (si manquante, elle est remplacée par celle du prélèvement ou de l'hospitalisation et, en dernier recours, par la date de notification), de la date d'hospitalisation pour l'IIM, de la date de début des signes pour l'hépatite A et la légionellose et de la date du premier cas pour les TIAC (si manquante, elle est remplacée par la date du repas ou du dernier cas, voire en dernier recours par la date de la déclaration des TIAC).

Tableau 1. Nombre de MDO déclarées par département (mois en cours M et cumulé année A) et dans la région 2022-2025

Bourgogne-Franche-Comté																				
	21		25		39		58		70		71		89		90		2025*	2024*	2023	2022
	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A						
IIM	0	2	1	4	0	1	0	3	0	1	0	7	0	6	0	2	26	28	17	8
Hépatite A	0	6	0	4	0	1	0	3	0	3	0	5	0	2	0	0	24	22	30	14
Légionellose	2	13	1	10	0	3	0	2	1	16	1	11	1	3	0	3	61	73	109	134
Rougeole	0	17	0	0	0	0	0	0	0	1	0	19	0	3	0	0	40	11	2	0
TIAC ¹	0	10	0	11	0	6	0	3	0	2	0	5	0	7	0	1	45	55	83	44

¹ Les données incluent uniquement les déclarations transmises à l'Agence Régionale de Santé

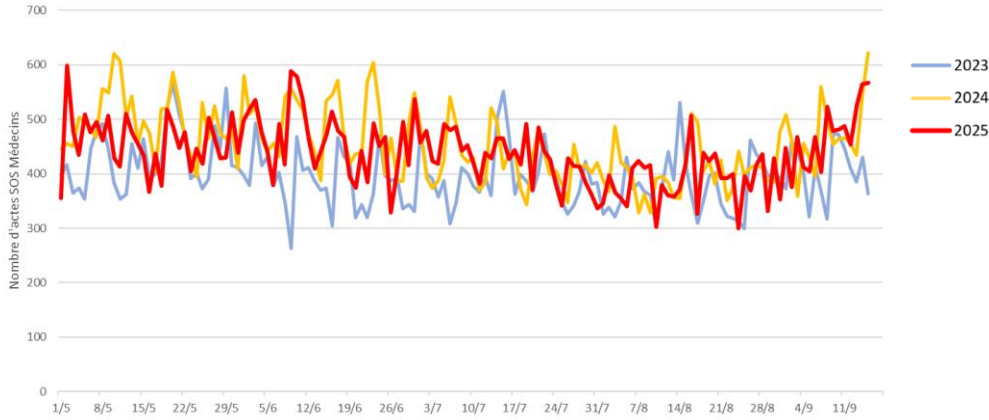
* Données provisoires - Source : Santé publique France, données mises à jour le 18/09/2025

Surveillance non spécifique (SurSaUD®)

En Bourgogne-Franche-Comté :

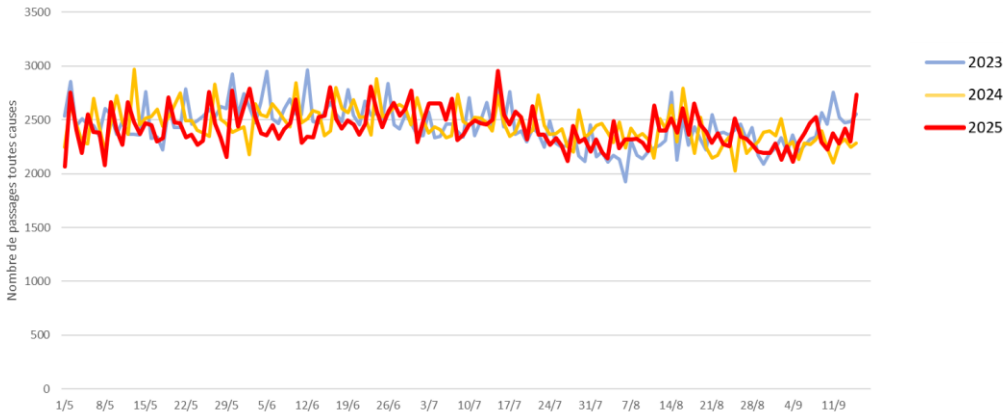
Pas d'augmentation inhabituelle de l'activité toutes causes des associations SOS Médecins et des services d'urgence. Les indicateurs restent dans les niveaux observés lors des 2 saisons estivales antérieures à la même période. (figures 4 et 5).

Figure 4. Nombre d'actes SOS Médecins de Bourgogne-Franche-Comté par jour, tous âges, 1^{er} mai au 17 septembre, 2023-2025



Source : SOS Médecins, données mises à jour le 18/09/2025

Figure 5. Nombre de passages aux urgences de Bourgogne-Franche-Comté par jour, tous âges, 1^{er} mai au 17 septembre, 2023-2025



Source : réseau OSCOUR®, données mises à jour le 18/09/2025

Mortalité toutes causes

Le suivi de la mortalité s'appuie sur les données issues d'un échantillon d'environ 5 000 communes (dont environ 270 en Bourgogne-Franche-Comté) transmettant leurs données d'état-civil (données administratives sans information sur les causes médicales de décès) sous forme dématérialisée à l'Insee. Compte tenu des délais légaux de déclaration d'un décès à l'état-civil (24h, hors week-end et jour férié) et du délai pris par le bureau d'état-civil pour saisir les informations, un délai entre la survenue du décès et l'arrivée des informations à Santé publique France est observé : les analyses ne peuvent être effectuées qu'après un délai minimum de 3 semaines.

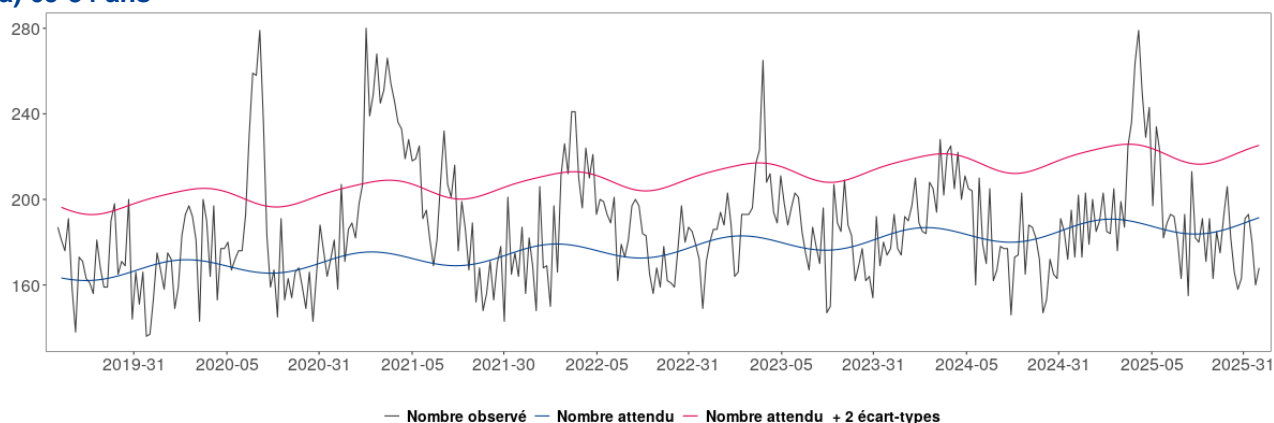
La mortalité attribuable à la chaleur fait l'objet d'un bilan a posteriori sur l'ensemble de la période de surveillance estivale.

En Bourgogne-Franche-Comté :

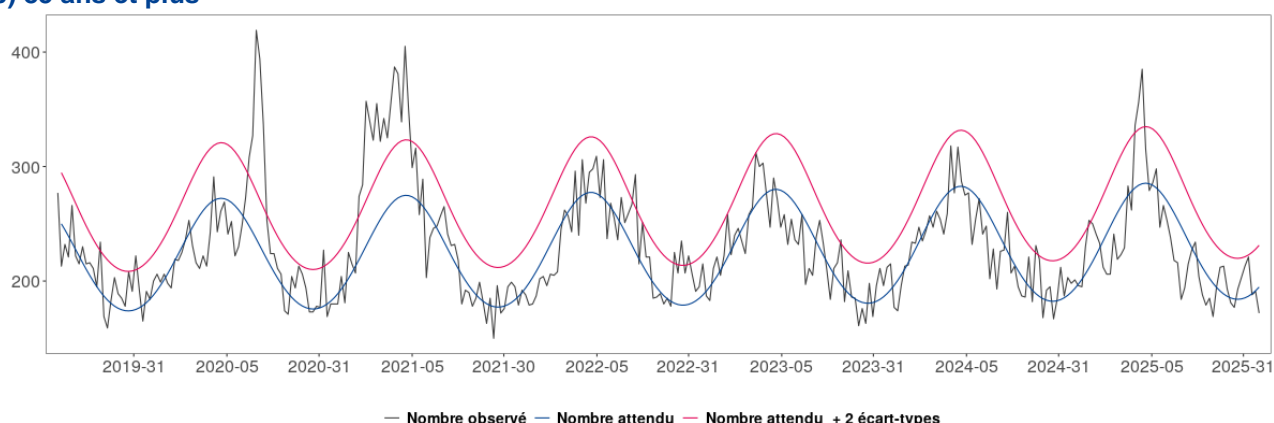
Aucun excès de mortalité toutes causes et tous âges en semaine 36.

Figure 6. Nombre de décès régionaux toutes causes, pour les classes d'âge 65-84 ans (a), 85 ans et plus (b), tous âges (c) jusqu'à la semaine 36-2025

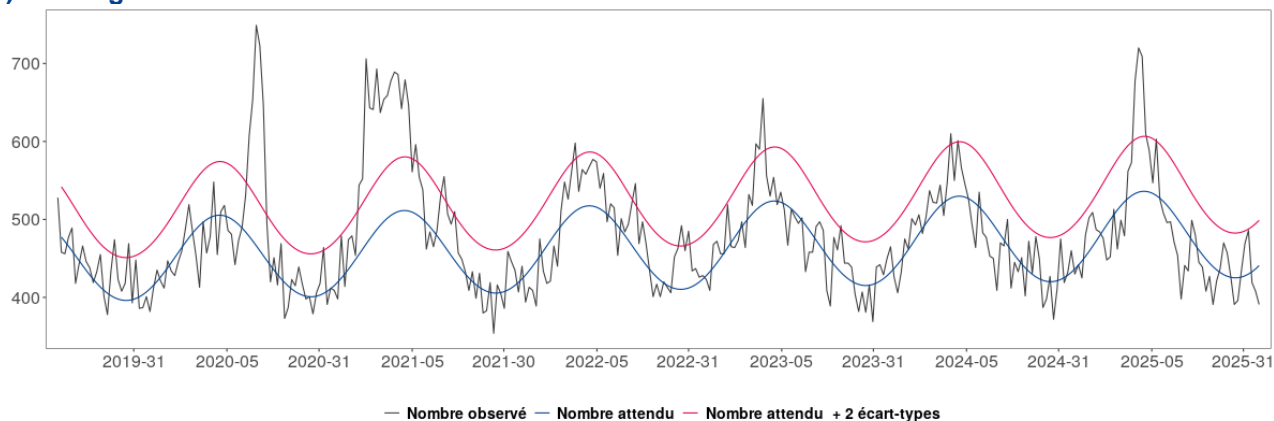
a) 65-84 ans



b) 85 ans et plus



c) Tous âges



Source : Insee, données mises à jour le 18/09/2025

Surveillance des cas graves admis en réanimation, saison 2024-2025

La surveillance des cas graves admis en réanimation repose sur un réseau sentinelle de services de réanimation localisés en France (dont 8 pour la Bourgogne-Franche-Comté). Cette surveillance n'a pas vocation à dénombrer tous les cas graves admis en réanimation.

Définitions : Patient avec confirmation biologique de grippe (tous âges) et/ou d'infection à SARS-CoV-2 (tous âges) et/ou d'infection au virus respiratoire syncytial (VRS) (≥ 18 ans) nécessitant une prise en charge en réanimation du fait de l'infection ou de ses conséquences (décompensation de pathologie sous-jacente, surinfection bactérienne) – hors cas de syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique lié à SARS-CoV-2 / Patient avec une forme grave de bronchiolite (≤ 2 ans), quel que soit le virus (identifié ou non), nécessitant une prise en charge en réanimation du fait de l'infection.

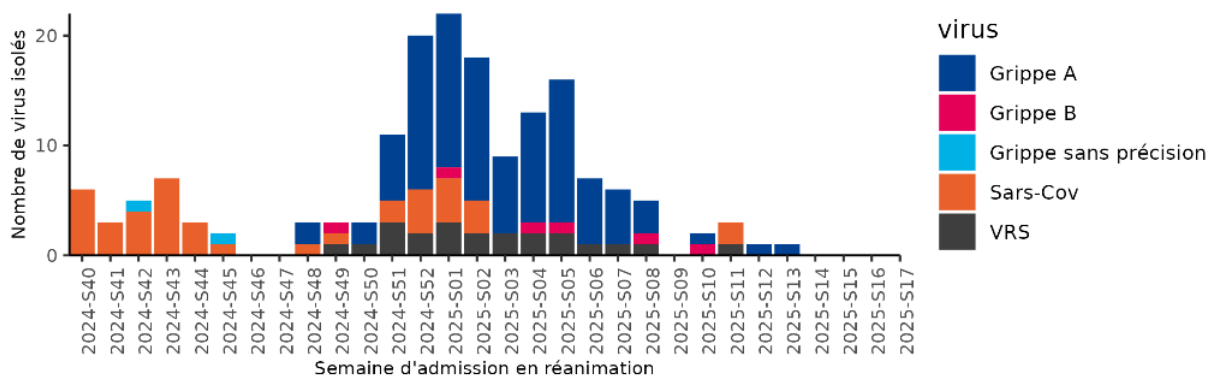
La surveillance des cas graves a débuté le 30 septembre 2024 (S40) et s'est terminée le 13 avril 2025 (S15). Au total, **41 cas de COVID-19 (tous âges), 106 cas de grippe (tous âges) et 22 cas d'infection à VRS (≥ 18 ans)** ont été signalés par le réseau sentinelle de services de réanimation (surveillance non exhaustive) en Bourgogne-Franche-Comté. Les cas signalés représentaient respectivement 12 %, 6 % et 7 % des cas signalés en France. Peu de patients présentant une co-infection ont été déclarés : 3 grippe/VRS et 4 COVID-19/VRS. Parmi eux, 5 étaient âgés de moins d'un an et 2 avaient plus de 75 ans.

Tous les services appartenant au réseau sentinelles de Bourgogne-Franche-Comté ont signalé au moins un cas. Deux services ont déclaré, à eux seuls, environ 66 % des cas de grippe (soit environ 40 ou près de 30 cas de grippe respectivement) et la moitié des cas de VRS. Près de 60 % des cas de COVID-19 ont été déclarés par 3 services. Les patients résidaient majoritairement en région Bourgogne-Franche-Comté (93 %).

Le motif principal d'admission, quelle que soit la pathologie, était l'insuffisance respiratoire aiguë (63 % des patients VRS à respectivement 73 %-74 % des patients Covid-19 et grippe).

Entre S40 et S45 (du 30/9 au 10/11/2024), la majorité des hospitalisations en réanimation concernaient des patients atteints de COVID-19 (Figure 7). Entre S49-2024 (du 2 au 7/12/2024) et S13-2025 (du 24 au 30/03/2025) – période de l'épidémie de grippe en région, les admissions en réanimation pour ce diagnostic étaient majoritaires et comptabilisaient 102 des 106 cas. Le virus du VRS est identifié pour des patients âgés de 18 ans et plus chaque semaine entre S49-2024 et S08-2025 (17 au 22/02/2025).

Figure 7 : Nombre de virus isolés de grippe (tous âges), de SARS-CoV-2 (tous âges) et de VRS (≥ 18 ans) par semaine d'admission en réanimation, entre S40-2024 et S17-2025, Bourgogne-Franche-Comté



Source : réseau de services de réanimation sentinelles, Bourgogne-Franche-Comté

Description des cas graves de COVID-19 (tous âges), de VRS (≥ 18 ans) et de grippe (tous âges)

L'âge médian des 41 **cas de COVID-19** était de 71 ans (min/max : 0 - 87 ans). La majorité des cas présentait une comorbidité (80 %). Les principales comorbidités étaient une hypertension artérielle (47 % des cas), une pathologie cardiaque (39 %), une pathologie rénale et un diabète (24 % chacun). Près de la moitié des cas (46 %) n'avait pas de syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), 24 % un SDRA modéré et 22 % un SDRA sévère. Environ un tiers des patients ont eu recours à la ventilation invasive (34 %) et à l'oxygénothérapie haut débit (32 %).

Parmi les 22 **cas d'infection à VRS** (≥ 18 ans), 55 % étaient des hommes et 68 % avaient 65 ans ou plus, 91 % présentaient au moins une comorbidité dont une pathologie pulmonaire (55 %), suivi par une pathologie cardiaque, un diabète et une hypertension artérielle (32 % chacun). Environ 2/3 des cas n'avaient pas de SDRA.

L'âge médian des **cas de grippe** était de 66 ans (min/max : 0 - 93 ans). Parmi eux, 93 % présentaient au moins une comorbidité : une hypertension artérielle (44 %), une pathologie pulmonaire (38 %), une pathologie cardiaque (31 %) et un diabète (27 %). Les personnes infectées par un virus A étaient majoritaires (cf focus). Environ 40 % des cas n'avaient pas de SDRA et un quart un SDRA modéré ou sévère.

Description des prises en charge ventilatoire et du devenir des cas graves

Quelle que soit la pathologie, les séjours de 14 jours et plus représentaient 19 % des cas (tableau 2).

Pendant le séjour en réanimation, **34 patients COVID-19 (soit 83 %)** ont eu recours à un mode de ventilation (hors O2 (Lunettes/masque)). La durée médiane de ventilation était de 7 jours (min/max : 1 - 23 jours ; 29 données disponibles). Elle était de 5 jours pour les patients sortis vivants (23 durées précisées sur 25) et de 7 jours pour les patients décédés (6 durées précisées sur 9). La durée médiane de séjour des patients COVID-19 était de 7 jours (respectivement de 10 jours pour les patients décédés et de 7 jours pour les patients sortis vivants).

Tableau 2 : Caractéristiques des cas graves admis en réanimation pour COVID-19 (tous âges) ou grippe (tous âges) ou VRS (≥ 18 ans) entre le 30 septembre 2024 et le 13 avril 2025, Bourgogne-Franche-Comté

	COVID-19 N = 41 (100%)	GRIPPE N = 106 (100%)	VRS N = 22 (100%)
Sexe			
Femme	20 (49%)	44 (42%)	10 (45%)
Homme	21 (51%)	62 (58%)	12 (55%)
Classes d'âge			
< 2 ans	8 (20%)	3 (3%)	-
2-17 ans	1 (2%)	8 (8%)	-
18-64 ans	6 (15%)	38 (36%)	7 (32%)
65 ans et plus	26 (63%)	57 (54%)	15 (68%)
Présence de comorbidité(s)	33 (80%)	98 (93%)	20 (91%)
Syndrome de détresse respiratoire aiguë			
Aucun	19 (46%)	41 (39%)	14 (64%)
Mineur	3 (7%)	10 (9%)	3 (14%)
Modéré	10 (24%)	27 (25%)	3 (14%)
Sévère	9 (22%)	28 (26%)	2 (9%)
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive			
Aucune	3 (7%)	5 (5%)	0 (0%)
O2 (Lunettes/masque)	4 (10%)	20 (19%)	6 (27%)
Ventilation non-invasive	7 (17%)	34 (32%)	7 (32%)
Oxygénothérapie haut-débit	13 (32%)	10 (9%)	1 (5%)
Ventilation invasive	14 (34%)	35 (33%)	8 (36%)
Assistance extracorporelle	0 (0%)	2 (2%)	0 (0%)
Score IGS II médian (min-max)	39 (24-71)	37 (12-83)	36 (16-54)
Devenir			
Décès	9 (22%)	18 (17%)	4 (18%)
Sortie de réanimation	32 (78%)	87 (83%)	18 (82%)

Source : réseau de services de réanimation sentinelles, Bourgogne-Franche-Comté

Tous les patients VRS ont bénéficié d'un mode ventilatoire (durée médiane des patients hors O2 (Lunettes/masque) de 5 jours - min/max : 1 - 20 jours). La durée médiane de séjour était de 7 jours. Au vu des effectifs, cet indicateur ne peut pas être présenté selon le statut vital à la fin du séjour en réanimation.

Pendant le séjour en réanimation, 81 patients de grippe ont eu recours à un mode de ventilation (hors O2 (Lunettes/masque)) dont 79 durées de ventilation ont été précisées (exclusion d'un patient transféré dans une autre réanimation). La durée médiane de ventilation était de 6,5 jours (min/max : 1 - 53 jours). Elle était de 7 jours pour les patients sortis vivants (62 durées précisées) et de 6 jours pour les patients décédés (17 durées précisées/18).

Il y a eu 2 séjours entre décembre 2024 et janvier 2025 avec un recours à l'oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO), technique d'oxygénation du sang s'appuyant sur le principe de circulation sanguine extracorporelle, qui permet une assistance à la fois cardiaque et respiratoire, dans 2 établissements de la région. La durée d'application est variable : de 3 jours (séjour qui s'est conclu par un décès) à 25 jours (patient sorti vivant).

La durée médiane de séjour des patients de grippe était de 7 jours (respectivement de 8 jours pour les patients décédés et de 6 jours pour les patients sortis vivants).

Tableau 3 : Durées de séjour et de ventilation des cas graves admis en réanimation pour COVID-19 (tous âges) ou grippe (tous âges) ou VRS (≥ 18 ans), Bourgogne-Franche-Comté

	COVID-19 N = 41 (100%)	GRIPPE N = 105 (100%)*	VRS N = 22 (100%)
Durée de séjour (jours)			
<3 jours	9 (22%)	19 (18%)	3 (14%)
3-6 jours	9 (22%)	32 (30%)	8 (36%)
7-13 jours	15 (37%)	34 (32%)	7 (32%)
Plus de 14 jours	8 (19%)	20 (19%)	4 (18%)
Durée de ventilation (jours)	N = 29 (100%)	N = 79 (100%)*	N = 16 (100%)
<3 jours	3 (10%)	10 (13%)	4 (25%)
3-6 jours	11 (39%)	29 (37%)	5 (31%)
7-13 jours	12 (41%)	25 (32%)	6 (38%)
Plus de 14 jours	3 (10%)	15 (19%)	1 (<1%)

*hors le patient transféré dans une autre réanimation (hors sentinelle)

Au total, **30 décès** (dont un patient avec une co-infection COVID-19 et VRS) ont été signalés : 9 cas de COVID-19 (soit un taux de létalité de 22 %) – dont 8 âgés de plus de 75 ans ; 18 cas de grippe (soit un taux de létalité de 17 %) âgés en moyenne de 67 ans et 4 cas de VRS (soit un taux de létalité de 18 %) âgés de plus de 65 ans. Un patient avec un diagnostic de grippe a été transféré dans une réanimation de la région qui ne participe pas à cette surveillance ; son devenir (sorti vivant ou décédé) n'a pas pu être recueilli.

Les cas décédés concernaient 18 hommes (soit 60 %) et 14 femmes. Les cas décédés présentaient tous des comorbidités et ce quelle que soit la pathologie. Globalement, 40 % des patients décédés ont présenté un SDRA sévère.

La mortalité différait selon le mode de ventilation pendant le séjour en réanimation. Parmi les 24 séjours (toutes pathologies confondues) avec un recours à la ventilation invasive (VI), 4 se sont terminés par un décès (4/24 ; 17 %). Parmi les 55 séjours avec un recours à l'oxygénothérapie haut-débit, 16 se sont terminés par un décès (16/55 ; 29 %).

Discussion – Cas COVID-19 (tous âges), VRS (≥18 ans) et grippe (tous âges)

Les données issues de cette surveillance permettent de décrire les caractéristiques des cas admis en réanimation chaque année (surveillance non exhaustive).

La surveillance des patients VRS a été renouvelée pour la seconde fois pour la saison 2024-2025. Les caractéristiques sont présentées comme l'an dernier à titre indicatif au vu du nombre de cas signalés (n=22).

Caractéristiques communes

Les hommes représentaient entre 51 et 58 % (selon la pathologie) des cas admis en réanimation en région et la majorité des cas décédés (60 %). Une part importante de cas présentait une comorbidité notamment une hypertension artérielle, une pathologie cardiaque et un diabète. Les cas de plus de 65 ans ont été les plus touchés (de 54 % pour les cas de grippe à plus de 60 % pour les cas de COVID-19 (63 %) et de VRS (68 %)). A l'inverse, les mineurs ont été peu impactés.

La ventilation invasive est utilisée dans les mêmes proportions (environ 1/3 des cas). La durée médiane de séjour en réanimation était d'environ 7 jours et près de 20 % des patients de chaque pathologie ont eu un séjour de 14 jours ou plus. La létalité des cas de grippe et de COVID-19 pendant le séjour en réanimation reste élevé et stable (autour de 20 %). Tous les cas décédés présentaient au moins une comorbidité.

Tous les cas admis en réanimation ont eu une confirmation virologique. Cependant, les sous-typages étaient soit inexistant (COVID-19 et VRS) soit peu disponibles (grippe). Un protocole de surveillance nommé SAGA (pour Surveillance Active de la Grippe Aviaire) va être déployé dans toutes les régions de France à compter de la saison hivernale prochaine. Dans ce cadre, le typage grippe A/B et le sous-typage H1/H3 ont été inscrits à la nomenclature NABM depuis le 1^{er} janvier 2025 pour tout patient symptomatique rapportant une exposition à risque à un virus influenza d'origine animale (cotation 5272). Ainsi, une recherche de grippe par RT-PCR doit être effectuée sur le(s) prélèvement(s) réalisé(s) et doit obligatoirement cibler le type (type A et B) et le sous-type grippal (H1N1 et H3N2).

Spécificités par pathologie

La majorité des **cas de COVID-19** a été admis au début de la surveillance. L'oxygénothérapie était plus utilisée pour les patients COVID-19 comparé aux patients grippe et VRS.

L'impact de l'épidémie 2024-2025 a été important. Toutes saisons confondues, 2024-2025 est l'année qui a recensé le plus **grand nombre de cas de grippe admis en réanimation en région**. La proportion des cas âgés de 65 ans et plus était élevée. La saison a été caractérisée par une co-circulation à des niveaux élevés des 3 virus grippaux saisonniers (A(H1N1)_{pdm09}, B/Victoria et dans une moindre mesure A(H3N2)). Au-delà de ce profil très inhabituel, cette co-circulation peut expliquer en partie ce nombre élevé de cas signalés. De plus, l'épidémie de grippe a été précoce et longue.

Les efforts pour améliorer l'adoption par tous des mesures de prévention de la grippe et des autres viroses respiratoires, notamment les gestes barrières, le recours à la vaccination et les mesures permettant d'améliorer la qualité de l'air dans les collectivités (entreprises, milieu de soins, écoles, etc.), doivent être poursuivis afin de protéger les personnes les plus vulnérables et de limiter l'impact des épidémies hivernales sur les structures de soins.

SAGA - Surveillance Active de la Grippe Aviaire

Santé publique France a élaboré, en lien avec le [ministère de la Santé et de la Prévention](#), la [Direction Générale de l'Alimentation](#) (DGAI), le [Centre National de Référence](#) (CNR) des Virus des infections respiratoires et l'[Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail](#) (Anses), un protocole de surveillance dite « active » nommé SAGA (pour Surveillance Active de la Grippe Aviaire).

Ce protocole vise à détecter précocement des cas de transmission zoonotique de l'animal à l'homme pour mieux les comprendre, et ainsi réduire les risques pour les personnes exposées et limiter la diffusion. Il est proposé aux personnes ayant été exposées à un foyer d'influenza aviaire hautement pathogène (IAHP) confirmé dans un élevage (y compris des personnes asymptomatiques) de répondre à quelques questions sur leurs expositions et de réaliser un prélèvement nasopharyngé.

Pour en savoir plus : [Grippe aviaire | Santé publique France](#)

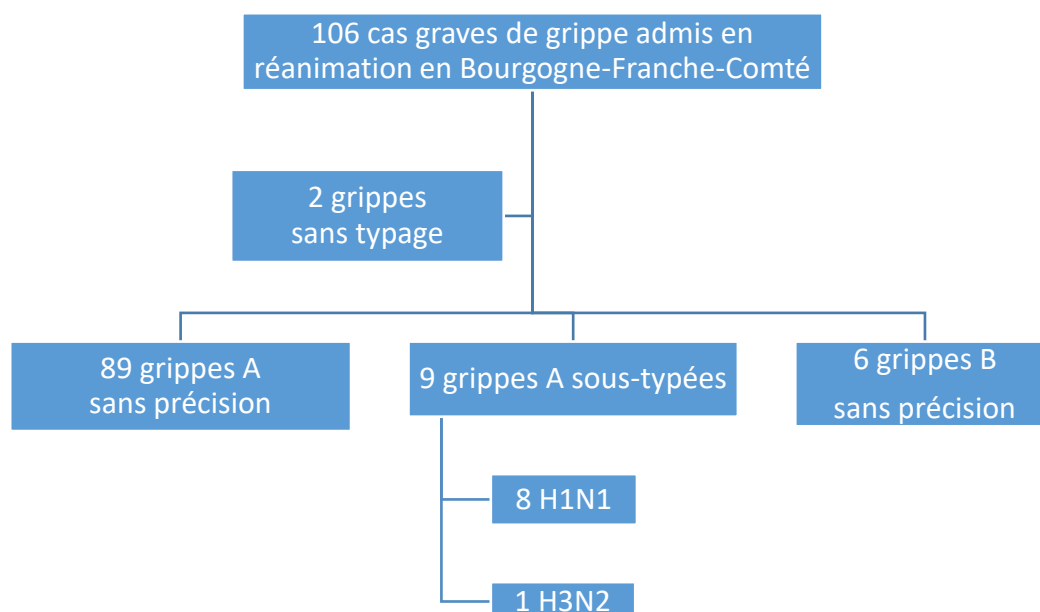
Focus

- sur un nouvel indicateur - score de gravité Simplifié (IGS) le plus utilisé en France et en Europe

Cette année, le score IGS II a été ajouté pour chaque patient de plus de 18 ans. Ce score a été construit et validé sur une base de données nord-américaine et européenne. Il comporte 12 variables physiologiques dont la profondeur du coma évaluée par le score de Glasgow, l'âge, le type d'admission (médicale, chirurgicale programmée ou non programmée), et trois maladies sous-jacentes (sida, cancer métastasé et maladie hématologique). Ce score varie de 0 à 163 et permet une estimation du risque de décès hospitalier.

Comme attendu, le score IGS II moyen des patients admis pour grippe ou COVID-19 ou VRS avec un décès lors du séjour en réanimation était plus élevé que celui des patients sortis vivants (respectivement 44 contre 38).

- sur le sous-typage de grippe des cas admis en réanimation



Seuls 2 des 106 prélèvements ne ciblaient pas le type (A ou B). La majorité des virus de type A n'a pas été sous-typée, et ceux qui l'ont été appartenaient essentiellement au sous-type A(H1N1). Aucun sous-typage des gripes B n'est disponible en région. Aucune co-infection de virus grippaux n'a été identifiée.

- sur le recueil de la vaccination

Le nombre de données manquantes sur l'item de la vaccination est élevé : 65 parmi les 106 cas de grippe (61 %) ; 18 parmi les 41 cas de COVID-19 (44 %) et 14 parmi les 22 cas d'infection à VRS âgés de plus de 18 ans (64 %). Le recueil de la vaccination de la mère de l'enfant admis en réanimation pour bronchiolite a été ajouté cette année. Le nombre de données manquantes est également élevé (n=29 soit 48 %).

Le nombre de cas graves de grippe et d'infection à VRS vaccinés est respectivement égal à 8/41 et 2/8 dossiers-patients avec la donnée renseignée. Aucun cas grave de COVID-19 n'est vacciné parmi les 23 dossiers-patients renseignés.

- Utilisation du vaccin Abrysvo® chez les femmes enceintes entre le 15 septembre 2024 et le 31 janvier 2025 en vue d'une immunisation passive des nouveau-nés contre les formes sévères des infections dues au Virus Respiratoire Syncytial

Parallèlement au Beyfortus®, une seconde stratégie thérapeutique a été initiée en France lors de la saison hivernale 2024-2025 avec l'arrivée sur le marché du vaccin Abrysvo® développé par la firme Pfizer. En France, la première campagne de vaccination des femmes enceintes entre 32 et 36 SA a débuté le 15 septembre 2024 et s'est clôturée le 31 janvier 2025. Ainsi, en France, il est maintenant possible de protéger les nouveau-nés en vaccinant leur mère pendant la grossesse ou d'administrer les anticorps monoclonaux au bébé après la naissance.

En France, 27,2 % des femmes ayant atteint 36 SA entre le 15 septembre 2024 et le 31 janvier 2025 ont reçu le vaccin Abrysvo® et 80,6 % d'entre elles ont été vaccinées dans la fenêtre recommandée de 32-36 SA. D'importantes disparités sociales et géographiques ont été observées. Un fort gradient Est-Ouest a été observé (le taux de vaccination standardisé sur l'âge variait fortement d'un département à l'autre allant de moins de 10 % à plus de 40 %). Ces résultats soulignent l'importance de communiquer davantage auprès des femmes enceintes et des professionnels de santé lors de la prochaine campagne de vaccination 2025-2026.

Les taux de vaccination standardisés sur l'âge par département de la Bourgogne-Franche-Comté sont compris entre 11,9 % (Nièvre) et 27,4 % (Côte-d'Or). Au total, 3 départements ont des taux de vaccination parmi les plus faibles observés en France : Jura (16,6 %), Yonne (16,9 %) et Nièvre (11,9 %).

Source : [Utilisation du vaccin Abrysvo® chez les femmes enceintes](#)

Cas graves de bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans

Un total de **60 cas de bronchiolite** (≤ 2 ans) a été rapporté par les deux services de réanimation pédiatriques (soit environ 11 % des cas signalés en France métropolitaine). Parmi eux, 4 (soit 7 % des enfants) ont été hospitalisés plus d'une fois en réanimation au cours de la surveillance (même virus). Les admissions ont été majoritaires en décembre/janvier avec respectivement 15 (25 %) et 19 (32 %) avec 2 pics à 6 admissions (en S01 - du 30 décembre 2024 au 5 janvier 2025 - et en S04 - du 20 au 26 janvier 2025). Le dernier cas signalé a été admis début avril. Avant le 1^{er} décembre 2024 (S48) signant le début de l'épidémie en région, 5 cas (soit 8 %) ont été pris en charge.

Tous les enfants ont eu un résultat virologique. Les cas étaient liés à un VRS (seul virus pour 34 cas (soit 57 % des patients) ou associé à d'autres virus (rhinovirus/entérovirus, *parainfluenzae* virus, virus grippal, COVID-19, adénovirus) pour 8 cas) et à un autre virus que le VRS pour 18 cas (dont 10 avec le rhinovirus/entérovirus seul). Les cas avec un VRS seul ont été admis chaque semaine entre S50/24 (du 9 au 15 décembre) et S13/25 (du 24 au 30 mars).

Tableau 4 : Caractéristiques des cas graves pour bronchiolite (≤ 2 ans) admis en réanimation pédiatrique, entre le 30 septembre 2024 et le 13 avril 2025, Bourgogne-Franche-Comté

Cette surveillance permet de décrire un échantillon de **60** cas dont les caractéristiques sont les suivantes :

- 42 % de filles et 58 % de garçons ;
- Les enfants étaient âgés de 0 à 16 mois et 73 % d'entre eux avaient moins de 6 mois.
- 17 cas (28 %) avaient au moins une comorbidité. La prématurité a été mentionnée pour 10 des 17 enfants ;
- 3 mères étaient vaccinées contre le VRS parmi les 31 fiches-patients renseignées ;
- 40 % des enfants ont reçu un traitement préventif contre les infections à VRS par anticorps monoclonal, dont principalement le Beyfortus (2 données manquantes) ;
- Ventilation non invasive (VNI), assistance ventilatoire la plus employée pendant le séjour (57 % des cas) suivie par l'oxygénothérapie à haut-débit pour 42 % des cas ;
- Aucun décès. Tous les enfants sont sortis de réanimation.
- La durée médiane de séjour était de 4,5 jours (min/max : 1 - 19 jours). La durée de ventilation s'échelonnait entre 1 et 10 jours (médiane = 5 jours) et était équivalente quelle que soit l'assistance maximale utilisée (VNI ou oxygénothérapie).

BRONCHIOLITE N = 60 (100%)	
Sexe	
Fille	25 (42%)
Garçon	35 (58%)
Classes d'âge (mois)	
< 1	11 (18%)
1-2	17 (28%)
3-5	16 (27%)
6-11	11 (18%)
12-24	5 (8%)
Présence de comorbidité(s) et/ou prématurité	
Type de traitement préventif	17 (28%)
Synagis	2 (3%)
Beyfortus	21 (36%)
Aucun	35 (60%)
Non renseigné	2
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive	
Ventilation non invasive	34 (57%)
Oxygénothérapie à haut-débit	25 (42%)
Ventilation invasive	1 (2%)
Assistance extracorporelle	0 (0%)

Source : Services de réanimation pédiatriques, Bourgogne-Franche-Comté

Discussion

La surveillance des cas graves de bronchiolite des moins de deux ans avait permis en 2023 de décrire pour la première fois les virus impliqués et de conduire une étude cas-témoins d'efficacité en vie réelle du Nirsevimab sur la prévention des cas de bronchiolite à VRS.

En France comme en région, l'épidémie de bronchiolite a été de courte durée et de faible intensité (inférieure à celles des épidémies précédant ou ayant suivi l'émergence de la Covid-19). Cette faible intensité pourrait être liée en partie au moins aux stratégies thérapeutiques initiées en France. Dans ce contexte, la vaccination des mères a été ajouté dans le recueil de données cette année et comme observé précédemment, cette donnée est difficile à renseigner pour les équipes de réanimateurs. En Bourgogne-Franche-Comté, 2,7 % des femmes ayant atteint 36 SA entre le 15 septembre 2024 et le 31 janvier 2025 ont reçu le vaccin Abrysvo® (81,3 % d'entre elles ont été vaccinées dans la fenêtre recommandée). Ce taux régional est le plus faible après la Corse et les DROMs.

La bronchiolite est une infection virale des voies respiratoires inférieures. Même si le VRS est responsable de la plupart des cas, d'autres virus comme le métapneumovirus, l'*influenza*, le rhinovirus, l'adénovirus et le para-*influenza*, peuvent en être aussi à l'origine. Une co-infection par 2 voire 3 virus a été décrite chez 20 % des enfants et des ré-hospitalisations ont été nécessaires.

Tous les enfants ont eu recours à une administration d'oxygène *via* la ventilation non invasive ou l'oxygénothérapie à haut débit. La ventilation invasive a été exceptionnelle et aucune assistance extracorporelle n'a été nécessaire.

Rappel de la prévention :

MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS



Santé
publique
France

Trois traitements préventifs sont disponibles pour la prévention de l'infection à Virus Respiratoire Syncytial (VRS) chez les **nouveau-nés et nourrissons** :

Les **anticorps monoclonaux Synagis®** (palivizumab) et **Beyfortus®** (nirsevimab) pour l'immunisation des nouveaux-nés et nourrissons ;

Nouveaux-nés éligibles :

Synagis® - Enfants à **risque élevé d'infection à VRS** selon les critères suivants :

- Enfants nés à 35 semaines d'âge gestationnel ou moins et de moins de 6 mois au début de l'épidémie saisonnière à VRS ;
- Enfants de moins de 2 ans ayant nécessité un traitement pour dysplasie bronchopulmonaire au cours des 6 derniers mois ;
- Enfants de moins de 2 ans atteints d'une cardiopathie congénitale avec retentissement hémodynamique.

Beyfortus® - Tous les nourrissons nés

Vaccin Abrysvo® chez la femme enceinte pour la protection passive du nourrisson de la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois.

➔ Elements de réflexion de Santé publique France quant à la date de début des campagnes ciblant les femmes enceintes et les nouveau-nés

La vaccination :

CONTRE LA GRIPPE

Les recommandations sont accessibles sur le site du Ministère de la santé et de la prévention :

➔ [Le calendrier des vaccinations - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)

Et sur le site Vaccination info service :

➔ [Accueil PRO | Vaccination Info Service](#)

➔ [Grippe saisonnière | Vaccination Info Service](#)

CONTRE LA COVID-19

Les recommandations et les vaccins disponibles étant amenés à évoluer, les professionnels de santé sont invités à consulter régulièrement le site du Ministère de la santé et de la prévention :

➔ [DGS-Urgent, liste de diffusion permettant d'avertir les professionnels de santé des problèmes sanitaires urgents](#)

➔ [Page destinée aux professionnels de santé](#)

➔ [Portfolio « Vaccination anti-Covid » à destination des vaccinateurs](#)

➔ [Le site Vaccination Info Service à destination des professionnels](#)

Le site de la HAS : [Vaccination dans le cadre de la Covid-19](#)

Coordonnées du Point Focal Régional (PFR) des alertes sanitaires pour signaler, alerter et déclarer 24h/24 – 7j/7 :

- Tél : 0 809 404 900
- Fax : 03 81 65 58 65
- Courriel : ars-bfc-alerte@ars.sante.fr

Pour aller plus loin : [Signaler, alerter, déclarer | Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté](#)

Bulletins épidémiologiques de Bourgogne-Franche-Comté

Les bulletins de la région sont disponibles à cette adresse : [Bourgogne / Franche-Comté - Santé publique France](#)

Remerciements

Nous remercions l'agence régionale de santé, les associations SOS Médecins, les services d'urgences et les services d'état civil (dispositif SurSaUD[®]), l'institut national de la statistique et des études économiques, Météo-France, les centres nationaux de référence, le centre d'appui et de prévention des infections associées aux soins, les établissements de santé, les établissements médico-sociaux, les laboratoires de biologie médicale, le réseau régional des urgences, le réseau sentinelle des services de réanimation et l'ensemble des professionnels de santé qui contribuent à la surveillance sanitaire régionale.

Équipe de rédaction :

Mariline CICCARDINI, François CLINARD, Céline POITEVIN, Olivier RETEL, Élodie TERRIEN, Sabrina TESSIER

Pour nous citer : Surveillance sanitaire Bourgogne-Franche-Comté. Bulletin épidémiologique régional du 18 septembre 2025

Saint-Maurice : Santé publique France, 11 p.

Directrice de publication : Caroline SEMAILLE

Dépôt légal : 18 septembre 2025

Contact : cire-bfc@santepubliquefrance.fr