

Infections respiratoires aigües

Date de publication : 30.09.2025

OCCITANIE

Bilan de la saison 2024-2025

Enjeux de santé publique des infections respiratoires aigües (IRA)

- Les infections respiratoires aiguës sont dues à différents virus respiratoires tels que le Sars-CoV-2 (à l'origine de la Covid-19), les **virus grippaux**, le virus respiratoire syncytial (VRS) (principal virus à l'origine de la bronchiolite), ainsi que les virus *parainfluenza*, adénovirus, rhinovirus, ou le métapneumovirus.
- Les virus grippaux ainsi que d'autres virus respiratoires comme le VRS suivent une **circulation saisonnière**, des épidémies de grippe et de bronchiolite survenant généralement chaque année d'octobre à mars. Le Sars-CoV-2 ne semble pas pour l'instant avoir de saisonnalité marquée avec des vagues observées tout au long de l'année. Toutefois durant la saison hivernale, la concomitance de la circulation de ces différents virus peut constituer un **enjeu d'importance pour le système de soins**.
- Les caractéristiques des **populations vulnérables** face à ces infections dépendent des virus. Pour le Sars-CoV-2 comme pour les virus grippaux ou le VRS, les personnes âgées de plus de 65 ans, les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes, les personnes avec co-morbidités sont plus fragiles et peuvent développer des formes graves. Les enfants de moins de 1 an sont également particulièrement à risque pour les infections à VRS (bronchiolite).
- Pour **limiter l'impact** de ces épidémies, l'adoption des **gestes barrières** est recommandée, en particulier le **port du masque** dans les lieux fréquentés ou en présence de personnes fragiles dès l'apparition de symptômes, le lavage des mains et l'aération régulière des lieux clos. Ces mesures constituent un moyen efficace pour se prémunir des infections respiratoires et de leurs complications en limitant le risque de transmission de ces virus à l'entourage notamment aux personnes fragiles. En complément, la **vaccination** constitue le meilleur moyen de protection contre les formes graves de Covid-19 et de grippe. Deux **anticorps monoclonaux** sont également disponibles en vue de la prévention des infections à VRS chez le nourrisson et des formes graves de la maladie (Beyfortus® et Synagis®), ainsi qu'un vaccin destiné à la femme enceinte (Abrysvo®).
- Une **surveillance intégrée** des IRA d'origine virale est réalisée chaque année par Santé publique France sur un rythme hebdomadaire d'octobre à mars (tout au long de l'année pour la surveillance de la Covid-19), afin de détecter l'accélération de la circulation virale marquant le démarrage des épidémies, de suivre leur progression, d'évaluer l'impact de leur circulation sur l'offre de soins, leur fardeau en santé publique et leur part évitable grâce par exemple à la vaccination. Cette surveillance s'appuie sur des données syndromiques et virologiques en médecine de ville, dans les établissements médico-sociaux, à l'hôpital ainsi que des données de mortalité. La surveillance des eaux usées vient également compléter les dispositifs de surveillance humaine depuis quelques années (actuellement pour le Sars-CoV2 uniquement), avec pour intérêt d'être indépendante des pratiques de dépistage ou de recours aux soins.

Points clés de la saison 2024-2025

● Infections respiratoires aigües (IRA) ([page 3](#))

- Saison caractérisée par une forte intensité du recours aux soins pour IRA et marquée par deux pics : fin décembre, lié à l'épidémie de bronchiolite chez les plus jeunes, et fin janvier, dû à l'épidémie de grippe, intense dans toutes les classes d'âge.

● Bronchiolite ([page 5](#))

- En Occitanie, l'épidémie a été courte (6 semaines), de fin novembre 2024 à début janvier 2025. Le pic épidémique a été atteint en semaine 51, juste avant les vacances de Noël.
- L'épidémie de bronchiolite a été de faible intensité. Les indicateurs syndromiques et virologiques étaient inférieurs aux deux saisons précédentes.
- Depuis l'introduction du anticorps monoclonaux à l'automne 2023, outre une nette diminution du nombre de recours aux soins pour bronchiolite, on observe une diminution des hospitalisations des cas les plus jeunes vus à l'hôpital (moins de 3 mois).
- A partir de 2025-2026, la surveillance se concentrera sur les moins de 1 an, conformément au guide de prise en charge du 1^{er} épisode de bronchiolite édité par la [HAS](#).

● Grippe ([page 13](#))

- En Occitanie, l'épidémie a duré 12 semaines, de décembre 2024 à fin février 2025. Le pic épidémique a été atteint en semaine 04 ou 05, selon les sources de données.
- En médecine de ville comme à l'hôpital, l'épidémie de grippe a été de forte intensité. Les indicateurs syndromiques et virologiques étaient supérieurs aux deux saisons précédentes.
- Un impact important a été mesuré sur les hospitalisations, mais également dans les établissements médico-sociaux ainsi que sur la mortalité.
- Une co-circulation exceptionnelle des trois virus A(H1N1)_{pdm09}, A(H3N2) et B/Victoria a été observée.
- Les couvertures vaccinales régionales étaient en légère baisse par rapport à la saison dernière chez les personnes à risque ciblées par la vaccination, les résidents et les professionnels des Ehpad. Ces couvertures vaccinales, bien qu'élevées chez les résidents d'Ehpad, étaient insuffisantes dans la population à risque.

● Covid-19 ([page 22](#))

- La circulation de la Covid-19 a été plus active entre juin et octobre 2024, avec un pic en septembre 2024.
- A l'inverse des années précédentes, il n'y a pas eu de recrudescence de la circulation virale au cours de l'hiver 2024-2025.
- Les niveaux de la plupart des indicateurs étaient inférieurs à ceux de la saison précédente.
- Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient toujours la majorité des passages aux urgences et des hospitalisations après passages pour Covid-19.
- Les couvertures vaccinales régionales étaient basses et en baisse, notamment parmi les résidents et les professionnels des Ehpad.

● Mortalité toutes causes ([page 28](#))

- Les nombres de décès toutes causes étaient significativement plus élevé que l'attendu de la semaine 2025-01 à la semaine 2025-08 (sauf en 2025-06 chez les 65 ans et plus).

Infections respiratoires aigües (IRA)

La saison a été caractérisée par une forte intensité du recours aux soins pour IRA et marquée par deux pics : fin décembre, lié à l'épidémie de bronchiolite chez les plus jeunes, et fin janvier, dû à l'épidémie grippale, intense dans toutes les classes d'âge (Figure 1 à Figure 6).

Surveillance en médecine de ville

Figure 1. Part des IRA par classes d'âges parmi les actes SOS Médecins, Occitanie

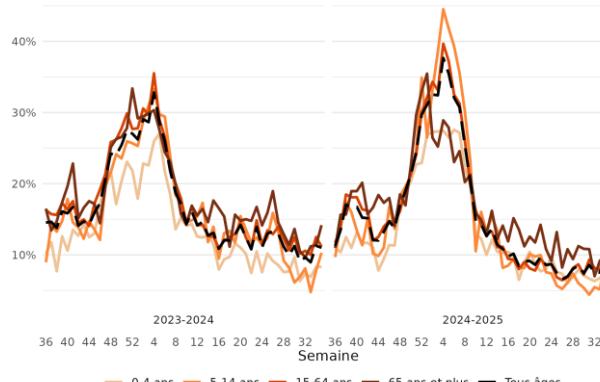
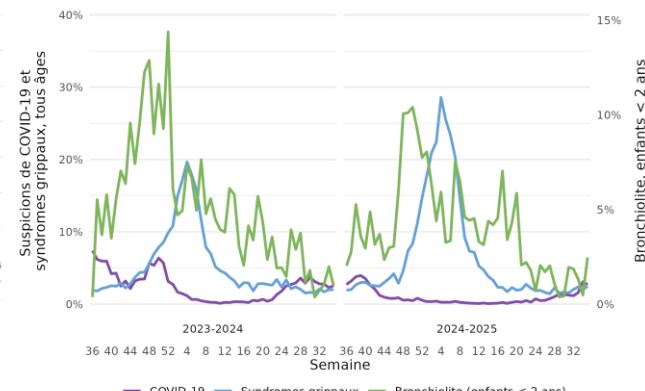


Figure 2. Part des syndromes grippaux, des suspicions de Covid-19 (tous âges) et de la bronchiolite (<2 ans) parmi les actes SOS Médecins, Occitanie



Source : SurSaUD® / SOS Médecins – Santé publique France

Surveillance à l'hôpital en services d'urgences

Figure 3. Part des IRA par classes d'âges parmi les passages aux urgences, Occitanie

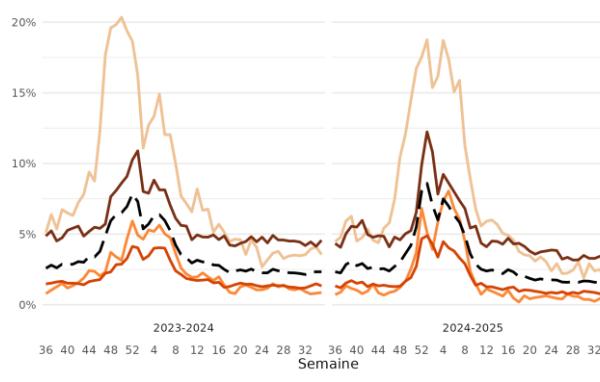


Figure 4. Part des suspicions de Covid-19, des syndromes grippaux (tous âges) et de la bronchiolite (< 2 ans) parmi les passages aux urgences, Occitanie

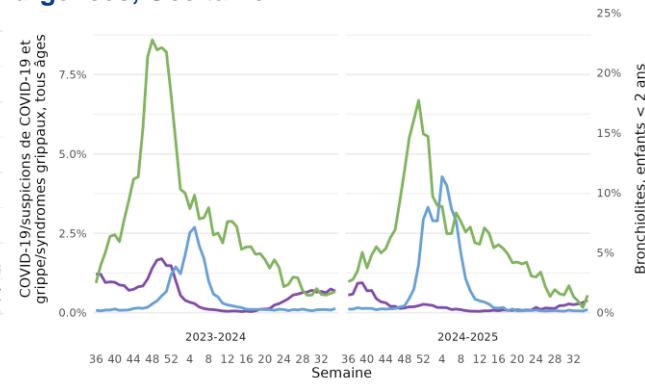
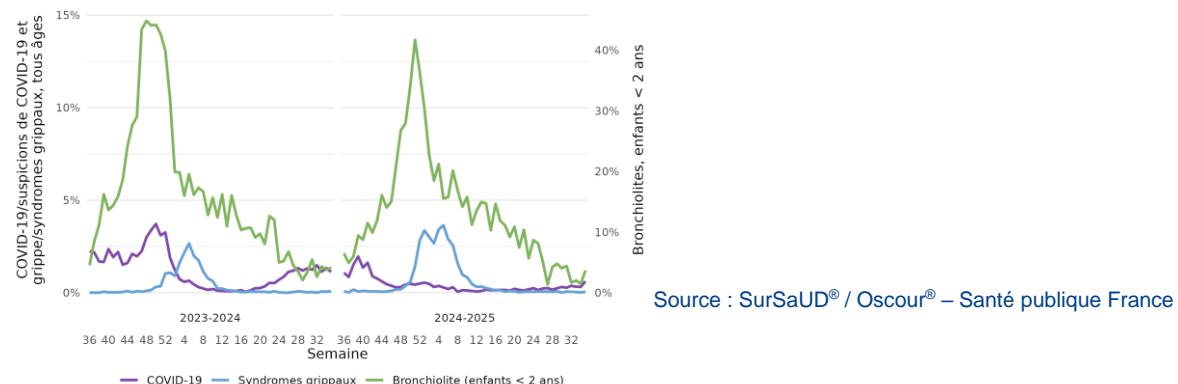
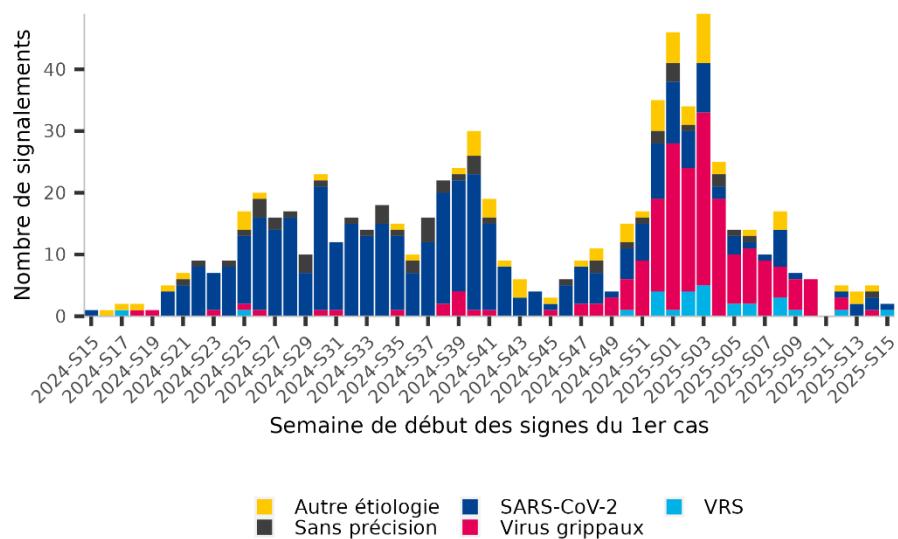


Figure 5. Part des suspicions de Covid-19, des syndromes grippaux (tous âges) et de la bronchiolite (< 2 ans) parmi l'ensemble des hospitalisations, Occitanie



Surveillance en établissements médico-sociaux (EMS)

Figure 6. Nombre d'épisodes d'IRA signalés en EMS, par étiologie, de la S15-2024 à S15-2025, Occitanie



Source : Portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère de la Santé et de la Prévention, exploitation Santé publique France

Comment signaler un épisode de cas groupés d'IRA en EMS ?

Dès lors qu'un épisode survient, il convient de le déclarer via le portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère de la Santé et de la Prévention (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>). Ce signalement est transmis à l'ARS permettant ainsi de bénéficier d'une évaluation de la situation, d'un appui éventuel, tout en contribuant à la surveillance des IRA. Pour toutes informations complémentaires : un guide est disponible.

A noter : cette source repose sur la déclaration volontaire en temps réel par les établissements des épisodes de cas groupés d'IRA survenus dans leur structure. Bien qu'une sous-estimation du nombre d'épisodes est observée, elle permet toutefois d'apprecier la tendance concernant la survenue de cas groupés d'IRA en EMS au niveau régional et national.

Bronchiolite chez les moins de 2 ans

Enjeux de santé publique de la bronchiolite

- La bronchiolite aiguë, majoritairement due au virus respiratoire syncytial (VRS), touche environ un tiers des enfants de moins de 2 ans chaque saison, plus fréquemment les garçons que les filles. Les autres agents causaux sont principalement les virus *parainfluenza*, adénovirus, rhinovirus. Le virus se transmet par la salive, les éternuements, la toux ainsi que le matériel souillé par ceux-ci et par les mains. Le rhume de l'enfant et de l'adulte peut être à l'origine d'une bronchiolite chez le nourrisson.
- La majorité des enfants malades est prise en charge en ambulatoire, par les médecins généralistes et les pédiatres. Cependant, la bronchiolite constitue le motif de nombreux recours aux services d'urgence hospitaliers avec un pic de consultations en fin d'année. C'est la première cause d'hospitalisation du nourrisson de moins d'1 an.
- Jusqu'en 2023, la prévention reposait principalement sur les mesures d'hygiène habituelles (lavage des mains, aération régulière de la chambre, nettoyage régulier des objets avec lesquels le nourrisson est en contact, jouets, tétines, biberons, couverts, etc.).
- Lors des saisons 2023-2024 et 2024-2025, l'administration d'anticorps monoclonaux en une seule injection (Beyfortus® et Synagis®) a été proposée aux nouveau-nés au moment du séjour à la maternité, dès le mois d'octobre, afin de prévenir les infections des nourrissons au cours de leur 1^{ère} saison de circulation du VRS. Depuis septembre 2024, il est également possible d'administrer le vaccin Abrysvo® à la femme entre 32 et 36 semaine d'aménorrhées. Celui-ci est efficace s'il y a au moins 14 jours entre l'administration du vaccin et la naissance.
- **A partir de 2025-2026, la surveillance se concentrera sur les moins de 1 an**, conformément au guide de prise en charge du 1^{er} épisode de bronchiolite édité par la [HAS](#).

Synthèse des indicateurs

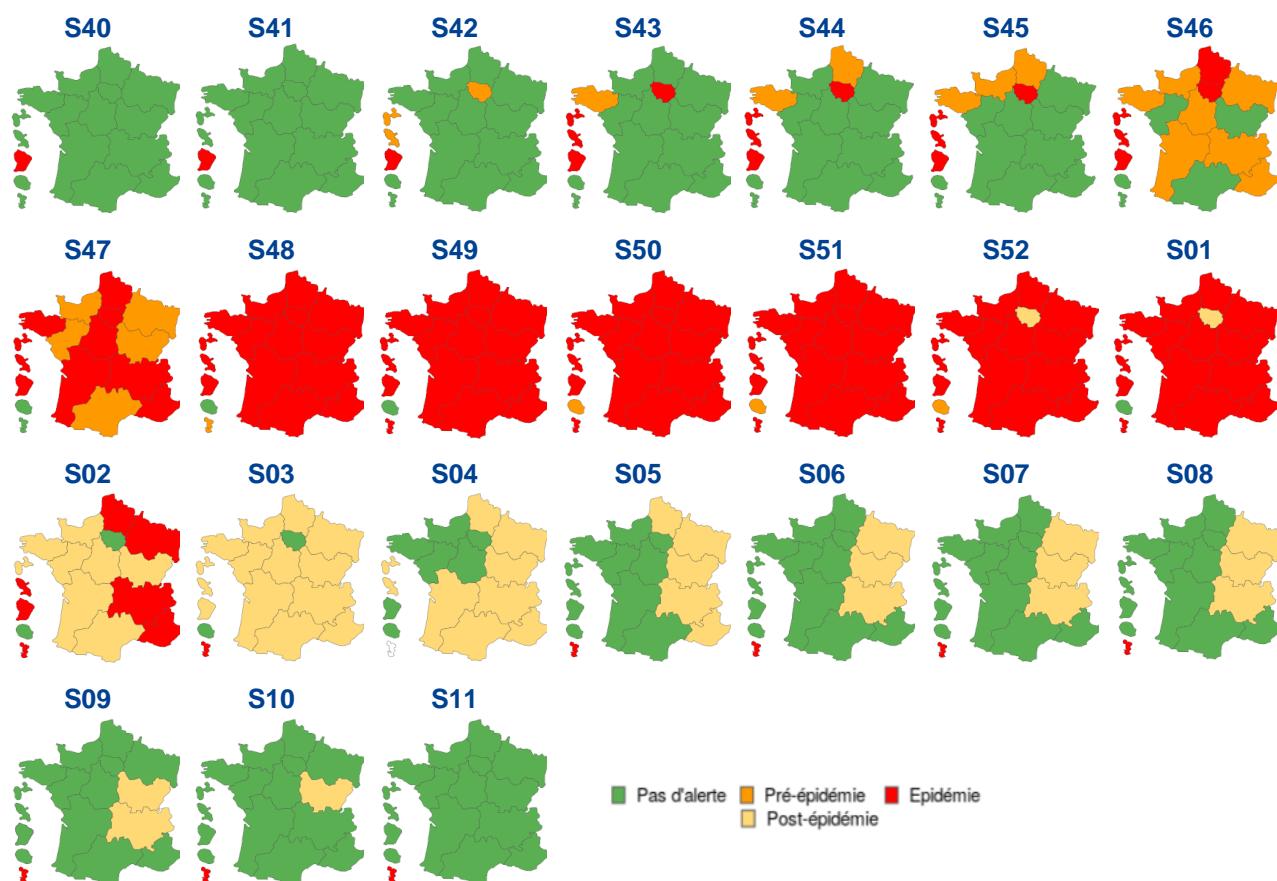
Une saison courte et de faible intensité comparativement aux années précédentes ([Figure 7](#) et [Tableau 1](#)) :

- L'activité SOS Médecins sur l'ensemble de la période épidémique a été nettement plus faible que les années précédentes, avec deux fois moins de actes concernant la bronchiolite qu'en 2023-2024. La bronchiolite représentait 9 % de l'ensemble des prises en charge SOS Médecins pour les moins de 2 ans ([Tableau 1](#) et [Figure 8](#)).
- Le total des passages aux urgences était nettement plus faible que lors des saisons précédentes (-57 % par rapport à 2023-2024 et -70 % par rapport à celle de 2022-2023 ; [Tableau 1](#) et [Figure 9](#)). Les passages aux urgences pour bronchiolite représentaient 13 % de l'activité des passages aux urgences d'enfants âgés de moins de 2 ans sur la période épidémique ([Figure 10](#)).
- Le pic d'activité a été constaté en semaine 2024-51, soit juste avant les vacances de Noël. Pour SOS Médecins comme pour les urgences ([Figure 8](#) et [Figure 9](#)), les valeurs atteintes à la semaine du pic étaient nettement inférieures aux observations des saisons précédentes : 362 passages aux urgences (contre 538 et 715 lors des 2 saisons précédentes) et 41 actes SOS Médecins (contre 59 et 74).
- Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences pour bronchiolite restait comparable d'une saison à l'autre (de 36 % à 38 % selon la période considérée). La diminution du nombre d'hospitalisations en 2023-2024 s'est poursuivie lors de la saison 2024-2025 ([Figure 11](#) et [Tableau 1](#)). On observait 108 hospitalisations hebdomadaires en moyenne durant la saison 2024-2025, vs 133 hospitalisations pour 2023-2024 et 156 en 2022-2023. Au plus fort de l'épidémie, 149 hospitalisations ont été relevées au cours d'une semaine.

Tableau 1. Description des 3 précédentes épidémies de bronchiolite et principaux indicateurs d'activité SOS Médecins et des structures d'urgences, enfants de moins de 2 ans, Occitanie

Saison	2022-2023	2023-2024	2024-2025
1 ^{ère} semaine épidémique ¹	2022-40	2023-44	2024-48
Semaine du pic d'activité	2022-48	2023-49	2024-51
Dernière semaine épidémique ¹	2023-01	2024-02	2025-01
Durée de l'épidémie (nombre de semaines)	14	11	6
Nombre d'actes SOS Médecins pour bronchiolite (< 2 ans)	563	414	208
Part d'activité pour bronchiolite parmi les actes chez les <2ans	11,8 %	10,0 %	9,2 %
Nombre de passages aux urgences pour bronchiolite (< 2 ans)	5788	4034	1714
Part d'activité pour bronchiolite parmi les passages chez les <2 ans	17,8 %	16,3 %	13,2 %
Nombre d'hospitalisations pour bronchiolite (< 2 ans)	2183	1466	645
Taux d'hospitalisation parmi les passages pour bronchiolite (< 2 ans)	37,7 %	36,3 %	37,6 %
Nombre maximum d'hospitalisations en 1 semaine (< 2 ans)	268	197	149

Source : SurSaUD® (Oscour® pour les urgences, SOS Médecins pour la médecine de ville) – Santé publique France

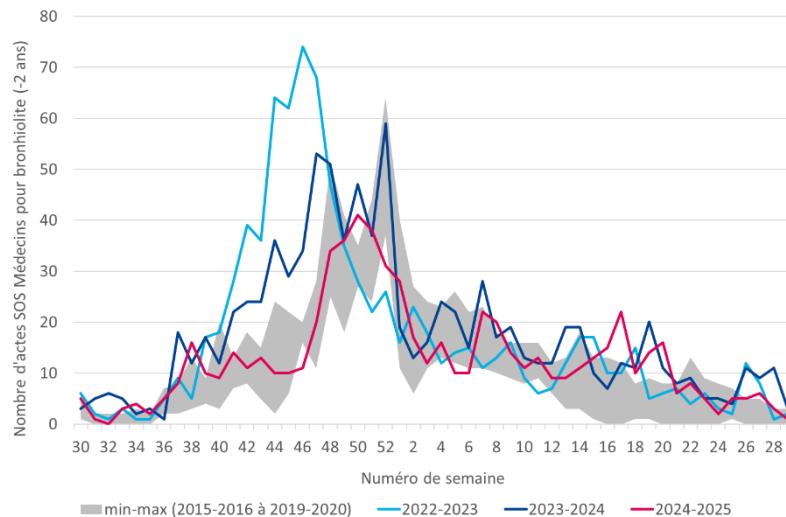
Figure 7. Evolution hebdomadaire des niveaux d'alerte régionaux¹ concernant la bronchiolite en France, S40-2024 à S11-2025

Source : Infections respiratoires aiguës (grippe, bronchiolite, COVID-19). Bilan de la saison 2024-2025, Santé publique France.

¹ Les niveaux d'alertes régionaux (pas d'épidémie / pré ou post épidémie / épidémie) sont définis chaque semaine par les Cellules Régionales de Santé publique France à partir d'une matrice d'alarmes statistiques (3 méthodes statistiques appliquées à deux sources de données pour la bronchiolite : Oscour® et SOS Médecins), ainsi que d'autres données de surveillance complémentaires (notamment virologiques).

Surveillance en médecine de ville

Figure 8. Nombre d'actes SOS Médecins pour bronchiolite, enfants de moins de 2 ans, Occitanie



Surveillance à l'hôpital en services d'urgences

Figure 9. Nombre de passages aux urgences pour bronchiolite, enfants âgés de moins de 2 ans, Occitanie

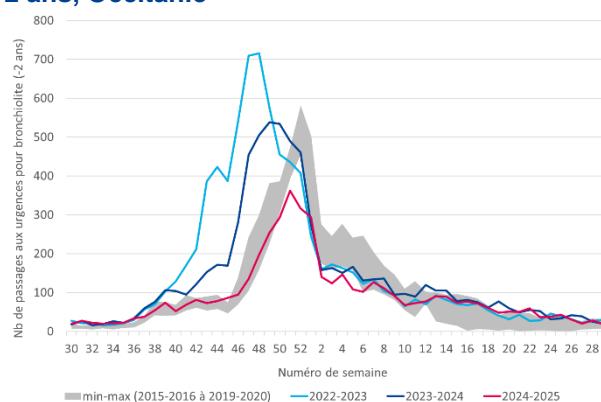


Figure 11. Nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite, enfants de moins de 2 ans, Occitanie

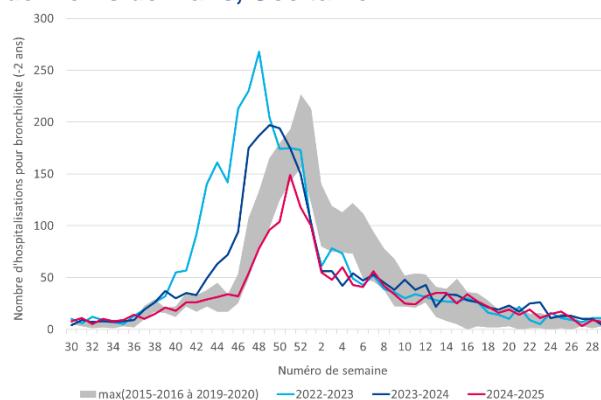
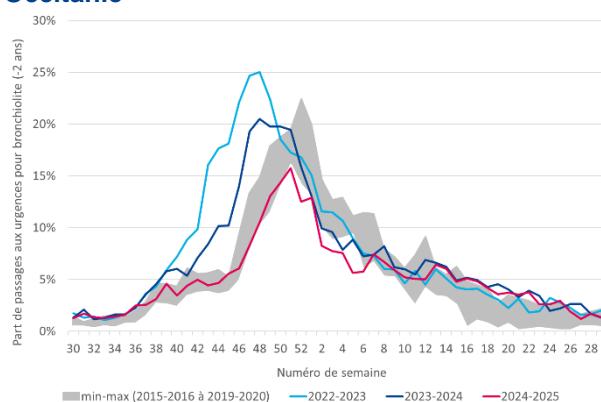


Figure 10. Part de passages aux urgences pour bronchiolite, enfants âgés de moins de 2 ans, Occitanie



Source : SurSaUD® / Oscour® – Santé publique France

Caractéristiques des patients pris en charge en soins non programmés, par SOS Médecins ou par les urgences

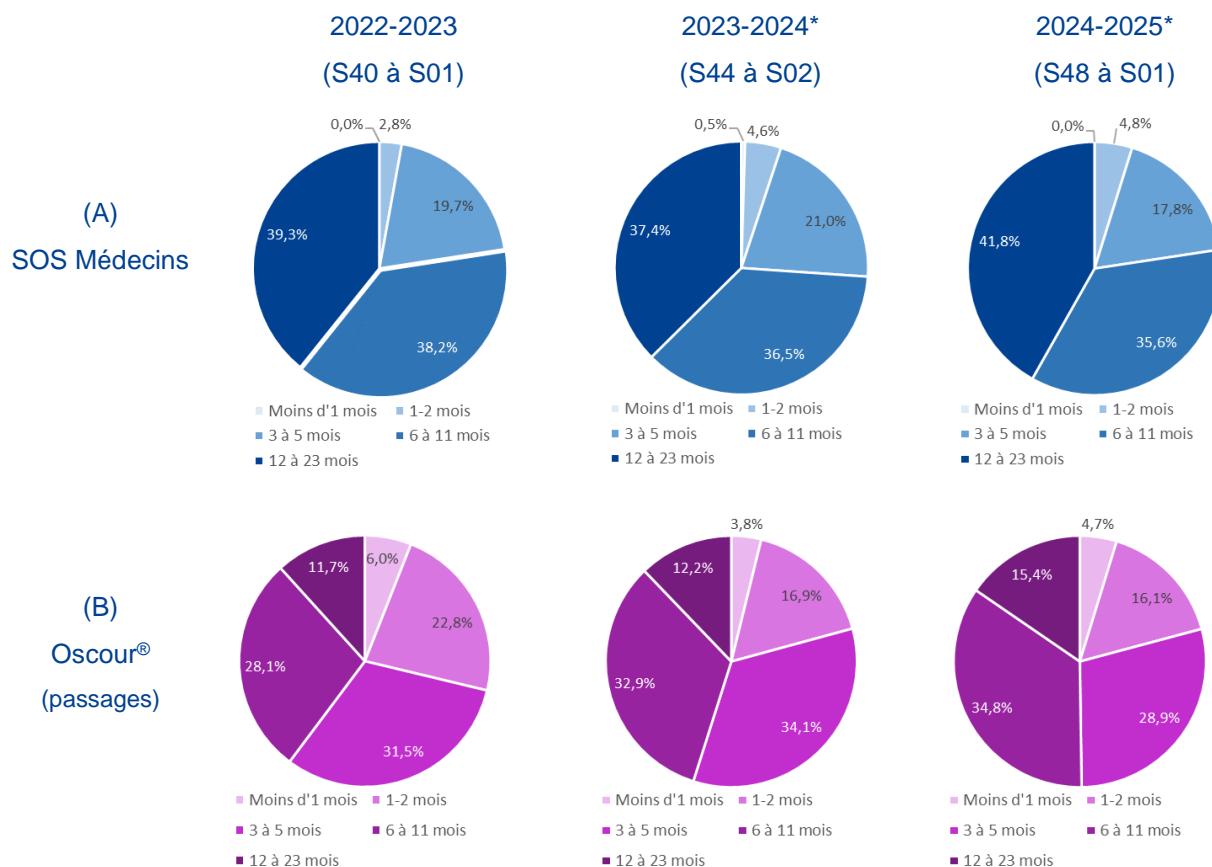
Parmi les enfants de moins de 2 ans, près de 3 sur 4 pris en charge dans les associations SOS Médecins étaient âgés de 6 mois ou plus ([Figure 12A](#)). En 2024-2025, les enfants de 12 à 23 mois représentaient la classe d'âge la plus fréquente parmi les consultations de SOS Médecins pour bronchiolite.

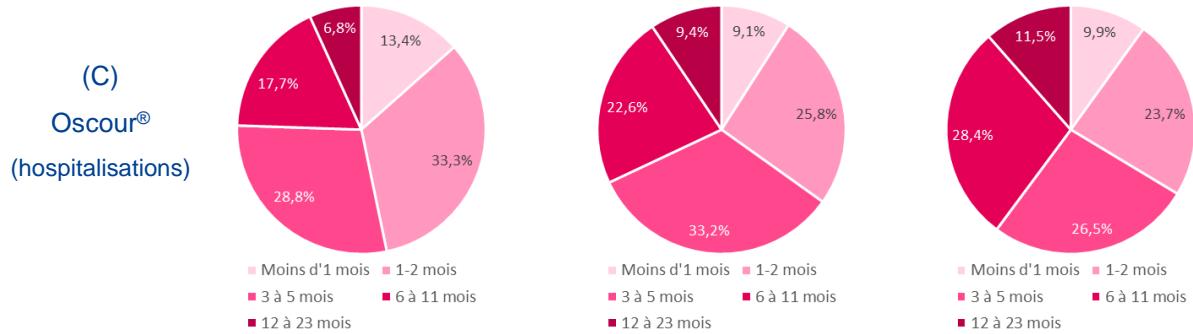
Aux urgences, la répartition des passages a changé depuis que la campagne d'immunisation des nourrissons a été mise en place à l'automne 2023 : les moins de 3 mois représentaient plus d'un quart des patients admis aux urgences pour ce motif en 2022-2023 alors qu'ils représentaient environ 20 % des patients au cours de la dernière saison (4,7 % pour les moins d'1 mois et 16,1 % pour les 1-2 mois ; [Figure 12B](#)). Les 6-11 mois représentaient la part la plus importante des cas en 2024-2025, soit 35 % des enfants vus aux urgences.

Les moins de 3 mois représentaient habituellement près d'une hospitalisation sur 2 après un passage aux urgences pour bronchiolite. Depuis la mise en place de la campagne d'immunisation, ils représentent environ 1 hospitalisation sur 3 ([Figure 12C](#)). Au cours de la saison 2024-2025, les moins d'1 mois représentaient moins de 10 % des hospitalisations et les 12-23 mois 11,5 %.

Le sexe ratio (H/F) des enfants consultant pour bronchiolite était de 1,3 aux urgences et de 1,4 pour SOS Médecins.

Figure 12. Répartition par âge (moins de 1 mois, 1 et 2 mois, 3 à 5 mois, 6 à 11 mois, 12 à 23 mois) des enfants atteints de bronchiolite, parmi les actes SOS Médecins (A), parmi les passages aux urgences (B) et parmi les hospitalisations après passage aux urgences (C), pour les 3 dernières saisons épidémique, Occitanie

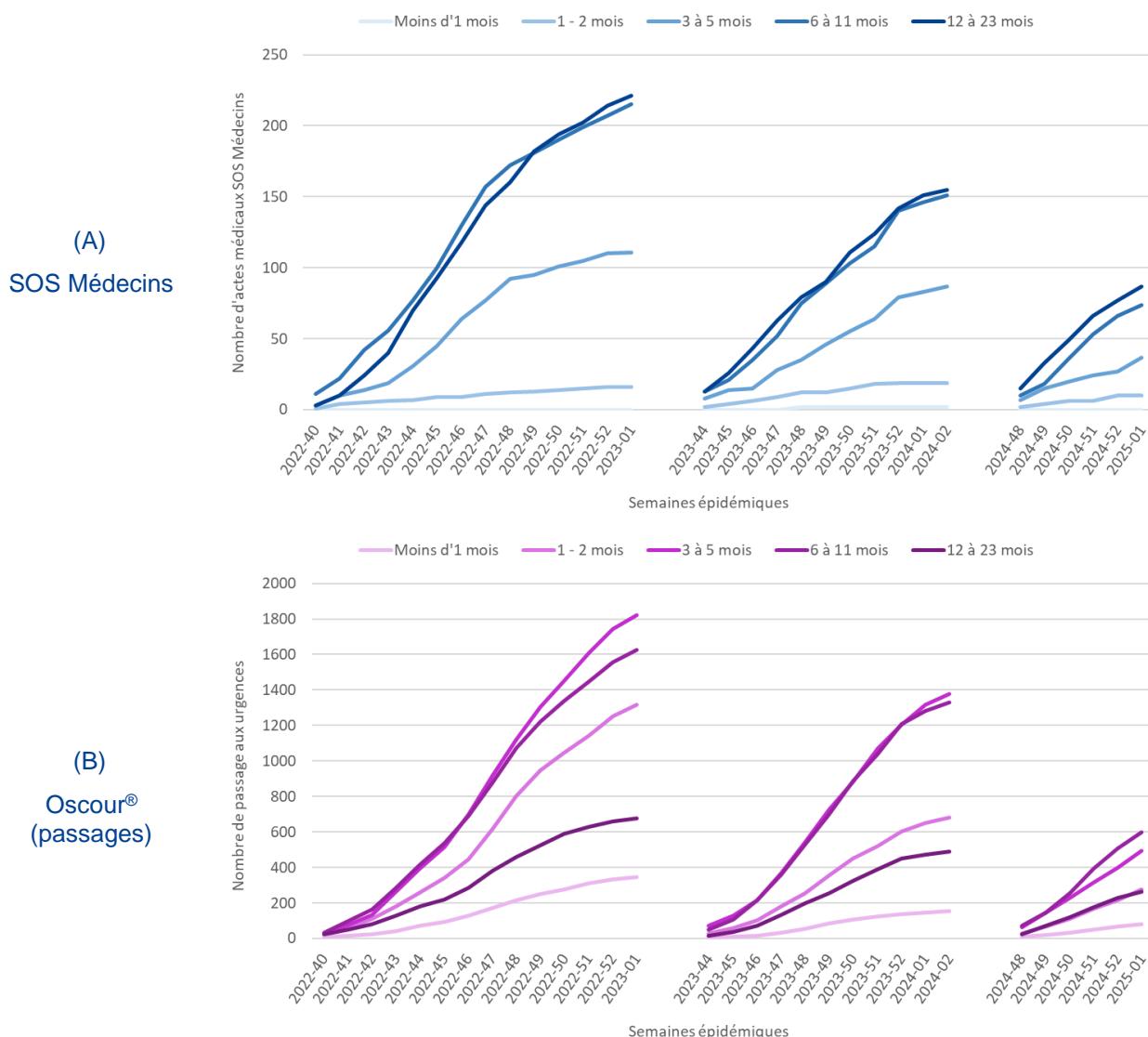


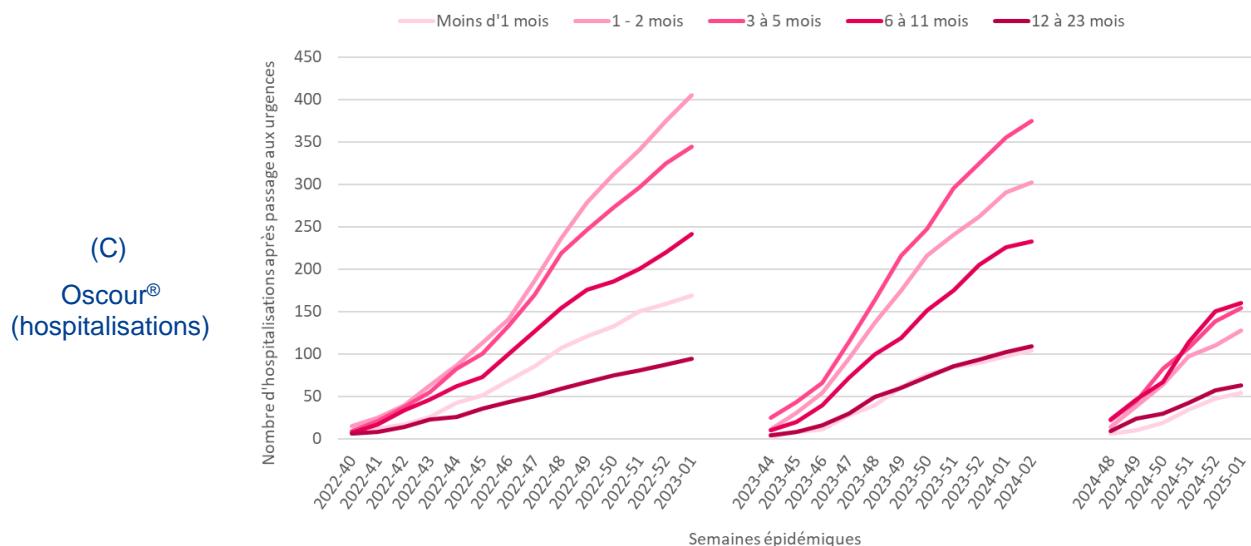


Source : SurSaUD® (Oscour® pour les urgences et SOS Médecins pour la médecine de ville) – Santé publique France

*2023-2024 et 2024-2025 : saisons avec administration d'anticorps monoclonaux proposée en milieu hospitalier pour les nouveau-nés

Figure 13. Nombre cumulé de actes SOS Médecins (A), de passages aux urgences (B) et d'hospitalisations après passage aux urgences (C) pour bronchiolite, pour chaque semaine des 3 dernières épidémies de bronchiolite, enfants de moins d'1 mois, de 1 ou 2 mois, de 3 à 5 mois, de 6 à 11 mois et de 12 à 23 mois, Occitanie





Source : SurSaUD® (Oscour® pour les urgences et SOS Médecins pour la médecine de ville) – Santé publique France

Caractéristiques des patients pris en charge dans les services de réanimation pédiatrique

Du fait de la forte intensité de l'épidémie de bronchiolite de la saison 2022-2023 et de la mise à disposition d'un nouveau traitement préventif du VRS chez les nourrissons par anticorps monoclonaux, une surveillance des cas graves admis en réanimation pédiatrique a été mise en place depuis octobre 2023. L'objectif est de décrire les caractéristiques des cas graves de bronchiolite admis en réanimation, notamment concernant les virus impliqués. Les réanimateurs signalent, à l'aide d'un formulaire dédié, les patients de moins de 2 ans présentant une forme grave de bronchiolite, quel que soit le virus à l'origine de l'infection, nécessitant une prise en charge en réanimation. Les services de réanimation pédiatrique volontaires pour participer ont le choix entre un signalement exhaustif de tous les cas admis entre la semaine 40 et la semaine 15, ou uniquement le signalement des cas admis un jour donné de la semaine afin de limiter la charge de travail des cliniciens. En Occitanie, les deux services de réanimation pédiatrique du CHU de Montpellier (signalement exhaustif) et du CHU de Toulouse (signalement des cas admis 1j/semaine) participent à cette surveillance.

Un total de 40 cas a été signalé en Occitanie entre les semaines 2024-40 et 2025-15 (36 par le CHU de Montpellier et 4 par le CHU de Toulouse) (**Figure 14**).

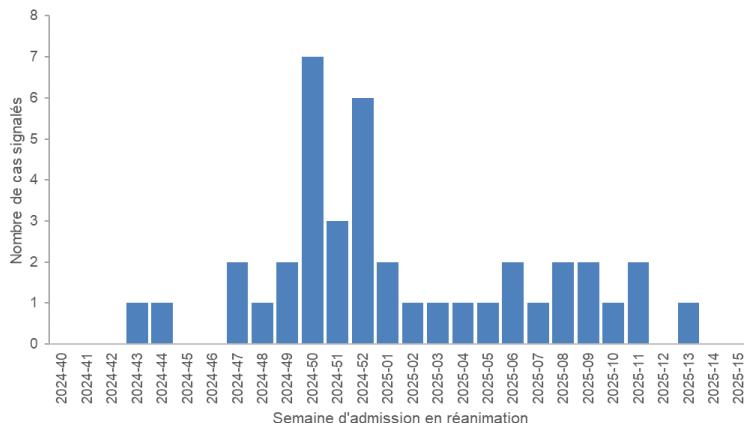
La majorité des cas étaient des garçons (58 %). L'âge médian était de 2 mois (identique à la saison précédente) et ils avaient entre 0 et 17 mois. Parmi les 40 cas signalés, 8 présentaient au moins une comorbidité (20% contre 23 % la saison précédente) : une pathologie cardiaque (3), pulmonaire (1), rénale (1) une prématuroté (5) ou autre (2).

Concernant le traitement préventif par anticorps monoclonal contre le VRS, 11 cas l'avaient reçu préalablement à leur admission en réanimation (31% contre 20% la saison précédente) (4 données manquantes).

La majorité des cas étaient positifs au VRS mais d'autres agents pathogènes étaient également retrouvés chez les cas de bronchiolite et certains présentaient également des co-infections (**Tableau 2**). L'aide ventilatoire maximale reçue au cours du séjour était une ventilation non invasive pour 7 cas (18 %), une oxygénation par O₂ haut débit pour 32 cas (80 %) et une ventilation invasive pour 1 cas (2 %). La durée médiane de cette ventilation était de 2 jours (2,5 jours en moyenne, min-max : 1-7).

Les cas étaient restés entre 0 et 10 jours en réanimation (médiane=2 jours contre 3 jours la saison précédente). Parmi les cas signalés, aucun décès n'a été rapporté à la fin du séjour en réanimation.

Figure 14. Nombre de cas de bronchiolite chez des enfants de moins de 2 ans admis en réanimation pédiatrique et signalés par les services participants de la semaine 2024-40 à 2025-15, Occitanie



Source : surveillance en réanimation, Santé publique France

Tableau 2. Caractéristiques virologiques des cas de bronchiolite signalés par les services de réanimation pédiatriques de la semaine 2024-40 à 2025-15, enfants de moins de 2 ans, Occitanie

Virus identifiés*	n	%
VRS	28	70
Rhinovirus/Entérovirus	10	25
Parainfluenzae virus	3	7
Adénovirus	2	5
Sars-CoV2	2	5
Bocavirus	1	2
Métapneumovirus	1	2
Autre pathogène	1	2
Non identifié	2	5

* Un patient peut être compté sur plusieurs lignes en cas de co-infection.

Source : surveillance en réanimation, Santé publique France

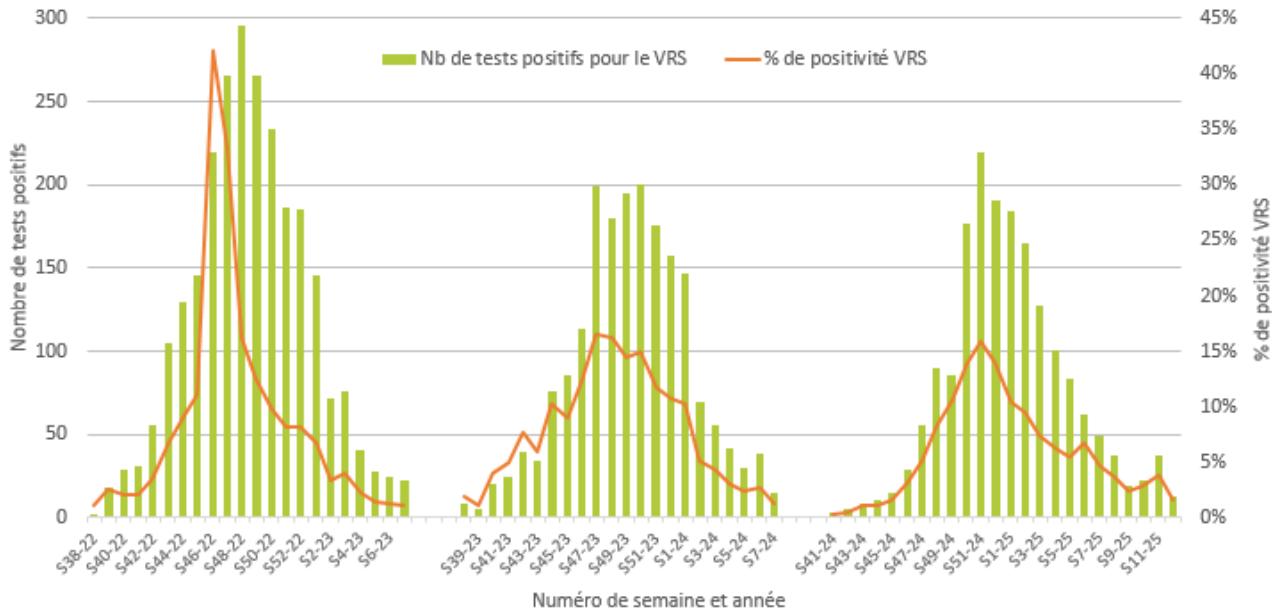
Surveillance virologique

Depuis la crise Covid-19 et la possible co-circulation du Sars-CoV-2 avec d'autres virus respiratoires, certains CHU ont modifié leurs pratiques de dépistage dès la saison 2021-2022 : pour chaque patient prélevé, quel que soit son âge, la recherche systématique de plusieurs virus respiratoires était effectuée sans *a priori* (triplex utilisé = recherche de grippe, VRS et Sars-CoV-2).

Les données transmises au cours de la dernière saison par les laboratoires hospitaliers et les laboratoires de biologie médicale de ville reflétaient bien la dynamique observée à partir des autres sources de données (**Figure 15 et 16**).

Les laboratoires hospitaliers des 3 CHU de la région Occitanie ont analysé 7 708 prélèvements (en moyenne 1 285 prélèvements hebdomadaires) au cours de la saison épidémique entre la semaine S48-2024 et S01-2025, dont 947 (12%) étaient positifs au VRS (**Figure 15**).

Figure 15. Nombre de prélèvements positifs et pourcentage de positivité pour le VRS parmi les prélèvements réalisés aux CHU de Nîmes, Montpellier et Toulouse, quel que soit l'âge de la personne prélevée, pour les 3 dernières saisons de remontée de données virologiques, Occitanie



Grippe

Synthèse des indicateurs

En Occitanie, l'épidémie a duré 12 semaines, de décembre 2024 à fin février 2025. Le pic épidémique a été atteint en semaine 04 ou 05, selon les sources de données ([Figure 17](#)).

En médecine de ville comme à l'hôpital, l'épidémie de grippe a été de forte intensité ([Figure 18 à 21](#)). Les indicateurs syndromiques et virologiques étaient supérieurs aux deux saisons précédentes (Tableau 3). L'épidémie a touché tous les départements et toutes les classes d'âge ([Figure 22](#)). Un impact important a été mesuré sur les hospitalisations ([Figure 21](#)), mais également dans les établissements médico-sociaux ([Figure 24](#)) ainsi que sur la mortalité ([Figure 27](#)).

Une co-circulation exceptionnelle des virus A(H1N1)_{pdm09}, A(H3N2) et B/Victoria a été observée.

Les couvertures vaccinales régionales étaient en légère baisse par rapport à la saison dernière chez les personnes à risque cibles par la vaccination, les résidents et les professionnels des Ehpad. Ces couvertures vaccinales, bien qu'élargies chez les résidents d'Ehpad, étaient insuffisantes dans la population à risque au regard de l'objectif fixé de 75 % (Tableau 5),.

Tableau 3. Description des 3 précédentes épidémies de grippe et principaux indicateurs d'activité des médecins du réseau Sentinelles, de SOS Médecins et des structures d'urgences, Occitanie

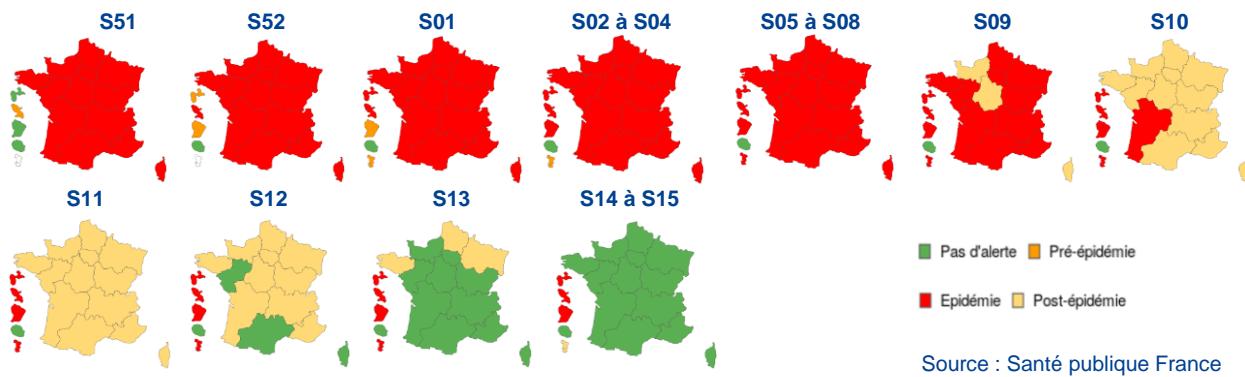
	Saison	2022-23	2023-24	2024-25
1 ^{ère} semaine – dernière semaine épidémique		S49-S10	S50-S08	S50-S09
Semaine du pic d'activité (variable selon les sources)		S51/S52	S04/S05	S04/S05
Durée de l'épidémie (nombre de semaines)	14	11	12	
Durant les semaines épidémiques :				
SOS Médecins	Nombre d'actes pour syndrome grippal	7671	7062	11137
	Part des syndromes grippaux au pic épidémique (%)	22,1	19,7	28,6
Réseau Sentinelles	Taux d'incidence /100 000 habitants au pic	559 [509-610]	527 [478-576]	553 [474-632]
Passages aux urgences	Nombre de passages pour syndrome grippal	6581	5258	9926
	Part des syndromes grippaux dans l'ensemble des passages au pic (%)	2,7	2,7	4,3
Hospitalisations après passages aux urgences	Nombre d'hospitalisations pour syndrome grippal	996	947	1978
	Taux d'hospitalisation parmi les passages pour syndrome grippal (%)	15,1	18,0	19,9
	Nombre maximum d'hospitalisations hebdomadaires au pic	149	168	249
Laboratoires hospitaliers	Part des syndromes grippaux dans l'ensemble des hospit. au pic (%)	2,3	2,7	3,6
	Taux de positivité au pic (%)	15,6	20,8	23,0

Source : SurSaUD® (Oscour® pour les urgences, SOS Médecins), Réseau Sentinelles, Laboratoires hospitaliers du réseau RENAL – Santé publique France

Figure 17. Evolution hebdomadaire des niveaux d'alerte régionaux² concernant la grippe en France, S40-2024 à S15-2025



² Les niveaux d'alertes régionaux (pas d'épidémie / pré ou post épidémie / épidémie) sont définis chaque semaine par les Cellules Régionales de Santé publique France à partir d'une matrice d'alarmes statistiques (3 méthodes statistiques appliquées à trois sources de données pour la grippe : Réseau Sentinelles, Oscour® et SOS Médecins), ainsi que d'autres données de surveillance complémentaires (notamment virologiques). Pour en savoir plus : [Le dispositif de surveillance de la grippe / partie : La surveillance régionale \(détermination du niveau d'alerte régional\)](#)



Surveillance en médecine de ville

Figure 18. Nombre et taux d'actes SOS Médecins pour syndrome grippal, Occitanie

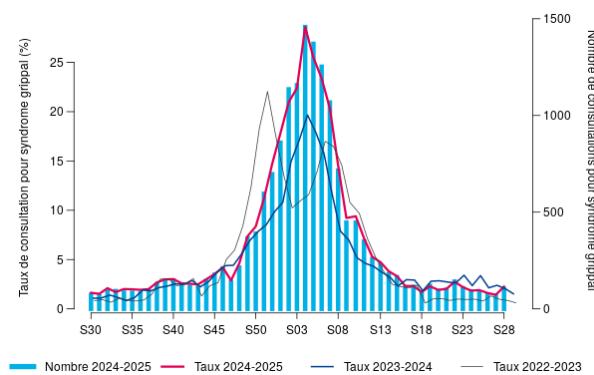
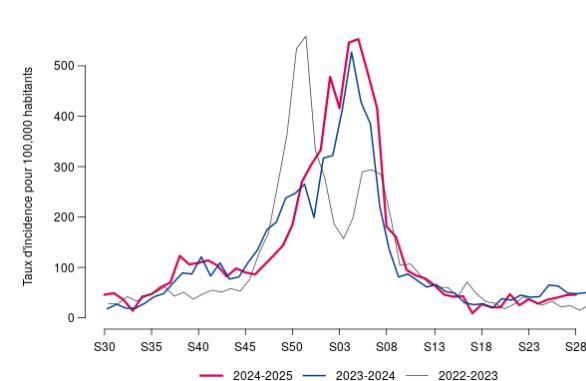


Figure 19. Taux d'incidence des consultations pour syndrome grippal parmi les médecins du Réseau Sentinelles et IQVIA, Occitanie



Surveillance à l'hôpital en services d'urgences

Figure 20. Nombre et taux de passages aux urgences pour syndrome grippal, Occitanie

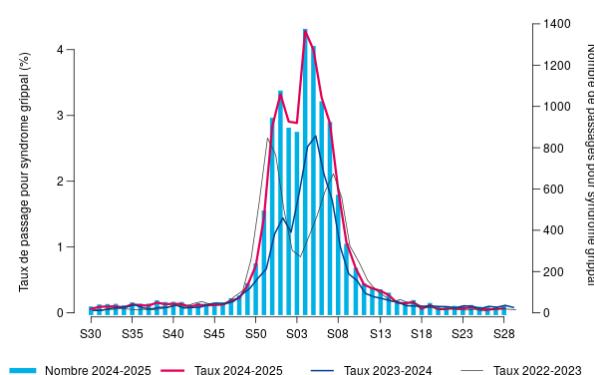


Figure 21. Part des hospitalisations après passage aux urgences pour syndrome grippal parmi l'ensemble des hospitalisations, Occitanie

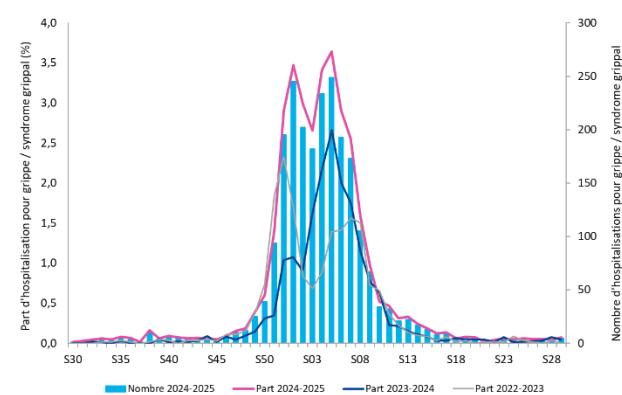
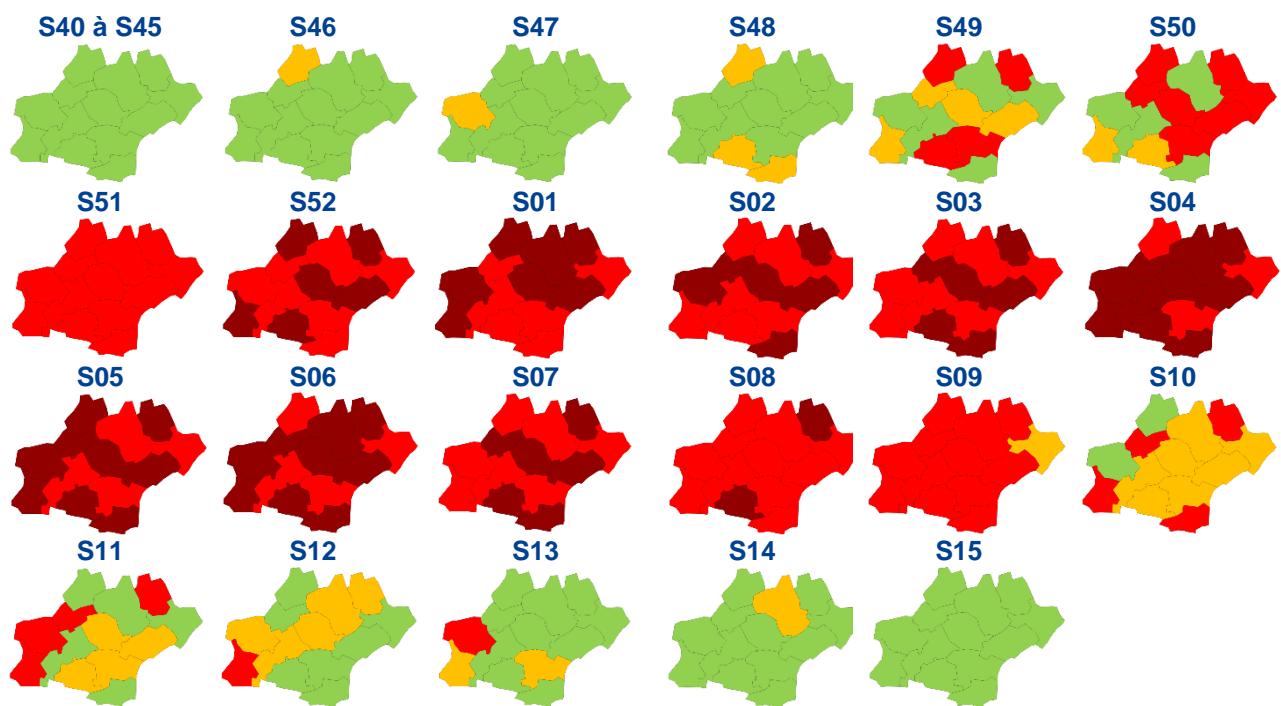


Figure 22. Taux de passages aux urgences pour syndrome grippal par département de la semaine S40-2024 à S15-2025, Occitanie



Source : SurSaUD® / Oscour® – Santé publique France

Taux de passage aux urgences pour syndrome grippal (%)



Zone	2024-W40	2024-W41	2024-W42	2024-W43	2024-W44	2024-W45	2024-W46	2024-W47	2024-W48	2024-W49	2024-W50	2024-W51	2024-W52	2025-W01	2025-W02	2025-W03	2025-W04	2025-W05	2025-W06	2025-W07	2025-W08	2025-W09	2025-W10	2025-W11	2025-W12	2025-W13	2025-W14	2025-W15
09	0,11	0,00	0,00	0,12	0,00	0,00	0,11	0,23	0,52	1,42	0,46	1,42	3,30	3,19	3,19	3,78	4,45	5,04	3,83	3,51	3,23	1,36	0,58	0,46	0,23	0,34	0,11	0,12
11	0,08	0,23	0,04	0,13	0,05	0,14	0,18	0,26	0,37	0,72	0,74	1,84	2,98	2,71	2,26	2,19	3,15	2,76	2,54	2,88	1,57	0,83	0,52	0,59	0,13	0,66	0,19	0,28
12	0,11	0,00	0,00	0,32	0,20	0,10	0,00	0,10	0,10	0,11	0,21	0,71	2,05	3,76	3,03	2,83	5,02	2,97	3,21	2,85	1,85	1,10	0,65	0,31	0,43	0,29	0,56	0,00
30	0,05	0,08	0,00	0,11	0,11	0,05	0,11	0,16	0,11	0,18	0,74	1,02	1,91	2,85	2,26	1,88	2,69	2,68	1,74	1,56	0,95	0,62	0,58	0,08	0,24	0,35	0,35	0,10
31	0,14	0,07	0,10	0,05	0,19	0,14	0,05	0,16	0,16	0,12	0,21	0,76	1,38	2,18	1,86	2,29	3,40	2,74	2,51	2,13	1,29	0,87	0,65	0,35	0,47	0,28	0,26	0,15
32	0,17	0,00	0,00	0,19	0,00	0,00	0,00	0,53	0,00	0,38	0,20	0,78	3,13	4,34	3,80	2,49	4,25	3,50	4,46	3,09	2,96	1,30	0,37	1,20	0,58	0,92	0,18	0,19
34	0,23	0,19	0,11	0,19	0,12	0,12	0,18	0,15	0,23	0,57	1,16	2,17	3,93	4,22	3,90	3,22	5,40	4,90	4,24	3,36	1,98	1,25	0,56	0,44	0,40	0,26	0,37	0,16
46	0,19	0,10	0,00	0,00	0,00	0,10	0,40	0,20	0,61	0,71	1,46	2,51	4,91	5,08	2,08	2,10	2,73	3,30	1,51	2,76	1,85	1,09	0,21	0,19	0,38	0,10	0,10	0,09
48	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,74	2,64	2,34	5,14	4,67	3,61	3,70	4,26	4,35	5,17	5,22	3,47	2,25	1,31	0,75	0,57	0,23	0,23	0,00
65	0,06	0,23	0,00	0,00	0,12	0,00	0,00	0,26	0,12	0,47	0,59	1,17	3,76	3,75	2,72	3,03	3,87	6,00	3,48	2,73	2,01	1,08	1,21	1,05	0,79	0,61	0,06	0,17
66	0,13	0,24	0,22	0,04	0,12	0,39	0,20	0,31	0,47	0,25	0,24	0,93	2,59	2,41	3,32	3,54	5,90	5,95	4,22	3,62	2,47	1,03	1,10	0,27	0,24	0,35	0,29	0,22
81	0,10	0,14	0,25	0,16	0,10	0,09	0,09	0,09	0,13	0,50	0,82	2,00	3,24	4,64	3,68	4,73	5,18	4,49	3,98	3,85	2,77	1,56	0,41	0,55	0,42	0,27	0,10	0,19
82	0,00	0,00	0,20	0,35	0,00	0,00	0,22	0,32	0,11	0,63	0,96	1,26	2,09	2,05	3,21	3,46	5,40	4,07	3,87	3,98	2,68	1,58	1,42	1,74	0,10	0,11	0,10	0,00
Region	0,14	0,13	0,09	0,12	0,11	0,12	0,19	0,22	0,42	0,71	1,45	2,83	3,32	2,91	2,89	4,28	4,00	3,27	2,88	1,88	1,08	0,68	0,43	0,37	0,34	0,27	0,15	
Niveau régional																												

Source : SurSaUD® / Oscour® - Santé publique France

A noter que les niveaux épidémiques sont définis uniquement au niveau régional et non pas au niveau départemental étant donné les effectifs et les fluctuations des indicateurs à ce niveau. Les valeurs de l'indicateur atteintes au niveau régional lors des passages en phases pré-épidémiques (0,42 %) et épidémiques (0,71 %) ont ici été appliquées au niveau départemental pour information mais les couleurs représentées au niveau départemental ne constituent pas des phases épidémiques départementales.

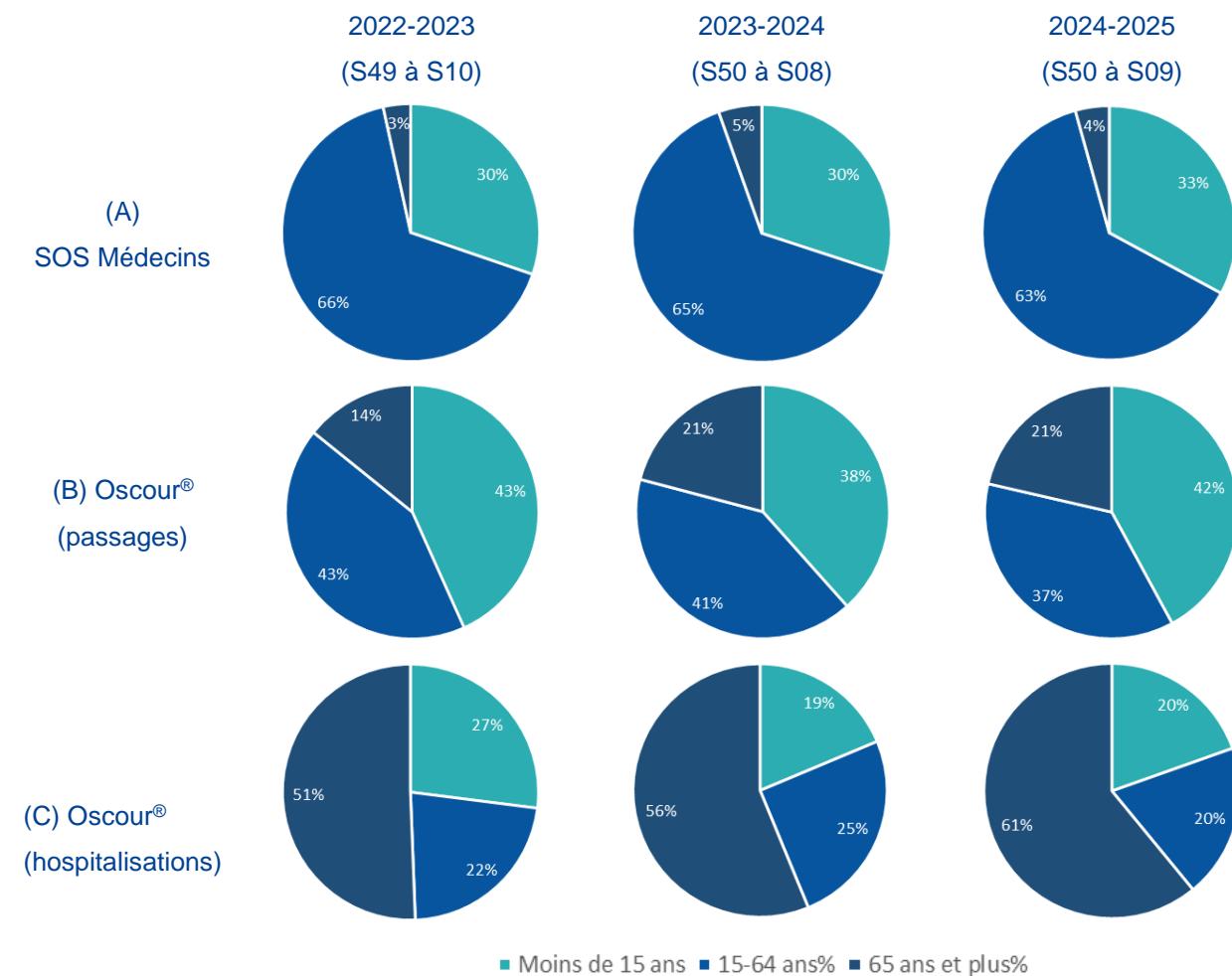
Caractéristiques des patients pris en charge en ville ou à l'hôpital

Parmi les personnes atteintes d'un syndrome grippal vues en consultation par les associations SOS Médecins d'Occitanie (**Figure 23A**), près de 2/3 concernaient des adultes de 15 à 64 ans, un tiers concernaient des enfants de moins de 15 ans et 4 % concernaient des personnes âgées de 65 ans et plus. Ces proportions étaient relativement stables au cours des trois dernières saisons épidémiques.

Aux urgences (**Figure 23B**), la proportion de personnes plus fragiles (enfants de moins de 15 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus) était supérieure à celle observée en médecine de ville. La part des enfants était autour de 40 % et celle des personnes âgées autour de 20 %. Ces proportions étaient stables par rapport à la saison précédente.

Les passages aux urgences étaient plus fréquemment suivis d'une hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus puisque cette tranche d'âge représentait 20% des passages mais 60 % des hospitalisations après passages aux urgences pour grippe / syndrome grippal. La part des personnes âgées dans ces hospitalisations après passages aux urgences était supérieure cette saison par rapport aux saisons précédentes (61 % contre 56% et 51 %) (**Figure 23C**).

Figure 23. Distribution par âge (moins de 15 ans, 15 à 64 ans, 65 ans et plus) des patients atteints de grippe / syndrome grippal, parmi les consultations SOS Médecins (A), les passages aux urgences (B) et les hospitalisations après passage aux urgences (C), au cours des trois dernières saisons épidémiques, Occitanie



Source : SurSaUD® (Oscour® pour les urgences et SOS Médecins pour la médecine de ville) – Santé publique France

Surveillance en services de réanimation

En Occitanie, 24 services de réanimation participent à la surveillance sentinelles des cas graves de grippe en réanimation, dont 2 services pédiatriques. Un total de 212 cas graves de grippe a été signalé en Occitanie entre la semaine 40-2024 et la semaine 15-2025 (contre 92 la saison précédente).

La majorité des cas étaient des hommes (58 %). L'âge médian était de 65 ans (contre 62 ans la saison précédente) et ils avaient entre <1 et 92 ans. Parmi les 195 cas pour lesquels l'information était disponible, 91 % étaient porteurs du virus de la grippe de type A et 9 % du virus de type B. Les sous-types étaient peu connus (15 cas). La grande majorité des cas présentaient au moins une comorbidité (89 %), parmi les plus fréquentes : une pathologie pulmonaire (44 %), cardiaque (33 %), une hypertension (35 %).

Tableau 4. Caractéristiques des cas graves de grippe signalés par les services de réanimation sentinelles de la semaine 40-2024 à 15-2025, Occitanie

		N = 212 (100 %)
Sexe		
Femme	90 (42 %)	
Homme	122 (58 %)	
Classes d'âge (années)		
< 2	9 (4 %)	
2-17	11 (5 %)	
18-64	84 (40 %)	
65 et plus	108 (51 %)	
Données virologiques grippales		
A, sans précision	162 (83 %)	
A(H1N1) _{pdm09}	13 (7 %)	
A(H3N2)	2 (1 %)	
B	18 (9 %)	
B-Victoria	0 (0 %)	
B-Yamagata	0 (0 %)	
Co-infection virus grippaux	0 (0 %)	
Non renseigné	17	
Co-infection grippe/Sars-CoV-2	4 (2 %)	
Présence de comorbidité(s)	188 (89 %)	
Vaccination grippe pour la saison en cours		
Oui	30 (19 %)	
Non	131 (81 %)	
Ne sait pas/Non renseigné	51	
Syndrome de détresse respiratoire aigüe		
Aucun	96 (46 %)	
Mineur	38 (18 %)	
Modéré	41 (20 %)	
Sévère	32 (15 %)	
Non renseigné	5	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive		
Aucune	7 (3 %)	
O2 (Lunettes/masque)	19 (9 %)	
Ventilation non-invasive	34 (16 %)	
Oxygénothérapie haut-débit	74 (35 %)	
Ventilation invasive	74 (35 %)	
Assistance extracorporelle	4 (2 %)	
Devenir		
Décès	32 (15 %)	
Sortie de réanimation	176 (85 %)	
Inconnu	4	

Source : surveillance en réanimation,
Santé publique France

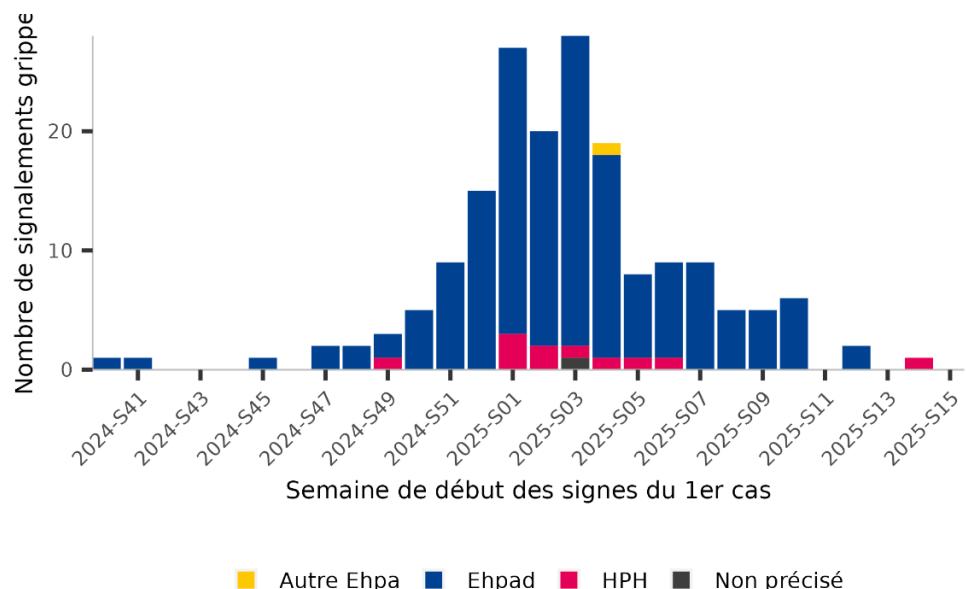
Parmi les cas pour lesquels une vaccination était documentée dans les fiches de recueil, 81 % des cas graves de réanimation n'étaient pas vaccinés. Cette information est à considérer avec précaution étant donné le pourcentage important de données manquantes ($51/212=24\%$).

Un peu plus de la moitié des cas présentaient un syndrome de détresse respiratoire aigüe (54 % contre 74 % la saison précédente). L'aide ventilatoire maximale reçue au cours du séjour était invasive pour 37 % des cas (contre 45% la saison précédente), dont 2 % par assistance extracorporelle. La durée médiane de cette ventilation était de 4 jours (min-max : 1-42). Parmi les 208 cas pour lesquels l'évolution était connue (98 %), la durée médiane de séjour était de 5 jours (contre 7 jours la saison précédente) (min-max=0-48 jours) et 15 % étaient décédés en réanimation (contre 25 % la saison précédente) ([Tableau 4](#)).

Surveillance en établissements médico-sociaux

Entre la semaine 40-2024 et 15-2025, 178 épisodes de cas groupés d'IRA dont l'étiologie grippe a été retenue sont survenus dans les EMS de la région. Plus de 90 % des épisodes déclarés sont survenus dans des Ehpad et 89 % des épisodes sont survenus durant la période épidémique de décembre à février avec une nette augmentation fin décembre, un pic en semaine 03-2025 (mi-janvier), puis une diminution en février ([Figure 24](#)).

Figure 24. Nombre d'épisodes d'IRA signalés en EMS dont l'étiologie grippe a été retenue, par type d'établissement, de la S40-2024 à S15-2025, Occitanie



Source : Portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère de la Santé et de la Prévention, exploitation Santé publique France

(Ehpa : établissement pour personnes âgées ; Ehpad : établissement pour personnes âgées dépendantes ; HPH : Établissements d'Hébergement pour Personnes en Situation de Handicap)

Surveillance virologique

Les données transmises au cours de la dernière saison par les laboratoires hospitaliers ([Figure 25](#)) et les laboratoires de biologie médicale de ville ([Figure 26](#)) reflétaient bien la dynamique de la circulation du virus grippal à partir du mois de décembre jusqu'au mois de février.

Dans les données des laboratoires de ville, on observe un pic en semaine 4 comme observé dans les données syndromiques du réseau SOS Médecins et du réseau Sentinelles. Les laboratoires du réseau RELAB de la région Occitanie ont permis d'analyser 3 175 prélèvements (en moyenne 265 prélèvements hebdomadaires) au cours de la saison épidémique entre la semaine S50-2024 et S09-2025, dont 1 176 (37 %) étaient positifs à la grippe.

Dans les données hospitalières, on observe un premier pic en semaine 1, et un second pic en semaine 5, ce qui est cohérent avec les données Oscour® de passages aux urgences et d'hospitalisations. Ces laboratoires hospitaliers ont permis d'analyser 16 635 prélèvements (en

moyenne 1 386 prélèvements hebdomadaires) au cours de la saison épidémique entre la semaine S50-2024 et S09-2025, dont 2 918 (18 %) étaient positifs à la grippe.

D'après les données des laboratoires hospitaliers, on note une co-circulation des virus de type A et de type B, ces derniers représentant 18 % des virus grippaux identifiés durant les semaines épidémiques. Cette part de virus de type B avait tendance à augmenter sur la fin de la saison de surveillance. Le sous-type était en revanche inconnu pour l'ensemble des virus identifiés.

Au niveau national, on observe une co-circulation inhabituelle concomitante des trois virus A(H1N1)_{pdm09}, A(H3N2) et B/Victoria tout au long de la saison. Les analyses des virus grippaux circulants au 12 avril 2025 concluaient que les profils antigéniques des virus A(H1N1)_{pdm09} et B/Victoria étaient apparentés aux souches vaccinales alors qu'il ne l'était pas totalement pour les virus A(H3N2).

Figure 25. Nombre de prélèvements positifs et pourcentage de positivité pour la grippe aux CHU de Nîmes, Montpellier et Toulouse, semaine 2024-S38 à 2025-S20

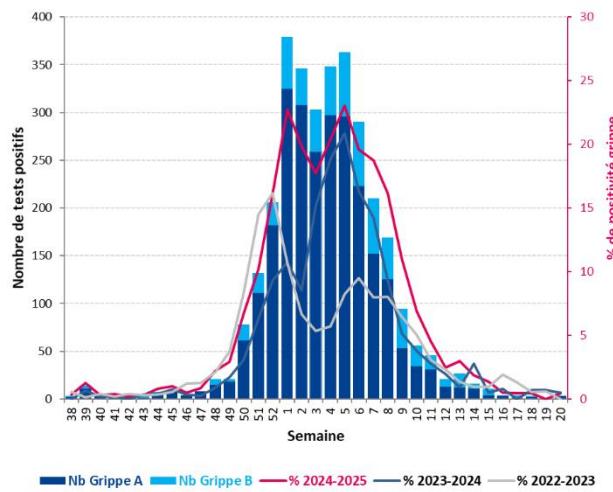
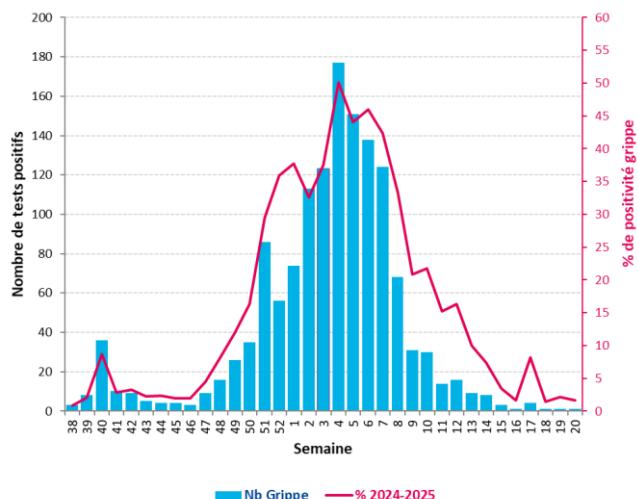


Figure 26. Nombre de prélèvements positifs et pourcentage de positivité pour la grippe dans les laboratoires de biologie médicale du réseau RELAB, semaine 2024-S38 à 2025-S20, Occitanie



Source : Laboratoires de virologie des CHU de Montpellier, Nîmes et Toulouse, Réseau RENAL, Centre national de référence (CNR) Virus des infections respiratoires - exploitation des données Santé publique France

Source : Laboratoires de biologie médicale participants au réseau RELAB, Centre national de référence (CNR) Virus des infections respiratoires - exploitation des données Santé publique France

Surveillance de la couverture et de l'efficacité vaccinale

La campagne de vaccination contre la grippe a débuté le 15 octobre 2024 dans l'Hexagone et s'est terminée le 28 février 2025. Cette campagne, couplée à la campagne de vaccination contre la COVID-19, ciblait 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 couvertures vaccinales estimées au 28 février 2025 à l'issue de la campagne de vaccination contre la grippe, étaient en Occitanie, de 46,3 % chez les personnes à risque cibles par la vaccination : 52,9 % chez les 65 ans et plus et 24,1 % chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère (**Tableau 5**). La saison précédente (2023-2024) ces couvertures vaccinales étaient respectivement 46,7 %, 53,0 % et 24,0 %.

Au niveau national, ces couvertures étaient de 46,5 % chez les personnes à risque ciblées par la vaccination : 53,7 % chez les 65 ans et plus et 25,3 % chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère. Elles étaient légèrement inférieures à la saison 2023-2024.

Ces couvertures vaccinales contre la grippe au niveau national comme régional étaient insuffisantes au regard de l'objectif d'une couverture de 75 % chez les personnes à risque³.

Tableau 5. Couverture vaccinale grippe au 28 février 2025 parmi les personnes à risque, Occitanie

	Zone géographique	65 ans et +	Personnes à risques < 65 ans	Total des personnes à risque
9	Ariège	47,6%	22,4%	42,4%
11	Aude	51,2%	23,2%	45,1%
12	Aveyron	52,4%	25,2%	47,3%
30	Gard	52,8%	24,0%	46,4%
31	Haute-Garonne	56,3%	25,0%	47,5%
32	Gers	52,0%	26,3%	47,0%
34	Hérault	54,5%	24,2%	47,3%
46	Lot	49,5%	23,3%	45,0%
48	Lozère	50,1%	26,6%	45,5%
65	Hautes-Pyrénées	52,6%	24,9%	47,0%
66	Pyrénées-Orientales	49,6%	21,1%	43,5%
81	Tarn	52,7%	24,6%	46,6%
82	Tarn-et-Garonne	51,8%	24,2%	45,2%
	Occitanie	52,9%	24,1%	46,3%
	France métropolitaine	54,2%	25,6%	47,0%
	France entière	53,7%	25,3%	46,5%

Source : actes de vaccination remboursés au 28 février 2025, tous régimes - SNDS

Les estimations de couvertures vaccinales contre la grippe chez les résidents en Ehpad pour la saison 2024-2025 étaient élevées mais en baisse par rapport aux saisons précédentes, tant au niveau national (82,7 % [82,2 - 83,3] contre 83,3 % [82,7 - 83,8] la saison précédente) qu'au niveau régional (82,6 % [81,2 – 84,0] contre 83,6 % [82,1 - 85,2] la saison précédente).

Concernant les professionnels exerçant en Ehpad, la couverture vaccinale contre la grippe pour la saison 2024-2025 était également en baisse : 21,0 % [20,4 – 21,7] au niveau national (contre 22,4 % [21,7 - 23,1] la saison précédente), et 18,8 % [17,1 – 20,4] au niveau régional (contre 20,0 % [18,0 - 22,1] la saison précédente).

Pour en savoir plus : Etudes de couverture vaccinale contre la grippe et la Covid-19 des résidents et des professionnels salariés des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), saison 2024-2025.

L'efficacité vaccinale (EV) est estimée au niveau national à partir des données du réseau Sentinelles et du CNR Virus des infections respiratoires. Il s'agit de l'efficacité du vaccin à éviter une infection grippale conduisant à une consultation chez un médecin généraliste depuis le mois d'octobre 2024. Les résultats préliminaires disponibles au 15/04/2025 estimaient l'EV à 47 % [26-63] pour tous les groupes à risque, à 59 % [28-76] chez les moins de 65 ans avec affection de longue durée et à 38 % [3-60] chez les 65 ans et plus, vis-à-vis de l'ensemble des virus grippaux circulant en France hexagonale.

Les estimations publiées par le réseau RELAB montrent une EV à 42 % [37-46 %] pour tous âges avec une meilleure EV contre la grippe de type B (75 % [66–82 %]) que de type A (26 % [18–34 %]). L'EV chez les moins de 65 ans était estimée à 60 % [56-65 %] et à 22 % [13-30 %] chez les 65 ans et plus, vis-à-vis de l'ensemble des virus grippaux circulant en France hexagonale.

³ World Health Organization. Prevention and control of influenza pandemics and annual epidemics. Fifty-sixth World Health Assembly, 28 may 2003. Geneva: WHO; 2003. https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ea56r19.pdf

Les estimations provisoires de l'EV de huit études européennes (17 pays dont la France) indiquent une EV contre la grippe de type A tous âges confondus de 32 à 53 % en soins primaires et de 33 à 56 % en milieu hospitalier, ainsi qu'une EV plus élevée contre la grippe de type B ($\geq 58\%$ en soins primaires et à l'hôpital).

Pour en savoir plus :

[Eurosurveillance | Influenza vaccine effectiveness against detected infection in the community, France, October 2024 to February 2025](#)

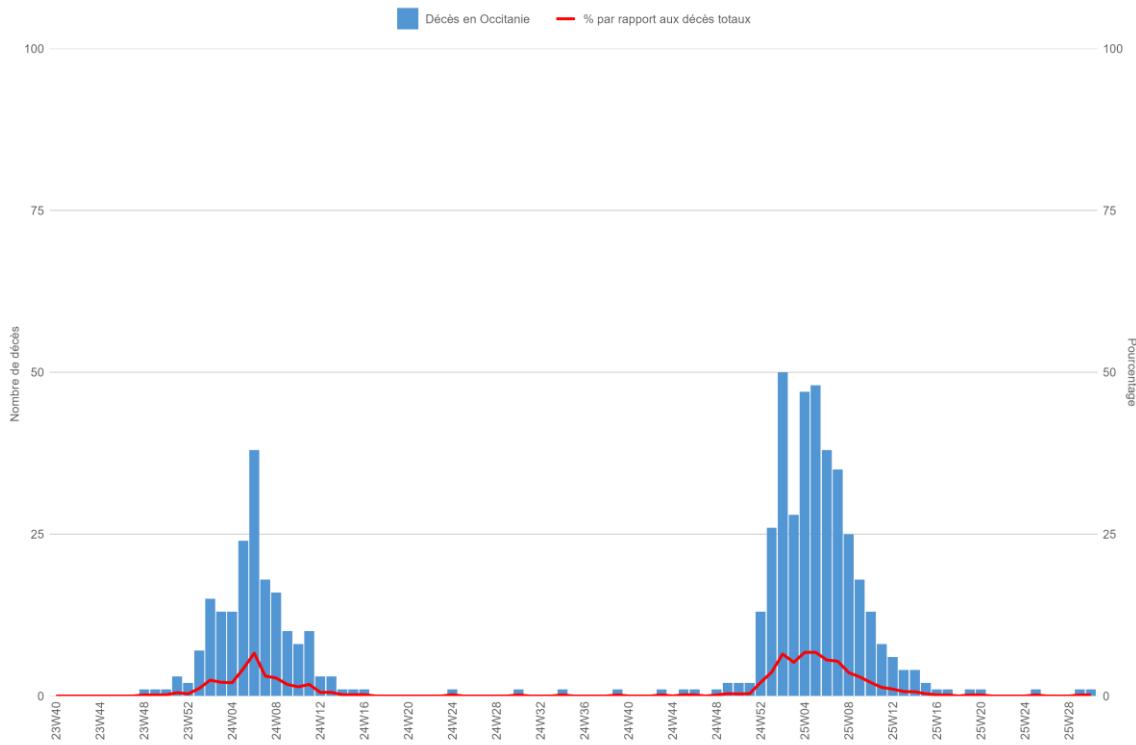
[Eurosurveillance | Interim 2024/25 influenza vaccine effectiveness: eight European studies, September 2024 to January 2025](#)

Surveillance de la mortalité liée à la grippe

La mortalité spécifique à la grippe est surveillée de manière réactive à partir des certificats de décès transmis électroniquement et portant la mention grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès.

Entre la semaine 40-2024 et la semaine 15-2025, parmi les 17 268 décès déclarés par certificat électronique de décès toutes causes en Occitanie, **375** (2,2 %) l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (contre 1,2 % au cours de la saison précédente) dont 94 % étaient âgés de 65 ans et plus. Ce pourcentage atteignait un maximum de 7 % durant trois semaines en janvier 2025 (S02, S04 et S05). Ce pic était plus persistant que celui observé lors de l'épidémie de grippe de la saison précédente (**Figure 27**).

Figure 27. Nombre et part des décès certifiés électroniquement portant la mention grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès, semaines 2023-S40 à 2025-S30, Occitanie



Source : SurSaUD® / Certification électronique des décès - Santé publique France

Ces données sont à analyser avec précaution étant donné que le dispositif de certification électronique est en déploiement et ne recouvre pas, au premier trimestre 2025, que 47 % de la mortalité régionale, variant de 10 % à 66 % selon les départements de la région. La part des décès certifiés électroniquement est également hétérogène selon le type de lieu de décès (environ 71-77 % des décès survenant en établissements hospitaliers, près de 34 % en Ehpad, 14 % à domicile et 15 % des décès sur la voie publique – données provisoires du premier trimestre 2025).

Covid-19

Synthèse des indicateurs

La saisonnalité étant différente pour la Covid-19, la période analysée est de juin 2024 à juin 2025.

L'ensemble des sources de données montrent une circulation plus active de la Covid-19 entre juin et octobre 2024, avec une recrudescence en juillet et un pic en septembre 2024.

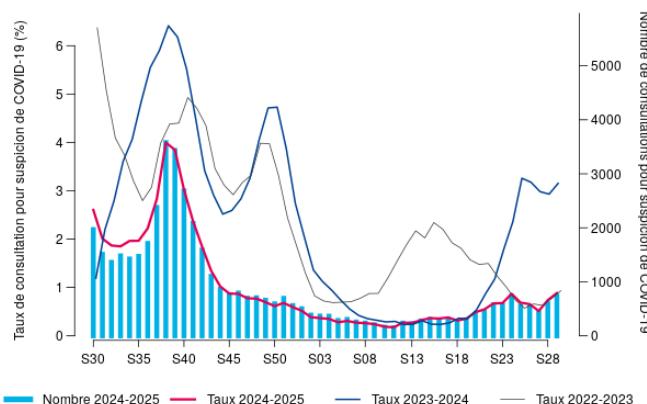
A l'inverse des années précédentes, il n'y a pas eu de recrudescence de la circulation virale au cours de l'hiver 2024-2025 entre décembre 2024 et février 2025 et les niveaux sont restés relativement bas de novembre 2024 à juin 2025.

Les niveaux de la plupart des indicateurs étaient inférieurs à ceux des années précédentes :

- En médecine de ville :
 - Part des suspicions de Covid-19 parmi les consultations SOS Médecins de 4 % au pic (S39-2024), contre 7 % au pic de l'année précédente ([Figure 28](#)).
- A l'hôpital :
 - Taux de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 de 0,9 % au pic (S39-2024), contre 1,7 % au pic de l'année précédente (en S50-2023) ([Figure 29](#)),
 - Part de la Covid-19 parmi l'ensemble des hospitalisations de 2,0 % au pic (S39-2024), contre 3,7 % au pic de l'année précédente (en S50-2023) ([Figure 30](#)),
 - Nombre maximum d'hospitalisations hebdomadaires au pic (S39-2024) de 129, contre 239 au pic de l'année précédente (en S50-2023),
 - Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient la moitié des passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 et 78 % des hospitalisations après passages.
- Les couvertures vaccinales régionales étaient basses chez les personnes à risque ciblées par la vaccination (16,6 %) ([Tableau 7](#)) et en baisse par rapport à la saison dernière chez les résidents et les professionnels des Ehpad.

Surveillance en médecine de ville

Figure 28. Nombre et taux d'actes SOS Médecins pour suspicion de Covid-19, Occitanie



Source : SurSaUD® / SOS Médecins - Santé publique France

Surveillance à l'hôpital en services d'urgences

Figure 29. Nombre et taux de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19, Occitanie

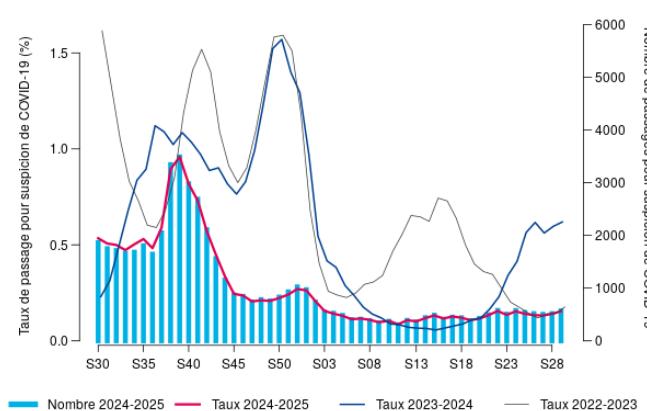
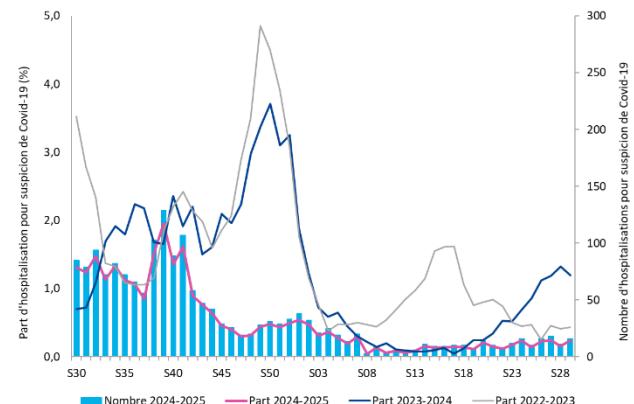


Figure 30. Part des hospitalisations après passage aux urgences pour suspicion de Covid-19 parmi l'ensemble des hospitalisations, Occitanie



Source : SurSaUD® / Oscour® - Santé publique France

Surveillance en services de réanimation

En Occitanie, 24 services de réanimation participent à la surveillance sentinelles de la Covid-19 en réanimation. Comme pour la grippe, cette surveillance était active de la semaine 40-2024 à la semaine 15-2025. Un total de 38 cas graves de Covid-19 a été signalé durant cette période (contre 72 la saison précédente) (**Tableau 6**).

Tableau 6. Caractéristiques des cas graves de Covid-19 signalés par les services de réanimation sentinelles de la semaine 40-2024 à 15-2025, Occitanie

N = 38 (100 %)

Sexe	
Femme	13 (34 %)
Homme	25 (66 %)
Classes d'âge (années)	
< 2	1 (3 %)
2-17	0 (0 %)
18-64	9 (24 %)
65 et plus	28 (74 %)
Co-infection grippe/Sars-CoV-2	4 (11 %)
Présence de comorbidité(s)	35 (92 %)
Vaccination COVID-19 depuis moins de 6 mois	
Oui	3 (13 %)
Non	21 (87 %)
<i>Ne sait pas/Non renseigné</i>	14
Syndrome de détresse respiratoire aigu	
Aucun	19 (51 %)
Mineur	3 (8 %)
Modéré	6 (16 %)
Sévère	9 (24 %)
<i>Non renseigné</i>	1
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive	
Aucune	1 (3 %)
O2 (Lunettes/masque)	8 (21 %)
Ventilation non-invasive	5 (13 %)
Oxygénotherapie haut-débit	12 (32 %)
Ventilation invasive	10 (26 %)
Assistance extracorporelle	2 (5 %)
Devenir	
Décès	9 (24 %)
Sortie de réanimation	28 (76 %)
<i>Inconnu</i>	1

Source : surveillance en réanimation,
Santé publique France

La majorité des cas (84 %) ont été admis en réanimation entre la semaine 40-2024 et 01-2025. La majorité des cas étaient des hommes (66 %). L'âge médian était de 72 ans (contre 71 ans la saison précédente) et ils avaient entre 1 et 86 ans. La grande majorité des cas présentaient au moins une comorbidité (92 %), parmi les plus fréquentes : une pathologie cardiaque (45 %), pulmonaire (39 %), une hypertension (32 %), un cancer évolutif (29 %).

Trois cas avaient été vaccinés dans les 6 derniers mois parmi les 24 cas pour lesquels l'information était disponible, soit 13 %. Cette information est toutefois à considérer avec précaution étant donné le pourcentage élevé de données manquantes ($14/38=37\%$).

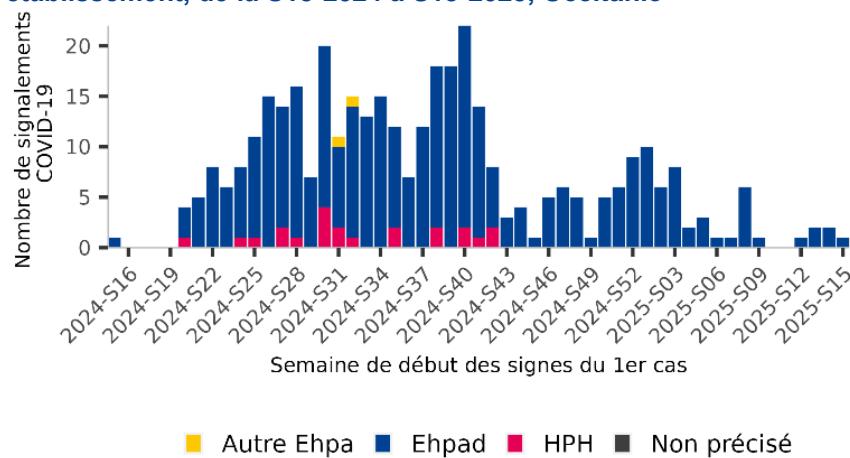
Près de la moitié des cas présentaient un syndrome de détresse respiratoire aigüe (49 % contre 72 % la saison précédente). L'aide ventilatoire maximale reçue au cours du séjour était invasive pour 31 % des cas (contre 31 % la saison précédente), dont 5 % par assistance extracorporelle. La durée médiane de cette ventilation était de 3 jours (min-max : 1-32), contre 5 jours au cours de la saison précédente.

Parmi les 37 cas pour lesquels l'évolution était connue (97 %), la durée médiane de séjour était de 5 jours (contre 7 jours la saison précédente) (min-max=0-44 jours) et 24 % étaient décédés en réanimation (contre 15 % la saison précédente).

Surveillance en établissements médico-sociaux

Des épisodes de cas groupés d'IRA dans les établissements médico-sociaux (EMS) de la région et dont l'étiologie Covid-19 est retenue sont retrouvés toutes les semaines entre avril 2024 et février 2025. Une hausse du nombre d'épisodes de Covid-19 survenus en EMS était notable au cours de l'été 2024 et jusqu'à mi-octobre 2024 (des épisodes ont été signalés dans tous les départements de la région) (Figure 31).

Figure 31. Nombre d'épisodes d'IRA signalés en EMS dont l'étiologie grippe a été retenue, par type d'établissement, de la S15-2024 à S15-2025, Occitanie



Source : Portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère de la Santé et de la Prévention, exploitation des données par Santé publique France

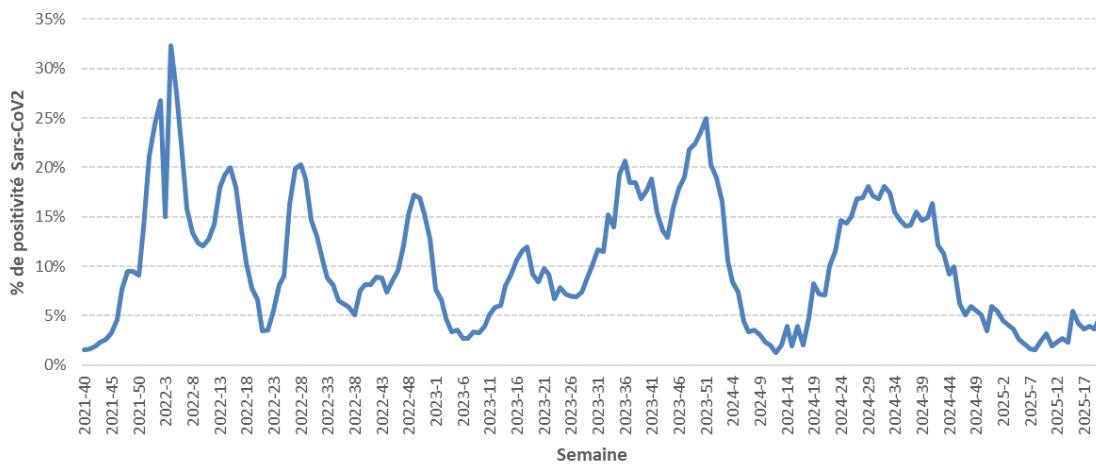
(Ehpa : établissement pour personnes âgées ; Ehpad : établissement pour personnes âgées dépendantes ; HPH : Etablissements d'Hébergement pour Personnes en Situation de Handicap)

Surveillance virologique

Les données transmises par les laboratoires hospitaliers (Figure 32) et les laboratoires de biologie médicale de ville (Figure 33) montraient une circulation du Sars-CoV2 au cours de l'été 2024 et jusqu'à fin octobre 2024. En revanche, à l'inverse des années précédentes, la vague épidémique hivernale n'était pas visible et la circulation au cours de l'hiver (novembre 2024 à avril 2025) est restée relativement faible.

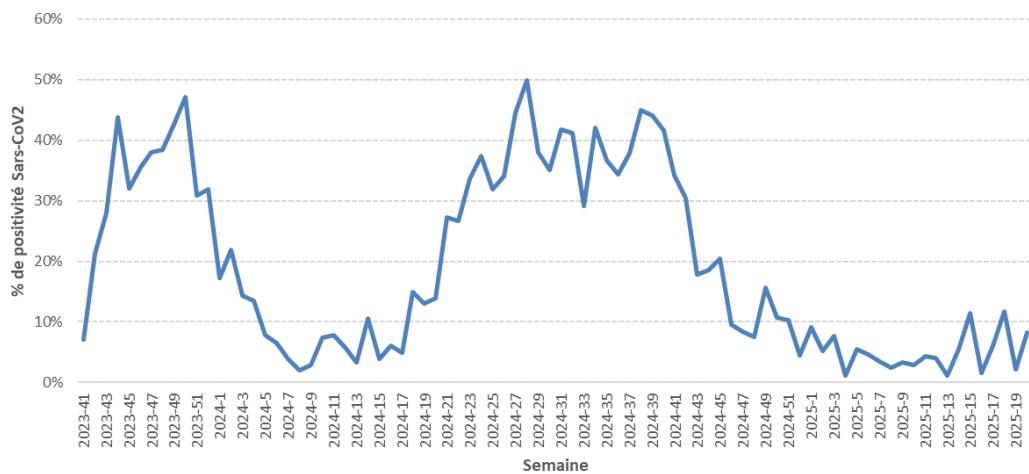
Ces données restent à interpréter avec précaution étant donné qu'elles sont dépendantes des pratiques de dépistage qui ont fortement évolué au cours du temps impactant notamment le nombre de personnes prélevées.

Figure 32. Nombre de prélèvements positifs et pourcentage de positivité pour la Covid-19 aux CHU de Nîmes, Montpellier et Toulouse, semaine 2021-S40 à 2025-S20, Occitanie



Source : Laboratoires de virologie des CHU de Montpellier, Nîmes et Toulouse, Réseau RENAL, Centre national de référence (CNR) Virus des infections respiratoires – exploitation des données par Santé publique France

Figure 33. Nombre de prélèvements positifs et pourcentage de positivité pour la Covid-19 dans les laboratoires de biologie médicale du réseau RELAB, semaine 2023-S40 à 2025-S20, Occitanie

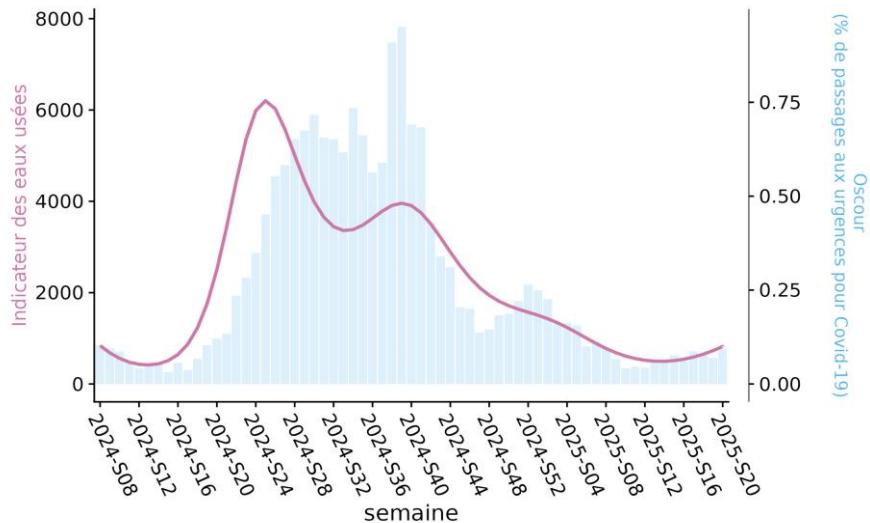


Source : Laboratoires de biologie médicale participants au réseau RELAB, Centre national de référence (CNR) Virus des infections respiratoires – exploitation des données par Santé publique France

La surveillance génomique du Sars-CoV-2 se poursuit. En juin 2024, la circulation du variant JN.1 (tous sous-lignages inclus) était quasi-exclusive, et à partir de juillet 2024, son sous-lignage KP.3.1.1 est devenu majoritaire. Puis, de novembre 2024 à février 2025, la circulation du recombinant XEC (recombinant KS.1.1/KP.3.3, deux sous-lignages de JN.1) était majoritaire. La diversification s'est ensuite poursuivie et de nouveaux sous-lignages et recombinants ont émergé (LP.8.1, LF.7, NB.1.8.1, XFG notamment) sans qu'aucun signal préoccupant en terme de sévérité ne leur soit associé.

Surveillance dans les eaux usées

La surveillance virologique du Sars-CoV2 dans les eaux usées de la région Occitanie à partir de 4 stations de traitement des eaux usées montre une augmentation de mi-mai à novembre 2024, avec un premier pic fin juin et un second, plus modéré, début octobre (Figure 34). La faible circulation durant la période hivernale observée dans les données de surveillance syndromique est également observée dans les données issues des prélèvements d'eaux usées.

Figure 34. Indicateur Covid-19 dans les eaux usées, SUM'Eau, semaine 2024-S08 à 2025-S20, Occitanie

Source : Stations de traitement des eaux usées de Toulouse, Montpellier, Carcassonne et Nîmes, Dispositif de surveillance microbiologique des eaux usées (Sum'eau) – Santé publique France.

Surveillance de la couverture vaccinale

La campagne de vaccination contre la Covid-19 était couplée à la campagne de vaccination contre la grippe, du 15 octobre 2024 au 28 février 2025.

Les couvertures vaccinales estimées au 28 février 2025 à l'issue de la campagne de vaccination contre la Covid-19, étaient de 16,6 % chez les personnes à risque cibles par la vaccination en Occitanie: 19,3 % chez les 65 ans et plus et 7,1 % chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère (**Tableau 7**). Ces couvertures régionales étaient inférieures aux couvertures au niveau national (respectivement 18,3 %, 21,7 % et 8,2 %).

Tableau 7. Couverture vaccinale Covid-19 au 28 février 2025 parmi les personnes à risque, Occitanie

Zone géographique	65 ans et +	Personnes	Total des
		< 65 ans	personnes à risque
9 Ariège	16,4%	7,1%	14,3%
11 Aude	16,8%	6,9%	14,5%
12 Aveyron	14,4%	6,6%	12,8%
30 Gard	20,7%	8,2%	17,7%
31 Haute-Garonne	22,5%	9,9%	18,6%
32 Gers	18,6%	9,5%	16,5%
34 Hérault	21,1%	8,0%	17,7%
46 Lot	17,5%	7,4%	15,6%
48 Lozère	13,4%	5,6%	11,8%
65 Hautes-Pyrénées	17,3%	7,8%	15,2%
66 Pyrénées-Orientales	18,0%	6,8%	15,4%
81 Tarn	17,7%	8,3%	15,4%
82 Tarn-et-Garonne	18,6%	8,4%	15,9%
Occitanie	19,3%	7,1%	16,6%
France métropolitaine	22,0%	8,3%	18,6%
France entière	21,7%	8,2%	18,3%

Source : actes de vaccination remboursés au 28 février 2025, tous régimes - SNDS.

Pour rappel, concernant les couvertures vaccinales contre la Covid-19, nous précisions que le mode de suivi a évolué : jusqu'à la saison 2023-2024, les couvertures étaient suivies grâce aux vaccinations renseignées dans l'outil Vaccin-Covid ; pour la saison qui fait l'objet de ce bilan (2024-2025), les couvertures vaccinales étaient suivies par le remboursement de l'acte de vaccination dans le système national des données de santé (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.

Les estimations de couvertures vaccinales contre la Covid-19 chez les résidents en Ehpad pour la saison 2024-2025 étaient en baisse par rapport aux saisons précédentes, tant au niveau national (63,6 % [62,4 - 64,8] contre 68,4 % [67,3 - 69,6] la saison précédente) qu'au niveau régional (60,5 % [57,3 – 63,8] contre 67,4 % [64,0 - 70,7] la saison précédente).

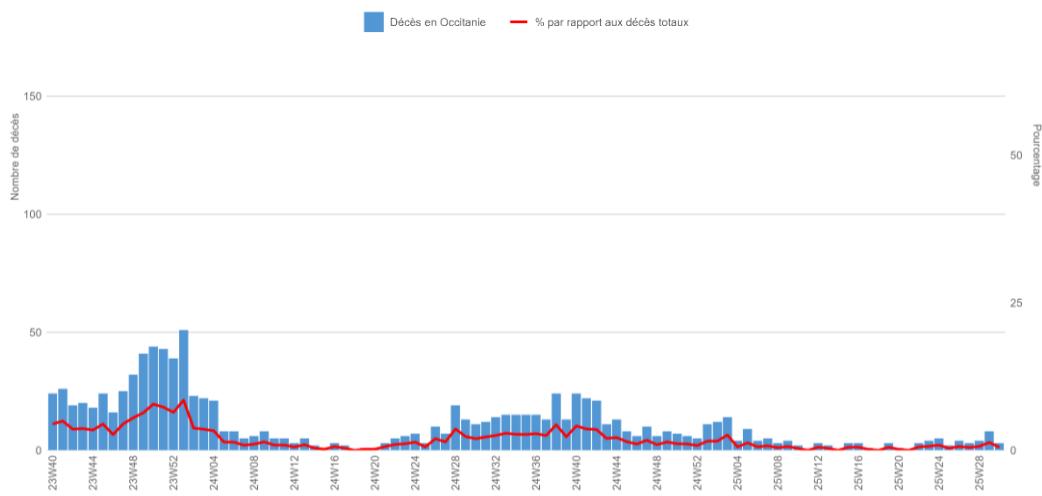
Concernant les professionnels exerçant en Ehpad, la couverture vaccinale contre la Covid-19 pour la saison 2024-2025 était excessivement faible : 4,3 % [3,9 – 4,7] au niveau national, et 3,7 % [2,9 – 4,5] au niveau régional.

Pour en savoir plus : [Etudes de couverture vaccinale contre la grippe et la Covid-19 des résidents et des professionnels salariés des établissements sociaux et médico-sociaux \(ESMS\), saison 2024-2025](#).

Surveillance de la mortalité liée à la Covid-19

Entre la semaine 20-2024 (semaine de ré-augmentation du nombre de décès) et 15-2025, parmi les 27 881 décès déclarés par certificat électronique de décès toutes causes, 444 (1,6 %) l'ont été avec une mention Covid-19 comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès dont 97 % étaient âgés de 65 ans et plus. La part des décès liés à la Covid-19 est resté relativement basse mais a été la plus élevée de juillet 2024 à mi-octobre 2024 (maximum = 4,3% en 2024-S38) ([Figure 35](#)).

Figure 35. Nombre et part des décès certifiés électroniquement portant la mention Covid-19 comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès, semaine 2023-40 à 2025-30, Occitanie



Source : SurSaUD® / Certification électronique des décès – Santé publique France

Ces données sont à analyser avec précaution étant donné que le dispositif de certification électronique est en déploiement et ne recouvre pas, au premier trimestre 2025, que 47 % de la mortalité régionale, variant de 10 % à 66 % selon les départements de la région. La part des décès certifiés électroniquement est également hétérogène selon le type de lieu de décès (environ 71-77 % des décès survenant en établissements hospitaliers, près de 34 % en Ehpad, 14 % à domicile et 15 % des décès sur la voie publique – données provisoires du premier trimestre 2025).

Mortalité toutes causes

Selon les données de mortalité fournies par l'Insee, les nombres de décès toutes causes observés au niveau régional en tous âges étaient en excès significatif par rapport à l'attendu de la semaine 2025-01 à la semaine 2025-08 ([Figure 36](#)). Chez les 65 ans et plus, les excès étaient observés sur les mêmes semaines sauf sur la 2025-06 (pas d'excès significatif) ([Figure 37](#)).

Figure 36. Nombre hebdomadaire de décès toutes causes chez les personnes de tous âges, Occitanie

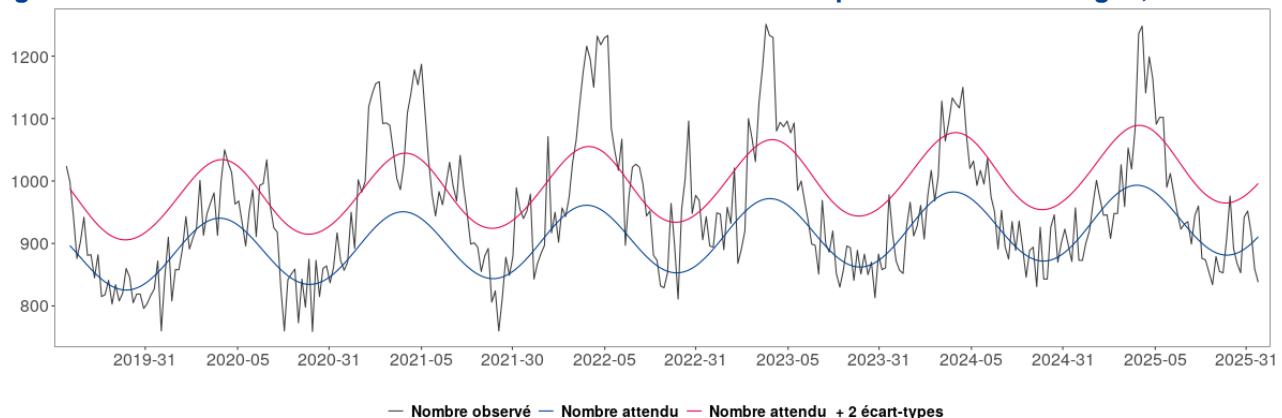
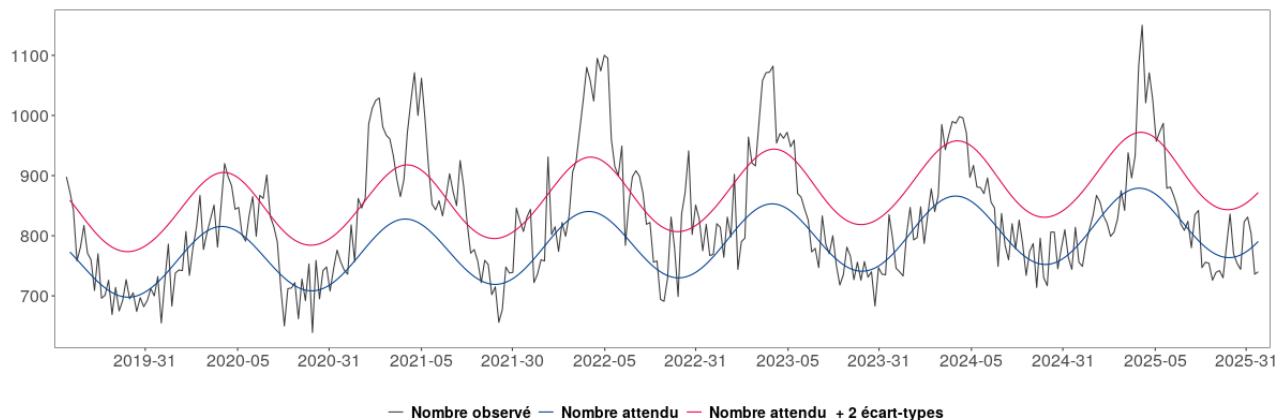


Figure 37. Nombre hebdomadaire de décès toutes causes chez les personnes de 65 ans et plus, Occitanie



Source : Santé publique France – SurSaUD® / Insee – Santé publique France

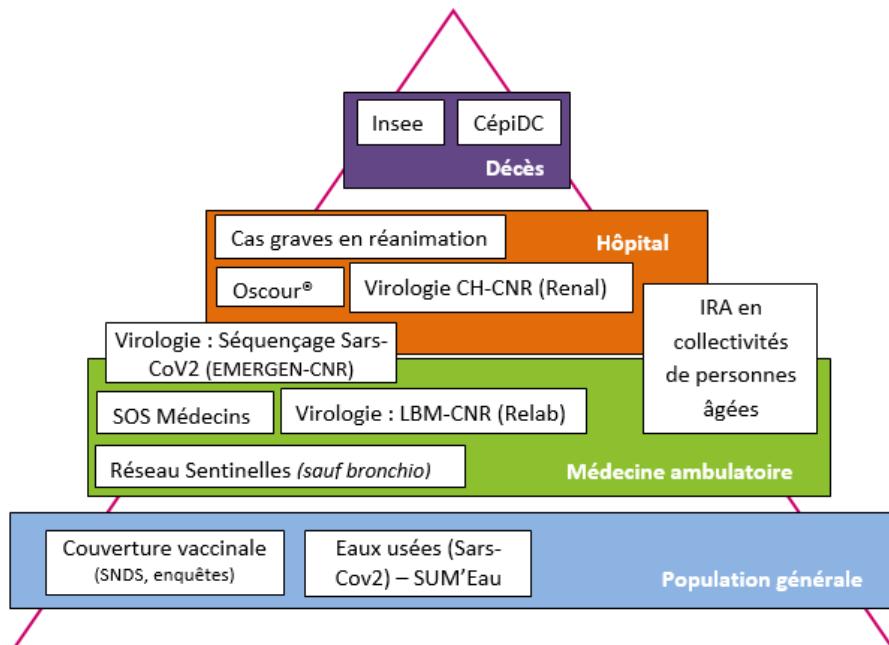
Ces données représentent un excès de mortalité toutes causes confondues, et ne sont donc, par définition, pas directement attribuable à une étiologie virale. Toutefois, ces excès de mortalité sont, comme chaque année, temporellement concordants avec les épidémies de grippe et de Covid-19 et une partie de cette mortalité est probablement en lien avec la circulation virale des IRA.

Les données de mortalité par cause de décès issues de la certification électronique des décès présentées dans les parties grippe et Covid-19 suggèrent qu'une part de cette mortalité totale est attribuable à la grippe et au Covid-19, même si des modélisations complémentaires seraient nécessaires pour en estimer précisément la part, les données de certification électronique étant non exhaustives (47 % de la mortalité régionale totale).

Méthodes et sources de données

La surveillance des IRA s'appuie sur différentes sources de données selon le niveau de gravité : dans la population générale, en médecine ambulatoire, en établissement pour personnes âgées, à l'hôpital ainsi que la surveillance des décès. Cette surveillance intègre à la fois des indicateurs syndromiques (suspicion clinique) et virologiques (résultats de laboratoires et eaux usées) (Figure 38).

Figure 38. Sources de données intégrées dans la surveillance des infections respiratoires aigües, Santé publique France



La surveillance des décès s'appuie sur la transmission à l'Insee des certificats de décès (toutes causes confondues) des communes d'Occitanie représentant 79% de la mortalité régionale. Les décès portant la mention grippe ou Covid-19 sont également surveillés à partir des données du CépiDc (certification électronique des décès) représentant 47% de la mortalité régionale au premier trimestre 2025.

A l'hôpital, la surveillance s'appuie sur les services des urgences (68 services d'urgences par le réseau Oscour®), les réanimations (24 services volontaires) et, pour la **surveillance virologique**, les laboratoires hospitaliers (3 CHU via le réseau RENAL*). Les trois sources de données concernent les trois pathologies. Cependant, pour la bronchiolite, la surveillance en réanimation s'appuie uniquement sur deux services de réanimation pédiatriques.

La surveillance en EMS (824 établissements régionaux) concerne l'ensemble des IRA sauf la bronchiolite étant donné la population concernée (personnes âgées).

En médecine ambulatoire, la surveillance s'appuie sur les associations SOS Médecins (4 associations), les médecins du Réseau Sentinelles et de IQVIA (environ 110 ETP médecins d'Occitanie), et, pour la **surveillance virologique**, les laboratoires de biologie médicale participants aux réseaux RELAB** (environ 60 LBM). Les trois sources de données concernent les trois pathologies, sauf la bronchiolite qui n'est pas surveillée par le Réseau Sentinelles.

En complément de la surveillance virologique réalisée par les réseaux RENAL et RELAB, la **surveillance génomique** est également réalisée par le Centre national de référence (CNR) dans le cadre du projet EMERGEN et concerne exclusivement le séquençage du Sars-CoV-2.

La surveillance de la couverture vaccinale est réalisée à partir d'enquêtes et de données de l'assurance maladie. Elle concerne la grippe et la Covid-19.

La surveillance virologique dans les eaux usées (SUM'Eau) est opérationnelle pour la surveillance du Sars-CoV2 uniquement. Elle intègre les données de 4 stations d'épurations d'Occitanie (Toulouse, Montpellier, Carcassonne et Nîmes). <https://www.santepubliquefrance.fr/sum-eau-dispositif-de-surveillance-microbiologique-des-eaux-usées>

* REseau NAtional des Laboratoires des Centres Hospitaliers pour la surveillance à l'hôpital <https://teamhcl.chu-lyon.fr/renal> ** REseaux de LABoratoires privés <https://teamhcl.chu-lyon.fr/relab>.

Santé publique France vous informe

Chaque semaine durant la période hivernale, vous pouvez retrouver sur le site de Santé publique France des informations concernant les infections respiratoires aigües, dans la rubrique « Publications » :

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-respiratoires-aigues>

Santé publique France en région Occitanie publiera des bulletins avec les données régionales actualisées dès la phase pré-épidémique.

Les données sont mises à jour régulièrement sur Odissée : <https://odisse.santepubliquefrance.fr> (attention toutefois, les données y sont présentées par lieu de prise en charge et non par lieu de résidence des enfants malades).

Pour se protéger des infections respiratoires

Pour prévenir les IRA, l'adoption des gestes barrière est recommandée, en particulier le port du masque dès l'apparition de symptômes dans les lieux fréquentés et en présence de personnes fragiles, le lavage des mains et l'aération régulière des lieux clos. Ces mesures constituent un moyen efficace pour se prémunir des infections respiratoires et de leurs complications en limitant le risque de transmission de ces virus à l'entourage notamment les personnes à risque.

En complément, la Covid-19, la grippe et les infections à VRS sont des maladies à prévention vaccinale. La vaccination constitue le meilleur moyen de protection contre les formes graves de Covid-19 et de grippe. Des anticorps monoclonaux sont également disponibles en vue de la prévention des infections à VRS chez le nourrisson.

La vaccination et le respect des gestes barrières restent les meilleurs moyens de se protéger des virus respiratoires



Les conseils de prévention, ainsi que les outils élaborés par le Ministère des Solidarités et de la Santé et Santé publique France sont en ligne :

- [Bronchiolite \(santepubliquefrance.fr\)](https://santepubliquefrance.fr/bronchiolite)
- [La grippe et la Covid-19 - Santé publique France \(santepubliquefrance.fr\)](https://santepubliquefrance.fr/grippe-covid-19)

Remerciements

- Associations SOS Médecins de Montpellier, Nîmes, Perpignan et Toulouse
- Réseau Sentinelles
- Services d'urgences du réseau Oscour® et l'Observatoire Régional de Urgences d'Occitanie
- Services de réanimation sentinelles
- Etablissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes de la région Occitanie
- L'agence régionale de santé Occitanie
- Laboratoires de virologie des CHU de Montpellier, Nîmes et Toulouse, Réseau RENAL, Réseau RELAB, Centre national de référence (CNR) Virus des infections respiratoires
- L'assurance maladie (SNDS)
- Les exploitants des stations de traitement des eaux usées de Toulouse, Carcassonne, Montpellier et Nîmes, le laboratoire d'analyses des eaux usées IAGE

Rédacteur en chef

Damien Mouly, délégué régional de Santé publique France Occitanie

Comité de rédaction

Rédacteurs : Cécile Durand, Leslie Simac

Selecteurs : Olivier Catelinois, Jean-Loup Chappert, Franck Goliot, Anne Guinard, Damien Mouly

Pour nous citer : Infections respiratoires aigus. Bilan de la saison 2024-2025. Région Occitanie. Septembre 2025. Saint-Maurice : Santé publique France, 31 p., 2025. Directrice de publication : Caroline Semaille

Dépôt légal : 30/09/2025

Contact : occitanie@santepubliquefrance.fr / 05 34 30 26 35