

## Infections respiratoires aiguës

Date de publication : 30.09.2024

OCCITANIE

## Bilan de la saison 2023-2024

### Rappels sur les infections respiratoires aiguës (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), et d'autres virus respiratoires tels que le 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 entre octobre et 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 santé**.
- 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 **prévenir** ces épidémies, l'adoption des **gestes barrières** est recommandée, en particulier le port du masque dès l'apparition de symptômes dans les lieux fréquentés ou 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 aux personnes fragiles. En complément, 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.
- Une **surveillance** 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.

## Points clés

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

- Saison caractérisée par **deux pics successifs** : fin décembre, lié à l'épidémie de bronchiolite et à la Covid-19, et fin janvier, dû à l'épidémie grippale.
- Saison marquée par la **co-circulation de multiples autres agents pathogènes respiratoires** que les virus habituels : augmentation inhabituelle des infections à *Mycoplasma pneumoniae* dès l'automne (cf [point de situation au 24 mars 2024](#)) et recrudescence des cas de coqueluche depuis le début de l'année 2024 (cf [point de situation régional au 5 septembre 2024](#)).

### • Bronchiolite ([page 5](#))

- Une épidémie plus précoce qu'avant la pandémie Covid-19, mais plus courte et moins intense qu'en 2022-2023
  - Avant la pandémie de Covid-19, le passage en phase épidémique de la bronchiolite se produisait habituellement vers la semaine 47 ou 48 (fin novembre), en 2023-2024, elle a débuté en semaine 44 (début novembre).
  - D'une durée de 6 à 11 semaines avant l'arrivée du SARS-CoV2, les 2 dernières saisons épidémiques avaient été marquées par un allongement de la circulation du VRS avec une durée de 13 à 14 semaines. En 2023-2024, la durée est similaire à l'avant Covid-19 (11 semaines épidémiques).
- Une saison d'une intensité modérée comparativement aux précédentes années.

### • Grippe ([page 13](#))

- Epidémie de durée classique de mi-décembre à fin février, soit 11 semaines. Une seule vague avec un pic épidémique en semaine S04-2024 ou S05-2024, selon les sources de données.
- Le niveau des indicateurs de recours aux soins était relativement similaire à la saison précédente, excepté pour les hospitalisations qui étaient légèrement supérieures.
- Circulation des virus A(H1N1)pdm09 majoritaire au niveau national.
- Couverture vaccinale régionale estimée à 46,7% chez les personnes à risque ciblées par la vaccination, et 53,0% chez les 65 ans et plus, inférieures à celles de 2022-2023.

### • Covid-19 ([page 19](#))

- Circulation persistante du SARS-CoV-2 durant toute l'année.
- Deux recrudescences de Covid-19 durant les périodes d'épidémies de grippe et de bronchiolite
  - Augmentation des indicateurs à partir de juillet 2023 avec deux pics, en septembre et décembre.
  - Diminution observée durant le mois de décembre (semaine variable selon les sources) et indicateurs restés à des niveaux faibles entre mi-février et début juin.
- Part maximale parmi les hospitalisations en décembre (3,7% en S50-2023).
- Co-circulation de recombinaisons d'Omicron durant le 2<sup>ème</sup> semestre 2023 puis circulation majoritaire du variant JN.1 (et ses sous-lignages) depuis décembre 2023.
- Couverture vaccinale estimée à 27,9% chez les personnes âgées de 65 ans et plus à l'issue de la campagne de vaccination d'octobre 2023 à février 2024.

# Infections respiratoires aigües (IRA)

## Surveillance en médecine de ville

Figure 1. Part des IRA parmi les actes SOS Médecins, région Occitanie

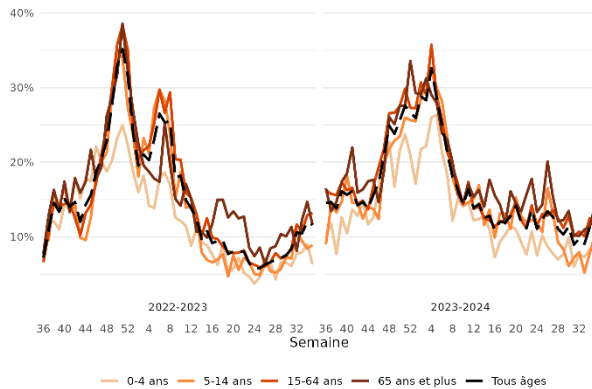
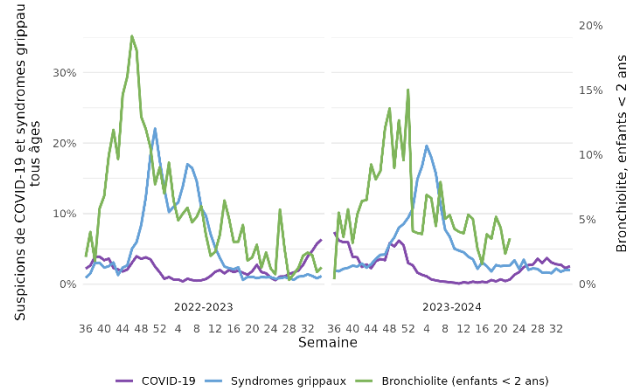


Figure 2. Part des syndromes grippaux, des suspicions de Covid-19 (tous âges) et de la bronchiolite (<2 ans) parmi les actes SOS Médecins, région Occitanie



Source : SurSaUD® / SOS Médecins

## Surveillance à l'hôpital en services d'urgences

Figure 3. Part des IRA parmi les passages aux urgences, région Occitanie

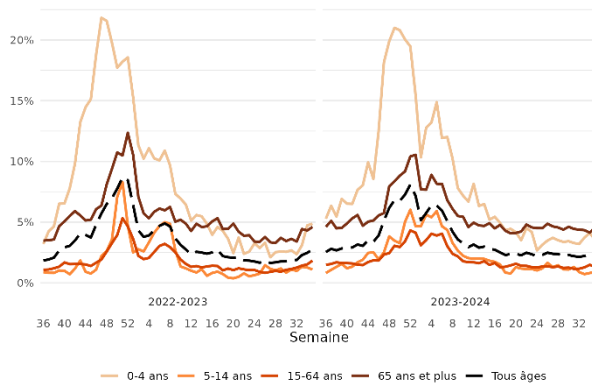


Figure 4. Part des suspicions de Covid-19, des syndromes grippaux (tous âges) et de la bronchiolite (< 2 ans) parmi les passages aux urgences, région Occitanie

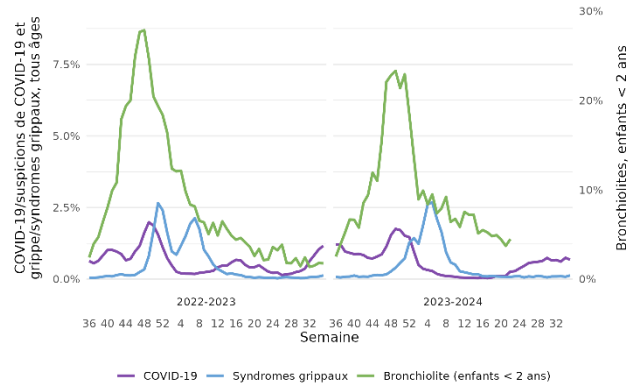
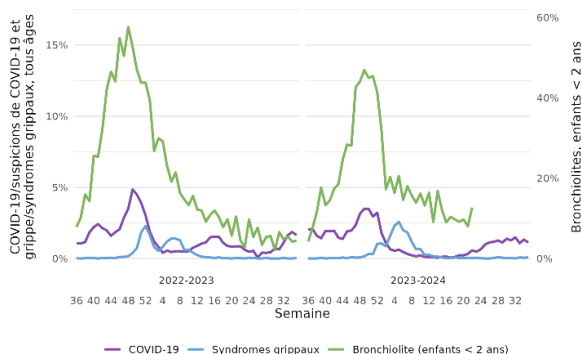


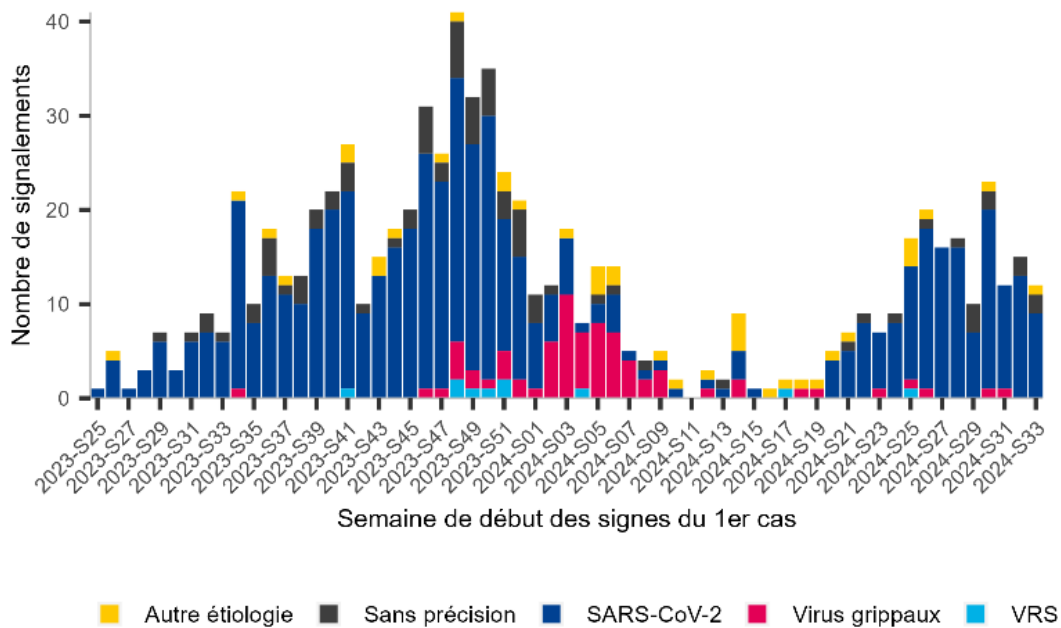
Figure 5. Part des suspicions de Covid-19, des syndromes grippaux (tous âges) et de la bronchiolite (< 2 ans) parmi les hospitalisations



Source : SurSaUD® / Oscour®

## Surveillance en établissement médico-social (EMS)

Figure 6. Nombre d'épisodes d'IRA en EMS signalés en Occitanie, par étiologie et par semaine de survenue de premier cas parmi les résidents



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'apprécier la tendance concernant la survenue de cas groupés d'IRA en EMS au niveau régional et national.

## Bronchiolite chez les moins de 2 ans

### Rappels sur la maladie

- La bronchiolite aiguë est une maladie respiratoire épidémique due majoritairement au virus respiratoire syncytial (VRS) qui 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, dont le diagnostic repose principalement sur des critères cliniques, est prise en charge en ambulatoire, par les médecins généralistes et les pédiatres. Cependant, la bronchiolite aiguë du nourrisson constitue le motif de très 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 : lavage soigneux des mains de toute personne qui approche un nourrisson, aération régulière de la chambre (au moins 10 minutes par jour), éviter le contact avec les personnes enrhumées et les lieux publics confinés (type centres commerciaux et transports en commun dans la mesure du possible), nettoyage régulier des objets avec lesquels le nourrisson est en contact (jeux, tétines, biberons et couverts...).
- Lors de la saison 2023-2024, l'administration d'anticorps monoclonaux en une seule injection (nirsévimab - Beyfortus®) a été proposée aux nouveaux-nés au moment du séjour à la maternité, et ce, dès le mois d'octobre, afin de prévenir les infections graves des nourrissons au cours de leur 1<sup>ère</sup> saison de circulation du VRS.

### Synthèse des indicateurs

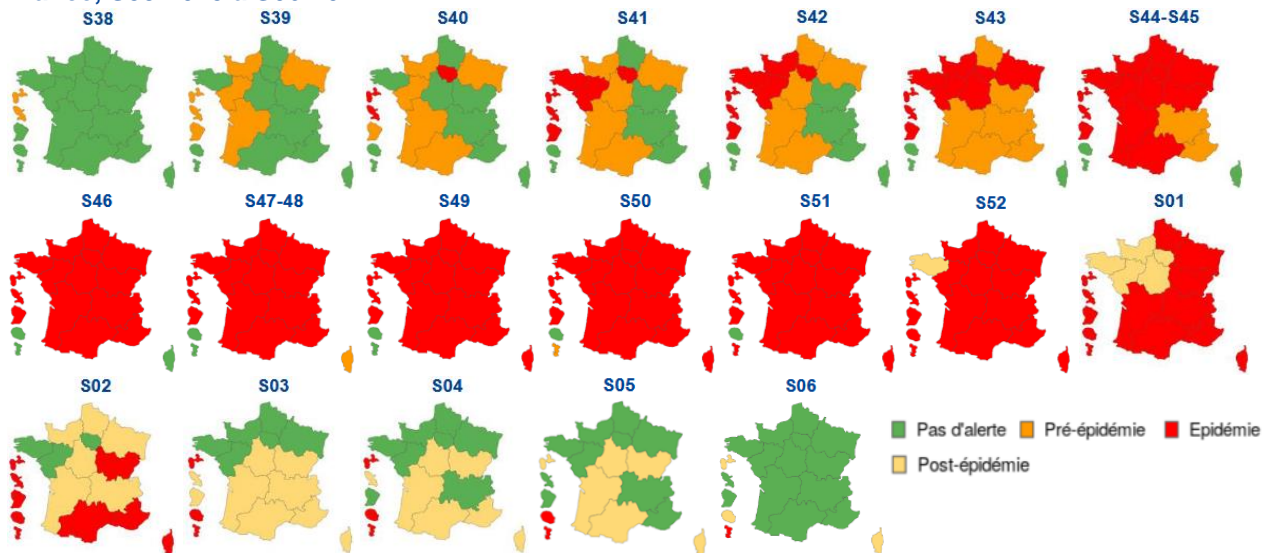
- Une saison d'intensité moyenne comparativement aux années précédentes (figure 8 et 9).
  - La bronchiolite représentait 10% des prises en charge SOS Médecins pour les moins de 2 ans (9% en moyenne sur les 5 saisons précédentes). L'activité SOS Médecins sur l'ensemble de la période épidémique a été plus faible qu'en 2022-2023 mais plus importante qu'en 2021-2022 (tableau 1 et figure 8).
  - Les passages aux urgences pour bronchiolite représentaient 17% de l'activité des passages aux urgences d'enfants âgés de moins de 2 ans (16% en moyenne sur les 5 saisons épidémiques précédentes). Ce nombre était plus faible que lors des 2 saisons précédentes (-31% par rapport à 2022-2023 vs -7% par rapport à celle de 2021-2022).
  - Alors que le maximum d'activité était observé pendant les vacances de Noël (généralement en semaine 52) avant le Covid-19, le pic d'activité des dernières saisons était également plus précoce, observé fin novembre ou début décembre.
  - La courbe de la saison 2023-2024 est plutôt en forme de cloche. Cela s'explique par une dynamique différenciée au sein de l'Occitanie entre l'ouest du territoire, l'épidémie ayant circulé d'abord dans cette partie de l'Occitanie, et l'Est, où l'augmentation a été plus tardive (figure 11).
  - Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences pour cette maladie restait comparable d'une saison à l'autre (de 36% à 38% selon la période considérée). Toutefois, les hospitalisations en 2023-2024 ont été moins nombreuses qu'en 2021-2022 (figure 10). On observait 131 hospitalisations hebdomadaires en moyenne durant la saison 2023-2024, vs 124 hospitalisations pour 2021-2022. Au plus fort de l'activité, 197 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, région Occitanie**

Saison	2021-2022	2022-2023	2023-2024
1 <sup>ère</sup> semaine épidémique*	2021-41	2022-40	2023-44
Semaine du pic d'activité	2021-48	2022-48	2023-49
Dernière semaine épidémique*	2022-01	2023-01	2024-02
Durée de l'épidémie (nombre de semaines)	13	14	11
Nombre de sollicitations SOS Médecins pour bronchiolite (< 2 ans)	295	563	414
Nombre de passages aux urgences pour bronchiolite (< 2 ans)	4 289	5788	3999
Nombre d'hospitalisations pour bronchiolite (< 2 ans)	1 614	2183	1446
Taux d'hospitalisation parmi les passages pour bronchiolite (< 2 ans)	37,6 %	37,7 %	36,2 %
Nombre maximum d'hospitalisations en 1 semaine (< 2 ans)	188	268	197

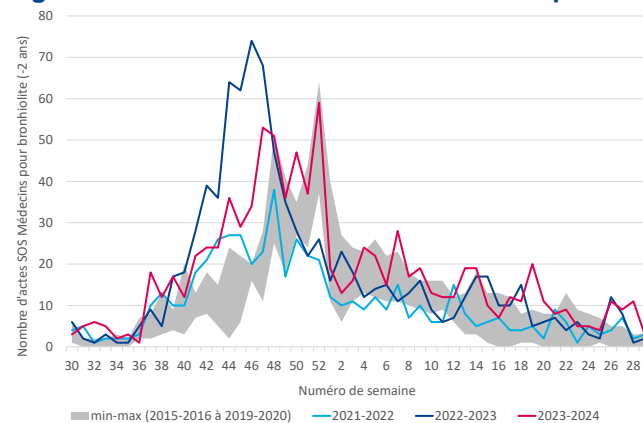
\* Détermination des périodes épidémiques par trois méthodes statistiques prenant en compte les données SOS Médecins et les données des urgences.

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

**Figure 7. Evolution hebdomadaire des niveaux d'alerte régionaux concernant la bronchiolite en France, S38-2023 à S06-2024**

Source : Infections respiratoires aigües (grippe, bronchiolite, COVID-19). Bilan de la saison 2023-2024, Santé publique France

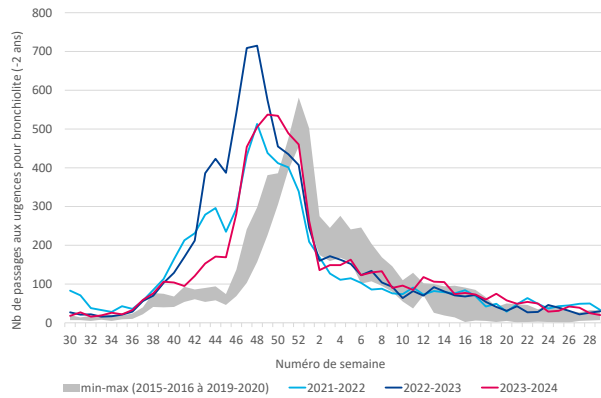
## Surveillance en médecine de ville

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

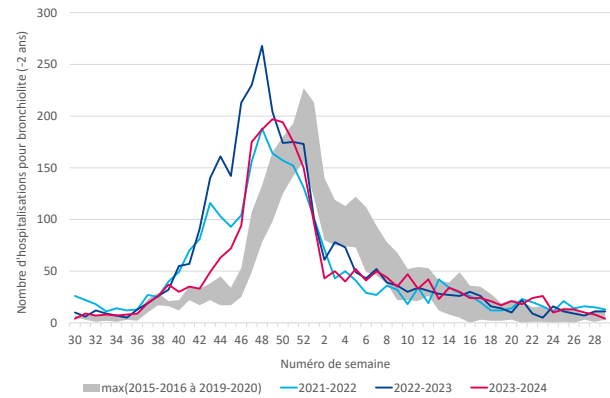
Source : SurSaUD® / SOS Médecins

## Surveillance à l'hôpital en services d'urgences

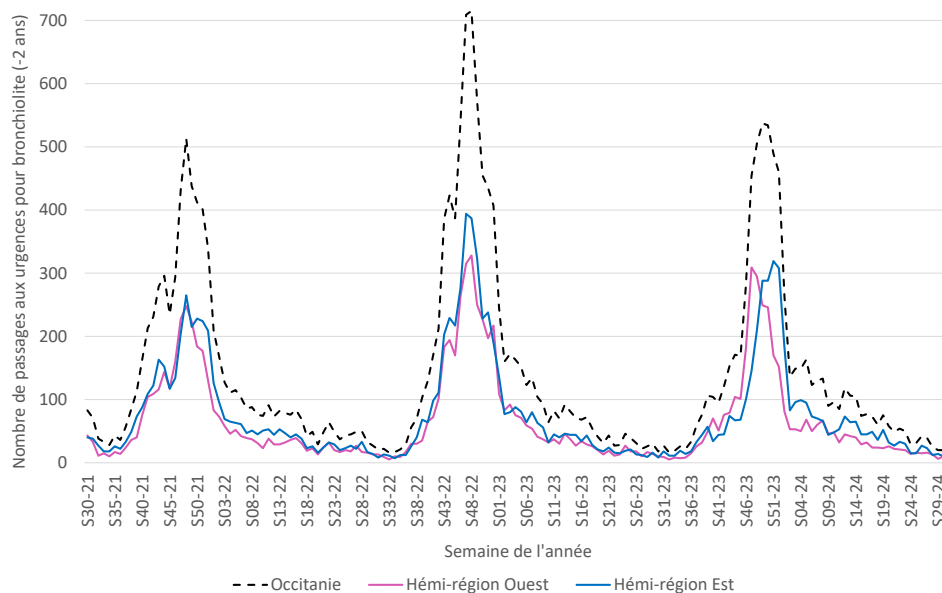
**Figure 9. Nombre de passages aux urgences pour bronchiolite, enfants âgés de moins de 2 ans, Occitanie**



**Figure 10. Nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite, enfants de moins de 2 ans, Occitanie**



**Figure 11. Nombre de passages aux urgences pour bronchiolite de la semaine 30-2021 à 29-2024, enfants âgés de moins de 2 ans, Occitanie et hémirégion Ouest et Est**



Source : SurSaUD® / Oscore®

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

Les associations SOS Médecins d'Occitanie prennent en charge essentiellement des enfants âgés de 3 mois ou plus (figures 13A et 14A) : parmi les moins de 2 ans, près de 3 enfants sur 4 étaient âgés de 6 mois ou plus lors de leur prise en charge par un médecin d'une des quatre associations SOS Médecins. La figure 13A permet toutefois de constater que les associations ont eu un peu plus de consultations concernant des enfants de moins de 3 mois en comparaison des 2 saisons précédentes.

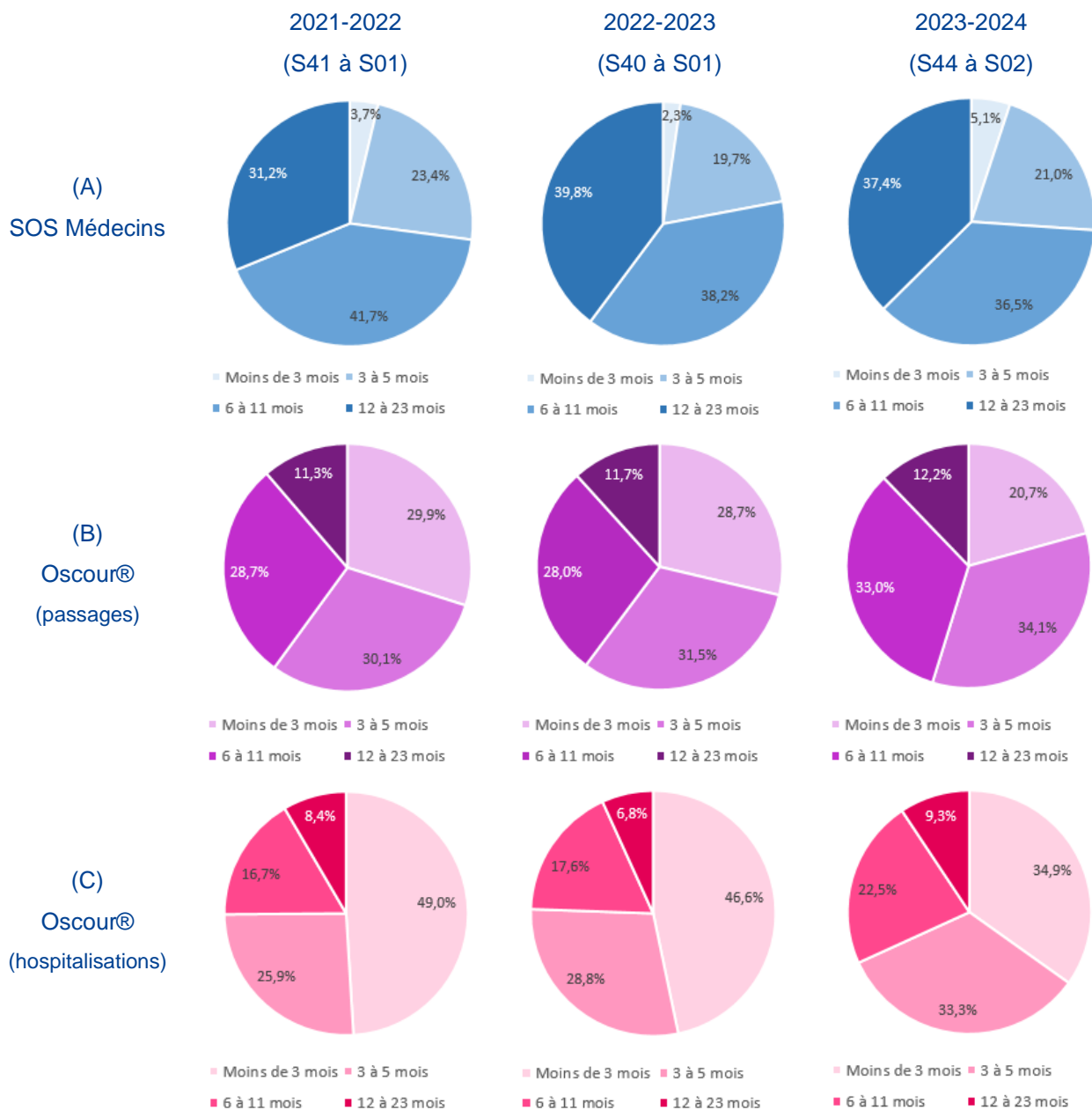
Aux urgences, si la répartition par âge était comparable pour les saisons 2021-2022 et 2022-2023, on note une diminution de la part des enfants de moins de 3 mois lors de la saison 2023-2024 (figure 13B). Ainsi, près de 30% des patients admis aux urgences avaient moins de 3 mois lors de leur prise en charge durant les saisons 2021-2022 et 2022-2023, alors que cette part était de 20% en 2023-2024. Cela se traduit par un abaissement net de la courbe des effectifs cumulés des moins de

3 mois sur la figure 14B. Globalement, les patients restent donc plus jeunes que dans les prises en charge en médecine de ville.

Les moins de 3 mois représentaient habituellement près d'une hospitalisation sur 2 après un passage aux urgences pour bronchiolite sauf pour cette dernière saison épidémique : on observe effectivement une diminution de la part qu'ils représentent parmi les enfants hospitalisés, soit 34,9% en 2023-2024 (figure 13C). Au cours de la saison 2023-2024, le nombre d'enfants de moins de 3 mois hospitalisés après un passage aux urgences pour bronchiolite suivait désormais une dynamique équivalente à celle des 3 à 5 mois (figure 14C).

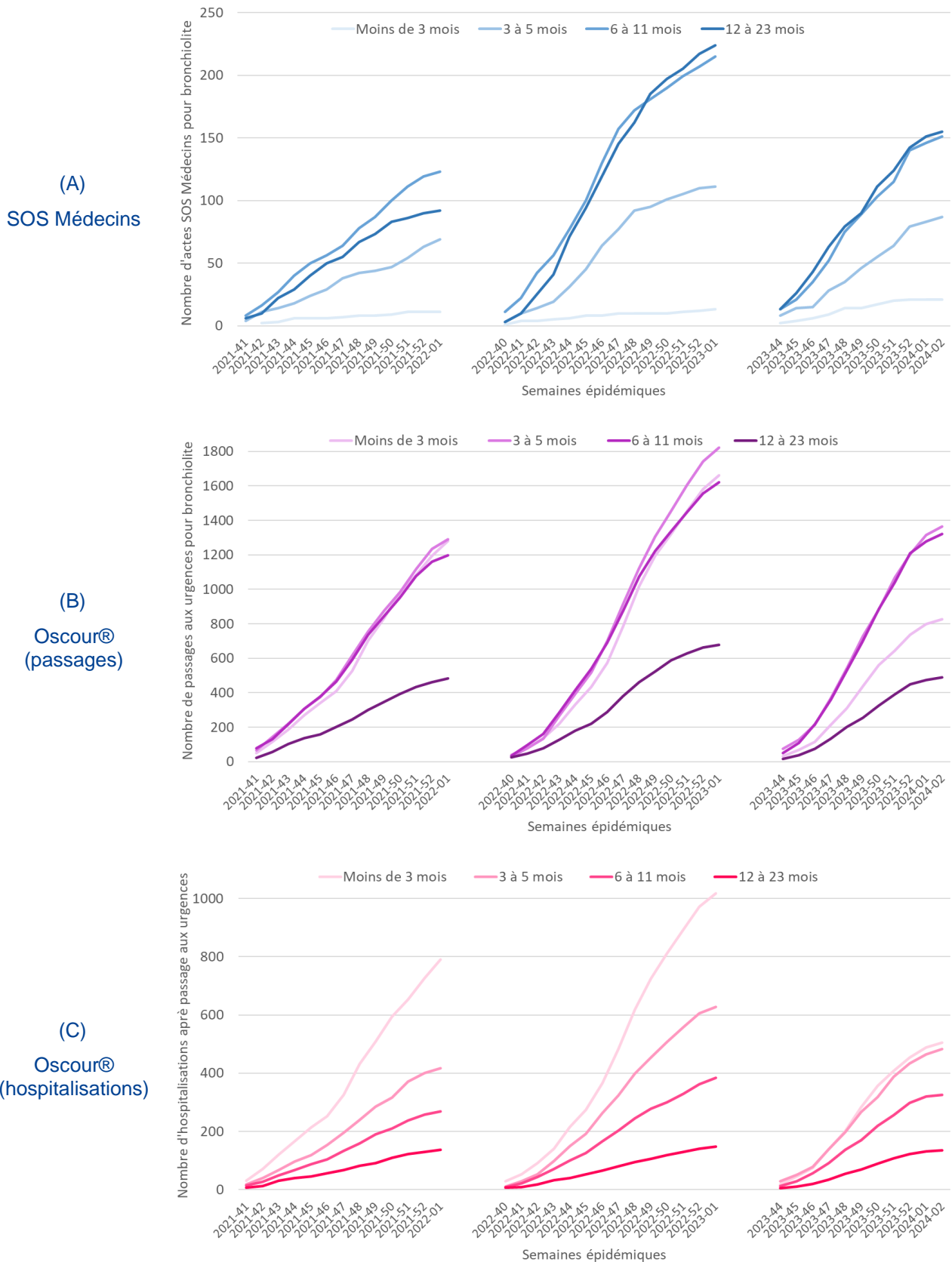
Le sex ratio (H/F) des enfants consultant pour bronchiolite était de 1,2 aux urgences et de 1,4 pour SOS Médecins : il y a plus de garçons atteints par la bronchiolite que de filles, quelle que soit la source de données considérée.

**Figure 13. Répartition par âge (moins de 3 mois, 3 à 5 mois, 6 à 11 mois, 12 à 23 mois) des enfants atteints de bronchiolite, parmi les sollicitations SOS Médecins (A), parmi les passages aux urgences (B) et parmi les hospitalisations après passage aux urgences (C), pour les 3 dernières saisons épidémiques, région Occitanie**



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

**Figure 14. Nombre cumulé de sollicitations 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 de 3 mois, de 3 à 5 mois, de 6 à 11 mois et de 12 à 23 mois, région Occitanie**



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

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

Du fait de l'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 (nirsévimab - Beyfortus®), une surveillance expérimentale des cas graves admis en réanimation pédiatrique a été mise en place en octobre 2023. L'objectif était de décrire les caractéristiques des cas graves de bronchiolite admis en réanimation, notamment concernant les virus impliqués, et d'évaluer l'efficacité en vie réelle du nirsévimab contre les formes graves de bronchiolite à VRS. Les réanimateurs devaient signaler, 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 avaient le choix entre un signalement exhaustif de tous les cas admis entre la semaine 40-2023 et la semaine 15-2024, 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) ont accepté de participer à cette expérimentation.

Un total de 47 cas a été signalé en Occitanie, 33 par le CHU de Montpellier (70%) et 14 par le CHU de Toulouse (30%). La majorité des cas étaient des garçons (59%). L'âge médian était de 2 mois et ils avaient entre 0 et 10 mois.

**Tableau 2. Caractéristiques virologiques des cas de bronchiolite signalés par les services de réanimation pédiatriques de la semaine 40-2023 à 15-2024, enfants de moins de 2 ans, région Occitanie**

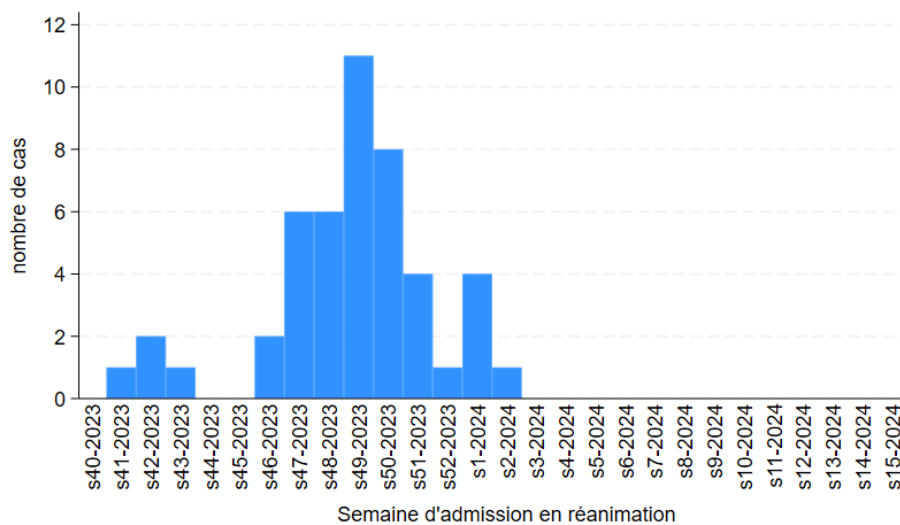
Résultat des recherches virologiques	Germe identifié*	n	%
Non recherché		2	4
Non identifié		2	4
<b>Identifié</b>		<b>43</b>	<b>91</b>
	VRS	38	81
	<i>VRS isolé seul</i>	28	60
	<i>VRS + SARS-CoV2</i>	6	13
	<i>VRS + adénovirus</i>	1	2
	<i>VRS + rhinovirus</i>	3	6
	SARS-CoV2	7	15
	<i>SARS-CoV2 isolé seul</i>	1	2
	<i>SARS-CoV2 + VRS</i>	6	13
	Rhinovirus	6	13
	<i>Rhinovirus isolé seul</i>	3	6
	<i>Rhinovirus + VRS</i>	3	6
	Métapneumovirus	1	2
	<i>Métapneumovirus isolé seul</i>	1	2

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

Source : surveillance en réanimation, Santé publique France

Parmi les 47 cas signalés, 10 présentaient au moins une comorbidité (23%) : une pathologie cardiaque (1), pulmonaire (2), une prématurité (5) ou autre (2).

La temporalité observée était similaire à celle des autres sources de données (figure 15).

**Figure 15. 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 40-2023 à 15-2024, Occitanie**

Source : surveillance en réanimation, Santé publique France

L'aide ventilatoire maximale reçue au cours du séjour était une ventilation non invasive pour 40 cas (85%), une oxygénation par O<sub>2</sub> haut débit pour 5 cas (11%) et une ventilation invasive pour 2 cas (4%). La durée médiane de cette ventilation était de 3 jours (4,1 jours en moyenne, min-max : 1-12).

Les cas étaient restés entre 0 et 12 jours en réanimation (médiane=3).

Tous les cas étaient sortis vivants de réanimation (1 donnée manquante).

Concernant le nouveau traitement par anticorps monoclonal contre le VRS, 36 cas d'Occitanie ne l'avaient pas reçu préalablement à leur admission en réanimation (80%) (2 données manquantes).

Ces données régionales, assorties du type de virus détectés, ont été incluses dans l'estimation nationale de l'efficacité de ce nouveau traitement contre les cas graves de bronchiolite à VRS en France. Il s'agissait d'une étude cas-témoins réalisée par Santé publique France et basée sur le modèle test-négatif. Un total de 288 nourrissons signalés par 20 services de réanimation pédiatrique ont été inclus. **L'efficacité du nirsevimab a été estimée entre 75,9% (48,5–88,7) et 80,6% (61,6–90,3)**. Ces estimations en vie réelle ont confirmé l'efficacité observée dans les études cliniques.

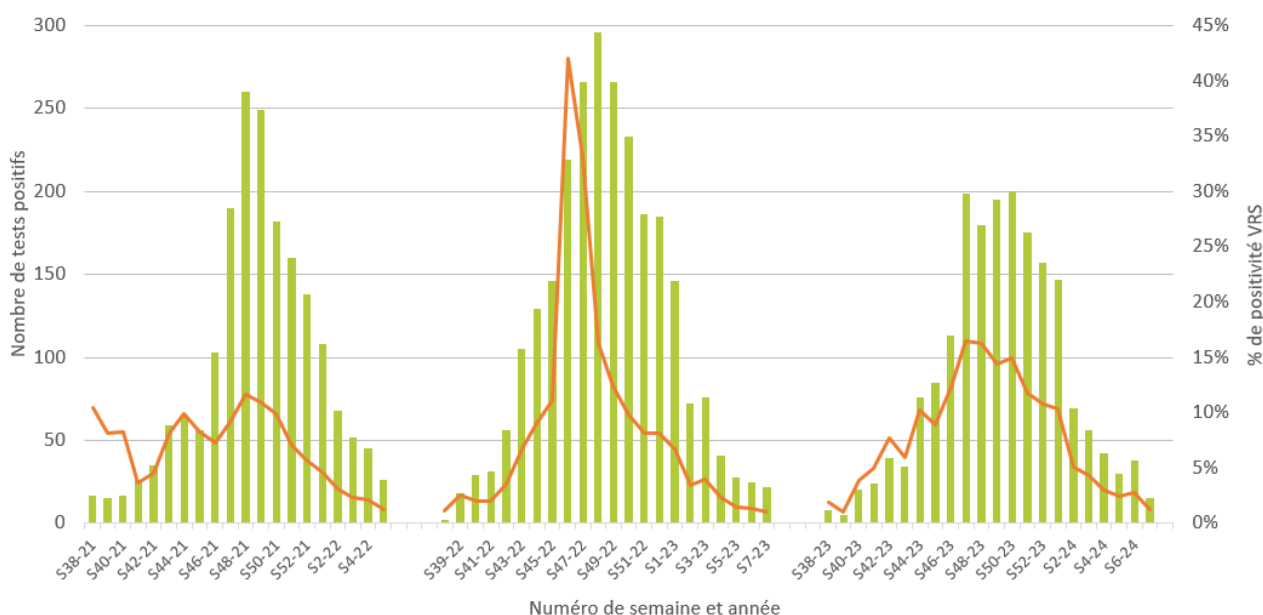
**Pour en savoir plus :** Paireau J, Durand C, Raimbault S, Cazaubon J, Mortamet G, Viriot D, Milesi C, Daudens-Vaysse E, Ploin D, Tessier S, Vanel N, Chappert JL, Levieux K, Ollivier R, Daoudi J, Coignard B, Leteurtre S, Parent-du-Châtelet I, Vaux S. Nirsevimab Effectiveness Against Cases of Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis Hospitalised in Paediatric Intensive Care Units in France, September 2023-January 2024. *Influenza Other Respir Viruses*. 2024 Jun;18(6):e13311. doi: [10.1111/irv.13311](https://doi.org/10.1111/irv.13311). PMID: 38840301; PMCID: PMC11154801.

## 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 au cours de la saison 2021-2022. A partir de la semaine 46-2021, pour chaque patient prélevé, quel que soit son âge, la recherche systématique de plusieurs virus hivernaux était effectuée sans *a priori* (triplex utilisé = recherche de grippe, VRS et Sars-CoV-2). Ainsi, le dénominateur (nombre de personnes testées), est devenu beaucoup plus important, faisant baisser par conséquent le taux de positivité, qui n'était alors plus comparable aux périodes avant la circulation du Sars-CoV-2.

Les données transmises au cours de la dernière saison reflétaient bien la dynamique de la circulation du VRS sur une durée assez longue (figure 16), même s'il faut bien sûr tenir compte des modifications des pratiques de dépistage, ayant pour conséquence une détection plus fréquente du VRS parmi les nombreuses personnes prélevées. On retrouve ici la forme en cloche de la courbe des prélèvements, de la même manière que pour les passages aux urgences.

**Figure 16. Nombre de prélèvements positifs et pourcentage de positivité pour le VRS parmi les prélèvements réalisés par les CHU d'Occitanie (Nîmes, Montpellier et Toulouse), quel que soit l'âge de la personne prélevée, pour les 3 dernières saisons de remontée de données virologiques**



Source : Laboratoires de virologie des CHU de Montpellier, Nîmes et Toulouse, Réseau Renal, Centre national de référence (CNR) Virus des infections respiratoires

## Grippe

### Synthèse des indicateurs

En Occitanie, l'épidémie a duré 11 semaines, de mi-décembre 2023 à fin février 2024. Une seule vague a été observée et le pic épidémique a été atteint en semaine 04 ou 05, selon les sources de données.

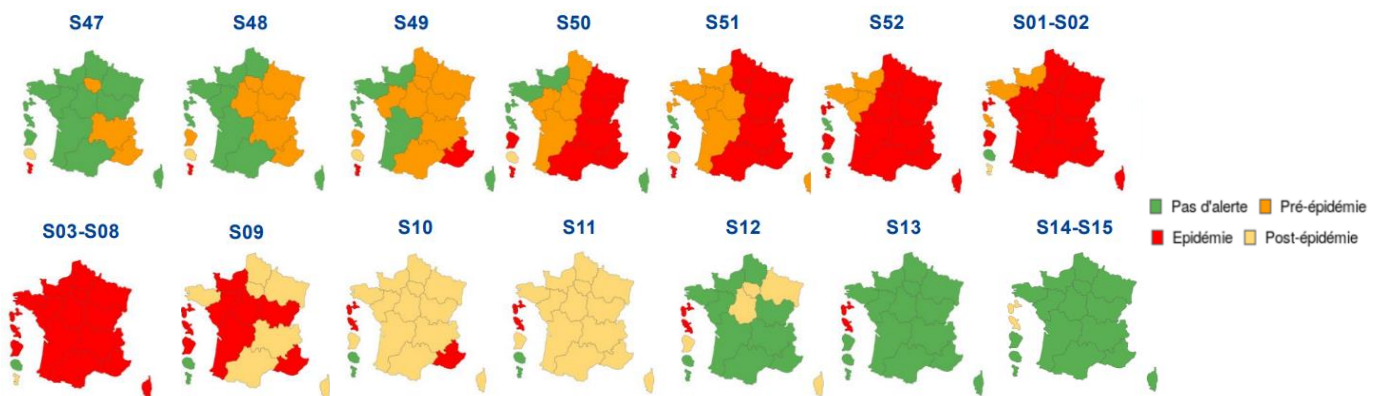
Le niveau des indicateurs était relativement similaire à la saison précédente, excepté pour les hospitalisations qui étaient légèrement supérieures :

- En médecine de ville, ampleur et intensité relativement similaire à la saison précédente :
  - Taux d'incidence de 334/100 000 habitants au pic épidémique (S04-2024) d'après le réseau Sentinelles
  - Part des syndromes grippaux parmi les consultations SOS Médecins de 20% au pic épidémique (S04-2024)
- A l'hôpital :
  - Taux de passages aux urgences pour grippe de 2,7% au pic épidémique (S05-2024), similaire à la saison précédente.
  - Part de la grippe parmi l'ensemble des hospitalisations de 2,7% au pic épidémique, supérieure aux années précédentes.
  - Durant les semaines épidémiques, pourcentage de passages pour grippe aboutissant à une hospitalisation entre 10 et 20%.
  - La part des personnes âgées dans les passages aux urgences et les hospitalisations était supérieure aux deux saisons précédentes.

Les virus détectés étaient quasi-exclusivement de type A. Au niveau national, la circulation des virus A(H1N1)pdm09 a été majoritaire.

La couverture vaccinale régionale était estimée à 46,7% chez les personnes à risque ciblées par la vaccination, et 53,0% chez les 65 ans et plus, inférieures à celles de 2022-2023.

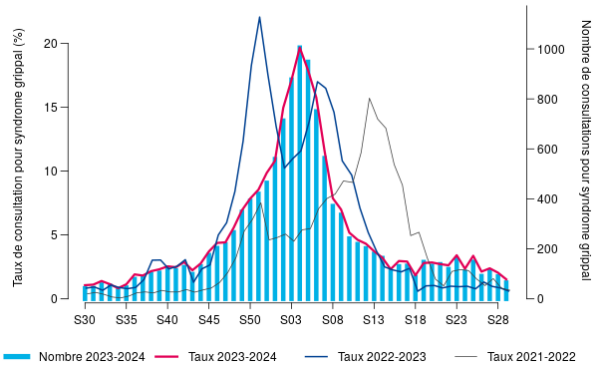
**Figure 17. Evolution hebdomadaire des niveaux d'alerte régionaux concernant la grippe en France, S47-2023 à S15-2024**



Source : [Infections respiratoires aiguës \(grippe, bronchiolite, COVID-19\). Bilan de la saison 2023-2024, Santé publique France](#)

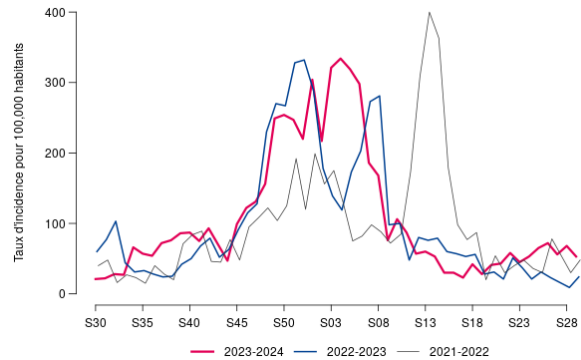
## Surveillance en médecine de ville

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



Source : SurSaUD® / SOS Médecins

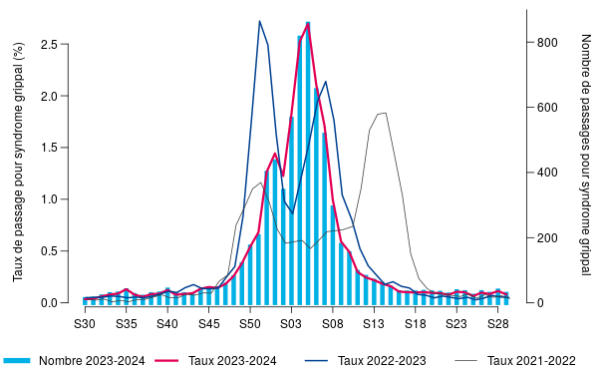
Figure 19. Taux d'incidence des consultations pour grippe parmi les médecins du Réseau Sentinelles, Occitanie



Source : réseau Sentinelles

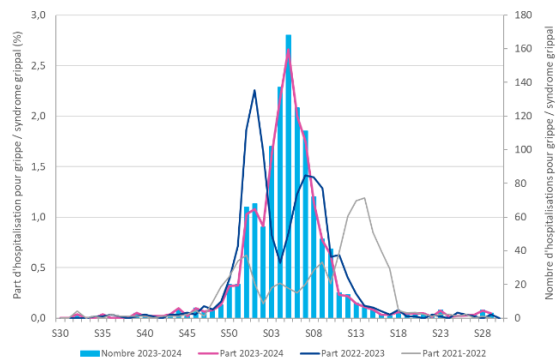
## Surveillance à l'hôpital en services d'urgences

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



Source : SurSaUD® / Oscore®

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



Source : SurSaUD® / Oscore®

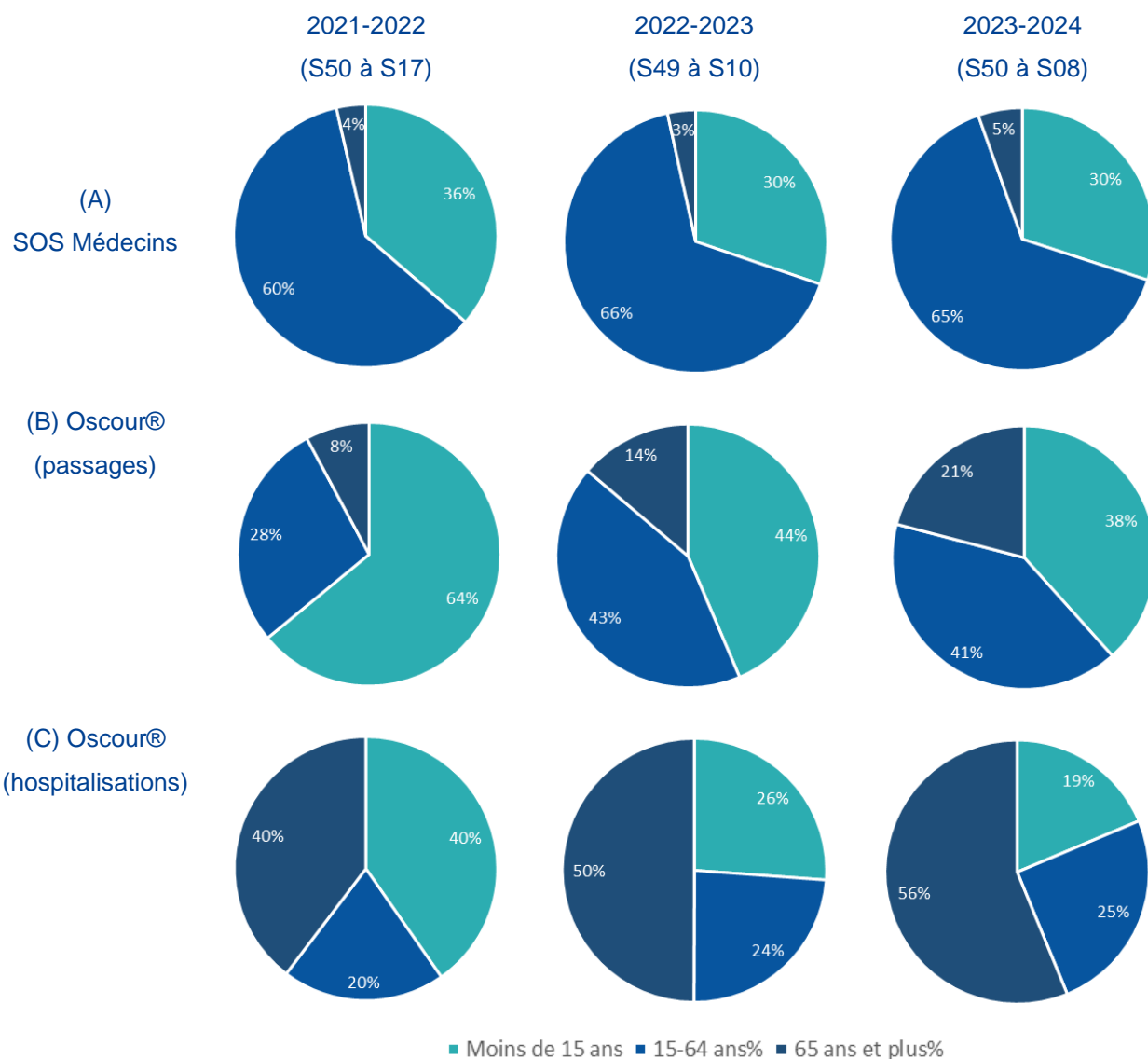
## Caractéristiques des patients pris en charge en ville ou à l'hôpital

Parmi les syndromes grippaux vus en consultation par les associations SOS Médecins d'Occitanie (figure 22-A), près de 2/3 concernaient des adultes de 15 à 64 ans, près d'un tiers concernaient des enfants de moins de 15 ans et moins de 5% concernaient des personnes âgées de 65 ans et plus. Ces proportions étaient relativement stables au cours des trois dernières saisons épidémiques.

Aux urgences (figure 22-B), 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. Ces proportions variaient beaucoup selon les saisons épidémiques. La part des enfants a diminué au cours des trois saisons et celle des personnes âgées a augmenté, probablement en lien avec le sous-type majoritaire circulant.

Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient, selon les saisons épidémiques, 40 à 56% des hospitalisations après un passage aux urgences pour grippe (figure 22-C). Cette proportion a augmenté au fur et à mesure des saisons alors que la part des enfants de moins de 15 ans a diminué.

**Figure 22. 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, région Occitanie**



Source : SurSaUD® (Oscoreur® pour les urgences et SOS Médecins pour la médecine de ville)

## Surveillance en services de réanimation

En Occitanie, 24 services de réanimation participent à la surveillance sentinelle de la grippe en réanimation, dont 2 services pédiatriques.

Un total de 92 cas graves de grippe a été signalé en Occitanie entre la semaine 40-2023 et la semaine 15-2024 (contre 96 la saison précédente). La majorité des cas étaient des hommes (65%). L'âge médian était de 62 ans et ils avaient entre 0 et 84 ans.

Parmi les 83 cas pour lesquels l'information était disponible, tous étaient porteurs du virus de la grippe de type A. Les sous-types étaient peu connus (11 cas). La grande majorité des cas

présentaient au moins une comorbidité (91%), parmi les plus fréquentes : une pathologie pulmonaire (39%), cardiaque (28%), une hypertension (38%).

Les trois quarts des cas présentaient un syndrome de détresse respiratoire aiguë (74%). L'aide ventilatoire maximale reçue au cours du séjour était invasive pour 45% des cas, dont 7% par assistance extracorporelle. La durée médiane de cette ventilation était de 5 jours (10 jours en moyenne, min-max : 0-66). Parmi les 72 cas pour lesquels l'évolution était connue (78%), la durée médiane de séjour était de 7 jours (min-max=0-59 jours) et un quart des cas étaient décédés en réanimation.

**Tableau 3. Caractéristiques des cas graves de grippe signalés par les services de réanimation sentinelles de la semaine 40-2023 à 15-2024, région Occitanie (Source : Santé publique France)**

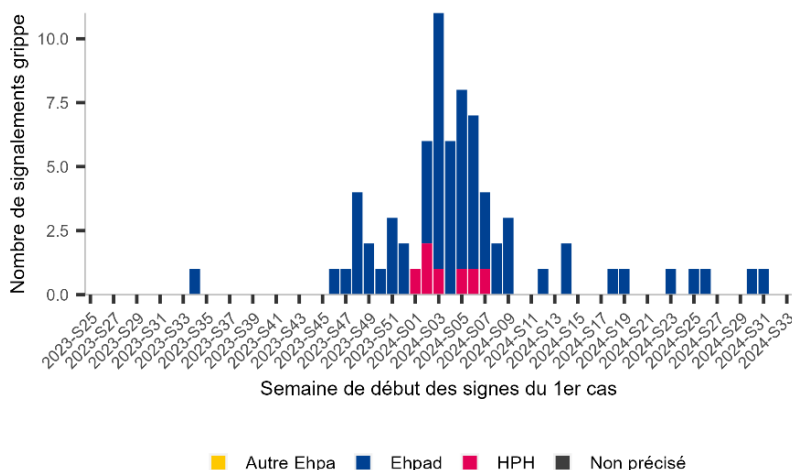
<b>Grippe</b>	
<b>N = 92 (100%)</b>	
<b>Sexe</b>	
Femme	32 (35%)
Homme	60 (65%)
<b>Classes d'âge (années)</b>	
< 2	3 (3%)
2-17	2 (2%)
18-64	51 (55%)
65 et plus	36 (39%)
<b>Type</b>	
A(H1N1)pdm09	5 (6%)
A(H3N2)	6 (7%)
A, sans précision	72 (87%)
Non renseigné	9
<b>Co-infection grippe/SARS-CoV-2</b>	0 (0%)
<b>Présence de comorbidité(s)</b>	84 (91%)
<b>Vaccination grippe pour la saison en cours</b>	
Oui	13 (14%)
Non	58 (63%)
Ne sait pas/Non renseigné	21 (23%)
<b>Syndrome de détresse respiratoire aiguë</b>	
Aucun	20 (26%)
Mineur	11 (14%)
Modéré	20 (26%)
Sévère	27 (35%)
Non renseigné	14
<b>Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive</b>	
Aucune	1 (1%)
Ventilation non-invasive	48 (55%)
Ventilation invasive	33 (38%)
Assistance extracorporelle	6 (7%)
Non renseigné	4
<b>Devenir</b>	
Décès	18 (25%)
Sortie de réanimation	54 (75%)

Source : surveillance en réanimation, Santé publique France

## Surveillance en établissement médico-social

Depuis le 20 juin 2023, des épisodes de cas groupés d'IRA dont l'étiologie grippe a été retenue sont survenus dans les EMS de la région. Près de 90% des épisodes déclarés sont survenus dans des Ehpad et trois-quarts des épisodes sont survenus durant la période épidémique avec un pic en semaine 03-2024. En effet, des signalements avec l'étiologie grippe sont retrouvés tout au long de l'année de manière sporadique ; toutefois une hausse des signalements a été observée fin novembre et de manière plus marquée en janvier. Une diminution du nombre d'épisodes de cas groupés en EMS s'est ensuite amorcée en février.

**Figure 23. Nombre d'épisodes d'IRA survenus en EMS dont l'étiologie grippe a été retenue, par type d'établissement, de la S25-2023 à S33-2024, Occitanie**



Source : Portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère de la Santé et de la Prévention

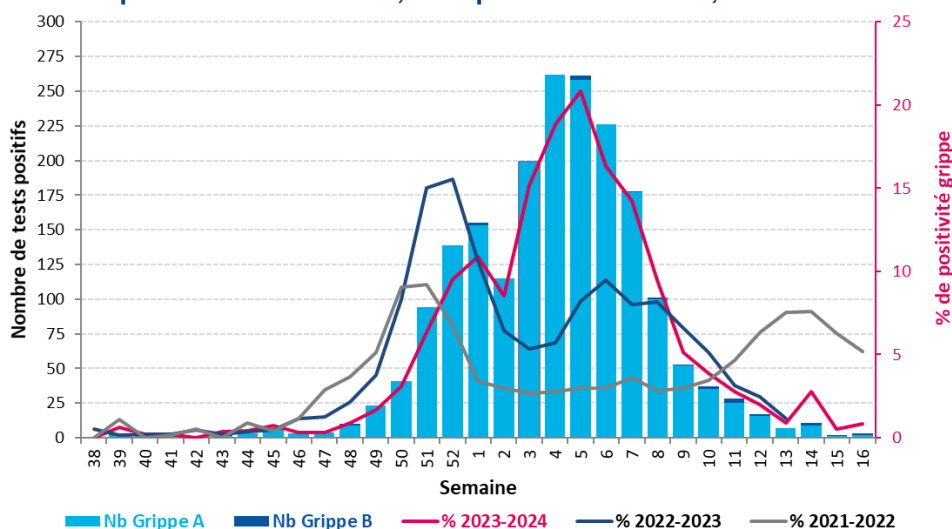
## Surveillance virologique

Les données transmises au cours de la dernière saison reflétaient bien la dynamique de la circulation du virus grippal à partir du mois de décembre jusqu'au mois de mars (figure 24). Les virus détectés sont quasi-exclusivement de type A (99% sur l'ensemble de la saison). Au niveau national, les virus A(H1N1)pdm09 ont été majoritaires et le profil antigénique des virus permettait d'anticiper une bonne efficacité du vaccin.

On note qu'à l'inverse des saisons précédentes, la forme de la courbe est unimodale avec un seul pic en semaine 5 alors que les deux saisons précédentes, deux vagues étaient nettement distinctes. Cette différence s'explique par la circulation exclusive de virus de type A cette saison (majoritairement A(H1N1)pdm09) alors qu'au cours de la saison 2022-2023 les virus A(H3N2) puis de type B avaient circulé successivement, et qu'au cours de la saison 2021-2022 il s'agissait d'une co-circulation de virus A(H1N1)pdm09 et A(H3N2).

Les taux de positivité étaient également plus élevés que les saisons précédentes, ce qui peut traduire un meilleur ciblage des patients pour lesquels une recherche du virus grippal est réalisée.

**Figure 24. Nombre de prélèvements positifs et pourcentage de positivité pour la grippe parmi les prélèvements réalisés par les CHU de Nîmes, Montpellier et Toulouse, semaine 2021-S38 à 2024-S16**



Source : Laboratoires de virologie des CHU de Montpellier, Nîmes et Toulouse, Réseau Renal, Centre national de référence (CNR) Virus des infections respiratoires

## Surveillance de la couverture vaccinale

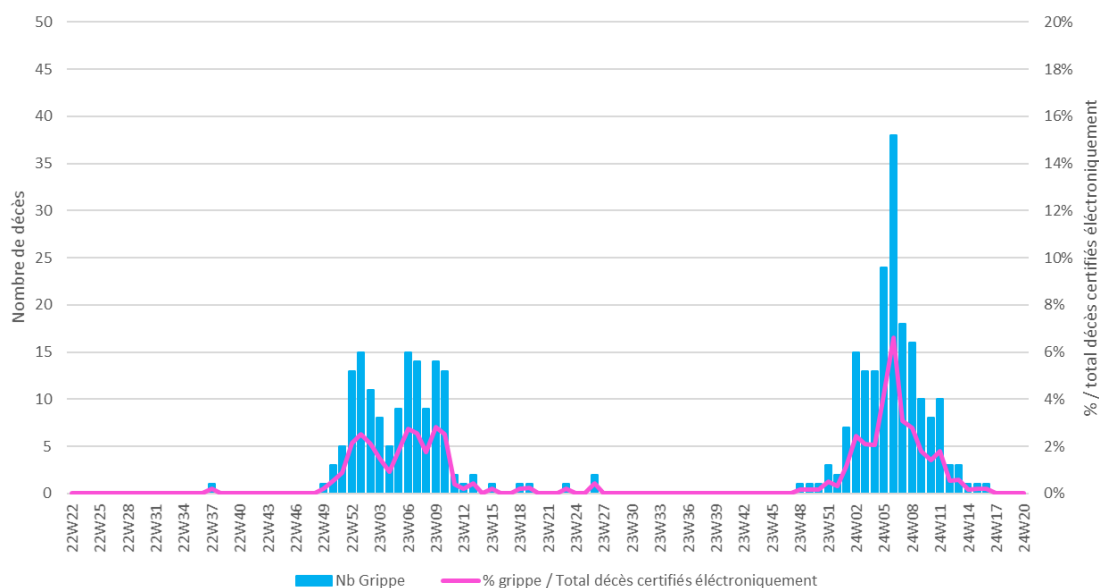
À l'issue de la campagne de vaccination contre la grippe, les couvertures vaccinales estimées au 29 février 2024 demeuraient insuffisantes. Au niveau national, ces couvertures étaient de 47,1% chez les personnes à risque ciblées par la vaccination : 54,0% chez les 65 ans et plus et 25,4% chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère. Elles étaient inférieures à la saison 2022-2023. En Occitanie, ces couvertures étaient de 46,7% chez les personnes à risque ciblées par la vaccination : 53,0% chez les 65 ans et plus et 24,0% chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère. Elles étaient inférieures à la saison 2022-2023 (53,3%).

Les estimations de couvertures vaccinales contre la grippe chez les résidents en EHPAD pour la saison 2023-2024 étaient élevées tant au niveau national (83,3 % [82,7 - 83,8] qu'au niveau régional (83,6% [82,1 - 85,2]). Ces couvertures étaient cependant en baisse par rapport à la saison précédente. Pour la saison 2023-2024, au niveau national, la couverture vaccinale contre la grippe des professionnels exerçant en Ehpads était de 22,4 % [IC95 % : 21,7 - 23,1] et au niveau régional de 20,0% [18,0 - 22,1].

Pour en savoir plus : [Etudes de couverture vaccinale contre la grippe et la Covid-19 des résidents et contre la grippe des professionnels salariés des établissements sociaux et médico-sociaux, mars 2024 \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr)

## Surveillance de la mortalité liée à la grippe

**Figure 25. Nombre et part des décès certifiés électroniquement portant la mention grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès, semaines 2022-S22 à 2024-S20, région Occitanie**



Source : SurSaUD® / Certification électronique des décès

Entre la semaine 40-2023 et la semaine 15-2024, parmi les 15 927 décès déclarés par certificat électronique de décès toutes causes en Occitanie, 188 (1,2%) l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès dont 86% étaient âgés de 65 ans et plus.

L'augmentation de la part des décès liés à la grippe a débuté début janvier (S01-2024) pour atteindre son pic en S06-2024. Ce pic était supérieur à celui observé lors de l'épidémie de grippe de la saison 2022-2023.

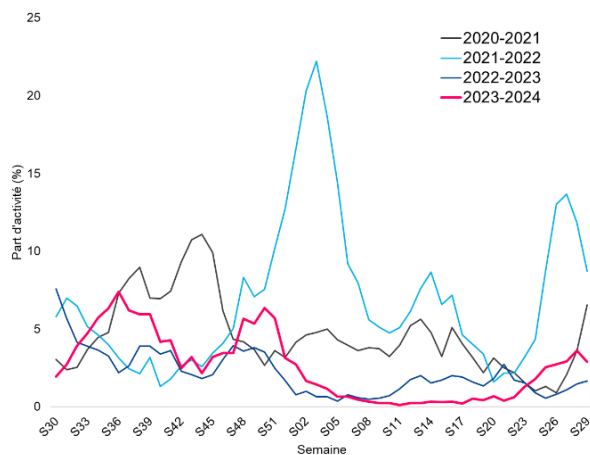
En progression, le déploiement du dispositif de certification électronique recouvrait, au premier trimestre 2024, 44% de la mortalité régionale, variant de 5% à 62% selon les départements de la région. La part des décès certifiés électroniquement est également hétérogène selon le type de lieu de décès (environ 72-78% des décès survenant en établissements hospitaliers, près de 29% en Ehpads, 13% à domicile et 14% des décès sur la voie publique).

## Covid-19

Depuis son émergence en France en 2020, le SARS-CoV-2 n'a cessé de circuler en population générale comme rappelé dans le [Bulletin de santé publique, Covid-19 en Occitanie \(bilan 2020-2023\)](#). Cette circulation persistante avec l'apparition de différents variants ainsi que l'évolution des stratégies de lutte contre la Covid-19 (évolution des doctrines de prise en charge des cas et des contacts et mise en place de campagne de vaccination par exemple), ont engendré une évolution importante des enjeux de santé publique de la Covid-19. Deux recrudescences successives de Covid-19 ont été observées sur la période couverte par ce bilan : une première a débuté au cours de l'été 2023 (juillet ou août selon les sources de données) et a atteint un pic au cours du mois de septembre (S36-2023). Une seconde recrudescence a été observée entre début décembre 2023 et début février 2024 avec un pic fin décembre.

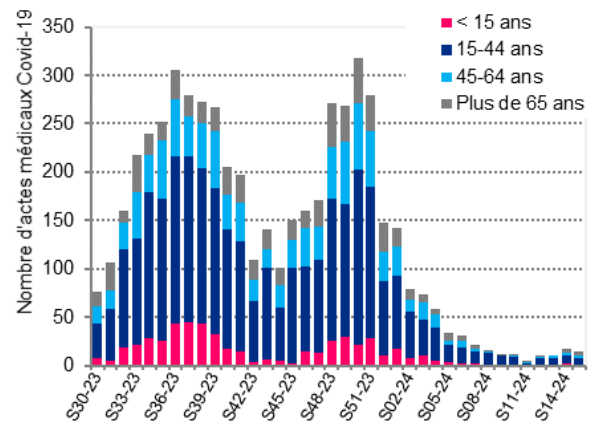
## Surveillance en médecine de ville

**Figure 26. Part d'activité SOS Médecins pour Covid-19, de S30-2020 à S30-2024, tous âges, par année, région Occitanie**



Source : SurSaUD® / SOS Médecins

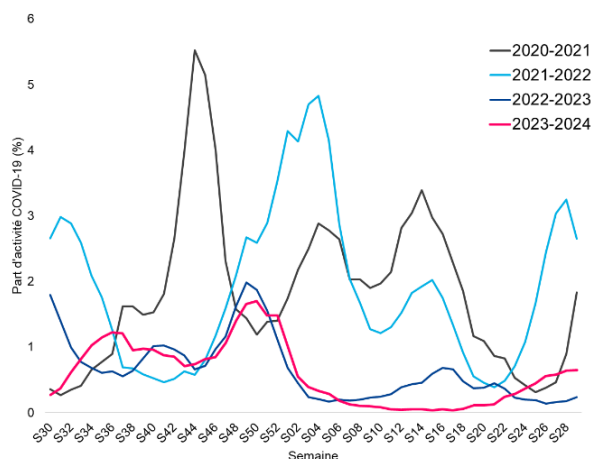
**Figure 27. Nombre d'actes SOS Médecins pour Covid-19 par classe d'âge, de S30-2023 à S15-2024, région Occitanie**



Source : SurSaUD® / SOS Médecins

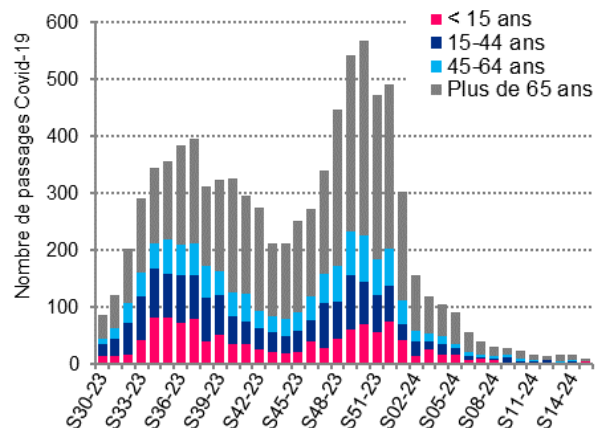
## Surveillance à l'hôpital en services d'urgences

**Figure 28. Part d'activité des passages aux urgences pour Covid-19, de S30-2020 à S30-2024, tous âges, par année, région Occitanie**



Source : SurSaUD® / Oscour®

**Figure 29. Nombre de passages aux urgences pour Covid-19, par classe d'âge, de S30-2023 à S15-2024, région Occitanie**



Source : SurSaUD® / Oscour®

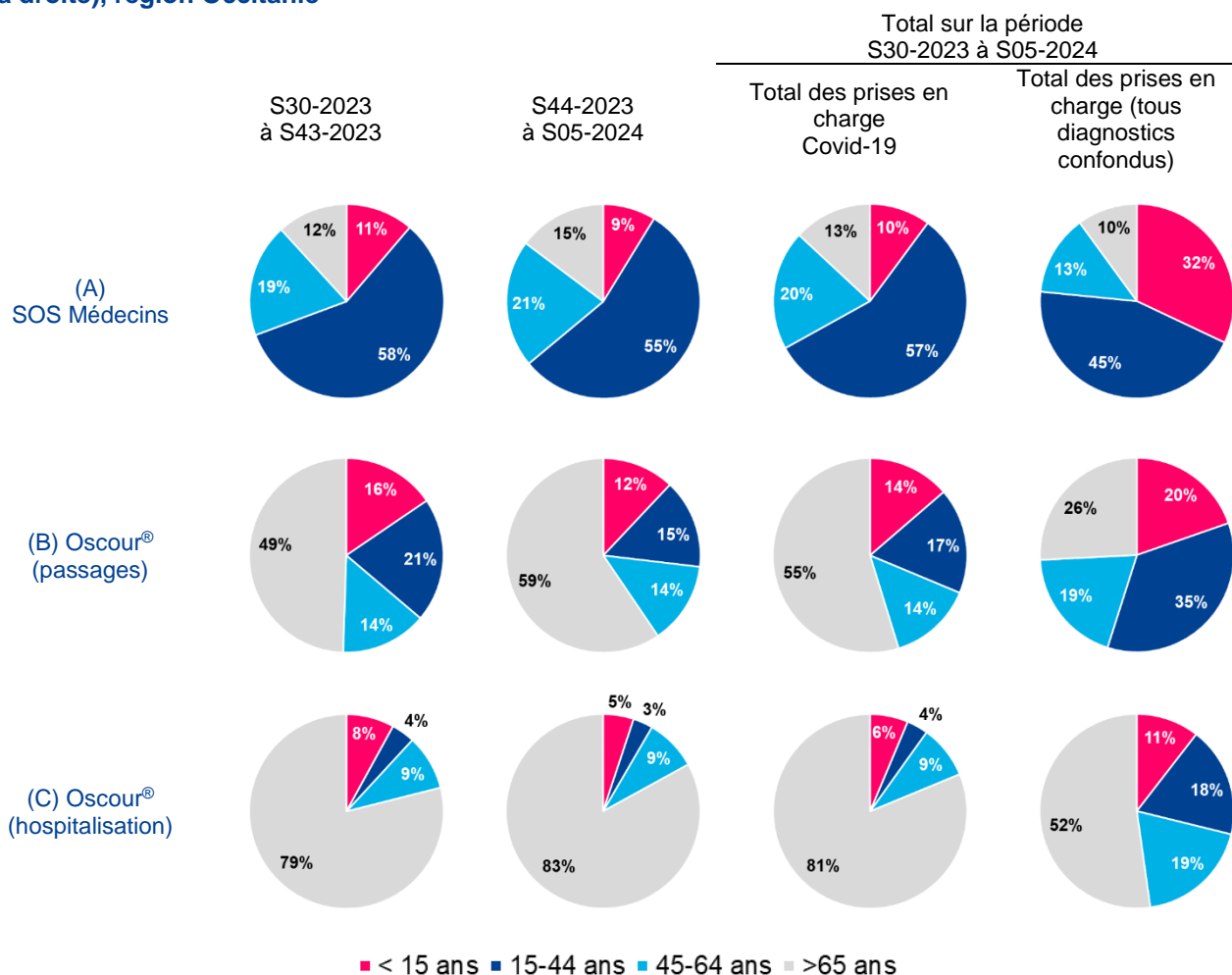
Entre la semaine 30-2023 (fin juillet) et la semaine 05-2024 (mi-février), le taux d'hospitalisation pour Covid-19 parmi l'ensemble des hospitalisations après passage aux urgences a fluctué entre 0,6% et 3,7% (semaine 50-2023). Le nombre médian hebdomadaire d'hospitalisation après passage aux urgences pour Covid-19 était de 119 et concernait principalement les 65 ans et plus. Enfin, le taux d'hospitalisation après passage aux urgences a fluctué chaque semaine autour de 40%.

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

Les profils des patients selon l'âge étaient peu différents parmi les actes Covid-19 dans les associations SOS Médecins ou les hospitalisations après passage aux urgences. Toutefois, parmi les passages aux urgences pour suspicion de Covid-19, une part plus élevée des 65 ans et plus a été enregistrée lors de la recrudescence hivernale (part plus faible des 15-44 ans en parallèle).

Par rapport à la répartition par âge de tous les actes confondus sur la même période dans les différentes sources de données : une part inférieure des moins de 15 ans est retrouvée parmi l'ensemble des actes Covid-19 par rapport à la part tous actes confondus et à l'inverse, une part plus importante des 15-44 ans est retrouvée parmi les actes Covid-19. Egalement, pour Covid-19, une part plus importante des 65 ans et plus est retrouvée parmi les passages aux urgences et les hospitalisations après passage aux urgences.

**Figure 30. Répartition par âge (moins de 15 ans, 15-44 ans, 45-64 ans et 65 ans et plus) des cas de Covid-19, parmi les actes SOS Médecins (A), parmi les passages aux urgences (B) et parmi les hospitalisations après passage aux urgences (C), 1<sup>ère</sup> recrudescence de S30-2023 à S43-2023 (à gauche), 2<sup>ème</sup> recrudescence de S44-2023 à S05-2024 (centre) et total des sollicitations sur la période (à droite), région Occitanie**



## Surveillance en services de réanimation

En Occitanie, 24 services de réanimation participent à la surveillance sentinelles du Sars-CoV-2 en réanimation, dont 2 services pédiatriques. Un total de 72 cas graves de Covid-19 a été signalé en Occitanie entre la semaine 40-2023 et la semaine 15-2024 (contre 93 la saison précédente).

**Tableau 4. Caractéristiques des cas graves de Covid-19 signalés par les services de réanimation sentinelles de la semaine 40-2023 à 15-2024, région Occitanie**

	COVID-19 N = 72 (100%)
<b>Sexe</b>	
Femme	32 (45%)
Homme	39 (55%)
Non renseigné	1
<b>Classes d'âge (années)</b>	
< 2	4 (6%)
2-17	2 (3%)
18-64	17 (24%)
65 et plus	49 (68%)
<b>Co-infection grippe/SARS-CoV-2</b>	0 (0%)
<b>Présence de comorbidité(s)</b>	66 (92%)
<b>Vaccination COVID-19 depuis moins de 6 mois</b>	
Oui	0 (0%)
Non	45 (62%)
Ne sait pas/Non renseigné	27 (38%)
<b>Syndrome de détresse respiratoire aiguë</b>	
Aucun	18 (28%)
Mineur	12 (18%)
Modéré	19 (29%)
Sévère	16 (25%)
Non renseigné	7
<b>Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive</b>	
Aucune	2 (3%)
Ventilation non-invasive	47 (66%)
Ventilation invasive	22 (31%)
Assistance extracorporelle	0 (0%)
Non renseigné	1
<b>Devenir</b>	
Décès	9 (15%)
Sortie de réanimation	52 (85%)

La majorité des cas était des hommes (55%). L'âge médian était de 71 ans et ils avaient entre 0 et 89 ans.

La grande majorité des cas présentait au moins une comorbidité (92%), parmi les plus fréquentes : une hypertension (48%), une pathologie cardiaque (36%), pulmonaire (28%), rénale (18%) ou un diabète (18%). Aucun cas n'avait été vacciné dans les 6 derniers mois mais l'information était très souvent manquante (38%).

Près des trois quarts des cas présentaient un syndrome de détresse respiratoire aiguë (72%). L'aide ventilatoire maximale reçue au cours du séjour était invasive pour 31% des cas. La durée médiane de cette ventilation était de 5 jours (9 jours en moyenne, min-max : 2-35).

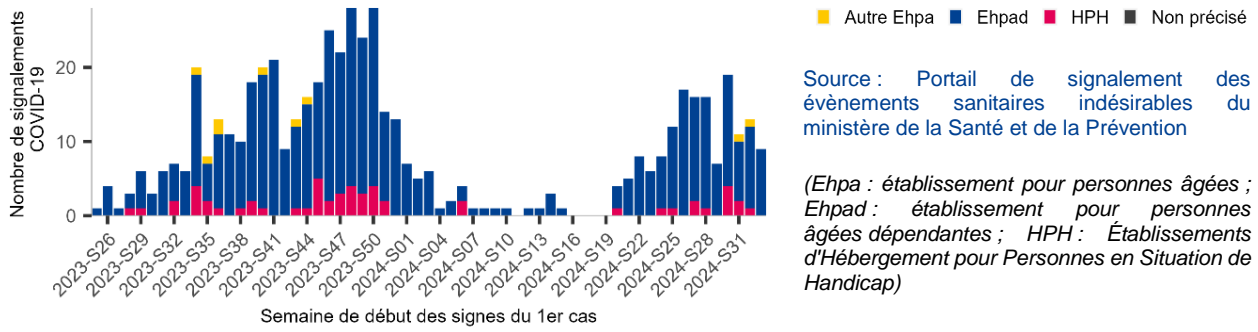
Parmi les 61 cas pour lesquels l'évolution était connue (85%), la durée médiane de séjour était de 7 jours (min-max=0-97 jours) et 15% des cas étaient décédés réanimation.

Source : surveillance en réanimation, Santé publique France

## Surveillance en établissement médico-social

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 quasiment toutes les semaines. Toutefois, une hausse du nombre d'épisodes de Covid-19 survenus en EMS a été observée mi-août 2023 puis de nouveau fin octobre 2023 (des épisodes ont été signalés dans tous les départements de la région). Entre février et mi-mai, moins de 5 épisodes par semaine ont été signalés puis une nouvelle recrudescence est observée depuis la semaine 20-2024.

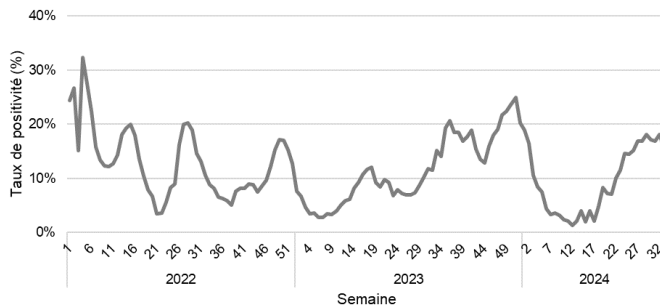
**Figure 31. Nombre d'épisodes d'IRA survenus en EMS dont l'étiologie grippe a été retenue, par type d'établissement, de la S25-2023 à S33-2024, Occitanie**



## Surveillance virologique

La surveillance virologique du Sars-CoV-2 repose désormais sur l'activité du CNR Virus des infections respiratoires et du réseau RENAL (Réseau de surveillance communautaire Sentinelles et du réseau de laboratoires hospitaliers) qui permet de suivre l'évolution des indicateurs à partir de la remontée des résultats de tests PCR et TAG du Covid-19 par les seuls laboratoires de biologie médicale publics (et privés via le réseau RELAB, données non présentées dans ce bilan).

**Figure 32. Taux de positivité pour le Sars-CoV-2 parmi les prélèvements envoyés par les 3 CHU d'Occitanie, semaine S01-2022 à 2024-S33-2024**



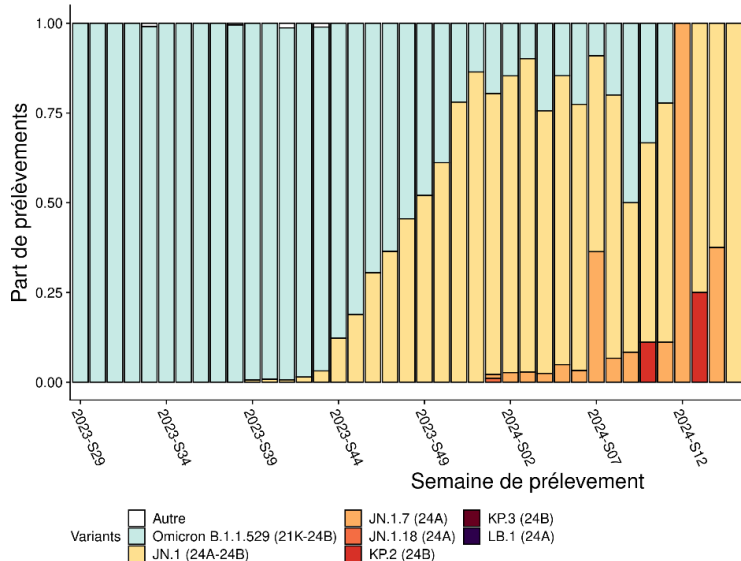
Le Sars-CoV-2 circule tout au long de l'année et deux recrudescences ont également été observées parmi les données du réseau RENAL avec un 1<sup>er</sup> pic en semaine 36-2023 et un 2<sup>nd</sup> en semaine 51-2023.

*Point d'attention : les pratiques de dépistage ont évolué au cours du temps impactant notamment le nombre de personnes prélevées.*

Source : réseau Renal

Durant l'été 2023, plusieurs recombinauts du variant Omicron circulaient en parallèle (XBB.1.5, XBB.1.16, EG.5, XBB.1.9 notamment). Ils ont ensuite été remplacé par le variant JN.1 (et ses sous-lignées) qui a émergé fin septembre dans la région et dont la circulation est devenue majoritaire en décembre. Le variant JN.1 est un sous-lignée du variant Omicron dont il partage les mêmes caractéristiques : une transmissibilité élevée, un échappement immunitaire et une moindre sévérité liée en partie à l'effet combiné d'une immunité vaccinale et post-infection conservée contre les formes sévères) par rapport aux variants antérieurs.

**Figure 33. Part des variants détectés parmi les prélèvements RT-PCR positifs, de la semaine 29-2023 à la semaine 15-2024, région Occitanie**



Source : Emergen, exploitation Santé publique France, 26/08/2024

## Surveillance de la couverture vaccinale

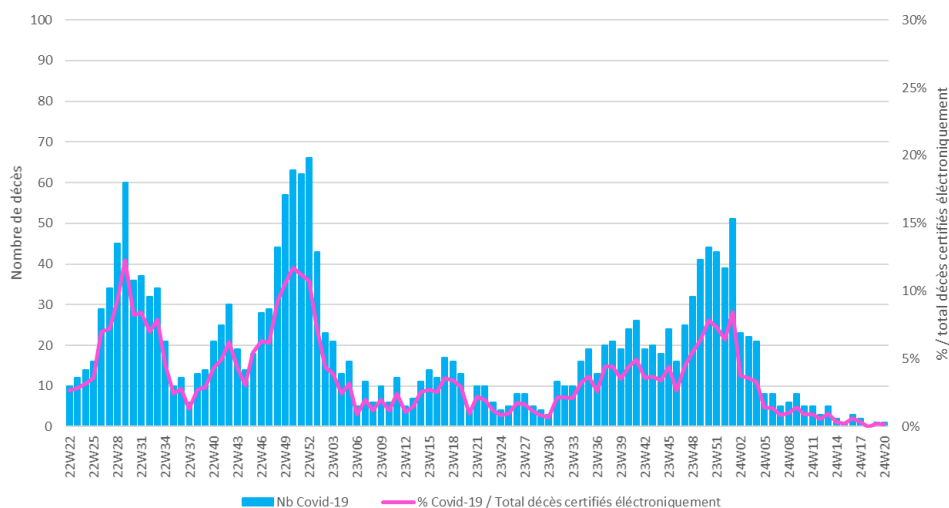
A l'issue de la campagne de vaccination qui s'est déroulée d'octobre 2023 à février 2024, au niveau national, 4 368 409 personnes âgées de 65 ans et plus avaient reçu une dose de vaccin contre la Covid-19, soit une couverture vaccinale de 30,2 % (21,6 % des 65-69 ans, 27,5 % des 70-74 ans, 36,0 % des 75-79 ans et 36,9 % des 80 ans et plus). En Occitanie, 27,9 % des personnes âgées de 65 ans et plus avaient reçu une dose de vaccin contre la Covid-19. Chez les personnes âgées, la couverture vaccinale variait selon les classes d'âge avec une couverture plus faible chez les 65-74 ans (22 % chez les 65-74 ans, 34 % chez les 75 ans et plus).

Les estimations de couvertures vaccinales contre la Covid-19 chez les résidents en Ehpad pour la saison 2023-2024 étaient au niveau national de 68,4 % [IC95 % : 67,3 – 69,6] et en Occitanie de 67,4 % [64,0 - 70,7].

Pour en savoir plus : [Etudes de couverture vaccinale contre la grippe et la Covid-19 des résidents et contre la grippe des professionnels salariés des établissements sociaux et médico-sociaux, mars 2024 \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr)

## Surveillance de la mortalité liée à la Covid-19

**Figure 34. Nombre et part des décès certifiés électroniquement portant la mention Covid-19 comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès, semaine 2022-22 à 2024-20, région Occitanie**



Source : SurSaUD® / Certification électronique des décès

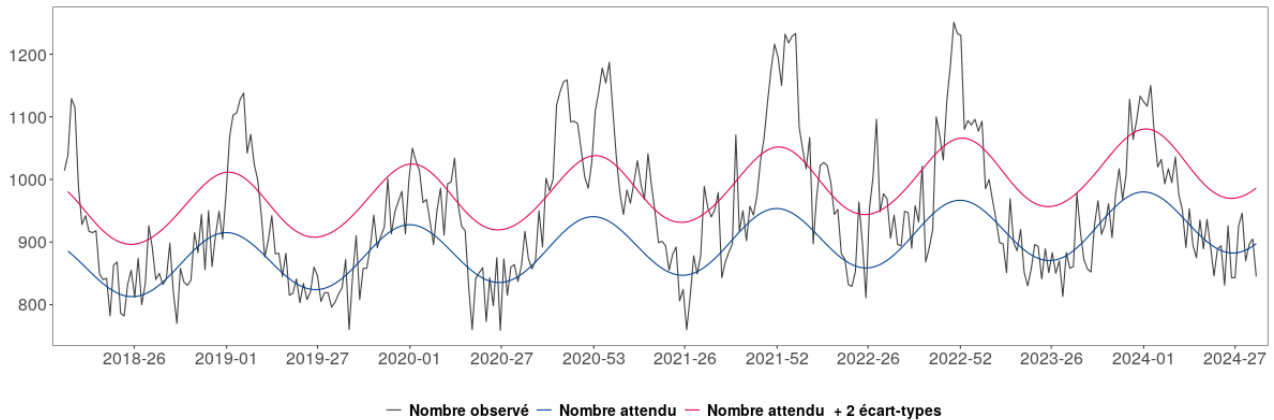
Entre la semaine 30-2023 et 15-2024, parmi les 20 800 décès déclarés par certificat électronique de décès toutes causes, 686 (3,3%) l'ont été avec une mention Covid-19 comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès dont 95% étaient âgés de 65 ans et plus. La part des décès liés à la Covid-19 a été la plus élevée de début décembre à début janvier avec un pic en S01.

En progression, le déploiement du dispositif de certification électronique recouvrait, au premier trimestre 2024, 44% de la mortalité régionale, variant de 5% à 62% selon les départements de la région. La part des décès certifiés électroniquement est également hétérogène selon le type de lieu de décès (environ 72-78% des décès survenant en établissements hospitaliers, près de 29% en Ehpad, 13% à domicile et 14% des décès sur la voie publique).

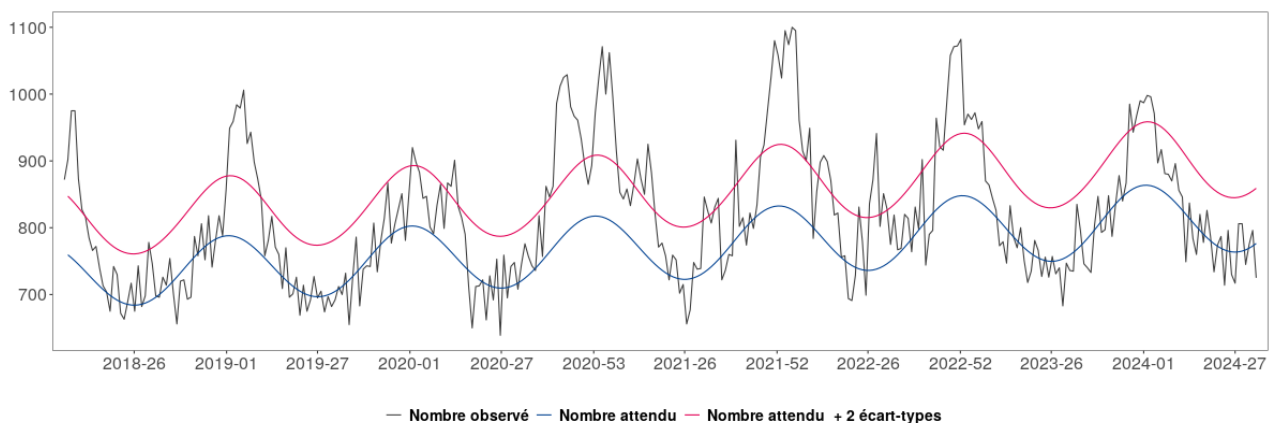
## Mortalité toutes causes

Selon les données de mortalité fournies par l'Insee durant la saison hivernale, les nombres de décès toutes causes observés au niveau régional en tous âges étaient en excès significatif par rapport à l'attendu en semaine 2023-49 et de 2023-51 à 2024-03. Chez les 65 ans et plus, les excès étaient observés les mêmes semaines ainsi qu'en semaine 2024-04.

**Figure 35. Nombre hebdomadaire de décès toutes causes chez les personnes de tous âges**



**Figure 36. Nombre hebdomadaire de décès toutes causes chez les personnes de 65 ans et plus**



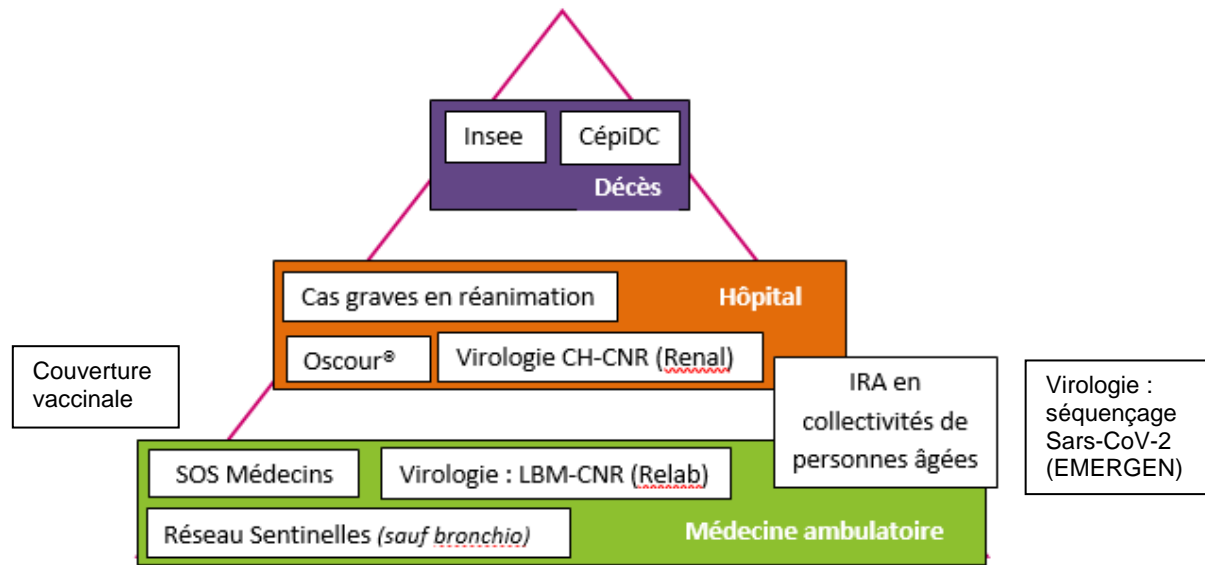
Source : Santé publique France – SurSaUD® / Insee

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 ci-dessus 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 (44% de la mortalité régionale totale).

## Méthodes et sources de données

Les sources de données utilisées dans ce bilan sont présentées dans la figure ci-dessous :



**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 CepiDC (certification électronique des décès) représentant 42% de la mortalité régionale en janvier 2024.

**A l'hôpital**, les trois sources de données (surveillance dans les 24 services de réanimation volontaires, 68 services d'urgences par le réseau Oscour®, 3 CHU via le réseau Renal\*), concernent les trois pathologies. Cependant, pour la bronchiolite, la surveillance s'appuie uniquement sur deux services de réanimation pédiatriques sur les 24 services volontaires.

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

**La surveillance génomique** concerne exclusivement le Sars-CoV-2.

**En médecine ambulatoire**, les trois sources de données (4 associations SOS Médecins, Réseau Sentinelles comprenant 25-30 médecins d'Occitanie, 60 LBM participant au réseau Relab\*\*), concerne les trois pathologies, sauf la bronchiolite qui n'est pas surveillée par le Réseau Sentinelles.

**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.

\* Réseau National des Laboratoires des Centres Hospitaliers pour la surveillance à l'hôpital <https://teamhcl.chu-lyon.fr/renal>

\*\* Réseaux de Laboratoires privés <https://teamhcl.chu-lyon.fr/relab>.

## Santé publique France vous informe

Chaque semaine, vous pouvez retrouver sur le site de Santé publique France des informations concernant les infections respiratoires aiguës, 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 Géodes : <https://geodes.santepubliquefrance.fr> (attention toutefois, les données y sont présentées par lieu de prise en charge et non par lieu de résidence des enfants malades).

## Mesures de prévention

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

## Remerciements

- Associations SOS Médecins de Montpellier, Nîmes, Perpignan et Toulouse
- Réseau Sentinelles
- Services d'urgences du réseau Oscour®
- 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)

## Rédacteur en chef

Damien Mouly, délégué régional de Santé publique France Occitanie

## Comité de rédaction

Leslie Simac, Cécile Durand, Anaïs Lamy, Olivier Catelinois, Amandine Cochet, Anne Guinard, Jean-Loup Chappert, Franck Golliot.

**Pour nous citer :** Infections respiratoires aigus. Bilan de la saison 2023-2024. Région Occitanie. Septembre 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 26 p., 2024. Directrice de publication : Caroline Semaille

**Dépôt légal :** 27/09/2024

**Contact :** [occitanie@santepubliquefrance.fr](mailto:occitanie@santepubliquefrance.fr) / 05 34 30 26 35