

Infections respiratoires aiguës

Semaine 15 (8 au 14 avril 2024). Publication : 17 avril 2024

ÉDITION NATIONALE

Bilan de la saison 2023-2024 au 16 avril 2024

Points clés

Infections respiratoires aiguës (IRA)

- 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
- Impact sur l'offre de soins en ville et à l'hôpital inférieur à celui de la saison 2022-2023

Grippe

- Epidémie de durée classique de fin décembre à fin février, soit 10 semaines
- Ampleur et intensité modérées en médecine de ville :
 - 1,5 million de consultations pour syndrome grippal (réseau Sentinelles)
 - Part des syndromes grippaux parmi les consultations SOS Médecins de 18% au pic épidémique fin janvier (S05-2024)
- Sévérité modérée avec 14 000 hospitalisations après passage aux urgences
- Circulation des virus A(H1N1)_{pdm09} majoritaire
- Couverture vaccinale estimée à 47,1% chez les personnes à risque ciblées par la vaccination, et 54,0% chez les 65 ans et plus, inférieures à celles de 2022-2023

Bronchiolite

- Epidémie précoce en France hexagonale, débutée mi-octobre (S42-2023), soit 4 semaines plus tôt qu'habituellement observé et achevée début janvier (S01-2024)
- Durée d'épidémie classique, soit 12 semaines
- Part des hospitalisations pour bronchiolite parmi l'ensemble des hospitalisations après passage aux urgences chez les moins de 2 ans de 44,3% au pic épidémique fin novembre (S48-2023)
- Intensité comparable à celles des épidémies avant l'émergence de la COVID-19. Intensité inférieure à celle de la saison dernière (saison 2022-2023) qui était particulièrement importante
- Une campagne d'immunisation par l'anticorps monoclonal nirsevimab (Beyfortus®), traitement préventif des infections à VRS du nourrisson a été organisée à compter de la mi-septembre 2023

COVID-19

- Dynamique et intensité des vagues épidémiques comparables à celles de 2022-2023
- Augmentation des indicateurs à partir de juillet 2023 avec deux pics, en septembre et décembre. Diminution observée depuis mi-décembre, indicateurs à des niveaux faibles depuis mi-février
- Part maximale parmi les hospitalisations en décembre (3,3% en S50-2023)
- Circulation majoritaire du variant JN.1 depuis fin novembre 2023
- Couverture vaccinale estimée à 30,2% chez les personnes âgées de 65 ans et plus à l'issue de la campagne de vaccination d'octobre 2023 à février 2024

Point de situation

Infections respiratoires aiguës (IRA)

Deux pics successifs d'IRA basses ont été observés durant la saison 2023-2024.

Le premier pic, enregistré fin décembre (S52), était lié à l'épidémie de bronchiolite et à la COVID-19. La part de consultations SOS Médecins pour IRA basses la plus élevée était de 22% et celle des hospitalisations après passage aux urgences pour IRA basses était de 14%.

Lors du deuxième pic, associé à l'épidémie grippale et survenu fin janvier (S04), la part de consultations SOS Médecins pour IRA basses et la part des hospitalisations après passage aux urgences pour IRA basses ont respectivement atteint 27% et 11%.

L'impact des IRA basses en médecine de ville et à l'hôpital est resté inférieur à celui observé durant la saison 2022-2023 qui avait été caractérisée par une intense co-circulation du SARS-CoV-2, du VRS et des virus grippaux avec un impact important sur le système de soins pendant plusieurs semaines.

Grippe

Dans l'Hexagone, au niveau national, l'épidémie de grippe 2023-2024 a démarré fin décembre (S51) pour atteindre son pic fin janvier-début février (S05) et s'est terminée fin février (S08) soit une durée de 10 semaines. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur a été la première région à passer en phase épidémique en S49, suivie progressivement par les autres régions. En S03, l'ensemble des régions était en épidémie. À partir de fin février (S09), les régions sont passées progressivement en phase post-épidémique et toutes étaient revenues en phase inter-épidémique fin mars (S13) (Annexe).

La durée de l'épidémie est comparable à la durée moyenne des épidémies de grippe depuis la saison 2011-2012. L'épidémie a été majoritairement due aux virus de type A(H1N1)_{pdm09}. Les virus A(H1N1)_{pdm09} circulants caractérisés étaient antigéniquement et génétiquement proches de la souche vaccinale présente dans le vaccin hémisphère nord 2023-2024 (A/Victoria/4897/2022 clade 5a.2a.1).

D'après les données du réseau Sentinelles, l'ampleur de l'épidémie a été modérée en médecine de ville, avec une estimation de 1 540 000 consultations pour syndrome grippal. Selon les données SOS Médecins, l'impact de la grippe en médecine de ville a également été modéré tous âges confondus et dans toutes les classes d'âge. Contrairement à la saison 2022-2023 où l'épidémie avait été sévère [1], le niveau d'intensité est resté modéré dans toutes les classes d'âge.

À l'hôpital, les données de passages aux urgences et d'hospitalisations après passage pour grippe/syndrome grippal indiquaient un impact de l'épidémie globale modéré. Cependant, la part des hospitalisations après passage aux urgences a atteint un niveau d'intensité élevé tous âges confondus durant les semaines 05 et 06. Cette intensité était portée par les 15-64 ans, chez qui le niveau d'intensité élevé a été franchi durant 3 semaines consécutives (de S04 à S06).

Parmi les signalements de cas graves de grippe admis en réanimation, 89% des cas avaient 18 ans et plus. Ils étaient très majoritairement infectés par un virus de type A. Parmi les cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné (62%), 79% n'étaient pas vaccinés contre la grippe.

Un nombre modéré de signalements d'épisodes d'infections respiratoires aiguës dans les établissements médico-sociaux, dont les collectivités de personnes âgées, ont été déclarés via le portail national des signalements du ministère de la Santé et de la Prévention. La part des épisodes liés à la grippe est devenue majoritaire à partir de mi-janvier. Le nombre d'épisodes rapportés est resté stable les semaines suivantes puis a diminué à partir de mi-fin février (S07).

[1] Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance de la grippe en France, saison 2022-2023. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(19):382-97. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/19/2023_19_1.html

Enfin, les données issues de la certification électronique des décès indiquent une proportion élevée de grippe parmi les décès toutes causes autour du pic de l'épidémie en S06. Toutefois, cette proportion était inférieure à celle atteinte lors du pic de l'épidémie 2022-2023 et celle de 2018-2019.

À l'issue de la campagne de vaccination contre la grippe, les couvertures vaccinales estimées au 29 février 2024 demeuraient insuffisantes : 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.

Dans les DROM, comme le plus souvent observé, les caractéristiques des épidémies de grippe ont été différentes. À La Réunion, l'épidémie, marquée par une circulation majoritaire des virus de type A(H3N2), a démarré début septembre (S36) et s'est terminée début novembre (S44). À Mayotte, l'épidémie de grippe est survenue entre novembre (S44) et décembre (S51) avec une circulation majoritaire des virus de type A(H3N2). En Guyane, l'épidémie est survenue à une période habituelle, de mi-décembre (S50) à fin février (S09). En revanche, l'épidémie a été plus longue en Guadeloupe (de fin décembre S51 à mi-mars S12) et en Martinique, elle a démarré plus tardivement (début janvier S02 à mi-mars S12).

Bronchiolite et infections à VRS

L'épidémie de bronchiolite 2023-2024 en France hexagonale a commencé mi-octobre (S42). Le pic a été atteint fin novembre (S48) et l'épidémie s'est achevée début janvier (S01). En prenant en référence les années précédant l'émergence de la COVID-19 (saisons 2015-2020), le début de l'épidémie 2023-2024 a été précoce, 4 semaines plus tôt qu'habituellement observé en moyenne et sa durée de 12 semaines était équivalente à ce qui était en moyenne habituellement observé [1].

Concernant sa diffusion régionale, l'épidémie a débuté en Île-de-France, en Guadeloupe et en Martinique début octobre (S40), en Bretagne, Pays de la Loire et Guyane en S41, puis en Normandie en S42, Centre-Val de Loire et Grand Est en S43, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie en S44, en Auvergne-Rhône-Alpes et Provence Alpes Côte d'Azur en S46, en Corse en S49, à Mayotte en S51 et à La Réunion en S52. La Bretagne a été la première région à passer en phase post-épidémique fin décembre (S52), suivie par les autres régions du quart Nord-Ouest la semaine suivante. Comme habituellement observé, l'épidémie a été plus tardive à Mayotte (Annexe).

L'épidémie 2023-2024 a été caractérisée par une intensité globalement comparable à celles des épidémies de référence. Elle est restée d'une intensité inférieure à celle de la saison 2022-2023 qui avait été remarquable par sa très forte intensité, supérieure à celle des épidémies des 10 dernières années [2]. La proportion d'hospitalisations pour bronchiolite chez les moins de deux ans après passage aux urgences est restée dans des niveaux comparables à celles des saisons prises en référence.

Les analyses conduites chez les nourrissons de moins de 3 mois montrent un impact en termes de passages aux urgences et hospitalisations après passage aux urgences comparable à ceux des années précédant l'émergence de la COVID-19 et inférieur à celui de la saison 2022-2023. En revanche, chez les nourrissons de 3 mois et plus, l'impact observé est supérieur à celui des données précédant l'émergence du SARS-CoV-2 et se rapproche de celui observé lors de la saison 2022-2023 tout en y restant inférieur.

L'effet de la campagne d'immunisation par le nirsevimab et son efficacité en vie réelle sont en cours d'évaluation.

[1] Vaux. S et al. [Bronchiolitis epidemics in France during the SARS-CoV-2 pandemic: The 2020–2021 and 2021–2022 seasons](#). *Infectious Diseases Now*, 2022, 52(6), pp. 374–378.

[2] Santé publique France. [Bulletin épidémiologique bronchiolite. Bilan de la surveillance 2022-2023](#). 19 juillet 2023. [Bulletin épidémiologique bronchiolite. Bilan de la surveillance 2022-2023](#). (santepubliquefrance.fr)

Une surveillance pilote des cas de bronchiolite (tous virus confondus) admis dans des services de réanimation pédiatrique volontaires a été mise en place pour la saison 2023-2024. Elle a permis de montrer l'importance des infections dues au VRS dans cette population. Le VRS a été impliqué dans 69% des cas admis en réanimation (seul ou en co-infection). Chez l'adulte, 61% des cas graves d'infections à VRS admis en réanimation étaient âgés de 65 ans et plus.

Parmi les 5 738 épisodes de cas groupés d'IRA survenus dans les établissements médico-sociaux et déclarés via le portail national des signalements du ministère de la Santé et de la Prévention, 56 (1%) étaient exclusivement attribuables au VRS.

COVID-19

En 2023-2024, au niveau national, les indicateurs de surveillance de la COVID-19 ont augmenté début juillet jusqu'à atteindre un premier pic mi-septembre puis un second pic début décembre. Une diminution était observée à partir de mi-décembre jusqu'à revenir à des niveaux faibles en février. La dynamique et l'intensité aux pics d'activité de la COVID-19 étaient comparables à celles observées en 2022-2023.

Au niveau régional, les taux de passages aux urgences dans l'Hexagone étaient les plus élevés lors du pic de début décembre 2023 (S49) en Grand Est, Bourgogne-Franche-Comté et Provence-Alpes Côte d'Azur, les moins élevés en Île-de-France et Normandie tandis qu'ils se situaient à un niveau intermédiaire dans les autres régions. Ces taux ont ensuite diminué jusqu'à atteindre depuis février (S07) des niveaux faibles dans toutes les régions.

Lors du premier pic (mi-septembre 2023) la situation était caractérisée par la circulation de différents sous-lignages du variant Omicron, le variant le plus détecté étant EG.5. Lors du second pic (début décembre) différents sous-lignages du variant Omicron circulaient également, le variant BA.2.86 étant le plus détecté, principalement son sous-lignage JN.1.

En ville, la part des actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était de 6,4% lors du premier pic en S38 et 4,7% au second pic en S49 (vs 4,9% en S40-2022 et 4,0% en S48-2022). Le recours aux soins d'urgence en ville fin 2023 était d'une intensité comparable à celui observé fin 2022, et ceci dans toutes les classes d'âge.

À l'hôpital, les données de passages aux urgences et d'hospitalisations après passage pour COVID-19 étaient comparables à celles de 2022-2023. La part de la COVID-19 parmi les passages aux urgences tous âges confondus était de 1,1% au pic en S36 et 1,6% au pic en S49 (vs 1,5% en S41-2022 et 1,6% en S50-2022). La part des hospitalisations après passage aux urgences a atteint des valeurs maximales début octobre en S40 (2,2% vs 3,6% en S41-2022) et début décembre S50 (3,3% vs 4,1% en S50-2022). Ces hospitalisations étaient principalement portées par les 65 ans et plus.

Parmi les signalements de cas graves de COVID-19 admis en réanimation depuis S40, 63% des cas avaient 65 ans et plus et 31% entre 18 et 64 ans. Parmi les cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné (48%), 93% n'avaient pas été vaccinés contre la COVID-19 depuis moins de 6 mois.

Les épisodes d'infections respiratoires aiguës dans les établissements médico-sociaux liés à la COVID-19 étaient majoritairement attribuables à la COVID-19. La part de la COVID-19 est restée majoritaire jusqu'à fin décembre (S52) avec deux pics observés début octobre et début décembre. Depuis mi-janvier, le nombre d'épisodes liés à la COVID-19 a diminué pour atteindre des niveaux faibles.

Le suivi de la présence du SARS-CoV-2 dans les eaux usées a montré que la circulation virale s'est étalée sur environ 14-16 semaines (de S45-2023 à S07/S09-2024) et a atteint un pic en semaine 50-2023 avec un niveau proche de celui de l'hiver 2022-2023.

Depuis la semaine 40-2023, parmi les 155 785 décès déclarés par certificat électronique de décès toutes causes, 5 635 décès ont été déclarés avec mention de COVID-19 (3,6%), dont 95% âgés de 65 ans ou plus.

Suite à la campagne de vaccination qui s'est déroulée d'octobre 2023 à février 2024, 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).

Une nouvelle campagne de vaccination contre la COVID-19 a débuté le 15 avril 2024 à destination des plus fragiles (personnes âgées de 80 ans et plus, personnes immunodéprimées et résidents des Ehpad et des USLD). Ces personnes pourront recevoir une dose de vaccin à partir de 3 mois après la dernière injection ou infection par le SARS-CoV-2.

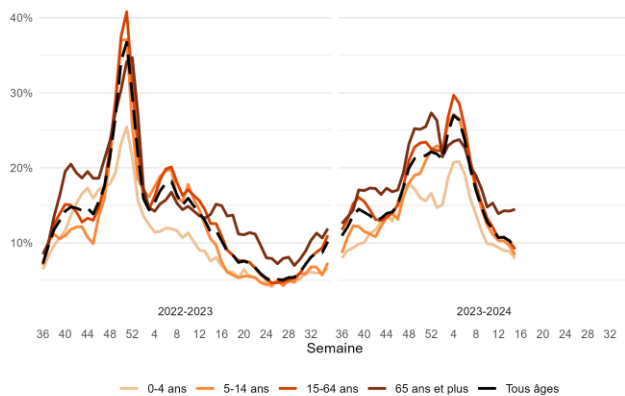
Ce numéro est le dernier bulletin IRA de la saison de surveillance hivernale. Cependant, la surveillance des IRA se poursuit et en cas de recrudescence notable, notamment de la COVID-19, des points spécifiques pourront être publiés.

Médecine de ville

Deux pics successifs liés aux IRA basses ont été observés durant la saison 2023-2024, le premier était lié à l'épidémie de bronchiolite et au SARS-CoV-2, le second à l'épidémie grippale.

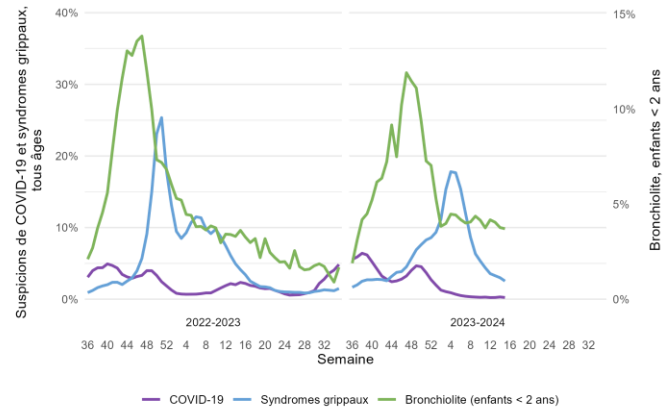
La part des IRA basses parmi les actes SOS Médecins a atteint 22% lors du premier pic survenu fin décembre (S52) et 27% lors du deuxième pic survenu fin janvier (S04).

Part des IRA basses* parmi les actes SOS Médecins



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

Part des syndromes grippaux, des suspicions de COVID-19 (tous âges) et de la bronchiolite (chez les moins de deux ans) parmi les actes SOS Médecins



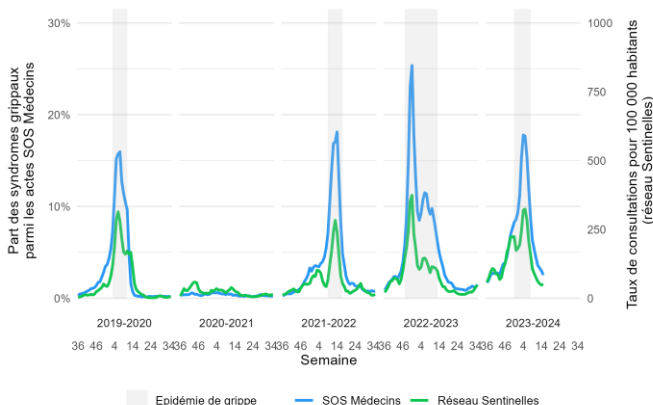
Source : SOS Médecins

Grippe

D'après les données du réseau Sentinelles, l'ampleur de l'épidémie a été modérée en médecine de ville, avec une estimation de 1 540 000 consultations pour syndrome grippal et un taux de consultations estimé à 324 pour 100 000 habitants (IC95% : 305-343) au pic d'activité en S05.

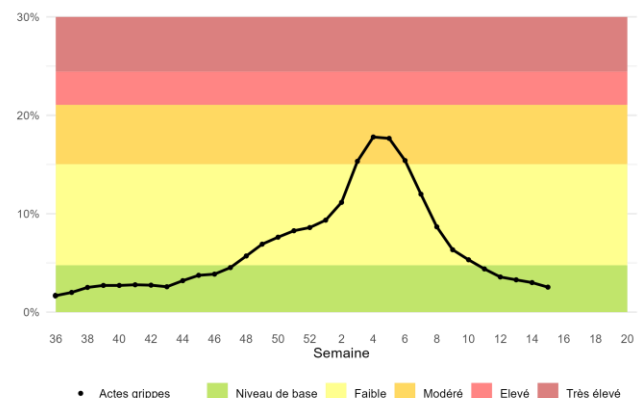
D'après les données du réseau SOS Médecins, en comparaison avec les saisons 2016-2017 à 2022-2023 (à l'exception des saisons 2019-2020 et 2020-2021), l'activité pour grippe/syndrome grippal a atteint un niveau d'intensité modéré pendant 4 semaines (de S03 à S06) avec un pic en S05 (18%). Contrairement à la saison 2022-2023, caractérisée par une sévérité marquée, le niveau d'intensité est resté modéré dans toutes les classes d'âge.

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



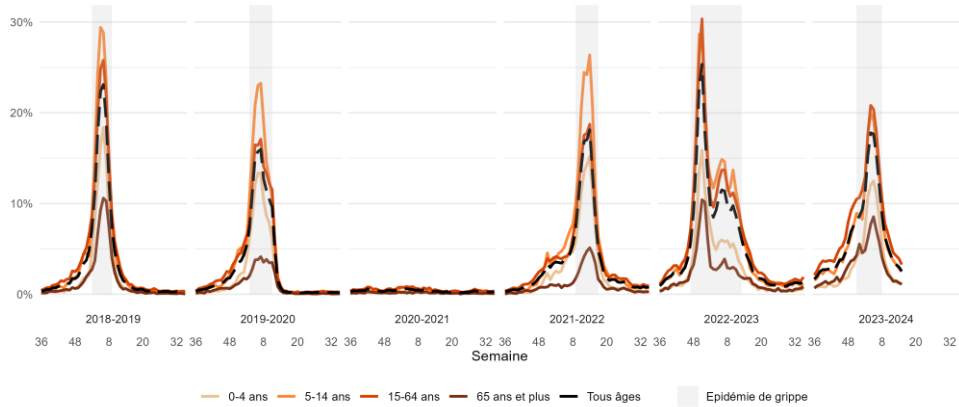
Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins

Part des syndromes grippaux parmi les consultations SOS Médecins, selon le niveau d'intensité* pour cet indicateur



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

Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins

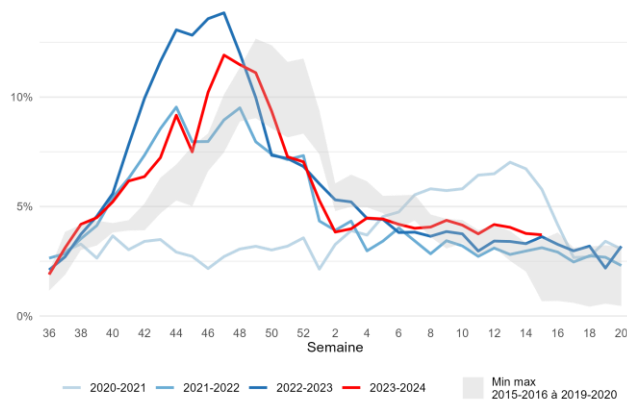


Source : SOS Médecins

Bronchiolite

La part des actes liés à la bronchiolite parmi l'ensemble des actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 2 ans était de 6,4% mi-octobre (S42), au début de l'épidémie, de 11,9% début décembre en S49, semaine où la valeur maximale a été observée puis de 5,2% début janvier (S01) en fin d'épidémie. En comparaison aux saisons précédant l'émergence de la COVID-19 (2015-2020), l'activité liée à la bronchiolite a été plus précoce, mais l'intensité était comparable. L'intensité de l'épidémie cette saison est restée inférieure à celle de la saison 2022-2023.

Part de la bronchiolite parmi les actes SOS Médecins chez les enfants de moins de 2 ans



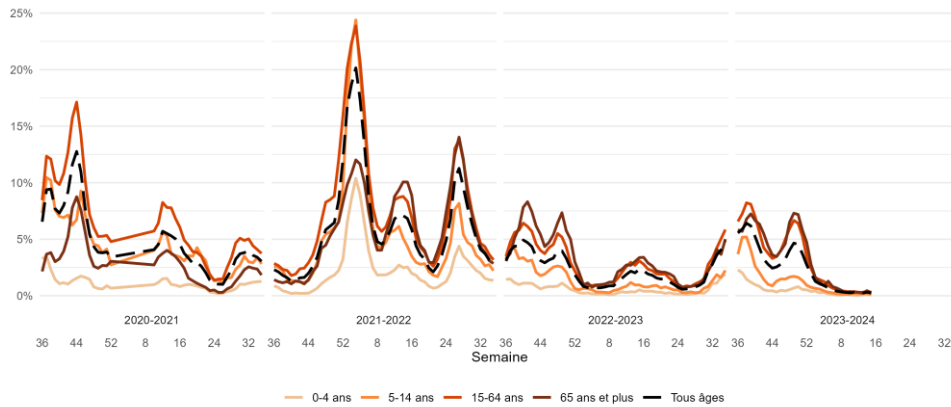
Source : SOS Médecins

COVID-19

En ville, la part des actes SOS Médecins liés à la COVID-19 a augmenté début août (2,2% en S31) pour atteindre 6,4% lors du premier pic en septembre (S38) et 4,7% lors du second pic en décembre (S49) (vs 4,9% en S40-2022 et 4,0% en S48-2022 aux pics). La part d'activité a diminué jusqu'à atteindre des niveaux faibles à partir de février. En S49, la part des actes SOS Médecins était la plus élevée chez les 65 ans et plus (7,3%) et chez les 15-64 ans (6,7%).

En semaine 15, le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 211, soit 0,2% des actes SOS Médecins (vs 0,3% en S14).

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



Source : SOS Médecins

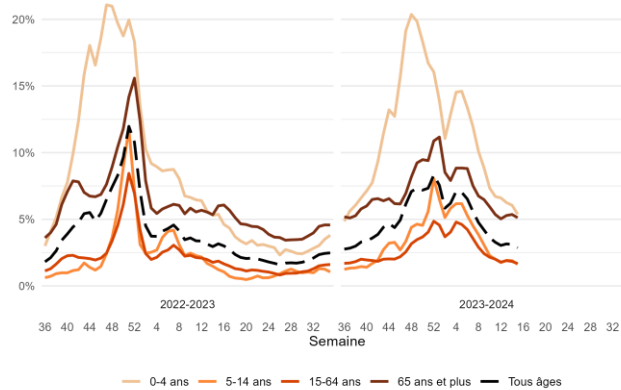
Retrouvez la situation épidémiologique en médecine de ville dans le bulletin du [réseau Sentinelles](#).

Milieu hospitalier

La part des IRA basses parmi les passages aux urgences a atteint 14% lors du premier pic survenu fin décembre (S52) et 11% lors du deuxième pic survenu fin janvier (S04).

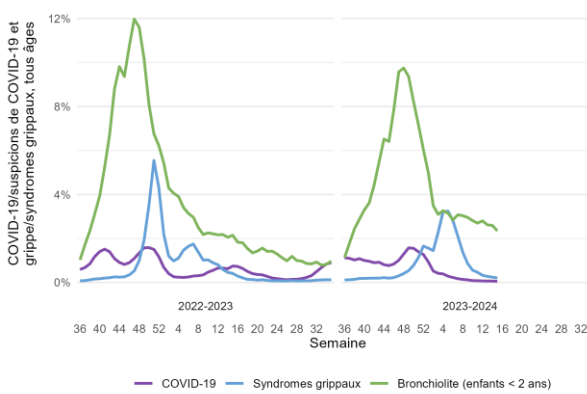
En semaine 15, 9 921 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 2,9% de l'ensemble des passages tous âges (vs 3,1% en S14). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 4 293, soit 6,4% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 6,7% en S14).

Part des IRA basses parmi les passages aux urgences

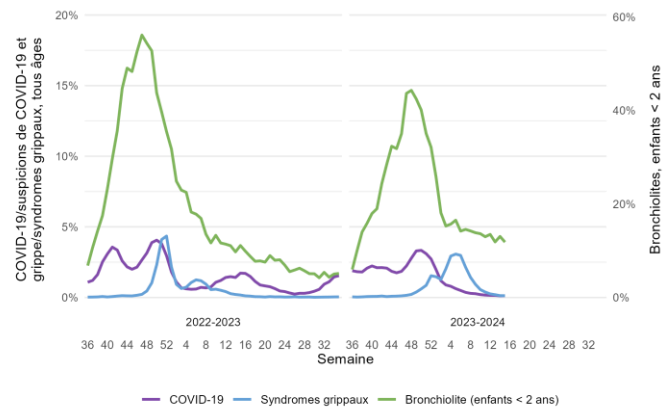


Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 et de la grippe/syndrome grippal (tous âges) et part de la bronchiolite (chez les moins de deux ans)

Passages aux urgences



Hospitalisations après passage

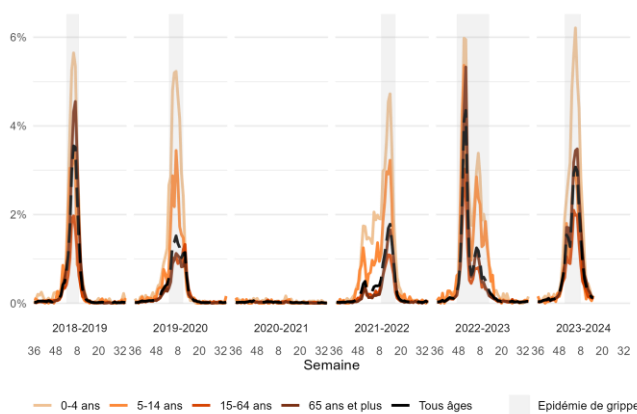


Grippe

Durant l'épidémie, le réseau OSCOUR® a enregistré 73 597 passages aux urgences pour syndrome grippal, dont 14 012 ont conduit à une hospitalisation, avec un pic d'activité en S05 représentant 3,2% des passages et 3,1% des hospitalisations.

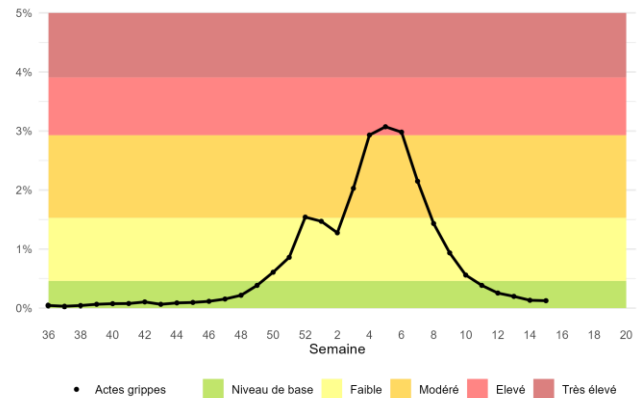
En comparaison avec les saisons 2016-2017 à 2022-2023 (à l'exception des saisons 2019-2020 et 2020-2021), la part des hospitalisations pour grippe/syndrome grippal a atteint un niveau d'intensité élevé durant les semaines 05 et 06 tous âges confondus, niveau porté par la classe d'âge des 15-64 ans (niveau élevé atteint dans cette classe d'âge durant 3 semaines consécutives de S04 à S06).

Part de la grippe/syndrome grippal parmi les hospitalisations après passage aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Part de la grippe/syndrome grippal parmi les hospitalisations après passage aux urgences, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur*



Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en [annexe](#)

Bronchiolite

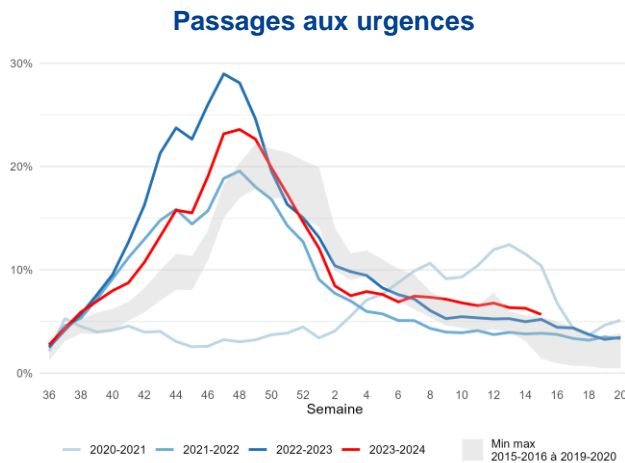
La part des passages aux urgences pour bronchiolite parmi l'ensemble des passages aux urgences pour les enfants de moins de 2 ans, était de 10,1% à la mi-octobre (S42), au début de l'épidémie, de 23,6% fin novembre (S48) au pic de l'épidémie puis de 12,1% début janvier (S01) en fin d'épidémie. La part des hospitalisations pour bronchiolite après passage aux urgences parmi l'ensemble des hospitalisations pour les enfants de moins de 2 ans, était de 24,3% à la mi-octobre (S42), de 44,3% en S48 puis de 25,8% en S01. En comparaison aux saisons précédant l'émergence de la COVID-19 (2015-2020), les activités liées à la bronchiolite ont été plus précoces, mais d'intensités comparables ou légèrement supérieures. Les intensités sont restées inférieures cette saison à celles de la saison 2022-2023.

Les analyses conduites chez les nourrissons de moins de 3 mois montrent un impact en termes de passages aux urgences et hospitalisations après passages aux urgences comparable à ceux des années précédant l'émergence de la COVID-19 et inférieur à celui de la saison 2022-2023. En revanche, chez les nourrissons de 3 mois et plus, l'impact observé est supérieur à celui des données précédant l'émergence du SARS-CoV-2 et se rapproche de celui observé lors de la saison 2022-2023 tout en y restant inférieur.

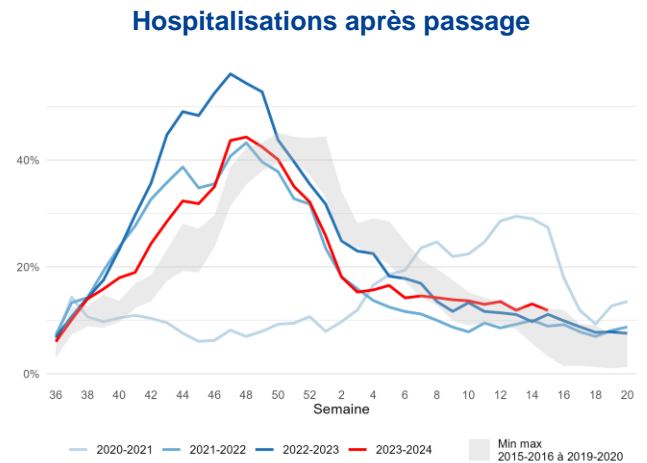
L'effet de la campagne d'immunisation par le nirsevimab et son efficacité en vie réelle sont en cours d'évaluation.

Une description des données chez les moins de 1 an par classe d'âge est disponible en téléchargement [ici](#).

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



Source : réseau OSCOUR®



Source : réseau OSCOUR®

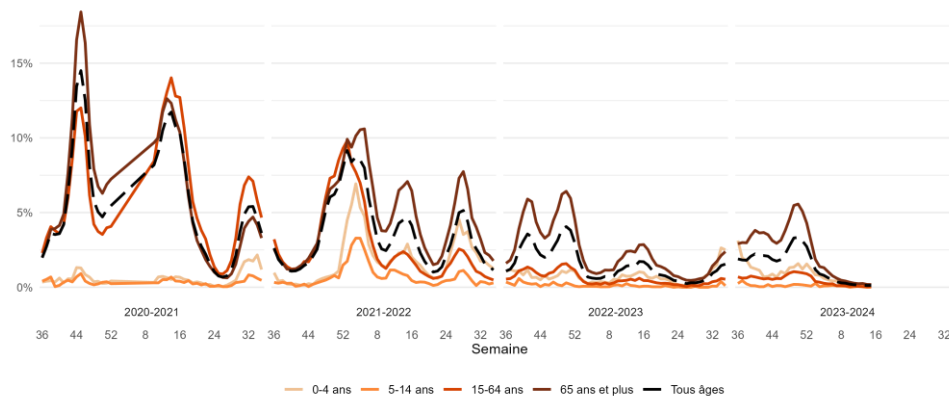
COVID-19

À l'hôpital, la part des passages aux urgences pour COVID-19 a augmenté à partir d'août (0,3% en S31) jusqu'à atteindre un premier pic en S36 (1,1%). Une diminution a ensuite été observée jusqu'en S45. Un second pic a été atteint début décembre (1,6% en S49) suivi d'une diminution jusqu'en S15 (0,1%).

La part des hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19 a atteint des valeurs maximales en S40 (2,2%) puis en S50 (3,3%). La part des hospitalisations après passage aux urgences était nettement plus élevée chez les 65 ans et plus (respectivement 3,8% et 5,6% lors des pics en S40 et S50).

En semaine 15, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 195, soit 0,1% (vs 0,1% en S14). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 82, soit 0,1% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,1% en S14). Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 2 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S15, soit 0,1% (vs 0,1% en S14).

Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 parmi les hospitalisations après passage aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Cas graves en réanimation

Depuis la semaine 40, 876 cas de grippe, 690 cas de COVID-19 et 132 cas d'infections à VRS* ont été signalés par les services de réanimation participant à la surveillance (surveillance non exhaustive). Vingt-cinq co-infections grippe/SARS-CoV-2, 8 co-infections SARS-CoV-2/VRS et 4 co-infections grippe/VRS ont également été déclarées.

* La surveillance des infections à VRS concerne uniquement les personnes âgées de 18 ans et plus.

Caractéristiques des patients admis en service de réanimation suite à une infection par les virus de la grippe, le SARS-CoV-2 ou le VRS au cours de la saison 2023-2024

	Grippe		COVID-19		Infection à VRS	
	N = 876 (52%)		N = 690 (41%)		N = 132 (8%)	
	N	%	N	%	N	%
Sexe						
Femme	331	(38%)	233	(34%)	64	(48%)
Homme	542	(62%)	457	(66%)	67	(51%)
Indéterminé	1	(0%)	0	(0%)	1	(1%)
Non renseigné	2		0		0	
Classes d'âge (années)						
< 2	47	(5%)	33	(5%)	-	
2-17	51	(6%)	10	(1%)	-	
18-64	420	(48%)	214	(31%)	51	(39%)
65 et plus	355	(41%)	433	(63%)	81	(61%)
Non renseigné	3		0		0	
Données virologiques grippales						
A, sans précision	620	(80%)	-		-	
A(H1N1) _{pdm09}	91	(12%)	-		-	
A(H3N2)	48	(6%)	-		-	
B	8	(1%)	-		-	
Co-infection virus grippaux	6	(1%)	-		-	
Non renseigné	103		-		-	
Présence de comorbidité(s)	732	(84%)	609	(88%)	124	(94%)
Vaccination grippe pour la saison en cours						
Oui	111	(13%)	65	(9%)	21	(16%)
Non	428	(49%)	189	(27%)	33	(25%)
Ne sait pas/Non renseigné	337	(38%)	436	(63%)	78	(59%)
Vaccination COVID-19 depuis moins de 6 mois						
Oui	22	(3%)	22	(3%)	8	(6%)
Non	323	(37%)	308	(45%)	35	(27%)
Ne sait pas/Non renseigné	531	(61%)	360	(52%)	89	(67%)
Syndrome de détresse respiratoire aiguë						
Aucun	367	(47%)	294	(48%)	65	(55%)
Mineur	86	(11%)	69	(11%)	17	(14%)
Modéré	159	(20%)	124	(20%)	19	(16%)
Sévère	174	(22%)	128	(21%)	17	(14%)
Non renseigné	90		75		14	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive						
Aucune	31	(4%)	45	(7%)	2	(2%)
Ventilation non-invasive	498	(58%)	397	(59%)	80	(63%)
Ventilation invasive	305	(36%)	230	(34%)	44	(35%)
Assistance extracorporelle	22	(3%)	2	(0%)	1	(1%)
Non renseigné	20		16		5	

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

Parmi les 876 cas de grippe, 89% avaient 18 ans ou plus. Un virus de type A a été identifié dans 98% des cas où le virus a été typé. Parmi les 539 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 79% n'étaient pas vaccinés contre la grippe. Un total de 125 décès a été signalé, dont 73 (58%) chez les 65 ans ou plus (données non consolidées).

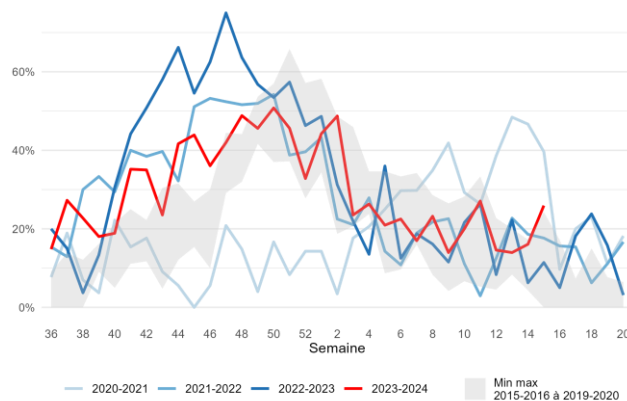
Parmi les 690 cas de COVID-19, 94% étaient âgés de 18 ans ou plus. Parmi eux, la majorité étaient des hommes et la présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 88% des cas. Parmi les 330 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 93% n'avaient pas été vaccinés contre la COVID-19 depuis moins de 6 mois. Un total de 123 décès a été signalé, dont 95 (77%) chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Parmi les 132 cas d'infections à VRS, 61% étaient âgés de 65 ans ou plus. Les patients présentant au moins une comorbidité représentaient 94% des cas. Un total de 19 décès a été signalé, dont 13 (68%) chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Bronchiolite

La part des hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences pour bronchiolite parmi l'ensemble des hospitalisations en réanimation est restée cette saison dans des niveaux comparables à ceux des saisons précédant l'émergence de la COVID-19 (2015-2020).

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



Source : réseau OSCOUR®

Une surveillance pilote des cas graves de bronchiolite chez les moins de 2 ans a été initiée cette saison avec des services de réanimation pédiatrique volontaires. Sont signalés les patients de moins de 2 ans avec une forme grave de bronchiolite nécessitant une prise en charge en réanimation, quel que soit le virus à l'origine de l'infection (identifié ou non). Les services participant peuvent signaler tous les cas admis en réanimation ou les cas admis en réanimation un jour donné de la semaine. Cette surveillance n'est pas exhaustive.

Depuis fin août 2023 et jusqu'au 12 avril 2024, 668 cas graves de bronchiolite ont été signalés par les services de réanimation participants. Parmi eux, le VRS et le rhinovirus ont été identifiés dans 436 (69%) et 133 (21%) cas respectivement. Les cas étaient majoritairement âgés de moins de 6 mois (76%) et 31% des cas avaient au moins une comorbidité identifiée ou étaient nés prématurés. Un traitement préventif contre les infections à VRS par anticorps monoclonal avait été administré pour 23% des cas.

Caractéristiques des nourrissons admis en service de réanimation pour une bronchiolite en France au cours de la saison 2023-2024, données au 12 avril 2024

	Bronchiolite	
	N = 668	
	N	%
Sexe		
Garçon	363	(56%)
Fille	284	(44%)
Non renseigné	21	
Classes d'âge (mois)		
< 1	87	(13%)
1-2	253	(39%)
3-5	154	(24%)
6-11	100	(15%)
12-24	60	(9%)
Non renseigné	14	
Agents pathogènes (seul ou en co-infection)*		
VRS	436	(69%)
Rhinovirus	133	(21%)
Métapneumovirus	47	(7%)
Entérovirus	39	(6%)
Parainfluenzae virus	23	(4%)
Virus grippal	21	(3%)
Adénovirus	20	(3%)
SARS-CoV-2	19	(3%)
Coronavirus saisonnier	15	(2%)
Bocavirus	8	(1%)
Autre pathogène	16	(2%)
Non identifié/Non recherché/Non renseigné	38	
Présence de comorbidité(s) et/ou prématurité**	209	(31%)
Prématurité	111	(17%)
Pathologie cardiaque	48	(7%)
Pathologie pulmonaire	40	(6%)
Traitement préventif pour le VRS	154	(23%)
Nirvesimab (Beyfortus)	143	
Palivizumab (Synagis)	10	
Non renseigné	1	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive		
Aucune/Non renseignée	18	(3%)
Ventilation non invasive	414	(62%)
Oxygénothérapie à haut-débit	191	(29%)
Ventilation invasive	43	(6%)
Assistance extracorporelle	2	(<1%)
Décès	1	(<1%)

Source : réseau de services de réanimation sentinelles pédiatriques.

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

* Plusieurs agents pathogènes possibles pour un patient (co-infections). Le total est supérieur à 100%.

** Seules les comorbidités les plus fréquentes sont décrites. Plusieurs comorbidités possibles pour un patient.

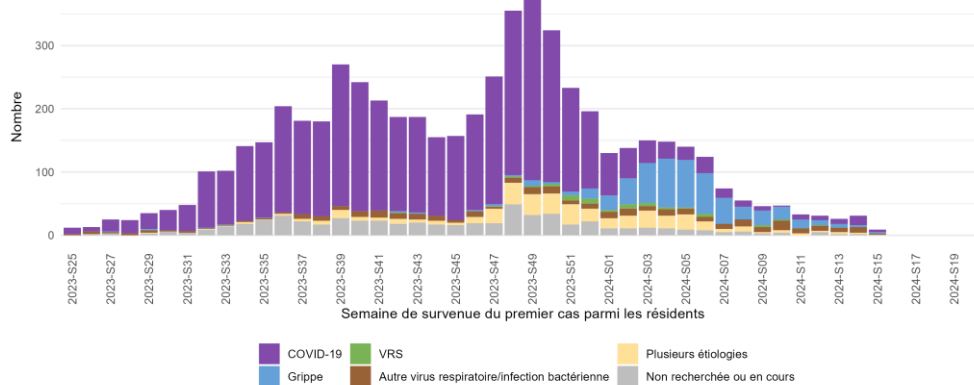
Établissements médico-sociaux

Depuis le 20/06/2023, 5 767 épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) sont survenus dans les établissements médico-sociaux (EMS) et ont été déclarés via le portail national des signalements du ministère de la Santé et de la Prévention*, dont 5 043 (87%) sont survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Sur l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 5 188 (90%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 3 915 (75%) étaient exclusivement attribuables à la COVID-19, 531 (10%) à la grippe et 57 (1%) au VRS.

La part de la COVID-19 est restée majoritaire jusqu'à fin décembre (S52) avec deux pics observés début octobre et début décembre. Depuis mi-janvier, le nombre d'épisodes liés à la COVID-19 a diminué pour atteindre des niveaux faibles.

La part des épisodes liés à la grippe était majoritaire de mi-janvier à mi-mars. De janvier à mi-février, le nombre d'épisodes rapportés est resté stable puis a diminué pour atteindre un nombre faible ces dernières semaines.

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



S15 et S14 : données non consolidées

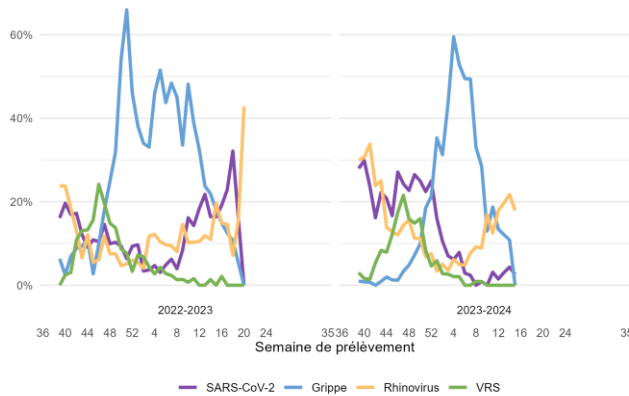
* Portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère de la Santé et de la Prévention (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>)

Surveillance virologique

La circulation des virus grippaux, du VRS et du SARS-CoV-2 est à des niveaux faibles depuis plusieurs semaines. Toutefois, la circulation des rhinovirus reste active : en semaine 15, le taux de positivité du rhinovirus parmi les 39 prélèvements réalisés en ville par les médecins du réseau Sentinelles était de 17,9% (vs 21,7% en S14) et en milieu hospitalier (réseau RENAL) de 21,6% (vs 19,2% en S14).

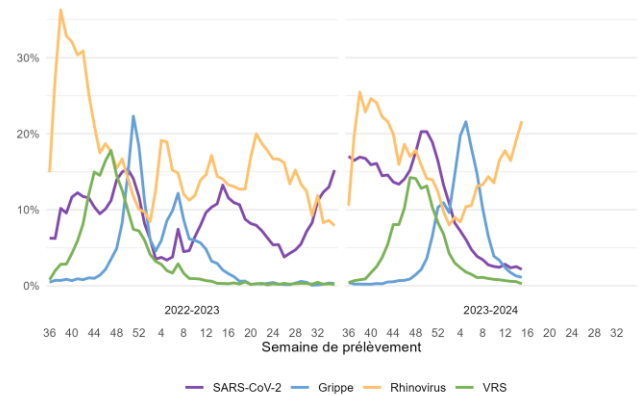
Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale

Médecine de ville



Source : réseau Sentinelles, DUMG Rouen, CNR
Reprise des analyses en S39 pour la saison 2023-2024

Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR

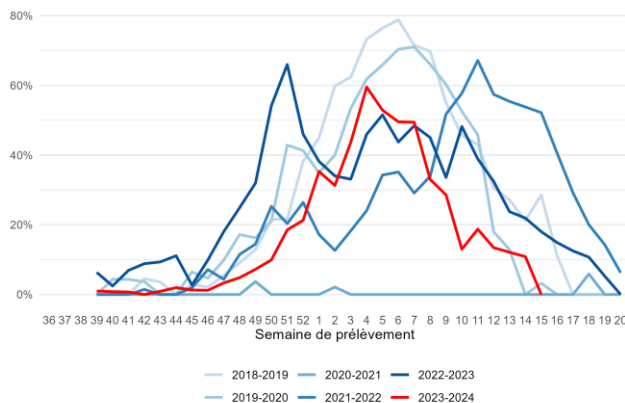
Virus grippaux

En médecine de ville (réseau Sentinelles/CNR), parmi les 4 107 prélèvements testés depuis la semaine 40, 910 virus grippaux ont été détectés, la très grande majorité était de type A : 668 A(H1N1)_{pdm09}, 219 A(H3N2), 10 non sous typés, 13 B/Victoria ; parmi eux, 9 cas de co-infection A(H1N1)_{pdm09} A(H3N2). Le taux de positivité le plus élevé (60%) a été atteint autour du pic de l'épidémie en S04.

À l'hôpital (réseau RENAL), parmi les 346 928 prélèvements testés depuis la semaine 40, 25 780 se sont avérés positifs pour un virus grippal (7,4%), dont 21 343 virus de type A non sous-typés, 2 988 A(H1N1)_{pdm09}, 949 A(H3N2) et 500 virus de type B. Le taux de positivité le plus élevé (22%) a été atteint au pic de l'épidémie en S05.

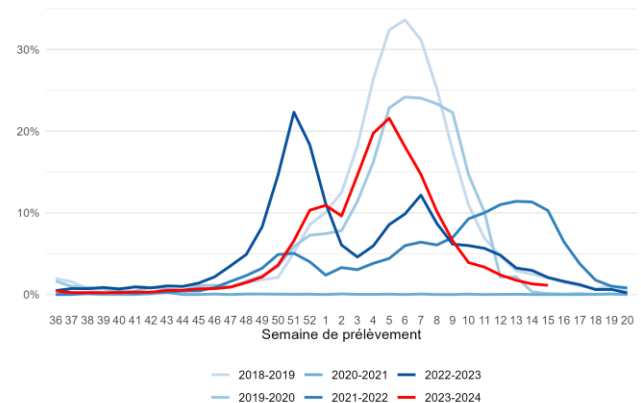
Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale

Médecine de ville



Source : réseau Sentinelles, DUMG Rouen, CNR

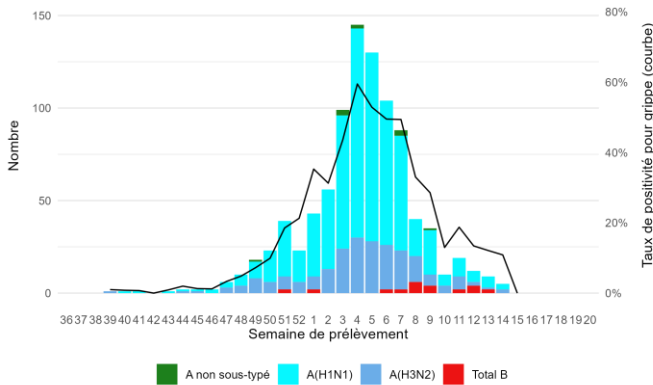
Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR

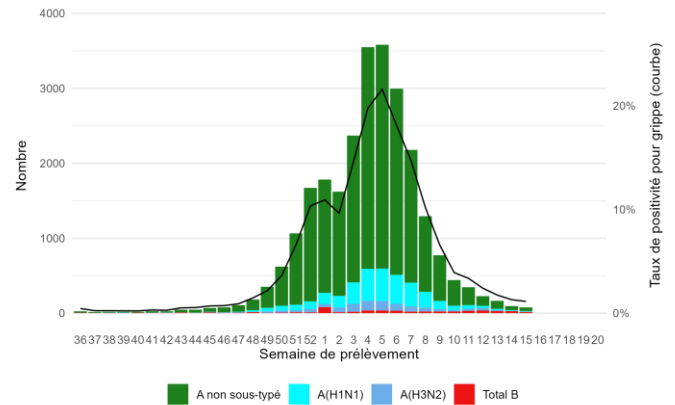
Distribution des types et sous-types de virus grippaux des prélèvements réalisés en France hexagonale

Médecine de ville



Source : réseau Sentinelles, DUMG Rouen, CNR

Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR

Caractérisations antigénique et génétique des virus grippaux

Les analyses de caractérisations antigénique et génétique réalisées par le CNR des virus respiratoires sur les virus grippaux A(H1N1)_{pdm09} et A(H3N2) co-circulant depuis le début de l'épidémie indiquent que les virus présentent toujours les mêmes profils :

- les virus A(H1N1)_{pdm09} caractérisés sont antigéniquement et génétiquement apparentés à la souche vaccinale présente dans le vaccin hémisphère sud (HS) 2023 (A/Sydney/5/2021 clade 5a.2a) et proches de la souche vaccinale présente dans le vaccin hémisphère nord (HN) 2023-24 (A/Victoria/4897/2022 clade 5a.2a.1).
- les virus A(H3N2) caractérisés, présentent un profil antigénique non totalement apparenté à la souche vaccinale présente dans le vaccin HN 2023-24 (A/Darwin/9/2021 clade 2a). Ils sont antigéniquement apparentés aux souches du clade 2a.3a.1 présentes dans le vaccin HS 2024 (A/Thaïland/8/2022 et A/Massachusetts/18/2022). Le séquençage montre que les virus circulants appartiennent aux clades 2a.3a ou 2a.3a.1, ce dernier clade étant majoritaire parmi les H3N2.

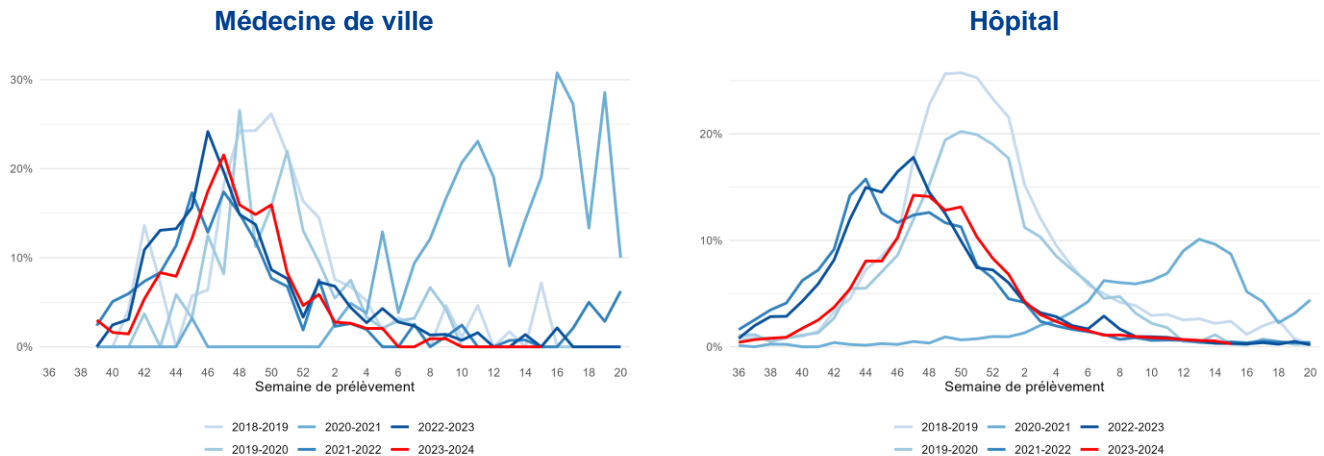
Les virus identifiés cette saison présentaient des caractéristiques antigéniquement stables. Les virus A(H1N1)_{pdm09} ont été majoritaires et le profil antigénique des virus permettait d'anticiper une bonne efficacité du vaccin.

Pour plus d'informations sur les données virologiques issues du réseau RENAL de laboratoires hospitaliers et du réseau RELAB de laboratoires de biologie médicale, consultez [le bulletin hebdomadaire du Centre national de référence Virus des infections respiratoires](#)

VRS

Le taux de positivité du VRS parmi les prélèvements réalisés en ville par les médecins du réseau Sentinelles était de 5,3% à la mi-octobre (S42) en début d'épidémie, de 21,5% fin novembre (S47), lorsque la valeur maximale a été observée et de 5,9% début janvier (S01) en fin de l'épidémie. Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 3,7% en S42, de 14,2% en S47 et de 6,8% en S01.

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



Source : réseau Sentinelles, DUMG Rouen, CNR

* Prélèvements tous âges. Les proportions sont rapportées aux nombres de prélèvements pour lesquels le pathogène a été testé, tous symptômes confondus

Source : réseau RENAL, CNR

SARS-CoV-2

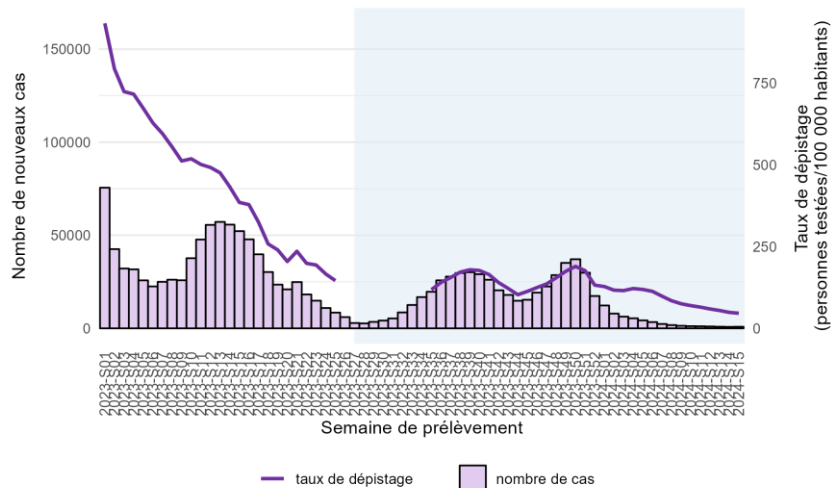
Le taux de positivité du SARS-CoV-2 parmi les prélèvements réalisés en ville par les médecins du réseau Sentinelles a atteint un maximum de 50% mi-septembre (S37), suivi d'une diminution jusqu'à début novembre (17% en S45). Une augmentation a été ensuite observée (27% en S46) avec un maintien à un niveau élevé jusqu'à fin décembre (25% en S52). Le taux de positivité a ensuite diminué jusqu'à atteindre des niveaux faibles en février. En semaine 15, il était de 2,6% (vs 4,3 en S14).

Le taux de positivité du SARS-CoV-2 parmi les prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) a augmenté à partir de fin juillet (7% en S30) jusqu'à atteindre 17% début septembre (S36). Une diminution a été ensuite observée jusqu'en début novembre (13% en S45) suivie d'une reprise à la hausse pour atteindre 20% mi-décembre (S50). Une diminution du taux de positivité a été ensuite observée jusqu'à atteindre des niveaux faibles fin février. En semaine 15, le taux de positivité était de 2,2% (vs 2,5 en S14).

Surveillance en laboratoires

En semaine 15, 845 nouveaux cas ont été déclarés par les laboratoires de biologie médicale (vs 785 en S14) soit un taux d'incidence de 1 pour 100 000 habitants (vs 1 en S14). Le taux de dépistage était de 46 pour 100 000 habitants, vs 49 en S14. Le taux de positivité était de 2,7% en S15 (vs 2,4% en S14).

Taux de dépistage et nombre de nouveaux cas positifs au SARS-CoV-2



Source : Laboratoires de biologie médicale en ville et à l'hôpital (+ officines et autres professionnels de santé jusqu'au 30 juin 2023). Taux de dépistage non disponible entre S26-2023 et S34-2023 en raison de l'interruption de la remontée des tests négatifs sur cette période.

Surveillance dans les eaux usées

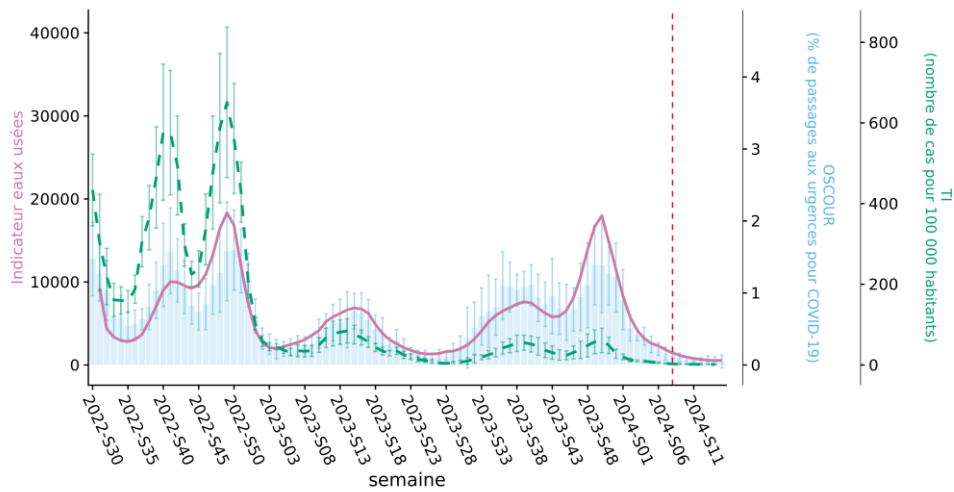
La saison de surveillance hivernale 2023-2024 a permis d'introduire pour la première fois en France la surveillance des eaux usées* dans une stratégie globale de surveillance du SARS-CoV-2, en complément des autres dispositifs déployés dans le cadre de cette surveillance saisonnière. La surveillance des eaux usées permet de détecter la présence du virus de la COVID-19 dans un territoire donné et d'en mesurer les tendances de circulation, tout en s'affranchissant des pratiques de dépistage. Elle a ainsi été réalisée à partir de 12 stations de traitement des eaux usées de l'Hexagone et a permis de fournir un indicateur de suivi à l'échelle nationale. Le bilan du suivi de cet indicateur cet hiver montre que la circulation virale s'est étalée sur environ 14-16 semaines (de S45-2023 à S07/S09-2024) et a atteint un pic en semaine 50-2023 avec un niveau proche de celui de l'hiver 2022-2023.

A ce jour, bien que le niveau de circulation soit très bas, le SARS-CoV-2 continue d'être détecté dans les eaux usées, ce qui suggère la persistance d'une circulation continue dans la population.

En semaine 15, la présence du virus SARS-CoV-2 dans les eaux usées se maintenait à un niveau très faible pour l'ensemble des sites suivis avec un indicateur eaux usées égal à 564, soit +4,2% par rapport à S14 (12 stations de traitement des eaux usées sur 12 disposaient de résultats interprétables).

* Cette surveillance s'inscrit dans le cadre du dispositif national de surveillance microbiologique des eaux usées (dispositif SUM'EAU), mis en œuvre à l'initiative de la Direction générale de la santé avec l'appui du Laboratoire d'Hydrologie de Nancy (Anses).

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

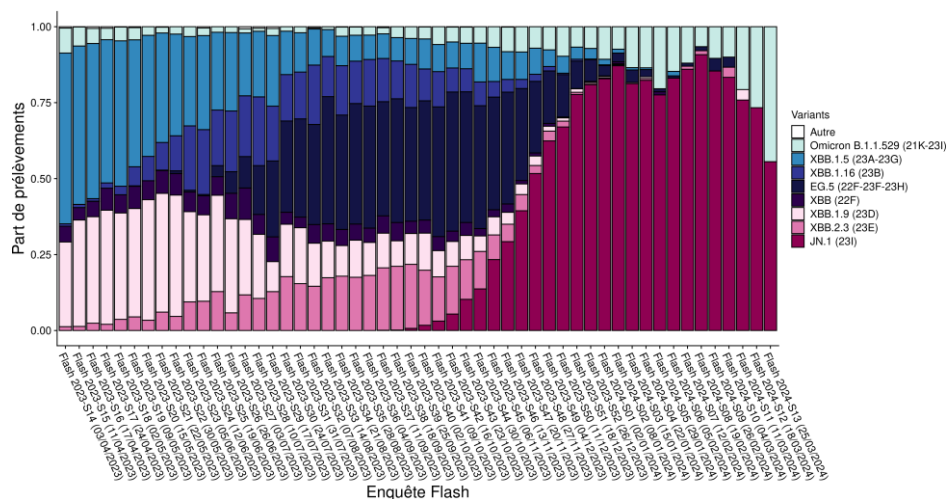


Source : SUM'Eau. Indicateur eaux usées : ratio de concentration virale de SARS-CoV-2 sur concentration en azote ammoniacal. TI : taux d'incidence. Le trait pointillé vertical au niveau de la semaine 08-2024 traduit le changement de laboratoire en charge des analyses microbiologiques (Méthodologie en [annexe](#))

Surveillance génomique

Le variant JN.1 est aujourd'hui dominant en France et au niveau mondial. En France hexagonale, JN.1 représentait 73% des séquences interprétables de l'enquête Flash du 18/03/2024 (contre 76% pour celle du 11/03). A noter que les enquêtes Flash les plus récentes comportent peu de séquences du fait du faible nombre tests PCR positifs. Les autres variants classés sont détectés dans des proportions faibles. Plus d'informations sont disponibles dans [l'analyse de risque variants du 08/04/2024](#).

Détection des variants classés au cours des enquêtes Flash, France hexagonale



Source : EMERGEN

Mortalité

Certification électronique

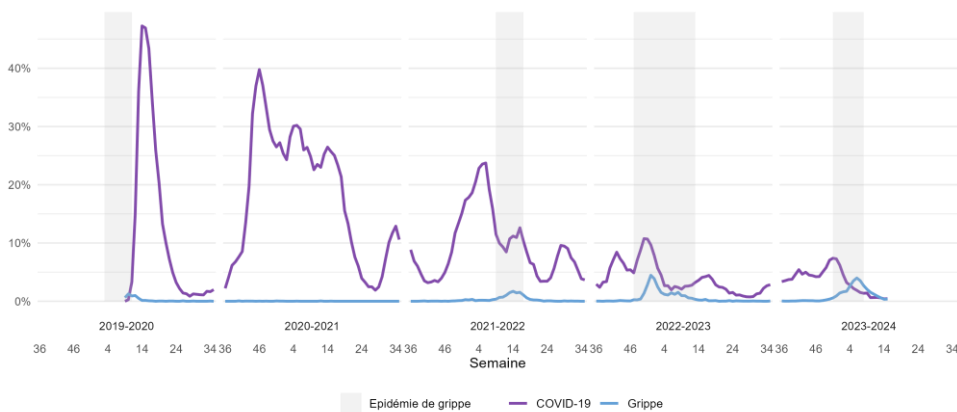
Depuis la semaine 40-2023, parmi les 161 416 décès déclarés par certificat électronique de décès toutes causes, 1 862 (1,2%) l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès dont 88% étaient âgés de 65 ans et plus et 5 671 décès déclarés avec mention de COVID-19 (3,5%), dont 95% étaient âgés de 65 ans ou plus.

L'augmentation de la part des décès liés à la grippe a débuté début janvier (S01) pour atteindre son pic (4,0%) en S06. Ce pic était inférieur à celui observé lors de l'épidémie de grippe de la saison 2022-2023 (4,5%) ainsi que de celui de 2018-2019 (5,5%). Les régions ayant rapporté les parts de décès liés à la grippe les plus élevées durant la saison 2023-2024 étaient : Auvergne-Rhône-Alpes (1,6%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (1,3%), l'Occitanie (1,2%) et l'Île-de-France (1,2%)

La part des décès liés à la COVID-19 a été la plus élevée de mi-décembre à début janvier avec un pic en S51 (7,4%). Depuis mi-janvier, cet indicateur était en diminution pour atteindre un niveau faible début mars (0,6% en S10). En semaine 15, la COVID-19 était mentionnée dans 0,4% des décès (vs 0,4% en S14).

En progression, le déploiement du dispositif de certification électronique recouvrait, fin 2023, 43% de la mortalité nationale, variant de 15% à 60% selon les régions de l'Hexagone. La part des décès certifiés électroniquement est également hétérogène selon le type de lieu de décès (environ 66% des décès survenant en établissements hospitaliers, près de 30% en Ehpad et 11% à domicile).

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

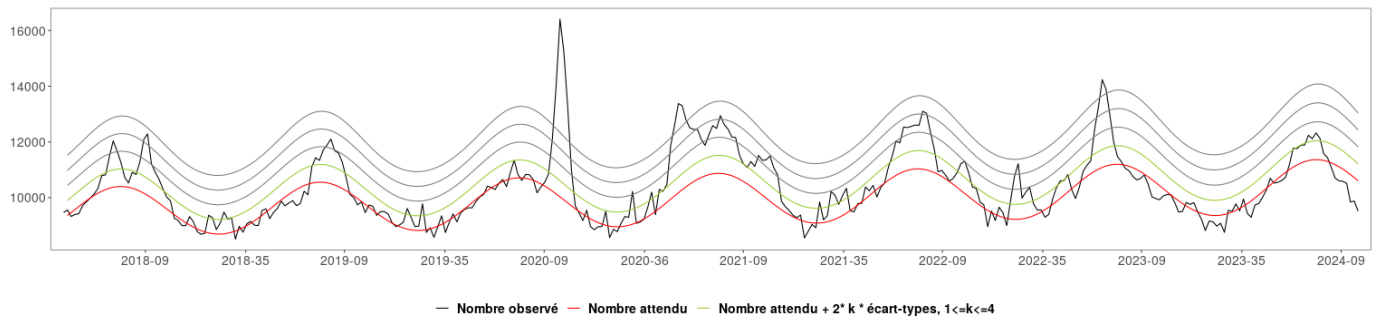


Source : CapiDC

Mortalité toutes causes

Une hausse de la mortalité toutes causes confondues issus des bureaux d'état-civil a été observée au niveau national à partir du mois de décembre 2023. Le nombre de décès était en léger excès entre les semaines 49-2023 et 04-2024, tous âges confondus, avant de revenir dans les marges de fluctuation habituelle en S05-2024. Dans un premier temps, cet excès a concerné majoritairement les adultes de 45-64 ans et de 65-84 ans, puis les adultes de 85 ans ou plus à partir de la semaine 01-2024. En région, un excès a été observé principalement en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie entre S47-2023 et S03-2024.

Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges, 2018 à 2024 (jusqu'en semaine 14)



Source : Insee. Dernière semaine incomplète

Prévention

Couverture vaccinale COVID-19

À l'issue de la campagne de vaccination qui s'est déroulée d'octobre 2023 à février 2024, 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).

Les couvertures vaccinales chez les professionnels de santé étaient estimées à 9,9% pour ceux exerçant en Ehpad, 11,1% pour les libéraux et 12,2% pour ceux exerçant en établissement de santé. Lors de cette campagne et à partir des données renseignées, 29,1% des vaccinations contre la COVID-19 ont été réalisées en même temps qu'un vaccin contre la grippe chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Concernant les estimations de couvertures vaccinales contre la COVID-19 chez les résidents en Ehpad, une enquête ad-hoc a été réalisée auprès des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Les résultats de cette enquête seront publiés d'ici juin 2024 sur le site internet de Santé publique France en suivant [ce lien](#).

La prochaine campagne de vaccination contre la COVID-19 a débuté le 15 avril 2024 à destination des plus fragiles (personnes âgées de 80 ans et plus, personnes immunodéprimées et résidents des Ehpad et des USLD). Ces personnes pourront recevoir une dose de vaccin à partir de 3 mois après la dernière injection ou infection par le SARS-CoV-2.

Couverture vaccinale grippe

La vaccination contre la grippe est recommandée chaque année, notamment, pour les personnes âgées de 65 ans et plus et pour les personnes de moins de 65 ans souffrant de certaines maladies chroniques.

Les estimations de la couverture vaccinale grippe au 29/02/2024 chez les personnes à risque ciblées par la vaccination indiquaient une couverture vaccinale à 47,1%, avec 54,0% chez les 65 ans et plus et 25,4% chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère. Ces couvertures vaccinales sont inférieures aux couvertures vaccinales estimées pour la saison 2022-2023 (51,5% pour toutes les personnes à risque ciblées par la vaccination, avec 56,2% chez les 65 ans et plus et 31,6% chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère).

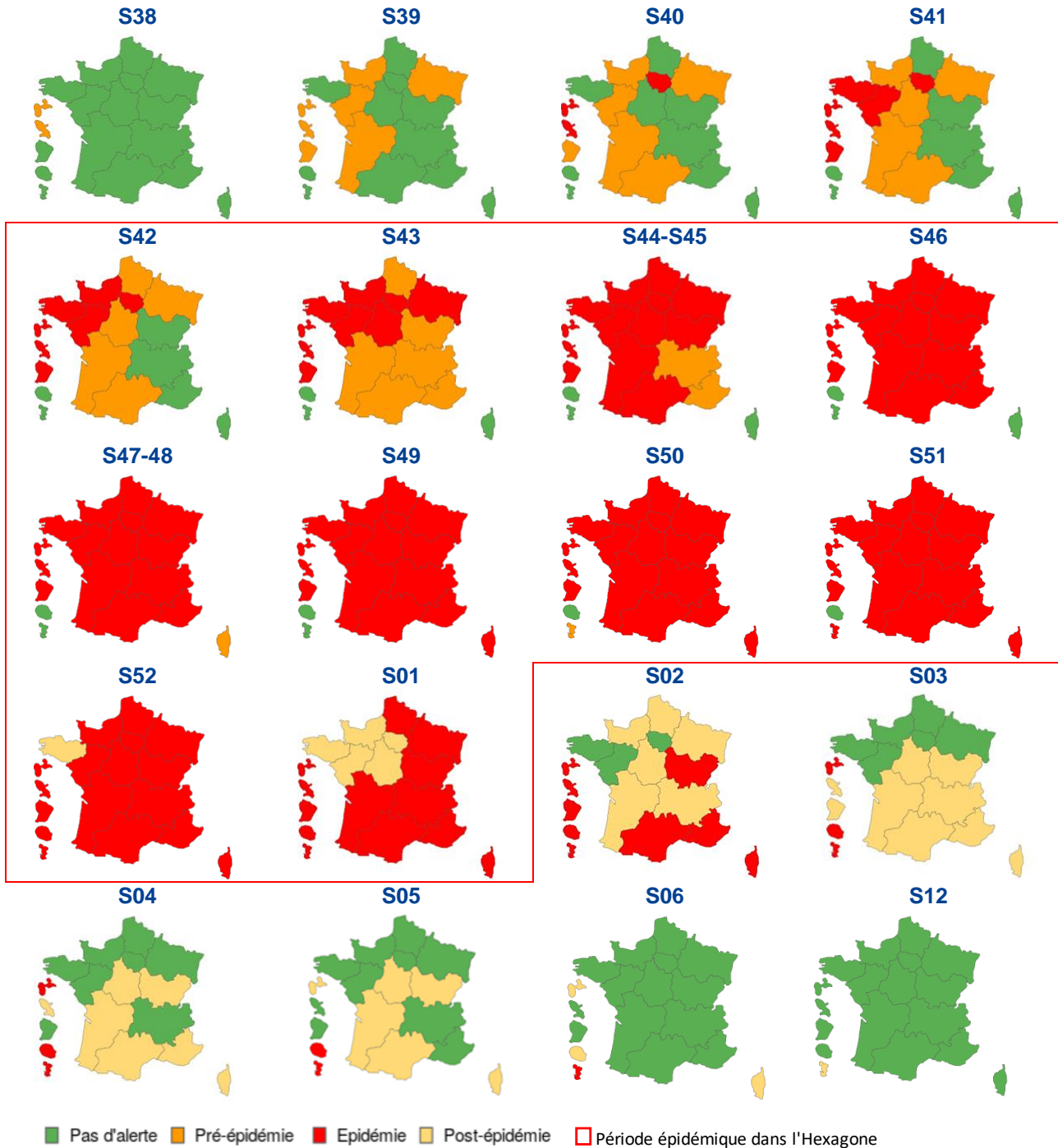
Concernant les estimations de couvertures vaccinales contre la grippe chez les résidents et les professionnels exerçant en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) incluant les Ehpad, une enquête ad-hoc a été réalisée auprès de ces établissements pour la saison 2023-2024. Les résultats de cette enquête seront publiés d'ici juin 2024 sur le site internet de Santé publique France en suivant [ce lien](#).

Les estimations de couvertures vaccinales issues des études antérieures sont également disponibles sur le site de Santé publique France ([saison 2022-2023](#), [saison 2021-2022](#), [saison 2020-2021](#), [saison 2018-2019](#)).

Annexe : évolutions régionales

Bronchiolite

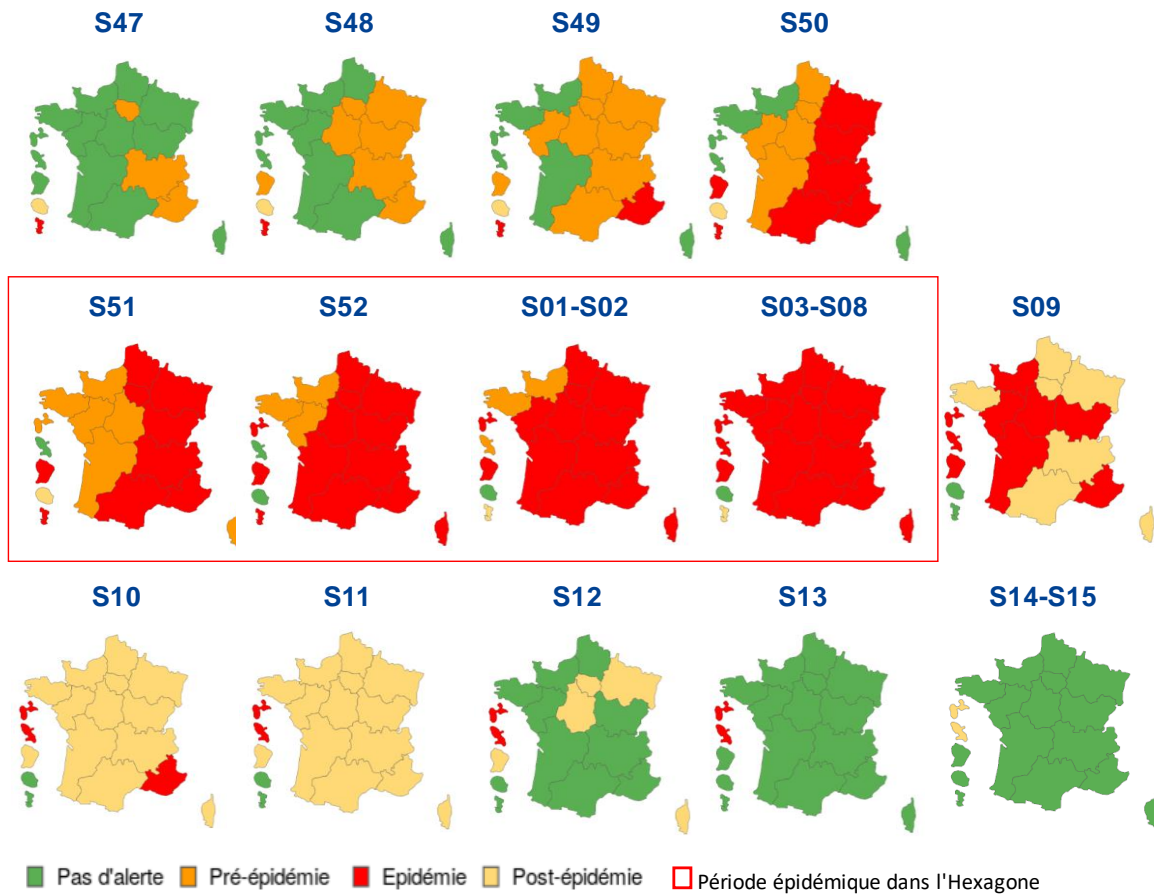
Evolution hebdomadaire des niveaux d'alerte régionaux en France, S38-2023 à S12-2024



Méthodologie en [annexe](#). Source : réseau OSCOUR®, SOS Médecins

Grippe

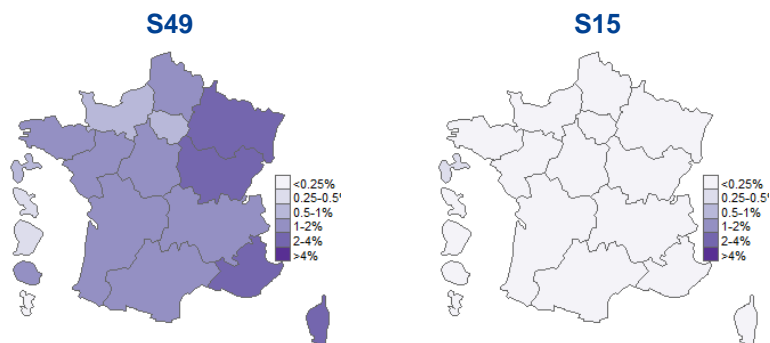
Evolution hebdomadaire des niveaux d'alerte régionaux en France, S47-2023 à S15-2024



Méthodologie en [annexe](#). Source : réseau OSCOUR®, SOS Médecins, réseau Sentinelles

COVID-19

Taux de passage aux urgences au pic mi-décembre (S49-2023) et en S15-2024



Source : réseau OSCOUR®

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

Partenaires

Santé publique France remercie le large réseau d'acteurs sur lequel il s'appuie pour assurer la surveillance des infections respiratoires aiguës : médecine libérale et hospitalière, urgences, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence, Cnam, Inserm, Insee.

Pour en savoir plus

Surveillance intégrée des [IRA](#)

Surveillances de la [grippe](#), de la [bronchiolite](#) et de la [COVID-19](#).

Surveillance syndromique [SurSaUD®](#)

Surveillance en [établissements médico-sociaux](#)

Surveillance en médecine de ville : [Réseau Sentinelles](#) (Inserm - Sorbonne Université)

Surveillance [virologique](#) (Centre national de référence Virus des infections respiratoires)

Surveillance génomique : [Analyse de risque variants](#)

En région : consultez les [Bulletins régionaux](#)

Indicateurs en open data : [Géodes](#), [data.gouv.fr](#)

Si vous souhaitez vous abonner au bulletin hebdomadaire IRA : [Abonnement](#)

Equipe de rédaction

Sibylle Bernard-Stoecklin, Christine Campèse, Joséphine Cazaubon, Bruno Coignard, Anne Fouillet, Rémi Hanguéhard, Frédéric Jourdain, Alain-Claude Kouamen, Anna Maisa, Nicolas Méthy, Damien Mouly, Harold Noël, Isabelle Parent du Châtelet, Yann Savitch, Justine Schaeffer, Laïla Toro, Adriana Traore, Sophie Vaux, Delphine Viriot

L'équipe remercie pour leurs contributions les Directions des maladies infectieuses, des régions, d'appui, traitement et analyses de données, et prévention et promotion de la santé.

Pour nous citer : Bulletin Infections respiratoires aiguës. Édition nationale. Semaine 15 (8 au 14 avril 2024). Saint-Maurice : Santé publique France, 26 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Date de publication : 17 avril 2024

Contact : presse@santepubliquefrance.fr