

## Infections respiratoires aiguës

Semaine 46 (11 au 17 novembre 2024). Publication : 20 novembre 2024

ÉDITION NATIONALE

### Tendances de la semaine

**Infections respiratoires aiguës (IRA).** Activité en nette augmentation chez les moins de 5 ans en ville et à l'hôpital.

**Grippe.** Ensemble des indicateurs toujours à leur niveau de base dans toutes les régions à l'exception de l'Île de France passée en phase pré-épidémique cette semaine et La Réunion en post-épidémie depuis S45.

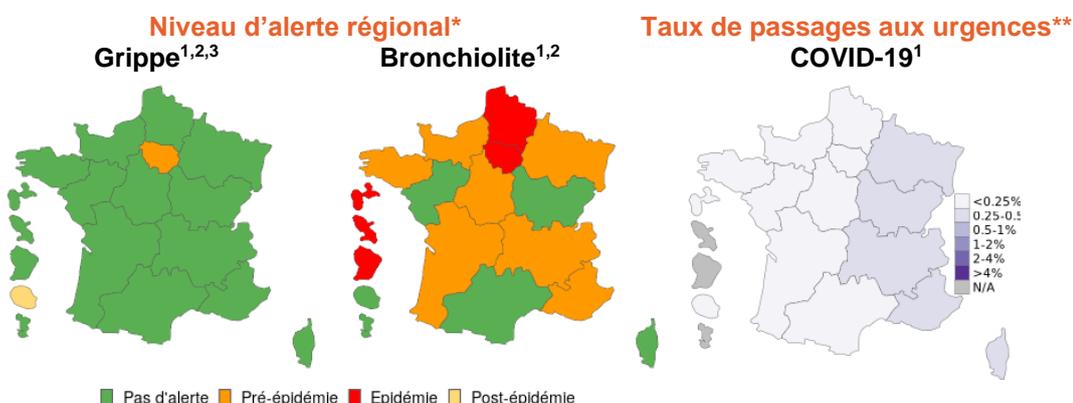
**Bronchiolite.** Augmentation de tous les indicateurs syndromiques liés à la bronchiolite. Sept régions en phase pré-épidémique dans l'Hexagone. Phase épidémique en Ile-de-France, dans les Hauts-de-France, dans les Antilles et en Guyane.

**COVID-19.** Stabilisation des indicateurs syndromiques pour la deuxième semaine consécutive et diminution de la plupart des indicateurs virologiques.

### Indicateurs clés

#### Indicateurs syndromiques

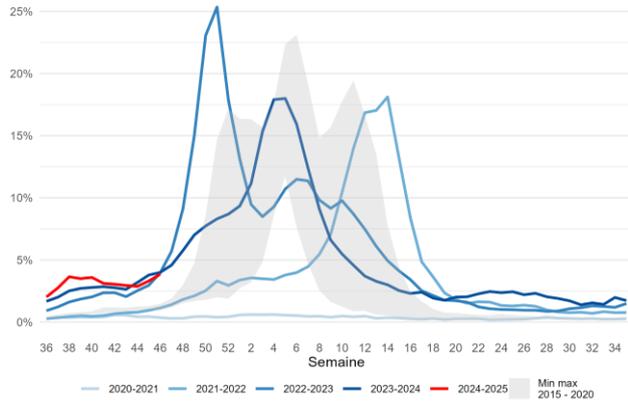
Part de la pathologie parmi	IRA basses		Syndrome grippal		Bronchiolite (moins de 2 ans)		COVID-19	
	S46	S46 vs S45	S46	S46 vs S45	S46	S46 vs S45	S46	S46 vs S45
Actes médicaux SOS Médecins	12,1%	+1,3 pt	3,8%	+0,5 pt	6,5%	+1,8 pt	0,9%	0 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	3,3%	+0,3 pt	0,3%	+0,1 pt	11,1%	+2,3 pt	0,2%	0 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	6,6%	+0,3 pt	0,1%	0 pt	23,3%	+6,6 pt	0,5%	0 pt



\* Méthodologie en [annexe](#). Antilles : niveau d'alerte pour S45. \*\* Données non disponibles pour Mayotte.  
Source : <sup>1</sup> réseau OSCOUR®, <sup>2</sup> SOS Médecins, <sup>3</sup> réseau Sentinelles

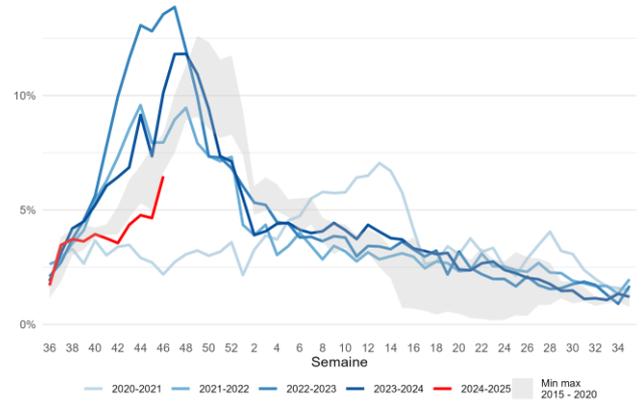
Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les [bulletins régionaux](#) de Santé publique France.

### Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



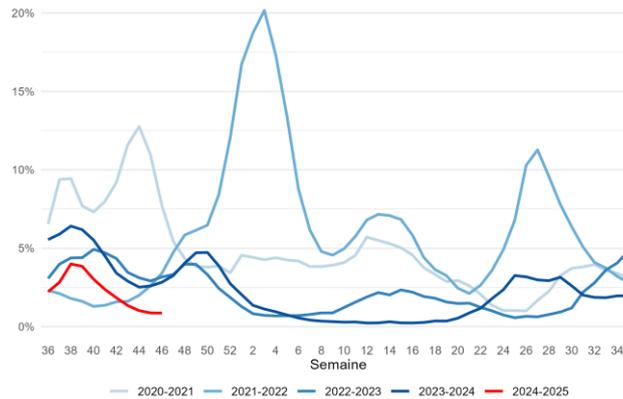
Source : SOS Médecins

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



Source : SOS Médecins

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



Source : SOS Médecins

## Indicateurs virologiques

	Virus grippaux		VRS		SARS-CoV-2	
	S46	S46 vs S45	S46	S46 vs S45	S46	S46 vs S45
Taux de positivité des prélèvements						
Laboratoires de ville <sup>1,2</sup>	3,3%	+1,7 pt	3,3%	+1,4 pt	10,1%	-1,6 pt
Médecine de ville <sup>1,3,*</sup>	8,0%	+5,7 pt	16,1%	+9,2 pt	9,6%	+4,2 pt
Milieu hospitalier <sup>1,4</sup>	1,4%	+0,7 pt	4,2%	+1,2 pt	6,6%	-2 pt
Surveillance dans les eaux usées <sup>5,**</sup>					1 058	-13,8%

Source : <sup>1</sup> CNR-VIR, <sup>2</sup> réseau RELAB, <sup>3</sup> réseau Sentinelles, SOS Médecins, DUMG Rouen et Côte d'Azur, <sup>4</sup> réseau RENAL, <sup>5</sup> SUM'Eau

\* Prélèvements réalisés chez des patients consultant pour une IRA

\*\* Ratio de concentration virale de SARS-CoV-2 sur concentration en azote ammoniacal. Méthodologie en [annexe](#)

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

## Point de situation

En semaine 46, l'activité liée aux infections respiratoires aiguës était globalement en augmentation en médecine de ville et à l'hôpital, particulièrement chez les moins de 5 ans.

Les indicateurs syndromiques liés à la bronchiolite étaient en augmentation en ville et à l'hôpital, à des niveaux inférieurs à ceux observés les trois années antérieures à la même période. La dynamique actuelle apparaît similaire à celle observée à la même période lors des saisons pré-pandémiques. Le taux de positivité pour le VRS (virus respiratoire syncytial) était en augmentation en médecine de ville et à l'hôpital. D'autres virus susceptibles d'induire des bronchiolites continuent de circuler actuellement dans l'Hexagone, en particulier des rhinovirus/entérovirus. En S46, deux régions hexagonales étaient en épidémie : Île-de-France (depuis S43) et Hauts-de-France (depuis cette semaine), et sept étaient en pré-épidémie (Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand Est, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur). Dans les départements et régions d'outre-mer, la Guadeloupe et la Martinique étaient en épidémie depuis S43 et la Guyane depuis fin juillet (S31).

Les indicateurs de la grippe étaient en légère augmentation mais demeuraient encore cette semaine à leur niveau de base dans l'ensemble des régions, à l'exception de l'Île de France passée en phase pré-épidémique cette semaine. La Réunion est passée en phase post-épidémique en S45 après 6 semaines d'épidémie principalement due au sous-type A(H1N1)<sub>pdm09</sub>.

Les indicateurs syndromiques du COVID-19 étaient stables en ville et à l'hôpital, et ce dans l'ensemble des classes d'âge. Le taux de positivité pour SARS-CoV-2 parmi les prélèvements testés en laboratoires de ville et à l'hôpital ainsi que le niveau de circulation dans les eaux usées étaient en baisse en S46 par rapport à la semaine précédente, excepté en médecine de ville où ce taux était en augmentation.

Le nombre de nouveaux épisodes d'IRA dans les établissements médico-sociaux (EMS) diminuait en S44. Les données de la S45 ne sont pas encore consolidées. La grande majorité des épisodes était toujours attribuée exclusivement à la COVID-19.

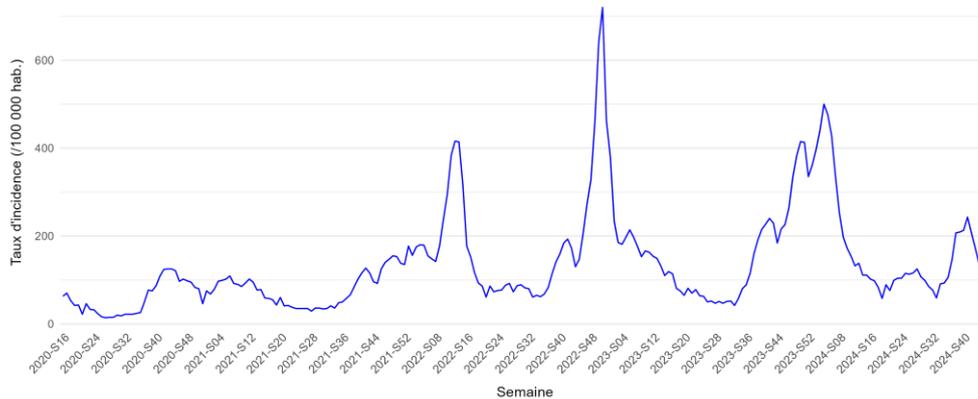
La campagne de vaccination conjointe contre la grippe et contre la COVID-19 a débuté le 15 octobre 2024 pour les personnes les plus à risque, les professionnels de santé et d'autres populations en contact avec des personnes vulnérables. La campagne d'immunisation passive des nouveau-nés contre les infections à VRS est en cours. Deux stratégies sont possibles : soit la vaccination de la femme enceinte pour protéger le nouveau-né ou le nourrisson de moins de 6 mois soit l'immunisation des nourrissons par un anticorps monoclonal.

Dans ce contexte et en complément des vaccinations et des traitements préventifs existants, l'adoption des gestes barrières reste indispensable pour se protéger de l'ensemble des maladies de l'hiver.

## Médecine de ville

En semaine 46, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 153 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 146 -159] (données non consolidées) vs 161 [154-167] en S45.

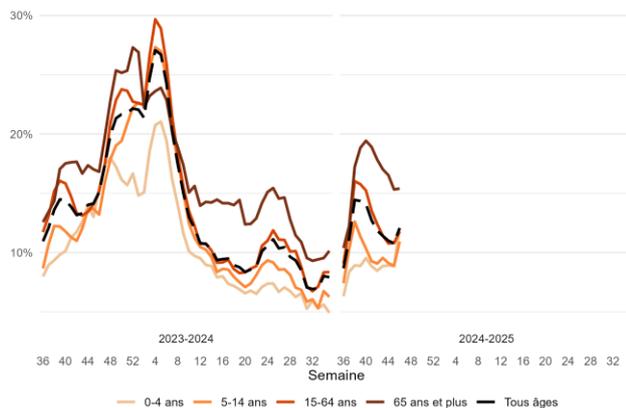
### Estimation de l'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale



Source : réseau Sentinelles, IQVIA

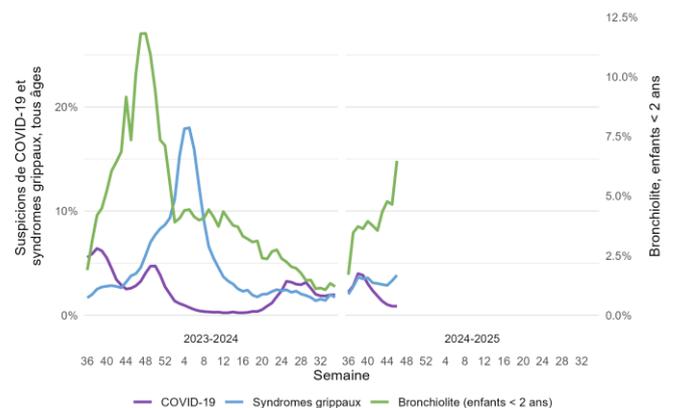
En semaine 46, 11 008 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 12,1% de l'ensemble des actes (vs 10,8% en S45). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 3 506, soit 3,8% (vs 3,3% en S45). Un total de 445 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins de deux ans, soit 6,5% (vs 4,6% en S45) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 791, soit 0,9% des actes SOS Médecins (vs 0,9% en S45).

### Part des IRA basses\* parmi les actes SOS Médecins



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

### Part des syndromes grippaux, des suspicions de COVID-19 (tous âges) et de la bronchiolite (chez les moins de 2 ans) parmi les actes SOS Médecins



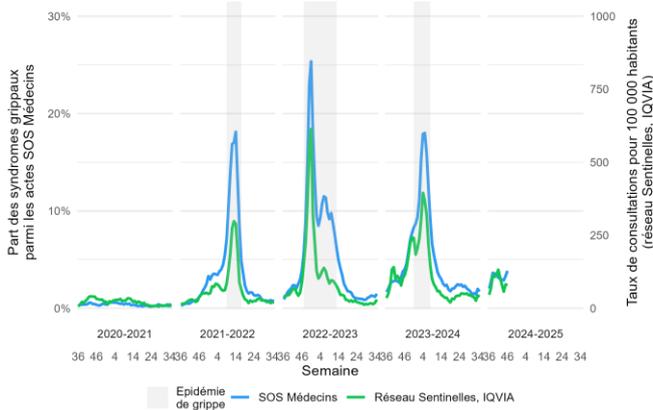
Source : SOS Médecins

## Grippe

En semaine 46, le taux de consultations tous âges confondus pour syndrome grippal estimé à partir des données du réseau Sentinelles et IQVIA était de 78 pour 100 000 habitants [IC95% : 74-82] (données non consolidées) vs 82 pour 100 000 habitants [78-87] en S45.

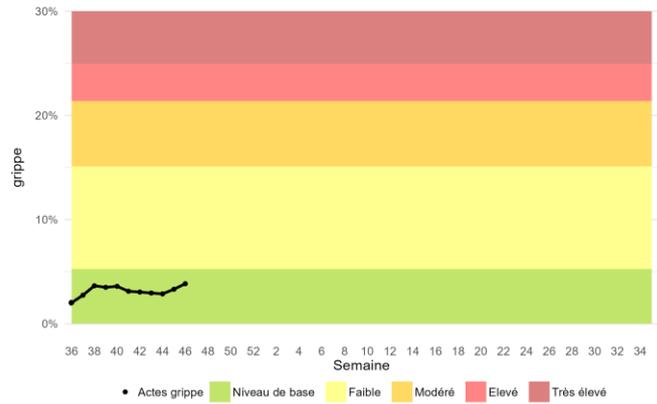
Les indicateurs de la grippe augmentaient légèrement en médecine de ville en semaine 46, tout en demeurant à leur niveau de base.

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



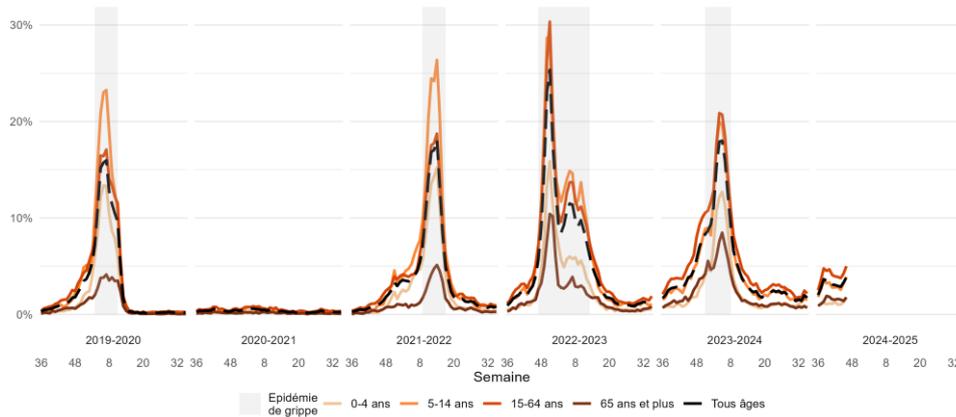
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins

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



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

### Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



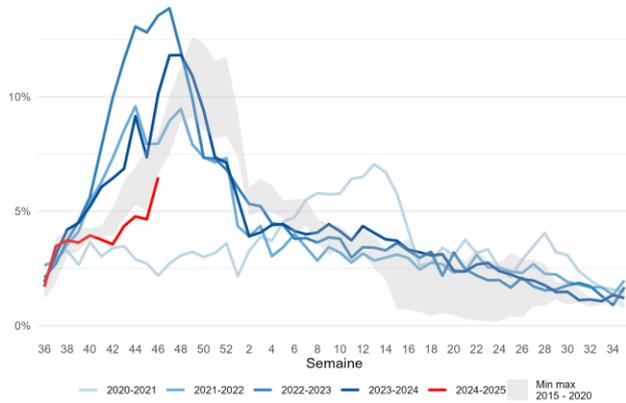
Source : SOS Médecins

## Bronchiolite

En semaine 46, parmi les 6 872 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 2 ans, 445 actes (6,5%) étaient liés à la bronchiolite.

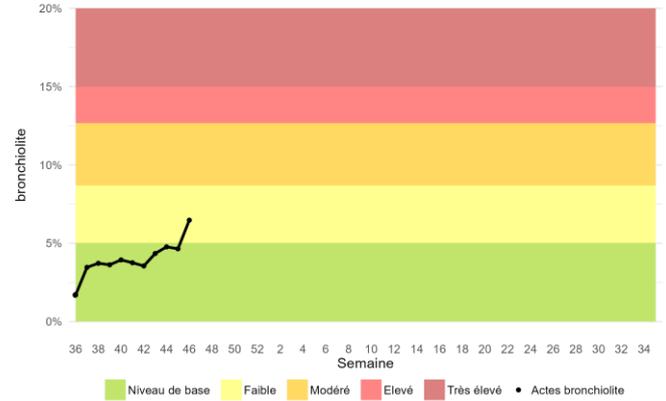
Les indicateurs de la bronchiolite étaient en augmentation et passaient à un niveau d'intensité faible en semaine 46 en médecine de ville sur les données du Réseau SOS Médecins.

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



Source : SOS Médecins

### Part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins chez les moins de 2 ans, selon le niveau d'intensité\* pour cet indicateur



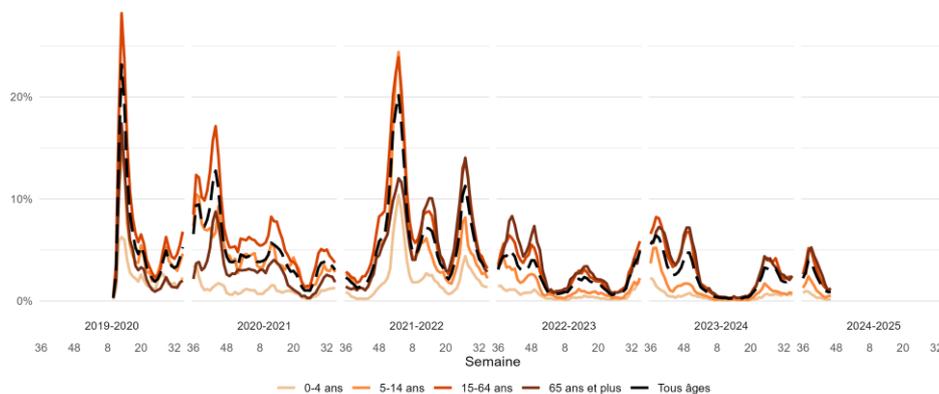
Source : SOS Médecins. \* Méthodologie en [annexe](#)

## COVID-19

En semaine 46, parmi les patients vus en consultation de médecine générale pour une infection respiratoire aiguë, le taux d'incidence des cas de COVID-19 a été estimé à 19 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 15 - 23] (données non consolidées) vs 17 [13 - 22] en S45.

Parmi les actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 118 ont été enregistrés chez les 65 ans et plus, soit 1,2% des actes dans cette classe d'âge (vs 1,0% en S45). Chez les 15-64 ans, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était de 573, soit 1,1% (vs 1,1% en S45). Chez les 5-14 ans, ce nombre était de 69, soit 0,5% (vs 0,5% en S45). Chez les 0-4 ans, 30 actes pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés, soit 0,2% des actes médicaux dans cette classe d'âge (vs 0,1% en S45).

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



Source : SOS Médecins

## Milieu hospitalier

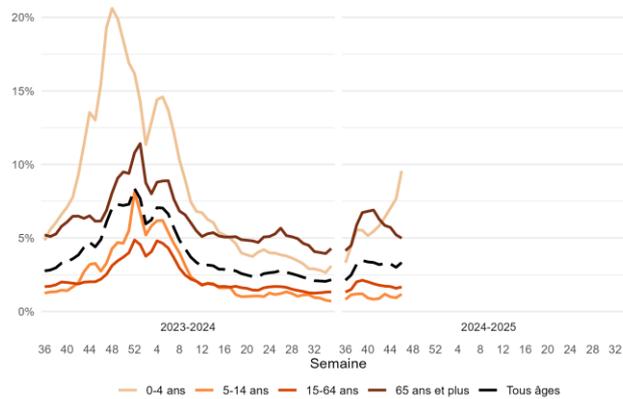
En semaine 46, 11 311 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 3,3% de l'ensemble des passages tous âges (vs 3,0% en S45). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 4 437, soit 6,6% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 6,4% en S45).

Le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal était de 1 019, soit 0,3% des passages (vs 0,2% en S45). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 97, soit 0,1% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,1% en S45).

Chez les moins de deux ans, 2 411 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 11,1% des passages dans cette classe d'âge (vs 8,7% en S45). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 749, soit 23,3% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 16,7% en S45).

En semaine 46, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 789, soit 0,2% de l'ensemble des passages (vs 0,2% en S45). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 350, soit 0,5% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,6% en S45).

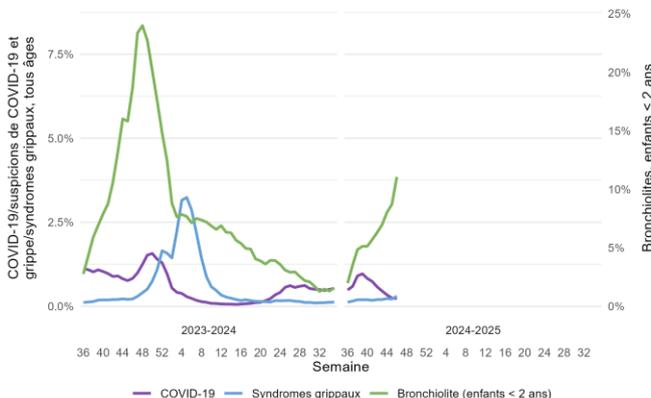
### Part des IRA basses parmi les passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

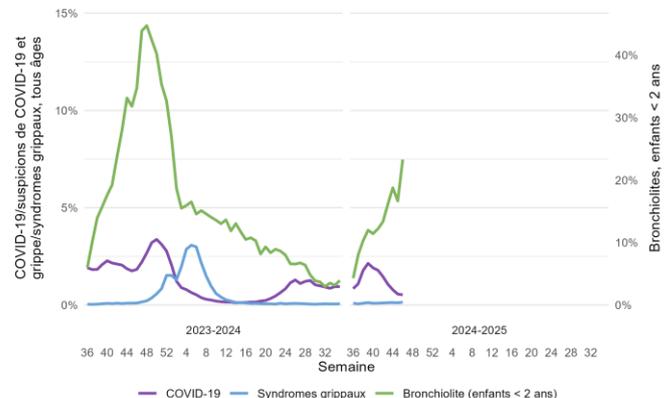
### Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 et de la grippe/syndrome grippal (tous âges) et part de la bronchiolite (chez les moins de 2 ans)

#### Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

#### Hospitalisations après passage

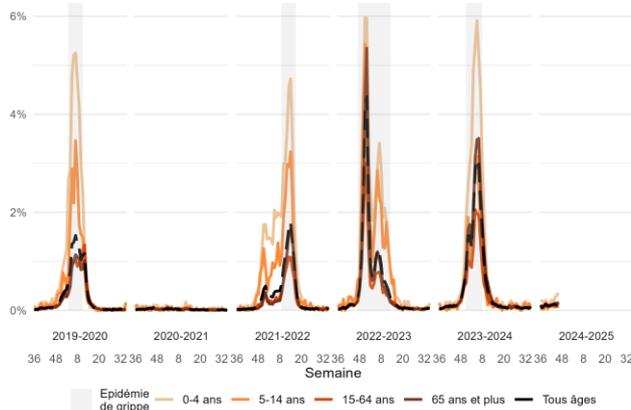


Source : réseau OSCOUR®

## Grippe

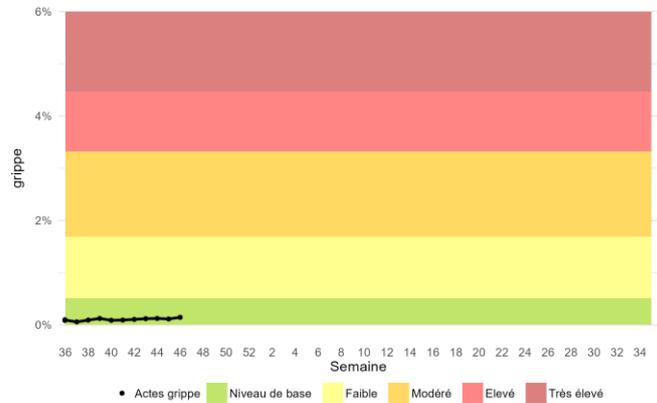
Les indicateurs de la grippe à l'hôpital étaient très légère augmentation mais étaient encore à leur niveau de base dans l'ensemble des classes d'âge en S46.

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



Source : réseau OSCOUR®

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



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

## Bronchiolite

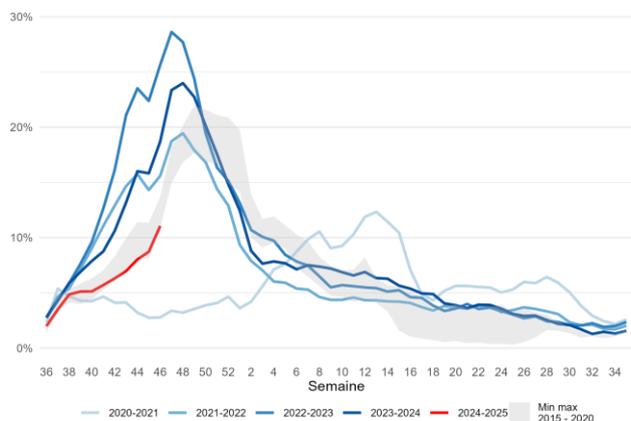
En semaine 46, chez les moins de 2 ans, la bronchiolite concernait 11,1% des passages aux urgences et 23,3% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 2 411 enfants de moins de 2 ans vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 46, 749 (31,1%) ont été hospitalisés, dont 694 étaient âgés de moins de 1 an.

Les indicateurs de la bronchiolite étaient en augmentation et passaient à un niveau d'intensité faible en semaine 46 en milieu hospitalier sur les hospitalisations après passage.

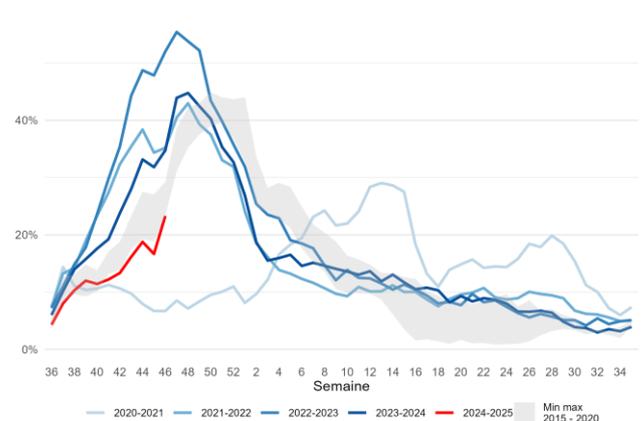
### Part de la bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans

#### Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

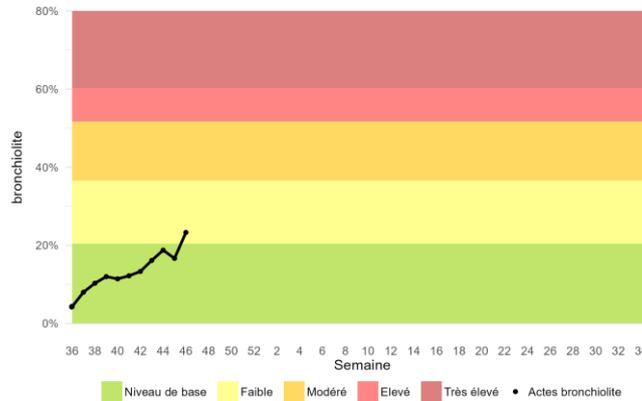
#### Hospitalisations après passage



Source : réseau OSCOUR®

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

### Part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences chez les moins de 2 ans, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur\*



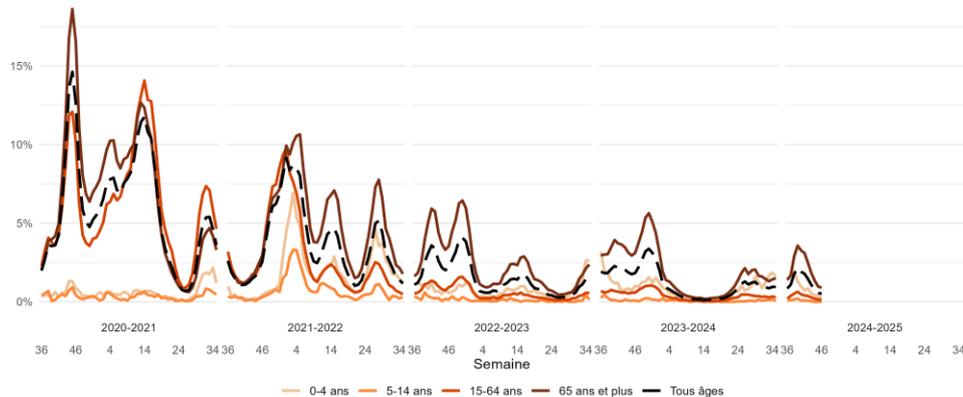
Source : réseau OSCOUR®. \* Méthodologie en [annexe](#)

## COVID-19

Chez les 65 ans et plus, 300 hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 ont été enregistrées, soit 0,9% des hospitalisations après passage dans cette classe d'âge (vs 1,0% en S45). Chez les 15-64 ans, le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 était de 34, soit 0,1% (vs 0,1% en S45). Chez les 5-14 ans, ce nombre était de 0, soit 0,0% (vs 0,0% en S45). Chez les 0-4 ans, 16 hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 ont été enregistrées, soit 0,3% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 0,3% en S45).

Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 7 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S46, soit 0,3% (vs 0,4% en S45).

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



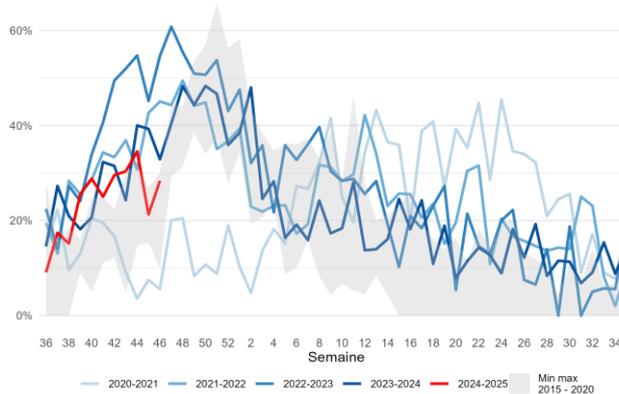
Source : réseau OSCOUR®

## Cas graves en réanimation

### Bronchiolite

En semaine 46, 19 hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans ont été enregistrées, soit 28,4% de l'ensemble des hospitalisations en service de réanimation dans cette classe d'âge (vs 21,3% en S45). Chez les moins de 1 an, le nombre d'hospitalisations en réanimation après passage aux urgences était de 19, soit 35,8% des hospitalisations en service de réanimation (vs 20,5% en S45).

#### 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®

La surveillance des cas graves de bronchiolite chez les moins de 2 ans s'appuie sur des services de réanimation pédiatrique volontaires. Sont signalés les patients de moins de 2 ans avec une 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 début septembre 2024 et jusqu'au 18 novembre 2024, 49 cas graves de bronchiolite ont été signalés par les services de réanimation participants. Parmi eux, le VRS et le rhinovirus ont été identifiés dans 29 et 16 cas respectivement (soit 63% et 35% des cas pour lesquels un pathogène a été recherché et identifié). Les cas étaient majoritairement âgés de moins de 6 mois (78%) 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 22% des cas.

## Caractéristiques des nourrissons admis en service de réanimation pour une bronchiolite en France au cours de la saison 2024-2025, données au 18 novembre 2024

	Bronchiolite	
	N = 49	
	N	%
<b>Sexe</b>		
Garçon	29	59%
Fille	20	41%
Non renseigné	0	0%
<b>Classe d'âge (mois)</b>		
< 1	3	6%
1-2	24	49%
3-5	11	22%
6-11	10	20%
12-24	1	2%
Non renseigné	0	0%
<b>Agent pathogène (seul ou en co-infection)*</b>		
VRS	29	63%
Rhinovirus/Entérovirus	16	35%
Métapneumovirus	0	0%
SARS-CoV-2	2	4%
Parainfluenzae virus	2	4%
Grippe	0	0%
Adénovirus	0	0%
Coronavirus saisonnier	1	2%
Bocavirus	2	4%
Autre pathogène	1	2%
Non identifié/Non recherché/Non renseigné	3	6%
<b>Présence de comorbidité(s) et/ou prématurité**</b>	15	31%
Prématurité	11	22%
Pathologie cardiaque	0	0%
Pathologie pulmonaire	3	6%
Pathologie rénale	1	2%
<b>Traitement préventif pour le VRS</b>		
Nirvesimab (Beyfortus®)	11	22%
Palivizumab (Synagis®)	0	0%
<b>Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive</b>		
Aucune/Non renseignée	2	4%
Ventilation non invasive	19	39%
Oxygénothérapie à haut-débit	26	53%
Ventilation invasive	1	2%
Assistance extracorporelle	1	2%
<b>Décès</b>	2	4%

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

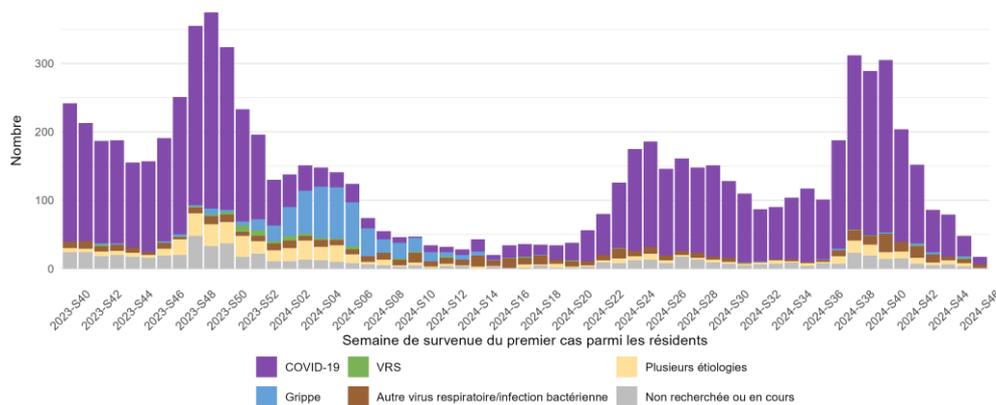
Depuis la semaine 40, 891 épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) sont survenus dans les établissements médico-sociaux (EMS) et ont été déclarés via le portail national des signalements du ministère de la Santé et de la Prévention\*, dont 807 (91%) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Sur l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 840 (94%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 697 (83%) étaient exclusivement attribuables à la COVID-19, 10 (1%) exclusivement à la grippe et 3 étaient attribués exclusivement au VRS (<1%).

Nous avons constaté une augmentation du nombre de nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA survenus lors des semaines 37 et 38. Après une stabilisation du nombre de nouveaux épisodes signalés à un niveau élevé en semaines 39 et 40, le nombre de nouveaux épisodes a diminué depuis la semaine 41 et la baisse s'est poursuivie en semaine 44. Les données de la semaine 45 ne sont pas consolidées.

Un total de 48 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 45 (données non consolidées) vs 79 en S44. Parmi eux, 2 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 0 en S44), 2 étaient attribués exclusivement à une infection à VRS (vs 0 en S44) et 30 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 62 en S44).

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



S46 et S45 : 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

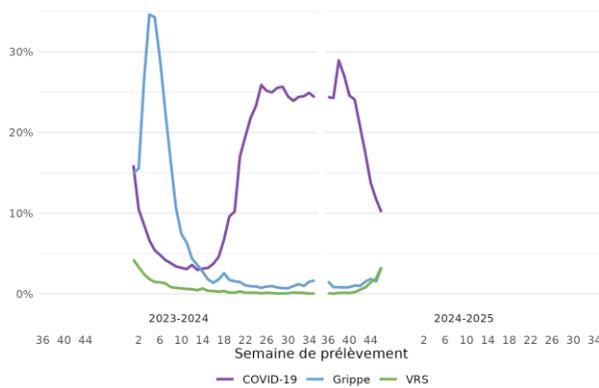
En semaine 46, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 3,3% (191/5 870) pour les virus grippaux (vs 1,5% en S45), 3,3% (190/5 715) pour le VRS (vs 1,9% en S45), 10,1% (602/5 947) pour le SARS-CoV-2 (vs 11,7% en S45).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les médecins des réseaux Sentinelles, SOS Médecins et DUMG Rouen et Côte d'Azur était de 8,0% (10/125) pour les virus grippaux (vs 2,3% en S45), 16,1% (20/124) pour le VRS (vs 7,0% en S45), 9,6% (12/125) pour le SARS-CoV-2 (vs 5,4% en S45) et 17,6% (22/125) pour le rhinovirus (vs 17,1% en S45).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 1,4% (97/6 879) pour les virus grippaux (vs 0,8% en S45), 4,2% (288/6 848) pour le VRS (vs 3,0% en S45), 6,6% (502/7 621) pour le SARS-CoV-2 (vs 8,5% en S45) et 20,2% (756/3 741) pour le rhinovirus (vs 20,1% en S45).

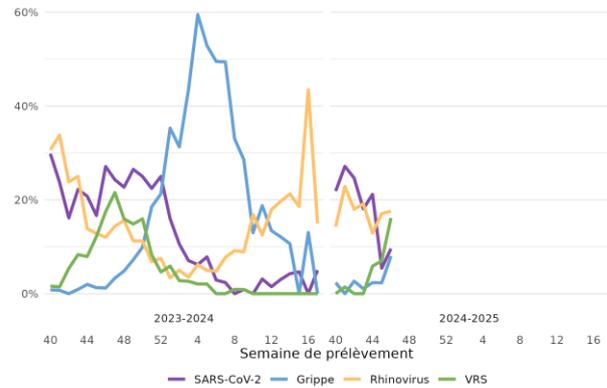
### Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale

#### Laboratoires de biologie médicale en ville



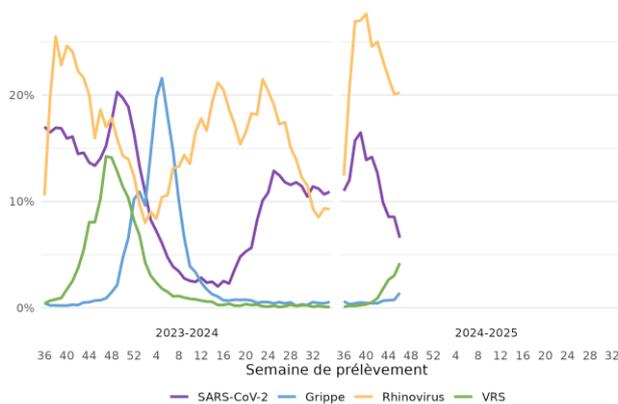
Source : réseau RELAB, CNR-VIR

#### Médecine de ville



Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR. Reprise des analyses en S40.

#### Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

## Virus grippaux

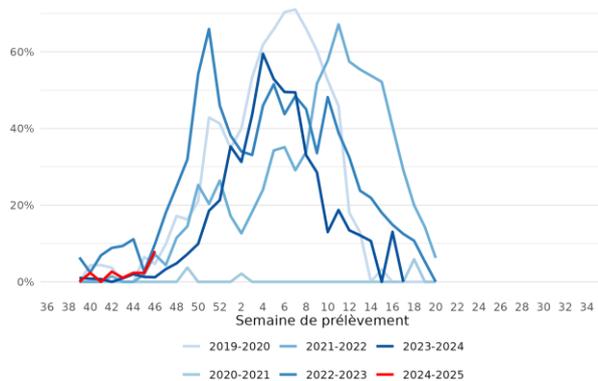
En semaine 46, le taux de positivité en médecine de ville (8,0%) était en augmentation et le taux de positivité à l'hôpital restait faible (1,4% données non consolidées), se situant à des niveaux habituellement observés à cette période de l'année.

En médecine de ville, parmi les 851 prélèvements testés depuis la semaine 40, 23 virus grippaux ont été détectés dont 13 A(H1N1)<sub>pdm09</sub>, 5 A(H3N2), 2 B(Vic) et 3 B sans lignage identifié.

A l'hôpital (réseau RENAL/CNR), parmi les 68 329 prélèvements testés depuis la semaine 40, 445 se sont avérés positifs pour un virus grippal (0,7%), dont 272 virus de type A non sous-typés, 52 A(H1N1)<sub>pdm09</sub>, 33 A(H3N2) et 88 virus de type B.

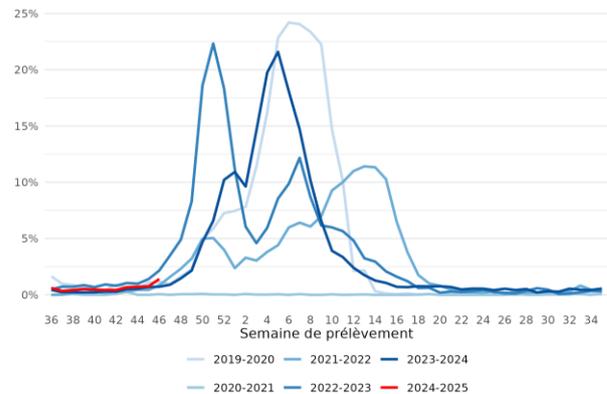
### Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale

#### Médecine de ville



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

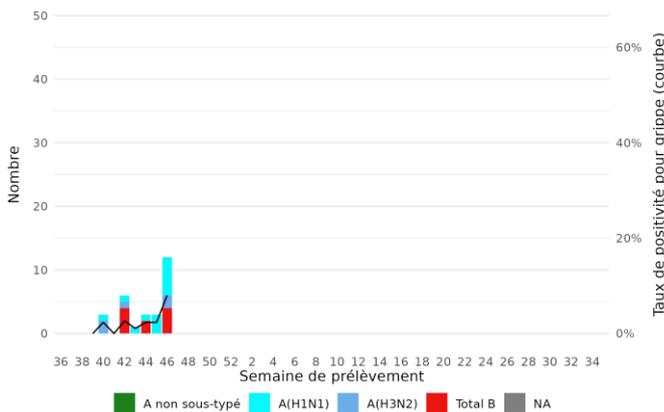
#### Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

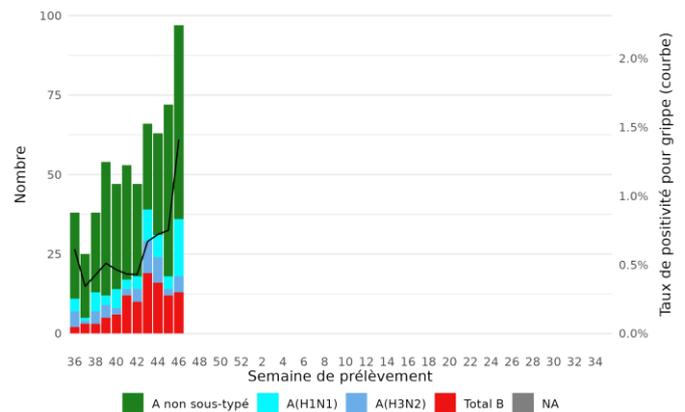
### Distribution des types et sous-types de virus grippaux des prélèvements réalisés en France hexagonale

#### Médecine de ville



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

#### Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

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

## VRS

En semaine 46, parmi les 124 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, 20 (16,1%) étaient positifs pour le VRS. Parmi les 6 848 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 288 (4,2%) étaient positifs pour le VRS.

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



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

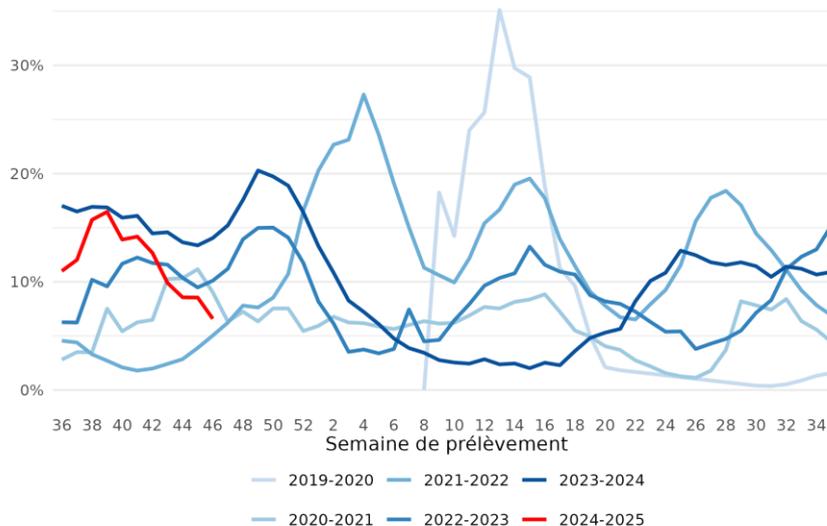
Source : réseau RENAL, CNR-VIR

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

## SARS-CoV-2

En semaine 46, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 6,6% (502/7 621) pour le SARS-CoV-2 (vs 8,5% en S45).

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

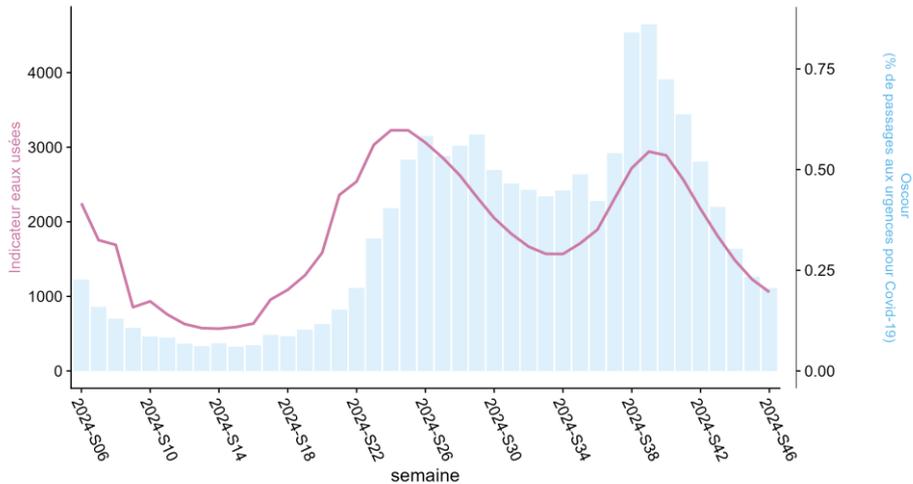


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

## Surveillance dans les eaux usées

La tendance à la baisse du niveau de circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées se poursuit en semaine 46 (53 des 54 stations de traitement des eaux usées disposaient de résultats interprétable).

### 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 (Méthodologie en [annexe](#))

## Surveillance génomique

Au cours des semaines 43 et 44, le lignage KP.3.1.1 (incluant les sous-lignages représentant moins de 5% des variants) restait majoritaire en France Hexagonale, avec 53% (113/215) des variants détectés. Le lignage XEC représentait 33% des variants détectés (72/215), en augmentation par rapport aux semaines précédentes. Au regard du faible nombre de séquences analysées de la dernière semaine (n=46), une consolidation des données dans les prochaines semaines s'avère nécessaire pour l'interprétation des tendances.

Les variants KP.3.1.1 et XEC (recombinant issu de KP.3.3 et KS.1.1) circulent actuellement de façon prédominante et se diversifient en de nombreux sous-lignages. Ils présentent des mutations additionnelles dans la protéine Spike par rapport au variant JN.1 (del-S31, S:F456L, S:Q493E, S:V1104L pour KP.3.1.1 ; S:T22N, S:F59S, S:F456L, S:Q493E, S:V1104L pour XEC). Des études *in vitro* montrent une baisse modérée de l'efficacité de neutralisation de ces variants par des sérums de patients vaccinés ou infectés par le variant JN.1<sup>1</sup>.

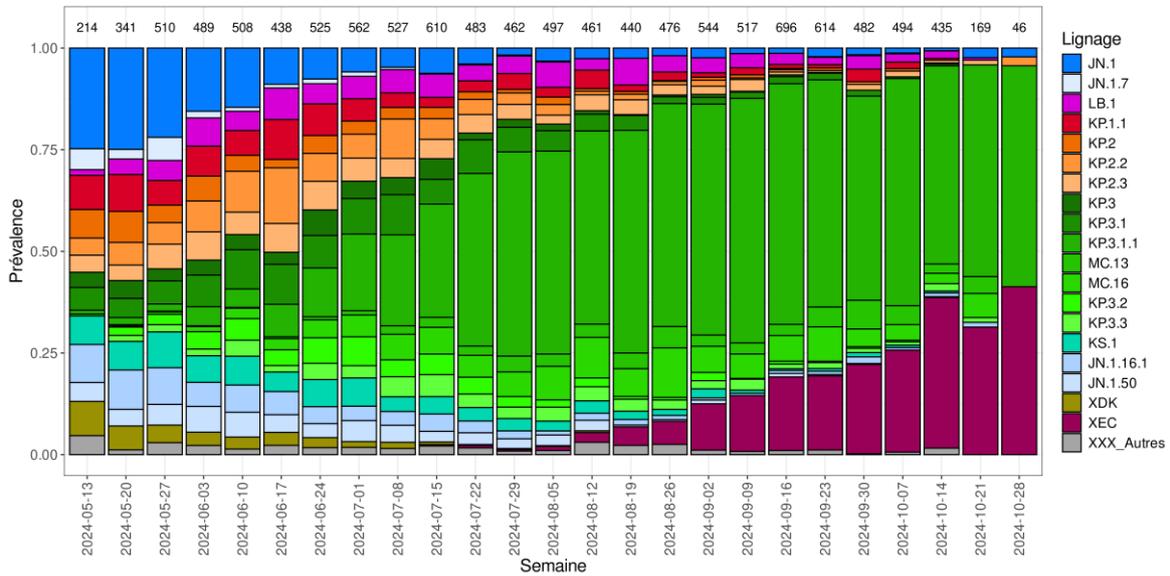
Ces données *in vitro* ne remettent pas en cause la protection conférée par la vaccination avec un vaccin adapté au variant JN.1, mais doivent être complétées par des études d'efficacité vaccinale en vie réelle. A noter que tous ces lignages échappent à la neutralisation par les anticorps monoclonaux dirigés contre la protéine Spike<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Source : [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00688-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00688-1); <https://doi.org/10.1101/2024.10.23.619754>; <https://doi.org/10.1101/2024.11.12.623078>

<sup>2</sup> Source : DOI: 10.1056/NEJMc2410203; DOI: 10.20411/pai.v10i1.752.

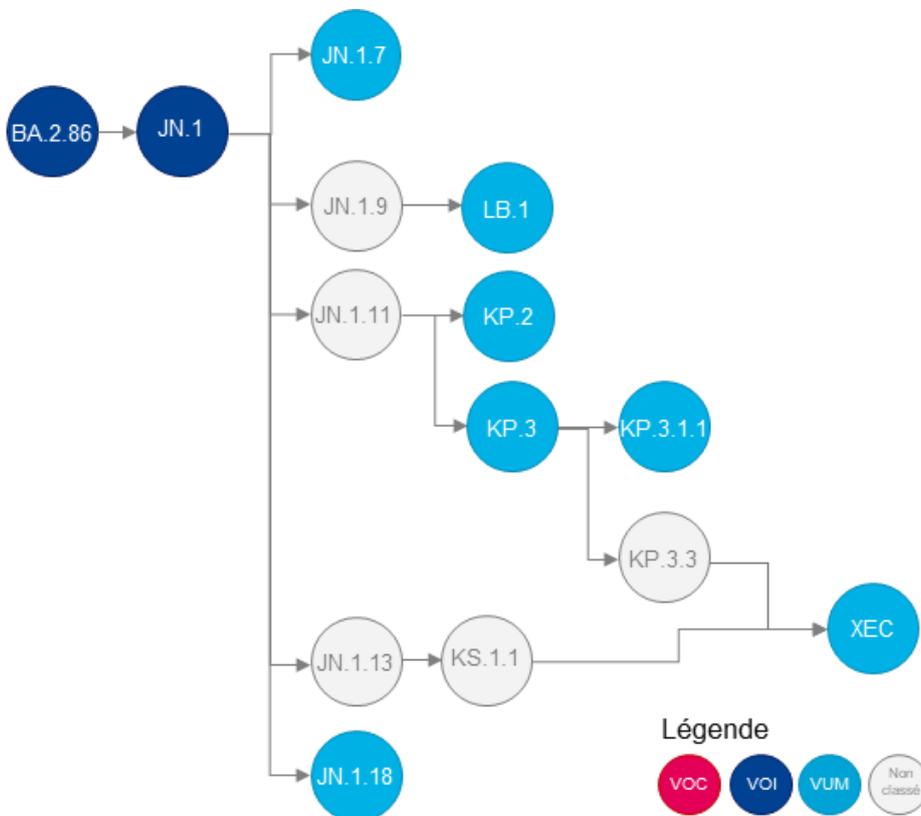
Le graphique représente pour chaque semaine les pourcentages des variants SARS-CoV-2 détectés en France hexagonale d'après les données déposées sur la base de données Emergen. Les lignages représentant moins de 5% des variants détectés sont inclus dans le lignage parental ou dans « XXX\_Autres ». Le nombre de séquences disponibles pour chaque semaine est indiqué au-dessus de l'histogramme. Données produites par le CNR-VIR en s'appuyant notamment sur le réseau RELAB.

### Détection des variants SARS-CoV-2, France hexagonale



Source : CNR-VIR

### Représentation schématique de la filiation des variants du SARS-CoV-2 au 18/11/2024



Source : CNR-VIR

**Classification des variants par l'OMS (mise à jour 24 septembre 2024), proportion parmi les variants détectés en France hexagonale sur 4 semaines (S41 à S44).**

<b>Variants préoccupants (VOC)</b>	<b>Variants à suivre (VOI)</b>	<b>Variants sous surveillance (VUM)</b>
	<b>BA.2.86\$ (23I)</b> 0%	<b>JN.1.7 (24A)</b> 0,1%
	<b>JN.1# (24A)</b> 2,6%	<b>KP.2 (24B)</b> 1,4%
		<b>KP.3* (24C)</b> 1,8%
		<b>KP.3.1.1 (24C)</b> 59,5%
		<b>JN.1.18 (24A)</b> 0,7%
		<b>LB.1 (24A)</b> 1,7%
		<b>XEC</b> 31,2%

\$ Exclut les sous-lignages de BA.2.86 répertoriés ici comme variants à suivre.

# Exclut les sous-lignages de JN.1 répertoriés ici comme variants sous surveillance.

\* Exclut les sous-lignages de KP.3 répertoriés ici comme variants sous surveillance (KP.3.1.1, XEC).

Source : CNR-VIR

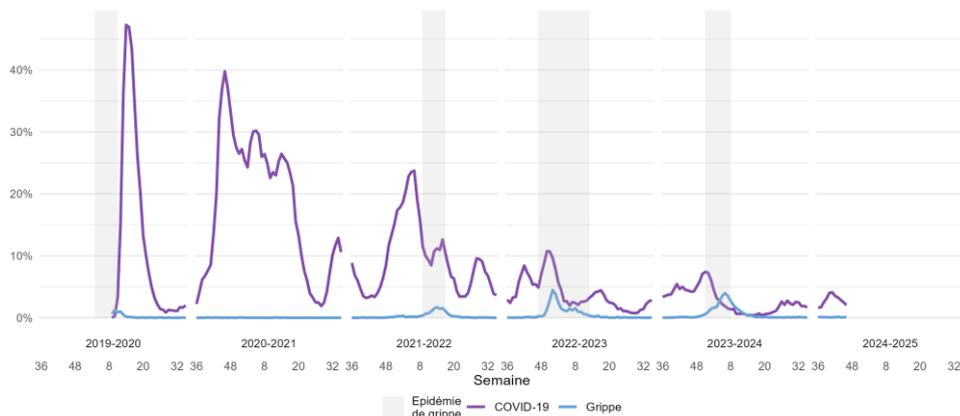
## Mortalité

### Certification électronique

En semaine 46, parmi les 4 015 décès déclarés par certificat électronique, 0,1% l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (vs 0,1% en S45). La COVID-19 était mentionnée dans 2,0% des décès (vs 2,5% en S45).

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



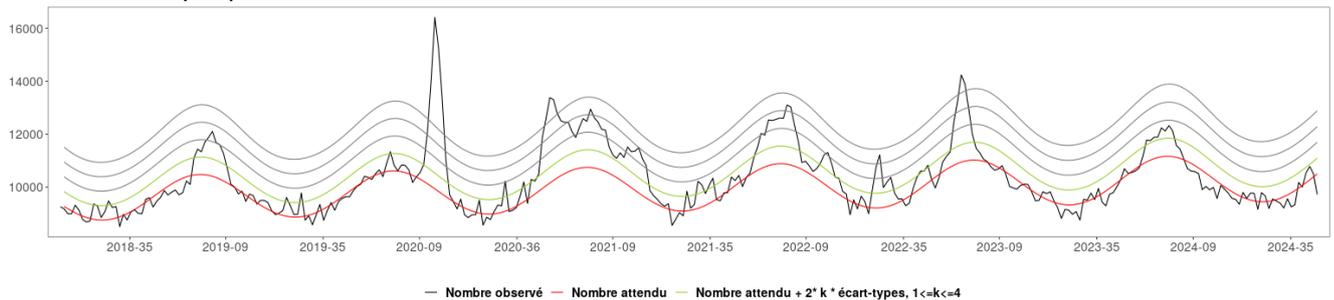
Source : CepiDC (S46 données incomplètes)

### Mortalité toutes causes

Le nombre de décès toutes causes confondues transmis par l'Insee était dans les marges de fluctuation habituelle dans toutes les classes d'âge jusqu'en S45.

#### Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges, 2018 à 2024 (jusqu'en semaine 45)

Effectifs hebdomadaires de mortalité - France - Tous Ages  
Sources : Santé publique France - Insee



Source : Insee. Dernière semaine incomplète

## Prévention

### Vaccination contre la COVID-19

La campagne de vaccination contre la COVID-19 a débuté le 15 octobre 2024. Cette campagne est couplée à la campagne de vaccination contre la grippe. Elle cible toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes âgées de plus de 6 mois, atteintes de comorbidités ayant un risque élevé de forme grave de la maladie, les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes, les résidents en Ehpad (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et USLD (Unité de soins de longue durée), ainsi que les personnes vivant dans l'entourage ou en contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables aux formes graves de l'infection, y compris les professionnels de santé. Le vaccin disponible est le vaccin Comirnaty®, vaccin à ARN messager (Laboratoire Pfizer-BioNTech).

### Vaccination contre la grippe

La campagne de vaccination contre la grippe a débuté le 15 octobre 2024 dans l'Hexagone. Cette campagne est couplée à la campagne de vaccination contre la COVID-19. Elle cible toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes âgées de plus de 6 mois, atteintes de comorbidités ayant un risque élevé de forme grave de la maladie, les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes, les résidents en établissement de soins de suite ou dans établissement médico-social quel que soit leur âge, ainsi que les personnes vivant dans l'entourage ou en contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables aux formes graves de l'infection, y compris les professionnels de santé. Les vaccins disponibles sont les vaccins Vaxigrip Tetra® (Laboratoire Sanofi-Pasteur), Influvac Tetra® (Laboratoire Viartis) et Fluarix Tetra® (Laboratoire GSK).

### Prévention des infections à virus respiratoire syncytial (VRS) du nourrisson

La campagne d'immunisation des nouveau-nés et nourrissons contre les infections à VRS comprend deux stratégies possibles. Les parents informés par les professionnels de santé peuvent décider de la stratégie à suivre pour leur enfant.

#### 1. Vaccination chez la femme enceinte, en vue de protéger le nouveau-né et le nourrisson de moins de 6 mois

La vaccination de la femme enceinte est recommandée selon le schéma à une dose avec le vaccin Abrysvo®, entre la 32<sup>e</sup> et la 36<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée, entre septembre et la fin de la période endémique.

La vaccination contre le VRS chez les femmes enceintes immunodéprimées n'est pas recommandée. Dans ce cas, l'administration d'un anticorps monoclonal (palivizumab - Synagis® ou nirsevimab - Beyfortus®) chez le nouveau-né, dès la naissance, ou chez le nourrisson est privilégiée.

#### 2. Immunisation passive des nourrissons par un anticorps monoclonal

- nirsevimab (Beyfortus®) : la population éligible correspond aux nourrissons nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024 dans l'Hexagone, en Guyane, Martinique, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy ; à partir du 1<sup>er</sup> février 2024 pour La Réunion et la Guadeloupe et à partir du 15 mars 2024 pour Mayotte.

- palivizumab (Synagis®) : la population éligible correspond aux nourrissons nés prématurés et/ou à risque particulier d'infections graves.

## Gestes barrières

En complément des vaccinations et des traitements préventifs existants, l'adoption des gestes barrières reste indispensable pour se protéger de l'ensemble des maladies de l'hiver :

- lavage des mains,
- aération régulière des pièces,
- port du masque en cas de symptômes (fièvre, mal de gorge ou toux), dans les lieux fréquentés et en présence de personnes fragiles.

## Prévenir les maladies de l'hiver

Retrouvez des informations sur la prévention des maladies de l'hiver sur le site de [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr).

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**  
Liberté  
Égalité  
Fraternité

**Santé publique France**

**Grippe, bronchiolite, gastro-entérite, covid**  
**Les maladies de l'hiver**

**Comment se transmettent-elles ?**

- Les postillons
- Les mains

**Comment les éviter ?**

- Lavez-vous les mains
- Aérez les pièces
- Portez un masque lorsqu'il y a du monde ou si vous êtes malade
- Vaccin contre la grippe, covid et certaines gastro-entérites

**Pour les enfants ou personnes fragiles, si vous êtes malade, il faut voir un médecin. S'il n'est pas disponible, appelez le 15**

• d'infos et traductions sur : [www.santepubliquefrance.fr/accessible/virushiver](https://www.santepubliquefrance.fr/accessible/virushiver)

Site de Santé publique France - Révisé le 2021-04-06 08:00:00 - © 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, Centre national de référence Virus des infections respiratoires, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, surveillance microbiologique des eaux usées, sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence, Cnam, Inserm, Insee.

## Pour en savoir plus

Surveillance intégrée des [IRA](#)

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

Surveillance syndromique [SurSaUD®](#)

Surveillance en [établissements médico-sociaux](#)

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

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

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

Evolution des comportements et de la santé mentale : enquêtes [CoviPrev](#)

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

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

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

## Equipe de rédaction

Sibylle Bernard-Stoecklin, Christine Campèse, Bruno Coignard, Anne Fouillet, Rémi Hanguelhard, Frédéric Jourdain, Anna Maisa, Nicolas Méthy, Damien Mouly, Harold Noël, Isabelle Parent du Chatelet, Laïla Toro, Sophie Vaux, Delphine Viriot, Centre national de référence Virus des infections respiratoires

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

Pour nous citer : Bulletin Infections respiratoires aiguës. Édition nationale. Semaine 46 (11 au 17 novembre 2024). Saint-Maurice : Santé publique France, 22 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Date de publication : 20 novembre 2024

Contact : [presse@santepubliquefrance.fr](mailto:presse@santepubliquefrance.fr)