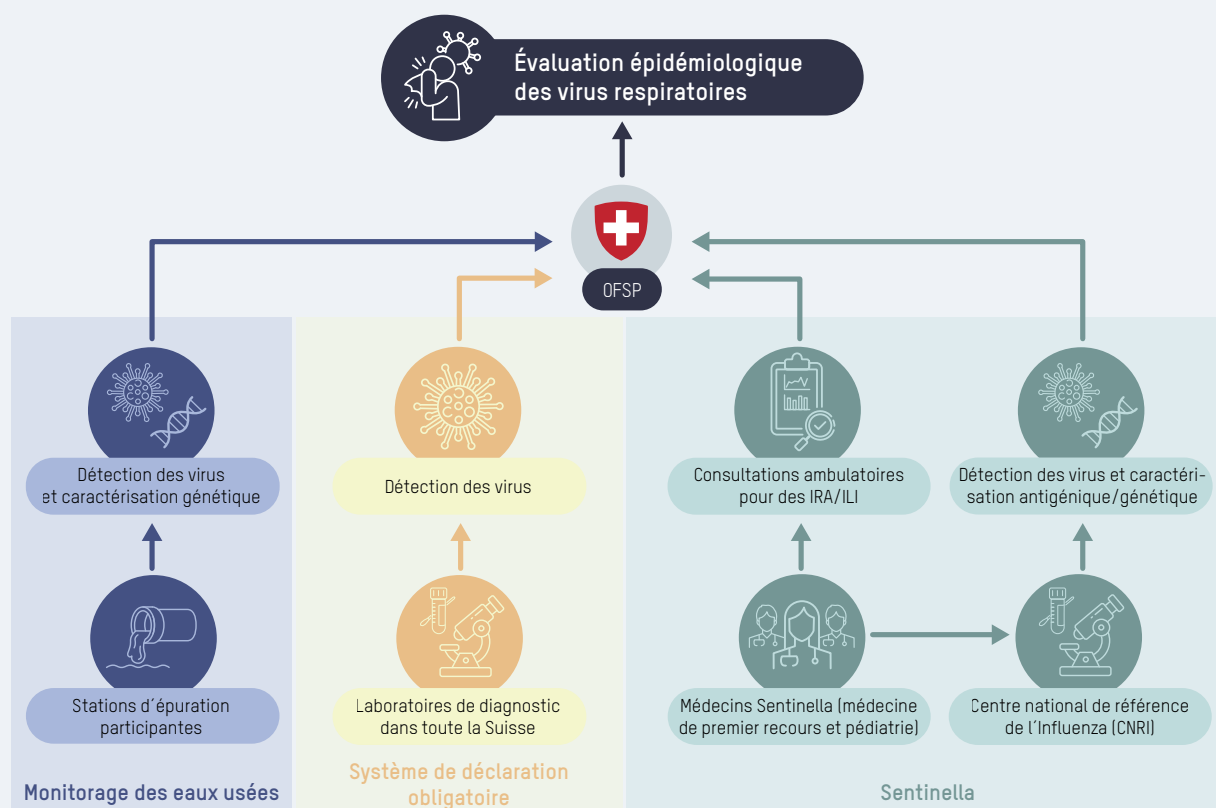


Rapport annuel sur les virus respiratoires 2024/2025

La vague de grippe saisonnière s'est étendue de la semaine 50/2024 à la semaine 14/2025 et figure parmi les plus importantes de ces dernières années. La vague de COVID-19 survenue en 2024 a atteint son pic à l'automne, avec une incidence élevée et constante pendant plusieurs semaines. De nouveaux variants du SARS-CoV-2 (KP.3, XEC, NB.1.8.1 et XFG) ont également été détectés en Suisse. Le virus respiratoire syncytial (VRS) a circulé durant l'hiver 2024/2025 à des niveaux comparables à ceux observés les années précédentes.

Surveillance des virus respiratoires



L'Office fédéral de la santé publique reçoit des informations sur la situation épidémiologique des virus respiratoires en provenance de trois systèmes : le système de déclaration obligatoire, le système « Sentinella » et le monitoring des eaux usées.

Les diagnostics de grippe saisonnière et de COVID-19 sont souvent posés sur la base des symptômes ; seule une partie des cas est soumise à des tests en laboratoire en vue de déterminer la présence de divers virus respiratoires, comme le virus Influenza, le SARS-CoV-2 ou le VRS. Lorsqu'un test confirme une infection par le virus Influenza ou par le SARS-CoV-2, le cas doit être signalé via le système de déclaration obligatoire.

En parallèle, l'OFSP a mis en place le système de déclaration Sentinella en collaboration avec un groupe de médecins de premier recours du domaine ambulatoire (médecine interne générale et pédiatrie). Ainsi, les médecins de quelque 170 cabinets transmettent volontairement chaque semaine à l'OFSP des informations sur les patients qui présentent une affection grippale (*Influenza-like-illness*, ILI) ou une infection respiratoire aiguë (IRA). Une IRA est définie comme une « maladie qui débute de manière aiguë avec toux, maux de gorge, essoufflement ou rhume ET que le médecin juge comme une infection ». On parle d'ILI en cas d'« apparition soudaine de forte fièvre (>38 °C), de toux ou de maux de gorge ». Les ILI constituent ainsi un type d'IRA. Les médecins déclarent également les consultations pour des maladies secondaires telles que pneumonies (inflammations des poumons), bronchites (inflammations des bronches) ou otites (inflammations des oreilles). Sur la base des consultations déclarées et des données globales de consultation de Santésuisse, l'OFSP extrapole le nombre de consultations pour des ILI/IRA à l'échelle nationale. Ce calcul permet d'estimer l'évolution saisonnière des infections respiratoires aiguës, et notamment de la grippe saisonnière, d'une maladie à VRS, et du COVID-19, au sein de la population. Les données Sentinella se basant sur de petits échantillons, il convient toutefois d'interpréter ces extrapolations avec prudence.

Une partie des médecins Sentinella envoient des prélèvements nasopharyngés au Centre national de référence de l'influenza (CNRI) des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Celui-ci analyse tous les échantillons au moyen d'un test PCR multiplex afin de dépister le SARS-CoV-2, le virus Influenza A et B, le VRS ainsi que d'autres virus respiratoires (adénovirus, bocavirus, coronavirus [229E, HKU1, NL63, OC43], métapneumovirus, virus para-influenza 1 à 4 et rhinovirus). Un second test PCR est réalisé pour déterminer le sous-type de virus Influenza. Le CNRI procède en outre à une caractérisation antigénique (test d'inhibition de l'hémagglutination, HAI) sur certains échantillons positifs à la grippe. Cette analyse permet de mieux connaître les souches circulantes et de vérifier leur similarité avec les souches présentes dans les vaccins saisonniers. Un sous-échantillon des prélèvements Sentinella positifs au VRS, à l'influenza ou au SARS-CoV-2 est par ailleurs soumis à un séquençage du génome complet (*whole genome sequencing*). Le séquençage de ces virus sert principalement à détecter d'éventuelles résistances aux antiviraux (p. ex. inhibiteurs de la neuraminidase) ou aux anticorps monoclonaux (p. ex. nirsevimab), ainsi qu'à assurer la surveillance des variants.

Depuis juillet 2023, la circulation du SARS-CoV-2, du virus Influenza et du VRS est également suivie au moyen du monitoring des eaux usées. Dix stations d'épuration (STEP) transmettent régulièrement des échantillons d'eaux usées à l'Institut fédéral suisse des sciences et technologies de l'eau (Eawag), qui mesure la charge virale de ces virus respiratoires au moyen de PCR numérique. Le monitoring des eaux usées fournit une vision d'ensemble de la circulation des virus au sein de la population et de l'évolution de leur prévalence. Elle ne permet toutefois pas d'estimer le nombre de personnes malades. Contrairement aux autres systèmes de surveillance, elle recense les infections indépendamment de leur gravité et du recours à des prestations médicales.

SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE EN SUISSE

Surveillance ambulatoire des IRA/ILI (Sentinella)

Consultations hebdomadaires et annuelles
pour des infections respiratoires aiguës

« Un plus grand nombre de consultations pour des IRA et des ILI qu'au cours des deux années précédentes »

Sur l'ensemble de l'année épidémiologique 2024/2025 (soit de la semaine 21/2024 à la semaine 20/2025), 12 514 cas d'IRA et 6 613 cas d'ILI ont été déclarés dans le cadre de consultations ambulatoires (voir tableau 1). Ces chiffres correspondent à une incidence annuelle de 5 458 cas d'IRA (5,5 % de la population) et de 3 333 cas d'ILI (3,3 % de la population) pour

100 000 habitants. Extrapolés à l'ensemble de la population suisse, ces chiffres représentent quelque 570 000 consultations ambulatoires pour une infection respiratoire aiguë et 300 000 pour une affection grippale au cours de l'année sous revue. Ce qui équivaut à une augmentation d'environ 46 % des consultations pour des infections respiratoires par rapport à 2023/2024, et de 9 % par rapport à 2022/2023.

La grande majorité des cas – soit 89 % des ILI et 86 % des IRA – ont été enregistrés durant la saison grippale classique (de la semaine 40/2024 à la semaine 20/2025). Le seuil épidémique des consultations pour des ILI – calculé selon la méthode *moving epidemic* [1] et utilisé pour déterminer de manière approxima-

tive le début de l'épidémie de grippe – a été franchi pour la première fois à la semaine 50. Le pic des consultations pour des IRA et des ILI a été atteint en février (semaine 6), avec 399 cas d'IRA et 293 cas d'ILI pour 100 000 habitants (voir figure 1).

«Retour à la saisonnalité des ILI d'avant la pandémie»

Avant la pandémie de COVID-19, les consultations pour des ILI suivaient un schéma typique : faible activité en dehors de la saison grippale, augmentation rapide dès décembre et pic en

Figure 1

Incidence hebdomadaire des consultations Sentinella pour des ILI et des IRA, au cours de l'année 2024/2025 (semaine 21/2024 à semaine 20/2025)

Toutes les incidences sont calculées pour 100 000 habitants.

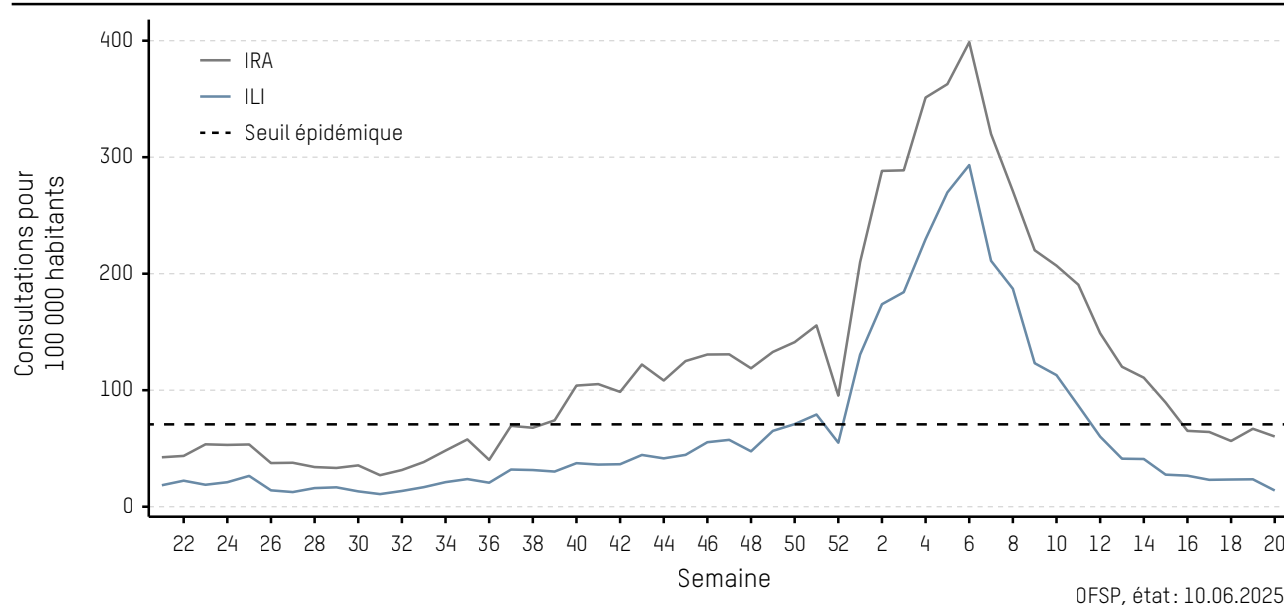


Figure 2

Comparaison des incidences hebdomadaires des ILI avant et après la pandémie

L'année épidémiologique commence à la semaine 21 et se termine à la semaine 20 de l'année suivante. Les données prépandémiques sont incluses à partir de la saison 2015/2016.

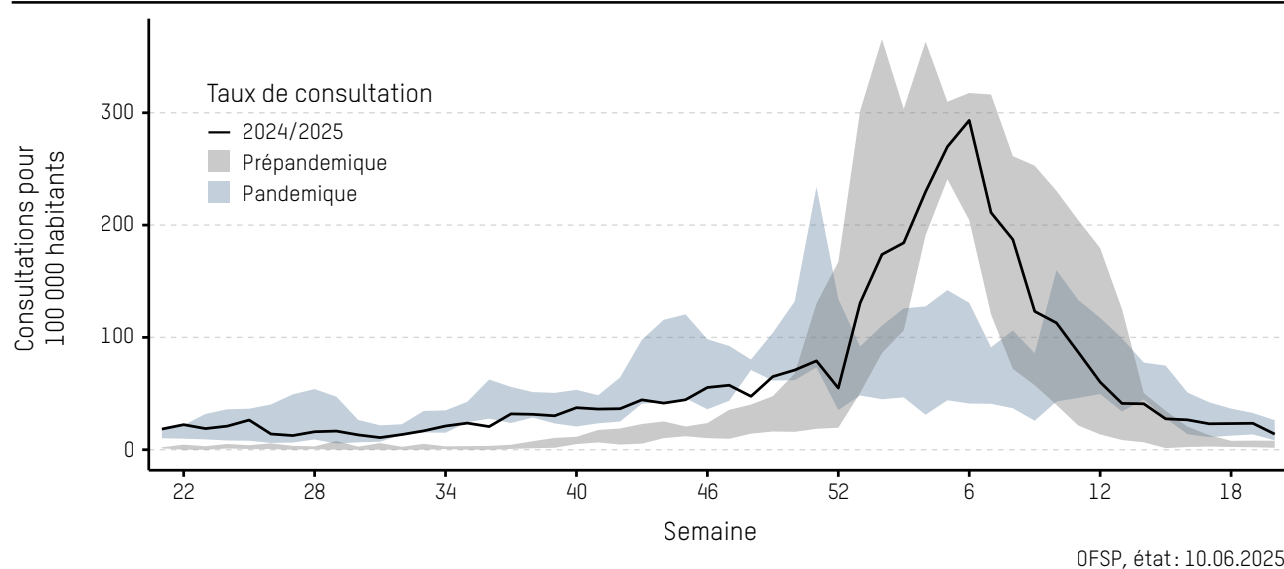


Tableau 1
Incidence des consultations pour des ILI et des IRA, par classe d'âge, pour l'année 2024/2025

L'incidence annuelle se rapporte à la période comprise entre les semaines 21/2024 et 20/2025; l'incidence saisonnière tient uniquement compte des cas annoncés entre les semaines 40/2024 et 20/2025. Toutes les incidences sont calculées pour 100 000 habitants.

Classe d'âge	ILI			IRA			Part d'ILI dans les IRA (%)
	Maximale (semaine/année)	Annuelle (Semaine 21-20)	Saisonnière (Semaine 40-20)	Maximale (semaine/année)	Annuelle (Semaine 21-20)	Saisonnière (Semaine 40-20)	
0 à 4 ans	633,7 (4/2025)	7194,8	6447,9	794,4 (4/2025)	13145,9	11749,0	54,7
5 à 14 ans	669,2 (5/2025)	5140,2	4734,2	762,1 (5/2025)	8525,1	7622,9	60,3
15 à 29 ans	324,1 (6/2025)	3938,6	3436,9	453,2 (6/2025)	7603,1	6413,0	51,8
30 à 64 ans	258,5 (6/2025)	2941,8	2595,2	366,3 (6/2025)	5565,6	4760,3	52,9
65 ans et plus	115,4 (2/2025)	1774,8	1527,2	210,3 (7/2025)	4186,6	3542,3	42,4
Toutes classes d'âge	293,2 (6/2025)	3332,7	2953,2	398,7 (6/2025)	6336,6	5458,3	52,6

janvier-février. Pendant la pandémie, le nombre élevé de cas de COVID-19 a entraîné un aplatissement et un élargissement de la courbe des ILI (voir figure 2, zone bleue). Pendant la saison 2024/2025, la courbe des consultations pour des ILI s'est rapprochée pour la première fois du modèle pré-pandémique.

Répartition par âge

«Les enfants en bas âge sont les plus touchés par les infections respiratoires aiguës»

Comme lors des saisons précédentes, les enfants âgés de 0 à 4 ans ont présenté le taux le plus élevé de consultations ambulatoires pour des infections respiratoires aiguës et affections grippales, tandis que les personnes âgées (65 ans et plus) ont enregistré les taux les plus faibles (voir tableau 1). L'incidence hebdomadaire maximale des consultations pour des ILI a été enregistrée entre mi-janvier et mi-février (semaines 2 à 6), variant de 75 consultations pour 100 000 habitants chez les 65 ans et plus à 374 consultations pour 100 000 habitants chez les 0 à 4 ans. La part d'ILI parmi la totalité des consultations pour des IRA était la plus élevée chez les enfants de moins de 15 ans (>55 %), décroissant au fur et à mesure que l'âge augmentait, pour atteindre une proportion inférieure à 50 % chez les 65 ans et plus.

Groupes à risque et complications

«Chez les 65 ans et plus, près de la moitié des cas d'IRA/ILI présentaient des facteurs de risque préexistants»

Environ 10,2 % de tous les cas d'IRA/ILI déclarés concernaient des groupes de personnes présentant un ou plusieurs facteurs de risque de complications, tels que maladies pulmonaires ou métaboliques chroniques, insuffisances cardiaque ou rénale, ou encore d'une immunodéficience ou d'une grossesse. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, cette proportion s'élevait à 41,9 %. Une pneumonie a en outre été diagnostiquée chez 4,4 % des patients ayant consulté pour des ILI ou des IRA, et chez 12,6 % de ceux qui étaient âgés de 65 ans et plus. Une hospitalisation immédiate n'a été nécessaire que chez 0,4 % de ces patients, et chez 1,9 % des personnes de 65 ans et plus.

Statut vaccinal et traitement antiviral

«Faible couverture vaccinale chez les patients consultant pour une IRA/ILI»

Le statut vaccinal contre la grippe et le COVID-19 était connu dans 88 % et 84 % des cas d'ILI ou d'IRA. Toutes classes d'âge confondues, 7,5 % des cas d'IRA/ILI dont le statut vaccinal était connu avaient été vaccinés contre la grippe en début de saison et 2,6 % contre le COVID-19 dans les six mois précédant la consultation. Chez les 65 ans et plus, 37,9 % avaient été vaccinés contre la grippe, et 16,7 % contre le COVID-19. En ce qui concerne la vaccination contre la grippe, cette proportion a fluctué entre 31 et 51 % au cours des dix dernières années. La couverture vaccinale contre le COVID-19 est quant à elle restée faible depuis la saison 2023/2024. Parmi les cas d'IRA/ILI appartenant à un groupe de personnes présentant des facteurs de risque, 35,9 % étaient vaccinés contre la grippe, et 15,3 % contre le COVID-19. Environ 0,2 % de l'ensemble des cas, et 0,9 % des cas chez les personnes de 65 ans et plus ont reçu un traitement antiviral.

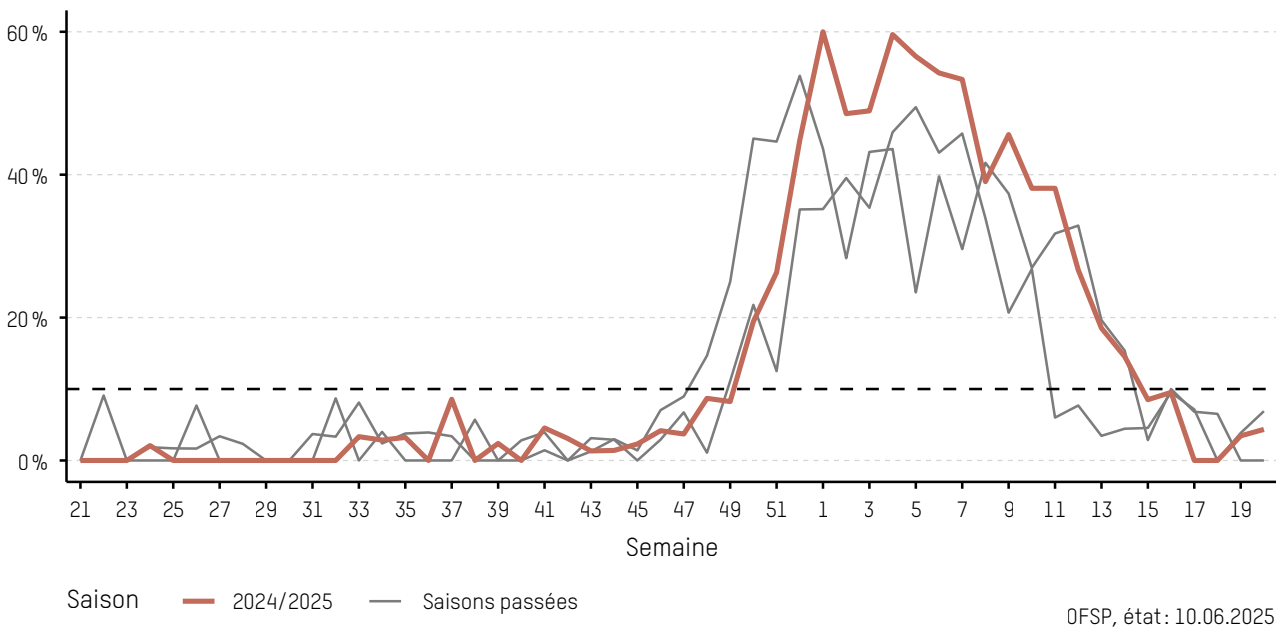
Influenza (grippe)

Influenza chez les cas ambulatoires d'IRA/ILI (Sentinella)

«Parmi toutes les personnes présentant une infection respiratoire, ce sont les enfants d'âge scolaire qui ont été le plus souvent diagnostiqués avec la grippe.»

Comme c'était le cas lors de l'avant-dernière saison (2022/2023), le taux de positivité pour Influenza dans le système Sentinella a franchi le seuil de 10 % à la mi-décembre (semaine 50/2024) de la saison 2024/2025, avant de repasser en dessous début avril (semaine 14/2025) (voir figure 3). Le pic d'activité grippale a été enregistré entre la semaine 1 et la semaine 4, avec un taux de positivité atteignant 60 %. Sur l'ensemble de la saison grippale (semaines 40/2024 à 20/2025), 26,9 % des cas d'IRA/ILI ont été testés positifs au virus Influenza, un niveau record depuis le début de la pandémie. Pendant l'intersaison (semaines 21 à 39), seules huit personnes atteintes d'IRA/ILI (1,4 % de tous les échantillons) ont été testées positives. Le taux de positivité cumulé sur l'année complète (semaines 21/2024 à 20/2025) était de 21,5 %. C'est chez les

Figure 3
Taux de positivité hebdomadaire (%) pour le virus Influenza dans les échantillons d'IRA/ILI du système Sentinella
Les lignes grises représentent les taux de positivité des saisons 2022/2023 et 2023/2024 à titre de comparaison. La ligne horizontale en pointillés correspond au seuil de 10 % marquant le début de la vague de grippe.



enfants d'âge scolaire (de 5 à 14 ans) que le virus Influenza a été détecté le plus fréquemment durant la saison grippale (36,7 % des cas cumulés), tandis que le taux de positivité était nettement plus faible chez les personnes de 65 ans et plus (16,9 % de tous les cas d'IRA/ILI).

cas signalés dans le système de déclaration obligatoire ont été annoncés en dehors de la saison grippale (semaine 40 à semaine 20). La vague de grippe a atteint son apogée fin janvier (semaine 5), avec 3114 déclarations (35 cas pour 100 000 habitants). Seule la saison 2022/2023 avait enregistré un nombre

Tableau 2
Taux de positivité cumulé pour le virus Influenza par classe d'âge pour les cas d'IRA/ILI en 2024/2025

Classe d'âge	Intersaison (semaines 21-39)	Saison grippale (semaines 40-20)	Année (semaines 21-20)
0 à 4 ans	5,4 %	17 %	13,9 %
5 à 14 ans	0 %	36,7 %	27,3 %
15 à 29 ans	3,7 %	31,1 %	25,2 %
30 à 64 ans	0,7 %	28,8 %	23 %
65 ans et plus	0 %	16,9 %	13,8 %

Cas de grippe dans le système de déclaration obligatoire
« Nombre élevé de cas de grippe en 2024/2025 »
Entre les semaines 21/2024 et 20/2025, 314 cas de grippe pour 100 000 habitants ont été déclarés dans le système de déclaration obligatoire (soit un total de 28 283 cas) (voir tableau 3). Ce nombre dépasse celui de toutes les saisons précédentes (voir également « Y a-t-il eu une vague de grippe importante pendant l'hiver 2024/2025 ? »). Environ 1,5 % des

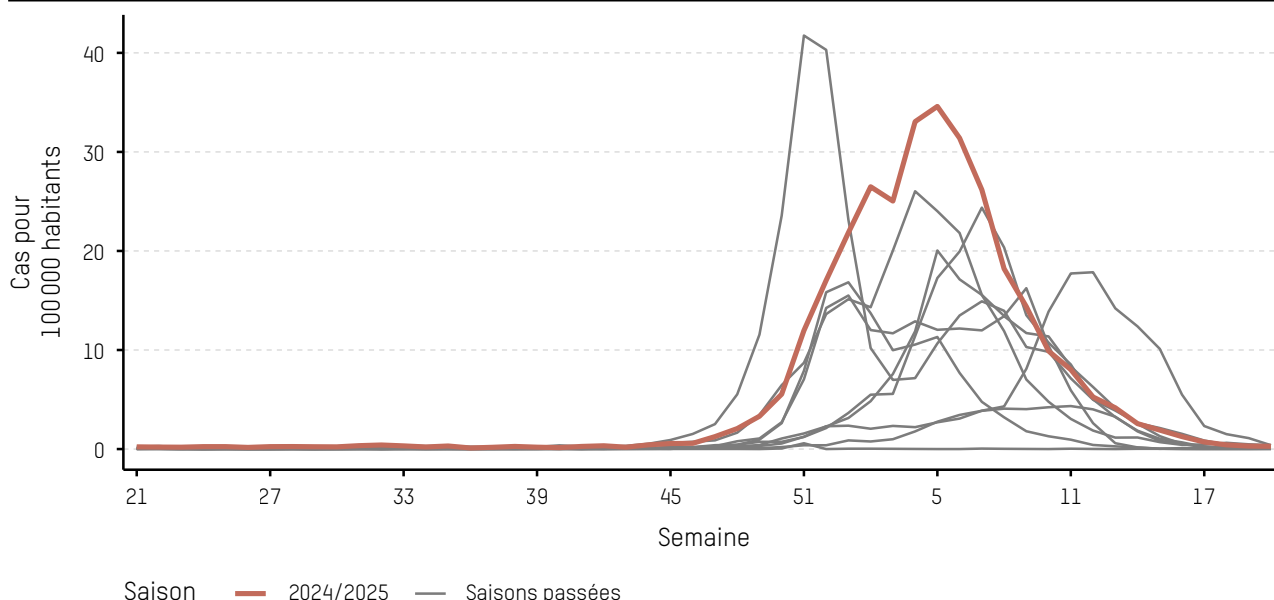
Y a-t-il eu une vague de grippe importante pendant l'hiver 2024/2025 ?

Un nombre record de cas de grippe a été signalé dans le système de déclaration obligatoire pendant l'hiver 2024/2025. Cette hausse peut refléter non seulement une circulation accrue du virus, mais aussi l'usage plus fréquent de tests PCR multiplex et les diagnostics plus fréquents qui en résultent. Au cours de l'année sous revue, la charge virale détectée dans les eaux usées était nettement plus élevée qu'en 2023/2024 et comparable à celle de la saison 2022/2023 (aucune donnée disponible avant cette date). Le système Sentinella a enregistré la plus forte proportion d'Influenza détectée parmi les cas d'IRA/ILI depuis le début de la pandémie de COVID-19. La dernière vague de grippe a donc probablement été l'une des plus importantes de ces dernières années. Toutefois, selon les modèles de calculs de l'Office fédéral de la statistique (OFS), aucune surmortalité n'a été observée [2].

Figure 4

Incidence hebdomadaire de l'influenza dans le système de déclaration obligatoire en comparaison annuelle

Toutes les incidences sont calculées pour 100 000 habitants. Les données des saisons précédentes sont incluses à partir de la saison 2015/2016.



OFSP, état: 10.06.2025

hebdomadaire de cas supérieur à celui de 2024/2025 (voir figure 4). La majorité des déclarations obligatoires proviennent des hôpitaux.

Comme les saisons précédentes, l'incidence annuelle la plus élevée a été observée chez les enfants de 0 à 4 ans (697,3 cas pour 100 000 habitants), suivis des personnes de 65 ans et plus (606,7 cas pour 100 000 habitants). Les incidences déclarées, standardisées par classe d'âge au niveau cantonal, variaient de 75,7 (Appenzell Rhodes-Intérieures) à 610 (canton de Genève) pour 100 000 habitants.

Tableau 3

Incidence de l'influenza dans le système de déclaration obligatoire par classe d'âge pour la saison 2024/2025

Toutes les incidences sont calculées pour 100 000 habitants.

Classe d'âge	Incidence hebdomadaire maximale (semaine)	Incidence saisonnière (semaines 40-20)	Incidence annuelle (semaines 21-20)
0 à 4 ans	83,8 (5/2025)	697,3	691,1
5 à 14 ans	48,6 (5/2025)	387,9	384,0
15 à 29 ans	20,4 (4/2025)	171,2	165,6
30 à 64 ans	20,7 (5/2025)	194,3	190,8
65 ans et plus	64,3 (5/2025)	606,7	600,8
Toutes classes d'âge	34,6 (5/2025)	314,2	309,6

Types et sous-types d'influenzavirus**«Circulation de A(H1N1)pdm09, A(H3N2) et B/Victoria»**

Durant la saison 2024/2025, la majorité des cas de grippe enregistrés dans le système de déclaration obligatoire étaient dus à des virus Influenza de type A (76,4 %), une proportion comparable à celle de la vague de grippe de grande ampleur de 2022/2023 (78,1 %). Dans le système de déclaration Sentinel, plus de la moitié des cas signalés entre les semaines 40 et 20 (63,2 %) étaient également imputables à des influenza virus de type A, similaire à celui observé en 2022/2023 (67,5 %). Le sous-typage des échantillons Sentinella montre que les virus A(H3N2) (soit 31,5 % de tous les échantillons de grippe positifs), A(H1N1)pdm09 (31,5 %) et B/Victoria (37,2 %) ont circulé dans des proportions similaires (voir figure 5). Aucun virus de la lignée B/Yamagata n'a été détecté en Suisse depuis la pandémie de COVID-19.

Charge virale Influenza dans les eaux usées**«Le monitoring des eaux usées confirme la dynamique temporelle de la vague de grippe»**

Le début de la vague de grippe observé dans les systèmes de déclaration a coïncidé avec une augmentation rapide de la charge virale mesurée dans les eaux usées dès la semaine 50 (voir figure 6). Les virus Influenza de type A ont présenté deux pics de circulation, en décembre et à la fin janvier, tandis que ceux de type B ont atteint leur apogée plus tardivement, entre fin janvier et début février.

Figure 5

Incidence hebdomadaire des sous-types et des lignées de virus Influenza signalés dans le système de déclaration Sentinella pour la saison 2024/2025

Aucun virus de la lignée B/Yamagata n'a été observé depuis la pandémie de COVID-19.

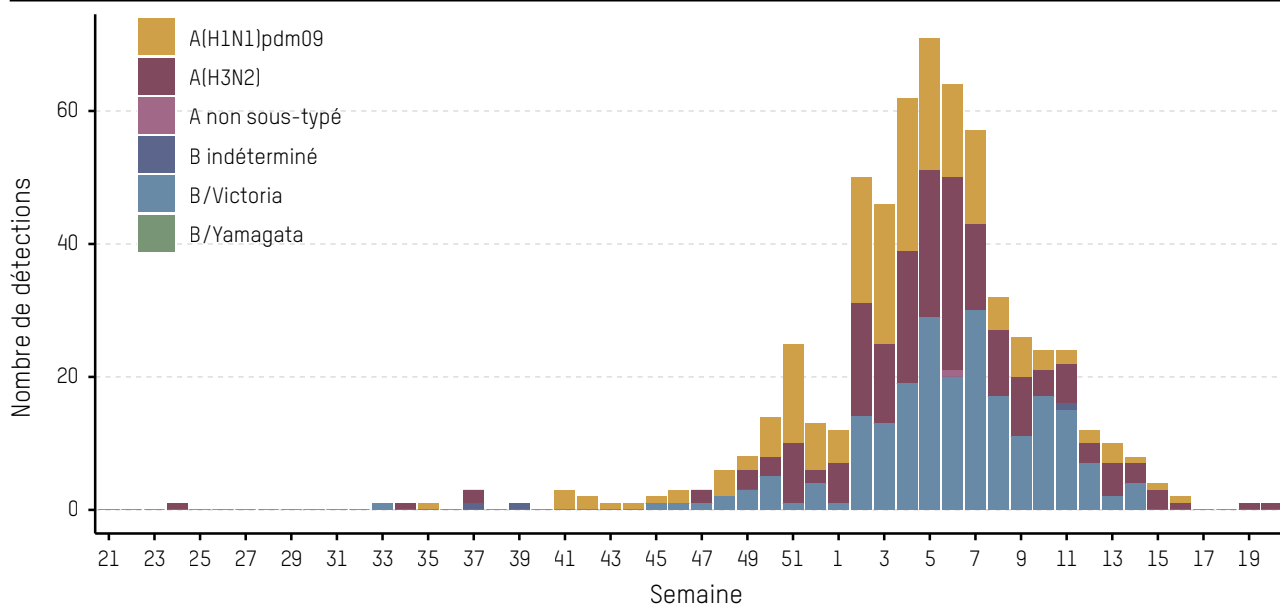
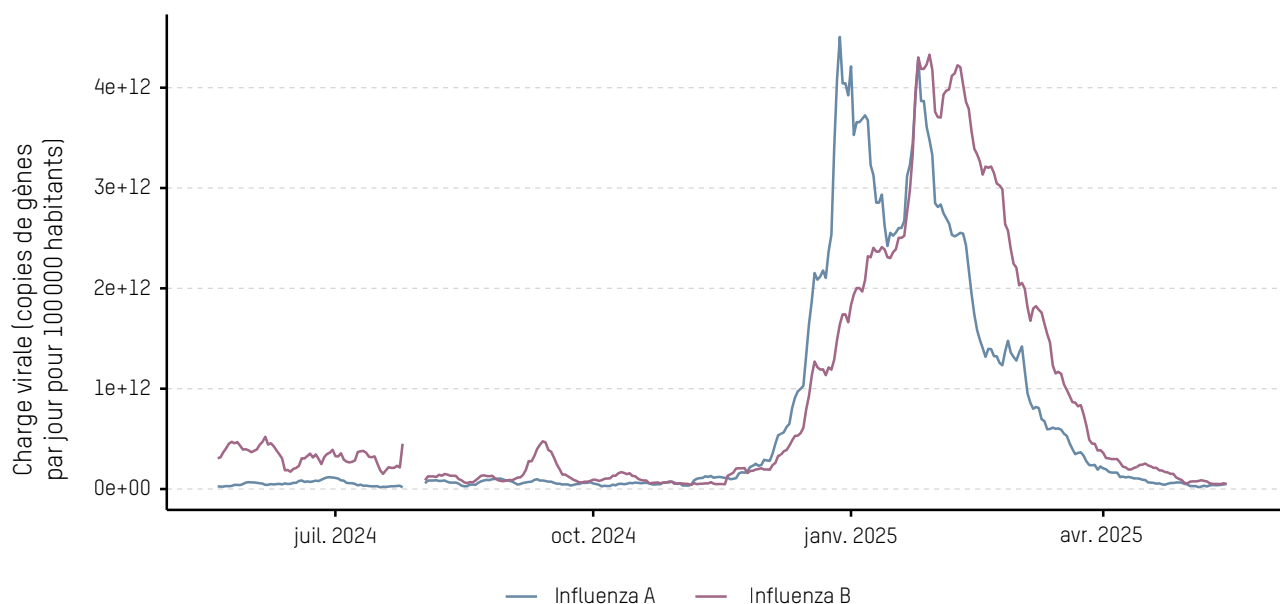


Figure 6

Charge virale quotidienne d'Influenza A et B dans les eaux usées (moyenne pondérée pour l'ensemble de la Suisse)

Les données proviennent de dix stations d'épuration, dont le bassin versant couvre près d'un quart de la population.



Caractérisation des virus Influenza

«Forte similitude entre les virus en circulation et les souches vaccinales»

Parmi les 592 prélèvements positifs pour Influenza enregistrés dans le système Sentinella, 77 (13 %) ont également été analysés à l'aide d'un test d'inhibition de l'hémagglutination, afin d'évaluer leur proximité avec les souches utilisées dans les vaccins antigrippaux. Environ 24 prélèvements appartenaient au sous-type H1N1pdm09. Ceux-ci ont tous montré une réactivité avec le sérum de référence dirigé contre la souche vaccinale A/Victoria/4897/2022. Quelque 26 prélèvements appartenaient au sous-type H3N2, dont 22 (85 %) ont réagi avec le sérum de référence ciblant la souche vaccinale A/Thailand/8/2022. Sur 27 prélèvements de la lignée B/Victoria, 26 (96 %) ont été détectés par les sérums de référence contre la souche vaccinale B/Austria/13594147/2021. Dans l'ensemble, les virus en circulation présentaient donc une forte similitude avec les souches recommandées pour la vaccination dans l'hémisphère nord pour la saison 2024/2025. Des informations complémentaires détaillées figurent dans le rapport annuel du CNRI [3].

Un échantillon aléatoire de 277 tests PCR positifs a par ailleurs été séquencé par séquençage génomique complet. Les virus du sous-type A(H1N1)pdm09 appartenaient majoritairement au sous-clade 5a.2a (84 %), suivis du sous-clade 5a.2a.1 (16 %). Les virus A(H3N2) relevaient presque exclusivement du sous-clade 2a.2a.3a.1 (99 % de tous les échantillons). Les virus de la lignée B/Victoria ont été attribués principalement au sous-clade V1A.3a.2 (98 %). Enfin, deux prélèvements

A(H1N1)pdm09 présentaient des mutations associées à une résistance à l'oseltamivir (I223T et H275Y). De plus amples informations sont disponibles dans les rapports périodiques des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) sur la surveillance génomique des virus respiratoires [4].

SARS-CoV-2/COVID-19

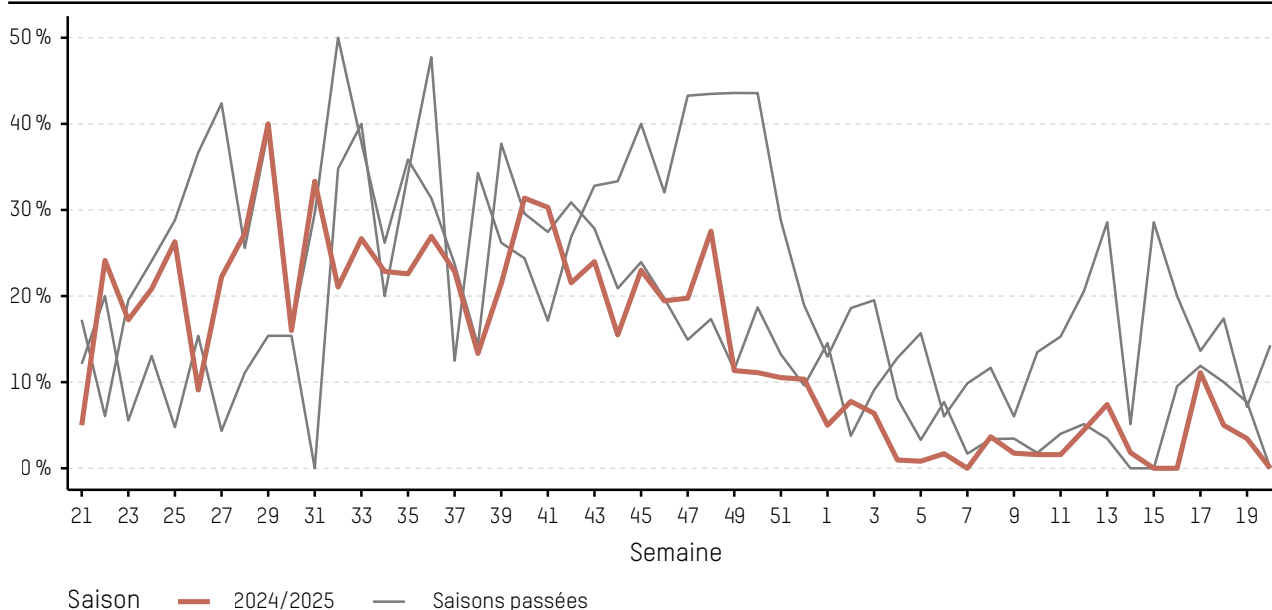
SARS-CoV-2 dans les cas ambulatoires d'IRA/ILI (Sentinella)

«Moins de détections de SARS-CoV-2 parmi les cas ambulatoires d'IRA/ILI par rapport aux années précédentes»

Le taux de positivité du SARS-CoV-2 parmi les cas ambulatoires d'IRA/ILI a commencé à augmenter dès l'été 2024, pour atteindre 40 % en juillet, le niveau le plus élevé jamais mesuré (voir figure 7). Après plusieurs semaines de détection élevée et constante, seuls quelques rares cas de SARS-CoV-2 ont été recensés dans Sentinella depuis janvier 2025. En comparaison avec les saisons précédentes, le virus a été nettement moins souvent détecté chez les cas d'IRA/ILI (9,9 % durant la saison grippale, semaines 40/2024–20/2025, ou 12,5 % sur l'ensemble de l'année, semaines 21/2024–20/2025). Cette baisse pourrait refléter une circulation globalement plus faible, une évolution clinique plus bénigne et/ou une moindre propension à consulter un médecin en cas d'infection. La proportion de cas positifs était la plus élevée chez les personnes de 65 ans et plus (17,5 %) et la plus basse chez les enfants d'âge scolaire (1,7 %) (voir tableau 4).

Figure 7

Taux de positivité hebdomadaire (%) pour le SARS-CoV-2 dans les échantillons d'IRA/ILI du système Sentinella
Les taux de positivité passés (lignes grises) incluent les données à partir de la saison 2022/2023.



OFSP, état : 10.06.2025

Tableau 4
Taux de positivité cumulés pour le SARS-CoV-2 par classe d'âge pour les cas d'IRA/ILI durant la saison 2024/2025 (semaines 21-20)

Classe d'âge	Année (semaines 21-20)
0 à 4 ans	5,1 %
5 à 14 ans	1,7 %
15 à 29 ans	8,1 %
30 à 64 ans	14,2 %
65 ans et plus	17,5 %

Cas de SARS-CoV-2 dans le système de déclaration obligatoire
« Taux de déclaration du SARS-CoV-2 au plus bas depuis le début de la pandémie »

Dans le système de déclaration obligatoire, les cas de SARS-CoV-2 ont atteint un pic en octobre 2024 (semaine 41), avec 1323 cas notifiés, soit 14,7 pour 100 000 habitants (voir figure 8). Au total, 266,8 cas pour 100 000 habitants ont été déclarés sur l'ensemble de l'année (semaines 21 à 20), ce qui correspond à une baisse de 50 % par rapport à l'année précédente. À l'instar des années précédentes, la majorité des cas concernaient les personnes de 65 ans et plus (916 pour 100 000) (voir tableau 5). Les incidences cantonales standardisées par classe d'âge variaient entre 45,2 (Appenzell Rhodes-Intérieures) et 516 (Jura) pour 100 000 habitants.

Tableau 5
Incidence du SARS-CoV-2 dans le système de déclaration obligatoire par classe d'âge pour 2024/2025
Toutes les incidences sont calculées pour 100 000 habitants.

Classe d'âge	Incidence hebdomadaire maximale (semaine)	Année (semaines 21-20)
0 à 4 ans	13,9 (36/2024)	291,5
5 à 14 ans	2,7 (35/2024)	48,2
15 à 29 ans	3,2 (41/2024)	68,6
30 à 64 ans	5,8 (42/2024)	121,0
65 ans et plus	55,4 (41/2024)	916,0
Toutes classes d'âge	14,7 (41/2024)	266,8

Charge virale et variants du SARS-CoV-2 dans les eaux usées
« Les variants KP.3 et XEC sont à l'origine de la vague automnale de COVID-19 en 2024 »

La charge virale moyenne du SARS-CoV-2 dans les eaux usées en Suisse a commencé à augmenter dès l'été 2024 et s'est maintenue à un niveau élevé pendant plusieurs semaines, avant de diminuer rapidement à la fin de l'année (voir figure 9). Une évolution comparable a été observée dans la surveillance virologique du système Sentinella (voir figure 7). Parallèlement à cette hausse, la proportion de variants du groupe KP.3 a progressé au début de l'été. La deuxième augmentation de la charge virale, observée dès le mois d'août, a

Figure 8
Incidence hebdomadaire du SARS-CoV-2 dans le système de déclaration obligatoire pour la saison 2024/2025 en comparaison avec la saison 2023/2024

Depuis la suppression en 2024 de l'obligation de déclarer les tests antigéniques rapides, les taux de déclaration du SARS-CoV-2 ont fortement diminué. Pour des raisons de comparabilité, seules les deux dernières saisons sont donc représentées. Toutes les incidences sont calculées pour 100 000 habitants.

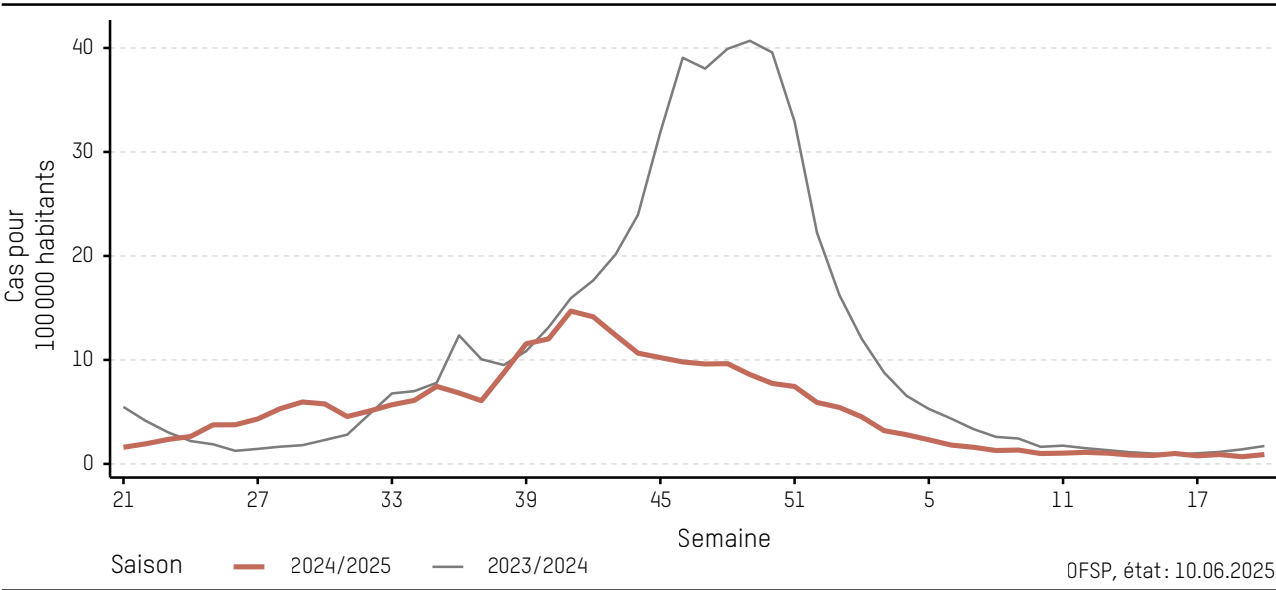
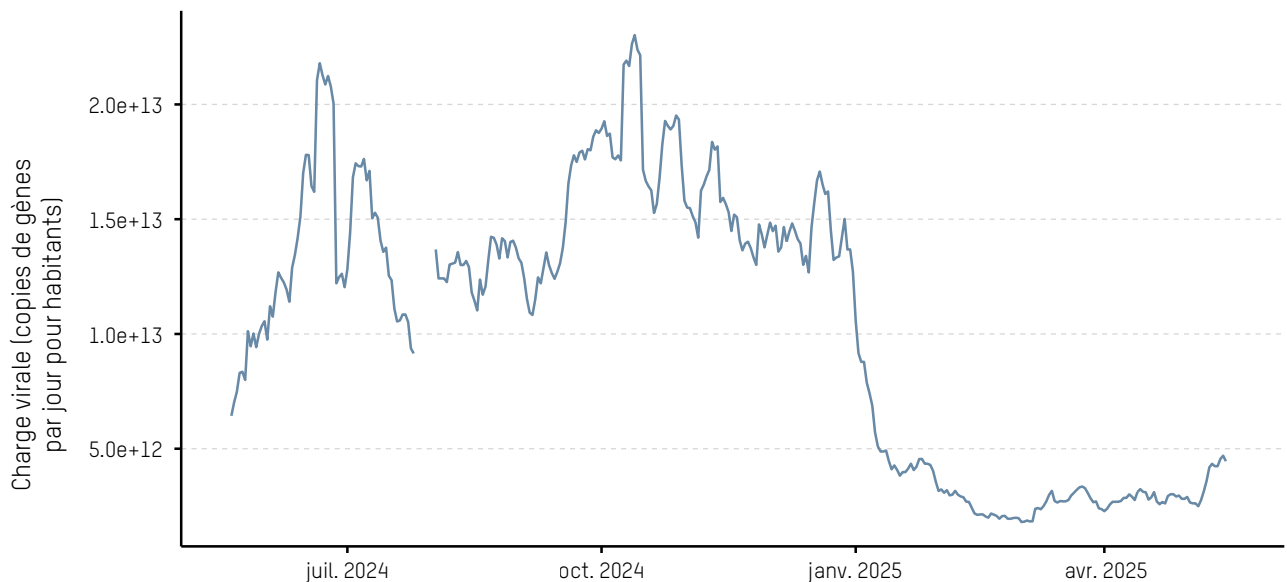


Figure 9

Charge virale quotidienne du SARS-CoV-2 dans les eaux usées (moyenne pondérée pour la Suisse entière)

La moyenne est calculée à partir des données provenant de dix stations d'épuration, dont le bassin versant couvre environ un quart de la population.



OFSP, état : 10.06.2025

coïncidé avec l'émergence du variant XEC, devenu dominant dans les eaux usées à la fin de l'année 2024. À partir de janvier 2025, le variant LP8 a commencé à se propager, mais sans provoquer de forte recrudescence virale. Depuis le printemps 2025, la proportion des variants XFG et NB.1.8.1 est en progression, entraînant également une légère hausse de la charge virale. Toutes ces souches ont été classées par l'OMS comme « *variant under monitoring* » (VUM, variants sous surveillance). Selon l'OMS, aucune donnée ne suggère que ces variants provoquent des formes plus graves que les précédents [6].

Le SARS-CoV-2 circule-t-il de manière saisonnière ?

Au cours des deux dernières années, les différents systèmes de surveillance ont montré un schéma cohérent de circulation du SARS-CoV-2 : augmentation des cas déclarés ou de la charge virale en été, pic à l'automne, puis recul avant la fin de l'année. Une évolution comparable a été observée dans plusieurs autres pays européens. Les coronavirus saisonniers déjà endémiques (229E, NL63, HKU1 et OC43) présentent quant à eux une saisonnalité marquée durant les mois d'hiver, similaire à celle de la grippe (décembre-avril) [5]. Les prochaines années permettront de déterminer si le SARS-CoV-2 adoptera une dynamique saisonnière stable, avec un pic à l'automne ou en hiver.

Variants du SARS-CoV-2 et résistances dans les échantillons Sentinella

« *Aucun signe de propagation de résistances au Paxlovid dans la population* »

Un échantillon de 115 tests PCR positifs au SARS-CoV-2 provenant du système Sentinella a été séquencé dans le cadre de la surveillance génomique. Comme dans les eaux usées, le variant KP.3 et ses sous-lignées (42 % des prélèvements) ainsi que le variant XEC (40 % des prélèvements) étaient largement dominants pendant la vague automnale. Aucune mutation associée à une résistance au nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid) n'a été détectée dans les échantillons séquencés. De plus amples informations sont disponibles dans les rapports périodiques des HUG consacrés à la surveillance génomique des virus respiratoires [4].

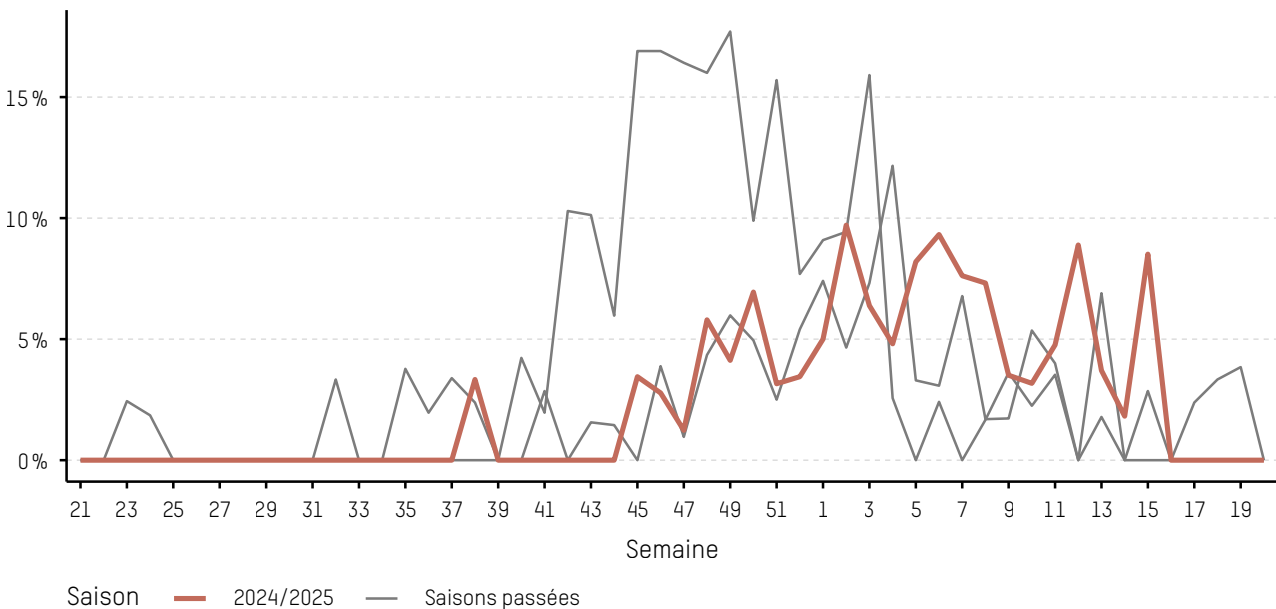
VRS

VRS dans les cas ambulatoires d'IRA/ILI (Sentinella)

« *La charge de morbidité liée au VRS reste la plus élevée chez les enfants en bas âge* »

Le VRS a été détecté pour la première fois fin septembre (semaine 38) dans une consultation ambulatoire pour des IRA/ILI, puis de manière continue de la semaine 45 (mi-novembre) à la semaine 15 (mi-avril). Le taux de positivité hebdomadaire maximal a été observé au cours de la semaine 2 (mi-janvier), avec 9,7 % (voir figure 10). Sur l'ensemble de l'année (semaines 21 à 20), le VRS a été identifié dans 3,6 % de tous les cas recensés dans le système Sentinella, et dans 4,5 % des cas pendant la saison grippale. Comme durant la saison 2022/2023, les enfants de 0 à 4 ans ont présenté les taux de

Figure 10
Taux de positivité hebdomadaire (%) pour le VRS dans les échantillons d'IRA/ILI du système Sentinella
Les lignes grises représentent, à titre de comparaison, les taux de positivité des saisons 2022/2023 et 2023/2024.



OFSP, état : 10.06.2025

positivité les plus élevés (13,9 % sur l'année, 19 % pendant la saison grippale) (voir tableau 6).

Tableau 6
Taux de positivité pour le VRS par classe d'âge pour les cas d'IRA/ILI en 2024/2025

Classe d'âge	Intersaison (semaines 21-39)	Saison grippale (semaines 40-20)	Année (semaines 21-20)
0 à 4 ans	0 %	19 %	13,9 %
5 à 14 ans	0 %	0,8 %	0,6 %
15 à 29 ans	0,9 %	1,3 %	1,2 %
30 à 64 ans	0 %	4 %	3,2 %
65 ans et plus	0 %	6,7 %	5,5 %

Caractérisation du VRS

«Prédominance du VRS-B par rapport au VRS-A pendant l'hiver 2024/2025 pour les cas ambulatoires d'IRA/ILI»
Environ 38 prélèvements positifs au VRS sélectionnés de manière aléatoire parmi ceux recensés dans le système Sentinella ont été séquencés. Parmi eux, 55 % appartenaient au groupe VRS-B et 45 % au groupe VRS-A. La majorité des prélèvements (42 %) relèvent du clade B.D.E.1, suivis des clades A.D.3 (18 %) et A.D.1 (13 %). Aucune mutation associée à une résistance aux anticorps monoclonaux nirsevimab ou palivizumab n'a été identifiée. De plus amples informations sont dispo-

nibles dans les rapports périodiques des HUG consacrés à la surveillance génomique des virus respiratoires [4].

Charge virale du VRS dans les eaux usées
«Début de la vague de VRS fin novembre 2024»
Dans les eaux usées, la charge virale du VRS a augmenté rapidement dès la semaine 47 (fin novembre) (voir figure 11), en parallèle à la hausse observée dans le système Sentinella. Le pic a été atteint fin décembre (semaine 52) et a été suivi d'une deuxième hausse plus modeste fin janvier (semaine 4). Globalement, la dynamique temporelle a été comparable à celle de la saison 2023/2024. Le pic de charge virale a dépassé celui de 2023/2024, mais il est resté inférieur à celui de la forte vague de 2022/2023.

Surveillance d'autres virus respiratoires dans Sentinella
«Le rhinovirus est la deuxième cause la plus fréquente d'infections respiratoires aiguës»

Dans le cadre des consultations pour des IRA/ILI, un total de 2751 prélèvements nasopharyngés ont été réalisés entre les semaines 21/2024 et 20/2025 et analysés par PCR multiplex pour y détecter 13 virus respiratoires. Parmi eux, 1770 prélèvements (64,3 %) se sont avérés positifs pour au moins un agent pathogène. Outre l'influenza (21,5 %), le SARS-CoV-2 (12,5 %) et le VRS (3,6 %), une part importante des échantillons s'est révélée positive pour les rhinovirus (17,6 %). D'autres virus respiratoires ont été détectés plus rarement, notamment les coronavirus saisonniers (5,3 %), le hMPV (3,2 %) et les adénovirus (2,6 %).

Les co-infections sont restées rares : parmi tous les prélèvements testés, seuls 4,5 % présentaient au moins deux agents pathogènes. La combinaison la plus fréquente associait le rhinovirus et le SARS-CoV-2 (16,3 % de toutes les co-infections), suivie de la combinaison influenzavirus + coronavirus saisonniers (8,9 %) et adénovirus + rhinovirus (8,1 %). Les associations fréquentes du rhinovirus et du SARS-CoV-2 ou de la grippe et du coronavirus saisonniers reflètent principalement les périodes de circulation similaires de ces agents pathogènes.

SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES VIRUS RESPIRATOIRES EN EUROPE

« Forte circulation de la grippe également en Europe »

La circulation des virus respiratoires en Suisse reflète globalement les tendances observées en Europe (voir aussi [7]). Les taux de positivité des virus Influenza dans les pays européens étaient comparables à ceux observés en Suisse, avec une prédominance de la souche A et l'absence de la lignée B/Yamagata (voir tableau 7). Les taux de positivité cumulés pour les VRS étaient également faibles dans les systèmes sentinelles européens, tout comme en Suisse. En revanche, le SARS-CoV-2 a été identifié presque deux fois plus fréquemment en Suisse dans les cas d'ILI/IRA que dans le reste de l'Europe, sans que l'on puisse clairement l'expliquer.

Tableau 7
Virus respiratoires en circulation durant l'année 2024/2025, en Suisse et en Europe

Les taux de positivité sont ceux des échantillons prélevés lors de consultations ambulatoires motivées par des infections respiratoires (système Sentinella en Suisse et systèmes sentinelles dans la médecine de premier recours en Europe). Le dénominateur pour les sous-types de virus Influenza correspond au nombre d'échantillons positifs pour le type considéré. Les données sont tirées de la plateforme ERVISS de l'OMS [7].

Agent pathogène	Sous-type	Suisse	Europe
Influenza		27 %	23 %
	A (total)	63 %	64 %
	A(H1)pdm09	50 %	63 %
	A(H3)	50 %	37 %
	A (lignée non déterminée)	0 %	0 %
	B (total)	37 %	36 %
	B (lignée non déterminée)	0 %	0 %
	B/Vic	100 %	100 %
	B/Yam	0 %	0 %
VRS		5 %	5 %
SARS-CoV-2		10 %	4 %

Figure 11
Charge virale quotidienne du VRS dans les eaux usées (moyenne pondérée pour l'ensemble de la Suisse)

La moyenne est calculée à partir des données provenant de dix stations d'épuration, dont le bassin versant couvre environ un quart de la population.

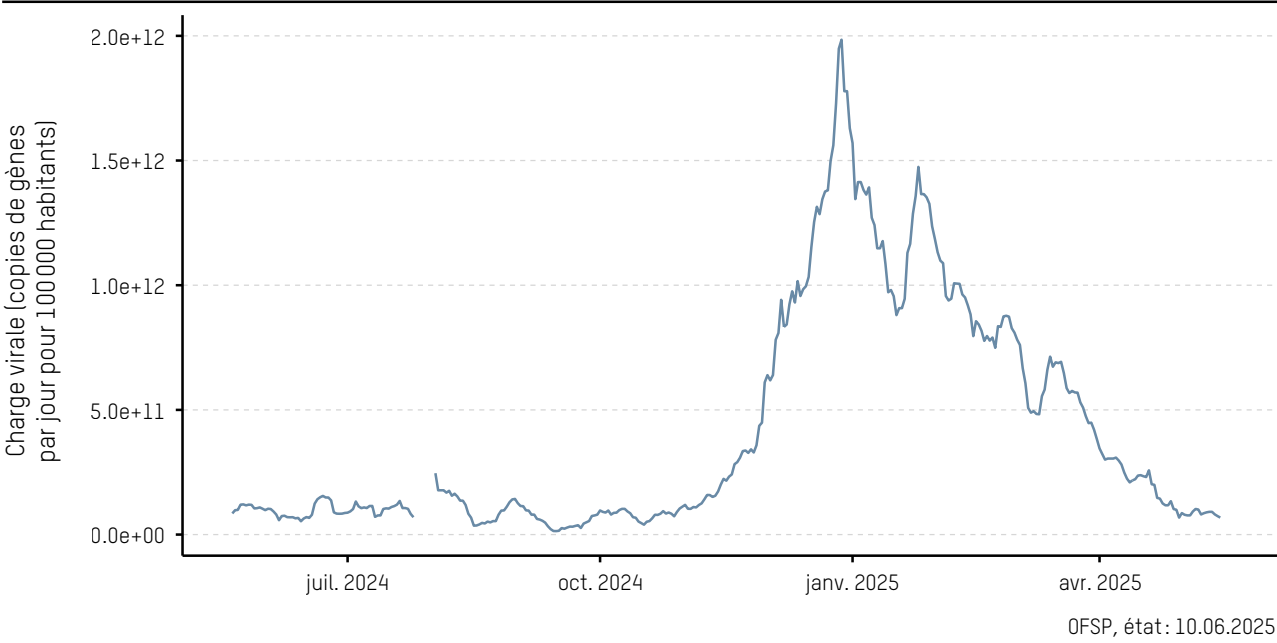


Tableau 8
Recommandations de l’OMS concernant la composition des vaccins contre la grippe dans l’hémisphère nord

	Recommandations pour la saison 2024/2025 [8]	Recommandations pour la saison 2025/2026 [9]
A(H1N1)	A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09-like (vaccins préparés sur œuf) A/Wisconsin/67/2022 (H1N1)pdm09-like (vaccins préparés par culture cellulaire)	A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09-like (vaccins préparés sur œuf) A/Wisconsin/67/2022 (H1N1)pdm09-like (vaccins préparés par culture cellulaire)
A(H3N2)	A/Thailand/8/2022 (H3N2)-like (vaccins préparés sur œuf) A/Massachusetts/18/2022 (H3N2)-like (vaccins préparés par culture cellulaire)	A/Croatia/10136RV/2023 (H3N2)-like (vaccins préparés sur œuf) A/District of Columbia/27/2023 (H3N2)-like (vaccins préparés par culture cellulaire)
B-Victoria	B/Austria/1359417/2021-like	B/Austria/1359417/2021-like
B-Yamagata*	B/Phuket/3073/2013-like*	B/Phuket/3073/2013-like*

* vaccins quadrivalents seulement

VACCINATION

Composition des vaccins contre la grippe pour la saison à venir

L’Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande aux fabricants de vaccins d’abandonner au plus vite les vaccins quadrivalents pour revenir aux vaccins trivalents, en raison de la disparition des souches virales d’influenza de la lignée B/Yamagata depuis la pandémie de COVID-19 [8]. Cet ajustement demandera toutefois du temps en raison de contraintes techniques et des examens devant être réalisés par les autorités de contrôle des médicaments. Par conséquent, les vaccins contre la grippe saisonnière seront donc encore quadrivalents à l’automne 2025. Le tableau 8 présente les recommandations formulées par l’OMS concernant la composition des vaccins contre la grippe pour 2024/25 et 2025/26 dans l’hémisphère nord.

Approvisionnement de la Suisse en vaccins

Influenza

Selon les indications des fabricants, environ 1,14 million de doses de vaccin contre la grippe saisonnière ont été distribuées en Suisse au cours de l’automne et au début de l’hiver 2024. Aucune pénurie ni aucun retard de livraison n’ont été rapportés au cours de la saison sous revue. Selon les informations fournies par les fabricants de vaccins antigrippaux, entre 1,20 et 1,25 million de doses de vaccin seront disponibles en Suisse pour la saison 2025/26.

COVID-19

Durant la pandémie, l’approvisionnement en vaccins contre le COVID-19 était assuré par la Confédération et les cantons, qui ont recouru à un achat et à une distribution centralisée, conformément aux compétences subsidiaires que leur conférait la loi sur les épidémies. Depuis le 1^{er} juillet 2024, les compétences en matière de vaccins sont revenues au régime ordinaire. Les titulaires d’autorisation Moderna et Pfizer distribuent actuellement des vaccins à ARNm adaptés au variant JN.1 du SARS-CoV-2.

Une adaptation du vaccin à ARNm au variant LP.8.1 est prévue pour l’automne 2025.

VRS

Les fabricants n’anticipent aucune pénurie d’approvisionnement pour l’automne 2025 et la saison VRS 2025/26, tant pour les vaccins que pour les anticorps monoclonaux à action prolongée.

Recommandations de l’OFSP concernant la vaccination contre les agents pathogènes respiratoires pour la saison à venir

Le tableau 9 présente un aperçu des recommandations pour la vaccination et l’administration d’anticorps monoclonaux (*monoclonal antibodies*, mAb) contre les virus respiratoires pour la saison 2025/2026. Les vaccins contre la grippe, le COVID-19 et le VRS peuvent être administrés simultanément ou successivement, à n’importe quel intervalle.

Vaccins disponibles en Suisse pour la saison à venir

Le tableau 10 offre un aperçu des vaccins et anticorps monoclonaux contre la grippe, le COVID-19 et le VRS autorisés en Suisse pour l’automne 2025.

Des informations sur la prise en charge des vaccinations et des vaccins par l’assurance obligatoire des soins en cas de maladie (assurance de base) sont disponibles sur le site Internet de l’OFSP [13].

REMERCIEMENTS

L’OFSP remercie le corps médical – en particulier les médecins Sentinella –, l’ensemble des laboratoires, notamment le Centre national de référence pour l’influenza (CNRI) à Genève, la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV), l’Eawag ainsi que toutes les autres équipes de recherche et institutions impliquées pour leur précieux engagement dans la surveillance des virus respiratoires.

État des données

Les données du présent rapport correspondent à l’état au 24 juin 2025.

Contact

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Prévention et services de santé
Division Maladies transmissibles
Téléphone 058 463 87 06

Tableau 9

Aperçu des recommandations pour la vaccination et les mAb contre la grippe, le COVID-19 et le VRS

Agent pathogène	Produit	Recommandations et groupes cibles	Période d'administration
Influenza	Vaccination [10]	- Toutes les personnes de 65 ans et plus - Femmes enceintes ou qui ont accouché au cours des 4 semaines précédentes - Prématurés dès 6 mois - Personnes (dès 6 mois) atteintes de certaines maladies chroniques - Personnes en établissement de soins - Personnes en contact régulier avec des personnes des catégories citées ci-dessus - Personnes en contact régulier avec des volailles ou des oiseaux sauvages	Entre mi-octobre et le début de la vague de grippe
SARS-CoV-2 (COVID-19)	Vaccination [11]	- Toutes les personnes de 65 ans et plus - Personnes de 16 ans et plus présentant certains antécédents médicaux - Personnes de 16 ans et plus atteintes de trisomie 21 - Femmes enceintes - Personnes (dès 6 mois) atteintes d'une immuno-déficience sévère	Automne/hiver, idéalement entre mi-octobre et décembre
VRS	Vaccination pour les personnes de 60 ans et plus [12]	- Toutes les personnes de 75 ans et plus - Personnes de 60 ans et plus présentant certains antécédents médicaux ou en établissements de soins - En cas de risque très élevé : à partir de 18 ans (hors étiquette)	Idéalement en octobre ou en novembre, mais au plus tard avant le début de la vague de VRS
	Vaccination maternelle pour les femmes enceintes* [12]	Une dose entre la 32 ^e et la 36 ^e semaine de grossesse*	Si la date prévue de l'accouchement se situe entre début octobre et fin mars*
	Anticorps monoclonaux (mAb) à action prolongée* [12]	Tous les nourrissons nés entre octobre et mars*	Première semaine de vie ou aussi tôt que possible*
		Tous les nourrissons nés entre avril et septembre	Première semaine de vie ou aussi tôt que possible*

* Les femmes enceintes ou les futurs parents doivent choisir l'une des deux options de prévention du VRS (immunisation passive) pour les nouveau-nés : soit par vaccination maternelle, soit par administration d'anticorps après la naissance

Tableau 10

Vaccins et anticorps monoclonaux autorisés en Suisse (état : juillet 2025)

Agent pathogène	Produit	Type de vaccin	Autorisation (âge)
Influenza (grippe)	Efluelda®	Vaccin fractionné, dose élevée	Dès 65 ans
	Fluarix Tetra®	Vaccin fractionné, dose standard	Dès 36 mois
	Flucelvax Tetra®	Vaccin fractionné, à base de cellules, dose standard	Dès 24 mois
	Influvac Tetra®	Vaccin fractionné, dose standard	Dès 6 mois
	Vaxigrip Tetra®	Vaccin fractionné, dose standard	Dès 6 mois
SARS-CoV-2	Comirnaty® JN.1 30 µg	Vaccin à ARNm, monovalent	Dès 12 ans
	Comirnaty® JN.1 10 µg	Vaccin à ARNm, monovalent	Dès 5 ans
	Spikevax® JN.1	Vaccin à ARNm, monovalent	Dès 18 ans
VRS	Abrysvo®	Vaccin bivalent contre le VRS, à protéine recombinante	Dès 60 ans, ainsi que pour les femmes enceintes à partir de 18 ans
	Arexvy®	Vaccin contre le VRS, à protéine recombinante, avec adjuvant	Dès 60 ans
	mResvia®	Vaccin à ARNm contre le VRS	Dès 60 ans
	Beyfortus® (Nirsevimab)	Anticorps monoclonal à action prolongée contre le VRS	De la naissance à 24 mois

Bibliographie

- ¹ T. Vega, J. Lozano, T. Meerhoff, R. Snacken, J. Mott, R. Ortiz de Lejarazu und B. Nunes, «Influenza surveillance in Europe: establishing epidemic thresholds by the Moving Epidemic Method» *Influenza and Other Respiratory Viruses*, Bd. 7, pp. 546–558, 2013.
- ² Office fédéral de la statistique (OFS), «Décès par semaine de 2010 à 2025», 2025. [En ligne]. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces.html>. [Juillet 2025].
- ³ Hôpitaux Universitaires Genève Centre national de référence de l'Influenza – CNRI, «Rapports annuels Sentinella» [En ligne]. <https://www.hug.ch/laboratoire-virologie/saisons-precedentes> [Juillet 2025].
- ⁴ Hôpitaux Universitaires Genève Centre for Emerging Viral Diseases, «Genomic surveillance of respiratory viruses» [En ligne]. <https://www.hug.ch/en/centre-emerging-viral-diseases/genomic-surveillance-respiratory-viruses> [Juillet 2025].
- ⁵ R. A. Neher, R. Dyrda, V. Druelle, E. B. Hodcroft und J. Albert, «Potential impact of seasonal forcing on a SARS-CoV-2 pandemic» *Swiss Med Wkly*, p. 150:w20224, 2020.
- ⁶ World Health Organization (WHO), «WHO COVID-19 dashboard. COVID-19 Variants of Concern (VOCs)» [En ligne]. <https://data.who.int/dashboards/covid19/variants> [7 juillet 2025].
- ⁷ World Health Organization Regional Office for Europe, «European Respiratory Virus Surveillance Summary» [En ligne]. <https://erviss.org/> [7 juillet 2025].
- ⁸ World Health Organization WHO, «Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2024–2025 northern hemisphere influenza season» [En ligne]. <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2024-2025-northern-hemisphere-influenza-season> [7 juillet 2025].
- ⁹ World Health Organization WHO, «Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2025–2026 northern hemisphere influenza season» [En ligne]. <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2025-2026-nh-influenza-season> [7 juillet 2025].
- ¹⁰ Office fédéral de la santé publique (OFSP), «Grippe saisonnière (influenza). Prévention: recommandations de vaccination», 2025. [En ligne]. <https://www.bag.admin.ch/fr/grippe-saisonniere-influenza#Pr%C3%A9vention:-recommandations-de-vaccination->. [Juillet 2025].
- ¹¹ Office fédéral de la santé publique (OFSP), «COVID-19», 2025. [En ligne]. <https://www.bag.admin.ch/fr/covid-19-fr#Vaccination>. [Juillet 2025].
- ¹² Office fédéral de la santé publique (OFSP), «Virus respiratoire syncytial humain (VRS). Prévention», 2025. [En ligne]. <https://www.bag.admin.ch/fr/virus-respiratoire-syncytial-humain-vrs#Pr%C3%A9vention>. [Juillet 2025].
- ¹³ Office fédéral de la santé publique (OFSP), «Assurance-maladie: mesures de prévention», 2025. [En ligne]. <https://www.bag.admin.ch/fr/assurance-maladie-mesures-de-prevention>. [Juillet 2025].