

## Tendances

### Infections respiratoires aiguës

- Grippe :
  - Diminution de la circulation virale : Île-de-France et Mayotte en post-épidémie
  - Couverture vaccinale dans les populations ciblées : 46,3 %
- Bronchiolite / VRS : diminution de la circulation virale, seule la Martinique et Mayotte sont en épidémie
- COVID-19 : stabilité de la circulation virale à niveau faible

### Infections à virus Nipah

- Deux cas identifiés en Inde
- Investigations en cours

### Grippe zoonotique

- Aviaire A H5N1 : détection d'un chat et d'une vache positifs dans une exploitation agricole aux Pays-Bas
- Aviaire A H2N9 : 10 nouveaux cas humains en Chine depuis le 5 novembre 2025

### Maladie à virus Marburg : épidémie en Éthiopie

### Point hémocultures

- Rappel sur les modalités de prélèvement

## Dans ce numéro

Infections respiratoires  
aiguës

Infections à virus Nipah

Grippe zoonotique

Maladie à virus Marburg

Point hémocultures

Dernières publications &  
recommandations

Rédaction : Dr Eric Farfour, Dr Valentine Latapy  
Comité scientifique : Dr C. Adonian, Mme A.-S. Auchères, Dr C. Cerf, Dr M. de Laroche, Dr L. Limousin, Mr Muyard, Mme N. Donato, Dr E. El Ghouati, Mr P. Jazat, Dr A. de Raignac, Dr A. Rault, Mme D. Reynaert, Dr T. Rodari

# Infections respiratoires aiguës

## Grippe

L'activité grippale **diminue** dans toutes les classes d'âge et toutes les régions. Les virus de **type A (H3N2 et H1N1<sub>pdm09</sub>)** restent prédominants. Toutes les régions métropolitaines restent en phase épidémique, à l'exception de l'Île-de-France qui passe en phase post-épidémique. En Outre-mer, Mayotte revient en phase post-épidémique et La Réunion demeure au niveau de base.

Le nombre de décès déclarés attribués à la grippe continue de diminuer.

La **couverture vaccinale** a été estimée à **46,3 %** chez l'ensemble des personnes ciblées. Elle était de **53,3 %** chez les plus de 65 ans et de **27,1 %** chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère.

Les premières estimations en vie réelle de l'efficacité du vaccin antigrippal contre les formes symptomatiques, issues des données du réseau RELAB analysées par le CNR, indiquent une efficacité globale de 36,4 % tous âges confondus.

Cette efficacité est modérée, comparable aux estimations internationales pour cette saison et supérieure aux attentes, malgré une forte divergence antigénique du sous-clade K par rapport à la souche vaccinale A(H3N2). Ces résultats préliminaires seront actualisés en fin de saison.

## Bronchiolite (VRS)

Les indicateurs liés au VRS et à la bronchiolite diminuent. Toutes les régions sont en phase post-épidémique ou au niveau de base à l'exception de Mayotte et de la Martinique qui restent en épidémie.

## COVID-19 (SARS-CoV-2)

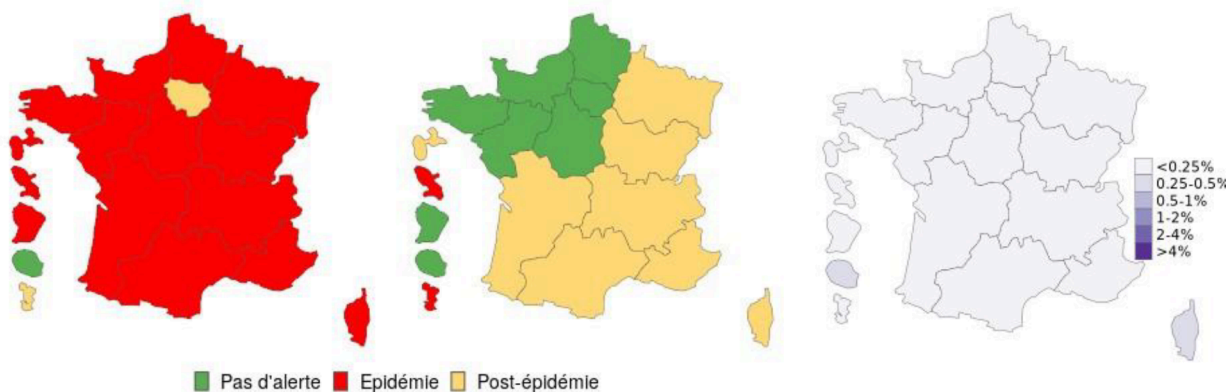
Les indicateurs de la COVID-19 restent stables à des niveaux faibles, en ville comme à l'hôpital. La détection du SARS-CoV-2 dans les eaux usées diminue, sans modification notable de la dynamique épidémiologique. La proportion de décès liés à la COVID-19 continue de diminuer.

Source : Santé Publique France, CNR des virus respiratoires dont COVID-19 et la grippe

### Grippe<sup>1,2,3</sup>

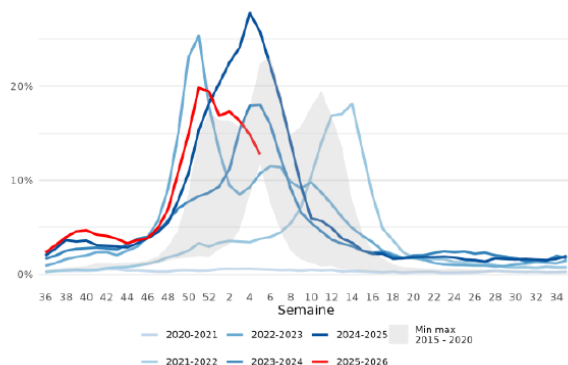
### Bronchiolite<sup>1,2</sup>

### COVID-19<sup>1</sup>

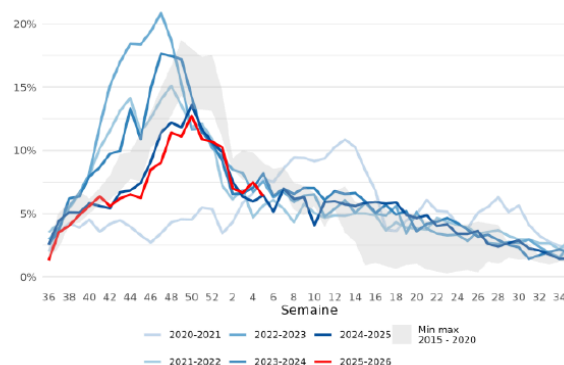


Situation épidémiologique pour les virus de la grippe de la bronchiolite et de la COVID-19 en semaine 4

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



### Part de la bronchiolite parmi les actes SOS Médecins chez les enfants de moins de 1 an



Part des syndromes grippaux et de la bronchiolite en France par saison depuis 2020

---

## Infections à virus Nipah

### Point sur les cas groupés en Inde

Le 26 janvier 2026, l'Inde a notifié à l'Organisation mondiale de la Santé la survenue de **deux cas confirmés** d'infection par le virus Nipah (NiV) dans l'État du Bengale-Occidental. Les deux cas concernaient des infirmiers travaillant dans le même hôpital privé à Barasat. Ils avaient tous les deux présenté des symptômes sévères compatibles avec une infection à virus Nipah à la fin décembre 2025 et ont été hospitalisés début janvier 2026. Au 21 janvier, l'un des cas présentait une amélioration clinique après une atteinte neurologique sévère, tandis que l'autre demeurait en soins intensifs sous ventilation mécanique.

Des mesures renforcées de prévention et de contrôle des infections ont été mises en place. Environ 200 personnes contacts identifiés, toutes ont été testé négatifs. Les investigations sont en cours afin d'identifier la source de la contamination.

### Virus Nipah

L'infection à virus Nipah est une **zoonose émergente** due au virus du même nom. Le virus Nipah appartient au genre *Henipavirus* et à la famille des *Paramyxoviridae* (même famille que le virus de la rougeole). Cinq espèces de henipavirus ont été identifiées.

C'est un virus relativement **résistant** dans l'environnement : il peut survivre plusieurs jours dans certains jus de fruits ou dans la sève de palmier-dattier, mais il est inactivé par la chaleur prolongée, les détergents, les désinfectants chlorés et les rayonnements UV. Le virus Nipah est classé comme agent biologique de **classe (groupe de risque) 4**, nécessitant des mesures de biosécurité maximales. Deux principaux clades du virus Nipah ont été identifiés : le clade NiV-B, circulant principalement au Bangladesh et en Inde, et le clade NiV-M, historiquement décrit en Malaisie.

En plus de l'être humain, le virus Nipah est capable d'infecter une grande diversité d'espèces animales : chauves-souris, porcs, chevaux, chèvres, moutons, chiens et chats. Le réservoir naturel du virus est constitué par les chauves-souris frugivores du genre *Pteropus*. La transmission à l'homme peut survenir par contact avec des animaux infectés, par ingestion d'aliments contaminés, ou par transmission interhumaine lors de contacts étroits, notamment en milieu familial ou de soins.

Le virus Nipah a été identifié pour la première fois **en 1998 en Malaisie** chez des éleveurs de porcs, lors d'une épidémie ayant totalisé 246 cas en Malaisie et à Singapour. L'origine de cette épidémie a été associée à la déforestation et aux incendies de forêt, qui auraient favorisé la migration des chauves-souris frugivores et le contact avec les élevages porcins. Depuis, des flambées sporadiques ont été rapportées au Bangladesh, en Inde et aux Philippines. Des études de séroprévalence ont mis en évidence la présence d'anticorps anti-henipavirus chez des chauves-souris dans de nombreux pays d'Asie et d'Afrique, suggérant une circulation géographique étendue. Les mécanismes de circulation virale et les facteurs favorisant le passage à l'homme demeurent toutefois imparfaitement compris.

La **contamination** survient par contact direct avec des animaux infectés, leurs sécrétions ou excréments, par ingestion d'aliments contaminés, ou par contact étroit avec une personne infectée. La période d'incubation varie généralement de **4 à 21 jours**, mais peut être plus longue (jusqu'à 2 mois). L'infection par le virus Nipah présente une grande **hétérogénéité clinique**, allant de formes **asymptomatiques** (environ 10 % des cas) à des détresses respiratoires sévères et des encéphalites sévères souvent fatales. La létalité rapportée lors des précédentes flambées en Asie varie entre 40 % et 75 %, en fonction de la souche virale, de la précocité du diagnostic et de la qualité de la prise en charge. Des séquelles neurologiques persistantes sont fréquemment observées chez les survivants d'une encéphalite.

Le diagnostic repose sur la détection de l'ARN viral par RT-PCR à partir de prélèvements respiratoires, sanguins, urinaires ou du liquide céphalorachidien au cours de la phase aiguë, et sur la sérologie en phase tardive ou post-infectieuse.

En l'absence de traitement antiviral spécifique validé, la prise en charge repose sur des soins de support intensifs et symptomatiques, associés à des mesures strictes de prévention et de contrôle des infections.

À ce jour, aucun vaccin contre le virus Nipah n'est disponible pour l'homme.

*Source : European Center for Disease Prevention and Control*

---

## Grippe zoonotique

### Grippe aviaire A (H5N1)

Un chat d'une exploitation agricole infecté par une souche de grippe aviaire A (H5N1) a été identifié aux Pays-Bas. Vingt vaches du cheptel ont été aléatoirement testées, des anticorps dirigés contre le virus H5N1 ont été identifiés dans le lait d'un seul bovin ayant présenté une mammite. Son lait n'avait pas été commercialisé. L'ensemble des bovins de l'élevage a par la suite été testé négatif. Aucune des personnes travaillant dans l'exploitation agricole ainsi que le vétérinaire n'a présenté de symptômes. Ils ont été invités à se tester. La souche isolée chez le chat appartient au clade 2.3.4.4b et au génotype EA-2024-DI (sous-groupe DI.2). Il s'agit du génotype le plus fréquent en Europe.

L'ECDC a évalué le risque comme faible pour la population générale.

### Grippe aviaire A (H9N2)

Depuis le 5 novembre 2025, dix nouveaux cas

humains d'infection par le virus de la grippe aviaire A(H9N2) ont été signalés dans 5 provinces de Chine (Guangdong, Guangxi, Henan, Jiangsu et Hubei). Il s'agissait de 8 enfants et 2 personnes âgées. Tous les enfants avaient des symptômes modérés, tandis que les 2 personnes âgées ont nécessité une prise en charge hospitalière dont l'une ayant des comorbidités pour pneumonie sévère. À l'exception d'un cas, tous avaient une exposition directe ou indirecte à des volailles.

Depuis 1998, 193 cas humains d'infection par le virus A(H9N2), ont été notifiés dans dix pays dont plus des trois quarts en Chine. Ces infections surviennent généralement de manière sporadique et sont le plus souvent associées à des formes cliniques bénignes. Le taux de létalité a été estimé à 1 %.

L'ECDC estime que le risque pour la population générale dans la région demeure très faible.

*Source : European Center for Disease Prevention and Control*

## Maladie à virus Marburg (Ethiopie)

Le ministère de la Santé éthiopien a déclaré la fin de l'épidémie de maladie à virus Marburg le 26 janvier 2026. Cette décision intervient après plus de 42 jours, correspondant à la durée maximale de la période d'incubation, écoulés depuis le décès du dernier cas confirmé le 14 décembre 2025.

Au total, l'épidémie a comptabilisé 19 cas (14 confirmés biologiquement et cinq probables), dont 14 décès, correspondant à un taux de létalité de 64,3 %. Les cas ont été signalés dans deux régions, principalement autour de la ville de Jinka, identifiée comme l'épicentre de l'épidémie.

---

# Bonnes pratiques de l'hémoculture

Dr Latapy

L'hémoculture est un examen clé pour la recherche des bactériémies. La qualité du prélèvement conditionne directement la fiabilité des résultats. Le volume de sang prélevé doit être suffisant pour garantir la sensibilité de l'examen et ne pas passer à côté d'une bactériémie. Le respect strict des règles d'asepsie permet de prévenir la contamination du prélèvement par la flore cutanée.

Les modalités de prélèvement de l'hémoculture sont rappelées ci-dessous.



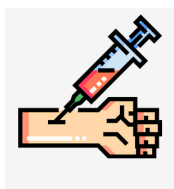
## Préparation du matériel

- Vérifier la prescription sur le dossier de soins et préparer le bon d'examen
- Vérifier la date de péremption des flacons
- Faire un repère sur le flacon correspondant au volume de prélèvement recommandé : 8 - 10 ml. Avec certains flacons cela n'est pas nécessaire, le volume de remplissage est indiqué sur le flacon



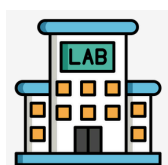
## Désinfection et antisepsie

- Décapuchonner les flacons et désinfecter l'opercule avec l'antiseptique alcoolique. Laisser le tampon de désinfection sur le flacon jusqu'au prélèvement
- Se frictionner les mains avec un produit hydro-alcoolique
- Choisir le site de ponction veineuse, poser le garrot et repérer la veine.
- Réaliser une antisepsie cutanée large du site de ponction en respectant le temps de contact de 30 secondes et en veillant au séchage complet de l'antiseptique
- Si la veine est repalpée, recommencer l'opération



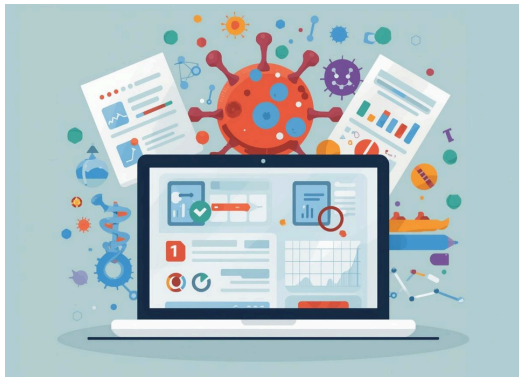
## Prélèvement

- Mettre des gants à usage unique et réaliser la ponction veineuse avec une unité de prélèvement sécurisé.
- Prélever le sang en commençant par les flacons aérobies afin de purger la tubulure, puis les flacons anaérobies.
- Prélever 4 à 6 flacons par patient, en un seul prélèvement \*
- Remplir les flacons avec 8 à 10 ml de sang par flacon\* (cible: 40-60 ml)
- Enlever le garrot et évacuer l'unité de prélèvement dans le collecteur adapté
- Agiter les flacons par retournement.
- Étiqueter le flacon en veillant à ne pas coller l'étiquette sur le code à barres du flacon
- Si suspicion d'infection de dispositif intra vasculaire : répéter l'opération à partir du dispositif sans avoir purgé le cathéter, au même moment (<10minutes)



## Acheminement au laboratoire

- Le plus rapidement possible au laboratoire
- Ne pas réfrigérer ni incuber les flacons avant introduction dans l'automate



## Nos dernières publications

### Infographie / Monographie

- La rage

### Capsules vidéos

- Pneumopathies aiguës communautaires

### Synthèses

- Furoncles & furunculoses
- Impétigo
- Abscesses cutanés
- Pathogènes respiratoires



## Quelques recommandations

### Infections du site opératoire

- SF2H - Avis relatif à l'utilisation de fils enduits de biocides pour la prévention des infections du site opératoire

### Choléra

- HCSP - Avis relatif à l'actualisation des recommandations vaccinales contre le choléra à Mayotte

### Infections respiratoires

- HAS - Intérêt des techniques d'amplification des acides nucléiques (TAAN) multiplex dans la prise en charge médicale des infections des voies respiratoires supérieures



Diffusion gratuite  
Abonnement en ligne : <https://www.clin92.com/abonnement>  
© Clin92. 2025. Tous droits réservés.