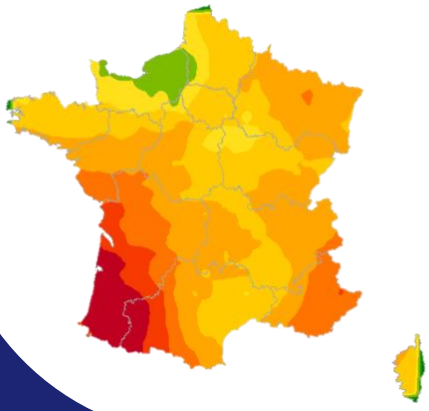
Sentinelles
Réseau Sentinelles

iPLesp Unité mixte de recherche en santé 1136

Inserm

SANTÉ SORBONNE UNIVERSITÉ



BILAN D'ACTIVITÉ 2025

Janvier à décembre 2025

VEILLE SANITAIRE ET RECHERCHE EN SOINS PRIMAIRES

Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (iPLesp), UMR-S 1136 (Unité Mixte de Recherche en Santé) - Équipe « Surveillance et modélisation des maladies transmissibles »

Sous la tutelle de :

- l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm)
- et de Sorbonne Université

Réseau Sentinelles - Bilan d'activité 2025, version corrigée, publiée le 07/10/2026

Table des matières

PARTIE 1 : BILAN D'ACTIVITÉ

1 L'ÉQUIPE SENTINELLES 4

2 LE RÉSEAU SENTINELLES 6

3 LA SURVEILLANCE CONTINUE SENTINELLES 8

4 LES ÉTUDES PONCTUELLES 18

5 LES TRAVAUX ÉPIDÉMIOLOGIQUES, PHARMACO-ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET BIOSTATISTIQUES 21

6 LE RÉSEAU GRIPPENET/COVIDNET 24

PARTIE 2 : BILAN DE LA SURVEILLANCE CONTINUE DU RÉSEAU SENTINELLES

7 INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS 27

8 DIARRHÉES AIGUËS 49

9 OREILLONS 55

10 COQUELUCHE 64

11 VARICELLE 71

12 ZONA 76

13 IST BACTÉRIENNES 81

14 BORRÉLIOSE DE LYME 95

15 ACTES SUICIDAIRES : TENTATIVES DE SUICIDE ET SUICIDES 103

PARTIE 3 : RÉFÉRENCES ET ANNEXES

16 RÉFÉRENCES 116

17 ANNEXES 118

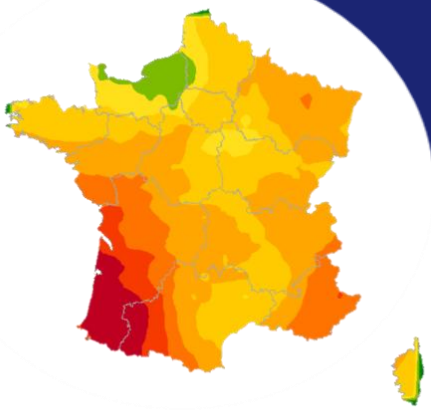
LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
CHRO : centre hospitalier régional d'Orléans
CHU : centre hospitalier universitaire
CMP : Centre médico-psychologique
Cnam : Caisse nationale de l'Assurance Maladie
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNR : Centre national de référence
CR : Cellule régionale de Santé publique France
DA : diarrhée aiguë
ECDC : European Centre for Disease Prevention and Control
EGB : échantillon généraliste de bénéficiaires
EM : érythème migrant
ETP : équivalent temps plein
EV : efficacité vaccinale
GEA : gastroentérites aiguës
Hts : habitants
IC 95% : intervalle de confiance à 95%
I-Move : Influenza - Monitoring Vaccine Effectiveness in Europe
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
iPLesp : Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique
IRA : infection respiratoire aiguë
IST : infection sexuellement transmissible
MG : médecin généraliste
MGL : médecin généraliste libéral
PL : pédiatres libéraux
PrEP : prophylaxie pré-exposition
SC : surveillance continue
SCEP : surveillance continue et études ponctuelles
SG : syndrome grippal
SNDS : Système National des Données de Santé
SNIIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie
SpF : Santé publique France
TS : tentative de suicide
UMR-S : Unité mixte de recherche en santé
UVSQ : Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines
VRS : virus respiratoire syncitial

Sentinelles
Réseau Sentinelles

BILAN D'ACTIVITÉ

PARTIE 1



1 L'ÉQUIPE SENTINELLES

1.1 Présentation

L'équipe Sentinelles fait partie de l'équipe « Surveillance et Modélisation des maladies transmissibles » (Sumo) dirigée par le professeur Pierre-Yves Boëlle au sein de l'Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique (iPLesp), lui-même dirigé par le professeur Fabrice Carrat, sous la double tutelle de l'Inserm et de Sorbonne Université (organigramme en Annexe 1 et contact de l'équipe en Annexe 2).

L'équipe Sentinelles est constituée d'une coordination nationale et de quatre antennes régionales.

1.2 Axes de travail

Le travail scientifique de l'équipe porte sur la veille sanitaire et la recherche en soins primaires.

1.2.1 Veille sanitaire

L'équipe coordonne le réseau Sentinelles mis en place depuis 1984 (cf. chapitre 2). Constitué de plus de 1 000 médecins libéraux en France hexagonale, il s'intègre au dispositif de surveillance de Santé publique France (SpF). Il permet de suivre et décrire l'évolution temporo-spatiale d'une dizaine d'indicateurs de santé en soins primaires (médecine générale et pédiatrie) (cf. chapitre 3).

Elle coordonne également le réseau Grippenet/Covidnet, qui permet de suivre l'évolution des infections respiratoires en population générale (cf. chapitre 6).

1.2.2 Recherche en soins primaires

L'équipe réalise des travaux épidémiologiques et biostatistiques dans le champ des soins primaires :

- à partir de bases de données existantes, comme celles du réseau Sentinelles, du Système National des Données de Santé (SNDS), de la cohorte Grippenet/Covidnet ou encore de la société IQVIA ;
- ou en mettant en place des études avec la collecte de données spécifiques en s'appuyant en particulier sur les médecins du réseau Sentinelles, mais également sur d'autres professionnels de santé en soins primaires, ou sur la cohorte Grippenet/Covidnet.

Ces travaux sont décrits dans les chapitres 4 et 5.

1.3 Organisation

1.3.1 Coordination nationale

Située dans les locaux de l'iPLesp sur le site Saint-Antoine de la faculté de santé Sorbonne Université (Paris 12^{e}), le centre de coordination national est structuré en trois pôles d'activité : « Surveillance continue et études ponctuelles » (SCEP), « Système d'information » et « Biostatistiques ».

1.3.2 Antennes régionales ou inter-régionales

Depuis 2005, des antennes du réseau Sentinelles ont été progressivement mises en place. Leurs objectifs sont de développer des partenariats locaux, afin d'augmenter le nombre de médecins Sentinelles dans les régions concernées, et de réaliser ensemble des travaux de recherche et de veille sanitaire. En 2025, elles étaient au nombre de quatre :

- Antenne *Auvergne-Rhône-Alpes/Bourgogne-Franche-Comté*, créée en 2006 initialement en partenariat avec l'hôpital de Firminy. Elle est développée actuellement en collaboration avec la Mutualité française Loire-Haute-Loire-Puy de Dôme. Elle est hébergée à la clinique mutualiste de Saint-Etienne.

- Antenne *Corse*, créée en 2005, en partenariat avec l'Université de Corse Pasquale Paoli. Elle est hébergée au sein de l'unité des virus émergents (UR7310) ;
- Antenne *PACA*, créée en 2022, en partenariat avec l'Université Côte d'Azur. Elle est hébergée au sein du département de médecine générale de l'UFR de Médecine.
- Antenne *Sud-Ouest (Nouvelle-Aquitaine/Occitanie)*, créée en 2018 en partenariat avec le CHU de Toulouse. Elle est hébergée au sein du Service de Pharmacologie Médicale et Clinique du CHU de Toulouse à l'Université de Toulouse.

1.4 Système d'information

Plusieurs sites Internet ou logiciel, développés et maintenus par l'équipe informatique, permettent les travaux scientifiques décrits dans ce bilan :

- Sentiweb : site grand public du réseau Sentinelles (https://www.sentiweb.fr) ;
- SentiMed : site dédié aux médecins Sentinelles (collecte de données et échange d'informations) ;
- RUSMG : site d'échange d'informations et de données avec SpF et les CNR ;
- Grippenet/Covidnet : plateforme participative dédiée à la veille sanitaire et à la recherche en population générale (https://www.grippenet.fr) ;
- BiostaTGV : site d'analyses biostatistiques (https://biostatgv.sentiweb.fr/). Son architecture utilise le module Rserve (http://www.rforge.net/Rserve/) permettant les calculs en mode distribué. La librairie développée est publiée en open-source (https://github.com/cturbelin/rserve-php) ;
- Periodic : site dédié à la réalisation d'analyses biostatistiques pour la détection épidémique à l'aide des méthodes du réseau Sentinelles (https://periodic.sentiweb.fr) (1) ;
- Sentiworld : site de cartographie des réseaux de type sentinelle dans le monde (https://sentiworld.sentiweb.fr/) ;
- jSentinel : logiciel destiné aux médecins Sentinelles pour la collecte des données (2). De façon complémentaire, une interface a été développée entre les logiciels XMED et jSentinel afin de faciliter le recueil de données Sentinelles au quotidien pour les utilisateurs du logiciel médical XMED, leur évitant une double saisie.

1.5 Partenariat avec Santé publique France

Du fait de leurs intérêts communs, l'Inserm, Sorbonne Université et Santé publique France ont mis en place un partenariat scientifique, afin de structurer, planifier et coordonner les travaux de veille sanitaire du réseau Sentinelles et de la cohorte Grippenet/Covidnet. Une convention financière encadre ce partenariat avec une subvention annuelle allouée par Santé publique France à l'équipe du réseau Sentinelles.

Ce partenariat permet de :

- définir et suivre les indicateurs de santé surveillés ;
- programmer les travaux d'épidémiologie et de recherche pour améliorer le système en place.

2 LE RÉSEAU SENTINELLES

2.1 Présentation générale

Le réseau Sentinelles (https://www.sentiweb.fr/) est un réseau de recherche et de veille en soins primaires (médecine générale et pédiatrie) en France hexagonale. Créé en 1984, son objectif principal est la constitution de grandes bases de données en médecine générale et en pédiatrie, à des fins de veille sanitaire et de recherche.

Il fonctionne avant tout grâce aux médecins généralistes (MG) et aux pédiatres volontaires qui le constituent. Leur nombre et leurs caractéristiques sont décrits ci-dessous.

2.2 Les médecins Sentinelles

2.2.1 Couverture nationale des médecins Sentinelles

Au 1er janvier 2026, 1 284 médecins en activité étaient inscrits au réseau Sentinelles (figure 2.1 et tableau 2.1).

Ils se répartissaient en :

- 1 157 MG, soit 2,1% des médecins généralistes libéraux (MGL) de France hexagonale ayant une activité libérale exclusive ou mixte (55 026 au 31 décembre 2024 selon la Caisse nationale de l'Assurance Maladie - Cnam (3))
- et 127 pédiatres, soit 4,8% des pédiatres libéraux (PL) français de France hexagonale ayant une activité libérale exclusive ou mixte (2 666 au 31 décembre 2024 selon la Cnam (3)).

Les données de démographie médicale fournies par la Cnam sont détaillées en Annexe 3.

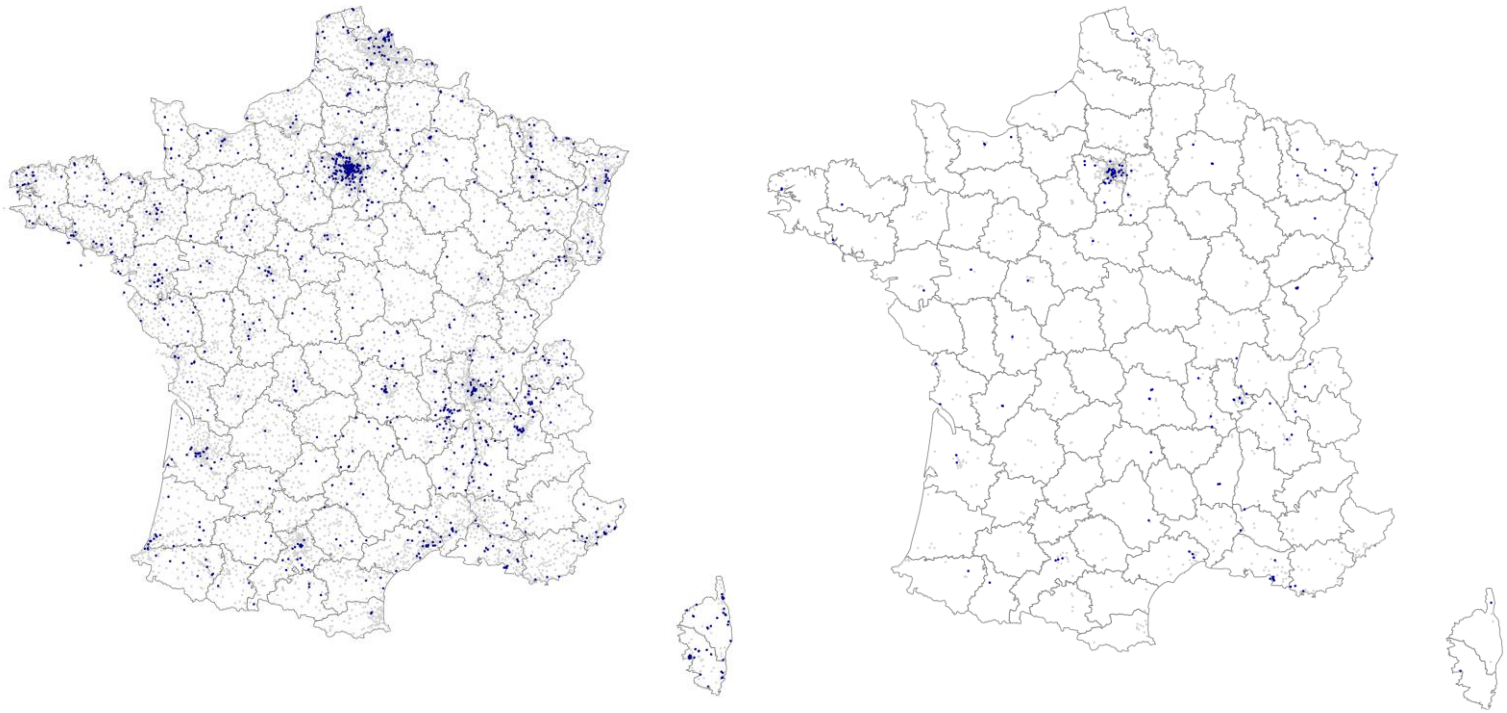


Figure 2.1 : Localisation des médecins Sentinelles (points bleus), MG à gauche et pédiatres à droite, en regard de l'ensemble des MGL et des pédiatres libéraux (points gris) en France hexagonale au 1er janvier 2026

2.2.2 Couvertures régionales et départementales des médecins Sentinelles

Couverture régionale

Au 1er janvier 2026, le nombre de MG inscrits au réseau Sentinelles par région était compris entre 34 (Bourgogne-Franche-Comté) et 227 (Auvergne-Rhône-Alpes). La proportion régionale des MG Sentinelles inscrits par rapport aux MGL installés dans la région concernée variait de 0,9% (PACA) à 15,2% (Corse) (tableau 2.1 et Annexe 4).

Au 1er janvier 2026, le nombre de pédiatres inscrits au réseau Sentinelles par région était compris entre 2 (Centre-Val de Loire, Corse, Hauts-de-France et Pays de la Loire) et 40 (Ile-de-France). La proportion régionale des pédiatres Sentinelles inscrits par rapport aux pédiatres libéraux installés dans la région concernée variait de 1,3% (Hauts-de-France) à 18,2% (Corse) (tableau 2.1 et Annexe 4).

Couverture départementale

Au 1er janvier 2026, 94/96 départements étaient couverts et le nombre de MG inscrits au réseau Sentinelles par département était compris entre 0 (Lozère et Hautes-Alpes) et 51 (Paris). La proportion départementale des MG Sentinelles inscrits par rapport aux MGL installés dans le département concerné variait de 0% (Lozère et Hautes-Alpes) à 15,6% (Haute-Corse) (Annexe 5).

Au 1er janvier 2026, 50 départements étaient couverts (52,1%) par au moins un pédiatre Sentinelles. Le nombre de pédiatres inscrits au réseau Sentinelles par département était compris entre 0 (dans 46 départements) et 10 (Paris). La proportion départementale des pédiatres Sentinelles inscrits par rapport aux pédiatres libéraux installés dans le département concerné variait de 0% (dans 46 départements) à 50% (Aveyron) (Annexe 5).

Tableau 2.1 : Effectif, en fonction des régions, des médecins inscrits au réseau Sentinelles au 1er janvier 2026 (MG et pédiatres libéraux), proportion par rapport aux MGL et PL français et évolution par rapport à 2025

Région	MG			Pédiatres		
	Effectif (n) 01/01/2026	Proportion (%) 01/01/2026	Effectif (n) 01/01/2025	Effectif (n) 01/01/2026	Proportion (%) 01/01/2026	Effectif (n) 01/01/2025
Auvergne-Rhône-Alpes	227	3,2	219	24	8,1	27
Bourgogne-Franche-Comté	34	1,4	41	4	4,4	4
Bretagne	74	2,4	73	4	3,7	4
Centre-Val de Loire	41	2,4	43	2	2,5	1
Corse	49	15,2	46	2	18,2	2
Grand Est	98	2,1	98	14	6,8	14
Hauts-de-France	95	1,9	98	2	1,3	3
Ile-de-France	220	2,7	221	40	5,2	37
Normandie	37	1,5	40	4	5,4	5
Nouvelle-Aquitaine	96	1,6	86	9	4,2	9
Occitanie	81	1,5	71	9	3,3	9
Pays de la Loire	55	1,6	58	2	1,8	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	50	0,9	48	11	3,9	11
France hexagonale	**1 157**	**2,1**	1 142	**127**	**4,8**	129

3 LA SURVEILLANCE CONTINUE SENTINELLES

3.1 Introduction

L'activité principale du réseau Sentinelles est la surveillance continue d'indicateurs de santé en soins primaires (médecine générale et pédiatrie) en France hexagonale. La liste des indicateurs évolue régulièrement (tableau 3.1) en accord avec Santé publique France et les institutions partenaires. Les institutions et les membres participant aux groupes de travail constitués autour de chaque indicateur est détaillée en Annexe 12. Cette collecte de données en continu depuis 1984 permet l'analyse et la diffusion en temps quasi-réel d'informations épidémiologiques (4).

3.2 Méthodologie

3.2.1 Recueil de données

3.2.1.1 Surveillance clinique

En 2025, il a été demandé aux MG Sentinelles de déclarer et de décrire chaque semaine l'ensemble des cas vus en consultation pour neuf indicateurs de santé (IRA, diarrhée aiguë, oreillons, coqueluche, varicelle, zona, borréliose de Lyme, IST bactérienne et acte suicidaire) (tableau 3.1). La définition de ces indicateurs est détaillée au début du chapitre consacré à chacun d'eux dans la partie 2.

Les déclarations des médecins Sentinelles sont effectuées sur un site Internet sécurisé (Sentimed) ou à l'aide d'un logiciel dédié (jSentinel) à installer sur leur ordinateur (2). Depuis 2017, un module d'échange de données a été mis en place entre le logiciel médical XMED et jSentinel, afin de faciliter les déclarations des médecins utilisant XMED. Le système informatique Sentinelles a été développé pour être flexible et capable d'ajouter ou de supprimer une nouvelle surveillance en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique.

3.2.1.1 Surveillance virologique des oreillons

En complément de la surveillance clinique des cas suspects d'oreillons, une surveillance virologique a été mise en place depuis mars 2014. Les médecins Sentinelles (MG et PL) participants effectuent un prélèvement salivaire chez les patients vus en consultation et répondant à la définition d'oreillons du réseau Sentinelles.

Les prélèvements réalisés sont envoyés au CNR des virus de la rougeole, de la rubéole et des oreillons (laboratoire de virologie du CHU de Caen), où ils sont analysés à la recherche du virus ourlien par RT-PCR.

3.2.1.2 Surveillance virologique des infections respiratoires aiguës

De la même façon, en complément de la surveillance clinique des IRA, une surveillance virologique des cas a été mise en place depuis la saison hivernale 2014/2015. Cette surveillance complémentaire est réalisée entre fin septembre et mi-avril par une partie des médecins Sentinelles (MG et PL) qui prélèvent (prélèvements nasopharyngés ou salivaires) chaque semaine un échantillon des patients vus en consultation pour une IRA, selon un protocole prédéfini.

En 2025, cette surveillance virologique est réalisée en partenariat avec des médecins des départements de médecine générale de l'Université Côte d'Azur, de l'Université Rouen Normandie et de l'Université de Strasbourg, ainsi que des médecins de six associations SOS Médecins.

Les prélèvements sont envoyés aux laboratoires (i) du CNR des virus des infections respiratoires (Hospices Civils de Lyon et Institut Pasteur), (ii) de l'unité des virus émergents de l'Université de Corse et (iii) du service de virologie du CHU de Rennes, où ils sont analysés à la recherche de plusieurs virus respiratoires (SARS-CoV-2, virus grippaux, virus respiratoire syncitial (VRS), rhinovirus et métapneumovirus) par RT-PCR.

3.2.1 Analyse statistique des données

3.2.1.1 Analyse des données cliniques

Les analyses sont réalisées chaque semaine. Pour chaque indicateur, il est estimé un taux d'incidence hebdomadaire du nombre de cas vus en consultation de médecine générale pour une zone géographique donnée (nationale, régionale ou départementale). Les définitions des termes et les méthodes sont présentées respectivement dans les annexes Annexe 6 : Définitions et Annexe 7 : Méthodes de calcul des incidences. Les méthodes utilisées sont détaillées de façon complète sur le site Internet Sentiweb (http://www.sentiweb.fr/?page=methodes). Une analyse descriptive des cas déclarés est également effectuée. Des taux d'incidence mensuels et annuels sont également calculés.

Depuis 2024, les données issues de l'entrepôt de données de santé EMR (*Electronic medical records*) de la société IQVIA viennent compléter les données collectées par les médecins Sentinelles pour trois indicateurs, les « infections respiratoires aiguës », les « diarrhées aiguës » et la « varicelle ». L'analyse commune de ces deux sources de données permet d'affiner les estimations des incidences des cas vus consultation de médecine générale. Des précisions sur le partenariat (https://www.sentiweb.fr/?page=iqvia) et sur la méthodologie utilisée (https://www.sentiweb.fr/document/6444) sont présentées sur le site Sentiweb.

3.3 Résultats et retour d'information en temps réel

3.3.1 Publication hebdomadaire pour les IRA, les diarrhées aiguës et la varicelle.

Pour trois indicateurs (IRA, diarrhées aiguës et varicelle), une publication des données est réalisée chaque semaine le mercredi. Sont publiées des estimations des incidences hebdomadaires nationales et régionales des cas vus en consultation de médecine générale, ainsi qu'une description des cas.

La publication est effectuée sur le site Sentiweb (http://www.sentiweb.fr), ainsi que dans un bulletin électronique. L'inscription à la liste de diffusion de ce bulletin est gratuite. En 2025, il était envoyé par courrier électronique à 23 795 abonnés en moyenne chaque semaine. Plusieurs versions de ce bulletin existent avec des contenus adaptés (grand public, médecins Sentinelles, grand public en anglais, médias).

3.3.2 Plateforme Internet

Le site Sentiweb permet de consulter les données historiques (http://www.sentiweb.fr/?page=database) pour sur l'ensemble des indicateurs surveillés depuis 1984 (données, cartes et séries chronologiques). Les données sont mises à jour chaque semaine pour les IRA, les diarrhées aiguës et la varicelle, et annuellement pour les autres indicateurs. Elle contient toutes les données sans aucune interruption dans le temps ou dans l'espace.

3.3.3 Bilan annuel

Un bilan est publié chaque année avec les analyses concernant les données collectées durant l'année écoulé. Ces bilans sont consultables sur le site Sentiweb (https://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=bilan).

Les analyses des données collectées durant l'année 2025 figurent en partie 2 de ce document avec un chapitre consacré à chaque indicateur surveillé.

3.4 Aspects règlementaires

Les activités de surveillance du réseau Sentinelles ont obtenu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP) et de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Tableau 3.1 : Indicateurs de santé surveillés par le réseau Sentinelles en fonction des années depuis 1984 (en bleu les indicateurs surveillés en 2025)

Année de surveillance	1984 *	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Nombre d'années de surveillance
Actes suicidaires																																											**27**
Crise d'asthme																																												**10**
Coqueluche																																												**9**
Diarrhée aigüe																																												**36**
Hépatite A aigue																																												**9**
Hépatite B aigue																																												**9**
Hépatite C																																												**9**
Hospitalisation																																												**15**
IRA																																												**6**
IRA ≥ 65 ans																																												**3**
Borréliose de Lyme																																												**17**
Rougeole																																												**25**
Sérologies VHC prescrites																																												**9**
Syndromes grippaux**																																												**42**
Test VIH																																												**16**
Oreillons																																												**41**
Urétrite masculine																																												**36**
IST bactérienne																																												**6**
Varicelle																																												**36**
Zona																																												**22**
Nombre d'indicateurs surveillés	**3**	**4**	**4**	**5**	**5**	**5**	**7**	**7**	**7**	**7**	**7**	**7**	**7**	**8**	**8**	**9**	**13**	**13**	**14**	**13**	**14**	**14**	**14**	**14**	**14**	**10**	**10**	**10**	**8**	**8**	**8**	**8**	**8**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	

* L'année de surveillance 1984 n'est pas prise en compte comme année pleine, le réseau ayant débuté la surveillance en semaine 44.

** Les médecins ont déclaré les syndromes grippaux entre 1984 et mars 2020. Depuis mars 2020, le signal des syndromes grippaux (SG) est reconstruit à partir de celui des IRA.

3.5 Participation des médecins Sentinelles à la surveillance continue

3.5.1 Méthodes de mesure de la participation des médecins Sentinelles

Les médecins inscrits au réseau Sentinelles participent à l'activité de surveillance continue de façon volontaire et bénévole. Ils ne sont pas contraints d'y participer toutes les semaines. Le système se veut ainsi le plus souple possible, les médecins pouvant participer quand ils le souhaitent.

Pour la surveillance clinique, lors de chaque déclaration, les médecins doivent préciser :

- la période de surveillance couverte par leur déclaration ;
- et le nombre de cas vus en consultation durant cette période pour chacun des indicateurs surveillés. Il leur est demandé de bien préciser « 0 » si, pour un indicateur donné, aucun cas n'a été vu en consultation.

Pour un laps de donné temps (semaine/mois/années), la participation des MG Sentinelles à la surveillance clinique est mesurée de plusieurs façons :

- *le nombre de MG ayant participé*, c'est-à-dire le nombre de MG ayant fait une ou plusieurs déclarations dont la période de surveillance couvre une partie de ce laps de temps ;
- *le nombre moyen de MG ayant participé chaque semaine*, c'est-à-dire le nombre hebdomadaire moyen de MG ayant participé durant les semaines de ce laps de temps ;
- *le nombre moyen, en « équivalent temps plein » (ETP), de MG ayant participé chaque semaine*. Les médecins pouvant ne pas participer pour l'ensemble de la semaine, le calcul de la participation des médecins en « équivalent temps plein » (ETP) permet d'être plus précis sur la participation réelle de chaque médecin (voir Annexe 6 : Définitions et Annexe 7 : Méthodes de calcul des incidences).

Pour la surveillance virologique des IRA, la participation est mesurée par :

- le nombre de médecins (MG et PL) ayant accepté d'être équipé de kits de prélèvement ;
- le nombre de médecins (MG et PL) ayant fait au moins un prélèvement durant la période étudiée.

Pour la surveillance virologique des oreillons, la participation est mesurée par :

- le nombre de médecins (MG et PL) ayant accepté d'être équipé de kits de prélèvement.

Ces participations sont présentées dans les chapitres ci-après à l'échelle nationale et régionale.

3.5.2 Représentativité des médecins Sentinelles

Un travail sur la représentativité des médecins Sentinelles participant à la surveillance continue a été réalisé en 2014 (5). Au niveau national, les MG Sentinelles étaient représentatifs de l'ensemble des MGL pour l'âge et leur mode d'activité professionnelle. En revanche, les MG Sentinelles étaient plus fréquemment des hommes, exerçaient plus fréquemment dans le Sud-Est et avaient en moyenne un volume de consultations légèrement supérieur à celui de la moyenne des MGL. Le tableau ci-après, issu de ce travail, détaille ces comparaisons.

Table 1 Characteristics of SGPs from the French *Sentinelles* network and all French GPs

	Sentinel GPs	French GPs[a]	*p value*
Total number of GPs	442	61315	
General practitioner characteristics			
Location (n)			$< 1.10^{-5}$
Ile-de-France	11.8% (56)	16.4%	
Northeast	17.0% (75)	18.6%	
Northwest	15.6% (69)	22.5%	
Southeast	47.0% (208)	27.2%	
Southwest	8.6% (38)	15.3%	
% Female (n)	19% (86)	29%	$< 1.10^{-5}$
Age (mean+/-sd)	51.4 (+/-8.8)	52	*0.16*
% Complementary medicine (n/N) [b]	13% (19/145)	12.5%	*0.7*
GP practice characteristics			
Consultations per week and age (mean+/-sd)	94 (+/- 0,3)	92	$< 1.10^{-12}$
< 5	8	7	
5-14	9	8	
15-24	7	7	
25-44	20	20	
45-64	25	25	
≥ 65	25	25	

[a]data from CNAMTS.
[b]Missing data.

Souty et al, Pop Health Metrics, 2014

3.5.3 Participation à la surveillance clinique

3.5.3.1 Participation nationale (France hexagonale)

Nombre de MG ayant participé durant l'année

Parmi les 1 157 MG inscrits au réseau Sentinelles au 1er janvier 2026, 531 (45,9%) ont participé en 2025 à l'activité de surveillance continue (1,0% des MG libéraux exerçant en France hexagonale). Ce nombre est en légère diminution par rapport à l'année précédente (557 en 2024) (Figure 3.1).

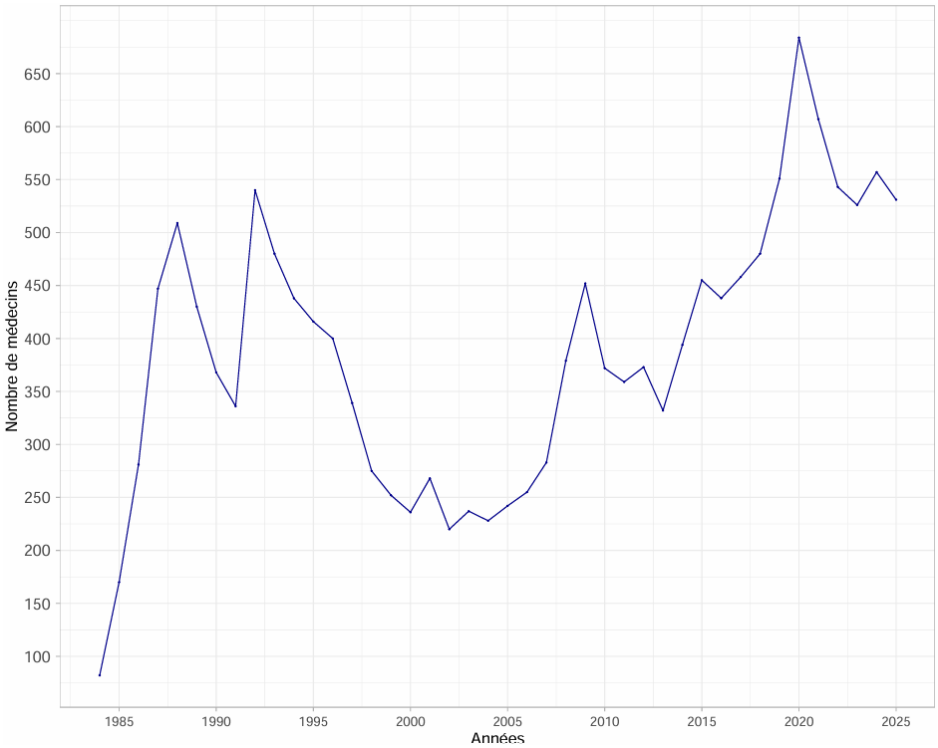


Figure 3.1 : Nombre de MG ayant participé au moins une fois durant l'année à la surveillance continue du réseau Sentinelles entre 1984 et 2025

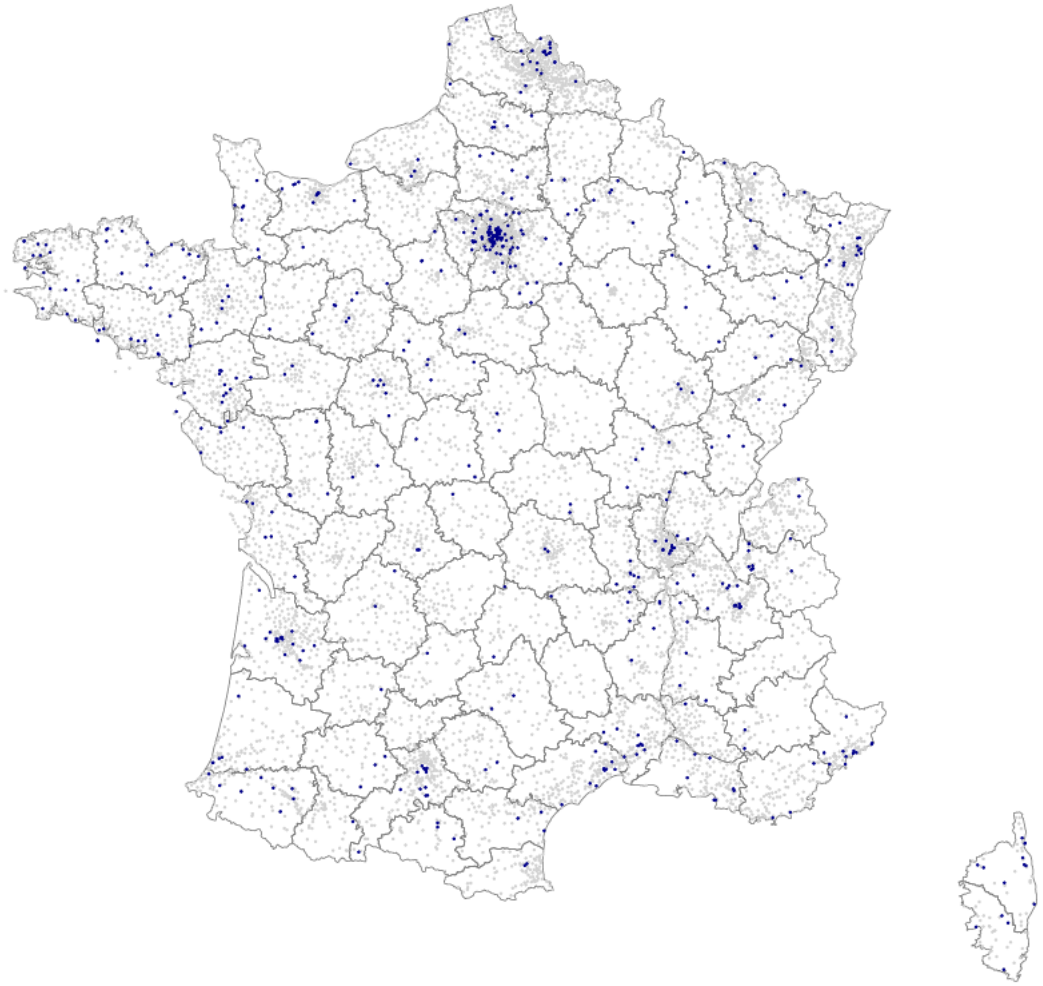


Figure 3.2 : Localisation des MG Sentinelles (points bleus) ayant participé en 2025 à la surveillance continue en regard de l'ensemble des MGL (points gris) en France hexagonale au 1er janvier 2026

Nombre moyen de MG ayant participé chaque semaine

En 2025, le nombre moyen de MG ayant participé chaque semaine à la surveillance continue a été de 303 (Figure 3.3). En ETP, ce nombre moyen a été de 271 ETP. Ces chiffres sont stables par rapport à l'année précédente (306 et 272 respectivement).

3.5.3.1 Participation régionale (France hexagonale)

En 2025, le nombre de MG Sentinelles ayant participé à la surveillance continue par région était compris, selon les régions, entre 14 (Corse) et 98 (Ile-de-France). La proportion régionale du nombre de MG Sentinelles ayant participé à la surveillance continue en 2025 par rapport à l'ensemble des MGL de la région concernée variait de 0,5% (PACA) à 4,3% (Corse).

Les participations Sentinelles régionales sont détaillées dans les tableaux et figures ci-dessous (tableaux 3.2, 3.3, et figure 3.3), ainsi qu'en Annexe 8 : Participation à la surveillance continue par région.

Tableau 3.2 : Nombre de MG Sentinelles ayant participé par région, en 2025 et 2024, à la surveillance continue (nombre brut et proportion par rapport aux MGL de la région), France hexagonale

Région	Nombre de MG ayant participé en 2025 (n)	Proportion par rapport aux MGL en 2025 (%)	Nombre de MG ayant participé en 2024 (n)
Auvergne-Rhône-Alpes	64	0,9	75
Bourgogne-Franche-Comté	20	0,8	21
Bretagne	48	1,5	47
Centre-Val de Loire	21	1,2	24
Corse	14	4,3	14
Grand Est	42	0,9	52
Hauts-de-France	41	0,8	43
Ile-de-France	98	1,2	101
Normandie	24	0,9	18
Nouvelle-Aquitaine	51	0,9	51
Occitanie	51	0,9	46
Pays de la Loire	30	0,9	34
Provence-Alpes-Côte d'Azur	27	0,5	31

Tableau 3.3 : Nombre de MG Sentinelles ayant participé en moyenne par semaine, en 2025, à la surveillance continue (nombre brut, proportion par rapport aux MGL de la région, min, max, et participation moyenne en ETP) par région, France hexagonale

Région	Nombre moyen de MG ayant participé par semaine (n)	Proportion par rapport aux MGL de la région (%)	Nombre de MG minimum ayant participé durant une semaine (n)	Nombre de MG maximum ayant participé durant une semaine (n)	Participation moyenne par semaine (en ETP)
Auvergne-Rhône-Alpes	42	0,6	25	57	37,6
Bourgogne-Franche-Comté	12	0,5	6	17	10,9
Bretagne	28	0,9	21	37	25,8
Centre-Val de Loire	14	0,8	9	19	12,7
Corse	7	2,2	2	11	6,6
Grand Est	28	0,6	18	35	24,8
Hauts-de-France	22	0,5	13	29	19,4
Ile-de-France	52	0,6	30	64	45,8
Normandie	13	0,5	8	17	11,9
Nouvelle-Aquitaine	26	0,4	12	36	22,8
Occitanie	26	0,5	16	35	23,4
Pays de la Loire	20	0,6	12	26	18,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	13	0,2	8	21	11,0

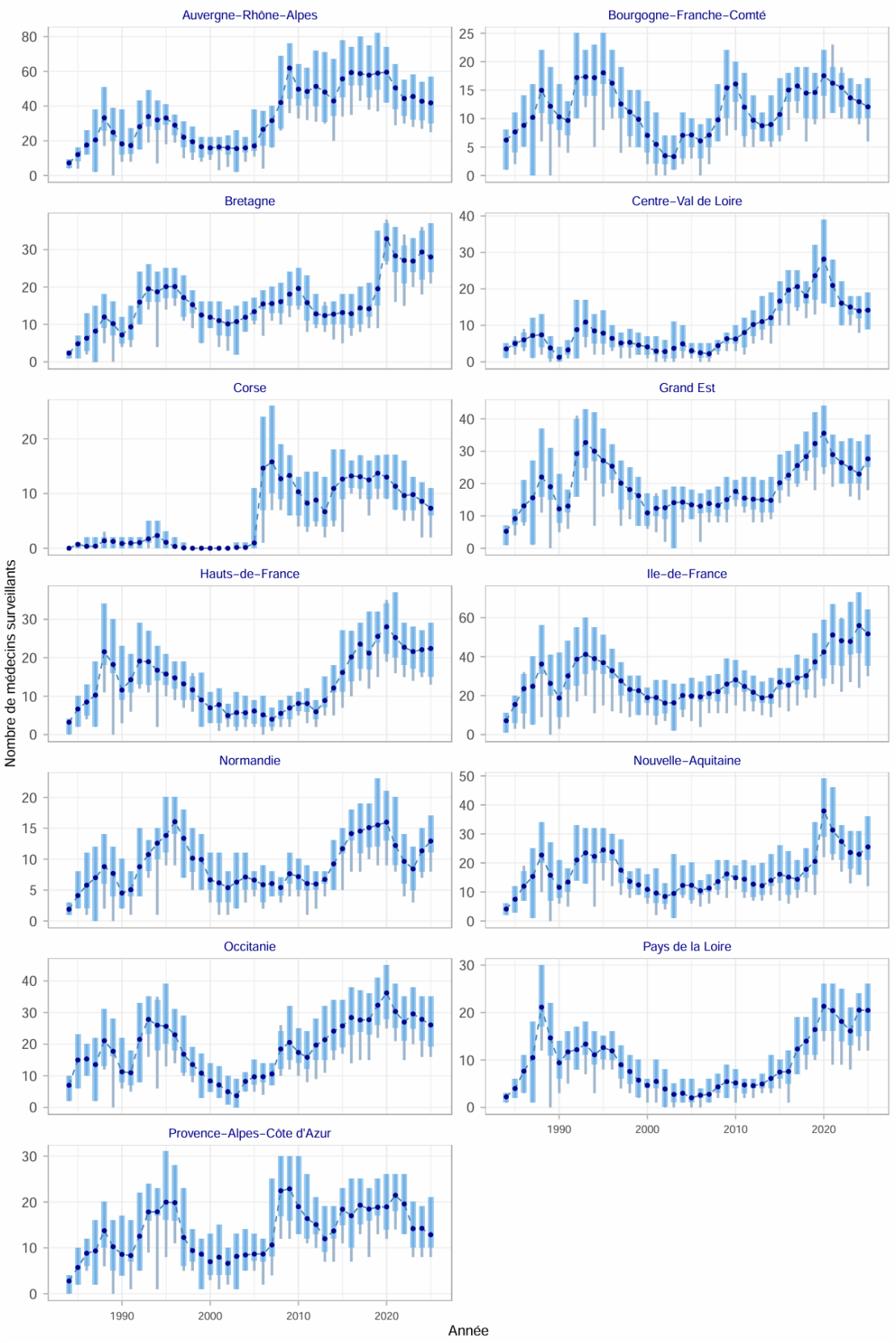


Figure 3.3 : Nombre de MG Sentinelles ayant participé en moyenne par semaine à la surveillance continue entre 1984 et 2025 par région en France hexagonale *(attention, les axes des ordonnées des différents graphiques n'ont pas tous la même échelle)*

En barres bleues les minimums et maximums durant la période hivernale (semaines 38 à 16), en barres grises sur l'ensemble de l'année, le point bleu indique la moyenne sur l'année (semaine 1 à 52/53).

3.5.3.2 Participation départementale (France hexagonale)

En 2025, le nombre de MG Sentinelles ayant participé à la surveillance continue par département était compris entre 0 (dans sept départements : *Charente, Hautes-Alpes, Lozère, Nièvre, Tarn-et-Garonne, Yonne et Territoire-de-Belfort*) et 24 (Paris) (Annexe 9). Le nombre de départements sans aucun médecin participant durant l'année est a légèrement diminué (huit départements en 2024). La proportion départementale du nombre de MG Sentinelles ayant participé à la surveillance continue en 2025 par rapport à l'ensemble des MGL du département concerné variait de 0% (Charente, Hautes-Alpes, Lozère, Nièvre, Tarn-et-Garonne, Yonne et Territoire-de-Belfort) à 5,8% (Haute-Corse) (Annexe 9).

3.5.4 Participation à la surveillance virologique des IRA

Lors de la saison 2025/2026, la surveillance virologique des IRA a été réalisée conjointement par des médecins issus de différents réseaux : les médecins du réseau Sentinelles, ceux des départements de médecine générale des Universités de Rouen Normandie, de Nice Côte d'Azur et de Strasbourg, et ceux de six associations SOS Médecins (Ajaccio, Dijon, Limoges, Nantes, Orléans et Amiens).

Au total, 265 médecins ont accepté de participer à cette surveillance :

- 231 MG, dont 193 médecins Sentinelles, 32 médecins des départements de médecine générale des Universités de Rouen Normandie et Nice Côte d'Azur et des médecins de six associations SOS Médecins ;
- 34 pédiatres libéraux.

Parmi eux, 246 médecins (93 %) ont effectué au moins un prélèvement durant la période de surveillance (212 MG et 34 pédiatres libéraux). Ces données sont détaillées par région dans le tableau 3.4 et en Annexe 10.

Tableau 3.4 : Nombre de médecins ayant accepté de participer à la surveillance virologique des IRA, et nombre de médecins ayant effectué au moins un prélèvement lors de la saison hivernale 2025/2026 par région et par type de spécialité, en France hexagonale

Région	MG		Pédiatres		Total	
	Accord de participation	Au moins un prélèvement	Accord de participation	Au moins un prélèvement	Accord de participation	Au moins un prélèvement
Auvergne-Rhône-Alpes	18	18	4	4	22	22
Bourgogne-Franche-Comté	8	7	0	0	8	7
Bretagne	17	17	2	2	19	19
Centre-Val de Loire	10	10	1	1	11	11
Corse	9	8	1	1	10	9
Grand Est	34	29	8	8	42	37
Hauts-de-France	19	16	0	0	19	16
Ile-de-France	17	17	9	9	26	26
Normandie	27	25	0	0	27	25
Nouvelle-Aquitaine	23	21	1	1	24	22
Occitanie	14	14	1	1	15	15
Pays de la Loire	16	13	1	1	17	14
Provence-Alpes-Côte d'Azur	19	17	6	6	25	23
France hexagonale	**231**	**212**	**34**	**34**	**265**	**246**

3.5.5 Participation à la surveillance virologique des oreillons

En 2025, 695 médecins Sentinelles (636 MG et 59 pédiatres) ont participé à la surveillance virologique des oreillons (Tableau 3.4). Les figures 17.12 et 17.13 présentant le nombre et la proportion de médecins Sentinelles participant à la surveillance virologique des oreillons, par région, sont disponibles en Annexe 11.

Tableau 3.4 : Nombre de médecins Sentinelles (MG et pédiatres) ayant participé en 2025 à la surveillance virologique des oreillons par région en France hexagonale

Région	Nombre de MG ayant accepté de participer	Nombre de pédiatres ayant accepté de participer	Nombre total de médecins Sentinelles ayant accepté de participer
Auvergne-Rhône-Alpes	93	11	104
Bourgogne-Franche-Comté	17	3	20
Bretagne	55	3	58
Centre-Val de Loire	24	0	24
Corse	7	1	8
Grand Est	59	6	65
Hauts-de-France	45	0	45
Ile-de-France	126	23	149
Normandie	27	3	30
Nouvelle-Aquitaine	69	2	71
Occitanie	57	4	61
Pays de la Loire	27	1	28
Provence-Alpes-Côte d'Azur	30	2	32
France hexagonale	**636**	**59**	**695**

4 LES ÉTUDES PONCTUELLES

4.1 Présentation

Des études ponctuelles sont réalisées régulièrement auprès des médecins du réseau Sentinelles, en partenariat avec différents organismes publics principalement. Les protocoles et les résultats de ces études, ainsi que de celles réalisées les années précédentes, sont disponibles sur le site Internet du réseau Sentinelles dans l'espace « Études ponctuelles » (http://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=enquetes).

4.2 Études épidémiologiques en cours ou en préparation

4.2.1 SENTICK : épidémiologie des piqûres de tique en médecine générale en France hexagonale (6)

Contexte. Parmi les agents pathogènes responsables de maladies infectieuses émergentes, 75% sont d'origine zoonotique, et une proportion significative est causée par des agents pathogènes transmis par une tique. La prévalence de ces pathogènes augmente à l'échelle mondiale en raison des changements anthropogéniques qui mettent l'être humain en contact plus étroit avec les tiques, dont l'aire de répartition augmente. En France, plusieurs études épidémiologiques sur la distribution des tiques et la prévalence des piqûres de tiques ont été menées en population générale, mais aucune n'a décrit l'épidémiologie des piqûres de tique rapportées en médecine générale. **Objectifs.** Cette étude a pour objectifs d'estimer de façon prospective le taux d'incidence annuel des cas de piqûre de tique vus en consultation de médecine générale (hors maladie de Lyme) en France hexagonale ; de décrire les caractéristiques des cas vus en consultation de médecine générale en lien avec une piqûre de tique ; et de rechercher, quand la tique est apportée par le patient en consultation, les principaux pathogènes transmissibles par piqûre de tique en France hexagonale (principalement *Borrelia*, *Anaplasma*, *Rickettsia*). **Méthodes.** Cette étude observationnelle prospective a été proposée aux médecins généralistes du réseau Sentinelles. Les médecins participants devaient déclarer, entre avril 2023 et mai 2024, chaque semaine le nombre de patients vus en consultation (ou en téléconsultation) pour lesquels le motif de la consultation est en lien avec une piqûre de tique. Les patients inclus étaient également décrits. **Résultats.** Au total, 179 médecins généralistes de toutes les régions ont participé à l'étude, rapportant 483 patients vus à la suite d'une piqûre de tique. L'âge médian était de 45 ans et 55% des cas étaient des femmes. Près de la moitié des patients ont consulté pour un avis médical en l'absence de signes cliniques. Le taux d'incidence national a été estimé à 324 cas pour 100 000 habitants (IC 95% [290 ; 369]) pour l'ensemble de la période, avec un pic observé en mai-juin 2023. Au niveau régional, les taux d'incidence les plus élevés ont été observés dans le nord-est et le sud-ouest de la France. Ces résultats ont été publiés (6). **Responsabilité scientifique.** réseau Sentinelles, iPLesp. **Financement.** Santé publique France.

4.2.2 COVILEV : étude de la qualité de vie, de l'évolution clinique et du recours aux soins des patients souffrant de Covid long. Cohorte en médecine générale et en population générale en France hexagonale

Contexte. Le Covid long a été essentiellement étudié dans des cohortes recrutées après une infection aiguë hospitalisée. Peu de données permettent aujourd'hui d'estimer son fardeau global en médecine générale et en population générale (prévalence, incidence, recours aux soins, évolution des symptômes et impact sur la qualité de vie). **Objectifs.** Cette étude a pour objectifs de décrire et suivre pendant un an des personnes souffrant de Covid long en France hexagonale, qu'elles aient consulté un médecin généraliste ou non pour ce motif, de mesurer le retentissement de la maladie sur leur qualité de vie, de suivre leur évolution clinique et de détailler leur parcours de soins. Cette étude évalue également le nombre de personnes atteintes vues en consultation de médecine générale. Enfin, cette étude s'intéresse à l'expérience de la prise en charge du Covid long par les médecins généralistes. **Méthodes.** Cette étude portant sur les personnes atteintes de Covid long comporte deux bras distincts : le premier, désigné comme le bras « médecine générale », inclut les personnes

vues en consultation de médecine générale ; le second, désigné comme le bras « population générale », regroupe les personnes issues de la population générale. Pour chacun des bras, des données sont collectées à l'inclusion et tout au long du suivi s'étendant sur douze mois. Ces données concernent les symptômes éprouvés, la qualité de vie et la prise en charge. Le bras « médecine générale » comporte également un volet sur le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la prise en charge de la maladie. Les inclusions ont débuté en juin 2023 et se sont achevées en juillet 2024. L'étude est en cours, le suivi a pris fin en septembre 2025. **Résultats et implications.** Au total, 246 patients ont été inclus dans le bras « médecine générale » et 462 participants ont été inclus dans le bras « population générale ». L'étude permettra de mieux connaitre la maladie et son retentissement. Elle apportera des informations pour orienter les politiques publiques relatives à la prise en charge et aux parcours de soin des personnes souffrant de Covid long. **Responsabilité scientifique.** réseau Sentinelles, iPLesp. **Financement.** ANRS MIE.

4.2.3 PULI2 : Etude de l'incidence des consultations liées aux punaises de lit en médecine générale et mesure en population générale du retentissement psychologique et de l'impact sur la vie quotidienne de l'infestation par des punaises de lit

Contexte. Les infestations de punaises de lit connaissent une recrudescence mondiale depuis la fin du 20e siècle, en particulier dans les pays à hauts revenus. En France, une enquête menée par l'Ipsos pour le compte de l'Anses a révélé que 11% des ménages français ont été touchés par une infestation de punaises de lit entre 2017 et 2022. De surcroît, une étude précédente (Puli1) menée par le réseau Sentinelles a estimé à 72 000 le nombre de consultations en médecine générale liées aux punaises de lit en France hexagonale sur la période de mars 2019 à avril 2020. Face à la recrudescence suspectée des cas en France et à la médiatisation importante du phénomène en septembre et octobre 2023, une mise à jour des données françaises est apparue nécessaire. **Objectifs.** Le premier volet de l'étude, en médecine générale, a pour but d'estimer l'incidence annuelle des cas vus en consultations de médecine générale et de mesurer l'impact des Jeux Olympiques et Paralympiques de 2024 sur l'incidence des consultations en lien avec les punaises de lit. Le second volet, en population générale, a pour but d'évaluer, chez les personnes confrontées à une infestation due aux punaises de lit, le retentissement psychologique, professionnel, social et familial de cette infestation. **Méthodes.** Sur une période de 13 mois, les médecins participant au volet « médecine générale » de l'étude ont rapporté, entre le 18 mars 2024 et le 28 avril 2025, tous les patients vus en consultation présentant des signes cliniques évoquant une infestation de punaises de lit. Débutée . Pour le volet « population générale », deux questionnaires demandant s'ils ont été confrontés à une infestation au cours des 6 derniers mois ont été envoyés (novembre 2024 et avril 2025) aux participants de la cohorte Grippenet/Covidnet afin de couvrir une période d'étude d'un an également. **Résultats.** Au cours de la période étudiée, 33 % des médecins généralistes participants (73 sur 219) ont déclaré avoir vu en consultation au moins un patient en lien avec des punaises de lit. Sur les 130 patients inclus, 57 (44 %) avaient fourni des photos permettant une classification : 21 (37 %) ont été classés comme « probables », 20 (35 %) comme « possibles » et 16 (28 %) comme « peu probables ». L'incidence annuelle des consultations chez les médecins généralistes en France liées à des infestations de punaises de lit entre avril 2024 et mars 2025, en tenant compte de la proportion de cas validés par des experts comme « probables » ou « possibles », a été estimée à 71 cas pour 100 000 habitants (IC à 95 % [53 - 92]). Dans la population générale, on a estimé que 1,4 % des individus avaient été confrontés à une infestation de punaises de lit au cours de la période d'étude d'un an. Les facteurs associés à des répercussions modérées à sévères d'une infestation par les punaises de lit sur la vie quotidienne étaient une détresse psychologique (OR 4,02 [IC à 95 % : 1,92 - 8,40]) et l'apparition ou l'aggravation d'une insomnie (OR 2,56 [1,40 - 4,66]). **Responsable scientifique.** réseau Sentinelles, iPLesp. **Financement.** Organisation de la direction générale de la santé (DGS).

4.2.4 SISP&EaU : Surveillance Intégrative en Soins Primaires & Eaux Usées

Contexte. La pandémie de Covid-19 a permis de générer une quantité de données sans précédent grâce au développement d'outils de surveillance spécifiques. Ceux-ci ont été arrêtés progressivement car ils étaient difficiles à maintenir dans le temps. Il en résulte un besoin de repenser la surveillance épidémiologique pour se

préparer aux risques de nouvelles pandémies. C'est dans ce cadre que le réseau Sentinelles et plus largement l'équipe SUMO (Surveillance et Modélisation) de l'iPLesp, et le réseau Obépine ont mis en place le projet SISP&EaU. **Objectif.** Définir les sources de données pertinentes pour détecter et suivre les épidémies, c'est-à-dire définir ce qu'il faut mesurer, quand, et comment (avec la précision nécessaire), avec des systèmes acceptés par la population et intégrés dans les processus décisionnels des autorités sanitaires. Le projet se concentre dans un premier temps sur les virus respiratoires. **Méthodes.** Le projet est organisé en six volets opérationnels : (1) Comparaison et intégration de signaux en médecine générale. L'objectif est de créer un signal commun au niveau départemental, à résolution hebdomadaire, par tranches d'âge et types de virus, à partir des données issues du réseau Sentinelles et des entrepôts de données de santé P4DP et EMR-IQVIA. (2) Recherche de virus dans un réseau de 10 stations de traitement des eaux usées en France hexagonale et en Guyane française. (3) Étude des relations entre différents indicateurs épidémiologiques à l'échelle départementale dans deux zones (Bas-Rhin et Alpes-Maritimes), via la collecte pendant une année de données fines et fiables sur la circulation des virus respiratoires issues de différentes sources : données cliniques et virologiques en soins primaires (médecine générale, pédiatrie et pharmacie), en population générale (cohorte Grippenet/Covidnet), et au niveau des eaux usées. (4) Recherche de virus dans les sécrétions humaines, via la mise en place de deux études épidémiologiques sur la possibilité d'utiliser les mouchoirs en papier comme support pour une surveillance virologique (en médecine générale, et à l'échelle populationnelle en pharmacie), et d'une étude explorant l'excrétion fécale du VRS chez des patients hospitalisés suite à une infection respiratoire virale. (5) Étude des problématiques liées à l'analyse conjointe de données multi-sources. (6) Étude des sciences participatives dans le cadre des infections respiratoires (sciences sociales). **Responsabilité scientifique.** iPLesp et réseau Obépine (Sorbonne Université) **Financement.** ANRS MIE.

4.3 Publications en 2025 des résultats d'études ponctuelles plus anciennes

Les informations concernant ces études peuvent être retrouvées sur le site Internet du réseau Sentinelles : http://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=enquetes.

5 LES TRAVAUX ÉPIDÉMIOLOGIQUES, PHARMACO-ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET BIOSTATISTIQUES

En parallèle de la surveillance continue et des études ponctuelles, l'équipe Sentinelles développe et participe à des travaux épidémiologiques, pharmaco-épidémiologiques et biostatistiques à partir de bases de données existantes (Sentinelles, IQVIA, SNDS et autres). L'ensemble des publications scientifiques issues de ces travaux est disponible sur le site du réseau Sentinelles dans l'espace « Publications », sous-partie « Publications scientifiques ».

Sont présentés ci-dessous les travaux menés durant l'année 2025 et le début de l'année 2026.

5.1 Covid-19 et grippe : efficacités vaccinales

Introduction. Dans le cadre du projet européen VEBIS (*Vaccine Effectiveness, Burden and Impact Studies*), qui a pris la suite du projet I-MOVE (*Influenza - Monitoring Vaccine Effectiveness in Europe*), des travaux sont menés chaque année pour estimer l'efficacité des vaccins (EV) contre la grippe et le Covid-19. Depuis la saison 2015-2016, le réseau Sentinelles participe à ce projet pour la France, en partenariat avec Santé publique France et le CNR des virus respiratoires. **Méthode.** L'estimation de l'EV contre la grippe et le Covid-19 en soins primaires est réalisée à partir des prélèvements virologiques effectués dans le cadre de la surveillance des infections respiratoires auprès des patients consultant en soins primaires pour une infection respiratoire aiguë (IRA). Une méthodologie de type *Test-Negative Design* est utilisée, en considérant comme cas les patients positifs (à au moins un virus grippal ou au SARS-CoV-2 en fonction des analyses) et comme témoins les patients négatifs. **Résultats.** Pour la saison 2025-2026, les premiers résultats d'EV disponibles (pour la grippe et la Covid-19) reposent sur des données collectées entre septembre 2025 et janvier 2026. L'EV du vaccin contre la grippe A(H3N2) a été estimée à 38% [IC 95% = 26 - 46] quel que soit l'âge, 33% [8 - 51] chez les 65 ans et plus et 37% [26 - 46] chez les personnes ciblées par les recommandations de vaccination. L'EV du vaccin contre la grippe A(H1N1)pdm09 a été estimée à 34% [18 - 47] quel que soit l'âge, 52% [27 - 69] chez les 65 ans et plus, et 38% [22 - 52] chez les personnes ciblées par les recommandations de vaccination (7). L'EV préliminaire des vaccins contre la Covid-19 chez les personnes âgées d'au moins 60 ans a été estimée à 59% [14 - 83]. L'EV était de 64% [8 - 89] entre 14 et 41 jours après la vaccination, et de 54% [-14 - 59] entre 42 et 83 jours après la vaccination (8). Tant pour la grippe que pour la Covid-19, des analyses complémentaires sont en cours et seront disponibles prochainement. **Responsabilité scientifique.** Epiconcept. **Financement.** European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).

5.2 Surveillance en soins primaires à partir de plusieurs sources de données

Introduction. La pandémie de Covid-19 a montré les limites de l'organisation actuelle de la surveillance en soins primaires pour collecter rapidement des données avec un maillage géographique suffisant. Afin d'améliorer la surveillance actuelle, un travail d'analyse commune de plusieurs sources de données a été entrepris. Une première étape a été l'analyse conjointe des données du réseau Sentinelles et de l'entrepôt EMR (Electronic Medical Record) de la société IQVIA, issues d'une extraction automatique des logiciels métiers de 1210 médecins généralistes en France hexagonale. **Objectifs.** Développer une méthodologie d'analyse commune des données Sentinelles et EMR-IQVIA pour estimer à partir de ces deux sources l'incidence d'indicateurs de santé (IRA, diarrhées aiguës et varicelle) en France hexagonale. **Méthodes.** L'étude a été effectuée sur la période de janvier 2016 à mars 2024. Les cas IRA ont été identifiés dans la base EMR-IQVIA à partir de codes CIM10 sélectionnés. Pour chaque semaine a été identifié dans cette base le nombre cas pour chaque indicateur vu en consultation par les médecins participants. Les incidences hebdomadaires nationales et régionales de chacun des indicateurs ont été estimées à partir des données EMR-IQVIA avec la même méthodologie que celle utilisée par le réseau Sentinelles. Ces incidences hebdomadaires produites ont été comparées à celles estimées par le réseau Sentinelles. Une méthodologie d'analyse commune de ces données a

été proposée. **Résultats.** Les incidences estimées à partir des données EMR-IQVIA et des données Sentinelles étaient très corrélées, même si des différences d'amplitude ont été notées. Ces différences ont été attribuées aux deux méthodologies d'identification des cas (définition précise pour le réseau Sentinelles et codage diagnostique CIM-10 pour la base EMR-IQVIA). Le calcul d'un facteur de mise à l'échelle des incidences EMR-IQVIA a été proposé, ainsi qu'une méthodologie d'estimation des incidences en s'appuyant sur les deux sources de données. **Perspectives.** La méthodologie proposée devrait permettre d'estimer de façon plus précise chaque semaine, les incidences des cas vus en consultation de médecine générale en France hexagonale. **Responsabilité scientifique.** Réseau Sentinelles, iPLesp. **Financement.** Santé publique France.

5.3 Travaux pharmaco-épidémiologiques

Dans les travaux ci-dessous plusieurs sources de données sont citées notamment :

- SNDS : Système National des Données de Santé, regroupement des bases de données de santé (https://www.snds.gouv.fr/).
- ESND : échantillon du Système National des Données de Santé, sous ensemble du SNDS (au 2/100^{e}).

5.3.1 DDI-Opio

Introduction. Les opioïdes sont des antalgiques puissants, mais leur utilisation est associée à des risques graves. Aux États-Unis, les décès par overdose d'opioïdes sont en forte hausse depuis les années 1990. En France, la tendance est moins marquée mais bien réelle. Certaines comédications augmentent les risques liés aux opioïdes, y compris les décès. Des recommandations ont été proposées pour limiter leur mésusage mais la question des interactions médicamenteuses n'y est pas détaillée, notamment par défaut de données spécifiques à la situation française. **Objectifs.** L'objectif principal est d'établir un tableau de l'exposition à des associations à risque d'interaction médicamenteuse avec les opioïdes dans la population française et de son évolution depuis 2013, pour les interactions pharmacocinétiques (liées au CYP3A4, au CYP2D6 ou à la glycoprotéine P), et les interactions pharmacodynamiques, associées à tous les opioïdes ou propres à certains d'entre eux. Les objectifs secondaires sont de décliner les prévalences d'exposition à des associations à risque d'interaction : par opioïde, par substance interférente et par sous-groupe de patients (selon l'âge et les comorbidités) et d'évaluer l'augmentation associée du risque d'hospitalisations et de décès. **Méthodes.** Le travail s'appuiera sur les données du SNDS. Différentes méthodes seront utilisées selon l'interaction étudiée (case-crossover, modèle de Cox, case-case-time-control). **Perspectives.** Les études liées à ce projet seront menées depuis juillet 2024. **Responsabilité scientifique.** Réseau Sentinelles, iPLesp. **Financement.** EPI-PHARE.

5.3.2 DDI-Gliflo

Introduction. Les gliflozines (inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose 2) sont initialement utilisées pour le traitement du diabète. Leur usage s'est élargi à l'insuffisance cardiaque et à la maladie rénale chronique, avec un bénéfice démontré sur la morbimortalité. Dans ces indications, elles sont souvent coprescrites avec des diurétiques (thiazidiques ou de l'anse) pour améliorer le contrôle de la pression artérielle ou des symptômes congestifs. Cependant, ces associations peuvent augmenter le risque d'effets indésirables graves tels que déshydratation, hypovolémie, hypotension, insuffisance rénale aiguë, chutes avec fractures ou acidocétose diabétique. **Objectifs.** L'objectif principal est d'évaluer si la coexposition à une gliflozine et à un diurétique est associée à un risque accru d'hospitalisation pour événement indésirable par rapport à chaque classe utilisée seule, et si ce risque varie selon la dose de diurétique ou la surveillance effectuée. Les objectifs secondaires sont d'estimer la prévalence annuelle de la coprescription gliflozine-diurétique chez les adultes atteints de diabète, d'insuffisance cardiaque ou rénale, de décrire la surveillance clinique et biologique après introduction d'une nouvelle molécule et d'évaluer les ajustements de dose des diurétiques dans l'insuffisance cardiaque. **Méthodes.** Le projet DDI-Gliflo utilisera les données du Système National des Données de Santé (SNDS) à partir d'avril 2020. Les périodes d'exposition seront déterminées à partir des délivrances en pharmacie et de l'estimation individualisée de la dose quotidienne. Les hospitalisations identifiées par code diagnostique

serviront de marqueurs d'événements indésirables. Les risques seront évalués par des modèles de survie avec exposition dépendante du temps, ajustés pour les facteurs de confusion et les risques concurrents. Des analyses causales et en sous-groupes seront conduites selon les indications, les classes de diurétiques et leurs doses. **Perspectives.** Les études liées à ce projet seront menées entre janvier 2025 et novembre 2026. **Responsabilité scientifique.** Réseau Sentinelles, iPLesp. **Financement.** EPI-PHARE.

6 LE RÉSEAU GRIPPENET/COVIDNET

6.1 Présentation

Grippenet est un projet de recherche initialement conçu pour la surveillance de la grippe en population générale. Il a été mis en place en 2012 par l'Inserm, Sorbonne Université et Santé publique France. Depuis le 30 mars 2020, des adaptations ont été mises en place pour suivre également l'épidémie de Covid-19, ce qui a donné lieu à l'évolution de l'appellation du site Internet pour devenir Grippenet/Covidnet.

Pour participer à ce projet, les personnes résidant en France hexagonale peuvent s'inscrire par le site Internet (https://www.grippenet.fr). Un premier questionnaire pour la saison (questionnaire préliminaire) permet de recueillir des informations sur le profil du participant (socio-démographie, mode de vie, caractéristiques liées à la santé). Un deuxième questionnaire permet ensuite au participant de renseigner ses informations vaccinales concernant la grippe et le Covid-19. Ces deux questionnaires peuvent être mis à jour à tout moment au cours de la saison.

Une fois ces deux questionnaires remplis, le participant peut commencer à déclarer des symptômes ou l'absence de symptôme. Cette collecte de symptômes se fait sur une base hebdomadaire entre les mois de novembre et avril-mai, grâce à un lien reçu par email dans une lettre hebdomadaire d'information.

6.2 Finalité de Grippenet/Covidnet

Avant la mise en place de Grippenet, la surveillance de la grippe en France était principalement réalisée à partir d'une combinaison de surveillances clinique et virologique, par des réseaux hospitaliers, de médecine de ville et du CNR des virus des infections respiratoires. En plus des méthodes de surveillance traditionnelle, de nouvelles méthodes de collecte de données épidémiologiques en temps réel ont vu le jour (9, 10), s'appuyant notamment sur des plateformes participatives. En France, le projet Grippenet/Covidnet vient répondre au besoin de surveillance et de recherche épidémiologique sur la grippe et le Covid-19 en population générale et en temps réel, grâce à une collecte de données à des échelles spatiales et temporelles fines.

6.3 Les partenaires

Grippenet/Covidnet est un projet institutionnel mis en place par l'équipe du réseau Sentinelles et Santé publique France. Il s'intègre dans une démarche européenne de surveillance de la grippe et du Covid-19 en population générale via la plateforme *Influenzanet*. Ce système a été lancé aux Pays-Bas et en Belgique durant la saison grippale 2003/2004. D'autres pays ont peu à peu rejoint le projet. Actuellement, onze pays européens sont dotés d'un système comparable à Grippenet/Covidnet, et un total d'environ 40 000 européens participent à cette surveillance, ce qui permet la mise en place de projets de recherche européens.

6.4 Les apports de Grippenet/Covidnet

6.4.1 Surveillance continue

Grippenet/Covidnet permet de suivre la grippe et le Covid-19 directement à partir de la population générale. Les résultats de la saison 2025/2026 sont disponibles en Annexe 14.

6.4.2 Etudes ponctuelles

Au-delà de ce suivi épidémiologique, la bonne acceptation et l'intérêt de Grippenet/Covidnet auprès de la population et des acteurs de santé publique ont permis d'utiliser ce système participatif à d'autres fins. Des projets de surveillance et de recherche dans le champ des maladies infectieuses ou de la promotion de la santé sont ainsi réalisés sur cette cohorte, tant au niveau national qu'européen. Les principaux thèmes abordés ont été les suivants :

- les syndromes grippaux (incidence, facteurs de risque, recours aux soins, efficacité vaccinale du vaccin contre la grippe, suivi de cohortes spécifiques) ;
- la grippe (opinion concernant la vaccination antigrippale, vaccination antigrippale par les pharmaciens, connaissances sur la grippe, utilisation des mesures barrières) ;
- le Covid-19 (incidence, recours aux soins, mesures préventives, perception de la pandémie, impact sur la santé mentale et la consommation de psychotropes, caractéristiques des cas positifs) ;
- le système participatif lui-même (participation, satisfaction des participants) ;
- les maladies infectieuses (toxi-infections alimentaires collectives, diarrhées aiguës) ;
- la promotion de la santé (perception du risque d'addiction aux médicaments antalgiques opioïdes, surmédicalisation).

Le détail des études ponctuelles réalisées au sein de la cohorte peut être retrouvé sur le site Internet.

En 2025, une étude visant à estimer et caractériser la fréquence des contacts entre les humains et les animaux a été proposée. Les questionnaires ont été envoyées à deux reprises durant l'année, pendant la saison estivale et hivernale, afin de prendre en compte la saisonnalité de ces contacts. Cette étude menée auprès de 4 587 participants révèle que 60 % d'entre eux côtoient des animaux, qu'il s'agisse de cohabitation à domicile pour 36 % d'entre eux, de relations exclusives à l'extérieur pour 14 % ou d'une combinaison des deux pour 10 %, tandis que 40 % n'ont aucune interaction avec des animaux. Les contacts journaliers, qui concernent majoritairement des animaux de compagnie comme les chats et les chiens, s'avèrent fréquents puisqu'ils touchent près de la moitié des répondants au cours d'une journée type, principalement dans le cadre du foyer, et atteignent leur niveau le plus élevé chez les personnes âgées de 50 à 64 ans.

Une seconde enquête a été proposée dans le cadre d'un projet financé par la Direction Générale de la Santé. Deux questionnaires en ligne ont été soumis aux participants de Grippenet/Covidnet en novembre 2024 et avril 2025. L'objectif était d'évaluer la proportion des infestations par les punaises de lit entre mars 2024 et avril 2025, ainsi que leur impact psychologique et le retentissement sur la vie quotidienne. En associant ces données issues de la population générale à un volet « médecine générale », collectant des données auprès de médecins généralistes sur les consultations liées aux punaises de lit, la publication à paraître dressera un état des lieux précis de l'incidence de ces infestations sur la période.

6.5 Publications récentes

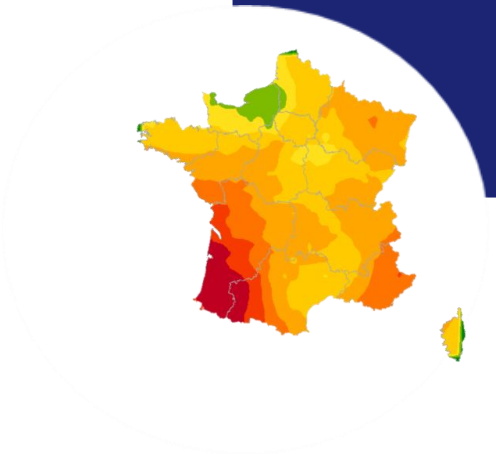
- Suhanda IE, Bonnet C, Durand J, González J, Debin M, Métras R. Behavioural and environmental factors associated with the risk of human tick bites in the Grippenet/Covidnet cohort in France. BMC Public Health. 2026. (11)
- Krug C, Jourdan-Da Silva N, Tourdjman M, Mariani-Kurkdjian P, Cointe A, Lefèvre S, Bélichon S, Postic C, Françon M, Herber H, Sergentet D, Ganet S, Faure-Bondat A, Debin M, Kengne-Kuetche C, de Valk H, Bonacorsi S, Weill FX, Jones G; Outbreak Investigation Team. Nationwide outbreak of Shiga toxin-producing Escherichia coli infections associated with frozen pizzas, France, 2022. Euro Surveill. 2026 Feb;31(8). (12)
- Greffe S, Guerrisi C, Souty C, Vilcu AM, Hayem G, Costantino F, Padovano I, Bourgault I, Trad S, Ponsoye M, Vilaine E, Debin M, Turbelin C, Blanchon T, Hanslik T. Influenza-like illness in individuals treated with immunosuppressants, biologics, and/or systemic corticosteroids for autoimmune or chronic inflammatory disease: A crowdsourced cohort study, France, 2017-2018. Influenza Other Respir Viruses. 2023 Jun;17(6). (13)
- de Meijere G, Valdano E, Castellano C, Debin M, Kengne-Kuetche C, Turbelin C, Noël H, Weitz JS, Paolotti D, Hermans L, Hens N, Colizza V. Attitudes towards booster, testing and isolation, and their impact on COVID-19 response in winter 2022/2024 in France, Belgium, and Italy: a cross-sectional survey and modelling study. Lancet Reg Health Eur. 2023 May;28. (14)

La liste des publications scientifiques réalisées à partir de la cohorte Grippenet/Covidnet est disponible ici.

Sentinelles
Réseau Sentinelles

BILAN DE LA SURVEILLANCE CONTINUE

PARTIE 2



Erratum du 07/10/2026 : l'intervalle de confiance de l'estimation de l'incidence des cas de grippe a été corrigé (p.36), ainsi que la figure 7.10 (p. 37)

7 INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS

7.1 Surveillance des cas d'IRA en médecine générale

Contexte

Depuis mars 2020, la surveillance des syndromes grippaux a été élargie et remplacée par celle des infections respiratoires aiguës (IRA) *(définies par une apparition brutale de fièvre (ou sensation de fièvre) et de signes respiratoires)*, afin de permettre une surveillance plus complète de différents virus respiratoires.

Cette surveillance est réalisée en partenariat avec Santé publique France, le CNR des virus des infections respiratoires (dont la grippe et le SARS-CoV-2) (Hospices civils de Lyon et Institut Pasteur), l'Université de Corse, SOS médecins, et les départements de médecine générale des universités Côte d'Azur, de Rouen Normandie et de Strasbourg (voir paragraphe ci-dessous « ***Surveillance commune des IRA en soins primaires*** »).

Elle s'appuie sur :

- une surveillance des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale tout au long de l'année ;
- et une surveillance virologique complémentaire à partir de prélèvements nasopharyngés ou salivaires d'un échantillon des cas d'IRA vus en consultation durant la saison hivernale (entre septembre et avril), afin d'identifier les virus circulants (SARS-CoV-2, virus grippaux, virus respiratoire syncytial (VRS), rhinovirus (hRV) et métapneumovirus (hMPV)).

Cette surveillance permet (i) d'estimer le nombre et de décrire les cas d'IRA vus en consultation de médecine générale, (ii) de connaître les virus respiratoires circulants et (iii) en croisant ces données d'estimer le nombre et de décrire les cas de Covid-19, de grippe et de VRS vus en consultation de médecine générale.

Date du début de la surveillance des IRA

- 2020, semaine 12 :
    - Avant cette date, les « syndromes grippaux » étaient surveillés depuis la semaine 44 de l'année 1984. Les données collectées pour l'indicateur IRA permettent d'estimer l'incidence des syndromes grippaux et de poursuivre la série et les comparaisons historiques. Les données reconstruites pour les syndromes grippaux depuis la semaine 12 de l'année 2020 nécessitent d'être interprétées avec précaution au regard du changement de méthodologie.

Zone surveillée

- France hexagonale.

Définition de cas

- Tout patient consultant ou télé-consultant pour une infection respiratoire aiguë définie par l'apparition brutale de fièvre (ou sensation de fièvre) et de signes respiratoires.

Données recueillies

- Nombre de cas vus en consultation ;
- Description des cas : âge, sexe, réalisation et résultat d'un test diagnostic pour le Covid-19, la grippe et le VRS (hors surveillance virologique Sentinelles), correspondance avec la définition historique de syndrome grippal (fièvre >39°C, d'apparition brutale, accompagnée de myalgies et de signes respiratoires), réalisation d'un prélèvement pour la surveillance virologique Sentinelles, facteurs de risque de complications, demande d'hospitalisation ou de consultation aux urgences, correspondance avec la définition d'un cas possible de grippe aviaire ou porcine et si oui présence et précision d'autres

symptômes que ceux d'une IRA, source d'exposition, exposition dans un cadre professionnel et type d'exposition, exposition dans un cadre privé et type d'exposition.

Protocole de la surveillance virologique

La surveillance virologique des IRA pour la saison 2025/2026 a été effectuée entre fin septembre 2025 (semaine 2025s40) et mi-avril 2026 (semaine 2026s15).

Il était demandé aux médecins participants :

- pour les MG, d'effectuer un prélèvement salivaire ou nasopharyngé chez les deux premiers patients de la semaine âgés de moins de 65 ans ET chez les deux premiers patients âgés de 65 ans ou plus réunissant les critères suivants : (i) consultant pour une IRA, (ii) et ayant donné son accord pour participer à cette surveillance ;
- pour les pédiatres, d'effectuer un prélèvement salivaire ou nasopharyngé chez les deux premiers patients de la semaine consultant pour une IRA, dont l'un des responsables de l'autorité parentale avait donné son accord pour la participation à cette surveillance.

Surveillance commune des IRA en soins primaires

Sous l'impulsion de SpF, une surveillance commune d'indicateurs de santé en soins primaires s'est mise en place après la pandémie de Covid-19 en s'appuyant sur les réseaux existants ou en construction.

Pour la surveillance des cas d'IRA :

- la surveillance clinique des cas vus en consultation de médecine générale est réalisée par le réseau Sentinelles et l'entrepôt EMR-IQVIA (provenant d'extractions automatiques des logiciels médicaux) ;
- la surveillance virologique des IRA est réalisée par le réseau Sentinelles, les départements de médecine générale des Universités Côte d'Azur, de Rouen Normandie, et de Strasbourg, et six associations SOS Médecins (Ajaccio, Dijon, Limoges, Nantes, Orléans et Amiens).

Les estimations et analyses communes sont publiées dans les bulletins hebdomadaires du réseau Sentinelles et de Santé publique France. Elles sont disponibles sur notre site Sentiweb. Pour en savoir plus sur ces partenariats (cliquez ici) ou sur les méthodes utilisées (cliquez ici).

La liste des principales publications scientifiques effectuées par l'équipe Sentinelles à partir des données de surveillance pour cet indicateur est disponible sur le site Internet du réseau Sentinelles :

- http://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=maladies&mal=3 (indicateur « syndrome grippal ») ;
- http://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=maladies&mal=25 (indicateur « IRA »).

Présentation des résultats 2025/2026

Les résultats de la surveillance des IRA sont présentés dans la suite de ce bilan en cinq parties :

- surveillance des IRA durant l'année 2025 (janvier à décembre 2025) ;
- surveillance des IRA durant la saison hivernale 2025/2026 (semaines 2025s40 (fin septembre) à 2026s15 (mi-avril)) ;
- surveillance de la grippe durant la saison hivernale 2025/2026 ;
- surveillance du VRS durant la saison hivernale 2025/2026 ;
- surveillance du Covid-19 durant la saison hivernale 2025/2026.

7.2 Résultats de la surveillance annuelle des IRA (de janvier à décembre 2025)

Les données présentées dans ce chapitre sont celles du réseau Sentinelles seul. Les incidences conjointes estimées à partir des données du réseau Sentinelles et de l'entrepôt EMR-IQVIA sont disponibles sur notre site.

- Nombre de cas déclarés par les médecins Sentinelles : **36 025**, dont **30 763** (85%) individuellement décrits
- Estimation du taux d'incidence annuel des cas vus en consultation de médecine générale : **10 129 cas / 100 000 hts** [IC 95 % : 10 009 ; 10 249]
- Estimation de l'incidence annuelle des cas vus en consultation de médecine générale : **6 788 860 cas** [IC 95 % : 6 708 753 ; 6 868 967]

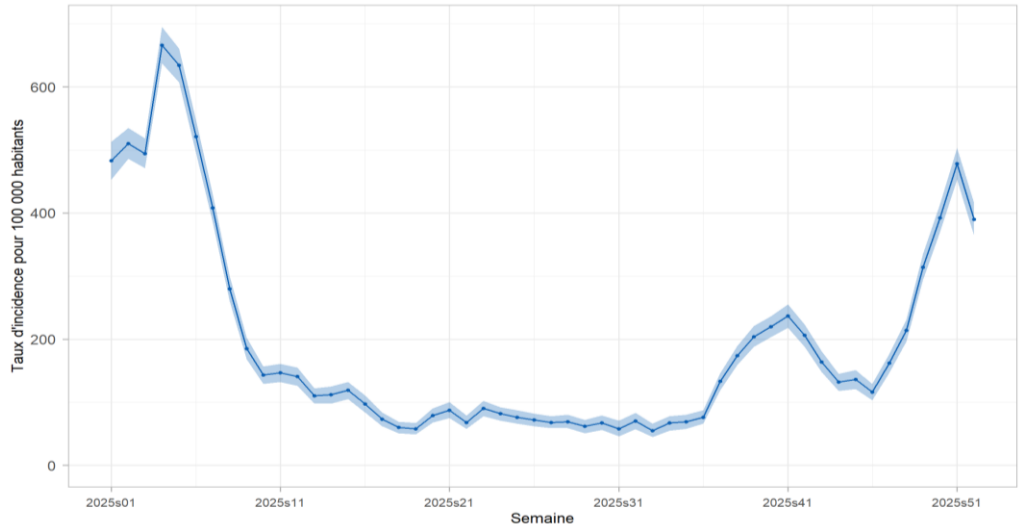


Figure 7.1 : Estimation des taux d'incidence hebdomadaires des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale, France hexagonale, 2025 (intervalle de confiance à 95%)

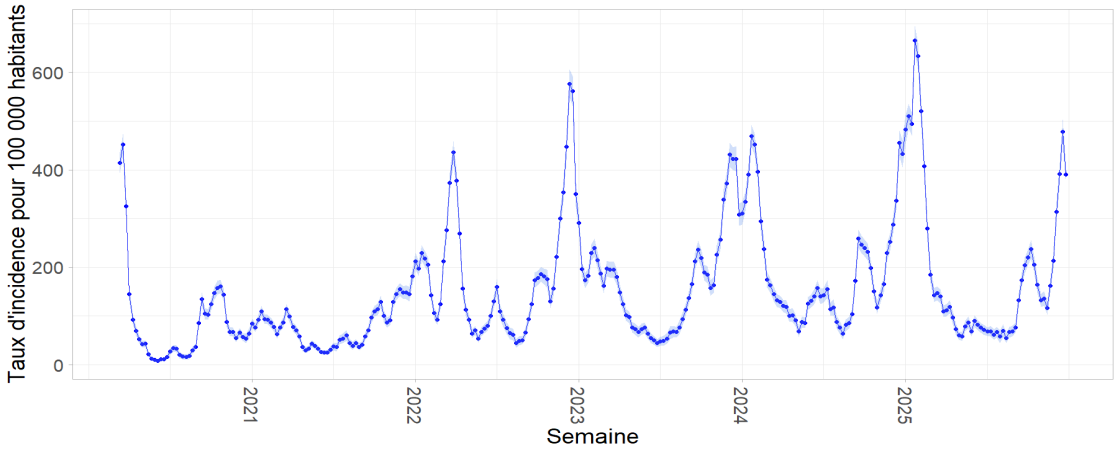


Figure 7.2 : Estimation des taux d'incidence hebdomadaires des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale en France hexagonale, mars 2020 - décembre 2025 (intervalle de confiance à 95%)

7.3 Résultats de la surveillance des IRA durant la saison hivernale 2025/2026, de fin septembre (2025s40) à mi-avril (2026s15)

7.3.1 Nombre de cas déclarés, incidences et taux d'incidence

Les données présentées dans ce chapitre sont celles du réseau Sentinelles seul. Les incidences conjointes estimées à partir des données du réseau Sentinelles et de l'entrepôt EMR-IQVIA sont disponibles sur notre site.

- Nombre de cas déclarés par les médecins Sentinelles : **21 899**, dont **18 269** (83 %) individuellement décrits
- Estimation du taux d'incidence des cas vus en consultation de médecine générale durant la saison hivernale : **6 212 cas / 100 000 hts** [IC 95 % : 6 118 ; 6 306]
- Estimation de l'incidence des cas vus en consultation de médecine générale durant la saison hivernale : **4 174 011 cas** [IC 95 % : 4 110 571 ; 4 237 451]

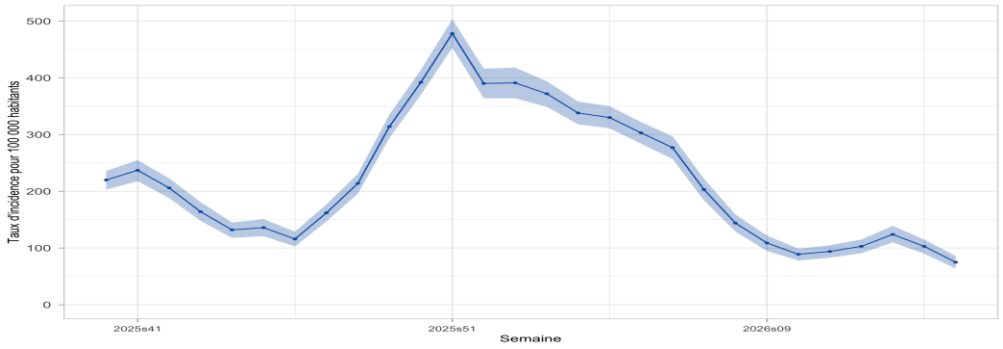


Figure 7.3 : Estimation des taux d'incidence hebdomadaires des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale durant la saison hivernale 2025/2026, de la semaine 40 de 2025 à la semaine 15 de 2026 (intervalle de confiance à 95 %), France hexagonale

7.3.2 Description des cas déclarés par les médecins Sentinelles

Tableau 7.1 : Distribution des cas selon le sexe

Sexe	Effectif	Proportion (%)
Féminin	9 830	54,8
Masculin	8 112	45,2
Total	**17 942**	

Valeurs manquantes : 327 sur 18 269 (1,8 %)

Tableau 7.2 : Distribution des cas selon l'âge, et estimation des incidences et taux d'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale, par tranche d'âge, en France hexagonale durant la saison hivernale 2025/2026

Classe d'âge (ans)	Effectif	Proportion (%)	Estimation de l'incidence et IC 95 %	Estimation du taux d'incidence pour 100 000 habitants et IC 95 %
≤ 4 ans	2 847	15,6	651 802 [626 832 ; 676 772]	19 601 [18 850 ; 20 352]
5 - 14	3 005	16,5	676 503 [651 277 ; 701 729]	8 500 [8 183 ; 8 817]
15 - 64	9 585	52,5	2 189 628 [2 143 595 ; 2 235 661]	5 285 [5 174 ; 5 396]
≥ 65 ou plus	2 820	15,4	656 077 [630 665 ; 681 489]	4 479 [4 306 ; 4 652]
Total	**18 257**		**4 174 010 [4 052 369 ; 4 295 651]**	

Valeurs manquantes : 12 sur 18 269 (0,1%)

Tableau 7.3 : Distribution des cas selon l'âge (minimum, médiane, maximum)

Minimum	Médiane	Maximum
1 mois	33 ans	101 ans

Valeurs manquantes : 12 sur 18 269 (0,1%)

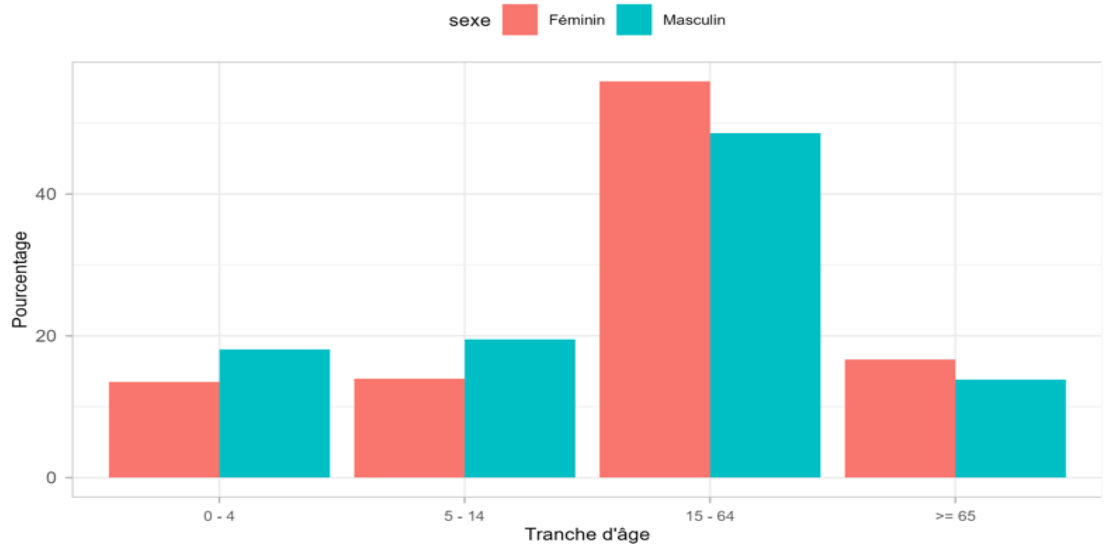


Figure 7.4 : Distribution des cas d'IRA déclarés par les médecins généralistes Sentinelles selon l'âge et le sexe durant la saison hivernale 2025/2026, France hexagonale

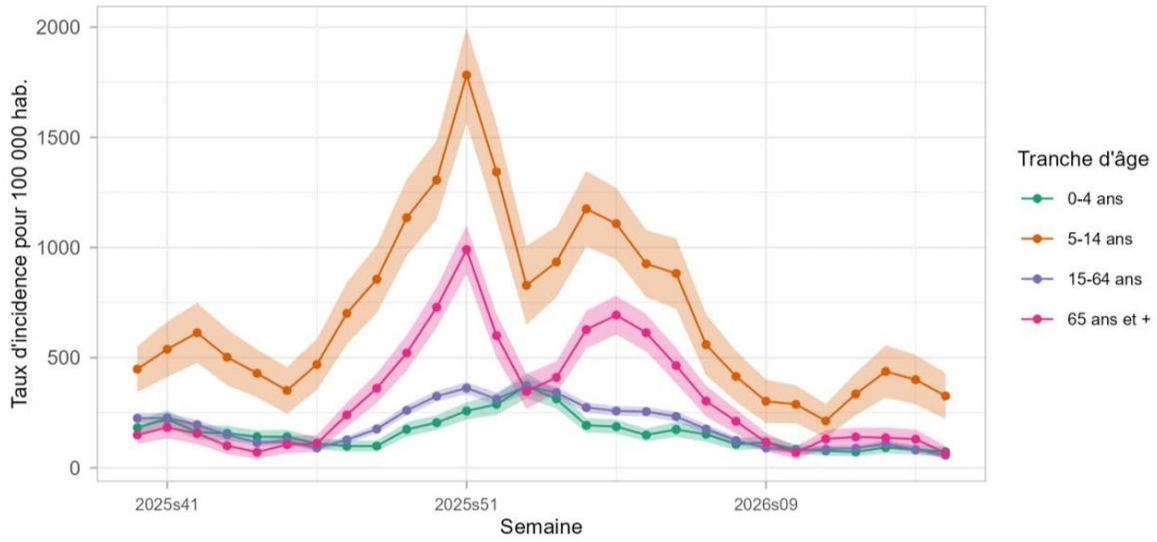


Figure 7.5 : Estimation des taux d'incidence hebdomadaires des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale, en fonction de l'âge, durant la saison hivernale 2025/2026 (intervalle de confiance à 95 %), France hexagonale

Tableau 7.4 : Distribution des cas selon la présence d'au moins un facteur de risque connu en dehors de l'âge

Facteur de risque (en dehors de l'âge)	Effectif	Proportion (%)
Oui	2 882	17,0
Non	14 101	83,0
Total	**16 983**	

Valeurs manquantes : 1 286 sur 18 269 (7 %)

Tableau 7.5 Distribution des cas selon la présence d'au moins un facteur de risque connu (âge ≥ 65 ans ou pathologie sous-jacente)

Facteur de risque (âge ≥ 65 ans ou pathologie sous-jacente)	**Effectif**	**Proportion (%)**
Oui	4 369	25,5
Non	12 786	74,5
Total	**16 983**	

Valeurs manquantes : 1 114 sur 18 269 (6,1 %)

Tableau 7.6 : Distribution des cas selon la demande ou non d'une hospitalisation ou consultation aux urgences au décours de la consultation par le médecin généraliste

Demande d'hospitalisation ou de consultation aux urgences	**Effectif**	**Proportion (%)**
Oui	155	0,9
Non	16 904	99,1
Total	**17 059**	

Valeurs manquantes : 1 210 sur 18 269 (6,6 %)

Tableau 7.7 : Distribution de l'âge des cas pour lesquels une hospitalisation ou consultation aux urgences a été demandée par le médecin (minimum, médiane, maximum)

Minimum	**Médiane**	**Maximum**
2 mois	65 ans	99 ans

Valeurs manquantes : 0 sur 155 (0 %)

7.3.3 Résultat de la surveillance virologique des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale et de pédiatrie libérale (2025s40 à 2026s15)

Les données présentées dans ce chapitre sont celles estimées à partir des données du réseau Sentinelles, de SOS Médecins et des trois DMG partenaires (Nice, Rouen et Strasbourg).

Entre les semaines 2025s40 et 2026s15 :

- 4 169 cas d'IRA ont été prélevés par les 246 médecins participants (*178 médecins généralistes Sentinelles, 34 pédiatres Sentinelles, 29 médecins des DMG partenaires, 6 associations SOS Médecins*) selon le protocole détaillé ci-dessus (voir partie 7.1 ci-dessus) et 4 152 ont pu être testés à au moins un virus respiratoire ;
- 2 473 prélèvements (60%) ont été testés positifs pour au moins un des cinq virus respiratoires recherchés (SARS-CoV-2 (Covid-19), virus grippaux, virus respiratoire syncytial (VRS), rhinovirus (hRV) et métapneumovirus (hMPV)).

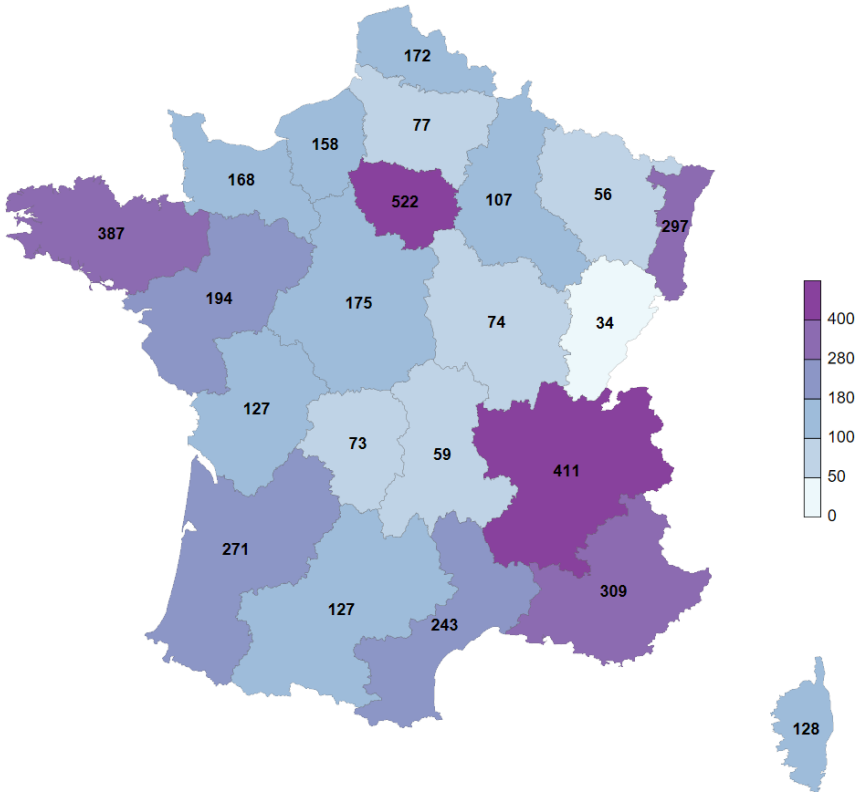


Figure 7.6 : Nombre de prélèvements, par région, réalisés pour la surveillance virologique des IRA durant la saison hivernale 2025/2026, France hexagonale

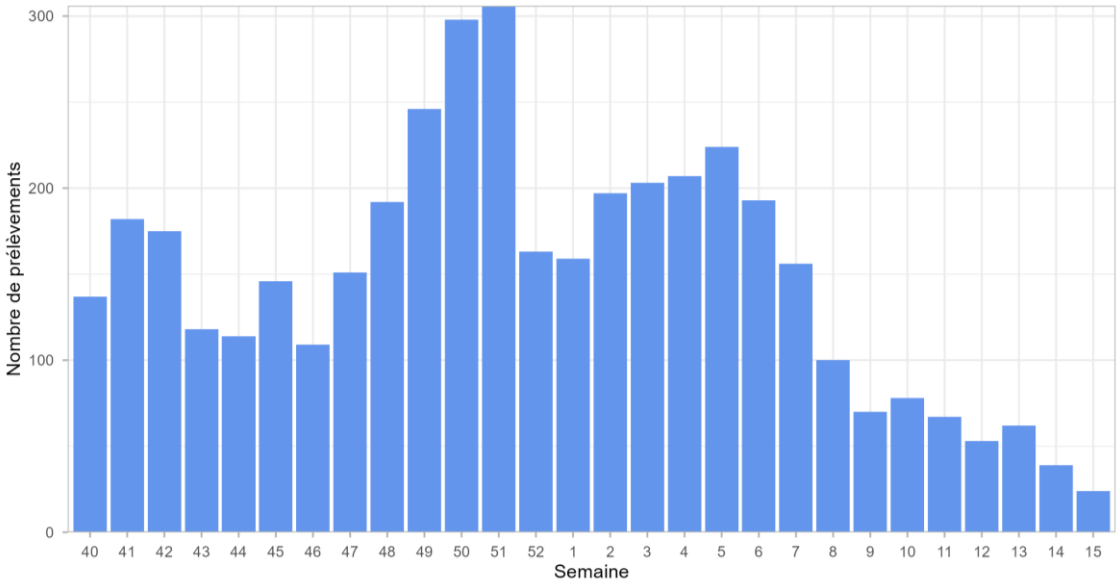


Figure 7.7 : Nombre de prélèvements hebdomadaires réalisés pour la surveillance virologique des IRA durant la saison hivernale 2025/2026, France hexagonale

Description des cas prélevés en fonction du résultat des analyses virologiques

Tableau 7.8 : Nombre de prélèvements analysés et taux de positivité selon les virus respiratoires recherchés lors de la saison hivernale 2025/2026

Virus recherchés	Nombre de prélèvements analysés	Prélèvements positifs	
		Effectif	Proportion (%)
Virus grippaux	4 152	1 097*	26,4*
Rhinovirus (hRV)	4 146	681	16,4
Virus syncytial respiratoire (VRS)	4 151	314	7,6
SARS-CoV-2 (Covid-19)	4 151	326	7,9
Métapneumovirus (hMPV)	4 147	175	4,2

**prélèvements positifs pour au moins un virus grippal*
Valeurs manquantes : 6 sur 4 152 (0,1 %)

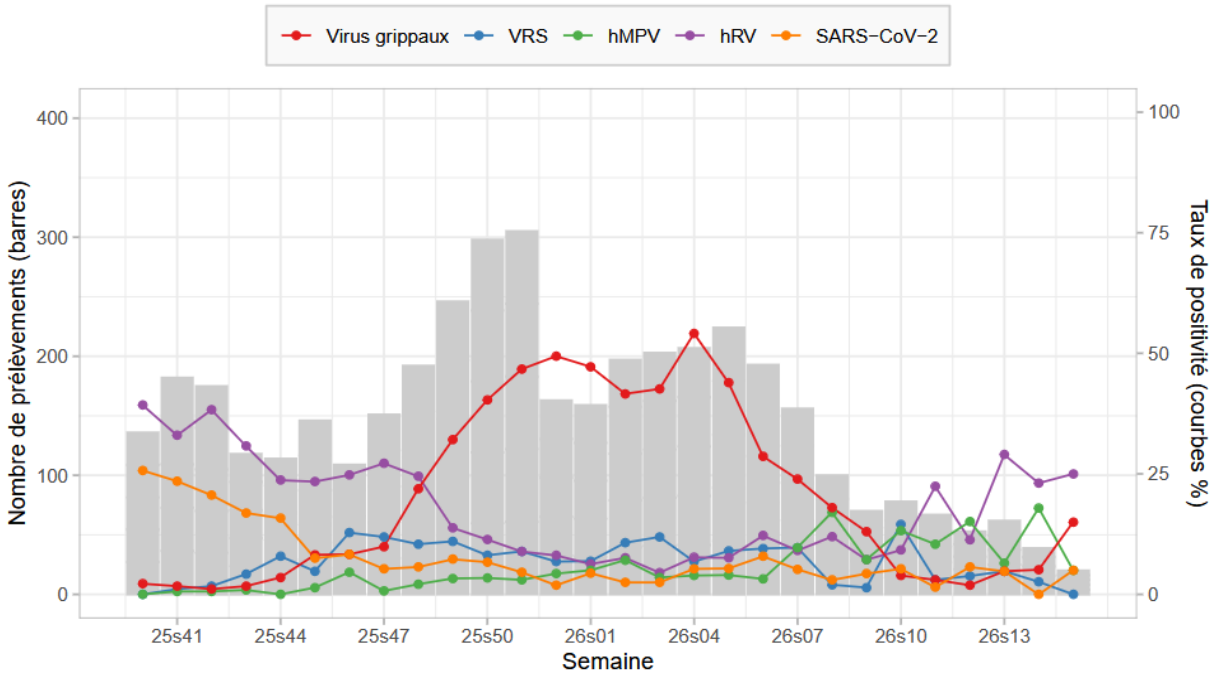


Figure 7.8 : Taux de positivité hebdomadaires des virus respiratoires surveillés (courbes) à partir des prélèvements effectués par les médecins participants (barres) durant la saison hivernale 2025/2026 (2025s40 à 2026s15), France hexagonale

Description des cas de co-infections

Cent dix-huit co-infections ont été identifiées entre les semaines 2025s40 et 2026s15 pour les virus recherchés (SARS-CoV-2, virus grippaux, virus respiratoire syncytial, rhinovirus et métapneumovirus)

Neuf co-infections l'ont été avec un virus grippal (tous de type A) et le SARS-CoV-2 (Covid-19) :

- six cas de grippe A(H3N2) + SARS-CoV-2 entre les semaines 2025s51 et 2026s12 ;
- deux cas de grippe $A(H1N1)_{pdm09}$ + SARS-CoV-2 entre les semaines 2026s01 et 2026s03 ;
- un cas de grippe A non sous-typée + SARS-CoV-2 en semaine 2026s04.

Résumé de la circulation des virus respiratoires hivernaux

La saison de surveillance virologique 2025/2026 a permis de mettre en évidence :

- la fin d'une vague de circulation du SARS-CoV-2 dont le pic a été atteint fin septembre 2025. La circulation est restée faible durant toute la saison hivernale (voir partie spécifique 7.4) ;
- une circulation du VRS active entre mi-novembre 2025 et mi-février 2026, et à des niveaux relativement élevés entre début décembre 2025 et début février 2026. L'épidémie de VRS a été d'une intensité légèrement supérieure à ce qui est observé habituellement depuis 2014, mais comparable à l'épidémie de l'année précédente (voir partie spécifique 7.5) ;
- une épidémie de grippe saisonnière de survenue précoce, de début décembre 2025 à début février 2026, d'intensité modérée (aussi bien chez les enfants que chez les adultes) et d'une durée équivalente à la durée moyenne des épidémies observées entre 2011 et 2025. Les virus grippaux circulants durant cette épidémie étaient quasi-exclusivement de type A, avec une co-circulation des virus grippaux de type A(H3N2) et A(H1N1)$_{pdm09}$ (voir partie spécifique 7.6).

7.4 Résultat de la surveillance de la grippe durant la saison hivernale 2025/2026, de fin septembre (2025s40) à mi-avril (2026s15)

7.4.1 Préambule

La surveillance des IRA effectuée par le réseau Sentinelles permet de suivre la dynamique de la circulation des virus grippaux en médecine générale en France hexagonale.

Pour effectuer cette surveillance, les médecins généralistes Sentinelles rapportent depuis le 17 mars 2020 le nombre de cas d'IRA vus en consultation (ou téléconsultation). Un échantillon de ces cas est prélevé pour rechercher plusieurs virus respiratoires, dont les virus grippaux.

À partir de ces informations, il est possible d'estimer le nombre de cas de grippe consultant pour une IRA en médecine générale. L'incidence hebdomadaire des cas d'IRA dus à la grippe, vus en consultation de médecine générale, est estimée à partir des données d'incidences hebdomadaires des IRA et des taux de positivité hebdomadaires des cas d'IRA aux virus grippaux (pour en savoir plus). Ces estimations sont redressées par région et par tranche d'âge.

7.4.2 Incidences et taux d'incidence des cas de grippe vus en médecine générale

- Estimation du taux d'incidence des cas vus en consultation de médecine générale durant la saison hivernale : **1 735 cas / 100 000** hts [IC 95 % : 1 667 ; 1 803]
- Estimation de l'incidence des cas vus en consultation de médecine générale durant la saison hivernale : **1 166 009 cas** [IC 95 % : 1 120 299* ; 1 211 719]

* données corrigées le 07/10/2026

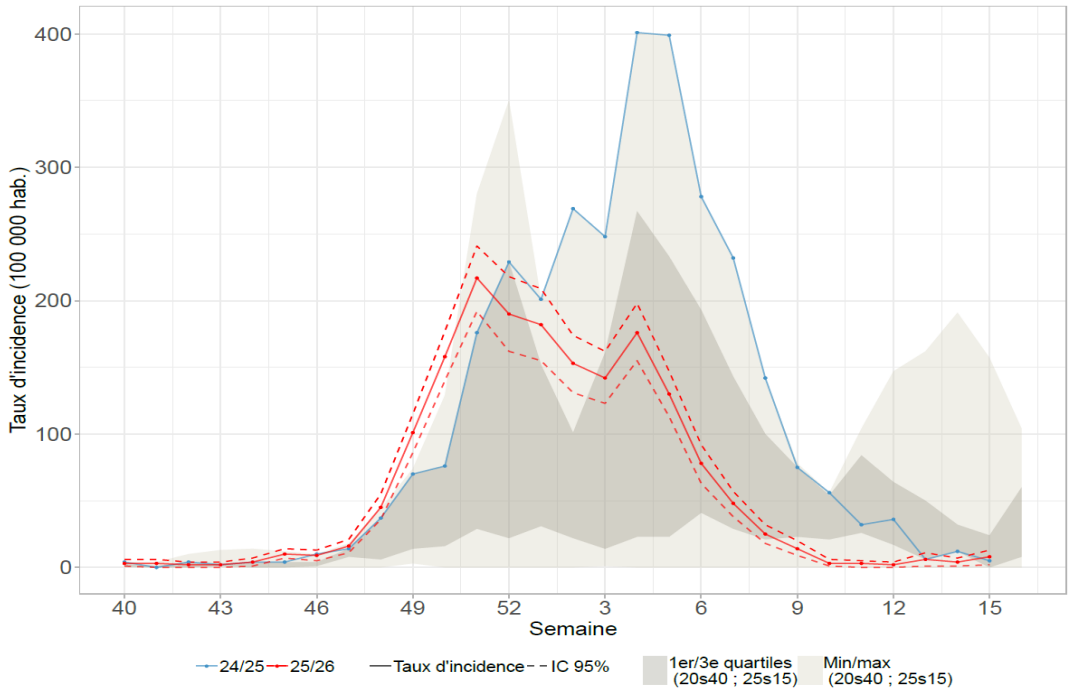


Figure 7.9 : Estimation des taux d'incidence hebdomadaires des cas de grippe vus en consultation de médecine générale en 2025/2026 (courbe rouge avec intervalle de confiance à 95%) et comparaison aux données historiques depuis 2020/2021 (courbe bleue pour la saison 2024/2025 et aire grisée pour la période 2020/2025), France hexagonale

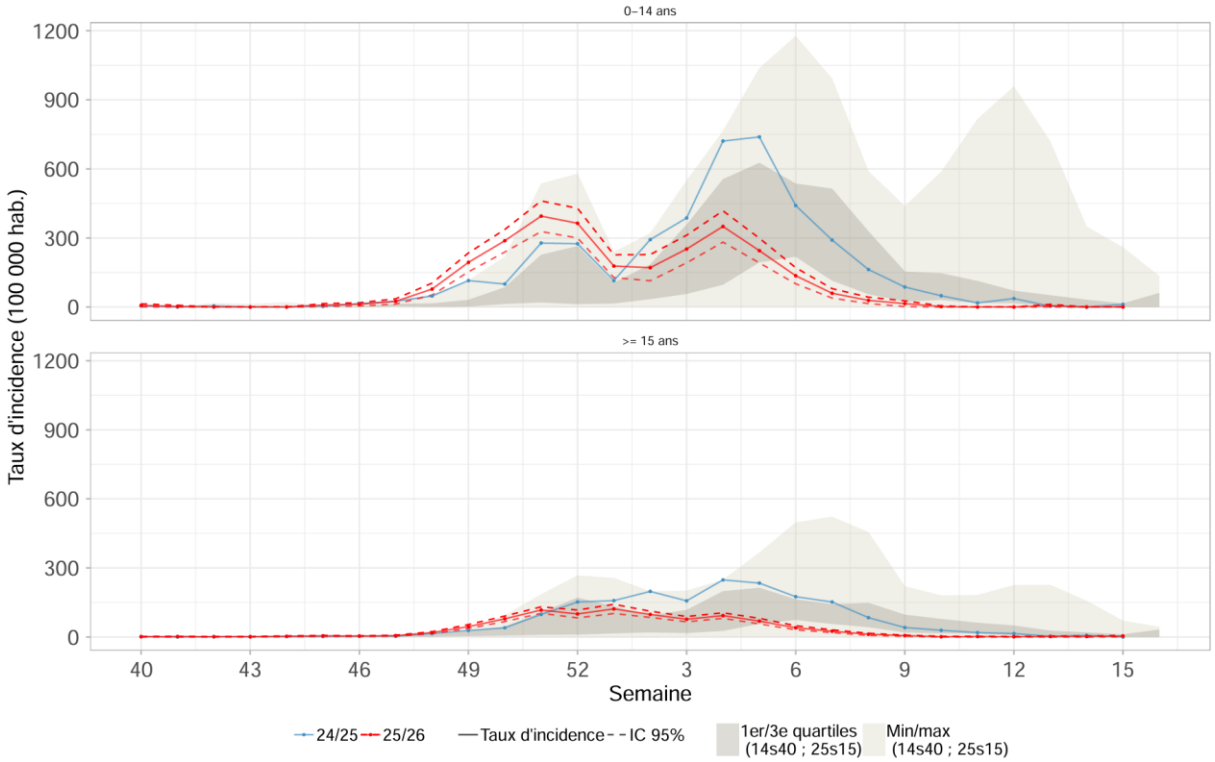


Figure 7.10* : Estimation des taux d'incidence hebdomadaires, selon l'âge, des cas de grippe vus en consultation de médecine générale lors de la saison 2025/2026 (courbe rouge intervalle de confiance à 95%) et comparaison aux données historiques depuis la saison 2020/2021 (courbe bleue pour la saison 2024/2025 et aire grisée pour la période 2020/2025), France hexagonale

* figure corrigée le 07/10/2026

7.4.3 Epidémie de grippe 2025/2026

L'épidémie de grippe 2025/2026 a été d'**intensité modérée**, et marquée par une **survenue précoce.** Elle a duré **10 semaines**, entre début décembre (semaine 2025s49) et début février (2026s06) (cf. méthode de détection épidémique (15)), soit une durée **équivalente à la durée moyenne** des épidémies antérieures depuis 2011/2012.

Le pic épidémique a été observé fin décembre (en semaine 2025s51) après trois semaines d'épidémie, avec un taux d'incidence estimé à **217 cas pour 100 000 habitants** (IC 95% [193 ; 240]).

Une co-circulation des virus de type **A(H3N2)** (59 % des cas confirmés), et **A(H1N1)$_{pdm09}$** (36 %) a été observée durant la saison 2025/2026. Les virus de type **B Victoria** ont circulé à bas bruit durant cette saison (0,5 %).

Un bilan de l'épidémie de grippe 2025/2026, observée à partir des différents systèmes de surveillance, a été publié par Santé publique France (16).

7.4.4 Description des cas de grippe vus en médecine générale et pédiatrie libérale entre fin septembre et mi-avril

Parmi les cas d'IRA prélevés durant la saison de surveillance virologique, 1097 ont été positifs pour au moins un virus grippal, pour un total de 1103 virus grippaux identifiés. Ces cas sont décrits ci-dessous.

Description des cas de grippe en fonction du type et du sous-type viral

Tableau 7.20 : Détail des prélèvements virologiques positifs pour au moins un virus grippal selon les différents types et sous-types de virus grippaux identifiés durant la saison 2025/2026

Virus grippal identifié	Effectif	Proportion (%)
A(H3N2)	649	58,8
A(H1N1)$_{pdm09}$	393	35,6
A non sous-typé	56	5,1
B (Victoria)	5	0,5
B (Yamagata)	0	0,0
B lignage non déterminé	0	0,0
Total	**1 103**	

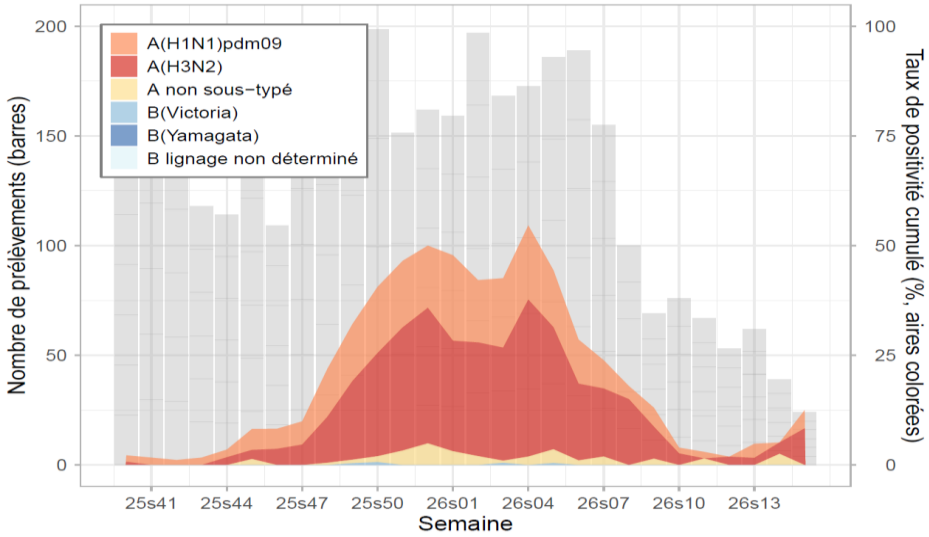


Figure 7.11 : Taux de positivité hebdomadaires des cas d'IRA prélevés pour les différents types et sous types de virus grippaux, entre les semaines 2025s40 et 2026s15, France hexagonale

Description des cas de grippe en fonction du sexe et de l'âge

Tableau 7.9 : Distribution des cas de grippe selon le sexe

Sexe	Effectif	Proportion (%)
Féminin	566	51,9
Masculin	525	48,1
Total	**1 091**	

Valeurs manquantes : 6 sur 1 097 (0,5 %)

Tableau 7.10 : Distribution des cas de grippe selon l'âge

Classes d'âge (ans)	Effectif	Proportion (%)
< 5 ans	119	10,9
5 - 14	216	19,7
15 - 64	605	55,3
≥ 65	154	14,1
Total	**1 094**	

Valeurs manquantes : 3 sur 1 097 (0,3 %)

Description des cas en fonction de la présentation clinique

Tableau 7.11 : Distribution des cas de grippe selon les symptômes présentés par le patient au moment de la consultation (plusieurs réponses possibles)

Symptômes présentés	Effectif	Proportion (%)
Signes respiratoires		
Toux	996	90,8
Maux de gorge	661	60,3
Rhinorrhée	857	78,1
Dyspnée	197	18,0
Signes généraux		
Fièvre	998	91,0
Myalgies	965	62,2
Céphalées	721	65,7
Malaise	81	7,4

Valeurs manquantes : 27 sur 1 097 (2,5 %)

Description des cas en fonction des facteurs de risque de forme grave

Tableau 7.12 : Distribution des cas de grippe selon la présence d'au moins un facteur de risque connu (âge ≥ 65 ans ou pathologie sous-jacente)

Facteur de risque (âge ≥ 65 ans ou pathologie sous-jacente)	Effectif	Proportion (%)
Oui	302	28,2
Non	768	71,8
Total	**1 070**	

Valeurs manquantes : 27 sur 1 097 (2,5 %)

Tableau 7.13 : Distribution des cas de grippe selon la présence d'au moins un facteur de risque connu en dehors de l'âge, et type de facteur de risque (plusieurs réponses possibles)

Facteur de risque (en dehors de l'âge)	Effectif	Proportion (%)
Oui	246	23,0
HTA traitée	68	6,2
Asthme	55	5,0
Obésité (IMC ≥ 30)	53	4,8
Diabète	41	3,7
Maladie cardiaque chronique sauf HTA	35	3,2
Maladie pulmonaire chronique (sauf asthme)	25	2,3
Immunodépression	12	1,1
Autre	46	4,3
Non	823	77,0
Total	**1 069**	

Valeurs manquantes : 28 sur 1 097 (2,6 %)

Description des cas en fonction de la vaccination antigrippale saisonnière

Tableau 7.14 : Distribution des cas de grippe selon la réalisation ou non d'une vaccination antigrippale saisonnière depuis septembre 2025

Vaccination antigrippale	Effectif	Proportion (%)
Oui	166	15,9
Vaccination ≥ 2 semaines	98	94,2
Vaccination < 2 semaines	6	5,8
Non	880	84,1
Total	**1 046**	

Valeurs manquantes : 51 sur 1 097 (4,6 %) pour la vaccination antigrippale, 62 sur 166 (37,3 %) pour la date de vaccination

Tableau 7.15 : Distribution des cas de grippe selon la réalisation ou non d'une vaccination antigrippale saisonnière depuis septembre 2025 en fonction de la présence d'un facteur de risque de grippe compliquée

Vaccination antigrippale		Effectif	Proportion (%)
Chez les patients présentant un facteur de risque, dont l'âge ≥ 65 ans *Valeurs manquantes : 13 sur 302 (4,3 %)*	Oui	130	45,0
	Non	159	55,0
	Total	**289**	
Chez les patients <65 ans présentant un facteur de risque *Valeurs manquantes : 7 sur 148 (4,7 %)*	Oui	36	25,5
	Non	105	74,5
	Total	**141**	
Chez les patients ≥ 65 ans *Valeurs manquantes : 6 sur 155 (3,9 %)*	Oui	94	63,5
	Non	54	36,5
	Total	**148**	

Distribution des cas en fonction de la prise en charge

Tableau 7.16 : Distribution des cas de grippe selon la prescription d'un traitement antibiotique le jour de la consultation

Traitement antibiotique	Effectif	Proportion (%)
Oui	100	11
Non	805	89
Total	**905**	

Valeurs manquantes : 192 sur 1 097 (17,5 %)

Tableau 7.17 : Distribution des cas de grippe selon une demande d'hospitalisation du médecin généraliste ou du pédiatre

Demande d'hospitalisation	Effectif	Proportion (%)
Oui	7	0,7
Non	963	99,3
Total	**970**	

Valeurs manquantes : 127 sur 1 097 (11,6 %)

Tableau 7.18 : Distribution de l'âge des cas de grippe pour lesquels une hospitalisation a été demandée par le médecin (minimum, médiane, maximum)

Minimum	Médiane	Maximum
5 ans	39 ans	67 ans

7.4.5 *Efficacité du vaccin contre la grippe saisonnière*

Cette saison, il n'a pas été possible d'estimer l'efficacité du vaccin contre la grippe à partir des données du réseau Sentinelles.

Sont présentées ci-dessous les résultats intermédiaires de l'efficacité du vaccin contre la grippe, estimée au niveau européen dans le cadre du projet européen VEBIS (Vaccine Effectiveness, Burden and Impact Studies), auquel participe le réseau Sentinelles (7). Un second travail complètera ces premières estimations et traitera des données de la saison complète (à paraître dans le courant de l'été).

L'efficacité du vaccin contre la grippe pour la saison 2025/2026 en soins primaires *(Allemagne, Espagne, Croatie, Hongrie, Irlande, Italie, Navarre (Espagne), Pays-Bas, Portugal, Roumanie, Suède)* a été estimée à :

- contre le virus A(H3N2)
    - tous âges : 38 % (IC 95 % [29 % ; 46 %]) ;
    - chez les personnes de 65 ans et plus : 33 % [8 % ; 51 %] ;
    - chez les personnes ciblées par la vaccination : 37 % [26 % ; 46 %] ;
- contre le virus A(H1N1)$_{pdm09}$
    - tous âges : 34 % (IC 95 % [18 % ; 47 %]) ;
    - chez les personnes de 65 ans et plus : 52 % [27 % ; 69 %] ;
    - chez les personnes ciblées par la vaccination : 38 % [22 % ; 52 %].

7.5 Résultat de la surveillance du VRS durant la saison hivernale 2025/2026, de fin septembre (2025s40) à mi-avril (2026s15)

7.5.1 Préambule

La surveillance des IRA effectuée par le réseau Sentinelles permet de suivre la dynamique de la circulation du VRS en médecine générale en France hexagonale.

Pour effectuer cette surveillance les médecins généralistes Sentinelles rapportent depuis le 17 mars 2020 le nombre de cas d'IRA vus en consultation (ou téléconsultation). Un échantillon de ces cas est prélevé pour rechercher différents virus respiratoires, dont le VRS.

À partir de ces informations, il est possible d'estimer le nombre de cas d'infections à VRS vus en médecine générale. L'incidence hebdomadaire des IRA dues au VRS vues en consultation de médecine générale est estimée à partir des données d'incidences hebdomadaires des IRA et des taux de positivité hebdomadaires des cas d'IRA dus au VRS (pour en savoir plus). Ces estimations sont redressées par région et par tranche d'âge.

7.5.2 Incidences et taux d'incidence des cas d'infections à VRS vus en médecine générale

- Estimation du taux d'incidence des cas vus en médecine générale durant la saison hivernale : **454 cas / 100 000** hts [IC 95 % : 421 ; 487]
- Estimation de l'incidence des cas vus en médecine générale durant la saison hivernale : **305 274 cas** [IC 95 % : 283 181 ; 327 367]

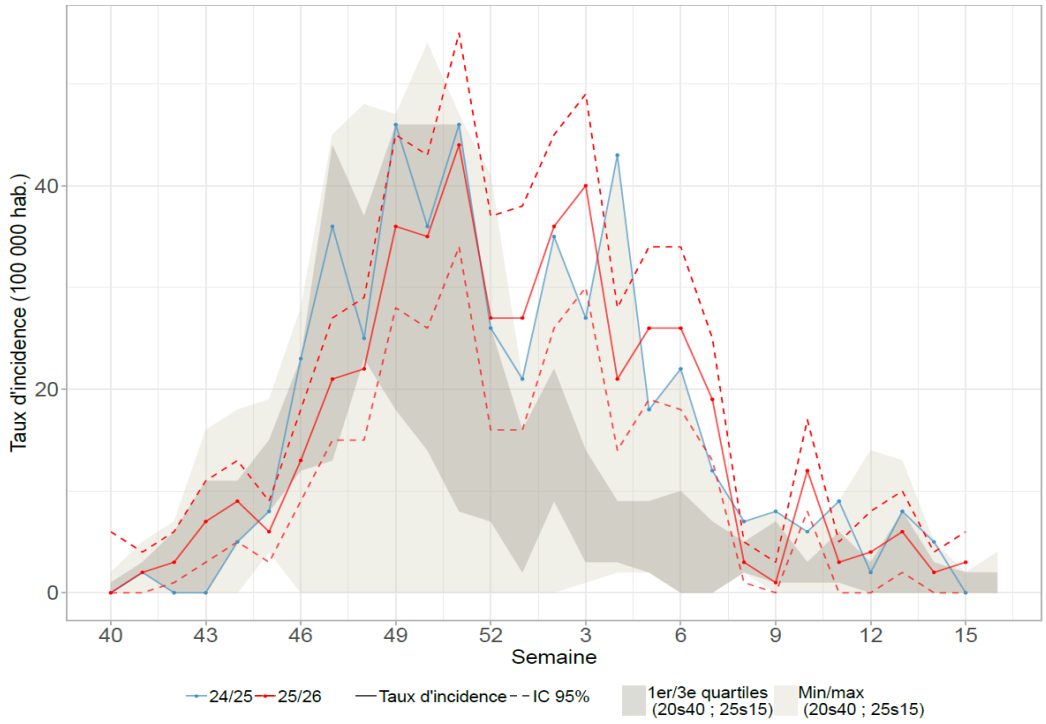


Figure 7.12 : Estimation des taux d'incidence hebdomadaires des cas d'infections à VRS vus en médecine générale en 2025/2026 (courbe rouge avec intervalle de confiance à 95%) et comparaison aux données historiques depuis 2020/2021 (courbe bleue pour la saison 2024/2025 et aire grisée pour la période 2020/2025), France hexagonale

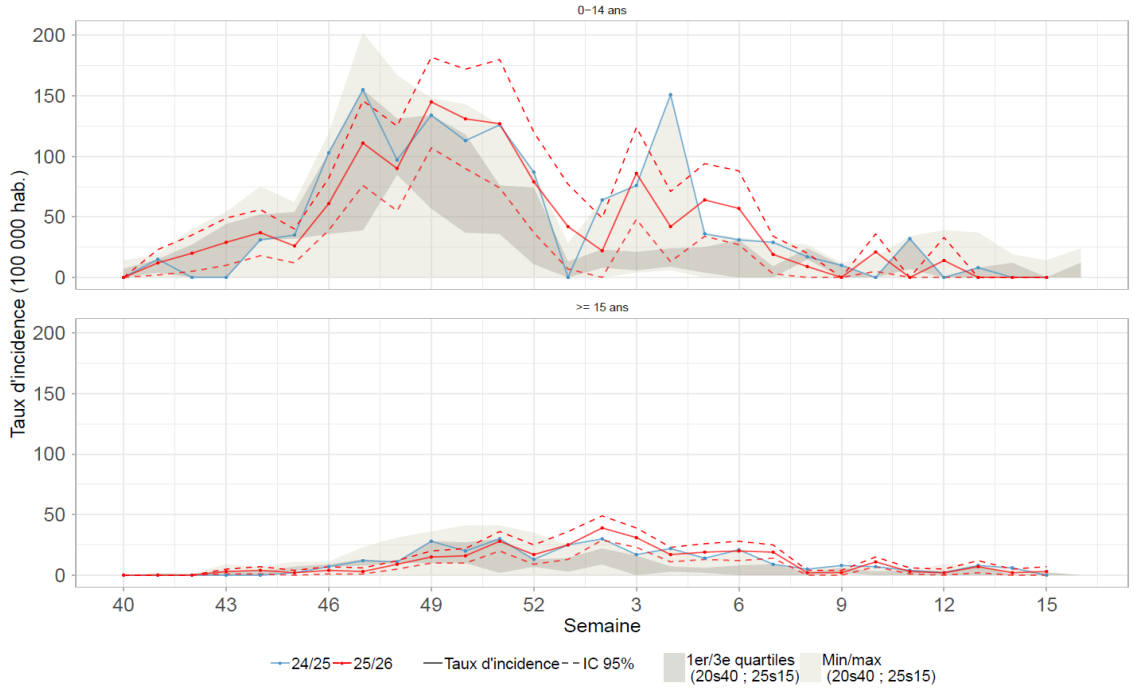


Figure 7.13 : Estimation des taux d'incidence hebdomadaires, selon l'âge, des cas d'infections à VRS vus en médecine générale lors de la saison 2025/2026 (courbes rouges avec intervalle de confiance à 95%) et comparaison aux données historiques depuis 2020/2021 (courbe bleue pour la saison 2024/2025 et aire grisée pour la période 2020/2025), France hexagonale

7.5.3 Circulation du VRS, saison 2025/2026

Le VRS a circulé activement à partir de mi-novembre (2025s47). Le taux d'incidence des cas d'infections à VRS vus en médecine générale a été élevé entre début décembre (2025s49) et début février (2026s06, avec un pic observé fin décembre 2025 (2025s51).

La durée de circulation était **supérieure à la durée moyenne** des épidémies d'infections à VRS antérieures observées depuis 2014/2015. Les **incidences observées étaient également légèrement supérieures** à celles des épidémies antérieures habituellement observées depuis 2014/2015, notamment entre fin décembre (2026s01) et mi-février (2026s07). Cette épidémie était toutefois comparable à celle de l'année précédente (2024/2025).

Un bilan de l'épidémie de bronchiolite et des infections à VRS durant la saison hivernale 2025/2026, réalisé à partir des différents systèmes de surveillance, a été publié par Santé publique France (cliquez ici).

7.5.4 Description des cas de VRS vus en médecine générale et pédiatrie libérale

Parmi les cas d'IRA prélevés durant la saison de surveillance virologique, 314 ont été positifs pour le VRS. Ces cas sont décrits ci-dessous.

Description des cas en fonction du sexe et de l'âge

Tableau 7.19 : Distribution des cas selon le sexe

Sexe	Effectif	Proportion (%)
Féminin	182	58,1
Masculin	131	41,9
Total	**313**	

Valeurs manquantes : 1 sur 314 (0,3 %)

Tableau 7.20 : Distribution des cas selon l'âge (minimum, médiane, maximum) en années

Minimum	Médiane	Maximum
4 mois	30 ans	100 ans

Valeurs manquantes : 0 sur 314 (0,0 %)

Tableau 7.21 : Distribution des cas par tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif	Proportion (%)
0 - 1	63	20,1
2 - 4	48	15,3
5 - 14	24	7,6
15 - 64	107	34,1
≥ 65	72	22,9
Total	**314**	

Valeurs manquantes : 0 sur 314 (0 %)

Description des cas en fonction des facteurs de risque de forme grave

Tableau 7.22 : Distribution des cas selon la présence d'au moins un facteur de risque connu (âge ≥ 65 ans ou pathologie sous-jacente)

Facteur de risque (âge ≥ 65 ans ou pathologie sous-jacente)	Effectif	Proportion (%)
Oui	120	38,7
Non	190	61,3
Total	**310**	

Valeurs manquantes : 4 sur 314 (1,3 %)

Description des IRA dues au VRS en fonction de la prise en charge

Tableau 7.23 : Distribution des cas selon une demande d'hospitalisation faite par le médecin généraliste ou le pédiatre

Demande d'hospitalisation	Effectif	Proportion (%)
Oui	0	0,0
Non	281	100,0
Total	**281**	

Valeurs manquantes : 33 sur 314 (10,5 %)

7.6 Résultats de la surveillance du Covid-19 durant la saison hivernale 2025/2026, de fin septembre (2025s40) à mi-avril (2026s15)

7.6.1 Préambule

La surveillance des IRA effectuée par le réseau Sentinelles permet de suivre la dynamique de la circulation du Covid-19 en médecine générale en France hexagonale.

Pour effectuer cette surveillance, les médecins généralistes Sentinelles rapportent depuis le 17 mars 2020 le nombre de cas d'IRA vus en consultation (ou téléconsultation). Pour chaque patient présentant une IRA déclarée par les médecins généralistes Sentinelles, des données descriptives sont recueillies, dont les résultats des tests diagnostiques (recherche du SARS-CoV-2 par RT-PCR ou test antigénique).

À partir de ces informations, il est possible d'estimer le nombre de cas de Covid-19 présentant des signes respiratoires avec fièvre ou sensation de fièvre vus en consultation de médecine générale. Ces cas représentent une part majoritaire de l'ensemble des cas de Covid-19 vus en consultation de médecine générale. Il est toutefois important de noter que les cas de Covid-19 ne présentant pas de signes respiratoires avec fièvre ou sensation de fièvre ne sont pas inclus dans ces estimations.

L'incidence hebdomadaire des IRA dues au Covid-19 vues en consultation de médecine générale est estimée à partir des données d'incidences hebdomadaires des IRA et des taux de positivité hebdomadaires des cas d'IRA au SARS-CoV-2 (pour en savoir plus). Ces estimations sont redressées par région et par tranche d'âge.

7.6.2 Incidences et taux d'incidence des cas de Covid-19 vus en médecine générale

- Estimation du taux d'incidence des cas vus en médecine générale durant la saison hivernale : **269 cas / 100 000 hts** [IC 95 % : 254 ; 284]
- Estimation de l'incidence des cas vus en médecine générale durant la saison hivernale : **180 741 cas** [IC 95 % : 170 550 ; 190 932]

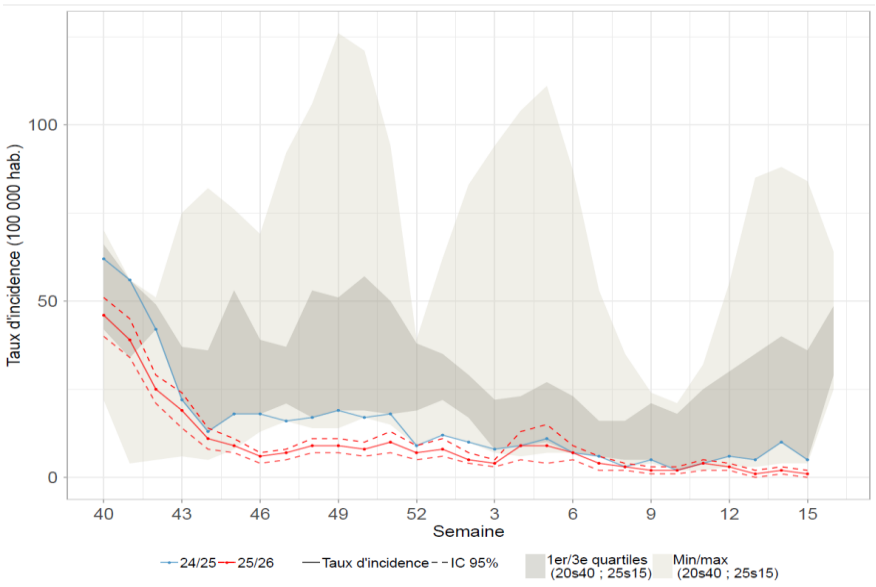


Figure 7.14 : Estimation des taux d'incidence hebdomadaires des cas de Covid-19 vus en médecine générale durant la saison 2025/2026 (courbe rouge avec intervalle de confiance à 95%) et comparaison aux données historiques depuis 2020/2021 (courbe bleue pour la saison 2024/2025 et aire grisée pour la période 2020/2025), France hexagonale

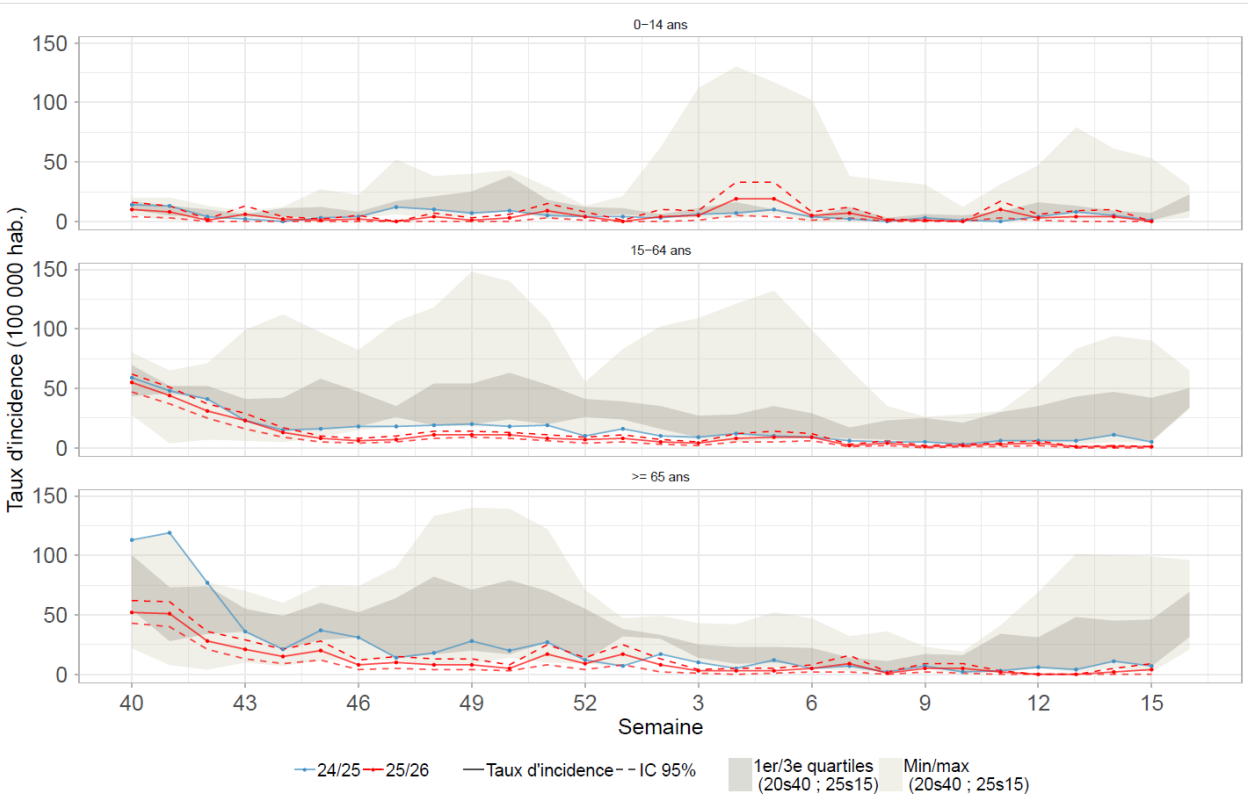


Figure 7.15 : Estimation des taux d'incidence hebdomadaires, selon l'âge, des cas de Covid-19 vus en médecine générale durant la saison 2025/2026 (courbes rouges avec intervalle de confiance à 95%) et comparaison aux données historiques depuis 2020/2021 (courbe bleue pour la saison 2024/2025 et aire grisée pour la période 2020/2025), France hexagonale

7.6.3 Circulation du SARS-CoV-2, saison 2025/2026

Durant la saison 2025/2026, une circulation active du SARS-CoV-2 a été observée en tout début de saison (septembre). La circulation est ensuite restée à un très faible niveau durant le reste de la saison hivernale parmi les patients consultant pour une IRA en médecine générale, soit le niveau le plus bas observé depuis l'émergence du SARS-CoV-2 en 2020.

Un bilan de la surveillance du Covid-19 durant la saison hivernale 2025/2026, réalisé à partir des différents systèmes de surveillance, a été publié par Santé publique France (cliquez ici).

7.6.4 Description des cas de Covid-19 vus en médecine générale et pédiatrie libérale

Parmi les cas d'IRA prélevés durant la saison de surveillance virologique, 326 ont été positifs pour le SARS-CoV-2. Ces cas sont décrits ci-dessous.

Description des cas en fonction du sexe et de l'âge

Tableau 7.24 : Distribution des cas selon le sexe

Sexe	Effectif	Proportion (%)
Féminin	213	65,3
Masculin	113	34,7
Total	**326**	

Valeurs manquantes : 0 sur 326 (0 %)

Tableau 7.25 : Distribution des cas selon l'âge (minimum, médiane, maximum) en années

Minimum	Médiane	Maximum
6 mois	46 ans	93 ans

Valeurs manquantes : 0 sur 326 (0 %)

Tableau 7.26 : Distribution par tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif	Proportion (%)
0 - 4	21	6,5
5 - 14	21	6,5
15 - 64	209	64,3
≥ 65	74	22,8
Total	**325**	

Valeurs manquantes : 1 sur 326 (0,3 %)

Description des cas en fonction de la présentation clinique

Tableau 7.27 : Distribution des cas selon les symptômes présentés par le patient au moment de la consultation (plusieurs réponses possibles)

Symptômes présentés	Effectif	Proportion (%)
Signes respiratoires		
Toux	283	86,8
Rhinorrhée	271	83,1
Maux de gorge	231	70,9
Dyspnée	64	19,6
Signes généraux		
Fièvre	254	77,9
Myalgies	201	61,7
Céphalées	219	67,2
Malaise	22	6,7

Valeurs manquantes : 0 sur 326 (0,0 %)

Description des cas en fonction des facteurs de risque de forme grave

Tableau 7.28 : Distribution des cas selon la présence d'au moins un facteur de risque connu (âge ≥ 65 ans ou pathologie sous-jacente)

Facteur de risque (âge ou pathologie sous-jacente)	Effectif	Proportion (%)
Oui	122	38,5
Non	195	61,5
Total	**317**	

Valeurs manquantes : 9 sur 326 (2,8 %)

Tableau 7.29 : Distribution des cas selon la présence d'au moins un facteur de risque connu en dehors de l'âge, et type de facteur de risque (plusieurs réponses possibles)

Facteur de risque (en dehors de l'âge)	**Effectif**	**Proportion (%)**
Oui	92	29,2
HTA traitée	32	9,8
Obésité (IMC ≥ 30)	20	6,1
Maladie cardiaque chronique sauf HTA	15	4,6
Diabète	14	4,3
Asthme	14	4,3
Immunodépression	8	2,5
Maladie pulmonaire chronique (sauf asthme)	8	2,5
Autre	17	5,2
Non	223	70,8
Total	**315**	

Valeurs manquantes : 11 sur 326 (3,4 %) pour la présence d'un facteur de risque connu en dehors de l'âge

Description en fonction de la prise en charge

Tableau 7.30 : Distribution des cas selon une demande d'hospitalisation faite par le médecin

Demande d'hospitalisation	**Effectif**	**Proportion (%)**
Oui	0	0,0
Non	292	100
Total	**292**	

Valeurs manquantes : 34 sur 326 (10,4 %)

8 DIARRHÉES AIGUËS

8.1 Surveillance des cas de diarrhées aiguës en médecine générale

La surveillance des diarrhées aiguës par les MG Sentinelles tout au long de l'année a pour but de suivre les épidémies de gastroentérite et de les décrire.

Historiquement, les épidémies de gastro-entérites étaient détectées par le réseau Sentinelles en s'appuyant sur un modèle de régression périodique appliqué aux taux d'incidence hebdomadaires (17). A partir de la saison 2017/2018, suite à l'évolution de la dynamique des épidémies de gastro-entérites avec une décroissance régulière du nombre de cas, cette méthodologie ne pouvait plus être utilisée efficacement (18). Afin de comparer les saisons entre elles, il a été décidé de prendre comme référence une période hivernale de 22 semaines à partir de la semaine 47. Cette période a été choisie car elle correspondait dans l'historique du réseau Sentinelles à la semaine la plus précoce de démarrage d'une épidémie (semaine 47) et à la semaine la plus tardive de fin d'une épidémie (semaine 16).

Date du début de la surveillance

- 1990, semaine 49.

Zone surveillée

- France hexagonale.

Définition de cas

- Tout patient consultant pour une diarrhée aiguë récente (au moins trois selles liquides ou molles par jour datant de moins de 14 jours).

Données recueillies

- Nombre de cas vus en consultation ;
- Description des cas : âge, sexe, demande d'une hospitalisation au décours de la consultation et si oui motif d'hospitalisation.

Surveillance commune des diarrhées aiguës en soins primaires

Sous l'impulsion de Santé publique France, une surveillance commune d'indicateurs de santé en soins primaires s'est mise en place en s'appuyant sur les réseaux existants ou en construction.

Pour la surveillance des cas de diarrhées aiguës vus en consultation de médecine générale :

- elle est réalisée par le réseau Sentinelles et l'entrepôt EMR-IQVIA (provenant d'extractions automatiques des logiciels médicaux).

Les estimations et analyses communes sont publiées dans les bulletins hebdomadaires du réseau Sentinelles et de Santé publique France. Elles sont disponibles sur notre site. Pour en savoir plus sur ce partenariat (cliquez ici) ou sur les méthodes utilisées (cliquez ici).

La liste des principales publications scientifiques effectuées par l'équipe Sentinelles à partir des données de surveillance pour cet indicateur est disponible sur le site Internet du réseau Sentinelles : http://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=maladies&mal=6.

8.2 Résultats de la surveillance annuelle des diarrhées aiguës (janvier à décembre 2025)

Les données présentées dans ce chapitre sont celles du réseau Sentinelles seul. Les incidences conjointes estimées à partir des données du réseau Sentinelles et de l'entrepôt EMR-IQVIA sont disponibles sur notre site.

- Nombre de cas déclarés par les médecins Sentinelles : **11 865**, dont **10 092 (85,1%)** individuellement décrits
- Estimation du taux d'incidence annuel des cas vus en consultation de médecine générale : **3 506 cas / 100 000 hts** [IC 95% : 3 432 ; 3 580]
- Estimation de l'incidence annuelle des cas vus en consultation de médecine générale : **2 349 990 cas** [IC 95% : 2 300 710 ; 2 399 270]

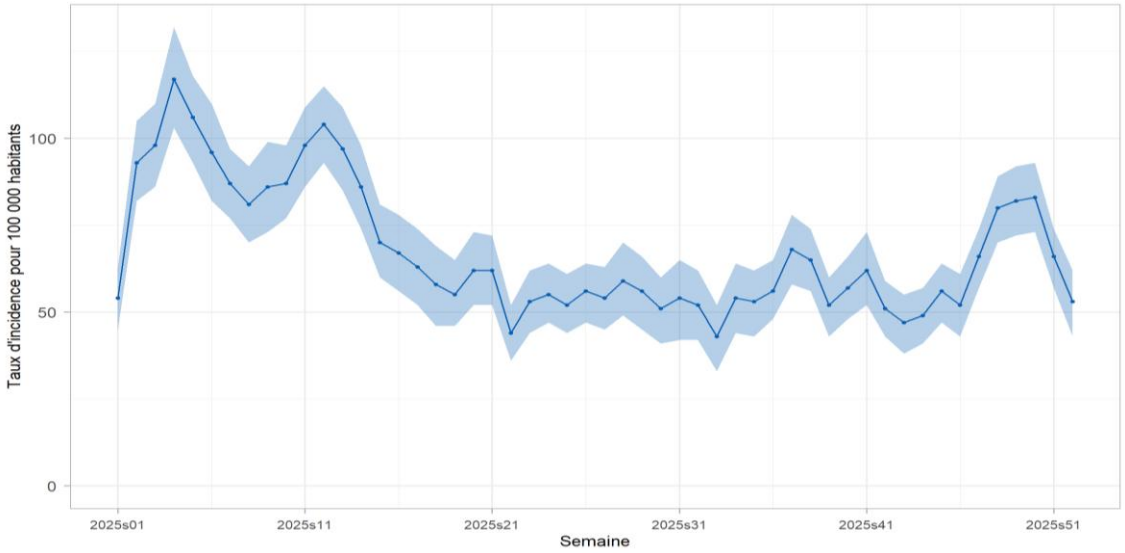


Figure 8.1 : Estimation des taux d'incidence hebdomadaires des cas de diarrhées aiguës vus en consultation de médecine générale, France hexagonale, 2025 (intervalle de confiance à 95%)

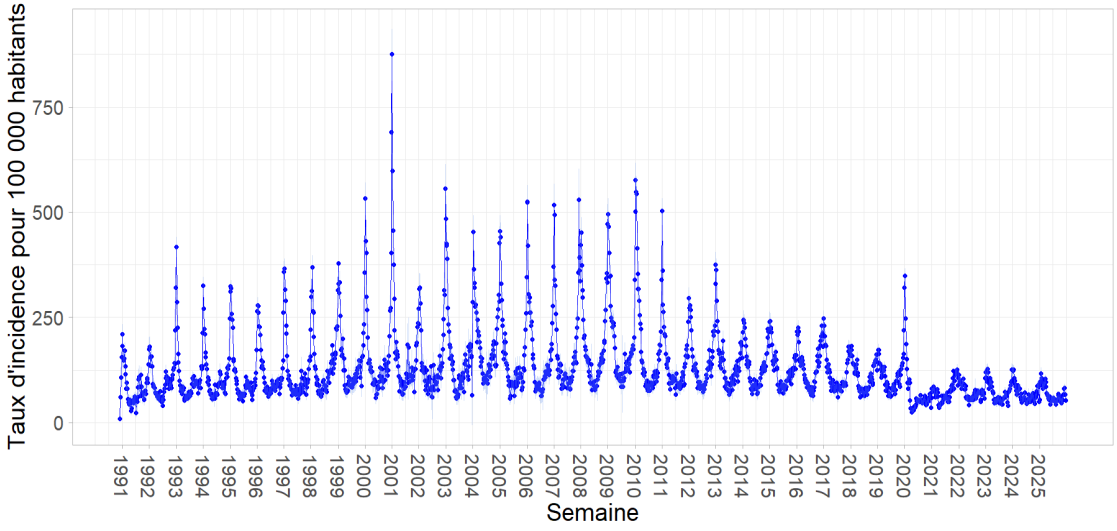


Figure 8.2 : Estimation des taux d'incidence hebdomadaires des cas de diarrhées aiguës vus en consultation de médecine générale, France hexagonale, 1990 à 2025

8.3 Résultats de la surveillance des diarrhées aiguës durant la saison hivernale 2025/2026, de mi-novembre (2025s47) à fin avril (2026s16)

Les données présentées dans ce chapitre sont celles du réseau Sentinelles seul. Les incidences conjointes estimées à partir des données du réseau Sentinelles et de l'entrepôt EMR-IQVIA sont disponibles sur notre site.

8.3.1 Description générale

La saison hivernale 2025/2026 a été caractérisée par une incidence des cas de diarrhées aiguës vus en consultation de médecine générale se stabilisant à un niveau d'activité faible, à des valeurs proches des minima historiques.

Durant la saison hivernale, **5 991** cas de diarrhée aiguë ont été déclarés par les médecins Sentinelles, soit un taux d'incidence de 1 745 cas pour 100 000 habitants [IC 95 % : 1 695 ; 1 795] vus en consultation de médecine générale, et une incidence de 1 173 647 cas [1 140 262 ; 1 207 032]. Les taux d'incidence durant cette saison hivernale sont restés faibles comparés aux saisons précédentes. Le taux d'incidence hebdomadaire maximal enregistré a été de 101 cas pour 100 000 habitants en semaine 06 de l'année 2026 (Figure 8.3).

8.3.2 Nombre de cas déclarés, incidences et taux d'incidence des cas de diarrhées aiguës vus en consultation de médecine générale durant la saison hivernale 2025/2026

- Nombre de cas déclarés par les médecins Sentinelles : **5 991**, dont **4 901** (81,8 %) individuellement décrits
- Estimation du taux d'incidence des cas vus en consultation de médecine générale durant la saison hivernale : **1 745 cas/100 000 hts** [IC 95 % : 1 695 ; 1 795]
- Estimation de l'incidence des cas vus en consultation de médecine générale durant la saison hivernale : **1 173 647 cas** [IC 95% : 1 140 262 ; 1 207 032]

À titre de comparaison, les données historiques observées par le réseau Sentinelles depuis 1990 concernant l'activité hivernale des diarrhées aiguës sont disponibles sur le site Internet du réseau Sentinelles : http://www.sentiweb.fr/?page=epidemies.

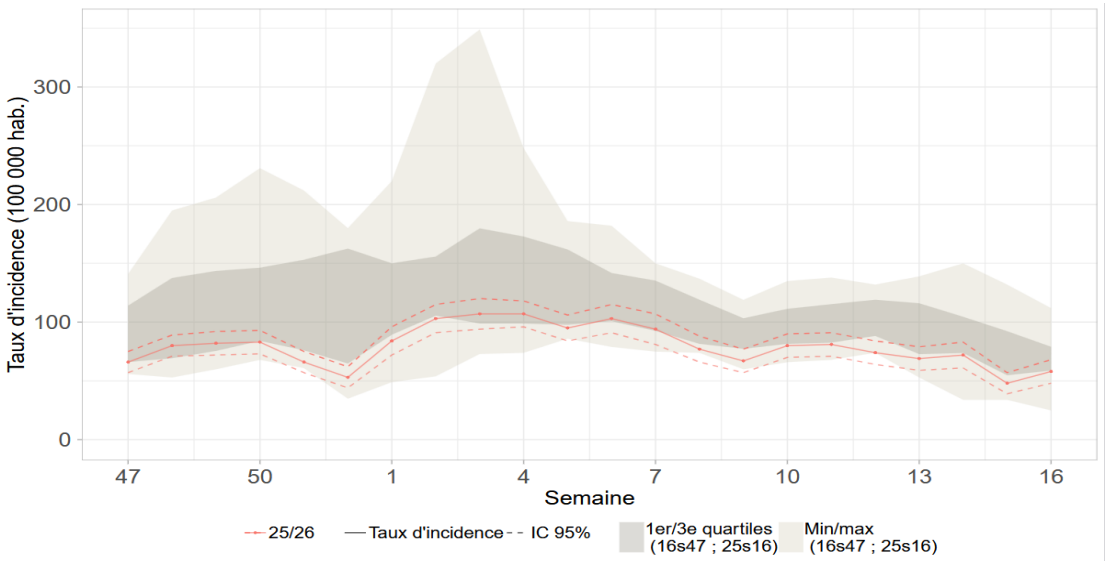


Figure 8.3 : Estimation des taux d'incidence hebdomadaires des cas de diarrhées aiguës vus en consultation de médecine générale durant la saison hivernale, entre 2025s47 et 2026s16 (rouge), et comparaison aux données historiques (depuis 2016s47), France hexagonale

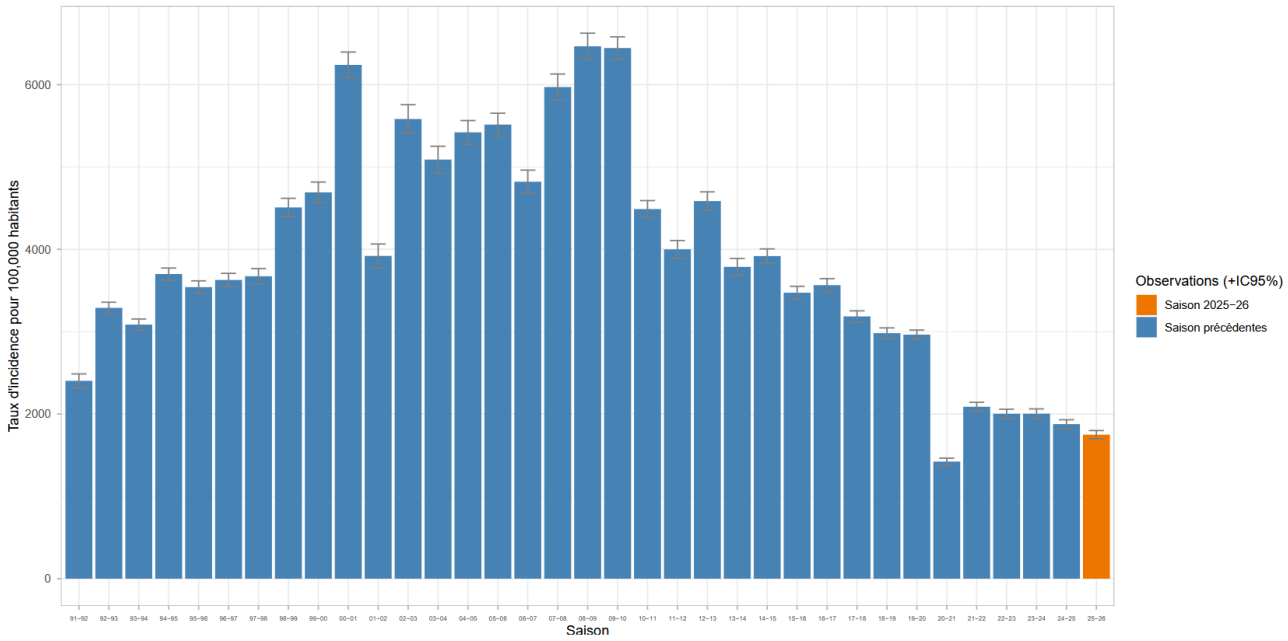


Figure 8.4 : Estimation des taux d'incidence des cas de diarrhées aiguës vus en consultation de médecine générale par saison hivernale, France hexagonale, saisons hivernales de 1990/1991 à 2025/2026 (intervalle de confiance à 95 %)

Figure 8.5 : Distribution des **taux d'incidence** des cas de diarrhées aiguës vus en consultation de médecine générale par saison hivernale, France hexagonale, saisons hivernales de 1990/1991 (en bleu) à 2025/2026 (en rouge), médiane et interquartiles

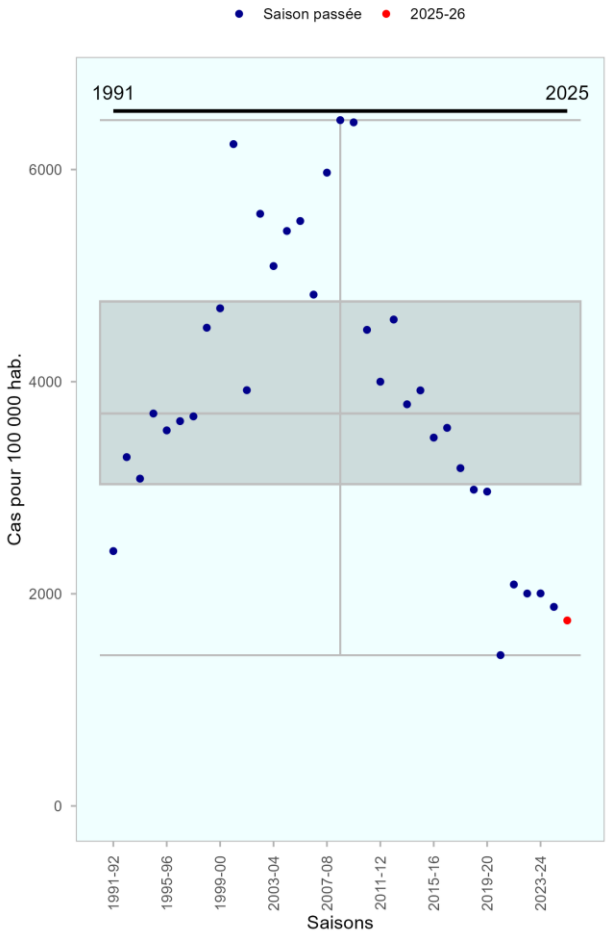
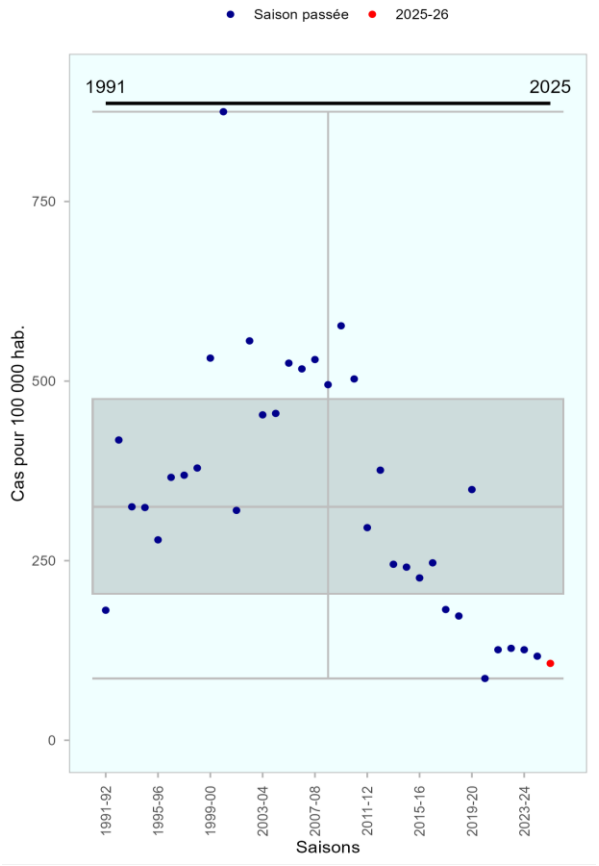


Figure 8.6 : Distribution des **taux d'incidence hebdomadaires** des cas de diarrhées aiguës vus en consultation de médecine générale en France hexagonale lors des saisons hivernales de 1990/1991 (en bleu) à 2025/2026 (en rouge), **au moment où l'incidence a été la plus forte durant la saison**, médiane et interquartiles



8.3.3 Description des cas de diarrhées aiguës déclarés par les médecins Sentinelles durant la saison hivernale

Description des cas de diarrhées aiguës en fonction du sexe et de l'âge

Tableau 8.1 : Distribution des cas selon le sexe

Sexe	Effectif	Proportion (%)
Féminin	2 483	51,0
Masculin	2 389	49,0
Total	**4 872**	

Valeurs manquantes : 29 sur 4 901 (0,6 %)

Tableau 8.2 : Distribution des cas selon l'âge, et estimation des incidences et des taux d'incidence des cas de diarrhées aiguës vus en consultation de médecine générale par tranche d'âge, France hexagonale, saison hivernale 2025/2026

Classe d'âge (ans)	Effectif	Proportion (%)	Estimation de l'incidence et IC 95 %	Estimation du taux d'incidence pour 100 000 habitants et IC 95 %
< 5	792	16,2	187 225 [174 019 ; 200 431]	5 630 [5 233 ; 6 027]
5 - 14	909	18,6	217 470 [203 156 ; 231 784]	2 732 [2 552 ; 2 912]
15 - 64	2 724	55,6	653 467 [628 505 ; 678 429]	1 577 [1 517 ; 1 637]
≥ 65	472	9,6	115 484 [104 893 ; 126 075]	788 [716 ; 860]
Total	**4 897**			

Valeurs manquantes : 4 sur 4 901 (0,1 %)

Tableau 8.3 : Distribution des cas selon l'âge (minimum, médiane, maximum)

Minimum	Médiane	Maximum
1 mois	26 ans	99 ans

Valeurs manquantes : 4 sur 4 901 (0,1 %)

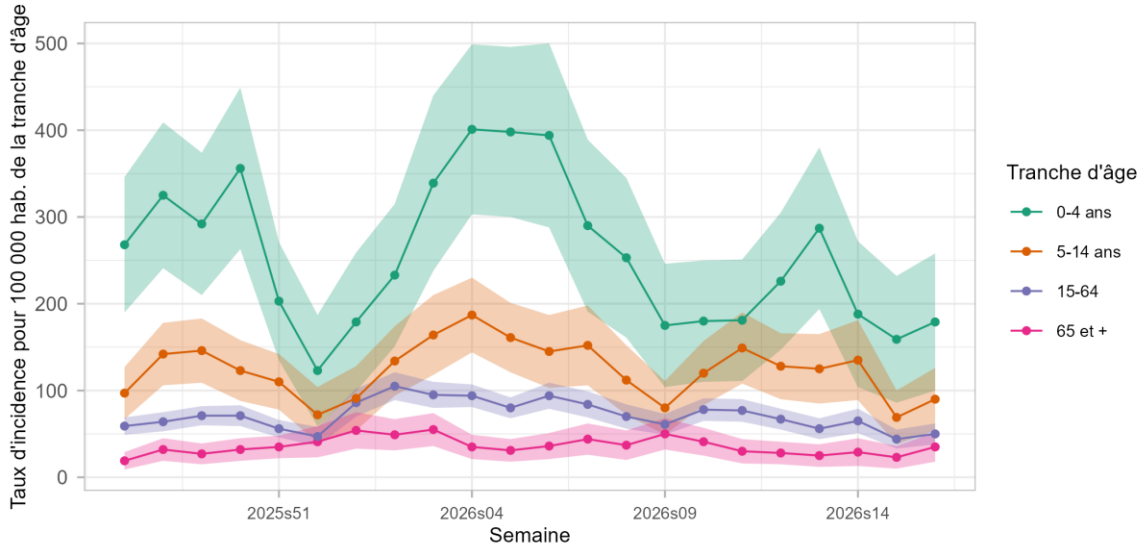


Figure 8.7 : Estimation des taux incidences hebdomadaires des cas de diarrhées aiguës vus en consultation de médecine générale, en fonction de l'âge, durant la saison hivernale 2025/2026 (intervalle de confiance à 95 %)

Distribution des cas de diarrhées aiguës en fonction de la prise en charge

Tableau 8.4 : Distribution des cas selon une demande ou non d'hospitalisation faite par le médecin généraliste

Demande d'hospitalisation	Effectif	Proportion (%)
Oui	23	0,5
Non	4 656	99,5
Total	**4 679**	

Valeurs manquantes : 222 sur 4 901 (4,5 %)

Tableau 8.5 : Distribution des cas selon une demande ou non d'hospitalisation faite par le médecin généraliste en fonction de l'âge

Classe d'âge (ans)	Demande d'hospitalisation	Proportion (%)	Pas de demande d'hospitalisation	Proportion par tranche d'âge des cas avec demande d'hospitalisation (%)
< 5	10	43,5	751	1,3
5 - 14	1	4,4	854	0,1
15 - 64	7	30,4	2 596	0,3
≥ 65	5	21,7	454	1,1
Total	**23**		**4 655**	

Valeurs manquantes : 4 sur 4 901 (0,1 %) pour l'âge et 222 sur 4 901 (4,5 %) pour la demande d'hospitalisation

Tableau 8.6 : Distribution des cas pour lesquels une demande d'hospitalisation a été effectuée par le médecin, selon l'âge (minimum, médiane, maximum)

Minimum	Médiane	Maximum
2 mois	20 ans	92 ans

Valeurs manquantes : 0 sur 23 (0 %) pour l'âge chez les cas avec demande d'hospitalisation

9 OREILLONS

9.1 Surveillance des cas suspects d'oreillons en médecine générale

Contexte

Surveillance des cas suspects d'oreillons : la surveillance des cas suspects d'oreillons vus en consultation de médecine générale a débuté au réseau Sentinelles en 1985. À cette époque, il était demandé aux médecins participants de déclarer les cas répondant à la définition clinique décrite ci-dessous (cf. définition de cas). Il n'était pas demandé de confirmation biologique. Les données disponibles ne permettaient pas de confirmer qu'un cas suspect était bien dû au virus ourlien.

Surveillance virologique complémentaire : à partir de 2014, la surveillance clinique a été complétée par une surveillance virologique (cf. paragraphe 3.4.3 de ce bilan). Il est depuis demandé aux médecins Sentinelles qui l'acceptent d'effectuer un prélèvement salivaire chez les patients suspects d'oreillons vus en consultation. Les prélèvements réalisés sont envoyés au CNR des virus de la rougeole, de la rubéole et des oreillons (laboratoire de virologie, Pôle Biologie, CHU de Caen) pour la recherche du virus ourlien par RT-PCR. Seule une partie des cas suspects d'oreillons vus par les médecins Sentinelles au cours de l'année sont prélevés.

Validation et classification des cas : sont retenus comme des cas suspects, tous les cas répondant à la définition mise en place depuis 1985. La stabilité de la définition depuis 40 ans permet d'estimer l'incidence des cas suspects vus en consultation de médecine générale et de la comparer aux données historiques. Pour évaluer la part qui correspond véritablement aux oreillons, il est proposé dans un deuxième temps une classification des cas en quatre statuts : « possible » (personne répondant à la définition de cas), « probable » (personne répondant à la définition de cas et pour qui un contage a été rapporté), « confirmé » (personne répondant à la définition de cas, présentant un résultat de RT-PCR positif ou non vaccinée récemment et présentant un résultat de sérologie non équivoque) et « non dû aux oreillons » (personne répondant à la définition de cas et dont la RT-PCR a été effectuée au maximum quatre jours après le début des symptômes et présentant un résultat négatif). Cette classification suit celle de l'ECDC.

Limites et vigilance lors de la lecture des chiffres présentés ci-dessous :

- seuls 1 % des médecins généralistes français participent à la surveillance du réseau Sentinelles. Devant le faible nombre de cas suspects d'oreillons vus en consultation de médecine générale, il semble difficile, avec la couverture actuelle du réseau Sentinelles, de capter avec précision la réalité de la situation épidémiologique ;
- la valeur prédictive du diagnostic clinique évolue selon la situation épidémiologique : elle est plus faible en période de faible circulation.

Dans ce contexte, la précision des chiffres d'estimation d'incidence et de description des cas présentés dans ce bilan est à considérer avec précaution.

Date du début de la surveillance

- 1985, semaine 24.

Zone surveillée

- France hexagonale.

Définition de cas

- Tout patient consultant pour :
    - une tuméfaction parotidienne uni ou bilatérale, douloureuse, récente, isolée ou associée à une atteinte testiculaire/ovarienne, pancréatique, méningée ou encéphalique ;
    - ou en l'absence de parotidite : association d'une orchite/ovarite, d'une pancréatite, d'une méningite ou d'une encéphalite et d'une séroconversion ourlienne.

Données recueillies

- Nombre de cas vus en consultation ;
- Description des cas : âge, sexe, délai entre l'apparition des signes cliniques et la consultation, présence d'une parotidite (si oui, signes cliniques associés), présence d'une autre forme clinique ou d'une complication et si oui laquelle ou lesquelles (orchite/ovarite, méningite, encéphalite, pancréatite, autre), contage au cours des 21 jours précédant la maladie et si oui dans quel environnement (crèche, garderie, nourrice, école, cabinet médical ou consultation PMI, autres), statut vaccinal (nombre de doses reçues, date de la dernière injection et source de l'information), réalisation d'un prélèvement salivaire dans le cadre de la surveillance virologique Sentinelles (si oui, présence de virus ourlien, présence d'HHV-6, présence de parvorirus B19), prescription d'un prélèvement à réaliser en dehors du cabinet pour recherche du virus ourlien (si oui, présence de virus ourlien, type de prélèvement effectué), prescription d'une sérologie (si oui, disponibilité du résultat, présence d'IgM, présence d'IgG), hospitalisation demandée au décours de la consultation (si oui, motif).

La liste des principales publications scientifiques effectuées par l'équipe Sentinelles à partir des données de surveillance pour cet indicateur est disponible sur le site Internet du réseau Sentinelles : http://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=maladies&mal=5.

9.2 Résultats de la surveillance annuelle des oreillons (janvier à décembre 2025)

9.2.1 Nombre de cas suspects d'oreillons déclarés, incidence et taux d'incidence en médecine générale

- Nombre de cas déclarés par les médecins Sentinelles : **25**, dont **25** (100,0%) individuellement décrits
- Estimation du taux d'incidence annuel des cas suspects d'oreillons vus en consultation de médecine générale : **7 cas / 100 000 hts** [IC 95% : 4 ; 10] *
- Estimation de l'incidence annuelle des cas suspects d'oreillons vus en consultation de médecine générale : **4 845 cas** [IC 95% : 2 889 ; 6 801] *

* cas suspects d'oreillons vus en consultation de médecine générale (cf. paragraphe contexte de la page précédente), et non cas confirmés d'oreillons. La stabilité de la définition depuis 40 ans permet d'estimer un nombre de cas suspects vus en consultation de médecine générale et de le comparer à ce qui a été estimé ces 40 dernières années. Pour estimer la part des cas qui correspondraient véritablement à une infection ourlienne, il est proposé à la fin de ce chapitre une classification des cas suspects en quatre statuts : « confirmé », « probable », « possible » et « non dû aux oreillons » en fonction des informations disponibles.

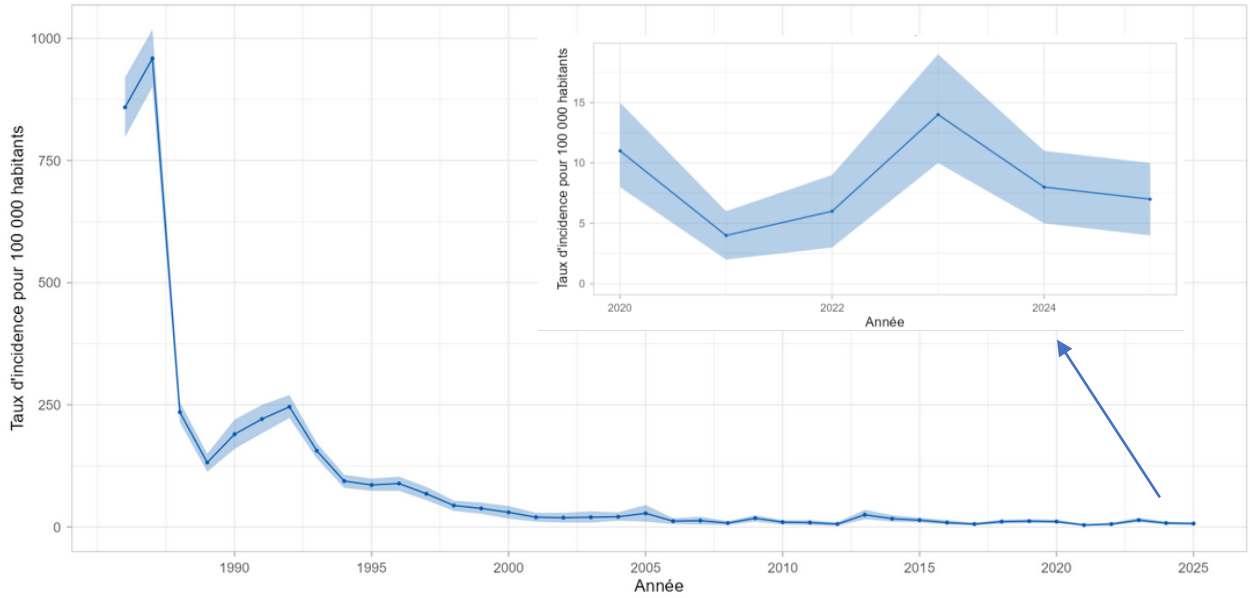


Figure 9.1 : Estimation des taux d'incidence annuels des cas suspects d'oreillons vus en consultations de médecine générale en France hexagonale de 1985 à 2025, zoom sur la période 2020-2025 (intervalle de confiance à 95%)

9.2.2 Description des cas suspects d'oreillons déclarés par les médecins Sentinelles

Description des cas d'oreillons en fonction du sexe et de l'âge

Tableau 9.1 : Distribution des cas selon le sexe

Sexe	Effectif	Proportion (%)
Féminin	15	60,0
Masculin	10	40,0
Total	**25**	

Valeurs manquantes : 0 sur 25 (0%)

Tableau 9.2 : Distribution des cas selon l'âge

Minimum	Médiane	Maximum
4 ans	24 ans	68 ans

Valeurs manquantes : 0 sur 25 (0%)

Tableau 9.3 : Distribution des cas par tranche d'âge

Classe d'âge (ans)	Effectif	Proportion (%)
0 - 4	1	4,0
5 - 9	5	20,0
10 - 14	2	8,0
15 - 19	2	8,0
≥ 20	15	60,0
Total	**25**	

Valeurs manquantes : 0 sur 25 (0%)

Description des cas suspects d'oreillons en fonction du contexte et des signes cliniques

Tableau 9.4 : Distribution des cas selon le délai entre l'apparition des signes cliniques et la consultation

Délai	Effectif	Proportion (%)
< 2 jours	7	29,2
2 à 4 jours	15	62,5
5 à 7 jours	1	4,2
> 7 jours	1	4,2
Total	**24**	

Valeurs manquantes : 1 sur 25 (4%)

Tableau 9.5 : Distribution des cas selon la présence d'une parotidite

Parotidite	Effectif	Proportion (%)
Oui	25	100,0
Non	0	0
Total	**25**	

Valeurs manquantes : 0 sur 25 (0%)

Tableau 9.6 : Distribution des cas selon la présence d'une forme clinique hors parotidite

Forme clinique hors parotidite	Effectif	Proportion (%)
Oui	0	0
Non	23	100,0
Total	**23**	

Valeurs manquantes : 2 sur 25 (8,0%)

Tableau 9.7 : Distribution des cas selon un contage identifié dans les 21 jours précédant la maladie

Contage identifié	Effectif	Proportion (%)
Oui	1*	4,6
Non	21	95,4
Total	**22**	

Valeurs manquantes : 3 sur 25 (12,0%)

** ce cas correspond à un contage familial*

Tableau 9.8 : Distribution des cas selon le statut vaccinal (vaccination avec au moins une dose) et l'âge

Classe d'âge (ans)	Vacciné avec au moins une dose	Non vacciné	Proportion des cas vaccinés avec au moins une dose (%)
0 - 4	1	0	100,0
5 - 9	3	1	75,0
10 - 14	1	1	50,0
15 - 19	1	0	100,0
≥ 20	5	5	50,0
Total	**11***	**7**	**61,1**

Valeurs manquantes pour le statut vaccinal : 7 sur 25 (28,0%)

* La précision sur le nombre de dose(s) était connue pour les 11 cas vaccinés (100,0%). Parmi ces 11 cas, deux avaient reçu une dose (18,7%), sept avaient reçu deux doses (63,6%) et deux avaient reçu plus de deux doses (18,2%) (sans précision sur le nombre exact de doses).

Tableau 9.9 : Chez les patients vaccinés, distribution des cas selon la source d'information du statut vaccinal

Source d'information	Effectif	Proportion (%)
Déclaration du patient ou des parents	7	63,6
Carnet de santé	3	27,3
Dossier médical	1	9,1
Total	**11**	

Valeurs manquantes : 0 sur 11 (0%)

Distribution des cas d'oreillons suspects en fonction de la prise en charge et des examens réalisés

Tableau 9.10 : Distribution des cas selon une demande d'hospitalisation faite par le médecin généraliste

Demande d'hospitalisation	Effectif	Proportion (%)
Oui	0	0
Non	24	100,0
Total	**24**	

Valeurs manquantes : 1 sur 25 (4%)

Tableau 9.11 : Distribution des cas selon la prescription d'une sérologie

Prescription d'une sérologie	Effectif	Proportion (%)
Oui	5	20,0
Non	20	80,0
Total	**25**	

Valeurs manquantes : 0 sur 25 (0%)

Tableau 9.12 : Distribution des cas selon le résultat de la sérologie

Résultat de la sérologie		Effectif	Proportion (%)
Présence d'IgM *Valeurs manquantes : 1 sur 5 (20%)*	Oui	2	50,0
	Non	2	50,0
	Total	**4**	
Présence d'IgG *Valeurs manquantes : 0 sur 5 (0%)*	Oui	3	60,0
	Non	2	40,0
	Total	**5**	

Parmi les 25 cas suspects d'oreillons déclarés par les médecins Sentinelles, neuf (36,0%) ont eu un prélèvement salivaire envoyé au *CNR* des virus de la Rougeole, Rubéole et Oreillons.

Tableau 9.13 : Distribution des cas selon le résultat de la PCR

Résultat de la PCR	Effectif	Proportion (%)
Positif	1	11,1
Négatif	8	88,9
Total	**9**	

Valeurs manquantes : 0 sur 9 (0%)

Tableau 9.14 : Parmi les cas prélevés, délai entre la date des premiers symptômes et la date du prélèvement réalisé par le médecin généraliste Sentinelles selon le résultat de la PCR

Délai	Résultat de la PCR			
	Négatif		Positif	
	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)
< 2 jours	4	50,0	1	100,0
2 à 4 jours	3	37,5	0	0
5 à 7 jours	1	12,5	0	0
> 7	0	0	0	0
Total	**8**		**1**	

Valeurs manquantes : 0 sur 9 (0%)

Cas suspects d'oreillons prélevés par un médecin Sentinelles sans avoir été déclarés dans le cadre de la surveillance continue

Durant l'année 2025, en plus des 25 cas suspects d'oreillons déclarés par les médecins Sentinelles dans le cadre de la surveillance continue, quatre cas supplémentaires ont été prélevés par les médecins Sentinelles sans être déclarés. Pour des raisons méthodologiques, ils n'ont pas pu être pris en compte dans le calcul des estimations d'incidence, les graphiques et les tableaux présentés ci-dessus. Ces quatre cas étaient négatifs pour la recherche du virus ourlien, effectuée par le CNR (analyse par RT-PCR).

Classification des cas *suspects* d'oreillons déclarés ou prélevés par les médecins Sentinelles

Parmi les 29 cas suspects d'oreillons déclarés et/ou prélevés par les médecins Sentinelles durant l'année 2025 :

- un cas (3,4%) est considéré comme « confirmé » pour les oreillons ;
    - prélèvement salivaire avec PCR positive pour le virus ourlien ;
- un cas (3,4 %) est considéré comme « probable » pour les oreillons :
    - absence de prélèvement salivaire, absence de sérologie, mais contage familial ;
- 17 cas (58,6 %) sont considérés comme « possibles » pour les oreillons :
    - 15 cas : absence de prélèvement salivaire, absence de sérologie ou sérologie non interprétable ;
    - deux cas : prélèvement salivaire effectué plus de quatre jours après le début des symptômes, recherche négative pour le virus ourlien par RT-PCR ;
- 10 cas (34,5%) sont considérés comme « non dus aux oreillons » : prélèvement salivaire réalisé moins de quatre jours après le début des symptômes, recherche négative pour le virus ourlien par RT-PCR.

Les caractéristiques de ces patients sont détaillées dans les tableaux ci-dessous en fonction de leur classification.

Tableau 9.15 : Caractéristiques du **cas confirmé** d'oreillons déclaré par les médecins Sentinelles durant l'année 2025

Date déclaration	Age (ans)	Sexe	Délai début des symptômes - consultation (en jours)	Parotidite	Signes associés	Vacciné	Nombre de doses	Dernière vaccination	Prélèvement salivaire	PCR virus ourlien	Sérologie salivaire	IgG	IgM	Sérologie sanguine	IgG	IgM
04/03	45	F	<2	Oui	Asthénie, fébricule	Oui	2		Oui	Pos.	Oui	Neg.	Equivoque	Non		

Tableau 9.16 : Caractéristiques du **cas probable** d'oreillons déclaré par les médecins Sentinelles durant l'année 2025

Date déclaration	Age (ans)	Sexe	Délai début des symptômes - consultation (en jours)	Parotidite	Signes associés	Vacciné	Nombre de doses	Dernière vaccination	Prélèvement salivaire	PCR virus ourlien	Sérologie salivaire	IgG	IgM	Sérologie sanguine	IgG	IgM
12/07*	26	F	2 à 4	Oui	Asthénie, céphalées, fièvre, courbatures	Oui	2	d.m.	Non					Non		

** Cas de contage familial*

d.m. = donnée manquante

Tableau 9.17 : Caractéristiques des **cas possibles** d'oreillons déclarés et/ou prélevés par les médecins Sentinelles durant l'année 2025

Date déclaration	Age (ans)	Sexe	Délai début des symptômes - consultation (en jours)	Parotidite	Signes associés	Vacciné	Nombre de doses	Dernière vaccination	Prélèvement salivaire	PCR virus ourlien	Sérologie salivaire	IgG	IgM	Sérologie sanguine	IgG	IgM
24/01	59	F	2 à 4	Oui	Asthénie, fébricule	d.m.	d.m.	d.m.	Non					Non		
03/03	7	F	>7	Oui	Fièvre, odynophagie	Oui	>2	d.m.	Non					Oui	Pos.	Pos.
17/03	5	M	5 à 7	Oui	Fièvre, otite moyenne aiguë	Non			Oui	Neg.	Oui	Neg.	Neg.	Non		
28/03*	50	M	>7	Non	Orchite	Oui	d.m.	d.m.	Oui	Neg.	Oui	Pos.	Neg.			
12/04	10	M	d.m.	Oui	Gonflement et doul. angle mandibulaire	Oui	2	d.m.	Non					Non		
03/06	60	M	2 à 4	Oui	Asthénie, céphalées, otalgies homolatérales	Non			Non					Non		
16/06	18	F	2 à 4	Oui	Asthénie, céphalées, rhinite	d.m.	d.m.	d.m.	Non					Non		
16/06	37	F	2 à 4	Oui	Asthénie, céphalées, rhinite, doul. abdominales	d.m.	d.m.	d.m.	Non					Non		
08/07	6	F	<2	Oui		Oui	1	d.m.	Non					Non		
16/07	12	M	<2	Oui		Non			Non					Non		
11/08	20	F	2 à 4	Oui	Céphalées, fièvre, doul. gorge	Non			Non					Non		
25/08	34	M	2 à 4	Oui	Céphalées, otalgie homolatérale, doul. gorge	d.m.	d.m.	d.m.	Non					Non		
15/09	4	M	2 à 4	Oui	Fièvre	Oui	2	d.m.	Non					Non		
24/09	56	M	2 à 4	Oui		Oui	2	d.m.	Non					Oui	Pos.	Pos.
13/10	24	F	2 à 4	Oui	Céphalées	d.m.	d.m.	d.m.	Non					Non		
23/10	39	F	2 à 4	Oui		Oui	1	d.m.	Non		Non			Oui	Pos.	Neg.
03/11	33	M	2 à 4	Oui	Otalgie	d.m.	d.m.	d.m.	Non					Non		

d.m. = donnée manquante

**Ce cas a été prélevé et non déclaré.*

Tableau 9.18 : Caractéristiques des cas suspects d'oreillons, **non dus aux oreillons**, déclarés et/ou prélevés par les médecins Sentinelles durant l'année 2025

Date déclaration	Age (ans)	Sexe	Délai début des symptômes - consultation (en jours)	Parotidite	Signes associés	Vacciné	Nombre de doses	Dernière vaccination	Prélèvement salivaire	PCR virus ourlien	Sérologie salivaire	IgG	IgM	Sérologie sanguine	IgG	IgM
19/01	67	F	<2	Oui		Non			Oui	Neg	Oui	Pos.	Neg.	Non		
30/01	7	F	<2	Oui		d.m.			Oui	Neg	Oui	Equivoque	Neg.	Non		
31/01	9	M	2 à 4	Oui	Asthénie, doul. mastication	Oui	>2	04-2017	Oui	Neg.	Oui	Pos.	Neg.	Non		
14/03*	2	F	<2	Oui		Oui	1	05-2023	Oui	Neg	Oui	Equivoque	Neg.	d.m.		
11/04*	21	M	2 à 4	Oui		d.m.	d.m.	d.m.	Oui	Neg.	Oui	Equivoque	Neg.	d.m.		
01/07	21	F	2 à 4	Oui	Céphalées, rhinite, toux	Oui	2	10-2007	Oui	Neg	Oui	Pos.	Neg.	Oui	Neg.	d.m.
26/08*	43	F	<2	Oui		d.m.	d.m.	d.m.	Oui	Neg.	Oui	Pos.	Neg.	d.m.		
17/09	15	F	<2	Oui		Oui	2	d.m.	Oui	Neg	Non	Neg.	Neg.	Oui	Neg.	Neg.
14/11	54	M	2 à 4	Oui		Non			Oui	Neg	Oui	Pos.	Neg.	Non		
22/11	68	F	<2	Oui	Otite congestive et otite externe droite	Non	d.m.	d.m.	Oui	Neg	Oui	Pos.	Pos.	Non		

d.m. = donnée manquante

**Ces cas ont été prélevés et non déclarés.*

10 COQUELUCHE

10.1 Surveillance des cas de coqueluche en médecine générale

Date du début de la surveillance

- 2017, semaine 1.

Zone surveillée

- France hexagonale.

Définition de cas

- Tout patient consultant et répondant à l'une des situations suivantes :
    - Cas confirmé biologiquement : patient suspect de coqueluche* avec une PCR positive (ou une culture positive) ;
    - Cas confirmé épidémiologiquement : patient suspect de coqueluche* dont l'un des contacts dans les trois semaines avant le début de sa toux a été confirmé biologiquement par PCR ou culture (contaminateur potentiel du cas épidémiologique) ou si une personne en contact avec lui pendant sa période de contagiosité a présenté des signes suspects de coqueluche ayant été confirmés au laboratoire par PCR ou culture (cas secondaire du cas épidémiologique).

*Selon le jugement du clinicien

Données recueillies

- Nombre de cas confirmés vus en consultation ;
- Description des cas : âge ; sexe ; présence de fièvre ; présence de toux et si oui caractéristiques de la toux (à prédominance nocturne ou insomniante, quinteuse, émétisante, reprise respiratoire difficile, accès de cyanose, chant du coq, apnée) et délai entre le début de la toux et la date de la consultation ; autres signes cliniques si absence de toux ; hospitalisation demandée au décours de la consultation ; statut vaccinal (type de vaccin, date de la dernière injection, nombre de doses reçues, mode de recueil de l'information, vaccination de la mère pendant la grossesse pour les cas âgés de moins d'un an et si oui nom du vaccin et terme auquel il a été reçu); examens microbiologiques prescrits (PCR ou culture ; si oui : résultat, délai entre le début de la toux et la date du prélèvement, nom du test et/ou du laboratoire, si résultat positif nom de l'espèce bactérienne identifiée); présence de cas tousseurs dans l'entourage (si oui : lien épidémiologique, lien de parenté, confirmation biologique, si confirmation biologique nom du test, de l'espèce bactérienne identifiée et du laboratoire, âge et sexe du cas s'il a lui aussi été déclaré).

La liste des principales publications scientifiques effectuées par l'équipe Sentinelles à partir des données de surveillance pour cet indicateur est disponible sur le site Internet du réseau Sentinelles : http://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=maladies&mal=20.

10.2 Résultats de la surveillance annuelle de la coqueluche (janvier à décembre 2025)

10.2.1 Nombre de cas déclarés, estimations des incidences et des taux d'incidence des cas de coqueluche vus en consultation de médecine générale

- Nombre de cas déclarés par les médecins Sentinelles : **46**, dont **46** (100,0%) individuellement décrits
- Estimation du taux d'incidence annuel des cas vus en consultation de médecine générale : **12 cas / 100 000 hts** [IC 95% : 8 ; 16]
- Estimation de l'incidence annuelle des cas vus en consultation de médecine générale : **8 237 cas** [IC 95% : 5 671 ; 10 803]

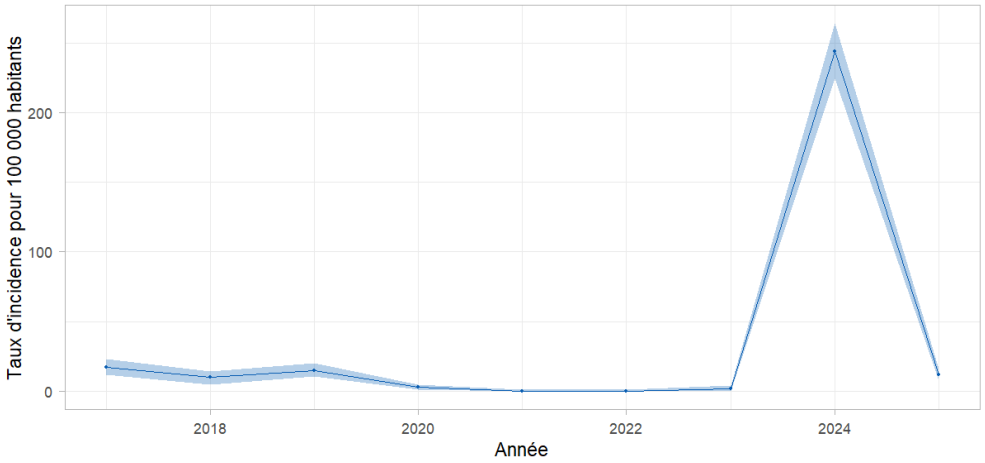


Figure 10.1 : Estimation des taux d'incidence annuels des cas de coqueluche vus en consultation de médecine générale en France hexagonale de 2017 à 2025 (intervalle de confiance à 95%)

Durant l'année 2025, les taux d'incidence de la coqueluche sont revenus aux niveaux pré-pandémiques, proches des niveaux observés en 2018 et 2019.

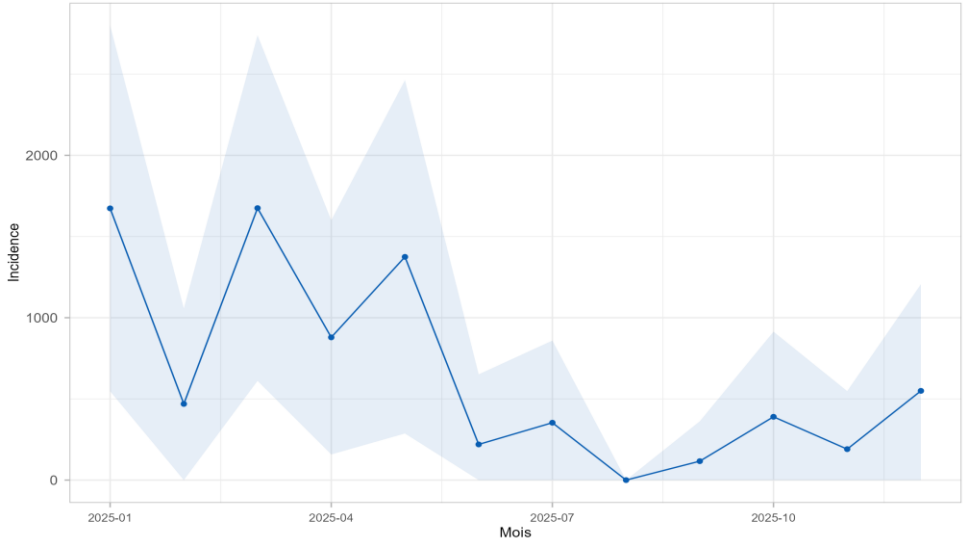


Figure 10.2 : Estimation des incidences mensuelles des cas de coqueluche vus en consultation de médecine générale en France hexagonale de janvier (2025-01) à décembre 2025 (2025-12) (intervalle de confiance à 95%)

10.2.2 Description des cas de coqueluche déclarés par les médecins Sentinelles

Description des cas de coqueluche en fonction du sexe et de l'âge

Tableau 10.1 : Distribution des cas selon le sexe

Sexe	Effectif	Proportion (%)
Féminin	35	77,8
Masculin	10	22,2
Total	**45**	

Valeurs manquantes : 1 sur 46 (2,2%)

Tableau 10.2 : Distribution des cas selon l'âge

Minimum	Médiane	Maximum
11 mois	16 ans	75 ans

Valeurs manquantes : 0 sur 46 (0%)

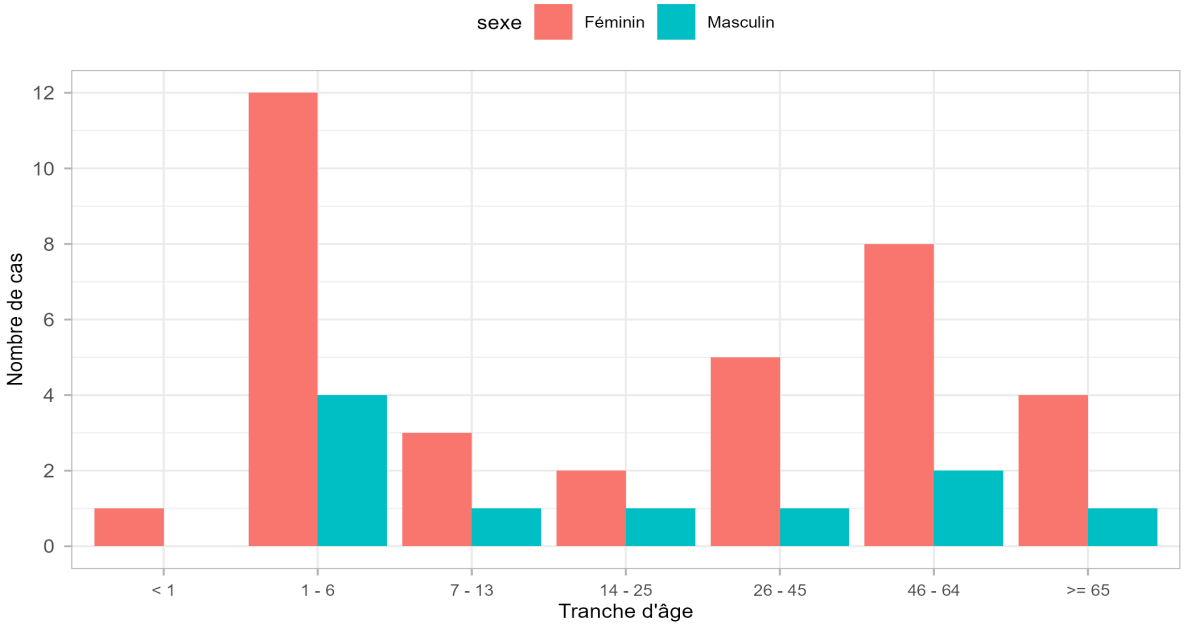


Figure 10.3 : Distribution des cas déclarés par les médecins Sentinelles selon l'âge et le sexe des patient(e)s

Tableau 10.3 : Effectifs, estimation des incidences et des taux d'incidence des cas de coqueluche vus en consultation de médecine générale par tranche d'âge en France hexagonale en 2025

Classe d'âge	Effectif	Proportion (%)	Estimation de l'incidence et IC 95%	Estimation des taux d'incidence pour 100 000 habitants et IC 95%
< 1 an	1	2,2	121 [0 ; 357]	19 [0 ; 56]
1 - 6 ans	17	37,0	3 146 [1 562 ; 4 730]	73 [36 ; 110]
7 - 13 ans	4	8,7	775 [0 ; 1 635]	13 [0 ; 28]
14 - 25 ans	3	6,5	443 [0 ; 950]	4 [0 ; 9]
26 - 45 ans	6	13,0	1 235 [78 ; 2 392]	8 [1 ; 15]
46 - 64 ans	10	21,7	1 649 [606 ; 2 692]	10 [4 ; 16]
≥ 65 ans	5	10,9	868 [94 ; 1 642]	6 [1 ; 11]
Total	**46**	**100**	**8 237 [5 671 ; 10 803]**	**12 [8 ; 16]**

Valeurs manquantes : 0 sur 46 (0%)

Description des cas de coqueluche en fonction des signes cliniques

Tableau 10.4 : Distribution des cas selon les signes cliniques

Signes cliniques	Effectif	Proportion (%)
Fièvre	11	26,2
Toux	46	100

Valeurs manquantes : 0 sur 46 pour la fièvre (0%), 4 sur 46 pour la toux (8,7%)

Tableau 10.5 : Distribution des cas tousseurs selon le type de toux

Type de toux	Effectif	Proportion (%)
Quinteuse	39	92,9
À prédominance nocturne ou insomniante	32	82,1
Reprise inspiratoire difficile	15	37,5
Vomissements fréquents après les quintes	15	34,9
Chant du coq	6	15,0
Accès de cyanose	1	2,6
Apnée	0	0

Valeurs manquantes : 4 sur 46 (8,7%) pour la toux quinteuse, 7 sur 46 (15,2%) pour la toux nocturne, 6 sur 46 (13,0%) pour reprise inspiratoire difficile, 3 sur 46 (6,5%) pour la toux émétisante, 6 sur 46 (13,0%) pour chant du coq, 7 sur 46 (15,2%) pour cyanose, 6 sur 46 (13,0%) pour apnée.

Tableau 10.6 : Distribution des cas tousseurs selon le délai entre le début de la toux et la date de la consultation

Délai entre le début de la toux et la date de la consultation	Effectif	Proportion (%)
< 7 jours	11	26,2
7-14 jours	16	38,1
15-21 jours	11	26,2
> 21 jours	4	9,5
Total	**42**	

Valeurs manquantes : 4 sur 46 (8,7%)

Description du statut vaccinal des cas de coqueluche

Tableau 10.7 : Distribution des statuts vaccinaux des cas selon la classe d'âge

Classe d'âge	Ayant reçu au moins une dose de vaccin	Non vaccinés	Proportion des cas vaccinés (%)
< 1 an*	1	0	100
1 - 6 ans	14	1	93,3
7 - 13 ans	4	0	100
14 - 25 ans	3	0	100
26 - 45 ans	4	1	80,0
46 - 64 ans	3	3	50,0
≥ 65 ans	2	0	100
Total	**31**	**5**	**86,1**

Valeurs manquantes : 10 sur 46 (21,7%) pour le statut vaccinal et/ou l'âge

* La mère du cas âgé de moins d'un an n'avait pas été vaccinée pendant la grossesse

Tableau 10.8 : Distribution du nombre de doses reçues par les cas vaccinés, selon la classe d'âge

Classe d'âge	1 dose	2 doses	3 doses	4 doses	5 doses	> 5 doses	*Nombre de doses recommandées pour la tranche d'âge*
< 1 an	0	0	1 (100%)	0	0	0	*0 à 3*
1 - 6 ans	0	2 (20,0%)	8 (80,0%)	0	0	0	*3*
7 - 13 ans	0	0	0	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0	*4*
14 - 25 ans	0	0	0	0	2 (100%)	0	*5*
26 - 45 ans	0	0	0	0	0	0	*≥ 5*
46 - 64 ans	0	0	0	0	0	0	*≥ 5*
≥ 65 ans	0	0	0	0	0	0	*≥ 5*
Total	**0**	**2 (13,3%)**	**9 (60,0%)**	**1 (6,7%)**	**3 (20,0%)**	**0**	

Valeurs manquantes : 0 sur 31 cas vaccinés (0 %) pour l'âge, 16 sur 31 cas vaccinés (51,6 %) pour le nombre de doses

Au total, 13/15 (86,7%) des cas vaccinés dont le nombre de doses est connu avaient reçu un nombre de doses au moins égal au nombre de doses recommandé pour leur tranche d'âge : 1/1 (100%) chez les moins d'un an, 8/10 (80,0%) chez les 1-6 ans, 2/2 (100%) chez les 7-13 ans, 2/2 (100%) chez les 14-25 ans.

Tableau 10.9 : Distribution des cas vaccinés selon la source d'information concernant le statut vaccinal

Source d'information	Effectif	Proportion (%)
Déclaration du patient ou de ses parents	13	56,5
Carnet de santé	2	8,7
Dossier médical	8	34,8
Total	**23**	

Valeurs manquantes : 8 sur 31 cas vaccinés (25,8%)

Tableau 10.10 : Caractéristiques des cas vaccinés avec au moins trois doses

Informations sur le délai depuis la dernière injection	Effectif	Médiane (Q1-Q3)
Dernière injection datant de moins de 5 ans	6 (85,7%)	-
Délai depuis la dernière injection	-	4 ans (2 ans - 4 ans)

Valeurs manquantes : 6 sur 13 cas vaccinés avec au moins cinq doses (46,2%) pour la date de dernière injection

Description des examens réalisés

Tableau 10.11 : Distribution des cas selon le type de confirmation

Type de confirmation du cas	Effectif	Proportion (%)
Biologique	35	76,1
Épidémiologique	11	23,9
Total	**46**	

Valeurs manquantes : 0 sur 46 (0%)

Tableau 10.12 : Distribution des cas confirmés biologiquement selon le test ayant conduit à la confirmation biologique

Test(s) ayant conduit à la confirmation biologique du cas	Effectif	Proportion (%)
PCR uniquement	34	97,1
Culture uniquement	0	0
PCR et culture	1	2,9
Total	**35**	

Valeurs manquantes : 0 sur 35 cas confirmés biologiquement (0%)

Une seule culture a été prescrite. Le délai entre le début de la toux et la date de prélèvement était inconnu. Le résultat était positif.

Tableau 10.13 : Distribution du délai entre la date de début de la toux et la date de prélèvement des cas avec PCR réalisée selon le résultat de la PCR

Résultat de la PCR	< 7 jours	7 - 14 jours	14 - 21 jours	> 21 jours
Positif	7 (100%)	12 (80,0%)	8 (88,9%)	3 (100%)
Négatif	0	3 (20,0%)	1 (11,1%)	0
Total	**7**	**15**	**9**	**3**

Valeurs manquantes : 6 sur 40 PCR avec résultat (15,0%)

Tableau 10.14 : Distribution des cas avec PCR et/ou culture positive selon l'espèce identifiée

Espèce identifiée	Effectif	Proportion (%)
B. pertussis	26	89,7
B. parapertussis	2	6,9
B. holmesii	1	3,4
Total	**29**	

Valeurs manquantes : 6 sur 35 PCR avec résultat (17,1%)

Distribution des cas de coqueluche en fonction de la prise en charge

Aucun des 46 cas n'a été hospitalisé au décours de la consultation.

Description des tousseurs ou contaminateurs suspectés dans l'entourage des cas déclarés

Tableau 10.15 : Distribution des cas déclarés selon le nombre de tousseurs observés dans leur entourage

Nombre de tousseurs dans l'entourage des cas	Effectif	Proportion (%)
0	14	37,8
1	14	37,8
2	8	21,6
3	1	2,7
> 3	0	0
Total	**37**	

Valeurs manquantes : 9 sur 46 sur la présence ou absence de cas dans l'entourage (19,6%)

Vingt-trois cas de coqueluche ont rapporté au moins un tousseur dans leur entourage. Au total, 33 tousseurs ont été rapportés dans l'entourage des cas déclarés par les médecins Sentinelles.

Tableau 10.16 : Distribution des tousseurs rapportés dans l'entourage des cas déclarés selon leur caractéristique

Caractéristique du tousseur dans l'entourage des cas	Effectif	Proportion (%)
Cas contaminateur	19	59,4
Cas co-exposé	6	18,8
Cas secondaire	7	21,9
Total	**32**	

Valeurs manquantes : 1 sur 33 (3,0%)

Tableau 10.17 : Distribution des tousseurs rapportés dans l'entourage des cas déclarés selon leur parenté avec le cas déclaré

Parenté du tousseur dans l'entourage du cas	Effectif	Proportion (%)
Fratrie	7	22,6
Adulte de la famille hors père/mère	7	22,6
Fille/fils	6	19,3
Enfant de l'école/crèche	4	12,9
Mère	3	9,7
Adulte en dehors de la famille	2	6,4
Enfant de la famille hors fratrie	1	3,2
Enfant hors famille et école/crèche	1	3,2
Père	0	0
Total	**31**	

Valeurs manquantes : 2 sur 33 (6,1%)

Tableau 10.18 : Distribution des tousseurs rapportés dans l'entourage des cas déclarés selon le type de confirmation

Type de confirmation	Effectif	Proportion (%)
Biologique	11	33,3
Épidémiologique	22	66,7
Total	**33**	

Valeurs manquantes : 0 sur 33 (0%)

Parmi les 11 tousseurs confirmés biologiquement, deux ont eu l'espèce identifiée, il s'agissait de *B. pertussis*.

11 VARICELLE

11.1 Surveillance des cas de varicelle en médecine générale

Date du début de la surveillance

- 1990, semaine 49.

Zone surveillée

- France hexagonale.

Définition de cas

- Tout patient consultant pour :
    - une éruption typique (érythémato-vésiculeuse durant 3 - 4 jours, prurigineuse, avec une phase de dessiccation) débutant de façon brutale ;
    - avec une fièvre modérée (37,5°C - 38°C).

Données recueillies

- Nombre de cas vus en consultation ;
- Description des cas : âge, sexe, complication(s) (surinfection cutanée, pneumonie / bronchite / bronchiolite, O.R.L, conjonctivite, système nerveux, hépatite cytolytique ou autre à préciser), traitement antiviral prescrit (aucun traitement antiviral, aciclovir, autre à préciser), hospitalisation demandée au décours de la consultation (si oui, préciser).

Surveillance commune de la varicelle en soins primaires

Sous l'impulsion de Santé publique France, une surveillance commune d'indicateurs de santé en soins primaires s'est mise en place en s'appuyant sur les réseaux existants ou en construction.

Pour la surveillance des cas de varicelle vus en consultation de médecine générale :

- elle est réalisée par le réseau Sentinelles et l'entrepôt EMR-IQVIA (provenant d'extractions automatiques des logiciels médicaux).

Les estimations et analyses communes sont publiées dans les bulletins hebdomadaires du réseau Sentinelles et de Santé publique France. Elles sont disponibles sur notre site. Pour en savoir plus sur ce partenariat (cliquez ici) ou sur les méthodes utilisées (cliquez ici).

La liste des principales publications scientifiques effectuées par l'équipe Sentinelles à partir des données de surveillance pour cet indicateur est disponible sur le site Internet du réseau Sentinelles : http://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=maladies&mal=7.

11.2 Résultats de la surveillance annuelle de la varicelle (janvier à décembre 2025)

Les données présentées dans ce chapitre sont celles du réseau Sentinelles seul. Les incidences conjointes estimées à partir des données du réseau Sentinelles et de l'entrepôt EMR-IQVIA sont disponibles sur notre site.

11.2.1 Nombre de cas déclarés, estimation des incidences et des taux d'incidence des cas de varicelle vus en consultation de médecine générale

- Nombre de cas déclarés par les médecins Sentinelles : **1 092**, dont 974 (89%) individuellement décrits
- Estimation du taux d'incidence annuel des cas vus en consultation de médecine générale : **348 cas / 100 000 hts** [IC 95% : 321 ; 375]
- Estimation de l'incidence annuelle des cas vus en consultation de médecine générale : **233 411 cas** [IC 95% : 215 450 ; 251 372]

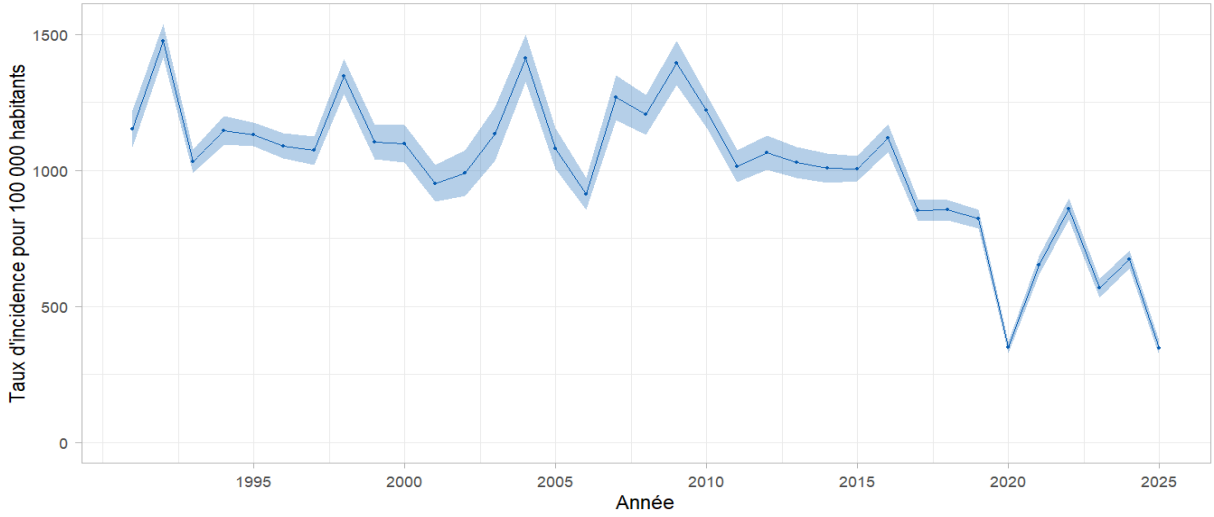


Figure 11.1 : Estimation des taux d'incidence annuels des cas de varicelle vus en consultation de médecine générale, France hexagonale, 1991 à 2025 (intervalle de confiance à 95%)

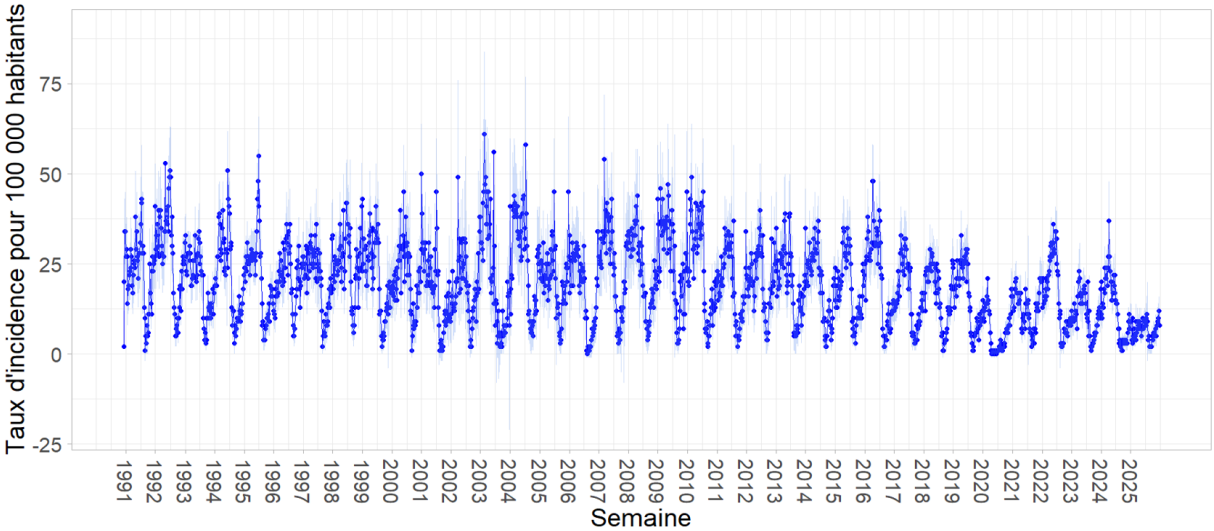


Figure 11.2 : Estimation des taux d'incidence hebdomadaires des cas de varicelle vus en consultation de médecine générale, France hexagonale, 1991 à 2025

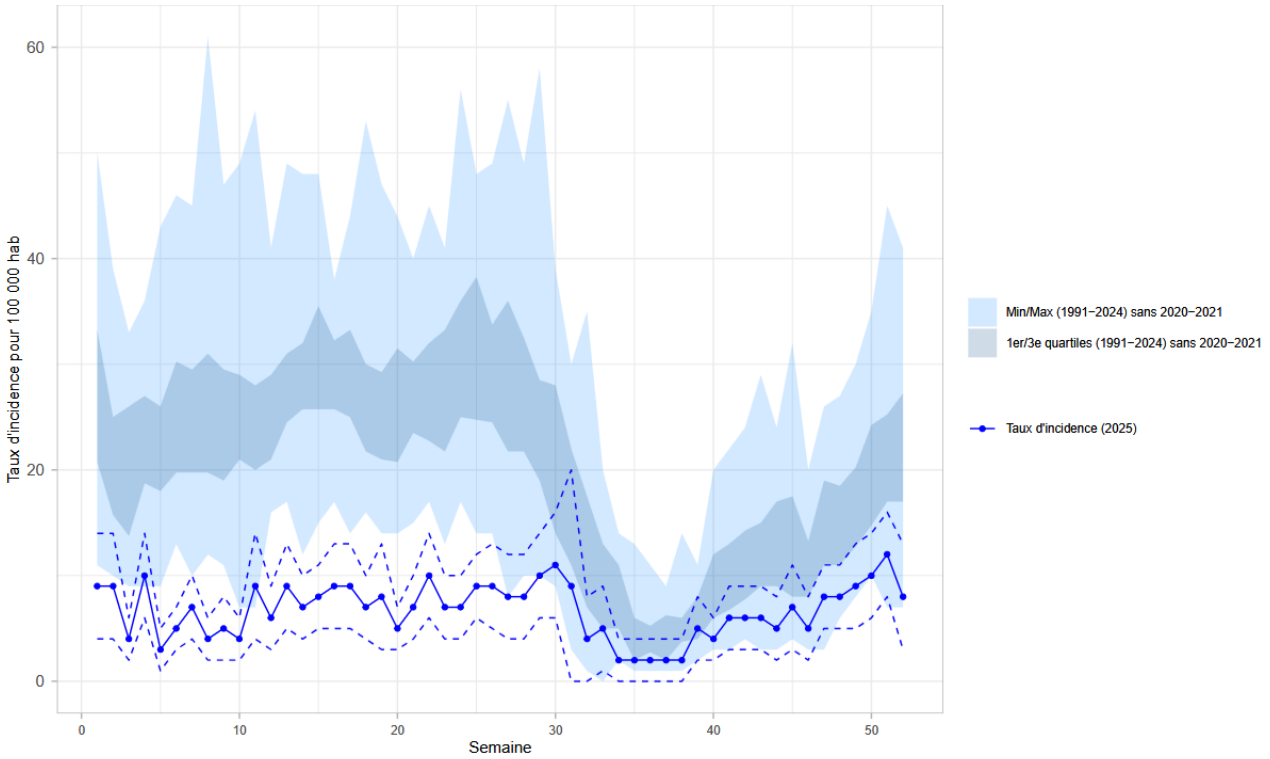


Figure 11.3 : Estimation des taux d'incidence hebdomadaires des cas de varicelle vus en consultation de médecine générale en 2025 (intervalle de confiance à 95%) comparés aux données historiques observées entre 1991 et 2024 (hors saisons 2020 et 2021), France hexagonale

En raison des mesures sanitaires mises en place lors de la pandémie de Covid-19 en France hexagonale, les taux d'incidence annuels en 2020 et 2021 des cas de varicelle ont été nettement inférieurs aux taux observés entre 1991 et 2019. Après une ré-augmentation des cas en 2022 avec un taux d'incidence proche des niveau pré-pandémiques, les taux d'incidence estimés depuis 2023 sont en diminution. On atteint en 2025 un taux d'incidence annuel similaire à celui de 2020, sans mesure de restriction sanitaire particulière (Figure 11.1).

11.2.2 Description des cas de varicelle déclarés par les médecins Sentinelles

Description des cas de varicelle en fonction du sexe et de l'âge

Tableau 11.1 : Distribution des cas selon le sexe

Sexe	Effectif	Proportion (%)
Féminin	502	52,5
Masculin	455	47,5
Total	**957**	

Valeurs manquantes : 17 sur 974 (1,7%)

Tableau 11.2 : Distribution des cas selon l'âge (minimum, médiane, maximum)

Minimum	Médiane	Maximum
2 mois	3 ans	47 ans

Tableau 11.3 : Distribution des cas selon l'âge, et estimation des incidences et des taux d'incidence des cas de varicelle vus en consultation de médecine générale par tranche d'âge, France hexagonale, 2025

Classe d'âge (ans)	Effectif	Proportion (%)	Estimation de l'incidence et IC 95%	Estimation du taux d'incidence pour 100 000 habitants et IC 95%
< 1 an	98	10,1	24 307 [18 336 ; 30 278]	3 825 [2 885 ; 4 765]
1 - 4	663	68,1	159 378 [144 487 ; 174 269]	5 645 [5 118 ; 6 172]
5 - 9	171	17,6	39 544 [32 348 ; 46 740]	1 009 [825 ; 1 193]
10 - 14	20	2,0	4 768 [2 233 ; 7 303]	112 [53 ; 171]
15 - 19	13	1,3	3 405 [1 181 ; 5 629]	80 [28 ; 132]
20 - 59	9	0,9	2 009 [576 ; 3 442]	6 [2 ; 10]
≥ 60	0	0,0	-	-
Total	**974**			

Valeurs manquantes : 0 sur 974 (0%)

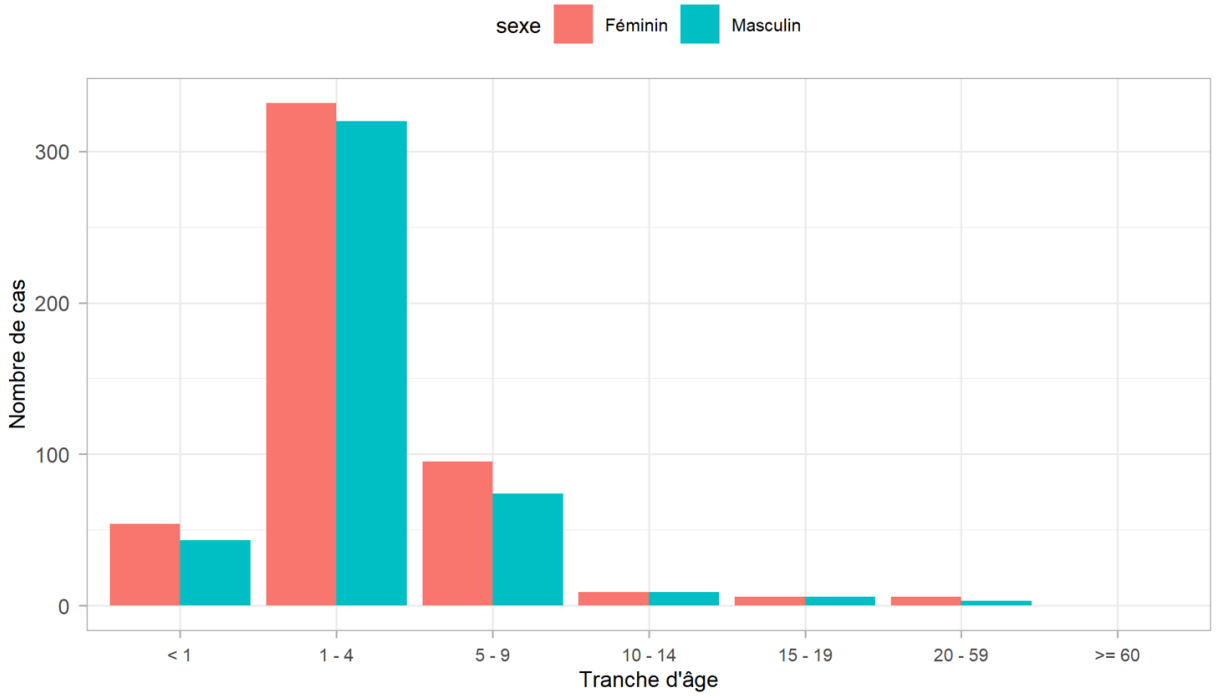


Figure 11.4 : Distribution des cas de varicelle déclarés par les médecins généralistes Sentinelles selon l'âge et le sexe en 2025

Description des cas de varicelle en fonction du contexte

Tableau 11.4 : Distribution des cas selon le traitement antiviral prescrit

Traitement antiviral prescrit	Effectif	Proportion (%)
Aucun traitement antiviral	891	98,3
Aciclovir	11	1,2
Autre	4	0,4
Total	**906**	

Valeurs manquantes : 68 sur 974 (7,0%)

Tableau 11.5 : Distribution des cas selon la présence de complications et leur type (plusieurs complications possibles pour un même individu)

Complication	Effectif	Proportion (%)
Oui	28	3,0
Surinfection cutanée	17	60,7
Atteinte ORL	6	21,4
Pneumonie/Bronchite/Bronchiolite	3	10,7
Conjonctivite	1	3,6
Autres*	5	17,9
Atteinte du système nerveux	-	-
Hépatite cytolytique	-	-
Non	909	97,0
Total	**937**	

Valeurs manquantes : 37 sur 974 (3,8%) pour les complications, puis 0 sur 28 (0,0%) pour le type de complications

* Selon la description du médecin, la complication « Autres » incluait :

- Un garçon de 7 ans et un homme de 21 ans avec altération de l'état général ;
- Un garçon de 2 ans, une fille de 3 ans et un enfant de 4 ans de sexe inconnu avec une stomatite.

Tableau 11.6 : Distribution des cas selon une demande d'hospitalisation faite par le médecin généraliste

Demande d'hospitalisation	Effectif	Proportion (%)
Oui	0	0
Non	917	100
Total	**917**	

Valeurs manquantes : 57 sur 974 (5,9%)

12 ZONA

12.1 Surveillance des cas de zona en médecine générale

Date du début de la surveillance

- 2004, semaine 41.

Zone surveillée

- France hexagonale.

Définition de cas

- Tout patient consultant pour :
    - une éruption aiguë érythémato-vésiculeuse douloureuse au niveau d'un territoire métamérique (territoire nerveux radiculaire), accompagnée éventuellement de nombreuses vésicules à distance du métamère concerné (zona disséminé).

Critères d'inclusion

- Première consultation pour un zona en phase aiguë.

Critères d'exclusion

- Douleur post-zostérienne ;
- Visite subséquente pour un même épisode.

Données recueillies

- Nombre de cas vus en consultation ;
- Description des cas : âge, sexe, immunodépression et type (médicamenteuse, VIH, autre à préciser), localisation du zona (thorax, cervical, abdomino-lombaire, ophtalmique, tête-visage (hors ophtalmique), pelvis, membres supérieurs et inférieurs, disséminé, autre à préciser), traitement antiviral prescrit (aucun, local et/ou général), statut vaccinal (nom du vaccin et nombre de doses reçues) et date de la dernière dose en cas de vaccination, hospitalisation et si oui motif d'hospitalisation (atteinte ophtalmologique, atteinte disséminée, terrain du patient, autre à préciser).

La liste des principales publications scientifiques effectuées par l'équipe Sentinelles à partir des données de surveillance pour cet indicateur est disponible sur le site Internet du réseau Sentinelles : http://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=maladies&mal=14.

12.2 Résultats de la surveillance annuelle du zona (janvier à décembre 2025)

12.2.1 Nombre de cas déclarés, estimation des incidences et des taux d'incidence des cas de zona

- Nombre de déclarés par les médecins Sentinelles : **1 120**, dont 1 030 (92%) individuellement décrits
- Estimation du taux d'incidence annuel des cas vus en consultation de médecine générale : **353 cas / 100 000 hts** [IC 95% : 328 ; 378]
- Estimation de l'incidence annuelle des cas vus en consultation de médecine générale : **236 817 cas** [IC 95% : 220 008 ; 253 626]

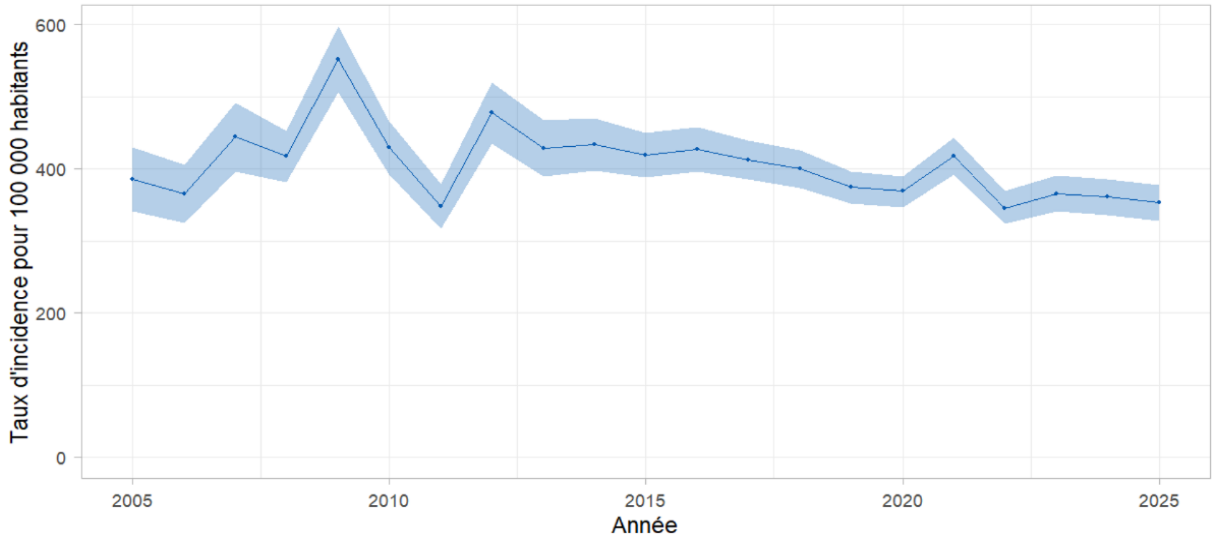


Figure 12.1 : Estimation des taux d'incidence annuels des cas de zona vus en consultation de médecine générale en France hexagonale de 2005 à 2025 (intervalle de confiance à 95%)

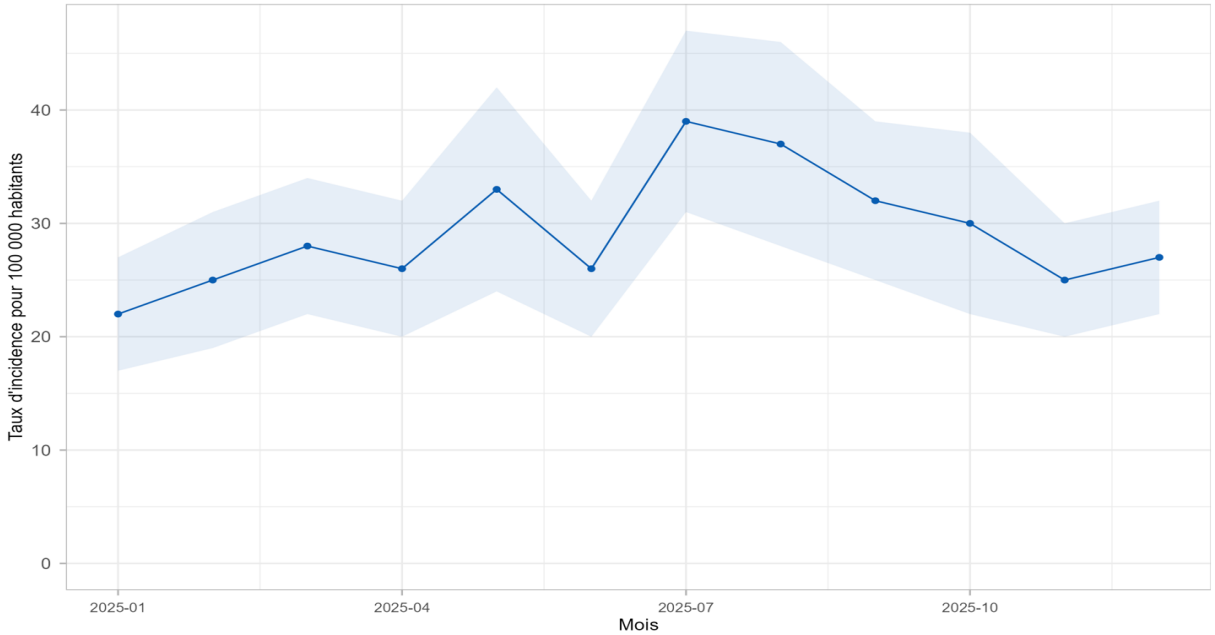


Figure 12.2 : Estimation des taux d'incidence mensuel des cas de zona vus en consultation de médecine générale en France hexagonale en 2025 (intervalle de confiance à 95%)

12.2.2 Description des cas de zona déclarés par les médecins Sentinelles

Description des cas de zona en fonction du sexe et de l'âge

Tableau 12.1 : Distribution des cas selon le sexe

Sexe	Effectif	Proportion (%)
Féminin	618	61,4
Masculin	389	38,6
Total	**1 007**	

Valeurs manquantes : 23 sur 1 030 (2,2%)

Tableau 12.2 : Distribution des cas selon l'âge (minimum, médiane, maximum)

Minimum	Médiane	Maximum
8 mois	66 ans	101 ans

Tableau 12.3 : Distribution des cas selon l'âge, et estimation des incidences et des taux d'incidence des cas de zona vus en consultation de médecine générale par tranche d'âge, France hexagonale, 2025

Classe d'âge (ans)	Effectif	Proportion (%)	Estimation de l'incidence et IC 95%	Estimation du taux d'incidence pour 100 000 habitants et IC 95%
< 9 ans	51	5,0	11 664 [7 958 ; 15 370]	158 [108 ; 208]
10 - 19	52	5,1	12 074 [8 166 ; 15 982]	141 [95 ; 187]
20 - 29	48	4,7	11 309 [7 553 ; 15 065]	146 [98 ; 194]
30 - 39	60	5,8	13 248 [9 414 ; 17 082]	160 [114 ; 206]
40 - 49	60	5,8	12 944 [9 336 ; 16 552]	153 [110 ; 196]
50 - 59	124	12,1	29 164 [23 163 ; 35 165]	325 [258 ; 392]
60 - 69	198	19,3	44 962 [37 799 ; 52 125]	549 [462 ; 636]
70 - 79	237	23,0	56 106 [47 694 ; 64 518]	843 [717 ; 969]
80 - 89	155	15,1	34 923 [28 575 ; 41 271]	1 097 [898 ; 1 296]
≥ 90	43	4,2	10 423 [6 769 ; 14 077]	1 090 [708 ; 1 472]
Total	**1 028**			

Valeurs manquantes : 2 sur 1 030 (0,2%)

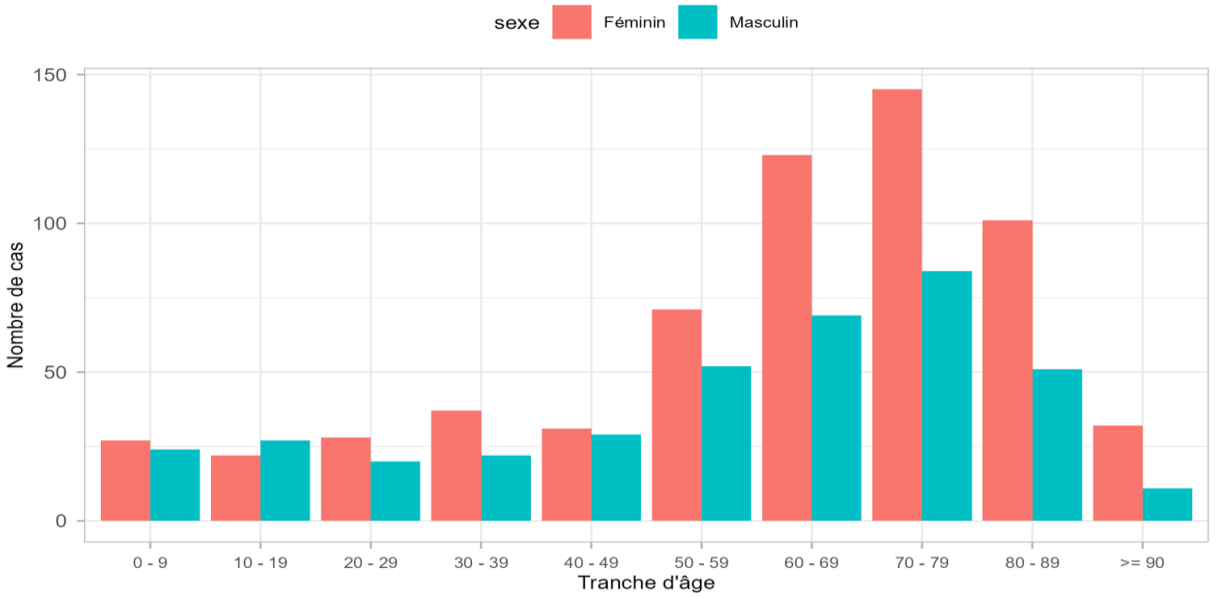


Figure 12.3 : Distribution des cas de zona déclarés par les médecins généralistes Sentinelles selon l'âge et le sexe en 2025

Description des cas de zona en fonction du contexte

Tableau 12.4 : Distribution des cas selon la présence et le type d'immunodépression

Immunodépression	Effectif	Proportion (%)
Oui	56	5,7
Médicamenteuse	43	78,2
Autre*	11	20,0
VIH	1	1,8
Non	922	94,3
Total	**978**	

Valeurs manquantes : 52 sur 1 030 (5,0%) pour l'immunodépression, puis 1 sur 56 (1,8%) pour le type

*Les raisons liées à l'immunodépression telles que décrites par le médecin généraliste déclarant étaient :

- un diabète (insulinodépendant ou non) (n=5) ;
- une insuffisance rénale chronique (n=3) ;
- des pathologies malignes (lymphome (n=1), leucémie lymphoïde chronique (n=1)) ;
- un déficit immunitaire congénital (n=1) ;
- une greffe de moelle osseuse (n=1).

Tableau 12.5 : Distribution des cas selon la localisation du zona

Localisation	Effectif	Proportion (%)
Thorax	405	40,6
Abdomino-lombaire	248	24,9
Tête-Visage (hors ophtalmique)	95	9,5
Membres inférieurs	62	6,2
Membres supérieurs	37	3,7
Cervical	56	5,6
Ophtalmique	53	5,3
Pelvis	35	3,5
Disséminée	1	0,1
Autre	6	0,6
Total	**998**	

Valeurs manquantes : 32 sur 1 030 (3,1%)

Tableau 12.6 : Distribution des cas selon la réalisation de la vaccination anti-zostérienne

Vaccination	Effectif	Proportion (%)
Oui	14	1,4
Non	973	98,6
Total	**1 022**	

Valeurs manquantes : 43 sur 1 030 (4,2%)

Description des cas de zona en fonction de la prise en charge

Tableau 12.7 : Distribution des cas selon le traitement antiviral prescrit

Traitement antiviral	Effectif	Proportion (%)
Oui	776	76,8
Général	704	69,6
Local + général	57	5,6
Local	15	1,5
Non	235	23,2
Total	**1 011**	

Valeurs manquantes : 19 sur 1 030 (1,8%)

Tableau 12.8 : Distribution des cas selon l'existence d'une demande d'hospitalisation

Hospitalisation	Effectif	Proportion (%)
Oui*	10	1,0
Non	985	99,0
Total	**995**	

Valeurs manquantes : 35 sur 1 030 (3,4%)

* Les motifs d'hospitalisation étaient liés à :

- un zona ophtalmique (n=4) : il s'agissait de trois femmes de 58, 66 et 89 ans non immunodéprimées, ainsi que d'un homme de 69 ans immunodéprimé. Aucun n'était vacciné ;
- au terrain du patient (n=1) : il s'agissait d'une femme de 94 ans ;
- une méningite chez une femme de 64 ans et un homme de 48 ans (n=2) ;
- une altération de l'état général chez une femme de 73 ans (n=1) ;
- des troubles neurologiques avec paralysie faciale et troubles de la déglutition chez un homme de 76 ans (n=1) ;
- une paralysie faciale chez un homme de 64 ans (n=1).

13 IST BACTÉRIENNES

13.1 Surveillance des cas d'IST bactériennes en médecine générale

Date du début de la surveillance

- 2020, semaine 01.

Zone surveillée

- France hexagonale.

Définition de cas

- Patient vu en consultation pour lequel le résultat d'un prélèvement microbiologique confirme au moins une des trois infections sexuellement transmissibles (IST) suivantes, que ce prélèvement ait été effectué chez un patient symptomatique ou asymptomatique, et que l'infection soit génitale ou extra-génitale :
    - infection à *Chlamydia trachomatis* (ou chlamydiose) → PCR positive ;
    - infection à gonocoque (ou gonococcie) → PCR positive et/ou culture positive ;
    - syphilis active → positivité conjointe d'un test tréponémique (ELISA ou EIA ou CIA ou TPHA, etc.) **ET** d'un test non tréponémique (VDRL ou RPR).

NB : cas déclaré au réseau dès que le médecin reçoit la confirmation biologique ou que le patient la lui apporte

Données recueillies

- Nombre de cas vus en consultation ;
- Description des cas :
    - âge, sexe (à la naissance), genre auquel s'identifie le mieux le patient au moment de la consultation, notion de grossesse en cours, lieu de naissance (France/étranger), infection par le VIH (diagnostic avant l'épisode actuel d'IST/au cours de cet épisode d'IST), antécédents d'IST dans les 12 derniers mois, pratiques sexuelles (hétéro/homo/bisexuelle), partenaires multiples (≥2) dans les 12 derniers mois, PrEP dans les 3 derniers mois ;
    - confirmation biologique (*Chlamydia trachomatis*, gonocoque et syphilis), site de prélèvement positif en cas d'infection à *Chlamydia trachomatis*, site de prélèvement positif et technique de diagnostic utilisée (PCR et/ou culture) en cas d'infection à gonocoque ;
    - stade de la maladie en cas de syphilis (récente « primaire, secondaire et latente ≤ 12 mois » / tardive « tertiaire ou latente > 12 mois » / indéterminé) en cas de syphilis ;
    - médecin généraliste déclarant = prescripteur, motif de la prescription (symptômes d'IST ou dépistage), personne à l'initiative du dépistage et contexte, nature des symptômes au moment de la prescription de l'examen ;
    - prescription d'une antibiothérapie pour le patient
        - en cas de prescription, prescription avant la réception du résultat biologique, prescription ou modification après la réception du résultat biologique, nom de(s) l'antibiotique(s) prescrit(s) ;
        - en cas de non prescription, raison.

La liste des principales publications scientifiques effectuées par l'équipe Sentinelles à partir des données de surveillance pour cet indicateur est disponible sur le site Internet du réseau Sentinelles :

- http://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=maladies&mal=24 ;

- depuis le début de la surveillance des IST bactériennes en 2020, les données Sentinelles sont reprises chaque année dans le bulletin de santé publique France « Surveillance du VIH et des IST bactériennes en France ».

13.2 Protocole de validation des cas

- Sont validés
    - les cas déclarés et pour lesquels le médecin Sentinelles a indiqué un résultat microbiologique positif pour au moins l'une des trois IST surveillées (infection à *Chlamydia trachomatis*, infection à gonocoque et syphilis) ;
- Sont invalidés,
    - les cas déclarés, mais non décrits par le médecin Sentinelles ;
    - les cas déclarés et décrits par le médecin Sentinelles, mais pour lesquels aucune confirmation biologique n'a été transmise *(en cas de non information sur le résultat microbiologique, le médecin déclarant est appelé pour compléter la description).*

13.3 Résultats de la surveillance annuelle des IST bactériennes (janvier à décembre 2025)

13.3.1 Nombre total de cas déclarés, estimation des incidences et des taux d'incidence* des trois IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis)*

- **Nombre total de cas déclarés et décrits par les médecins Sentinelles : 352 cas**
- **Infections à *Chlamydia trachomatis***
  - Nombre de cas déclarés par les médecins Sentinelles (y compris les co-infections) : **245 cas**
  - Estimation du taux d'incidence* annuel des cas vus en consultation de médecine générale : **84 cas / 100 000 hts** [IC 95% : 69 ; 99]
  - Estimation de l'incidence annuelle* des cas vus en consultation de médecine générale : **56 280 cas** [IC 95% : 46 352 ; 66 208]
- **Infections à gonocoque**
  - Nombre de cas déclarés par les médecins Sentinelles (y compris les co-infections) : **85 cas**
  - Estimation du taux d'incidence* annuel des cas vus en consultation de médecine générale : **31 cas / 100 000 hts** [IC 95% : 23 ; 40]
  - Estimation de l'incidence annuelle* des cas vus en consultation de médecine générale : **20 876 cas** [IC 95% : 15 090 ; 26 662]
- **Syphilis**
  - Nombre de cas déclarés par les médecins Sentinelles (y compris les co-infections) : **36 cas**
  - Estimation du taux d'incidence* annuel des cas vus en consultation de médecine générale : **14 cas / 100 000 hts** [IC 95% : 9 ; 19]
  - Estimation de l'incidence annuelle* des cas vus en consultation de médecine générale : **9 380 cas** [IC 95% : 5 784 ; 12 976]

* Il est important de noter que ces estimations sont basées uniquement sur les cas d'IST bactériennes, qu'elles soient symptomatiques ou asymptomatiques, pour lesquels une confirmation biologique a été obtenue. Elles représentent ainsi une sous-estimation des incidences et des taux d'incidence réels.

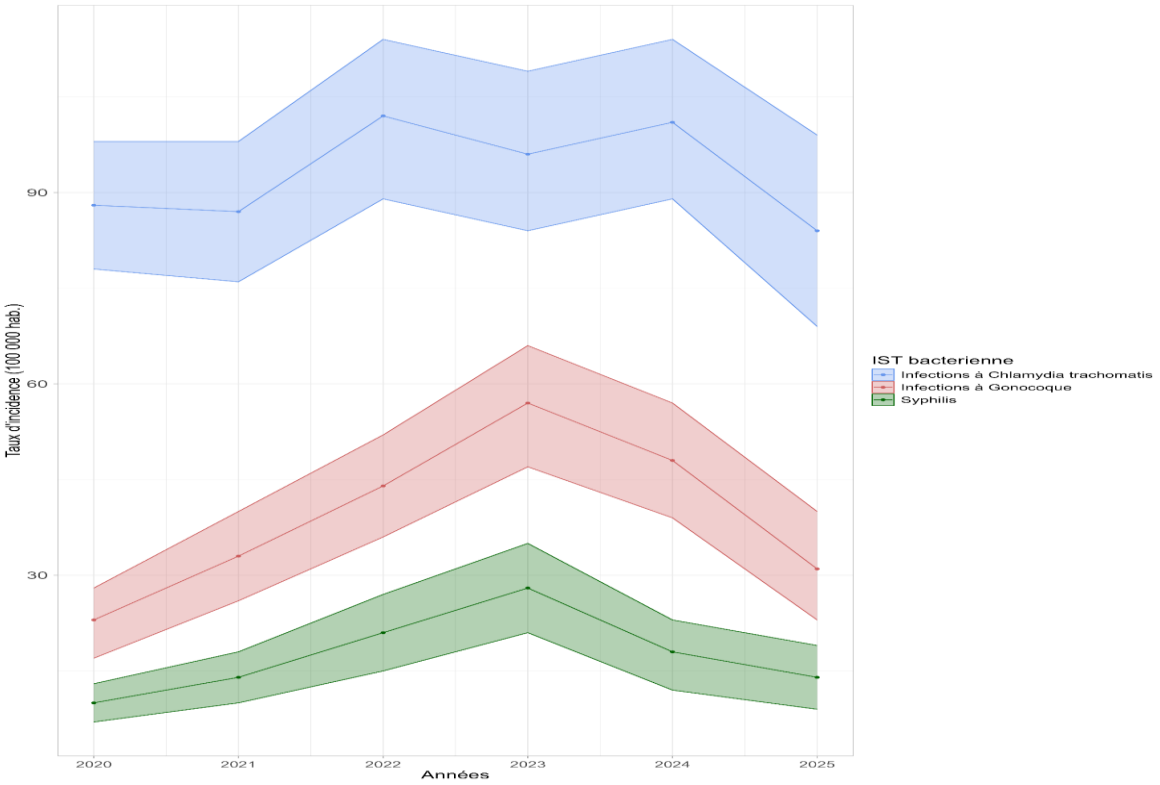


Figure 13.1 : Estimation des taux d'incidence (avec leur intervalle de confiance à 95%) des cas d'IST bactériennes vus en consultation de médecine générale, France hexagonale, 2020-2025 (*en bleu : infection à Chlamydia trachomatis*, en *rouge : gonococcie*, en *vert : syphilis)*

13.3.2 Description des cas d'IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis)

Description des cas d'IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis) en fonction des co-infections

Parmi les 352 cas des trois IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis) déclarés par les médecins Sentinelles :

- 12 étaient des co-infections à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* ;
- deux étaient des co-infections à *Chlamydia trachomatis* et *Treponema pallidum* ;
- deux étaient des co-infections à *Neisseria gonorrhoeae* et *Treponema pallidum*.

Tableau 13.1 : Description des cas d'IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis) en fonction des co-infections avec *Mycoplasma genitalium et Trichomonas vaginalis*

IST bactériennes	Total	Co-infection MG*	Co-infection TV*	Co-infection MG* / TV*
	n	n	n	n
Chlamydiose	245	4	2	0
Gonococcie	85	1	0	0
Syphilis	36	0	1	0

* MG : *Mycoplasma genitalium,* TV : *Trichomonas vaginalis*

Il est important de noter que l'ensemble des cas déclarés par les médecins Sentinelles n'ont pas été testés pour les cinq bactéries et parasites cités ci-dessus. Le tableau 13.2 ci-dessous présente le nombre de cas testés pour chacun des micro-organismes.

Tableau 13.2 : Description de l'ensemble des cas confirmés (n= 352) d'IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis) selon qu'ils ont été dépistés ou non pour chaque micro-organisme (CT, NG, TP, MG ou TV, présenté séparément ou selon des combinaisons de dépistages)

Total de cas dépistés globalement pour chaque IST	Effectif	Proportion (%)
Dépistage CT	338	96,0
Dépistage NG	324	92,1
Dépistage TP	299	84,9
Dépistage MG	184	52,3
Dépistage TV	183	52,0
Dépistages combinés CT/NG/TP		
CT/NG/TP	286	81,2
CT/NG	32	9,1
CT/TP	2	0,6
NG/TP	3	0,8
Un seul parmi CT/NG/TP	29	8,2
Dépistages combinés MG/TV		
MG/TV	177	50,3
Un seul parmi MG/TV	13	3,7
Aucun parmi MG/TV	162	46,0

* CT : *Chlamydia trachomatis,* NG : *Neisseria gonorrhoeae,* TP : *Treponema pallidum,* MG : *Mycoplasma genitalium,* TV : *Trichomonas vaginalis*

Description des cas d'IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis) en fonction du sexe et de l'âge

Tableau 13.3 : Description des cas d'IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis) selon l'âge (minimum, médiane, maximum)

IST bactériennes	Minimum	Médiane	Maximum
Ensemble des trois IST bactériennes (CT, NG, TP) *VM* : 1 sur 352 (0,3%)*	**15 ans**	**28 ans**	**76 ans**
Chlamydiose *VM* : 1 sur 245 (0,4%)*	15 ans	25 ans	68 ans
Gonococcie *VM* : 0 sur 85 (0%)*	16 ans	31 ans	76 ans
Syphilis *VM* : 0 sur 36 (0%)*	20 ans	37,5 ans	67 ans

** VM : Valeurs manquantes, CT : Chlamydia trachomatis, G : Neisseria gonorrhoeae, TP : Treponema pallidum*

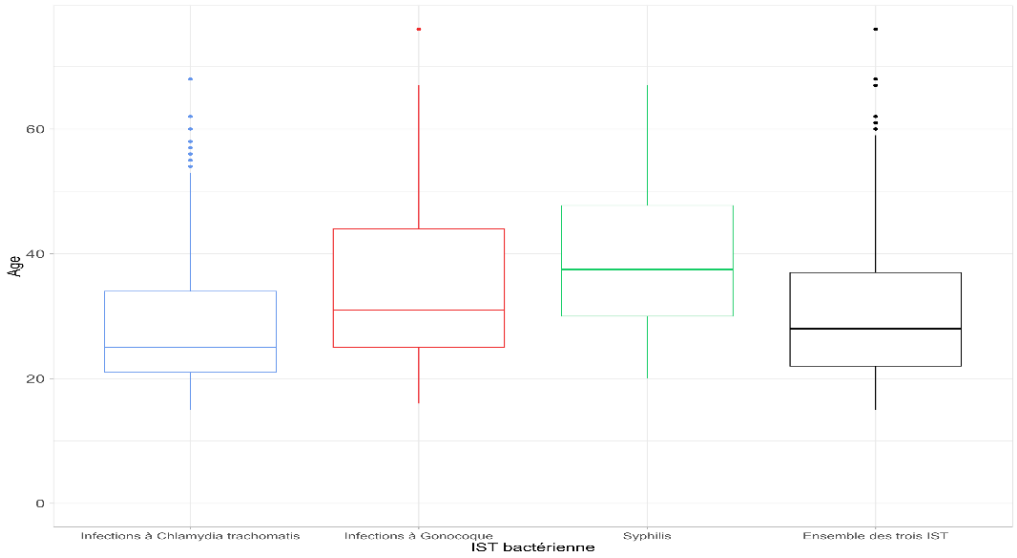


Figure 13.2 : Distribution des cas d'IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis) selon l'âge

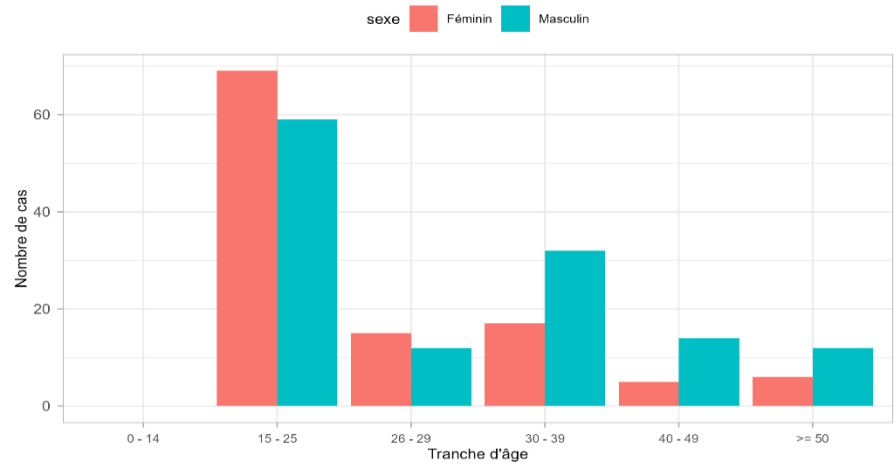


Figure 13.3 : Distribution des cas d'infections à *Chlamydia trachomatis* selon le sexe (assigné à la naissance) et la classe d'âge

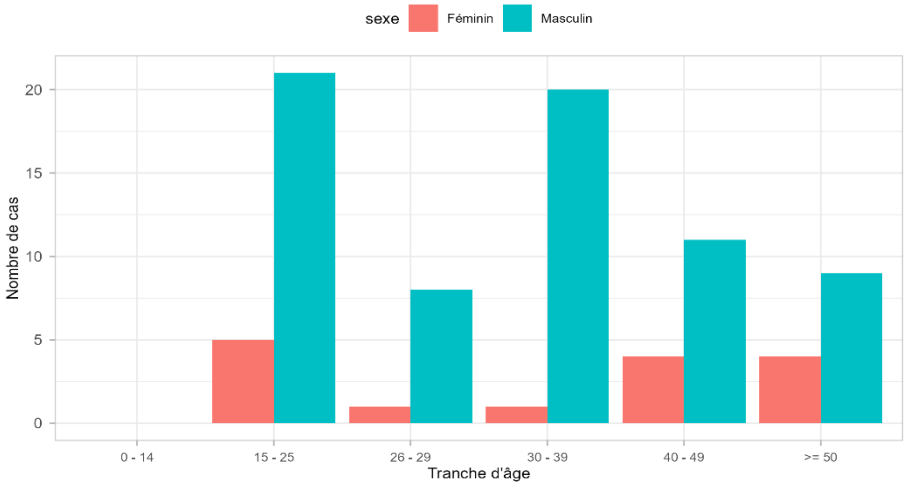


Figure 13.4 : Distribution des cas de gonococcies selon le sexe (assigné à la naissance) et la classe d'âge

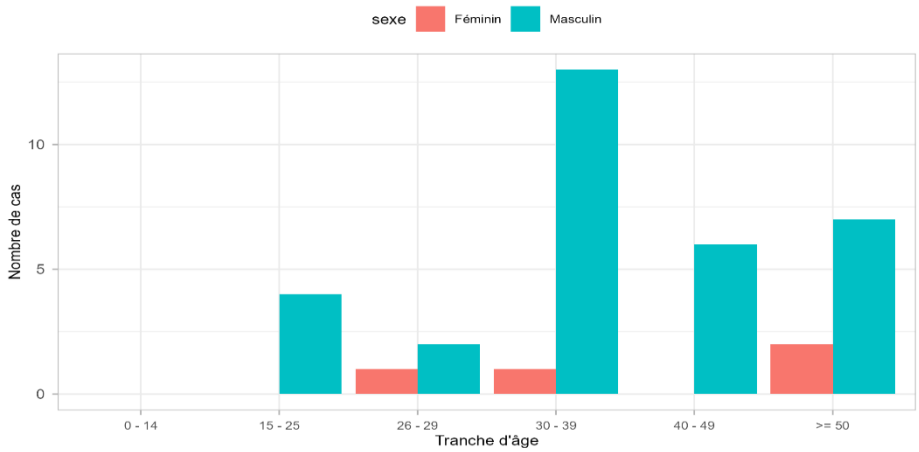


Figure 13.5 : Distribution des cas de syphilis selon le sexe (assigné à la naissance) et la classe d'âge

Tableau 13.4 : Description des cas d'IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis) selon le sexe et la classe d'âge

Caractéristiques des patients		Chlamydiose		Gonococcie		Syphilis		IST bactériennes (CT, NG, TP)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sexe (assigné à la naissance) *V.M* : CT : 3 sur 245 (1,2%), NG : 1 sur 85 (1,2%), TP : 0 sur 36 (0%)*	Homme	129	53,3	69	82,1	32	88,9	218	62,6
	Femme	113	46,7	15	17,9	4	11,1	130	37,4
	Total	**242**		**84**		**36**		**348**	
Classes d'âge (ans) *V.M* : CT : 1 sur 245 (0,4%), NG : 0 sur 85 (0%), TP : 0 sur 36 (0%)*	0-14	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	15-25	130	53,3	26	30,6	4	11,1	154	43,9
	26-29	28	11,5	10	11,8	3	8,3	41	11,7
	30-39	49	20,1	21	24,7	14	38,9	79	22,5
	40-49	19	7,8	15	17,6	6	16,7	38	10,8
	≥ 50	18	7,4	13	15,3	9	25,0	39	11,1
	Total	**244**		**85**		**36**		**351**	

** V.M : valeurs manquantes, CT : Chlamydia trachomatis, NG : Neisseria gonorrhoeae, TP : Treponema pallidum*

V.M : 4 sur 352 (1,1%) pour le sexe et 1 sur 352 (0,3%) pour l'âge

Description des cas d'IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis) en fonction du lieu de naissance

Tableau 13.5 : Description des cas d'IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis) selon le lieu de naissance

		Chlamydiose		Gonococcie		Syphilis		IST bactériennes (C,T NG, TP)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Lieu de naissance *V.M* : CT : 14 sur 245 (5,7%), NG : 6 sur 85 (7,1%), TP : 2 sur 36 (5,6%)*	France	205	88,7	71	89,9	31	91,2	295	89,1
	Étranger	26	11,3	8	10,1	3	8,8	36	10,9
	Total	**231**		**79**		**34**		**331**	

** V.M : valeurs manquantes, CT : Chlamydia trachomatis, NG : Neisseria gonorrhoeae, TP : Treponema pallidum*

V.M : 21 sur 352 (6%) pour le lieu de naissance

Description des cas d'IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis) en fonction du genre, des pratiques sexuelles, des antécédents médicaux des patients et du contexte du dépistage

Tableau 13.6 : Description des cas d'IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis) selon le genre

Identité de genre à laquelle s'identifie le patient au moment de la consultation		Chlamydiose		Gonococcie		Syphilis		IST bactériennes (CT, NG, TP)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
V.M : CT : 16 sur 245 (6,5%), NG : 3 sur 85 (3,5%), TP : 3 sur 36 (4,4%)*	Homme cis	114	49,8	66	80,5	27	81,8	196	59,2
	Homme trans	2	0,9	0	0,0	0	0,0	2	0,6
	Femme cis	105	45,8	14	17,1	4	12,1	121	36,6
	Femme trans	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Non binaire	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,3
	Ne sais pas	7	3,1	2	2,4	2	6,1	11	3,3
	Total	**229**		**82**		**33**		**331**	

** V.M : valeurs manquantes, CT : Chlamydia trachomatis, NG : Neisseria gonorrhoeae, TP : Treponema pallidum*

V.M : 21 sur 352 (6%) pour l'identité de genre

Tableau 13.7 : Description des cas d'IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis) selon les pratiques sexuelles, le sexe et la multiplicité des partenaires (≥ 2)

		Chlamydiose		Gonococcie		Syphilis		IST bactériennes (CT, NG, TP)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Pratiques sexuelles *V.M* : CT : 61 sur 245 (24,9%), NG : 20 sur 85 (23,5%), TP : 8 sur 36 (22,2%)*	Hétérosexuelle	144	78,3	30	46,2	7	25,0	176	66,2
	Bi/Homosexuelle	40	21,7	35	53,8	21	75,0	90	33,8
	Total	**184**		**65**		**28**		**266**	
Pratiques sexuelles selon le sexe *V.M* chez les hommes : CT : 38 sur 129 (29,5%), NG : 14 sur 69 (20,3%), TP : 8 sur 32 (25,0%)* *V.M* chez les femmes : CT : 22 sur 113 (19,5%), NG : 5 sur 15 (33,3%), TP : 0 sur 4 (0%)*	Hétérosexuel H	54	59,3	21	38,2	3	12,5	75	46,6
	Bi/Homosexuel H	37	40,7	34	61,8	21	87,5	86	53,4
	Total H	**91**		**55**		**24**		**161**	
	Hétérosexuelle F	90	98,9	9	90,0	4	100,0	101	98,0
	Bi/Homosexuelle F	1	1,1	1	10,0	0	0,0	2	2,0
	Total F	**91**		**10**		**4**		**103**	
	Hétérosexuel H	54	29,7	21	32,3	3	10,7	75	28,4
	Bi/Homosexuel H	37	20,3	34	52,3	21	75,0	86	32,6
	Hétérosexuelle F	90	49,5	9	13,9	4	14,3	101	38,2
	Bi/Homosexuelle F	1	0,5	1	1,5	0	0,0	2	0,8
	Total	**182**		**65**		**28**		**264**	
Partenaires multiples (≥ 2) **au cours des 12 derniers mois** *V.M* : CT : 80 sur 245 (32,7%), NG : 22 sur 85 (25,9%), TP : 9 sur 36 (25%)*	Oui	88	53,3	47	74,6	26	96,3	154	62,4
	Non	77	46,7	16	25,4	1	3,7	93	37,6
	Total	**165**		**63**		**27**		**247**	

** V.M : valeurs manquantes, CT : Chlamydia trachomatis, NG : Neisseria gonorrhoeae, TP : Treponema pallidum. Les pratiques sexuelles ont été déterminées à partir du sexe assigné à la naissance.*

V.M : 86 sur 352 (24,4%) pour les pratiques sexuelles, 57 sur 218 (26,1%) pour les pratiques sexuelles chez les hommes, 27 sur 130 (20,8%) pour les pratiques sexuelles chez les femmes et 105 sur 352 (29,8%) pour les partenaires multiples

Parmi les 130 femmes dont le statut concernant la grossesse était connu, quatre (3,1%) étaient enceintes au moment du diagnostic de l'IST et elles étaient toutes positives à *Chlamydia trachomatis* et négatives au gonocoque et pour la syphilis.

Tableau 13.8 : Description des cas d'IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis) selon la prise d'une PrEP, les antécédents d'IST, la séropositivité pour le VIH et le moment du dépistage en cas d'infection VIH

		Chlamydiose		Gonococcie		Syphilis		IST bactériennes (CT, NG, TP)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Prise d'une PrEP dans les 3 derniers mois* *V.M*** : CT : 29 sur 217 (13,4%), NG : 6 sur 71 (8,5%), TP : 4 sur 32 (12,5%)*	Oui	26	13,8	26	40,0	10	35,7	57	21,1
	Non	162	86,2	39	60,0	18	64,3	213	78,9
	Total	**188**		**65**		**28**		**270**	
Antécédents d'IST au cours des 12 derniers mois *V.M*** : CT : 41 sur 245 (16,7%), NG : 12 sur 85 (14,1%), TP : 4 sur 36 (11,1%)*	Oui	42	20,6	20	27,4	8	25,0	64	21,6
	Non	162	79,4	53	72,6	24	75,0	233	78,4
	Total	**204**		**73**		**32**		**297**	
Séropositivité pour le VIH** *V.M*** : CT : 10 sur 245 (4,1%), NG : 4 sur 85 (4,7%), TP : 1 sur 36 (2,8%)*	Oui	1	0,5	5	6,6	3	8,6	8	2,5
	Non	217	99,5	71	93,4	32	91,4	309	97,5
	Non dépisté	17		5		0		21	
	Total	**235**		**81**		**35**		**338**	
Moment du dépistage de l'infection VIH *V.M*** : CT : 0 sur 1 (0%), NG : 1 sur 5 (20%), TP : 1 sur 3 (33,3%)*	Avant l'épisode actuel d'IST	1	100	4	100	2	100	7	100
	Au cours de cet épisode d'IST	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	**1**		**4**		**2**		**7**	

** Proportions calculées uniquement sur le total des cas séronégatifs pour le VIH ; ** Proportions calculées uniquement sur le total des cas dépistés pour le VIH ; *** V.M : valeurs manquantes, CT : Chlamydia trachomatis, NG : Neisseria gonorrhoeae, TP : Treponema pallidum ; V.M : 39 sur 309 (12,6%) pour la prise d'une PrEP, 55 sur 352 (15,6%) pour les antécédents d'IST, 14 sur 352 (4%) pour l'infection VIH et 1 sur 8 (12,5%) pour le moment du dépistage de l'infection VIH.*

Tableau 13.9 : Description des cas d'IST bactériennes selon le prescripteur de l'examen microbiologique

Le médecin déclarant est le prescripteur de l'examen microbiologique		Chlamydiose		Gonococcie		Syphilis		IST bactériennes (CT, NG, TP)	
		n	%	n	%		n	%	n
V.M : CT : 4 sur 245 (1,6%), NG : 5 sur 85 (5,9%), TP : 0 sur 36 (0%)*	Oui	138	57,3	59	73,8	31	86,1	218	63,6
	Non	103	42,7	21	26,2	5	13,9	125	36,4
	Total	**241**		**80**		**36**		**343**	

** V.M : valeurs manquantes, CT : Chlamydia trachomatis, NG : Neisseria gonorrhoeae, TP : Treponema pallidum*

V.M : 9 sur 352 (2,6%) pour la prescription de l'examen

Tableau 13.10 : Description des cas d'IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis) selon le contexte du dépistage en l'absence de symptôme

		Chlamydiose		Gonococcie		Syphilis		IST bactériennes (CT, NG, TP)	
		n	%	n	%	n	%	n**	%
Personne à l'initiative du dépistage *V.M**** : CT : 9 sur 141 (6,4%), NG : 6 sur 40 (15%), TP : 2 sur 24 (8,3%)*	Le médecin déclarant ou un autre médecin	78	59,1	19	55,9	16	72,7	108	59,7
	Le patient	54	40,9	15	44,1	6	27,3	73	40,3
	Total	**132**		**34**		**22**		**181**	
Contexte du dépistage* *V.M**** : CT : 17 sur 141 (12,1%), NG : 3 sur 40 (7,5%), TP : 0 sur 24 (0%)*	Prise de risque	36	29,0	15	40,5	10	41,7	59	33,3
	Partenaire porteur d'une IST	27	21,8	7	18,9	1	4,2	33	18,6
	Changement de partenaire	11	8,9	0	0,0	2	8,3	13	7,3
	Suivi d'une PrEP	22	17,7	15	40,5	7	29,2	39	22,0
	Bilan pré-PrEP	2	1,6	1	2,7	3	12,5	6	3,4
	Systématique chez la femme ≤ 25 ans***	13	18,8	1	10,0	0	0,0	14	17,1
	Avant l'arrêt du préservatif	6	4,8	0	0,0	0	0,0	6	3,4
	Pose ou retrait d'un DIU***	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Suivi de grossesse***	2	2,9	0	0,0	0	0,0	2	2,4
	Autre	12	9,7	1	2,7	4	16,7	17	9,6
	Total*	**124**		**37**		**24**		**177**	

** Plusieurs contextes simultanés sont possibles pour un même cas*

*** Certains contextes renseignés peuvent être rattachés à une co-infection*

**** Proportion calculée uniquement sur le total des femmes ayant eu un dépistage (n= 82 pour l'ensemble des cas, n= 69 pour les infections Ct, n= 10 pour les gonococcies et n= 4 pour la syphilis)*

***** V.M : valeurs manquantes, CT : Chlamydia trachomatis, NG : Neisseria gonorrhoeae, TP : Treponema pallidum*

V.M : 16 sur 197 (8,1%) pour l'initiative du dépistage et 20 sur 197 (10,2%) pour le contexte du dépistage en l'absence de symptôme

Description des cas d'IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis) selon les caractéristiques médicales des cas

Tableau 13.11 : Description des cas d'IST bactériennes selon la localisation du site de prélèvement positif (chlamydiose et gonococcie) et la technique de recherche des bactéries (gonococcie)

		Chlamydiose		Gonococcie	
		n	%	n	%
Localisation du prélèvement positif pour C* et G* *V.M* : CT : 7 sur 245 (2,9%), NG : 3 sur 85 (3,5%)*	Urogénitale seule	198	83,2	44	53,7
	Anale seule	20	8,4	13	15,8
	Pharyngée seule	8	3,3	9	11,0
	Urogénitale et anale	9	3,8	1	1,2
	Urogénitale et pharyngée	3	1,3	3	3,7
	Urogénitale, pharyngée et anale	0	0,0	3	3,7
	Pharyngée et anale	0	0,0	7	8,5
	Autre site	0	0,0	2	2,4
	Total	**238**		**82**	
Technique pour la recherche du gonocoque *V.M* : 3 sur 85 (3,5%)*	PCR seule		-	75	91,5
	Culture seule		-	5	6,1
	PCR et culture		-	2	2,4
	Total		**-**	**82**	

** V.M : valeurs manquantes, CT : Chlamydia trachomatis, NG : Neisseria gonorrhoeae*

L'ensemble des cas déclarés par les médecins Sentinelles n'ont pas eu un prélèvement systématique à chaque site.

Tableau 13.12 : Description des cas de syphilis selon le stade de l'infection

		Syphilis	
		n	%
Stade de la syphilis	Récent	25	69,5
	Tardif	4	11,1
	Indéterminé	7	19,4
	Total	**36**	

Valeurs manquantes : 0 sur 36 (0%)

Tableau 13.13 : Description des cas d'IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis) selon le motif de prescription de l'examen microbiologique

Motif de la prescription de l'examen microbiologique		Chlamydiose		Gonococcie		Syphilis		IST bactériennes (CT, NG, TP)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
V.M : CT : 10 sur 245 (4,1%), NG : 1 sur 85 (1,2%), TP : 0 sur 36 (0%)*	Symptôme(s) d'IST	94	40,0	44	52,4	12	33,3	144	42,2
	Dépistage	141	60,0	40	47,6	24	66,7	197	57,8
	Total	**235**		**84**		**36**		**341**	

** V.M : valeurs manquantes, CT : Chlamydia trachomatis, NG : Neisseria gonorrhoeae, TP : Treponema pallidum*

V.M : 11 sur 352 (3,1%) pour le motif de prescription

Tableau 13.14 : Description des cas symptomatiques d'IST bactériennes selon la nature des symptômes

Nature des symptômes		Chlamydiose		Gonococcie		Syphilis		IST bactériennes (CT, NG, TP)	
		n	%	n	%	n	%	n**	%
*V.M**** : CT : 4 sur 94 (4,3%), NG : 3 sur 44 (6,8%), TP : 0 sur 12 (0,0%)*	Brûlures mictionnelles	37	41,1	17	41,5	1	8,3	55	39,6
	Écoulement urétral	24	26,7	29	70,7	0	0,0	52	37,4
	Dysurie	39	43,3	12	29,3	1	8,3	51	36,7
	Leucorrhées***	23	62,2	4	80,0	0	0,0	27	65,9
	Douleur anale	1	1,1	3	7,3	1	8,3	5	3,6
	Douleurs abdomino-pelviennes	8	8,9	2	4,9	1	8,3	10	7,2
	Adénopathie inguinale	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	0,7
	Ulcération génitale	0	0,0	0	0,0	2	16,7	2	1,4
	Douleur pharyngée	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Éruption cutanée	2	2,2	0	0,0	8	66,7	10	7,2
	Lésions buccales	0	0,0	0	0,0	1	8,3	1	0,7
	Autre	10	11,1	2	4,9	3	25,0	14	10,1
	Total (présentant au moins 1 des symptômes ci-dessus) *	**90**		**41**		**12**		**139**	

** Plusieurs symptômes possibles pour un cas ; ** Certains symptômes peuvent être rattachés à une co-infection ; *** Proportion sur le total des femmes ayant présentées au moins un symptôme au moment de la prescription de l'examen biologique (n= 41 pour l'ensemble des cas, n= 37 pour les infections Ct, n= 5 pour les gonococcies et n= 0 pour la syphilis) ; **** V.M : valeurs manquantes, CT : Chlamydia trachomatis, NG : Neisseria gonorrhoeae, TP : Treponema pallidum*
V.M : 5 sur 144 (3,5%) pour la nature des symptômes

Description des cas d'IST bactériennes (chlamydiose, gonococcie et syphilis) en fonction du traitement prescrit par le médecin déclarant ou un autre médecin/sage-femme

Tableau 13.15 : Description des cas d'IST bactériennes selon la prescription, par le médecin déclarant ou un autre médecin/sage-femme, d'un traitement antibiotique **AVANT ou APRES** réception des résultats biologiques

		Chlamydiose		Gonococcie		Syphilis		IST bactériennes (CT, NG, TP)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Prescription ATB* avant ou après les résultats *V.M : CT : 1 sur 245 (0,4%), NG : 2 sur 85 (2,4%), TP : 0 sur 36 (0%)*	Oui	242	99,2	82	98,8	36	100	346	99,1
	Non	2	0,8	1	1,2	0	0,0	3	0,9
	Total	**244**		**83**		**36**		**349**	
Raison non prescription ATB* *V.M* : CT : 0 sur 2 (0%), NG : 0 sur 1 (0%), TP : 0 sur 0 (0%)*	Patient non revu	2	100	1	100	0	0,0	3	100,0
	Autre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	**2**		**1**		**0**		**3**	

** ATB : antibiotique, V.M : valeurs manquantes, CT : Chlamydia trachomatis, NG : Neisseria gonorrhoeae, TP : Treponema pallidum*

V.M : 3 sur 352 (0,9%) pour la prescription d'une antibiothérapie et 0 sur 3 (0%) pour la raison de non prescription

Tableau 13.16 : Description des cas d'IST bactériennes selon la prescription, par le médecin déclarant ou un autre médecin/sage-femme, d'un traitement antibiotique **AVANT** réception des résultats biologiques

		Chlamydiose		Gonococcie		Syphilis		IST bactériennes (CT, NG, TP)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Prescription d'ATB* avant les résultats *V.M * : CT : 4 sur 245 (1,6%), NG : 4 sur 85 (4,7%), TP : 0 sur 36 (0%)*	Oui	46	19,1	20	24,7	5	13,9	69	20,0
	Non	195	80,9	61	75,3	31	86,1	276	80,0
	Total	**241**		**81**		**36**		**345**	
Type d'ATB* prescrit avant les résultats *V.M* : CT : 0 sur 46 (0%), NG : 0 sur 20 (0%), TP : 0 sur 5 (0%)*	C3G* + Macrolide **	0	0,0	3	15,0	0	0,0	3	4,3
	Macrolide seul	17	37,0	1	5,0	0	0,0	18	26,1
	C3G* seule	1	2,2	5	25,0	0	0,0	6	8,7
	Tétracycline seule	23	50,0	2	10,0	0	0,0	25	36,2
	C3G* + Tétracycline***	2	4,3	6	30,0	0	0,0	7	10,2
	Fluoroquinolone seule	2	4,3	2	10,0	0	0,0	4	5,8
	Pénicilline seule	0	0,0	0	0,0	3	60,0	3	4,3
	Autre	1	2,2	1	5,0	2	40,0	3	4,3
	Total	**46**		**20**		**5**		**69**	

** ATB : antibiotique, V.M : valeurs manquantes, CT : Chlamydia trachomatis, NG : Neisseria gonorrhoeae, TP : Treponema pallidum, C3G : Céphalosporine de 3ème génération*

*** Pour les 3 cas, l'association « C3G + Macrolide » prescrite était en DCI « Ceftriaxone + Azithromycine »*

**** Pour les 7 cas, l'association « C3G + Tétracycline » prescrite était en DCI « Ceftriaxone + Doxycycline »*

V.M : 7 sur 352 (2%) sur la prescription d'ATB avant les résultats et 0 sur 69 (0%) sur la classe d'antibiotique prescrite avant les résultats

Tableau 13.17 : Description des cas d'IST bactériennes selon la prescription, par le médecin déclarant ou un autre médecin/sage-femme, d'un traitement antibiotique **APRES** réception des résultats biologiques

		Chlamydiose		Gonococcie		Syphilis		IST bactériennes (CT, NG, TP)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Prescription ou modification d'ATB* après les résultats *V.M* : CT : 6 sur 245 (2,4%), NG : 2 sur 85 (2,4%), TP : 0 sur 36 (0%)*	Oui	204	85,4	66	79,5	32	88,9	290	84,3
	Non	35	14,6	17	20,5	4	11,1	54	15,7
	Total	**239**		**83**		**36**		**344**	
Type d'ATB prescrit ou modifié après les résultats* *V.M* : CT : 0 sur 204 (0%), NG : 0 sur 66 (0%), TP : 1 sur 32 (3,1%)*	C3G* + Macrolide**	0	0,0	4	6,1	0	0,0	4	1,4
	Macrolide seul	63	30,9	2	3,0	1	3,2	64	22,1
	C3G* seule	1	0,5	52	78,8	0	0,0	52	18,0
	Tétracycline seule	128	62,7	0	0,0	3	9,7	130	45,0
	C3G* + Tétracycline***	6	2,9	6	9,1	0	0,0	6	2,1
	Fluoroquinolone seule	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Pénicilline seule	1	0,5	0	0,0	25	80,7	26	9,0
	Autre	5	2,5	2	3,0	2	6,4	7	2,4
	Total	**204**		**66**		**31**		**289**	

** ATB : antibiotique, V.M : valeurs manquantes, CT : Chlamydia trachomatis, NG : Neisseria gonorrhoeae, TP : Treponema pallidum, C3G : Céphalosporine de 3ème génération*

V.M : 8 sur 352 (2,3%) sur la prescription ou la modification d'ATB après les résultats et 1 sur 290 (0,3%) sur la classe d'antibiotique prescrite ou modifiée après les résultats

*** Pour les 4 cas concernés, l'association « C3G + Macrolide » prescrite était en DCI « Ceftriaxone + Azithromycine »*

**** Pour les 6 cas concernés, l'association « C3G + Tétracycline » prescrite était en DCI « Ceftriaxone + Doxycycline »*

Erratum du 07/10/2026 : les données de l'indicateur ont été corrigées, notamment l'estimation de l'incidence annuelle (p.97)

14 BORRÉLIOSE DE LYME

14.1 Surveillance de la borréliose de Lyme

Date du début de la surveillance

- 2009, semaine 01.

Zone surveillée

- France hexagonale.

Définition de cas

- Tout patient consultant et répondant à l'une des situations suivantes :
    - présence d'un ou plusieurs érythème migrant (EM) ;

    ou

    - manifestation articulaire, cutanée (hors EM) ou cardiaque évocatrice de borréliose de Lyme chez un patient ayant une sérologie positive en Elisa et confirmée par Western Blot ;

    ou

    - manifestation neurologique évocatrice de borréliose de Lyme chez un patient ayant une sérologie positive en Elisa, confirmée par une ponction lombaire avec recherche d'anticorps et synthèse intrathécale positives dans le liquide cérébro-spinal (LCS).

Données recueillies

- Nombre de cas vus en consultation
- Description des cas :
    - âge ; sexe ; date du diagnostic ; notion de piqûre de tique précédant l'épisode actuel et si oui date et lieu de la piqûre ;
    - manifestations cutanées et si oui lesquelles (érythème migrant, lymphocytome borrélien, acrodermatite chronique atrophiante) et caractéristiques (type, aspect et extension centrifuge pour l'érythème migrant, localisation pour le lymphocytome borrélien et l'acrodermatite chronique atrophiante) ;
    - manifestations neurologiques et si oui observation d'un érythème migrant dans les deux mois précédant le début des signes neurologiques (si oui : taille), quelle(s) manifestation(s) neurologique(s) (méningo radiculite, signes cliniques de méningite, encéphalite aiguë ou subaiguë, radiculonévrite sans atteinte méningée, paralysie faciale périphérique, préciser si autre nerf crânien) et réalisation d'un ponction lombaire (si oui : date, nombre de cellules, pourcentage de lymphocytes, recherche d'anticorps réalisée sur le LCS et si oui technique utilisée, résultat IgG, IgM) ;
    - manifestations rhumatologiques et si oui quel type d'arthrite (monoarthrite, oligo-arthrite, inconnue), quelles articulations touchées (anche, genou, coude, autre à préciser) et réalisation d'une ponction articulaire ;
    - manifestations cardiaques et si oui lesquelles (bloc atrioventriculaire, autre à préciser);
    - prescription d'un sérologique ELISE/EIA/CLIA et western-blot/immunoblot (si oui : disponibilité du résultat, si disponible date, technique réalisée, résultat IgG, IgM) ;
    - prescription d'une antibiothérapie, hospitalisation demandée au décours de la consultation.

La liste des principales publications scientifiques effectuées par l'équipe Sentinelles à partir des données de surveillance pour cet indicateur est disponible sur le site Internet du réseau Sentinelles : http://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=maladies&mal=18.

14.2 Protocole de validation des cas

Ont été validés, les cas décrits répondant à l'une des situations suivantes :

- présence d'un ou plusieurs érythème migrant (EM), sans critère de taille = diagnostic clinique ;
- manifestation articulaire, cutanée (hors EM) ou cardiaque évocatrice de borréliose de Lyme chez un patient ayant une sérologie positive en Elisa et confirmée par western blot ;
- manifestation neurologique évocatrice de borréliose de Lyme chez un patient ayant une sérologie positive en Elisa et une ponction lombaire avec recherche d'anticorps et synthèse intrathécale positives dans le liquide cérébro-spinal (LCS).

Cas particuliers :

- En cas de déclaration d'un « érythème migrant » accompagné d'une « autre manifestation », le médecin Sentinelles déclarant est appelé afin d'orienter vers l'une des deux réponses (un patient avec un EM et une « autre manifestation » sera classé dans la catégorie « formes disséminées »).
- Les cas présentant une méningoradiculite ou une paralysie faciale unilatérale, pour lesquels les résultats de l'analyse de la ponction lombaire ne sont pas disponibles, seront inclus :
    - en cas d'antécédent d'érythème migrant (EM) dans un délai compatible (délai maximum de 2 mois entre le début de la symptomatologie neurologique et la fin des symptômes d'EM) ;
    - en présence d'une sérologie positive avec confirmation par western blot.

14.3 Résultats de la surveillance annuelle de la borréliose de Lyme (janvier à décembre 2025)

14.3.1 Nombre de cas déclarés, estimations des incidences et des taux d'incidence des cas de borréliose de Lyme vus en consultation de médecine générale

- Nombre de cas déclarés par les médecins Sentinelles et validés : **216**, dont 216 (100%) individuellement décrits
  - Cas correspondant à un ou plusieurs érythèmes migrants : **212** (98,1%)
  - Cas correspondant à une manifestation disséminée : **4** (1,9%)
- Estimation du taux d'incidence annuel des cas vus en consultation de médecine générale : **71 cas / 100 000 hts** [IC 95% : 60 ; 82]
- Estimation de l'incidence annuelle des cas vus en consultation de médecine générale : **47 331 cas** [IC 95% : 40 277 ; 54 385]



Figure 14.1 : Estimation des taux d'incidence annuels des cas de borréliose de Lyme vus en consultation de médecine générale, France hexagonale, 2009 - 2025 (intervalle de confiance à 95%)



Figure 14.2 : Estimation des taux d'incidence annuels régionaux (anciennes régions) des cas de borréliose de Lyme vus en consultation de médecine générale, France hexagonale, 2009 - 2025 (intervalle de confiance à 95%)

Tableau 14.1 : Estimation des taux d'incidence annuels régionaux (anciennes régions) des cas de borréliose de Lyme vus en consultation de médecine générale, France hexagonale, 2025

Région	Estimation des taux d'incidence pour 100 000 habitants et IC 95%
Alsace	247 [159 ; 335]
Aquitaine	33 [3 ; 63]
Auvergne	42 [0 ; 104]
Basse-Normandie	50 [9 ; 91]
Bourgogne	79 [15 ; 143]
Bretagne	59 [31 ; 87]
Centre	99 [50 ; 148]
Champagne-Ardenne	75 [15 ; 135]
Corse	0*
Franche-Comté	206 [62 ; 350]
Haute-Normandie	81 [0 ; 202]
Ile-de-France	32 [18 ; 46]
Languedoc-Roussillon	50 [12 ; 88]
Limousin	95 [0 ; 240]
Lorraine	227 [114 ; 340]
Midi-Pyrénées	197 [104 ; 290]
Nord-Pas-de-Calais	16 [0 ; 39]
Pays de la Loire	48 [18 ; 78]
Picardie	45 [1 ; 89]
Poitou-Charentes	32 [0 ; 68]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	24 [0 ; 51]
Rhône-Alpes	82 [51 ; 113]
France hexagonale	**71 [60 ; 82]**

* Aucun cas de borréliose de Lyme rapporté en 2025 par les médecins généralistes Sentinelles

14.3.2 Description des cas de borréliose de Lyme déclarés par les médecins Sentinelles

Description des cas de borréliose de Lyme en fonction du sexe et de l'âge

Tableau 14.2 : Distribution des cas selon le sexe

Sexe	Effectif	Proportion (%)
Féminin	113	53,0
Masculin	100	47,0
Total	**213**	

Valeurs manquantes : 3 sur 216 (1,4%)

Tableau 14.3 : Distribution des cas selon l'âge (minimum, médiane, maximum)

Minimum	Médiane	Maximum
1 an et 10 mois	54,5 ans	90 ans

Valeurs manquantes : 2 sur 216 (0,9%)

Tableau 14.4 : Distribution des cas par tranche d'âge

Classe d'âge (ans)	Effectif	Proportion (%)
< 5	1	0,5
5 - 9	9	4,2
10 - 14	5	2,3
15 - 19	6	2,8
20 - 29	10	4,7
30 - 39	29	13,5
40 - 49	30	14,0
50 - 59	40	18,7
60 - 69	53	24,8
70 - 79	27	12,6
≥ 80	4	1,9
Total	214	

Valeurs manquantes : 2 sur 216 (0,9%)

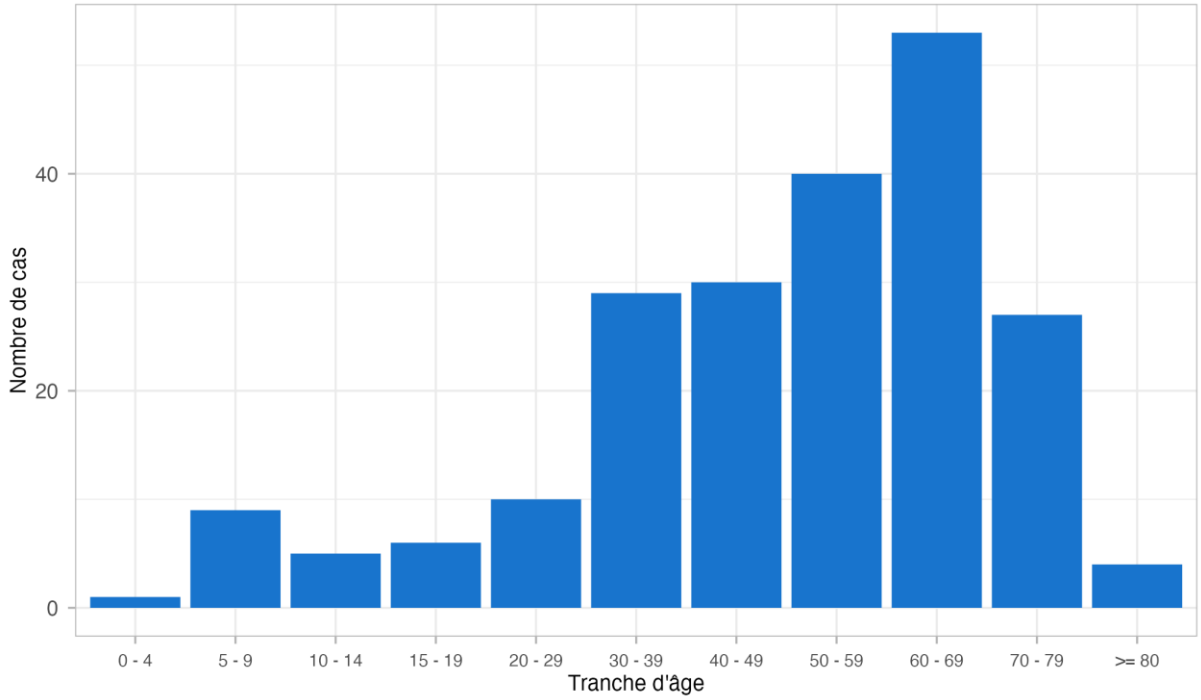


Figure 14.3 : Distribution des cas de borréliose de Lyme déclarés par les médecins généralistes Sentinelles selon l'âge en 2025

Description des cas de borréliose de Lyme en fonction du type de manifestation

Tableau 14.5 : Distribution des cas selon l'existence d'un érythème migrant ou d'une manifestation disséminée (précoces ou tardives)

Type de manifestation	Effectif	Proportion (%)
Érythème migrant (unique ou multiple)	212	98,1
Erythème migrant ≥ 5 cm*	179	84,4
Manifestations disséminées	4	1,9
Total	**216**	

Valeurs manquantes : 0 sur 216 pour le type de manifestation (0%) et 0 sur 212 (0%) pour la taille de l'érythème migrant
** En cas d'EM multiple la taille du plus grand est prise en compte*

Tableau 14.6 : Estimations des incidences et des taux d'incidence annuels des cas de borréliose de Lyme vus en consultation de médecine générale en fonction du type de manifestation, France hexagonale, 2025 *

Type de manifestation	Estimation de l'Incidence et IC 95%	Estimation du taux d'incidence pour 100 000 habitants et IC 95%
Érythème migrant (unique ou multiple)	46 483 [39 485 ; 53 481]	69 [59 ; 80]
Érythème migrant ≥ 5 cm**	39 513 [33 044 ; 45 982]	59 [49 ; 69]
Manifestations disséminées	846 [0 ; 1 729]	1 [0 ; 3]
Érythème migrant ≥ 5 cm ou Manifestations disséminées**	40 359 [33 830 ; 46 888]	60 [50 ; 70]

** Il est important de noter que le mode de calcul des incidences peut entrainer de légères différences entre la somme des incidences en sous-groupe et l'incidence globale calculée directement. Les méthodes de calcul du réseau Sentinelles sont disponibles sur le site Internet à l'adresse : http://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=methodes*

*** En cas d'EM multiple la taille du plus grand est prise en compte*

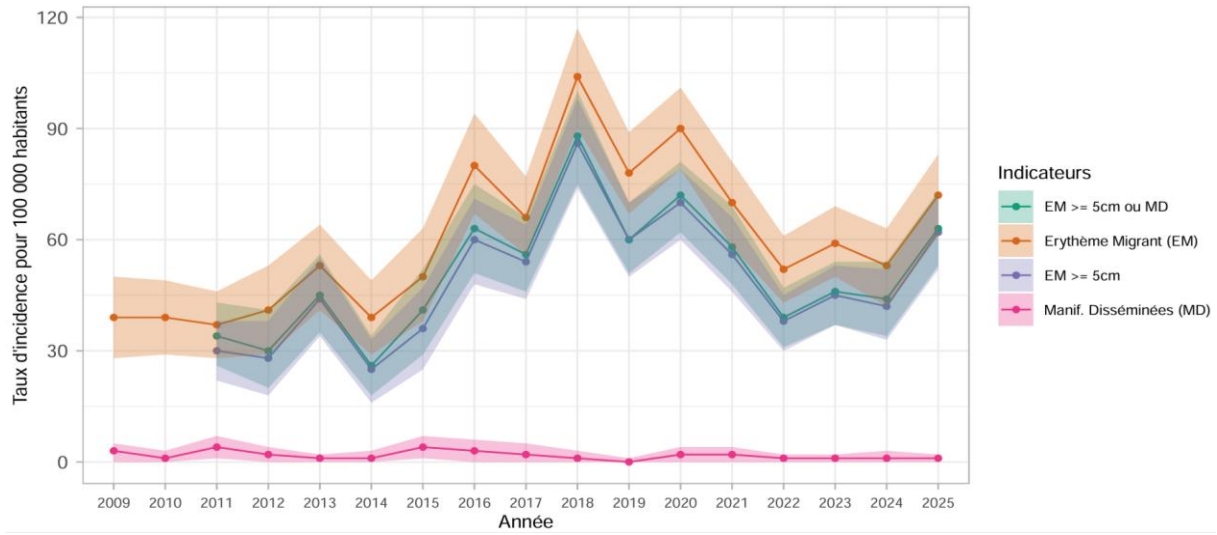


Figure 14.4 : Estimation des taux d'incidence annuels des cas de borréliose de Lyme vus en consultation de médecine générale en fonction du type de manifestation, France hexagonale, 2009 - 2025 (intervalle de confiance à 95 %)

Tableau 14.7 : Distribution des cas selon les caractéristiques de l'érythème migrant

Description de l'érythème migrant		Effectif	Proportion (%)
Type de lésion *Valeurs manquantes : 1 sur 212 (0,5%)*	Unique	205	97,2
	Multiple	6	2,8
	Total	**211**	
Aspect de l'érythème migrant *Valeurs manquantes : 13 sur 212 (6,1%)*	Centre clair	45	22,6
	Homogène	61	30,7
	En cible	93	46,7
	Total	**199**	
Extension centrifuge *Valeurs manquantes : 32 sur 212 (15,1%)*	Oui	169	93,9
	Non	11	6,1
	Total	**180**	
Taille* *Valeurs manquantes : 0 sur 212 (0%)*	< 5 cm	33	15,6
	≥ 5 cm	179	84,4
	Total	**212**	

** En cas d'EM multiple la taille du plus grand est prise en compte*

Tableau 14.8 : Distribution des cas présentant une manifestation disséminée selon le type de manifestation

Manifestations disséminées	Effectif	Proportion (%)
Manifestation neurologique	**3**	75,0
Paralysie faciale	1	
Radiculonévrite	2	
Manifestation rhumatologique	**1**	25,0
Arthrite de Lyme	1	
Total	**4**	

Valeurs manquantes : 0 sur 4 (0%)

Description des cas de borréliose de Lyme en fonction du contexte et de la prise en charge

Tableau 14.9 : Distribution des cas selon la notion de piqûre de tique avant les symptômes cliniques rapportés

Notion de piqûre par une tique	Érythème migrant		Manifestation disséminée		Total	
	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)
Oui	135	73,8	2	66,7	137	73,7
Non	48	26,2	1	33,3	49	26,3
Total	**183**		**3**		**186**	

Valeurs manquantes : 29 sur 212 (13,7%) pour les EM, 1 sur 4 (25,0%) pour les manifestations disséminées et 30 sur 216 (13,9%) pour l'ensemble

Tableau 14.10 : Délai (en jours) entre la dernière piqûre de tique connue précédant le début de la maladie et la consultation où le médecin généraliste a posé le diagnostic (minimum, médiane, maximum), chez les patients présentant un (ou plusieurs) érythèmes migrants

Minimum	Médiane	Maximum
2,0	14,0	92,0

Valeurs manquantes : 45 sur 135 (33,3%) pour les EM avec notion de piqûre

Tableau 14.11 : Distribution des cas selon la localisation géographique de la piqûre de tique

Localisation géographique de la piqûre de tique	Effectif	Proportion (%)
France	127	99,2
Cas pour lesquels le lieu de piqûre est différent du lieu de consultation du médecin Sentinelles déclarant (région)	*13*	*10,8*
Étranger *(pays non précisé)*	1	0,8
Total	**128**	

Valeurs manquantes : 9 sur 137 (6,6%) pour la localisation en France ou à l'étranger, et 7 sur 127 (5,5%), en cas de piqûre en France, pour savoir si le lieu de piqûre est différent du lieu de consultation du médecin Sentinelles déclarant

Tableau 14.12 : Distribution des cas selon la prescription d'une antibiothérapie

Antibiothérapie prescrite	Effectif	Proportion (%)
Oui	209	100,0
Non	0	0
Total	**209**	

Valeurs manquantes : 7 sur 216 (3,2%)

Tableau 14.13 : Distribution des cas selon l'existence d'une demande d'hospitalisation

Hospitalisation	Effectif	Proportion (%)
Oui	4	2,0
Non	199	98,0
Total	**203**	

Valeurs manquantes : 13 sur 216 (6,0%)

15 ACTES SUICIDAIRES : TENTATIVES DE SUICIDE ET SUICIDES

15.1 Surveillance des actes suicidaires en médecine générale

Les données déclarées par les médecins Sentinelles sont présentées selon l'organisation suivante :

- actes suicidaires : tentatives de suicide et suicides ;
- tentatives de suicide ;
- suicides.

Date du début de la surveillance

- 1999, semaine 5

Zone surveillée

- France hexagonale

Définition

- Toute personne de sa patientèle pour laquelle le médecin Sentinelles surveillant a connaissance :
    - d'une tentative de suicide (TS) définie par :
        - tout acte délibéré réalisé dans l'intention de se donner la mort : geste de violence sur sa propre personne (phlébotomie, précipitation, pendaison, arme à feu, intoxication au gaz, etc.) ou ingestion d'une substance toxique ou de médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique ;
        - cet acte doit être inhabituel : les conduites addictives (alcool, drogues, etc.) sont donc exclues ainsi que les automutilations répétées et les refus de s'alimenter ;
        - cet acte ne conduit pas au décès de la personne.
    - ou d'un suicide :
        - définition identique, mais dont l'acte conduit au décès de la personne.

Données recueillies

- Nombre d'actes suicidaires dont le médecin Sentinelles surveillant a connaissance dans sa patientèle ;
- Description des actes suicidaires :
    - Caractéristiques du patient : âge, sexe (assigné à la naissance), genre auquel s'identifie le patient, orientation sexuelle actuelle, niveau de diplôme, situation affective, constitution du foyer, statut professionnel et secteur d'activité. Si activité même non rémunérée :
        - difficultés rapportées par le patient (intensité du travail, exigences émotionnelles …) ;
        - acte suicidaire sur le lieu de travail.
    - Contexte de l'acte suicidaire : date et prise de connaissance de l'acte par le médecin, modalité de l'acte (médicaments, phlébotomie, arme à feu, pendaison, noyade, précipitation, si autres les préciser), mise en danger d'autrui au cours de l'acte, antécédents de tentative de suicide du patient, troubles psychiatriques (trouble de l'humeur, de l'anxiété, addiction…), difficultés liées à l'activité professionnelle, à la scolarité, isolement social, difficultés financières, ou encore événements de vie durant les 12 derniers mois (perte d'un être cher, licenciement, divorce ou séparation, harcèlement, agression).
    - Prise en charge et évolution :
        - Patient déjà vu en consultation avant l'acte **et si oui** :
            - date de la dernière consultation, motif de la dernière consultation (somatique, psychologique, suivi maladie chronique, si autre préciser) ;

- idées suicidaires rapportées lors des dernières consultations, exploration d'idées suicidaires.

- Décès au décours de cet acte **et si non** :
  - Prise en charge de l'acte : par le médecin généraliste, aux urgences, à l'hôpital, par d'autres services (centres antipoison etc.), par un psychiatre ou un psychologue libéral, par un CMP, par la ligne nationale de prévention du suicide (3114) ;
  - Suite de la tentative de suicide : inclusion du patient dans le dispositif de veille des suicidants VigilanS.

La liste des principales publications scientifiques effectuées par l'équipe Sentinelles à partir des données de surveillance pour cet indicateur est disponible sur le site Internet du réseau Sentinelles : http://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=maladies&mal=0.

15.2 Résultats de la surveillance annuelle des actes suicidaires (tentatives de suicide + suicides) (janvier à décembre 2025)

- Nombre d'actes suicidaires déclarés par les médecins Sentinelles : **196** (215 en 2024), dont **177** (90,3%) individuellement décrits
- Parmi les actes suicidaires décrits :
  - **136 (76,8%)** tentatives de suicide (159 en 2024)
  - **32 (18,1%)** suicides (30 en 2024)
  - **9 (5,1%)** actes suicidaires indéterminés car non renseignés pour la variable « décès »

15.3 Résultats de la surveillance annuelle des tentatives de suicide (janvier à décembre 2025)

15.3.1 Nombre de tentatives de suicide déclarées, estimations des incidences et des taux d'incidence de tentatives de suicide

- Nombre de tentatives de suicide déclarées par les médecins Sentinelles : **136** individuellement décrites
- Estimation du taux d'incidence annuel des tentatives de suicide, dont les médecins généralistes ont connaissance dans leur patientèle : **44 / 100 000 hts** [IC 95% : 37 ; 52]
- Estimation de l'incidence annuelle des tentatives de suicide, dont les médecins généralistes ont connaissance dans leur patientèle : **29 670** [IC 95% : 24 702 ; 34 638]

15.3.2 Description des tentatives de suicide déclarées par les médecins Sentinelles

Description des tentatives de suicide selon les caractéristiques socio-démographiques

Tableau 15.1 : Distribution des tentatives de suicide selon le sexe

Sexe	Effectif	Proportion (%)
Féminin	77	56,6
Masculin	59	43,4
Total	**136**	

Valeurs manquantes : 0 sur 136 (0%)

Tableau 15.2 : Distribution des tentatives de suicide selon l'âge (minimum, médiane, maximum)

Minimum	Médiane	Maximum
13 ans	31 ans	88 ans

Valeurs manquantes : 0 sur 136 (0%)

Tableau 15.3 : Distribution des tentatives de suicide par tranche d'âge

Classe d'âge (ans)	Effectif	Proportion (%)
< 15	11	8,1
15 - 19	22	16,2
20 - 24	14	10,3
25 - 29	18	13,2
30 - 34	13	9,6
35 - 39	8	5,9
40 - 49	17	12,5
50 - 59	17	12,5
60 - 69	10	7,3
≥ 70	6	4,4
Total	**136**	

Valeurs manquantes : 0 sur 136 (0%)

Tableau 15.4 : Distribution des tentatives de suicide selon le niveau de diplôme

Niveau de diplôme	Effectif	Proportion (%)
Aucun diplôme	19	20,0
Inférieur au baccalauréat (ex : CEP, BEPC, BEP, CAP)	34	35,8
Baccalauréat à Baccalauréat + 2	26	27,4
Baccalauréat + 3 et supérieur	16	16,8
Total	**95**	

Valeurs manquantes : 41 sur 136 (30,1%)

Tableau 15.5 : Distribution des tentatives de suicide selon l'activité professionnelle

Activité professionnelle	Effectif	Proportion (%)
Activité même non rémunérée	45	37,8
Étudiant sans activité professionnelle	26	21,8
Chômage ou sans activité	12	10,1
Retraité	11	9,2
Au foyer	4	3,4
Étudiant avec activité professionnelle	2	1,7
Autre situation	19	16,0
Total	**119**	

Valeurs manquantes : 17 sur 136 (12,5%)

Description des tentatives de suicide selon le contexte

Tableau 15.6 : Distribution des tentatives de suicide selon le genre auquel s'identifie au mieux le patient

Genre	Effectif	Proportion (%)
Homme	46	38,6
Femme	56	47,1
Non binaire	0	0,0
Ne sait pas	17	14,3
Total	**119**	

Valeurs manquantes : 17 sur 136 (12,5%)

Tableau 15.7 : Distribution des tentatives de suicide selon l'orientation sexuelle actuelle du patient

Orientation sexuelle	Effectif	Proportion (%)
Hétérosexuelle	80	66,1
Homosexuelle	3	2,5
Bisexuelle	3	2,5
Ne sait pas	33	21,2
Autre	2	1,7
Total	**121**	

Valeurs manquantes : 15 sur 136 (11,0%)

Tableau 15.8 : Distribution des tentatives de suicide selon l'existence d'un antécédent de tentative de suicide

Antécédent de tentative de suicide	Effectif	Proportion (%)
Oui	53	46,1
Non	62	53,9
Total	**115**	

Valeurs manquantes : 21 sur 136 (15,4%)

Tableau 15.9 : Distribution des tentatives de suicide selon les antécédents de troubles psychiatriques

Antécédents de troubles psychiatriques	Effectif	Proportion (%)
Oui *(plusieurs réponses possibles)*	89	71,8
Trouble dépressif	66	74,2
Trouble anxieux	39	43,8
Trouble lié à l'usage de substances (alcool, drogue, etc.)	19	21,3
Trouble de la personnalité	13	14,6
Autre	11	12,4
Non	35	28,2
Total	**124**	

Valeurs manquantes : 12 sur 136 (8,8%)

Tableau 15. 10 : Distribution des tentatives de suicide selon la situation du patient au moment de l'acte

Contexte		Effectif	Proportion (%)
Situation affective	En couple	52	45,2
Valeurs manquantes : 21 sur 136 (15,4%)	Célibataire	52	45,2
	Autre	11	9,6
	Total	**115**	
Vit seul	Oui	30	24,2
Valeurs manquantes : 12 sur 136 (8,8%)	Non	94	75,8
	Total	124	
Difficultés sentimentales	Oui	75	70,8
Valeurs manquantes : 30 sur 136 (22,1%)	Non	31	29,2
	Total	**106**	
Difficultés professionnelles	Oui	32	33,0
Valeurs manquantes : 39 sur 136 (28,7%)	Non	65	67,0
	Total	**97**	
Difficultés scolaires	Oui	19	24,4
Valeurs manquantes : 58 sur 136 (42,6%)	Non	59	75,6
	Total	**78**	
Difficultés financières	Oui	26	26,8
Valeurs manquantes : 39 sur 136 (28,7%)	Non	71	73,2
	Total	**97**	
Personne dans l'entourage sur qui compter	Oui	86	72,3
Valeurs manquantes : 17 sur 136 (12,5%)	Non	33	27,7
	Total	**119**	

Tableau 15.11 : Distribution des tentatives de suicide selon le vécu d'un évènement de vie marquant durant les 12 mois précédant l'acte (en dehors d'un évènement lié au Covid-19)

Evènement de vie durant les 12 derniers mois (hors Covid-19)	Effectif	Proportion (%)
Oui *(plusieurs réponses possibles)*	50	50,5
Séparation ou divorce	21	42,0
Menaces, humiliations ou intimidations (y compris sur Internet)	9	18,0
Licenciement ou arrêt de l'activité professionnelle (hors départ à la retraite)	6	12,0
Harcèlement et/ou agression sexuelle	5	10,0
Perte d'un parent ou d'un être cher	4	8,0
Agression physique (hors agression sexuelle)	3	6,0
Autre	20	4,0
Non	49	49,5
Total	**99**	

Valeurs manquantes : 37 sur 136 (27,2%)

Description des tentatives de suicide selon les caractéristiques de l'acte

Tableau 15.12 : Distribution des tentatives de suicide selon la modalité de l'acte suicidaire

Modalité de la TS	Effectif	Proportion (%)
Médicaments	80	64,0
Phlébotomie	12	9,6
Pendaison	11	8,8
Précipitation contre un véhicule roulant	2	1,6
Chute de hauteur	2	1,6
Arme à feu	1	0,8
Noyade	0	0,0
Autre/Multiple	17	13,6
Total	**125**	

Valeurs manquantes : 11 sur 136 (8,1%)

Parmi les tentatives de suicide déclarées, aucune n'a mis en danger la vie d'autrui au cours de l'acte (N=121 ; valeurs manquantes : 15 sur 136 (11,0%)). Parmi les patients ayant une activité même non rémunérée, 2 tentatives de suicide (4,8%) sont survenues sur le lieu de travail (N=42 ; valeurs manquantes : 3 sur 45 (6,7%)).

Description des tentatives de suicide selon la prise en charge du médecin déclarant

Tableau 15.13 : Distribution des tentatives de suicide selon l'existence d'une consultation avec le médecin déclarant, avant la tentative de suicide

Patient vu en consultation avant la tentative de suicide	Effectif	Proportion (%)
Oui	116	90,6
Non	12	9,4
Total *Valeurs manquantes : 8 sur 136 (5,9%)*	**128**	
Si oui		
Date de la dernière consultation avec le patient		
< 1 semaine	11	9,7
1 - 4 semaines	41	36,3
1 - 6 mois	43	38,1
> 6 mois	18	15,9
Total *Valeurs manquantes : 3 sur 116 (2,6%)*	**113**	
Motif de la consultation *(plusieurs réponses possibles)*		
Psychologique	60	51,7
Somatique	53	45,7
Suivi de maladie chronique	28	24,1
Autre	6	5,2
Total *Valeurs manquantes : 0 sur 116 (0%)*	**116**	

Tableau 15.14 : Parmi les patients déjà vus en consultation, distribution des tentatives de suicide selon le contexte identifié par le médecin généraliste

Contexte identifié		Effectif	Proportion (%)
Idées suicidaires exprimées spontanément lors des dernières consultations *Valeurs manquantes : 6 sur 116 (5,2%)*	Oui	26	23,6
	Non	84	76,4
	Total	**110**	
Idées suicidaires explorées par le médecin lors des dernières consultations *Valeurs manquantes : 5 sur 116 (4,3%)*	Oui	58	52,3
	Non	53	47,7
	Total	**111**	

Tableau 15.15 : Distribution des tentatives de suicide selon la prise de connaissance de l'acte par le médecin généraliste

Prise de connaissance de l'acte	Effectif	Proportion (%)
Directement par le patient	47	36,2
Par la famille ou l'entourage du patient	39	30,0
Par un compte-rendu hospitalier	35	26,9
Autre	9	6,9
Total	**130**	

Valeurs manquantes : 6 sur 136 (4,4%)

Tableau 15.16 : Distribution des tentatives de suicide selon l'implication du médecin généraliste dans la prise en charge immédiate de l'acte

Implication dans la prise en charge immédiate de l'acte	Effectif	Proportion (%)
Oui	13	16,1
Non	114	83,9
Total	**127**	

Valeurs manquantes : 9 sur 136 (6,6%)

Tableau 15.17 : Distribution des tentatives de suicide selon la prise en charge après l'acte par d'autres professionnels

Prise en charge		Effectif	Proportion (%)
Adressage aux urgences *Valeurs manquantes : 27 sur 136 (19,9%)*	Oui	88	80,7
	Non	21	19,3
	Total	**109**	
Hospitalisation *Valeurs manquantes : 32 sur 136 (23,5%)*	Oui	69	66,3
	Non	35	33,7
	Total	**104**	
Autres services *Valeurs manquantes : 35 sur 136 (25,7%)*	Oui	10	9,9
	Non	91	90,1
	Total	**101**	
Psychiatre ou psychologue libéral *Valeurs manquantes : 41 sur 136 (30,1%)*	Oui	47	49,5
	Non	48	50,5
	Total	**95**	
CMP *Valeurs manquantes : 47 sur 136 (34,6%)*	Oui	29	32,6
	Non	60	67,4
	Total	**89**	
Ligne nationale de prévention du suicide (3114) *Valeurs manquantes : 61 sur 136 (44,9%)*	Le patient en a bénéficié	5	6,7
	Le patient n'en a pas bénéficié	40	53,3
	Je connais ce dispositif mais je ne sais pas pour ce patient	24	32,0
	Je ne connais pas ce dispositif	6	8,0
	Total	**75**	
Inclusion dans le dispositif VigilanS *Valeurs manquantes : 59 sur 136 (43,4%)*	Le patient était déjà inclus dans ce dispositif	13	16,9
	Le patient en a bénéficié pour la première fois	16	20,8
	Je connais ce dispositif et je sais que le patient n'en a pas bénéficié	18	23,4
	Je connais ce dispositif mais je ne sais pas pour ce patient	18	23,4
	Je ne connais pas ce dispositif	12	15,5
	Total	**77**	

15.4 Résultats de la surveillance annuelle des suicides (janvier à décembre 2025)

15.4.1 Nombre de suicides déclarés, estimations des incidences et des taux d'incidence des suicides

- Nombre de suicides déclarés par les médecins Sentinelles : **32** individuellement décrits
- Estimation du taux d'incidence annuel des suicides, dont les médecins généralistes ont connaissance dans leur patientèle : **11 / 100 000 hts** [IC 95% : 7 ; 14]
- Estimation de l'incidence annuelle des suicides, dont les médecins généralistes ont connaissance dans leur patientèle : **7 169** [IC 95% : 4 659 ; 9 679]

15.4.2 Description des suicides déclarés par les médecins Sentinelles

Distribution des suicides selon les caractéristiques socio-démographiques

Tableau 15.18 : Distribution des suicides selon le sexe

Sexe	Effectif	Proportion (%)
Féminin	10	31,2
Masculin	22	68,8
Total	**32**	

Valeurs manquantes : 0 sur 32 (0,0%)

Tableau 15.19 : Distribution des suicides selon l'âge (minimum, médiane, maximum)

Minimum	Médiane	Maximum
17 ans	62,5 ans	96 ans

Valeurs manquantes : 1 sur 30 (0,0%)

Tableau 15.20 : Distribution des suicides par tranche d'âge

Classe d'âge (ans)	Effectif	Proportion (%)
< 15	0	0,0
15 - 19	1	3,1
20 - 24	0	0,0
25 - 29	3	9,4
30 - 34	0	0,0
35 - 39	0	0,0
40 - 49	3	9,4
50 - 59	7	21,9
60 - 69	5	15,6
≥ 70	13	40,6
Total	**32**	

Valeurs manquantes : 0 sur 30 (0,0%)

Tableau 15.21 : Distribution des suicides selon le niveau de diplôme

Niveau de diplôme	Effectif	Proportion (%)
Aucun diplôme	4	25,0
Inférieur au baccalauréat (ex : CEP, BEPC, BEP, CAP)	7	43,8
Baccalauréat à Baccalauréat + 2	3	18,7
Baccalauréat + 3 et supérieur	2	12,5
Total	**16**	

Valeurs manquantes : 16 sur 32 (50,0%)

Tableau 15.22 : Distribution des suicides selon l'activité professionnelle

Activité professionnelle	Effectif	Proportion (%)
Retraité	15	50,0
Activité même non rémunérée	6	20,0
Chômage	4	13,3
Étudiant sans activité professionnelle	1	3,3
Étudiant avec activité professionnelle	0	0,0
Au foyer	0	0,0
Autre situation	4	13,3
Total	**30**	

Valeurs manquantes : 2 sur 32 (6,3%)

Description des suicides selon le contexte

Tableau 15.23 : Distribution des suicides selon l'orientation sexuelle actuelle du patient

Orientation sexuelle	Effectif	Proportion (%)
Hétérosexuelle	20	64,5
Homosexuelle	1	3,2
Bisexuelle	1	3,2
Ne sait pas	9	29,0
Total	**31**	

Valeurs manquantes : 1 sur 32 (3,1%)

Tableau 15.24 : Distribution des suicides selon le genre auquel s'identifie au mieux le patient

Genre	Effectif	Proportion (%)
Homme	16	53,3
Femme	7	23,3
Non binaire	0	0,0
Ne sait pas	7	23,3
Total	**30**	

Valeurs manquantes : 2 sur 32 (6,3%)

Tableau 15.25 : Distribution des suicides selon l'existence d'un antécédent de tentative de suicide

Antécédent de tentatives de suicide	Effectif	Proportion (%)
Oui	9	34,6
Non	17	65,4
Total	**26**	

Valeurs manquantes : 6 sur 32 (18,8%)

Tableau 15.26 : Distribution des suicides selon les antécédents de troubles psychiatriques

Antécédents de troubles psychiatriques	Effectif	Proportion (%)
Oui *(plusieurs réponses possibles)*	21	70,0
Trouble dépressif	15	71,4
Trouble anxieux	9	42,9
Trouble de la personnalité	7	33,3
Trouble lié à l'usage de substances (alcool, drogue, etc.)	5	23,8
Autre	2	9,5
Non	9	30,0
Total	**30**	

Valeurs manquantes : 2 sur 32 (6,3%)

Tableau 15.27 : Distribution des suicides selon la situation du patient au moment de l'acte

Contexte		Effectif	Proportion (%)
Situation affective *Valeurs manquantes : 1 sur 32 (3,1%)*	En couple	17	54,8
	Célibataire	12	38,7
	Autre	2	6,5
	Total	**31**	
Vit seul *Valeurs manquantes : 1 sur 32 (3,1%)*	Oui	13	41,9
	Non	18	58,1
	Total	**31**	
Difficultés sentimentales *Valeurs manquantes : 6 sur 32 (18,8%)*	Oui	13	50,0
	Non	13	50,0
	Total	**26**	
Difficultés professionnelles *Valeurs manquantes : 15 sur 32 (46,9%)*	Oui	2	11,8
	Non	15	88,2
	Total	**17**	
Difficultés scolaires *Valeurs manquantes : 19 sur 32 (59,4%)*	Oui	0	0,0
	Non	13	100,0
	Total	**13**	
Difficultés financières *Valeurs manquantes : 10 sur 32 (31,3%)*	Oui	7	31,8
	Non	15	68,2
	Total	**22**	
Présence d'une personne sur qui compter dans l'entourage *Valeurs manquantes : 4 sur 32 (12,5%)*	Oui	21	75,0
	Non	7	25,0
	Total	**28**	

Tableau 15.28 : Distribution des suicides selon le vécu d'un évènement de vie marquant durant les 12 mois précédant l'acte

Evènement de vie durant les 12 derniers mois	Effectif	Proportion (%)
Oui *(plusieurs réponses possibles)*	10	40,0
Perte d'un parent ou d'un être cher	2	20,0
Agression physique (hors agression sexuelle)	1	10,0
Séparation ou divorce	0	0,0
Licenciement ou arrêt de l'activité professionnelle (hors retraite)	0	0,0
Harcèlement et/ou agression sexuelle	0	0,0
Menaces, humiliations ou intimidations (y compris sur Internet)	0	20,0
Autre	8	80,0
Non	15	60,0
Total	**25**	

Valeurs manquantes :7 sur 32 (21,9%)

Description des suicides selon les caractéristiques de l'acte

Tableau 15.29 : Distribution des suicides selon la modalité de l'acte suicidaire

Modalité de la TS	Effectif	Proportion (%)
Pendaison	12	40,0
Médicaments	5	16,7
Précipitation contre un véhicule roulant	4	13,3
Arme à feu	3	10,0
Noyade	3	10,0
Phlébotomie	1	3,3
Chute de hauteur	1	3,3
Autre/Multiple	1	3,3
Total	**30**	

Valeurs manquantes : 2 sur 32 (6,3%)

Parmi les suicides déclarés, 3 ont mis en danger la vie d'autrui au cours de l'acte (N=32 ; valeurs manquantes : 0 sur 32 (0,0%)). Parmi les patients ayant une activité même non rémunérée, aucun (0,0%) suicide n'est survenu sur le lieu de travail (N=6 ; valeurs manquantes : 0 sur 6 (0,0%)).

Description des suicides selon la prise en charge du médecin déclarant

Tableau 15.30 : Distribution des suicides selon l'existence d'une consultation avec le médecin généraliste déclarant avant l'acte suicidaire

Patient vu en consultation avant le suicide	Effectif	Proportion (%)
Oui	25	80,6
Non	6	19,4
Total *Valeurs manquantes : 1 sur 32 (3,1%)*	**31**	
Si oui		
Date de la dernière consultation avec le patient		
< 1 semaine	3	12,0
1 - 4 semaines	12	48,0
1 - 6 mois	6	24,0
> 6 mois	4	16,0
Total *Valeurs manquantes : 0 sur 25 (0,0%)*	**25**	
Motif de la consultation *(plusieurs réponses possibles)*		
Suivi de maladie chronique	14	56,0
Somatique	11	44,0
Psychologique	5	20,0
Autre	0	0,0
Total *Valeurs manquantes : 0 sur 25 (0,0%)*	**25**	

Tableau 15.31 : Parmi les patients déjà vus en consultation, distribution des suicides selon le contexte identifié par le médecin généraliste

Contexte identifié		Effectif	Proportion (%)
Idées suicidaires exprimées spontanément lors des dernières consultations *Valeurs manquantes : 0 sur 25 (0,0%)*	Oui	5	20,0
	Non	20	80,0
	Total	**25**	
Idées suicidaires explorées par le médecin lors des dernières consultations *Valeurs manquantes : 0 sur 25 (0,0%)*	Oui	12	48,0
	Non	13	52,0
	Total	**25**	

Tableau 15.32 : Distribution des suicides selon la prise de connaissance de l'acte par le médecin généraliste

Prise de connaissance de l'acte	Effectif	Proportion (%)
Par la famille ou l'entourage du patient	17	53,1
Par un compte-rendu hospitalier	2	6,2
Autre	13	40,6
Total	**32**	

Valeurs manquantes : 0 sur 32 (0,0%)

Tableau 15.33 : Distribution des suicides selon l'implication du médecin généraliste dans la prise en charge immédiate de l'acte

Implication dans la prise en charge immédiate de l'acte	Effectif	Proportion (%)
Oui	5	16,1
Non	26	83,9
Total	**31**	

Valeurs manquantes : 1 sur 32 (3,1%)

RÉFÉRENCES ET ANNEXES

PARTIE 3

16 RÉFÉRENCES

1. Pelat C, Boelle PY, Cowling BJ, Carrat F, Flahault A, Ansart S, et al. Online detection and quantification of epidemics. BMC Med Inform Decis Mak. 2007;7:29.
2. Turbelin C, Boelle PY. Improving general practice based epidemiologic surveillance using desktop clients: the French Sentinel Network experience. Stud Health Technol Inform. 2010;160(Pt 1):442-6.
3. Cnam. Données de démographie médicale en France. Situation au 31 décembre 2018. [Available from: https://www.ameli.fr].
4. Valleron AJ, Bouvet E, Garnerin P, Menares J, Heard I, Letrait S, et al. A computer network for the surveillance of communicable diseases: the French experiment. Am J Public Health. 1986;76(11):1289-92.
5. Souty C, Turbelin C, Blanchon T, Hanslik T, Le Strat Y, Boelle PY. Improving disease incidence estimates in primary care surveillance systems. Population health metrics. 2014;12:19.
6. Bonnet C, Launay T, Coustaury C, Septfons A, Durand J, Frey-Klett P, et al. Consultations in general practice related to a tick bite episode in mainland France in 2023-2024. BMC public health. 2026;26(1).
7. Lucaccioni H, Marques DF, Kirsebom F, Emborg HD, Hamilton M, Whitaker H, et al. Influenza vaccine effectiveness from nine studies during drifted A(H3N2) subclade K predominance, Europe, September 2025 to January 2026. Euro Surveill. 2026;31(7).
8. Laniece Delaunay C, Mateo-Urdiales A, Perez-Gimeno G, O'Reilly K, Uras M, Erdwiens A, et al. COVID-19 Vaccine Effectiveness Among Older Adults. JAMA Netw Open. 2026;9(6):e2619040.
9. Marquet RL, Bartelds AI, van Noort SP, Koppeschaar CE, Paget J, Schellevis FG, et al. Internet-based monitoring of influenza-like illness (ILI) in the general population of the Netherlands during the 2003-2004 influenza season. BMC public health. 2006;6:242.
10. Ginsberg J, Mohebbi MH, Patel RS, Brammer L, Smolinski MS, Brilliant L. Detecting influenza epidemics using search engine query data. Nature. 2009;457(7232):1012-4.
11. Suhanda IE, Bonnet C, Durand J, Gonzalez J, Debin M, Metras R. Behavioural and environmental factors associated with the risk of human tick bites in the Grippenet/Covidnet cohort in France. BMC public health. 2026.
12. Krug C, Jourdan-Da Silva N, Tourdjman M, Mariani-Kurkdjian P, Cointe A, Lefevre S, et al. Nationwide outbreak of Shiga toxin-producing Escherichia coli infections associated with frozen pizzas, France, 2022. Euro Surveill. 2026;31(8).
13. Greffe S, Guerrisi C, Souty C, Vilcu AM, Hayem G, Costantino F, et al. Influenza-like illness in individuals treated with immunosuppressants, biologics, and/or systemic corticosteroids for autoimmune or chronic inflammatory disease: A crowdsourced cohort study, France, 2017-2018. Influenza Other Respir Viruses. 2023;17(6):e13148.
14. de Meijere G, Valdano E, Castellano C, Debin M, Kengne-Kuetche C, Turbelin C, et al. Attitudes towards booster, testing and isolation, and their impact on COVID-19 response in winter 2022/2023 in France, Belgium, and Italy: a cross-sectional survey and modelling study. Lancet Reg Health Eur. 2023;28:100614.
15. Pelat C, Bonmarin I, Ruello M, Fouillet A, Caserio-Schonemann C, Levy-Bruhl D, et al. Improving regional influenza surveillance through a combination of automated outbreak detection methods: the 2015/16 season in France. Euro Surveill. 2017;22(32).
16. Santé publique France. Bulletin Infections respiratoires aiguës. Édition nationale. Bilan de la saison 2025-2026 au 14 avril 2026. Saint-Maurice: Santé publique France; ; 2026.
17. Costagliola D, Flahault A, Galinec D, Garnerin P, Menares J, Valleron AJ. A routine tool for detection and assessment of epidemics of influenza-like syndromes in France. Am J Public Health. 1991;81(1):97-9.
18. Rivière M, Baroux N, Bousquet V, Ambert-Balay K, Beaudeau P, Jourdan-Da Silva N, et al. Secular trends in incidence of acute gastroenteritis in general practice, France, 1991 to 2015. Eurosurveillance. 2017;22(50).

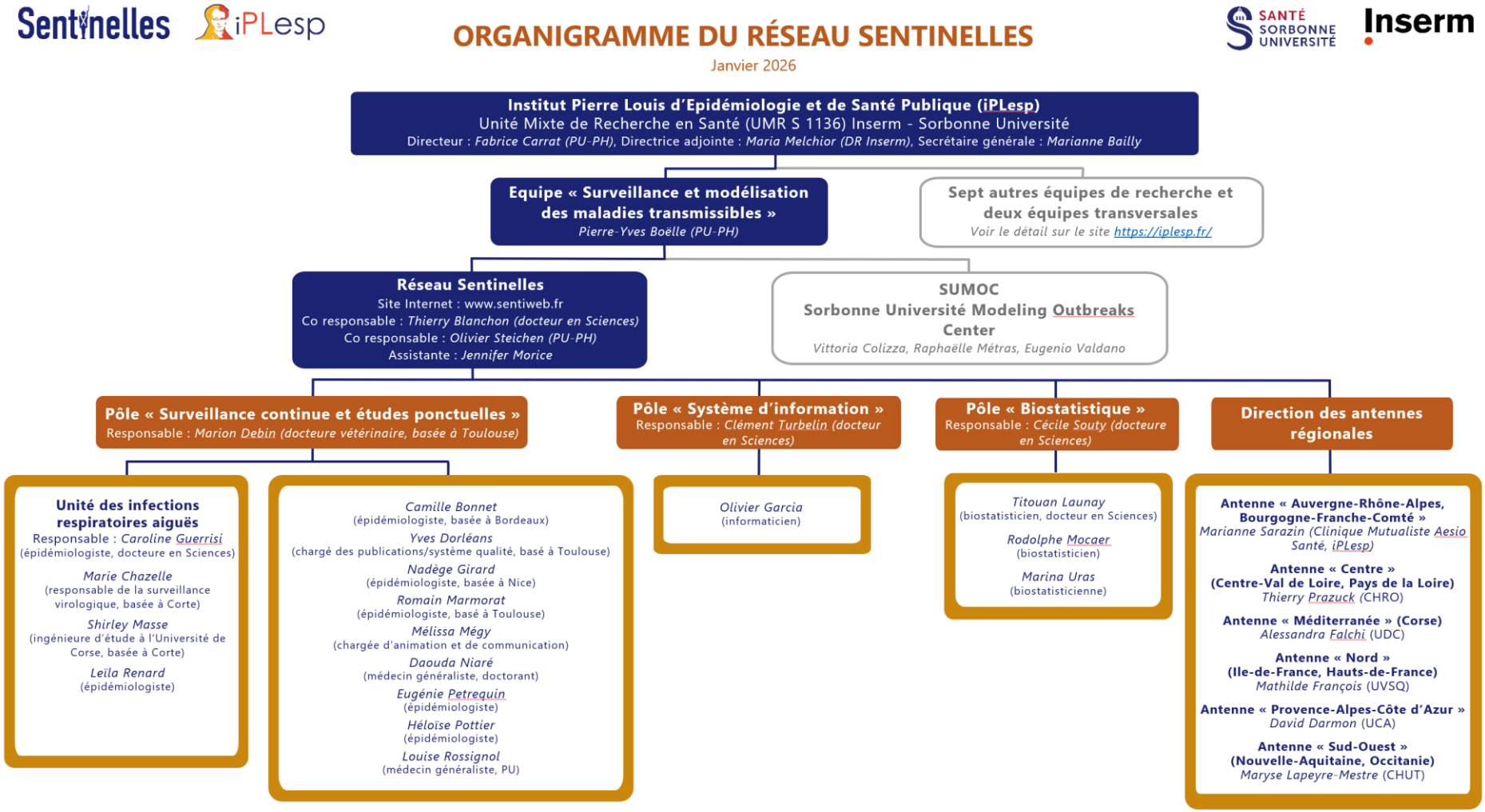
19. INSEE. Projection pour la France métropolitaine. Population au 1er janvier de chaque année, par sexe et âge. [Available from: http://www.insee.fr/].

20. Guerrisi C, Turbelin C, Souty C, Poletto C, Blanchon T, Hanslik T, et al. The potential value of crowdsourced surveillance systems in supplementing sentinel influenza networks: the case of France. Euro Surveill. 2018;23(25).

21. Ariza M, Guerrisi C, Souty C, Rossignol L, Turbelin C, Hanslik T, et al. Healthcare-seeking behaviour in case of influenza-like illness in the French general population and factors associated with a GP consultation: an observational prospective study. BJGP Open. 2018;1(4):bjgpopen17X101253.

17 ANNEXES

17.1 Annexe 1 : Organigramme de l'équipe Sentinelles



17.2 Annexe 2 : Contacts

Coordination nationale

Réseau Sentinelles

Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (iPLesp - UMRS 1136 Inserm/Sorbonne Université)
Faculté de Santé Sorbonne Université, site Saint-Antoine (BC 2908)
27 rue Chaligny, 75571 Paris Cedex 12
Tel : 06 64 84 66 62 - Site : http://www.sentiweb.fr - Courriel : sentinelles@upmc.fr

Antennes locales

L'Inserm et Sorbonne Université ont mis en place depuis plusieurs années des partenariats avec des universités ou des hôpitaux pour la création d'antennes locales avec pour objectif le développement conjoint du réseau Sentinelles et de travaux de recherche dans les régions concernées.

Antenne *Auvergne-Rhône-Alpes/Bourgogne-Franche-Comté*

Département d'Information Médicale
Mutualité Française Loire SSAM
3 rue Le Verrier, 42100 Saint Etienne
Tel : 04 77 12 12 51

Antenne *Corse*

UR7310 Université de Corse
Laboratoire de génétique moléculaire et de virologie
Université de Corse Pasquale Paoli - Campus Grimaldi
20250 Corte
Tel : 04 95 45 06 77

Antenne *PACA*

Département de médecine générale
UFR de Médecine
Université Côte d'Azur
28 avenue Valombrose, 06107 Nice Cedex 2
Tel : 04 89 15 35 79

Antenne *Sud-Ouest (Nouvelle-Aquitaine/Occitanie)*

Service de pharmacologie médicale et clinique du CHU de Toulouse
Faculté de Médecine, Université de Toulouse
37 allées Jules Guesde, 31000 Toulouse
Tel : 05 61 14 59 46

17.3 Annexe 3 : Données démographiques

Les calculs des incidences et des taux d'incidence des maladies surveillées, fournis dans ce rapport, s'appuient sur les données de démographie :

- de la population légale française hexagonale publiées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) au 1er janvier 2023 (19) ;
- de la population médicale publiées par la Cnam au 31 décembre 2024 (3).

Tableau 17.1 : Population générale, nombre de médecins généralistes et de pédiatres libéraux, et taux de médecins généralistes et de pédiatres libéraux pour 100 000 habitants par région en France hexagonale utilisés dans les bases de données du réseau Sentinelles en 2025

Régions	Population générale	MG libéraux		Pédiatres libéraux	
	Effectif (n)	Effectif (n)	Proportion (/100 000 hab)	Effectif (n)	Proportion (/100 000 hab)
Auvergne-Rhône-Alpes	8 331 274	7129	85,6	298	3,6
Bourgogne-Franche-Comté	2 874 734	2 487	86,5	91	3,2
Bretagne	3 510 488	3 130	89,2	108	3,1
Centre-Val de Loire	2 638 823	1 707	64,7	81	3,1
Corse	356 219	322	90,4	11	3,1
Grand Est	5 661 977	4 714	83,3	207	3,7
Hauts-de-France	6 088 950	4 873	80,0	153	2,5
Ile-de-France	12 489 624	8 077	64,7	769	6,2
Normandie	3 408 739	2 532	74,3	74	2,2
Nouvelle-Aquitaine	6 250 377	5 835	93,4	215	3,4
Occitanie	6 202 443	5 514	88,9	271	4,4
Pays de la Loire	3 968 665	3 399	85,6	109	2,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5 243 778	5 307	101,2	279	5,3
France hexagonale	**67 026 091**	**55 026**	**82,1**	**2 666**	**4,0**

17.4 Annexe 4 : Couverture régionale des médecins Sentinelles

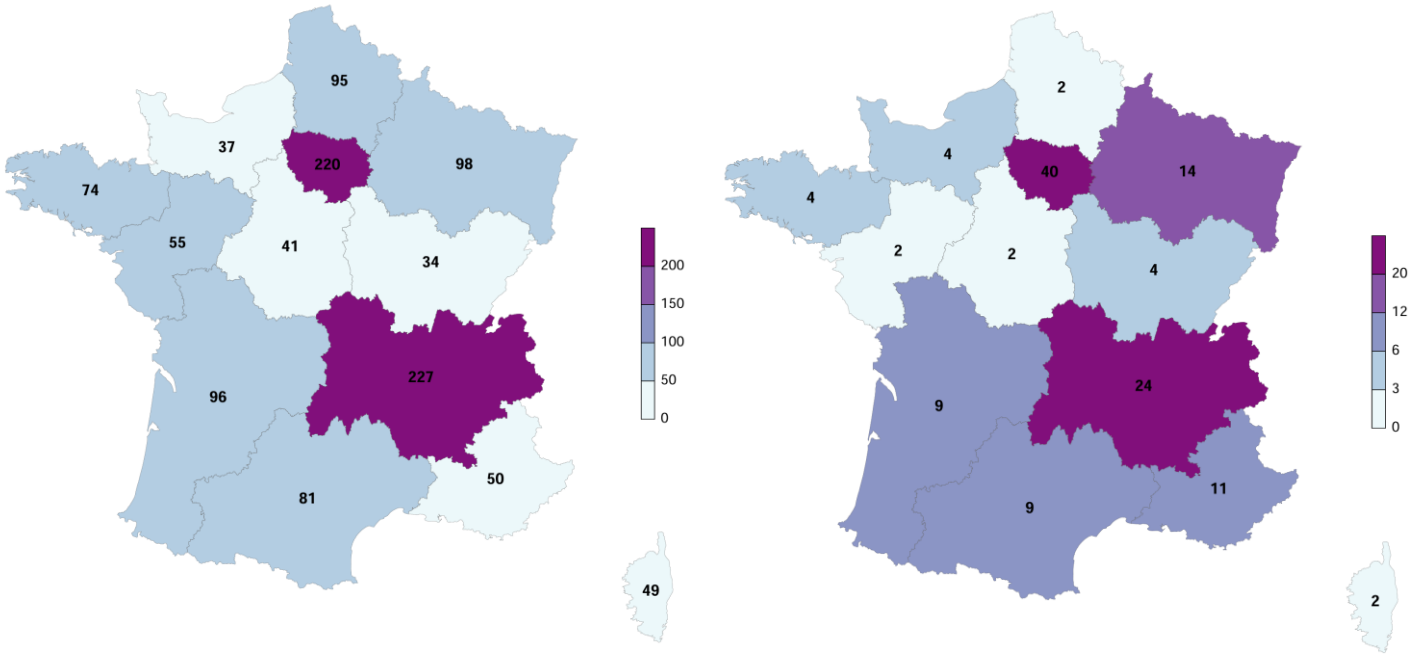


Figure 17.1 : Nombre de médecins Sentinelles, MG à gauche et pédiatres à droite, inscrits au réseau Sentinelles au 1er janvier 2026 en fonction des régions de France hexagonale

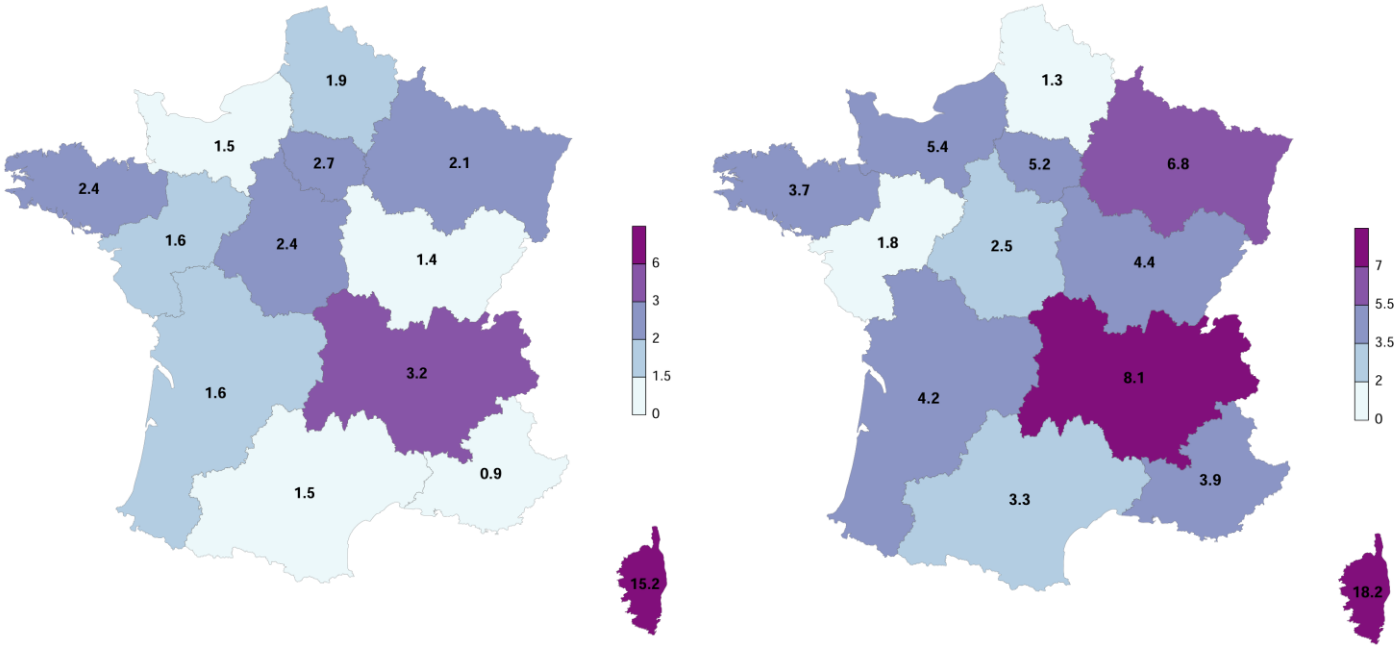


Figure 17.2 : Proportions des médecins Sentinelles, MG à gauche et pédiatres à droite, par rapport à l'ensemble des MGL et des pédiatres libéraux de la région concernée, au 1er janvier 2026, en France hexagonale

17.5 Annexe 5 : Couverture départementale des médecins Sentinelles

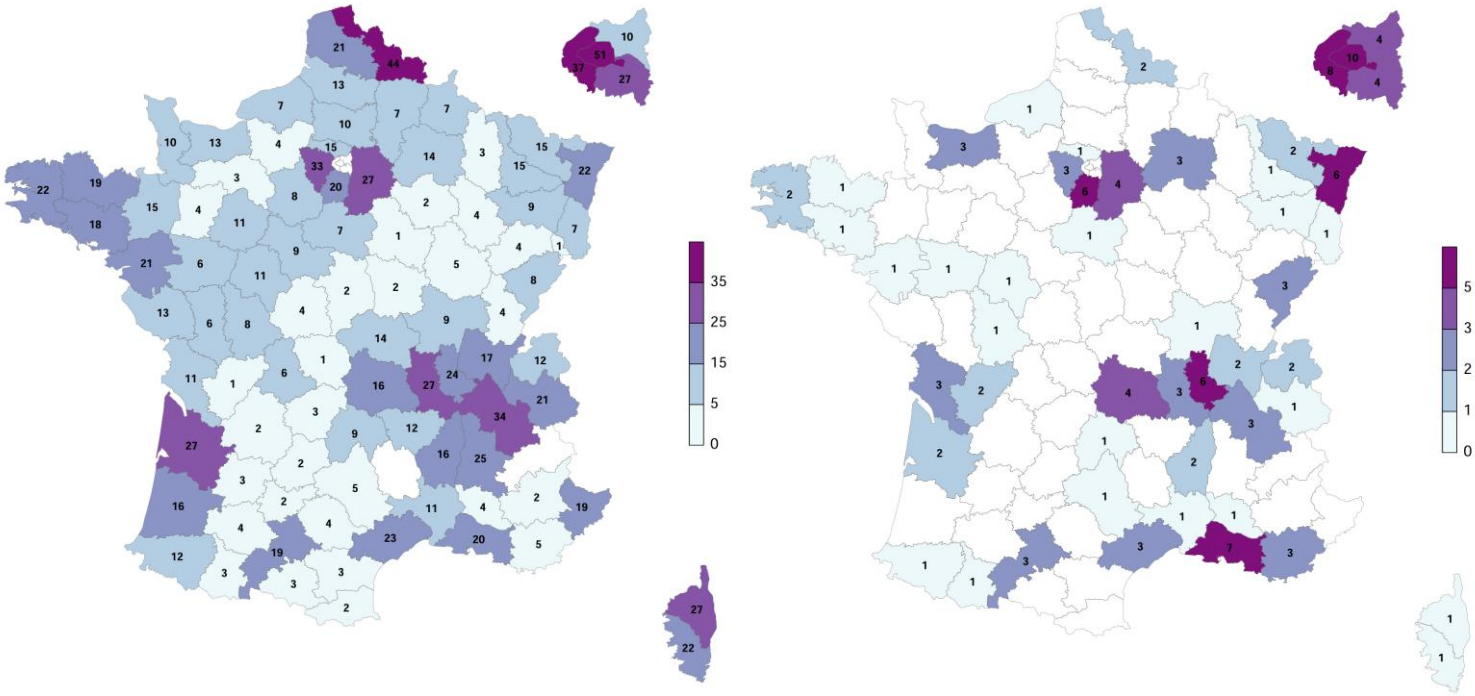


Figure 17.3 : Nombre de médecins Sentinelles, MG à gauche et pédiatres à droite, inscrits au réseau Sentinelles au 1er janvier 2026 en fonction des départements de France hexagonale (les départements en blanc correspondent à ceux sans MG ou pédiatre Sentinelles)

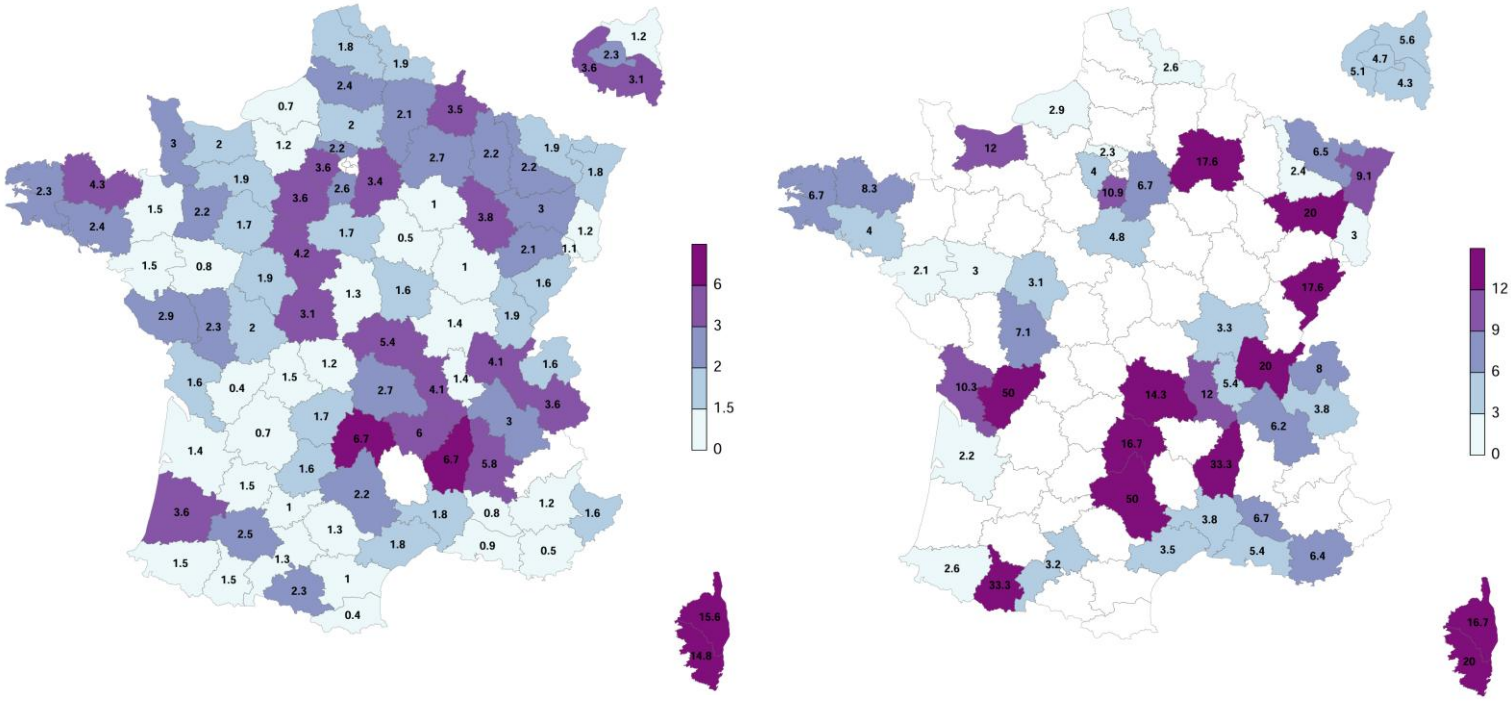


Figure 17.4 : Proportions (en %) des médecins Sentinelles, MG à gauche et pédiatres à droite, par rapport à l'ensemble des MGL et des PL du département concerné, au 1er janvier 2026, en France hexagonale (les départements en blanc correspondent à ceux sans MG ou pédiatre Sentinelles)

17.6 Annexe 6 : Définitions

Cas « décrit »

Un cas est dit « décrit » lorsqu'au moins une variable descriptive a été saisie pour ce patient par le médecin Sentinelles.

Couverture du réseau Sentinelles

La couverture est définie, dans une zone donnée, par le rapport entre le nombre de médecins Sentinelles en activité et le nombre de médecins généralistes libéraux dans cette zone.

Déclaration

Transmission par un médecin Sentinelles du nombre de cas vus en consultation pour les indicateurs de santé surveillés par le réseau Sentinelles (voir méthodes de calculs en Annexe 7 : Méthodes de calcul des incidences).

Équivalent temps plein (ETP)

Unité de mesure de la participation (voir participation).

Incidences et taux d'incidence

L'incidence estimée par le réseau Sentinelles est l'estimation du nombre de nouveaux cas vus par l'ensemble des médecins généralistes d'une zone géographique (département, région, France) au cours d'une période donnée. Cette estimation prend en compte le nombre de cas déclarés par les médecins Sentinelles et la période de temps sur laquelle ils ont observé ces cas.

Les taux d'incidence sont les incidences rapportées à 100 000 habitants de la zone géographique concernée.

Participation

Mesure de l'activité hebdomadaire de chaque médecin Sentinelles. Elle est calculée chaque semaine pour chaque médecin. Elle représente la proportion de jours d'une semaine pour laquelle le médecin a participé à la surveillance. Son unité est l'ETP. Une participation de 7 jours sur 7 pour une semaine donnée équivaut à 1 ETP.

17.7 Annexe 7 : Méthodes de calcul des incidences

La méthode décrite ici concerne l'estimation des incidences hebdomadaires à partir des données recueillies auprès des MG Sentinelles. Sont présentés ici les points principaux de cette méthode. Un document plus détaillé est téléchargeable sur le site du réseau Sentinelles à l'adresse suivante : http://www.sentiweb.fr/?page=methodes

Déclaration des cas vus en consultation de médecine générale

Pour déclarer les cas qu'ils ont vus en consultation, les MG Sentinelles ont deux possibilités : se connecter au site Internet sécurisé dédié aux médecins Sentinelles ou télécharger sur leur ordinateur et utiliser le logiciel « jSentinel ».

Il leur est demandé de déclarer le nombre de cas qu'ils ont observés depuis leur dernière connexion, pour l'ensemble des indicateurs surveillés par le réseau Sentinelles. Si le délai depuis leur dernière connexion est supérieur à 12 jours, il leur est demandé de préciser leur période de surveillance pour la déclaration en cours. Ce délai ne peut pas excéder 12 jours pour éviter un biais de mémorisation.

Ils ont la liberté de déclarer les cas au rythme qui leur convient. Une déclaration peut donc concerner une période de surveillance à cheval sur deux ou trois semaines.

Calcul de la participation hebdomadaire

Afin d'harmoniser les différentes déclarations des médecins, faites sur un pas de temps différent, et de réorganiser les données brutes en données hebdomadaires, un prétraitement de ces données brutes est nécessaire. Ce prétraitement consiste à calculer pour une semaine donnée « s » :

- La participation hebdomadaire de chaque médecin participant ;
- Le nombre de cas déclarés par ce médecin affectés à cette semaine « s ».

Concernant le calcul de la participation, on suppose que le médecin participe à la surveillance de manière uniforme sur tous les jours de la période surveillée, dont les samedis et dimanches. Pour une semaine donnée, un temps plein de surveillance correspond à une déclaration couvrant la période allant du lundi au dimanche.

Considérons le cas d'un seul médecin participant (voir Figure 17.5 ci-dessous) :

1- Les déclarations d'un médecin couvrant toute ou partie de la semaine « s » étudiée sont recherchées et triées par ordre chronologique.

2- Si un médecin effectue une deuxième déclaration un jour donné, les cas déclarés sont sommés à ceux de la première déclaration de ce jour et la période surveillée est celle déclarée lors de la première déclaration. On considère qu'il n'y a qu'une seule déclaration par jour.

3- Pour chacune des déclarations retrouvées, la participation hebdomadaire du médecin est calculée. Elle est égale à d/7, d étant le nombre de jours de la semaine « s » couverts par cette déclaration. Elle s'exprime en équivalent temps plein (ETP), elle est comprise entre 0 et 1. Un médecin serait considéré comme surveillant « temps plein » pour une semaine donnée si sa déclaration couvrait les 7 jours de la semaine (= 7/7 = 1).

4- Le poids, ou la part, de la semaine « s » dans cette déclaration est estimé. Il correspond à la proportion du nombre de jours de la semaine « s » couverts par cette déclaration par rapport à l'ensemble des jours couverts par la déclaration (= nombre de jours concernant la semaine « s » / nombre de jours total pour une déclaration donnée).

5- Enfin, pour cette déclaration et pour chaque indicateur, on estime le nombre de cas déclarés par le médecin et attribués à la semaine « s ». Il est égal à : nombre de cas déclarés × poids de la semaine « s » dans cette déclaration.

6- Si pour un médecin donné, plusieurs déclarations concernent la semaine « s » étudiée, la participation totale pour la semaine « s » est égale à la somme des participations de chaque déclaration et le nombre de cas attribués à la semaine « s » est égal à la somme des cas attribués à la semaine « s » pour chacune des déclarations.

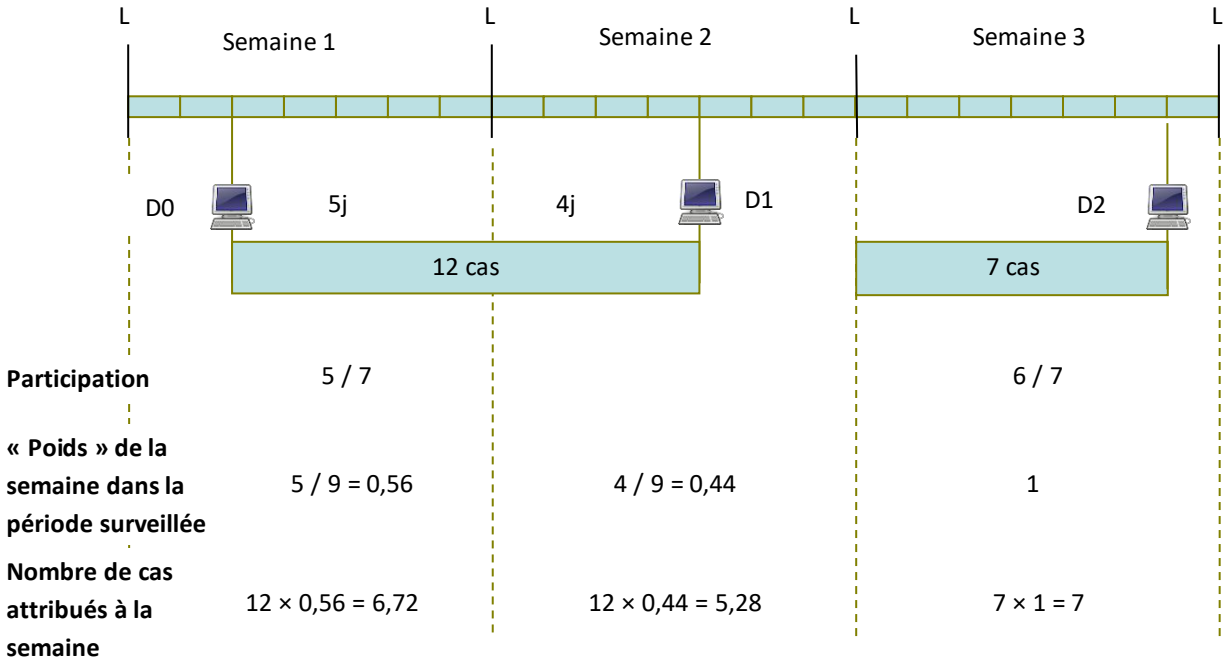


Figure 17.5 : Exemple 1, calcul de la participation et du nombre de cas estimés vus pour un médecin lors de trois semaines consécutives

Considérons le cas de plusieurs médecins participant (voir Figure 17.6 ci-dessous) :

Les mêmes principes s'appliquent. La participation totale pour la semaine « s » est égale à la somme des participations de chaque médecin et le nombre de cas attribués à la semaine « s » est égal à la somme des cas attribués à la semaine « s » pour chacun médecin.

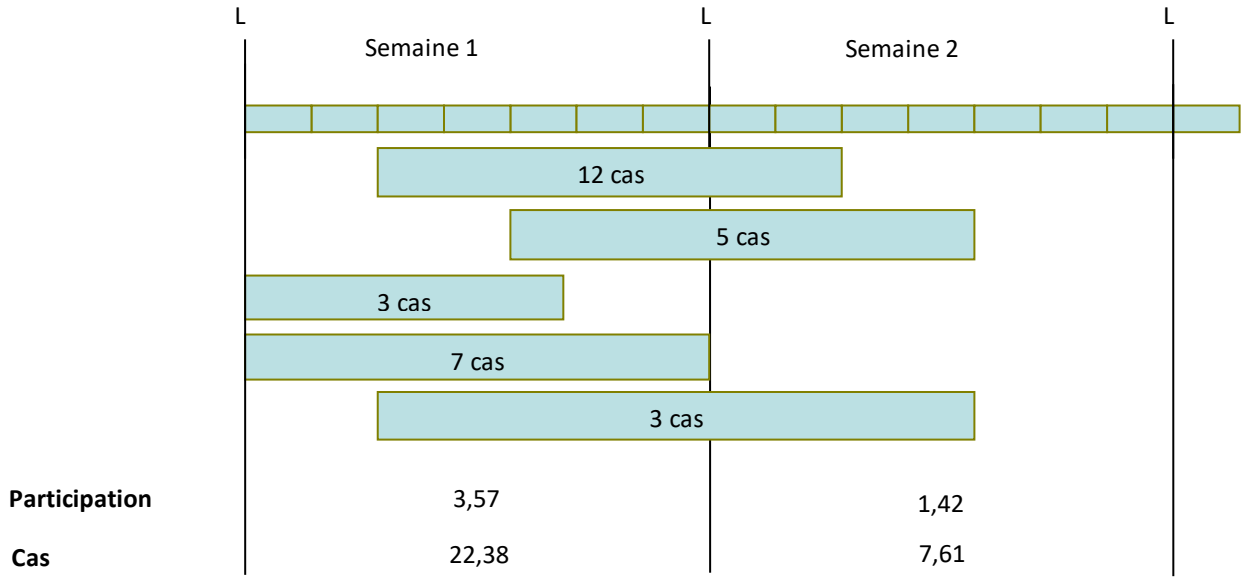


Figure 17.6 : Exemple 2, calcul de la participation et du nombre de cas estimés vus pour plusieurs médecins d'une même zone lors de deux semaines consécutives

Estimation de l'incidence hebdomadaire

A partir de ces données, pour chaque indicateur, l'incidence hebdomadaire peut être estimée en deux étapes :

1. Estimation du nombre moyen de cas vus en consultation de médecine générale pour une semaine donnée lors d'un temps plein de surveillance
    - Nombre de cas total déclaré par les médecins Sentinelles pour la semaine « s » / participation totale des médecins Sentinelles pour la semaine « s »
2. Estimation du nombre total de cas vus en consultation par l'ensemble des médecins généralistes français
    - Nombre précédent × nombre de médecins généralistes libéraux français

Les hypothèses permettant cette extrapolation sont les suivantes :

- Les médecins participant au réseau Sentinelles constituent un échantillon aléatoire de l'ensemble des médecins français.
- Les médecins déclarent une activité représentative de leur activité hebdomadaire (par exemple, ils ne déclarent pas systématiquement des périodes de surveillance de trois jours dont deux non travaillés comme samedi-dimanche).

En pratique, l'estimation de l'incidence nationale par le réseau Sentinelles est faite selon un découpage de la France en régions administratives, elles-mêmes découpées en départements. L'estimation de l'incidence est dans un premier temps effectuée par zone. Pour tenir compte de situations géographiques potentiellement différentes, l'incidence nationale redressée correspond à la somme des incidences régionales brutes et l'incidence régionale redressée correspond à la somme des incidences départementales brutes

Estimation du taux d'incidence hebdomadaire

Le taux d'incidence hebdomadaire correspond au nombre de cas hebdomadaire rapporté à une part déterminée de la population, par exemple 100 000 personnes :

- Incidence/nombre total de personnes pour une population donnée × 100 000

17.8 Annexe 8 : Participation à la surveillance continue par région

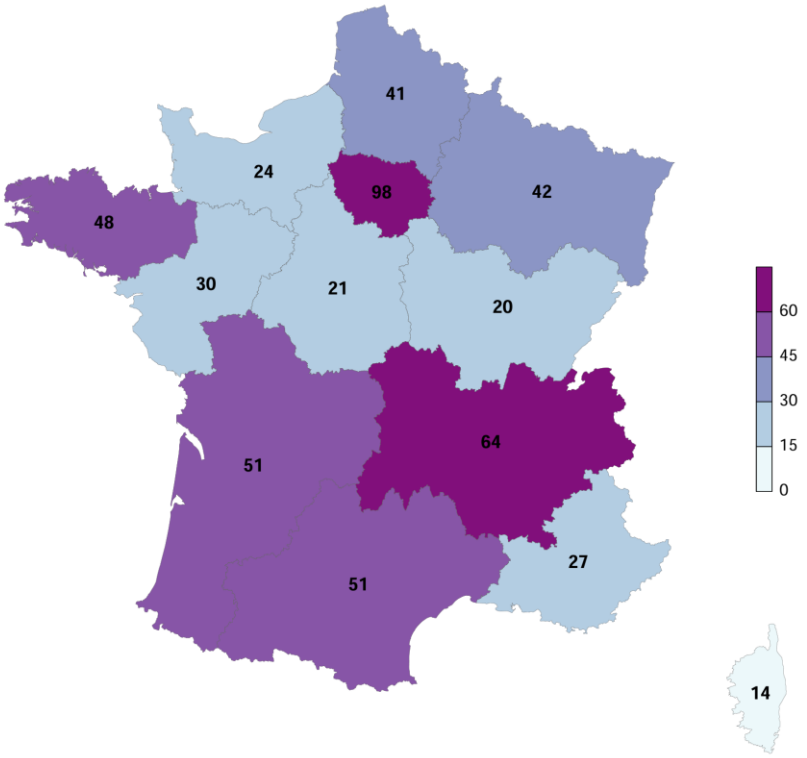


Figure 17.7 : Nombre de MG ayant participé à la surveillance continue en 2025 par région de France hexagonale

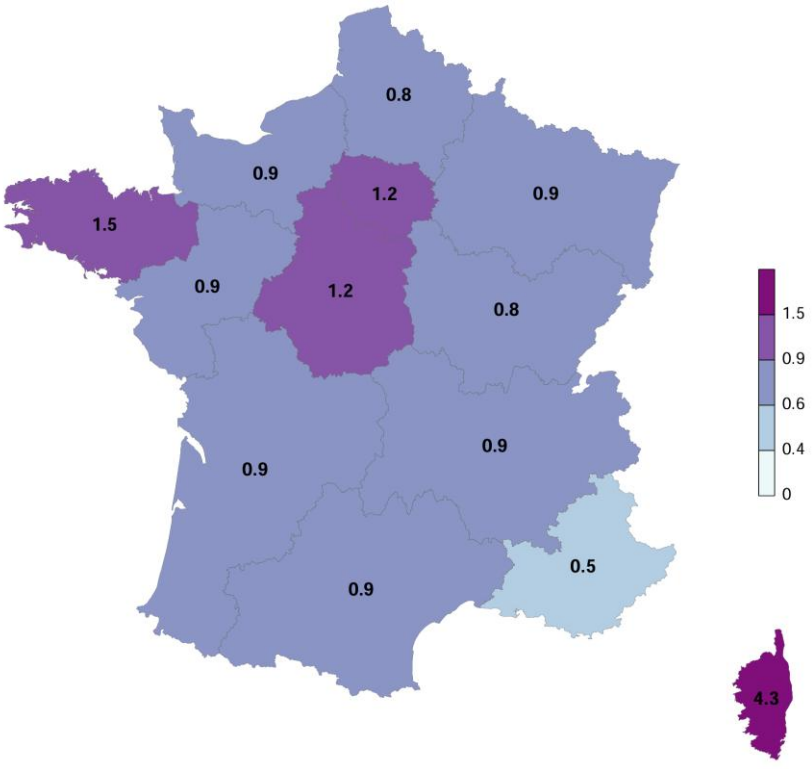


Figure 17.8 : Proportions (en %) des MG ayant participé à la surveillance continue en 2025 par rapport à l'ensemble des MGL en exercice dans la région concernée en France hexagonale

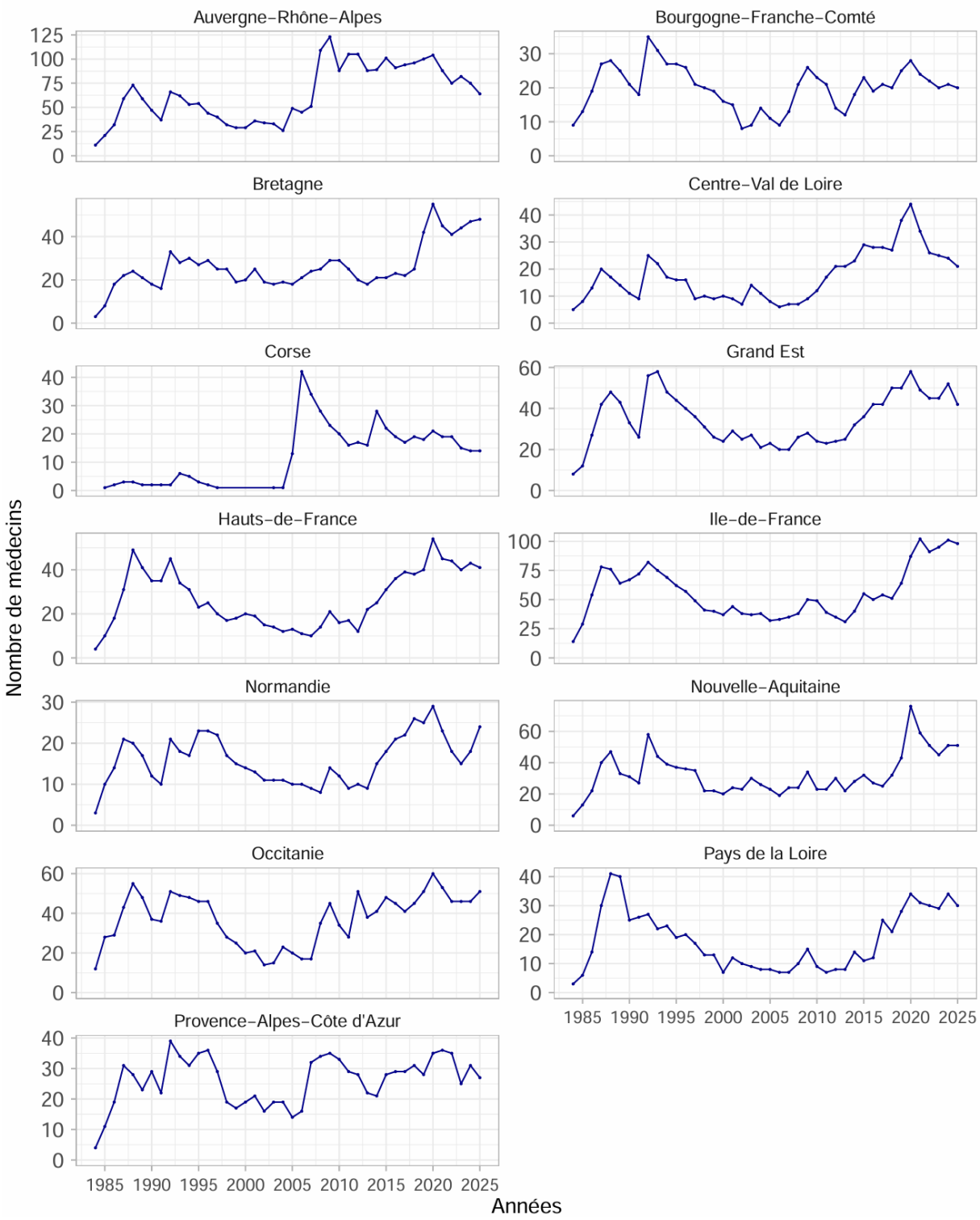


Figure 17.9 : Nombre annuel de MG ayant participé à la surveillance continue entre 1984 et 2025 par région en France hexagonale *(attention, les axes des ordonnées des différents graphiques n'ont pas tous la même échelle)*

17.9 Annexe 9 : Participation à la surveillance continue par département

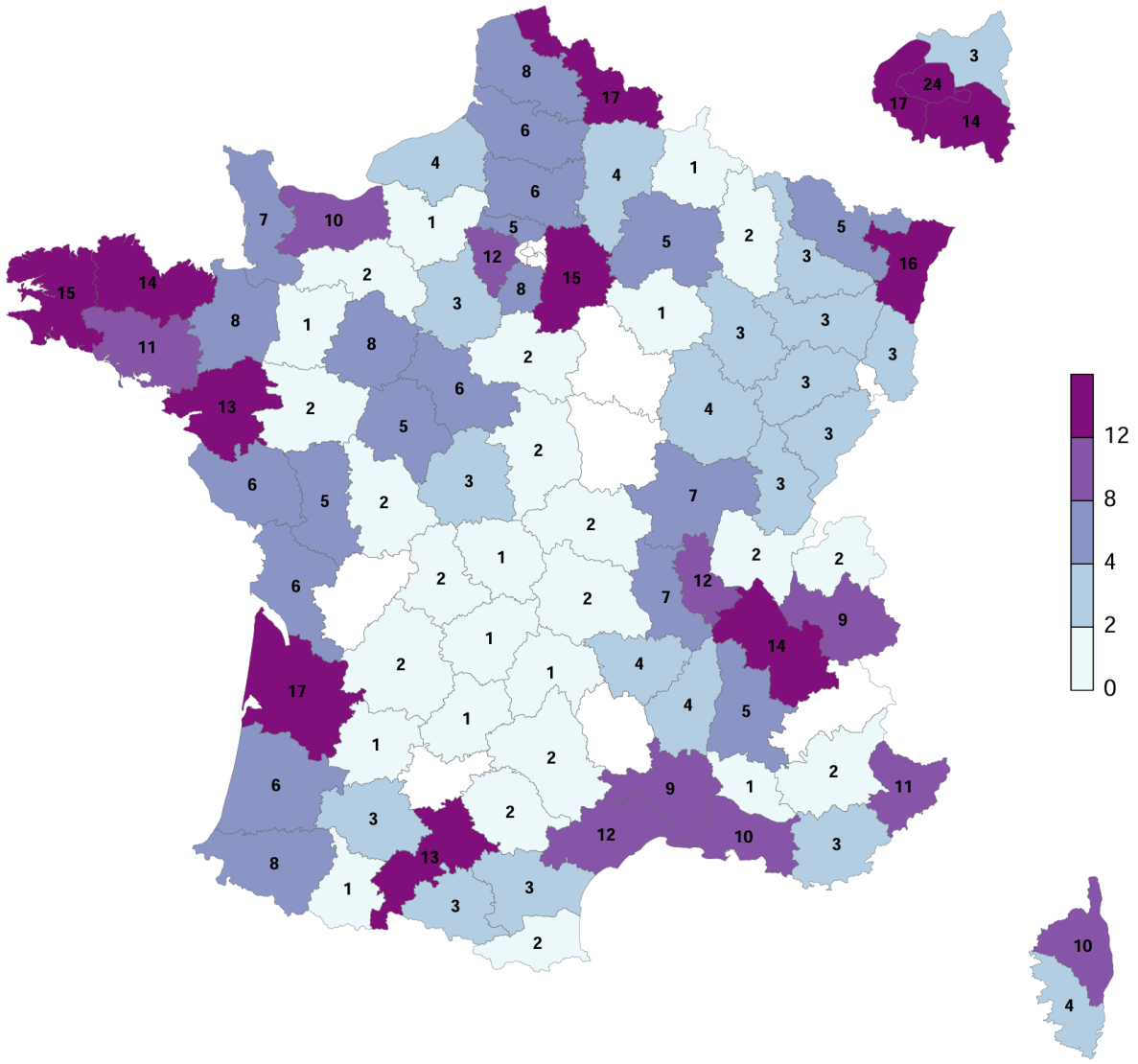


Figure 17.10 : Nombre de MG ayant participé à la surveillance continue en 2025 par département en France hexagonale (les départements en blanc correspondent aux départements où aucun MG n'a participé)

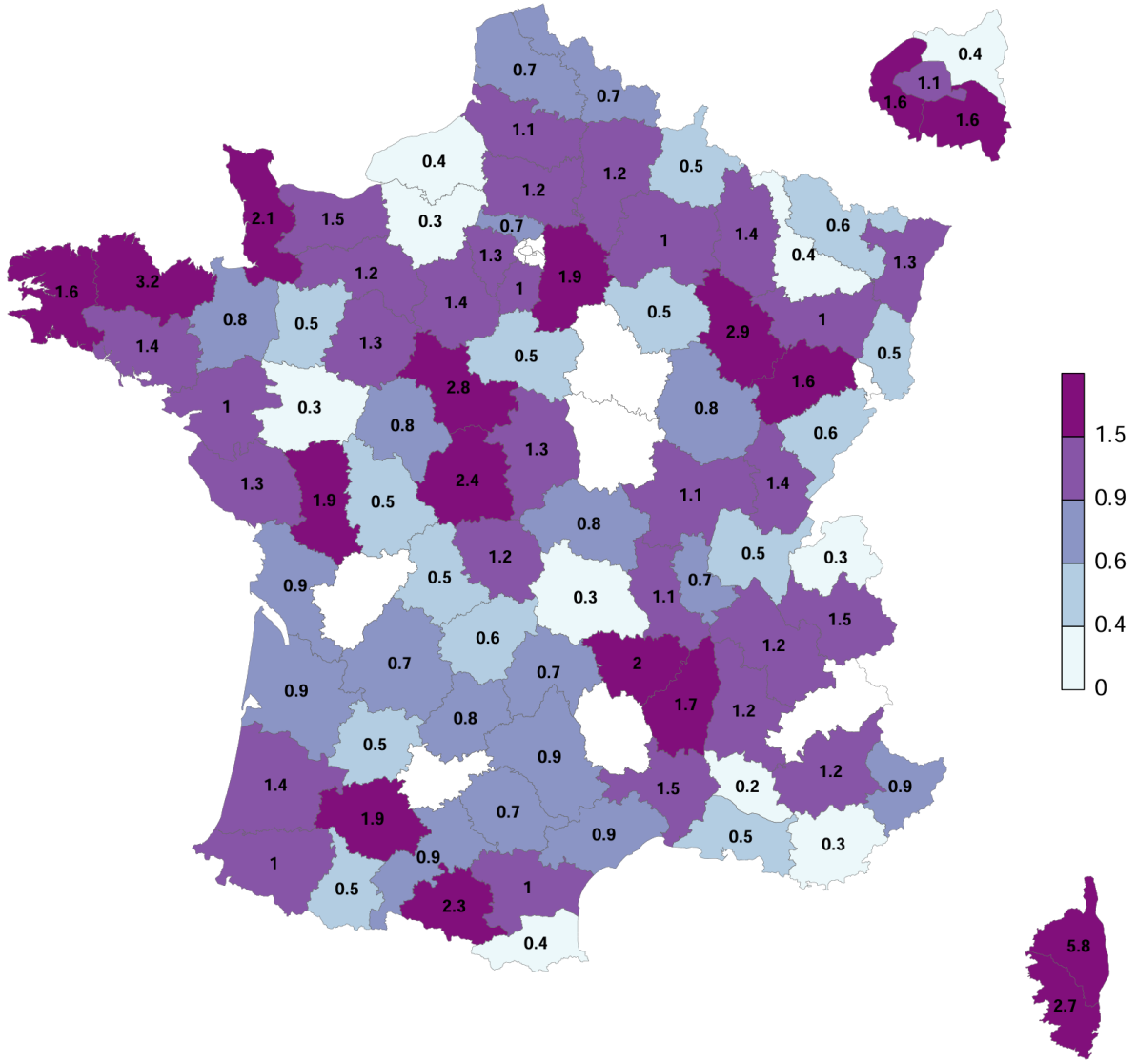


Figure 17.11 : Proportions (en %) des MG ayant participé à la surveillance continue en 2025 par rapport à l'ensemble des MGL en exercice dans le département concerné en France hexagonale (les départements en blanc correspondent aux départements où aucun MG n'a participé)

17.10 Annexe 10 : Participation à la surveillance virologique des infections respiratoires aiguës

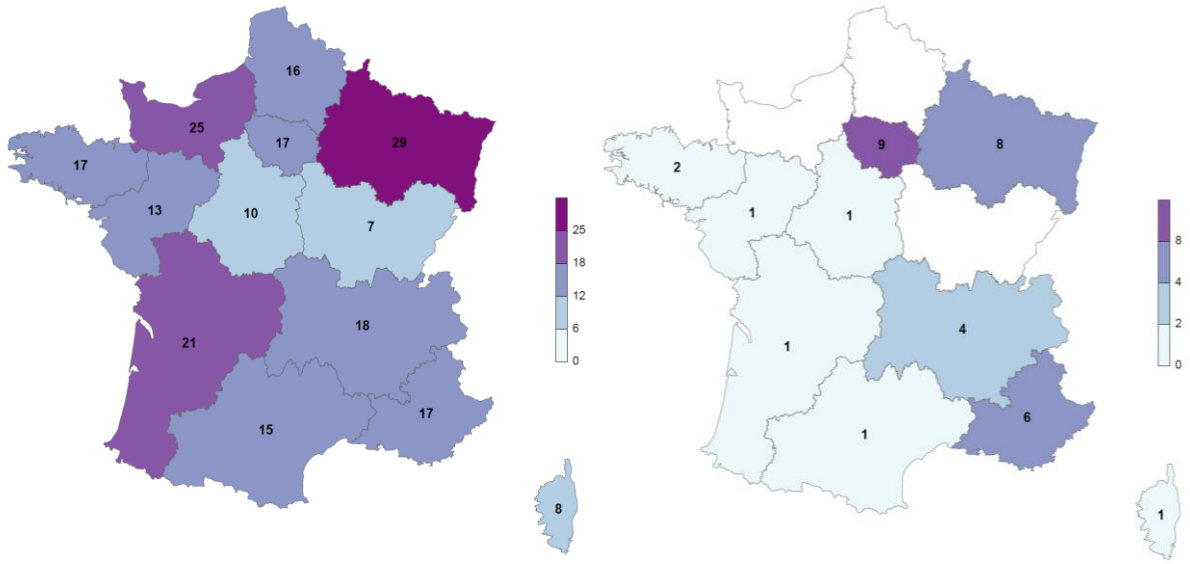


Figure 17.12 : Nombre de médecins, MG à gauche et pédiatres à droite, ayant participé à la surveillance virologique des IRA en 2025/2026 (ayant fait au moins un prélèvement) par région en France hexagonale

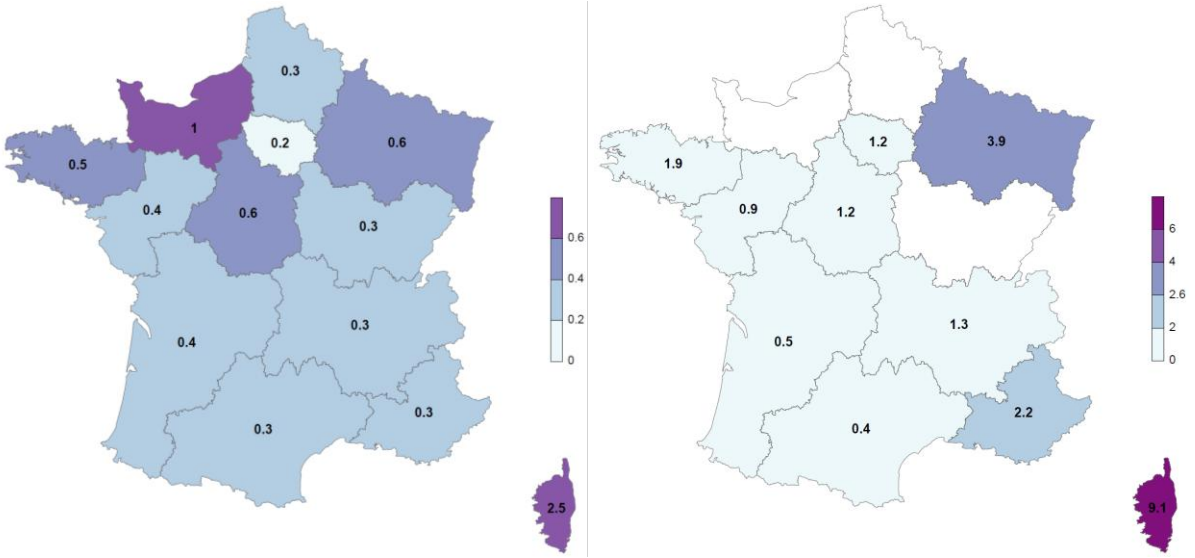


Figure 17.13 : Proportions (en %) des médecins, MG carte de gauche et pédiatres carte de droite, ayant participé à la surveillance virologique des IRA en 2025/2026 (ayant fait au moins un prélèvement) par rapport à l'ensemble des MGL et PL en exercice dans la région concernée en France hexagonale

17.11 Annexe 11 : Participation à la surveillance virologique des oreillons

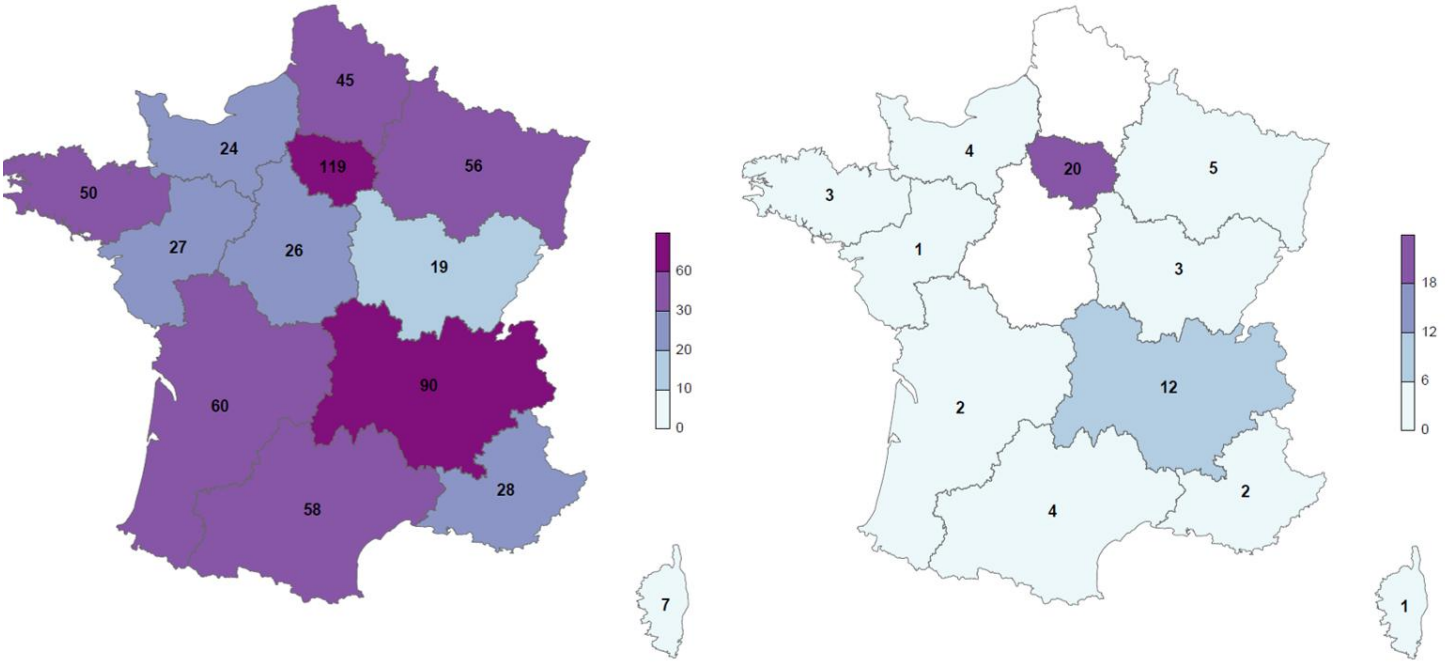


Figure 17.14 : Nombre de médecins Sentinelles (MG carte de gauche, PL carte de droite) ayant participé à la surveillance virologique des oreillons en 2025 par région en France hexagonale

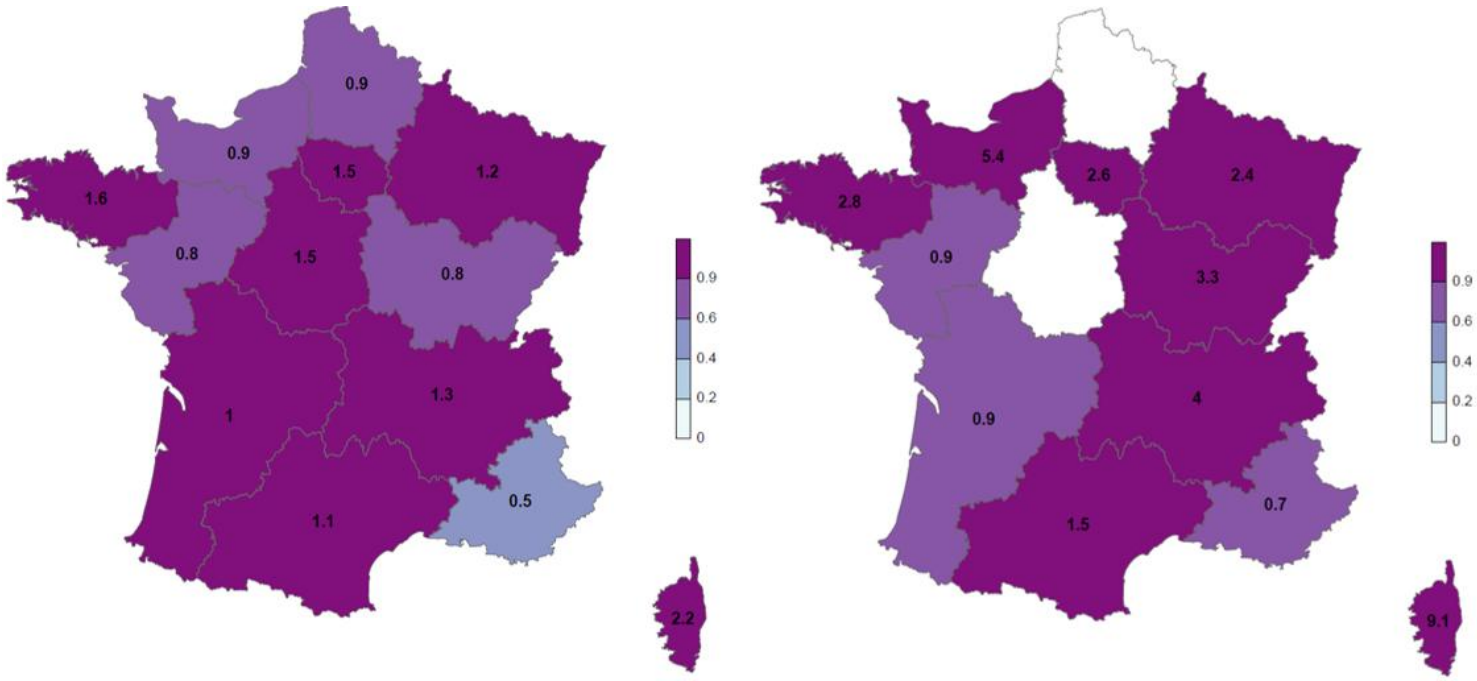


Figure 17.15 : Proportions (en %) des médecins Sentinelles (MG carte de gauche, PL carte de droite) ayant participé à la surveillance virologique des oreillons en 2025 par rapport à l'ensemble des MGL et PL en exercice dans la région concernée en France hexagonale

17.12 Annexe 12 : institutions et participants aux groupes de travail des indicateurs surveillés

Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse

Maryse Lapeyre-Mestre, responsable de l'antenne *Sud-Ouest* du réseau Sentinelles, MCU-PH, Service de Pharmacologie Médicale et Clinique de la faculté de Médecine (Université Paul Sabatier)

Centre National de Référence (CNR) *Borrelia*

Benoît Jaulhac, responsable, PU-PH, chef de service de bactériologie, Hôpitaux Universitaires et Faculté de Médecine de Strasbourg

CNR Coqueluche et autres bordetelloses

Sylvain Brisse, responsable, unité Biodiversité et Épidémiologie des Bactéries Pathogènes, Institut Pasteur, Paris

Nicole Guiso, experte extérieure au CNR, Institut Pasteur, Paris

Carla Rodrigues, responsable adjointe, unité Biodiversité et Épidémiologie des Bactéries Pathogènes, Institut Pasteur, Paris

Julie Toubiana, responsable adjointe, HDR, unité Biodiversité et Épidémiologie des Bactéries Pathogènes, Institut Pasteur, Paris

CNR Infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes

Cécile Bébéar, responsable du laboratoire coordonnateur, PU-PH, cheffe du service de Bactériologie, CHU de Bordeaux

Béatrice Berçot, responsable du laboratoire associé, PU-PH, cheffe du service de Bactériologie automatisée et moléculaire, Hôpital Saint Louis, AP-HP

Nicolas Dupin, responsable du laboratoire associé, PU-PH, chef du service de Dermatologie, Hôpital Cochin, AP-HP

CNR Virus de la rougeole, de la rubéole et des oreillons

Julia Dina, responsable, MCU-PH, service de Virologie, département des Agents Infectieux, Centre Hospitalo-Universitaire de Caen

CNR Virus des infections respiratoires (dont la grippe et le SARS-CoV-2)

Antonin Bal, co-responsable du laboratoire coordonnateur, PH, laboratoire de virologie Est, Hospices Civils de Lyon

Maude Bouscambert-Duchamp, laboratoire de virologie Est, Hospices Civils de Lyon

Allan De Clercq, laboratoire de virologie Est, Hospices Civils de Lyon

Vincent Enouf, unité de génétique moléculaire des virus à ARN, Institut Pasteur, Paris

Alexandre Gaymard, laboratoire de virologie Est, Hospices Civils de Lyon

Bruno Lina, co-responsable du laboratoire coordonnateur, PU-PH, laboratoire de virologie Est, Hospices Civils de Lyon

Danielle Perez Bercoff, responsable adjointe, unité de génétique moléculaire des virus à ARN, Institut Pasteur, Paris

Martine Valette, responsable adjointe, PA, laboratoire de virologie Est, Hospices Civils de Lyon

Marie-Anne Rameix-Welti, responsable du laboratoire associé, PU-PH, unité de génétique moléculaire des virus à ARN, Institut Pasteur, Paris

Centre National de Référence (CNR) Virus des gastro-entérites

Katia Balay, laboratoire de Virologie, Centre Hospitalier Universitaire Dijon Bourgogne, Dijon

Alexis de Rougemont, responsable, PU-PH, laboratoire de Virologie, Centre Hospitalier Universitaire Dijon Bourgogne, Dijon

Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (iPLesp, UMR-S 1136 Inserm / Sorbonne Université)

Thierry Blanchon, médecin de Santé Publique, docteur en sciences, co-responsable du réseau Sentinelles

Pierre-Yves Boëlle, PU-PH de Santé Publique, responsable de l'équipe « Surveillance et modélisation des maladies transmissibles »

Camille Bonnet, épidémiologiste, antenne *Sud-Ouest*, pôle SCEP du réseau Sentinelles

Marie Chazelle, ingénieure de recherche, coordinatrice de la surveillance virologique des IRA, antenne *Méditerranée*, pôle SCEP du réseau Sentinelles

Vittoria Colizza, directrice de recherche Inserm, docteure en sciences, responsable du projet Grippenet/Covidnet, Epidemics in complex environments, Sorbonne Université Modeling Outbreks Center (SUMOC)

Marion Debin, épidémiologiste, docteure vétérinaire, antenne *Sud-Ouest*, responsable du pôle SCEP du réseau Sentinelles, coordinatrice de la cohorte Grippenet/Covidnet

Yves Dorléans, assistant ingénieur, antenne *Sud-Ouest*, pôle SCEP du réseau Sentinelles

Olivier Garcia, informaticien, pôle Système d'information du réseau Sentinelles

Nadège Girard, chargée d'animation scientifique, antenne *PACA*, pôle SCEP du réseau Sentinelles

Caroline Guerrisi, épidémiologiste, docteure en Sciences, coordinatrice de la surveillance des IRA, pôle SCEP du réseau Sentinelles

Thomas Hanslik, chercheur du réseau Sentinelles

Titouan Launay, biostatisticien, docteur en Sciences, pôle Biostatistique du réseau Sentinelles

Clara Lévy, doctorante

Romain Marmorat, épidémiologiste, antenne *Sud-Ouest*, pôle SCEP du réseau Sentinelles

Mélissa Mégy, chargée de communication et coordinatrice de l'animation au réseau Sentinelles

Rodolphe Mocaër, biostatisticien, pôle Biostatistique du réseau Sentinelles

Jennifer Morice, assistante du réseau Sentinelles

Daouda Niaré, épidémiologiste, médecin généraliste, pôle SCEP du réseau Sentinelles

Eugénie Petrequin, épidémiologiste, antenne *Nord*, pôle SCEP du réseau Sentinelles

Héloïse Pottier, épidémiologiste, antenne *Nord*, pôle SCEP du réseau Sentinelles

Marie Pouquet, épidémiologiste, antenne *Centre*, pôle SCEP du réseau Sentinelles

Leïla Renard, épidémiologiste, pôle SCEP du réseau Sentinelles

Louise Rossignol, médecin généraliste, PU, pôle SCEP du réseau Sentinelles

Marianne Sarazin, médecin de Santé Publique, docteure en Sciences, responsable de l'antenne *Auvergne-Rhône-Alpes/Bourgogne-Franche-Comté* du réseau Sentinelles

Noémie Sève, biostatisticienne, pôle Biostatistique du réseau Sentinelles

Cécile Souty, biostatisticienne, docteure en Sciences, responsable du pôle Biostatistique du réseau Sentinelles

Olivier Steichen, PU-PH de médecine interne, co-responsable du réseau Sentinelles

Clément Turbelin, médecin généraliste, docteur en Sciences, responsable du pôle Système d'information du réseau Sentinelles

Marina Uras, biostatisticienne, pôle Biostatistique du réseau Sentinelles

Santé publique France

Fatima Aït-Belghiti, unité « Infections respiratoires et vaccination » (REV), direction des maladies infectieuses (DMI)

Sibylle Bernard-Stoecklin, unité REV, DMI

Christine Campese, unité REV, DMI

Joséphine Cazaubon, unité REV, DMI

Emilie Chazelle, unité « VIH/Sida, hépatites B et C, infections sexuellement transmissibles » (VHIT), DMI

Didier Che, directeur de la direction des Régions (Dire)

Bruno Coignard, directeur de la DMI, médecin de Santé Publique

Julie Figoni, unité « Infections zoonotiques, vectorielles et alimentaires » (EAZ), DMI

Hélène Haguy, unité VHIT, DMI

Imen Horrigue, unité EAZ, DMI

Gabrielle Jones, unité EAZ, DMI

Nathalie Jourdan-da Silva, unité EAZ, DMI

Florence Lot, responsable de l'unité VHIT, DMI

Anna Maïsa, unité REV, DMI

Nicolas Méthy, unité « Applications, big data et surveillance » (ABISS), Appui, Traitements et Analyses des données (DATA)

Athinna Nisavanh, unité EAZ, DMI

Harold Noël, directeur adjoint de la DMI

Isabelle Parent, responsable de l'unité REV, DMI

Philippe Pirard, unité « Périnatalité, petite enfance et santé mentale », direction des maladies non transmissibles et traumatismes (DMNTT)

Jonathan Roux, unité « Périnatalité, petite enfance et santé mentale », direction des maladies non transmissibles et traumatismes (DMNTT)

Alexandra Septfons, unité EAZ, DMI

Henriette de Valk, responsable de l'unité EAZ, DMI

Sophie Vaux, unité REV, DMI

Bernadette Verrat, unité ABISS, DATA

Delphine Viriot, unité REV, DMI

Laura Zanetti, unité REV, DMI

Université de Corse (UR7310)

Alessandra Falchi, responsable de l'antenne *Méditerranée* du réseau Sentinelles, MCU, docteur en Sciences, directrice de l'UR7310 Bioscope et du laboratoire de virologie

Shirley Masse, épidémiologiste, antenne *Méditerranée* du réseau Sentinelles

Université Côte d'Azur

David Darmon, responsable de l'antenne *PACA* du réseau Sentinelles, PU, médecin généraliste, directeur du département d'enseignement et de recherche en médecine générale, Faculté de Médecine

Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

Mathilde François, responsable de l'antenne *Nord* du réseau Sentinelles, PU, Médecin généraliste, docteur en sciences, directrice du département de médecine générale, UFR des sciences de la santé Simone Veil

Thomas Hanslik, PU-PH, docteur en Sciences, service de médecine interne, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt

Frédéric Urbain, département de médecine générale, UFR des sciences de la santé Simone Veil

Nadia Younès, MCU-PH, service de psychiatrie d'adulte du Centre Hospitalier de Versailles, UFR des sciences de la santé Simone Veil

17.13 Annexe 13 : collaborations scientifiques

Autorités de santé nationales

- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)
- Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)
- Direction Générale de la Santé (DGS), Ministère de la Santé
- Epi-Phare
- Santé publique France et ses cellules régionales

Autorités de Santé régionales

- Agence Régionale de Santé (ARS) Centre-Val de Loire
- Observatoire Régional de la Santé (ORS) de Corse
- Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des médecins libéraux d'Ile-de-France

Centre National de Référence (CNR)

- CNR Borrelia, laboratoire de Bactériologie, Hôpitaux Universitaires et Faculté de Médecine de Strasbourg
- CNR Coqueluche et autres bordetelloses, unité Biodiversité et Épidémiologie des Bactéries Pathogènes, Institut Pasteur, Paris
- CNR Infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes, GH Pellegrin du CHU de Bordeaux, UF de Bactériologie automatisée et moléculaire du Département des Agents Infectieux de l'hôpital Saint Louis (AP-HP), Laboratoire de Dermatologie de l'hôpital Cochin (AP-HP)
- CNR Virus de la rougeole, de la rubéole et des oreillons, Laboratoire de Virologie - Pôle Biologie, Unité de Recherche Risques Microbiens, EA4655, Centre Hospitalo-Universitaire de Caen
- CNR Virus des infections respiratoires (dont la grippe), unité de génétique moléculaire des virus à ARN, Institut Pasteur (Paris), laboratoire de virologie Est aux Hospices Civils de Lyon
- CNR Virus des gastro-entérites, laboratoire de Virologie, Centre Hospitalier Universitaire de Dijon

Institutions publiques universitaires, hospitalières ou de recherche

- Département de Médecine Générale, Sorbonne Université
- Département de Médecine Générale, Université Côte d'Azur
- Département de Médecine Générale, Université de Rouen
- Département de Médecine Générale, Université de Strasbourg
- Département de Médecine Générale, Université de Toulouse
- Département de Médecine Générale, Université Paris Cité
- Département de Médecine Générale, Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines
- Ecole Nationale Supérieure des Mines de Saint-Etienne
- Service de pharmacologie médicale et clinique, CIC 1436, CHU de Toulouse, UMR 1027 INSERM Université Paul Sabatier - Toulouse 3
- Service de psychiatrie, Centre Hospitalier de Versailles, Le Chesnay
- Unité de soins palliatifs, CHU de Rennes
- UMR IRD 190, Inserm 1207 "Unité des Virus Émergents", Aix-Marseille Université - Institut de Recherche pour le Développement - Inserm - Institut de Recherche Biomédicale des Armées - Établissement Français du Sang

- UR7310 Université de Corse, Laboratoire de génétique moléculaire et de virologie, Université de Corse Pasquale Paoli

Associations

- Amedulo, à l'origine de la conception du logiciel XMED, défendant la structuration des données médicales et leur maitrise par les professionnels de santé
- Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA)

Groupe mutualiste

- Groupe Mutualiste Aesio Santé

Sociétés privées

- A10 technologie (éditeur et développeur du logiciel XMED)
- Epiconcept
- IQVIA

17.14 Annexe 14 : Résultats des travaux scientifiques de la cohorte Grippenet/Covidnet lors de la saison 2025/2026

17.14.1 Participation

La quatorzième saison de surveillance a débuté le 03 novembre 2025 et s'est achevée le 19 avril 2026. Au total, 4 602 personnes ont participé au suivi en remplissant au moins un questionnaire préliminaire, ce qui correspond à un taux de participation de 6,8 participants pour 100 000 habitants, contre 7,9 en 2024/2025.

En moyenne, 3 341 questionnaires hebdomadaires ont été complétés chaque semaine, soit 80 178 questionnaires hebdomadaires complétés durant la saison.

17.14.2 Profil des participants

La population de Grippenet/Covidnet était composée de 59 % de femmes. L'âge médian était de 65,2 ans et les tranches d'âges les plus représentées étaient les 70 ans et plus (35 %), suivis des 60-69 ans (27 %). Les salariés représentaient 34 % de la cohorte et 88 % des répondants avaient un niveau d'étude supérieur ou égal au baccalauréat.

17.14.3 Santé des participants

Durant la saison 2025/2026, 19 % des participants ont déclaré prendre un traitement régulier pour des troubles cardiaques, 7 % pour de l'asthme, 6 % pour un diabète, 6 % pour une immunodépression, 4 % pour des troubles pulmonaires hors asthme (bronchopneumopathie chronique obstructive, emphysème) ou autres troubles affectant leur respiration, 2 % pour des troubles rénaux ; 66 % des participants ne prenaient de traitement pour aucune de ces maladies.

Concernant la vaccination antigrippale, 56 % des participants ont déclaré s'être fait vacciner contre la grippe saisonnière cette saison 2025/2026. Les répondants tous âges présentant un risque de forme grave de grippe étaient 67 % à s'être fait vacciner (68 % pour les 65 ans ou plus). Parmi les participants qui se sont fait vacciner contre la grippe, 75 % l'ont été par un pharmacien(ne), 12 % par un(e) infirmier(e), 6 % par un(e) médecin du travail, 4 % par un(e) médecin généraliste et 3 % par un(e) autre professionnel(le) de santé. Concernant la vaccination contre le Covid-19, 34 % des répondants ont déclaré s'être fait vacciner depuis le début de la campagne saisonnière en octobre 2025. Le taux de vaccination Covid-19 cette saison pour les 65 ans ou plus était de 45 %. Parmi les participants non-vaccinés, les raisons de non-vaccination les plus déclarées étaient (les participants pouvaient cocher plusieurs réponses) : le fait que le vaccin ne leur ait pas été proposé (25 %), ne pas appartenir à un groupe pour lequel la vaccination est recommandée (20 %), craindre que le vaccin ait des effets indésirables ou cause une maladie (11 %), penser qu'il est préférable de construire sa propre immunité naturelle contre le Covid-19 (10 %) et, enfin, douter de l'efficacité du vaccin contre le Covid-19 (7 %).

17.14.4 Les infections respiratoires aiguës

La définition d'un cas d'infection respiratoire aigüe (IRA) utilisée dans les analyses hebdomadaires et annuelles est la définition des syndromes grippaux utilisée par l'ECDC : fièvre ou autres symptômes généraux (douleurs musculaires ou articulaires, fatigue, mal de tête) d'apparition brutale, accompagné de signes respiratoires (toux, mal de gorge, essoufflement). Cette définition a été choisie sur la base des résultats d'un travail publié montrant que cette définition est un bon proxy pour la surveillance des IRA en population générale (20).

L'évolution des taux d'incidence des IRA cette saison et pour les saisons précédentes est présentée en figure 17.14. La méthode utilisée pour l'estimation des taux d'incidence a été publiée en 2018 par Guerrisi *et al.* (20).

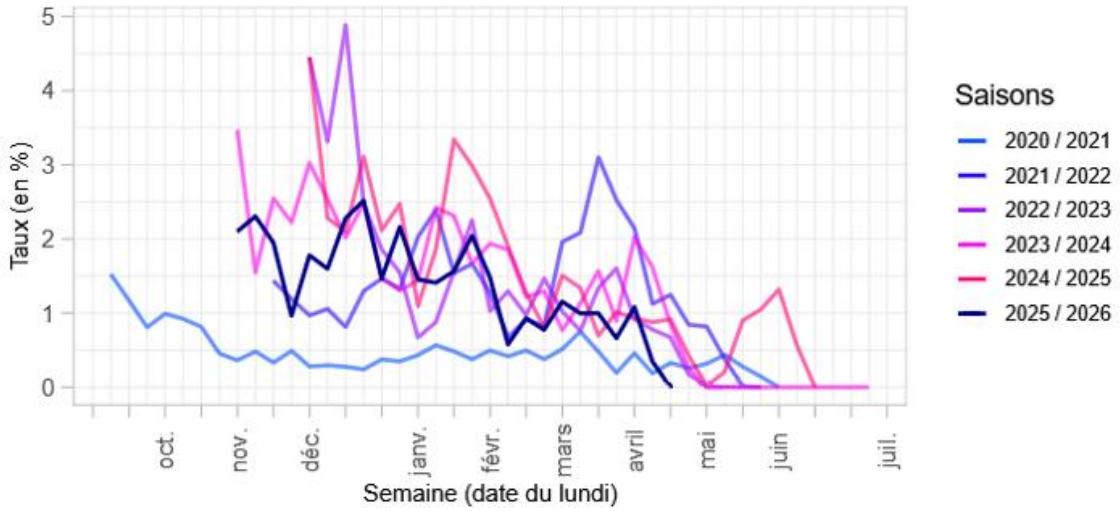


Figure 17.16 : Évolution des taux d'incidence des IRA de la saison 2020/2021 à la saison 2025/2026, Grippenet/Covidnet

Durant la saison 2025/2026, 22 % des participants ont eu au moins une fois des symptômes compatibles avec une IRA, contre 23 % en 2024/2025. La courbe d'évolution des taux d'incidence montre deux pics d'activité, le premier au début du mois de décembre (semaine 49, correspondant au début de l'épidémie de grippe et au début de l'épidémie de bronchiolite observées via d'autres sources de données), et le deuxième fin janvier (correspondant à cette même épidémie de grippe, assez longue cette saison, bien que d'intensité modérée). Ces tendances sont cohérentes avec les observations des autres réseaux de surveillance.

- **Recours aux soins lors d'une IRA**

Les participants déclarant des symptômes ont été interrogés sur leur recours aux soins. La méthode utilisée pour l'estimation du recours aux soins a été publiée en 2018 (21).

En cas d'IRA, 62 % des participants n'ont pas consulté de professionnel de santé, ce qui est comparable à la saison 2024/2025 (63 %), tandis que 25 % ont consulté leur médecin généraliste et 7 % un(e) pharmacien(ne). Le recours aux urgences hospitalières, à un service de garde ou à SOS Médecins était exceptionnel, de l'ordre de 4 % (Figure 17.15).

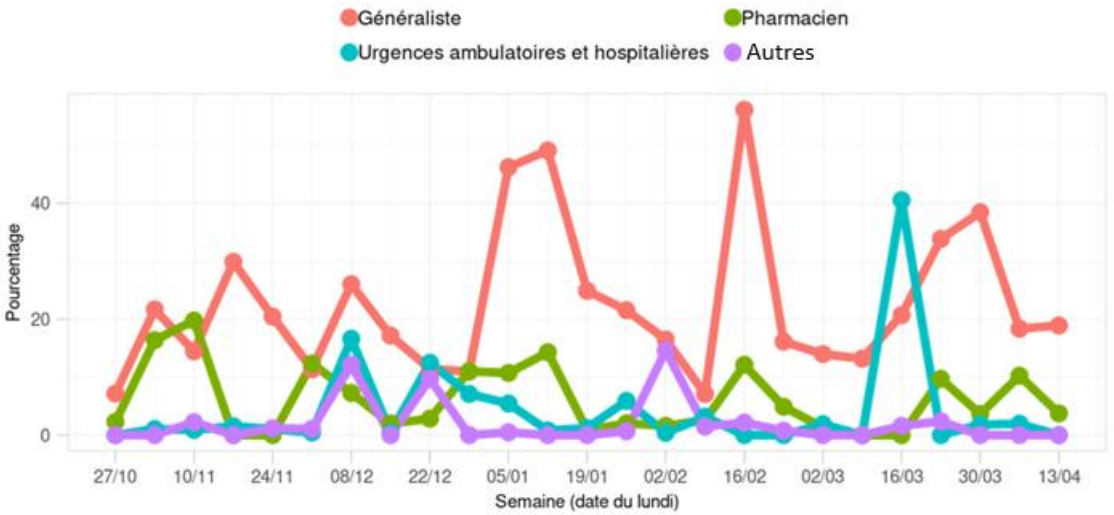


Figure 17.17 : Évolution du recours aux soins en cas d'IRA au cours de la saison 2025/2026, Grippenet/Covidnet

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement :

les médecins généralistes et les pédiatres Sentinelles pour leur participation volontaire et bénévole aux activités du réseau Sentinelles ;

les institutions et les membres participant aux différents groupes de travail mis en place en fonction des indicateurs surveillés et des études réalisées.