

Infections respiratoires aiguës

Semaine 10 (3 au 9 mars 2025). Publication : 12 mars 2025

ÉDITION NATIONALE

Tendances de la semaine

Infections respiratoires aiguës (IRA). Indicateurs en diminution dans toutes les classes d'âge, avec une activité de faible intensité.

Grippe. Poursuite de la diminution des indicateurs grippe dans l'Hexagone dans toutes les classes d'âge. Ensemble des régions hexagonales en post-épidémie excepté la Nouvelle-Aquitaine. Les Antilles et la Guyane en épidémie.

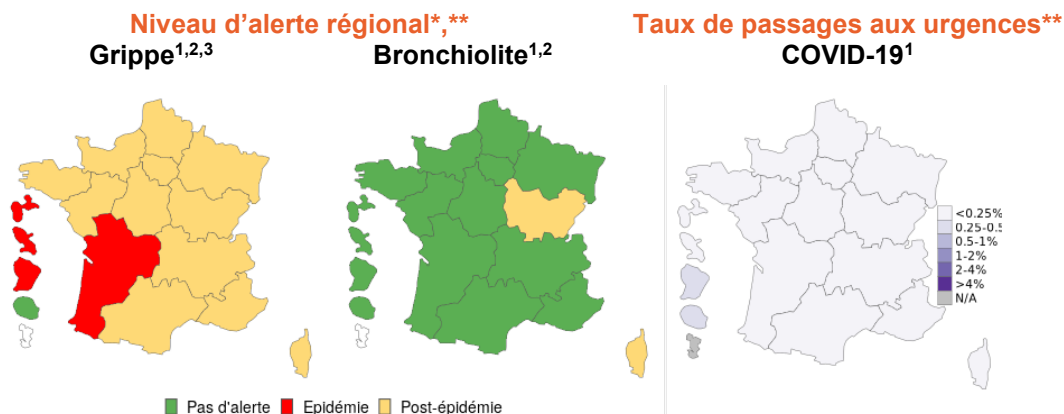
Bronchiolite. Indicateurs syndromiques à leur niveau de base au niveau national. Dans l'Hexagone, deux régions en post-épidémie.

COVID-19. Activité globalement stable à des niveaux bas.

Indicateurs clés

Indicateurs syndromiques

	IRA basses		Syndrome grippal		Bronchiolite (moins de 2 ans)		COVID-19	
Part de la pathologie parmi	S10	S10 vs S09	S10	S10 vs S09	S10	S10 vs S09	S10	S10 vs S09
Actes médicaux SOS Médecins	12,7%	-3,2 pt	7,0%	-2,5 pt	3,5%	-0,6 pt	0,2%	-0,1 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	3,3%	-0,8 pt	1,0%	-0,6 pt	5,3%	-0,4 pt	0,1%	0 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	6,6%	-1,1 pt	0,8%	-0,5 pt	12,4%	+0,1 pt	0,2%	0 pt

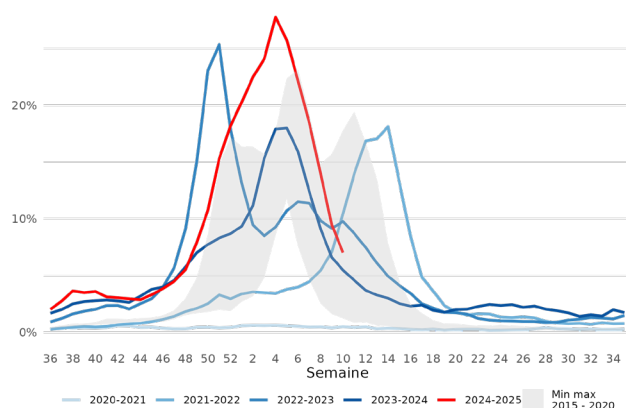


* Méthodologie en [annexe](#). Antilles : niveau d'alerte pour S08. ** Données non disponibles pour Mayotte.

Source : ¹ réseau OSCOUR®, ² SOS Médecins, ³ réseau Sentinelles

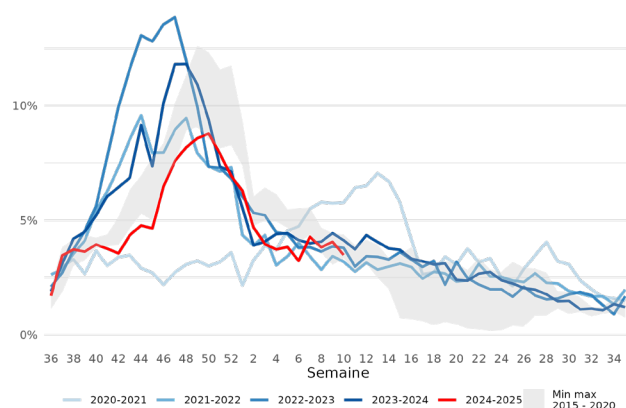
Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les [bulletins régionaux](#) de Santé publique France.

Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



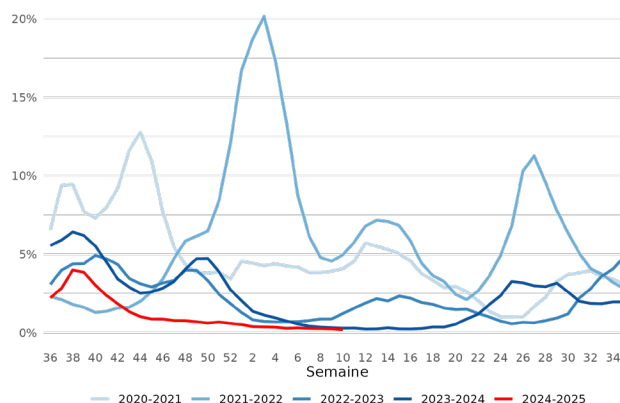
Source : SOS Médecins

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



Source : SOS Médecins

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



Source : SOS Médecins

Indicateurs virologiques

	Virus grippaux		VRS		SARS-CoV-2	
	S10	S10 vs S09	S10	S10 vs S09	S10	S10 vs S09
Taux de positivité des prélèvements						
Laboratoires de ville ^{1,2}	16,2%	-5,3 pt	2,8%	-0,4 pt	2,1%	-0,2 pt
Médecine de ville ^{1,3,*}	40,3%	-1,7 pt	4,8%	+0,2 pt	9,7%	+6,9 pt
Milieu hospitalier ^{1,4}	7,1%	-3,3 pt	2,3%	0 pt	2,4%	+0,1 pt
Surveillance dans les eaux usées ^{5,**}					790	+8.4%

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

* Prélèvements réalisés chez des patients consultant pour une IRA

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

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

Point de situation

En semaine 10, les indicateurs liés aux infections respiratoires aiguës étaient toujours en baisse et à un niveau d'intensité faible dans toutes les classes d'âge, en ville et à l'hôpital.

Dans l'Hexagone, l'activité grippale continuait de diminuer en ville et à l'hôpital dans l'ensemble des classes d'âge. Toutes les régions étaient désormais en post-épidémie excepté la Nouvelle-Aquitaine qui demeurait en épidémie. Le niveau d'intensité des indicateurs syndromiques était faible en ville et à l'hôpital, quelle que soit la classe d'âge. Le nombre de signalements de cas groupés d'IRA (y compris liés à la grippe) dans les établissements médico-sociaux ainsi que la part des décès avec une mention de grippe parmi les décès certifiés électroniquement étaient également en baisse. Toutefois, le taux de positivité pour grippe atteignait toujours 16% en communauté (laboratoires de ville), 40% en médecine de ville et 7% à l'hôpital, indiquant une circulation toujours active des virus grippaux. Le virus B/Victoria continuait de progresser, représentant plus de la moitié des virus grippaux détectés en médecine de ville et près de 40% des virus grippaux détectés à l'hôpital depuis la S09. En Outre-mer, la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane demeuraient en épidémie. Mayotte était en épidémie en S09 (données S10 non disponibles).

Les indicateurs syndromiques de la bronchiolite étaient à leur niveau de base en ville et à l'hôpital au niveau national en S10. Le taux de positivité du VRS (virus respiratoire syncytial) progressait en ville, se stabilisait à l'hôpital, tout en restant dans des valeurs basses mais supérieures aux années antérieures. Dans l'Hexagone, les régions Bourgogne-Franche-Comté et Corse demeuraient en post-épidémie. Dans les DROM, Mayotte était encore en épidémie en S09 (données S10 non disponibles).

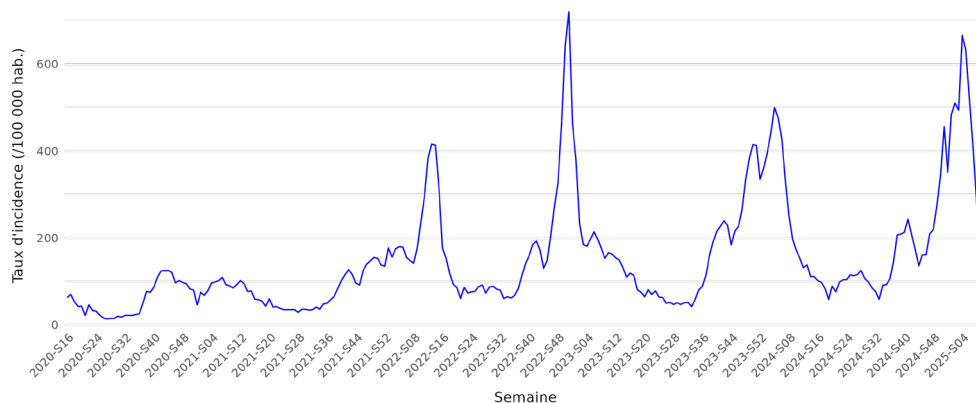
Concernant la COVID-19, les indicateurs syndromiques restaient globalement stables à un niveau faible en ville et à l'hôpital par rapport à la semaine précédente. Le taux de positivité pour SARS-CoV-2 était stable parmi les laboratoires en ville et à l'hôpital tandis qu'il augmentait en médecine de ville. L'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux était stable à un niveau faible.

Compte tenu de la circulation active de plusieurs virus respiratoires, l'adoption systématique des gestes barrières au sein de la population générale reste primordiale pour contribuer à limiter la circulation des virus respiratoires, y compris chez les personnes les plus à risque de formes graves : le lavage des mains, l'aération des pièces et le port du masque en cas de symptômes (fièvre, mal de gorge ou toux), dans les lieux fréquentés et en présence de personnes fragiles.

Médecine de ville

En semaine 10, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 151 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 135 -166] (données non consolidées) vs 186 [168-203] en S09.

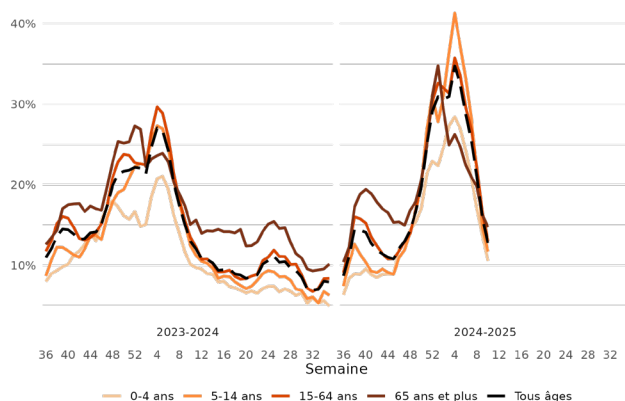
Estimation de l'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale



Source : réseau Sentinelles, IQVIA

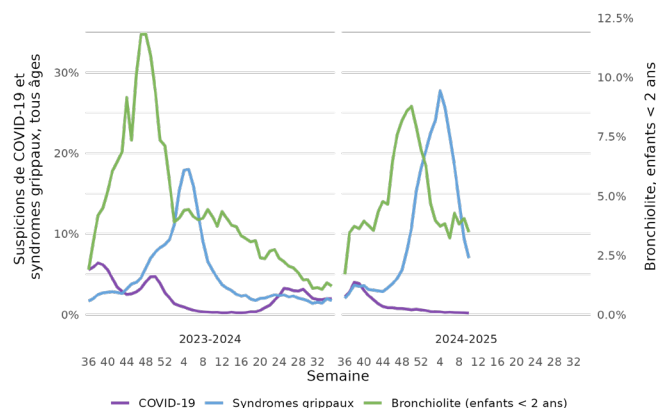
En semaine 10, 10 660 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 12,7% de l'ensemble des actes (vs 15,8% en S09). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 5 908, soit 7,0% (vs 9,5% en S09). Un total de 189 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins de deux ans, soit 3,5% (vs 4,1% en S09) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 159, soit 0,2% des actes SOS Médecins (vs 0,2% en S09).

Part des IRA basses* parmi les actes SOS Médecins



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

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



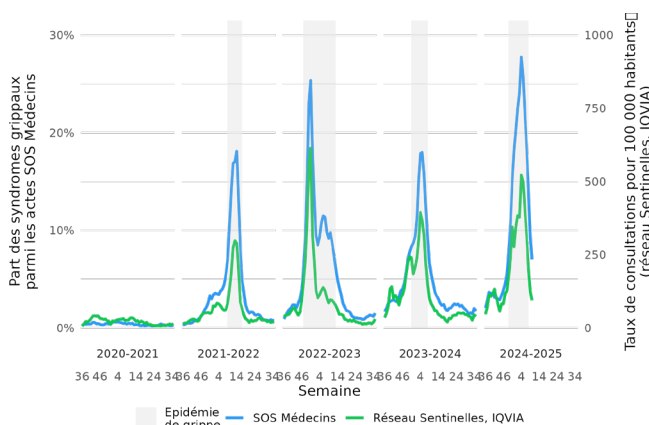
Source : SOS Médecins

Grippe

En semaine 10, la baisse des indicateurs de la grippe se poursuivant en médecine de ville. Le taux de consultations tous âges confondus pour syndrome grippal estimé à partir des données du réseau Sentinelles et IQVIA était de 94 pour 100 000 habitants [IC95% : 82-106] (données non consolidées) vs 126 pour 100 000 habitants [112-140] en S09.

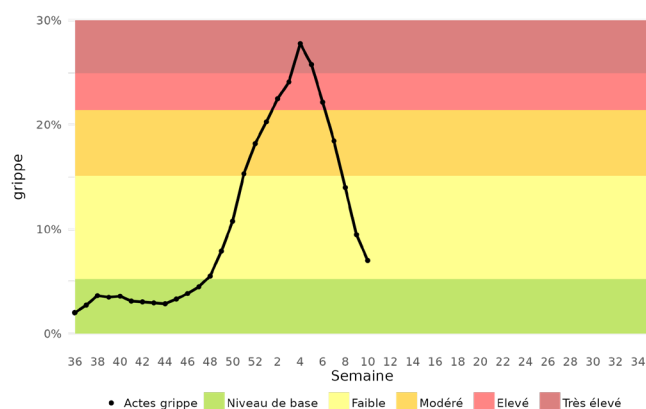
La part d'activité pour grippe/syndrome grippal SOS Médecins se situait à un niveau d'intensité faible dans toutes les classes d'âge (8% chez les 15-64 ans, 6% chez les moins de 15 ans et 3% chez les 65 ans ou plus).

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



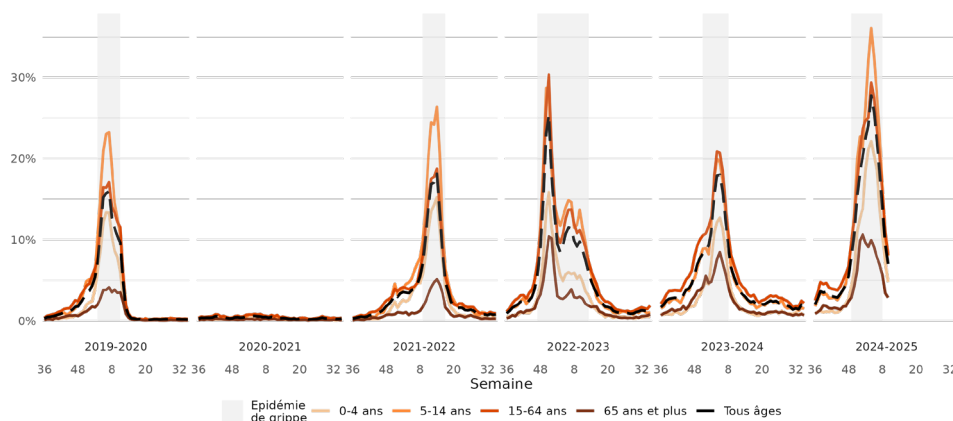
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins

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



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

Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



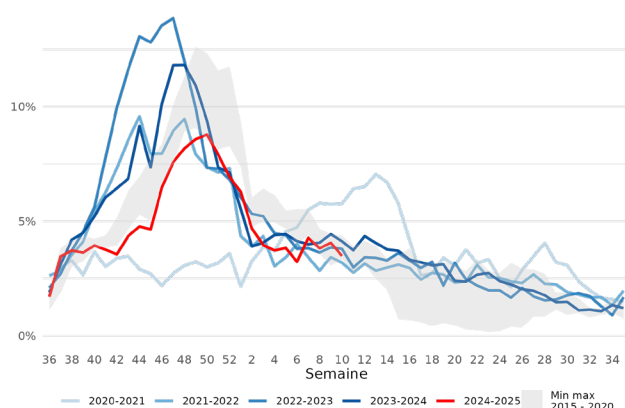
Source : SOS Médecins

Bronchiolite

En semaine 10, parmi les 5 427 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 2 ans, 189 actes (3,5%) étaient liés à la bronchiolite.

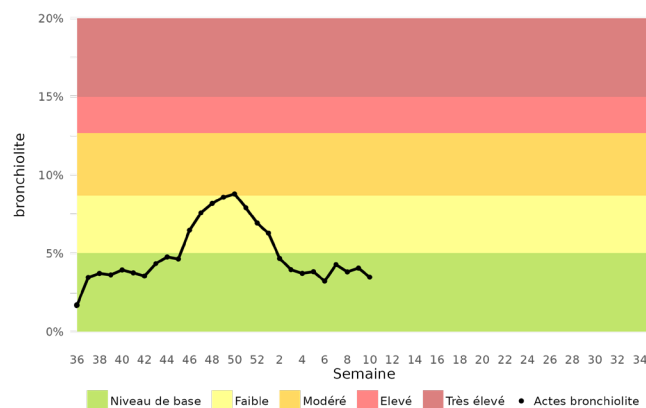
La part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins était à son niveau de base.

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



Source : SOS Médecins

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



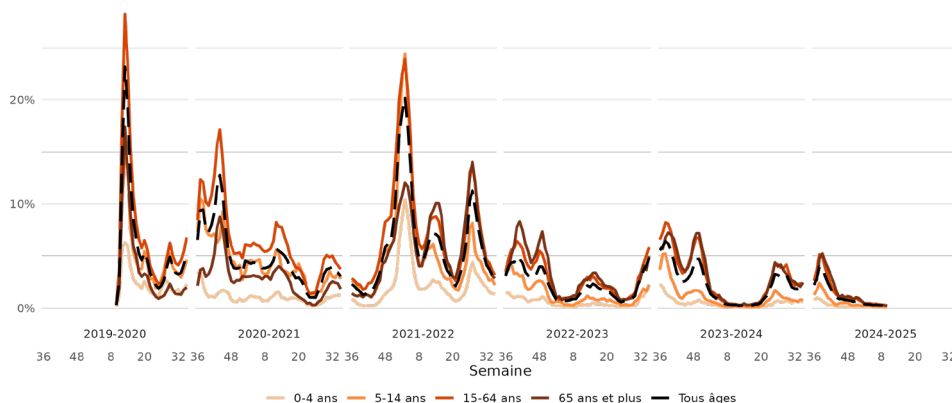
Source : SOS Médecins. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

En semaine 10, parmi les patients vus en consultation de médecine générale pour une infection respiratoire aiguë, le taux d'incidence des cas de COVID-19 a été estimé à 2 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 1 - 4] (données non consolidées) vs 5 [3 - 6] en S09.

Parmi les actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 20 ont été enregistrés chez les 65 ans et plus, soit 0,2% des actes dans cette classe d'âge (vs 0,3% en S09). Chez les 15-64 ans, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était de 124, soit 0,2% (vs 0,3% en S09). Chez les 5-14 ans, ce nombre était de 12, soit 0,1% (vs 0,2% en S09). Chez les 0-4 ans, 3 actes pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés, soit 0,0% des actes médicaux dans cette classe d'âge (vs 0,1% en S09).

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



Source : SOS Médecins

Milieu hospitalier

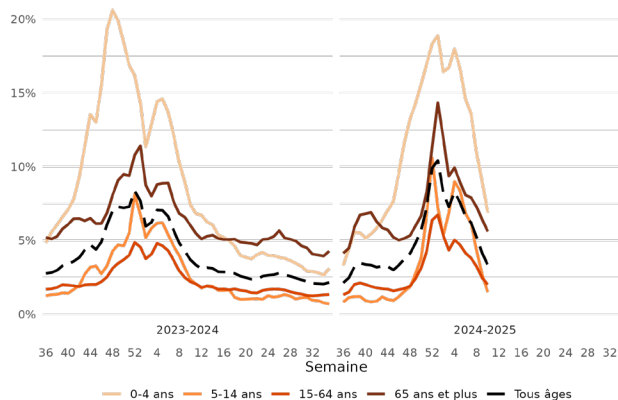
En semaine 10, 11 619 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 3,3% de l'ensemble des passages tous âges (vs 4,1% en S09). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 4 662, soit 6,6% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 7,6% en S09).

Le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal était de 3 422, soit 1,0% des passages (vs 1,5% en S09). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 594, soit 0,8% de l'ensemble des hospitalisations (vs 1,3% en S09).

Chez les moins de deux ans, 946 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 5,3% des passages dans cette classe d'âge (vs 5,7% en S09). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 353, soit 12,4% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 12,3% en S09).

Le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 365, soit 0,1% de l'ensemble des passages (vs 0,1% en S09). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 141, soit 0,2% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,2% en S09).

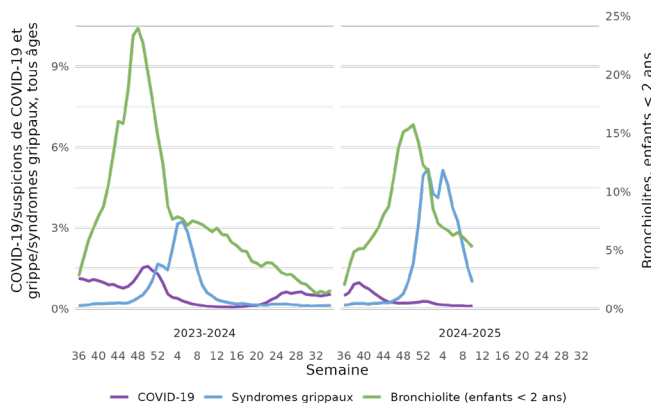
Part des IRA basses parmi les passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

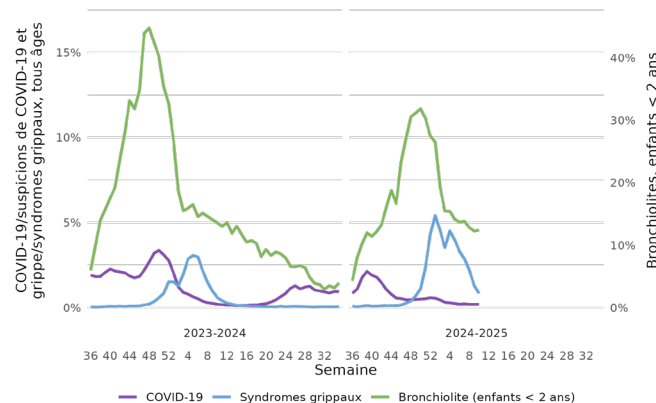
Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 et de la grippe/syndrome grippal (tous âges) et part de la bronchiolite (chez les moins de 2 ans)

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Hospitalisations après passage

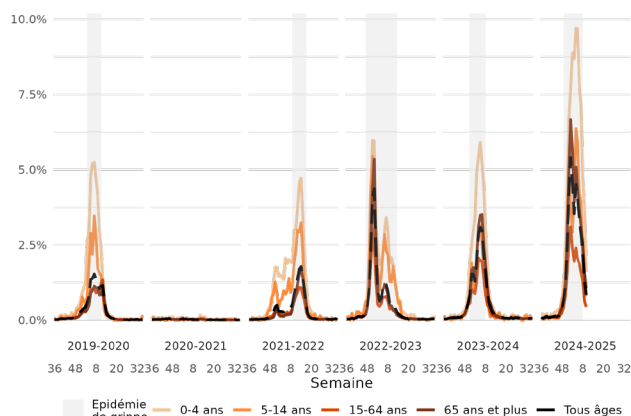


Source : réseau OSCOUR®

Grippe

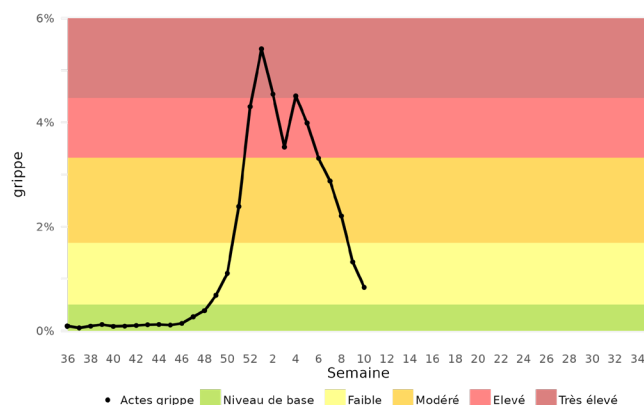
En semaine 10, les indicateurs de la grippe à l'hôpital étaient toujours en diminution et à un niveau d'intensité faible dans toutes les classes d'âges. Les 65 ans ou plus représentaient 64% des hospitalisations après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal (vs 60% en S09). La part des passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal donnant lieu à une hospitalisation tous âges confondus se stabilisait par rapport à la semaine précédente à 18%.

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



Source : réseau OSCOUR®

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



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

Bronchiolite

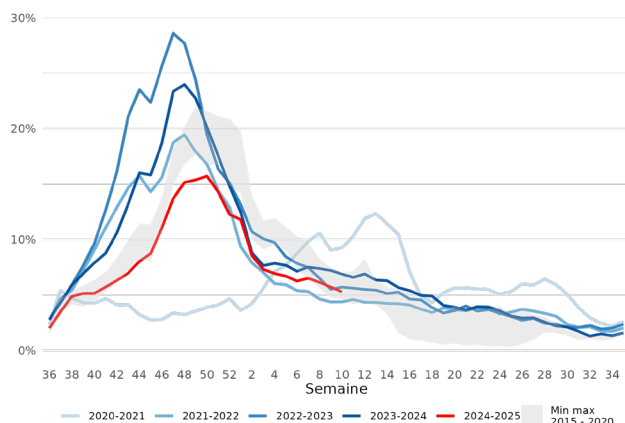
En semaine 10, chez les moins de 2 ans, la bronchiolite concernait 5,3% des passages aux urgences et 12,4% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 946 enfants de moins de 2 ans vus aux urgences pour bronchiolite en S10, 353 (37,3%) ont été hospitalisés, dont 322 étaient âgés de moins de 1 an.

La part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences était à son niveau de base.

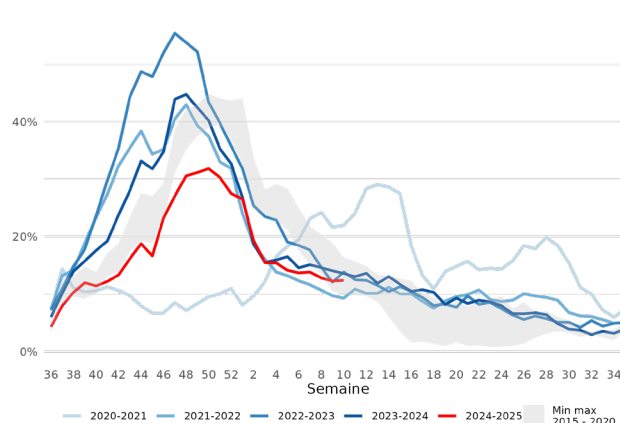
Part de la bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans

Passages aux urgences



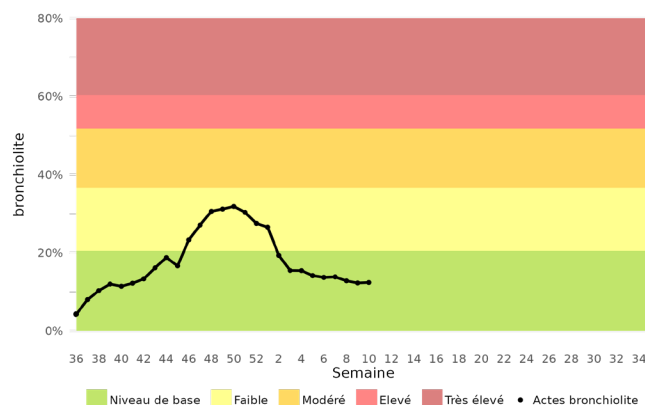
Source : réseau OSCOUR®

Hospitalisations après passage



Source : réseau OSCOUR®

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



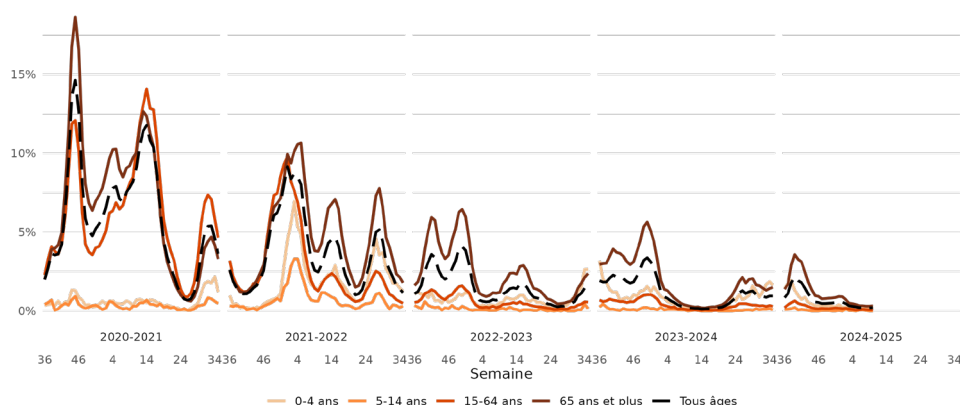
Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

Chez les 65 ans et plus, 115 hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 ont été enregistrées, soit 0,3% des hospitalisations après passage dans cette classe d'âge (vs 0,3% en S09). Chez les 15-64 ans, le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 était de 17, soit 0,1% (vs 0,1% en S09). Chez les 5-14 ans, ce nombre était de 0, soit 0,0% (vs 0,0% en S09). Chez les 0-4 ans, 9 hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 ont été enregistrées, soit 0,2% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 0,3% en S09).

Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 5 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S10, soit 0,2% (vs 0,2% en S09).

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



Source : réseau OSCOUR®

Cas graves en réanimation

Depuis la semaine 40, 1 699 cas de grippe, 311 cas de COVID-19 et 295 cas d'infections à VRS* ont été signalés par les services de réanimation participant à la surveillance (surveillance non exhaustive). Vingt-cinq cas de co-infections grippe/SARS-CoV-2 ; 15 cas de co-infections grippe/VRS et 4 cas de co-infections SARS-CoV-2/VRS ont également été déclarés.

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

Caractéristiques des patients admis en service de réanimation suite à une infection par les virus de la grippe, du SARS-CoV-2 ou du VRS au cours de la saison 2024-2025

	Grippe N = 1 699 (74%)		COVID-19 N = 311 (13%)		Infection à VRS N = 295 (13%)	
	N	%	N	%	N	%
Sexe						
Femme	738	44	123	40	136	47
Homme	924	55	185	60	152	52
Indéterminé	16	1	2	1	4	1
Non renseigné	21		1		3	
Classe d'âge (années)						
< 2	80	5	19	6	-	
2-17	94	6	7	2	-	
18-64	730	43	76	25	110	37
65 et plus	791	47	208	67	185	63
Non renseigné	4		1		0	
Données virologiques						
A, sans précision	1 200	78	-		-	
AH1N1pdm09	125	8	-		-	
AH3N2	64	4	-		-	
B	147	10	-		-	
Co-infection virus grippaux	2	0	-		-	
Non renseigné	161		-		-	
Présence de comorbidité(s)	1 447	86	272	88	280	96
Vaccination grippe pour la saison en cours						
Oui	238	14	34	11	67	23
Non	804	47	144	46	67	23
Ne sait pas/Non renseigné	657	39	133	43	161	55
Vaccination COVID-19 depuis moins de 6 mois						
Oui	135	8	20	6	50	17
Non	752	44	171	55	86	29
Ne sait pas/Non renseigné	812	48	120	39	159	54
Syndrome de détresse respiratoire aiguë						
Aucun	774	50	148	50	181	66
Mineur	171	11	16	5	35	13
Modéré	304	19	54	18	45	16
Sévère	311	20	77	26	13	5
Non renseigné	139		16		21	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive						
Aucune	70	4	19	6	6	2
Ventilation non-invasive	971	58	185	59	198	68
Ventilation invasive	590	35	105	34	87	30
Assistance extracorporelle	37	2	2	1	0	0
Non renseigné	31		0		4	

Source : réseau de services de réanimation sentinelles.

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

Parmi les 1 699 cas de grippe, 47% avaient 65 ans ou plus. Parmi eux, la présence d'au moins une comorbidité était reportée pour 86% des cas. Un virus de type A a été identifié dans 90% des cas où le virus a été typé (1 389/1 536). Parmi les 1 042 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 77% n'étaient pas vaccinés contre la grippe. Au total, 232 décès ont été signalés, dont 140 chez les 65 ans ou plus (données non consolidées).

Parmi les 311 cas de COVID-19, 67% étaient âgés de 65 ans et plus. Parmi eux, la majorité était des hommes et la présence d'au moins une comorbidité était reportée pour 88% des cas. Parmi les 191 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 90% n'étaient pas vaccinés contre

la COVID-19 au cours des 6 derniers mois. Soixante-sept décès ont été signalés, dont 60 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Parmi les 295 cas d'infections à VRS, 63% étaient âgés de 65 ans ou plus. Les patients présentant au moins une comorbidité représentaient 96% des cas. Quarante-et-un décès ont été signalés, dont 32 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Bronchiolite

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

Depuis début septembre 2024 et jusqu'au 11 mars 2025, 523 cas graves de bronchiolite ont été signalés par les services de réanimation participants. Parmi eux, le VRS et les rhinovirus/entérovirus ont été identifiés dans 323 et 124 cas respectivement (soit 62% et 24% des cas pour lesquels un pathogène a été recherché et identifié). Les cas étaient majoritairement âgés de moins de 6 mois (73%) et 32% des cas avaient au moins une comorbidité identifiée ou étaient nés prématurés. Un traitement préventif contre les infections à VRS par nirsévimab avait été administré pour 36% des cas.

Caractéristiques des nourrissons admis en service de réanimation pour une bronchiolite en France au cours de la saison 2024-2025, données du 11 mars 2025

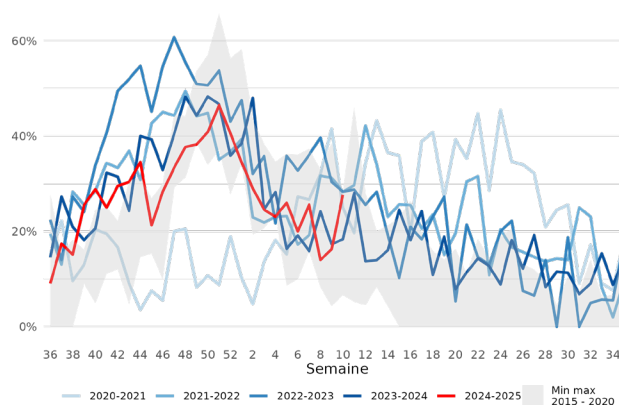
	Bronchiolite N = 523	
	N	%
Sexe		
Garçon	227	43
Fille	290	55
Non renseigné	6	1
Classe d'âge (mois)		
< 1	69	13
1-2	207	40
3-5	105	20
6-11	90	17
12-24	41	8
Non renseigné	11	2
Agent pathogène (seul ou en co-infection)*		
VRS	323	62
Rhinovirus/Entérovirus	124	24
Métapneumovirus	36	7
Grippe	33	6
Adénovirus	19	4
Parainfluenzae virus	16	3
SARS-CoV-2	8	2
Coronavirus saisonnier	12	2
Bocavirus	6	1
Autre pathogène	19	4
Non identifié/Non recherché/Non renseigné	31	6

Bronchiolite N = 523		
	N	%
Présence de comorbidité(s) et/ou prématurité**	166	32
Prématurité	101	19
Pathologie pulmonaire	31	6
Pathologie cardiaque	29	6
Pathologie neuromusculaire	8	2
Pathologie métabolique	3	1
Pathologie rénale	2	<1
Traitement préventif pour le VRS		
Nirsévimab (Beyfortus®)	190	36
Palivizumab (Synagis®)	3	<1
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive		
Ventilation non invasive	267	52
Oxygénothérapie à haut-débit	213	41
Ventilation invasive	32	6
Assistance extracorporelle	4	1
Aucune/Non renseignée	7	2
Décès	5	1

Source : réseau de services de réanimation sentinelles pédiatriques. Compte tenu des arrondis, la somme des pourcentages peut être différente de 100%. * Plusieurs agents pathogènes possibles pour un patient (co-infections). Le total est supérieur à 100%. ** Seules les comorbidités les plus fréquentes sont décrites. Plusieurs comorbidités possibles pour un patient

En semaine 10, 13 hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans ont été enregistrées, soit 27,7% de l'ensemble des hospitalisations en service de réanimation dans cette classe d'âge (vs 16,3% en S09). Chez les moins de 1 an, le nombre d'hospitalisations en réanimation après passage aux urgences était de 13, soit 31,7% des hospitalisations en service de réanimation (vs 22,6% en S09).

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



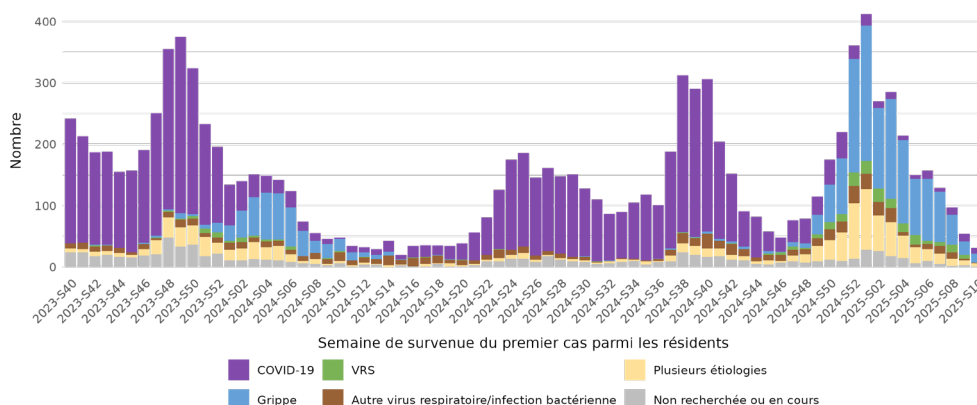
Source : réseau OSCOUR®

Établissements médico-sociaux

Depuis la semaine 40, 3 766 épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) sont survenus dans les établissements médico-sociaux (EMS) et ont été déclarés via le portail national des signalements du ministère de la Santé et de la Prévention*, dont 3 472 (92%) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Parmi l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 3 517 (93%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 1 414 (40%) étaient exclusivement attribués à la grippe et 1 012 (29%) à la COVID-19. Le VRS était la seule étiologie dans 183 épisodes (5%) et était seul ou associé à un autre pathogène dans 412 épisodes (11%). Après le pic des épisodes observé en semaine 01, puis une diminution les semaines suivantes, le nombre de nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA se stabilisait en semaines 05 et 06 puis diminuait de nouveau. Les données des dernières semaines ne sont pas consolidées.

Au total, 54 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 9 (données non consolidées) vs 97 en S08. Parmi eux, 22 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 48 en S08), 6 étaient attribués exclusivement à une infection à VRS (vs 13 en S08) et 12 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 12 en S08).

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



S10 et S09 : données non consolidées

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

Surveillance virologique

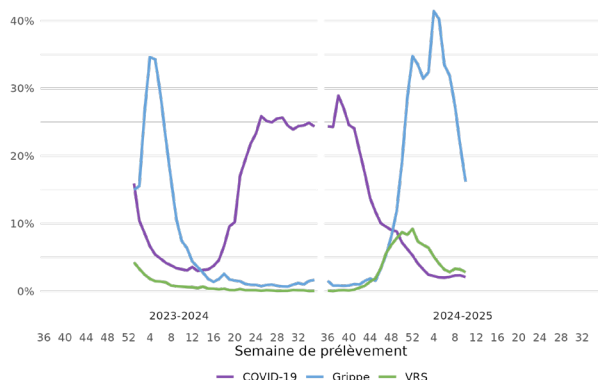
En semaine 10, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 16,2% (666/4 116) pour les virus grippaux (vs 21,5% en S09), 2,8% (115/4 111) pour le VRS (vs 3,2% en S09), 2,1% (86/4 117) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,3% en S09).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les médecins des réseaux Sentinelles, SOS Médecins et DUMG Rouen et Côte d'Azur était de 40,3% (25/62) pour les virus grippaux (vs 42,1% en S09), 4,8% (3/62) pour le VRS (vs 4,7% en S09), 9,7% (6/62) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,8% en S09) et 8,1% (5/62) pour le rhinovirus (vs 9,3% en S09).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 7,1% (575/8 053) pour les virus grippaux (vs 10,4% en S09), 2,3% (169/7 279) pour le VRS (vs 2,4% en S09), 2,4% (186/7 702) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,3% en S09) et 10,7% (407/3 807) pour le rhinovirus (vs 9,6% en S09).

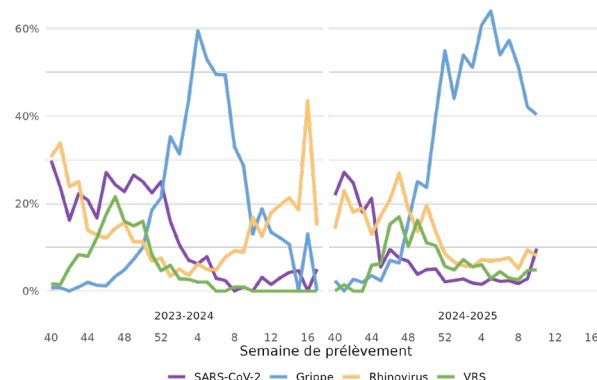
Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale

Laboratoires de biologie médicale en ville



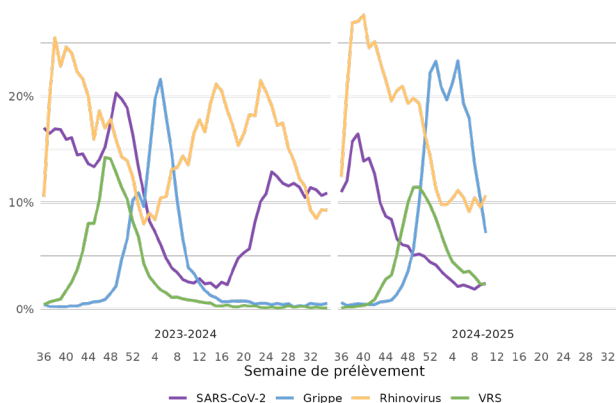
Source : réseau RELAB, CNR-VIR

Médecine de ville



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

Hôpital



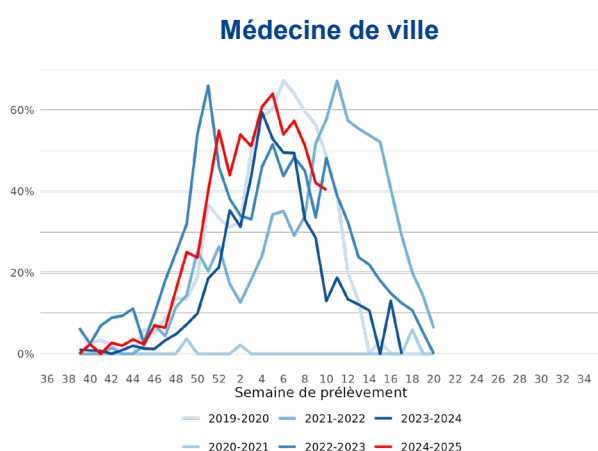
Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Virus grippaux

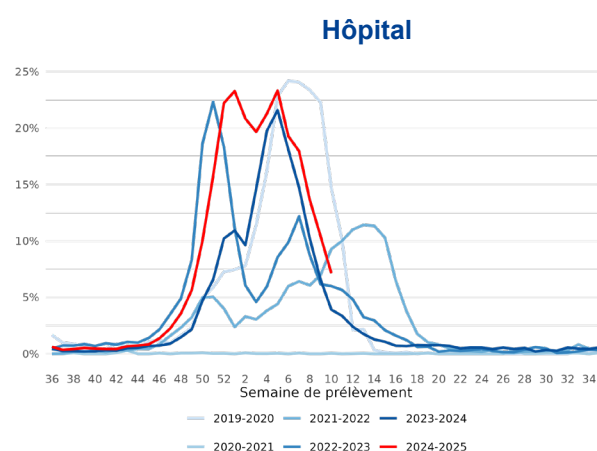
En semaine 10, le taux de positivité était en diminution en médecine de ville (40,3%, soit -1,7 point par rapport à S09) et en baisse à l'hôpital (6,9%, soit -3,6 points par rapport à S08). En médecine de ville, parmi les 4 119 prélèvements testés depuis la semaine 40, 1 435 virus grippaux ont été détectés dont 518 A(H1N1)_{pdm09} (soit 36% des virus détectés), 379 A(H3N2) (soit 26%), 41 virus A non sous-typés, 442 B/Victoria (soit 31%) et 72 B sans lignage identifié. Les virus de type B étaient majoritaires parmi les virus grippaux détectés en ville depuis la semaine 08, représentant 56% des virus détectés en S10.

A l'hôpital (réseau RENAL/CNR), parmi les 318 117 prélèvements testés depuis la semaine 40, 40 442 se sont avérés positifs pour un virus grippal (12,7%), dont une majorité de virus de type A (77%) : 26 668 virus de type A non sous-typés, 2 370 A(H1N1)_{pdm09}, 1 933 A(H3N2) et 9 471 virus de type B (soit 23%). La part des virus de type B représentait 37% des virus grippaux détectés en S10.

Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale

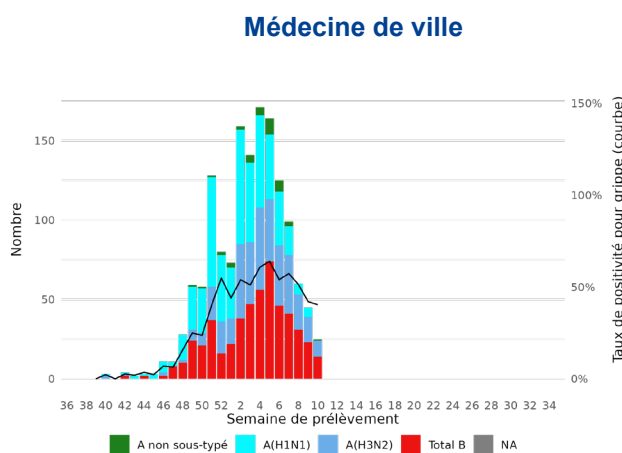


Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR

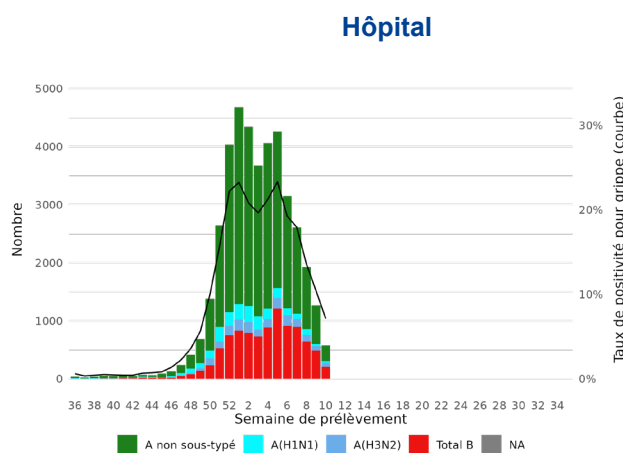


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

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



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



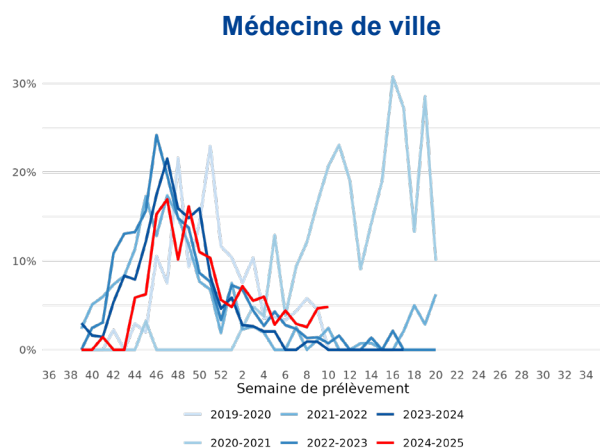
Source : réseau RENAL, CNR-VIR

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

VRS

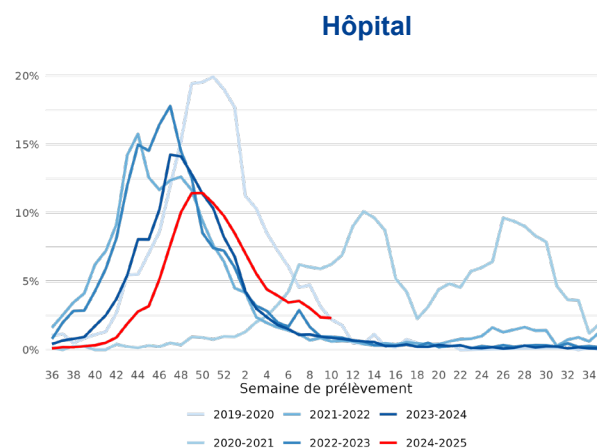
En semaine 10, parmi les 62 prélèvements nasopharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, 3 (4,8%) étaient positifs pour le VRS. Parmi les 7 279 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 169 (2,3%) étaient positifs pour le VRS.

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



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

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

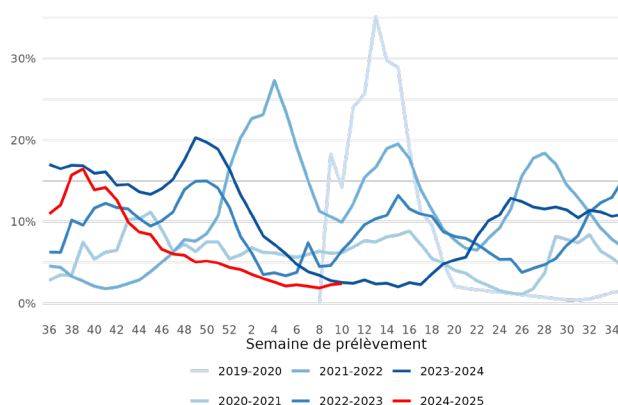


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

SARS-CoV-2

En semaine 10, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 2,4% (186/7 702) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,3% en S09).

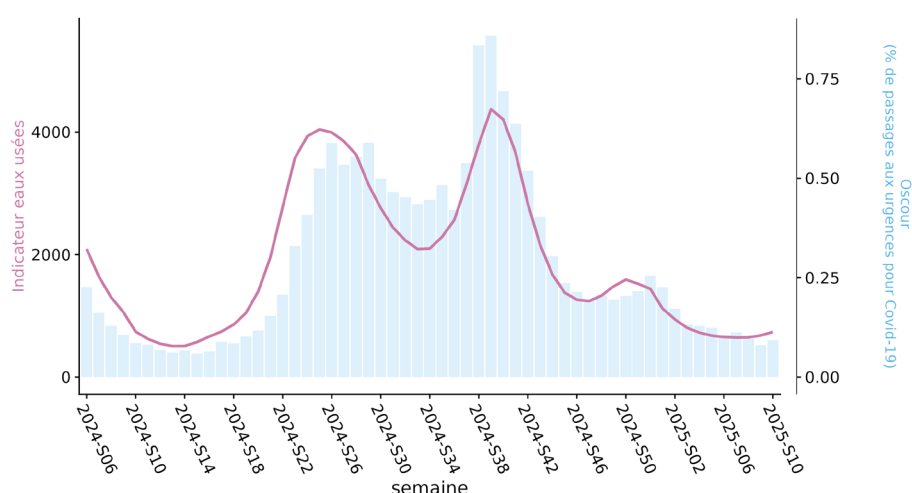
Taux de positivité pour le SARS-CoV-2 des prélèvements réalisés à l'hôpital en France hexagonale



Surveillance dans les eaux usées

En semaine 10, le niveau de SARS-CoV-2 dans les eaux usées en France montre une tendance à la stagnation. Toutefois, la situation demeure hétérogène (53 des 54 stations de traitement des eaux usées suivies disposent de résultats interprétables). Malgré ces disparités locales, l'intensité globale de la circulation virale reste faible.

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



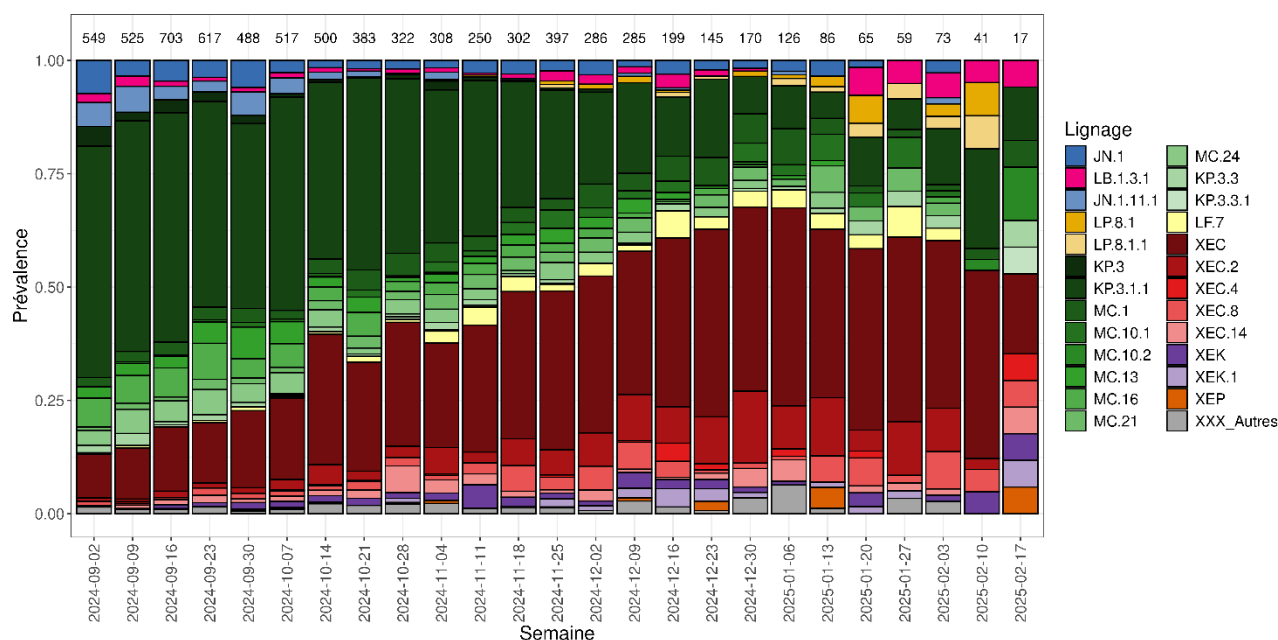
Surveillance génomique

Dans l'Hexagone, en S07 (10/02) et S08 (17/02), le lignage XEC (recombinant KS.1.1/KP.3.3) est le plus fréquemment détecté avec une proportion de 34,5% sans ses sous-lignages (20/58, en augmentation), suivi de KP.3.1.1 sans ses sous-lignages avec une proportion de 19% (11/58, en augmentation), puis XEC.8 et XEK (recombinant KP.2.3/XEC) qui représentaient chacun 5,2% (3/58) des séquences détectées.

Au total, sur les deux dernières semaines analysées, le lignage XEC accompagné de l'ensemble de ses sous lignages (incluant ceux présents à plus de 5% sur la figure), représentait 44,8% de l'ensemble des séquences détectées dans l'Hexagone. Au regard du plus faible nombre de séquences analysées en S07 et S08, une consolidation des données dans les prochaines semaines s'avère nécessaire pour l'interprétation des tendances.

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

Détection des variants SARS-CoV-2, France hexagonale



Source : CNR-VIR

Mortalité

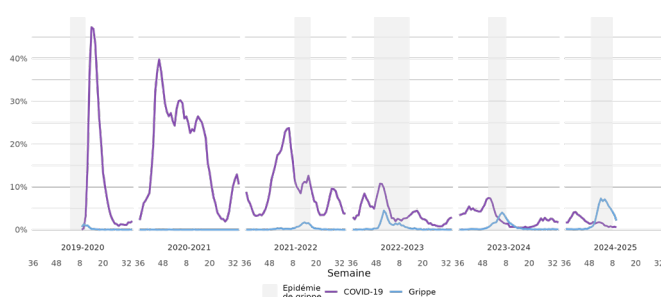
Certification électronique

En semaine 10, parmi les 6 783 décès déclarés par certificat électronique, 2,1% l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (vs 3,4% en S09). La COVID-19 était mentionnée dans 0,5% des décès (vs 0,7% en S09).

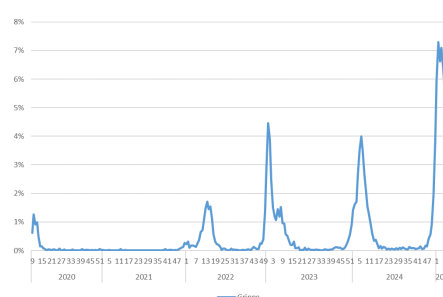
En S10, la part des décès avec une mention de grippe parmi l'ensemble des décès certifiés électroniquement continuait de diminuer (-1,3 point par rapport à S08). Parmi les décès liés à la grippe déclarés en S10, 94% concernaient des personnes de 65 ans et plus.

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

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



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



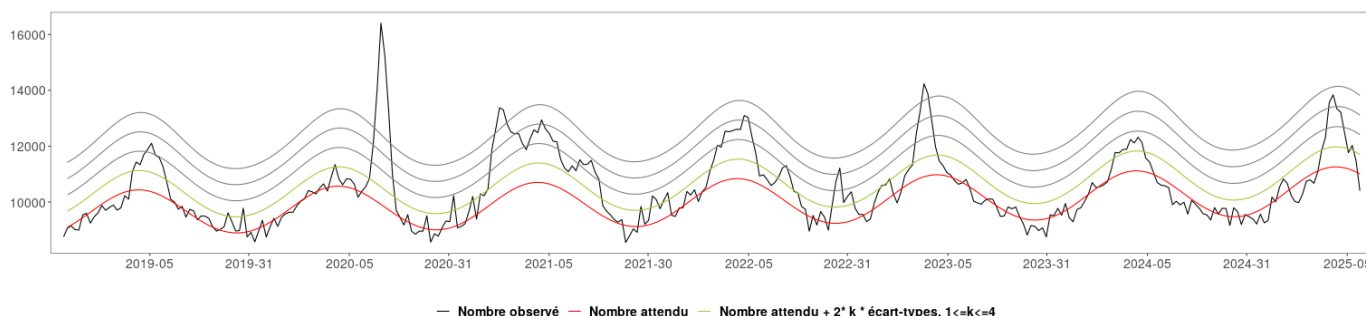
Source : Inserm-CépiDc ; Traitement : Santé publique France

Mortalité toutes causes

Le nombre de décès toutes causes confondues transmis par l'Insee est revenu dans les marges de fluctuation habituelle dans toutes les classes d'âge au niveau national depuis la S06, et dans l'ensemble des régions depuis la S08.

Plus d'informations sont disponibles dans le bulletin [mortalité](#).

Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges, 2018 à 2025 (jusqu'en semaine 9)



Source des données : Insee. Traitement : Santé publique France (Dernière semaine incomplète)

Prévention

Vaccination contre la grippe

La campagne de vaccination contre la grippe a débuté le 15 octobre 2024 dans l'Hexagone et s'est terminée le 28 février 2025. Cette campagne était couplée à la campagne de vaccination contre la COVID-19. Elle ciblait toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes âgées de plus de 6 mois, atteintes de comorbidités ayant un risque élevé de forme grave de la maladie, les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes, les résidents en établissement de soins de suite ou dans un établissement médico-social quel que soit leur âge, ainsi que les personnes vivant dans l'entourage ou en contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables aux formes graves de l'infection, y compris les professionnels de santé. Les vaccins disponibles sont les vaccins Vaxigrip Tetra® (Laboratoire Sanofi-Pasteur), Influvac Tetra® (Laboratoire Viatris) et Fluarix Tetra® (Laboratoire GSK).

Au 31 décembre 2024, la couverture vaccinale grippe chez l'ensemble des personnes ciblées par la vaccination était de 42,9% (données intermédiaires). Elle était de 49,8% chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et de 22,7% chez celles âgées de moins de 65 ans à risque de grippe sévère. Ces couvertures vaccinales sont inférieures à celles estimées pour la saison 2023-2024 à la même date (45,9% chez l'ensemble des personnes ciblées par la vaccination, avec 52,7% chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et 24,5% chez celles âgées de moins de 65 ans à risque de grippe sévère).

Les données du réseau Sentinelles et du CNR Virus des infections respiratoires permettent de produire une estimation de l'efficacité du vaccin à éviter une infection grippale conduisant à une consultation chez un médecin généraliste depuis le mois d'octobre 2024. Les résultats préliminaires disponibles au 11/03/2025 estimaient l'efficacité vaccinale (EV) à 45% [IC95%: 22-61] pour tous les groupes à risque, à 56% [IC95%: 23-75] chez les moins de 65 ans avec affection de longue durée et à 36% [IC95% : -2-59] chez les 65 ans et plus, vis-à-vis de l'ensemble des virus grippaux circulant en France hexagonale. Ces données se consolideront au cours des prochaines semaines.

Les estimations publiées par le réseau RELAB¹ montrent une EV à 42% [IC95%: 37-46] pour tous âges avec une meilleure efficacité contre la grippe de type B (75% [IC95%: 66–82%]) que de type A (26% [IC95%: 18–34%]). L'efficacité chez les moins de 65 ans était estimée à 60% [IC95%: 56-65] et à 22% [IC95% : 13-30] chez les 65 ans et plus, vis-à-vis de l'ensemble des virus grippaux circulant en France hexagonale.

Les estimations provisoires de l'efficacité vaccinale de huit études européennes² (17 pays dont la France) indiquent une efficacité vaccinale contre la grippe de type A tous âges confondus de 32 à 53% en soins primaires et de 33 à 56% en milieu hospitalier, ainsi qu'une efficacité vaccinale plus élevée contre la grippe de type B (≥ 58 % en soins primaires et à l'hôpital).

¹ [Eurosurveillance | Influenza vaccine effectiveness against detected infection in the community, France, October 2024 to February 2025](#)

² [Eurosurveillance | Interim 2024/25 influenza vaccine effectiveness: eight European studies, September 2024 to January 2025](#)

Vaccination contre la COVID-19

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

Au 31 décembre 2024, la couverture vaccinale contre la COVID-19 chez l'ensemble des personnes ciblées par la vaccination était de 16,7% (données intermédiaires). Elle était de 19,8% chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et de 7,4% chez celles âgées de moins de 65 ans à risque de Covid-19 sévère. Ces couvertures vaccinales sont inférieures à celles estimées pour la saison 2023-2024 à la même date (28,7% chez les personnes de 65 ans et plus).

Le mode de suivi des couvertures vaccinales contre la Covid-19 a évolué : jusqu'à la saison dernière (2023-2024), les couvertures étaient suivies grâce aux vaccinations renseignées dans l'outil Vaccin Covid ; pour la saison en cours (2024-2025), les couvertures vaccinales sont suivies par le remboursement de l'acte de vaccination dans le SNDS. Ces dernières couvertures sont certainement sous-estimées du fait du possible non-enregistrement des actes de vaccination dans la base des remboursements notamment lorsque les vaccinations ont été réalisées dans les établissements sanitaires ou médico-sociaux incluant les Ehpad ou par certains professionnels vaccinateurs.

Le niveau de sous-estimation ne peut cependant être évalué.

Gestes barrières

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

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

Prévenir les maladies de l'hiver

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



Partenaires

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

Pour en savoir plus

Surveillance intégrée des [IRA](#)

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

Surveillance syndromique [SurSaUD®](#)

Surveillance en [établissements médico-sociaux](#)

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

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

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

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

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

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

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

Équipe de rédaction

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

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

Pour nous citer : Bulletin Infections respiratoires aiguës. Édition nationale. Semaine 10 (3 au 9 mars 2025). Saint-Maurice : Santé publique France, 23 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Date de publication : 12 mars 2025

Contact : presse@santepubliquefrance.fr