

Infections respiratoires aiguës

Semaine 11 (10 au 16 mars 2025). Publication : 19 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 l'ensemble des classes d'âge. Toutes les régions hexagonales en post-épidémie. Les Antilles, la Guyane et Mayotte toujours en épidémie.

Bronchiolite. Indicateurs syndromiques à leur niveau de base au niveau national. Taux de positivité à des valeurs basses mais supérieures à celles de la saison précédente. La Corse en post-épidémie et Mayotte toujours en épidémie.

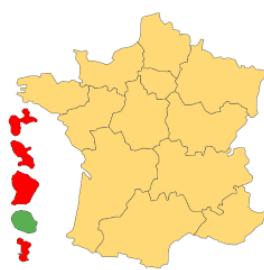
COVID-19. Activité globalement stable à des niveaux bas.

Indicateurs clés

Indicateurs syndromiques

Part de la pathologie parmi	IRA basses		Syndrome grippal		Bronchiolite (moins de 2 ans)		COVID-19	
	S11	S11 vs S10	S11	S11 vs S10	S11	S11 vs S10	S11	S11 vs S10
Actes médicaux SOS Médecins	11,2%	-1,4 pt	5,7%	-1,3 pt	3,2%	-0,2 pt	0,2%	0 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	2,9%	-0,4 pt	0,7%	-0,2 pt	5,4%	+0,2 pt	0,1%	0 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	6,2%	-0,4 pt	0,7%	-0,2 pt	11,3%	-1,1 pt	0,2%	0 pt

Niveau d'alerte régional*
Grippe^{1,2,3}

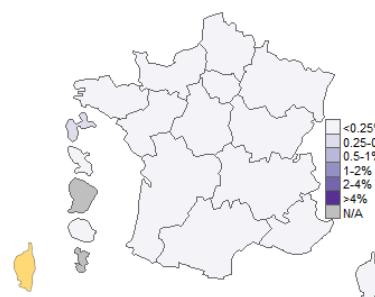


■ Pas d'alerte ■ Epidémie ■ Post-épidémie

Bronchiolite^{1,2}



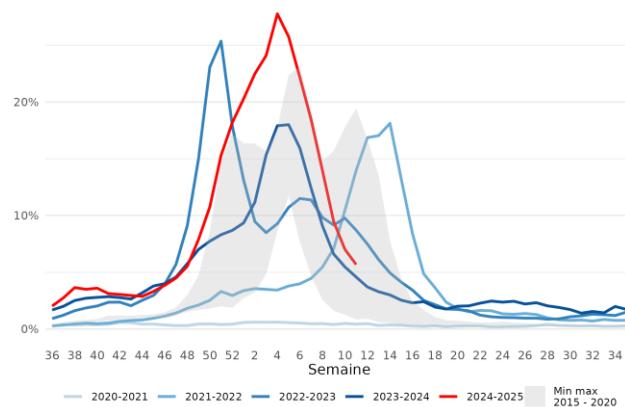
Taux de passages aux urgences**
COVID-19¹



* Méthodologie en [annexe](#). Antilles : niveau d'alerte pour S10. ** Données non disponibles pour Mayotte.
Source : ¹ réseau OSCOUR®, ² SOS Médecins, ³ réseau Sentinelles

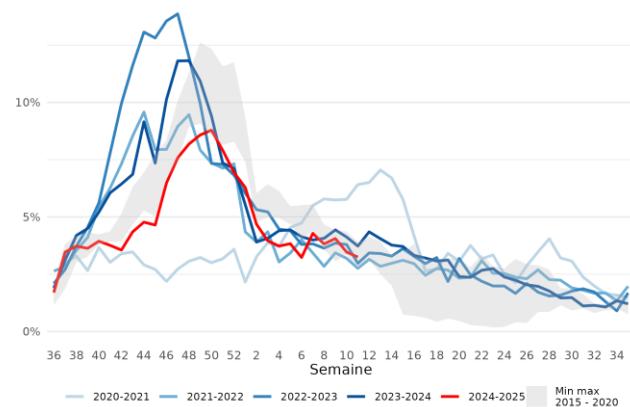
Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les [bulletins régionaux](#) de Santé publique France.

Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



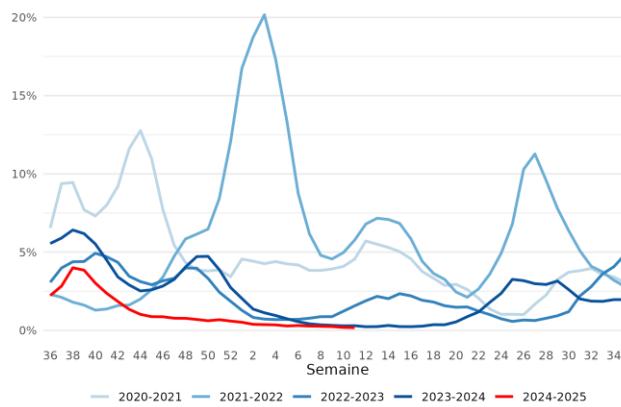
Source : SOS Médecins

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	
	S11	S11 vs S10	S11	S11 vs S10	S11	S11 vs S10
Taux de positivité des prélèvements						
Laboratoires de ville ^{1,2}	13,3%	-3,4 pt	2,2%	-0,6 pt	3,3%	+1,2 pt
Médecine de ville ^{1,3,*}	24,2%	-15,5 pt	5,3%	+1,4 pt	4,2%	-3,5 pt
Milieu hospitalier ^{1,4}	4,9%	-2,6 pt	2,0%	-0,4 pt	2,2%	0 pt
Surveillance dans les eaux usées ^{5,**}					668	+3,7%

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 11, les indicateurs liés aux infections respiratoires aiguës continuaient de diminuer et étaient à un niveau d'intensité faible en ville et à l'hôpital.

Dans l'Hexagone, l'activité grippale était en diminution en ville et à l'hôpital dans l'ensemble des classes d'âge. Toutes les régions étaient en post-épidémie. Le niveau d'intensité des indicateurs syndromiques était faible en ville et à l'hôpital tous âges confondus. Le nombre de signalements de cas groupés d'IRA (y compris liés à la grippe) dans les établissements médicaux-sociaux ainsi que la part des décès avec une mention de grippe parmi les décès certifiés électroniquement étaient également en baisse. Bien qu'en nette diminution, le taux de positivité pour grippe restait élevé en communauté (13% laboratoires de ville, 24% en médecine de ville) et à l'hôpital (5%), indiquant une circulation toujours active des virus grippaux. En Outre-mer, la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et Mayotte demeuraient en épidémie.

Les indicateurs syndromiques de la bronchiolite étaient à leur niveau de base en ville et à l'hôpital au niveau national en S11. Le taux de positivité du VRS (virus respiratoire syncytial) progressait en ville et diminuait à l'hôpital, à des niveaux bas mais supérieurs à ceux de la saison précédente à la même période. Dans l'Hexagone, la Corse restait en post-épidémie. Dans les DROM, Mayotte était encore en épidémie.

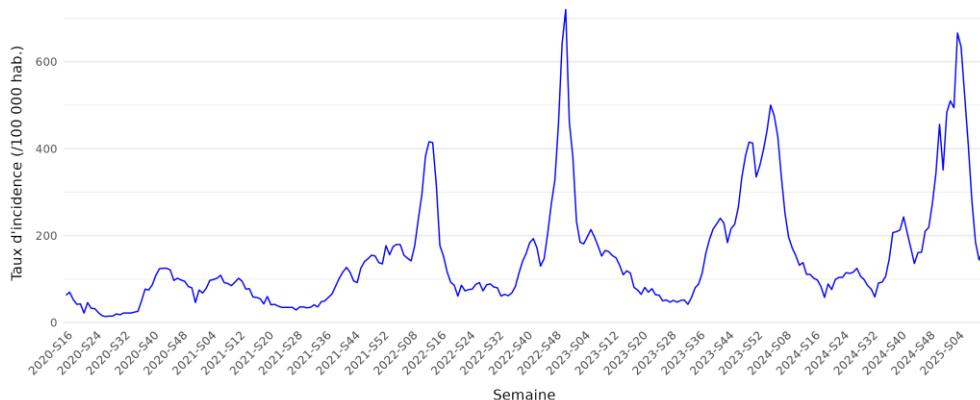
Concernant la COVID-19, les indicateurs syndromiques restaient stables à des niveaux bas en ville et à l'hôpital par rapport à la semaine précédente. Le taux de positivité pour SARS-CoV-2 était en légère augmentation parmi les laboratoires en ville, mais en diminution en médecine de ville et stable à l'hôpital. L'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux restait stable à un niveau faible.

Compte tenu de la circulation toujours active des 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 11, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 165 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 148 -181] (données non consolidées) vs 144 [130-158] en S10.

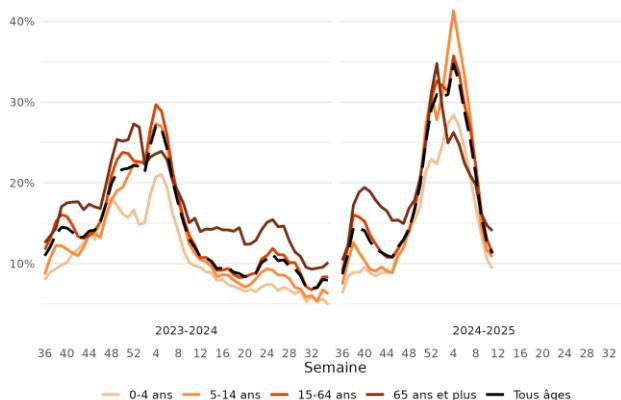
Estimation de l'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale*



Source : réseau Sentinelles, IQVIA ; * Données IQVIA non disponibles depuis S01

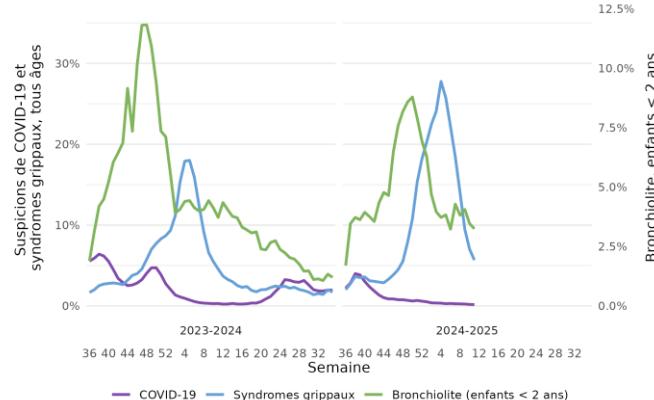
En semaine 11, 9 603 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 11,2% de l'ensemble des actes (vs 12,7% en S10). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 4 844, soit 5,7% (vs 7,0% en S10). Un total de 174 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins de deux ans, soit 3,2% (vs 3,5% en S10) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 148, soit 0,2% des actes SOS Médecins (vs 0,2% en S10).

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



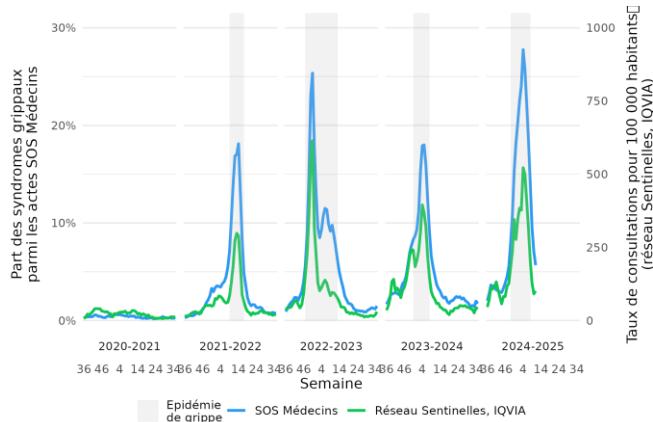
Source : SOS Médecins

Grippe

En semaine 11, le taux de consultations tous âges confondus pour syndrome grippal estimé à partir des données du réseau Sentinelles était de 101 pour 100 000 habitants [IC95% : 88-114] (données non consolidées) vs 91 pour 100 000 habitants [80-102] en S10.

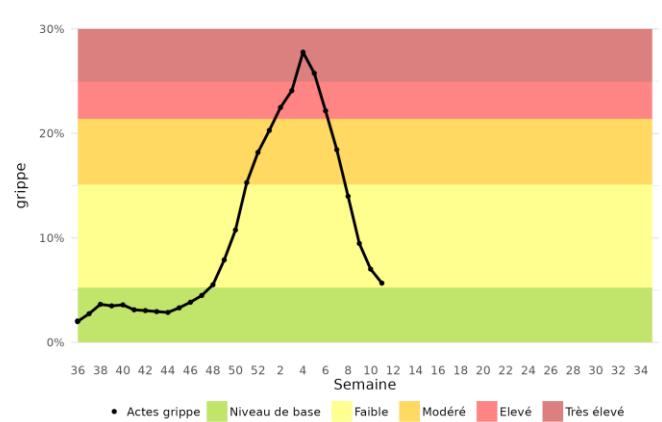
En semaine 11, les indicateurs de la grippe continuaient de diminuer en médecine de ville (5,7% soit -1,3 point vs S10). La part d'activité pour grippe/syndrome grippal SOS Médecins se situait à un niveau d'intensité faible dans toutes les classes d'âge excepté chez les 65 ans plus chez lesquels il passait en niveau de base. La part d'activité était de 4,8% chez les moins de 15 ans (soit -1,4 point), 6,8% chez les 15-64 ans (soit -1,4 point) et de 2,0% chez les 65 ans (soit -0,8 point).

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



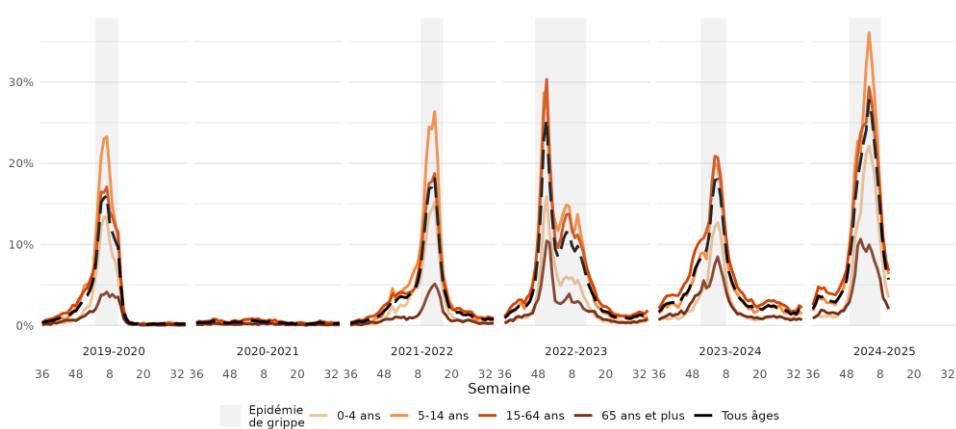
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins ; * Données IQVIA non disponibles depuis S01

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



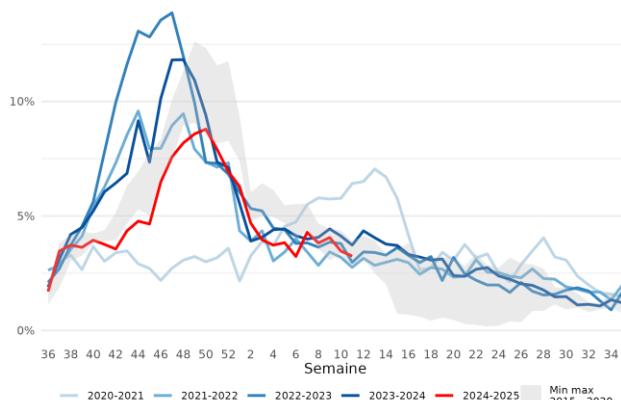
Source : SOS Médecins

Bronchiolite

En semaine 11, parmi les 5 357 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 2 ans, 174 actes (3,2%) étaient liés à la bronchiolite.

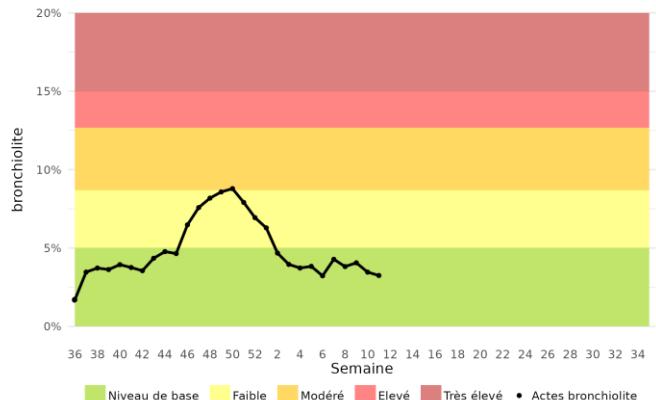
La part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins était à son niveau de base.

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



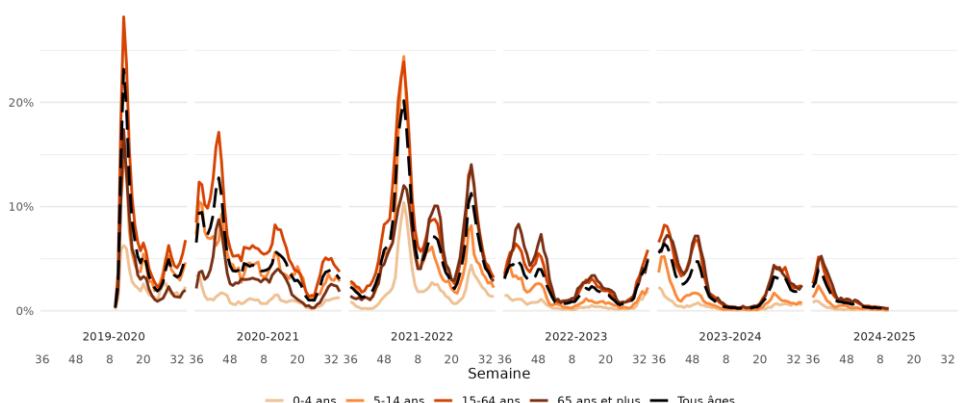
Source : SOS Médecins. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

En semaine 11, 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 4 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 3 - 6] (données non consolidées) vs 2 [1 - 4] en S10.

Parmi les actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 23 ont été enregistrés chez les 65 ans et plus, soit 0,2% des actes dans cette classe d'âge (vs 0,2% en S10). Chez les 15-64 ans, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était de 104, soit 0,2% (vs 0,2% en S10). Chez les 5-14 ans, ce nombre était de 13, soit 0,1% (vs 0,1% en S10). Chez les 0-4 ans, 8 actes pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés, soit 0,1% des actes médicaux dans cette classe d'âge (vs 0,0% en S10).

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



Source : SOS Médecins

Milieu hospitalier

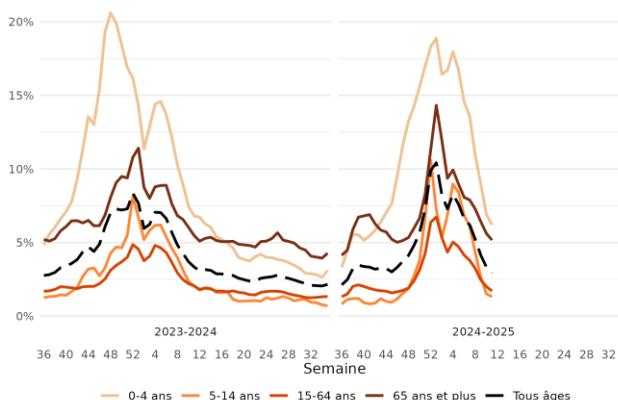
En semaine 11, 10 276 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 2,9% de l'ensemble des passages tous âges (vs 3,3% en S10). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 4 369, soit 6,2% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 6,6% en S10).

Le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal était de 2 580, soit 0,7% des passages (vs 1,0% en S10). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 471, soit 0,7% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,8% en S10).

Chez les moins de deux ans, 987 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 5,4% des passages dans cette classe d'âge (vs 5,3% en S10). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 330, soit 11,3% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 12,4% en S10).

En semaine 11, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 298, soit 0,1% de l'ensemble des passages (vs 0,1% en S10). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 109, soit 0,2% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,2% en S10).

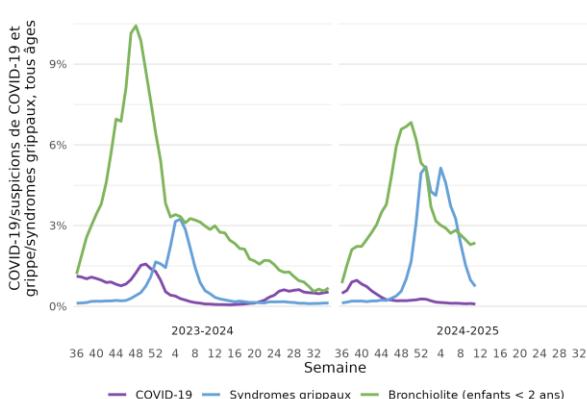
Part des IRA basses parmi les passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

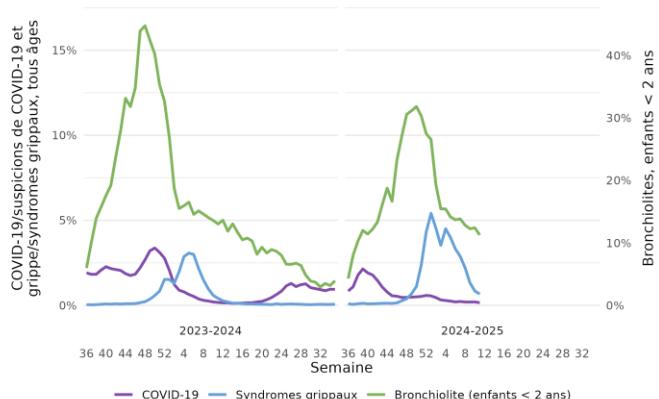
Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 et de la grippe/syndrome grippal (tous âges) et part de la bronchiolite (chez les moins de 2 ans)

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Hospitalisations après passage

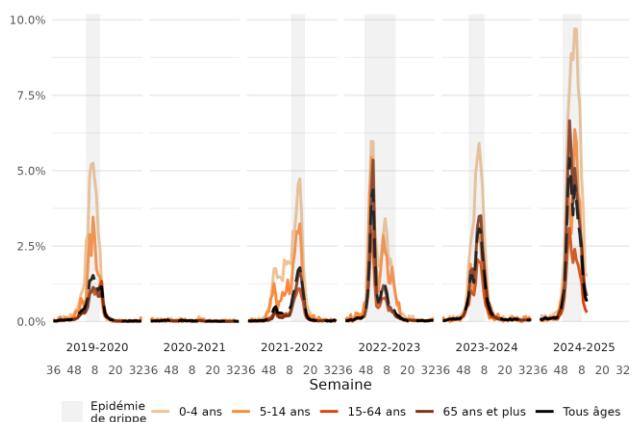


Source : réseau OSCOUR®

Grippe

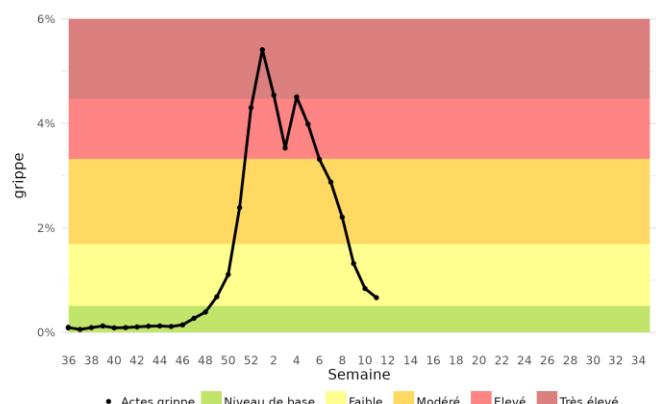
En S11, la baisse des indicateurs de la grippe à l'hôpital se poursuivait et était à un niveau d'intensité faible dans toutes les classes d'âges excepté chez les 15- 64 ans chez lesquels il passait à son niveau de base. Les 65 ans ou plus représentaient 64% des hospitalisations après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal. La part des passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal donnant lieu à une hospitalisation tous âges confondus était stable depuis 3 semaines, 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](#)

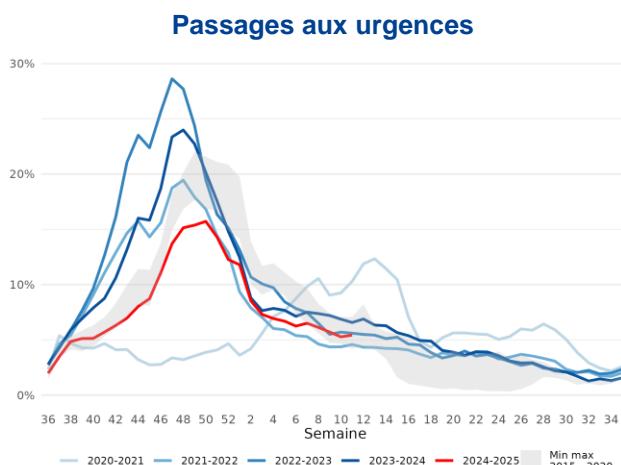
Bronchiolite

En semaine 11, chez les moins de 2 ans, la bronchiolite concernait 5,4% des passages aux urgences et 11,3% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 987 enfants de moins de 2 ans vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 11, 330 (33,4%) ont été hospitalisés, dont 305 étaient âgés de moins de 1 an.

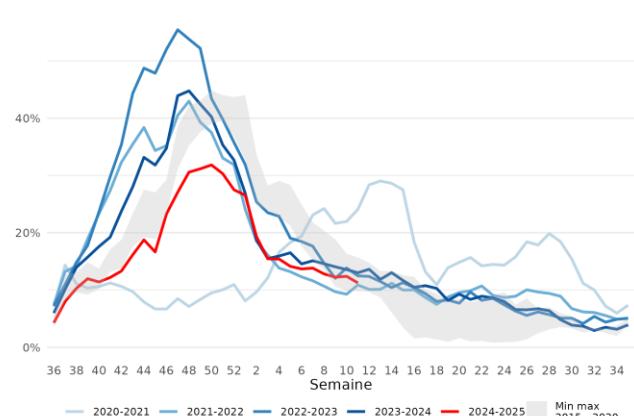
La part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences était à son niveau de base.

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



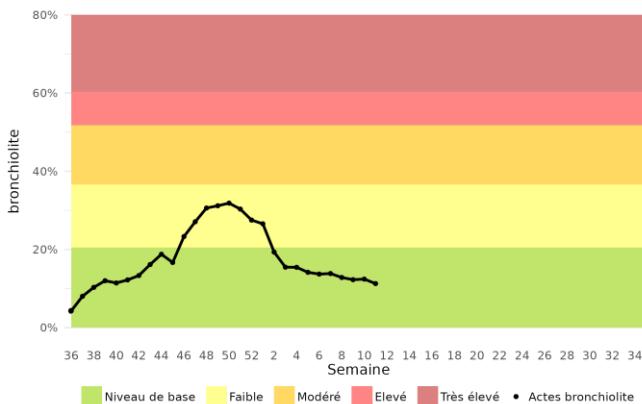
Source : réseau OSCOUR®

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*



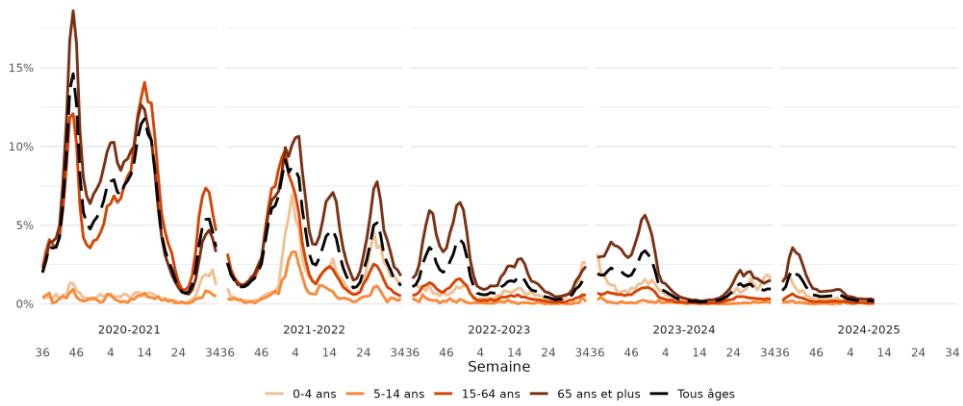
Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

Chez les 65 ans et plus, 81 hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 ont été enregistrées, soit 0,2% des hospitalisations après passage dans cette classe d'âge (vs 0,3% en S10). Chez les 15-64 ans, le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 était de 14, soit 0,1% (vs 0,1% en S10). Chez les 5-14 ans, une hospitalisation a été enregistrée. Chez les 0-4 ans, 13 hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 ont été enregistrées, soit 0,3% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 0,3% en S10).

Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 3 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S11, soit 0,1% (vs 0,1% en S10).

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, 1 762 cas de grippe, 315 cas de COVID-19 et 310 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 5 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 = 1 762 (74%)		COVID-19 N = 315 (13%)		Infection à VRS N = 310 (13%)	
	N	%	N	%	N	%
Sexe						
Femme	769	44	123	39	143	47
Homme	955	55	189	60	159	52
Indéterminé	16	1	2	1	4	1
Non renseigné	22		1		4	
Classe d'âge (années)						
< 2	83	5	19	6	-	
2-17	104	6	7	2	-	
18-64	756	43	76	24	114	37
65 et plus	814	46	212	68	196	63
Non renseigné	5		1		0	
Données virologiques						
A, sans précision	1 241	78	-	-	-	
AH1N1 _{pdm09}	132	8	-	-	-	
AH3N2	68	4	-	-	-	
B	157	10	-	-	-	
Co-infection virus grippaux	2	0	-	-	-	
Non renseigné	162		-	-	-	
Présence de comorbidité(s)						
Oui	247	14	34	11	72	23
Non	834	47	144	46	69	22
Ne sait pas/Non renseigné	681	39	137	43	169	55
Vaccination grippe pour la saison en cours						
Oui	247	14	34	11	72	23
Non	834	47	144	46	69	22
Ne sait pas/Non renseigné	681	39	137	43	169	55
Vaccination COVID-19 depuis moins de 6 mois						
Oui	141	8	20	6	52	17
Non	783	44	171	54	90	29
Ne sait pas/Non renseigné	838	48	124	39	168	54
Syndrome de détresse respiratoire aiguë						
Aucun	805	50	149	50	192	67
Mineur	179	11	16	5	37	13
Modéré	310	19	54	18	46	16
Sévère	326	20	78	26	13	5
Non renseigné	142		18		22	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive						
Aucune	73	4	19	6	6	2
Ventilation non-invasive	1 013	58	186	59	208	68
Ventilation invasive	606	35	108	34	92	30
Assistance extracorporelle	41	2	2	1	0	0
Non renseigné	29		0		4	

Source : réseau de services de réanimation sentinelles.

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

Parmi les 1 762 cas de grippe, 46% 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 91% des cas où le virus a été typé (1 441/1 598). Parmi les 1 081 cas pour lesquels le statut vaccinal était

renseigné, 77% n'étaient pas vaccinés contre la grippe. Au total, 244 décès ont été signalés, dont 149 chez les 65 ans ou plus (données non consolidées).

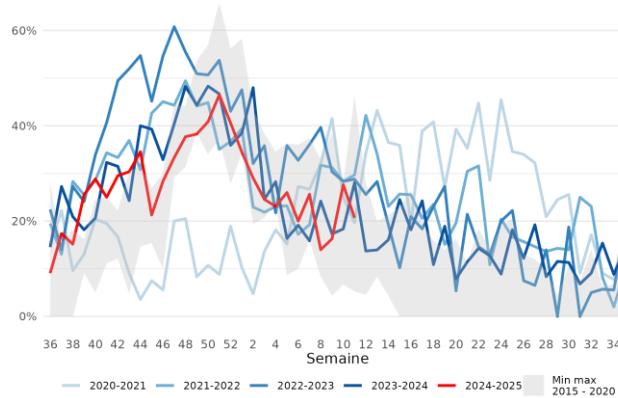
Parmi les 315 cas de COVID-19, 68% étaient âgés de 65 ans et plus. Parmi eux, la majorité étaient des hommes et la présence d'au moins une comorbidité était reportée pour 88% des cas. Parmi les 191 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 90% n'étaient pas vaccinés contre la COVID-19 au cours des 6 derniers mois. Soixante-huit décès ont été signalés, dont 61 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Parmi les 310 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-quatre décès ont été signalés, dont 35 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Bronchiolite

En semaine 11, 12 hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans ont été enregistrées, soit 20,7% de l'ensemble des hospitalisations en service de réanimation dans cette classe d'âge (vs 27,7% en S10). Chez les moins de 1 an, le nombre d'hospitalisations en réanimation après passage aux urgences était de 11, soit 22,9% des hospitalisations en service de réanimation (vs 31,7% en S10).

**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®

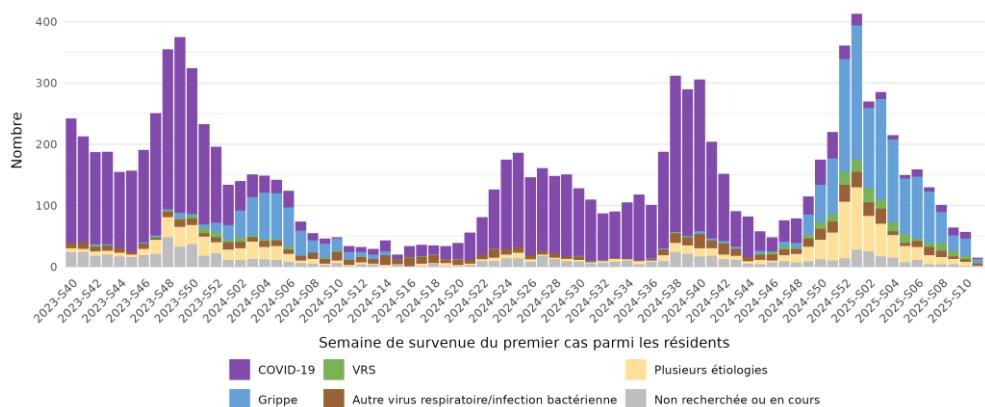
Établissements médico-sociaux

Depuis la semaine 40, 3 827 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 3 529 (92%) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Parmi l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 3 574 (93%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 1 440 (40%) étaient exclusivement attribués à la grippe et 1 017 (28%) à la COVID-19. Le VRS était la seule étiologie dans 191 épisodes (5%) et était seul ou associé à un autre pathogène dans 427 épisodes (12%). 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 s'est stabilisé en semaines 05 et 06 puis a diminué de nouveau. Les données des dernières semaines ne sont pas consolidées.

Un total de 57 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 10 (données non consolidées) vs 64 en S09. Parmi eux, 29 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 25 en S09), 5 à une infection à VRS (vs 9 en S09) et 11 à la COVID-19 (vs 13 en S09).

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



S11 et S10 : 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/>)

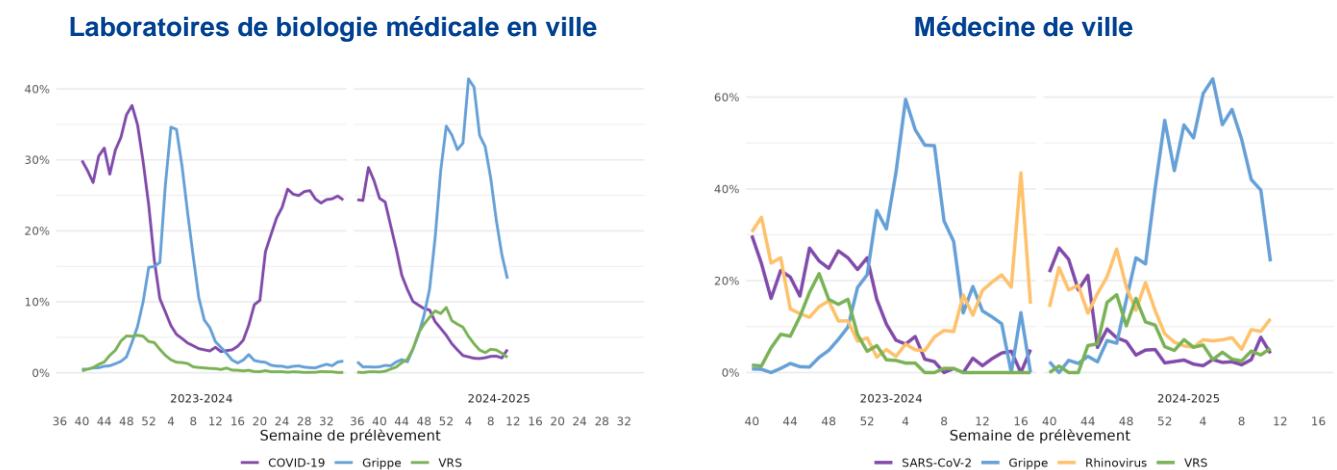
Surveillance virologique

En semaine 11, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 13,3% (474/3 575) pour les virus grippaux (vs 16,6% en S10), 2,2% (77/3 569) pour le VRS (vs 2,8% en S10), 3,3% (117/3 577) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,1% en S10).

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 24,2% (23/95) pour les virus grippaux (vs 39,7% en S10), 5,3% (5/95) pour le VRS (vs 3,8% en S10), 4,2% (4/95) pour le SARS-CoV-2 (vs 7,7% en S10) et 11,7% (11/94) pour le rhinovirus (vs 9,0% en S10).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 4,9% (479/9 706) pour les virus grippaux (vs 7,5% en S10), 2,0% (170/8 632) pour le VRS (vs 2,4% en S10), 2,2% (210/9 431) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,2% en S10) et 12,3% (600/4 891) pour le rhinovirus (vs 10,3% en S10).

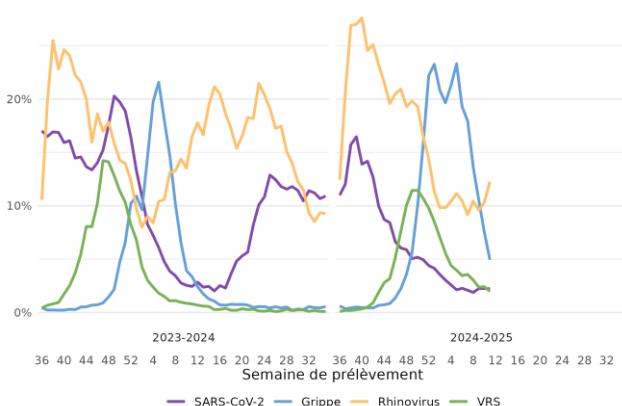
Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale



Source : réseau RELAB, CNR-VIR

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

Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

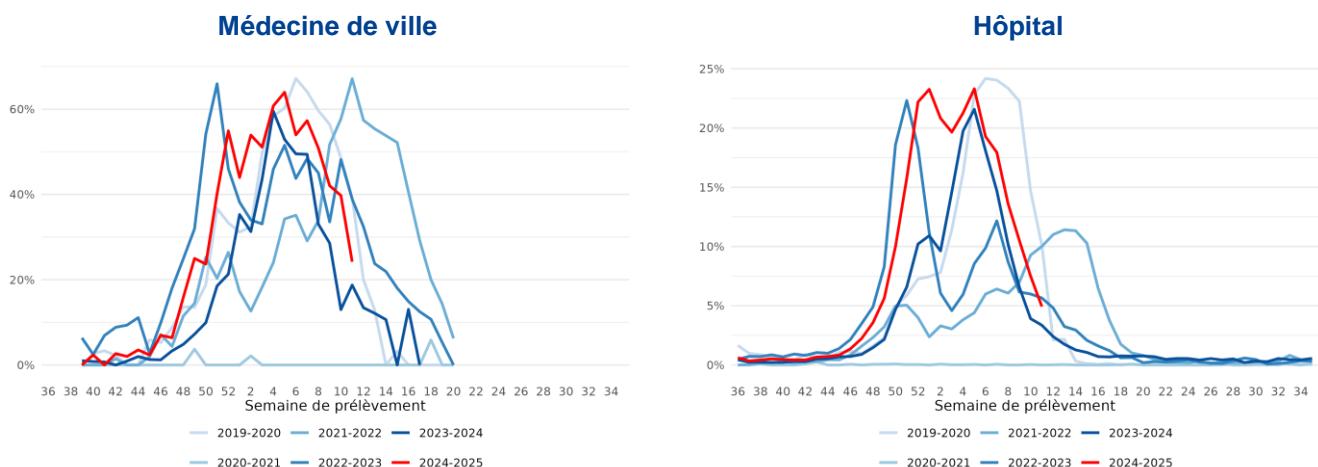
Virus grippaux

En semaine 11, le taux de positivité était en nette diminution en médecine de ville (24,2%, soit -15,5 points par rapport à S10) et était également en baisse à l'hôpital (4,9%, soit -2,6 points par rapport à S10).

En médecine de ville, parmi les 4 231 prélèvements testés depuis la semaine 40, 1 481 virus grippaux ont été détectés dont 524 A(H1N1)_{pdm09} (soit 35% des virus détectés), 384 A(H3N2) (soit 26%), 42 virus A non sous-typés, 448 B/Victoria (soit 30%) et 83 B sans lignage identifié. Les virus de type B étaient majoritaires parmi les virus grippaux détectés en ville depuis la semaine 08, représentant 57% des virus détectés en S11.

A l'hôpital (réseau RENAL/CNR), parmi les 332 043 prélèvements testés depuis la semaine 40, 41 293 se sont avérés positifs pour un virus grippal (12,4%), dont une majorité de virus de type A (76%) : 27 148 virus de type A non sous-typés, 2 401 A(H1N1)_{pdm09}, 1 991 A(H3N2) et 9 753 virus de type B (soit 24%). La part des virus de type B parmi les virus grippaux détectés en S11 était en diminution par rapport à la semaine précédente (30% vs 36% en S10).

Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale

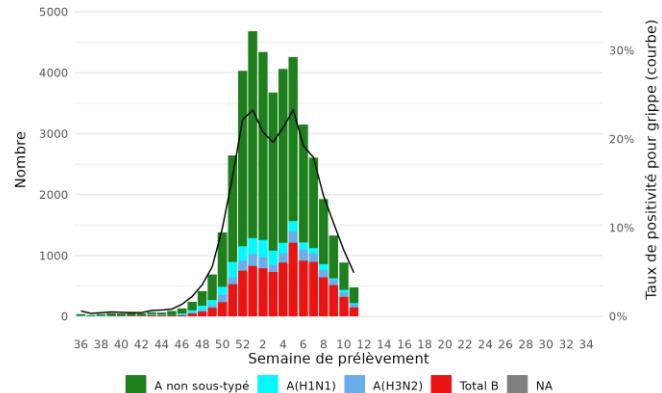
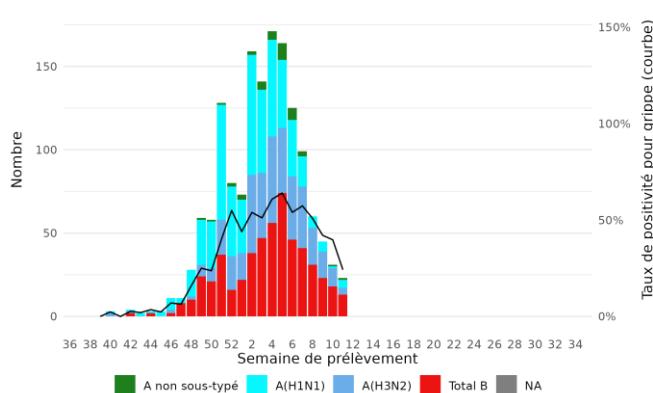


Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR

Source : réseau RENAL, CNR-VIR

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

Médecine de ville



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

Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Caractérisations antigénique et génétique des virus grippaux (mise à jour le 11 février 2025)

Les analyses des virus grippaux circulants actuellement indiquent que :

- Les virus A(H1N1)_{pdm09} caractérisés sont antigéniquement apparentés à la souche vaccinale (A/Victoria/4897/2022 – clade 5a.2a.1).
- Les virus A(H3N2) les plus récents présentent un profil antigénique non totalement apparenté à la souche vaccinale HN 2024/25 (A/Thaïland/8/2022 clade 2a.3a.1). Ils sont antigéniquement apparentés aux souches sélectionnées pour le vaccin HS 2025 (A/Croatia/10136RV/2023 et A/District of Columbia/27/2023 – du même clade 2a.3a.1).
- Les virus B/Victoria sont antigéniquement apparentés à la souche vaccinale B/Austria/1359417/2021 – clade 3a.2.

Les profils antigéniques des virus A(H1N1)_{pdm09} et B/Victoria sont apparentés aux souches vaccinales. Ces résultats doivent être confrontés aux estimations d'efficacité vaccinale en vie réelle.

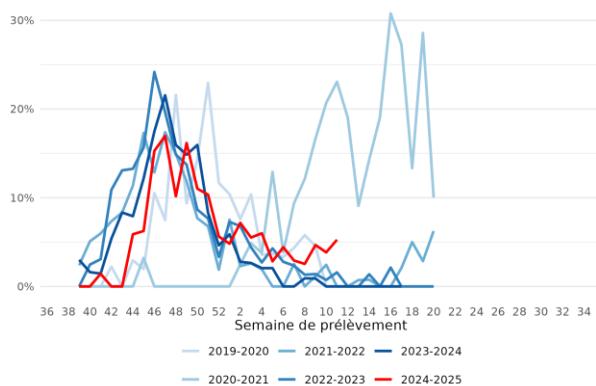
Pour plus d'informations sur les données virologiques issues du réseau RENAL de laboratoires hospitaliers et du réseau RELAB de laboratoires de biologie médicale, consultez [le bulletin hebdomadaire du Centre national de référence Virus des infections respiratoires](#)

VRS

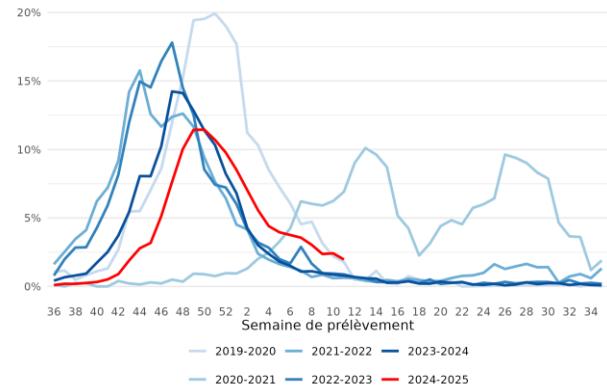
En semaine 11, parmi les 95 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, 5 (5,3%) étaient positifs pour le VRS. Parmi les 8 632 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 170 (2,0%) étaient positifs pour le VRS.

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

Médecine de ville



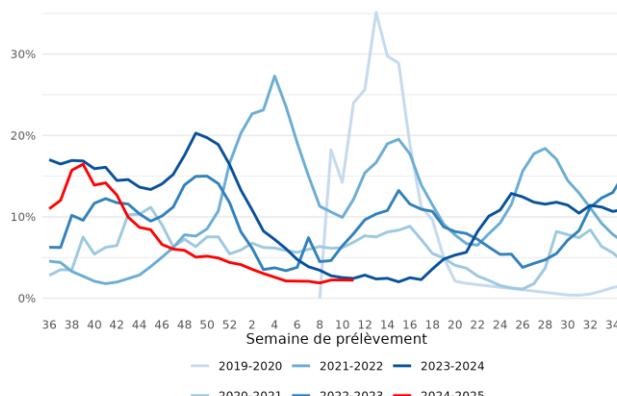
Hôpital



SARS-CoV-2

En semaine 11, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 2,2% (210/9 431) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,2% en S10).

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

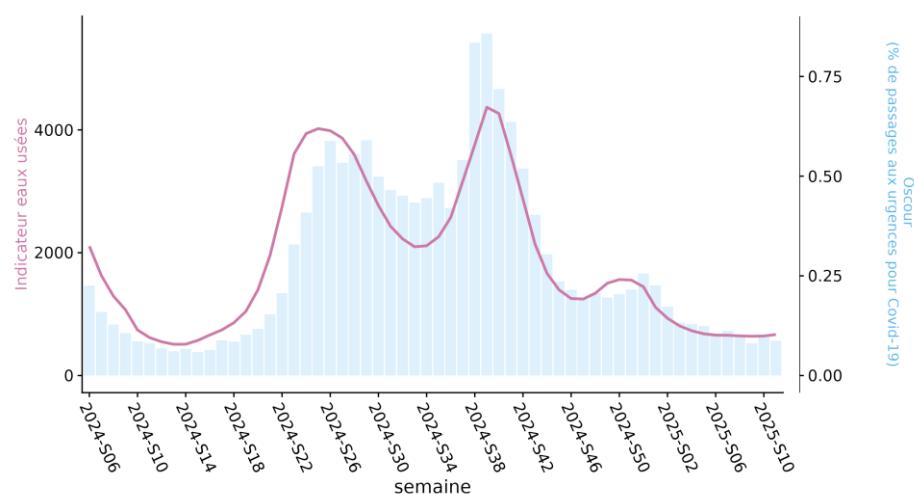


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Surveillance dans les eaux usées

En semaine 11, le niveau de SARS-CoV-2 dans les eaux usées en France restait stable, avec une circulation virale globalement faible. Parmi les 54 stations de traitement des eaux usées suivies, 53 disposaient de résultats exploitables.

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



Source : SUM'Eau. Indicateur eaux usées : ratio de concentration virale de SARS-CoV-2 sur concentration en azote ammoniacal (Méthodologie en [annexe](#))

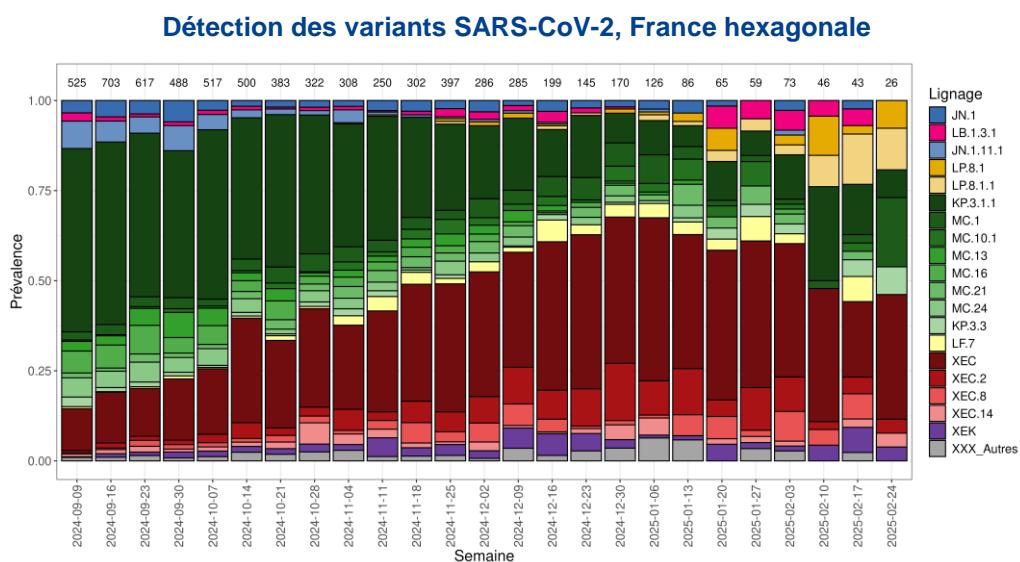
Surveillance génomique

Dans l'Hexagone, en S08 (17/02) et S09 (24/02), le lignage XEC (recombinant KS.1.1/KP.3.3) est le plus fréquemment détecté avec une proportion de 26,1% sans ses sous-lignages (18/69, en baisse), suivi de LP.8.1.1 (sous-lignage de KP.1.1.3) avec une proportion de 13% (9/69), puis de KP.3.1.1 sans ses sous-lignages avec une proportion de 11,6% (8/69, en baisse), et MC.1 (sous-lignage de KP.3.1.1) qui représentait 8,7% (6/69) 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 37,7% de l'ensemble des séquences détectées dans l'Hexagone.

Au regard du plus faible nombre de séquences analysées en S08 et S09, 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.



Source : CNR-VIR

Mortalité

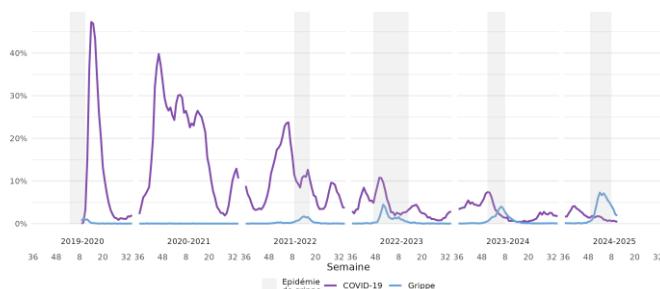
Certification électronique

En semaine 11, parmi les 6 349 décès déclarés par certificat électronique, 1,9% l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (vs 2,1% en S10). La COVID-19 était mentionnée dans 0,4% des décès (vs 0,5% en S10).

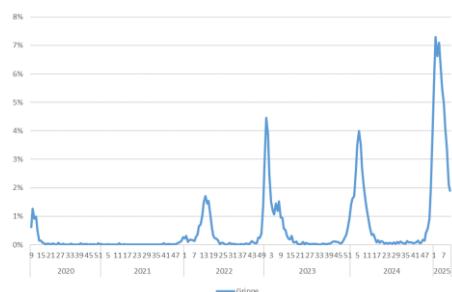
En S11, la part des décès avec une mention de grippe parmi l'ensemble des décès certifiés électroniquement continuait de diminuer (-0,2 point par rapport à S11). Parmi les décès liés à la grippe déclarés en S11, 93% concernaient des personnes de 65 ans et plus.

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



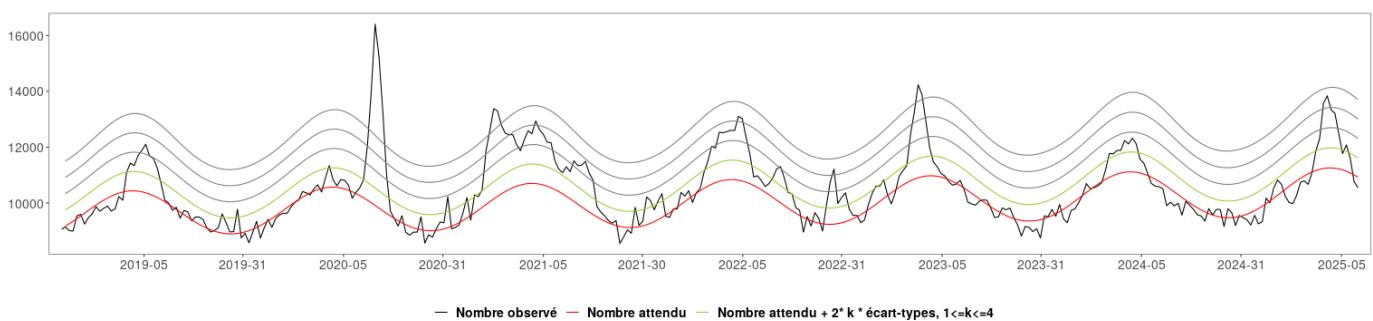
Source : Inserm-CépiDc ; Traitement : Santé publique France

Mortalité toutes causes

Le nombre de décès toutes causes confondues transmis par l'Insee restait dans les marges de fluctuation habituelle dans toutes les classes d'âge au niveau national en S09 et S10, et dans l'ensemble des régions en S10.

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 10)



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 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 cibles 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 cibles 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 18/03/2025 estimaient l'efficacité vaccinale (EV) à 47% [IC95%: 25-63] pour tous les groupes à risque, à 58% [IC95%: 26-76] chez les moins de 65 ans avec affection de longue durée et à 38% [IC95% : 3-60] 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 ($\geq 58\%$ 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](#).

The infographic is divided into two main sections:

- Comment se transmettent-elles ?** (How do they spread?)
 - Les postillons (Sputum): Shows a person coughing with droplets.
 - Les mains (Hands): Shows two hands being washed.
- Comment les éviter ?** (How to avoid them)
 - Lavez-vous les mains (Wash your hands): Shows hands being washed.
 - Aérez les pièces (Ventilate rooms): Shows an open window.
 - Portez un masque lorsqu'il y a du monde ou si vous êtes malade (Wear a mask when there are many people or if you are sick): Shows a person wearing a mask.
 - Vaccin contre la grippe, covid et certaines gastro-entérites (Vaccine against influenza, covid and some gastroenteritis): Shows a syringe.

At the bottom, it says: "Pour les enfants ou personnes fragiles, si vous êtes malade, il faut voir un médecin. S'il n'est pas disponible,appelez le 15".

Small text at the bottom right: "Site officiel Santé publique France 2025 - MFR-BI-2025-0-Campagne-01-Hiver - Le site officiel de la Santé publique France"

QR code and website link: "+ d'infos et traductions sur : www.santepubliquefrance.fr/accessible/virushiver"

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, Chnam, Inserm, Insee.

Pour en savoir plus

Surveillance intégrée des [IRA](#)

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

Surveillance syndromique [SurSaUD®](#)

Surveillance en [établissements médico-sociaux](#)

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

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

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

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

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

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

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

Equipe de rédaction

Sibylle Bernard-Stoecklin, Christine Campèse, Bruno Coignard, Anne Fouillet, Rémi 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 11 (10 au 16 mars 2025). Saint-Maurice : Santé publique France, 23 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Date de publication : 19 mars 2025

Contact : presse@santepubliquefrance.fr