

## Infections respiratoires aiguës

Semaine 12 (17 au 23 mars 2025). Publication : 26 mars 2025

ÉDITION NATIONALE

### Tendances de la semaine

**Infections respiratoires aiguës (IRA).** Baisse de l'activité moins marquée que la semaine précédente, en ville et à l'hôpital

**Grippe.** Poursuite de la diminution des indicateurs grippe dans l'Hexagone en ville et à l'hôpital. Dix régions hexagonales en post-épidémie; l'Occitanie, Les Pays de La Loire et la Corse en niveau de base. Les Antilles, la Guyane et Mayotte toujours en épidémie.

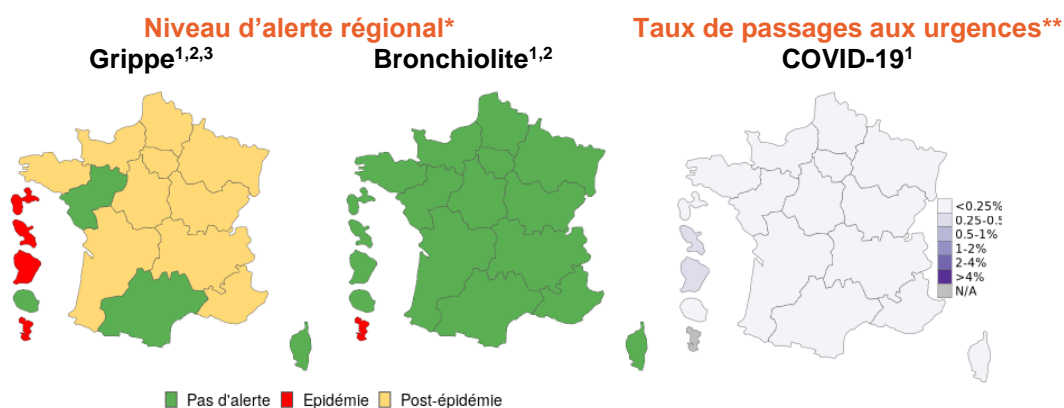
**Bronchiolite.** Indicateurs syndromiques à leur niveau de base dans toutes les régions, excepté Mayotte en phase épidémique.

**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	S12	S12 vs S11	S12	S12 vs S11	S12	S12 vs S11	S12	S12 vs S11
Actes médicaux SOS Médecins	10,3%	-0,9 pt	4,9%	-0,8 pt	3,7%	+0,5 pt	0,3%	+0,1 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	2,8%	-0,2 pt	0,6%	-0,1 pt	5,7%	+0,3 pt	0,1%	0 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	5,9%	-0,3 pt	0,5%	-0,2 pt	11,6%	+0,1 pt	0,2%	0 pt

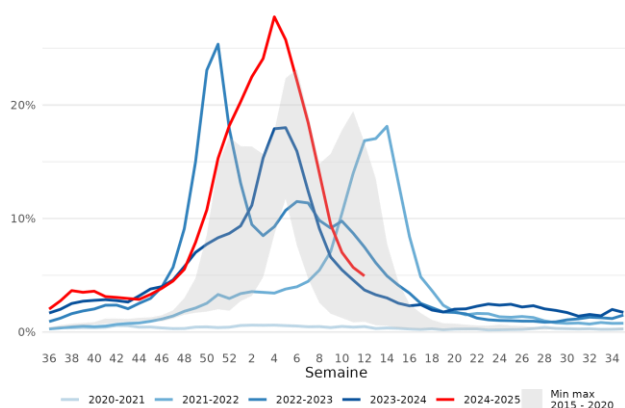


\* Méthodologie en [annexe](#). Antilles : niveau d'alerte pour S11. \*\* Données non disponibles pour Mayotte.

Source : <sup>1</sup> réseau OSCOUR®, <sup>2</sup> SOS Médecins, <sup>3</sup> réseau Sentinelles

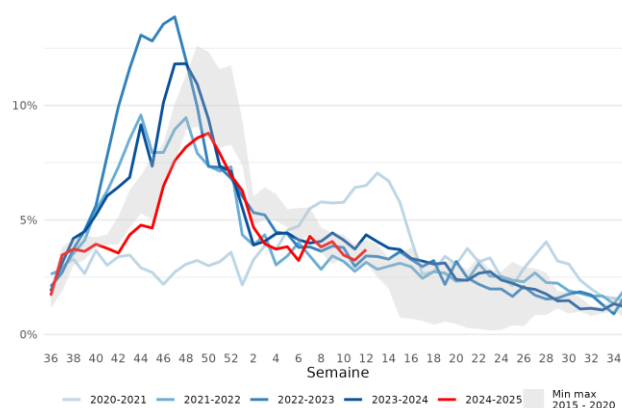
Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les [bulletins régionaux](#) de Santé publique France.

## Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



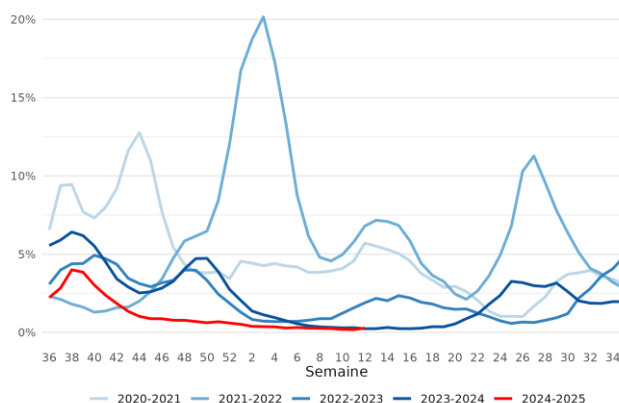
Source : SOS Médecins

## 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	
	S12	S12 vs S11	S12	S12 vs S11	S12	S12 vs S11
Taux de positivité des prélèvements						
Laboratoires de ville <sup>1,2</sup>	9,7%	-3,6 pt	2,4%	+0,3 pt	3,4%	+0,2 pt
Médecine de ville <sup>1,3,*</sup>	27,6%	+4,4 pt	0,0%	-5 pt	1,8%	-2,4 pt
Milieu hospitalier <sup>1,4</sup>	3,4%	-1,5 pt	1,6%	-0,3 pt	2,9%	+0,7 pt
Surveillance dans les eaux usées <sup>5,**</sup>					720	+9.6%

Source : <sup>1</sup> CNR-VIR, <sup>2</sup> réseau RELAB, <sup>3</sup> réseau Sentinelles, SOS Médecins, DUMG Rouen et Côte d'Azur, <sup>4</sup> réseau RENAL, <sup>5</sup> 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 12, une tendance à la stabilisation de l'activité pour IRA était observée en ville. A l'hôpital, les indicateurs étaient toujours en baisse, mais de façon moins marquée que lors des semaines précédentes. D'après les données virologiques en ville et à l'hôpital, l'activité pour IRA demeurait portée principalement par les virus grippaux, avec toutefois une hausse de la détection d'autres virus respiratoires, en particulier le rhinovirus.

Dans l'Hexagone, l'activité grippale continuait de diminuer en ville et à l'hôpital. Dix régions restaient en post-épidémie ; l'Occitanie, Les Pays de La Loire et la Corse passaient en niveau de base. La majorité des indicateurs grippe était en baisse. Toutefois, le taux de positivité pour grippe en ville restait supérieur à 10% en communauté (10% laboratoires de ville, 27,6% en médecine de ville) témoignant d'une circulation toujours active des virus grippaux. En Outre-mer, la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et Mayotte demeuraient en épidémie.

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.

Les indicateurs syndromiques de la bronchiolite étaient à leur niveau de base en ville et à l'hôpital au niveau national en S12. Le taux de positivité du VRS (virus respiratoire syncytial) diminuait parmi les prélèvements réalisés par les médecins en ville. Il était en augmentation modérée parmi les prélèvements testés en laboratoires de ville et diminuait à l'hôpital, à des niveaux bas restant supérieurs à ceux de la saison précédente à la même période. Dans l'Hexagone, l'ensemble des régions était revenu à des niveaux de base. Dans les DROM, Mayotte était encore en épidémie.

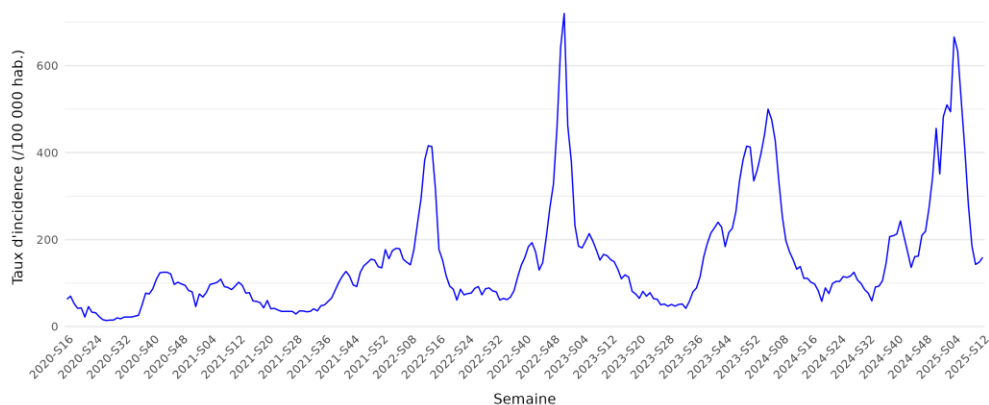
Concernant la COVID-19, les indicateurs syndromiques restaient stables à des niveaux bas en ville et à l'hôpital par rapport à la semaine précédente. Le taux de positivité pour SARS-CoV-2 était en légère augmentation parmi les laboratoires en ville et à l'hôpital, mais en diminution en médecine de ville. L'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux était en légère augmentation, mais restait 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 12, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 159 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 142 -176] (données non consolidées) vs 148 [134-162] en S11.

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

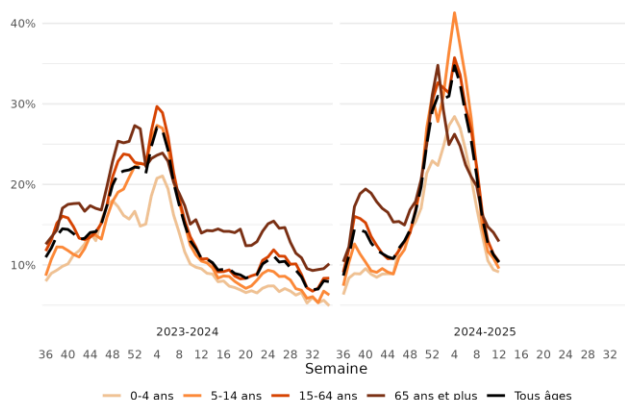


réseau Sentinelles, IQVIA ; \* Données IQVIA non disponibles depuis S01

Source :

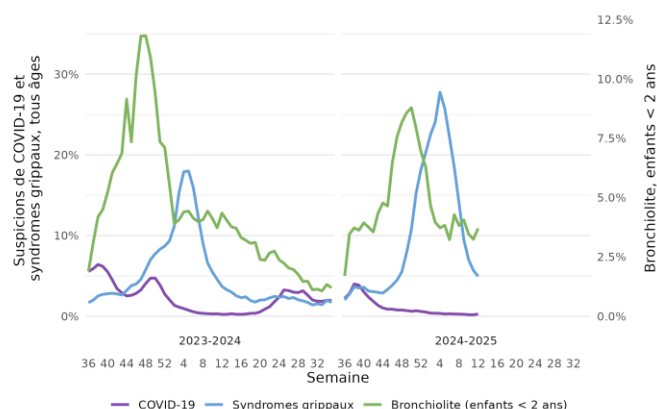
En semaine 12, 8 893 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 10,3% de l'ensemble des actes (vs 11,3% en S11). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 4 254, soit 4,9% (vs 5,7% en S11). Un total de 203 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins de deux ans, soit 3,7% (vs 3,2% en S11) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 235, soit 0,3% des actes SOS Médecins (vs 0,2% en S11).

### 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

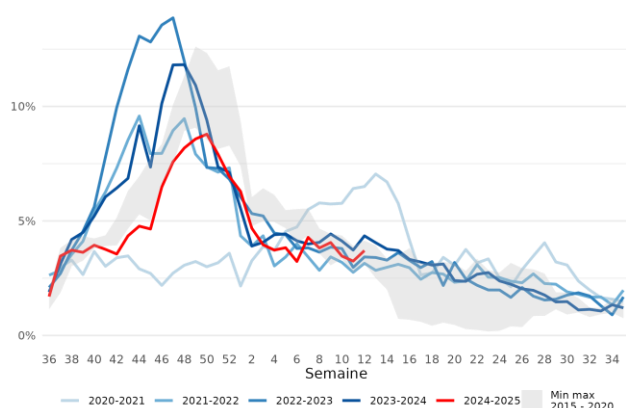
Source : SOS Médecins

## Bronchiolite

En semaine 12, parmi les 5 480 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 2 ans, 203 actes (3,7%) étaient liés à la bronchiolite.

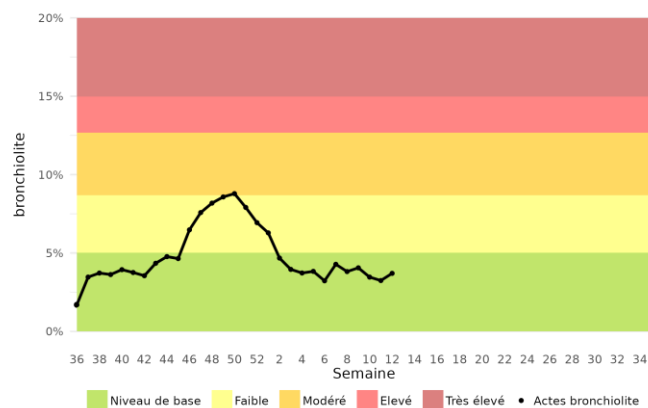
La part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins était à un niveau de base.

### 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



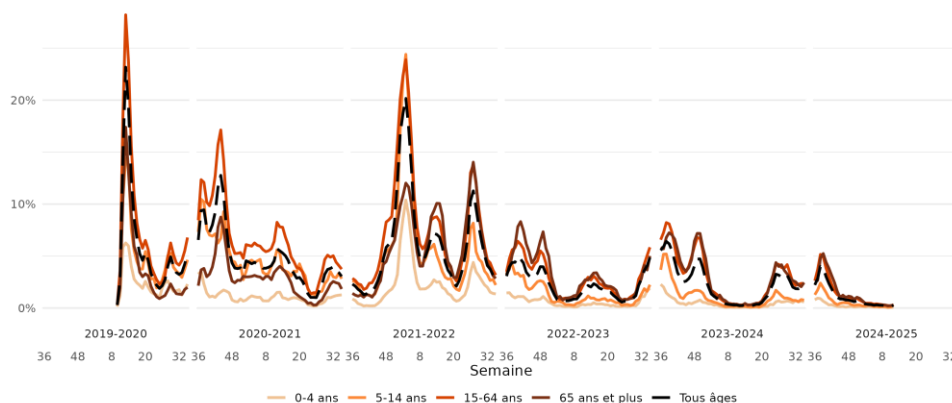
Source : SOS Médecins. \* Méthodologie en [annexe](#)

## COVID-19

En semaine 12, 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 6 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 4-8] (données non consolidées) vs 4 [3-6] en S11.

Parmi les actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 23 ont été enregistrés chez les 65 ans et plus, soit 0,3% des actes dans cette classe d'âge (vs 0,2% en S11). Chez les 15-64 ans, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était de 164, soit 0,3% (vs 0,2% en S11). Chez les 5-14 ans, ce nombre était de 40, soit 0,3% (vs 0,1% en S11). 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 0,1% en S11).

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



Source : SOS Médecins

## Milieu hospitalier

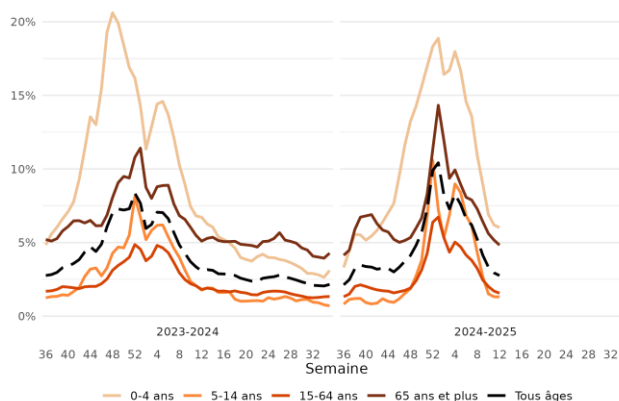
En semaine 12, 9 681 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 2,8% de l'ensemble des passages tous âges (vs 2,9% en S11). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 4 183, soit 5,9% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 6,2% en S11).

Le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal était de 2 151, soit 0,6% des passages (vs 0,7% en S11). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 353, soit 0,5% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,7% en S11).

Chez les moins de deux ans, 1 065 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 5,7% des passages dans cette classe d'âge (vs 5,4% en S11). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 360, soit 11,6% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 11,5% en S11).

En semaine 12, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 371, soit 0,1% de l'ensemble des passages (vs 0,1% en S11). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 122, soit 0,2% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,2% en S11).

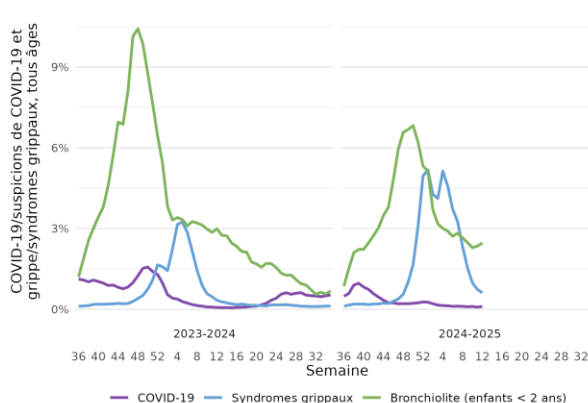
### Part des IRA basses parmi les passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

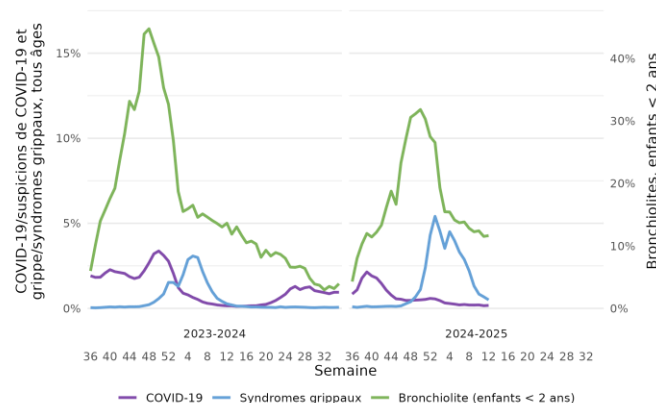
### Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 et de la grippe/syndrome grippal (tous âges) et part de la bronchiolite (chez les moins de 2 ans)

#### Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

#### Hospitalisations après passage



Source : réseau OSCOUR®

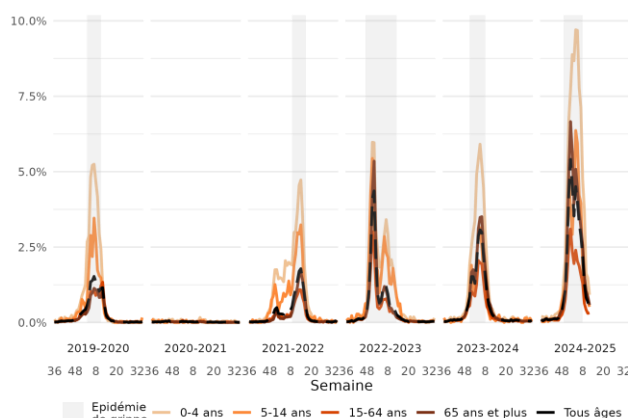


## Grippe

En S12, la baisse des indicateurs de la grippe à l'hôpital se poursuivaient. Cette diminution concernait les enfants et les plus de 65 ans. On observait toutefois une stabilité des hospitalisations chez les 15-64 ans. Les 65 ans et plus représentaient 58% des hospitalisations après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal (vs 65% en S11).

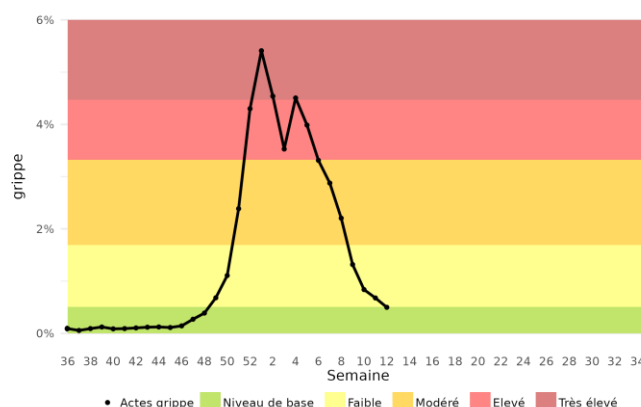
La part de la grippe parmi les hospitalisations après passage aux urgences passait du niveau d'intensité faible à un niveau de base tous âges confondus.

### 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

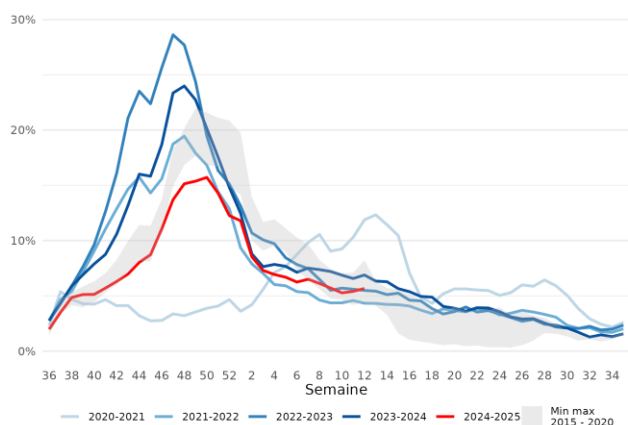
En semaine 12, chez les moins de 2 ans, la bronchiolite concernait 5,7% des passages aux urgences et 11,6% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 1 065 enfants de moins de 2 ans vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 12, 360 (33,8%) ont été hospitalisés, dont 340 étaient âgés de moins de 1 an.

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

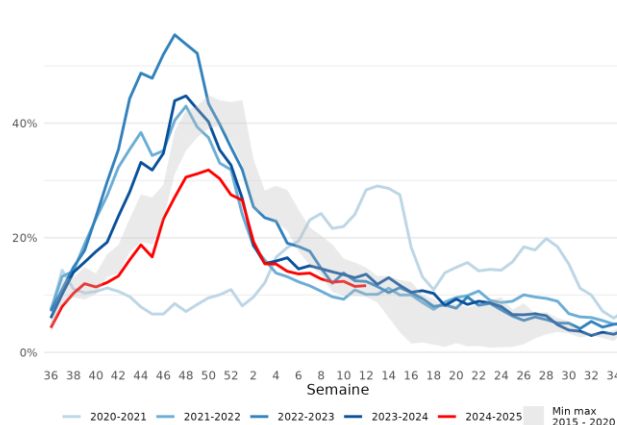
### Part de la bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans

#### Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

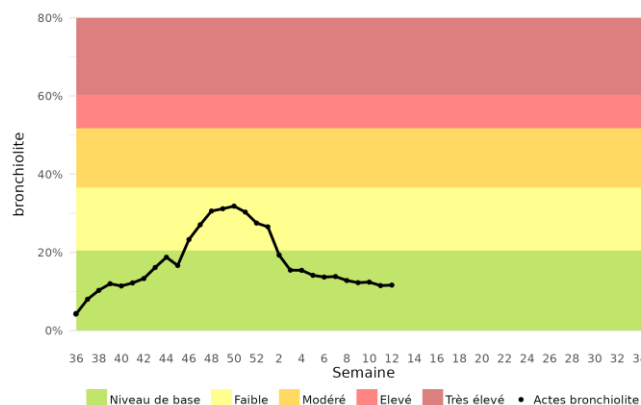
#### Hospitalisations après passage



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\*



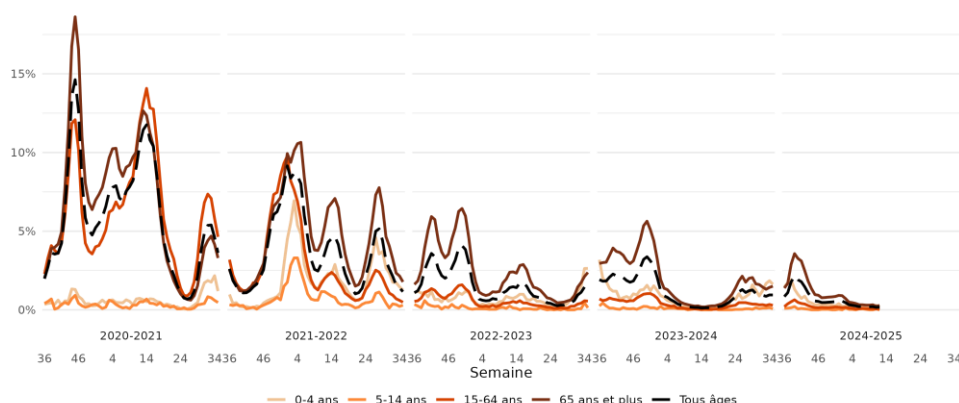
Source : réseau OSCOUR®. \* Méthodologie en [annexe](#)

## COVID-19

Chez les 65 ans et plus, 97 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 0,2% en S11). Chez les 15-64 ans, le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 était de 16, soit 0,1% (vs 0,1% en S11). Aucune hospitalisation était enregistrée chez les 5-14 ans (vs 0,1% en S11) et 9 hospitalisations chez les 0-4 ans après passage aux urgences, soit 0,2% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 0,3% en S11).

Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 3 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S12, soit 0,1% (vs 0,1% en S11).

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



Source : réseau OSCOUR®

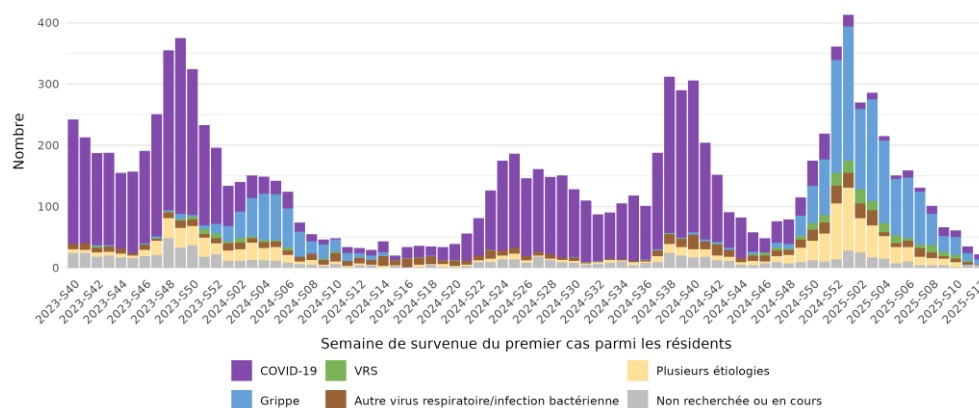
## Établissements médico-sociaux

Depuis la semaine 40, 3 877 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 3 572 (92%) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Parmi l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 3 619 (93%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 1 460 (40%) étaient exclusivement attribués à la grippe et 1 036 (29%) à la COVID-19. Le VRS était la seule étiologie dans 187 épisodes (5%) et était seul ou associé à un autre pathogène dans 424 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 se stabilisait en semaines 05 et 06 puis diminuait de nouveau. Les données des dernières semaines ne sont pas consolidées.

Un total de 35 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 11 (données non consolidées) vs 61 en S10. Parmi eux, 13 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 29 en S10), 2 étaient attribués exclusivement à une infection à VRS (vs 6 en S10) et 11 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 11 en S10).

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



S12 et S11 : 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

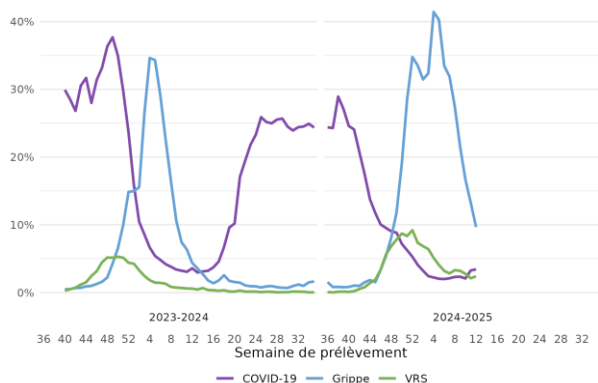
En semaine 12, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 9,7% (282/2 915) pour les virus grippaux (vs 13,3% en S11), 2,4% (70/2 915) pour le VRS (vs 2,1% en S11), 3,4% (100/2 917) pour le SARS-CoV-2 (vs 3,3% en S11).

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 27,6% (16/58) pour les virus grippaux (vs 23,1% en S11), 0,0% (0/57) pour le VRS (vs 5,0% en S11), 1,8% (1/57) pour le SARS-CoV-2 (vs 4,1% en S11) et 14,5% (8/55) pour le rhinovirus (vs 9,9% en S11).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 3,4% (276/8 169) pour les virus grippaux (vs 4,9% en S11), 1,6% (119/7 432) pour le VRS (vs 1,9% en S11), 2,9% (231/7 989) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,2% en S11) et 14,0% (603/4 306) pour le rhinovirus (vs 12,1% en S11).

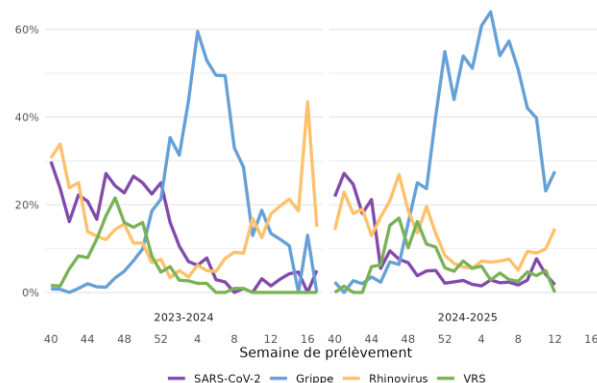
### Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale

#### Laboratoires de biologie médicale en ville



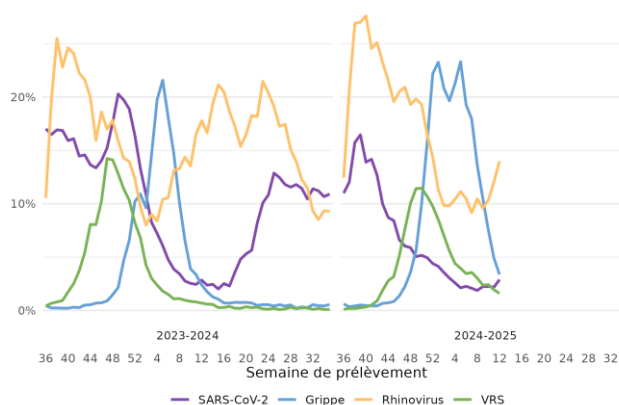
Source : réseau RELAB, CNR-VIR

#### 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

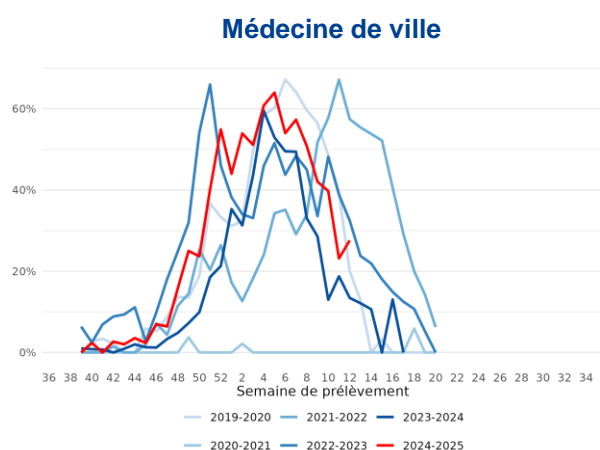
## Virus grippaux

En semaine 12, le taux de positivité diminuait en médecine de ville mais restait au-dessus de 20% (27,6%, soit -1,9 points par rapport à S11) et était en diminution à l'hôpital (3,4%, soit -1,5 point par rapport à S11).

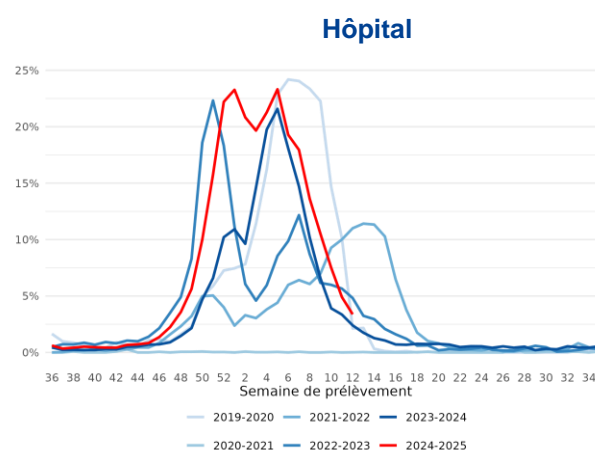
En médecine de ville, parmi les 4 289 prélèvements testés depuis la semaine 40, 1 502 virus grippaux ont été détectés dont 525 A(H1N1)<sub>pdm09</sub> (soit 35% des virus détectés), 390 A(H3N2) (soit 26%), 44 virus A non sous-typés, 473 B/Victoria (soit 31%) et 70 B sans lignage identifié. Les virus de type B étaient majoritaires parmi les virus grippaux détectés en ville depuis la semaine 08, représentant 56% des virus détectés en S12.

A l'hôpital (réseau RENAL/CNR), parmi les 340 671 prélèvements testés depuis la semaine 40, 41 590 se sont avérés positifs pour un virus grippal (12,2%), dont une majorité de virus de type A (76%) : 27 300 virus de type A non sous-typés, 2 410 A(H1N1)<sub>pdm09</sub>, 2 020 A(H3N2) et 9 860 virus de type B (soit 24%).

### Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale



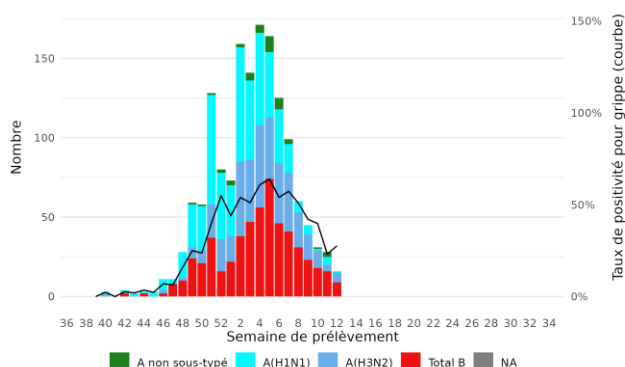
Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

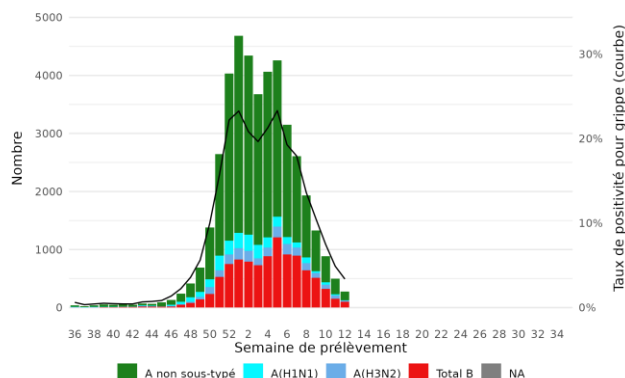
## Distribution des types et sous-types de virus grippaux des prélèvements réalisés en France hexagonale

### Médecine de ville



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

### Hôpital



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)<sub>pdm09</sub> 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)<sub>pdm09</sub> et B/Victoria sont apparentés aux souches vaccinales. Ces résultats doivent être confrontés aux estimations d'efficacité vaccinale en vie réelle.

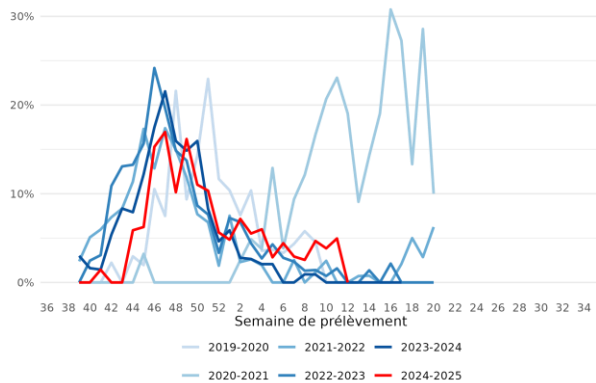
Pour plus d'informations sur les données virologiques issues du réseau RENAL de laboratoires hospitaliers et du réseau RELAB de laboratoires de biologie médicale, consultez [le bulletin hebdomadaire du Centre national de référence Virus des infections respiratoires](#)

## VRS

En semaine 12, parmi les 57 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, aucun n'était positif pour le VRS. Parmi les 7 432 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 119 (1,6%) étaient positifs pour le VRS.

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

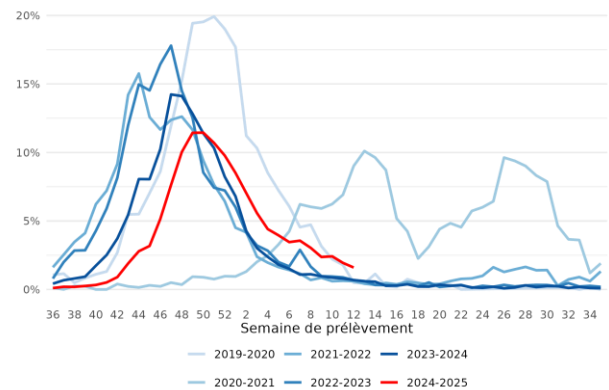
Médecine de ville



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

Hôpital

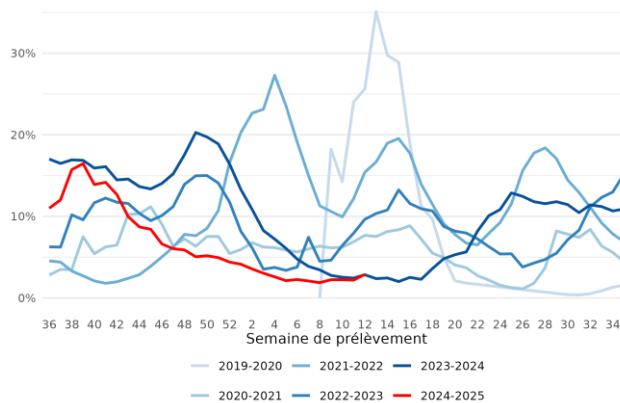


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

## SARS-CoV-2

En semaine 12, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 2,9% (231/7 989) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,2% en S11).

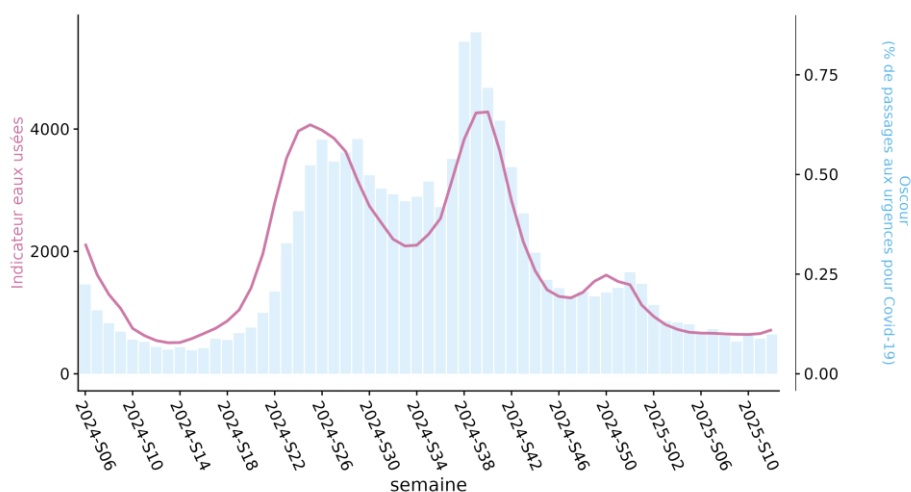
### Taux de positivité pour le SARS-CoV-2 des prélèvements réalisés à l'hôpital en France hexagonale



## Surveillance dans les eaux usées

Une légère tendance à la hausse du niveau de SARS-CoV-2 dans les eaux usées était observée en France en semaine 12, bien que la situation restait hétérogène. L'intensité globale de la circulation virale demeurerait faible, avec des résultats interprétables dans 53 des 54 stations de traitement des eaux usées.

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





## Surveillance génomique

Dans l'Hexagone, en février, le lignage XEC (recombinant KS.1.1/KP.3.3) est le plus fréquemment détecté avec une proportion de 34,8% sans ses sous-lignages (70/201), suivi de KP.3.1.1 sans ses sous-lignages avec une proportion de 16,9% (34/201), puis de JN.1 avec une proportion de 8,5% (17/201), et LP.8.1.1 (sous-lignage de KP.3.1.1) qui représentait 7,5% (15/201) des séquences détectées.

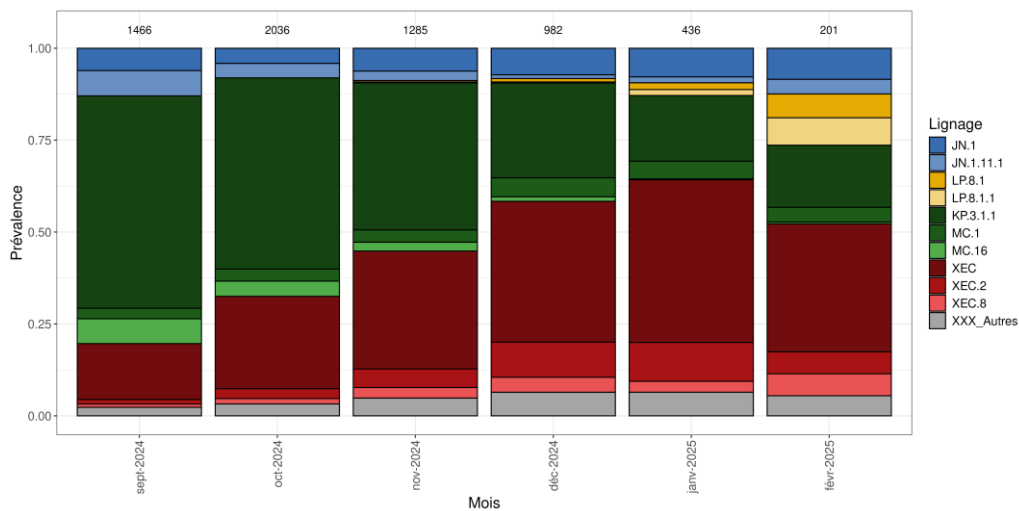
Au total, sur le dernier mois analysé, le lignage XEC accompagné de l'ensemble de ses sous lignages (incluant ceux présents à plus de 5% sur la figure), représentait 46,8% de l'ensemble des séquences détectées dans l'Hexagone.

Au regard du plus faible nombre de séquences analysées en février, une consolidation des données dans les prochaines semaines s'avère nécessaire pour l'interprétation des tendances.

Suite à une réévaluation de la stratégie de surveillance génomique du SARS-CoV-2 pour l'adapter à la situation épidémiologique actuelle, les indicateurs concernant la circulation de variants seront dorénavant restitués une fois par mois dans ce bulletin. Le CNR, dans le cadre de sa mission d'alerte, informera par ailleurs sans délai Santé publique France et la DGS de tout nouveau signal préoccupant. Au regard des activités de séquençage encore conduites par certains pays européens, le système de surveillance génomique de ces virus en France reste parmi les plus ambitieux en Europe.

Le graphique représente pour chaque mois 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 mois 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

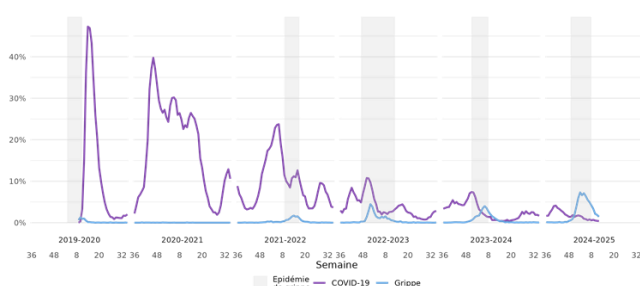
### Certification électronique

En semaine 12, parmi les 6 307 décès déclarés par certificat électronique, 1,4% l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (vs 1,9% en S11). La COVID-19 était mentionnée dans 0,4% des décès (vs 0,4% en S11).

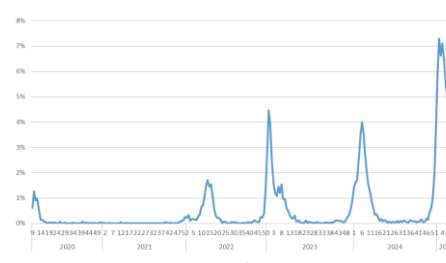
En S12, la part des décès avec une mention de grippe parmi l'ensemble des décès certifiés électroniquement était toujours en diminution (-0,4 point par rapport à S11). Parmi les décès liés à la grippe déclarés en S12, 96% concernaient des personnes de 65 ans et plus.

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

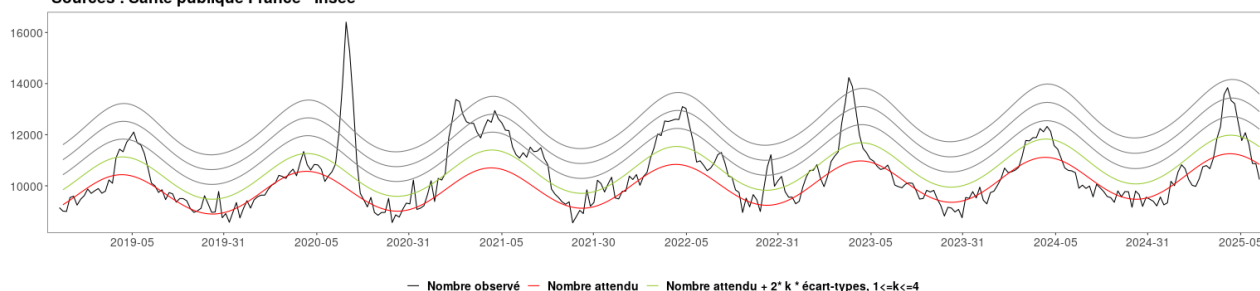
### Mortalité toutes causes

Au niveau national, le nombre de décès toutes causes confondues transmis par l'Insee reste dans les marges de fluctuation habituelle dans toutes les classes d'âge depuis S08-2025.

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 11)

Effectifs hebdomadaires de mortalité - France - Tous Ages  
Sources : Santé publique France - Insee



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 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 25/03/2025 estimaient l'efficacité vaccinale (EV) à 47% [IC95%: 27-62] pour tous les groupes à risque, à 59% [IC95%: 27-71] chez les moins de 65 ans avec affection de longue durée et à 37% [IC95% : 1-60] 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 RELAB<sup>1</sup> 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 européennes<sup>2</sup> (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).

---

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

<sup>2</sup> [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)

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 12 (17 au 23 mars 2025). Saint-Maurice : Santé publique France, 21 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Date de publication : 26 mars 2025

Contact : [presse@santepubliquefrance.fr](mailto:presse@santepubliquefrance.fr)