

Infections respiratoires aiguës

Semaine 13 (24 au 30 mars 2025). Publication : 2 avril 2025

ÉDITION NATIONALE

Tendances de la semaine

Infections respiratoires aiguës (IRA). Baisse de l'activité en ville et à l'hôpital

Grippe. Indicateurs grippe toujours en diminution dans l'Hexagone en ville et à l'hôpital. Dix régions en niveau de base et trois régions encore en post-épidémie. Les Antilles, la Guyane et Mayotte toujours en épidémie.

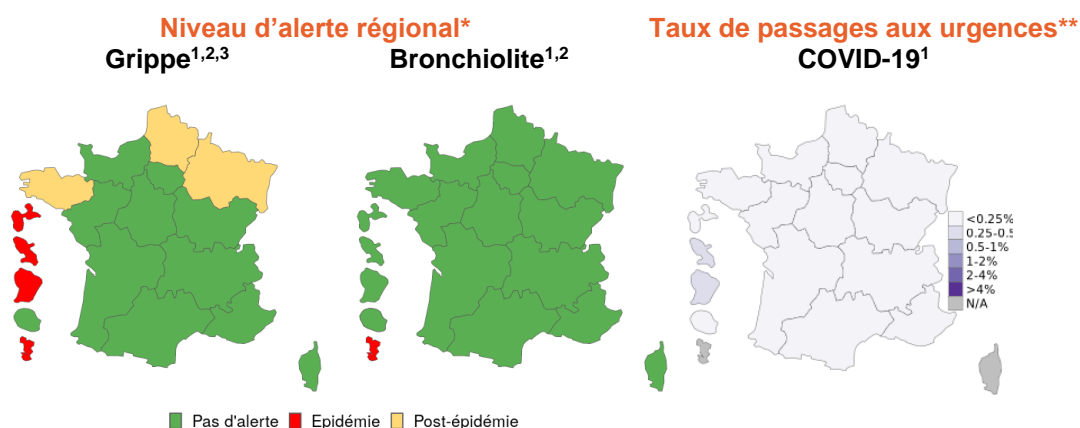
Bronchiolite. Indicateurs syndromiques à leur niveau de base dans toutes les régions, excepté Mayotte en phase épidémique.

COVID-19. Activité syndromique stable à des niveaux bas. Légère augmentation des indicateurs virologiques en ville et dans les eaux usées.

Indicateurs clés

Indicateurs syndromiques

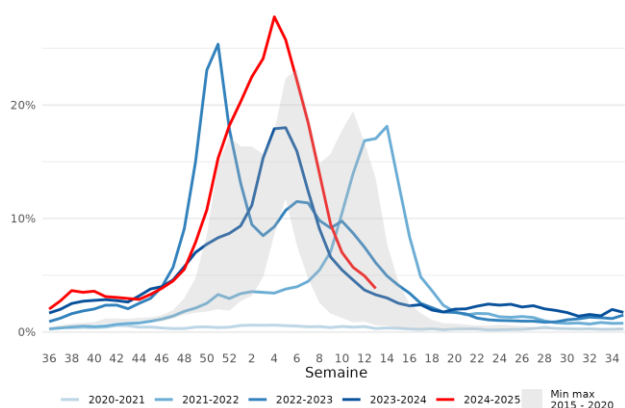
Part de la pathologie parmi	IRA basses		Syndrome grippal		Bronchiolite (moins de 2 ans)		COVID-19	
	S13	S13 vs S12	S13	S13 vs S12	S13	S13 vs S12	S13	S13 vs S12
Actes médicaux SOS Médecins	9,6%	-0,8 pt	3,8%	-1,1 pt	3,6%	-0,1 pt	0,3%	0 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	2,6%	-0,2 pt	0,5%	-0,1 pt	5,6%	-0,1 pt	0,1%	0 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	5,6%	-0,3 pt	0,4%	-0,1 pt	10,6%	-1,0 pt	0,2%	0 pt



* Méthodologie en [annexe](#). Antilles : niveau d'alerte pour S12. ** Données non disponibles pour Mayotte.
Source : ¹ réseau OSCOUR®, ² SOS Médecins, ³ réseau Sentinelles

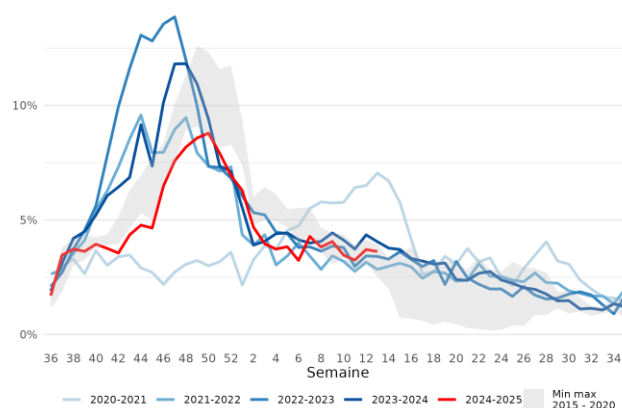
Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les [bulletins régionaux](#) de Santé publique France.

Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



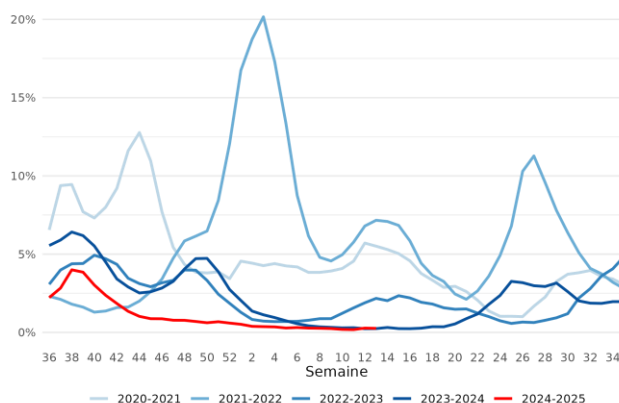
Source : SOS Médecins

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	
	S13	S13 vs S12	S13	S13 vs S12	S13	S13 vs S12
Taux de positivité des prélèvements						
Laboratoires de ville ^{1,2}	8,7%	-0,9 pt	2,3%	-0,3 pt	5,2%	+1,2 pt
Médecine de ville ^{1,3,*}	4,3%	-23,2 pt	6,5%	+5,1 pt	8,7%	+5,8 pt
Milieu hospitalier ^{1,4}	3,0%	-0,6 pt	1,6%	-0,1 pt	3,2%	+0,2 pt
Surveillance dans les eaux usées ^{5,**}					894	+19.6%

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 13, les indicateurs étaient en diminution en ville et à l'hôpital dans toutes les classes d'âge. D'après les données virologiques en ville et à l'hôpital, l'activité pour IRA est portée par différents virus, en particulier virus grippaux, Sars-CoV-2 et rhinovirus.

Dans l'Hexagone, l'activité grippale continuait de diminuer en ville et à l'hôpital. Dix régions étaient en niveau de base et trois régions restaient en post-épidémie. La majorité des indicateurs grippe était revenue à leur niveau de base au niveau national. 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 S13. Le taux de positivité du VRS (virus respiratoire syncytial) était à un niveau faible parmi les prélèvements réalisés en laboratoires de ville. Il était en augmentation en médecine de ville, mais avec cependant un nombre faible de prélèvements. A l'hôpital le taux de positivité restait à un niveau faible mais supérieur à celui 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 augmentation en ville et stable à l'hôpital. L'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux était en augmentation, mais restait à un niveau faible.

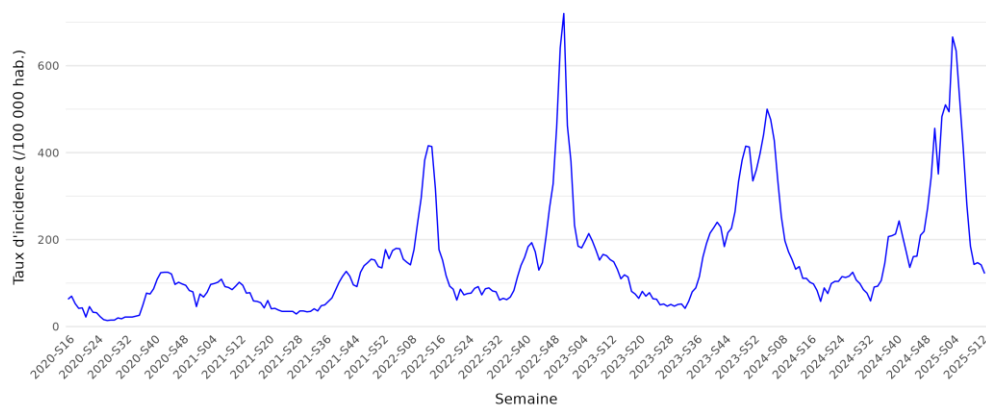
Le nombre de signalements de cas groupés d'IRA dans les établissements médicaux-sociaux ainsi que la part des décès avec une mention de grippe parmi les décès certifiés électroniquement continuaient de diminuer.

Compte tenu de la circulation toujours active des différents virus respiratoires, l'adoption systématique des gestes barrières reste primordiale pour contribuer à limiter la circulation des virus respiratoires afin de protéger 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 13, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 122 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 107 -137] (données non consolidées) vs 142 [128-156] en S12.

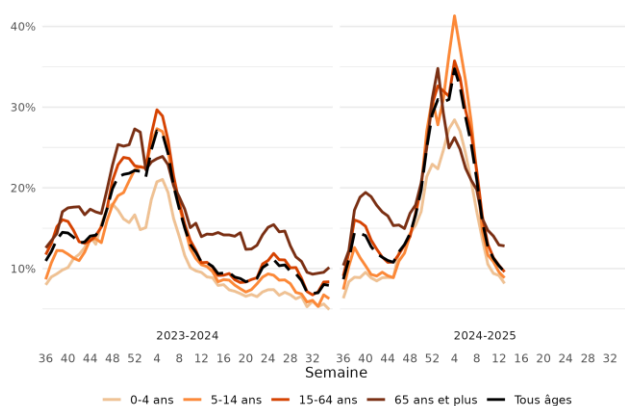
Estimation de l'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale*



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

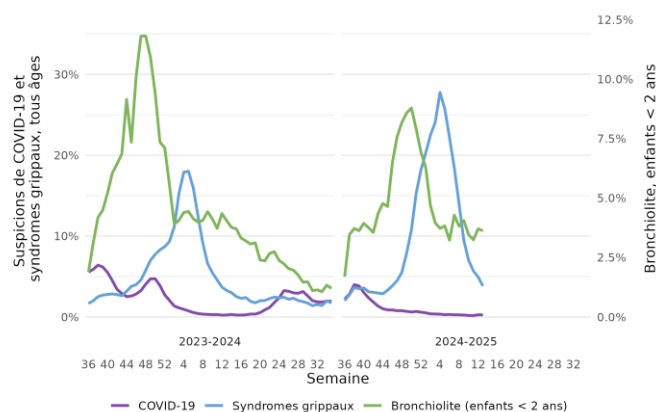
En semaine 13, 8 045 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 9,6% de l'ensemble des actes (vs 10,3% en S12). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 3 222, soit 3,8% (vs 4,9% en S12). Un total de 194 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins de deux ans, soit 0,3% (vs 0,3% en S12) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 216, soit 0,3% des actes SOS Médecins (vs 0,3% en S12).

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

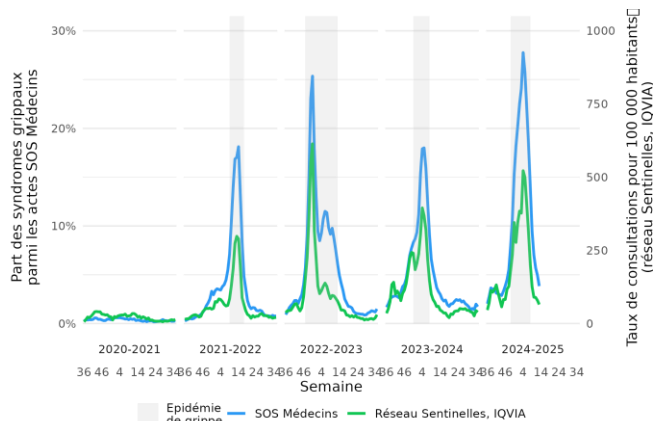
Grippe

En semaine 13, le taux de consultations tous âges confondus pour syndrome grippal estimé à partir des données du réseau Sentinelles et IQVIA était de 65 pour 100 000 habitants [IC95% : 54-75] (données non consolidées) vs 79 pour 100 000 habitants [69-90] en S12.

En semaine 12, la part d'activité grippe était en diminution en médecine de ville (SOS Médecins) dans toutes les classes d'âge : 2,9% chez les moins de 15 ans (soit -1,2 point), 4,9% chez les 15-64 ans (soit -1,1 point) et 1,2% chez les 65 ans (soit -1,1 point).

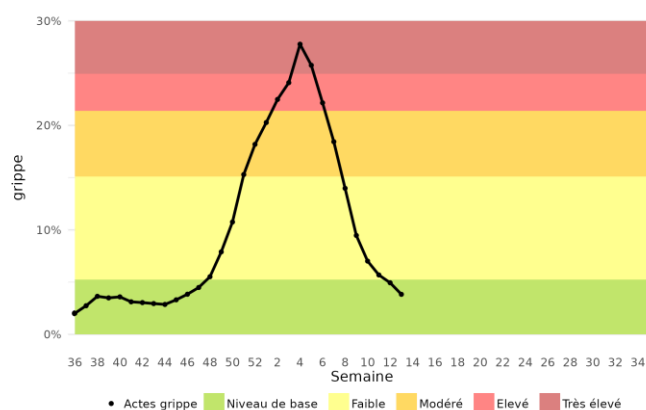
La part d'activité pour grippe/syndrome grippal SOS Médecins était en niveau de base tous âge confondus et dans toutes les classes d'âge.

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



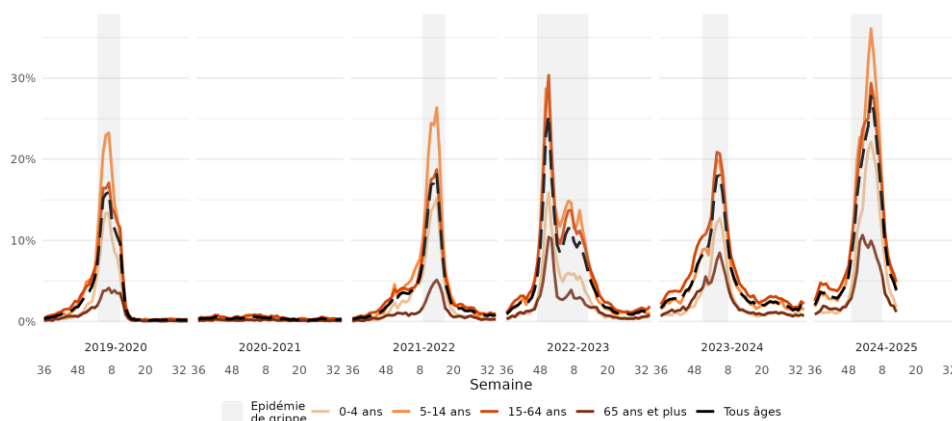
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins ; * Données IQVIA non disponibles depuis S01

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



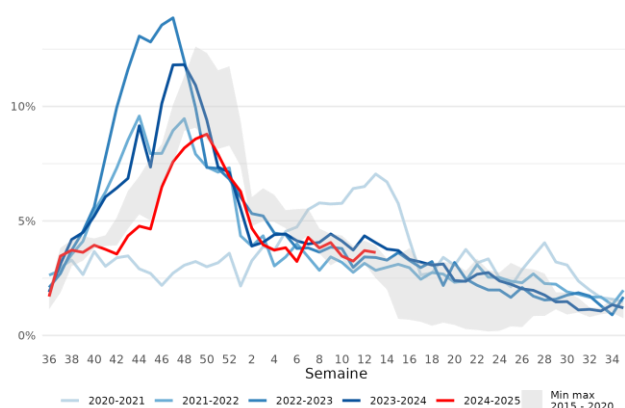
Source : SOS Médecins

Bronchiolite

En semaine 13, parmi les 5 355 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 2 ans, 194 actes (3,6%) étaient liés à la bronchiolite.

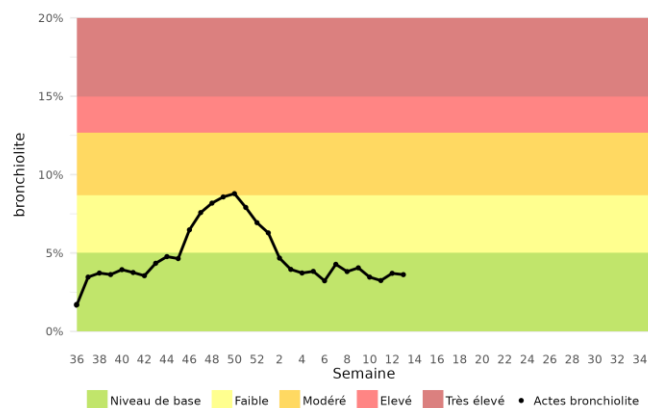
La part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins était à un niveau de base.

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



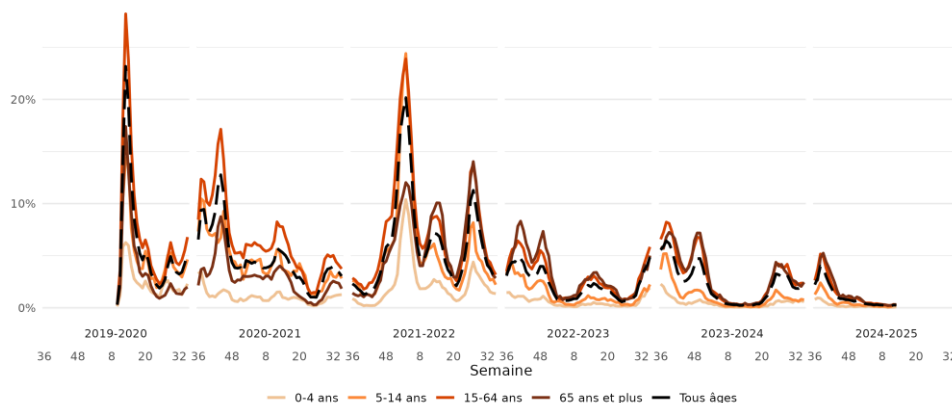
Source : SOS Médecins. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

En semaine 13, 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 5 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 3 - 8] (données non consolidées) vs 6 [4-8] en S12.

Parmi les actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 30 ont été enregistrés chez les 65 ans et plus, soit 0,3% des actes dans cette classe d'âge (vs 0,3% en S12). Chez les 15-64 ans, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était de 147, soit 0,3% (vs 0,3% en S12). Chez les 5-14 ans, ce nombre était de 27, soit 0,2% (vs 0,3% en S12). Chez les 0-4 ans, 12 actes pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés, soit 0,1% des actes médicaux dans cette classe d'âge (vs 0,1% en S12).

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



Source : SOS Médecins

Milieu hospitalier

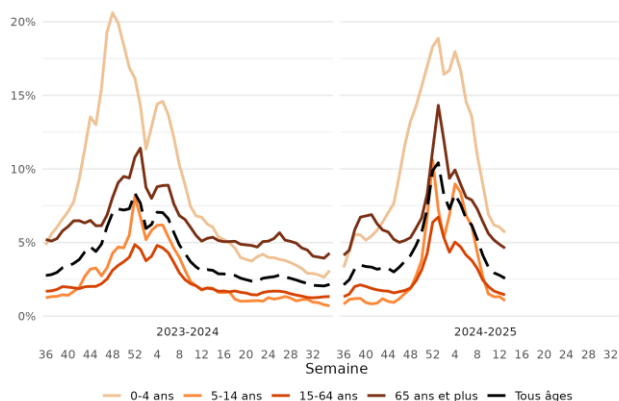
En semaine 13, 8 404 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 2,6% de l'ensemble des passages tous âges (vs 2,8% en S12). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 3 622, soit 5,6% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 6,0% en S12).

Le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal était de 1 560, soit 0,5% des passages (vs 0,6% en S12). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 250, soit 0,4% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,5% en S12).

Chez les moins de deux ans, 967 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 5,6% des passages dans cette classe d'âge (vs 5,7% en S12). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 305, soit 10,6% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 11,6% en S12).

En semaine 13, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 324, soit 0,1% de l'ensemble des passages (vs 0,1% en S12). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 121, soit 0,2% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,2% en S12).

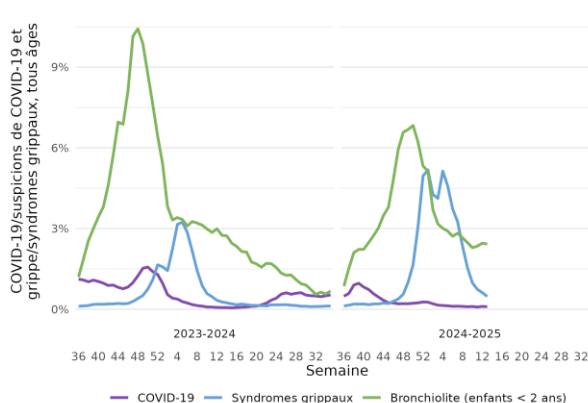
Part des IRA basses parmi les passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

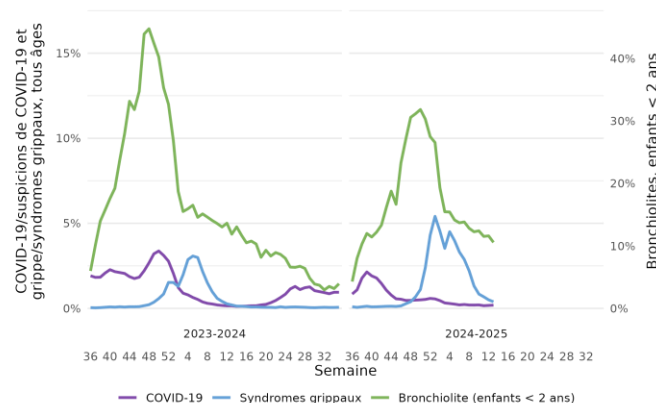
Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 et de la grippe/syndrome grippal (tous âges) et part de la bronchiolite (chez les moins de 2 ans)

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Hospitalisations après passage

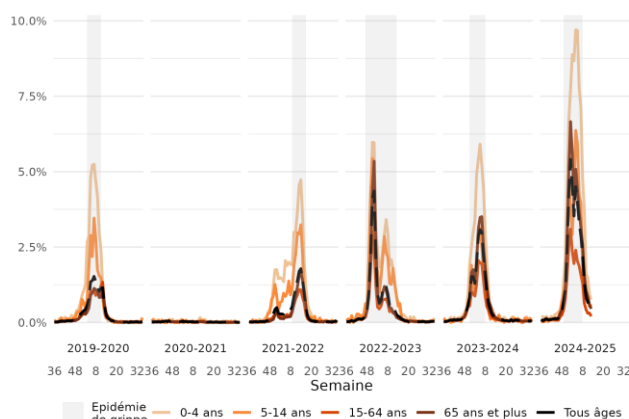


Source : réseau OSCOUR®

Grippe

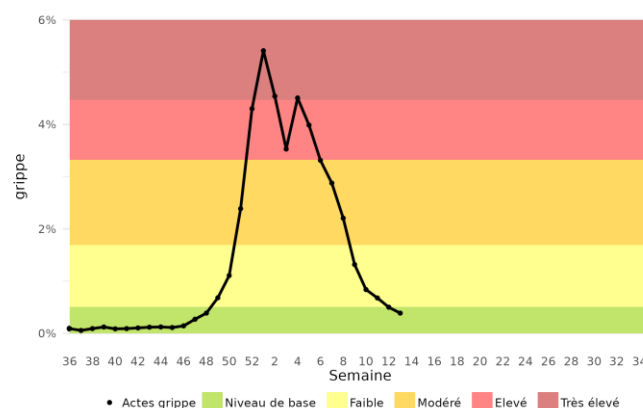
En S13, les indicateurs diminuaient dans toutes les classes d'âge. La part de la grippe parmi les hospitalisations après passage aux urgences était à un niveau de base tous âges confondus et dans toutes les classes d'âge excepté chez les 65 ans et plus chez lesquels elle se situait encore en niveau faible.

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

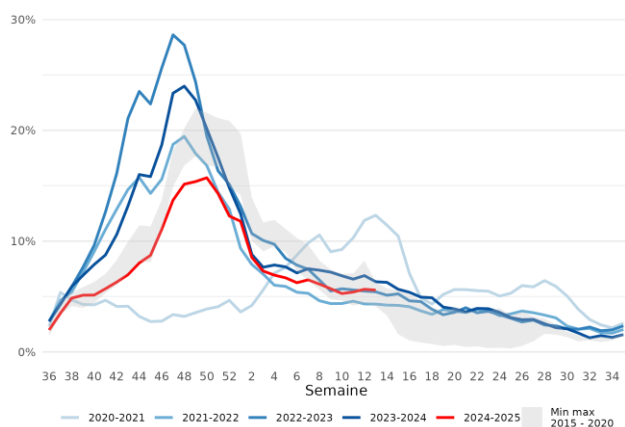
En semaine 13, chez les moins de 2 ans, la bronchiolite concernait 5,6% des passages aux urgences et 10,6% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 967 enfants de moins de 2 ans vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 13, 305 (31,5%) ont été hospitalisés, dont 277 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.

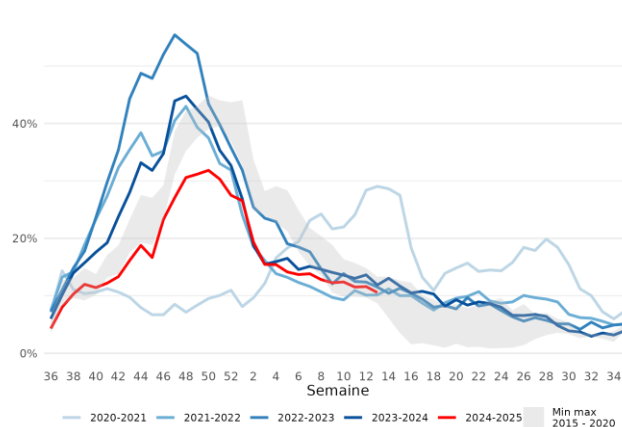
Part de la bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans

Passages aux urgences



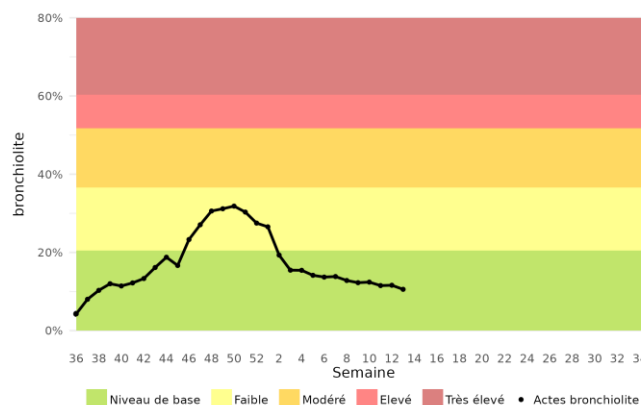
Source : réseau OSCOUR®

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*



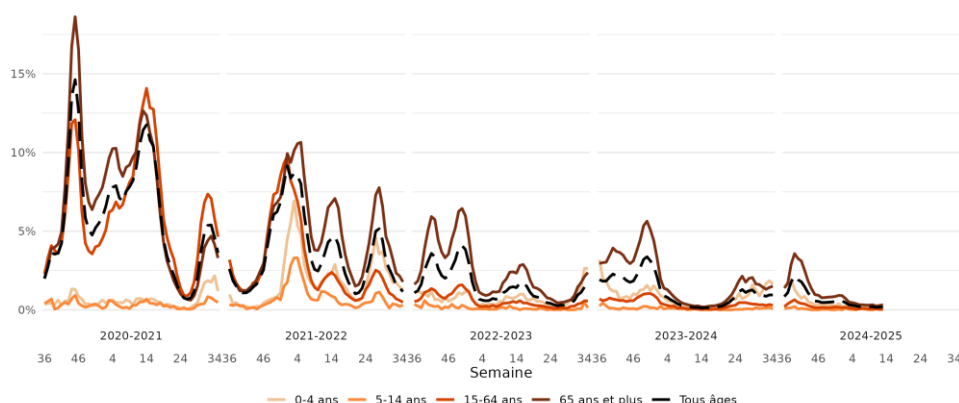
Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

Chez les 65 ans et plus, 101 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 S12). Chez les 15-64 ans, le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 était de 10, soit 0,0% (vs 0,1% en S12). Chez les 5-14 ans, ce nombre était de 1, soit 0,0% (vs 0,0% en S12). 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 0,2% en S12).

Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 1 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S13, soit 0,0% (vs 0,1% en S12).

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



Source : réseau OSCOUR®

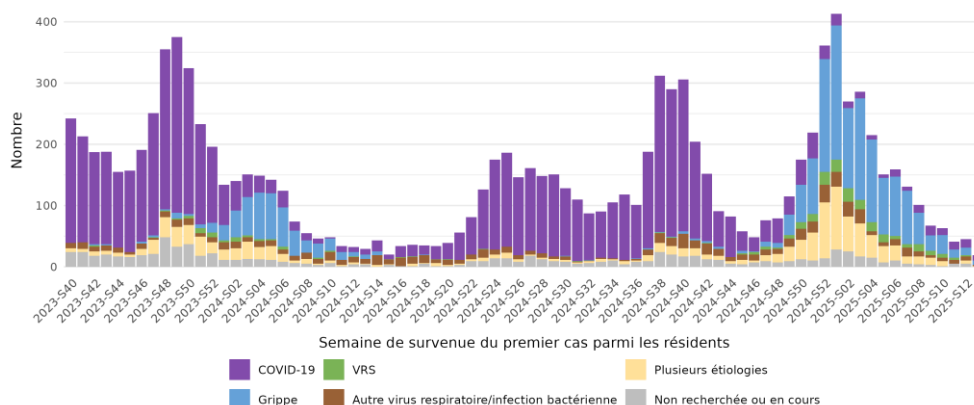
Établissements médico-sociaux

Depuis la semaine 40, 3 928 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 3 619 (92%) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Parmi l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 3 667 (93%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 1 470 (40%) étaient exclusivement attribués à la grippe et 1 054 (29%) à la COVID-19. Le VRS était la seule étiologie dans 191 épisodes (5%) et était seul ou associé à un autre pathogène dans 432 épisodes (12%). Après le pic des épisodes observé en semaine 01, le nombre de nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA était globalement en baisse. Les données des dernières semaines ne sont pas consolidées.

Un total de 45 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 12 (données non consolidées) vs 41 en S11. Parmi eux, 12 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 13 en S11), 2 étaient attribués exclusivement à une infection à VRS (vs 4 en S11) et 14 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 13 en S11).

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



S13 et S12 : 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

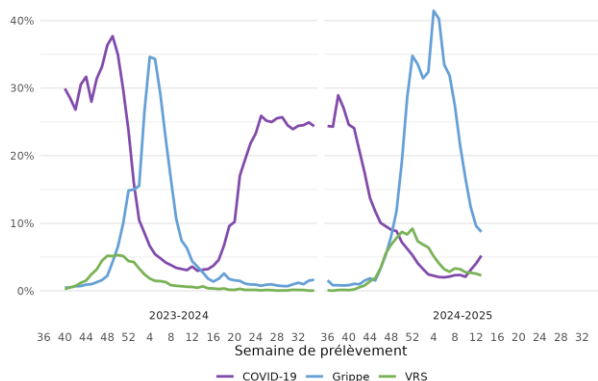
En semaine 13, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 8,7% (283/3 244) pour les virus grippaux (vs 9,6% en S12), 2,3% (74/3 243) pour le VRS (vs 2,5% en S12), 5,2% (169/3 244) pour le SARS-CoV-2 (vs 4,0% en S12).

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 4,3% (2/46) pour les virus grippaux (vs 27,5% en S12), 6,5% (3/46) pour le VRS (vs 1,5% en S12), 8,7% (4/46) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,9% en S12) et 34,8% (16/46) pour le rhinovirus (vs 13,4% en S12).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 3,0% (208/6 927) pour les virus grippaux (vs 3,6% en S12), 1,6% (104/6 452) pour le VRS (vs 1,7% en S12), 3,2% (219/6 760) pour le SARS-CoV-2 (vs 3,0% en S12) et 14,6% (569/3 910) pour le rhinovirus (vs 13,5% en S12).

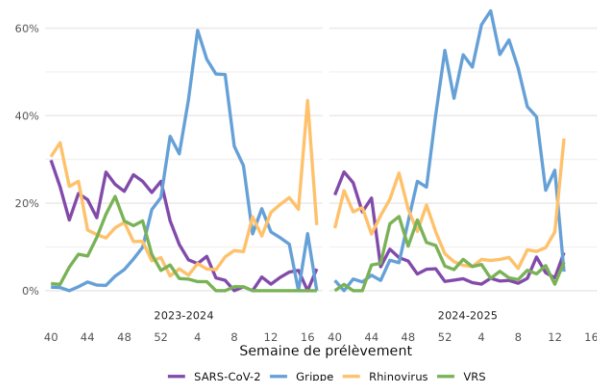
Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale

Laboratoires de biologie médicale en ville



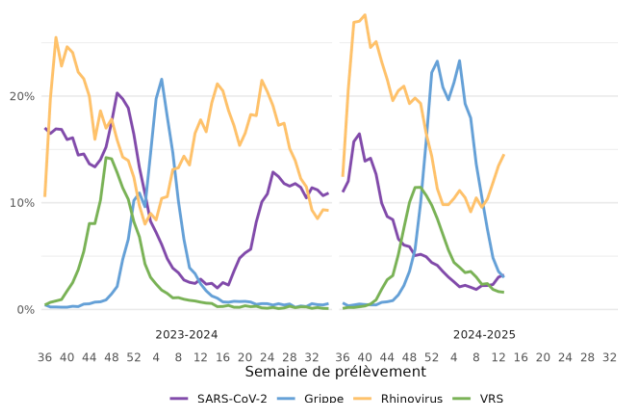
Source : réseau RELAB, CNR-VIR

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

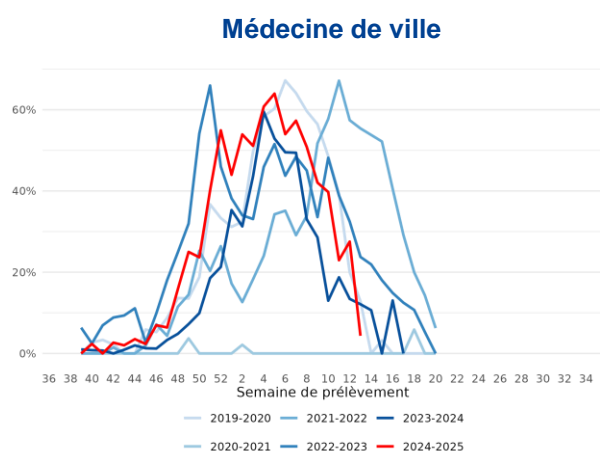
Virus grippaux

En semaine 13, en médecine de ville, sur les 46 prélèvements analysés, 2 se sont avérés positifs (taux de positivité 4,3% soit -23,2 points par rapport à S12). Le taux de positivité à l'hôpital était en baisse (3,0%, soit 0,6 points par rapport à S12).

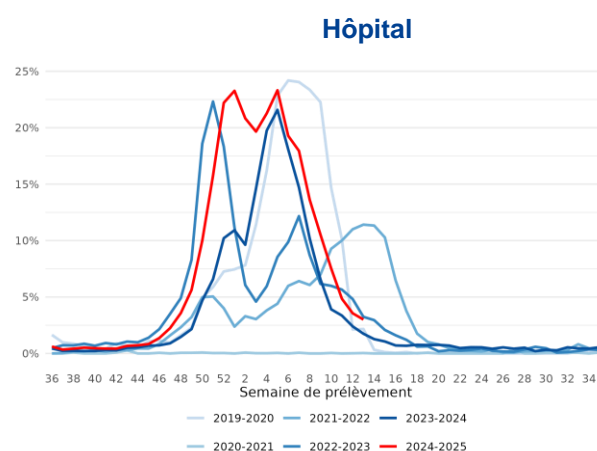
En médecine de ville, parmi les 4 373 prélèvements testés depuis la semaine 40, 1 507 virus grippaux ont été détectés dont 525 A(H1N1)_{pdm09} (soit 35% des virus détectés), 392 A(H3N2) (soit 26%), 45 virus A non sous-typés, 496 B/Victoria (soit 33%) et 49 B sans lignage identifié.

A l'hôpital (réseau RENAL/CNR), parmi les 349 799 prélèvements testés depuis la semaine 40, 41 913 se sont avérés positifs pour un virus grippal (12,0%), dont une majorité de virus de type A (76%) : 27 468 virus de type A non sous-typés, 2 424 A(H1N1)_{pdm09}, 2 042 A(H3N2) et 9 979 virus de type B (soit 24%).

Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale



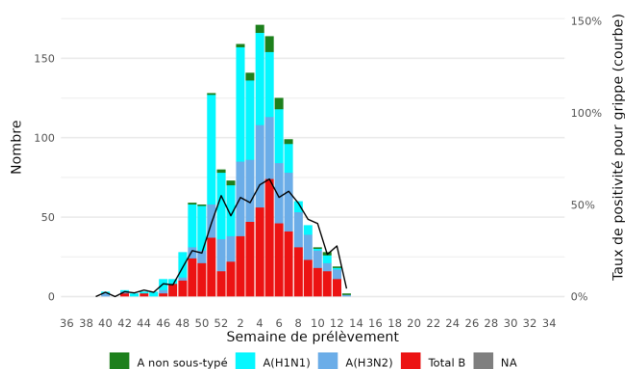
Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

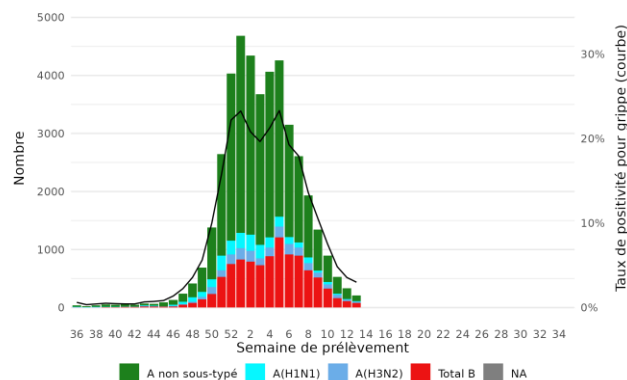
Distribution des types et sous-types de virus grippaux des prélèvements réalisés en France hexagonale

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

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.

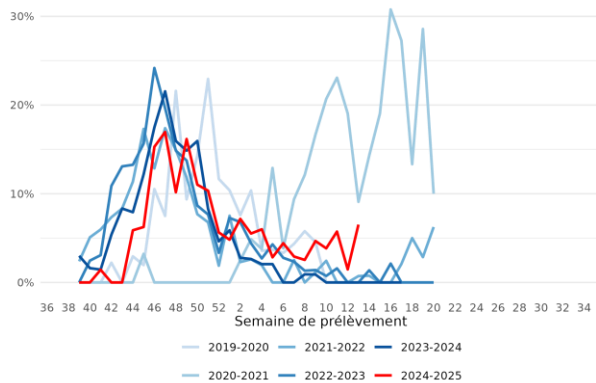
Pour plus d'informations sur les données virologiques issues du réseau RENAL de laboratoires hospitaliers et du réseau RELAB de laboratoires de biologie médicale, consultez [le bulletin hebdomadaire du Centre national de référence Virus des infections respiratoires](#)

VRS

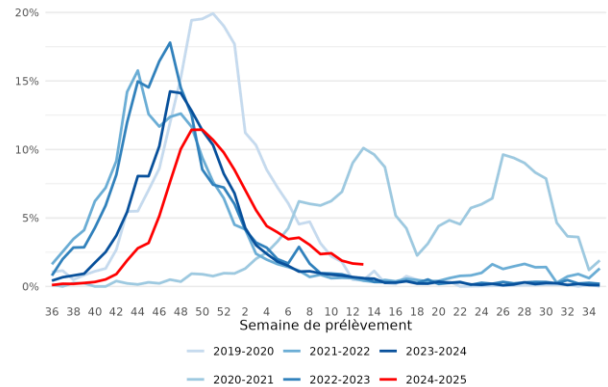
En semaine 13, parmi les 46 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, 3 (6,5%) étaient positifs pour le VRS. Parmi les 6 452 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 104 (1,6%) étaient positifs pour le VRS.

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

Médecine de ville



Hôpital



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

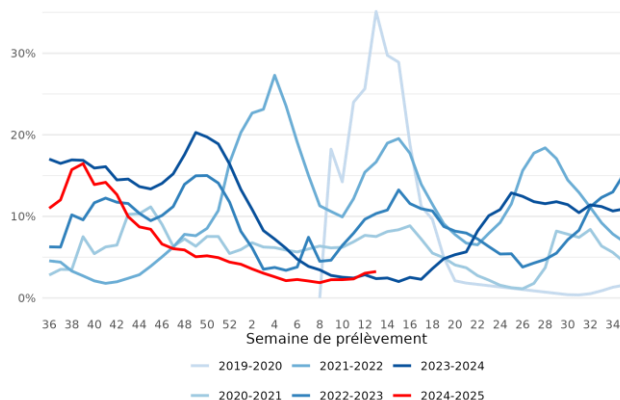
Source : réseau RENAL, CNR-VIR

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

SARS-CoV-2

En semaine 13, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 3,2% (219/6 760) pour le SARS-CoV-2 (vs 3,0% en S12).

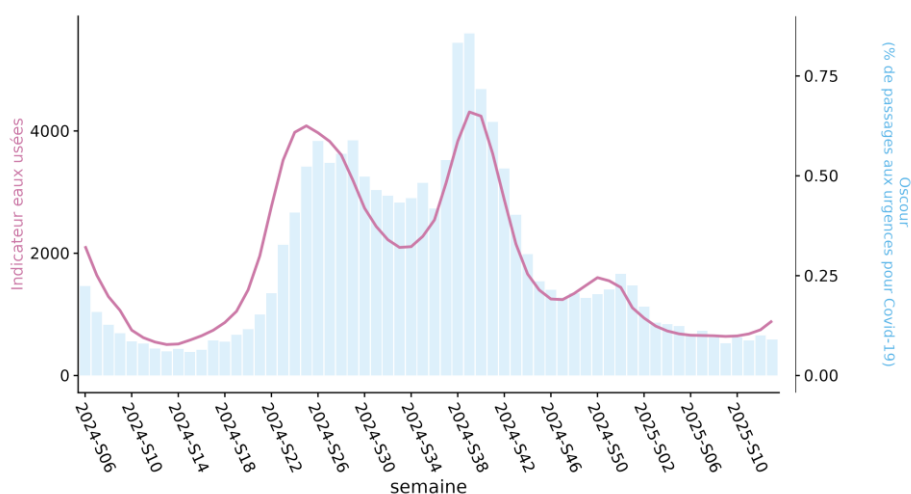
Taux de positivité pour le SARS-CoV-2 des prélèvements réalisés à l'hôpital en France hexagonale



Surveillance dans les eaux usées

En ce qui concerne les eaux usées, la tendance à la hausse se poursuit en semaine 13. Cependant, la situation reste hétérogène, 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.

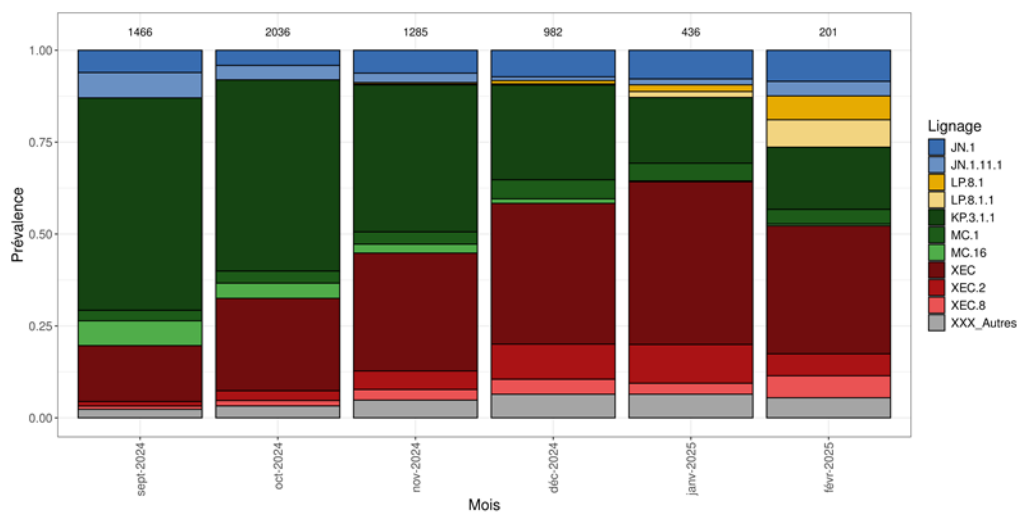
Au total, sur le dernier mois analysé, le lignage XEC accompagné de l'ensemble de ses sous lignages (incluant ceux présents à plus de 5% sur la figure), représentait 46,8% de l'ensemble des séquences détectées dans l'Hexagone.

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 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

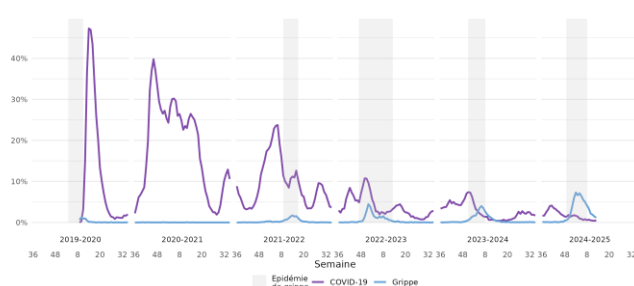
Certification électronique

En semaine 13, parmi les 6 420 décès déclarés par certificat électronique, 1,2% l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (vs 1,4% en S12). La COVID-19 était mentionnée dans 0,5% des décès (vs 0,4% en S12).

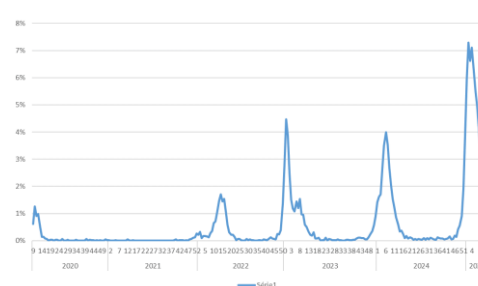
En S13, la part des décès avec une mention de grippe parmi l'ensemble des décès certifiés électroniquement était toujours en diminution (-0,2 point par rapport à S12). Parmi les décès liés à la grippe déclarés en S13, 96% concernaient des personnes de 65 ans et plus.

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

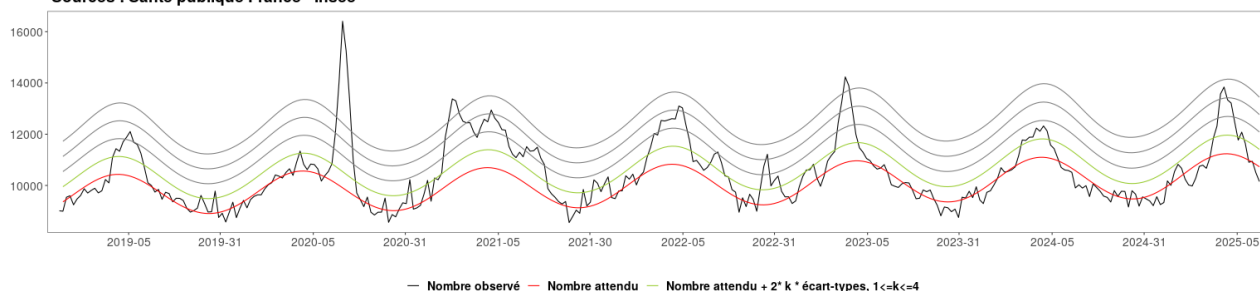
Mortalité toutes causes

Au niveau régional, le nombre de décès, toutes causes et tous âges confondus, transmis par l'Insee est resté dans les marges de fluctuation habituelle depuis S09-2025 dans l'ensemble des régions.

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 12)

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 01/04/2025 estimaient l'efficacité vaccinale (EV) à 47% [IC95%: 25-62] pour tous les groupes à risque, à 59% [IC95%: 28-76] chez les moins de 65 ans avec affection de longue durée et à 37% [IC95% : 2-60] 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](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](#)

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 13 (24 au 30 mars 2025). Saint-Maurice : Santé publique France, 21 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Date de publication : 2 avril 2025

Contact : presse@santepubliquefrance.fr