

Infections respiratoires aiguës

Semaine 15 (7 au 13 avril 2025). Publication : 16 avril 2025

ÉDITION NATIONALE

Bilan de la saison 2024-2025 au 15 avril 2025

Points clés

Infections respiratoires aiguës (IRA)

- Pic d'activité en janvier à un niveau très élevé en ville et à l'hôpital, principalement lié à l'épidémie de grippe

Grippe

- Epidémie précoce et d'une durée de 12 semaines
- Intensité très élevée en médecine de ville, avec près de 3 millions de consultations pour syndrome grippal
- Sévérité marquée dans toutes les classes d'âge, avec 29 000 hospitalisations après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal
- Fort impact de l'épidémie en termes de mortalité
- Co-circulation inhabituelle des 3 virus A(H1N1)_{pdm09}, A(H3N2) et B/Victoria
- Couverture vaccinale estimée à 53,7% chez les 65 ans et plus, et 25,3% chez les moins de 65 ans à risque, relativement stables en comparaison avec celles de 2023-2024.

Bronchiolite

- En France hexagonale, épidémie de mi-novembre 2024 (S47) à mi-janvier 2025 (S02)
- Dynamique de l'épidémie globalement comparable à celles des épidémies précédant la pandémie de COVID-19.
- Epidémie de courte durée (8 semaines) et de faible intensité, inférieure à celles des épidémies précédant ou ayant suivi l'émergence de la COVID-19 notamment chez les nourrissons de moins de 3 mois.

COVID-19

- Activité à des niveaux faibles durant la saison hivernale 2024-25
- Diminution des indicateurs depuis les pics observés en juillet et septembre 2024
- Circulation majoritaire du variant KP.3.1.1 entre septembre et novembre, et XEC (recombinant KS.1.1/KP.3.3) depuis fin novembre 2024

Ce numéro est le dernier bulletin IRA de la saison de surveillance hivernale. Cependant, la surveillance des IRA se poursuit et en cas de recrudescence notable, notamment de la COVID-19, des points spécifiques pourront être publiés.

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

Point de situation

Infections respiratoires aiguës (IRA)

Au cours de la saison 2024-25, l'activité pour infection respiratoire aiguë en médecine de ville a augmenté dès début novembre, atteignant un niveau élevé fin décembre et un pic d'activité très élevé fin janvier (S04). A l'hôpital, le pic d'activité a été atteint plus tôt qu'habituellement, en S01, à un niveau également très élevé. Le recours aux soins pour IRA a été dominé par la bronchiolite chez les moins de 2 ans en novembre-décembre, puis par la grippe à partir de mi-décembre jusqu'en mars, tous âges confondus. L'activité liée à la COVID-19 est restée à des niveaux faibles durant toute la saison.

Grippe

L'épidémie de grippe 2024-2025 a démarré de façon précoce début décembre (S49) dans l'Hexagone. Elle a atteint son pic fin janvier (S04) et s'est terminée fin février (S08), soit une durée de 12 semaines (versus 10 semaines en moyenne sur la période 2011-2024). L'ensemble des régions hexagonales étaient en épidémie entre les S51 et S08 (cf. Annexe).

L'épidémie de grippe a été marquée par un niveau d'intensité élevé en médecine de ville, avec une estimation de 2,7 millions de consultations pour syndrome grippal d'après le réseau Sentinelles, et près de 224 000 actes SOS Médecins pour grippe/syndrome grippal. Au pic de l'épidémie en S04, l'activité pour grippe/syndrome grippal SOS a atteint un niveau très élevé à 27,8% de l'ensemble des actes médicaux tous âges confondus. Cette valeur est supérieure au précédent record atteint lors de l'épidémie de grippe 2022-23 (25,4%).

À l'hôpital, les données du réseau Oscour® sur les passages aux urgences et les hospitalisations après passage pour grippe/syndrome grippal indiquaient une sévérité marquée de l'épidémie et ce dans toutes les classes d'âge, mais particulièrement les moins de 5 ans et les plus de 65 ans. Entre les semaines 49/2024 et 08/2025, plus de 29 100 hospitalisations après passage aux urgences pour grippe /syndrome grippal ont été ainsi enregistrées, dont 60% concernaient des personnes de 65 ans ou plus. Le pic d'activité à l'hôpital a été atteint début janvier (S01), avec un niveau d'intensité exceptionnellement élevé dans toutes les classes d'âge.

La saison 2024-25 a également été marquée par un nombre très élevé de signalements de cas graves de grippe admis en réanimation (1 849 entre S45/2024 et S15/2025) par le réseau de services sentinelles participant à cette surveillance. Le pic des admissions en réanimation a été atteint en S01, avec 273 admissions signalées. Les cas graves étaient très majoritairement âgés de 18 ans ou plus (89%), 86% d'entre eux présentaient au moins une comorbidité, et 79% des cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné (62%) n'étaient pas vaccinés contre la grippe.

Depuis le début de la saison, parmi les 4 033 signalements d'épisodes d'IRA dans les établissements médico-sociaux, dont les collectivités de personnes âgées, ont été déclarés via le portail national des signalements du ministère de la Santé et de la Prévention. Près de 40% étaient exclusivement attribués à la grippe, valeur la plus élevée enregistrée depuis la mise en place de ce dispositif de surveillance en 2022-23. La part des épisodes liés à la grippe est devenue majoritaire à partir de mi-décembre et le nombre d'épisodes grippaux signalés a atteint son pic en S01.

Enfin, l'impact de l'épidémie de grippe 2024-25 a été également considérable en termes de mortalité. Sur un ensemble de communes enregistrant 84% de la mortalité nationale, un excès d'environ 14 100 décès toutes causes a été enregistré au cours de l'épidémie (S49/2024 à S08/2025) avec un pic en S02. Parmi les décès déclarés par certificat électronique, 4 925 avaient une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès, dont 82% concernaient des personnes de 65 ans ou plus. La part d'activité de la grippe dans cette source de données a également atteint son pic en S02, représentant 7,3% de l'ensemble des décès déclarés par certificat électronique, valeur la plus élevée enregistrée depuis 2020.

Sur le plan virologique, l'épidémie 2024-25 a été caractérisée par une co-circulation à des niveaux élevés des trois virus grippaux saisonniers, ce qui est inhabituel. Le sous-type A(H1N1)_{pdm09} a légèrement prédominé par rapport au sous-type A(H3N2) et au virus B/Victoria jusqu'en S02, puis sa part a diminué progressivement au profit des deux autres.

À l'issue de la campagne de vaccination contre la grippe, les couvertures vaccinales estimées au 28 février 2025 demeuraient insuffisantes : 46,5% chez les personnes à risque ciblées par la vaccination, 53,7% chez les 65 ans ou plus, et 25,3% chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère. Ces couvertures vaccinales sont restées stables par rapport à celles de la saison 2023-2024.

Les estimations d'efficacité vaccinale en vie réelle du réseau Sentinelles et du CNR indiquaient une efficacité modérée tous groupes à risques et tous virus confondus (47% [IC95% :26-63]). Elle était plus élevée chez les personnes de moins de 65 ans avec facteurs de risque ciblés par la vaccination (59% [IC95% :28-76]) que chez les 65 ans ou plus (38% [IC95% :3-60]).

Dans les DROM, comme souvent observé, les caractéristiques de l'épidémie de grippe ont été différentes de celles dans l'Hexagone. À La Réunion, l'épidémie a été de courte durée (7 semaines entre fin septembre (S39) à début novembre (S45)), avec une circulation majoritaire de virus grippaux de type A(H1N1)_{pdm09}. En Guyane, l'épidémie a débuté fin décembre (S52) et se poursuivait encore en S15 ; les virus de type A étaient majoritaires. Aux Antilles, l'épidémie a démarré fin décembre en Martinique en S51, et en Guadeloupe en S52. Les virus de type A étaient majoritaires dans ces territoires. Bien que toujours en épidémie en S15, les indicateurs de la grippe étaient en diminution depuis plusieurs semaines. Enfin, Mayotte est en épidémie depuis fin janvier (S05).

Au total, l'épidémie de grippe 2024-25 a été marquée par une relative précocité, une durée plus longue que la moyenne et une sévérité importante, dans toutes les classes d'âge mais particulièrement chez les moins de 5 ans et les plus de 65 ans. Plusieurs facteurs ont sans doute contribué à ce fort impact de la grippe sur la population française cette année, en particulier la co-circulation à des niveaux élevés des trois virus grippaux, la couverture vaccinale insuffisante, l'efficacité du vaccin faible à modérée chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, ou encore la forte circulation de la grippe chez les enfants en âge d'être scolarisés au moment des fêtes de fin d'année, ce qui a pu favoriser la contamination des personnes âgées ou des enfants en bas âge, plus à risque de formes graves de la grippe.

Bronchiolite

L'épidémie de bronchiolite de la saison 2024-2025 en France hexagonale a commencé en S47 (mi-novembre). Le pic a été atteint en S50 (mi-décembre) et l'épidémie s'est achevée en S02 (mi-janvier).

Pendant les quatre saisons qui ont suivi l'émergence de la COVID-19 (saisons 2020-2021 à 2023-2024), la dynamique des épidémies de bronchiolite avait été perturbée avec des débuts d'épidémie plus tardif (saison 2020-2021) ou plus précoces (saisons 2021-2022 à 2023-2024).

La dynamique de l'épidémie de bronchiolite de la saison 2024-2025 était globalement comparable à celles observées les saisons précédant l'émergence de la COVID-19 (saisons 2015-2016 à 2019-2020). Sa durée de 8 semaines a cependant été plus courte qu'habituellement observée [1].

En termes de diffusion, l'épidémie dans l'Hexagone a débuté en Île-de-France en S45, dans les Hauts-de-France en S46, puis en Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Centre-Val de Loire, Nouvelle-Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur en S47, puis en Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Normandie, Occitanie, Pays de la Loire en S48. La Corse est passée en épidémie en S02. L'Île-de-France a été la première région à passer en phase post-épidémique fin décembre (S52), suivie par les régions des quarts Nord-Ouest et Sud-Ouest en S02 (Annexe).

Dans les DROM, l'épidémie a commencé en Guyane au cours de l'été 2024, en Guadeloupe et Martinique en S42, à Mayotte en S49. L'épidémie n'a pas été déclarée à La Réunion cette saison. La Guadeloupe a été la première région d'outre-mer à passer en phase post-épidémie en S01, suivie

par la Martinique en S02 et la Guyane en S03. Au 15 avril 2025, la fin d'épidémie n'a pas encore été déclarée à Mayotte.

En termes d'intensité en médecine de ville et en milieu hospitalier, l'épidémie de bronchiolite est restée cette saison à des niveaux faibles et inférieurs aux épidémies des saisons historiques (saison 2020-2021 exclue), que soient pris en comparaison les saisons précédant la pandémie due à la COVID-19 (2015-2020) ou celles suivant la saison d'émergence de la COVID-19 (2021-2024) [2], [3]. La saison 2020-2021 n'a pas été prise en compte dans les comparaisons du fait de son profil atypique (année d'émergence de la COVID-19 marquée par la mise en place de mesures de distanciation sociale).

La part de bronchiolite parmi les actes SOS Médecins chez les moins de 2 ans est globalement restée à un niveau d'intensité faible et n'a atteint tout juste le niveau d'intensité modéré que lors de la semaine du pic épidémique. La part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences est restée à un niveau d'intensité faible tout au long de l'épidémie.

Les analyses conduites chez les nourrissons de moins de 3 mois ont montré des impacts en termes de passages aux urgences et d'hospitalisations après passage aux urgences inférieurs à ceux des épidémies historiques. Chez les nourrissons de 3 mois et plus, les activités hospitalières liées à la bronchiolite sont restées dans les valeurs basses de celles observées lors des saisons précédant la pandémie, et ceci quelles que soient les classes d'âge.

Cette épidémie de faible intensité notamment chez les moins de 3 mois pourrait être liée, en partie au moins, aux campagnes d'immunisation des nouveau-nés contre les infections à VRS, soit par la vaccination de la femme enceinte, soit par l'immunisation passive des nourrissons par un anticorps monoclonal.

La surveillance des cas de bronchiolite (tous virus confondus) admis dans des services de réanimation pédiatrique a permis de montrer l'importance des infections dues au virus respiratoire syncytial (VRS) dans cette population malgré les campagnes d'immunisation : le VRS a été impliqué dans 60% des cas admis en réanimation (seul ou en co-infection). Les rhinovirus/entérovirus ont été impliqués dans 25% des cas.

Chez l'adulte, 64% des cas graves d'infections à VRS admis en réanimation étaient âgés de 65 ans et plus et 96% présentaient des comorbidités. Sur l'ensemble des cas graves de 65 ans et plus admis en réanimation pour une infection grippale, à SARS-CoV-2 ou à VRS, 16% avaient une infection à VRS.

Parmi les 4 033 épisodes de cas groupés d'IRA survenus dans les établissements médico-sociaux et déclarés via le portail national des signalements du ministère de la santé, le VRS était la seule étiologie dans 193 épisodes (5%) et était seul ou associé à un autre pathogène dans 437 épisodes (12%). Le pic des épisodes d'IRA liés au VRS (seul ou associé à un autre pathogène) a été observé en S01.

En période post-épidémique, le taux de positivité pour le VRS des prélèvements hospitaliers est resté à un niveau faible mais supérieur à ceux des saisons antérieures.

[1] Vaux. S et al. Bronchiolitis epidemics in France during the SARS-CoV-2 pandemic: The 2020–2021 and 2021–2022 seasons. *Infectious Diseases Now*, 2022, 52(6), pp. 374–378.

[2] Santé publique France. Bulletin épidémiologique bronchiolite. Bilan de la surveillance 2022-2023. 19 juillet 2023. [Bulletin épidémiologique bronchiolite. Bilan de la surveillance 2022-2023. \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr/bulletin-epidemiologique-bronchiolite)

[3] Santé publique France. Bulletin épidémiologique infection respiratoires aiguës. Bilan de la surveillance 2024-2025. 17 avril 2024. [Infections respiratoires aiguës \(grippe, bronchiolite, COVID-19\). Bilan de la saison 2023-2024.](https://www.santepubliquefrance.fr/bulletin-epidemiologique-infection-respiratoires-aigues)

COVID-19

En 2024-2025, au niveau national, les indicateurs de surveillance de la COVID-19 ont augmenté fin juin/début juillet jusqu'à atteindre un premier pic en juillet puis un second pic fin septembre. Une diminution était observée à partir de début octobre pour atteindre des niveaux faibles dès fin octobre et qui ont perduré pendant la saison hivernale jusqu'en S15. L'activité de la plupart des indicateurs COVID-19 était moins importante et plus précoce que celle observée au cours de la saison 2023-2024, sans pic hivernal contrairement aux saisons précédentes.

Au niveau régional, les taux de passages aux urgences dans l'Hexagone étaient les plus élevés lors du début de la saison hivernale 2024 (S40) en Grand Est, Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes Côte d'Azur et la Corse, les moins élevés en Île-de-France tandis qu'ils se situaient à un niveau intermédiaire dans les autres régions. Ces taux ont ensuite diminué dès octobre jusqu'à atteindre en janvier 2025 (S03) des niveaux très faibles dans toutes les régions.

Au début de la saison hivernale la situation était caractérisée par la circulation de différents sous-lignages du variant Omicron, le variant le plus détecté étant KP.3.1.1 entre septembre et novembre 2024. Depuis fin novembre le variant circulant majoritairement était XEC (recombinant KS.1.1/KP.3.3). Plusieurs sous-lignages de ces principaux lignages circulaient en parallèle.

En ville, la part des actes SOS Médecins pour COVID-19 était de 3,3% lors du premier pic en juillet (S25) et 4,0% au second pic en septembre (S38) (vs les deux pics de la saison 2023-2024 : 6,4% en S38-2023 et 4,7% en S49-2023). Le recours aux soins d'urgence en ville a diminué depuis S39 et était d'une intensité inférieure à celle observée fin 2023 dans toutes les classes d'âge.

À l'hôpital, les niveaux des passages aux urgences et d'hospitalisations après passage pour COVID-19 étaient inférieurs à ceux de 2023-2024. La part de la COVID-19 parmi les passages aux urgences tous âges confondus était de 0,6% au premier pic en S26-2024 et 1,0% au second pic en S39-2024 avant le début de la saison hivernale (vs les deux pics en 2023 : 1,1% en S36-2023 et 1,6% en S50-2023). La part des hospitalisations après passage aux urgences a suivi une dynamique similaire aux passages aux urgences et a atteint la valeur maximale fin septembre en S39 (2,1% vs 3,4% en S50-2023). Ces hospitalisations concernaient principalement les 65 ans et plus. La part des passages aux urgences et hospitalisations après passage diminuait depuis S39-2024 et a atteint une valeur très faible en S15-2025.

Parmi les signalements de cas graves de COVID-19 admis en réanimation depuis S40, 68% des cas avaient 65 ans et plus et 24% entre 18 et 64 ans. Parmi les cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné (60%), 89% n'avaient pas été vaccinés contre la COVID-19 depuis moins de 6 mois.

Le nombre d'épisodes d'IRA dans les établissements médico-sociaux liés à la COVID-19 lors des deux pics précédant le début de la saison hivernale a été légèrement inférieur à celui de la saison précédente. La part de la COVID-19 est restée majoritaire jusqu'à fin novembre (S48) avec un pic observé en septembre. Depuis fin décembre, le nombre d'épisodes liés à la COVID-19 a diminué pour atteindre des niveaux faibles.

Le suivi de la présence du SARS-CoV-2 dans les eaux usées a montré que la circulation virale s'est étalée depuis début mai (de S18-2024 à S02/S03-2025) et a atteint deux pics en semaine 25-2024 et S39-2024 avec un niveau inférieur de celui de l'hiver 2023-2024.

Depuis la semaine 40, parmi les 187 999 décès déclarés par certificat électronique de décès toutes causes, 2 887 décès ont été déclarés avec mention de COVID-19 (1,5%), dont 97% âgés de 65 ans ou plus.

Suite à la campagne de vaccination qui s'est déroulée d'octobre 2024 à février 2025, la couverture vaccinale chez les personnes âgées de 65 ans et plus avaient reçu une dose de vaccin contre la COVID-19 était de 21,7%. Cependant cette donnée est certainement sous-estimée.

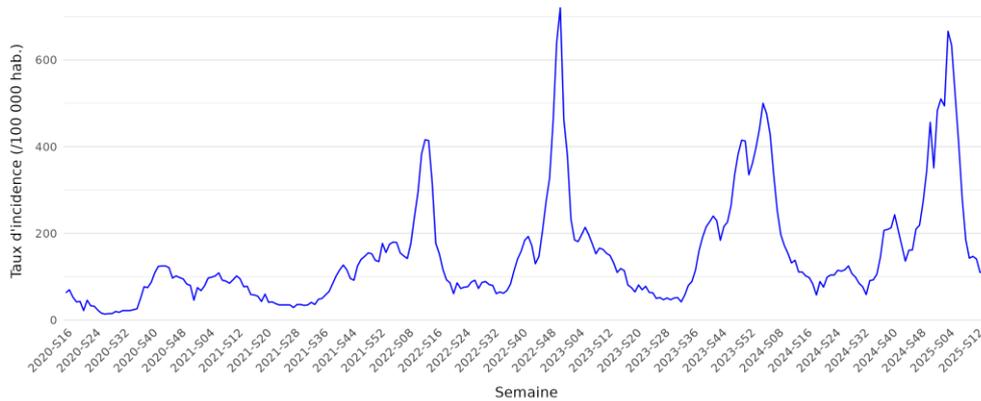
Une nouvelle campagne de vaccination contre la COVID-19 a débuté le 14 avril 2025 et se poursuivra jusqu'au 14 juin 2025 à destination des plus fragiles (personnes de 80 ans et plus, personnes immunodéprimées et résidents des Ehpad et des USLD). Ces personnes pourront recevoir une dose de vaccin à partir de 3 mois après la dernière injection ou infection par le SARS-CoV-2.

Médecine de ville

Durant la saison 2024-25, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a atteint son pic fin janvier avec un taux estimé à 666 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 637 – 695] en S04. Cette période correspond au pic d'activité de l'épidémie grippale.

En semaine 15, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 131 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 115 -148] (données non consolidées) vs 112 [98-126] en S14.

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



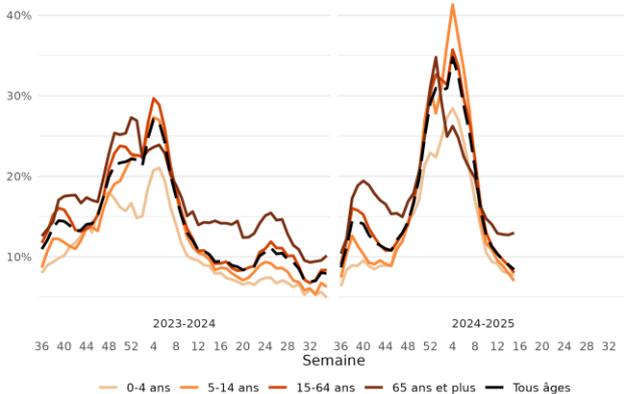
Source : réseau Sentinelles, IQVIA ; * Données IQVIA non disponibles depuis S01

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

Parmi les actes SOS Médecins, l'activité liée aux IRA basses a atteint son pic fin janvier en S04 avec 35% de l'activité tous âges confondus.

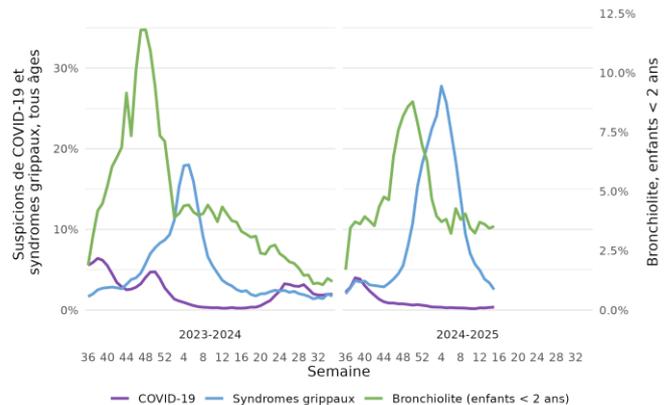
Durant la saison 2024-2025, le pic d'activité liée à l'épidémie de bronchiolite a été observé mi-décembre (S50) et celui de la grippe fin janvier (S04) ; la part d'activité liée au SARS-CoV-2 a été la plus élevée fin septembre (S38).

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



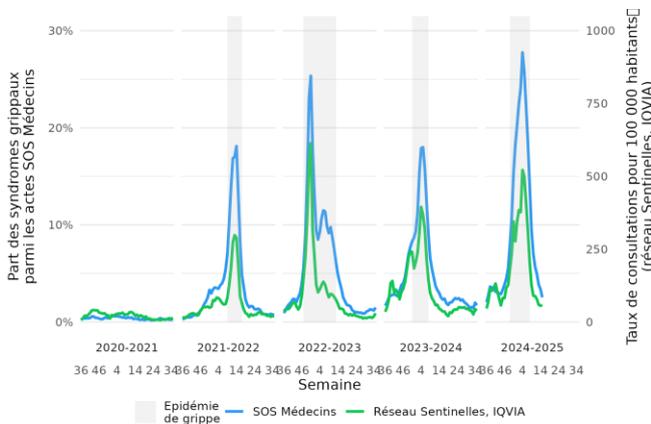
Source : SOS Médecins

Grippe

D'après les données du réseau Sentinelles, l'ampleur de l'épidémie a été importante en médecine de ville, avec une estimation de 2,7 millions de consultations pour syndrome grippal et un taux de consultations estimé à 522 pour 100 000 habitants (IC95% : 496-548) au pic d'activité en S04.

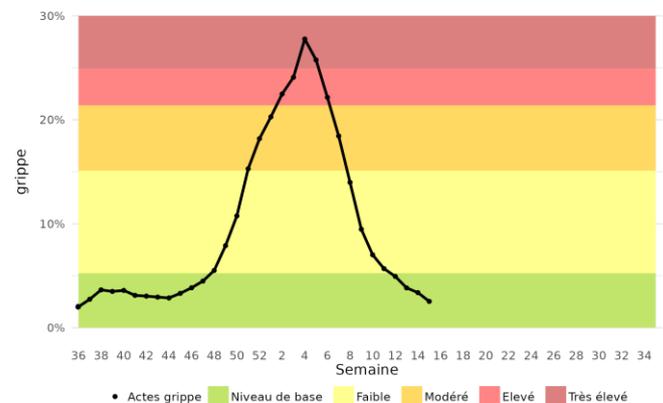
D'après les données du réseau SOS Médecins, au pic de l'épidémie en S04 l'activité pour grippe/syndrome grippal a atteint 27,8% dépassant le record du pic de 2022-23 (25,4%). Le niveau d'activité a atteint un niveau d'intensité très élevé tous âges confondus durant les deux dernières semaines de janvier (S04 et S05). Cette intensité d'activité concernait toutes les classes d'âge mais plus particulièrement les 0-14 ans, chez lesquels le niveau d'intensité a été très élevé durant 3 semaines en janvier (S03 à S05), avec un pic record de 36% chez les 5-14 ans. En revanche, chez les 65 ans l'intensité a atteint le niveau élevé fin décembre – début janvier (S52-S01 et S02).

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



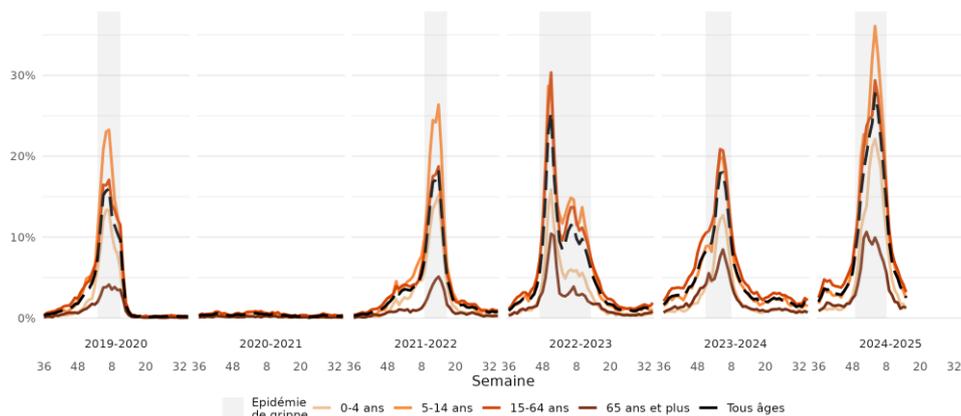
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins ; * Données IQVIA non disponibles depuis S01

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

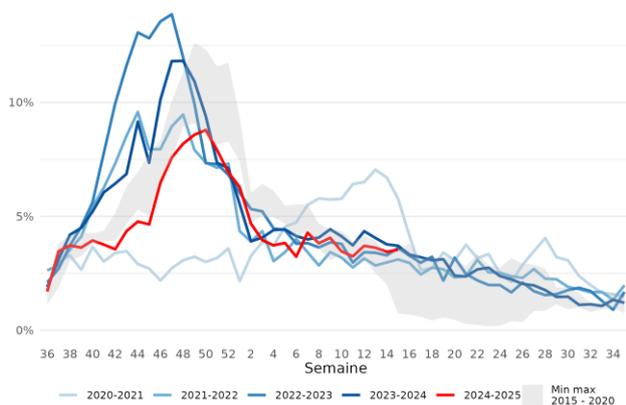
La part des actes liés à la bronchiolite parmi l'ensemble des actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 2 ans était de 7,5% en S47 (mi-novembre), au début de l'épidémie, de 8,8% en S50 (mi-décembre), au pic de l'épidémie, puis de 4,7% en S02 (mi-janvier) pour la dernière semaine d'épidémie.

L'activité liée à la bronchiolite a suivi, lors de la saison 2024-2025, une temporalité comparable à celles observées les saisons précédant la pandémie de COVID-19 (2015-2020).

La part de bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins chez les moins de 2 ans est globalement restée à un niveau d'intensité faible et n'a tout juste atteint le niveau d'intensité modéré que lors de la semaine du pic épidémique.

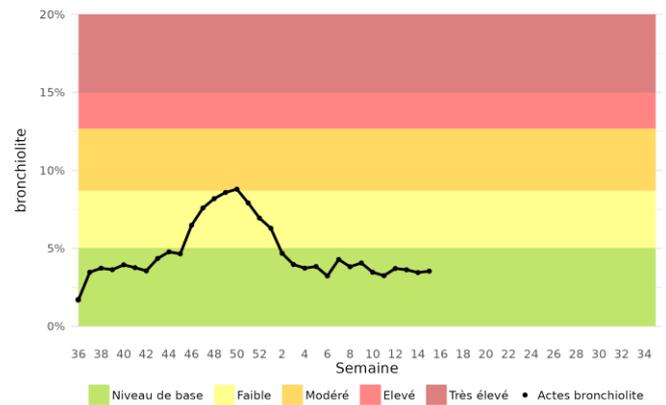
L'intensité de l'épidémie en médecine de ville est restée cette saison inférieure à celles des saisons historiques (saison 2020-2021 exclue), que soient pris en comparaison les saisons précédant la pandémie de COVID-19 (2015-2020) ou celles suivant l'émergence du SARS-CoV-2 (2021-2024).

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



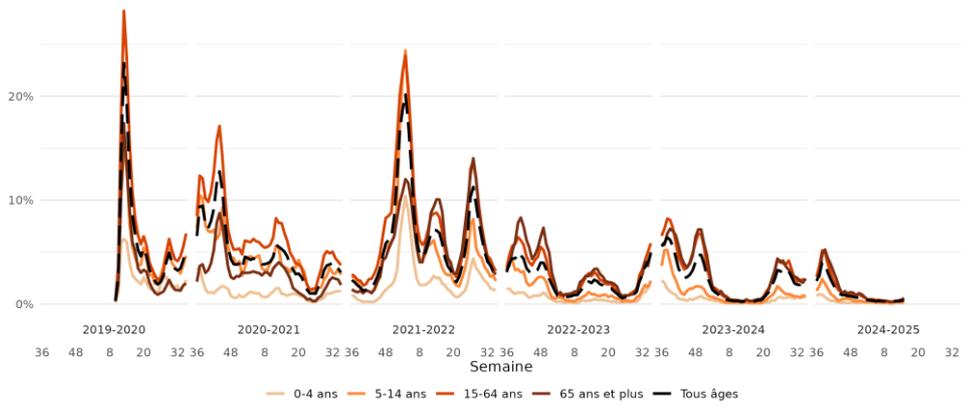
Source : SOS Médecins. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

En ville, la part des actes SOS Médecins liés à la COVID-19 a augmenté mi-mai (0,54% en S20-2024) pour atteindre 3,3% lors du premier pic en juin (S25) et 4,0% lors du second pic en septembre (S38) (vs 6,4% en S38-2023 et 4,7% en S50-2023 aux pics). La part d'activité a diminué depuis le début de la saison hivernale jusqu'à atteindre des niveaux faibles à partir de janvier. En S39, la part des actes SOS Médecins était la plus élevée chez les 65 ans et plus (5,2%) et en S38 chez les 15-64 ans (5,2%).

En semaine 15, 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% : 3-7] (données non consolidées) vs 10 [7-12] en S14.

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



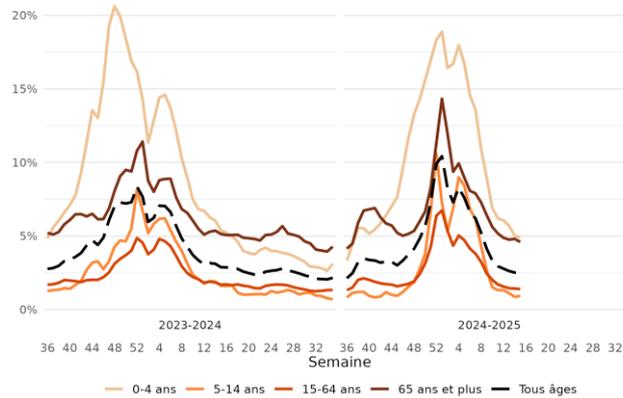
Source : SOS Médecins

Milieu hospitalier

La part des IRA basses parmi les passages aux urgences a atteint 10% lors du premier pic survenu début janvier (S01) et 8% lors du deuxième pic survenu fin janvier (S04).

En semaine 15, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 466, soit 0,1% de l'ensemble des passages (vs 0,1% en S14). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 169, soit 0,2% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,2% en S14).

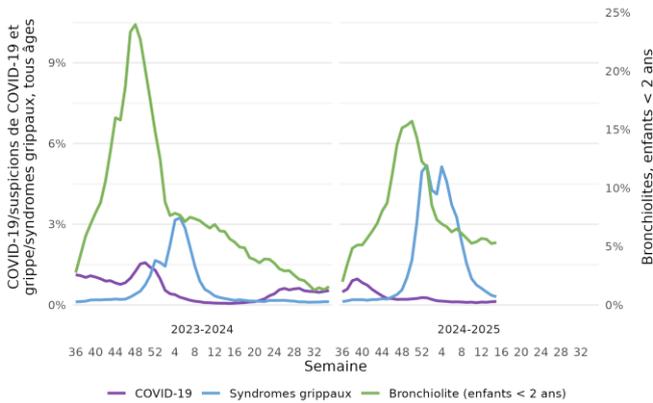
Part des IRA basses parmi les passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

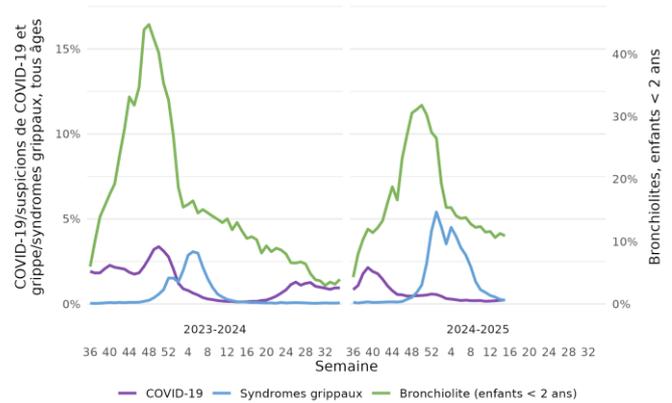
Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 et de la grippe/syndrome grippal (tous âges) et part de la bronchiolite (chez les moins de 2 ans)

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Hospitalisations après passage



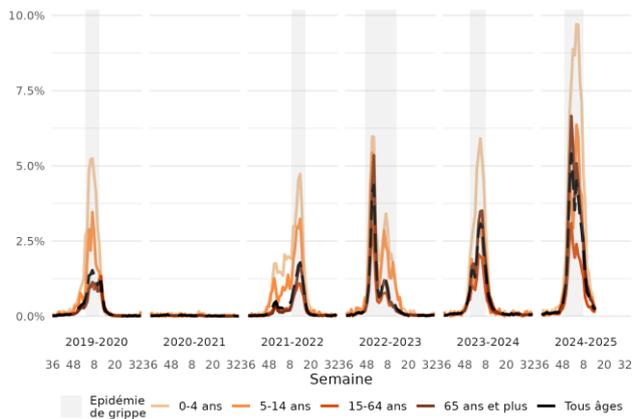
Source : réseau OSCOUR®

Grippe

Durant l'épidémie, le réseau OSCOUR® a enregistré 155 947 passages aux urgences pour syndrome grippal, dont 28 697 ont conduit à une hospitalisation. Deux pics d'activité ont été observés, le premier début janvier et le deuxième fin janvier. La part des passages grippe parmi les passages toutes causes représentait 5,1% des passages en S01 et en S04. La part des hospitalisations pour grippe après passages a atteint 5,4 % des hospitalisations en S01 et 4,5% en S04.

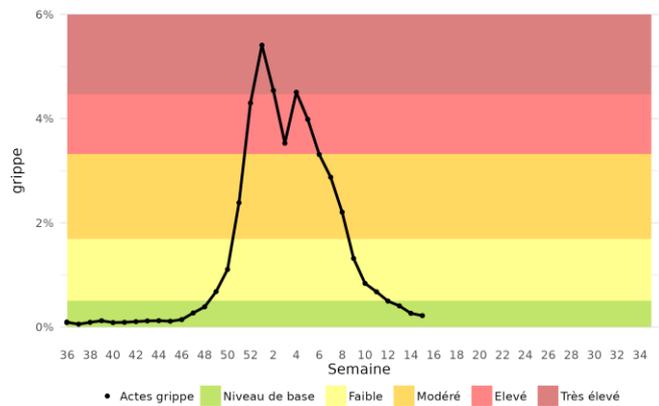
En comparaison avec les saisons 2017-2018 à 2023-2024 (à l'exception des saisons 2019-2020 et 2020-2021), la part des hospitalisations pour grippe/syndrome grippal a atteint un niveau d'intensité très élevé durant les semaines S01, S02 et S04 tous âges confondus. Ce niveau était principalement porté par les enfants qui est restait en niveau très élevé durant 8 semaines consécutives (S52 à S07). Le niveau très élevé a été atteint deux semaines chez les 65 ans et plus (S01 et S02) et une seule semaine (S01) chez les 15-64 ans.

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

La part des passages aux urgences pour bronchiolite parmi l'ensemble des passages aux urgences pour les enfants de moins de 2 ans, était de 13,7% en S47 (mi-novembre), au début de l'épidémie, de 15,7% en S50 (mi-décembre), semaine du pic de l'épidémie et de 8,5% en S02, dernière semaine de l'épidémie.

La part des hospitalisations pour bronchiolite après passage aux urgences parmi l'ensemble des hospitalisations pour les enfants de moins de 2 ans, était de 27,0% en S47, de 31,8% en S50 et de 19,3% en S02.

Les activités liées à la bronchiolite ont suivi une dynamique comparable à celles des saisons précédant la pandémie de COVID-19 (2015-2020).

La part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences est restée à un niveau d'intensité faible tout au long de l'épidémie.

L'intensité de l'épidémie de bronchiolite en milieu hospitalier est restée cette saison inférieure à celles des saisons historiques (saison 2020-2021 exclue), que soient pris en comparaison les saisons précédant la pandémie de COVID-19 (2015-2020) ou celles suivant l'émergence du SARS-CoV-2 (2021-2024).

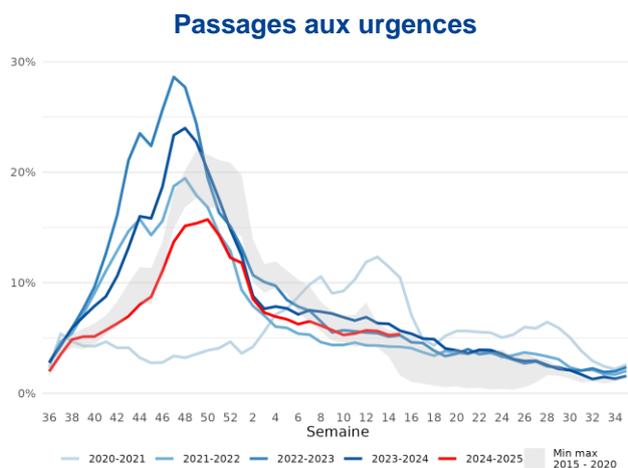
Les analyses conduites chez les nourrissons de moins de 3 mois montrent un impact en termes de passages aux urgences et hospitalisations après passage aux urgences inférieur à ceux des épidémies précédant (saisons 2015-2016 à 2019-2020) ou suivant l'émergence du SARS-CoV-2 (saisons 2021-2022 à 2023-2024).

Chez les nourrissons de 3 mois et plus, les activités hospitalières liées à la bronchiolite ont été dans les valeurs basses de celles observées lors des saisons précédant la pandémie, et ceci quelles que soient les classes d'âge.

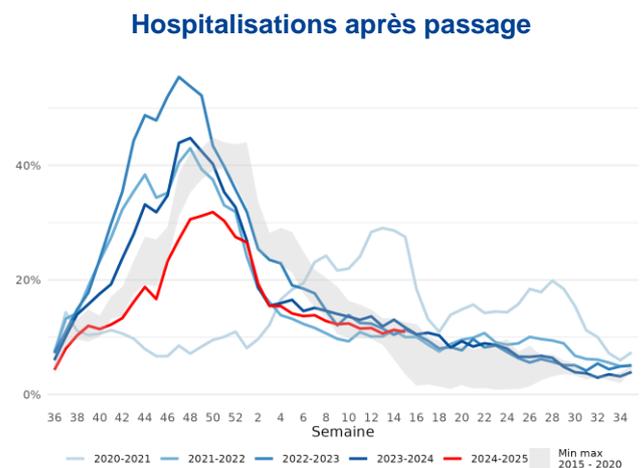
Cette faible épidémie est certainement à lier, en partie au moins, aux campagnes d'immunisation des nouveau-nés contre les infections à VRS, soit par la vaccination de la femme enceinte, soit par l'immunisation passive des nourrissons par un anticorps monoclonal.

Une description des données chez les moins de 1 an par classe d'âge fine est disponible en téléchargement [ici](#).

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

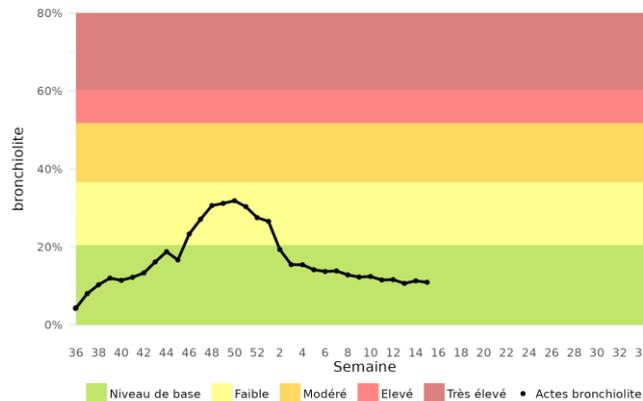


Source : réseau OSCOUR®



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](#)

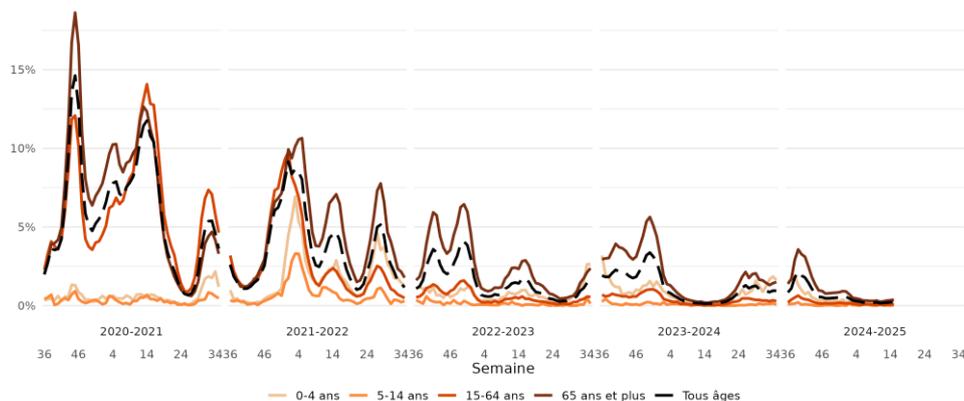
COVID-19

À l'hôpital, la part des passages aux urgences pour COVID-19 a augmenté à partir de mi-avril 2024 (0,07% en S16) jusqu'à atteindre un premier pic en S26 (0,62%). Une diminution voire stabilisation a ensuite été observée jusqu'en S36. Un second pic a été atteint fin septembre (0,97% en S39) suivi d'une diminution en octobre avec une légère augmentation d'activité en S52 (0,27%). Ensuite l'activité est restée faible.

La part des hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19 a suivi une dynamique similaire aux passages aux urgences et a atteint des valeurs maximales en S39 (2,1%). La part des hospitalisations après passage aux urgences était nettement plus élevée chez les 65 ans et plus (3,6% en S39).

En semaine 15, la part de passages aux urgences pour COVID-19 était de 0,1% (vs 0,1% en S14). Le part d'hospitalisations après passage pour COVID-19 était 0,2% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,2% en S14). Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 3 l'ont été pour COVID-19 en S15, soit 0,1% (vs 0,2% en S14).

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, 1 849 cas de grippe, 326 cas de COVID-19 et 321 cas d'infections à VRS* ont été signalés par les services de réanimation participant à la surveillance (surveillance non exhaustive). Vingt-huit 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		COVID-19		Infection à VRS	
	N = 1849 (74%)	%	N = 326 (13%)	%	N = 321 (13%)	%
Sexe						
Femme	802	44	124	38	148	47
Homme	1 014	55	198	61	165	52
Indéterminé	19	1	3	1	4	1
Non renseigné	14		1		4	
Classe d'âge (années)						
< 2	85	5	19	6	-	
2-17	111	6	7	2	-	
18-64	800	43	78	24	115	36
65 et plus	846	46	221	68	206	64
Non renseigné	7		1		0	
Données virologiques						
A, sans précision	1 299	77	-		-	
AH1N1 _{pdm09}	135	8	-		-	
AH3N2	75	4	-		-	
B	172	10	-		-	
Co-infection virus grippaux	2	0	-		-	
Non renseigné	167		-		-	
Présence de comorbidité(s)	1 564	86	287	88	307	96
Vaccination grippe pour la saison en cours						
Oui	254	14	34	10	74	23
Non	877	47	148	45	72	22
Ne sait pas/Non renseigné	718	39	144	44	175	55
Vaccination COVID-19 depuis moins de 6 mois						
Oui	145	8	21	6	51	16
Non	825	45	175	54	96	30
Ne sait pas/Non renseigné	879	48	130	40	174	54
Syndrome de détresse respiratoire aiguë						
Aucun	851	50	155	51	200	66
Mineur	189	11	15	5	40	13
Modéré	322	19	56	18	48	16
Sévère	354	21	80	26	14	5
Non renseigné	133		20		19	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive						
Aucune	76	4	19	6	6	2
Ventilation non-invasive	1 051	58	192	59	213	67
Ventilation invasive	648	36	112	34	98	31
Assistance extracorporelle	47	3	2	1	0	0
Non renseigné	27		1		4	

Source : réseau de services de réanimation sentinelles.

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

Parmi les 1 849 cas de grippe, 46% avaient 65 ans ou plus. Parmi eux, la présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 86% des cas. Un virus de type A a été identifié dans 90% des cas où le virus a été typé (1 509/1 681). Parmi les 1 131 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 78% n'étaient pas vaccinés contre la grippe. Au total, 266 décès ont été signalés, dont 162 chez les 65 ans ou plus (données non consolidées).

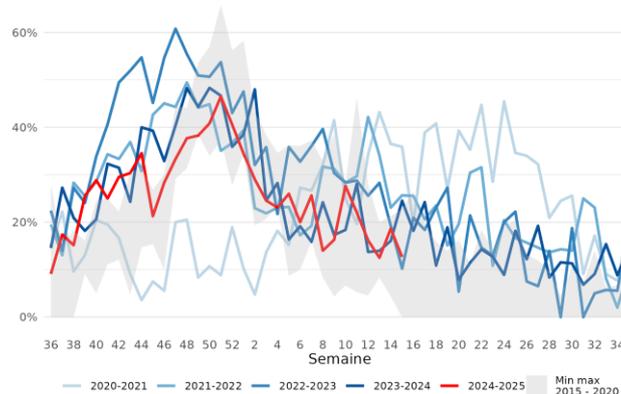
Parmi les 326 cas de COVID-19, 68% étaient âgés de 65 ans et plus. Parmi eux, la majorité était des hommes et la présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 88% des cas. Parmi les 196 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 89% n'étaient pas vaccinés contre la COVID-19 au cours des 6 derniers mois. Soixante-dix décès ont été signalés, dont 63 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Parmi les 321 cas d'infection à VRS de plus de 18 ans, 64% étaient âgés de 65 ans ou plus. Les patients présentant au moins une comorbidité représentaient 96% des cas. Quarante-trois décès ont été signalés, dont 34 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Bronchiolite

La part des hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences pour bronchiolite parmi l'ensemble des hospitalisations en réanimation est restée cette saison dans des niveaux comparables à ceux des saisons précédant la pandémie de COVID-19 (2015-2020) et globalement dans les valeurs basses des dernières épidémies.

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®

La surveillance des cas graves de bronchiolite chez les moins de 2 ans a été mise en place cette saison auprès de services de réanimation pédiatrique volontaires après une saison de surveillance pilote (saison 2023-2024). Sont signalés les patients de moins de 2 ans avec une forme grave de bronchiolite nécessitant une prise en charge en réanimation, quel que soit le virus à l'origine de l'infection (identifié ou non). Les services participant peuvent signaler tous les cas admis en réanimation ou les cas admis en réanimation un jour donné de la semaine. Cette surveillance n'est pas exhaustive.

Depuis début septembre 2024 et jusqu'au 14 avril 2025, 572 cas graves de bronchiolite ont été signalés par les services de réanimation participants. Parmi eux, le VRS et les rhinovirus/entérovirus ont été identifiés pour 342 et 142 cas respectivement (soit 60% et 25% des cas). Les cas étaient majoritairement âgés de moins de 6 mois (74%) et 31% des cas avaient au moins une comorbidité identifiée ou étaient nés prématurés. Un traitement préventif contre les infections à VRS par nirvesimab avait été administré pour 36% des cas. Au moins 9% des mères avaient été vaccinées contre les infections à VRS pendant leur grossesse (données incomplètes non présentées dans le tableau).

Caractéristiques des nourrissons admis en service de réanimation pour une bronchiolite en France au cours de la saison 2024-2025, données au 14 avril 2025

	Bronchiolite N = 572	
	N	%
Sexe		
Garçon	323	56
Fille	243	42
Non renseigné	6	1
Classe d'âge (mois)		
< 1	77	13
1-2	232	41
3-5	115	20
6-11	94	16
12-24	43	8
Non renseigné	11	2
Agent pathogène (seul ou en co-infection)*		
VRS	342	60
Rhinovirus/Entérovirus	142	25
Métapneumovirus	45	8
Grippe	35	6
Adénovirus	26	5
Parainfluenzae virus	19	3
Coronavirus saisonnier	12	2
Bocavirus	9	2
SARS-CoV-2	8	1
Autre pathogène	19	3
Non identifié/Non recherché/Non renseigné	33	6
Présence de comorbidité(s) et/ou prématurité**	178	31
Prématurité	109	19
Pathologie pulmonaire	33	6
Pathologie cardiaque	32	6
Pathologie neuromusculaire	8	1
Pathologie métabolique	3	1
Pathologie rénale	2	<1
Autre(s) comorbidité(s)	46	8
Traitement préventif pour le VRS		
Nirvesimab (Beyfortus®)	206	36
Palivizumab (Synagis®)	3	<1
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive		
Ventilation non invasive	294	52
Oxygénothérapie à haut-débit	233	41
Ventilation invasive	34	6
Assistance extracorporelle	4	1
Aucune/Non renseignée	7	1
Décès	5	1

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

Établissements médico-sociaux

Depuis le 30 septembre 2024 (S40), 4 033 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*, dont 3 719 (92%) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Parmi l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 3 764 (93%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 1 490 (40%) étaient exclusivement attribués à la grippe et 1 097 (29%) à la COVID-19. Le VRS était la seule étiologie dans 193 épisodes (5%) et était seul ou associé à un autre pathogène dans 437 épisodes (12%). Plusieurs étiologies ont été rapportées pour 636 (43%) épisodes. Un pic des épisodes d'IRA liés à la COVID-19 a été observé au courant du mois de septembre 2024 (S38 à S40), puis une diminution dans les semaines suivantes jusqu'à la mi-novembre (S46). La part de la COVID-19 sur l'ensemble des épisodes d'IRA est restée majoritaire jusqu'à fin novembre. Le nombre d'épisodes d'IRA liés à la COVID-19 (seul ou en association) a de nouveau augmenté jusqu'à début janvier 2025 (S01), puis, a diminué les semaines suivantes. Chaque semaine, depuis mi-février, de l'ordre de 15 à 20 épisodes d'IRA liés à la COVID-19 ont été signalés.

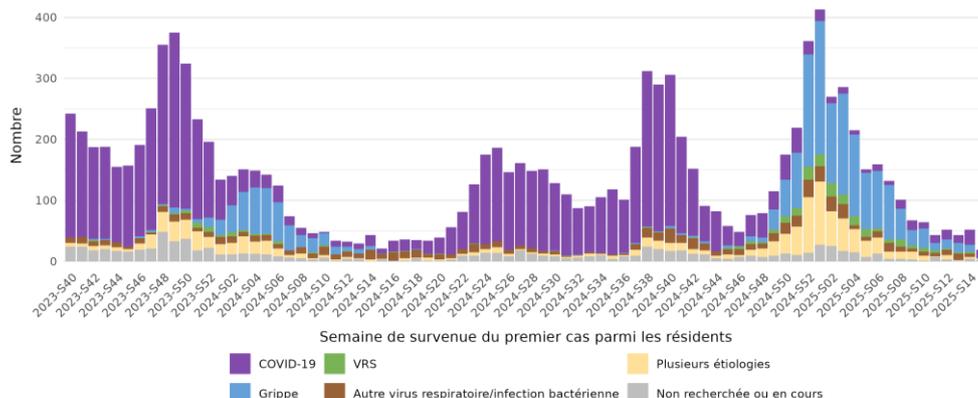
Le premier épisode d'IRA attribué exclusivement au VRS a été rapporté dès mi-septembre (S42). Le nombre d'épisodes a alors augmenté et le pic des épisodes d'IRA liés au VRS (seul ou en association avec un autre pathogène) a été observé début janvier (S01). Le nombre d'épisodes liés au VRS a alors diminué jusqu'à atteindre des niveaux faibles. Quelques épisodes liés au VRS continuent de survenir ces dernières semaines.

Les premiers épisodes d'IRA attribués exclusivement à la grippe ont été rapportés dès début septembre (S40). Le nombre de cas a ensuite augmenté à compter de fin novembre-début décembre et le pic des épisodes d'IRA liés à la grippe (seul ou en association avec un autre pathogène) a été observé début janvier (S01). Le nombre d'épisodes liés à la grippe a alors diminué jusqu'à atteindre des niveaux faibles. Quelques épisodes liés à la grippe continuent de survenir ces dernières semaines.

Le pic des épisodes d'IRA a été observé en S01 (début janvier) et était principalement lié aux virus grippaux (impliqués seuls ou en association avec un autre pathogène dans 77% des épisodes) et dans une moindre mesure au SARS-CoV-2 (impliqué 19% des épisodes) et de VRS (impliqué dans 15% des épisodes). Cette même semaine a été observé le pic des épisodes d'IRA liés à la grippe (seul ou en association) ainsi que les pics des épisodes liés au VRS et des épisodes liés à la COVID-19.

En semaine 14, un total de 52 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus (données non consolidées) vs 43 en S13. Parmi eux, 11 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 15 en S13), 3 à une infection à VRS (vs 2 en S13) et 25 à la COVID-19 (vs 13 en S13).

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



S15 et S14 : données non consolidées

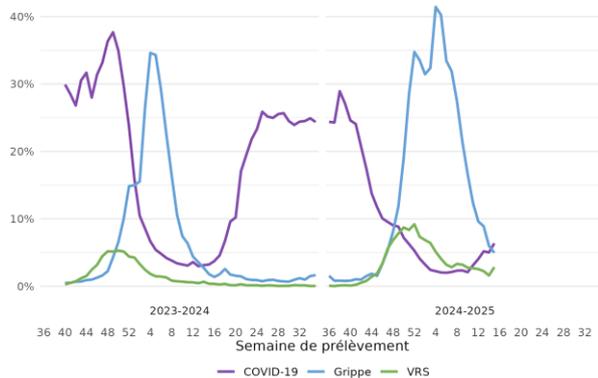
* Portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère de la santé (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>)

Surveillance virologique

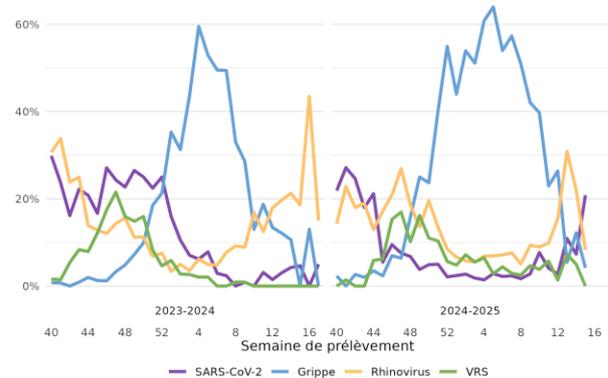
La circulation des virus grippaux et du VRS est revenu à des niveaux faibles ces dernières semaines. Toutefois, la circulation des rhinovirus reste active et celle du SARS-CoV-2 était en augmentation tout en demeurant à des niveaux faibles : en semaine 15, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 6,4% (166/2 609) pour le SARS-CoV-2 (vs 5,0% en S14). Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 3,7% (260/7 014) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,9% en S14) et 18,7% (758/4 064) pour le rhinovirus (vs 15,8% en S14).

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

Laboratoires de biologie médicale en ville



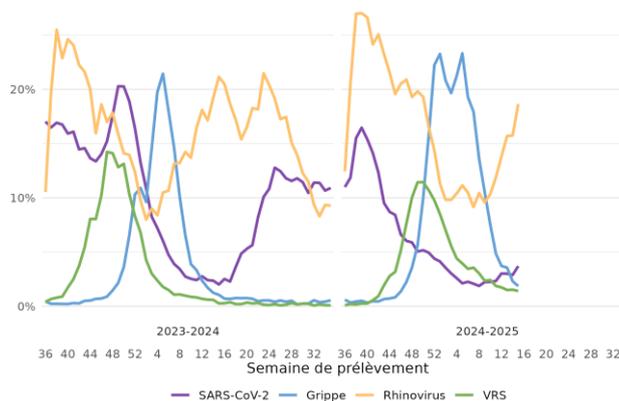
Médecine de ville



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

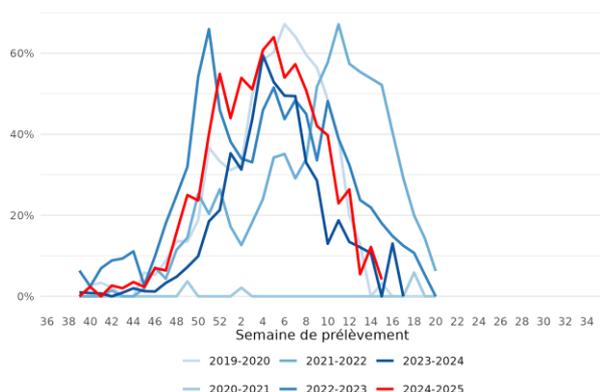
Durant la saison, une co-circulation des 3 virus grippaux a été observée tout au long de la saison.

En médecine de ville (réseau Sentinelles/CNR), parmi les 4 450 prélèvements testés depuis la semaine 40, 1 514 virus grippaux ont été détectés, dont 527 A(H1N1)_{pdm09} (soit 35% des virus détectés), 393 A(H3N2) (soit 26%), 46 virus A non sous-typés, 502 B/Victoria (soit 33%) et 46 B sans lignage identifié. Le taux de positivité le plus élevé (64%) a été atteint autour du pic de l'épidémie en S05. En S15, sur les 24 prélèvements analysés, 1 seul s'est avéré positif pour la grippe.

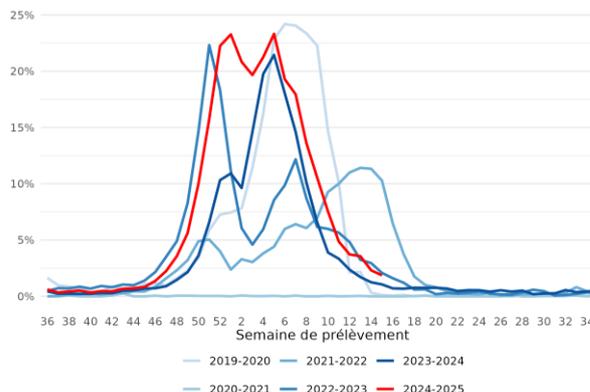
À l'hôpital (réseau RENAL), parmi les 365 879 prélèvements testés depuis la semaine 40, 42 371 se sont avérés positifs pour un virus grippal (11,6%), dont une majorité de virus de type A (76%) : 27 682 virus de type A non sous-typés, 2 442 A(H1N1)_{pdm09}, 2 111 A(H3N2) et 10 136 virus de type B (soit 24%). Le taux de positivité a atteint par deux fois un pic de 23% en S02 et en S05. En S15, le taux de positivité grippale était de 1,9% (vs 2,3% en S14 soit -0,4 point).

Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale

Médecine de ville



Hôpital

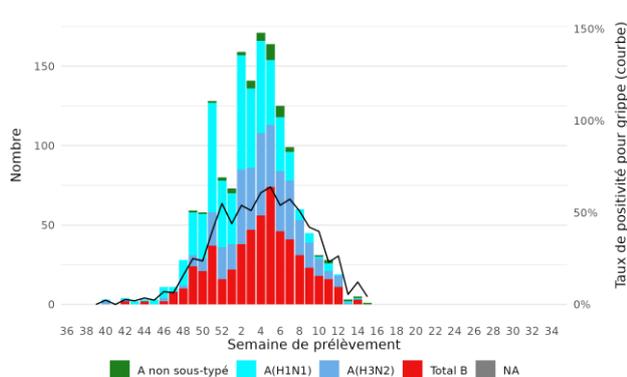


Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR

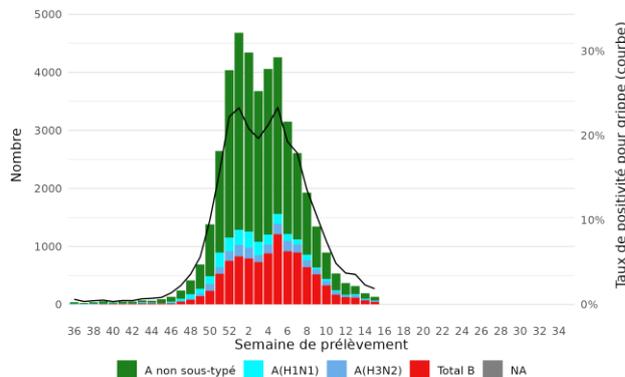
Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Distribution des types et sous-types de virus grippaux 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

Caractérisations antigénique et génétique des virus grippaux (mise à jour le 12 avril 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

Au cours de la saison 2024-2025, les taux de positivité pour le VRS ont augmenté, en médecine de ville comme à l'hôpital, plus tardivement que lors des 3 épidémies antérieures, épidémies suivant l'émergence du SARS-CoV-2. La dynamique était globalement comparable à celles des saisons 2018-2019 et 2019-2020 précédant la pandémie de COVID-19.

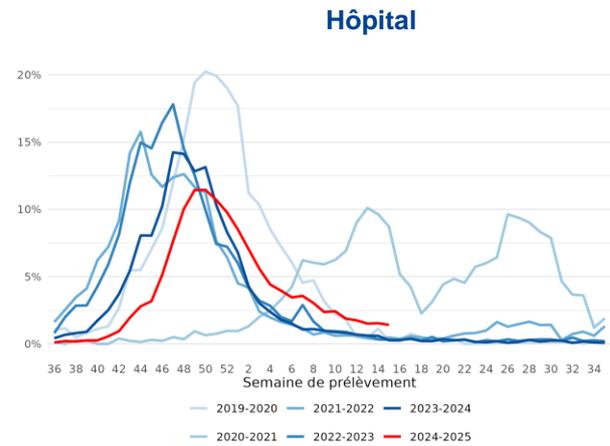
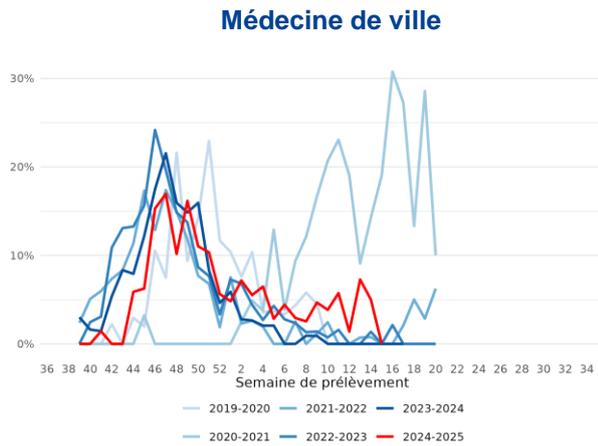
Le taux de positivité pour le VRS des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 5,6% en S47 (mi-novembre) au début de l'épidémie, de 8,7% en S50 (mi-décembre), semaine du pic de l'épidémie et de 6,8% en S02, dernière semaine de l'épidémie. Le taux de positivité pour le VRS le plus élevé a été observé en S52 (9,2%).

En milieu hospitalier (réseau RENAL), le taux de positivité pour le VRS (tous âges confondus), était de 7,6% en S47, de 11,4% en S50 et de 7,0% en S02.

Les taux de positivité pour le VRS sont restés comparables ou inférieurs à ceux des années historiques. La période post-épidémique a été caractérisée par des taux de positivité plus élevés que ceux habituellement observés en médecine de ville comme à l'hôpital.

En semaine 15, parmi les 24 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, aucun n'était positif pour le VRS. Parmi les 6 438 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 91 (1,4%) étaient positifs pour le VRS.

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



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

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

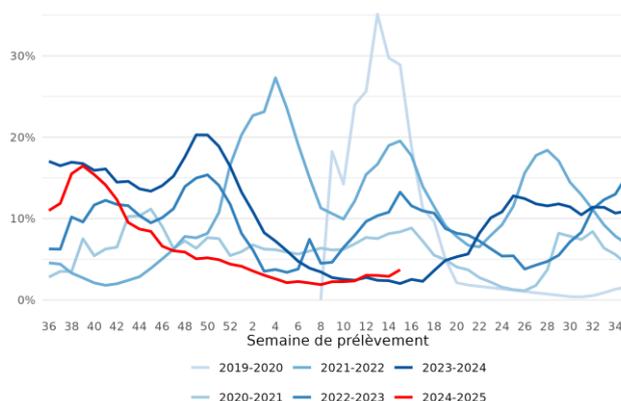
SARS-CoV-2

Le taux de positivité du SARS-CoV-2 parmi les prélèvements réalisés en ville par les médecins du réseau Sentinelles a atteint un maximum de 27,1% début octobre (S41-2024), suivi d'une diminution jusqu'à fin février (2,8% en S09-2025). En raison du très faible nombre d'échantillons, le taux de positivité a fortement fluctué entre 2,8% et 10,9% (entre S09 et S14). En semaine 15, il était de 20,8% sur 24 prélèvements disponibles (vs 7,3% en S14).

Le taux de positivité du SARS-CoV-2 parmi les prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) a augmenté à partir de mi-avril (3,7% en S16) et est resté supérieur à 10% entre S23 et S42, avec un pic fin septembre (17% en S39). Une diminution du taux de positivité a été ensuite observée jusqu'à atteindre des niveaux très faibles fin janvier. En semaine 15, le taux de positivité était de 6,4% (vs 5,1% en S14).

Le taux de positivité du SARS-CoV-2 parmi les prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) a augmenté à partir de fin avril (3,8% en S18) et restait à des niveaux au-dessus de 10% entre S23 et S42, avec un pic fin septembre (17% en S39). Une diminution du taux de positivité a été ensuite observée jusqu'à atteindre des niveaux très faibles fin janvier. En semaine 15, le taux de positivité était de 3,7% (vs 2,9% en S14).

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

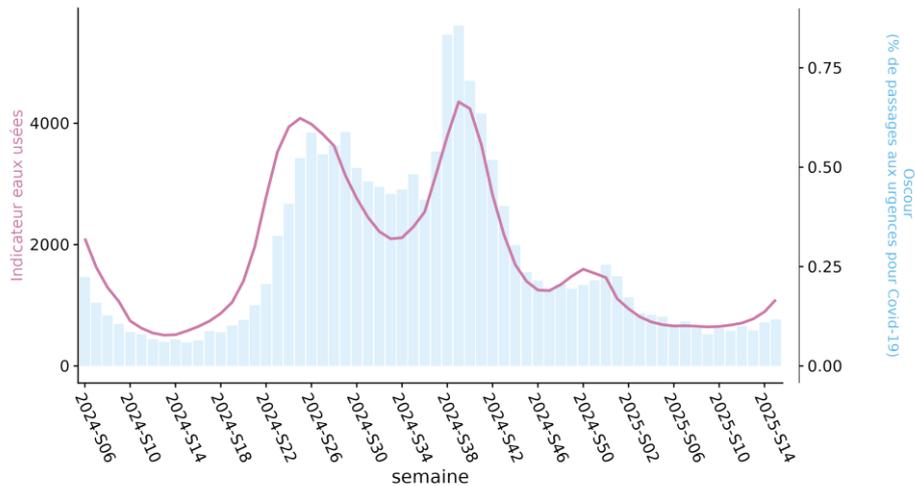
La surveillance des eaux usées a été intégrée à la stratégie globale de suivi du SARS-CoV-2 en tant que dispositif complémentaire aux autres systèmes de surveillance, à partir de 2023. Cette première phase reposait sur le suivi de 12 stations de traitement des eaux usées situées en France hexagonale.

Des évolutions majeures ont été introduites lors de la saison 2024-2025. Un réseau de laboratoires a été sélectionné pour assurer la surveillance de routine du SARS-CoV-2 dans les eaux usées et renforcer la couverture territoriale. Ainsi, le dispositif a été étendu à 54 stations de traitement, permettant un suivi plus robuste de la circulation du virus à l'échelle nationale, tout en rendant possible la production d'informations à l'échelle régionale. Cette avancée concrétise un travail amorcé en 2021 dans le cadre d'une stratégie nationale coordonnée par la Direction générale de la santé, avec l'appui de Santé publique France et de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

A l'instar des autres indicateurs, le suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées a mis en évidence une reprise de la circulation virale à partir de mai 2024, marquée par deux pics en amont de la saison hivernale : le premier en juin-juillet et le second en septembre. Une tendance à la baisse a ensuite été observée, avec des niveaux de circulation restant très faibles depuis le début de l'année 2025.

En semaine 15, la hausse du niveau de SARS-CoV-2 dans les eaux usées se poursuit (soit +22,5% par rapport à la S14). Toutefois, la situation reste contrastée à l'échelle du territoire, avec des données exploitables dans 53 des 54 stations de traitement.

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](#))

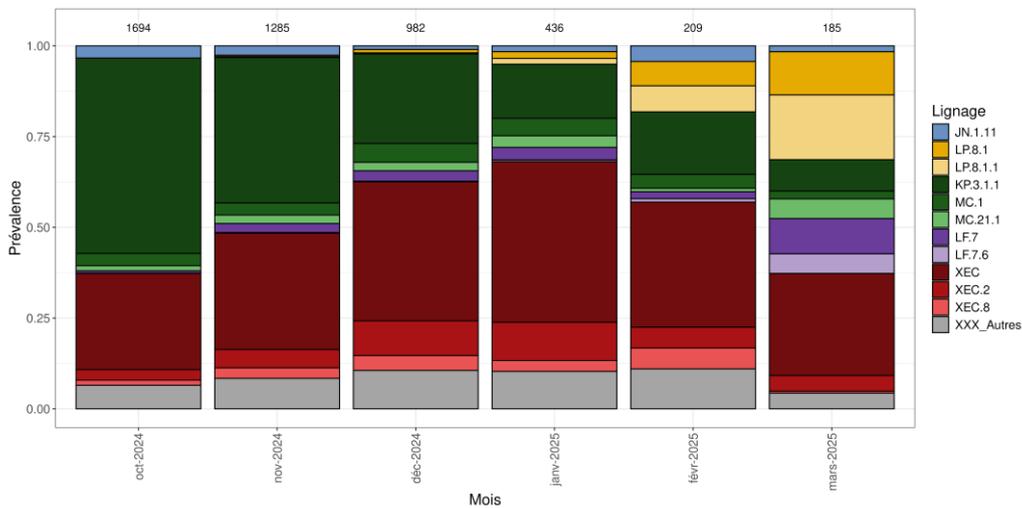
Surveillance génomique

Dans l'Hexagone, en mars, le lignage XEC (recombinant KS.1.1/KP.3.3) est le plus fréquemment détecté avec une proportion de 28,1% sans ses sous-lignages (52/185), suivi de LP.8.1 (sous-lignage de KP.1.1.3) sans ses sous-lignages avec une proportion de 17,8% (33/185), puis LP.8.1.1 avec une proportion de 11,9% (22/185) et LF.7 (sous-lignage de JN.1.16.1) qui représentait 9,7% (18/185) 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 33% de l'ensemble des séquences détectées dans l'Hexagone.

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

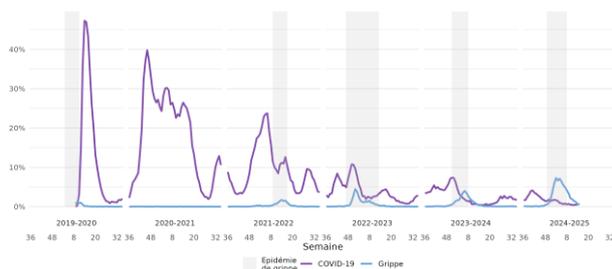
Entre les semaines 40/2024 et 15/2025, parmi les 4 925 décès déclarés par certificat électronique avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès, 4 023 (82%) concernaient des personnes âgées de 75 ans ou plus, 523 (11%) des personnes de 65-74 ans, 353 (7%) des personnes de 15-64 ans et 26 (<1%) des enfants de moins de 15 ans. Parmi ces décès, 77% ont été déclarés par des établissements de santé et 20% par des EHPAD.

Les décès avec une mention de grippe ont représenté 2,6% de la totalité des décès toutes causes confondues déclarés au cours de cette période. La part des décès liés à la grippe a augmenté dès la fin novembre (S48) et a atteint son pic début janvier (S02), représentant 7,3% des décès toutes causes déclarés par certificat électronique cette semaine-là. Cette valeur est nettement supérieure à celles observées au pic des trois dernières épidémies de grippe (4,5% en 2022-23, 4% en 2023-24 et 1,7% en 2021-22).

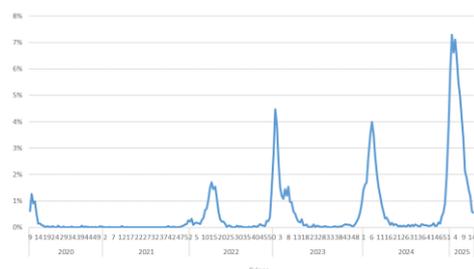
La part des décès liés à la COVID-19 a été la plus élevée au début de la saison hivernale avec un pic en S41 (4,1%). Cet indicateur diminuait depuis et passait au-dessous de 1% depuis la S04, la valeur la plus basse étant celle de la S12 (0,4 %). En semaine 15, la COVID-19 était mentionnée dans 0,7% des décès (vs 0,5% en S14).

En progression, le déploiement du dispositif de certification électronique recouvrait, en novembre 2024, 50% de la mortalité nationale, variant de 25% (Bourgogne-Franche-Comté) à 67% (Auvergne-Rhône-Alpes) selon les régions de l'Hexagone. La part des décès certifiés électroniquement est également hétérogène selon le type de lieu de décès (environ 70% des décès survenant en établissements hospitaliers, près de 34% en Ehpad et 15% 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

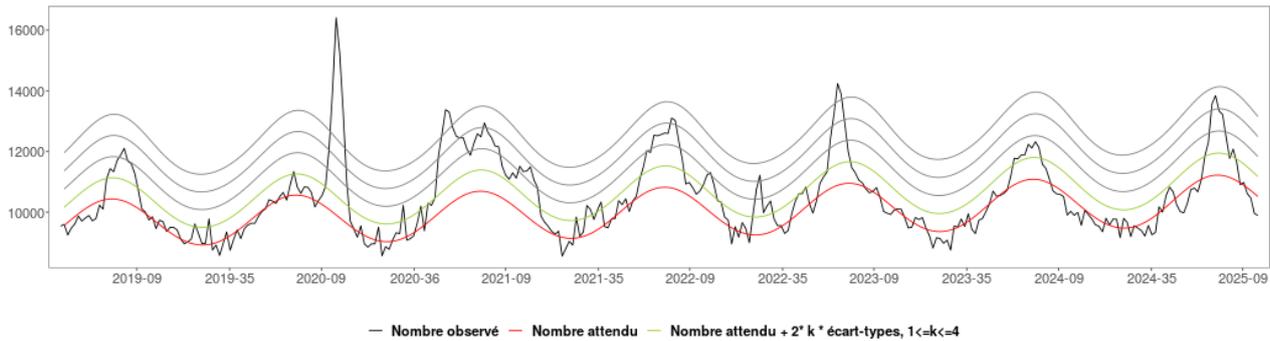
Une hausse de la mortalité toutes causes confondues issus des bureaux d'état-civil a été observée au niveau national à partir du mois de décembre 2024. Le nombre de décès était en excès entre les semaines 51-2024 et 07-2025, tous âges confondus, avec un pic atteint en S02 à un niveau élevé de décès. Les effectifs sont revenus dans les marges de fluctuation habituelle en S08. Dans un premier temps, cet excès a concerné majoritairement les adultes de 15-64 ans et de 65-84 ans avec un pic atteint en S01, puis les adultes de 85 ans ou plus à partir de S01 avec un pic atteint en S02.

En région, la hausse de la mortalité a démarré en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Normandie, avant de s'étendre à l'ensemble des régions hexagonales. Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Auvergne-Rhône-Alpes et Occitanie ont présenté les excès les plus marqués.

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 14)

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).

La couverture vaccinale grippe au 28 février 2025 chez les personnes à risque ciblées par la vaccination a été estimée à 46,5%, avec des couvertures de 53,7% chez les 65 ans et plus et 25,3% chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère. Ces couvertures vaccinales sont relativement stables à celles estimées pour la saison 2023-2024 (47,1%, pour toutes les personnes à risque ciblées par la vaccination, avec 54,0% chez les 65 ans et plus et 25,4% chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère).

Les couvertures vaccinales chez les professionnels de santé ne peuvent être estimées à partir des données du SNDS.

Concernant les estimations de couvertures vaccinales contre la grippe chez les résidents et les professionnels exerçant en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) incluant les Ehpad, une enquête ad-hoc a été réalisée auprès de ces établissements pour la saison 2024-2025. Les résultats de cette enquête seront publiés d'ici juin 2025 sur le site internet de Santé publique France en suivant [ce lien](#).

Les estimations de couvertures vaccinales issues des études antérieures sont également disponibles sur le site de Santé publique France ([saison 2023-2024](#), [saison 2022-2023](#), [saison 2021-2022](#), [saison 2020-2021](#), [saison 2018-2019](#)).

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 15/04/2025 estimaient l'efficacité vaccinale (EV) à 47% [IC95%: 26-63] pour tous les groupes à risque, à 59% [IC95%: 28-76] 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.

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

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

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

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

Vaccination contre la COVID-19

La vaccination contre la COVID-19 cible toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes âgées de plus de 6 mois, atteintes de comorbidités ayant un risque élevé de forme grave de la maladie, les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes, les résidents en Ehpad (Établissements 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 28 février 2025, la couverture vaccinale contre la COVID-19 chez l'ensemble des personnes ciblées par la vaccination était de 18,3%. Elle était de 21,7% chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et de 8,2% 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 (30,2% chez les personnes de 65 ans et plus et 12,0% chez celles âgées de moins de 65 ans à risque de COVID-19 sévère).

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. Il n'est cependant pas possible d'évaluer l'ampleur de la sous-estimation.

Les couvertures vaccinales chez les professionnels de santé ne peuvent être estimées à partir des données du SNDS.

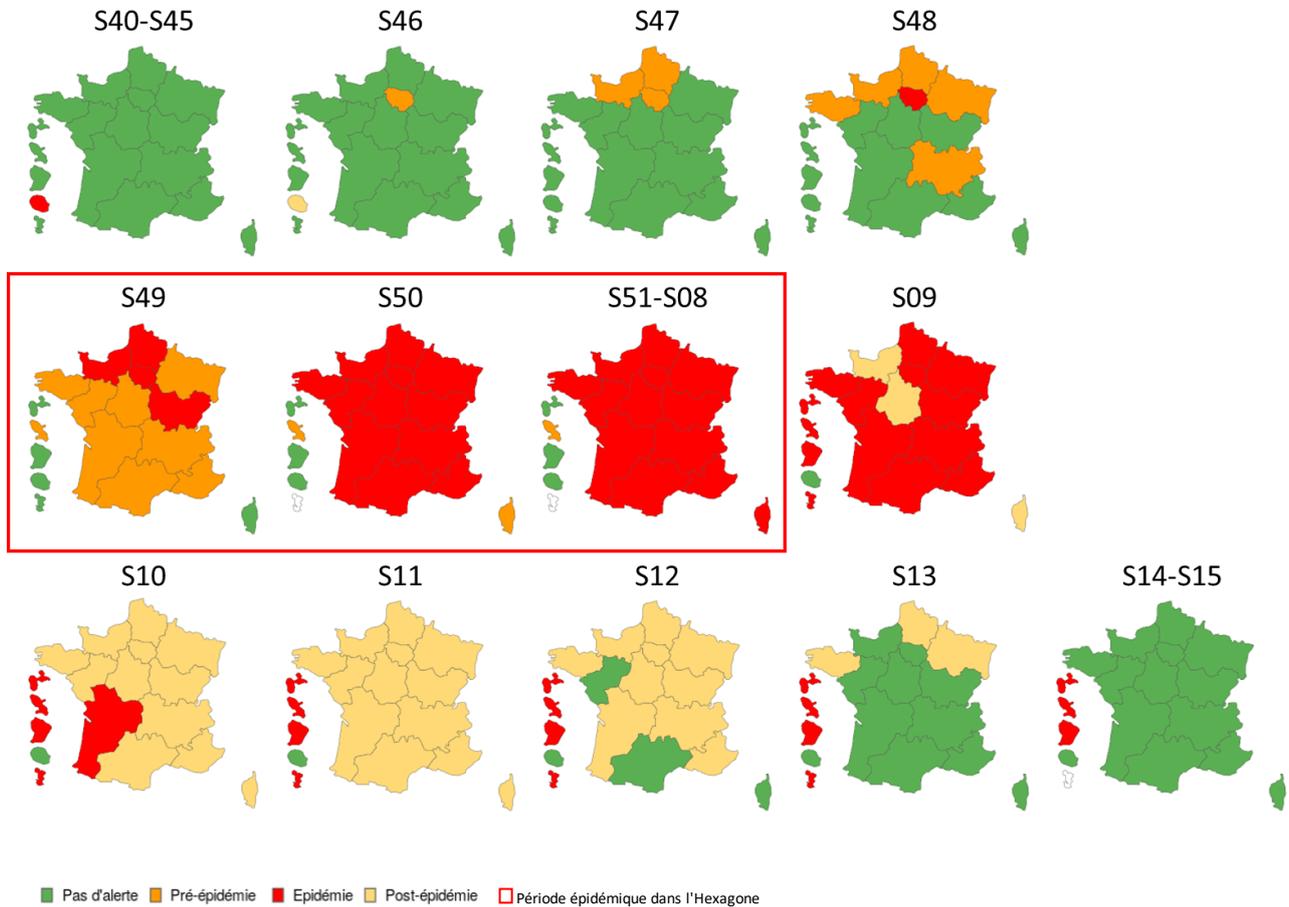
Concernant les estimations de couvertures vaccinales contre la COVID-19 chez les résidents et les professionnels en Ehpad, une enquête ad-hoc a été réalisée auprès des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Les résultats de cette enquête seront publiés d'ici juin 2025 sur le site internet de Santé publique France en suivant [ce lien](#).

Une nouvelle campagne de vaccination contre la COVID-19 est mise en place du 14 avril au 15 juin 2025. Elle est destinée à protéger les personnes les plus âgées et les plus vulnérables. Elle concerne : les personnes âgées de 80 ans et plus ; les personnes immunodéprimées, quel que soit leur âge ; les personnes résidant en Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ou en USLD (unités de soins de longue durée), quel que soit leur âge; et toute personne à très haut risque selon chaque situation médicale individuelle et dans le cadre d'une décision médicale partagée avec l'équipe soignante. Le renouvellement vaccinal peut être effectué à partir de 3 mois après la dernière injection ou la dernière infection due à la COVID-19.

Annexe : évolutions régionales

Grippe

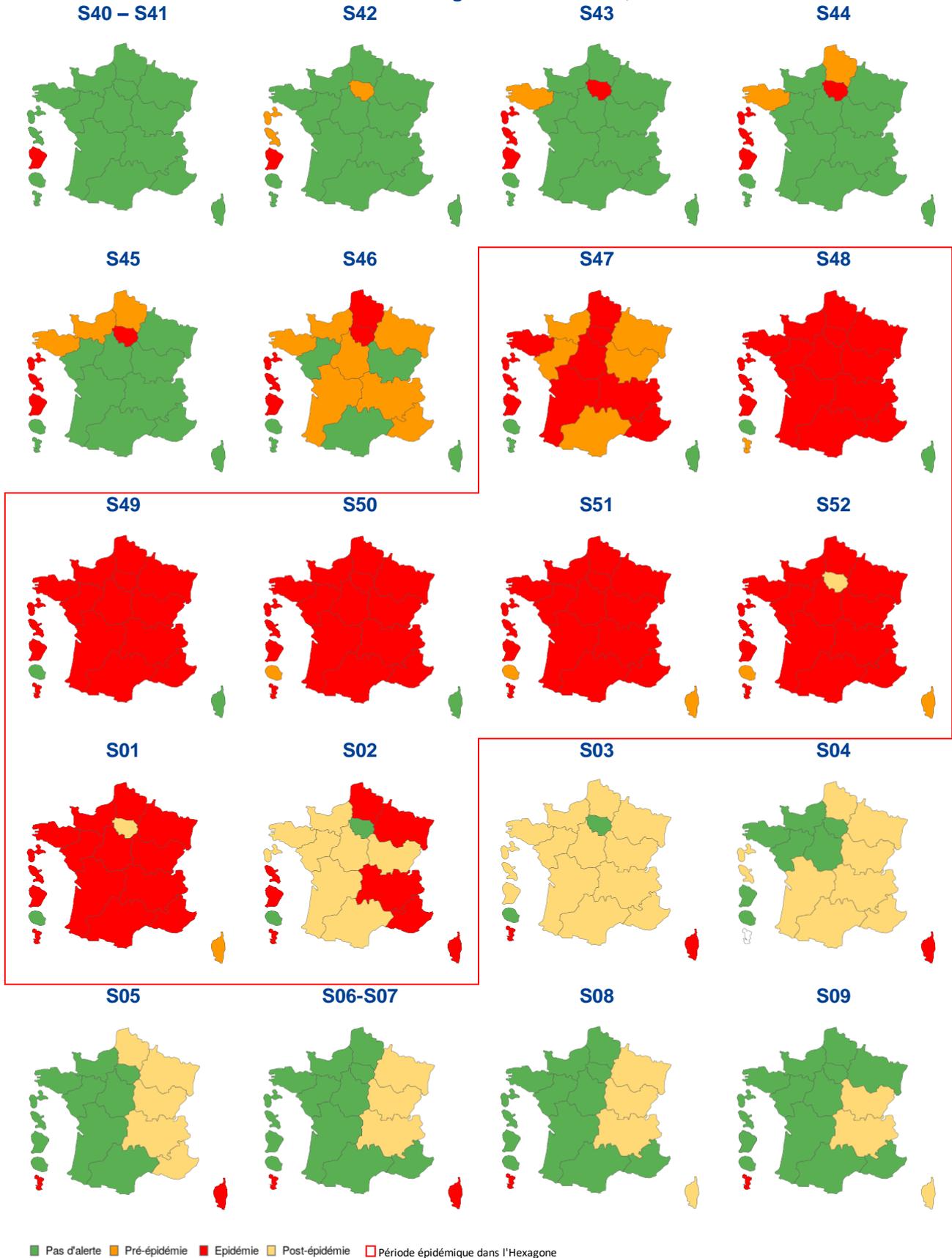
Evolution hebdomadaire des niveaux d'alerte régionaux en France, S40-2024 à S15-2025



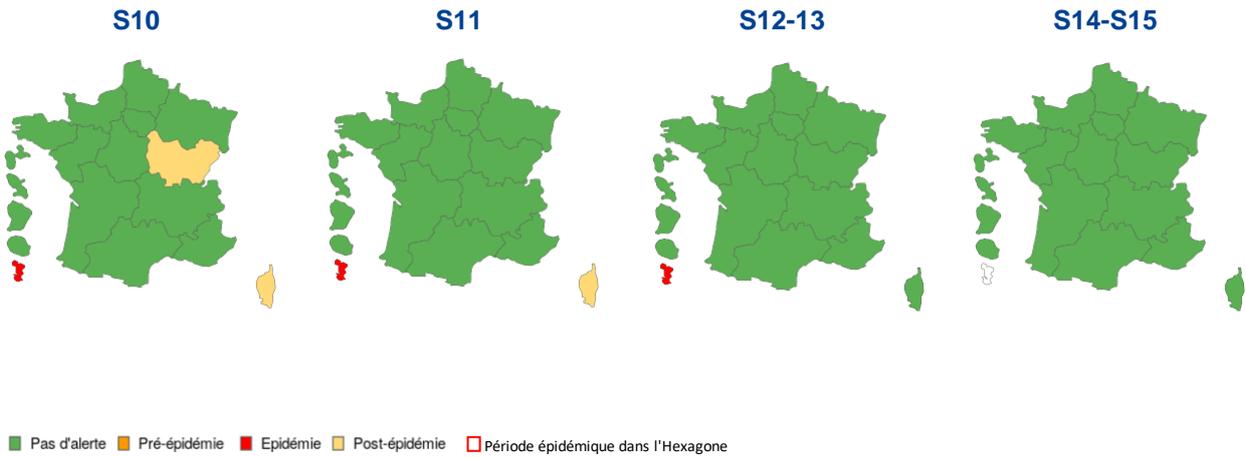
Méthodologie en [annexe](#). Source : réseau OSCOUR®, SOS Médecins. Antilles : le niveau d'alerte rapporté est celui de la semaine n-1.

Bronchiolite

Evolution hebdomadaire des niveaux d'alerte régionaux en France, S40-2024 à S15-2025

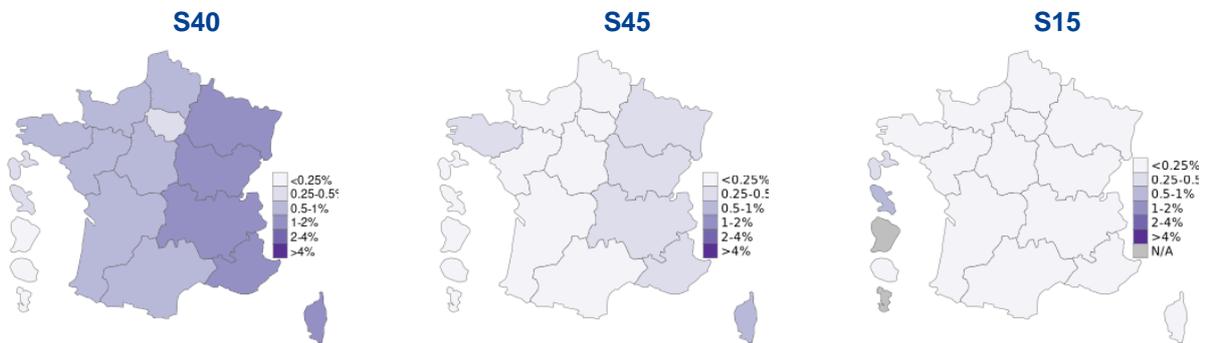


Méthodologie en [annexe](#). Source : réseau OSCOUR®, SOS Médecins. Antilles : le niveau d'alerte rapporté est celui de la semaine n-1.



COVID-19

Taux de passage aux urgences en S40-2024, en S45-2024 et en S15-2025



Source : réseau OSCOUR®

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

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 15 (7 au 13 avril 2025). Saint-Maurice : Santé publique France, 31 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Date de publication : 16 avril 2025

Contact : presse@santepubliquefrance.fr