

## Point épidémiologique hebdomadaire Île-de-France

Point hebdomadaire de veille et surveillance sanitaires

Date de publication : 26 novembre 2025

ÉDITION ÎLE-DE-FRANCE

### Semaine 47 (du 17 au 23 novembre 2025)

#### SOMMAIRE

Dengue, chikungunya et zika – Surveillance renforcée	4
Infections respiratoires aiguës basses (IRA basses)	5
Bronchiolite	6
Grippe et syndrome grippal	7
SARS-COV-2/COVID-19	9
Mortalité	10
Prévention	11

### Points clés et de vigilance

#### Arboviroses

Au 24 novembre 2025, 93 foyers de transmission autochtone ont été identifiés en France métropolitaine : 81 de chikungunya (788 cas au total + 17 cas isolés) et 12 foyers de dengue (29 cas). **La transmission est en net ralentissement.** [ici](#)

En Île-de-France, deux cas autochtones de chikungunya ont été identifiés en Août-Septembre 2025 dans la commune de Saint-Maur-des-Fossés (94) et Paris 11<sup>e</sup>.

Du 1<sup>er</sup> mai au 24 novembre 2025  
en Île-de-France

Cas importés :

248 dengue

201 chikungunya

1 zika



Cas autochtones :

2 chikungunya

#### Infections à virus West Nile (WNV)

Pas de nouveau cas depuis la semaine 38, voir le dernier bulletin du 29/10 [ici](#).

18 cas humains autochtones  
d'infection par le virus West Nile

#### Diphthérie

Depuis la mi-octobre, trois cas de diphthérie à *C. diphtheriae* ont été confirmés en Île-de-France, chez des personnes sans notion de voyage. Parmi ces cas, deux étaient des personnes sans domicile fixe présentant des formes cutanées et un cas présentait une forme respiratoire. Il est important d'évoquer ce diagnostic devant toute plaie infectée chez des personnes appartenant à ces populations vulnérables. Il est également recommandé de vérifier et si nécessaire de mettre à jour le statut vaccinal de ces patients, conformément au [calendrier vaccinal](#) en vigueur.




**La diphthérie, une infection très contagieuse. Elle est à déclaration obligatoire.** Les cas à notifier sont ceux pour lesquels une souche de *Corynebacterium diphtheriae*, *ulcerans* ou *pseudotuberculosis*, porteuse du gène codant la toxine diphthérique, a été identifiée. La période d'incubation varie de 2 à 5 jours et les modalités de transmission sont différentes selon l'espèce :

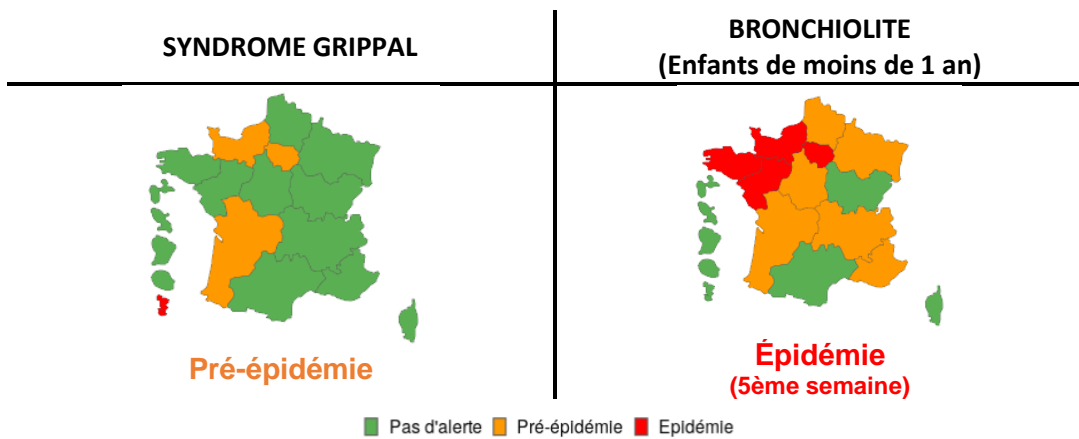
- La bactérie *C. diphtheriae* se transmet directement par le biais des sécrétions rhinopharyngées ou des plaies cutanées et rarement par contact indirect avec des objets souillés par des sécrétions de malades.
- La bactérie *C. ulcerans* se transmet classiquement par le lait cru et les contacts avec les bovins ou animaux de compagnie (chats ou des chiens). La transmission interhumaine n'a pas été documentée.
- La bactérie *C. pseudotuberculosis* peut également être transmise à l'Homme par les petits ruminants.

Les cas doivent être déclarés aux Agences régionales de santé (ARS). Celles-ci valident les informations, mènent une enquête auprès du patient ou de son entourage pour identifier les expositions à risque, recherchent d'autres cas liés à ces expositions et mettent en place, le cas échéant, des mesures de contrôle et de prévention. Les ARS transmettent ensuite les signalements à Santé publique France, chargée notamment du suivi épidémiologique au niveau national.

Lien : [conduite à tenir du HCSP](#)

## Situation épidémiologique : Pathologies hivernales

	 Passages aux urgences			 Actes SOS Médecins		 Surveillance virologique
• Bronchiolite (< 1 an)	1 124	+ 43%	↗	54	- 9%	→ (VRS)
• Grippe, syndrome grippal	517	+ 22%	↗	539	+ 34%	↗
• SARS-CoV-2 / COVID-19	46	- 19%	↘	61	- 2%	↗



## Surveillance virologique

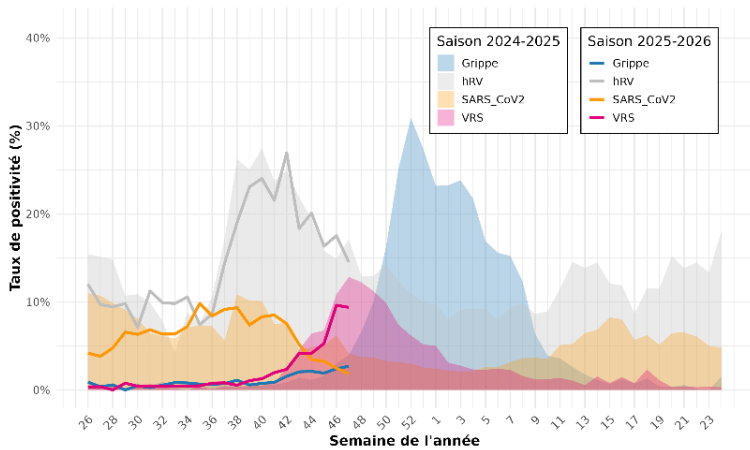


Figure 1 | Taux de positivité des virus hivernaux en Île-de-France (Grippe, SARS-Cov2, VRS, hRV) en milieu hospitalier (réseau RENAL)

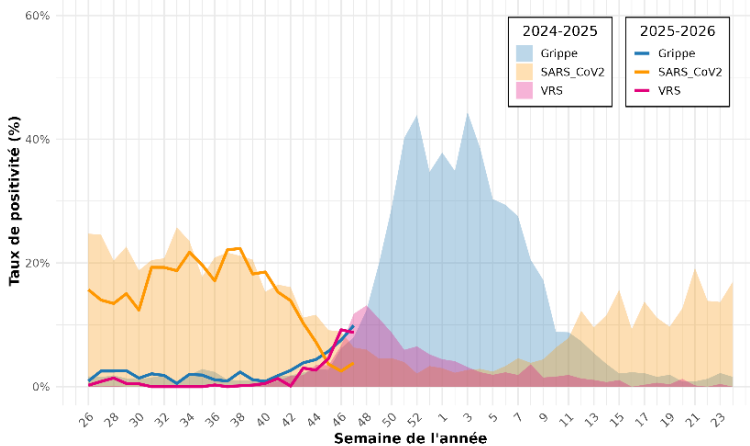


Figure 2 | Taux de positivité des virus hivernaux en Île-de-France (Grippe, SARS-Cov2, VRS) en milieu communautaire (réseau RELAB)

## Actualités

### PATHOLOGIES HIVERNALES :

- Instruction relative au port obligatoire du masque dans les établissements sanitaires et médico-sociaux pour la prévention des infections respiratoires aiguës : [ici](#)
- Prévenir les infections respiratoires aiguës : un engagement collectif pour un hiver protégé : [ici](#)
- Début de la campagne de prévention des infections à VRS 2025-2026 le 1<sup>er</sup> septembre 2025 : [ici](#)
- La vaccination contre la grippe en 2025-2026 en pratique : [ici](#)
- Campagne de vaccination 2025/2026 contre le Covid-19 : [ici](#)
- Infections respiratoires aiguës (grippe, bronchiolite, COVID-19). Bulletin du 26 novembre 2025 : [ici](#)

### GRIPPE ZONOTIQUE :

- Professionnels de santé : Les outils et informations à votre disposition pour votre pratique. [ici](#)

### ARBOVIROSES :

- Chikungunya, dengue et zika :
  - Données de la surveillance renforcée en France métropolitaine 2025 : [ici](#)
  - ECDC - Cartes des épidémies récentes à travers le Monde: Dengue [ici](#) | Chikungunya [ici](#)
- Virus du Nil Occidental (ou West Nile Virus) – Dossier thématique : [ici](#)
- ECDC – Données de la surveillance de cas humains de West Nile Virus dans l'UE : [ici](#)
- Encéphalite à tiques en France : amélioration de la surveillance par le signalement obligatoire : [ici](#)

### VOYAGEURS :

- Recommandations sanitaires aux voyageurs : [ici](#)
- France Diplomatie - Conseils aux Voyageurs : [ici](#)

### DIVERS :

- Bilan de la surveillance et prévention des infections à VIH et des IST bactériennes en Île-de-France en 2024 : [ici](#)
- Infections invasives bactériennes en 2024. Bilan national des données de surveillance du réseau Epibac. : [ici](#)
- 10<sup>ème</sup> édition de Mois sans tabac : ensemble, relevons le défi pour une vie sans tabac ! : [ici](#)
- Bulletin national hebdomadaire de surveillance sanitaire de la mortalité : [ici](#)

Tout signalement est à adresser au Point Focal Régional de l'ARS Île-de-France

E-mail : [ars75-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars75-alerte@ars.sante.fr)

Tél : 0 800 811 411

Fax : 01 44 02 06 76

Tout signalement urgent doit faire l'objet d'un appel téléphonique

# Dengue, chikungunya et zika – Surveillance renforcée

La surveillance renforcée des arboviroses a lieu chaque année du 1<sup>er</sup> mai au 30 novembre en France métropolitaine, période d'activité du moustique tigre *Aedes albopictus*, vecteur de la dengue, du chikungunya et du zika. Chaque année, le « moustique tigre » étend son aire de colonisation à des nouvelles communes de la région, augmentant la part de la population francilienne exposée (68% en 2024) et le risque d'émergence de foyers de transmission autochtone à partir d'un cas importé. Pour mitiger ce risque, l'ensemble des cas signalés sont investigués durant la surveillance renforcée qui vient compléter la [déclaration obligatoire](#) et des enquêtes entomologiques sont déclenchées si nécessaire.

Figure 3 | Progression de l'aire documentée de colonisation par le moustique *Aedes albopictus* en Île-de-France, fin 2021 vs fin 2024 (source de données : ARS IDF, cartographie SpF).



## Données de la surveillance renforcée en Île-de-France, du 1<sup>er</sup> mai au 24 novembre 2025 (cas documentés) :

Les éventuelles différences par rapport aux chiffres du bilan national s'expliquent par la date et l'heure d'arrêt des données

**248**  
cas importés de **DENGUE\***

**Zone d'importation :** Antilles (42%), Asie (sud et sud-est) (19%), Afrique Sub-saharienne (18%), Polynésie Française (14%), Amérique Centrale et du Sud (5%), Océan Indien (1%), Arabie Saoudite (1%)

**201**  
cas importés de **CHIKUNGUNYA\***

**Zone d'importation :** Océan Indien (78%), Asie (sud et sud-est) (10%), Afrique Sub-saharienne (6%), Amériques (6%), 10 cas de Cuba et 1 du Brésil)

**1**  
cas importé de **ZIKA**

**Zone d'importation :** Indonésie

**Recours à l'hôpital** (y compris passages aux urgences) : 46 cas de dengue et 10 cas de chikungunya, 0 décès

**Virémie :** 378 cas (84%) étaient virémiques en IdF, dont 322 (85%) qui résidaient dans une commune colonisée, limitrophe ou avec présence épisodique d'*Aedes albopictus* (liste fin 2024)

**Enquête impossible** (professionnels de santé injoignables, cas injoignables, refus de communication) :

- 21 cas documentés (12 dengue et 9 chikungunya) avec impossibilité d'évaluation du besoin d'enquête entomologique
- 54 signalements (résultats laboratoires positifs) avec investigation épidémiologique et enquête entomologique impossibles

**2 cas AUTOCHTONES de CHIKUNGUNYA non liés ont été détectés à Paris 11<sup>e</sup> et Saint-Maur-des-Fossés (94)**

\* D'autres cas sont en cours d'investigation

Tableau 1 | Cas importés de dengue, de chikungunya et de zika documentés, par département de résidence pendant la surveillance renforcée, Île-de-France, au 24/11/2025

Département	Dengue	Chikungunya	Zika
75-Paris	68	51	1
77-Seine-et-Marne	18	15	0
78-Yvelines	26	24	0
91-Essonnes	27	33	0
92-Hauts-de-Seine	46	26	0
93-Seine-St-Denis	18	19	0
94-Val-de-Marne	31	18	0
95-Val-d'Oise	14	15	0
<b>Île-de-France</b>	<b>248</b>	<b>201</b>	<b>1</b>

Figure 4 | Cas importés de dengue, de chikungunya et de zika documentés, par semaine de signalement pendant la surveillance renforcée, Île-de-France, au 24/11/2025

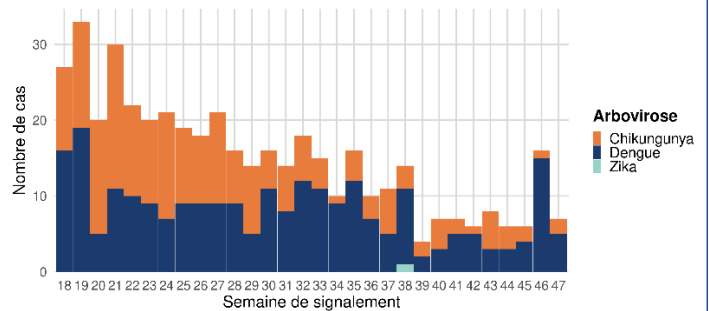
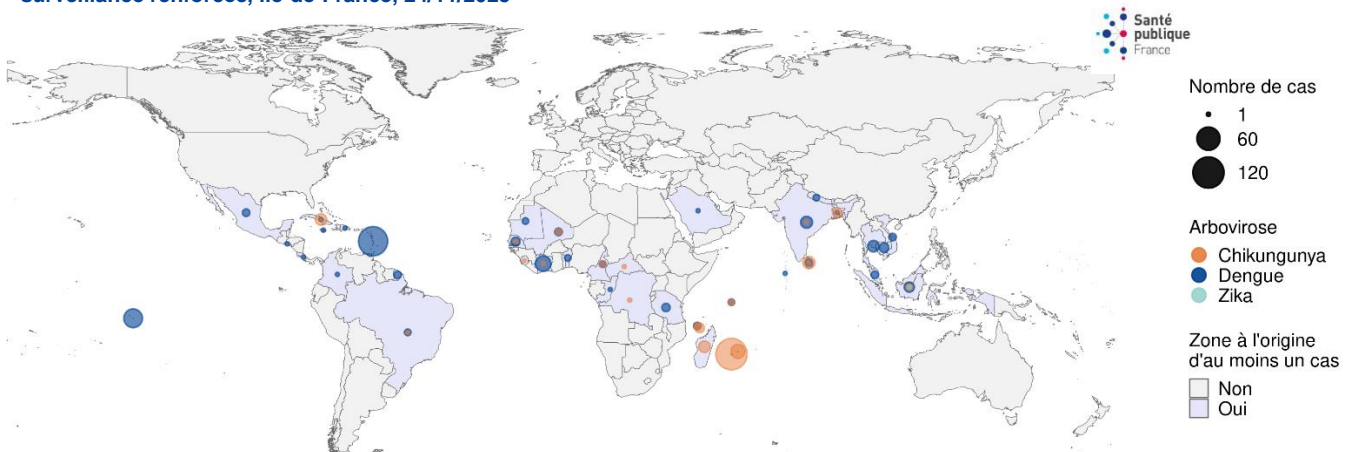


Figure 5 | Distribution des cas importés de dengue, de chikungunya et de zika, par pays/territoire d'importation pendant la surveillance renforcée, Île-de-France, 24/11/2025



## Infections respiratoires aiguës basses (IRA basses)

En semaine 47 comparativement à la semaine 46, en Île-de-France :

**En milieu hospitalier :** Le taux d'activité aux urgences concernant les IRA basses (IRAb) était en hausse et représentait 4,3% de l'activité aux urgences (+19%). Le nombre de recours aux urgences pour IRA basses était en augmentation avec 3087 recours aux urgences (+13%).

**En milieu communautaire :** Le nombre d'actes ainsi que le taux d'activité concernant les IRA basses étaient en hausse chez SOS Médecins, atteignant respectivement 1639 actes et 14 % de l'activité de consultation.

Plus de détails par pathologie dans ce PEH :

→ [Grippe/syndrome grippal](#)

→ [Bronchiolite](#)

→ [Covid-19/suspicion Covid-19](#)

Figure 6 | Evolution hebdomadaire du nombre de passages aux urgences (axe droit) et part d'activité (axe gauche) pour IRA basse, tous âge, Oscour®, Île-de-France, 2023-2026

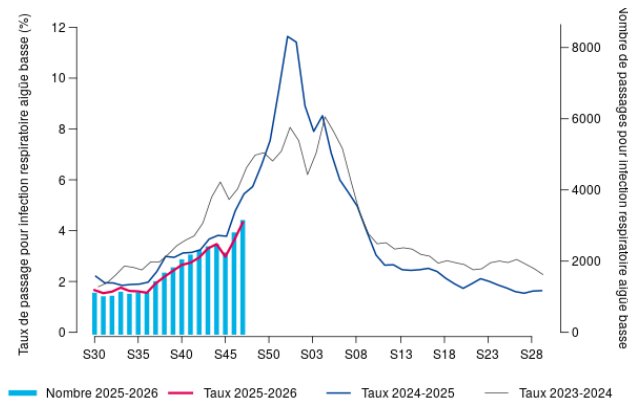


Figure 7 | Evolution hebdomadaire du nombre d'actes SOS Médecins (axe droit) et part d'activité (axe gauche) pour IRA basse, tous âge, SurSaUD®, Île-de-France, 2023-2026

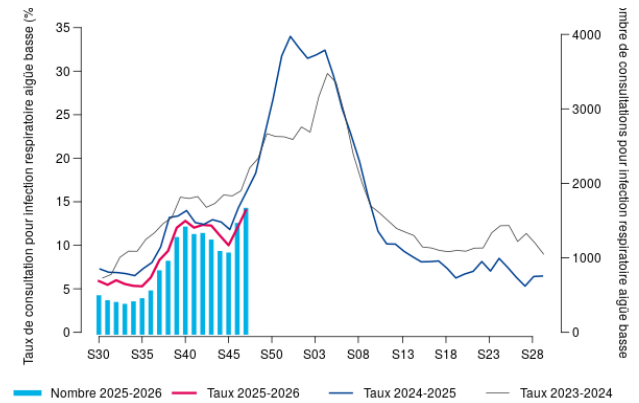
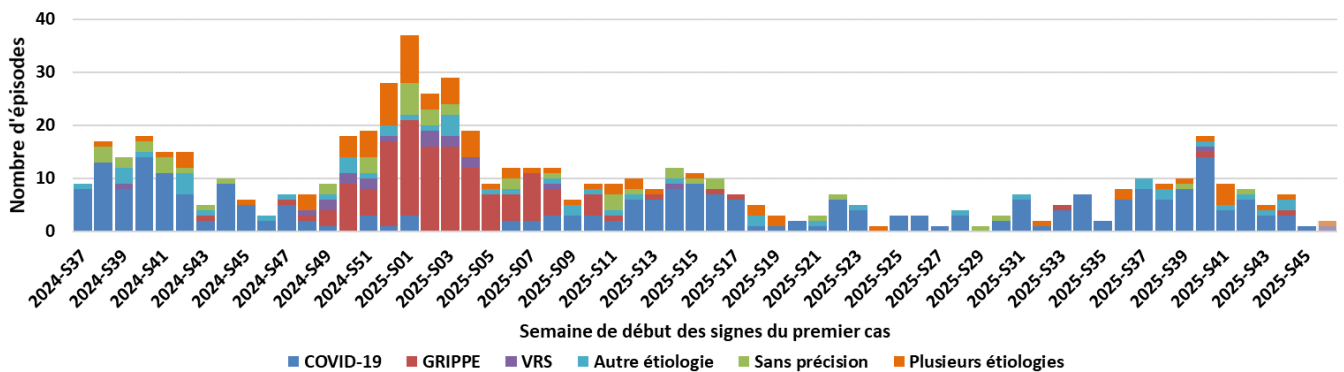


Figure 8 | Evolution hebdomadaire du nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA déclarés par les EMS en Île-de-France par étiologie, depuis S37-2024. Les données de la dernière semaine représentée sont incomplètes.



# Bronchiolite

## En semaine 47 :

- **A l'hôpital, l'activité liée à la bronchiolite continuait de progresser.** Le nombre de consultations aux urgences ainsi que le nombre d'hospitalisations à la suite d'un passage aux urgences pour bronchiolite était en hausse importante.
- **En ville,** le nombre de consultations pour bronchiolite était stable pour l'association SOS médecins.
- **Virologie :** dans les laboratoires hospitaliers, les taux de détection des VRS restaient stables. Les taux de détection des rhinovirus étaient en baisse.
- **Niveau épidémique :** les niveaux d'activités liés à la bronchiolite augmentaient pour la semaine 47 atteignant un niveau comparable à ceux observés la saison passée. L'Île-de-France est en **alerte épidémique pour la cinquième semaine.**

Début de la surveillance : septembre 2025

Moins de 2 ans		Moins de 1 an	
S47	Evolution vs S46	S47	Evolution vs S46

### Consultations en ville (SOS Médecins)

	S47	Evolution vs S46	S47	Evolution vs S46
Actes pour bronchiolite	91	- 10,8 %	54	- 8,5 %
Part des actes pour bronchiolite (% actes codés)	7,7 %	- 0,5	11,7 %	- 1,3

### Passages aux urgences (OSCOUR®)

	S47	Evolution vs S46	S47	Evolution vs S46
Nombre de passages aux urgences pour bronchiolite	1 228	+ 41,3 %	1 124	+ 42,5 %
Part des passages (% actes codés)	17,6 %	+ 4,8	27,9 %	+ 7,1
Nombre de passage suivis d'une hospitalisation pour bronchiolite	292	+ 37,7 %	278	+ 40,4 %
Part des hospitalisations (%)	30,4 %	+ 5,5	42,8 %	+ 5,8
Part des hospitalisations bronchiolite/passages bronchiolite en %	23,8 %	- 0,6	24,7 %	- 0,4

### Surveillance Virologique

	S47	S46	S45	Tendance
Taux de positivité (VRS) en milieu communautaire (CNR : Relab)	8,8 %	9,2 %	4,6 %	→
Taux de positivité (VRS) en milieu hospitalier (CNR : Renal)	9,4 %	9,6 %	5,3 %	→

Figure 9 | Evolution hebdomadaire du nombre de passages aux urgences (axe droit) et part d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 1 an, Oscour®, Île-de-France, 2023-2026

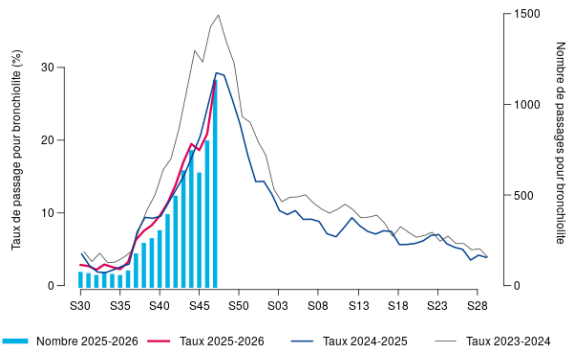


Figure 10 | Evolution hebdomadaire du nombre d'actes SOS Médecins (axe droit) et part d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 1 an (SurSaUD®), Île-de-France, 2023-2026

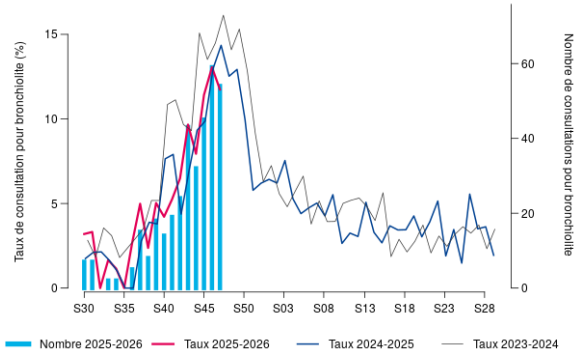


Figure 11 | Evolution hebdomadaire de la part d'activité aux urgences liée à la bronchiolite par niveau d'intensité, chez les moins de 1 an, Oscour®, Île-de-France, 2025- 2026

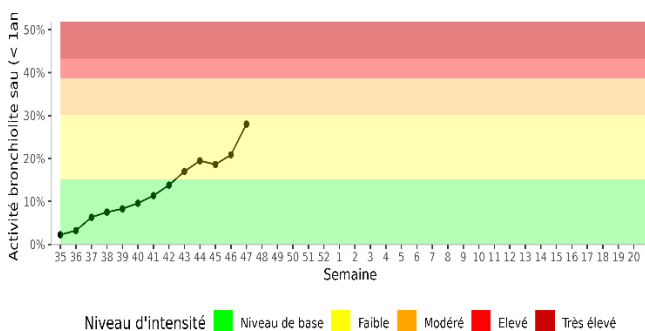
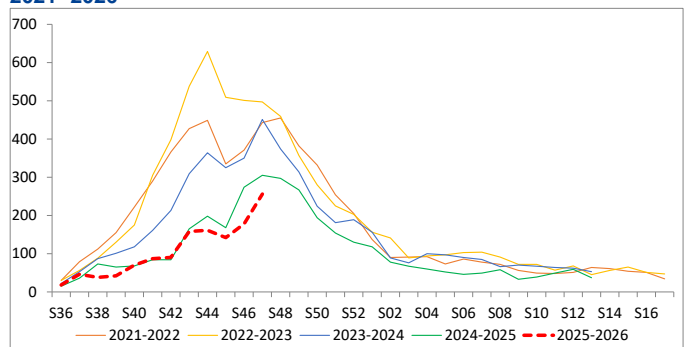


Figure 12 | Evolution hebdomadaire, à nombre de services constant, du nombre de passages aux urgences suivis d'une d'hospitalisation chez les moins de 1 an, Oscour®, Île-de-France, 2021- 2026



# Grippe et syndrome grippal

## En semaine 47 :

- **A l'hôpital** : Le nombre de consultations aux urgences pour syndrome grippal était en augmentation, plus particulièrement chez les plus de 15 ans. Le nombre d'hospitalisations pour syndrome grippal lui aussi était en hausse chez les plus de 15 ans. La part d'activité aux urgences pour grippe restait stable.
- **En ville** : le nombre d'actes pour syndrome grippal était en hausse pour l'association SOS médecin, en lien avec une hausse des consultations pour grippe chez les moins de 15 ans et les 15 – 64 ans. La part d'activité pour grippe était en hausse et atteignait 4,6% (+ 1.3 pt).

### Début de la surveillance : octobre 2025

Tous âges		Moins de 15 ans		15 - 64 ans		65 ans et plus	
S47	Evolution vs S46	S47	Evolution vs S46	S47	Evolution vs S46	S47	Evolution vs S46

### Consultations en ville (SOS Médecins)

Actes pour grippe	539	+ 34,1 %	219	+ 54,2 %	304	+ 31,6 %	17	- 39,3 %
Part des actes pour grippe (% actes codés)	4,6 %	+ 1,3 pt	4,6 %	+ 1,6 pt	5,5 %	+ 1,4 pt	1,3 %	- 0,6 pt

### Passages aux urgences (OSCOUR®)

Nombre de passages pour grippe	510	+ 21,7 %	195	+ 5,4 %	268	+ 34,7 %	59	+ 68,6 %
Part des passages (% actes codés)	0,7 %	+ 0,2 pt	1,0 %	+ 0,1 pt	0,7 %	+ 0,2 pt	0,5 %	+ 0,2 pt
Nombre d'hospitalisations pour grippe	48	+ 41,2 %	11	+ 10,0 %	16	+ 77,8 %	25	+ 66,7 %
Part des hospitalisations (%)	0,5 %	+ 0,2 pt	0,6 %	+ 0,1 pt	0,4 %	+ 0,2 pt	0,5 %	+ 0,2 pt

Figure 13 | Evolution hebdomadaire du nombre de passages aux urgences (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour grippe et syndrome grippal tous âges, Oscour®, Île-de-France, 2023-2025

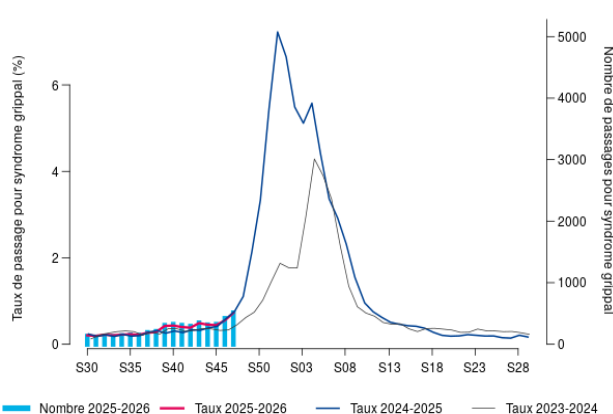


Figure 14 | Evolution hebdomadaire du nombre d'actes SOS Médecins (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour grippe et syndrome grippal tous âges, SurSaUD®, Île-de-France, 2023-2025

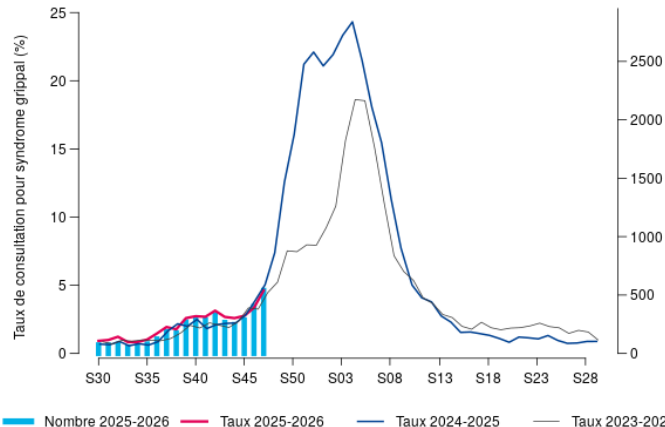


Figure 15 | Evolution hebdomadaire du taux d'activité aux urgences pour grippe et syndrome grippal par niveau d'intensité, tous âges, Oscour®, Île-de-France, 2025-2026

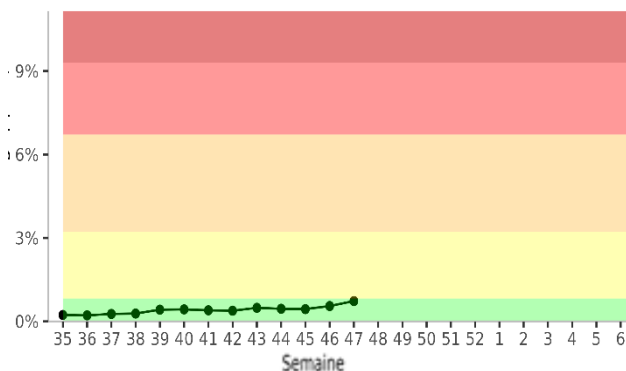
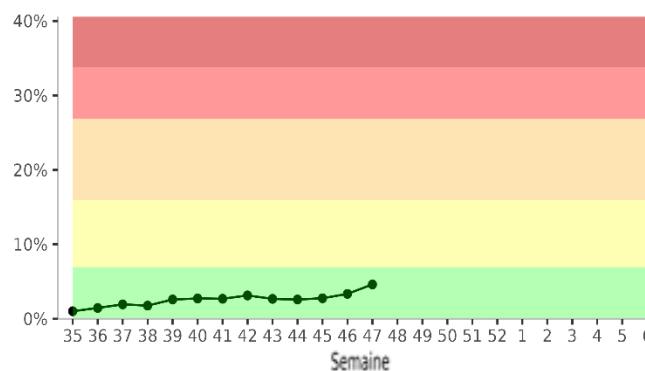


Figure 16 | Evolution hebdomadaire du taux d'activité pour grippe et syndrome grippal en ville (SOS médecins), par niveau d'intensité, tous âges, SurSaUD®, Île-de-France, 2025-2026



Niveau d'intensité : Niveau de base (vert), Faible (jaune), Modéré (orange), Elevé (rouge), Très élevé (rouge foncé)

## Surveillance virologique des virus influenza

Figure 17 | Nombre de détections de virus grippaux par type et sous-type en milieu hospitalier, Île-de-France, saison 2025-2026, Données : CNR (RENAL)

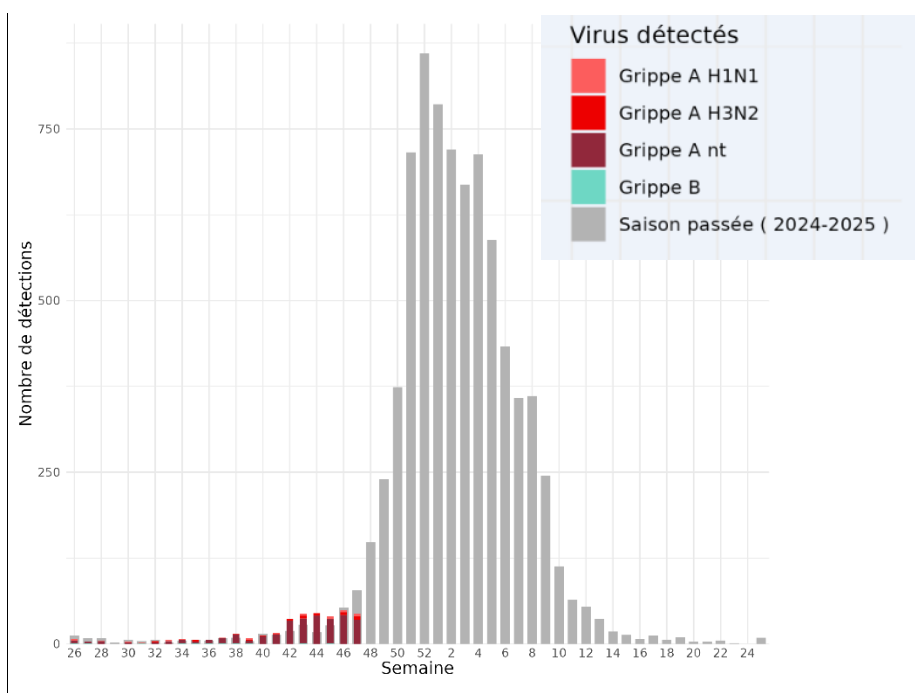


Tableau 2 | Taux de détection / nombre de détections de virus grippaux

	S47	S46	S45
En milieu communautaire (CNR : Relab)	9.9% / 49	7.5% / 33	5.7% / 33
En milieu hospitalier (CNR : Renal)	2.7% / 44	2.4% / 49	1.9% / 40

## Couverture vaccinale

**Début de la campagne de vaccination antigrippale le 14 octobre 2025** : [Infos campagne vaccination](#) + [recommandations](#).  
Les premières estimations de couverture vaccinale pour la saison d'hiver 2025-2026 seront disponibles fin novembre.

Tableau 3 | Couvertures Vaccinales historiques en fin de saison hivernale

Zone géographique	Moins de 65 ans (à risque)			65 ans et plus			Tous âge		
	2022-23	2023-24	2024-25	2022-23	2023-24	2024-25	2022-23	2023-24	2024-25
75 - Paris	29,9	24,4	26,3	53,8	51,9	53,4%	51,3	45,3	46,6
77 - Seine-et-Marne	29,0	22,7	22,4	57,2	54,8	54,2%	53	44,6	43,8
78 - Yvelines	28,5	23,3	23,9	58,3	55,7	55,9%	54,8	47,0	46,9
91 - Essonne	27,8	22,7	23,0	58,4	55,9	55,5%	54,1	45,8	45,2
92 - Hauts-de-Seine	28,3	23,7	24,6	55,7	54,0	54,4%	52,4	45,8	45,9
93 - Seine-Saint-Denis	23,9	19,5	19,5	47,0	44,4	43,8%	42,5	35,1	34,4
94 - Val-de-Marne	28,6	23,0	23,5	55,8	53,5	53,6%	52	44,4	44,3
95 - Val-d'Oise	25,6	20,2	20,1	53,4	51,0	50,8%	48,9	40,8	40,2
Île-de-France	<b>27,6</b>	<b>22,4</b>	<b>22,9%</b>	<b>54,9</b>	<b>52,7</b>	<b>52,9%</b>	<b>51,2</b>	<b>43,7</b>	<b>43,6%</b>
France métropolitaine	<b>31,9</b>	<b>25,7</b>	<b>25,6%</b>	<b>56,8</b>	<b>54,5</b>	<b>54,2%</b>	<b>54,1</b>	<b>47,6</b>	<b>47,0%</b>
France entière*	<b>31,6</b>	<b>25,4</b>	<b>25,3%</b>	<b>56,2</b>	<b>54,0</b>	<b>53,7%</b>	<b>53,6</b>	<b>47,1</b>	<b>46,5%</b>

\* Ne comprend pas les données de la Réunion, où la période de la campagne de contre la grippe est différente de celle des autres départements, ni Mayotte. Ces estimations n'incluent pas les personnes avec obésité morbides ni les femmes enceintes qui ne reçoivent pas de bon de prise en charge. Source : SNDS-DCIR, Santé publique France, données mises à jour au 28/02/202

## Pour en savoir plus

- Réseau Sentinelles : informations disponibles [ici](#)
- Institut Pasteur : [Centre national de référence grippe](#)
- Situation internationale Europe : [flunewseurope.org/](http://flunewseurope.org/)
- Situation internationale monde : [flunet](http://flunet)



## SARS-COV-2/COVID-19

### En semaine 47 en Île-de-France :

**SOS Médecins** : le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 restait stable en S47 dans toutes les classes d'âge. Les effectifs restaient faibles notamment chez les enfants de moins de 15 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus.

**Passages aux urgences** : le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 diminuait chez les moins de 15 ans en S47 et restait stable dans les autres classes d'âge. Les effectifs restaient faibles.

**SARS-CoV-2 dans les eaux usées** : la tendance à la baisse du niveau de circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées en Île-de-France se poursuivait en S47. L'ensemble des stations suivies disposaient de résultats interprétables.

Figure 18 | Evolution hebdomadaire du nombre d'actes en ville pour suspicion de COVID-19 tous âges, SOS Médecins (SurSaUD®), Île-de-France, 2023-2025

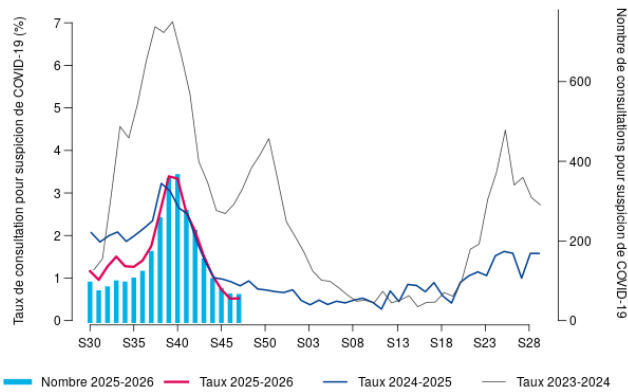


Figure 19 | Evolution hebdomadaire du nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 tous âges, Oscore® (SurSaUD®), Île-de-France, 2023-2025

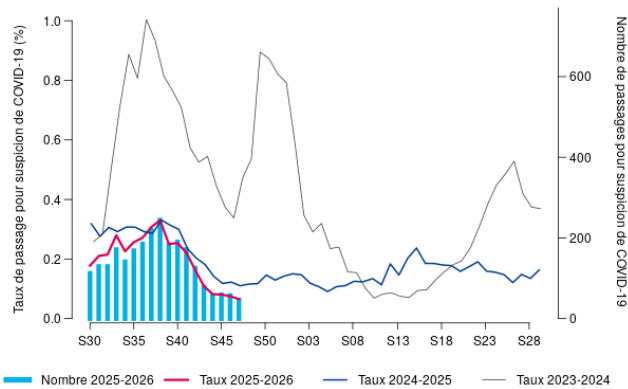
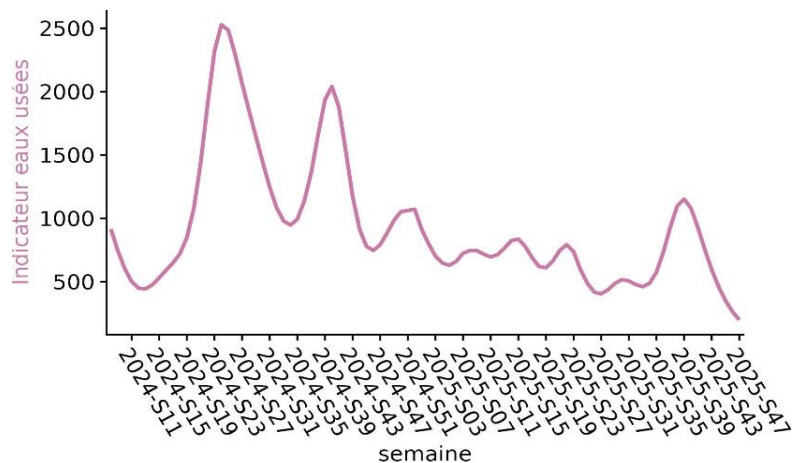


Figure 20 | Evolution hebdomadaire de la circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées à partir du suivi réalisé auprès de 7 stations franciliennes de traitement des eaux usées (STEU) (dispositif SUM'Eau), depuis S09-2024



## Mortalité

### Mortalité toutes causes en Île-de-France :

- Le nombre de décès observé en S45, était de 1 398 décès, un peu plus faible que le nombre de décès attendu (- 6,5%) dans une région comptant 12,4 M d'habitants. Parmi l'ensemble des décès survenus en S43, 82,3% concernaient des personnes de plus de 65 ans.

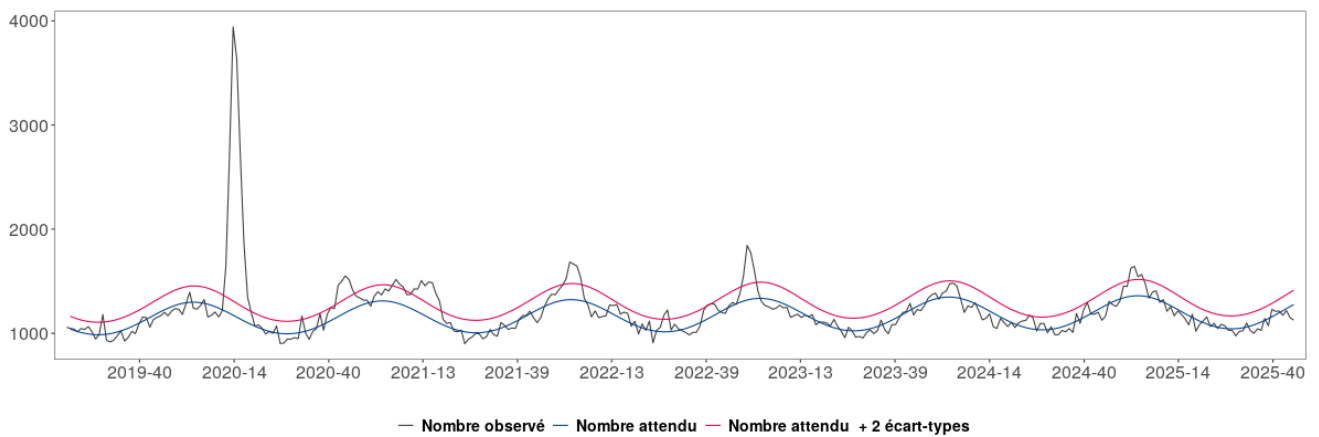
- Ce nombre était de 1 334 en S46, significativement inférieur au nombre de décès attendu (- 11,9%) dans la Région.

Compte-tenu des délais habituels de transmission des données, les données des effectifs de mortalité relatifs aux trois semaines précédentes demeurent incomplètes et sont encore susceptibles d'augmenter. Il convient donc de rester prudent dans l'interprétation de ces observations.

### Certification électronique

- Le nombre de décès certifiés électroniquement était de 963 en S45 et de 965 en S46. Les personnes de plus de 65 ans représentaient 82,0% des décès en S45 et 83,7% en S46.

Figure 21 | Évolution du nombre hebdomadaire de décès toutes causes, tous âges, depuis 2018 (données au 25/11/2025), Île-de-France. Données Insee et valeur attendues estimées à partir du modèle européen EuroMomo.



## Prévention

### Données récentes d'efficacité en vie réelle des vaccins 2024-2025

L'équipe de Santé publique France en Île-de-France a pris connaissance d'un article important publié en Octobre 2025 dans la littérature scientifique par un groupe compétent en épidémiologie vaccinale aux USA. A toute fin utile - et notamment pour encourager les patients à se faire vacciner - elle propose cette synthèse des données communiquées dans l'article.

**Tableau 4 | Synthèse des résultats d'une méta-analyse portant sur les efficacités vaccinales récentes décrites pour trois ARI, 2024-2025 (Scott J et al, N Engl J Med, Oct. 2025)**

Virus	Groupe d'âge	Critère d'issue	Efficacité vaccinale (%)	Intervalle de confiance [IC95%]
Covid-19*	Enfants 5-17 ans	Hospitalisation ou urgences	65	[36 - 81]
		Covid long	60	[40 - 74]
	Adultes (18-64 ans)	Prise en charge méd.	22 - 48	ND
		Hospitalisation	57 - 58	ND
		Covid long**	36	[26 - 45]
	Adultes ≥ 65 ans	Hospitalisation	56	[51 - 60]
		Décès	75	[71 - 80]
			58	[42 - 69]
Immunodéprimés	Hospitalisation	48 (≥80 ans)	[38 - 57]	
VRS	Vaccination maternelle	Hospitalisation n. né	68	[55 - 78]
	Nirsevimab nourrissons <12 mois	Hospitalisation	79 - 83	[70 - 88]
		Admis en réanimation	84	[77 - 89]
	Vaccination adultes ≥60 ans	Hospitalisation	79	[72 - 85]
Vaccination immunodéprimés	Hospitalisation	70 - 73	[48 - 85]	
Influenza (tous types de virus saisonniers confondus)	Femmes enceintes	Urgences	46	[36 - 55]
	Enfants (0-17 ans)	Hospitalisation	67	[58 - 75]
		Prise en charge méd.	55	[52 - 68]
	Adultes (18-64 ans)	Hospitalisation	48	[39 - 55]
		Prise en charge méd.	49	[45 - 53]
	Adultes ≥ 65 ans	Hospitalisation	42	[36 - 47]
		Prise en charge méd.	41	[36 - 44]
	Immunodéprimés	Hospitalisation	32	[7 - 50]

\* Vaccin BNT162b2 contre sous-variant Omicron XBB.1.5 ; \*\* Efficacité exprimée comme 1-HR Hazard ratio protecteur dans l'article de Trinh NT et al. (Lancet Respir Med. 2024 May;12(5):e33-e34) ; ND : Non disponible.

#### Points à retenir

- Les vaccins pour ces trois virus démontrent une efficacité plus élevée pour prévenir les issues graves (hospitalisation, décès) que pour prévenir l'infection elle-même.
- Même des efficacités « modérées » (~40-50 %) restent significatives en santé publique car elles réduisent l'ampleur des hospitalisations et la pression sur les systèmes de santé.
- L'efficacité varie fortement selon l'âge, l'immunité antérieure, la variante virale dominante (surtout influenza ou Sars-CoV-2), la couverture vaccinale, le vaccin.
- La sécurité des vaccins continue d'être documentée favorablement dans cette synthèse.
- Cette méta-analyse ne porte que sur les études publiées récemment dans la littérature. Cependant, toutes les études ne sont pas publiées, notamment (mais pas exclusivement) lorsque leurs conclusions sont négatives.
- Tous les critères d'issue ne sont pas renseignés dans cette méta-analyse (ex : vaccination antigrippale et décès).

#### Sources :

- [Article](#) dans N Engl J Med et [fichier supplémentaire](#)
- Présentation de [Cidrap](#)
- [Plateforme](#) de données Cidrap relatives aux vaccins

## Vaccination contre la grippe

La vaccination contre la grippe est recommandée chaque année, à l'automne, pour :

- les personnes de 65 ans et plus
- les femmes enceintes, quel que soit le stade de la grossesse
- les personnes âgées de plus de 6 mois atteintes de comorbidité à risque élevé de forme grave de la maladie (incluant notamment : asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), emphysème, cardiopathie congénitale, insuffisance cardiaque, maladie des valves cardiaques, troubles du rythme cardiaque, maladie des artères du cœur, angine de poitrine, antécédent d'accident vasculaire cérébral (AVC), d'infarctus ou de pontage ; formes graves des affections neurologiques et musculaires, néphropathie (atteinte du rein) chronique grave, personnes en dialyse, diabète, obésité, les personnes immunodéprimées ...)
- 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 personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ou dans un établissement médico-social d'hébergement quel que soit leur âge
- à l'entourage des personnes immunodéprimées

Les vaccins disponibles sont les vaccins Vaxigrip® (Laboratoire Sanofi-Pasteur) et Influvac® (Laboratoire Viartis) pour les adultes et enfants à partir de 6 mois, le vaccin Flucelvax® (CSL Seqirus) pour les adultes et enfants à partir de 2 ans et les vaccins Efluelda® (Laboratoire Sanofi) et Fluad® (Laboratoire CSL Seqirus) pour les adultes de 65 ans et plus.

La campagne a débuté le 09/09/2025 à Mayotte et débutera le 14/10/2025 dans l'Hexagone, en Guadeloupe, à la Martinique et en Guyane. La campagne est également en cours à La Réunion depuis le 12/05/2025.

La vaccination conjointe contre la COVID-19 et contre la grippe saisonnière est possible. Les deux vaccinations peuvent être pratiquées dans le même temps, sur deux sites d'injection différents.

## Vaccination contre la COVID-19

La vaccination contre la COVID-19 est recommandée chaque année, à l'automne, pour :

- les personnes âgées de 65 ans et plus
- les personnes âgées de plus de 6 mois et atteintes de comorbidités ayant un risque élevé de forme grave de la maladie (hypertension artérielle compliquée, pathologies cardiaques, vasculaires, hépatiques, rénales, pulmonaires, diabète, obésité, cancers, personnes transplantées, personnes atteintes de trisomie 21, de troubles psychiatriques ou de démence),
- 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)
- Les personnes à très haut risque de formes graves selon chaque situation médicale individuelle et dans le cadre d'une décision partagée avec les équipes soignantes ;
- 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

Ces populations sont éligibles à partir de 6 mois après leur dernière infection ou injection de vaccin contre la COVID-19. Ce délai est réduit à 3 mois pour les personnes immunodéprimées et les personnes âgées de 80 ans ou plus.

Le vaccin disponible est le vaccin Comirnaty®, vaccin à ARN messager, adapté au variant LP.8.1 (Laboratoire Pfizer-BioNTech).

La campagne pour cet automne va débuter le 14/10/2025. La vaccination conjointe contre la COVID-19 et contre la grippe saisonnière est possible. Les deux vaccinations peuvent être pratiquées dans le même temps, sur deux sites d'injection différents.

## Prévention des infections à virus respiratoire syncytial (VRS) du nourrisson

La campagne d'immunisation des nouveau-nés et nourrissons contre les infections à VRS comprend deux stratégies possibles : la vaccination de la femme enceinte ou l'immunisation des nourrissons par un anticorps monoclonal. Les parents informés par les professionnels de santé peuvent décider de la stratégie à suivre pour leur enfant.

La campagne de vaccination et d'immunisation a débuté le 01/08/2025 en Guyane, le 01/09/2025 en France hexagonale, à la Réunion, en Martinique, en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy et le 01/10/2025 à Mayotte.

## 1. Vaccination chez la femme enceinte, en vue de protéger le nouveau-né et le nourrisson de moins de 6 mois

La vaccination de la femme enceinte est recommandée selon le schéma à une dose avec le vaccin Abrysvo®, entre la 32<sup>e</sup> et la 36<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée, à compter de la date de début de campagne.

La vaccination contre le VRS chez les femmes enceintes immunodéprimées n'est pas recommandée. Dans ce cas, l'administration d'un anticorps monoclonal (palivizumab - Synagis® ou nirsevimab - Beyfortus®) chez le nouveau-né, dès la naissance, ou chez le nourrisson est privilégiée.

## 2. Immunisation passive des nourrissons par un anticorps monoclonal Les anticorps monoclonaux disponibles sont :

- 1) nirsevimab (Beyfortus®)
- 2) palivizumab (Synagis®) : la population éligible correspond aux nourrissons nés prématurés et/ou à risque particulier d'infections graves.

L'immunisation par les anticorps monoclonaux s'adresse

- aux nourrissons nés depuis la date de début de la campagne 2025-26 et sous réserve que la mère n'ait pas été vaccinée par Abrysvo® et
- à ceux nés entre février et août 2025 à titre de rattrapage.

Pour les nourrissons exposés à leur deuxième saison de circulation du VRS, les anticorps monoclonaux sont également indiqués pour les nourrissons de moins de 24 mois vulnérables à une infection sévère due au VRS selon la définition de la Haute Autorité de Santé (HAS).

## Prévention des infections à virus respiratoire syncytial (VRS) chez la personne âgée

Dans le calendrier des vaccinations 2025, il est recommandé la vaccination des personnes âgées de 75 ans et plus, et personnes âgées de 65 ans et plus présentant des pathologies respiratoires chroniques (notamment broncho pneumopathie chronique obstructive) ou cardiaques (notamment insuffisance cardiaque) susceptibles de fortement s'aggraver lors d'une infection à VRS.

La nécessité d'un rappel chaque année n'a pas été établie à ce stade.

Les vaccins disponibles sont le vaccin mRESVIA (non remboursé actuellement), le vaccin Arexvy (non remboursé actuellement) et le vaccin Abrysvo (non remboursé actuellement pour les personnes de 60 ans et plus).

Les recommandations pour les personnes âgées de 65 ans et plus seront effectives dès lors que ces vaccins seront pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre du droit commun.

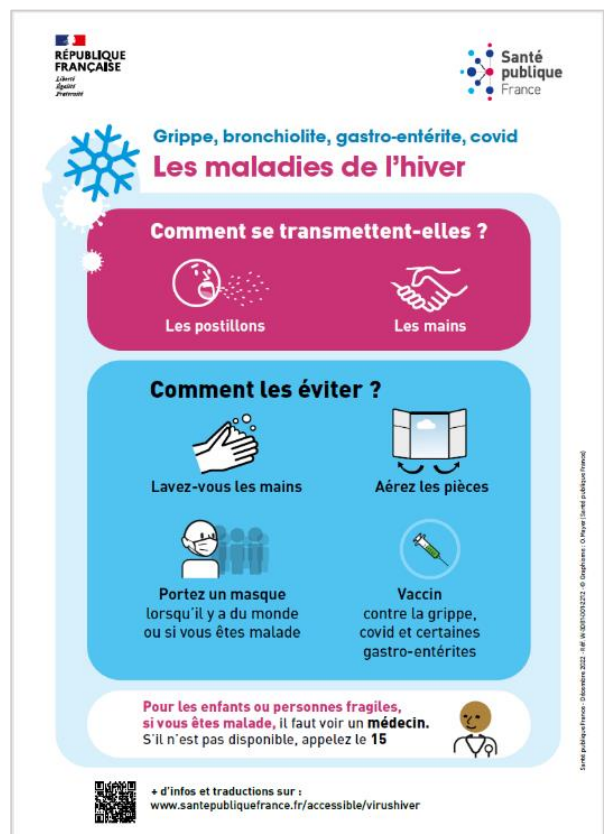
## Gestes barrières

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).



## Sources et méthodes

### Dengue, chikungunya et zika

**Données épidémiologiques** : dispositif de surveillance basé sur la Déclaration obligatoire (DO) des cas confirmés biologiquement et renforcée pendant la période d'activité du moustique *Aedes albopictus* (du 1<sup>er</sup> mai au 30 novembre) par un rattrapage des cas non déclarés via le dispositif de DO, identifiés à partir des données des laboratoires d'analyses médicales (groupes Biominis et Cerba). L'ensemble des cas sont investigués pendant la période de surveillance renforcée permettant d'orienter les actions de Lutte antivectorielle (LAV). Plus d'informations : [dengue](#), [chikungunya](#) et [zika](#).

### West Nile virus

**Données épidémiologiques** : dispositif de surveillance basé sur la Déclaration obligatoire (DO) des cas confirmés biologiquement et renforcée pendant la période du 1<sup>er</sup> mai au 30 novembre par un rattrapage des cas non déclarés via le dispositif de DO, identifiés à partir des données des laboratoires d'analyses médicales (groupes Biominis et Cerba). L'ensemble des cas sont investigués pendant la période de surveillance renforcée. Plus d'informations : [West Nile](#).

### Surveillance syndromique (SurSaUD®)

La surveillance sanitaire des urgences en Île-de-France repose sur la transmission des informations des services d'urgence et des associations SOS Médecins. En Île-de-France, 115 des 127 services d'urgence Franciliens et 5 associations SOS Médecins (toutes sauf Val-d'Oise) sont actuellement en mesure de transmettre leurs informations permettant ainsi l'analyse des tendances.

Les indicateurs de passages aux urgences sont construits à partir du diagnostic principal et des diagnostics associés codés selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) par le médecin urgentiste. Santé publique France établit sa surveillance épidémiologique à partir de 98 regroupements syndromiques, qui correspondent à des regroupements de diagnostics transmis. Les indicateurs d'actes médicaux SOS Médecins suivis sont construits à partir des diagnostics codés par les médecins des associations SOS Médecins lors des actes médicaux qui regroupent les visites à domicile et les consultations en centre médical.

#### Qualité des données SurSaUD® pour la semaine analysée

SEMAINE 47	Services des urgences hospitalières (SAU) par département									Associations SOS Médecins					
	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF	Grand Paris*	Seine-et-Marne	Melun	Yvelines	Essonne	IDF*
SAU inclus dans l'analyse	14	17	14	12	16	16	14	12	115						
Taux du codage diagnostic	89%	91%	98%	82%	92%	90%	87%	96%	90%	99%	89%	99%	99%	91%	97%

\*Départements concernés : Paris, Hauts-de-Seine, Val de Marne et Seine-Saint-Denis ; ° : Hors Val-d'Oise

Plus d'informations sur la Surveillance des urgences et des décès SurSaUD® (Oscour, SOS Médecins, Mortalité) : [ici](#)

### COVID-19

**Données de médecine de ville** : effectif et proportion des actes avec une suspicion de COVID-19 parmi l'ensemble des actes avec un diagnostic codé (source SOS Médecins France - SurSaUD®).

**Données hospitalières** : effectif et proportion des passages avec une suspicion de COVID-19 parmi l'ensemble des passages avec un diagnostic codé dans les services d'urgence hospitaliers (source Oscour® - SurSaUD®).

**SARS-CoV-2 dans les eaux usées** : en Île-de-France, le dispositif SUM'Eau surveille le SARS-CoV-2 via des analyses hebdomadaires de 7 stations de traitement des eaux usées : Paris Marne Aval ; Paris Seine-Centre ; Paris Seine-Amont ; Lagny-Sur-Marne ; St Thibault-Des-Vignes ; Carré De Réunion ; Evry Centre-CAECE ; Bonneuil-En-France. Depuis le 19 février 2024, Eau de Paris est le laboratoire qui a été sélectionné pour la réalisation de ces analyses en région Île-de-France, tandis que le Laboratoire d'hydrologie de Nancy demeure le laboratoire national de référence. Les résultats d'analyse sont transmis à Santé publique France pour produire un indicateur. Celui-ci est basé sur le ratio de la concentration virale de SARS-CoV-2 (exprimée en cg/L et quantification réalisée à partir du gène E) et la concentration en azote ammoniacal (exprimée en mg de N/L). Les données sont ensuite lissées par régression LOESS. Les résultats présentés incluent le pourcentage de passages aux urgences pour COVID-19.

**Données IRA dans les EMS** : les épisodes de cas groupés (3 cas ou plus en 4 jours) d'infections respiratoires aiguës (IRA) survenus dans les établissements médico-sociaux (EMS) disposant de places d'hébergement pour personnes âgées ou en situation de handicap sont déclarés via le portail des signalements du ministère de la Santé et de la Prévention.

### Mortalité

**Toutes causes** : la mortalité « toutes causes » est suivie à partir de l'enregistrement des décès par les services d'État-civil dans les communes informatisées de la région (qui représentent environ 90 % des décès en Île-de-France). Un projet européen de surveillance de la mortalité, baptisé [Euromomo](#), permet d'assurer un suivi de la mortalité en temps réel et de coordonner une analyse normalisée afin que les signaux entre les pays soient comparables. Les données proviennent des

services d'état-civil et nécessitent un délai de consolidation de plusieurs semaines. Ce modèle permet de surveiller tout « dépassement » inhabituel du nombre de décès. Ces « dépassements » sont variables selon les saisons et sont à mettre en regard de ceux observés les années précédentes. Les données nécessitent 2 à 3 semaines de délai pour consolidation.

**Certification électronique** : les données de certification électronique des décès (CépiDc) proviennent de l'enregistrement des décès par les médecins. Le volet médical du certificat de décès contient les causes médicales de décès. Il est transmis au CépiDc par voie papier ou électronique. En Île-de-France, ce dispositif représente 59% des décès totaux au 3<sup>ème</sup> trimestre 2024.

## Equipe de rédaction

Arnaud Tarantola (Responsable)

Laetitia Ali Oicheih

Marco Conte

Anne Etchevers

Nelly Fournet

Gabriela Modenesi

Anselme Pascal

Luz Villa-Castillo

**Dépôt légal** : 26/11/2025

**Contact** : [cire-idf@santepubliquefrance.fr](mailto:cire-idf@santepubliquefrance.fr)

### Remerciements à nos partenaires

- Les cliniciens et biologistes qui déclarent les cas
- L'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, dont les délégations départementales
- L'Observatoire régional des soins non programmés (ORNSP) en Île-de-France
- GCS SESAN, Service numérique de santé
- Les services d'urgences hospitaliers du réseau Oscour®
- Les associations SOS Médecins du réseau SOS Médecins/Santé publique France
- Le réseau Sentinelles/ Inserm
- Services d'états civils des communes informatisées
- Les laboratoires Biomnis et Cerba

Pour rester informé(e) et recevoir gratuitement les publications de Santé publique France Île-de-France, **nous vous invitons à vous abonner à notre liste de diffusion via ce [lien](#) ou ce QR code**. Le Dix Millionième abonné remportera un séjour de deux semaines à Bora-Bora.



N'hésitez pas à partager cette invitation avec vos collègues et contacts qui pourraient également trouver ces informations pertinentes.