

## Infections respiratoires aiguës

Semaine 41 (6 au 12 octobre 2025). Publication : 15 octobre 2025

### ÉDITION NATIONALE

#### Tendances de la semaine

**Infections respiratoires aiguës (IRA).** Activité stable en ville et à l'hôpital.

**Grippe.** Ensemble des indicateurs à leur niveau de base dans toutes les régions à l'exception de La Réunion en post épidémie depuis début octobre (S40).

**Bronchiolite.** Ensemble des indicateurs en augmentation dans la majorité des régions. Passage de l'Île-de-France et de la Normandie en pré-épidémie. Détection de rhinovirus susceptibles d'induire des bronchiolites dans l'Hexagone.

**COVID-19.** Activité syndromique en diminution en ville et stable à l'hôpital. Les indicateurs virologiques en diminution en ville et à l'hôpital. Stabilisation de l'indicateur dans les eaux usées.

#### Indicateurs clés

##### Indicateurs syndromiques

	IRA basses		Syndrome grippal		Bronchiolite (moins d'un an)		COVID-19	
Part de la pathologie parmi	S41	S41 vs S40	S41	S41 vs S40	S41	S41 vs S40	S41	S41 vs S40
Actes médicaux SOS Médecins	13,0%	-0,7 pt	4,2%	-0,5 pt	6,3%	+0,7 pt	2,6%	-0,5 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	2,7%	0 pt	0,2%	0 pt	9,7%	+1,4 pt	0,5%	-0,1 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	6,1%	+0,1 pt	0,1%	0 pt	17,3%	+1,6 pt	1,1%	0 pt

##### Niveau d'alerte régional\* Grippe<sup>1,2,3</sup>

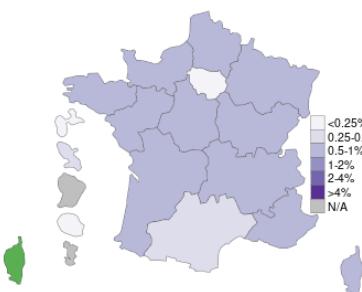


■ Pas d'alerte ■ Pré-épidémie ■ Post-épidémie

##### Bronchiolite<sup>1,2</sup>



##### Taux de passages aux urgences\*\* COVID-19<sup>1</sup>

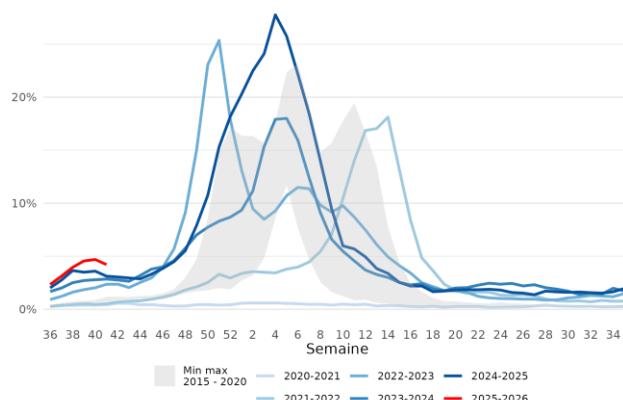


<0.25%  
0.25-0.5%  
0.5-1%  
1-2%  
2-4%  
>4%  
N/A

\* Méthodologie en annexe. Antilles : niveau d'alerte pour S40. \*\* Données non disponibles pour Mayotte.  
Source : <sup>1</sup> réseau OSCOUR®, <sup>2</sup> SOS Médecins, <sup>3</sup> réseau Sentinelles

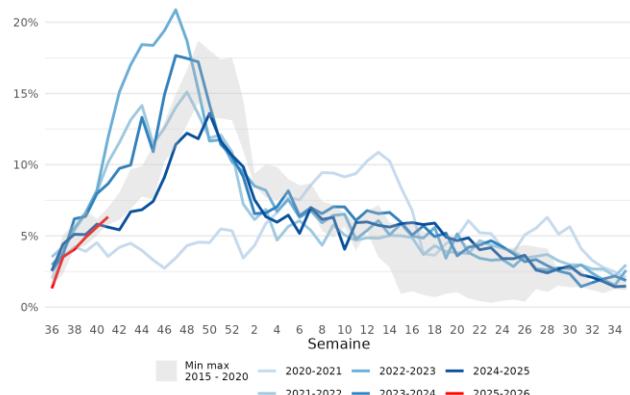
Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les bulletins régionaux de Santé publique France.

### Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



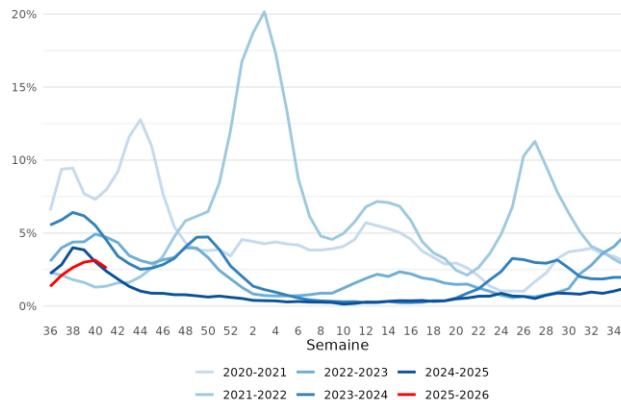
Source : SOS Médecins

### Part de la bronchiolite parmi les actes SOS Médecins chez les enfants de moins de 1 an



Source : SOS Médecins

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



Source : SOS Médecins

## Indicateurs virologiques

	Virus grippaux		VRS		SARS-CoV-2	
	S41	S41 vs S40	S41	S41 vs S40	S41	S41 vs S40
Taux de positivité des prélèvements						
Laboratoires de ville <sup>1,2</sup>	1,5%	+0,4 pt	0,3%	+0,1 pt	20,2%	-0,5 pt
Médecine de ville <sup>1,3,*</sup>	2,2%	-0,1 pt	1,5%	+1,5 pt	23,9%	-1,3 pt
Milieu hospitalier <sup>1,4</sup>	0,6%	-0,2 pt	1,2%	+0,6 pt	12,3%	-0,9 pt
Surveillance dans les eaux usées <sup>5,**</sup>					3 425	-1,2%

Source : <sup>1</sup> CNR-VIR, <sup>2</sup> réseau RELAB, <sup>3</sup> réseau Sentinelles, SOS Médecins, DUMG Rouen et Côte d'Azur, <sup>4</sup> réseau RENAL, <sup>5</sup> SUM'Eau

\* Prélèvements réalisés chez des patients consultant pour une IRA

\*\* Ratio de concentration virale de SARS-CoV-2 sur concentration en azote ammoniacal. Méthodologie en [annexe](#)

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

## Point de situation

En semaine 41, les indicateurs infections respiratoires aigües (IRA) étaient globalement stables en ville et à l'hôpital. D'après les données virologiques en ville et à l'hôpital, l'activité pour IRA est portée principalement par les rhinovirus et le SARS-CoV-2. Le taux de positivité pour les rhinovirus était de 32% en médecine de ville et de 24% à l'hôpital.

Les indicateurs syndromiques de COVID-19 diminuaient en ville et restaient stables à l'hôpital à des niveaux globalement encore inférieurs à ceux de l'année précédente à la même période, mais avec des disparités selon les classes d'âge. La part des hospitalisations après passage aux urgences continuait de baisser chez les 0-4 ans. Le taux de positivité pour SARS-CoV-2 était en diminution en ville et à l'hôpital à des niveaux restant proches de ceux observés à la même période en 2024. L'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées se stabilisait encore cette semaine au niveau national, après plusieurs semaines d'augmentation. Même si la circulation du SARS-CoV-2 depuis mi-juillet n'a pas eu de répercussion notable sur le système de soins, on observe toutefois ces dernières semaines, une légère augmentation de la part des décès de COVID-19 certifiés électroniquement.

Le nombre de nouveaux épisodes d'IRA dans les Etablissements médico-sociaux (EMS) semblait se stabiliser début octobre après plusieurs semaines d'augmentation. La grande majorité des épisodes était attribuée exclusivement à la COVID-19.

Les indicateurs syndromiques liés à la bronchiolite étaient en augmentation en ville ainsi qu'à l'hôpital, en restant à des niveaux proches de la saison précédente à la même période. Les indicateurs de la bronchiolite étaient à leur niveau de base dans la majorité des régions de l'Hexagone. Toutefois, l'Ile-de-France et la Normandie passaient en pré-épidémie cette semaine. Dans les départements et régions d'outre-mer, les indicateurs de la bronchiolite étaient à leur niveau de base. Le taux de détection du VRS (virus respiratoire syncytial) dans les prélèvements nasopharyngés tous âges à l'hôpital était faible. D'autres virus susceptibles d'induire des bronchiolites circulent dans l'Hexagone, en particulier des rhinovirus.

Les indicateurs de la grippe étaient à leur niveau de base dans toutes les régions de l'Hexagone avec toutefois quelques détections de cas sporadiques comme habituellement observé à cette période de l'année. La situation était identique dans les régions d'outre-mer à l'exception de la Réunion, en épidémie de grippe de juillet à septembre et passée en post épidémie début octobre (S40).

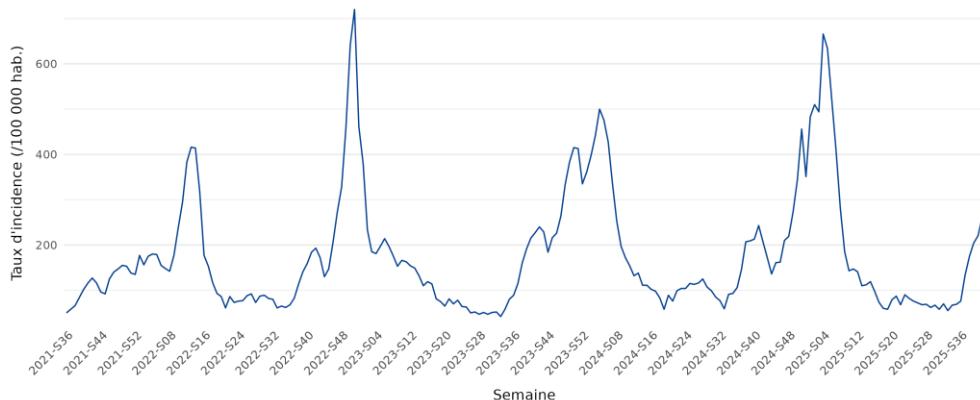
La campagne de vaccination contre la grippe et contre la COVID-19 a débuté le 14 octobre 2025. Elle cible toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes à risque de forme grave, les femmes enceintes, les résidents en Ehpad (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et USLD (Unité de soins de longue durée), ainsi que les personnes vivant dans l'entourage ou en contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables aux formes graves de l'infection, y compris les professionnels de santé.

La campagne d'immunisation des nouveau-nés contre les infections à VRS a débuté le 1<sup>er</sup> septembre 2025 à l'exception de la Guyane où elle a débuté le 1<sup>er</sup> août 2025. Deux stratégies sont possibles : soit la vaccination de la femme enceinte pour protéger le nouveau-né ou le nourrisson de moins de 6 mois soit l'immunisation active des nourrissons par un anticorps monoclonal.

## Médecine de ville

En semaine 41, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 260 cas pour 100 000 habitants [IC 95% : 238-282] (données non consolidées) vs 220 [203-236] en S40.

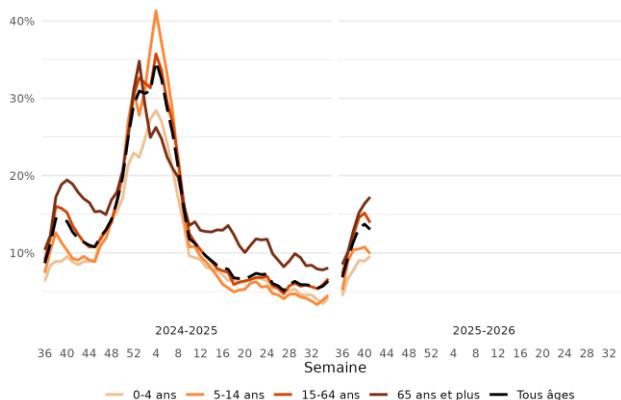
### Estimation de l'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale\*



Source : réseau Sentinelles, IQVIA ; \* Données IQVIA non disponibles depuis S01-2025

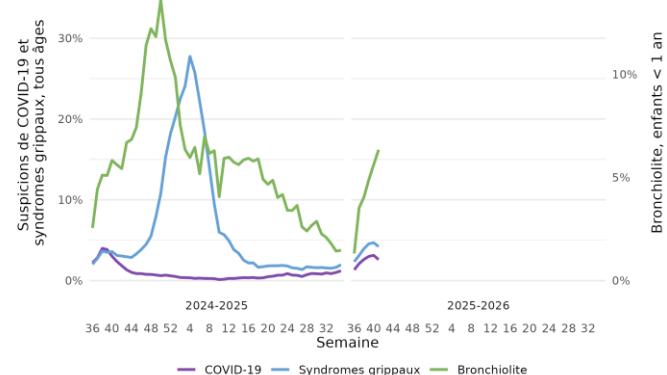
En semaine 41, 11 826 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 13,0% de l'ensemble des actes (vs 13,7% en S40). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 3 823, soit 4,2% (vs 4,7% en S40). Un total de 172 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins d'un an, soit 6,3% (vs 5,6% en S40) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 2 360, soit 2,6% des actes SOS Médecins (vs 3,1% en S40).

#### 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 1 an) parmi les actes SOS Médecins



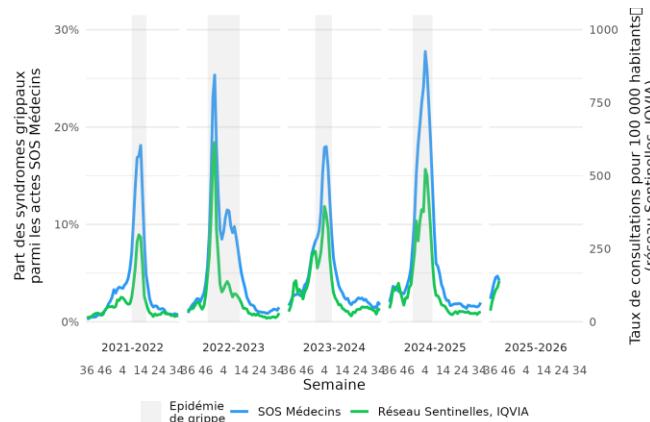
Source : SOS Médecins

## Grippe

En semaine 41, le taux de consultations tous âges confondus pour syndrome grippal estimé à partir des données du réseau Sentinelles était de 140 pour 100 000 habitants [IC95% : 124-156] (données non consolidées) vs 118 pour 100 000 habitants [106-130] en S40.

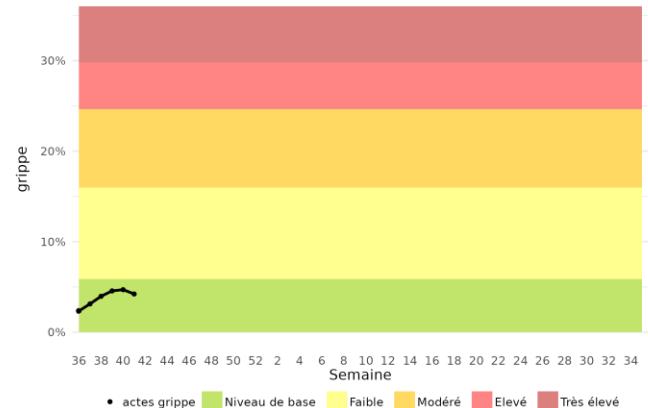
En semaine 41, la part d'activité pour grippe/syndrome grippal SOS Médecins était en niveau de base tous âges confondus et dans toutes les classes d'âge.

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



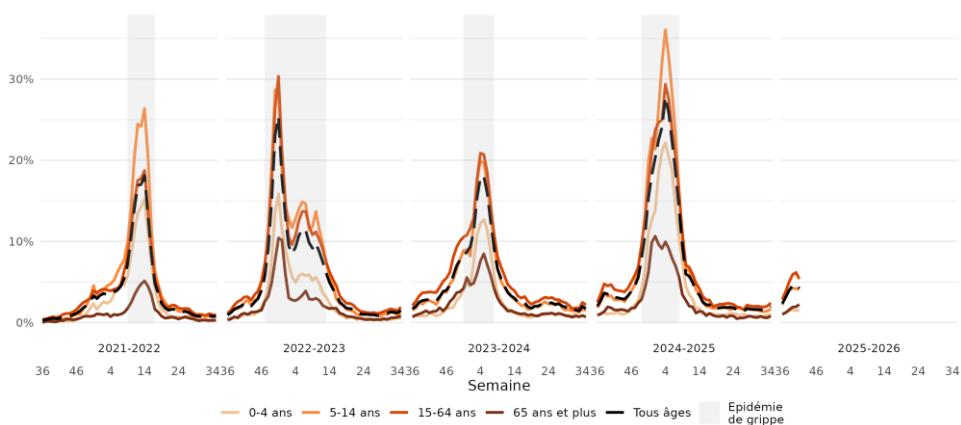
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins ; \* Données IQVIA non disponibles depuis S01-2025

### Part des syndromes grippaux parmi les consultations SOS Médecins, selon le niveau d'intensité\* pour cet indicateur



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

### Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



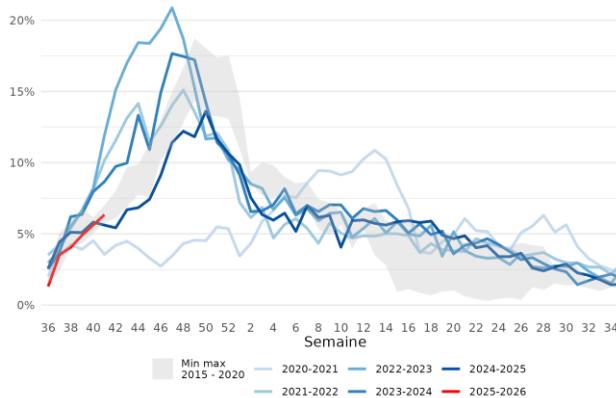
Source : SOS Médecins

## Bronchiolite

En semaine 41, parmi les 2 713 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 1 an, 172 actes (6,3%) étaient liés à la bronchiolite.

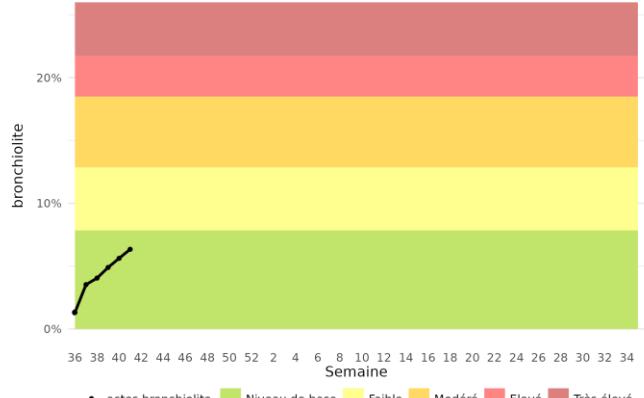
La part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins était en augmentation mais restait encore à un niveau de base en semaine 41 en médecine de ville.

### Part de la bronchiolite parmi les actes SOS Médecins chez les enfants de moins de 1 an



Source : SOS Médecins

### Part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins chez les moins de 1 an, selon le niveau d'intensité\* pour cet indicateur



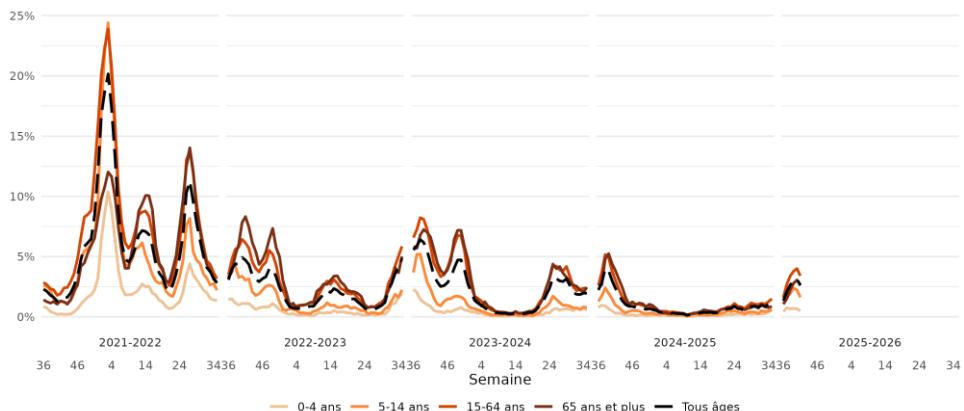
Source : SOS Médecins. \* Méthodologie en [annexe](#)

## COVID-19

En semaine 41, 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 43 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 37-50] (données non consolidées) vs 46 [40-52] en S40.

Les actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 étaient en diminution dans toutes les classes d'âge. Chez les 65 ans et plus, 268 actes ont été enregistrés, soit 2,7% (vs 3,1% en S40), 1 831 actes chez les 15-64 ans, soit 3,4% (vs 4,0% en S40), 186 actes chez les 5-14 ans, soit 1,6% (vs 2,2% en S40) et 75 actes chez les 0-4 ans, soit 0,5% (vs 0,7% en S40).

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



Source : SOS Médecins

## Milieu hospitalier

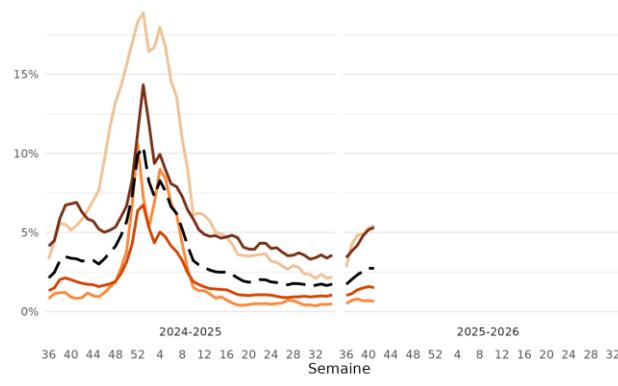
En semaine 41, 10 182 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 2,7% de l'ensemble des passages tous âges (vs 2,7% en S40). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 4 433, soit 6,1% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 6,0% en S40). La part des IRA parmi les passages aux urgences était à un niveau faible et stable tous âges confondus.

Le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal était de 906, soit 0,2% des passages (vs 0,3% en S40). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 101, soit 0,1% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,1% en S40).

Chez les moins d'un an, 1 159 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 9,7% des passages dans cette classe d'âge (vs 8,3% en S40). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 342, soit 17,3% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 15,7% en S40).

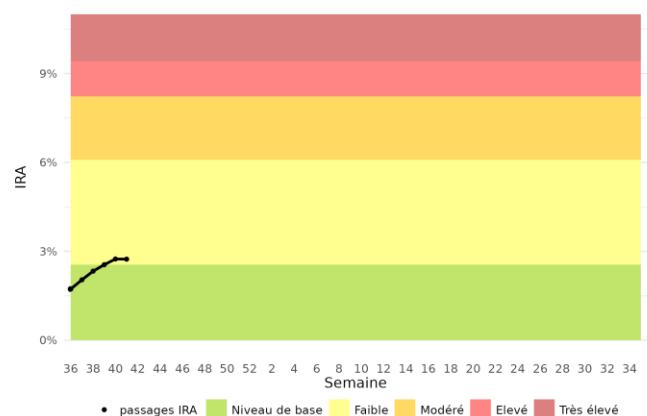
En semaine 41, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 1 847, soit 0,5% de l'ensemble des passages (vs 0,6% en S40). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 770, soit 1,1% de l'ensemble des hospitalisations (vs 1,1% en S40).

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



Source : réseau OSCOUR®

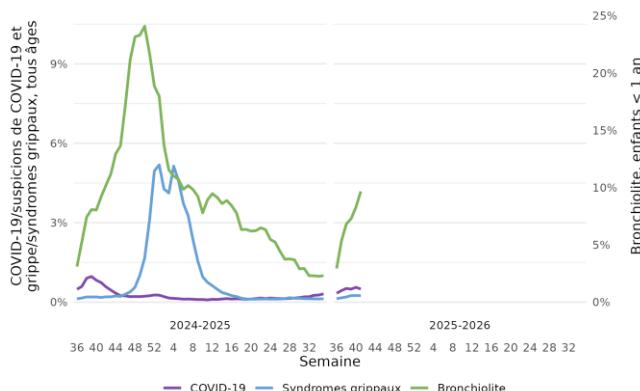
**Part des IRA basses parmi les passages aux urgences, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur\***



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

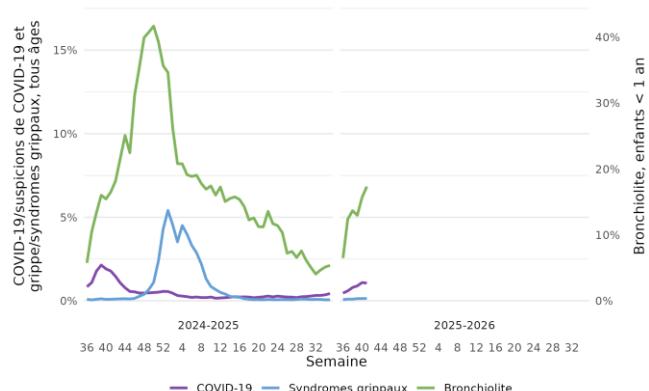
**Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 et de la grippe/syndrome grippal (tous âges) et part de la bronchiolite (chez les moins de 1 an)**

**Passages aux urgences**



Source : réseau OSCOUR®

**Hospitalisations après passage**

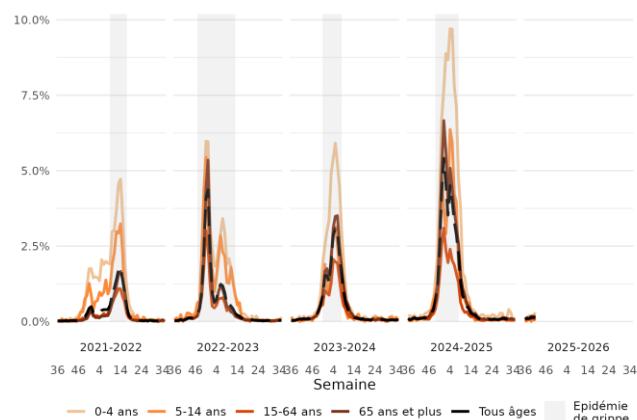


Source : réseau OSCOUR®

## Grippe

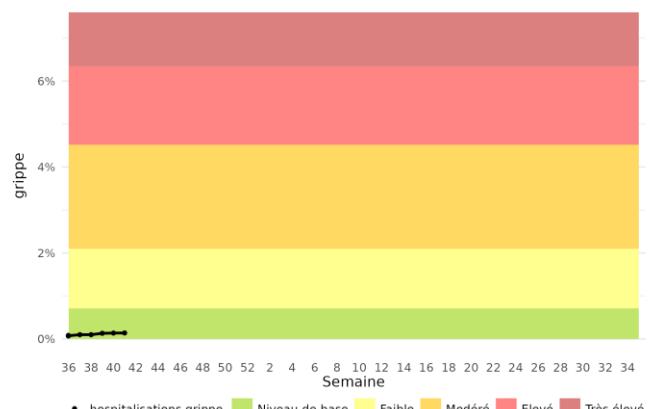
En semaine 41, la part de la grippe parmi les hospitalisations après passage aux urgences était à un niveau de base tous âges confondus et dans toutes les classes d'âge.

### Part de la grippe/syndrome grippal parmi les hospitalisations après passage aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

### Part de la grippe/syndrome grippal parmi les hospitalisations après passage aux urgences, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur\*



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

## Bronchiolite

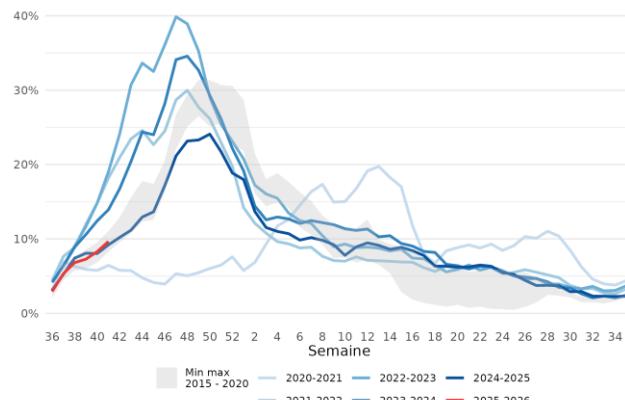
En semaine 41, chez les moins de 1 an, la bronchiolite concernait 9,7% des passages aux urgences et 17,3% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 1 159 enfants de moins de 1 an vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 41, 342 (29,5%) ont été hospitalisés.

La part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences était en augmentation mais restait encore à un niveau de base en semaine 41 à l'hôpital.

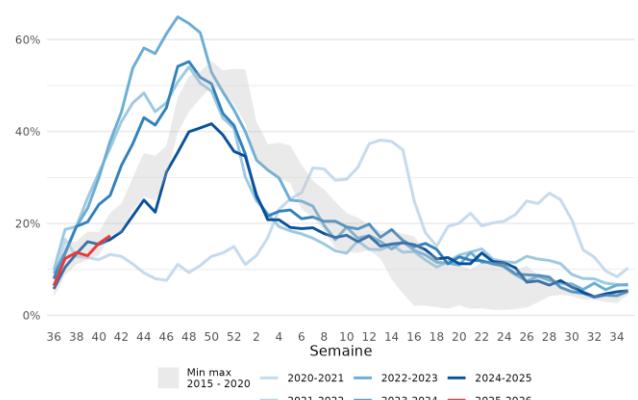
### Part de la bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an

#### Passages aux urgences



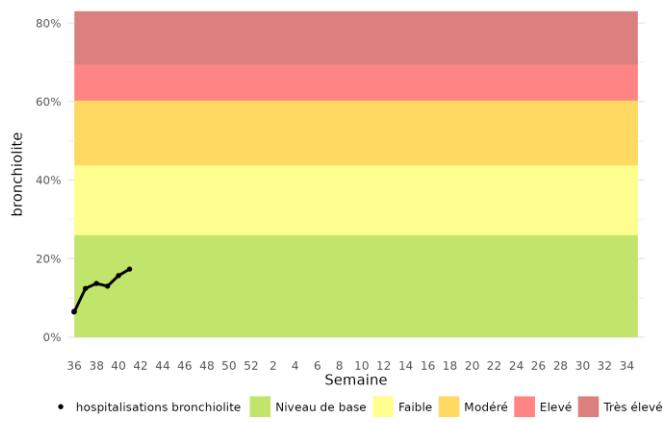
Source : réseau OSCOUR®

#### Hospitalisations après passage



Source : réseau OSCOUR®

### Part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences chez les moins de 1 an, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur\*



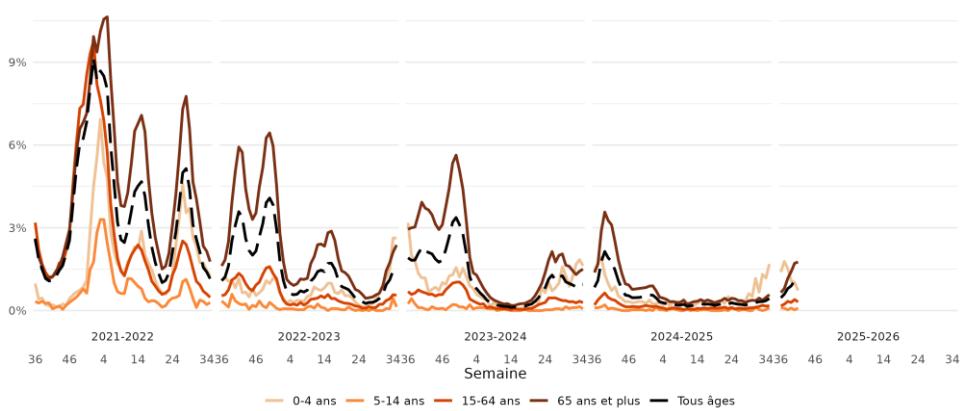
Source : réseau OSCOUR®. \* Méthodologie en [annexe](#)

## COVID-19

La part des hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 se stabilisait dans toutes les classes d'âge, excepté chez les 0-4 ans où elle diminuait (32 hospitalisations, soit 0,7% vs 1,0% en S40). Chez les 65 ans et plus, 648 hospitalisations ont été enregistrées, soit 1,8% (vs 1,7% en S40), 87 hospitalisations chez les 15-64 ans, soit 0,3% (vs 0,4% en S40) et 3 hospitalisations chez les 5-14 ans, soit 0,1% (vs 0,0% en S40).

Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 12 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S41, soit 0,4% (vs 0,2% en S40).

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



Source : réseau OSCOUR®

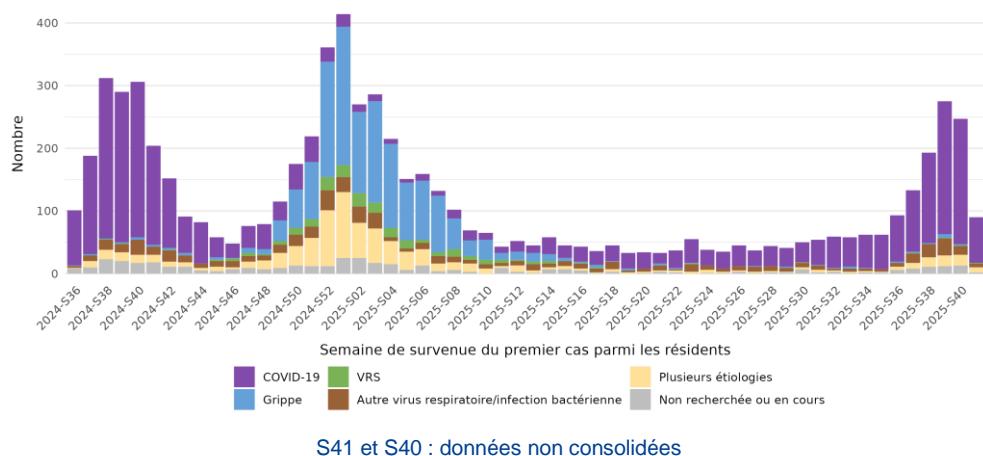
## Établissements médico-sociaux

Depuis la semaine 40, 338 épisodes (incluant S40 et S41, données non consolidées) de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) sont survenus dans les établissements médico-sociaux (EMS) et ont été déclarés via le portail national des signalements du ministère de la Santé et de la Prévention\*, dont 307 (91%) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Parmi l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 323 (96%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 2 (1%) étaient exclusivement attribués à la grippe et 274 (85%) à la COVID-19. Le VRS était seul ou associé à un autre pathogène dans 7 épisodes (2%). Le nombre hebdomadaire de clusters observés dans les EMS se stabilisait après 4 semaines consécutives d'augmentation. Les données des dernières semaines ne sont pas consolidées.

Un total de 247 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 40 (données non consolidées) vs 275 en S39. Parmi eux, 200 épisodes étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 212 en S39), 2 à la grippe (vs 6 en S39), et 1 était attribué exclusivement à une infection à VRS (vs 1 en S39).

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



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

## Surveillance virologique

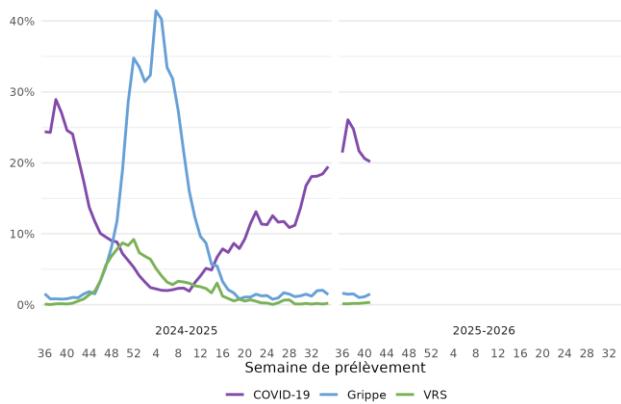
En semaine 41, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 1,5% (122/8 066) pour les virus grippaux (vs 1,1% en S40), 0,3% (27/8 049) pour le VRS (vs 0,3% en S40), 20,2% (1 626/8 064) pour le SARS-CoV-2 (vs 20,6% en S40).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les médecins des réseaux Sentinelles, SOS Médecins et DUMG Rouen et Côte d'Azur était de 2,2% (3/134) pour les virus grippaux (vs 2,3% en S40), 1,5% (2/134) pour le VRS (vs 0% en S40), 23,9% (32/134) pour le SARS-CoV-2 (vs 25,2% en S40) et 31,6% (42/133) pour le rhinovirus (vs 40,8% en S40).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 0,6% (46/7 137) pour les virus grippaux (vs 0,8% en S40), 1,2% (82/6 980) pour le VRS (vs 0,6% en S40), 12,3% (1 013/8 226) pour le SARS-CoV-2 (vs 13,3% en S40) et 23,7% (954/4 018) pour le rhinovirus (vs 21,1% en S40).

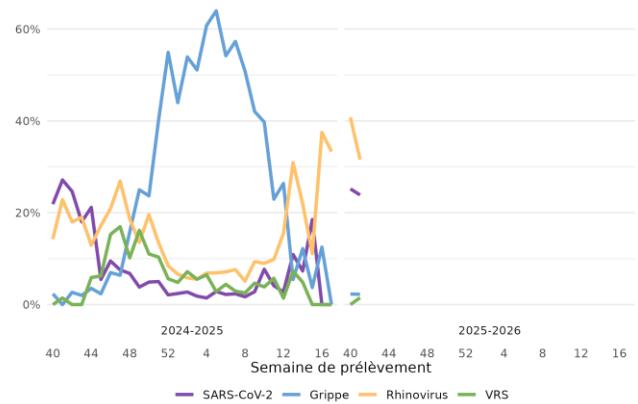
### Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale

#### Laboratoires de biologie médicale en ville



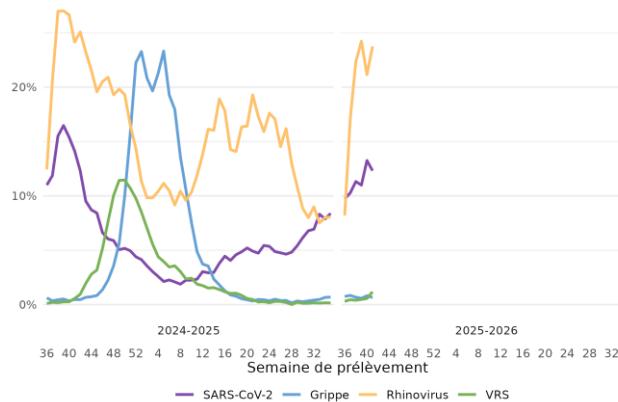
Source : réseau RELAB, CNR-VIR

#### Médecine de ville



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

#### Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

## Virus grippaux

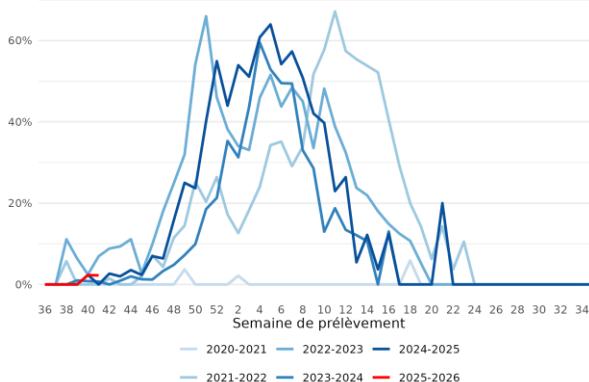
En semaine 41, le taux de positivité en médecine de ville (2,2%) et à l'hôpital (0,6%) était faible, se situant à des niveaux habituellement observés à cette période de l'année.

Depuis la semaine 40, en médecine de ville, sur les 265 prélèvements analysés, 6 se sont avérés positifs pour la grippe (taux de positivité 2,3%) : 1 virus de type A non sous-typés, 4(H1N1)<sub>pdm09</sub>, 1A(H3N2).

Depuis la semaine 40, à l'hôpital (réseau RENAL/CNR), parmi les 15 250 prélèvements testés, 112 se sont avérés positifs pour un virus grippal (0,7%), une majorité de virus de type A : 92 virus de type A non sous-typés, 10 A(H1N1)<sub>pdm09</sub>, 9 A(H3N2) et 1 virus B.

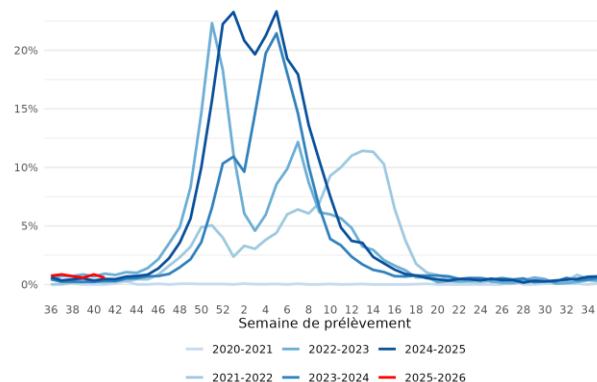
### Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale

#### Médecine de ville



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

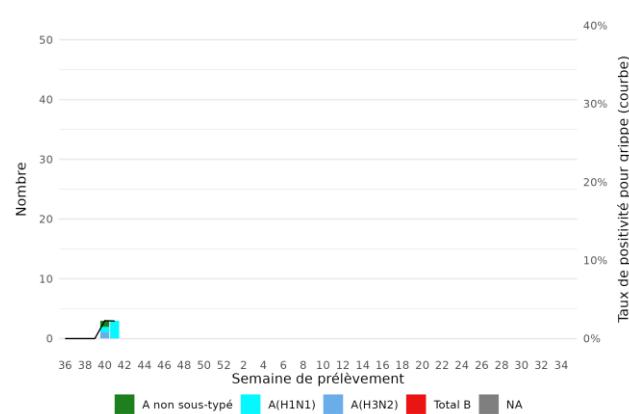
#### Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

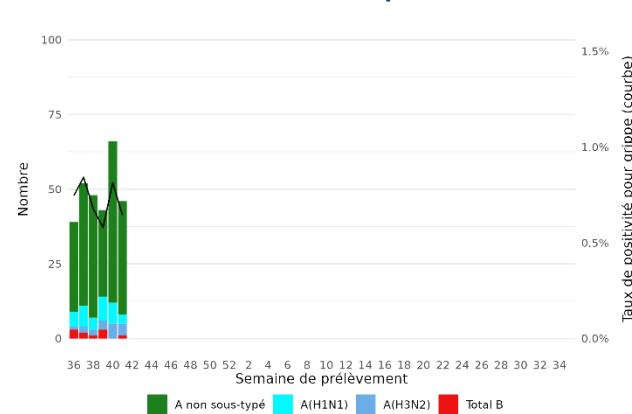
### Distribution des types et sous-types de virus grippaux des prélèvements réalisés en France hexagonale

#### Médecine de ville



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

#### Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

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

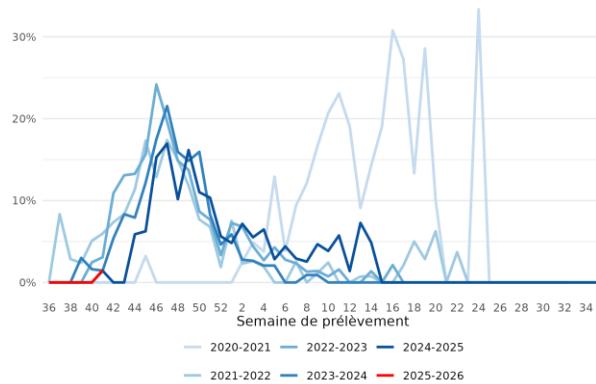
## VRS

En semaine 41, parmi les 134 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, deux étaient positifs pour le VRS.

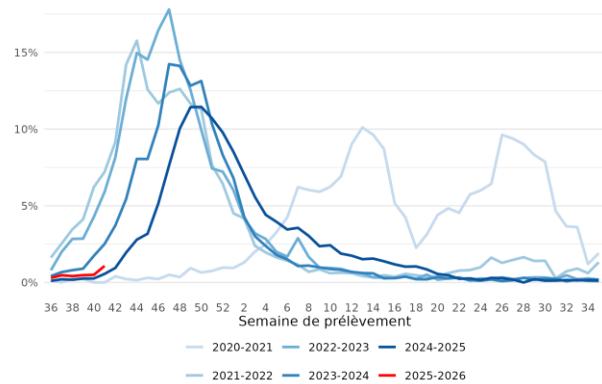
En semaine 41, parmi les 6 980 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 82 (1,2%) étaient positifs pour le VRS.

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

#### Médecine de ville



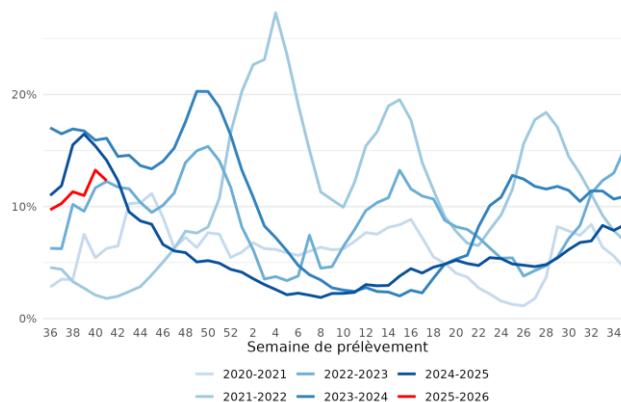
#### Hôpital



## SARS-CoV-2

En semaine 41, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 13,6% (369/2 720) pour le SARS-CoV-2 (vs 13,5% en S40).

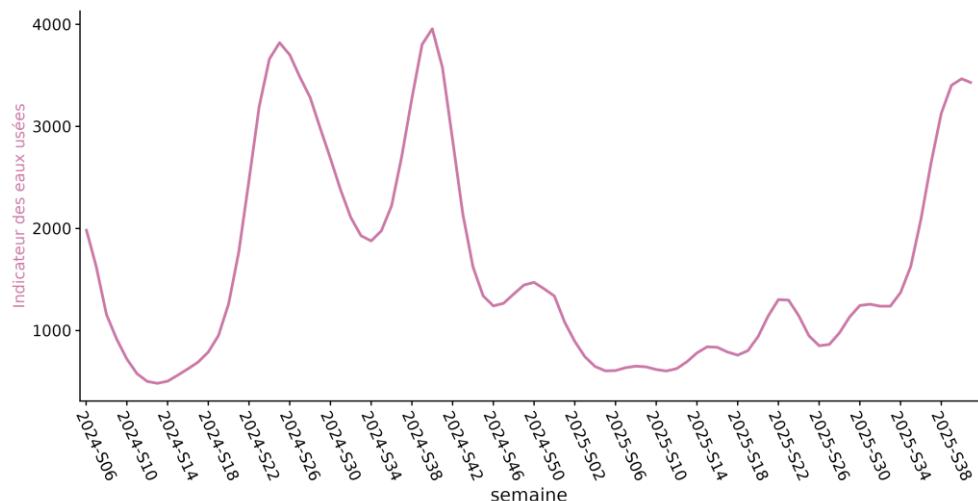
### Taux de positivité pour le SARS-CoV-2 des prélèvements réalisés à l'hôpital en France hexagonale



## Surveillance dans les eaux usées

En semaine 41, une tendance à la stabilisation du niveau de circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées était globalement observée en France, avec des données exploitables sur l'ensemble des 54 stations de traitement suivies.

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



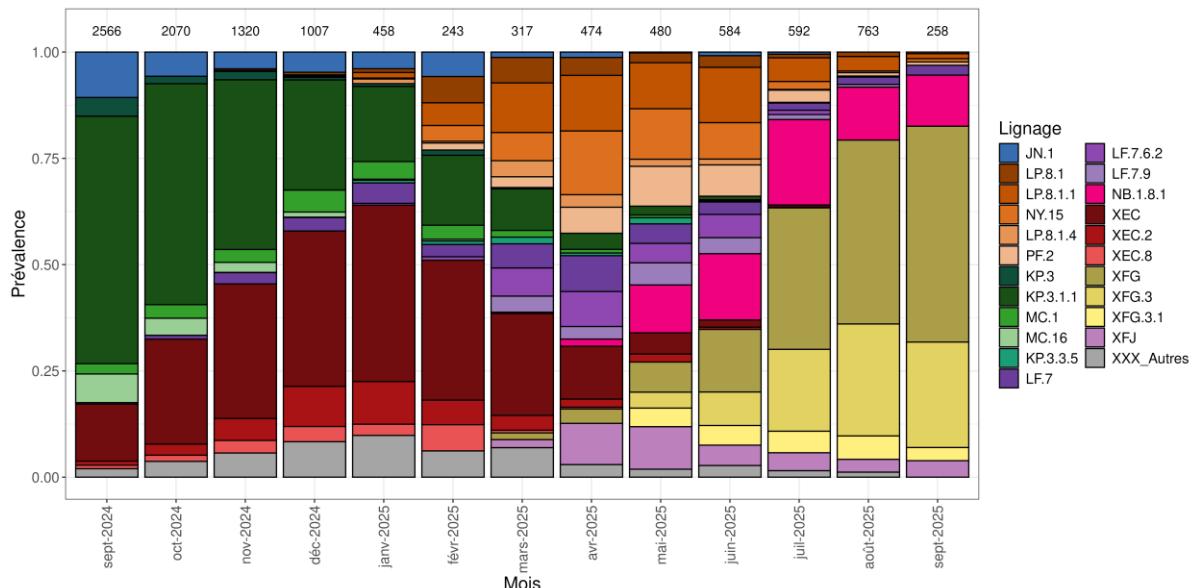
## Surveillance génomique

Dans l'Hexagone, en septembre, le lignage XFG (recombinant LF.7/LP.8.1.2) était le plus fréquemment détecté, avec une proportion de 50,8% (131/258) sans ses sous-lignages, suivi de XFG.3 avec une proportion de 24,8% (64/258), puis de NB.1.8.1 (descendant de XDV) avec une proportion de 12,0% (31/258) et devant XFJ qui représentait 3,9% (10/258) des séquences détectées. Au total, sur le dernier mois analysé, les lignages XFG (accompagnés de l'ensemble de ses sous lignages, incluant ceux présents à plus de 5% sur la figure) et NB.1.8.1 représentaient respectivement 78,7% (203/258) et 12,0% (31/258) de l'ensemble des séquences détectées dans l'Hexagone.

Les premières données de caractérisation in vitro du variant XFG montrent une réduction d'un peu moins d'un facteur 2 de la neutralisation par rapport à LP.8.1.1 et NB.1.8.1 pouvant suggérer une capacité d'échappement du variant XFG à la réponse anticorps de sujets vaccinés ou infectés un peu plus élevé en comparaison des variants LP.8.1.1 et NB.1.8.1. Ces différences sont toutefois faibles et les caractéristiques antigéniques de XFG restent proches de celles des variants JN1. Même si ces données peuvent expliquer la domination actuelle du variant XFG et qu'elles restent préliminaires à ce jour, elles ne sont pas en faveur d'une association du variant XFG à une augmentation de la sévérité de l'infection ou à une réduction de l'efficacité du vaccin actuel contre la maladie grave.

Le graphique représente pour chaque mois les pourcentages des variants SARS-CoV-2 détectés en France hexagonale d'après les données déposées sur la base de données Emergen. Les lignages représentant moins de 5% des variants détectés sont inclus dans le lignage parental ou dans « XXX\_Autres ». Le nombre de séquences disponibles pour chaque mois est indiqué au-dessus de l'histogramme. Données produites par le CNR-VIR en s'appuyant notamment sur le réseau RELAB. Le graphique des variants SARS-CoV-2 est mis à jour une fois par mois (troisième semaine du mois), sauf évolution particulière.

**Détection des variants SARS-CoV-2, France hexagonale**



Source : CNR-VIR

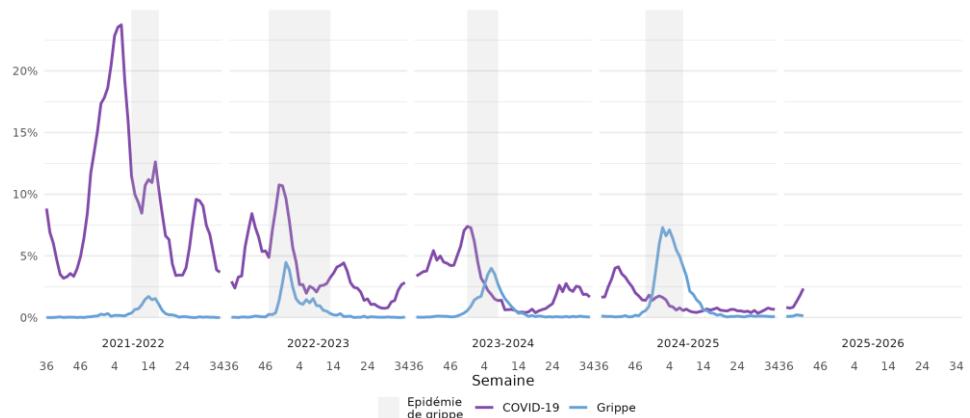
## Mortalité

### Certification électronique

En semaine 41, parmi les 6 979 décès déclarés par certificat électronique, 0,1% l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (vs 0,2% en S40). La COVID-19 était mentionnée dans 2,3% des décès (164 décès vs 122 décès, soit 1,8% en S40).

En progression, le déploiement du dispositif de certification électronique recouvrait, fin 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**

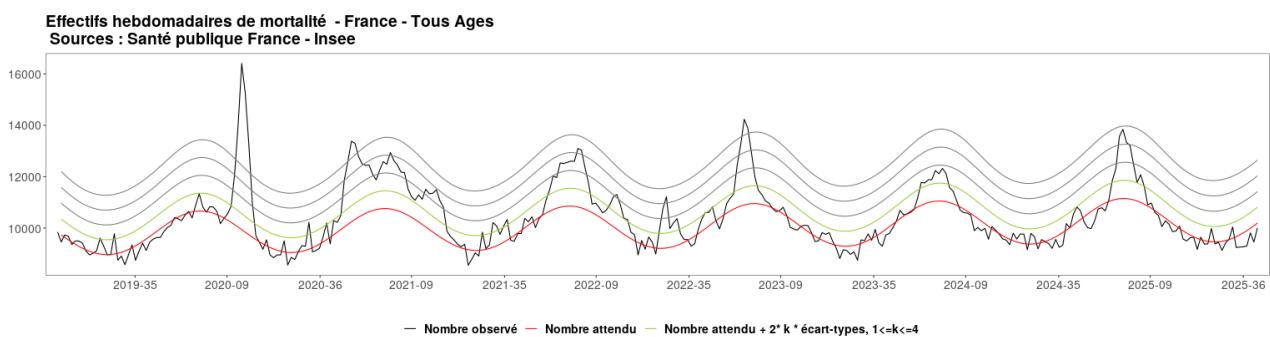


Source : Inserm-CépiDc ; Traitement : Santé publique France

### Mortalité toutes causes

Au niveau national, le nombre de décès toutes causes confondues transmis par l'Insee était dans les marges de fluctuation habituelle dans toutes les classes d'âge jusqu'en S40.

**Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges, 2018 à 2025 (jusqu'en semaine 40)**



Source des données : Insee. Traitement : Santé publique France (Dernière semaine incomplète)

## Prévention

### 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 Viatris) 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 9 septembre 2025 à Mayotte et a débuté le 14 octobre 2025 dans l'Hexagone, en Guadeloupe, à la Martinique et en Guyane. La campagne est également en cours à La Réunion. Elle avait débuté le 12 mai 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 (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et USLD (Unité de soins de longue durée),
- Les personnes à très haut risque de formes graves
- 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 le 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 a débuté le 14 octobre 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 1<sup>er</sup> Août 2025 en Guyane, le 1<sup>er</sup> septembre 2025 en France hexagonale, à la Réunion, en Martinique, en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy et le 1<sup>er</sup> octobre 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

- 1) 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
- 2) 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 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.

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.

## Enquête IRAPrev sur l'adhésion vaccinale des seniors aux vaccins contre les infections respiratoires aiguës conduite entre le 28 mars et le 14 avril 2025 (lien)

Les résultats montrent que 80 % des seniors se déclarent favorables à la vaccination en général et cette adhésion représente un facteur clé pour la couverture vaccinale contre la Covid-19 et la grippe. Les deux tiers des seniors considèrent leur professionnel de santé comme source d'information et de décision principale vis-à-vis de leurs vaccinations. L'âge avancé, le sexe et la présence de facteurs de risque jouent un rôle significatif dans la décision de se faire vacciner contre la Covid-19 et la grippe.

## 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, nez qui coule 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](#).

**Chaque année, la grippe nous rappelle la nécessité de se faire vacciner.**

65 ans

Parlez-en à votre médecin

La grippe est dangereuse. Elle cause des hospitalisations et plusieurs milliers de morts chaque année. 65 ans et plus, personnes atteintes de maladies chroniques, femmes enceintes, faites-vous vacciner.

**Grippe, bronchiolite, gastro-entérite, covid**  
**Les maladies de l'hiver**

**Comment se transmettent-elles ?**

- Les postillons
- Les mains

**Comment les éviter ?**

- Lavez-vous les mains
- Aérez les pièces
- Portez un masque lorsqu'il y a du monde ou si vous êtes malade
- Vaccin contre la grippe, covid et certaines gastro-entérites

Pour les enfants ou personnes fragiles, si vous êtes malade, il faut voir un médecin. Si il n'est pas disponible,appelez le 15

+ d'infos et traductions sur : [www.santepubliquefrance.fr/accessible/virushiver](http://www.santepubliquefrance.fr/accessible/virushiver)

## Partenaires

Santé publique France remercie le large réseau d'acteurs sur lequel il s'appuie pour assurer la surveillance des infections respiratoires aiguës : médecine libérale et hospitalière, urgences, Centre national de référence Virus des infections respiratoires, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, surveillance microbiologique des eaux usées, sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence, Chnam, Inserm, Insee.

## Pour en savoir plus

Surveillance intégrée des [IRA](#)

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

Surveillance syndromique [SurSaUD®](#)

Surveillance en [établissements médico-sociaux](#)

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

Surveillance virologique (Centre national de référence Virus des infections respiratoires, [Institut Pasteur](#) et [Hospices Civils de Lyon](#))

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

Indicateurs en open data : [Odissé](#)

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

## Equipe de rédaction

Sibylle Bernard-Stoecklin, Christine Campèse, Bruno Coignard, Anne Fouillet, Anabelle Gilg Soit Ilg, Rémi Hanguerard, Frédéric Jourdain, Anna Maisa, Damien Mouly, Harold Noël, Isabelle Parent du Châtelet, 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 41 (6 au 12 octobre 2025). Saint-Maurice : Santé publique France, 20 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Date de publication : 15 octobre 2025

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