

Infections respiratoires aiguës

Semaine 44 (27 octobre au 2 novembre 2025). Publication : 5 novembre 2025

ÉDITION NATIONALE

Tendances de la semaine

Infections respiratoires aiguës (IRA). Activité en augmentation chez les moins de 5 ans et globalement stable dans les autres classes d'âge.

Grippe. Ensemble des indicateurs à leur niveau de base dans toutes les régions à l'exception de Mayotte, passée en phase pré-épidémique en semaine 44.

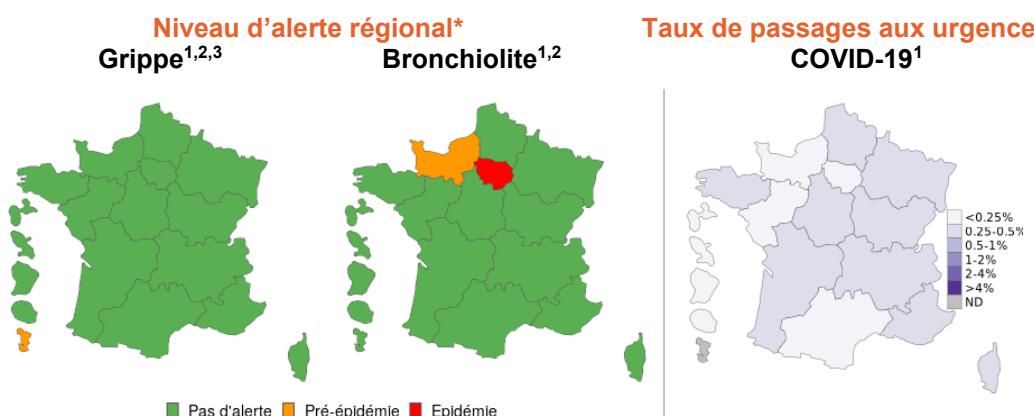
Bronchiolite. Indicateurs syndromiques en augmentation en ville et à l'hôpital à un niveau de base dans la majorité des régions. Phase épidémique en Île-de-France.

COVID-19. Activité syndromique en diminution en ville et globalement stable à l'hôpital. Baisse continue de l'indicateur dans les eaux usées.

Indicateurs clés

Indicateurs syndromiques

| Part de la pathologie parmi | IRA basses | | Syndrome grippal | | Bronchiolite (moins d'un an) | | COVID-19 | |
|---|------------|------------|------------------|------------|------------------------------|------------|----------|------------|
| | S44 | S44 vs S43 | S44 | S44 vs S43 | S44 | S44 vs S43 | S44 | S44 vs S43 |
| Actes médicaux SOS Médecins | 10,2% | -1,2 pt | 3,3% | -0,5 pt | 6,5% | +0,3 pt | 1,0% | -0,3 pt |
| Passages aux urgences (OSCOUR®) | 2,8% | -0,1 pt | 0,2% | 0 pt | 12,7% | +1 pt | 0,2% | -0,1 pt |
| Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®) | 6,3% | +0,1 pt | 0,2% | 0 pt | 24,0% | +2,6 pt | 0,5% | -0,2 pt |

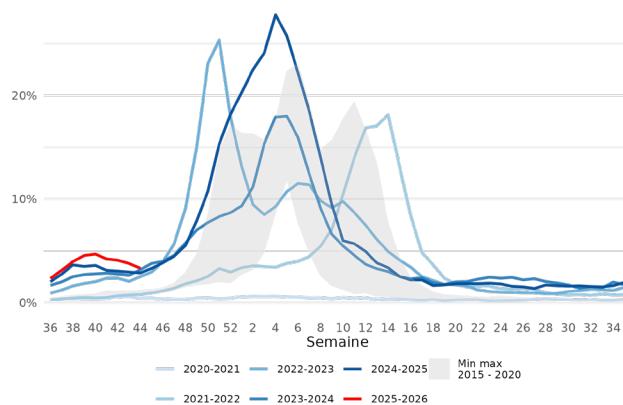


* Méthodologie en [annexe](#). Antilles, Guyane : niveau d'alerte pour S43. ** Données non disponibles pour Mayotte.

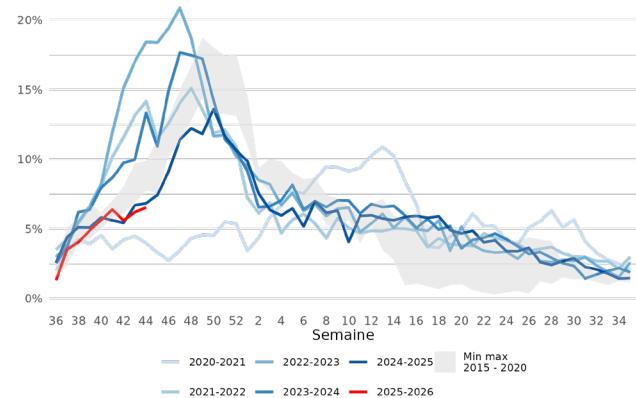
Source : ¹ réseau OSCOUR®, ² SOS Médecins, ³ réseau Sentinelles

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

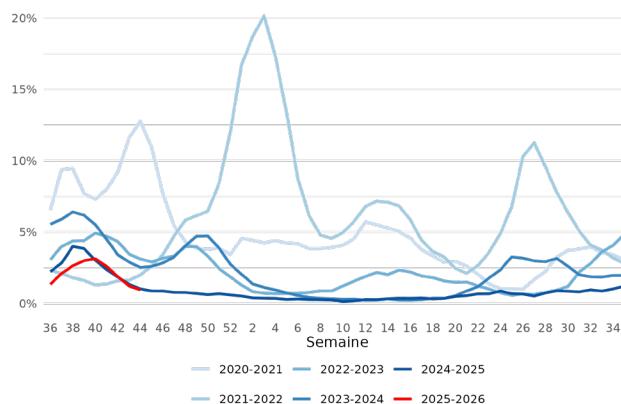
Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



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



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



Indicateurs virologiques

| | Virus grippaux | | | VRS | | SARS-CoV-2 | |
|--|----------------|------------|-------|------------|-------|------------|--|
| | S44 | S44 vs S43 | S44 | S44 vs S43 | S44 | S44 vs S43 | |
| Taux de positivité des prélèvements | | | | | | | |
| Laboratoires de ville ^{1,2} | 2,7% | 0 pt | 1,1% | +0,3 pt | 12,0% | -3,5 pt | |
| Médecine de ville ^{1,3,*} | 3,6% | +1,9 pt | 10,8% | +6,5 pt | 18,1% | +0,7 pt | |
| Milieu hospitalier ^{1,4} | 0,8% | -0,8 pt | 2,1% | +0,1 pt | 6,9% | -1,3 pt | |
| Surveillance dans les eaux usées ^{5,**} | | | | | 1 496 | -18,5 % | |

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

* Prélèvements réalisés chez des patients consultant pour une IRA

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

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

Point de situation

En semaine 44, les indicateurs infections respiratoires aiguës (IRA) étaient globalement stables en ville et à l'hôpital excepté une augmentation chez les moins de 5 ans. D'après les données virologiques en ville et à l'hôpital, l'activité pour IRA est toujours portée principalement par les rhinovirus et dans une moindre mesure par le SARS-CoV-2. Le taux de positivité pour les rhinovirus était de 21,7% en médecine de ville et de 21,6% à l'hôpital.

Les indicateurs syndromiques liés à la bronchiolite augmentaient en ville et à l'hôpital, à des niveaux proches de la saison précédente à la même période. Ils étaient néanmoins encore à leur niveau de base dans la majorité des régions. Dans l'Hexagone, l'Île-de-France était en épidémie depuis la semaine 43 et la Normandie était en pré-épidémie depuis la semaine 41. 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 naso-pharyngés tous âges était en augmentation en ville et stable à l'hôpital. D'autres virus susceptibles d'induire des bronchiolites circulent dans l'Hexagone, notamment les rhinovirus.

Les indicateurs syndromiques de COVID-19 diminuaient en ville et restaient globalement stables à l'hôpital. La part des hospitalisations après passage aux urgences continuait à diminuer, notamment chez les 65 ans et plus. Le taux de positivité pour SARS-CoV-2 était en diminution en ville et à l'hôpital, mais augmentait en médecine de ville. L'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées continuait à diminuer. La part des décès de COVID-19 certifiés électroniquement diminuait encore cette semaine par rapport à la semaine précédente.

Les indicateurs de la grippe étaient à leur niveau de base dans toutes les régions de l'Hexagone avec des détections de cas sporadiques comme habituellement observé à cette période de l'année. La situation était identique dans les régions d'outre-mer excepté à Mayotte qui passait en phase pré-épidémique en semaine 44.

Le nombre de nouveaux épisodes d'IRA dans les Établissements médico-sociaux (EMS) était en diminution depuis mi-octobre comme observé en 2024 à la même période. La grande majorité des épisodes était attribuée exclusivement à la COVID-19.

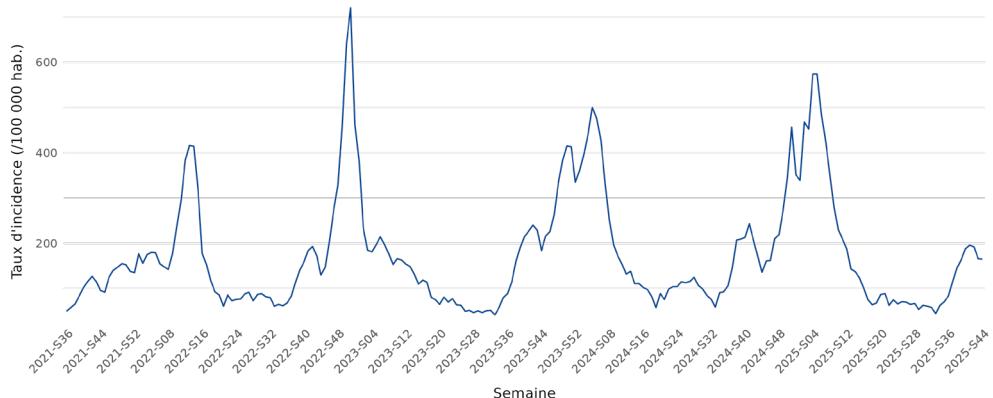
La campagne de vaccination contre la grippe et contre la COVID-19 a débuté le 14 octobre 2025. Elle cible toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes à risque de forme grave, les femmes enceintes, les résidents en Ehpad (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et 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.

La campagne d'immunisation des nouveau-nés contre les infections à VRS a débuté le 1^{er} septembre 2025 à l'exception de la Guyane où elle a débuté le 1^{er} 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 des nourrissons par un anticorps monoclonal.

Médecine de ville

En semaine 44, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 165 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 156-173] (données non consolidées) vs 166 [158-174] en S43.

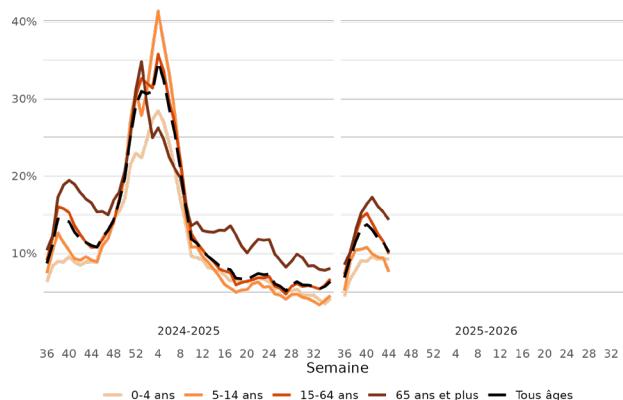
Estimation de l'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale*



Source : réseau Sentinelles, IQVIA

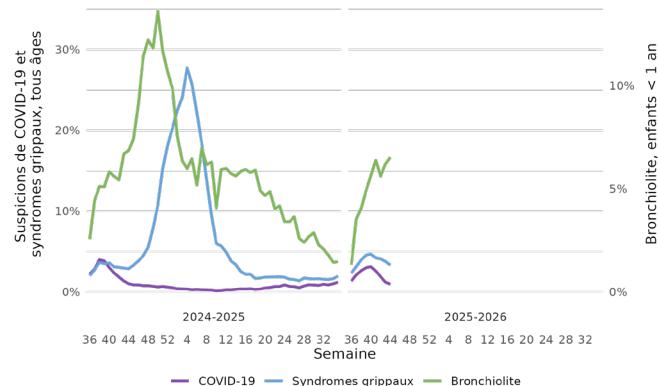
En semaine 44, 8 123 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 10,2% de l'ensemble des actes (vs 11,4% en S43). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 2 654, soit 3,3% (vs 3,8% en S43). Un total de 179 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins d'un an, soit 6,5% (vs 6,2% en S43) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 761, soit 1,0% des actes SOS Médecins (vs 1,2% en S43).

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



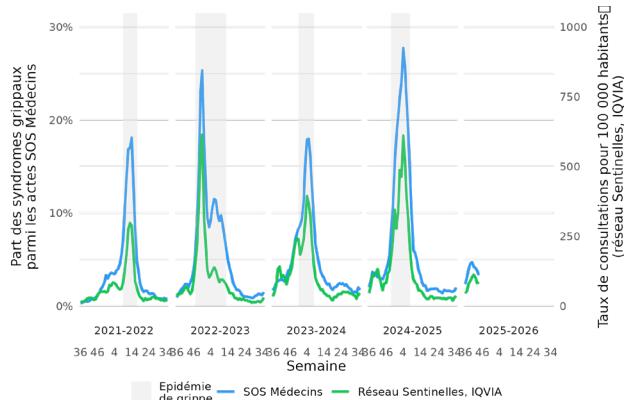
Source : SOS Médecins

Grippe

En semaine 44, le taux de consultations tous âges confondus pour syndrome grippal estimé à partir des données du réseau Sentinelles et IQVIA était de 85 pour 100 000 habitants [IC95% : 79-91] (données non consolidées) vs 82 pour 100 000 habitants [76-88] en S43.

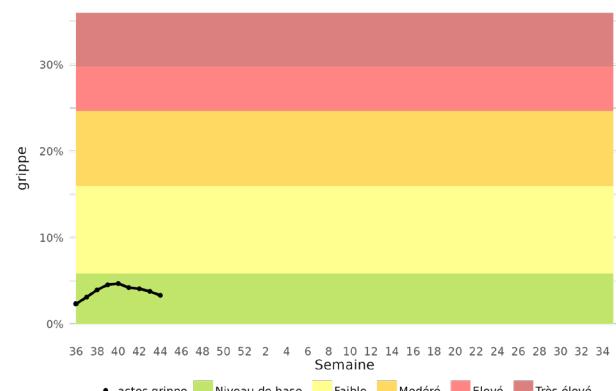
En semaine 44, la part d'activité pour grippe/syndrome grippal SOS Médecins était en niveau de base tous âges confondus et dans toutes les classes d'âge.

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



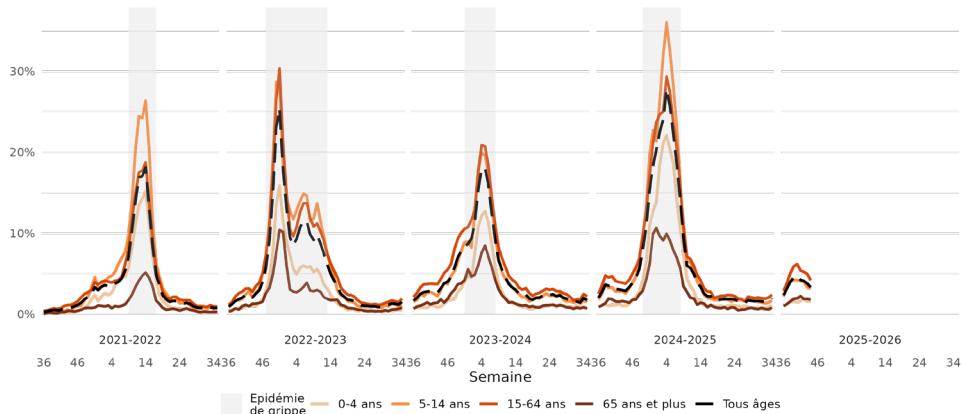
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins ;

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



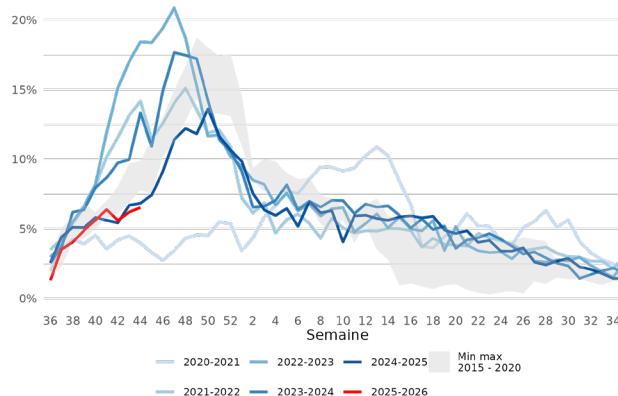
Source : SOS Médecins

Bronchiolite

En semaine 44, parmi les 2 742 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 1 an, 179 actes (6,5%) étaient liés à la bronchiolite.

La part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins augmentait et restait à un niveau de base en semaine 44 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



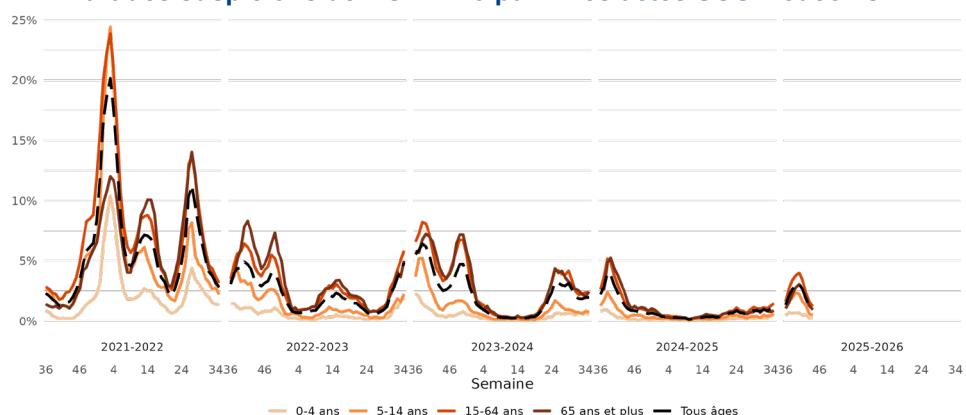
Source : SOS Médecins. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

En semaine 44, 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 15 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 10-19] (données non consolidées) vs 20 [14-25] en S43.

La part des actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était stable chez les 0-4 ans (33 actes, soit 0,2% vs 0,2% en S43) et en diminution dans les autres classes d'âge. Chez les 65 ans et plus 102 actes ont été enregistrés, soit 1,0% (vs 1,3% en S43), 586 actes chez les 15-64 ans, soit 1,2% (vs 1,6% en S43) et 38 actes chez les 5-14 ans, soit 0,5% (vs 0,6% en S43).

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



Source : SOS Médecins

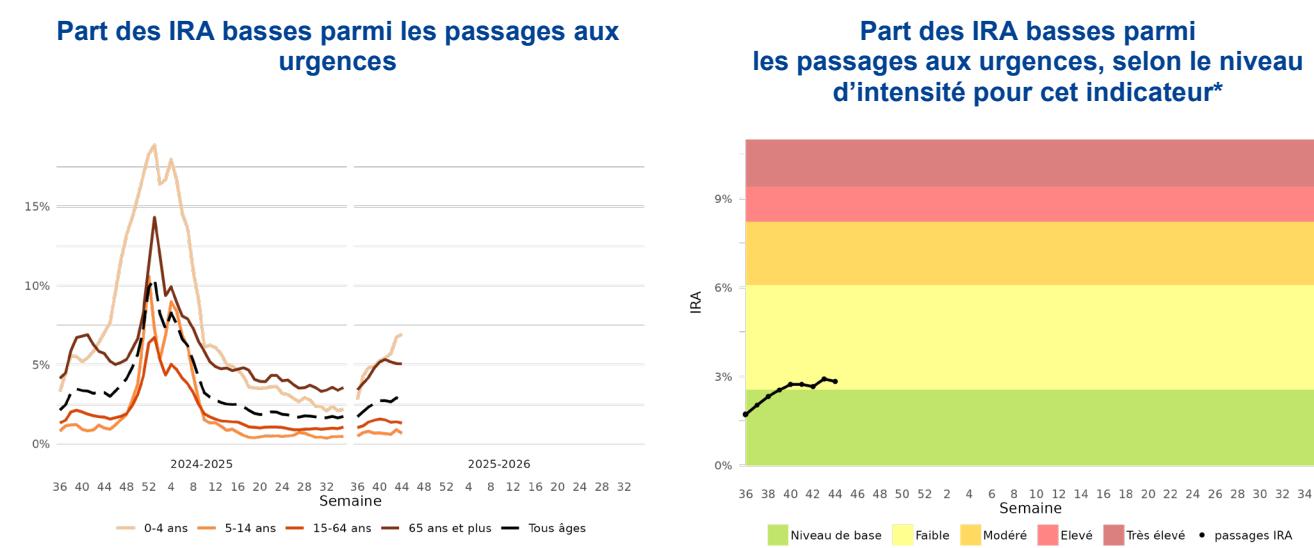
Milieu hospitalier

En semaine 44, 9 546 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 2,8% de l'ensemble des passages tous âges (vs 2,9% en S43). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 4 363, soit 6,3% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 6,2% en S43). La part des IRA parmi les passages aux urgences était à un niveau d'intensité faible tous âges confondus.

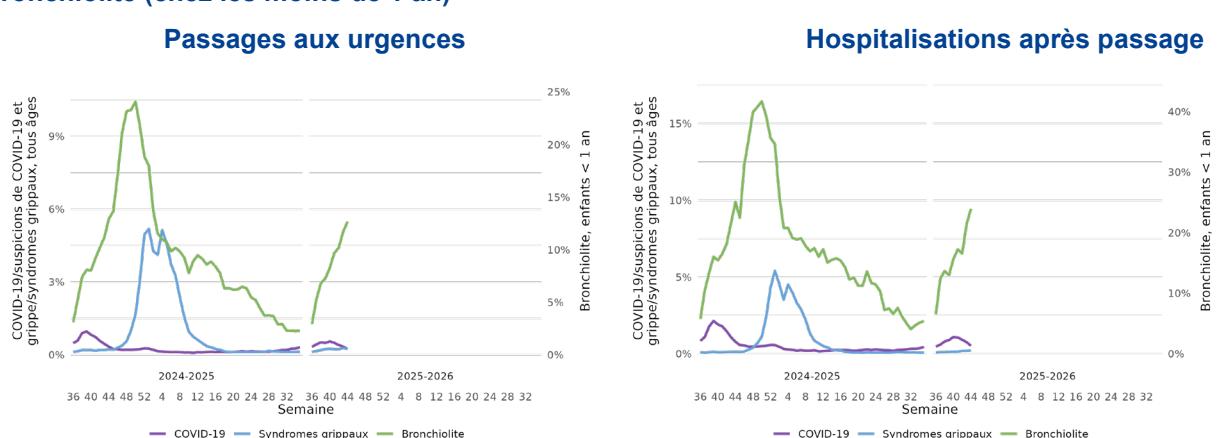
Le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal était de 840, soit 0,2% des passages (vs 0,3% en S43). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 140, soit 0,2% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,2% en S43).

Chez les moins d'un an, 1 573 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 12,7% des passages dans cette classe d'âge (vs 11,7% en S43). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 509, soit 24,0% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 21,4% en S43).

En semaine 44, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 809, soit 0,2% de l'ensemble des passages (vs 0,3% en S43). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 361, soit 0,5% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,8% en S43).



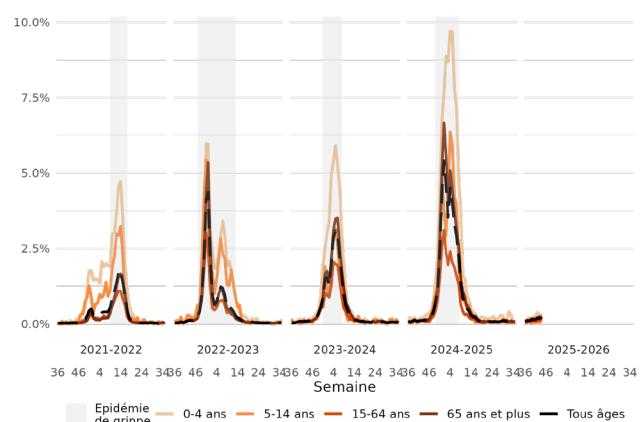
Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 et de la grippe/syndrome grippal (tous âges) et part de la bronchiolite (chez les moins de 1 an)



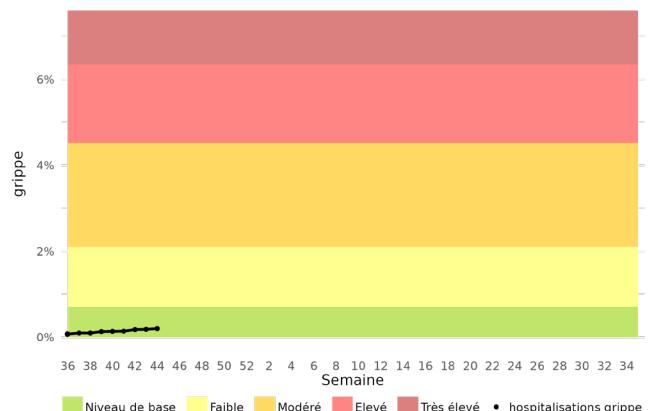
Grippe

En semaine 44, 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



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



Bronchiolite

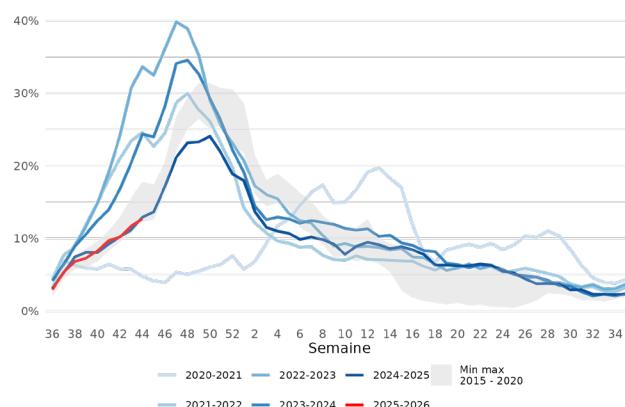
En semaine 44, chez les moins de 1 an, la bronchiolite concernait 12,7% des passages aux urgences et 24,0% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 1 573 enfants de moins de 1 an vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 44, 509 (32,4%) ont été hospitalisés.

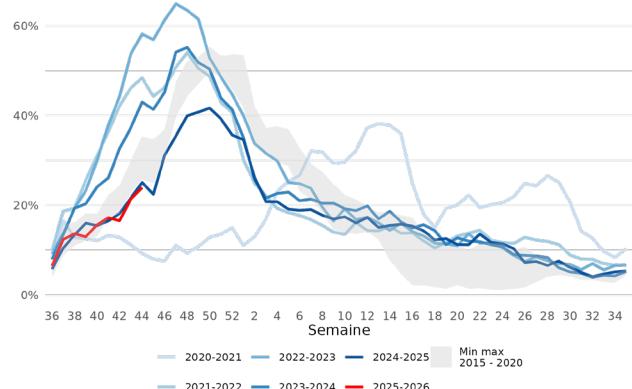
La part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences augmentait et restait encore à un niveau de base en semaine 44 à l'hôpital.

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

Passages aux urgences

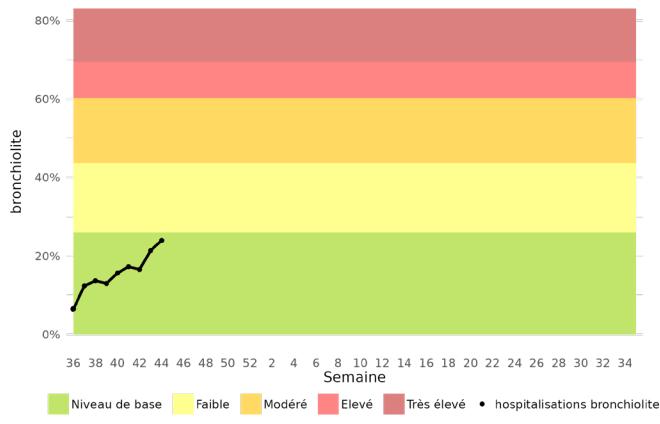


Hospitalisations après passage



Une analyse détaillée chez les moins d'un an est disponible [ici](#)

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*



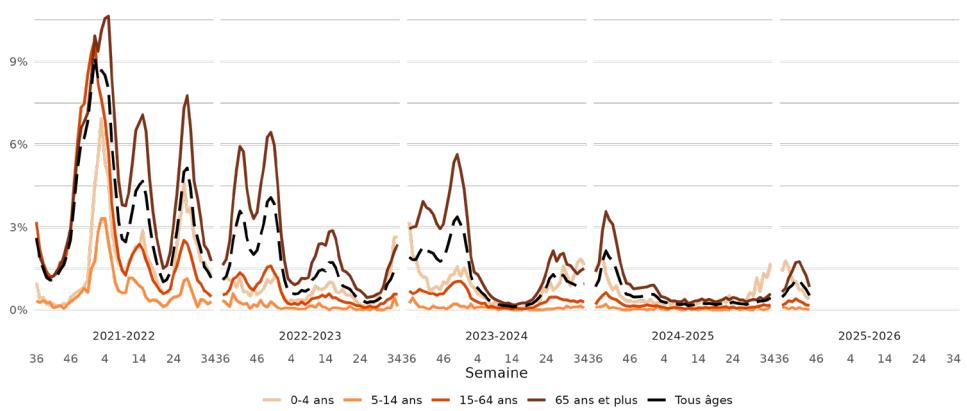
Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

La part des hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 était en diminution chez les 65 ans et plus (298 hospitalisations, soit 0,8% vs 1,3% en S43) et globalement stable dans les autres classes d'âge. Chez les 15-64 ans, 45 hospitalisations ont été enregistrées, soit 0,2% (vs 0,2% en S43), chez les 5-14 ans, aucune hospitalisation n'a été enregistrée et chez les 0-4 ans, 18 hospitalisations soit 0,4% (vs 0,5% en S43).

Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 15 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S44, soit 0,5% (vs 0,1% en S43).

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



Source : réseau OSCOUR®

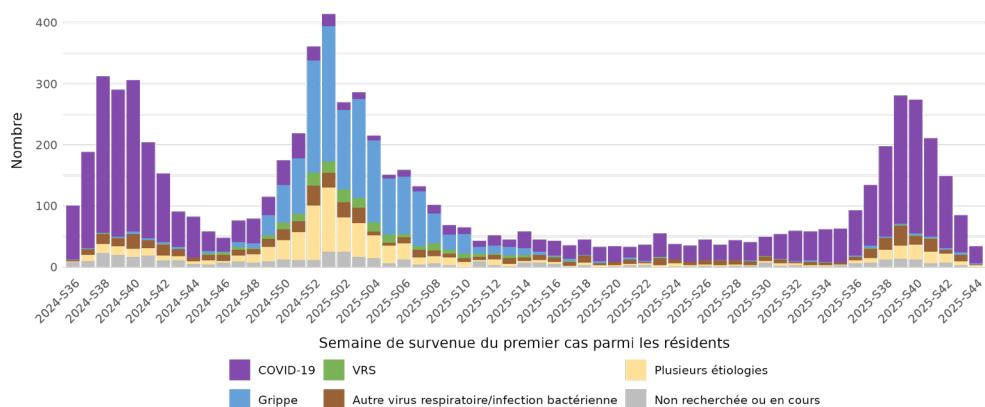
Établissements médico-sociaux

Depuis la semaine 40, 753 épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) sont survenus dans les établissements médico-sociaux (EMS) et ont été déclarés via le portail national des signalements du ministère de la Santé et de la Prévention*, dont 698 (93%) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Parmi l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 724 (96%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 587 (81%) étaient exclusivement attribués à la COVID-19, 15 (2%) exclusivement à la grippe et 2 exclusivement au VRS. Le VRS était seul ou associé à un autre pathogène dans 12 épisodes (2%). Le nombre hebdomadaire de clusters observés dans les EMS diminuait pour la 3^e semaine consécutive. Les données des dernières semaines ne sont toutefois pas consolidées.

Un total de 85 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 43 (données non consolidées) vs 149 en S42. Parmi eux, 4 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 3 en S42), aucun attribué exclusivement à une infection à VRS (vs 0 en S42) et 61 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 118 en S42).

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



S44 et S43 : données non consolidées

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

Surveillance virologique

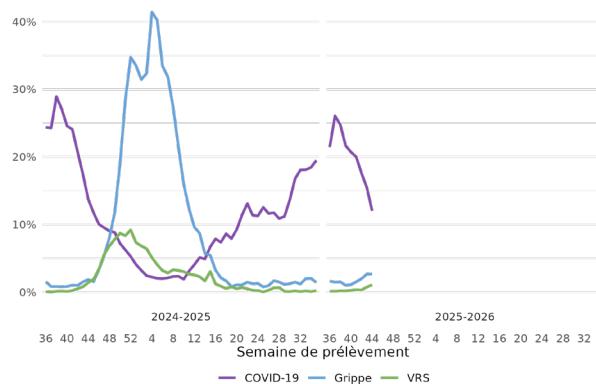
En semaine 44, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 2,7% (97/3 594) pour les virus grippaux (vs 2,7% en S43), 1,1% (39/3 592) pour le VRS (vs 0,8% en S43), 12,0% (432/3 594) pour le SARS-CoV-2 (vs 15,5% en S43).

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 3,6% (3/83) pour les virus grippaux (vs 1,7% en S43), 10,8% (9/83) pour le VRS (vs 4,3% en S43), 18,1% (15/83) pour le SARS-CoV-2 (vs 17,4% en S43) et 21,7% (18/83) pour le rhinovirus (vs 30,7% en S43).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 0,8% (49/5 986) pour les virus grippaux (vs 1,6% en S43), 2,1% (124/5 912) pour le VRS (vs 2,0% en S43), 6,9% (449/6 480) pour le SARS-CoV-2 (vs 8,3% en S43) et 21,6% (663/3 070) pour le rhinovirus (vs 21,8% en S43).

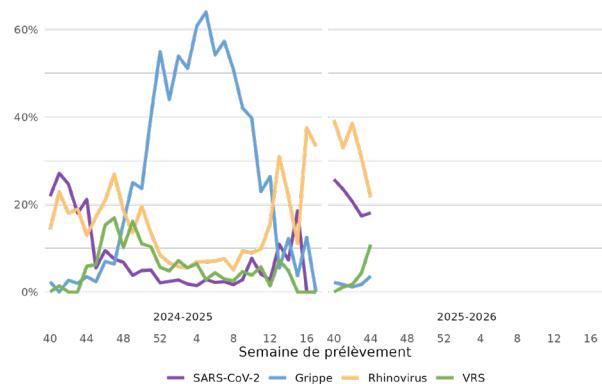
Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale

Laboratoires de biologie médicale en ville



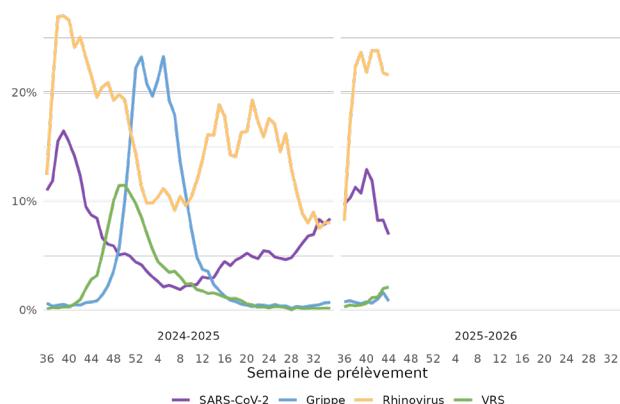
Source : réseau RELAB, CNR-VIR

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

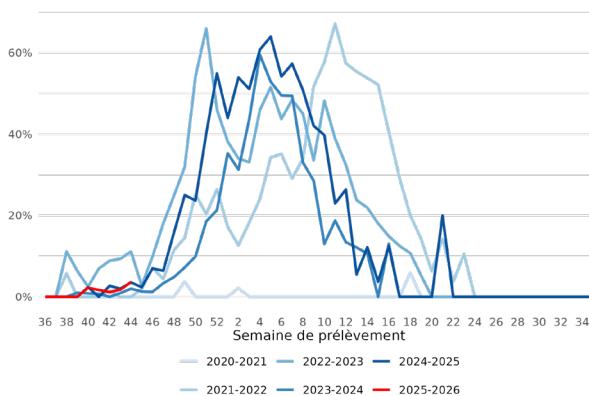
En semaine 44, le taux de positivité était en médecine de ville de 3,6% avec un faible nombre de prélèvements (3/83 prélèvements). À l'hôpital le taux de positivité était de 0,8% à un niveau habituellement observé à cette période de l'année.

Depuis la semaine 40, en médecine de ville, sur les 687 prélèvements analysés, 13 se sont avérés positifs pour la grippe (taux de positivité (1,9%)) : tous les virus étaient des virus de type A : 8 A(H1N1)_{pdm09}, 3 A(H3N2) et 2 A non sous-typés.

À l'hôpital (réseau RENAL/CNR), parmi les 45 219 prélèvements testés depuis la semaine 40, 440 se sont avérés positifs pour un virus grippal (1,0%), une majorité de virus de type A : 321 virus de type A non sous-typés, 68 A(H1N1)_{pdm09}, 38 A(H3N2) et 13 virus B.

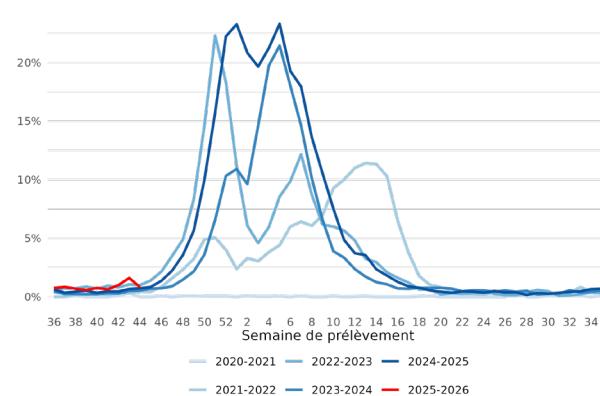
Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale

Médecine de ville



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

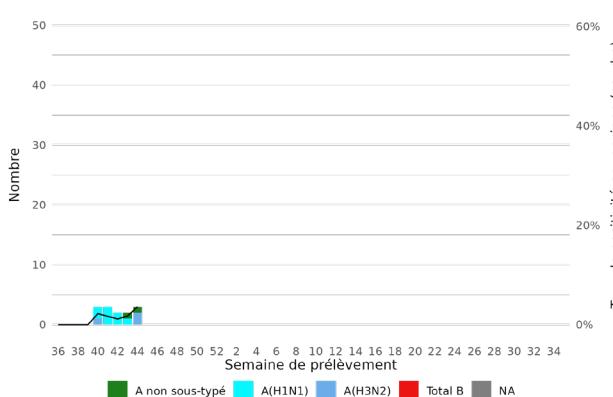
Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

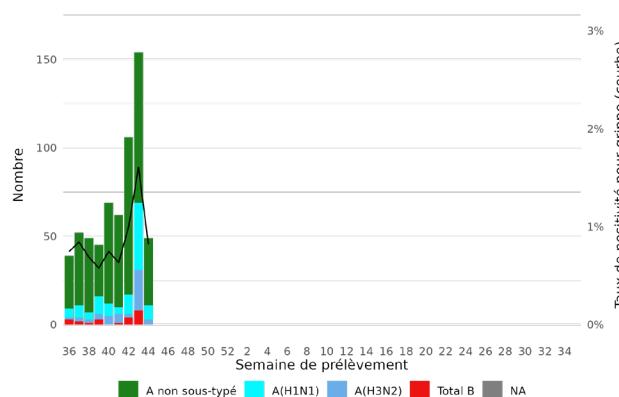
Distribution des types et sous-types de virus grippaux des prélèvements réalisés en France hexagonale

Médecine de ville



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

Hôpital



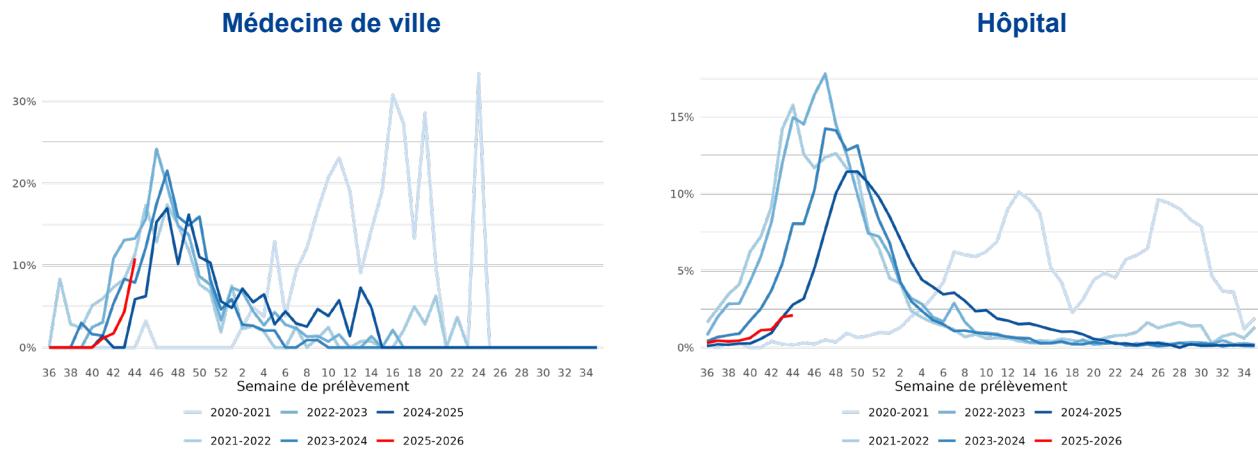
Source : réseau RENAL, CNR-VIR

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 44, parmi les 83 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en médecine de ville pour le VRS, 9 (10,8%) étaient positifs pour le VRS. Parmi les 5 912 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 124 (2,1%) 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

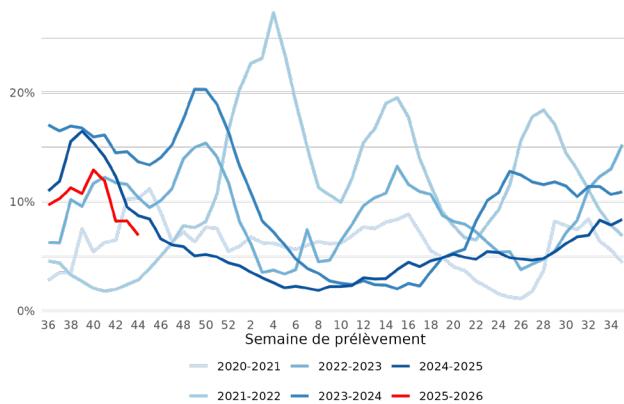
* Prélèvements tous âges. Les proportions sont rapportées aux nombres de prélèvements pour lesquels le pathogène a été testé, tous symptômes confondus

Source : réseau RENAL, CNR-VIR

SARS-CoV-2

En semaine 44, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 6,9% (449/6 480) pour le SARS-CoV-2 (vs 8,3% en S43).

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

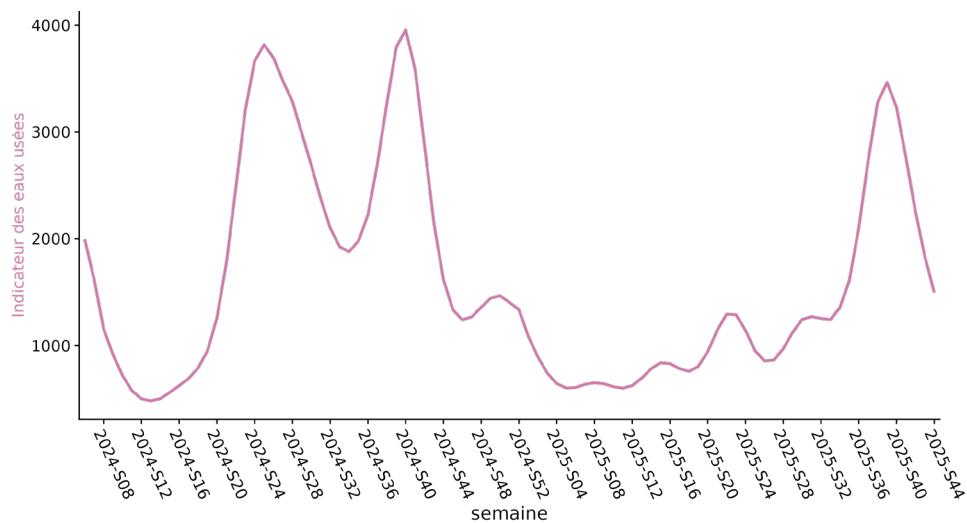


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Surveillance dans les eaux usées

En semaine 44, l'indicateur de la circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées sur l'ensemble des sites suivis (54 stations avec des données interprétables) continuait à diminuer (-18,5%).

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](#))

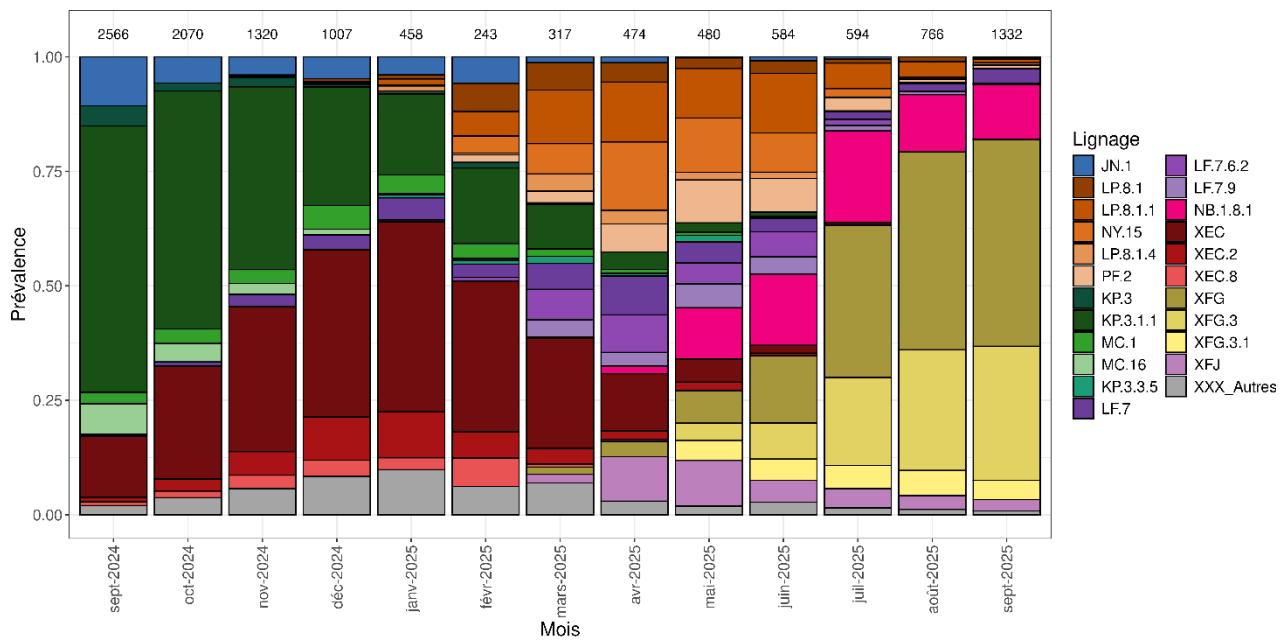
Surveillance génomique

Dans l'Hexagone, en septembre, le lignage XFG (recombinant LF.7/LP.8.1.2) est le plus fréquemment détecté, avec une proportion de 45,2% (602/1 332) sans ses sous-lignages, suivi de XFG.3 avec une proportion de 29,3% (390/1 332), puis de NB.1.8.1 (descendant de XDV) avec une proportion de 11,9% (159/1 332) et devant XFG.3.1 qui représentait 4,2% (56/1 332) des séquences détectées.

Au total, sur le dernier mois analysé, les lignages XFG et NB.1.8.1 accompagnés de l'ensemble de leurs sous lignages (incluant ceux présents à plus de 5% sur la figure), représentaient respectivement 78,7% (1 048/1 332) et 11,9% (159/1 332) de l'ensemble des séquences détectées dans l'Hexagone.

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 : dernière mise à jour en semaine 42

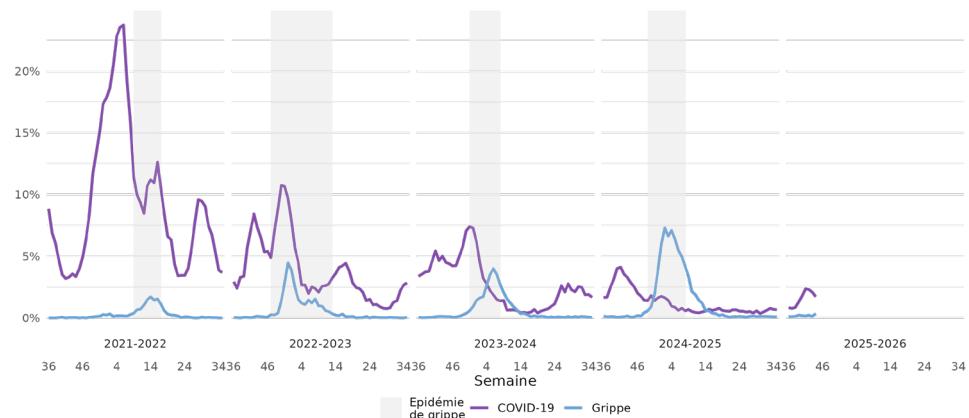
Mortalité

Certification électronique

En semaine 44, parmi les 6 885 décès déclarés par certificat électronique, 0,3% l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (vs 0,1% en S43). La COVID-19 était mentionnée dans 1,7% des décès (118 décès vs 145 décès, soit 2,1% en S43).

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

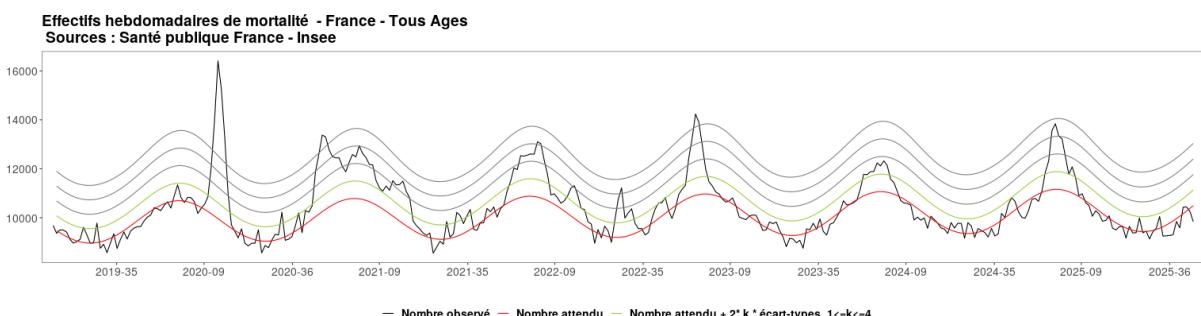


Source : Inserm-CépiDc ; Traitement : Santé publique France

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 S43.

Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges, 2018 à 2025 (jusqu'en semaine 43)



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 le 14 octobre 2025 dans l'Hexagone, en Guadeloupe, à la Martinique et en Guyane.

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,
- 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^{er} août 2025 en Guyane, le 1^{er} septembre 2025 en France hexagonale, à la Réunion, en Martinique, en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélémy et le 1^{er} 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^e et la 36^e 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).

Vaccination contre les 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 des 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).

Gestes barrières

En complément des vaccinations et des traitements préventifs existants, l'adoption des gestes barrières reste indispensable pour se protéger et protéger son entourage de l'ensemble des maladies de l'hiver :

- Mettre un masque dès les premiers symptômes (fièvre, nez qui coule ou toux), dans les lieux fréquentés ou en présence de personnes fragiles.
- Se laver correctement et régulièrement les mains.
- Aérer régulièrement les pièces.

Depuis le 25 octobre 2025, Santé publique France, aux côtés du ministère chargé de la santé et de l'Assurance maladie, diffuse une campagne visant à encourager l'adoption de ces trois gestes barrière.



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](#)

Équipe de rédaction

Sibylle Bernard-Stoecklin, Christine Campèse, Bruno Coignard, Anne Fouillet, Anabelle Gilg Soit Ilg, Rémi Hanguéhard, 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 44 (27 octobre au 2 novembre 2025). Saint-Maurice : Santé publique France, 20 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Date de publication : 5 novembre 2025

Contact : presse@santepubliquefrance.fr