

## Infections respiratoires aiguës

Semaine 46 (10 au 16 novembre 2025). Publication : 19 novembre 2025

ÉDITION NATIONALE

### Tendances de la semaine

**Infections respiratoires aiguës (IRA).** Activité globalement stable tous âges confondus mais en augmentation chez les moins de 15 ans.

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

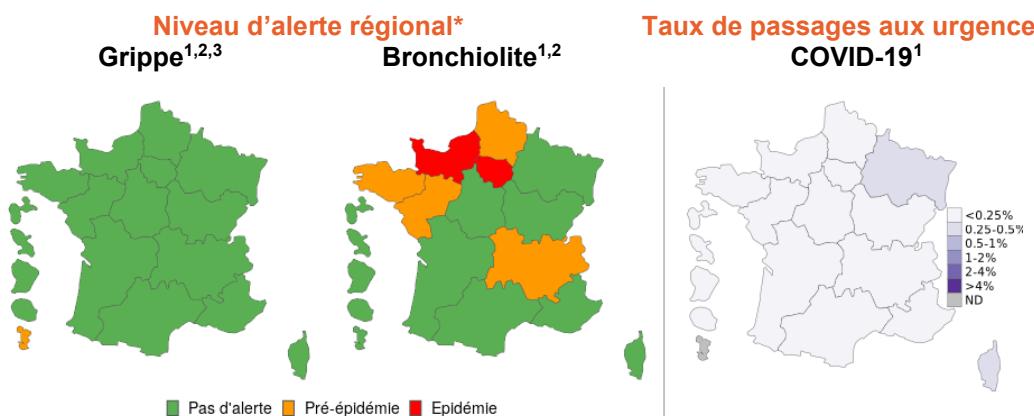
**Bronchiolite.** Indicateurs syndromiques en augmentation. Phase épidémique en Île-de-France et en Normandie. Phase pré-épidémique en Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Hauts de France et Pays de la Loire.

**COVID-19.** Activité syndromique et virologique globalement en diminution en ville et à l'hôpital. Poursuite de la diminution 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	
	S46	S46 vs S45	S46	S46 vs S45	S46	S46 vs S45	S46	S46 vs S45
Actes médicaux SOS Médecins	10,4%	+0,7 pt	3,9%	+0,2 pt	8,5%	+2,2 pt	0,6%	-0,2 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	2,7%	+0,3 pt	0,3%	+0,1 pt	14,1%	+2,1 pt	0,1%	0 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	5,6%	+0,1 pt	0,2%	0 pt	24,4%	+2,3 pt	0,3%	-0,1 pt

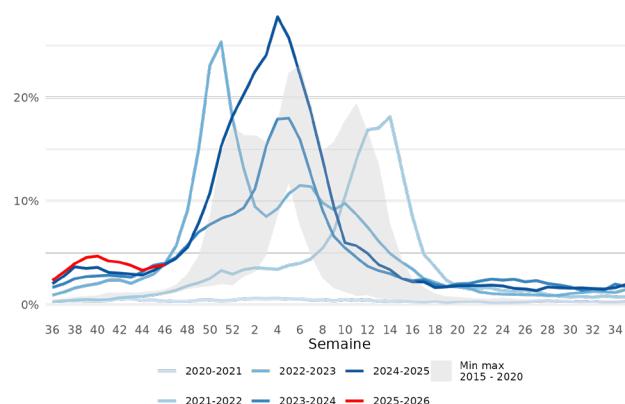


\* Méthodologie en annexe. Antilles, Guyane : niveau d'alerte pour S45. \*\* Données non disponibles pour Mayotte.

Source : <sup>1</sup> réseau OSCOUR®, <sup>2</sup> SOS Médecins, <sup>3</sup> réseau Sentinelles

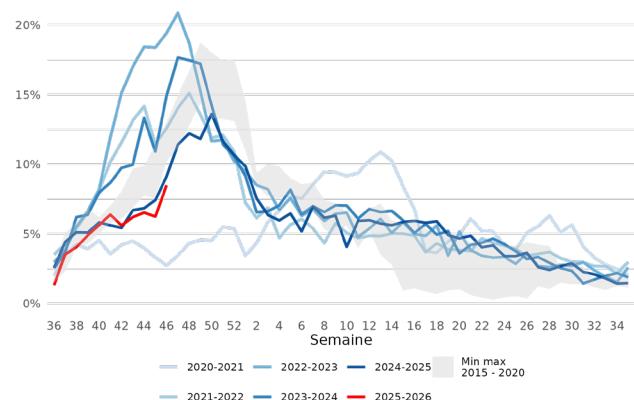
Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les bulletins régionaux de Santé publique France.

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



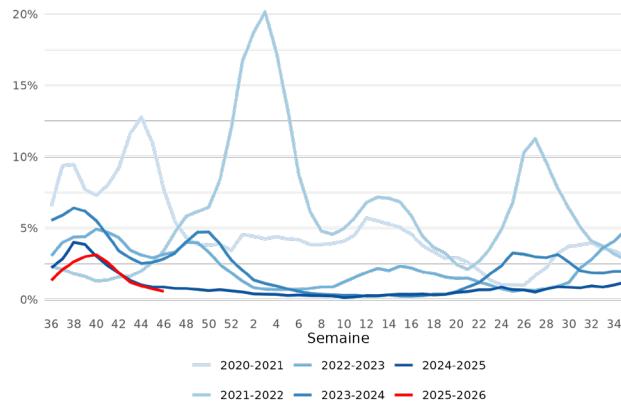
Source : SOS Médecins

### 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	
	S46	S46 vs S45	S46	S46 vs S45	S46	S46 vs S45
<strong>Taux de positivité des prélèvements</strong>						
Laboratoires de ville <sup>1,2</sup>	6,5%	+2,8 pt	2,4%	+0,5 pt	8,4%	-0,5 pt
Médecine de ville <sup>1,3,*</sup>	8,1%	+0,9 pt	14,9%	+10,5 pt	8,1%	+0,1 pt
Milieu hospitalier <sup>1,4</sup>	1,9%	+0,7 pt	5,4%	+2,2 pt	4,6%	-0,9 pt
Surveillance dans les eaux usées <sup>5,**</sup>					678	-29,8%

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 46, les indicateurs infections respiratoires aiguës (IRA) étaient globalement stables en ville et à l'hôpital tous âges confondus mais en augmentation chez les enfants, en lien avec la circulation du VRS et des virus grippaux dans cette population. Les rhinovirus continuent de circuler dans l'Hexagone.

Les indicateurs syndromiques liés à la bronchiolite augmentaient en ville et à l'hôpital. Les niveaux étaient proches de ceux observés la saison précédente à la même période. Dans l'Hexagone, l'Île-de-France était en épidémie depuis la semaine 43. La Normandie passait en épidémie et les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Hauts-de-France et Pays de la Loire en pré-épidémie. 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) tous âges était en augmentation dans les prélèvements naso-pharyngés réalisés par les laboratoires de biologie médicale en ville et en médecine ambulatoire. Le taux de détection du VRS dans les prélèvements naso-pharyngés tous âges augmentait à l'hôpital.

Les indicateurs de la grippe étaient à leur niveau de base dans toutes les régions de l'Hexagone en semaine 46. Cependant, une légère augmentation des indicateurs était observée en ville, plus particulièrement chez les 0-18 ans. Le taux de positivité était en nette augmentation et le plus élevé dans cette classe d'âge marquant un début de circulation des virus grippaux dans cette population. L'activité était également à son niveau de base dans les régions d'outre-mer excepté à Mayotte, qui est en phase pré-épidémique depuis la semaine 44.

La plupart des indicateurs de la COVID-19 en ville et à l'hôpital diminuaient. L'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées poursuivait sa baisse. La part des décès de COVID-19 certifiés électroniquement diminuait encore par rapport à la semaine précédente.

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.

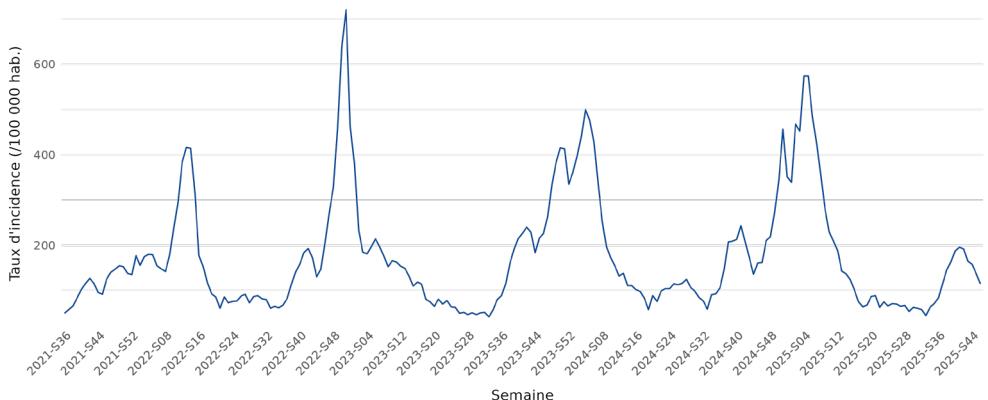
La campagne de vaccination contre la grippe et contre la COVID-19 est en cours depuis le 14 octobre 2025. Elle cible toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes à risque de forme grave, les femmes enceintes, les résidents en Ehpad (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) 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<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 des nourrissons par un anticorps monoclonal.

## Médecine de ville

En semaine 46, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 115 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 108 -121] (données non consolidées) vs 137 [130-144] en S45.

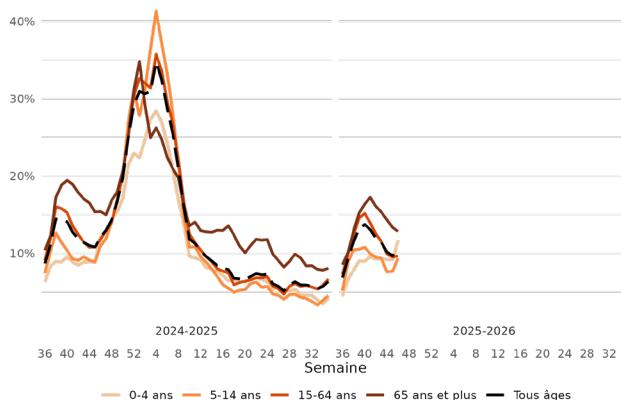
### Estimation de l'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale



Source : réseau Sentinelles, IQVIA.

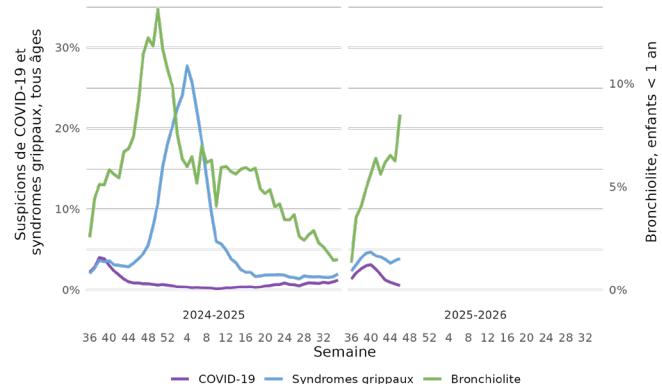
En semaine 46, 9 608 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 10,4% de l'ensemble des actes (vs 9,7% en S45). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 3 568, soit 3,9% (vs 3,6% en S45). Un total de 244 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins d'un an, soit 8,5% (vs 6,2% en S45) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 523, soit 0,6% des actes SOS Médecins (vs 0,7% en S45).

#### 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



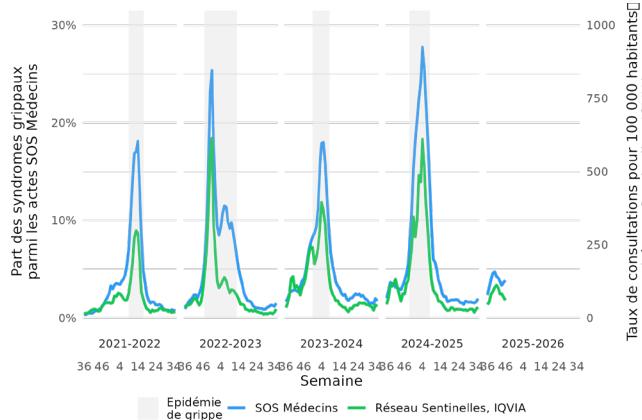
Source : SOS Médecins

## Grippe

En semaine 46, le taux de consultations tous âges confondus pour syndrome grippal estimé à partir des données du réseau Sentinelles et IQVIA était de 60 pour 100 000 habitants [IC95% : 55-65] (données non consolidées) vs 71 pour 100 000 habitants [66-76] en S45.

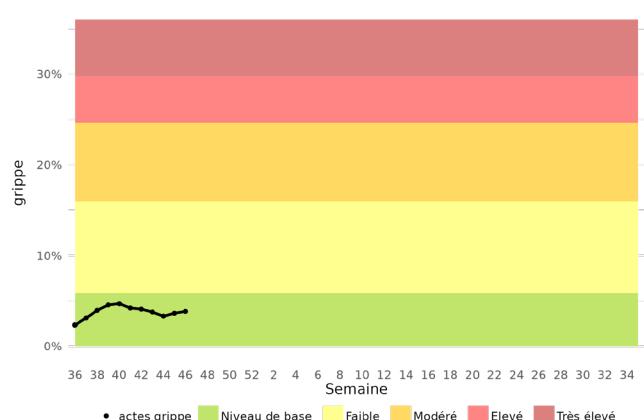
En semaine 46, la part d'activité pour grippe/syndrome grippal SOS Médecins était en légère augmentation tous âges confondus plus particulièrement chez les enfants. Le niveau d'activité demeurait à son niveau de base dans toutes les classes d'âge.

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



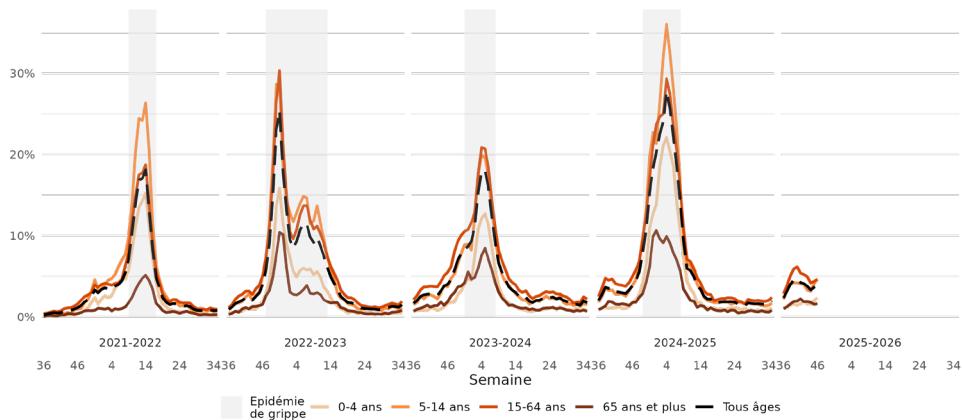
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins

### 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



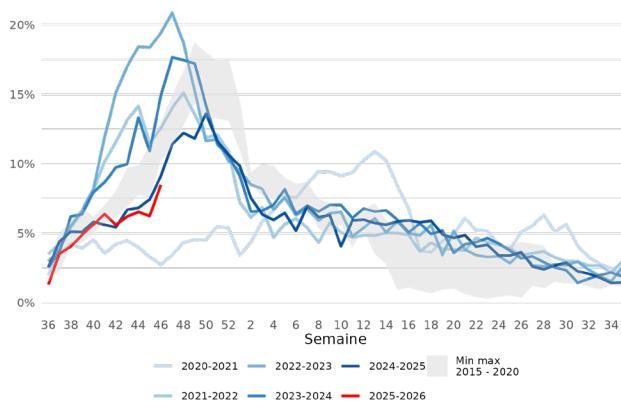
Source : SOS Médecins

## Bronchiolite

En semaine 46, parmi les 2 875 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 1 an, 244 actes (8,5%) étaient liés à la bronchiolite.

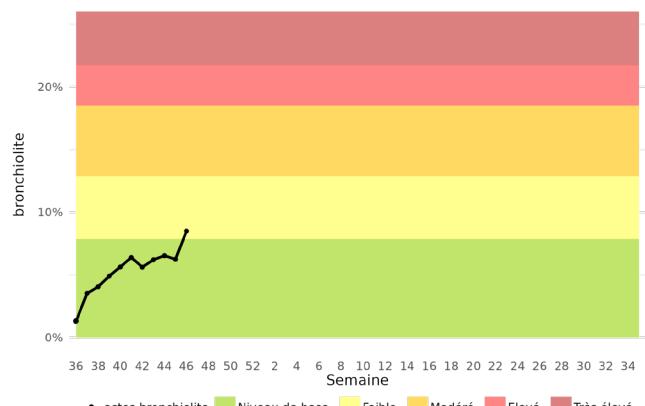
La part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins augmentait en semaine 46 en médecine de ville. Le niveau d'intensité de la part de la bronchiolite passait cette semaine du niveau de base à un niveau faible.

### 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



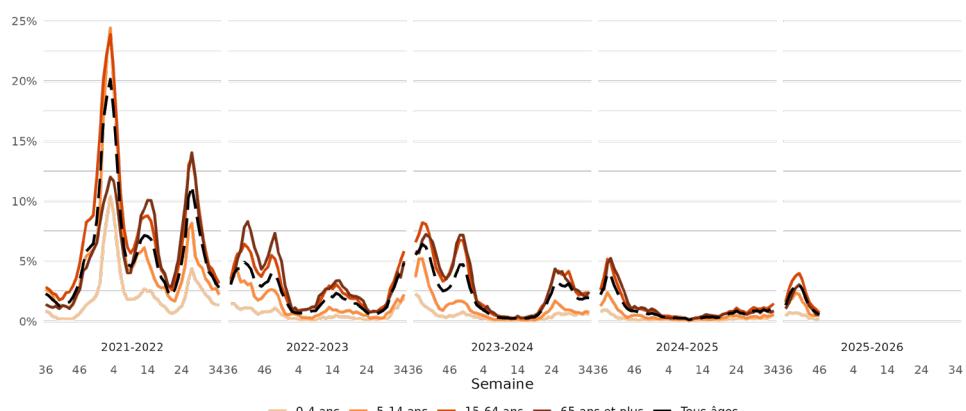
Source : SOS Médecins. \* Méthodologie en [annexe](#)

## COVID-19

En semaine 46, 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 6 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 4-9] (données non consolidées) vs 9 [7-11] en S45.

Parmi les actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 67 ont été enregistrés chez les 65 ans et plus, soit 0,6% des actes dans cette classe d'âge (vs 0,6% en S45). Chez les 15-64 ans, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était de 370, soit 0,7% (vs 1,0% en S45). Chez les 5-14 ans, ce nombre était de 54, soit 0,5% (vs 0,5% en S45). Chez les 0-4 ans, 31 actes pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés, soit 0,2% des actes médicaux dans cette classe d'âge (vs 0,1% en S45).

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



Source : SOS Médecins

## Milieu hospitalier

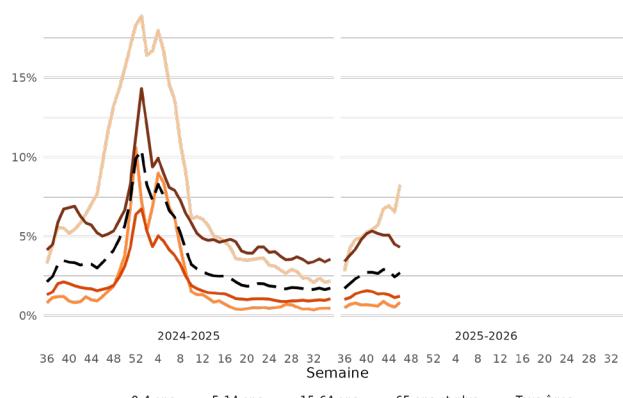
En semaine 46, 9 776 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 2,7% de l'ensemble des passages tous âges (vs 2,4% en S45). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 3 971, soit 5,6% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 5,5% en S45). La part des 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 1 205, soit 0,3% des passages (vs 0,3% en S45). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 169, soit 0,2% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,2% en S45).

Chez les moins d'un an, 1 736 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 14,1% des passages dans cette classe d'âge (vs 12,0% en S45). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 504, soit 24,4% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 22,1% en S45).

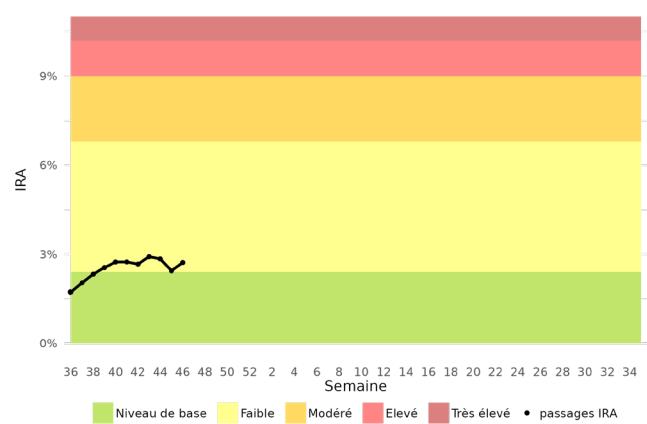
En semaine 46, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 528, soit 0,1% de l'ensemble des passages (vs 0,2% en S45). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 207, soit 0,3% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,4% en S45).

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



Source : réseau OSCOUR®

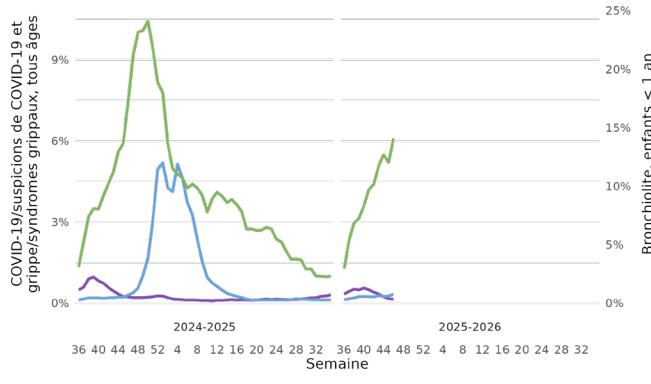
**Part des IRA basses parmi les passages aux urgences, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur\***



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

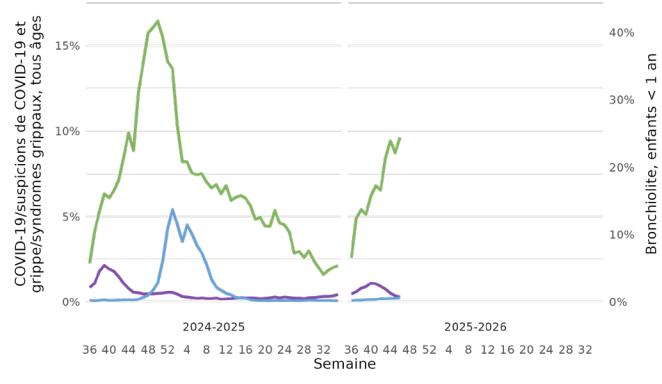
**Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 et de la grippe/syndrome grippal (tous âges) et part de la bronchiolite (chez les moins de 1 an)**

**Passages aux urgences**



Source : réseau OSCOUR®

**Hospitalisations après passage**

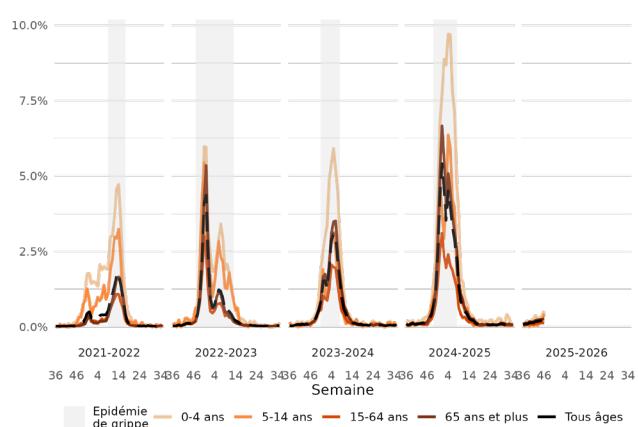


Source : réseau OSCOUR®

## Grippe

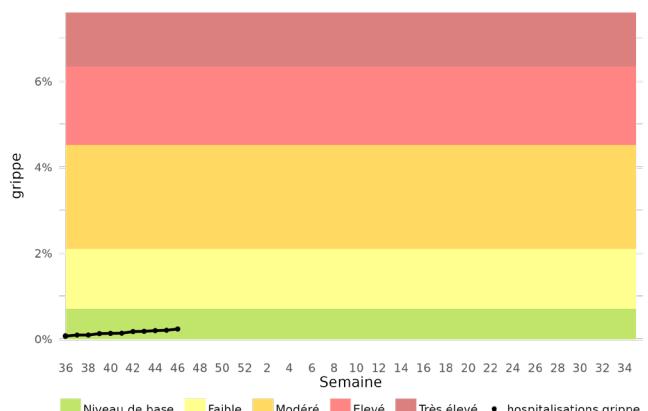
En semaine 46, la part de la grippe parmi les hospitalisations après passage aux urgences était à son niveau de base dans toutes les classes d'âge.

### 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

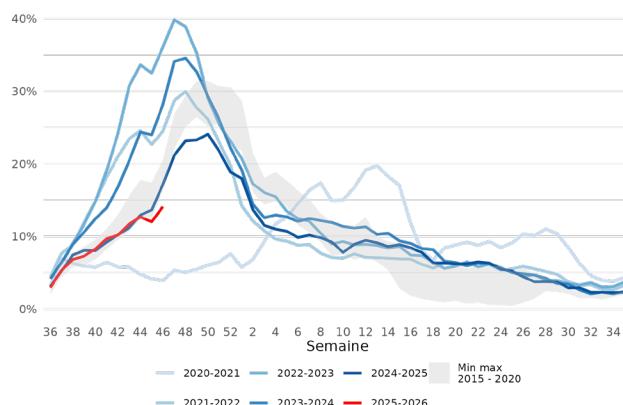
En semaine 46, chez les moins de 1 an, la bronchiolite concernait 14,1% des passages aux urgences et 24,4% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 1 736 enfants de moins de 1 an vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 46, 504 (29,0%) ont été hospitalisés.

La part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences augmentait en semaine 46 à l'hôpital. Le niveau d'intensité demeurait en niveau de base.

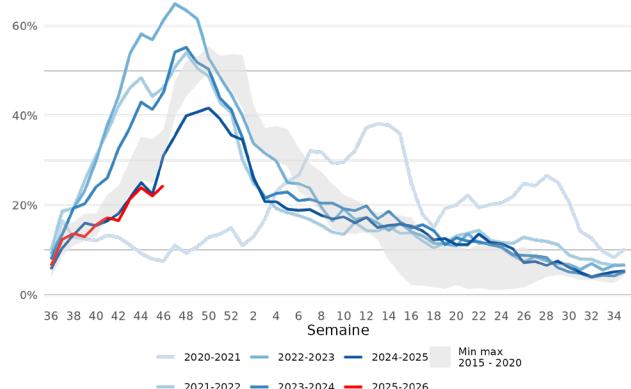
### Part de la bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an

#### Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

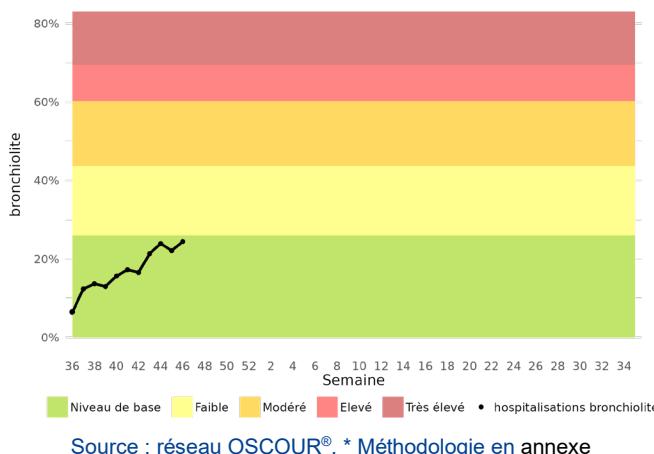
#### Hospitalisations après passage



Source : réseau OSCOUR®

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\*

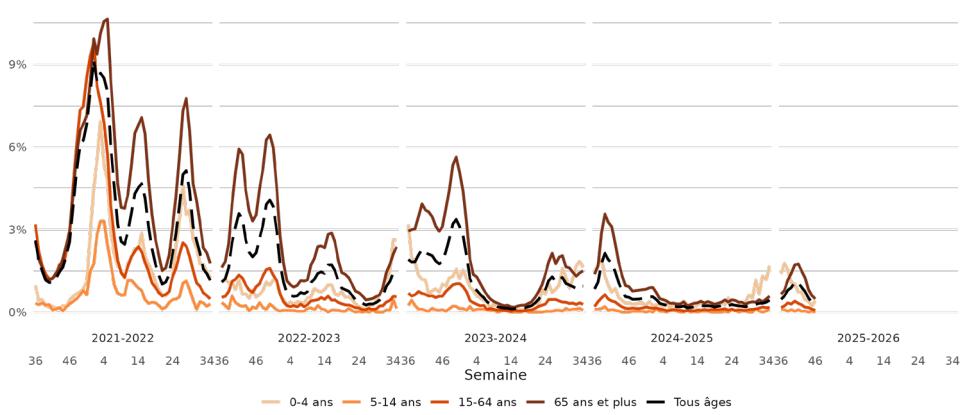


## COVID-19

La part des hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 était en diminution chez les 65 ans et plus (168 hospitalisations, soit 0,5% vs 0,6% en S45) et chez les 15-64 ans (18 hospitalisations, soit 0,1% (vs 0,1% en S45). Une légère augmentation était observée chez les 0-4 ans (21 hospitalisations, soit 0,4% vs 0,2% en S45). Chez les 5-14 ans, aucune hospitalisation n'a été enregistrée.

Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 5 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S46, soit 0,2% (vs 0,2% en S45).

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



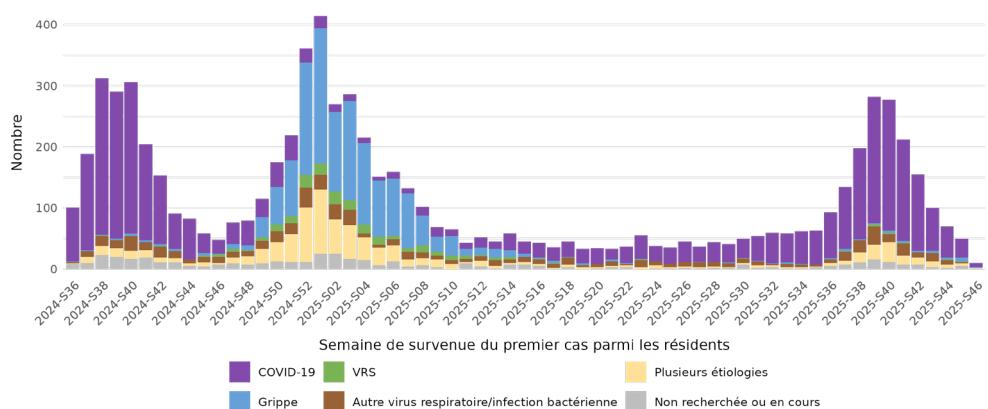
## Établissements médico-sociaux

Depuis la semaine 40, 874 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 815 (93%) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Parmi l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 837 (96%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 664 (79%) étaient exclusivement attribués à la COVID-19, 24 (3%) exclusivement à la grippe et 5 exclusivement au VRS (<1%). Le VRS était seul ou associé à un autre pathogène dans 14 épisodes (2%). Le nombre hebdomadaire de clusters observés dans les EMS diminuait pour la 5<sup>e</sup> semaine consécutive. Les données des dernières semaines ne sont toutefois pas consolidées.

Un total de 50 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 45 (données non consolidées) vs 70 en S44. Parmi eux, 6 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 3 en S44), 1 était attribué exclusivement à une infection à VRS (vs 1 en S44) et 31 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 51 en S44).

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



S46 et S45 : 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

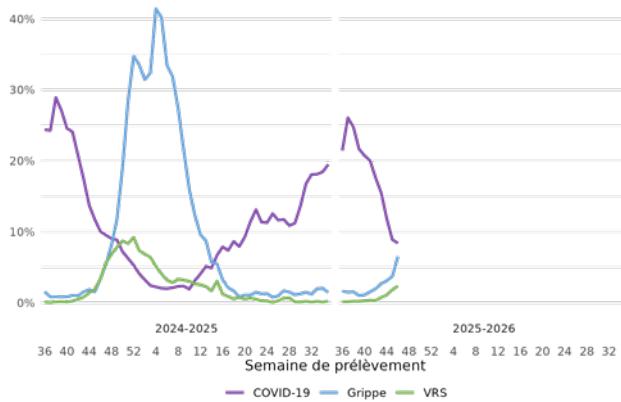
En semaine 46, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 6,5% (208/3 190) pour les virus grippaux (vs 3,7% en S45), 2,4% (75/3 187) pour le VRS (vs 1,8% en S45), 8,4% (267/3 180) pour le SARS-CoV-2 (vs 8,9% en S45).

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 8,1% (6/74) pour les virus grippaux (vs 7,2% en S45), 14,9% (11/74) pour le VRS (vs 4,3% en S45), 8,1% (6/74) pour le SARS-CoV-2 (vs 8,0% en S45) et 20,3% (15/74) pour le rhinovirus (vs 24,1% en S45).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 1,9% (104/5 587) pour les virus grippaux (vs 1,1% en S45), 5,4% (309/5 742) pour le VRS (vs 3,1% en S45), 4,6% (265/5 805) pour le SARS-CoV-2 (vs 5,5% en S45) et 18,9% (553/2 920) pour le rhinovirus (vs 17,8% en S45).

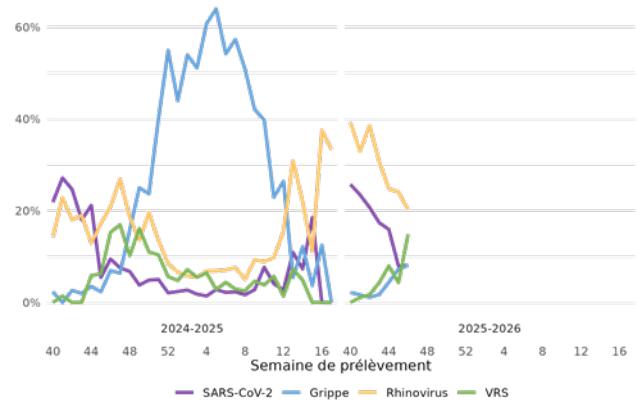
## Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale

## Laboratoires de biologie médicale en ville



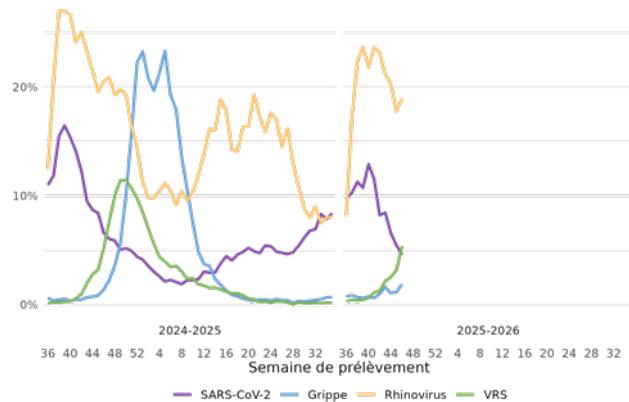
Source : réseau RELAB, CNR-VIR

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 46, le taux de positivité était de 8,1% (74 prélèvements) en médecine de ville et de 1,9% à l'hôpital, se situant à des niveaux habituellement observés à cette période de l'année.

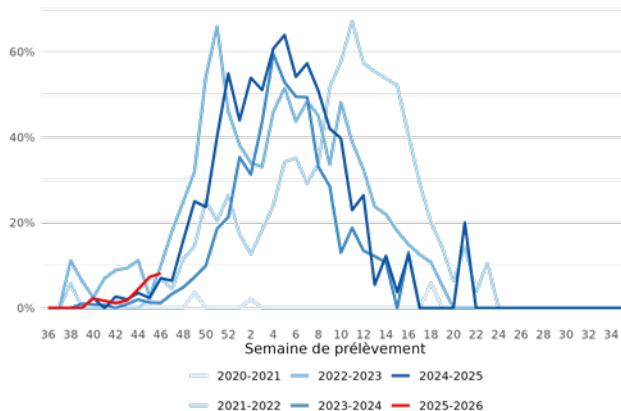
En laboratoires d'analyses médicales (réseau RELAB), le taux de positivité pour grippe était de 6,5% tous âges confondus, soit supérieur de 2,8 points à celui observé en S45/2025. Il était le plus élevé chez les enfants : 9,9% chez les 0-5 ans et 17,3 % chez les 6-18 ans.

Depuis la semaine 40, en médecine de ville, sur les 929 prélèvements analysés, 31 se sont avérés positifs pour la grippe (taux de positivité (3,3%)) : tous les virus étaient des virus de type A : 18 A(H1N1)<sub>pdm09</sub>, 5 A(H3N2) et 8 A non sous-typé.

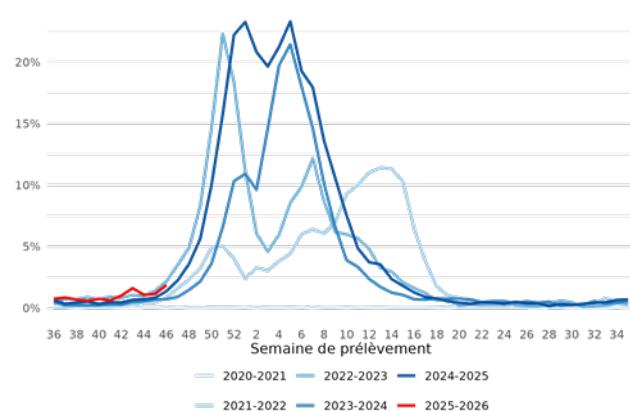
À l'hôpital (réseau RENAL/CNR), parmi les 66 137 prélèvements testés depuis la semaine 40, 728 se sont avérés positifs pour un virus grippal (1,1%), une majorité de virus de type A : 571 virus de type A non sous-typés, 95 A(H1N1)<sub>pdm09</sub>, 45 A(H3N2) et 16 virus de type B.

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

#### Médecine de ville



#### Hôpital

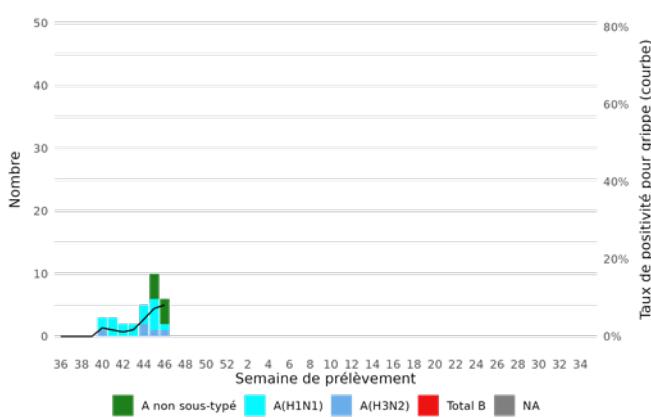


Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR

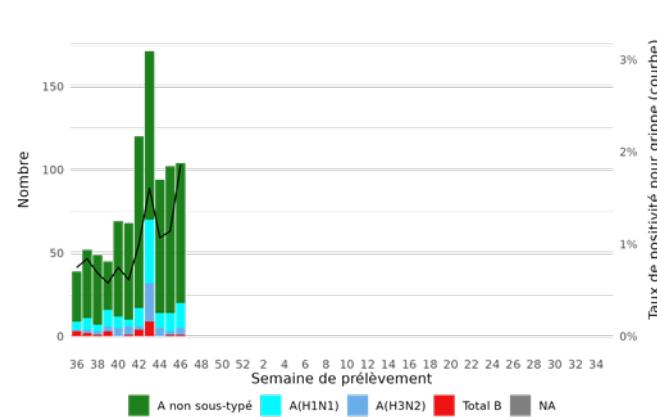
Source : réseau RENAL, CNR-VIR

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

#### Médecine de ville



#### Hôpital



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

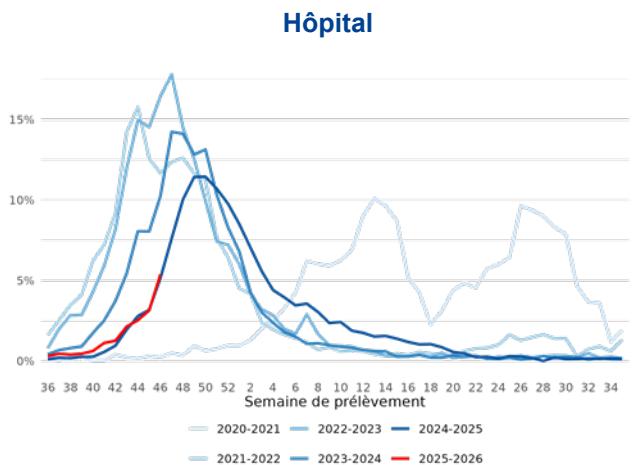
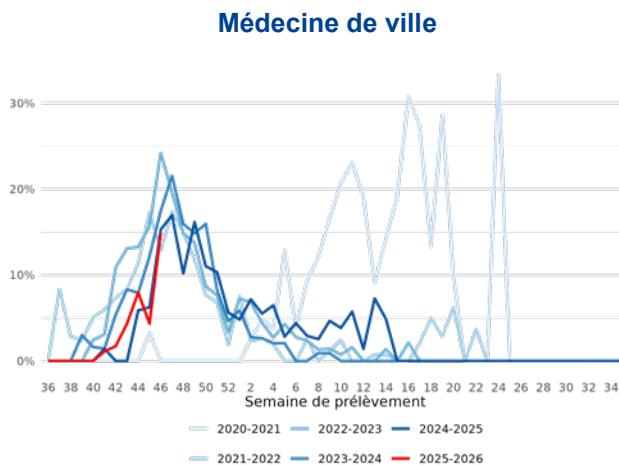
Source : réseau RENAL, CNR-VIR

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 46, parmi les 74 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, 11 (14,9%) étaient positifs pour le VRS. Parmi les 5 742 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 309 (5,4%) étaient positifs pour le VRS.

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



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

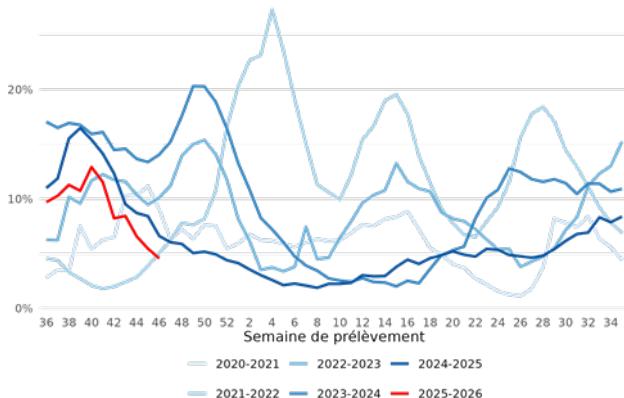
Source : réseau RENAL, CNR-VIR

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

## SARS-CoV-2

En semaine 46, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 4,6% (265/5 805) pour le SARS-CoV-2 (vs 5,5% en S45).

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

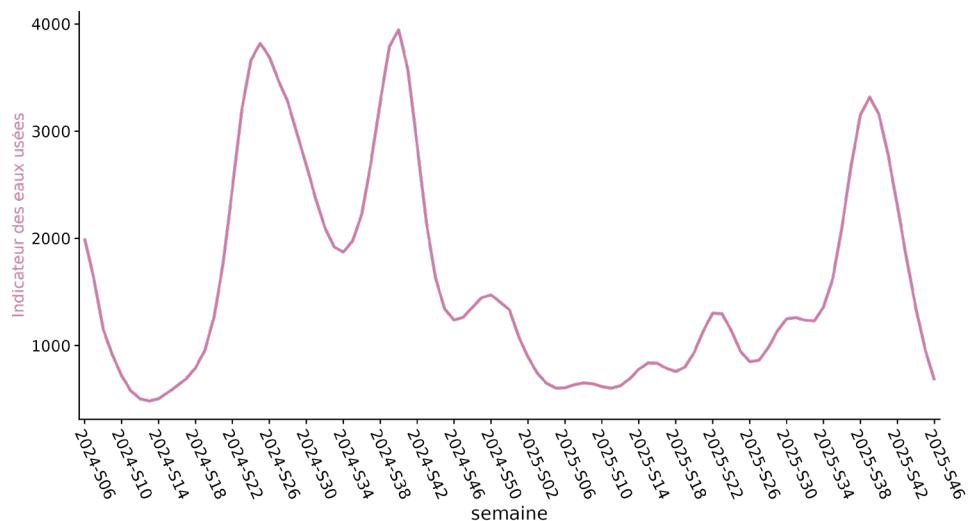


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

## Surveillance dans les eaux usées

La tendance à la baisse du niveau de SARS-CoV-2 dans les eaux usées se poursuit en semaine 46, l'intensité globale de circulation du virus atteignant un niveau très faible. 53 des 54 stations de traitement des eaux usées disposaient de données interprétables.

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



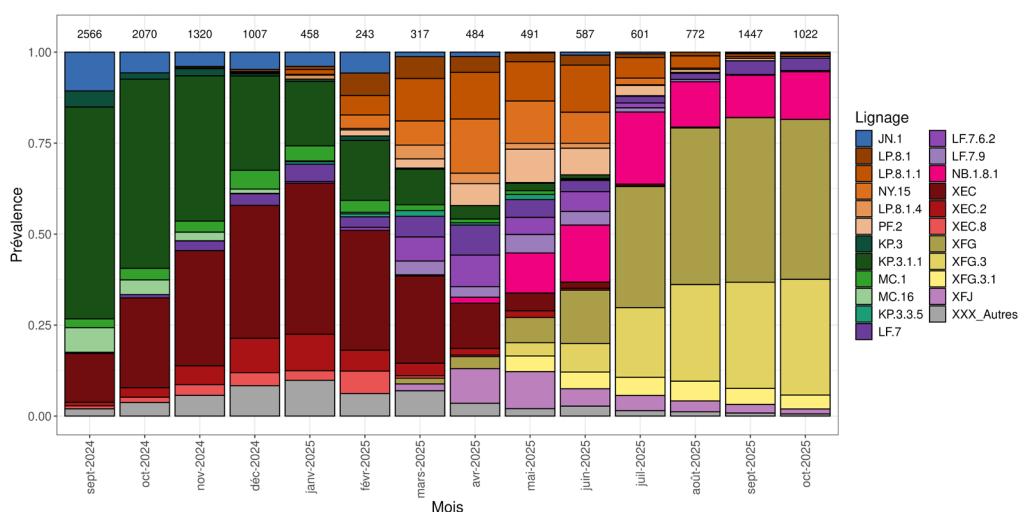
Source : SUM'Eau. Indicateur eaux usées : ratio de concentration virale de SARS-CoV-2 sur concentration en azote ammoniacal (Méthodologie en [annexe](#))

## Surveillance génomique

Dans l'Hexagone, en octobre, le lignage XFG (recombinant LF.7/LP.8.1.2) est le plus fréquemment détecté, avec une proportion de 43,9% (449/1022, en baisse) sans ses sous-lignages, suivi de XFG.3 avec une proportion de 31,8% (325/1022, en augmentation), puis de NB.1.8.1 (descendant de XDV) avec une proportion de 13,1% (134/1022, en augmentation) et devant XFG.3.1 qui représentait 3,8% (39/1022, en baisse) 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 79,5% (813/1022) et 13,1% (134/1022) 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

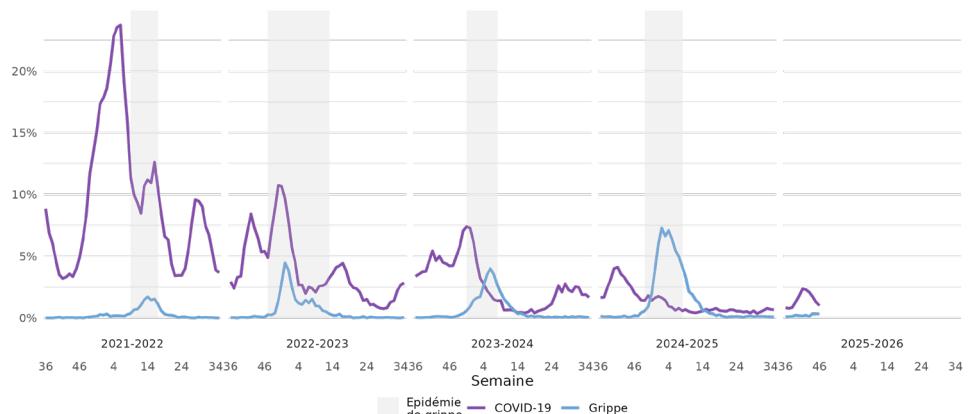
## Mortalité

### Certification électronique

En semaine 46, parmi les 6 867 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 0,3% en S45). La COVID-19 était mentionnée dans 1,0% des décès (vs 1,3% en S45).

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**

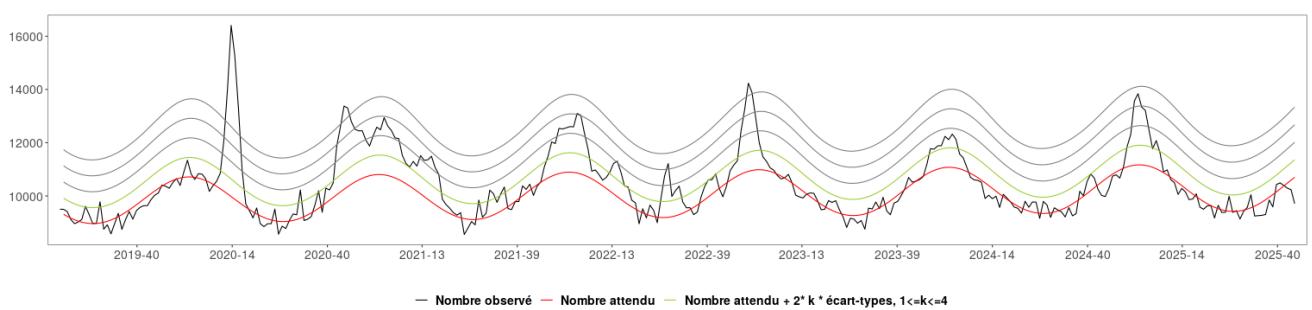


Source : Inserm-CépiDc ; Traitement : Santé publique France

### 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 S45.

**Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges, 2018 à 2025 (jusqu'en semaine 45)**



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<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 définition de 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 Hanguerard, Frédéric Jourdain, Anna Maisa, Damien Mouly, Harold Noël, Isabelle Parent du Châtelet, Florian Ruiz, 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 46 (10 au 16 novembre 2025). Saint-Maurice : Santé publique France, 20 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Date de publication : 19 novembre 2025

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