

Infections respiratoires aiguës

Semaine 48 (24 au 30 novembre 2025). Publication : 3 décembre 2025

ÉDITION NATIONALE

Tendances de la semaine

Infections respiratoires aiguës (IRA). Activité en nette augmentation dans toutes les classes d'âge.

Grippe. Nette augmentation des indicateurs grippe dans toutes les classes d'âge. Passage de l'Île-de-France, Normandie et Nouvelle-Aquitaine en épidémie. Toutes les autres régions hexagonales en pré-épidémie, excepté la Corse. Mayotte en épidémie depuis S47.

Bronchiolite. Indicateurs syndromiques en augmentation. Douze régions en épidémie dans l'Hexagone. Phase pré-épidémique en Guadeloupe et Martinique.

COVID-19. Indicateurs syndromiques globalement stables et à des niveaux faibles. Légère tendance à la hausse mais à un niveau faible de l'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées.

Indicateurs clés

Indicateurs syndromiques

Part de la pathologie parmi	IRA basses		Syndrome grippal		Bronchiolite (moins d'un an)		COVID-19	
	S48	S48 vs S47	S48	S48 vs S47	S48	S48 vs S47	S48	S48 vs S47
Actes médicaux SOS Médecins	14,1%	+2,4 pt	6,9%	+2 pt	11,4%	+2,4 pt	0,5%	0 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	3,8%	+0,7 pt	0,8%	+0,4 pt	21,3%	+2,8 pt	0,1%	0 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	7,2%	+1,2 pt	0,7%	+0,3 pt	36,5%	+4,3 pt	0,3%	0 pt

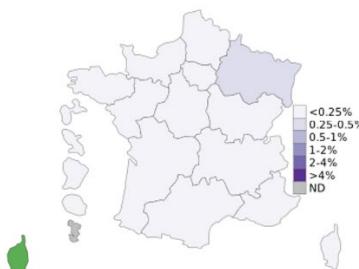
Niveau d'alerte régional* Grippe^{1,2,3}



Bronchiolite^{1,2}



Taux de passages aux urgences** COVID-19¹

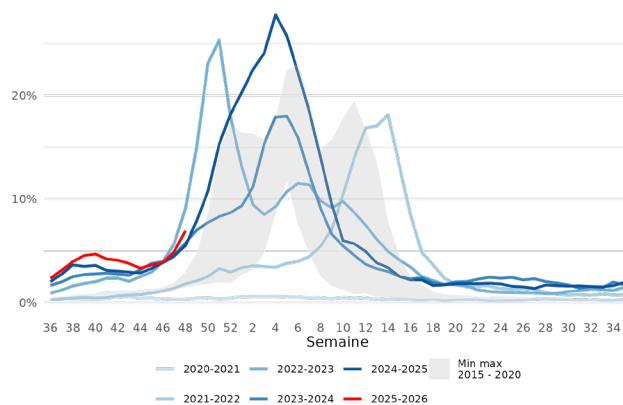


* Méthodologie en [annexe](#). Antilles, Guyane : niveau d'alerte pour S47. ** Données non disponibles pour Mayotte.

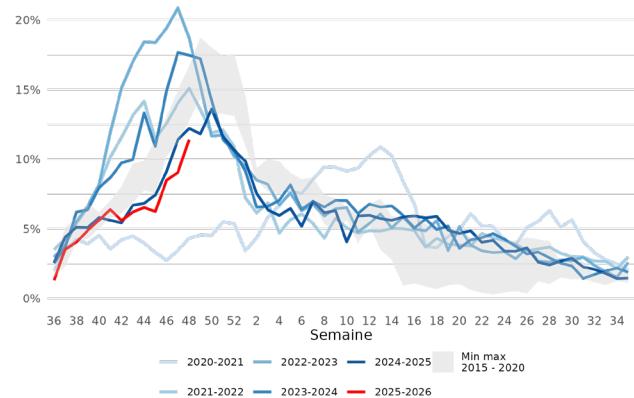
Source : ¹ réseau OSCOUR®, ² SOS Médecins, ³ réseau Sentinelles

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

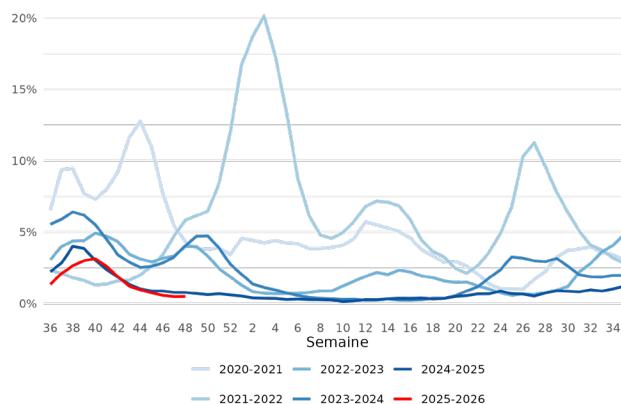
Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



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	
	S48	S48 vs S47	S48	S48 vs S47	S48	S48 vs S47
Taux de positivité des prélèvements						
Laboratoires de ville ^{1,2}	11,8%	+5,2 pt	6,5%	+2 pt	6,9%	-0,8 pt
Médecine de ville ^{1,3,*}	20,7%	+10,6 pt	10,7%	-0,7 pt	5,3%	0 pt
Milieu hospitalier ^{1,4}	4,9%	+2,2 pt	8,0%	+1,6 pt	4,1%	+0,4 pt
Surveillance dans les eaux usées ^{5,**}			832	+ 7,4%		

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 48, les indicateurs infections respiratoires aiguës (IRA) étaient en nette augmentation en ville et à l'hôpital dans toutes les classes d'âge. Cette augmentation était principalement portée par l'intensification de la circulation du VRS et des virus grippaux.

Les indicateurs syndromiques liés à la bronchiolite augmentaient en ville et à l'hôpital, à des niveaux proches de ceux observés la saison précédente à la même période. Dans l'Hexagone, avec le passage en épidémie cette semaine de huit régions (Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur), toutes les régions sont en épidémie excepté la Corse qui reste au niveau de base. Dans les départements et régions d'outre-mer, la Guadeloupe et la Martinique passaient en pré-épidémie. 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 à l'hôpital.

En S48, l'activité grippale était en nette augmentation dans toutes les classes d'âge dans l'Hexagone, indiquant une accélération de la circulation des virus grippaux. Trois régions étaient passées en épidémie en S48 : Ile-de-France, Normandie et Nouvelle-Aquitaine. Les autres régions hexagonales étaient passées en pré-épidémie, excepté la Corse. Les virus de type A prédominaient très largement, avec une augmentation depuis S47 de la part du sous-type A(H3N2) par rapport au sous-type A(H1N1)_{pdm09}. Parmi les virus grippaux séquencés depuis fin septembre, le sous-clade K était majoritaire pour le sous-type A(H3N2) et le sous-clade D.3.1 était majoritaire pour le sous-type A(H1N1)_{pdm09}. En outre-mer, l'activité grippale était à son niveau de base excepté à Mayotte, en épidémie depuis S47.

La plupart des indicateurs de la COVID-19 en ville et à l'hôpital étaient stables et à des niveaux faibles. Une légère tendance à la hausse du niveau de SARS-CoV-2 dans les eaux usées était observée en France, cependant cette circulation demeurait faible. La part des décès de COVID-19 certifiés électroniquement poursuivait sa baisse.

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 majorité des épisodes était attribuée exclusivement à la COVID-19 ou à la grippe.

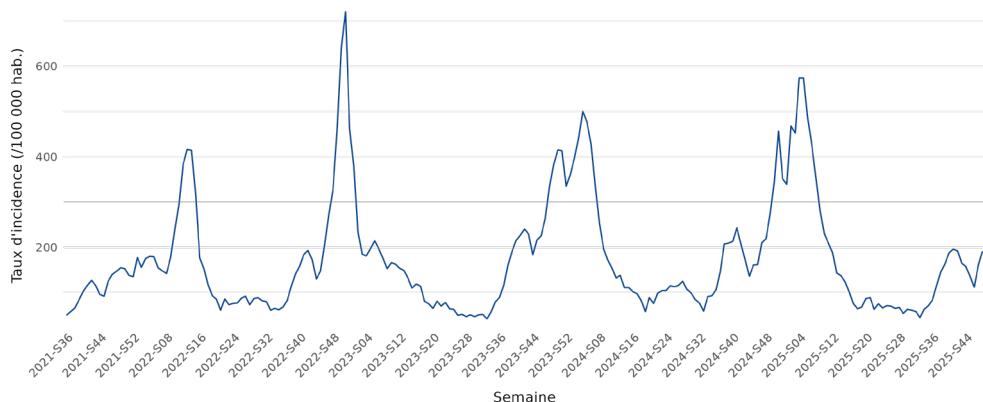
La campagne de vaccination contre la grippe et contre la COVID-19 a débuté le 14 octobre 2025. Elle cible toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes à risque de forme grave, les femmes enceintes, les résidents en Ehpad (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et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

En complément des vaccinations et des traitements préventifs existants, l'adoption des gestes barrières est indispensable pour se protéger de l'ensemble des maladies de l'hiver : le lavage des mains, l'aération des pièces et le port du masque en cas de symptômes (fièvre, mal de gorge ou toux), dans les lieux fréquentés et en présence de personnes fragiles.

Médecine de ville

En semaine 48, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 191 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 182 -199] (données non consolidées) vs 160 [153-168] en S47.

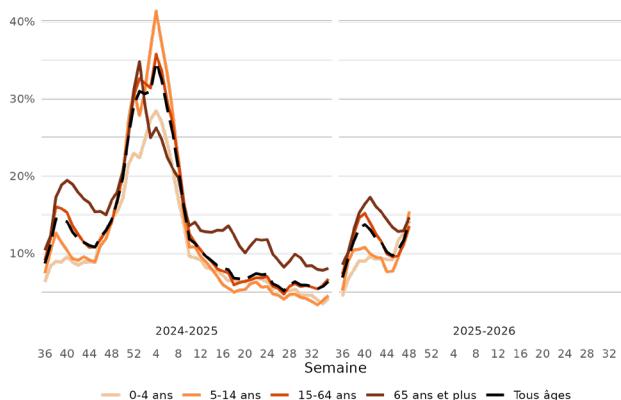
Estimation de l'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale*



Source : réseau Sentinelles, IQVIA

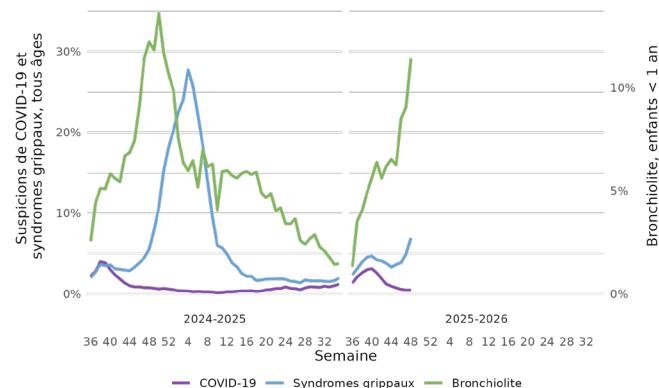
En semaine 48, 13 235 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 14,1% de l'ensemble des actes (vs 11,6% en S47). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 6 521, soit 6,9% (vs 4,9% en S47). Un total de 339 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins d'un an, soit 11,4% (vs 9,0% en S47) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 458, soit 0,5% des actes SOS Médecins (vs 0,5% en S47).

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



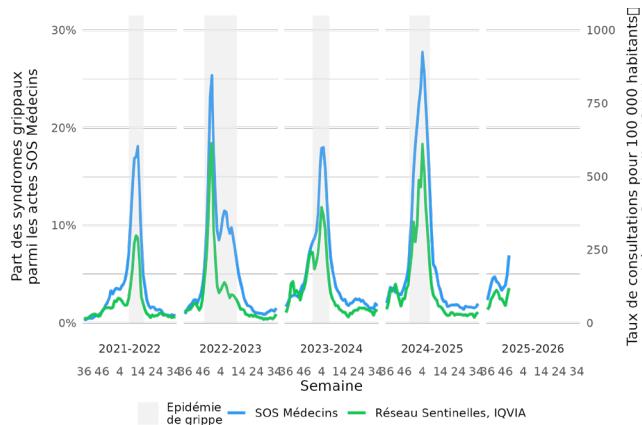
Source : SOS Médecins

Grippe

En semaine 48, le taux de consultations tous âges confondus pour syndrome grippal estimé à partir des données du réseau Sentinelles et IQVIA était de 119 pour 100 000 habitants [IC95% : 113-126] (données non consolidées) vs 89 pour 100 000 habitants [84-95] en S47.

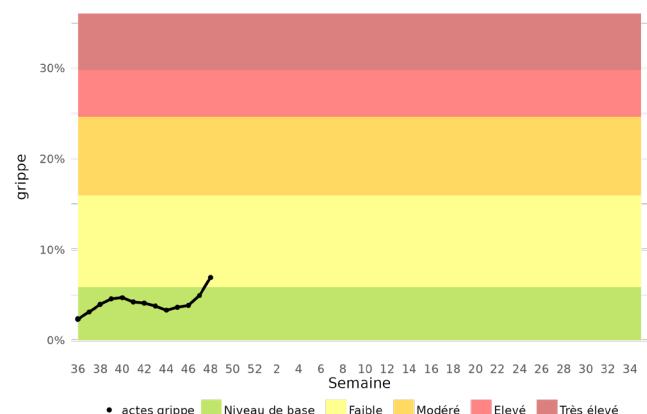
En semaine 48, le recours aux soins pour syndrome grippal en médecine de ville était en augmentation dans toutes les classes d'âge. La part d'activité pour syndrome grippal SOS Médecins a dépassé le seuil d'intensité faible tous âges confondus, chez les moins de 15 ans et les 15-64 ans, mais demeurait à son niveau de base chez les 65 ans et plus.

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



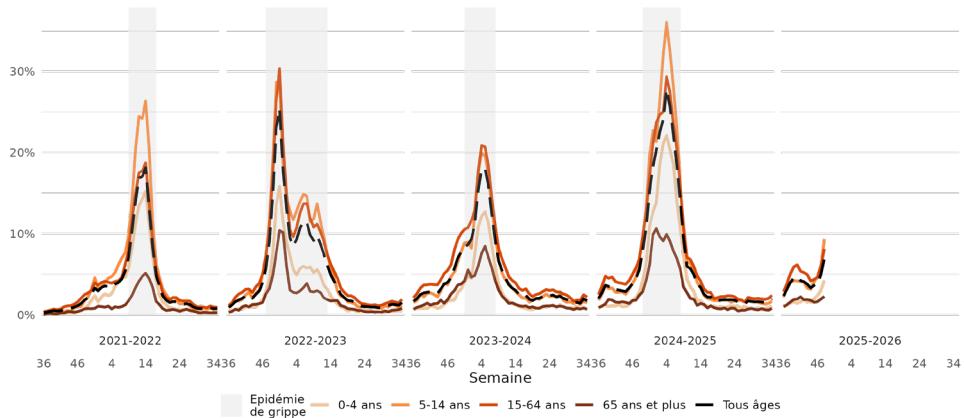
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins

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



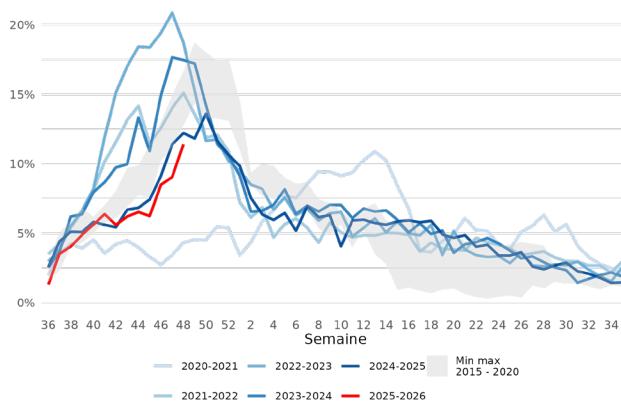
Source : SOS Médecins

Bronchiolite

En semaine 48, parmi les 2 971 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 1 an, 339 actes (11,4%) étaient liés à la bronchiolite.

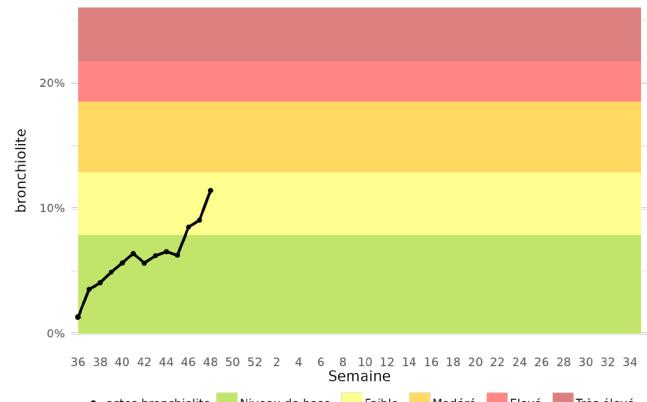
La part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins augmentait en semaine 48 en médecine de ville. Le niveau d'intensité de la part de la bronchiolite était cette semaine à un niveau d'intensité faible.

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



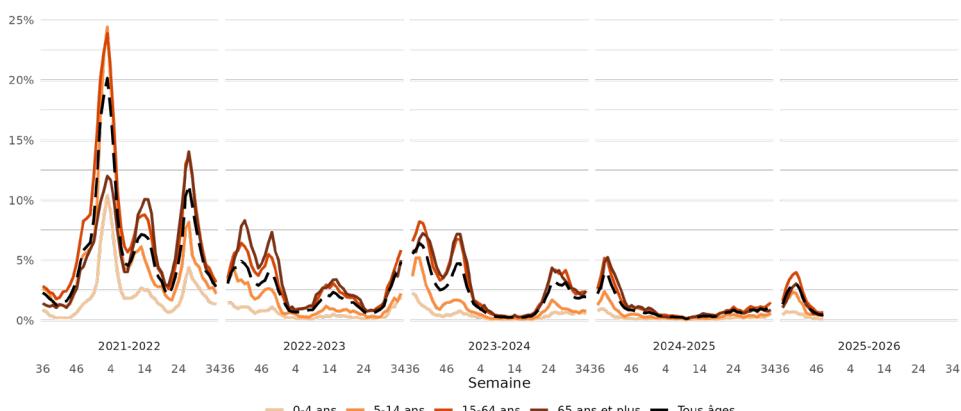
Source : SOS Médecins. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

En semaine 48, 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 10 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 7-12] (données non consolidées) vs 6 [5-8] en S47.

En semaine 48, la part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 parmi les actes SOS Médecins était stable tous âges confondus. Elle variait peu selon les classes d'âges : 34 actes chez les 65 ans et plus, soit 0,4% (vs 0,5% en S47), 334 actes chez les 15-64 ans soit 0,7% (vs 0,6% en S47), 72 actes chez les 5-14 ans, soit 0,5% (vs 0,4% en S47) et 18 actes chez les 0-4 ans, soit 0,1% (vs 0,1% en S47).

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



Source : SOS Médecins

Milieu hospitalier

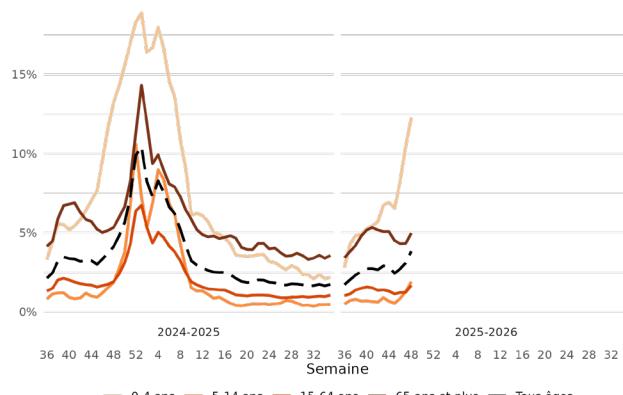
En semaine 48, 13 574 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 3,8% de l'ensemble des passages tous âges (vs 3,1% en S47). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 5 191, soit 7,2% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 6,0% en S47). La part des IRA parmi les passages aux urgences était en augmentation et toujours à un niveau d'intensité faible tous âges confondus.

Le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal était de 2 896, soit 0,8% des passages (vs 0,5% en S47). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 478, soit 0,7% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,3% en S47).

Chez les moins d'un an, 3 014 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 21,3% des passages dans cette classe d'âge (vs 18,5% en S47). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 974, soit 36,5% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 32,2% en S47).

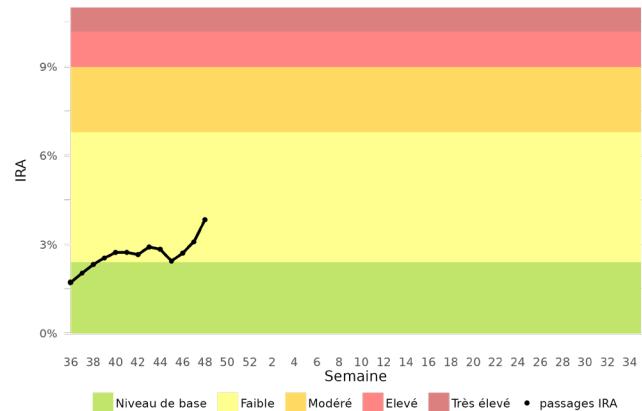
En semaine 48, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 529, soit 0,1% de l'ensemble des passages (vs 0,1% en S47). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 212, soit 0,3% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,3% en S47).

Part des IRA basses parmi les passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

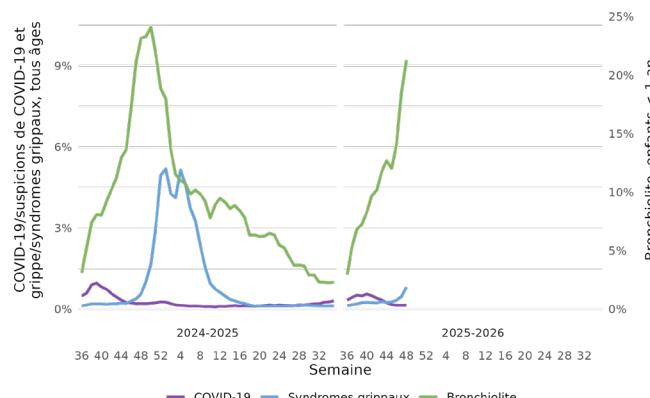
Part des IRA basses parmi les passages aux urgences, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur*



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

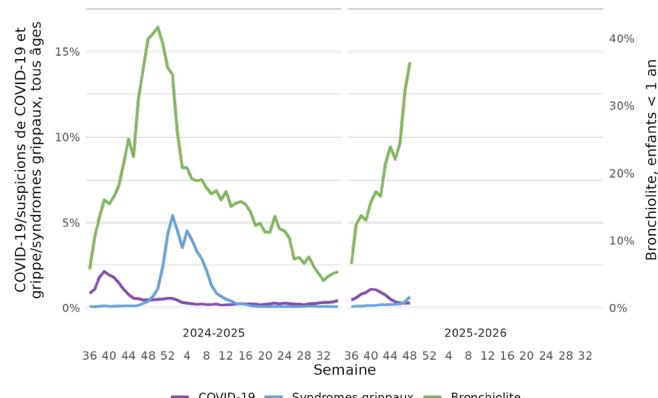
Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 et de la grippe/syndrome grippal (tous âges) et part de la bronchiolite (chez les moins de 1 an)

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Hospitalisations après passage

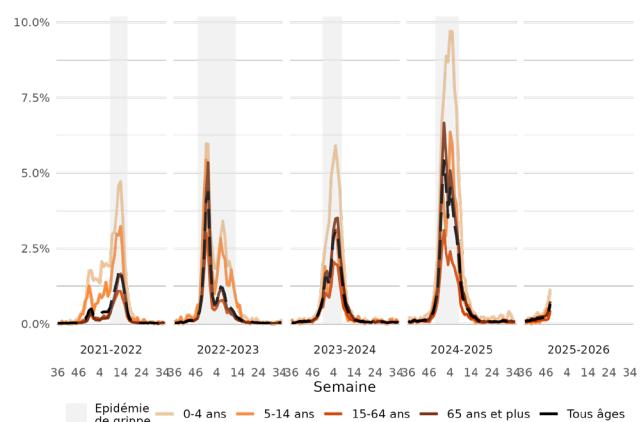


Source : réseau OSCOUR®

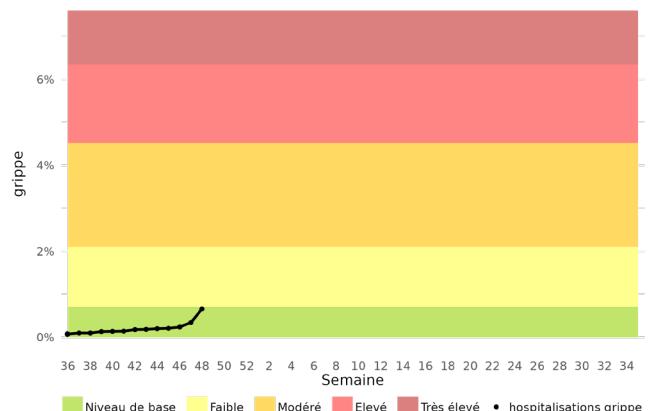
Grippe

En semaine 48, la part de la grippe parmi les hospitalisations après passage aux urgences était en nette augmentation et avait atteint le seuil d'intensité faible 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

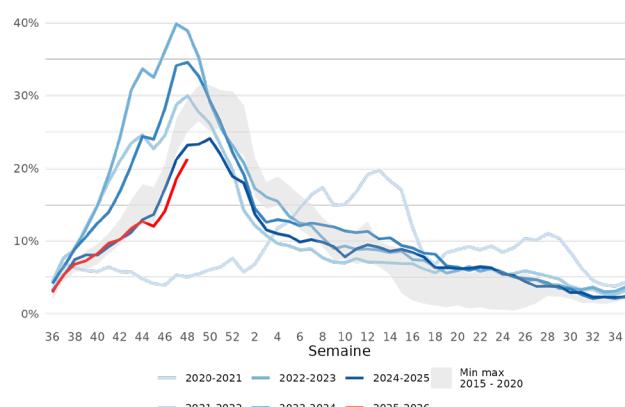
En semaine 48, chez les moins de 1 an, la bronchiolite concernait 21,3% des passages aux urgences et 36,5% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 3 014 enfants de moins de 1 an vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 48, 974 (32,3%) ont été hospitalisés.

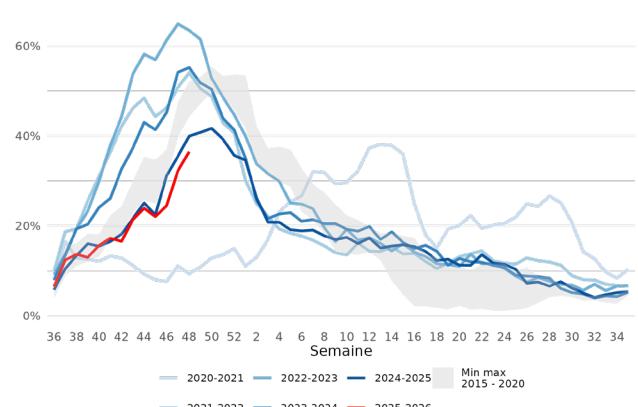
La part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences augmentait en semaine 48 à l'hôpital. Le niveau d'intensité de la part de la bronchiolite était cette semaine à un niveau d'intensité faible.

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

Passages aux urgences

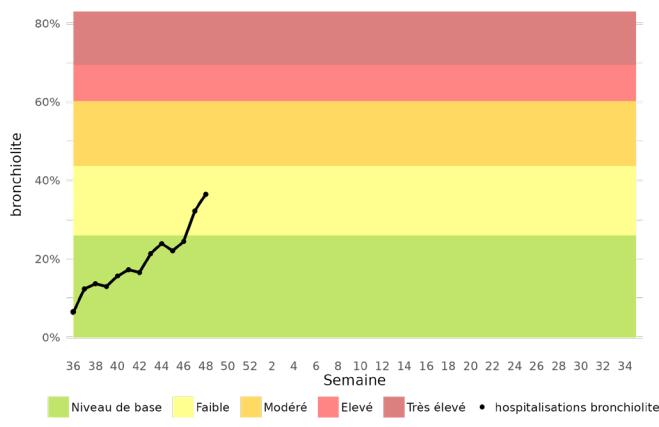


Hospitalisations après passage



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*



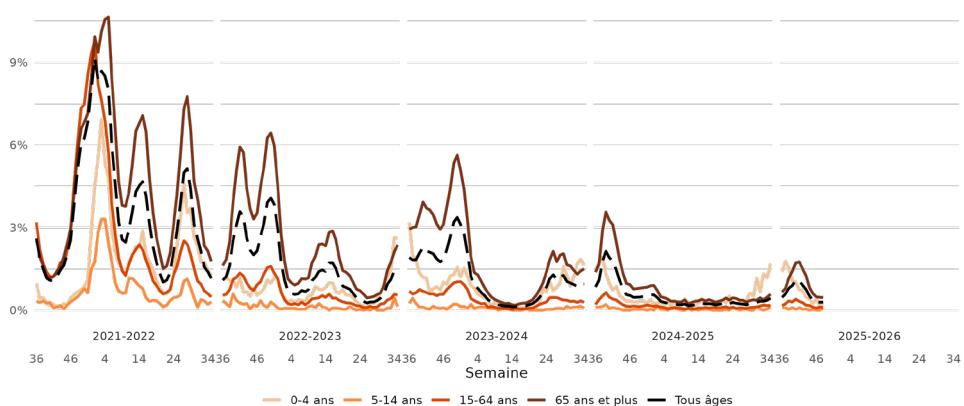
Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

La part des hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 restait faible dans tous les classes d'âges. Chez les 65 ans et plus, 168 hospitalisations ont été enregistrées, soit 0,5% (vs 0,5% en S47). Chez les 15-64 ans, le nombre d'hospitalisations était de 27, soit 0,1% (vs 0,1% en S47). Chez les 5-14 ans, ce nombre était de 2, soit 0,1% (vs 0,0% en S47). Chez les 0-4 ans, 15 hospitalisations ont été enregistrées, soit 0,3% (vs 0,2% en S47).

Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 3 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S48, soit 0,1% (vs 0,3% en S47).

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



Source : réseau OSCOUR®

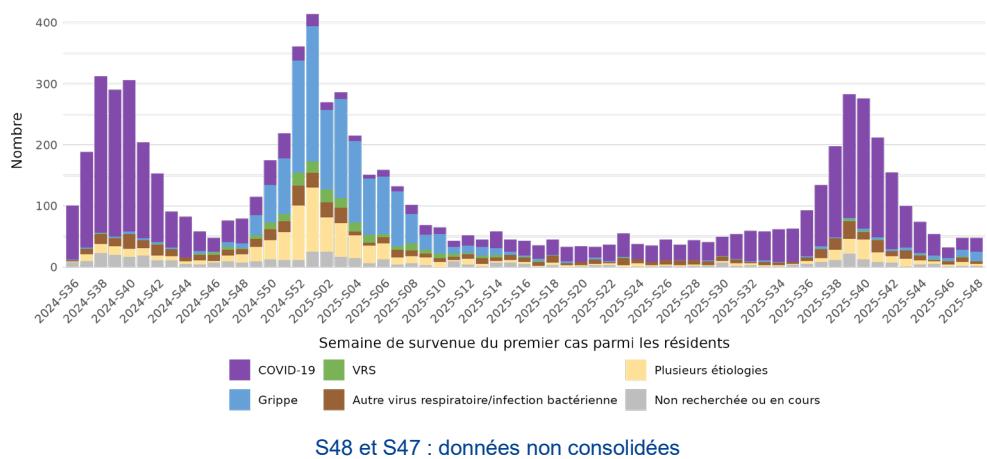
Établissements médico-sociaux

Depuis la semaine 40, 1 000 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 934 (93%) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Parmi l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 957 (96%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 716 (75%) étaient exclusivement attribués à la COVID-19, 57 (6%) exclusivement à la grippe et 8 exclusivement au VRS (<1%). Le VRS était seul ou associé à un autre pathogène dans 22 épisodes (2%). Le nombre hebdomadaire de clusters observés dans les EMS en S48 était similaire à celui observé en S47. Les données des dernières semaines ne sont toutefois pas consolidées.

Un total de 48 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 47 (données non consolidées) vs 32 en S46. Parmi eux, 20 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 17 en S46), 11 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 5 en S46) et 1 était attribué exclusivement à une infection à VRS (vs 1 en S46).

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

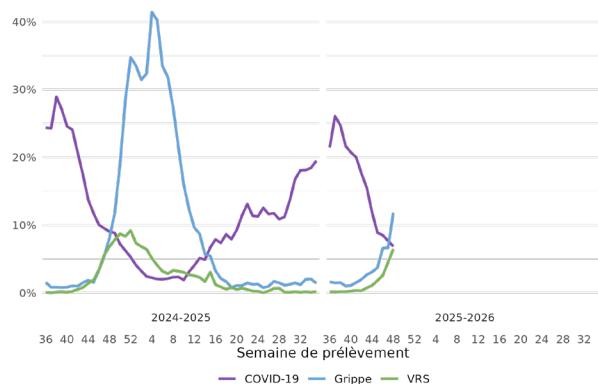
En semaine 48, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 11,8% (523/4 418) pour les virus grippaux (vs 6,7% en S47), 6,5% (271/4 184) pour le VRS (vs 4,5% en S47), 6,9% (302/4 399) pour le SARS-CoV-2 (vs 7,7% en S47).

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 20,7% (31/150) pour les virus grippaux (vs 10,1% en S47), 10,7% (16/150) pour le VRS (vs 11,4% en S47), 5,3% (8/150) pour le SARS-CoV-2 (vs 5,4% en S47) et 26,7% (40/150) pour le rhinovirus (vs 27,5% en S47).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 4,9% (499/10 189) pour les virus grippaux (vs 2,7% en S47), 8,0% (810/10 063) pour le VRS (vs 6,4% en S47), 4,1% (422/10 250) pour le SARS-CoV-2 (vs 3,7% en S47) et 18,7% (926/4 946) pour le rhinovirus (vs 17,1% en S47).

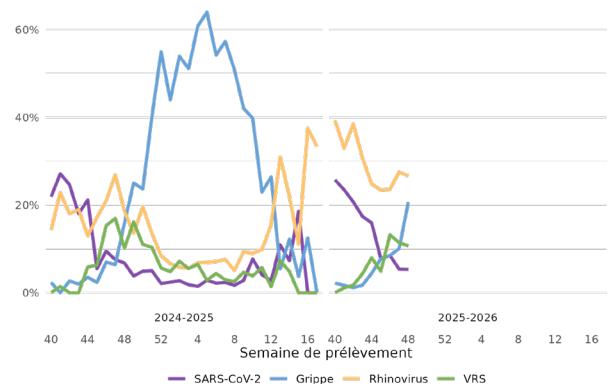
Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale

Laboratoires de biologie médicale en ville



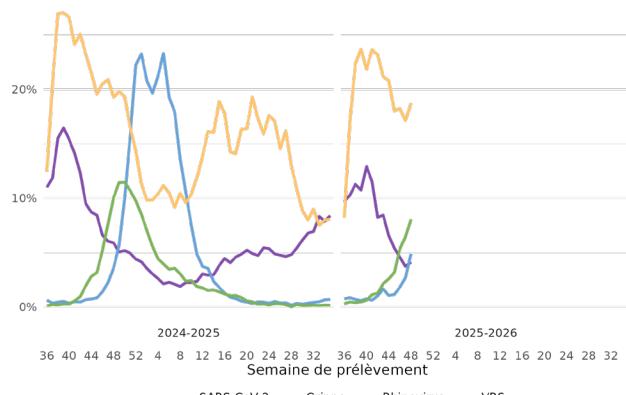
Source : réseau RELAB, CNR-VIR

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 48, le taux de positivité était de 20,7% (150 prélèvements) en médecine de ville et de 4,9% à l'hôpital, se situant à des niveaux supérieurs à ceux observés en S48 lors des deux saisons précédentes.

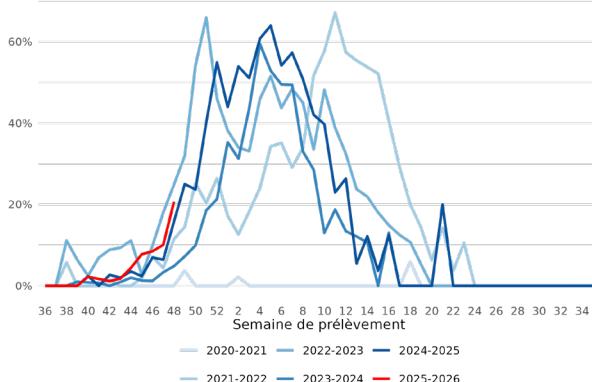
En laboratoires d'analyses médicales (réseau RELAB), le taux de positivité pour grippe était de 11,8% tous âges confondus, soit supérieur de 5 points par rapport à celui observé en S47/2025 et de 4 points par rapport à celui observé en S48/2024. L'augmentation était observée dans toutes les classes d'âge, mais les enfants demeuraient les plus touchés : 25,4% chez les 6-18 ans et 15,3% chez les 6-18 ans.

Depuis la semaine 40, en médecine de ville, sur les 1 264 prélèvements analysés, 81 se sont avérés positifs pour la grippe (taux de positivité (6,4%)) : tous les virus étaient des virus de type A : 39 A(H1N1)_{pdm09}, 26 A(H3N2) et 16 A non sous-typé. La part des virus A(H3N2) parmi les virus détectés progressait depuis S47 et était désormais similaire voire légèrement supérieure à celle des virus A(H1N1)_{pdm09}.

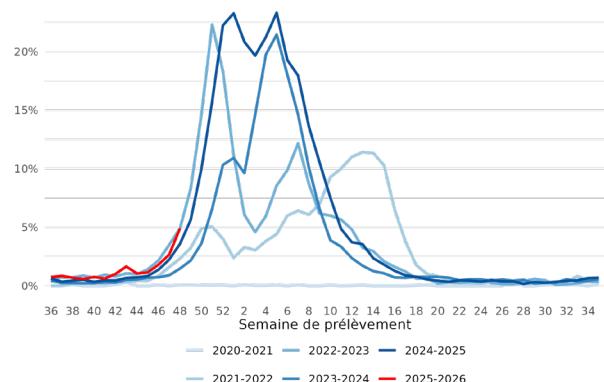
A l'hôpital (réseau RENAL/CNR), parmi les 90 559 prélèvements testés depuis la semaine 40, 1 561 se sont avérés positifs pour un virus grippal (1,7%), avec une très grande majorité de virus de type A : 1 231 virus de type A non sous-typés, 178 A(H1N1)_{pdm09}, 122 A(H3N2) et 30 virus de type B.

Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale

Médecine de ville



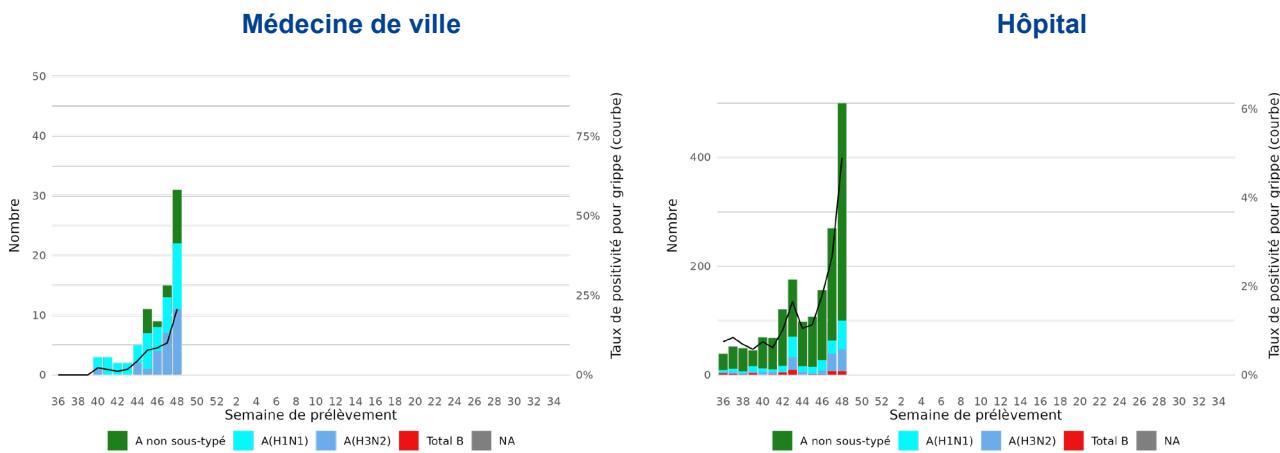
Hôpital



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



Caractérisations antigénique et génétique des virus grippaux

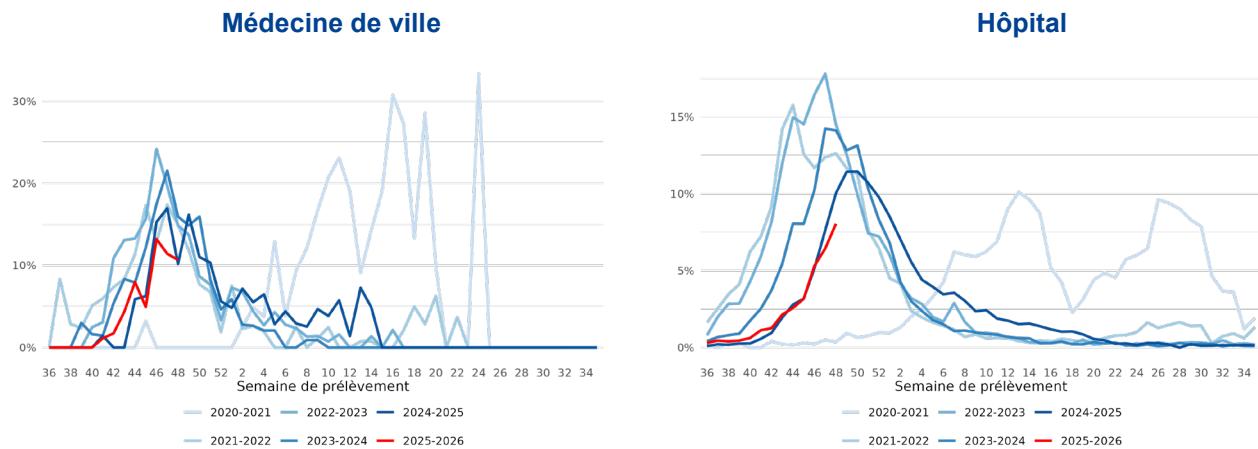
Entre les semaines 38 et 44, un total de 170 virus A(H1N1) et 35 virus A(H3N2) ont été séquencés par le CNR Virus des infections respiratoires. Le sous-clade majoritaire était le sous-clade K (24/35 ; 68,6%) pour le sous-type A(H3N2) et le sous-clade D.3.1 (166/170 ; 97,6%) pour le sous-type A(H1N1)_{pdm09}. Ces données de séquençage sont préliminaires. Elles seront consolidées et complétées par des analyses de caractérisation antigénique dans les prochaines semaines.

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 48, parmi les 150 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, 16 (10,7%) étaient positifs pour le VRS. Parmi les 10 063 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 810 (8,0%) étaient positifs pour le VRS.

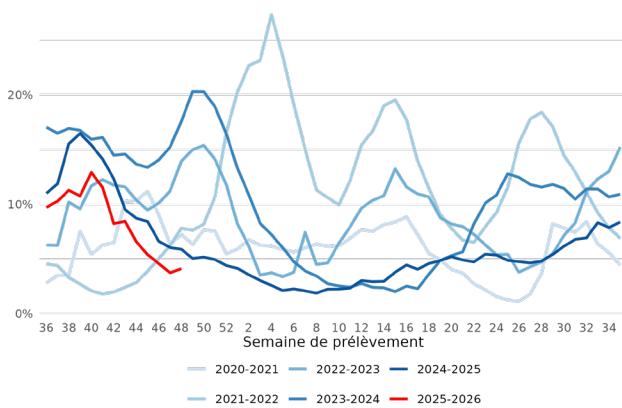
Taux de positivité* pour VRS des prélèvements réalisés en France hexagonale



SARS-CoV-2

En semaine 48, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 4,1% (422/10 250) pour le SARS-CoV-2 (vs 3,7% en S47).

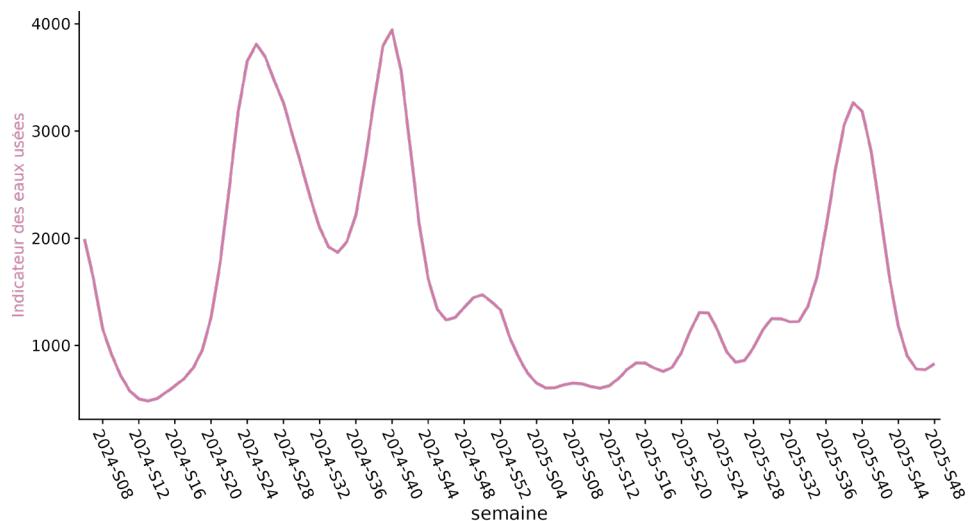
Taux de positivité pour le SARS-CoV-2 des prélèvements réalisés à l'hôpital en France hexagonale



Surveillance dans les eaux usées

En semaine 48, une légère tendance à la hausse du niveau de SARS-CoV-2 dans les eaux est observée en France, cependant l'intensité de cette circulation reste faible. Les 54 stations de traitement des eaux usées disposent de données interprétables.

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

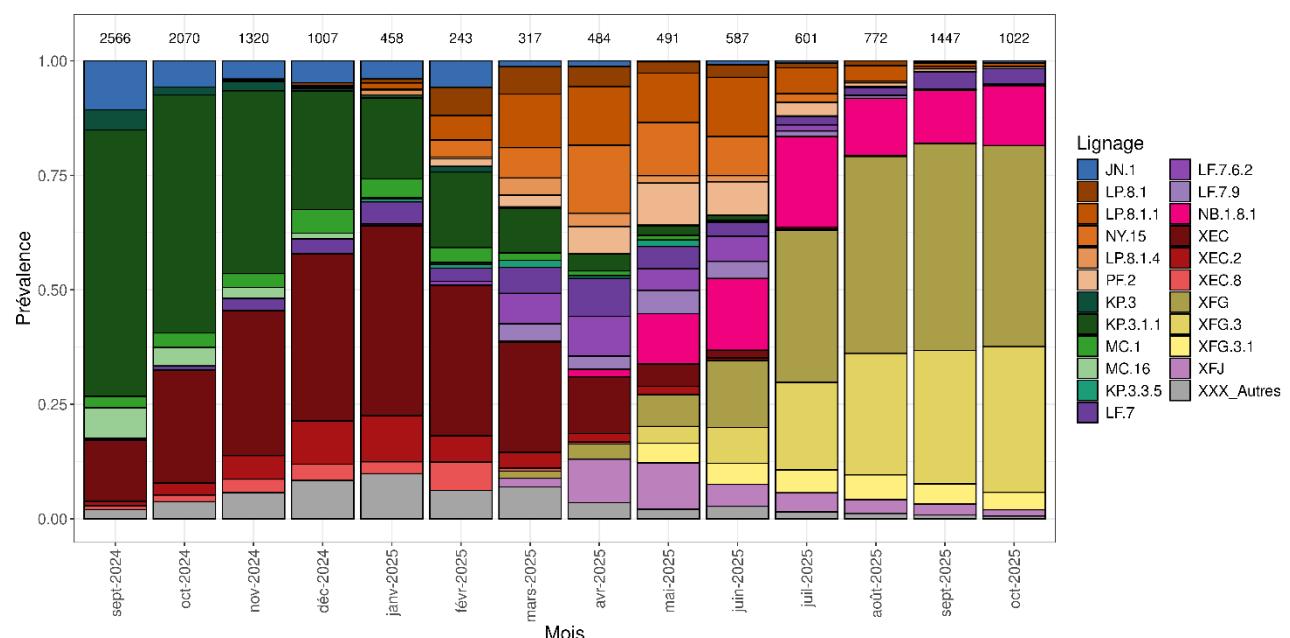


Surveillance génomique

Dans l'Hexagone, en 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

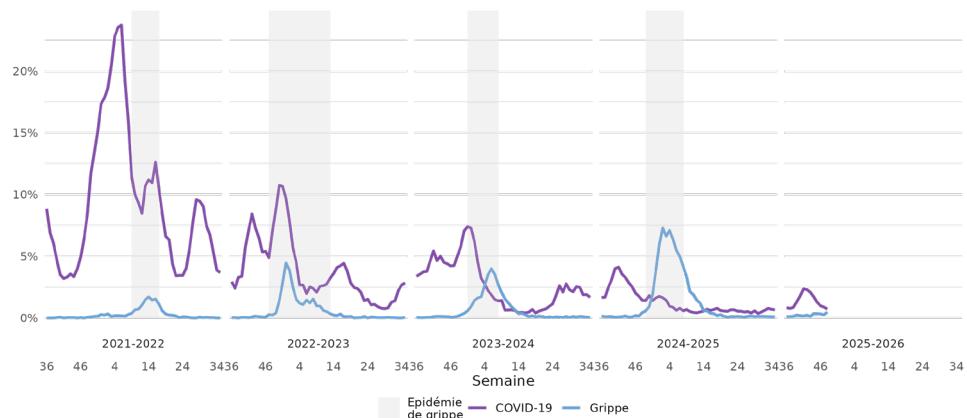
Mortalité

Certification électronique

En semaine 48, parmi les 7 310 décès déclarés par certificat électronique, 0,5% l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (vs 0,2% en S47). La COVID-19 était mentionnée dans 0,7% des décès (vs 0,9% en S47).

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



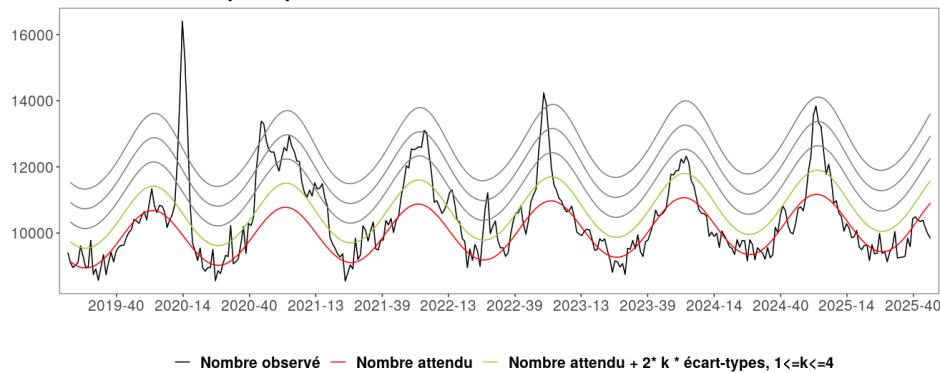
Source : Inserm-CépiDc ; Traitement : Santé publique France

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 S47.

Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges, 2018 à 2025 (jusqu'en semaine 47)

Effectifs hebdomadaires de mortalité - France - Tous Ages
Sources : Santé publique France - Insee



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

Prévention

Vaccination contre la grippe

La 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 (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^{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-Barthélemy 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](#)

Plus d'informations sur l'application de la méthode PISA de l'OMS au regroupement syndromique « Infections respiratoires aiguës basses » [ici](#)

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, 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 48 (24 au 30 novembre 2025). Saint-Maurice : Santé publique France, 21 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Date de publication : 3 décembre 2025

Contact : presse@santepubliquefrance.fr