



Bulletin

Infections respiratoires aiguës

Semaine 02 (5 au 11 janvier 2026). Publication : 14 janvier 2026

ÉDITION NATIONALE

Tendances de la semaine

Infections respiratoires aiguës (IRA). Activité modérée en ville et à l'hôpital tous âges confondus.

Grippe. Recours aux soins globalement stable ou en diminution chez les adultes mais à nouveau en augmentation chez les enfants, en particulier en médecine de ville. Poursuite de l'augmentation des décès. Ensemble des régions françaises en épidémie excepté La Réunion, en pré-épidémie.

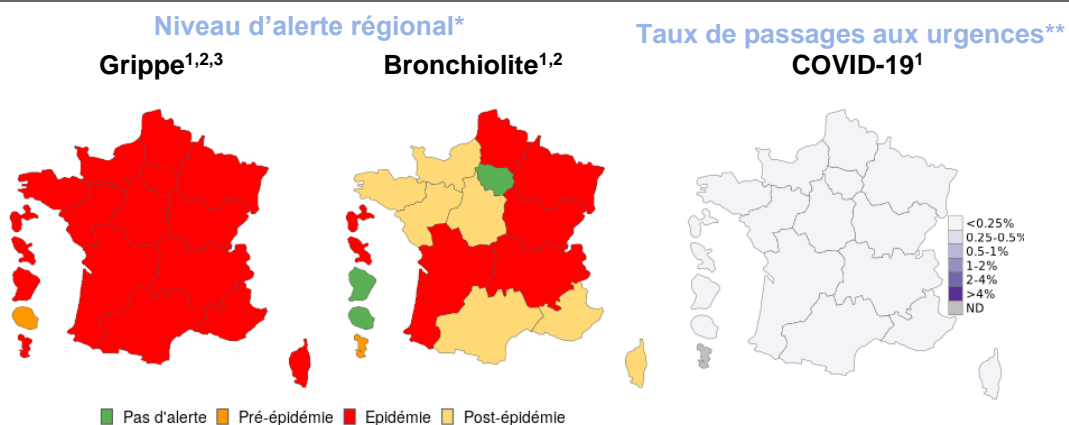
Bronchiolite Diminution des indicateurs syndromiques en ville et à l'hôpital. Poursuite de l'épidémie dans 5 régions de l'Hexagone et aux Antilles. Passage de 7 régions en post-épidémie et d'une au niveau de base.

COVID-19. Indicateurs syndromiques stables et à des niveaux très faibles. Indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées en légère augmentation.

Indicateurs clés

Indicateurs syndromiques

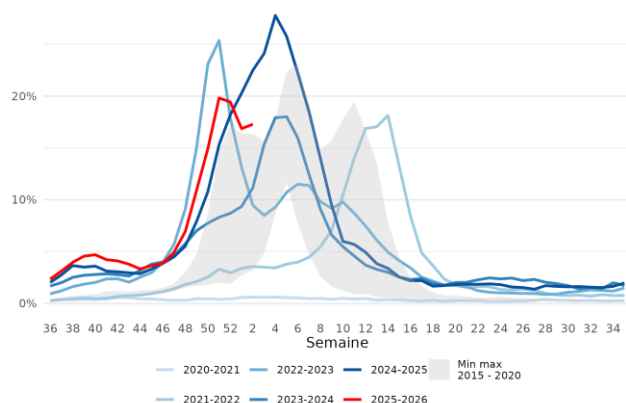
	IRA basses		Syndrome grippal		Bronchiolite (moins d'un an)		COVID-19	
Part de la pathologie parmi	S02	S02 vs S01	S02	S02 vs S01	S02	S02 vs S01	S02	S02 vs S01
Actes médicaux SOS Médecins	25,3%	-2,1 pt	17,3%	+0,4 pt	7,0%	-3,2 pt	0,3%	0 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	7,1%	-1,9 pt	3,5%	-1 pt	12,9%	-4 pt	0,1%	-0,1 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	12,5%	-2,8 pt	4,2%	-1,3 pt	25,9%	-9,3 pt	0,3%	-0,1 pt



* Méthodologie en [annexe](#). Antilles, Guyane : niveau d'alerte pour S01. ** Données non disponibles pour Mayotte.
Source : ¹ réseau OSCOUR®, ² SOS Médecins, ³ réseau Sentinelles

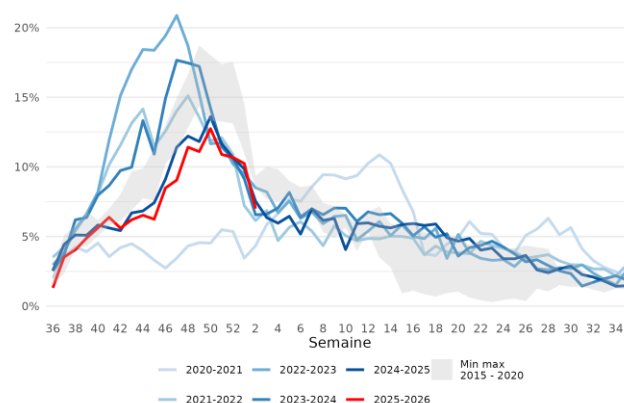
Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les [bulletins régionaux](#) de Santé publique France.

Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



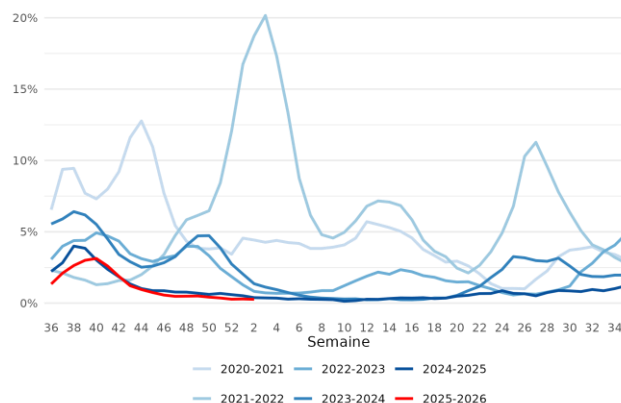
Source : SOS Médecins

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	
	S02	S02 vs S01	S02	S02 vs S01	S02	S02 vs S01
Taux de positivité des prélèvements						
Laboratoires de ville ^{1,2}	28,8%	-0,4 pt	7,6%	0 pt	2,5%	-1,5 pt
Médecine de ville ^{1,3,*}	36,7%	-9,9 pt	9,4%	+1,9 pt	3,6%	+0,2 pt
Milieu hospitalier ^{1,4}	16,9%	-3,4 pt	6,2%	-0,8 pt	2,5%	-0,1 pt
Surveillance dans les eaux usées ^{5,**}					1 178	+6,2%

Source : ¹ CNR-VIR, ² réseau RELAB, ³ réseau Sentinelles, SOS Médecins, DMG Strasbourg, 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 02, l'activité pour infection respiratoire aigüe (IRA) demeurait contrastée selon les classes d'âge et le type de recours aux soins. En médecine de ville, l'activité pour IRA augmentait dans toutes les classes d'âge d'après les données du réseau Sentinelles/IQVIA. En revanche, l'activité des IRA basses diminuait tous âges confondus et chez les adultes, et se stabilisait chez les enfants de moins de 15 ans d'après les données SOS Médecins. A l'hôpital, la part d'activité pour IRA basse parmi les passages aux urgences et les hospitalisations après passage était en baisse dans toutes les classes d'âge. Les indicateurs syndromiques IRA se situaient à un niveau d'intensité modéré tous âges confondus en ville comme à l'hôpital. Cette activité était toujours principalement portée par la circulation des virus grippaux.

Après une diminution observée en médecine de ville entre les semaines 51/2025 et 01/2026, l'activité pour syndrome grippal repartait à la hausse en S02 tous âges confondus. Cette tendance était particulièrement marquée chez les enfants de moins de 15 ans. A l'hôpital, la part d'activité pour grippe/syndrome grippal parmi les passages aux urgences et les hospitalisations après passage diminuait tous âges confondus et chez les adultes, se stabilisait chez les 5-14 ans et augmentait à nouveau chez les moins de 5 ans. Le taux de positivité pour grippe était stable ou en diminution en ville et à l'hôpital tous âges confondus, tout en demeurant à des niveaux modérés, traduisant une circulation toujours active des virus grippaux. Ceux-ci étaient toujours très majoritairement de type A, avec une co-circulation des sous-types A(H1N1)_{pdm09} et A(H3N2). La part de la grippe parmi les décès déclarés par certificat électronique était toujours en augmentation en S02, atteignant le niveau atteint au pic de l'épidémie 2024-25 (7%), et un excès de mortalité toutes causes était observé en S01. Enfin, le nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA signalés en EMS et exclusivement attribués à la grippe continuait d'augmenter en S01. Cette reprise à la hausse de la circulation des virus grippaux chez les enfants, consécutive à la rentrée scolaire début janvier, pourrait entraîner une recrudescence du recours aux soins chez les adultes dans les semaines à venir. Il est toutefois très difficile d'anticiper l'impact qu'une telle reprise épidémique pourrait avoir sur le système de soins. En Outre-mer, l'ensemble des régions étaient en épidémie excepté La Réunion, à nouveau en pré-épidémie depuis la S01.

Au 31 décembre 2025, les couvertures vaccinales grippe étaient estimées à 46,3% chez l'ensemble des personnes ciblées, 53,3% chez les 65 ans et plus et 27,1% chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère. Ces estimations sont supérieures à celles observées à la même date en 2024. Le détail de ces couvertures vaccinales est disponible dans la partie « Prévention » en fin de bulletin.

Les premières estimations de l'efficacité en vie réelle du vaccin contre la grippe contre une infection par un virus grippal, produites par le CNR-VIR à partir des données du réseau RELAB, indiquent une efficacité à 36,5% (intervalle de confiance à 95% : 30-42,4%) tous âges confondus. Il s'agit d'un niveau d'efficacité modéré pour le vaccin grippe, similaire à d'autres estimations européennes préliminaires et supérieur à l'attendu, compte tenu notamment de la forte divergence antigénique du sous-clade K vis-à-vis de la souche A(H3N2) incluse dans le vaccin utilisé cet hiver. Avec l'application des gestes barrières, la vaccination reste le moyen le plus efficace de se prémunir des complications liées à la grippe.

Les indicateurs syndromiques de la bronchiolite diminuaient en ville et à l'hôpital tous âges confondus, à des niveaux proches de ceux observés la saison précédente à la même période. Le niveau d'intensité de la bronchiolite passait à son niveau de base en ville et à la limite du niveau de base à l'hôpital. Dans l'Hexagone, 5 régions restaient en épidémie, 7 régions passaient en post-épidémie cette semaine et l'Île-de-France revenait à son niveau de base. Dans les départements et régions d'outre-mer, la Guadeloupe et la Martinique étaient en épidémie, Mayotte restait en phase pré-épidémique. Les indicateurs en Guyane étaient à un niveau de base, tout comme à La Réunion cette semaine. Le taux de détection du VRS (virus respiratoire syncytial) tous âges étaient en augmentation dans les prélèvements nasopharyngés réalisés en ville et en diminution à l'hôpital, mais stable dans les prélèvements de laboratoires en ville.

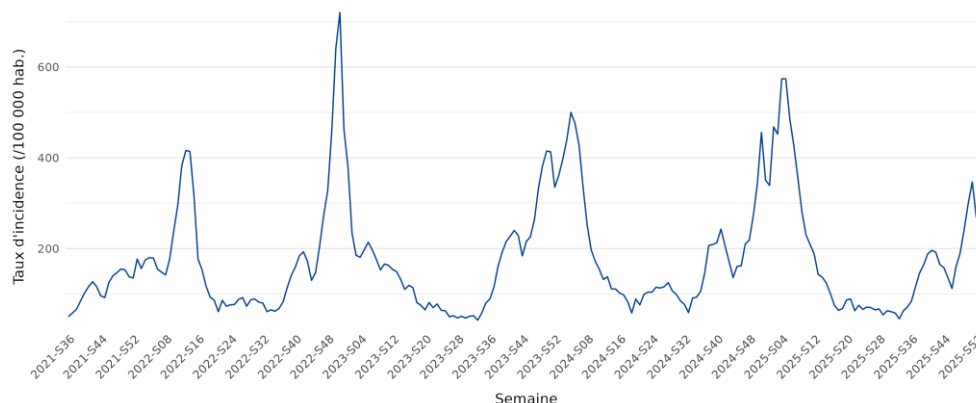
Les indicateurs syndromiques de la COVID-19 restaient stables et à des niveaux faibles en ville et à l'hôpital. Le taux de positivité pour SARS-CoV-2 diminuait pour les prélèvements des laboratoires

en ville et restait globalement stable pour la médecine de ville et à l'hôpital. L'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées augmentait légèrement.

Médecine de ville

En semaine 02, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 322 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 311 -334] (données non consolidées) vs 280 [269-291] en S01.

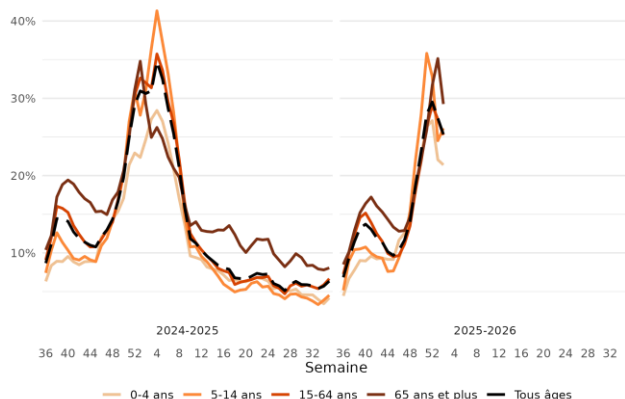
Estimation de l'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale*



Source : réseau Sentinelles, IQVIA

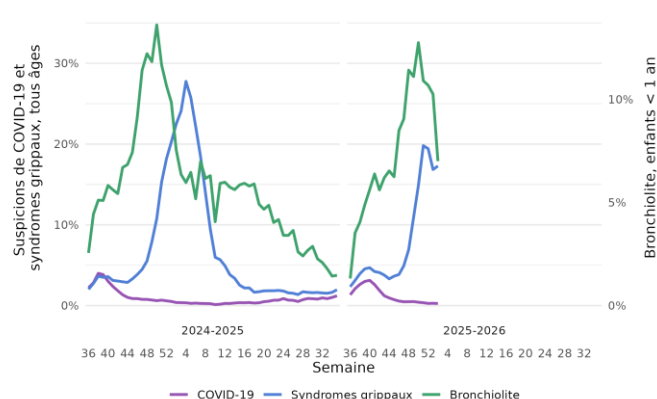
En semaine 02, 24 076 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 25,3% de l'ensemble des actes (vs 27,4% en S01). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 16 415, soit 17,3% (vs 16,8% en S01). Un total de 148 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins d'un an, soit 7,0% (vs 10,2% en S01) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 251, soit 0,3% des actes SOS Médecins (vs 0,3% en S01).

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



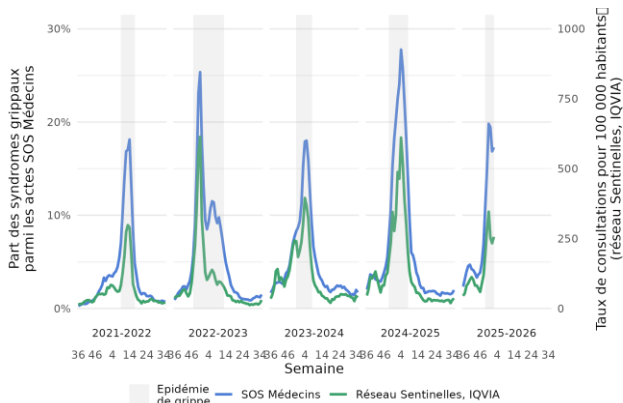
Source : SOS Médecins

Grippe

En semaine 02, le taux de consultations tous âges confondus pour syndrome grippal estimé à partir des données du réseau Sentinelles et IQVIA était de 256 pour 100 000 habitants [IC95% : 246-266] (données non consolidées) vs 233 pour 100 000 habitants [222-243] en S01.

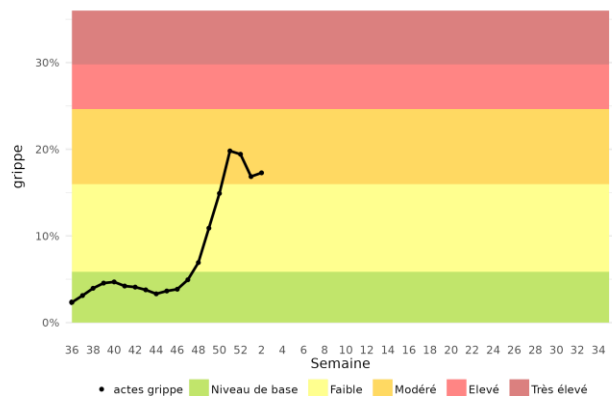
Le recours aux soins pour syndrome grippal en médecine de ville était stable (SOS Médecins) ou augmentait à nouveau (réseau Sentinelles/IQVIA) tous âges confondus, se situant à un niveau d'intensité modéré. Il était en nette augmentation chez les moins de 15 ans.

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



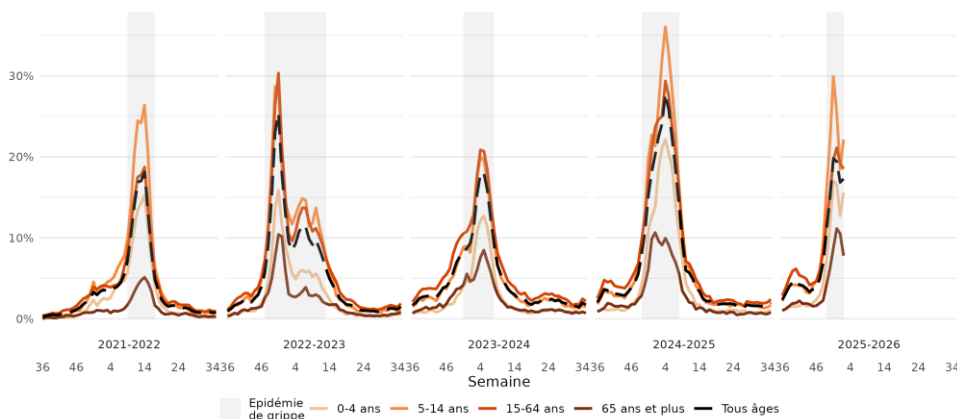
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins

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



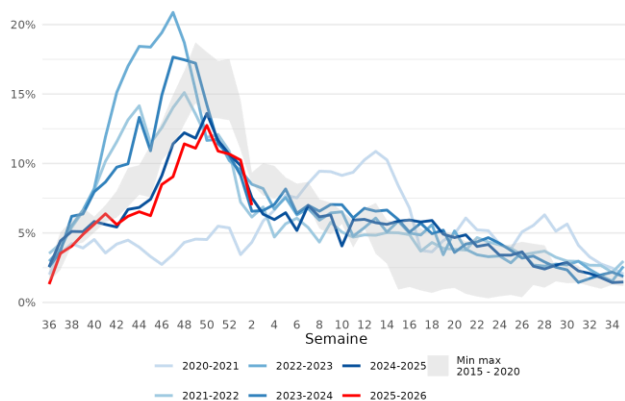
Source : SOS Médecins

Bronchiolite

En semaine 02, parmi les 2 114 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 1 an, 148 actes (7,0%) étaient liés à la bronchiolite.

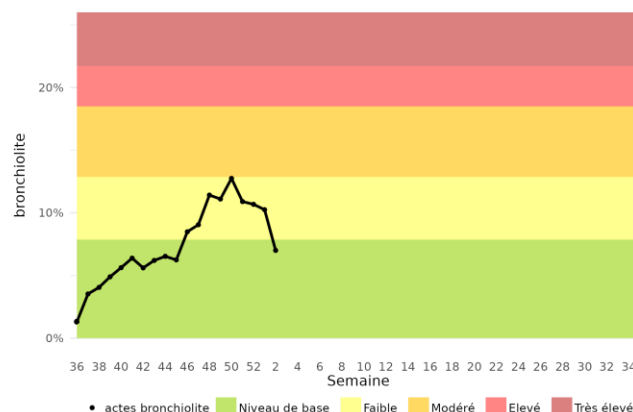
La part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins diminuait en semaine 02 en médecine de ville. Le niveau d'intensité de la part de la bronchiolite passait cette semaine à son niveau de base.

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



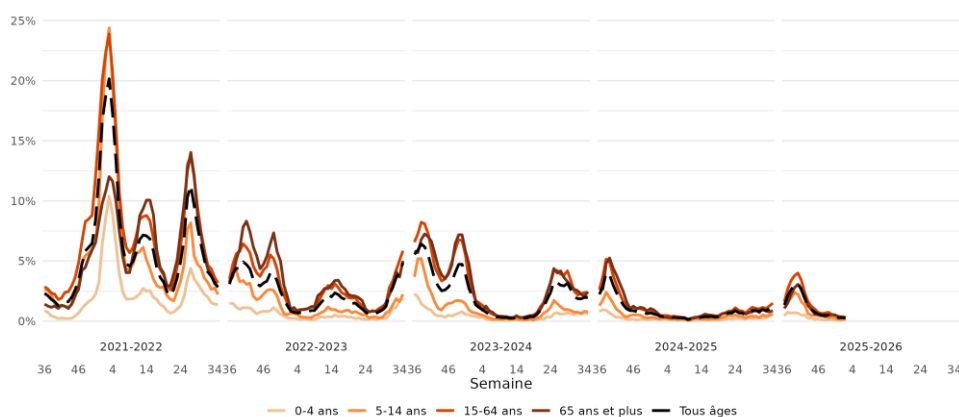
Source : SOS Médecins. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

En semaine 02, 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 7 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 4-9] (données non consolidées) vs 8 [6-11] en S01.

En semaine 02, la part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 restait globalement stable et à des niveaux faibles dans toutes les classes d'âge. Chez les 65 ans et plus 27 actes ont été enregistrés, soit 0,2% (vs 0,3% en S01), 188 actes chez les 15-64 ans, soit 0,3% (vs 0,4% en S01), 23 actes chez les 5-14 ans, soit 0,2% (vs 0,2% en S01) et 12 actes ont été enregistrés chez les 0-4 ans, soit 0,1% (vs 0,1% en S01).

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



Source : SOS Médecins

Milieu hospitalier

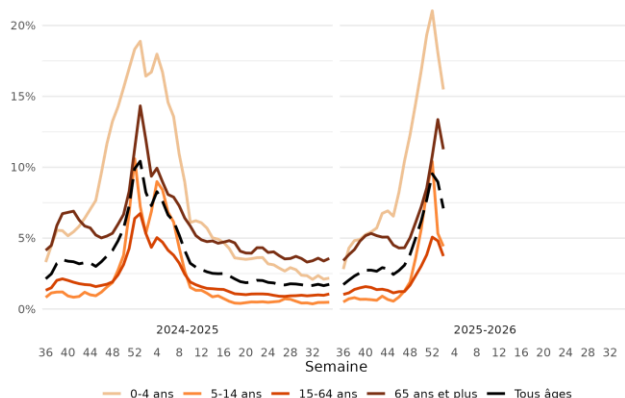
En semaine 02, 24 891 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 7,1% de l'ensemble des passages tous âges (vs 9,0% en S01). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 9 599, soit 12,5% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 15,3% en S01). La part des IRA parmi les passages aux urgences était à un niveau d'intensité modéré tous âges confondus.

Le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal était de 12 258, soit 3,5% des passages (vs 4,5% en S01). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 3 186, soit 4,2% de l'ensemble des hospitalisations (vs 5,5% en S01).

Chez les moins d'un an, 1 506 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 12,9% des passages dans cette classe d'âge (vs 17,0% en S01). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 550, soit 25,9% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 35,2% en S01).

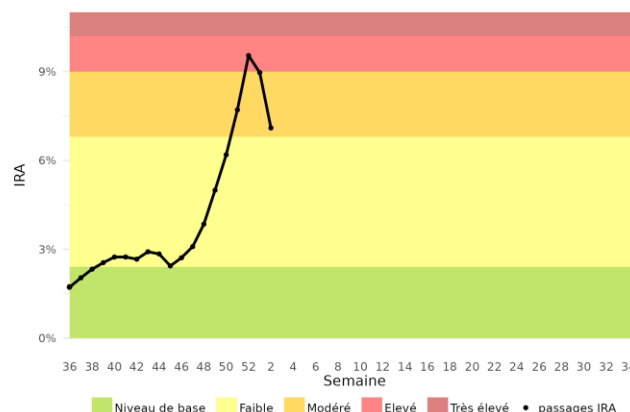
En semaine 02, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 500, soit 0,1% de l'ensemble des passages (vs 0,2% en S01). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 208, soit 0,3% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,4% en S01).

Part des IRA basses parmi les passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

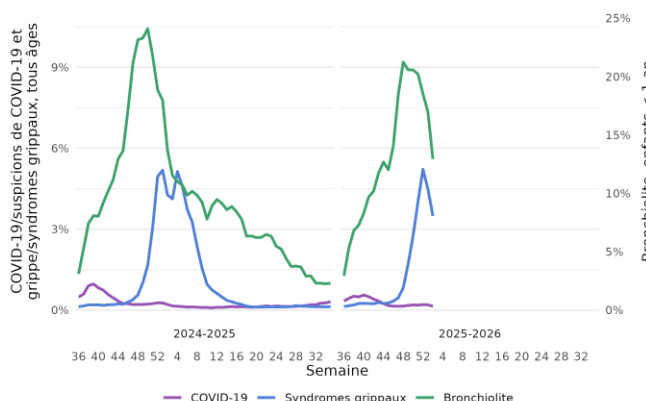
Part des IRA basses parmi les passages aux urgences, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur*



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

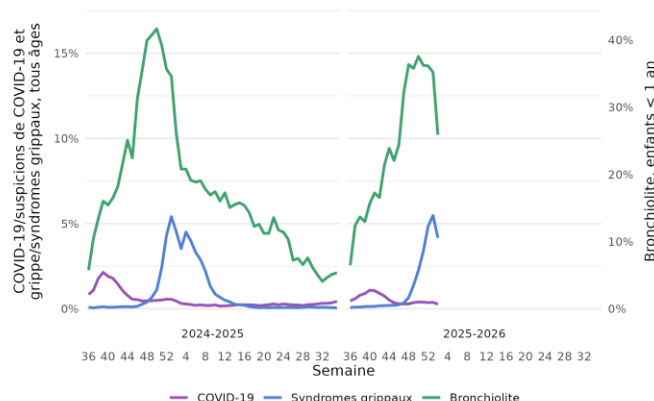
Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 et de la grippe/syndrome grippal (tous âges) et part de la bronchiolite (chez les moins de 1 an)

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Hospitalisations après passage

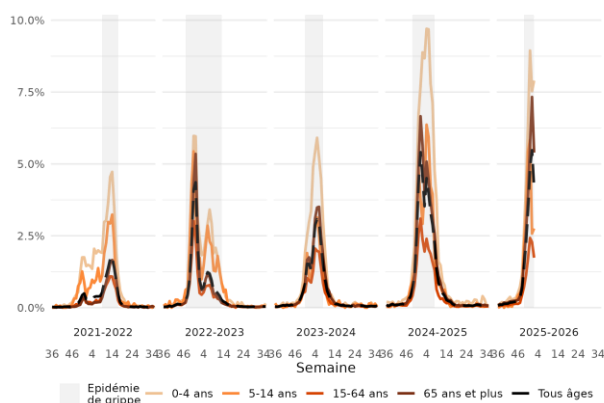


Source : réseau OSCOUR®

Grippe

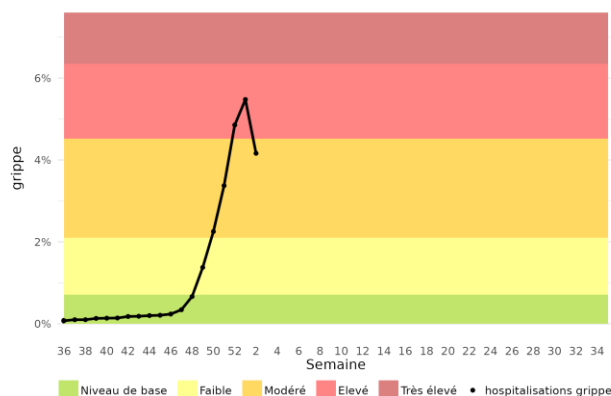
En semaine 02, la part de la grippe parmi les hospitalisations après passage aux urgences diminuait tous âges confondus et chez les adultes de 15 ans ou plus mais repartait légèrement à la hausse chez les moins de 15 ans. Cet indicateur demeurait à un niveau d'intensité modéré dans toutes les classes 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

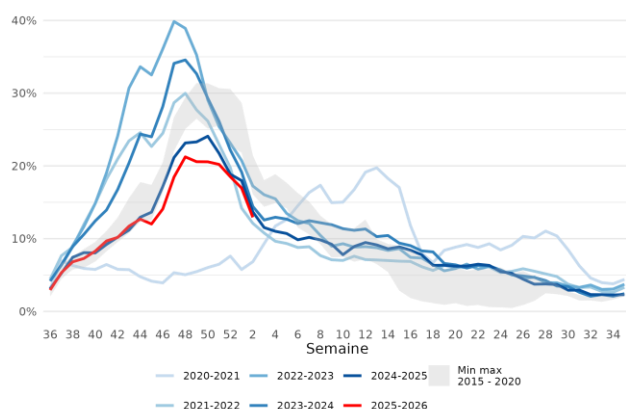
En semaine 02, chez les moins de 1 an, la bronchiolite concernait 12,9% des passages aux urgences et 25,9% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 1 506 enfants de moins de 1 an vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 02, 550 (36,5%) ont été hospitalisés.

La part de la bronchiolite parmi les passages aux urgences et les hospitalisations après passage diminuait en semaine 02. Le niveau d'intensité de la part de la bronchiolite était cette semaine à la limite du niveau de base.

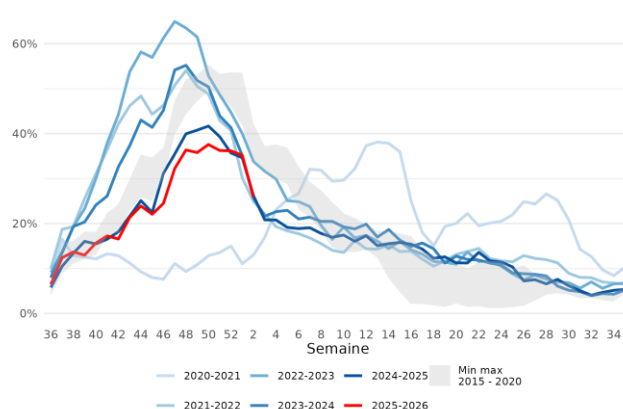
Part de la bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Hospitalisations après passage



Source : réseau OSCOUR®

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

Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en annexe

Source : réseau OSCOUR®

Cas graves en réanimation

Depuis la semaine 40, 642 cas de grippe, 141 cas de COVID-19 et 114 cas d'infections à VRS* ont été signalés par les services de réanimation participant à la surveillance (surveillance non exhaustive). Cinq cas de co-infections grippe/SARS-CoV-2, 6 cas de co-infections grippe/VRS et 4 cas de co-infections SARS-CoV2/VRS ont également été déclarés.

* La surveillance des infections à VRS concerne uniquement les personnes âgées de 18 ans et plus.

Caractéristiques des patients admis en service de réanimation suite à une infection par les virus de la grippe, le SARS-CoV-2 ou le VRS au cours de la saison 2025-2026

	Grippe N = 642 (72%)		COVID-19 N = 141 (16%)		Infection à VRS N = 114 (13%)	
	N	%	N	%	N	%
Sexe						
Femme	263	41%	51	37%	60	53%
Homme	368	58%	87	63%	53	47%
Indéterminé	5	1%	1	1%	0	0%
Non renseigné	6		2		1	
Classes d'âge (années)						
< 2	22	3%	2	1%	0	0%
2-17	32	5%	3	2%	0	0%
18-64	228	36%	40	28%	43	38%
65 et plus	355	56%	96	68%	71	62%
Non renseigné	5		0		0	
Données virologiques grippales						
A, sans précision	442	76%	-		-	
A(H1N1) _{pdm09}	75	13%	-		-	
A(H3N2)	64	11%	-		-	
B	0	0%	-		-	
Co-infection virus grippaux	0	0%	-		-	
Non renseigné	61		141		114	
Présence de comorbidité(s)	562	88%	124	88%	109	96%
Vaccination grippe pour la saison en cours						
Oui	124	19%	10	7%	26	23%
Non	320	50%	59	42%	38	33%
Ne sait pas/Non renseigné	198	31%	72	51%	50	44%
Vaccination COVID-19 depuis moins de 6 mois						
Oui	49	8%	10	7%	18	16%
Non	365	57%	66	47%	46	40%
Ne sait pas/Non renseigné	228	36%	65	46%	50	44%
Syndrome de détresse respiratoire aiguë						
Aucun	311	54%	73	55%	70	67%
Mineur	70	12%	2	2%	5	5%
Modéré	111	19%	31	23%	22	21%
Sévère	89	15%	26	20%	7	7%
Non renseigné	61		9		10	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive						
Aucune	23	4%	3	2%	3	3%
Ventilation non-invasive	408	64%	88	64%	74	67%
Ventilation invasive	196	31%	46	33%	33	30%
Assistance extracorporelle	9	1%	1	1%	0	0%
Non renseigné	6		3		4	

Source : réseau de services de réanimation sentinelles

Compte tenu des arrondis, la somme des pourcentages peut être différente de 100%.

Parmi les 642 cas de grippe, 56% avaient 65 ans ou plus. La présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 88% des cas. Un virus de type A a été identifié dans 100% des cas où le virus a été typé (581/581). Parmi les 444 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 72% n'étaient pas vaccinés contre la grippe. Au total, 81 décès ont été signalés, dont 60 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

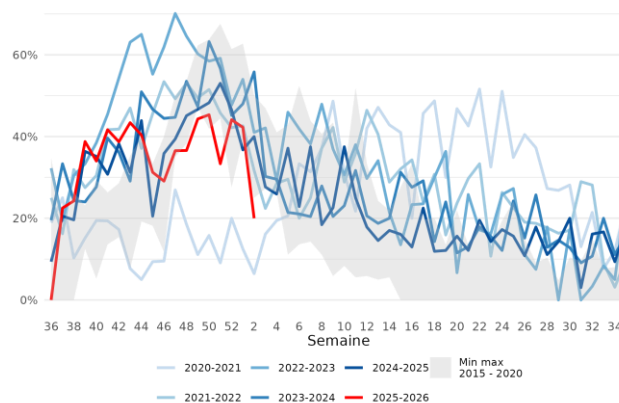
Parmi les 141 cas de COVID-19, 68% avaient 65 ans ou plus. La présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 88% des cas. Parmi les 76 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 87% n'étaient pas vaccinés contre la COVID-19 au cours des 6 derniers mois. Au total, 31 décès ont été signalés, dont 29 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Parmi les 114 cas d'infections à VRS de 18 ans et plus, 62% avaient 65 ans ou plus. La présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 96% des cas. Au total, 13 décès ont été signalés, dont 13 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Bronchiolite

En semaine 02, 7 hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an ont été enregistrées, soit 20,0% de l'ensemble des hospitalisations en service de réanimation dans cette classe d'âge (vs 42,3% en S01).

Part de la bronchiolite parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences chez les enfants de moins de 1 an



Source : réseau OSCOUR®

La surveillance des cas graves de bronchiolite chez les moins de 2 ans s'appuie sur des services de réanimation pédiatrique volontaires. Sont signalés les patients de moins de 2 ans avec une bronchiolite nécessitant une prise en charge en réanimation, quel que soit le virus à l'origine de l'infection (identifié ou non). Les services participants peuvent signaler tous les cas admis en réanimation ou les cas admis en réanimation un jour donné de la semaine. Cette surveillance n'est pas exhaustive.

Depuis la semaine 2025-S40, 282 cas graves de bronchiolite ont été signalés par les services de réanimation participants. Parmi eux, le VRS et les rhinovirus/entérovirus ont été identifiés respectivement dans 179 et 76 cas (soit respectivement 63% et 27% des cas). 66% avait moins de 6 mois et 30% avaient au moins une comorbidité identifiée ou étaient nés prématurés. Un traitement préventif contre les infections à VRS par anticorps monoclonal avait été administrés à 99 cas (35%). Pour 14% des cas, la mère avait été vaccinée.

Caractéristiques des nourrissons admis en service de réanimation pour une bronchiolite en France au cours de la saison 2025-2026, données du 13 janvier 2026

	Bronchiolite N = 282	
	N	%
Sexe		
Fille	122	43%
Garçon	153	54%
Non renseigné	7	2%
Classes d'âge (mois)		
< 1	29	10%
1-2	108	38%
3-5	49	17%
6-11	56	20%
12-24	35	12%
Non renseigné	5	2%
Agent pathogène (seul ou en co-infection)*		
VRS	179	63%
Rhinovirus/Entérovirus	76	27%
Métapneumovirus	17	6%
SARS-CoV-2	2	1%
Parainfluenzae virus	12	4%
Grippe	6	2%
Adénovirus	13	5%
Coronavirus saisonnier	4	1%
Bocavirus	3	1%
Non identifié/Non recherché	13	5%
Présence de comorbidité(s) et/ou prématurité**	85	30%
Prématurité	44	16%
Pathologie cardiaque	22	8%
Pathologie pulmonaire	23	8%
Pathologie rénale	2	1%
Pathologie neuromusculaire	2	1%
Immunodépression	1	0%
Autre(s) comorbidité(s)	16	6%
Traitement préventif pour le VRS	99	35%
Nirsevimab (Beyfortus®)	94	33%
Palivizumab (Synagis®)	2	1%
Non renseigné	3	1%
Vaccination de la mère contre le VRS		
Aucun	149	53%
Oui	40	14%
Ne sait pas	81	29%
Non renseigné	12	4%
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive		
Ventilation non invasive	142	50%
Oxygénothérapie à haut-débit	121	43%
Ventilation invasive	12	4%
Assistance extracorporelle	1	0%
Non renseigné	6	2%
Décès	0	0%

Source : réseau de services de réanimation sentinelles pédiatriques. Compte tenu des arrondis, la somme des pourcentages peut être différente de 100%. * Plusieurs agents pathogènes possibles pour un patient (co-infections). Le total est supérieur à 100%. ** Seules les comorbidités les plus fréquentes sont décrites. Plusieurs comorbidités possibles pour un patient

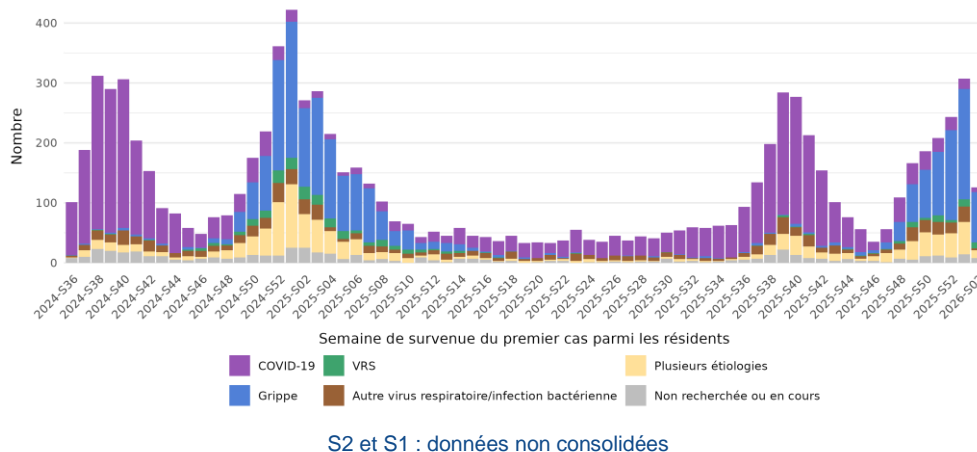
Établissements médico-sociaux

Depuis la semaine 40, 2 316 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 2 137 (92%) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Parmi l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 2 206 (95%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 868 (39,3%) étaient exclusivement attribués à la COVID-19, 743 (33,7%) exclusivement à la grippe et 61 exclusivement au VRS (2,8%). Le VRS était seul ou associé à un autre pathogène dans 153 épisodes (6,9%).

Un total de 307 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 01 (données non consolidées) vs 243 en S52. Parmi eux, 184 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 150 en S52), 12 étaient attribués exclusivement à une infection à VRS (vs 4 en S52) et 17 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 22 en S52).

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

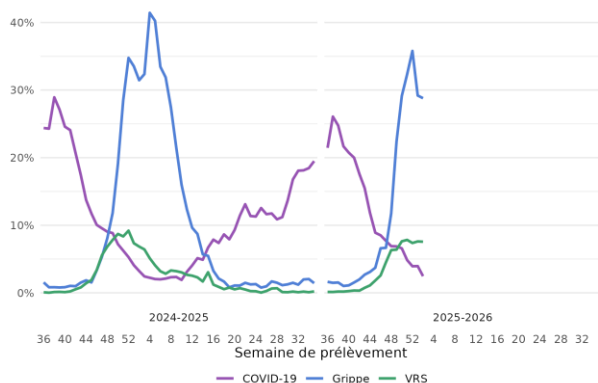
En semaine 02, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 28,8% (1 631/5 664) pour les virus grippaux (vs 29,2% en S01), 7,6% (414/5 475) pour le VRS (vs 7,6% en S01), 2,5% (140/5 670) pour le SARS-CoV-2 (vs 4,0% en S01).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les médecins des réseaux Sentinelles, SOS Médecins, DMG Strasbourg et DUMG Rouen et Côte d'Azur était de 36,7% (51/139) pour les virus grippaux (vs 46,6% en S01), 9,4% (13/139) pour le VRS (vs 7,4% en S01), 3,6% (5/139) pour le SARS-CoV-2 (vs 3,4% en S01) et 9,4% (13/139) pour le rhinovirus (vs 6,8% en S01).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 16,9% (2 795/16 567) pour les virus grippaux (vs 20,3% en S01), 6,2% (961/15 411) pour le VRS (vs 7,0% en S01), 2,5% (377/14 794) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,7% en S01) et 8,8% (509/5 787) pour le rhinovirus (vs 10,6% en S01).

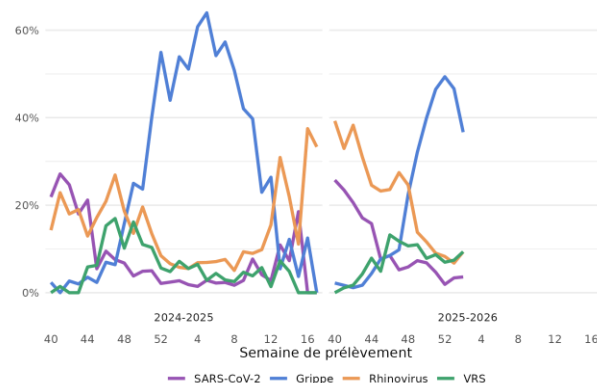
Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale

Laboratoires de biologie médicale en ville



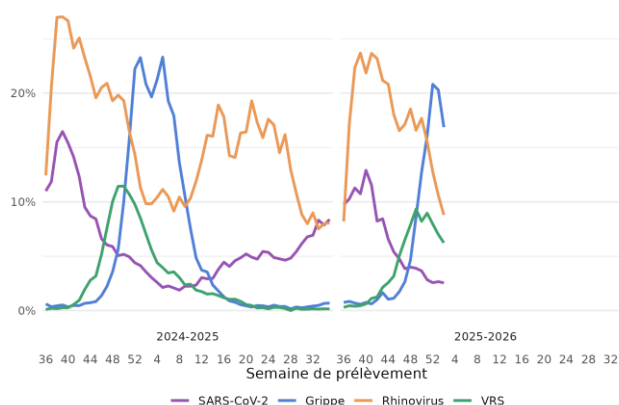
Source : réseau RELAB, CNR-VIR

Médecine de ville



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

Hôpital



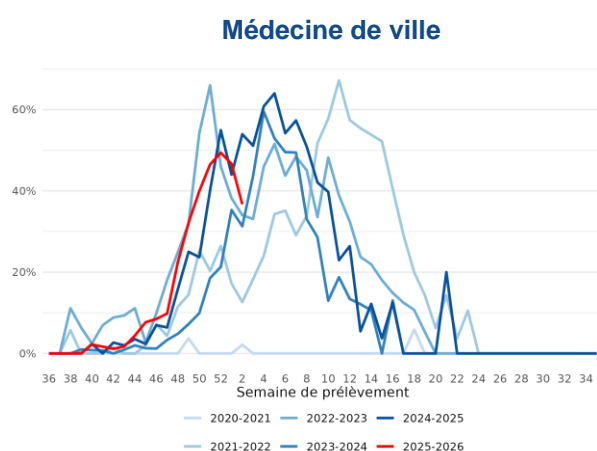
Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Virus grippaux

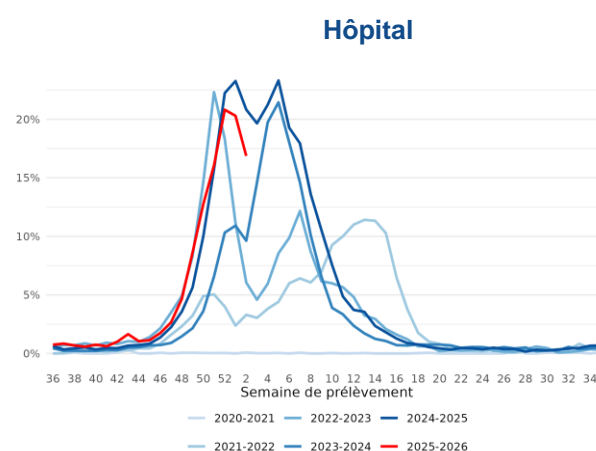
En semaine 02, le taux de positivité pour grippe était stable en laboratoires d'analyses médicales (réseau RELAB) à 29%, et en diminution par rapport à S01 en médecine de ville (35,5%) et à l'hôpital (16%). Depuis la semaine 40, en médecine de ville, sur les 2 593 prélèvements analysés, 628 se sont avérés positifs pour la grippe (taux de positivité 24,1%) : parmi eux 625 étaient des virus de type A : 231 A(H1N1)_{pdm09}, 329 A(H3N2) et 65 A non sous-typés, et 3 étaient de type B, tous de lignage B/Victoria. La part des virus A(H3N2) parmi les virus détectés est devenue supérieure à celle des virus A(H1N1)_{pdm09} depuis S49, mais les deux sous-types continuent de co-circuler de façon importante.

A l'hôpital (réseau RENAL/CNR), parmi les 195 138 prélèvements testés depuis la semaine 40, 18 067 se sont avérés positifs pour un virus grippal (9,3%), avec une très grande majorité de virus de type A : 15 412 virus de type A non sous-typés, 1 027 A(H1N1)_{pdm09}, 1 544 A(H3N2) et 84 virus de type B.

Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale

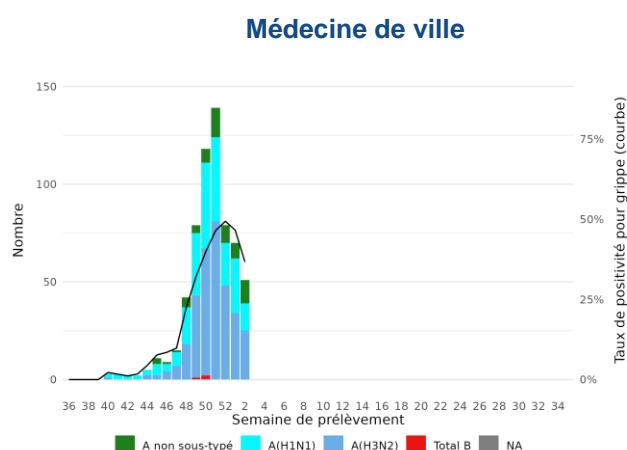


Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DMG Strasbourg, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR

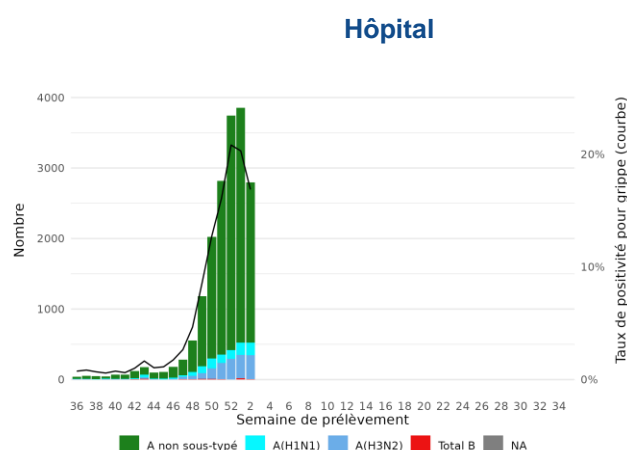


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

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



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



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Caractérisations antigénique et génétique des virus grippaux

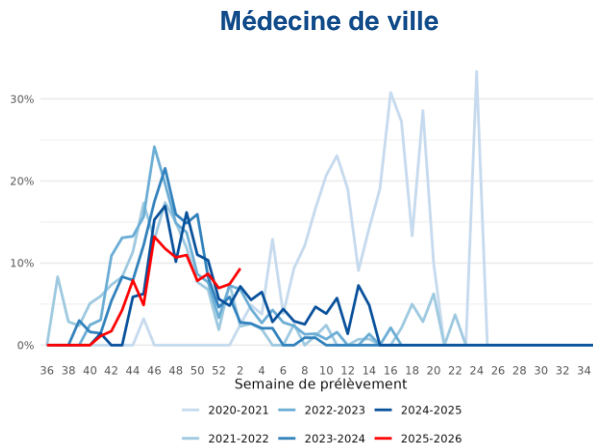
Entre les semaines 38 et 48, un total de 245 virus A(H1N1), 67 virus A(H3N2) et 3 virus B(VIC) ont été séquencés par le CNR Virus des infections respiratoires. Le sous-clade majoritaire était le sous-clade K (52/67 ; 77,6%) pour le sous-type A(H3N2) et le sous-clade D.3.1.1 (209/245 ; 85,3%) pour le sous-type A(H1N1)_{pdm09}. Les trois virus B séquencés appartiennent au sous-clade C.5.6 du lignage Victoria. 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

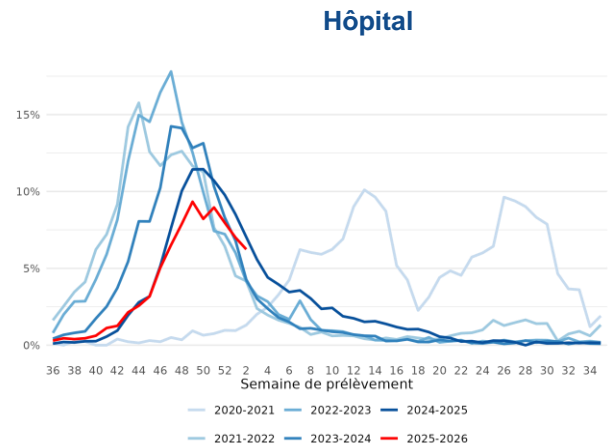
En semaine 02, parmi les 139 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, 13 (9,4%) étaient positifs pour le VRS. Parmi les 15 411 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 961 (6,2%) étaient positifs pour le VRS.

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



Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DMG Strasbourg, 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

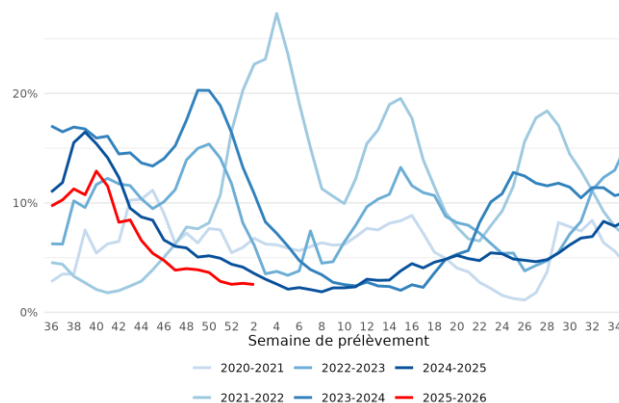


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

SARS-CoV-2

En semaine 02, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 2,5% (377/14 794) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,7% en S01).

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

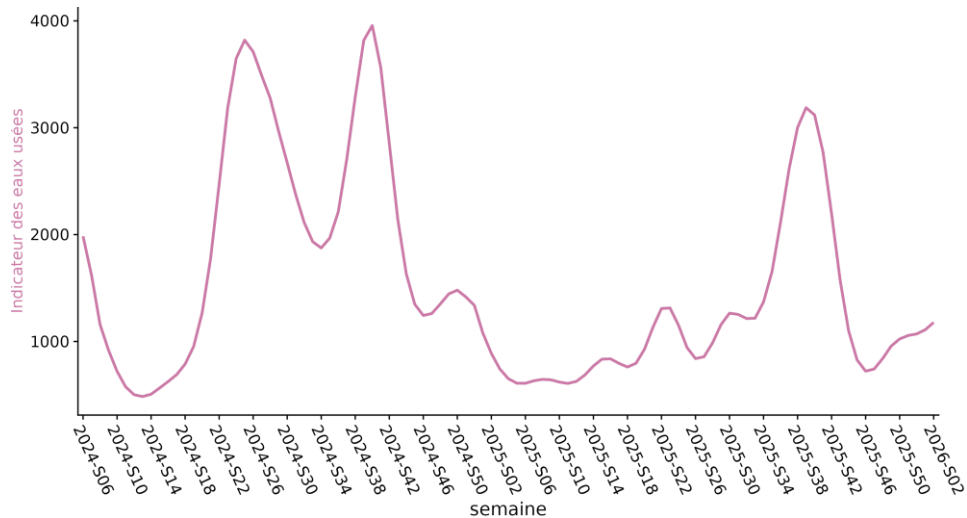


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Surveillance dans les eaux usées

En semaine 02, une légère augmentation du niveau de SARS-CoV-2 dans les eaux usées était globalement observée en France, avec des données exploitables sur 52 des 54 stations de traitement des eaux usées suivies.

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](#))

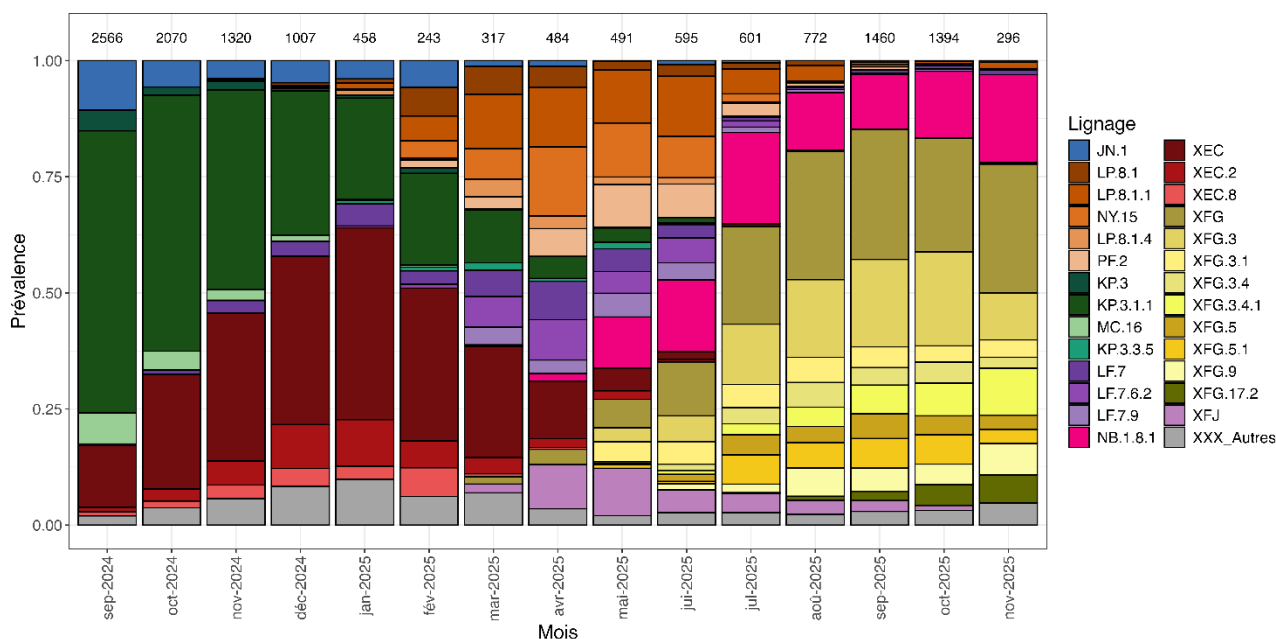
Surveillance génomique

Dans l'Hexagone, en novembre, le lignage XFG (recombinant LF.7/LP.8.1.2) est le plus fréquemment détecté, avec une proportion de 27,7% (82/296) sans ses sous-lignages. Parmi les sous-lignages de XFG, on retrouve tout d'abord XFG.3 avec une proportion de 10,1% (30/296) sans ses sous-lignages qui possèdent quant à eux des proportions de 3,7% (XFG.3.1 ; 11/296) et 2,4% (XFG.3.4 ; 7/296). Il est à noter que le clade XFG.3.4.1 se démarque ce mois-ci avec une proportion de 10,1% (30/296). Les sous-lignages XFG.5 et XFG.5.1 représentent chacun 3% des lignages détectés (9/296). Le sous-lignage XFG.9 a une proportion de 6,8% (20/296). Pour finir, le sous-lignage XFG.17.2 possède une proportion de 6,1% (18/296). Le lignage NB.1.8.1 (descendant de XDV) voit ses proportions en augmentation par rapport au mois précédent avec 18,9% (56/296) 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 73,0% (216/296 ; en baisse) et 18,9% (56/296 ; en hausse) de l'ensemble des séquences détectées dans l'Hexagone. Au regard du plus faible nombre de séquences analysées en novembre, une consolidation des données dans les prochaines semaines s'avère nécessaire pour l'interprétation des tendances.

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

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

Prévention

Vaccination contre la grippe

Au 31 décembre 2025, la couverture vaccinale contre la grippe de l'ensemble des personnes ciblées par la vaccination, estimée parmi les bénéficiaires du régime général uniquement, était de 46,3%. Elle était de 53,3% chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Parmi elles, 29,0% se sont fait vacciner avec un vaccin amélioré préférentiellement recommandé pour les personnes de 65 ans et plus (Efluelda® ou Fluad®). Chez les personnes âgées de moins de 65 ans à risque de grippe sévère, la couverture vaccinale était de 27,1%.

Ces couvertures vaccinales sont supérieures à celles observées à la même date pour la saison 2024-2025 pour le régime général : 42,5% pour l'ensemble des personnes à risque (+ 3,8 points), 49,8% chez les personnes âgées de 65 ans et plus (+ 3,5 points) et 22,7% chez celles âgées de moins de 65 ans à risque de grippe sévère (+4,4 points).

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 ;
- 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.

Efficacité en vie réelle du vaccin contre la grippe

Les premières estimations de l'efficacité en vie réelle du vaccin contre la grippe contre une infection symptomatique par un virus grippal, produites par le CNR-VIR à partir des données du réseau RELAB (données des laboratoires d'analyses médicales de ville) disponibles jusqu'en S01/2026, indiquent une efficacité du vaccin à 36,5% (intervalle de confiance à 95% : 30-42,4%) tous âges confondus. Celle-ci est inférieure chez les 65 ans et plus, quoique de façon non significative, à 26,3% (IC95% : 18-36%), plus élevée chez les 18-64 ans, à 46% (IC95% : 37-53%) et chez les 0-17 ans, à 61% (IC95% : 37-76%).

Il s'agit d'un niveau d'efficacité modéré pour le vaccin grippe, similaire à d'autres estimations européennes pour cette saison et supérieur à l'attendu, compte tenu notamment de la forte divergence antigénique du sous-clade K vis-à-vis de la souche A(H3N2) incluse dans le vaccin utilisé cet hiver. Ces estimations sont préliminaires et seront mises à jour prochainement. Avec

l'application des gestes barrières, la vaccination reste le moyen le plus efficace de se prémunir des complications liées à la grippe.

Vaccination contre la COVID-19

Au 31 décembre 2025, la couverture vaccinale contre la COVID-19 de l'ensemble des personnes ciblées par la vaccination, estimée parmi les bénéficiaires du régime général uniquement, était de 12,9%. Elle était de 15,4% chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et de 5,9% chez celles âgées de moins de 65 ans à risque.

Ces couvertures vaccinales sont inférieures à celles estimées à la même date et avec une méthodologie commune pour la saison 2024-2025 pour le régime général : 16,4% pour l'ensemble des personnes à risque (-4,5 points), 19,7% chez les personnes âgées de 65 ans (-4,3 points) et plus et 7,4% (-1,5 point) chez celles âgées de moins de 65 ans à risque.

Le suivi de cette vaccination est fait à partir du remboursement de l'acte d'injection dans le SNDS et non par le remboursement d'une dose de vaccin comme pour la vaccination contre la grippe. Les couvertures vaccinales sont donc certainement sous-estimées du fait du possible non-enregistrement des actes d'injections dans la base des remboursements, lorsque les vaccinations ont été réalisées dans les établissements sanitaires, médico-sociaux incluant les Ehpad ou par certains professionnels vaccinateurs. Le niveau de sous-estimation ne peut cependant être évalué.

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 messenger, 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 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, Cnam, 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](#)

Prévisions de la dynamique de l'épidémie de grippe en France hexagonale, saison 2025-2026 : [consultez le document publié par l'Institut Pasteur et Santé publique France](#)

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

Equipe de rédaction

Sibylle Bernard-Stoecklin, 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 2 (5 au 11 janvier 2026). Saint-Maurice : Santé publique France, 25 p.

Directrice de publication : Caroline Semaille.

Date de publication : 14 janvier 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr