Bulletin

Infections respiratoires aiguës

Santé publique France

Semaine 1 (29 décembre 2025 au 4 janvier 2026). Publication : 7 janvier 2026

ÉDITION NATIONALE

Tendances de la semaine

Infections respiratoires aiguës (IRA). Activité modérée à élevée chez les moins de 65 ans et très élevée chez les 65 ans ou plus, en ville comme à l'hôpital.

Grippe. Activité grippale stable ou en baisse en ville et aux urgences, mais poursuite de l'augmentation des hospitalisations et des décès. Ensemble des régions françaises en épidémie excepté La Réunion en pré-épidémie.

Bronchiolite. Poursuite de l'épidémie dans 12 régions de l'Hexagone et aux Antilles. Passage de l'Île-de-France en post-épidémie. Diminution de la plupart des indicateurs syndromiques en ville et à l'hôpital.

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

Indicateurs clés

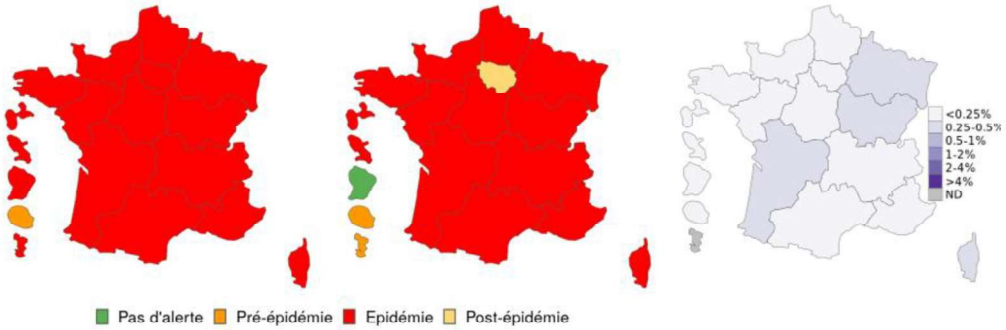
Indicateurs syndromiques

	IRA basses		Syndrome grippal		Bronchiolite (moins d'un an)		COVID-19	
Part de la pathologie parmi	**S01**	**S1 vs S52**	**S01**	**S01 vs S52**	**S01**	**S01 vs S52**	**S01**	**S01 vs S52**
Actes médicaux SOS Médecins	27,4%	-2,1 pt	16,9%	-2,6 pt	10,3%	-0,4 pt	0,3%	0 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	8,9%	-0,6 pt	4,5%	-0,8 pt	17,0%	-1,5 pt	0,2%	0 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	15,3%	+1,5 pt	5,5%	+0,6 pt	35,1%	-1 pt	0,4%	0 pt

Niveau d'alerte régional*

Taux de passages aux urgences**

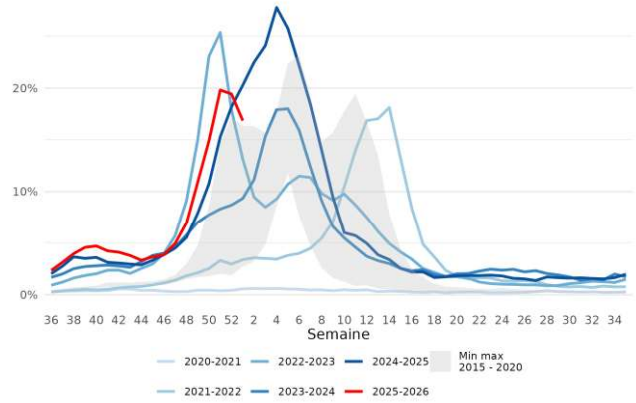
Grippe[1,2,3] **Bronchiolite**[1,2] **COVID-19**[1]



* Méthodologie en annexe. Antilles, Guyane : niveau d'alerte pour S52. ** Données non disponibles pour Mayotte.
Source : [1] réseau OSCOUR®, [2] SOS Médecins, [3] réseau Sentinelles

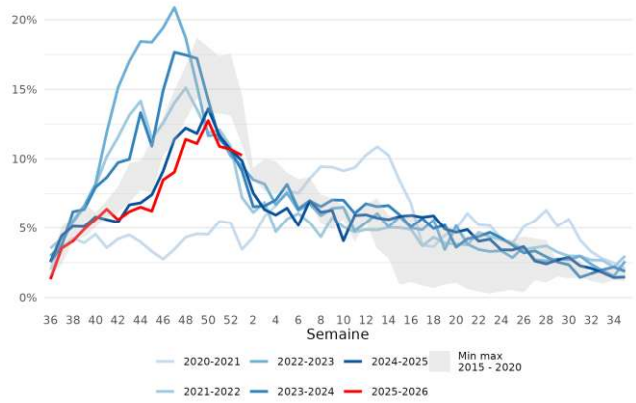
Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les bulletins régionaux de Santé publique France.

Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



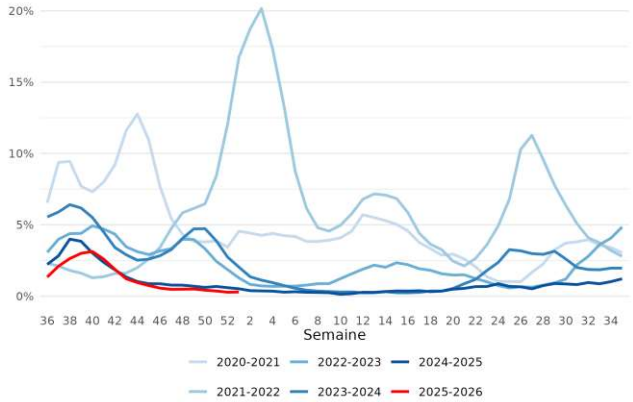
Source : SOS Médecins

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	
	S01	**S01 vs S52**	**S1**	**S01 vs S52**	**S1**	**S01 vs S52**
Taux de positivité des prélèvements						
Laboratoires de ville[1,2]	29,1%	-6,7 pt	7,6%	+0,2 pt	3,9%	0 pt
Médecine de ville[1,3,*]	42,2%	-6,9 pt	9,8%	+2,8 pt	1,0%	-0,9 pt
Milieu hospitalier[1,4]	19,5%	-1 pt	7,2%	-1 pt	2,7%	+0,1 pt
Surveillance dans les eaux usées[5,**]					1 125	- 2,1%

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 01, l'activité pour infection respiratoire aigüe (IRA) était contrastée selon les classes d'âge. Tous âges confondus et chez les moins de 65 ans, elle était stable ou en baisse et d'intensité modérée en ville, et modérée à élevée aux urgences. En revanche chez les 65 ans et plus, la part d'activité pour IRA était toujours en augmentation et à un niveau d'intensité très élevée en ville comme à l'hôpital. Cette activité était toujours principalement portée par la circulation des virus grippaux.

A l'instar de l'activité pour IRA, l'activité grippale était contrastée selon les classes d'âge et le type de recours aux soins, toujours portée par une co-circulation des virus A(H1N1)$_{pdm09}$ et A(H3N2). La part d'activité pour grippe/syndrome grippal était stable ou en diminution et d'intensité modérée en ville et aux urgences tous âges confondus. En revanche, la part d'activité pour grippe/syndrome grippal parmi les hospitalisations après passage aux urgences continuait d'augmenter et se situait à un niveau d'intensité élevée tous âges confondus et chez les 65 ans et plus. La part de la grippe parmi les décès déclarés par certificat électronique et le nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA en EMS exclusivement attribués à la grippe continuaient d'augmenter en S01. Au total, ces données indiquent qu'un pic d'activité a été atteint en S51 en ville et en S52 aux urgences. Compte-tenu de la circulation toujours soutenue des virus grippaux dans l'ensemble de la population française et des prévisions de la dynamique de l'épidémie en France hexagonale établies par l'Institut Pasteur et Santé publique France, grâce à des travaux de modélisation publiés sur le site de Santé publique France, la possibilité d'une reprise de l'épidémie en janvier ne peut être exclue à ce stade.

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. Cette diminution des indicateurs syndromiques à l'hôpital était observée dans la plupart des classes d'âge, avec néanmoins une tendance à la stabilisation chez les moins de 6 mois par rapport à la semaine précédente. Dans l'Hexagone, toutes les régions étaient en épidémie excepté l'Île-de-France qui passait en post-épidémie. Dans les départements et régions d'outre-mer, la Guadeloupe et la Martinique étaient en épidémie. Mayotte et La Réunion restaient en phase pré-épidémique. Les indicateurs en Guyane étaient à un niveau de base. Le taux de détection du VRS (virus respiratoire syncytial) tous âges était en hausse dans les prélèvements nasopharyngés réalisés en ville et diminuait à l'hôpital.

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 était stable en ville et à l'hôpital. L'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées se stabilisait. La part des décès de COVID-19 certifiés électroniquement était stable.

Le nombre de nouveaux épisodes d'IRA dans les Établissements médico-sociaux (EMS) était en légère augmentation en semaine 51. La majorité des épisodes était attribuée à la grippe.

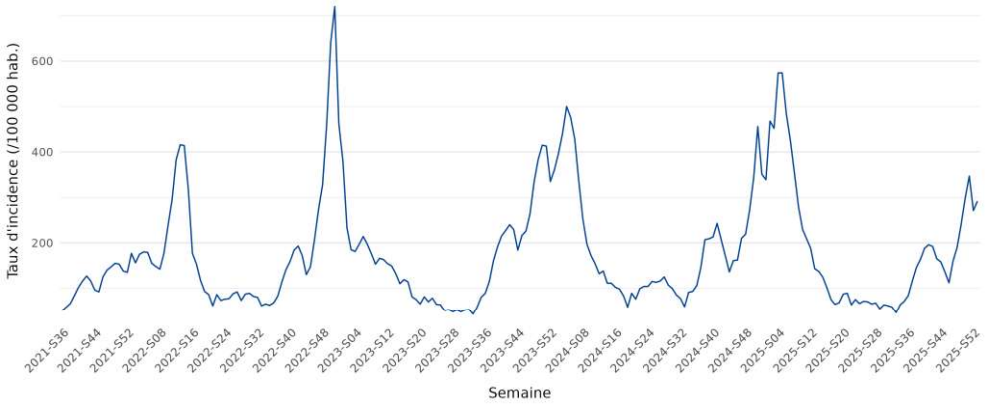
Au 30 novembre 2025, les couvertures vaccinales grippe sont estimées à 38,1% chez l'ensemble des personnes ciblées, 44,2% chez les 65 ans et plus et 21,3% chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère. Ces estimations sont supérieures à celles observées à la même date en 2024. Le détail de ces couvertures 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.

Médecine de ville

En semaine 01, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 292 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 280-304] (données non consolidées) vs 271 [260-282] en S52.

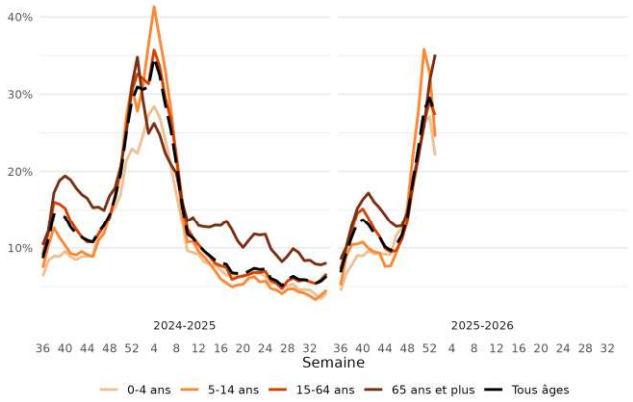
Estimation de l'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale



Source : réseau Sentinelles, IQVIA

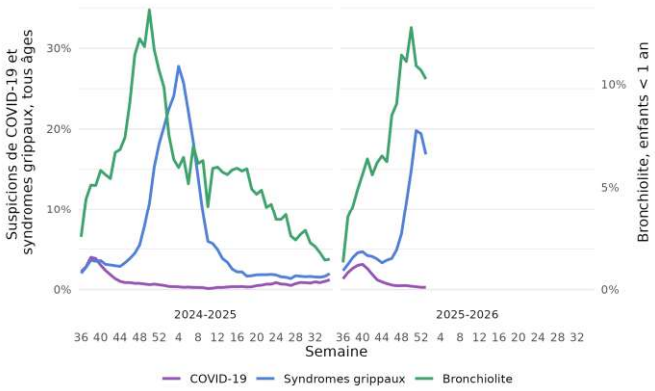
En semaine 01, 29 055 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 27,4% de l'ensemble des actes (vs 29,5% en S52). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 17 850, soit 16,9% (vs 19,4% en S52). Un total de 347 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins d'un an, soit 10,3% (vs 10,7% en S52) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 307, soit 0,3% des actes SOS Médecins (vs 0,3% en S52).

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



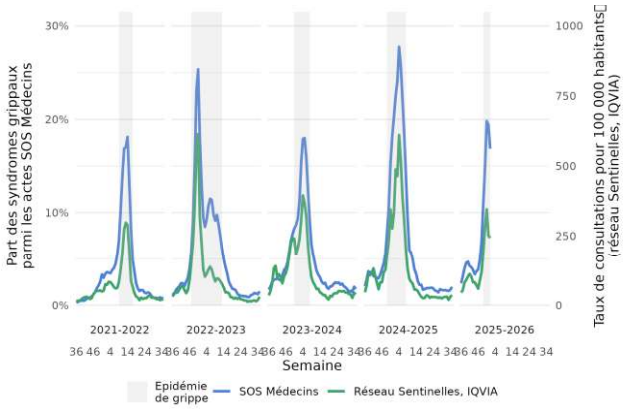
Source : SOS Médecins

Grippe

En semaine 01, le taux de consultations tous âges confondus pour syndrome grippal estimé à partir des données du réseau Sentinelles et IQVIA était de 243 pour 100 000 habitants [IC95% : 232-254] (données non consolidées) vs 252 pour 100 000 habitants [241-263] en S52.

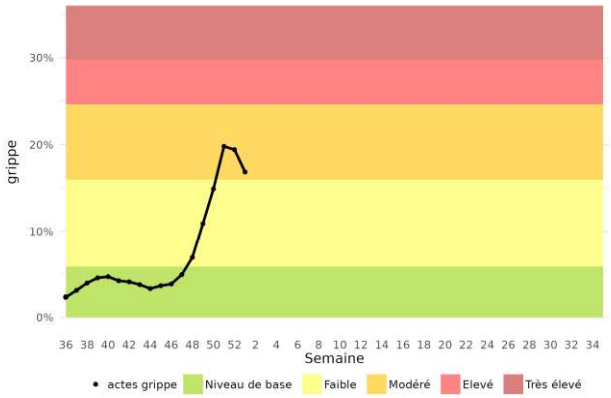
Le recours aux soins pour syndrome grippal tous âges confondus en médecine de ville était stable (réseau Sentinelles/IQVIA) ou diminuait (SOS Médecins), se situant à un niveau d'intensité modérée d'après les deux sources de données.

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



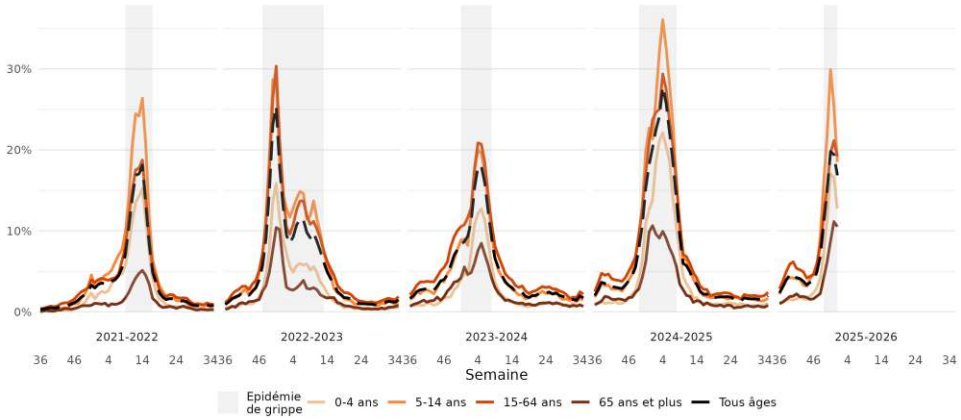
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins

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



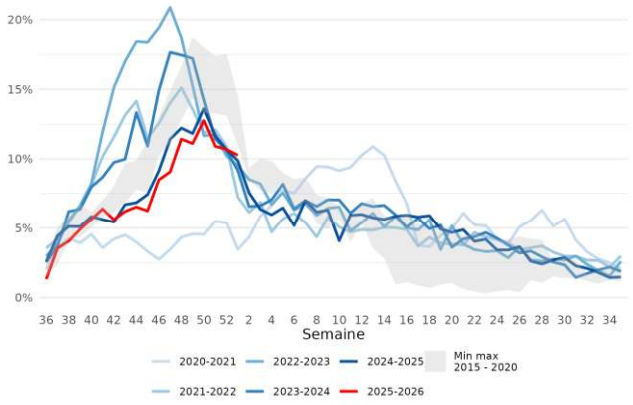
Source : SOS Médecins

Bronchiolite

En semaine 01, parmi les 3 384 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 1 an, 347 actes (10,3%) étaient liés à la bronchiolite.

La part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins diminuait en semaine 01 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



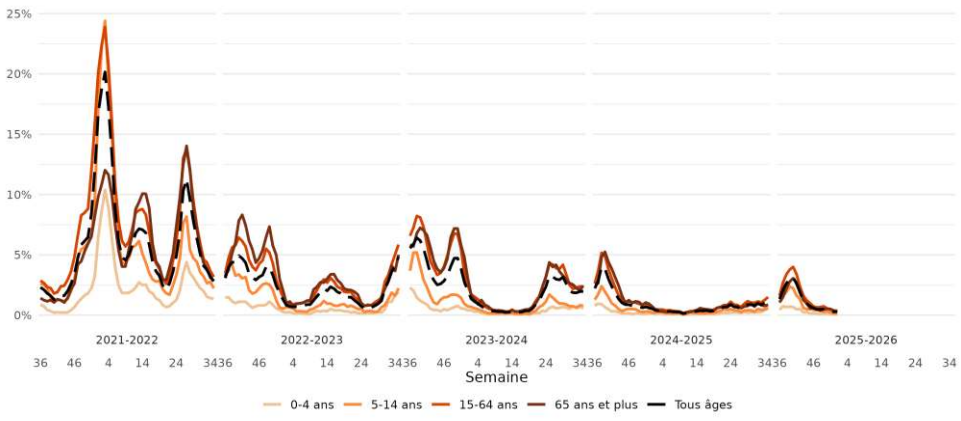
Source : SOS Médecins. * Méthodologie en annexe

COVID-19

En semaine 01, 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 11 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 7-15] (données non consolidées) vs 7 [4-9] en S52.

En semaine 01, la part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était globalement stable et à des niveaux faibles dans toutes les classes d'âge. Chez les 65 ans et plus 47 actes ont été enregistrés, soit 0,3% (vs 0,3% en S52), 231 actes chez les 15-64 ans, soit 0,4% (vs 0,4% en S52), 17 actes chez les 5-14 ans, soit 0,2% (vs 0,1% en S52) et 12 actes ont été enregistrés chez les 0-4 ans, soit 0,1% (vs 0,1% en S52).

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



Source : SOS Médecins

Milieu hospitalier

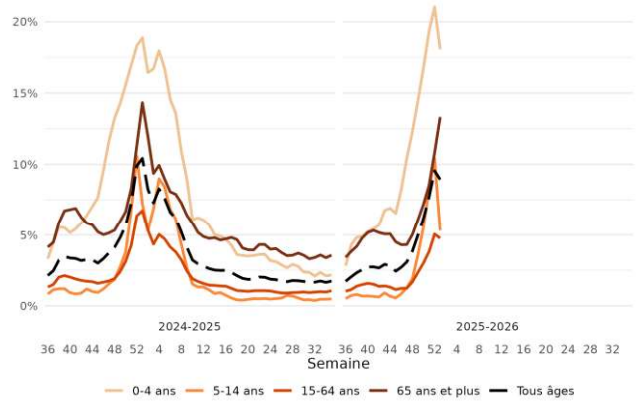
En semaine 01, 32 005 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 8,9% de l'ensemble des passages tous âges (vs 9,5% en S52). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 11 884, soit 15,3% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 13,8% en S52). La part 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 16 033, soit 4,5% des passages (vs 5,2% en S52). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 4 255, soit 5,5% de l'ensemble des hospitalisations (vs 4,9% en S52).

Chez les moins d'un an, 2 716 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 17,0% des passages dans cette classe d'âge (vs 18,5% en S52). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 1 004, soit 35,1% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 36,2% en S52).

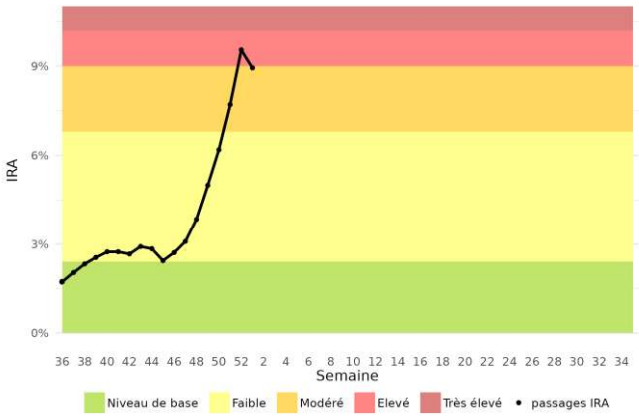
En semaine 01, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 702, soit 0,2% de l'ensemble des passages (vs 0,2% en S52). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 295, soit 0,4% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,4% en S52).

Part des IRA basses parmi les passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

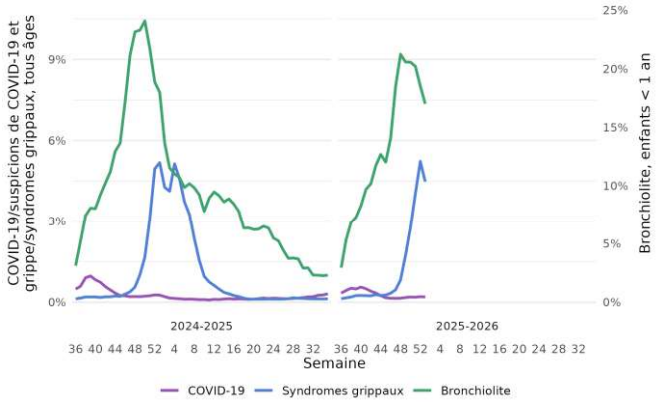
Part des IRA basses parmi les passages aux urgences, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur*



Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en annexe A et B

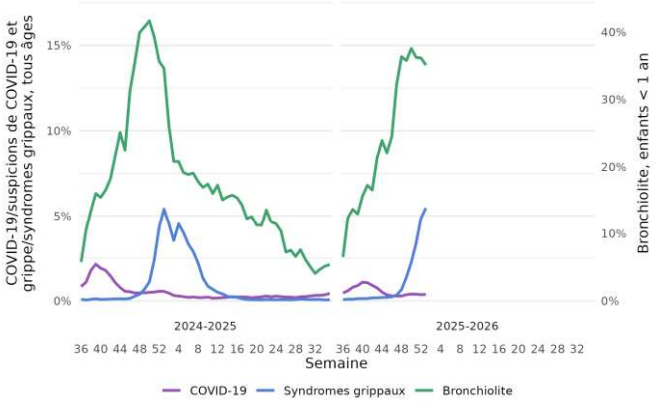
Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 et de la grippe/syndrome grippal (tous âges) et part de la bronchiolite (chez les moins de 1 an)

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Hospitalisations après passage

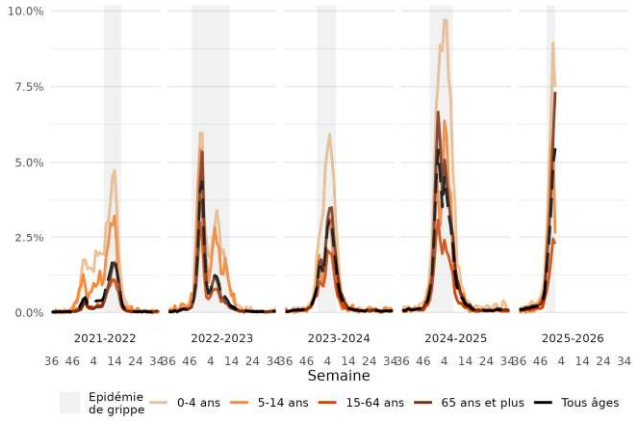


Source : réseau OSCOUR®

Grippe

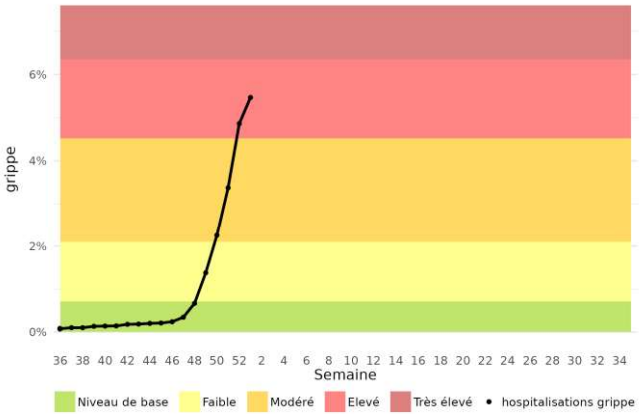
En semaine 01, la part de la grippe parmi les hospitalisations après passage aux urgences continuait d'augmenter tous âges confondus et chez les 65 ans et plus, se situant à un niveau d'intensité élevée. Chez les moins de 65 ans, cet indicateur diminuait et demeurait à un niveau d'intensité modérée.

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

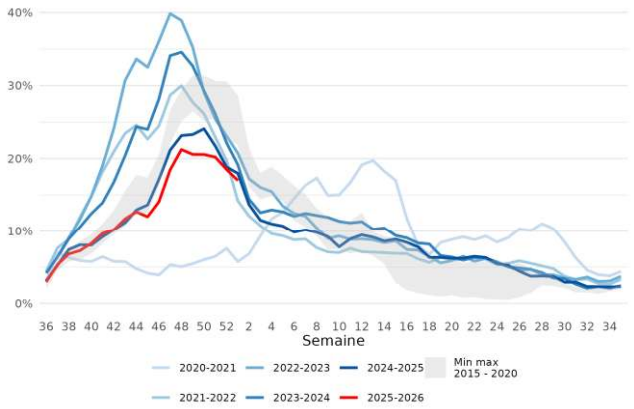
En semaine 01, chez les moins de 1 an, la bronchiolite concernait 17% des passages aux urgences et 35,1% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 2 716 enfants de moins de 1 an vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 1, 1 004 (37%) ont été hospitalisés.

La part de la bronchiolite parmi les passages aux urgences et les hospitalisations après passage diminuait en semaine 01. Le niveau d'intensité de la part de la bronchiolite était cette semaine à un niveau d'intensité faible.

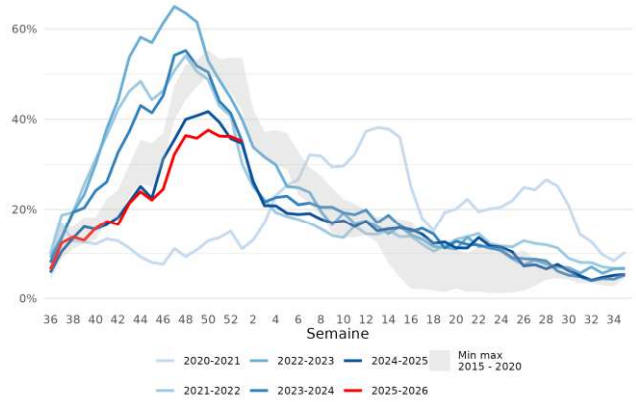
Part de la bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an

Passages aux urgences



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*

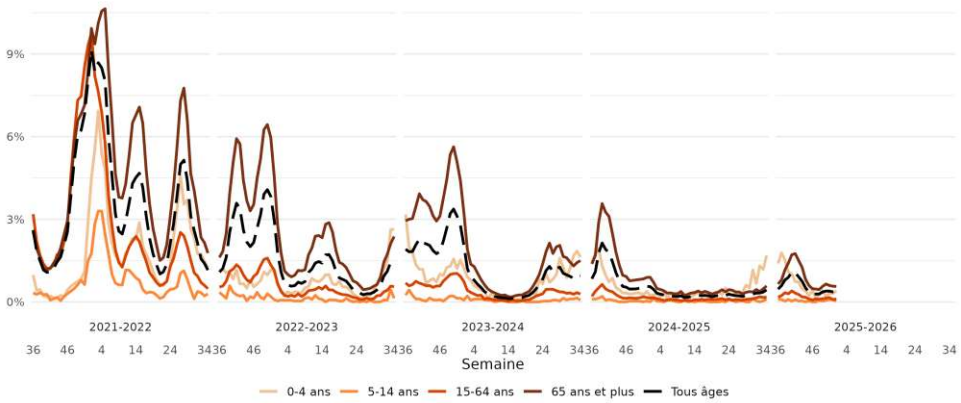


Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en annexe

COVID-19

La part des hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 restait faible dans toutes les classes d'âge. Chez les 65 ans et plus, 244 hospitalisations ont été enregistrées, soit 0,6% (vs 0,6% en S52), 28 hospitalisations chez les 15-64 ans, soit 0,1% (vs 0,1% en S52), 1 hospitalisation chez les 5-14 ans, soit une part inférieure à 0,1% (vs 0,1% en S52) et 22 hospitalisations chez les 0-4 ans, soit 0,4% (vs 0,3% en S52). Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 3 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S1, soit 0,1% (vs 0,2% en S52).

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



Source : réseau OSCOUR®

Cas graves en réanimation

Depuis la semaine 40, 377 cas de grippe, 128 cas de COVID-19 et 76 cas d'infections à VRS* ont été signalés par les services de réanimation participant à la surveillance (surveillance non exhaustive). 4 cas de co-infections grippe/COVID-19, 3 cas de co-infections grippe/VRS et 3 cas de co-infections COVID-19/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 = 377 (65%)		COVID-19 N = 128 (22%)		Infection à VRS N = 76 (13%)	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Sexe						
Femme	157	42%	45	36%	42	56%
Homme	212	57%	80	63%	33	44%
Indéterminé	4	1%	1	1%	0	0%
Non renseigné	4		2		1	
Classes d'âge (années)						
< 2	12	3%	1	1%	0	0%
2-17	13	3%	3	2%	0	0%
18-64	135	36%	38	30%	27	36%
65 et plus	212	57%	86	67%	49	64%
Non renseigné	5		0		0	
Données virologiques grippales						
A, sans précision	262	78%	-		-	
$A(H1N1)_{pdm09}$	37	11%	-		-	
A(H3N2)	37	11%	-		-	
B	0	0%	-		-	
Co-infection virus grippaux	0	0%	-		-	
Non renseigné	41		128		76	
Présence de comorbidité(s)	334	89%	113	88%	72	95%
Vaccination grippe pour la saison en cours						
Oui	66	18%	8	6%	13	17%
Non	182	48%	54	42%	25	33%
Ne sait pas/Non renseigné	129	34%	66	52%	38	50%
Vaccination COVID-19 depuis moins de 6 mois						
Oui	23	6%	8	6%	10	13%
Non	204	54%	59	46%	27	36%
Ne sait pas/Non renseigné	150	40%	61	48%	39	51%
Syndrome de détresse respiratoire aiguë						
Aucun	186	55%	69	58%	46	69%
Mineur	34	10%	2	2%	2	3%
Modéré	69	20%	24	20%	14	21%
Sévère	50	15%	25	21%	5	7%
Non renseigné	38		8		9	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive						
Aucune	14	4%	2	2%	3	4%
Ventilation non-invasive	230	62%	79	63%	48	67%
Ventilation invasive	121	33%	43	34%	21	29%
Assistance extracorporelle	7	2%	1	1%	0	0%
Non renseigné	5		3		4	

Source : réseau de services de réanimation sentinelles
Compte tenu des arrondis, la somme des pourcentages peut être différente de 100%.

Parmi les 377 cas de grippe, 57% avaient 65 ans ou plus. La présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 89% des cas. Un virus de type A a été identifié dans 100% des cas où le virus a été typé (336/336). Parmi les 248 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 73% n'étaient pas vaccinés contre la grippe. Au total, 41 décès ont été signalés, dont 30 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

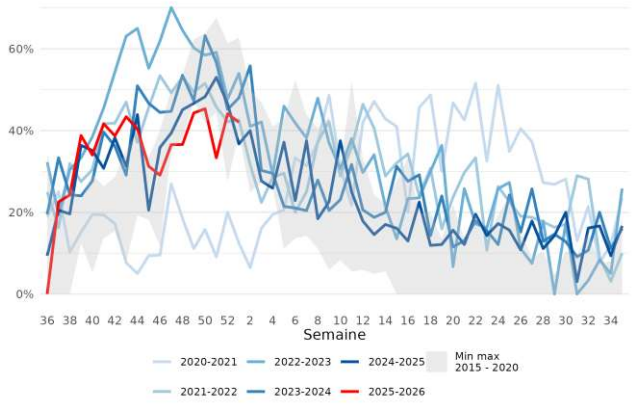
Parmi les 128 cas de COVID-19, 67% avaient 65 ans ou plus. La présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 88% des cas. Parmi les 67 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 88% n'étaient pas vaccinés contre la COVID-19 au cours des 6 derniers mois. Au total, 27 décès ont été signalés, dont 25 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Parmi les 76 cas d'infections à VRS de 18 ans et plus, 64% avaient 65 ans ou plus. La présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 95% des cas. Au total, 10 décès ont été signalés, dont 10 chez les 65 ans et plus (données non consolidées)

Bronchiolite

En semaine 01, 29 hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an ont été enregistrées, soit 42,0% de l'ensemble des hospitalisations en service de réanimation dans cette classe d'âge (vs 44,1% en S52).

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, 204 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 109 et 67 cas (soit respectivement 53% et 33% des cas). 68% avait moins de 6 mois et 31% 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 72 cas (35%). Parmi ces cas, la mère avait été déclarée vaccinée pour 2 d'entre eux.

Caractéristiques des nourrissons admis en service de réanimation pour une bronchiolite en France au cours de la saison 2025-2026, données du 06 janvier 2026

	Bronchiolite N = 204	
	N	%
Sexe		
Fille	85	42%
Garçon	113	55%
Non renseigné	6	3%
Classes d'âge (mois)		
< 1	22	11%
1-2	78	38%
3-5	38	19%
6-11	37	18%
12-24	24	12%
Non renseigné	5	2%
Agent pathogène (seul ou en co-infection)*		
VRS	109	53%
Rhinovirus/Entérovirus	67	33%
Métapneumovirus	14	7%
SARS-CoV-2	1	0%
Parainfluenzae virus	11	5%
Grippe	4	2%
Adénovirus	10	5%
Coronavirus saisonnier	3	1%
Bocavirus	2	1%
Autre pathogène	0	0%
Non identifié/Non recherché	11	5%
Présence de comorbidité(s) et/ou prématurité**	63	31%
Prématurité	34	17%
Pathologie cardiaque	19	9%
Pathologie pulmonaire	17	8%
Pathologie rénale	2	1%
Pathologie neuromusculaire	2	1%
Immunodépression	1	0%
Autre(s) comorbidité(s)	11	5%
Traitement préventif pour le VRS	72	35%
Nirsevimab (Beyfortus®)	67	33%
Palivizumab (Synagis®)	2	1%
Non renseigné	3	1%
Vaccination de la mère contre le VRS		
Aucun	103	50%
Oui	27	13%
Ne sait pas	69	34%
Non renseigné	5	2%
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive		
Ventilation non invasive	99	49%
Oxygénothérapie à haut-débit	94	46%
Ventilation invasive	6	3%
Assistance extracorporelle	1	0%
Non renseigné	4	2%
Décès	0	0%

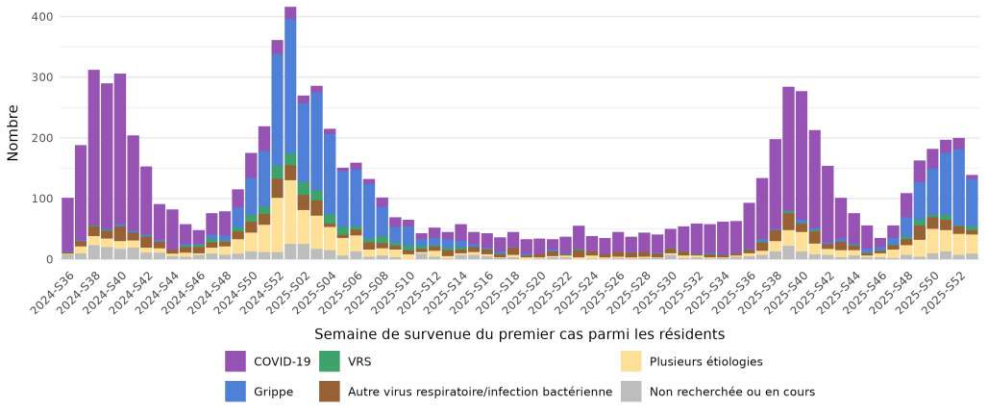
Source : réseau de services de réanimation sentinelles pédiatriques. Compte tenu des arrondis, la somme des pourcentages peut être différente de 100%. * Plusieurs agents pathogènes possibles pour un patient (co-infections). Le total est supérieur à 100%. ** Seules les comorbidités les plus fréquentes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

Établissements médico-sociaux

Depuis la semaine 40, 1 958 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 1 812 (93%) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Parmi l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 1 863 (95%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 848 (45,5%) étaient exclusivement attribués à la COVID-19, 517 (27,8%) exclusivement à la grippe et 40 exclusivement au VRS (2,1%). Le VRS était seul ou associé à un autre pathogène dans 121 épisodes (6,5%). Un total de 200 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 52 (données non consolidées) vs 197 en S51. Parmi eux, 125 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 102 en S51), 19 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 22 en S51) et 2 étaient attribués exclusivement à une infection à VRS (vs 8 en S51).

Un total de 200 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 52 (données non consolidées) vs 197 en S51. Parmi eux, 125 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 102 en S51), 2 étaient attribués exclusivement à une infection à VRS (vs 8 en S51) et 19 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 22 en S51).

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



S1 et S52 : 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

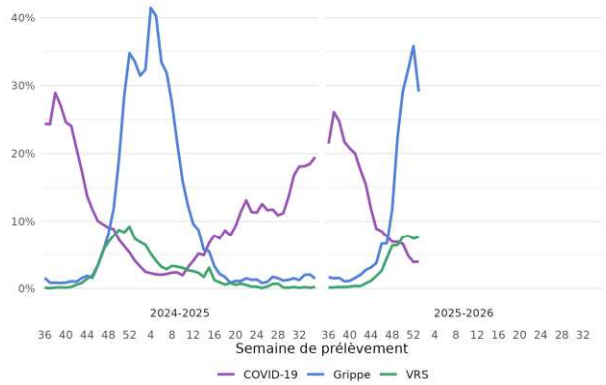
En semaine 01, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 29,1% (1 381/4 743) pour les virus grippaux (vs 35,8% en S52), 7,6% (351/4 604) pour le VRS (vs 7,4% en S52), 3,9% (187/4 741) pour le SARS-CoV-2 (vs 3,9% en S52).

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 42,2% (43/102) pour les virus grippaux (vs 49,0% en S52), 9,8% (10/102) pour le VRS (vs 7,0% en S52), 1,0% (1/102) pour le SARS-CoV-2 (vs 1,9% en S52) et 5,0% (5/100) pour le rhinovirus (vs 8,3% en S52).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 19,5% (3 300/16 890) pour les virus grippaux (vs 20,5% en S52), 7,2% (1 155/16 130) pour le VRS (vs 8,2% en S52), 2,7% (450/16 896) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,6% en S52) et 10,7% (630/5 894) pour le rhinovirus (vs 12,6% en S52).

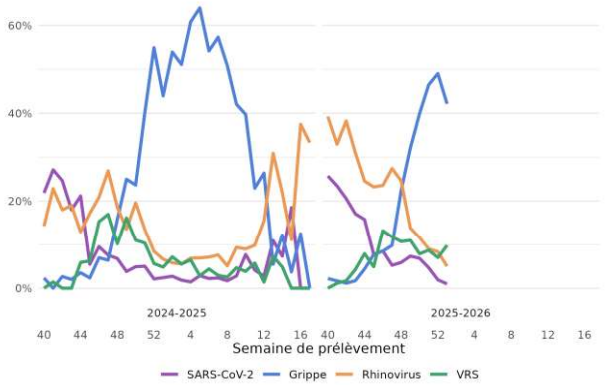
Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale

Laboratoires de biologie médicale en ville



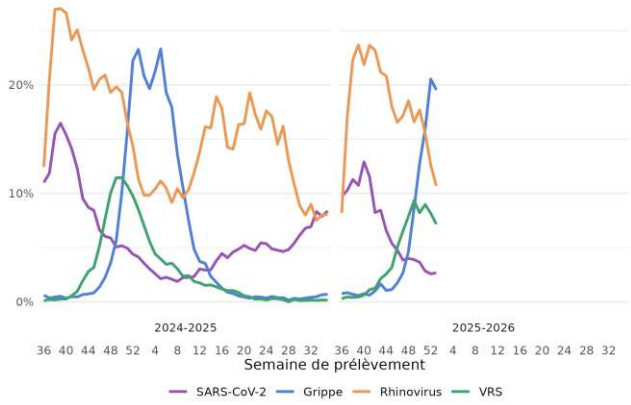
Source : réseau RELAB, CNR-VIR

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

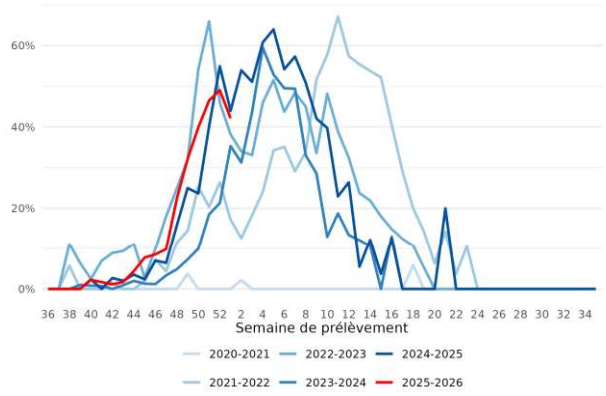
Virus grippaux

En semaine 01, le taux de positivité pour grippe était en diminution par rapport à S52 mais demeurait élevé, à 42,2% (102 prélèvements) en médecine de ville, 19,5% à l'hôpital et 29,1% en laboratoires d'analyses médicales (réseau RELAB). Depuis la semaine 40, en médecine de ville, sur les 2 407 prélèvements analysés, 547 se sont avérés positifs pour la grippe (taux de positivité (23%) : parmi eux 546 étaient des virus de type A : 199 A(H1N1)$_{pdm09}$, 280 A(H3N2) et 67 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 174 998 prélèvements testés depuis la semaine 40, 14 274 se sont avérés positifs pour un virus grippal (8,2%), avec une très grande majorité de virus de type A : 12 221 virus de type A non sous-typés, 845 A(H1N1)$_{pdm09}$, 1 208 A(H3N2) et 76 virus de type B.

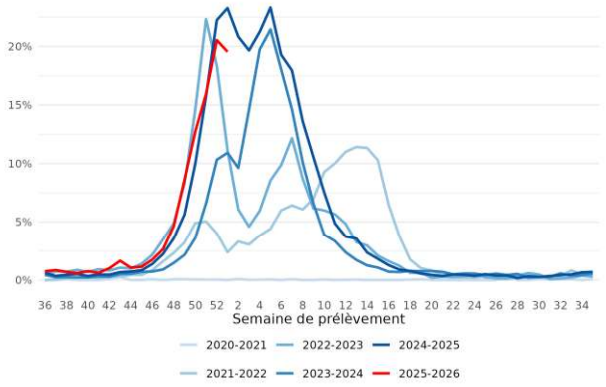
Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale

Médecine de ville



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

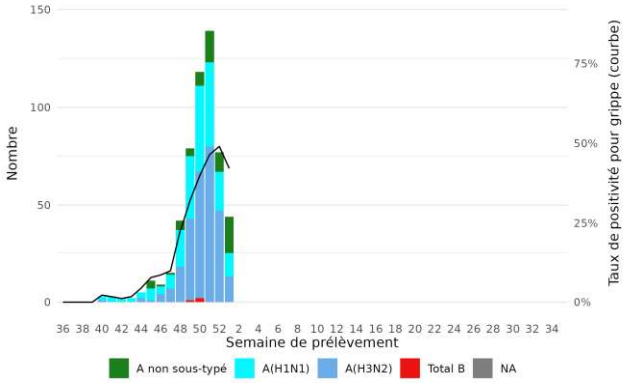
Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

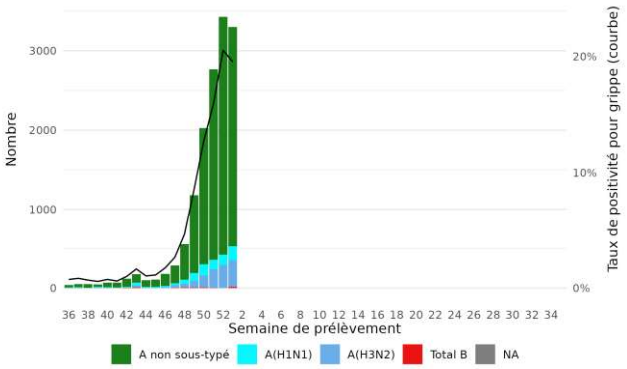
Distribution des types et sous-types de virus grippaux des prélèvements réalisés en France hexagonale

Médecine de ville



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

Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

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.

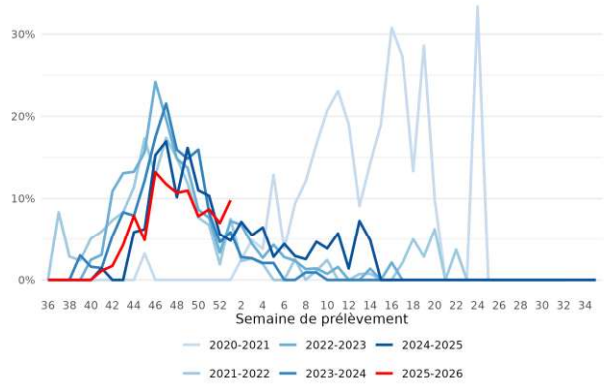
Pour plus d'informations sur les données virologiques issues du réseau RENAL de laboratoires hospitaliers et du réseau RELAB de laboratoires de biologie médicale, consultez le bulletin hebdomadaire du Centre national de référence Virus des infections respiratoires

VRS

En semaine 01, parmi les 102 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, 10 (9,8%) étaient positifs pour le VRS. Parmi les 16 130 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 1 155 (7,2%) étaient positifs pour le VRS.

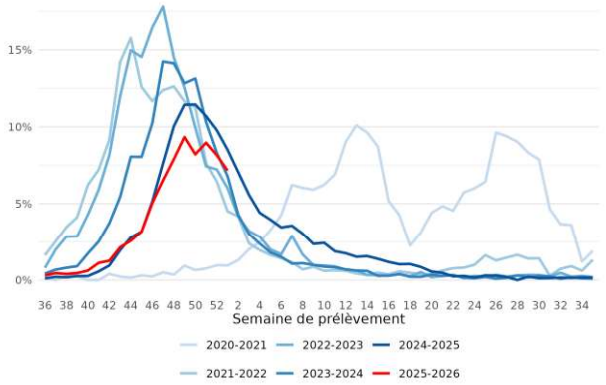
Taux de positivité* pour VRS des prélèvements réalisés en France hexagonale

Médecine de ville



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

Hôpital



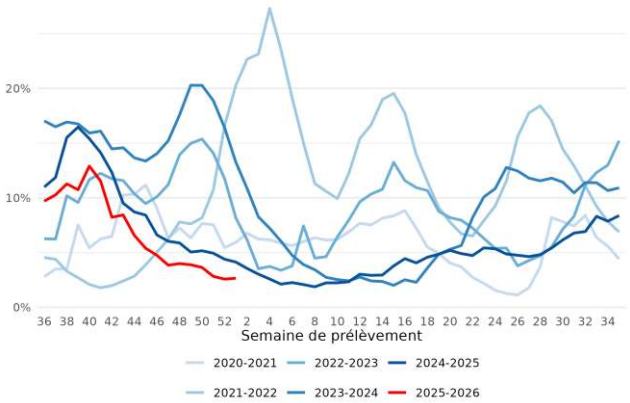
Source : réseau RENAL, CNR-VIR

* 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 01, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 2,7% (450/16 896) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,6% en S52).

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

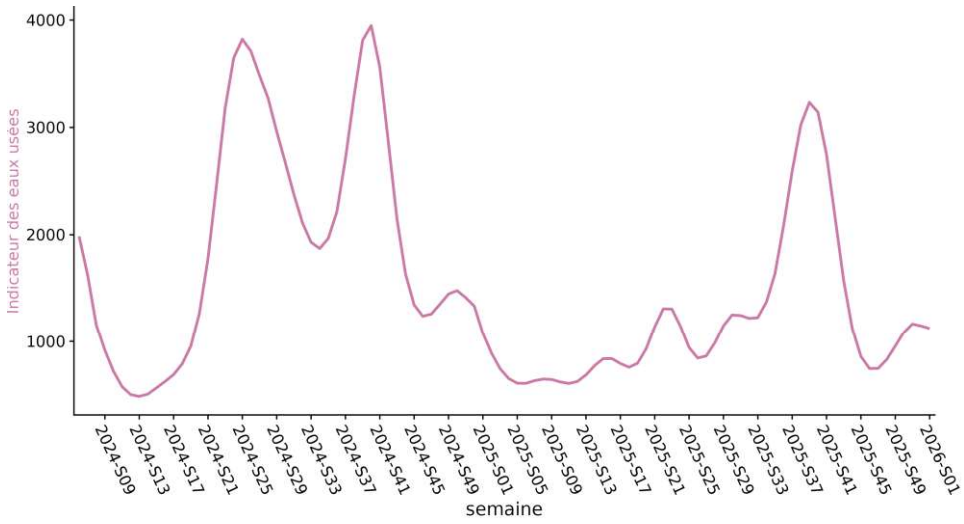


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Surveillance dans les eaux usées

En semaine 01, une stabilisation globale de la circulation du SARS-CoV-2 est observée dans les eaux usées en France, avec des données exploitables pour l'ensemble des 54 stations suivies.

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



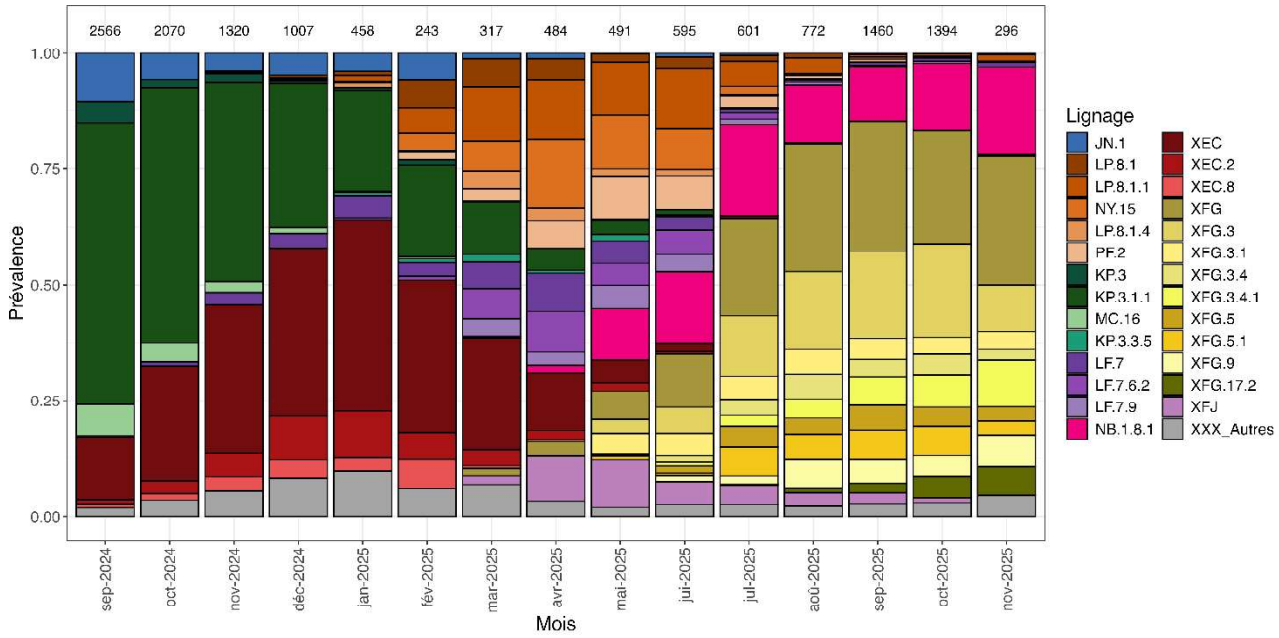
Source : SUM'Eau. Indicateur eaux usées : ratio de concentration virale de SARS-CoV-2 sur concentration en azote ammoniacal (Méthodologie en annexe)

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

Mortalité

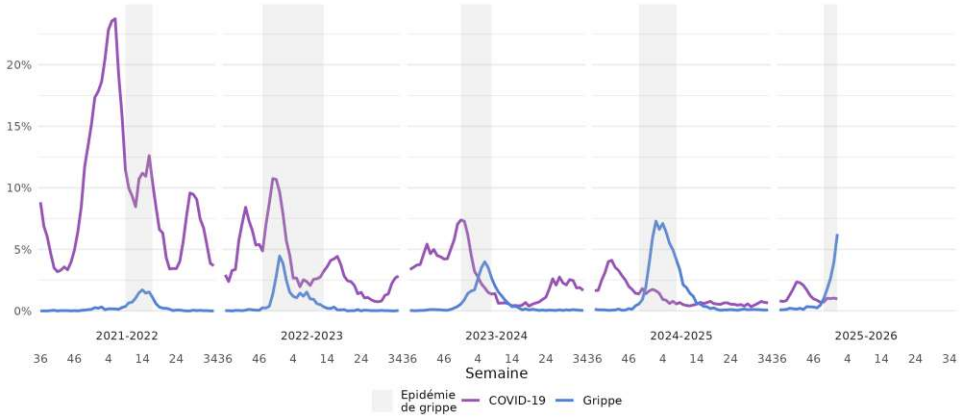
Certification électronique

En semaine 01, parmi les 8 766 décès déclarés par certificat électronique. La part de ces décès avec mention de grippe augmentait nettement par rapport à S52/2025 (6,3% vs 4,0 %) et était comparable à celle observée en S01/2025 (6%). Parmi les décès liés à la grippe déclarés depuis S40/2025, 92,6% concernaient des personnes de 65 ans et plus, 7,1% des personnes âgées de 15 à 64 ans et 0,3% des enfants de moins de 15 ans.

La COVID-19 était mentionnée dans 1,0% des décès (vs 1,0% en S52).

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

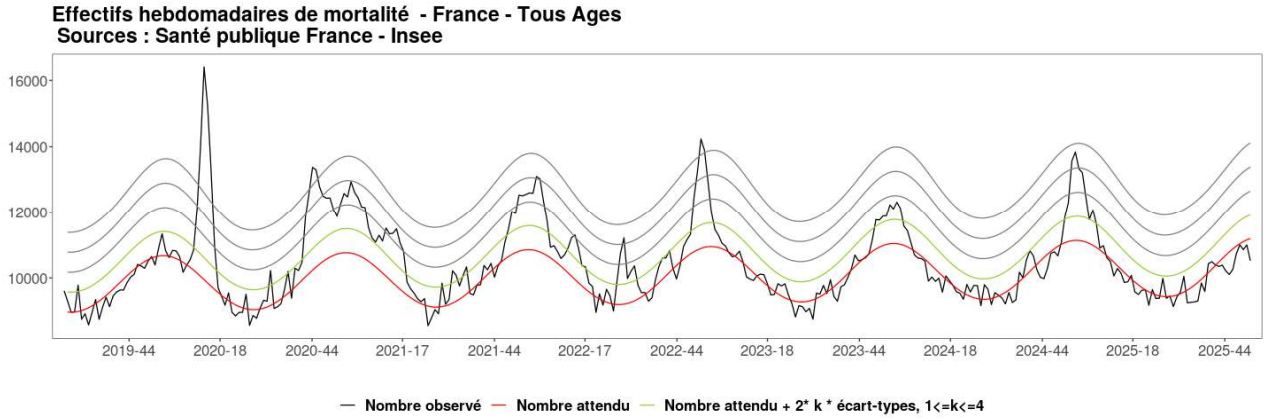


Source : Inserm-CépiDc ; Traitement : Santé publique France

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 S52.

Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges, 2018 à 2025 (jusqu'en semaine 52)



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

Prévention

Vaccination contre la grippe

Au 30 novembre 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 38,1%. Elle était de 44,2% chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Parmi elles, 30,0% 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 21,3%.

Ces couvertures vaccinales sont supérieures à celles observées à la même date pour la saison 2024-2025 pour le régime général : 34,5% pour l'ensemble des personnes à risque (+ 3,6 points), 40,5% chez les personnes âgées de 65 ans et plus (+ 3,7 points) et 18,9% chez celles âgées de moins de 65 ans à risque de grippe sévère (+2,4 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 personne âgée 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 par un virus grippal, produites par le CNR-VIR à partir des données du réseau RELAB 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.

Vaccination contre la COVID-19

Au 30 novembre 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 10,6%. Elle était de 12,7% chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et de 4,8% 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 : 12,1% pour l'ensemble des personnes à risque (-1,5 point), 14,5% chez les personnes âgées de 65 ans (-1,8 point) et plus et 5,6% (-0,8 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 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 1er Août 2025 en Guyane, le 1er septembre 2025 en France hexagonale, à la Réunion, en Martinique, en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélémy et le 1er 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 32e et la 36e 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 Hanguehard, 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 1 (29 décembre 2025 au 4 janvier 2026). Saint-Maurice : Santé publique France, 25 p.

Directrice de publication : Caroline Semaille.

Date de publication : 7 janvier 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr