

Infections respiratoires aiguës

Semaine 47 (17 au 23 novembre 2025). Publication : 26 novembre 2025

ÉDITION NATIONALE

Tendances de la semaine

Infections respiratoires aiguës (IRA). Activité en nette augmentation chez les enfants et globalement stable chez les adultes.

Grippe. Augmentation des indicateurs grippe avec le passage des régions Île-de-France, Normandie et Nouvelle-Aquitaine en pré-épidémie, et de Mayotte en épidémie.

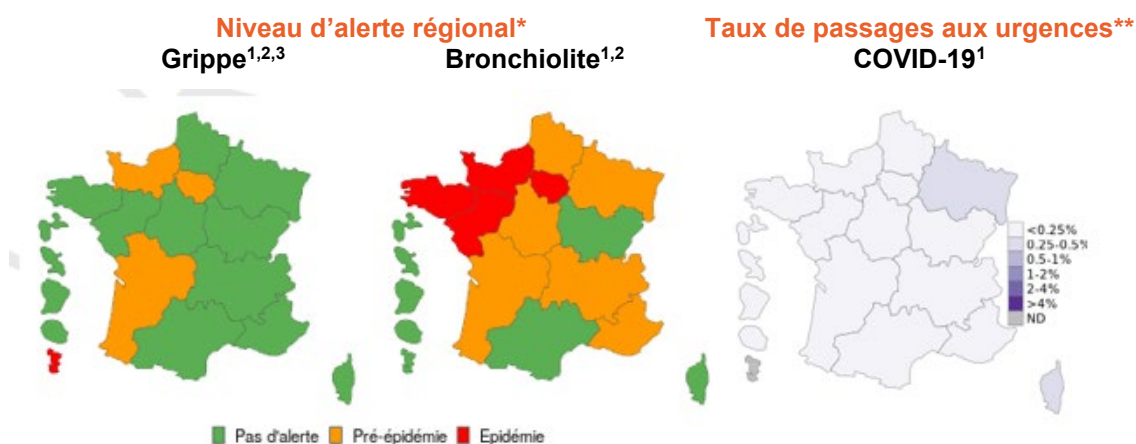
Bronchiolite. Indicateurs syndromiques en augmentation. Phase épidémique en Île-de-France, Normandie, Bretagne et Pays de la Loire. Six régions hexagonales en phase pré-épidémique.

COVID-19. L'ensemble des indicateurs en diminution et à des niveaux faibles.

Indicateurs clés

Indicateurs syndromiques

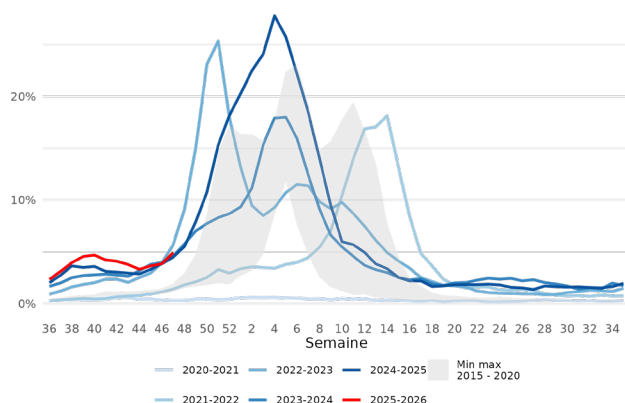
Part de la pathologie parmi	IRA basses		Syndrome grippal		Bronchiolite (moins d'un an)		COVID-19	
	S47	S47 vs S46	S47	S47 vs S46	S47	S47 vs S46	S47	S47 vs S46
Actes médicaux SOS Médecins	11,7%	+1,3 pt	4,9%	+1,1 pt	9,1%	+0,6 pt	0,5%	-0,1 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	3,1%	+0,4 pt	0,5%	+0,1 pt	18,5%	+4,5 pt	0,1%	0 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	6,0%	+0,5 pt	0,3%	+0,1 pt	32,3%	+7,8 pt	0,3%	0 pt



* Méthodologie en [annexe](#). Antilles, Guyane : niveau d'alerte pour S46. ** Données non disponibles pour Mayotte.
Source : ¹ réseau OSCOUR®, ² SOS Médecins, ³ réseau Sentinelles

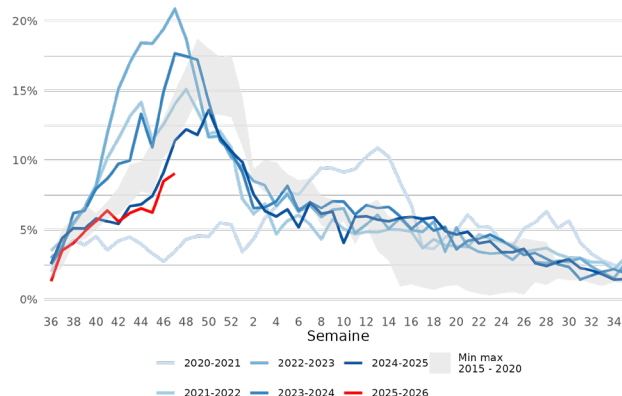
Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les [bulletins régionaux](#) de Santé publique France.

Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



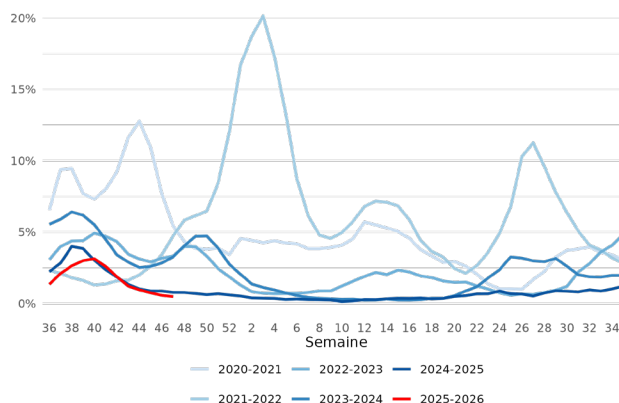
Source : SOS Médecins

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	
	S47	S47 vs S46	S47	S47 vs S46	S47	S47 vs S46
Taux de positivité des prélèvements						
Laboratoires de ville ^{1,2}	6,5%	-0,1 pt	4,7%	+2,1 pt	7,8%	-0,7 pt
Médecine de ville ^{1,3,*}	6,9%	-1,6 pt	12,3%	-0,9 pt	6,2%	-2,3 pt
Milieu hospitalier ^{1,4}	2,5%	+0,6 pt	6,5%	+1,1 pt	3,9%	-0,6 pt
Surveillance dans les eaux usées ^{5,**}					563	- 25,3%

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 47, les indicateurs infections respiratoires aiguës (IRA) étaient en nette augmentation en ville et à l'hôpital chez les moins de 15 ans. Chez les adultes, l'activité était en légère augmentation en ville et stable à l'hôpital. Le niveau d'activité pour IRA tous âges confondus était inférieur à celui observé à la même période de l'année lors des trois saisons précédentes. Cette activité était portée par la circulation de plusieurs virus respiratoires, dont le rhinovirus, le VRS, le SARS-CoV-2 et les virus grippaux de type A.

Les indicateurs syndromiques liés à la bronchiolite augmentaient en ville et à l'hôpital, à des niveaux proches de ceux observés la saison précédente à la même période. Dans l'Hexagone, les régions Bretagne et Pays de la Loire passaient en phase épidémique en S47 tandis que deux régions étaient déjà en épidémie (Île-de-France depuis S43 et Normandie depuis S46). Six régions étaient en pré-épidémie (Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur). Dans les départements et régions d'outre-mer, les indicateurs de la bronchiolite étaient à leur niveau de base. Le taux de détection du VRS (virus respiratoire syncytial) tous âges était en augmentation dans les prélèvements naso-pharyngés réalisés par les laboratoires de biologie médicale en ville et tendait à se stabiliser en médecine ambulatoire. Le taux de positivité du VRS dans les prélèvements naso-pharyngés tous âges confondus augmentait à l'hôpital.

En S47, l'activité grippale augmentait dans toutes les classes d'âge dans l'Hexagone, indiquant un démarrage de la circulation des virus grippaux en population générale et particulièrement chez les enfants. Toutefois les indicateurs de recours aux soins en ville et à l'hôpital demeuraient à leur niveau de base dans la majorité des régions hexagonales, excepté en Ile-de-France, Normandie et Nouvelle-Aquitaine, passées en pré-épidémie en S47. Les virus de type A étaient très largement majoritaires, avec une co-circulation des sous-types A(H1N1)_{pdm09} et A(H3N2). L'activité était à son niveau de base dans les régions d'outre-mer excepté à Mayotte, passée en épidémie en S47.

L'ensemble des indicateurs de la COVID-19 en ville et à l'hôpital diminuaient en S47. L'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées poursuivait sa baisse. La part des décès de COVID-19 certifiés électroniquement diminuait encore par rapport à la semaine précédente.

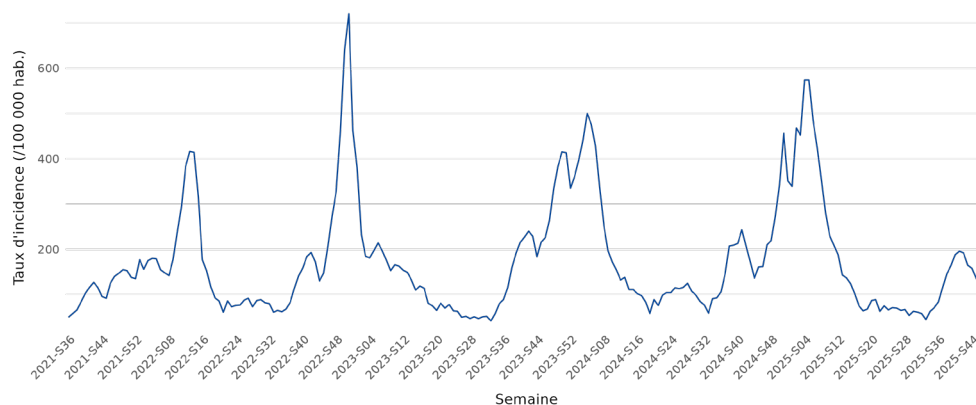
Le nombre de nouveaux épisodes d'IRA dans les Établissements médico-sociaux (EMS) était en diminution depuis mi-octobre comme observé en 2024 à la même période. La grande majorité des épisodes était attribuée exclusivement à la COVID-19.

La campagne de vaccination contre la grippe et contre la COVID-19 est en cours depuis le 14 octobre 2025. Elle cible toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes à risque de forme grave, les femmes enceintes, les résidents en Ehpad (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et USLD (Unité de soins de longue durée), ainsi que les personnes vivant dans l'entourage ou en contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables aux formes graves de l'infection, y compris les professionnels de santé. La campagne d'immunisation des nouveau-nés contre les infections à VRS a débuté le 1er septembre 2025 à l'exception de la Guyane où elle a débuté le 1er août 2025. Deux stratégies sont possibles : soit la vaccination de la femme enceinte pour protéger le nouveau-né ou le nourrisson de moins de 6 mois soit l'immunisation des nourrissons par un anticorps monoclonal.

Médecine de ville

En semaine 47, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 165 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 157 -173] (données non consolidées) vs 112 [105-118] en S46.

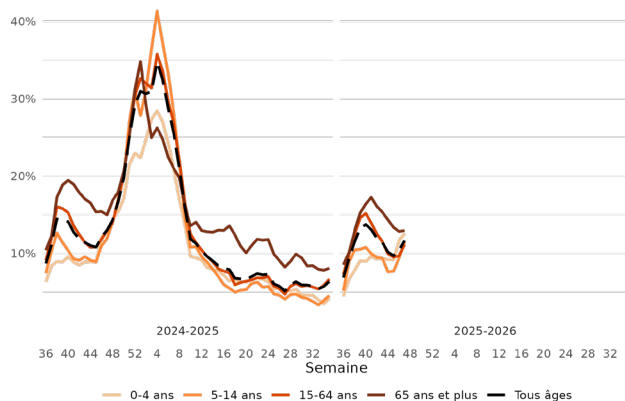
Estimation de l'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale



Source : réseau Sentinelles, IQVIA

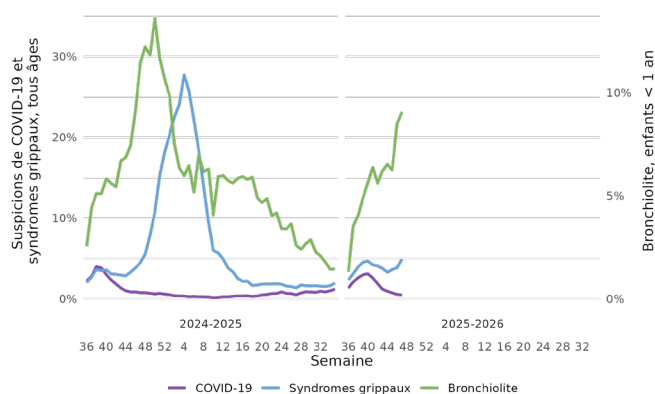
En semaine 47, 10 205 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 11,7% de l'ensemble des actes (vs 10,4% en S46). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 4 330, soit 4,9% (vs 3,9% en S46). Un total de 259 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins d'un an, soit 9,1% (vs 8,5% en S46) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 418, soit 0,5% des actes SOS Médecins (vs 0,6% en S46).

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



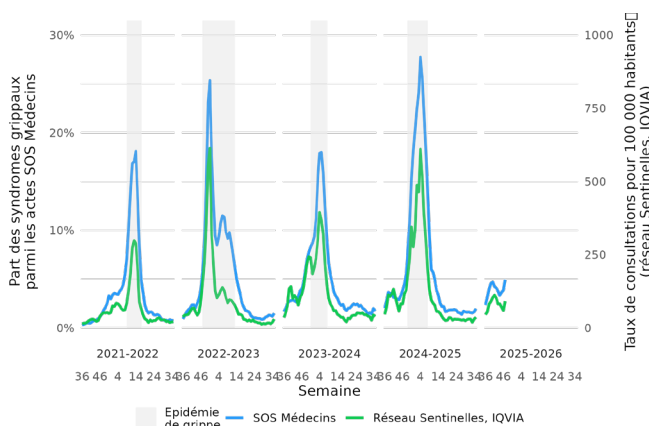
Source : SOS Médecins

Grippe

En semaine 47, le taux de consultations tous âges confondus pour syndrome grippal estimé à partir des données du réseau Sentinelles et IQVIA était de 91 pour 100 000 habitants [IC95% : 85-97] (données non consolidées) vs 59 pour 100 000 habitants [54-64] en S46.

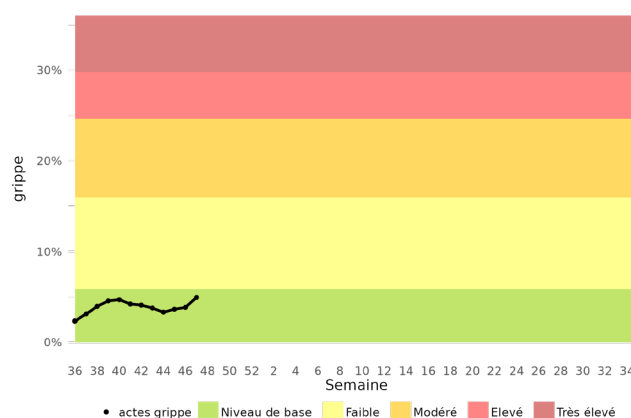
En semaine 47, le recours aux soins pour syndrome grippal en médecine de ville était en augmentation dans toutes les classes d'âge et particulièrement chez les moins de 65 ans, tout en demeurant à son niveau de base.

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



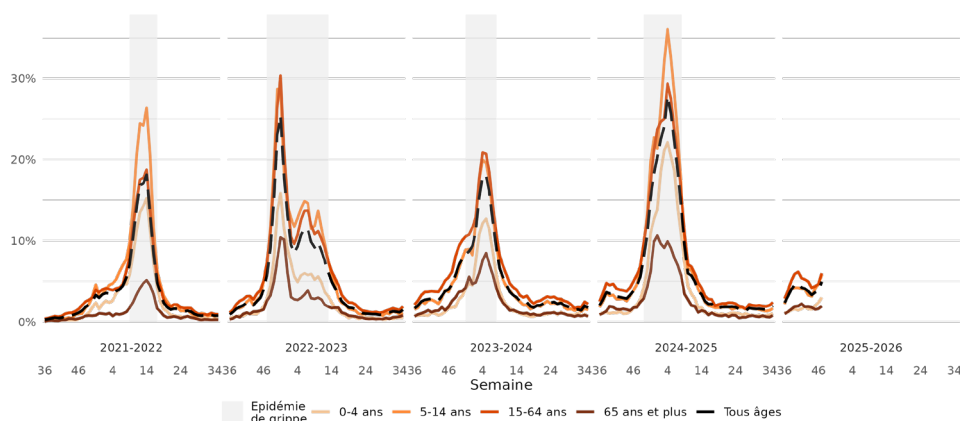
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins.

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



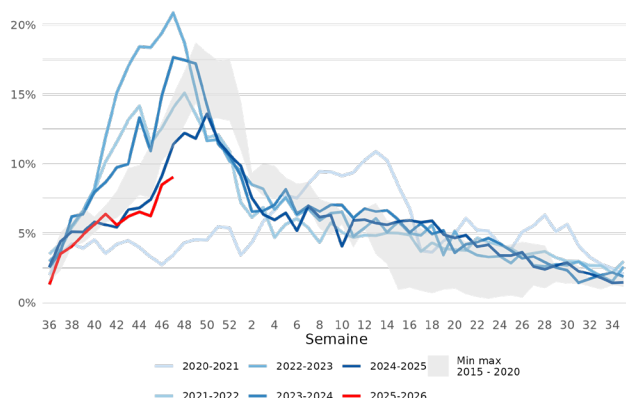
Source : SOS Médecins

Bronchiolite

En semaine 47, parmi les 2 860 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 1 an, 259 actes (9,1%) étaient liés à la bronchiolite.

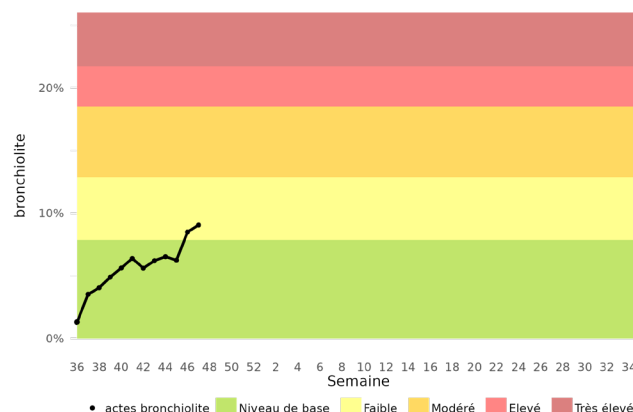
La part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins augmentait en semaine 47 en médecine de ville. Le niveau d'intensité de la part de la bronchiolite était cette semaine à un niveau d'intensité faible.

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



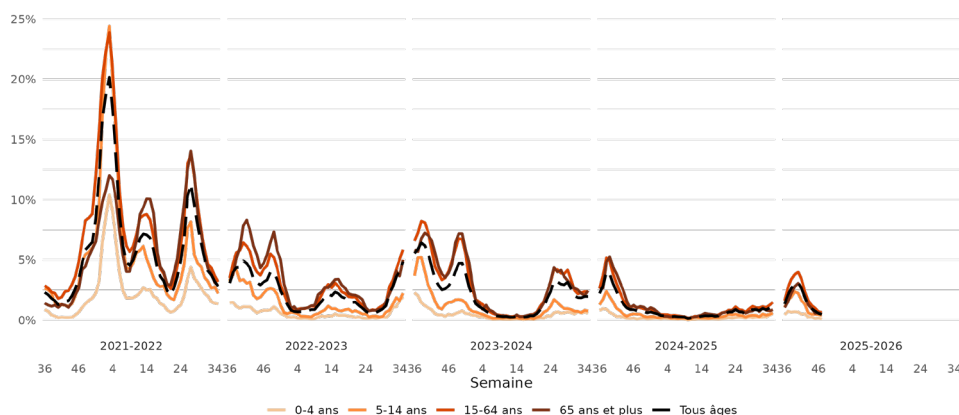
Source : SOS Médecins. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

En semaine 47, 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% : 5-9] (données non consolidées) vs 6 [4-7] en S46.

La part des actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était en diminution dans toutes les classes d'âge. Chez les 65 ans et plus, 44 actes ont été enregistrés, soit 0,5% (vs 0,6% en S46), 306 actes chez les 15-64 ans, soit 0,6% (vs 0,7% en S46), 50 actes chez les 5-14 ans, soit 0,4% (vs 0,5% en S46) et 18 actes chez les 0-4 ans, soit 0,1% (vs 0,2% en S46).

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



Source : SOS Médecins

Milieu hospitalier

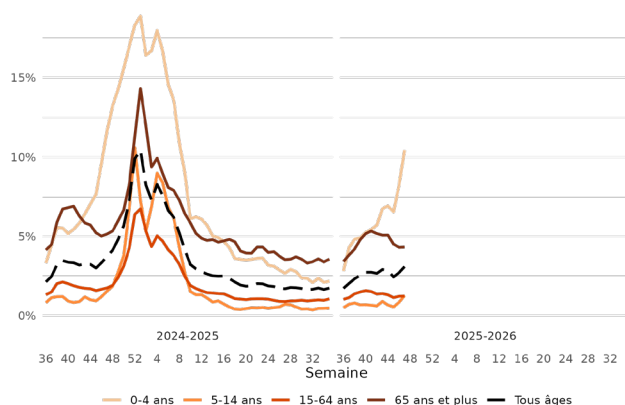
En semaine 47, 10 420 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 3,1% de l'ensemble des passages tous âges (vs 2,7% en S46). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 4 160, soit 6,0% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 5,6% en S46). La part des IRA parmi les passages aux urgences était à un niveau d'intensité faible tous âges confondus.

Le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal était de 1 551, soit 0,5% des passages (vs 0,3% en S46). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 238, soit 0,3% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,2% en S46).

Chez les moins d'un an, 2 364 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 18,5% des passages dans cette classe d'âge (vs 14,1% en S46). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 765, soit 32,3% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 24,5% en S46).

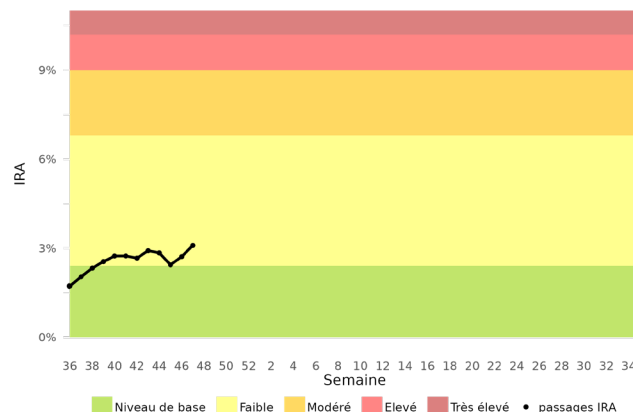
En semaine 47, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 484, soit 0,1% de l'ensemble des passages (vs 0,1% en S46). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 200, soit 0,3% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,3% en S46).

Part des IRA basses parmi les passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

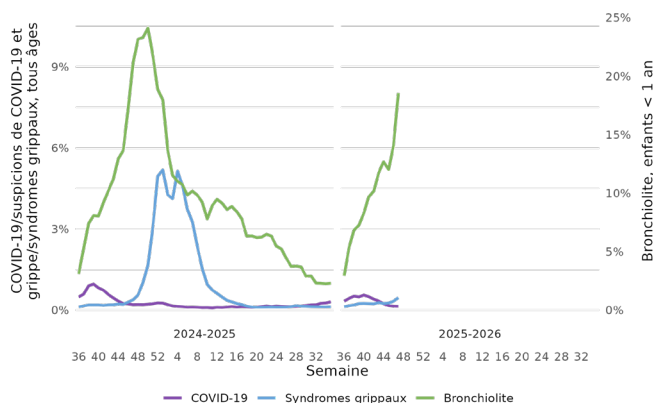
Part des IRA basses parmi les passages aux urgences, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur*



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

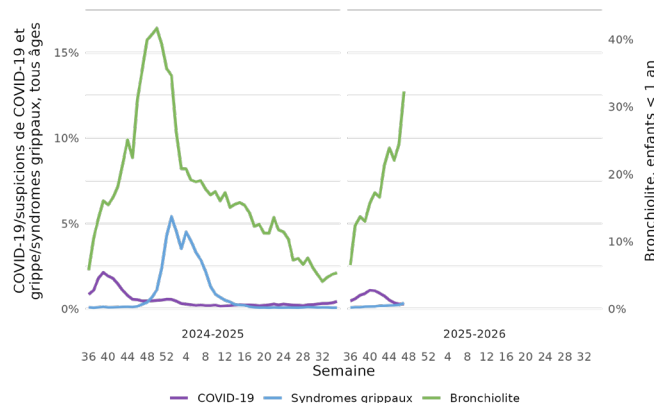
Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 et de la grippe/syndrome grippal (tous âges) et part de la bronchiolite (chez les moins de 1 an)

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Hospitalisations après passage

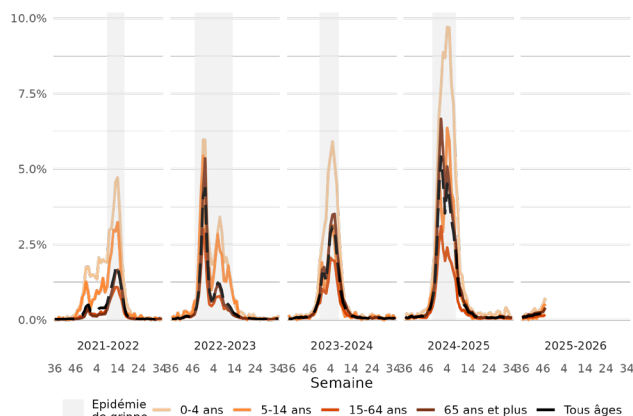


Source : réseau OSCOUR®

Grippe

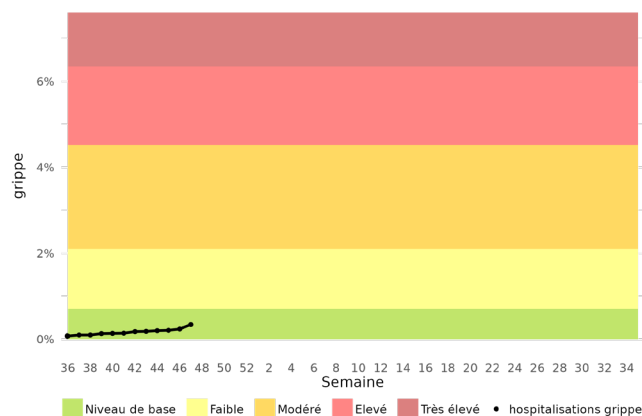
En semaine 47, la part de la grippe parmi les hospitalisations après passage aux urgences était en légère augmentation dans toutes les classes d'âge, tout en demeurant à son niveau de base.

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

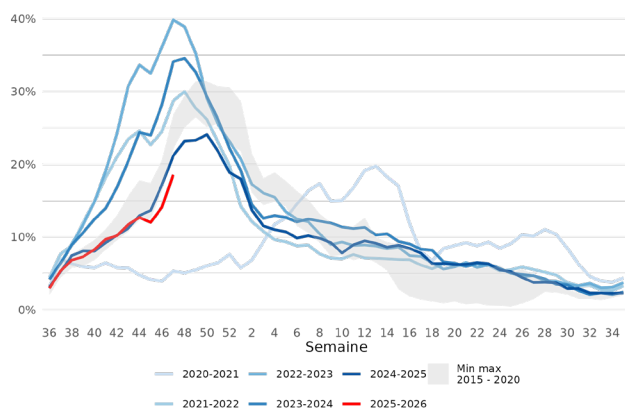
En semaine 47, chez les moins de 1 an, la bronchiolite concernait 18,5% des passages aux urgences et 32,3% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 2 364 enfants de moins de 1 an vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 47, 765 (32,4%) ont été hospitalisés.

La part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences augmentait en semaine 47 à l'hôpital. Le niveau d'intensité passait cette semaine du niveau de base à un niveau faible.

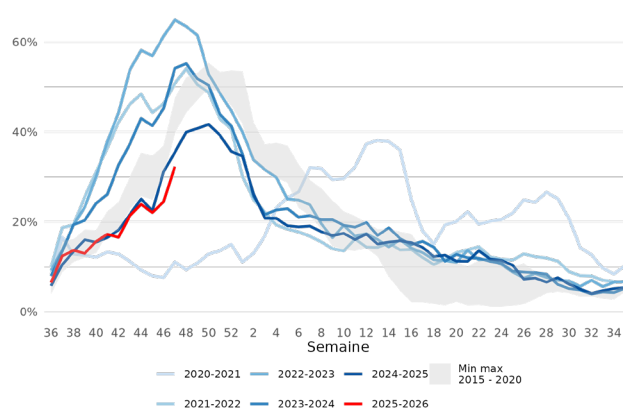
Part de la bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

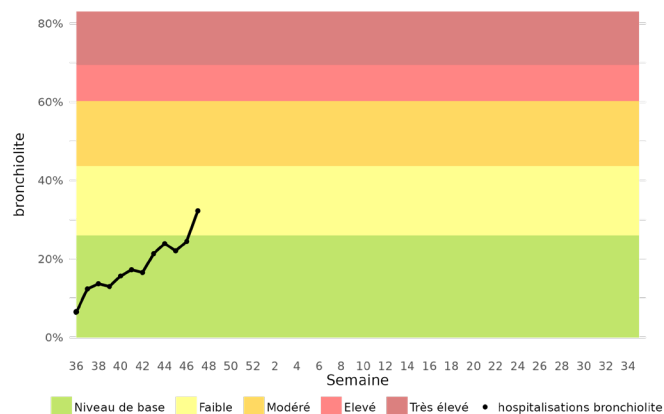
Hospitalisations après passage



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*



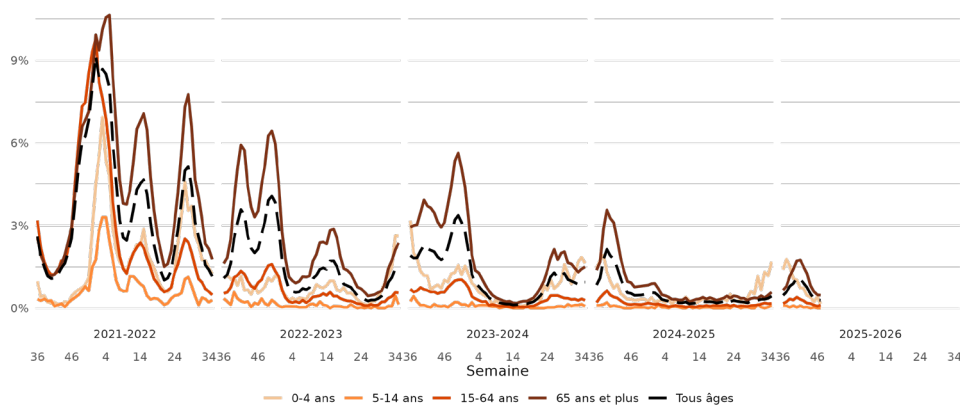
Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

La part des hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 était en diminution chez les 0-4 ans (8 hospitalisations, soit 0,2% vs 0,4%) et stable dans les autres classes d'âge. Chez les 65 ans et plus, 163 hospitalisations ont été enregistrées, soit 0,5% (vs 0,5% en S46), et 29 hospitalisations chez les 15-64 ans, soit 0,1% (vs 0,1% en S46). Aucune hospitalisation a été enregistrée chez les 5-14 ans.

Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 9 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S47, soit 0,3% (vs 0,2% en S46).

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



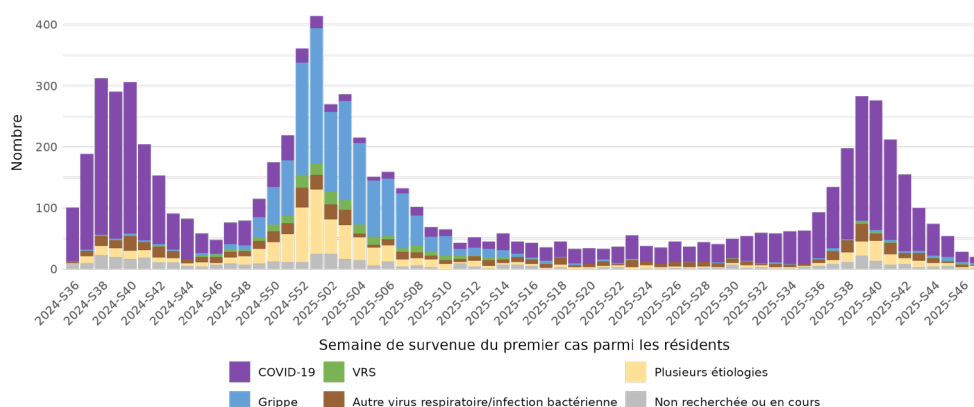
Source : réseau OSCOUR®

Établissements médico-sociaux

Depuis la semaine 40, 919 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 855 (93%) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Parmi l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 876 (95%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 684 (78%) étaient exclusivement attribués à la COVID-19, 32 (4%) exclusivement à la grippe et 6 exclusivement au VRS (<1%). Le VRS était seul ou associé à un autre pathogène dans 17 épisodes (2%). Le nombre hebdomadaire de clusters observés dans les EMS diminuait pour la 6e semaine consécutive. Les données des dernières semaines ne sont toutefois pas consolidées.

Un total de 28 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 46 (données non consolidées) vs 54 en S45. Parmi eux, 4 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 6 en S45), 1 était attribué exclusivement à une infection à VRS (vs 1 en S45) et 16 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 34 en S45).

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



S47 et S46 : 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

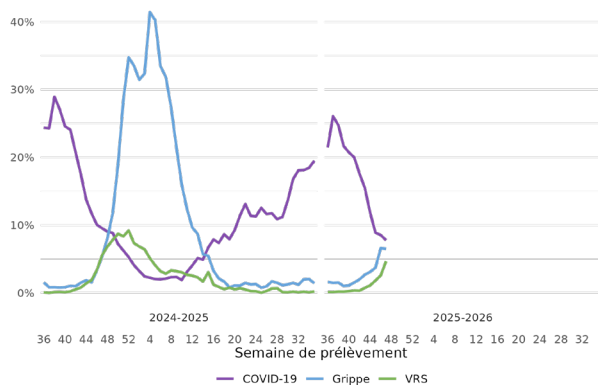
En semaine 47, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 6,5% (243/3 731) pour les virus grippaux (vs 6,6% en S46), 4,7% (174/3 727) pour le VRS (vs 2,6% en S46), 7,8% (290/3 724) pour le SARS-CoV-2 (vs 8,5% en S46).

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 6,9% (9/130) pour les virus grippaux (vs 8,5% en S46), 12,3% (16/130) pour le VRS (vs 13,2% en S46), 6,2% (8/130) pour le SARS-CoV-2 (vs 8,5% en S46) et 26,2% (33/126) pour le rhinovirus (vs 23,6% en S46).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 2,5% (186/7 513) pour les virus grippaux (vs 1,8% en S46), 6,5% (488/7 552) pour le VRS (vs 5,3% en S46), 3,9% (283/7 330) pour le SARS-CoV-2 (vs 4,4% en S46) et 15,5% (621/3 996) pour le rhinovirus (vs 17,8% en S46).

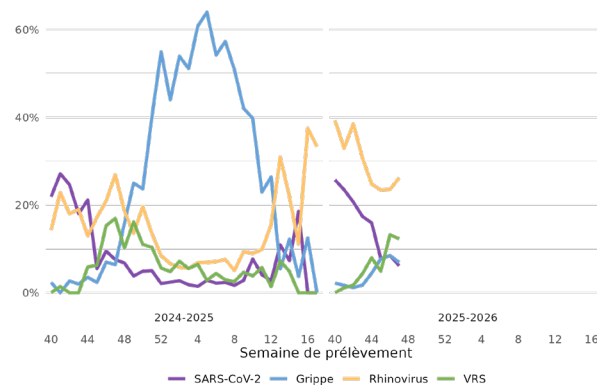
Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale

Laboratoires de biologie médicale en ville



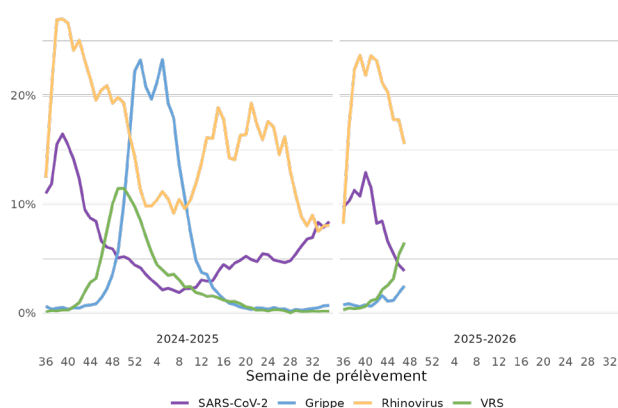
Source : réseau RELAB, CNR-VIR

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

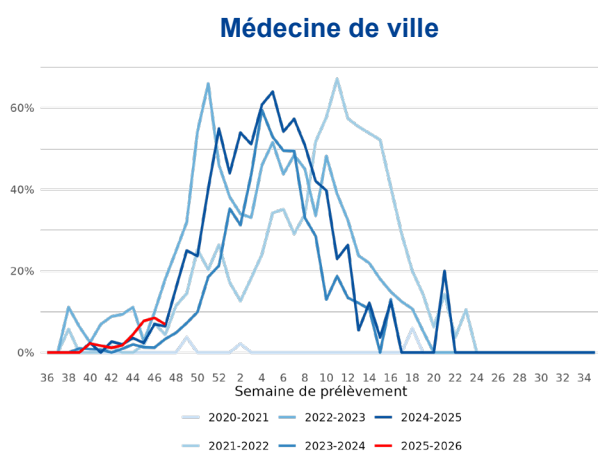
En semaine 47, le taux de positivité était de 6,9% (130 prélèvements) en médecine de ville et de 2,5% à l'hôpital, se situant à des niveaux proches de ceux observés en S47/2024.

En laboratoires d'analyses médicales (réseau RELAB), le taux de positivité pour grippe était de 6,5% tous âges confondus, stable par rapport à la S46/2025 (6,6%) et supérieur à celui observé en S47/2024 (5,4%). Les enfants demeuraient les plus touchés.

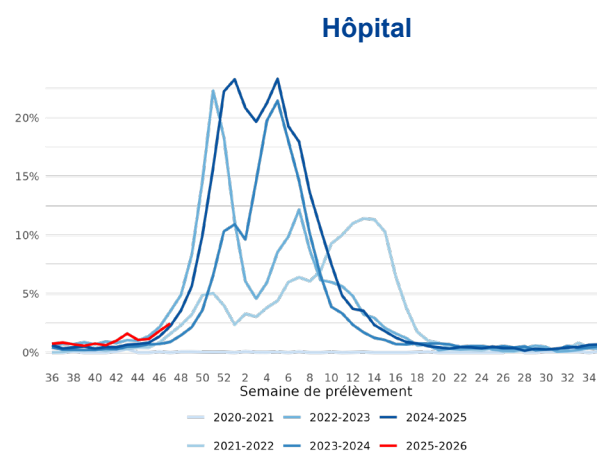
Depuis la semaine 40, en médecine de ville, sur les 1 095 prélèvements analysés, 44 se sont avérés positifs pour la grippe (taux de positivité (4%) : tous les virus étaient des virus de type A : 26 A(H1N1)_{pdm09}, 12 A(H3N2) et 6 A non sous-typé.

A l'hôpital (réseau RENAL/CNR), parmi les 75 689 prélèvements testés depuis la semaine 40, 950 se sont avérés positifs pour un virus grippal (1,3%), avec une très grande majorité de virus de type A : 752 virus de type A non sous-typés, 114 A(H1N1)_{pdm09}, 63 A(H3N2) et 21 virus de type B.

Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale



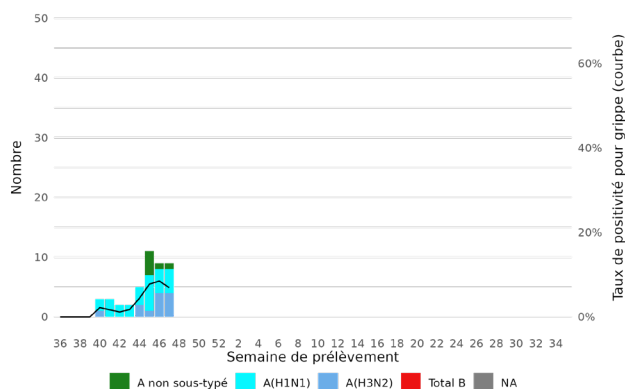
Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

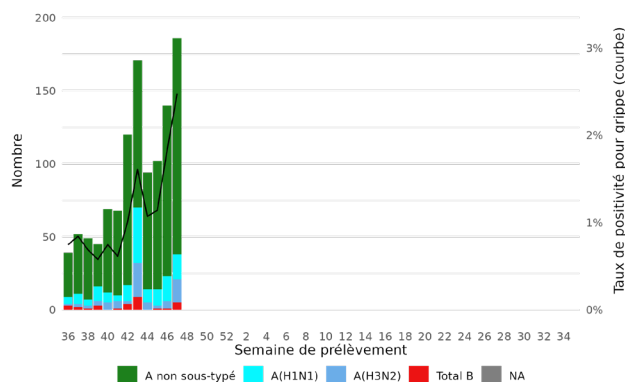
Distribution des types et sous-types de virus grippaux des prélèvements réalisés en France hexagonale

Médecine de ville



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 44, un total de 170 virus A(H1N1) et 35 virus A(H3N2) ont été séquencés par le CNR Virus des infections respiratoires. Le sous-clade majoritaire était le sous-clade K (24/35 ; 68,6%) pour le sous-type A(H3N2) et le sous-clade D.3.1 (166/170 ; 97,6%) pour le sous-type A(H1N1)_{pdm09}.

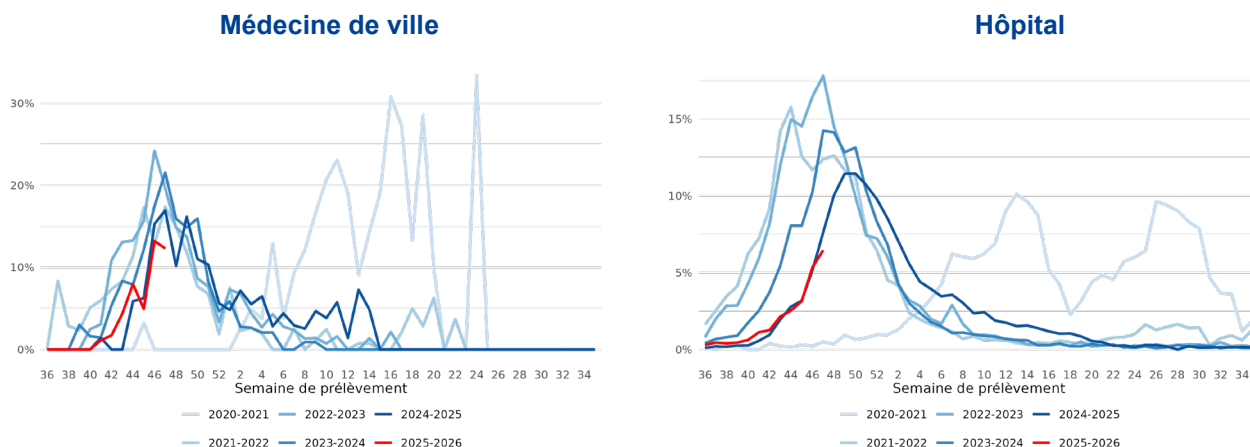
Ces données de séquençage sont préliminaires. Elles seront consolidées et complétées par des analyses de caractérisation antigénique dans les prochaines semaines.

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

VRS

En semaine 47, parmi les 130 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, 16 (12,3%) étaient positifs pour le VRS. Parmi les 7 552 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 488 (6,5%) étaient positifs pour le VRS.

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



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

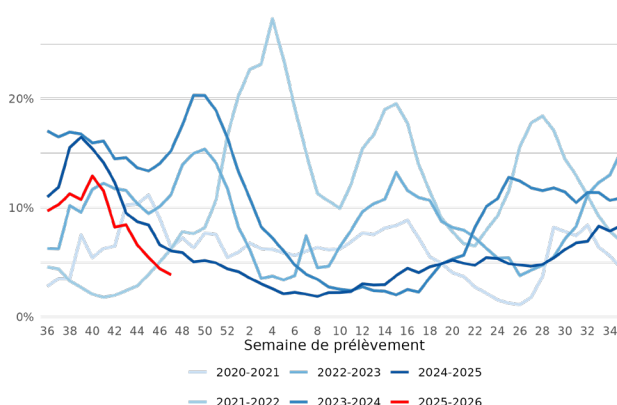
Source : réseau RENAL, CNR-VIR

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

SARS-CoV-2

En semaine 47, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 3,9% (283/7 330) pour le SARS-CoV-2 (vs 4,4% en S46).

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

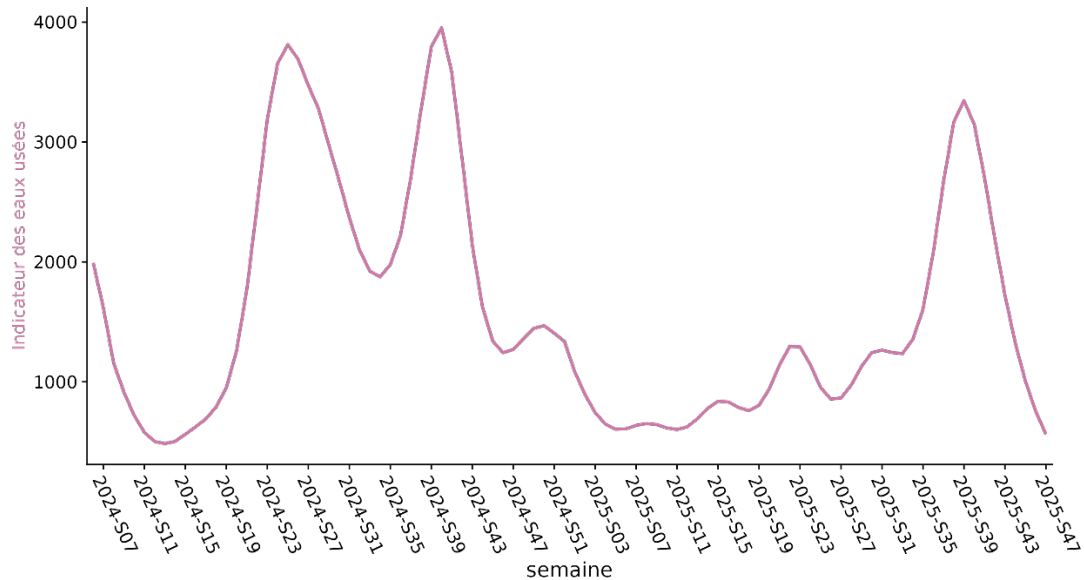


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Surveillance dans les eaux usées

La baisse de la circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées se poursuivait en semaine 47 avec un niveau de circulation très faible pour l'ensemble des sites suivis (les 54 stations de traitement des eaux usées suivies disposent de résultats interprétables).

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



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

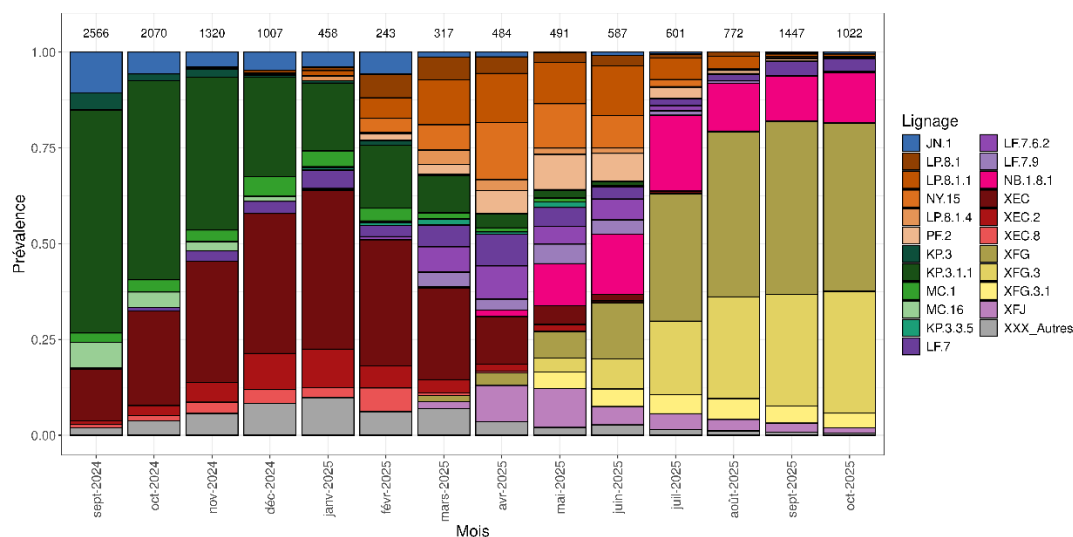
Surveillance génomique

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

Au total, sur le dernier mois analysé, les lignages XFG et NB.1.8.1 accompagnés de l'ensemble de leurs sous lignages (incluant ceux présents à plus de 5% sur la figure), représentaient respectivement 79,5% (813/1022) et 13,1% (134/1022) de l'ensemble des séquences détectées dans l'Hexagone.

Le graphique représente pour chaque mois les pourcentages des variants SARS-CoV-2 détectés en France hexagonale d'après les données déposées sur la base de données Emergen. Les lignages représentant moins de 5% des variants détectés sont inclus dans le lignage parental ou dans « XXX_Autres ». Le nombre de séquences disponibles pour chaque mois est indiqué au-dessus de l'histogramme. Données produites par le CNR-VIR en s'appuyant notamment sur le réseau RELAB. Le graphique des variants SARS-CoV-2 est mis à jour une fois par mois (troisième semaine du mois), sauf évolution particulière.

Détection des variants SARS-CoV-2, France hexagonale



Source : CNR-VIR

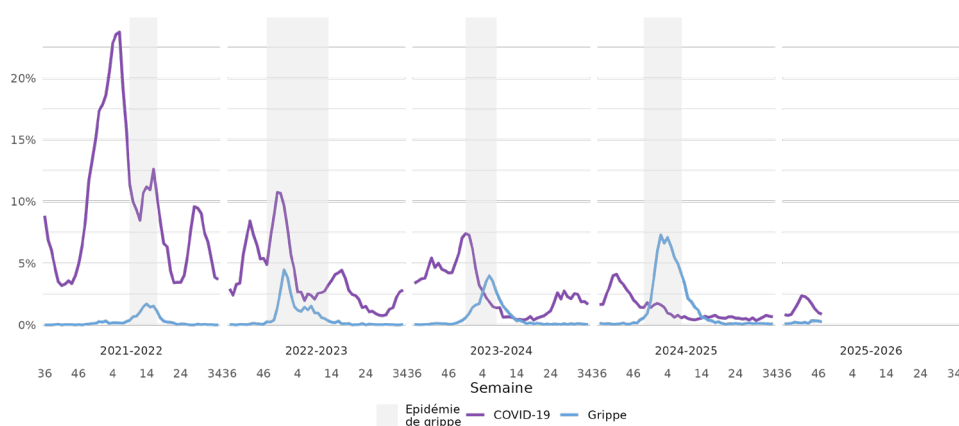
Mortalité

Certification électronique

En semaine 47, parmi les 6 950 décès déclarés par certificat électronique, 0,2% l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (vs 0,3% en S46). La COVID-19 était mentionnée dans 0,9% des décès (vs 1,0% en S46).

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

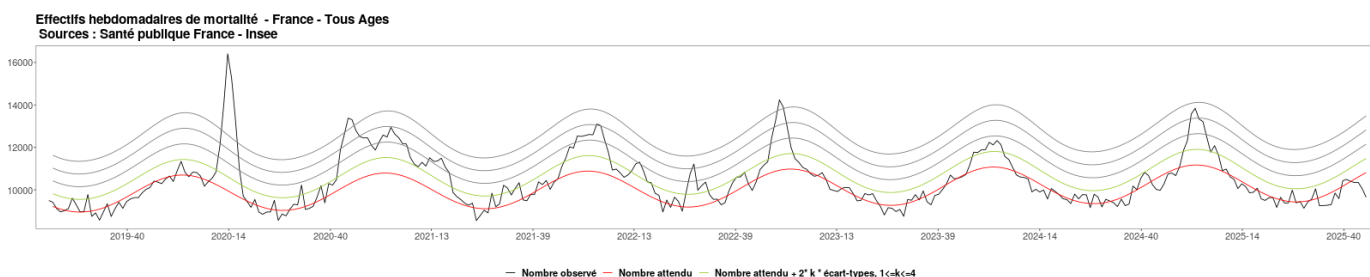


Source : Inserm-CépiDc ; Traitement : Santé publique France

Mortalité toutes causes

Au niveau national, le nombre de décès toutes causes confondus transmis par l'Insee était dans les marges de fluctuation habituelle dans toutes les classes d'âge jusqu'en S46.

Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges, 2018 à 2025 (jusqu'en semaine 46)



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

Prévention

Vaccination contre la grippe

La vaccination contre la grippe est recommandée chaque année, à l'automne, pour :

- les personnes de 65 ans et plus,
- les femmes enceintes, quel que soit le stade de la grossesse ;
- les personnes âgées de plus de 6 mois atteintes de comorbidité à risque élevé de forme grave de la maladie (incluant notamment : asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), emphysème, cardiopathie congénitale, insuffisance cardiaque, maladie des valves cardiaques, troubles du rythme cardiaque, maladie des artères du cœur, angine de poitrine, antécédent d'accident vasculaire cérébral (AVC), d'infarctus ou de pontage ; formes graves des affections neurologiques et musculaires, néphropathie (atteinte du rein) chronique grave, personnes en dialyse, diabète, obésité, les personnes immunodéprimées ...) ;
- les personnes vivant dans l'entourage ou en contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables aux formes graves de l'infection, y compris les professionnels de santé.
- les personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ou dans un établissement médico-social d'hébergement quel que soit leur âge.
- à l'entourage des personnes immunodéprimées.

Les vaccins disponibles sont les vaccins Vaxigrip® (Laboratoire Sanofi-Pasteur) et Influvac® (Laboratoire Viartis) pour les adultes et enfants à partir de 6 mois, le vaccin Flucelvax® (CSL Seqirus) pour les adultes et enfants à partir de 2 ans et les vaccins Efluelda® (Laboratoire Sanofi) et Fluad® (Laboratoire CSL Seqirus) pour les adultes de 65 ans et plus.

La campagne a débuté le 9 septembre 2025 à Mayotte et le 14 octobre 2025 dans l'Hexagone, en Guadeloupe, à la Martinique et en Guyane.

La vaccination conjointe contre la COVID-19 et contre la grippe saisonnière est possible. Les deux vaccinations peuvent être pratiquées dans le même temps, sur deux sites d'injection différents.

Vaccination contre la COVID-19

La vaccination contre la COVID-19 est recommandée chaque année, à l'automne, pour :

- les personnes âgées de 65 ans et plus,
- les personnes âgées de plus de 6 mois et atteintes de comorbidités ayant un risque élevé de forme grave de la maladie (hypertension artérielle compliquée, pathologies cardiaques, vasculaires, hépatiques, rénales, pulmonaires, diabète, obésité, cancers, personnes transplantées, personnes atteintes de trisomie 21, de troubles psychiatriques ou de démence),
- les personnes immunodéprimées,
- les femmes enceintes,
- les résidents en Ehpad (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et USLD (Unité de soins de longue durée),
- Les personnes à très haut risque de formes graves
- ainsi que les personnes vivant dans l'entourage ou en contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables aux formes graves de l'infection, y compris les professionnels de santé.

Ces populations sont éligibles à partir de 6 mois après leur dernière infection ou injection de vaccin contre le Covid-19. Ce délai est réduit à 3 mois pour les personnes immunodéprimées et les personnes âgées de 80 ans ou plus.

Le vaccin disponible est le vaccin Comirnaty®, vaccin à ARN 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](#)

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

Équipe de rédaction

Sibylle Bernard-Stoecklin, Christine Campèse, Bruno Coignard, Anne Fouillet, Anabelle Gilg Soit Ilg, Rémi Hanguhard, 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 47 (17 au 23 novembre 2025). Saint-Maurice : Santé publique France, 21 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Date de publication : 26 novembre 2025.

Contact : presse@santepubliquefrance.fr