



Bulletin

Infections respiratoires aiguës

Semaine 03 (12 au 18 janvier 2026). Publication : 21 janvier 2026

ÉDITION NATIONALE

Tendances de la semaine

Infections respiratoires aiguës (IRA). Activité globalement faible et en baisse chez les adultes, faible à modérée et en augmentation chez les enfants.

Grippe. Recours aux soins toujours en baisse chez les adultes et en augmentation chez les enfants, en ville comme à l'hôpital. Maintien d'une circulation importante des virus grippaux. Ensemble des régions françaises en épidémie excepté Mayotte, passée en post-épidémie, et La Réunion, revenue au niveau de base.

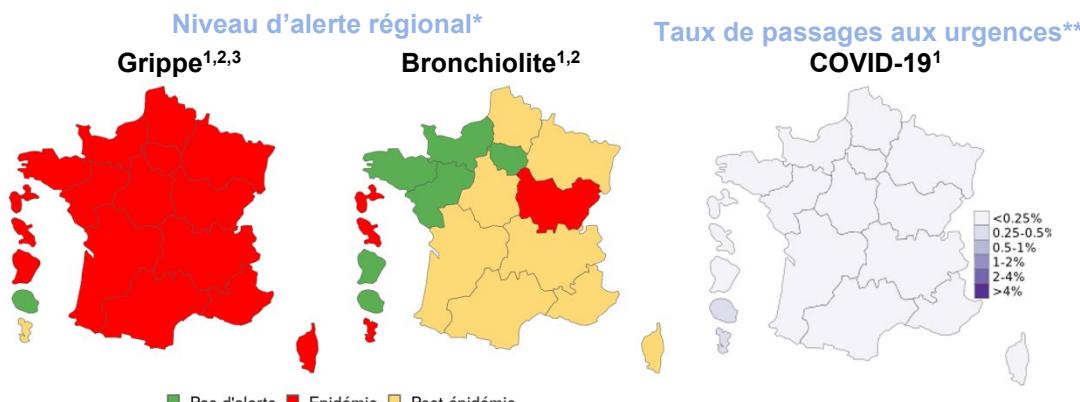
Bronchiolite. Diminution des indicateurs syndromiques en ville et à l'hôpital. Poursuite de l'épidémie en Bourgogne-Franche-Comté et aux Antilles. Passage de 4 régions en post-épidémie et retour à un niveau de base pour 3 régions cette semaine dans l'Hexagone. Passage de Mayotte en épidémie.

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

Indicateurs clés

Indicateurs syndromiques

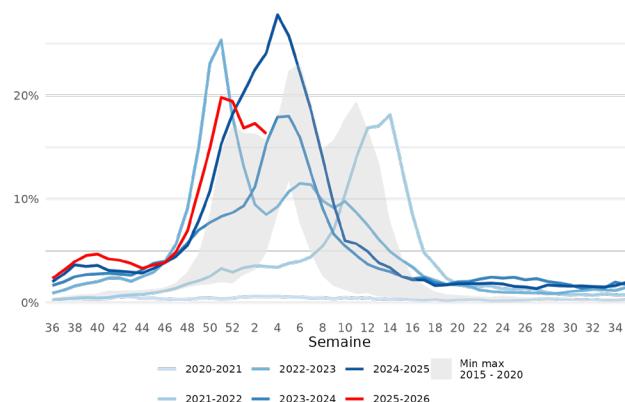
Part de la pathologie parmi	IRA basses		Syndrome grippal		Bronchiolite (moins d'un an)		COVID-19	
	S03	S03 vs S02	S03	S03 vs S02	S03	S03 vs S02	S03	S03 vs S02
Actes médicaux SOS Médecins	23,2%	-2,2 pt	16,3%	-1 pt	6,7%	-0,3 pt	0,2%	0 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	6,1%	-1 pt	3,1%	-0,4 pt	11,4%	-1,5 pt	0,1%	0 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	10,3%	-2,2 pt	3,1%	-1,1 pt	22,3%	-3,5 pt	0,2%	0 pt



* Méthodologie en [annexe](#). Antilles, Guyane : niveau d'alerte pour S02. ** Données non disponibles pour Mayotte.
Source : ¹ réseau OSCOUR®, ² SOS Médecins, ³ réseau Sentinelles

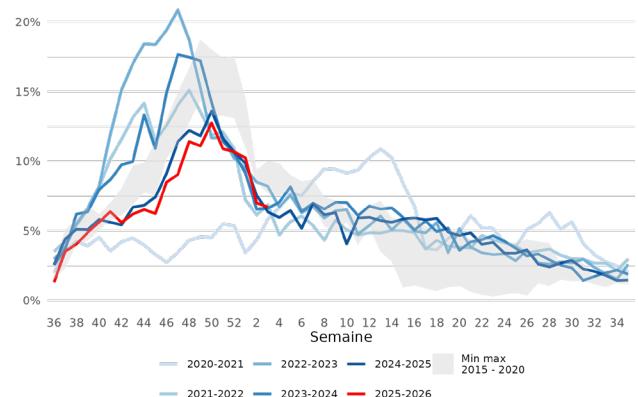
Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les [bulletins régionaux](#) de Santé publique France.

Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



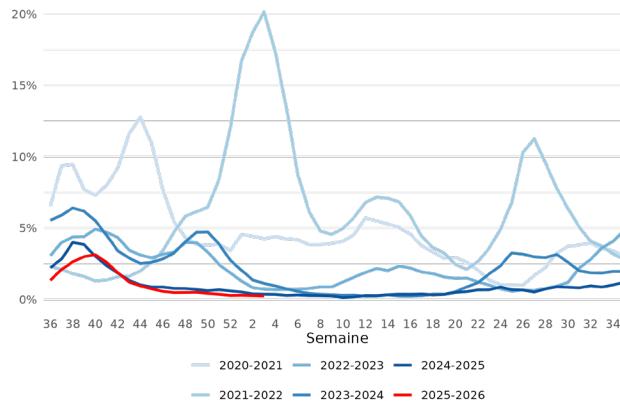
Source : SOS Médecins

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	
	S03	S03 vs S02	S03	S03 vs S02	S03	S03 vs S02
Taux de positivité des prélèvements						
Laboratoires de ville ^{1,2}	31,9%	+2,8 pt	6,9%	-0,8 pt	2,9%	+0,5 pt
Médecine de ville ^{1,3,*}	43,9%	+1,5 pt	12,3%	+1,7 pt	2,9%	+0,3 pt
Milieu hospitalier ^{1,4}	16,1%	-0,9 pt	5,6%	-0,4 pt	2,5%	0 pt
Surveillance dans les eaux usées ^{5,**}					671	- 19,6%

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 03, 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 diminuait chez les adultes et augmentait chez les enfants de moins de 15 ans. A l'hôpital, la part d'activité pour IRA basse parmi les passages aux urgences et les hospitalisations après passage était en baisse tous âges confondus et chez les adultes mais se stabilisait chez les enfants. Tous âges confondus, les indicateurs syndromiques IRA se situaient à un niveau d'intensité faible à modéré en ville, et faible à l'hôpital. Cette activité était toujours principalement portée par la circulation des virus grippaux.

La circulation des virus grippaux demeurait très active en France hexagonale. Le recours aux soins continuait de progresser en ville chez les enfants de moins de 15 ans et de diminuer chez les adultes. Aux urgences, la part d'activité pour grippe/syndrome grippal repartait à la hausse chez les enfants après deux semaines de baisse consécutives, et restait en diminution chez les adultes. Le sous-type A(H3N2) est devenu majoritaire parmi les prélèvements positifs pour grippe en médecine de ville depuis S02, mais le sous-type A(H1N1)_{pdm09} continuait de circuler activement. La part de la grippe parmi les décès déclarés par certificat électronique diminuait légèrement tout en restant à un niveau élevé, et un excès de mortalité toutes causes était observé en S01 et S02. Il est possible que cette reprise à la hausse de la circulation des virus grippaux chez les enfants, consécutive à la rentrée scolaire début janvier, entraîne une recrudescence du recours aux soins chez les adultes dans les semaines à venir, mais il est très difficile d'anticiper l'impact qu'une telle reprise épidémique pourrait avoir sur le système de soins. En Outre-mer, les territoires des Antilles et la Guyane demeuraient en épidémie, tandis que Mayotte était repassée en post-épidémie et La Réunion à un niveau de base.

Au 31 décembre 2025, les couvertures vaccinales grippe étaient estimées à 46,3% chez l'ensemble des personnes cibles, 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 estimations provisoires de l'efficacité en vie réelle du vaccin contre la grippe contre l'infection symptomatique par un virus grippal, produites par le CNR-VIR à partir des données du réseau RELAB, indiquent une efficacité à 36,4% (intervalle de confiance à 95% : 29,7-42,5%) tous âges confondus. Il s'agit d'un niveau d'efficacité modéré pour le vaccin grippe, similaire à d'autres estimations préliminaires au niveau international 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 est le moyen le plus efficace de se prémunir de la grippe et de ses complications.

Les indicateurs syndromiques de la bronchiolite diminuaient en ville et à l'hôpital, à des niveaux proches de ceux observés la saison précédente à la même période. Le niveau d'intensité de la bronchiolite était à son niveau de base en ville et à l'hôpital. Le taux de positivité pour le VRS (virus respiratoire syncytial) tous âges confondus diminuait légèrement en laboratoires de biologie médicale et à l'hôpital mais augmentait en médecine ambulatoire. Dans l'Hexagone, une seule région (Bourgogne-Franche-Comté) restait en épidémie de bronchiolite, 8 régions étaient en post-épidémie et 4 régions étaient à leur niveau de base. En Outre-Mer, Mayotte passait en épidémie. La Guadeloupe et la Martinique demeuraient en épidémie.

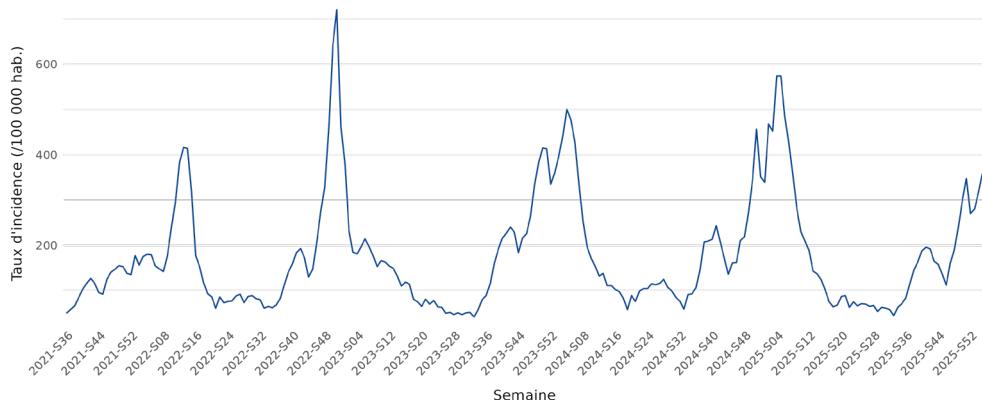
Les indicateurs syndromiques de la COVID-19 restaient stables et à des niveaux faibles en ville et à l'hôpital. Le taux de positivité pour SARS-CoV-2 augmentait légèrement en ville et se stabilisait à l'hôpital. L'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées était en diminution. La part des décès de COVID-19 certifiés électroniquement restait faible.

Le nombre de nouveaux épisodes d'IRA dans les Établissements médico-sociaux (EMS) était en diminution en S02. La majorité des épisodes était attribuée à la grippe.

Médecine de ville

En semaine 03, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 359 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 347 -371] (données non consolidées) vs 317 [307-328] en S02.

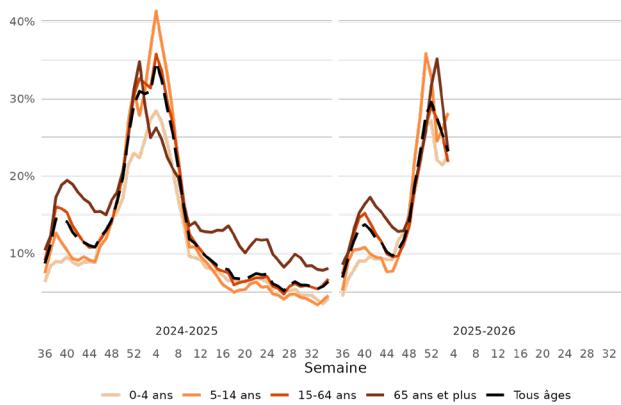
Estimation de l'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale*



Source : réseau Sentinelles, IQVIA

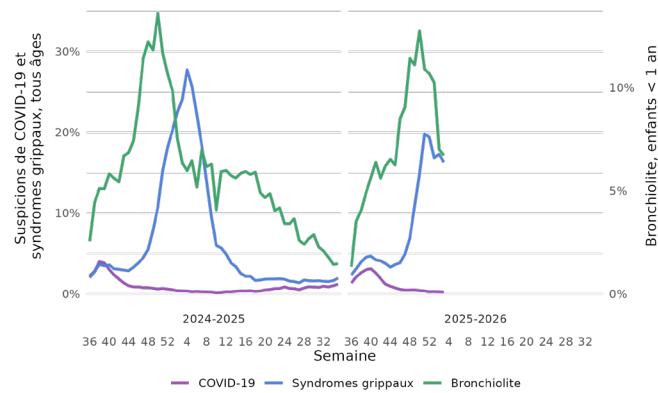
En semaine 03, 23 422 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 23,2% de l'ensemble des actes (vs 25,4% en S02). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 16 499, soit 16,3% (vs 17,3% en S02). Un total de 173 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins d'un an, soit 6,7% (vs 7,0% en S02) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 244, soit 0,2% des actes SOS Médecins (vs 0,3% en S02).

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



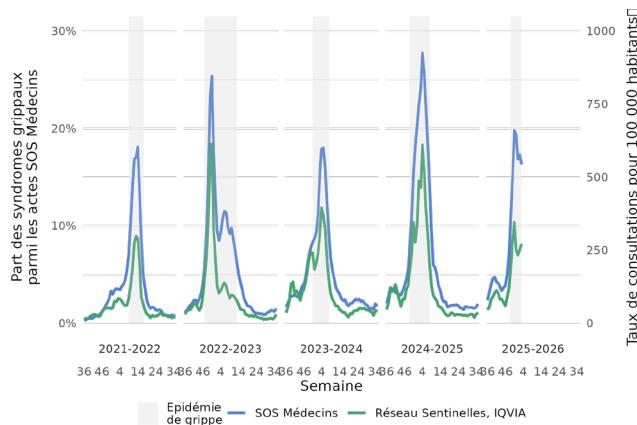
Source : SOS Médecins

Grippe

En semaine 03, le taux de consultations tous âges confondus pour syndrome grippal estimé à partir des données du réseau Sentinelles et IQVIA était de 272 pour 100 000 habitants [IC95% : 261-282] (données non consolidées) vs 250 pour 100 000 habitants [241-260] en S02.

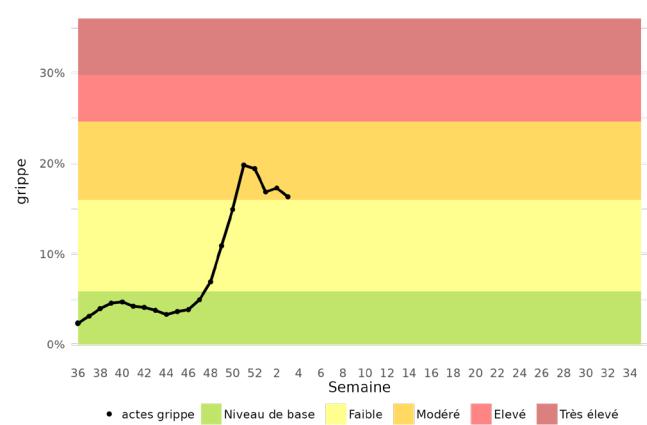
Tous âges confondus, le recours aux soins pour syndrome grippal en médecine de ville tendait à se stabiliser d'après les données de SOS Médecins et augmentait légèrement d'après les données du réseau Sentinelles et IQVIA. Dans les deux sources de données, il diminuait chez les adultes et augmentait chez les enfants de moins de 15 ans. La part d'activité pour syndrome grippal SOS Médecins demeurait à un niveau d'intensité modéré tous âges confondus, chez les enfants de moins de 15 ans et les 65 ans et plus, et repassait à un niveau faible chez les 15-64 ans.

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



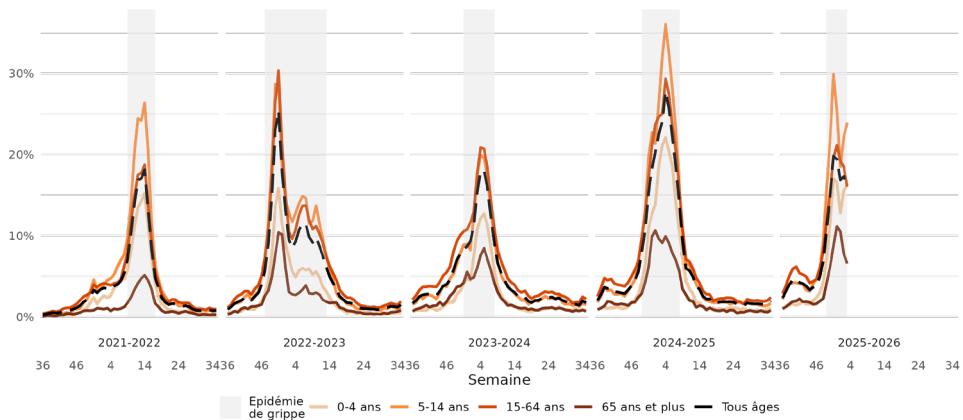
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins

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



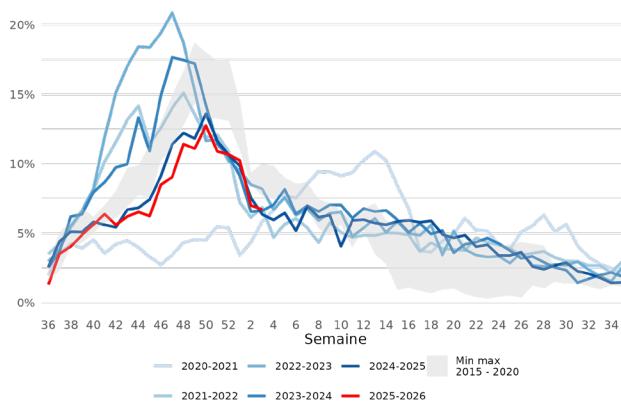
Source : SOS Médecins

Bronchiolite

En semaine 03, parmi les 2 579 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 1 an, 173 actes (6,7%) étaient liés à la bronchiolite.

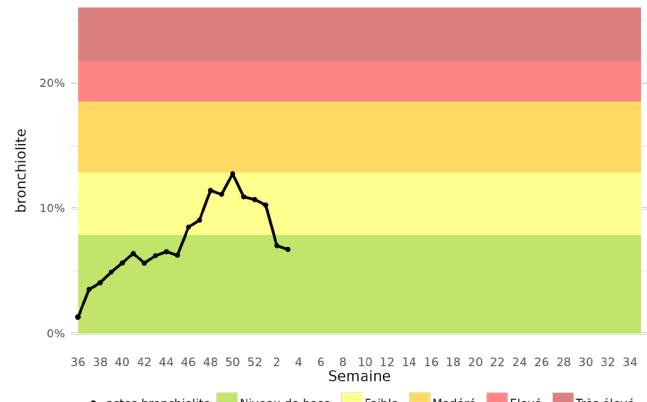
La part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins diminuait en semaine 03 en médecine de ville. Le niveau d'intensité de la part de la bronchiolite était cette semaine à son niveau de base.

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



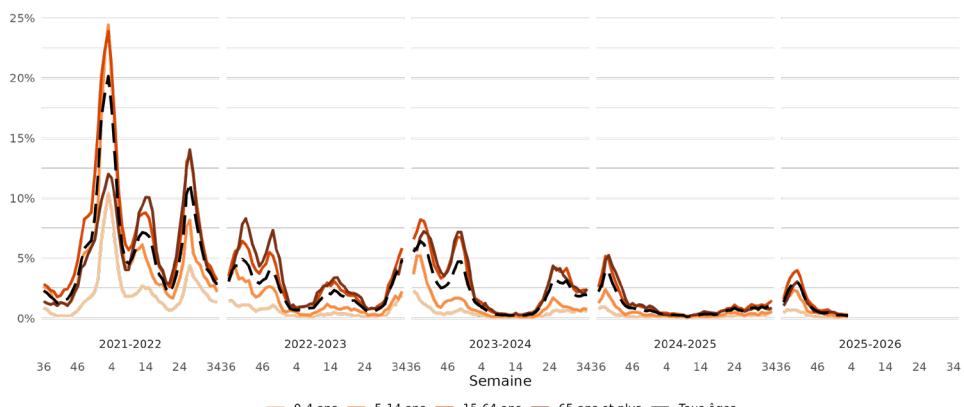
Source : SOS Médecins. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

En semaine 03, 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 3 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 2-5] (données non consolidées) vs 5 [4-7] en S02.

En semaine 03, la part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 restait globalement stable et à des niveaux faibles dans toutes les classes d'âges. Chez les 65 ans et plus 18 actes ont été enregistrés, soit 0,2% (vs 0,2% en S02), 180 actes chez les 15-64 ans, soit 0,3% (vs 0,3% en S02), 31 actes chez les 5-14 ans, soit 0,2% (vs 0,2% en S02) et 15 actes chez les 0-4 ans, soit 0,1% (vs 0,1% en S02).

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



Source : SOS Médecins

Milieu hospitalier

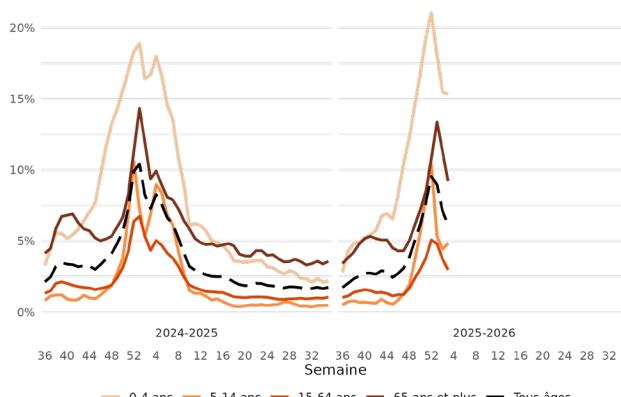
En semaine 03, 22 618 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 6,1% de l'ensemble des passages tous âges (vs 7,1% en S02). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 7 940, soit 10,3% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 12,5% en S02). La part des IRA parmi les passages aux urgences était revenue à un niveau d'intensité faible tous âges confondus.

Le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal était de 11 529, soit 3,1% des passages (vs 3,5% en S02). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 2 395, soit 3,1% de l'ensemble des hospitalisations (vs 4,2% en S02).

Chez les moins d'un an, 1 369 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 11,4% des passages dans cette classe d'âge (vs 12,9% en S02). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 492, soit 22,3% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 25,8% en S02).

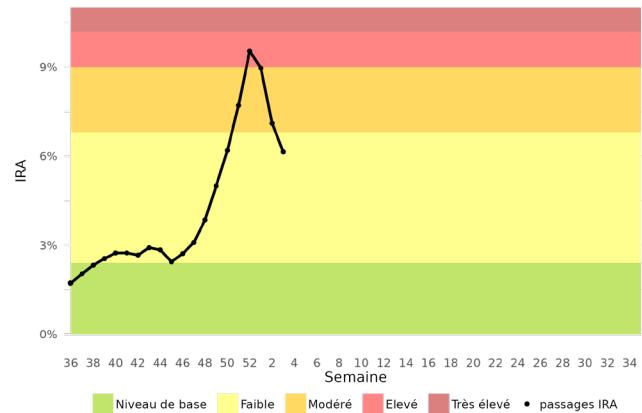
En semaine 03, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 472, soit 0,1% de l'ensemble des passages (vs 0,1% en S02). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 177, soit 0,2% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,3% en S02).

Part des IRA basses parmi les passages aux urgences



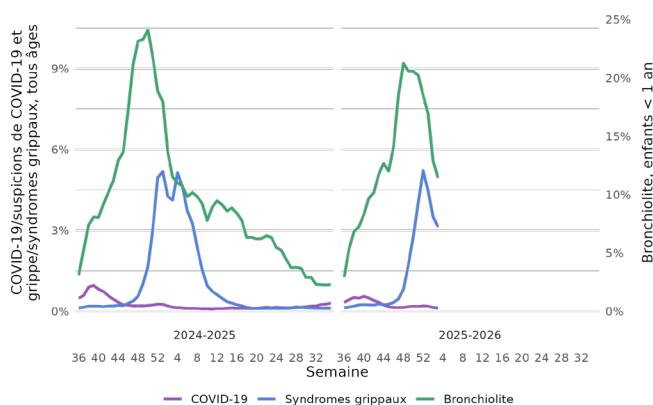
Source : réseau OSCOUR®

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



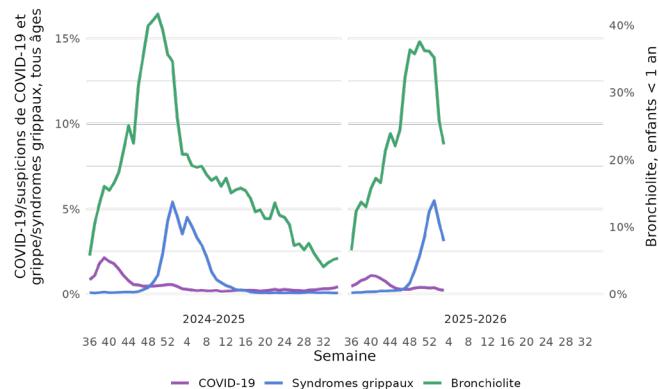
Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en [annexe A et B](#)

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

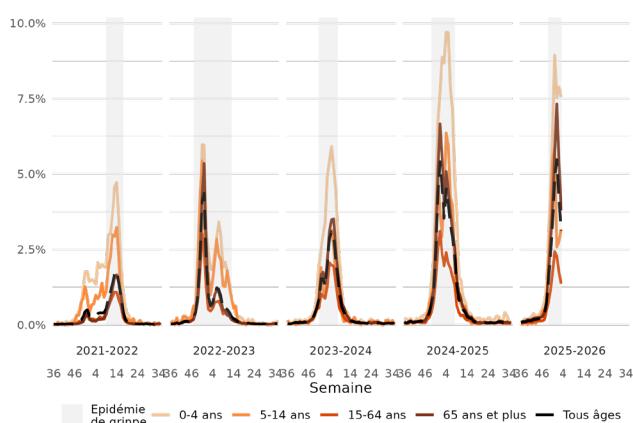


Source : réseau OSCOUR®

Grippe

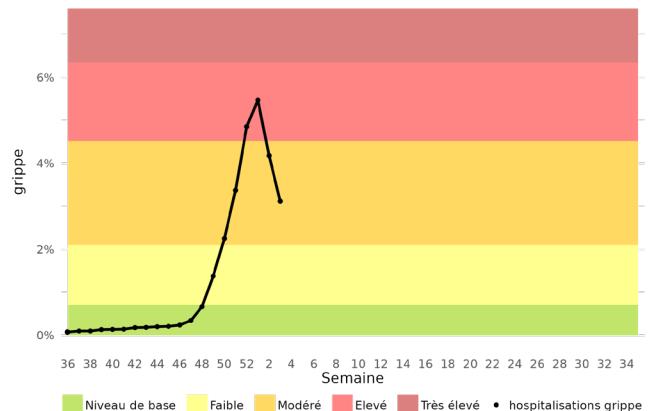
En semaine 03, la part de la grippe parmi les hospitalisations après passage aux urgences diminuait tous âges confondus et chez les adultes et se stabilisait chez les enfants de moins de 15 ans. Cet indicateur demeurait à un niveau d'intensité modéré dans toutes les classes d'âge.

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

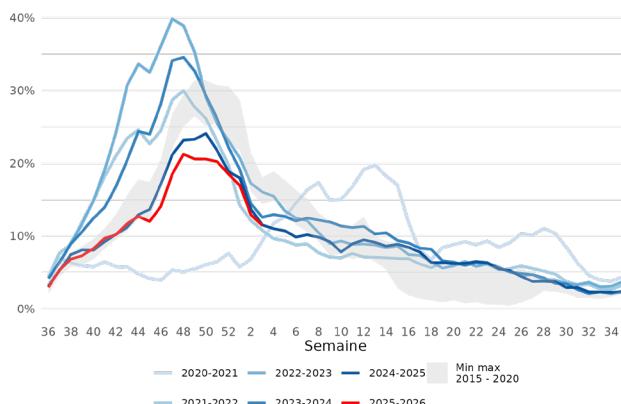
En semaine 03, chez les moins de 1 an, la bronchiolite concernait 11,4% des passages aux urgences et 22,3% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 1 369 enfants de moins de 1 an vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 03, 492 (35,9%) ont été hospitalisés.

La part de la bronchiolite parmi les passages aux urgences et les hospitalisations après passage diminuait en semaine 03. Le niveau d'intensité de la part de la bronchiolite passait cette semaine à son niveau de base.

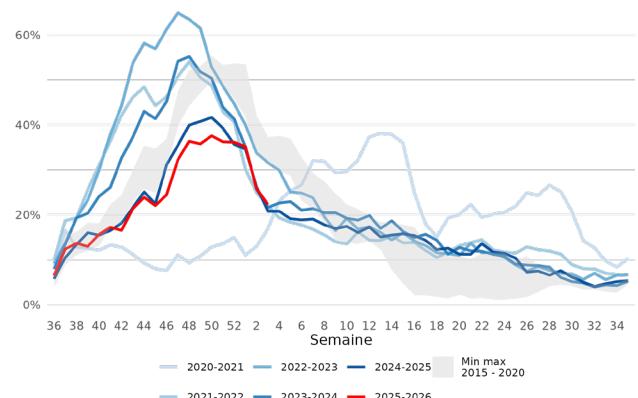
Part de la bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Hospitalisations après passage



Source : réseau OSCOUR®

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

Part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences chez les moins de 1 an, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur*



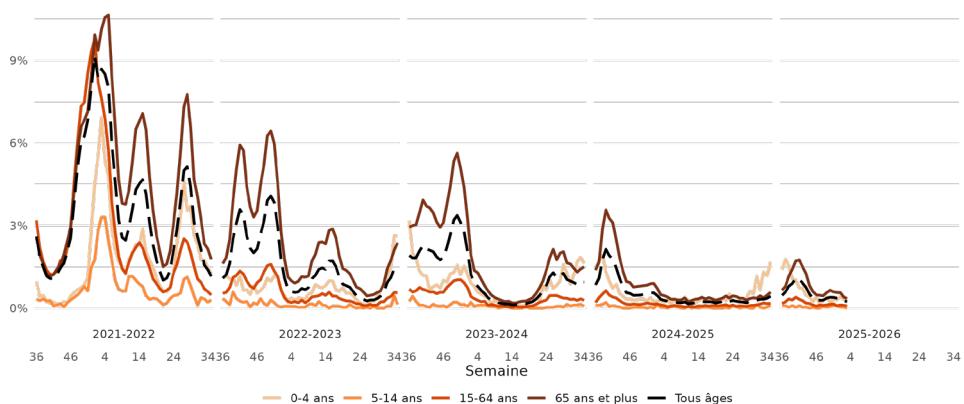
Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en [annexe](#)

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, 142 hospitalisations ont été enregistrées, soit 0,4% (vs 0,4% en S02). 21 chez les 15-64 ans, soit 0,1% (vs 0,1% en S02), aucune chez les 5-14 ans et 14 chez les 0-4 ans, soit 0,3% (vs 0,3% en S02).

Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 8 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S03, soit 0,3% (vs 0,0% en S02).

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, 817 cas de grippe, 148 cas de COVID-19 et 136 cas d'infections à VRS* ont été signalés par les services de réanimation participant à la surveillance (surveillance non exhaustive). Six cas de co-infection grippe/SARS-CoV-2, 8 cas de co-infection grippe/VRS et 4 cas de co-infection SARS-CoV-2/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 = 817 (74%)		COVID-19 N = 148 (13%)		Infection à VRS N = 136 (12%)	
	N	%	N	%	N	%
Sexe						
Femme	324	40%	52	36%	74	55%
Homme	482	59%	93	64%	60	45%
Indéterminé	5	1%	1	1%	0	0%
Non renseigné	6		2		2	
Classes d'âge (années)						
< 2	27	3%	2	1%	0	0%
2-17	37	5%	3	2%	0	0%
18-64	290	36%	41	28%	51	38%
65 et plus	457	56%	101	69%	85	63%
Non renseigné	6		1		0	
Données virologiques grippales						
A, sans précision	573	77%	-	-	-	-
A(H1N1) _{pdm09}	90	12%	-	-	-	-
A(H3N2)	80	11%	-	-	-	-
B	0	0%	-	-	-	-
Co-infection virus grippaux	0	0%	-	-	-	-
Non renseigné	74		148		136	
Présence de comorbidité(s)						
Vaccination grippe pour la saison en cours	713	87%	130	88%	130	96%
Oui	158	19%	12	8%	31	23%
Non	397	49%	61	41%	44	32%
Ne sait pas/Non renseigné	262	32%	75	51%	61	45%
Vaccination COVID-19 depuis moins de 6 mois						
Oui	67	8%	10	7%	21	15%
Non	452	55%	70	47%	54	40%
Ne sait pas/Non renseigné	298	36%	68	46%	61	45%
Syndrome de détresse respiratoire aiguë						
Aucun	381	51%	77	54%	77	64%
Mineur	95	13%	4	3%	9	7%
Modéré	149	20%	32	23%	27	22%
Sévère	118	16%	29	20%	8	7%
Non renseigné	74		6		15	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive						
Aucune	32	4%	4	3%	4	3%
Ventilation non-invasive	506	63%	91	63%	89	67%
Ventilation invasive	258	32%	49	34%	39	30%
Assistance extracorporelle	11	1%	1	1%	0	0%
Non renseigné	10		3		4	

Source : réseau de services de réanimation sentinelles

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

Parmi les 817 cas de grippe, 56% avaient 65 ans ou plus. La présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 87% des cas. Un virus de type A a été identifié dans 100% des cas où le virus a été typé (743/743). Parmi les 555 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 72% n'étaient pas vaccinés contre la grippe. Au total, 106 décès ont été signalés, dont 79 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

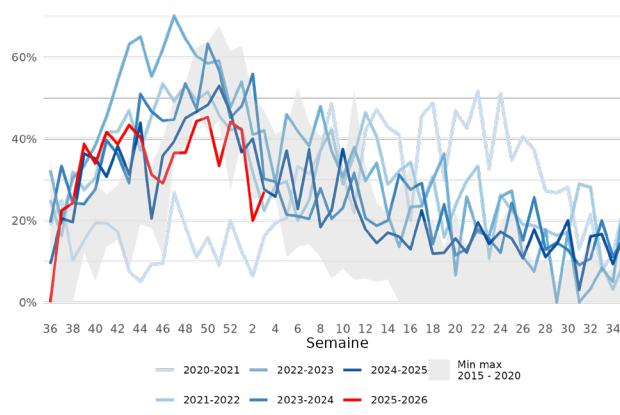
Parmi les 148 cas de COVID-19, 69% avaient 65 ans ou plus. La présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 88% des cas. Parmi les 80 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 88% n'étaient pas vaccinés contre la COVID-19 au cours des 6 derniers mois. Au total, 32 décès ont été signalés, dont 30 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Parmi les 136 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, 15 décès ont été signalés, dont 14 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Bronchiolite

En semaine 03, 13 hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an ont été enregistrées, soit 27,1% de l'ensemble des hospitalisations en service de réanimation dans cette classe d'âge (vs 20,0% en S02).

**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, 303 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 195 et 81 cas (soit respectivement 64% et 27% des cas). 66% avaient 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 administré à 104 cas (34%). 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 20 janvier 2026

	Bronchiolite N = 303	
	N	%
Sexe		
Fille	131	43%
Garçon	165	54%
Non renseigné	7	2%
Classes d'âge (mois)		
< 1	32	11%
1-2	115	38%
3-5	53	17%
6-11	62	20%
12-24	35	12%
Non renseigné	6	2%
Agent pathogène (seul ou en co-infection)*		
VRS	195	64%
Rhinovirus/Entérovirus	81	27%
Métapneumovirus	16	5%
SARS-CoV-2	2	1%
Parainfluenzae virus	13	4%
Grippe	7	2%
Adénovirus	13	4%
Coronavirus saisonnier	4	1%
Bocavirus	3	1%
Non identifié/Non recherché	14	5%
Présence de comorbidité(s) et/ou prématurité**	90	30%
Prématurité	48	16%
Pathologie cardiaque	24	8%
Pathologie pulmonaire	23	8%
Pathologie rénale	2	1%
Pathologie neuromusculaire	2	1%
Immunodépression	1	0%
Autre(s) comorbidité(s)	19	6%
Traitements préventifs pour le VRS	104	34%
Nirsevimab (Beyfortus®)	99	33%
Palivizumab (Synagis®)	2	1%
Non renseigné	3	1%
Vaccination de la mère contre le VRS		
Aucun	162	53%
Oui	42	14%
Ne sait pas	85	28%
Non renseigné	14	5%
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive		
Ventilation non invasive	157	52%
Oxygénothérapie à haut-débit	125	41%
Ventilation invasive	12	4%
Assistance extracorporelle	1	0%
Non renseigné	8	3%
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

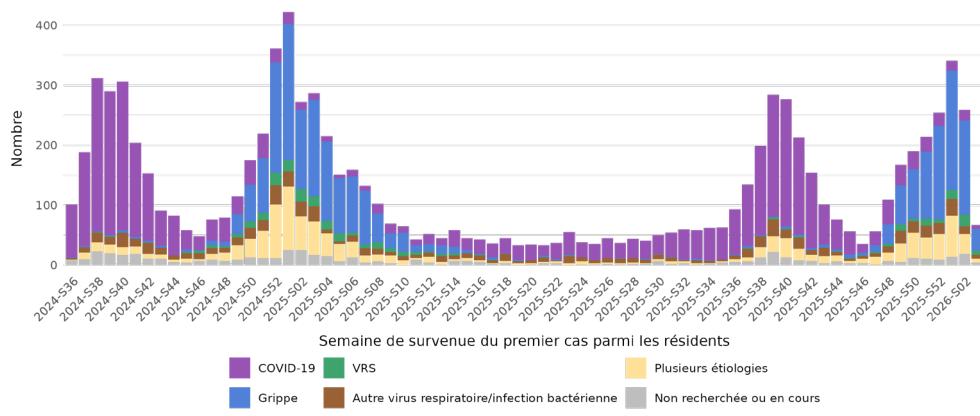
Établissements médico-sociaux

Depuis la semaine 40, 2 569 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 2 369 (92%) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Parmi l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 2 444 (95%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 886 (36,3%) étaient exclusivement attribués à la COVID-19, 882 (36,1%) exclusivement à la grippe et 85 exclusivement au VRS (3,5%). Le VRS était seul ou associé à un autre pathogène dans 197 épisodes (8,1%).

Un total de 259 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 02 (données non consolidées) vs 341 en S01. Parmi eux, 157 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 199 en S01), 19 étaient attribués exclusivement à une infection à VRS (vs 15 en S01) et 18 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 17 en S01).

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



S03 et S02 : 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/>)

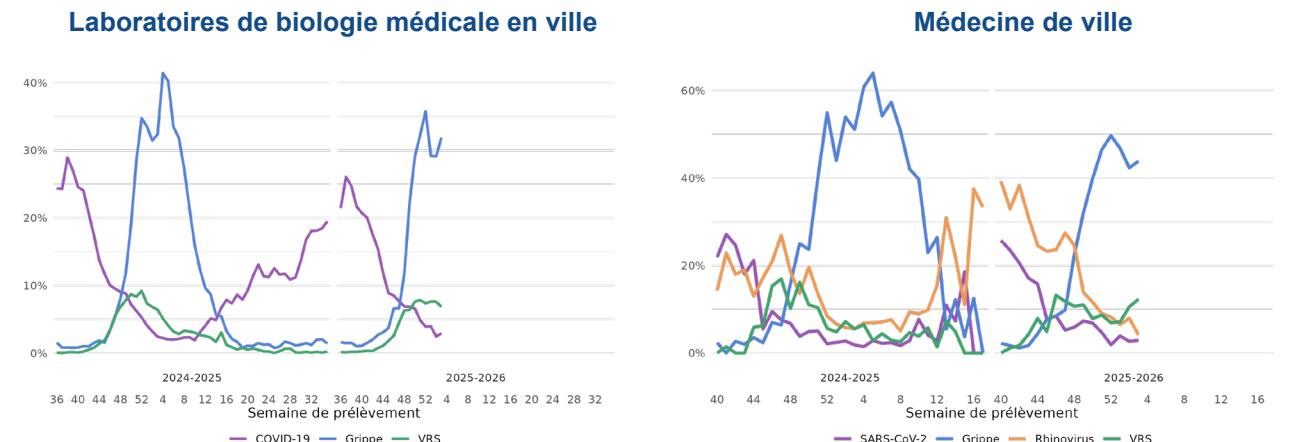
Surveillance virologique

En semaine 03, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 31,9% (1 826/5 725) pour les virus grippaux (vs 29,1% en S02), 6,9% (378/5 517) pour le VRS (vs 7,6% en S02), 2,9% (169/5 738) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,5% en S02).

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 43,9% (75/171) pour les virus grippaux (vs 42,3% en S02), 12,3% (21/171) pour le VRS (vs 10,6% en S02), 2,9% (5/171) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,6% en S02) et 4,1% (7/170) pour le rhinovirus (vs 7,9% en S02).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 16,1% (2 244/13 919) pour les virus grippaux (vs 17,1% en S02), 5,6% (732/13 143) pour le VRS (vs 6,0% en S02), 2,5% (340/13 531) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,5% en S02) et 8,9% (487/5 479) pour le rhinovirus (vs 9,0% en S02).

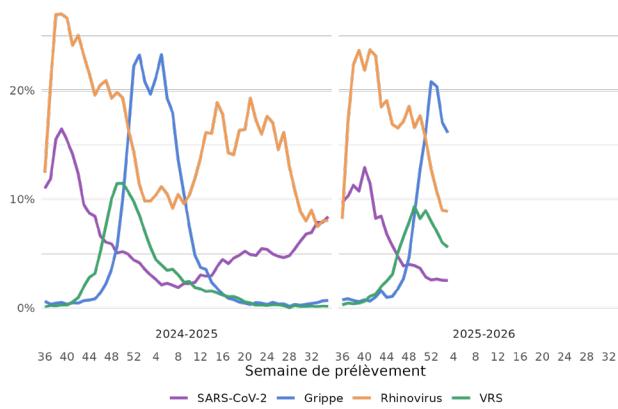
Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale



Source : réseau RELAB, CNR-VIR

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

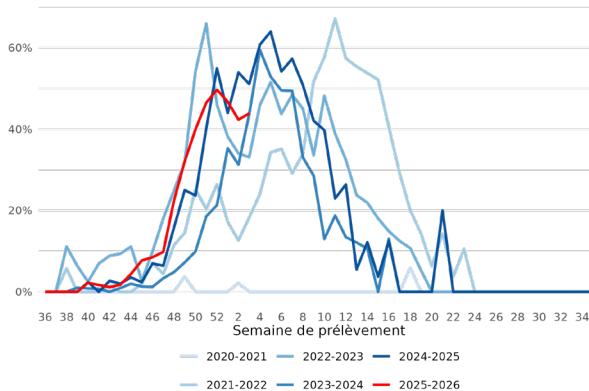
En semaine 03, le taux de positivité pour grippe repartait légèrement à la hausse en laboratoires d'analyses médicales (32%) et en médecine de ville (43%), et tendait à se stabiliser par rapport à la semaine précédente à l'hôpital (16%).

Depuis la semaine 40, en médecine de ville, sur les 2 088 prélèvements analysés, 733 se sont avérés positifs pour la grippe (taux de positivité 26%) : parmi eux 730 étaient des virus de type A : 267 A(H1N1)_{pdm09}, 396 A(H3N2) et 70 A non sous-typés, et 4 étaient de type B, tous de lignage B/Victoria. La part des virus A(H3N2) parmi les virus détectés est environ deux fois supérieure à celle des virus A(H1N1)_{pdm09} en ville depuis S02, mais les deux sous-types continuent de co-circuler.

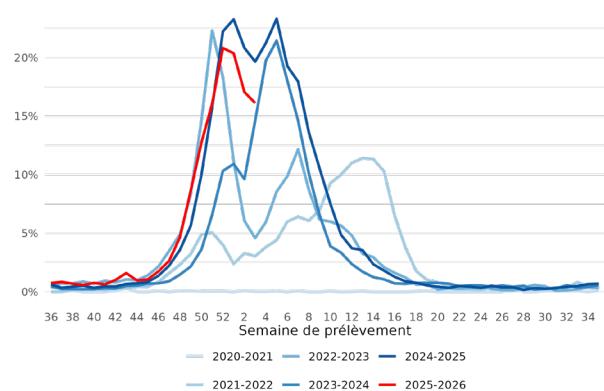
A l'hôpital (réseau RENAL/CNR), parmi les 214 789 prélèvements testés depuis la semaine 40, 20 898 se sont avérés positifs pour un virus grippal (10%), avec une très grande majorité de virus de type A : 17 817 virus de type A non sous-typés, 1 188 A(H1N1)_{pdm09}, 1 802 A(H3N2) et 91 virus de type B.

Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale

Médecine de ville



Hôpital

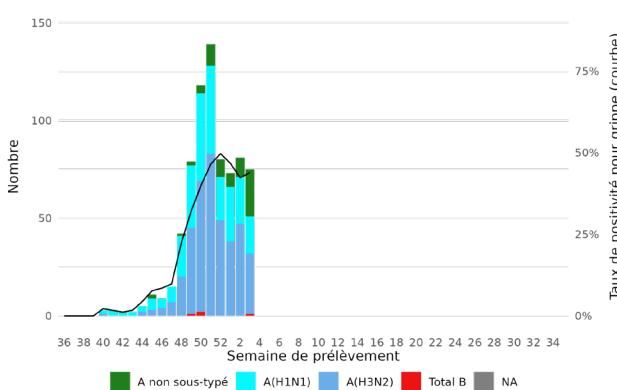


Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DMG Strasbourg, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR

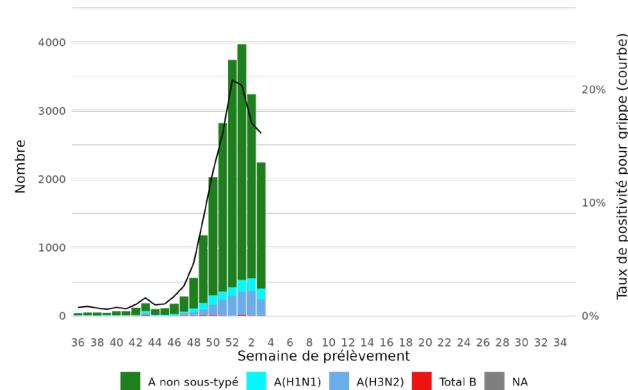
Source : réseau RENAL, CNR-VIR

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

Médecine de ville



Hôpital



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 48 et 52/2025, un total de 232 virus A(H1N1), 199 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 (191/199 ; 96%) pour le sous-type A(H3N2), et le sous-clade D.3.1.1 (213/232 ; 92%) pour le sous-type A(H1N1)_{pdm09}.

Les trois virus B séquencés appartiennent au lignage Victoria (sous clade C.5.5, C.5.6.1 et C.5.7).

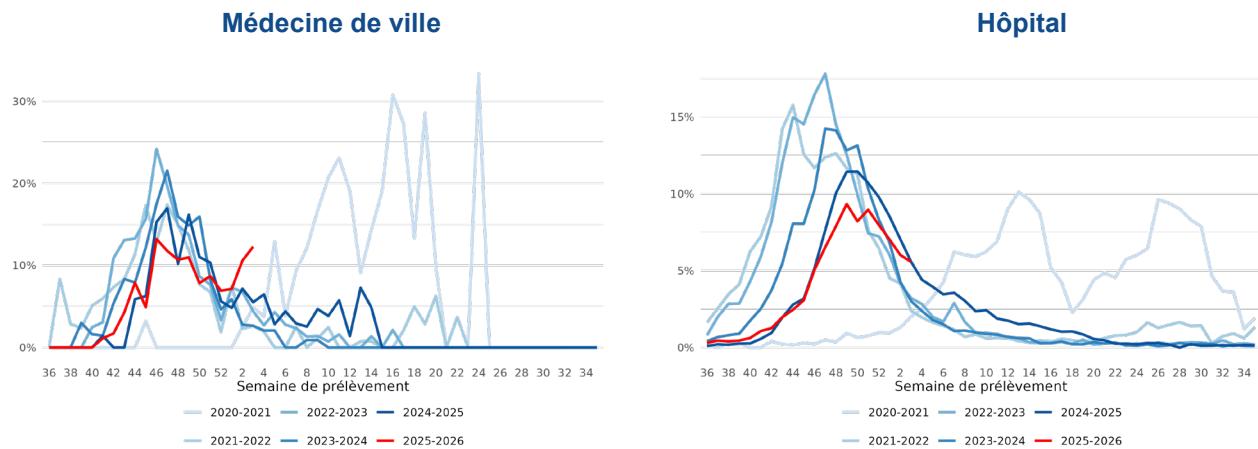
Ces données de séquençage sont préliminaires. Elles seront consolidées et complétées par des analyses de caractérisation antigénique dans les prochaines semaines.

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 03, parmi les 171 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, 21 (12,3%) étaient positifs pour le VRS. Parmi les 13 143 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 732 (5,6%) étaient positifs pour le VRS.

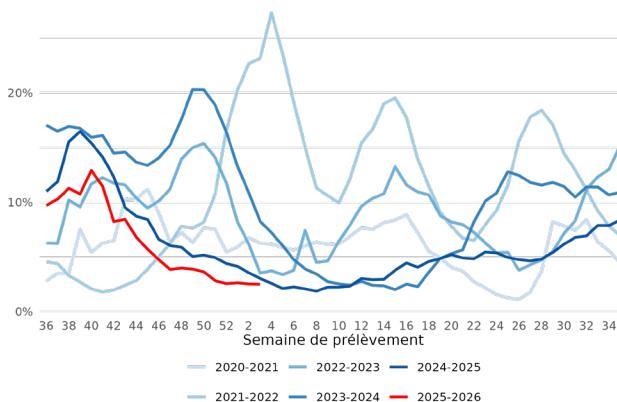
Taux de positivité* pour VRS des prélèvements réalisés en France hexagonale



SARS-CoV-2

En semaine 03, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 2,5% (340/13 531) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,5% en S02).

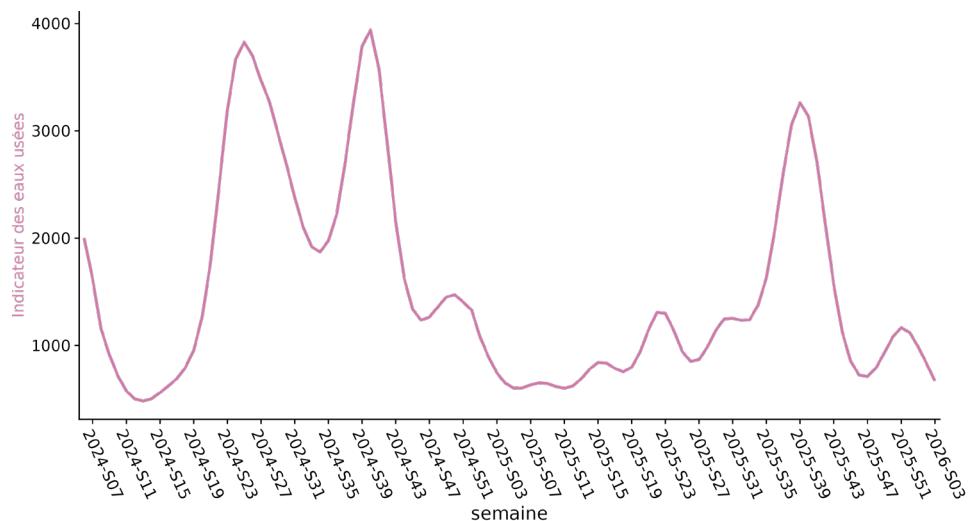
Taux de positivité pour le SARS-CoV-2 des prélèvements réalisés à l'hôpital en France hexagonale



Surveillance dans les eaux usées

En semaine 03, une tendance à la baisse du niveau de SARS-CoV-2 dans les eaux usées est observée en France, l'intensité globale de circulation du virus atteignant un niveau très faible. Cinquante-trois des 54 stations de traitement des eaux usées disposent de données interprétables.

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



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

Surveillance génomique

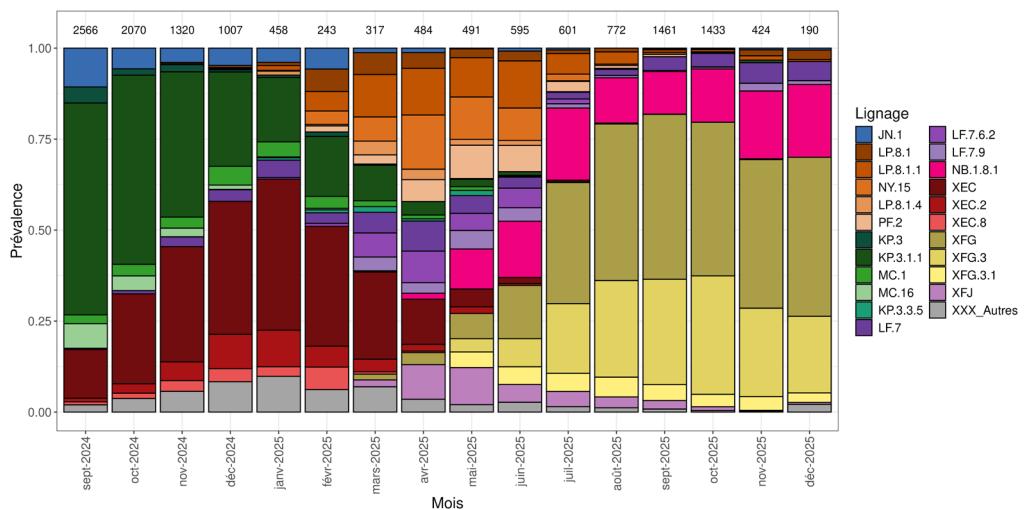
Dans l'Hexagone, en décembre, le lignage XFG (recombinant LF.7/LP.8.1.2) est le plus fréquemment détecté, avec une proportion de 43,7% (83/190, en baisse) sans ses sous-lignages, suivi de XFG.3 avec une proportion de 21,1% (40/190, en baisse), puis de NB.1.8.1 (descendant de XDV) avec une proportion de 20% (38/190) et devant LF.7 qui représentait 5,3% (10/190) 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 67,4% (128/190) et 20% (38/190) de l'ensemble des séquences détectées dans l'Hexagone.

Au regard du faible nombre de séquences analysées en décembre, 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

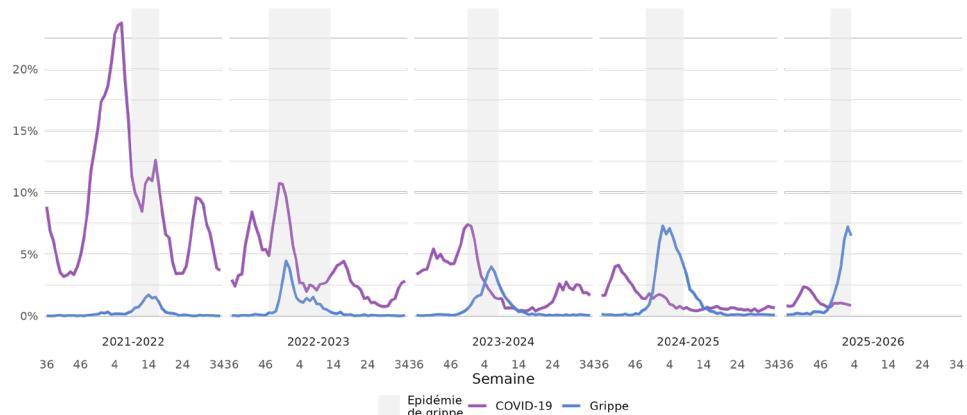
Certification électronique

En semaine 03, parmi les 9 502 décès déclarés par certificat électronique, 6,5% l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (vs 7,2% en S02). La COVID-19 était mentionnée dans 0,8% des décès (vs 0,9% en S02).

La part des décès avec une mention de grippe parmi l'ensemble des décès certifiés électroniquement demeure à un niveau élevé. Parmi les décès liés à la grippe déclarés depuis S40/2025, 94% concernaient des personnes de 65 ans et plus, 5,8% des personnes âgées de 15 à 64 ans et 0,2% des enfants de moins de 15 ans.

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

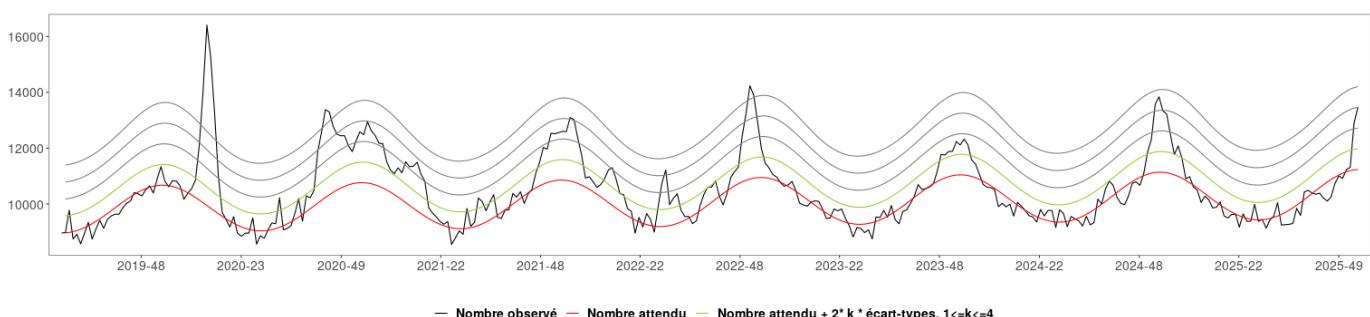


Source : Inserm-CépiDc ; Traitement : Santé publique France

Mortalité toutes causes

Au niveau national, le nombre de décès toutes causes confondues transmis par l'Insee était en excès en S02 tous âges confondus et chez les 65 ans et plus.

Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges, 2018 à 2026 (jusqu'en semaine 02)



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 36,4% (intervalle de confiance à 95% : 29,7-42,5%) tous âges confondus. Celle-ci est inférieure chez les 65 ans et plus, quoique de façon non significative, à 27,7% (IC95% : 16,7-37,3%), et plus élevée chez les 18-64 ans, à 45% (IC95% : 35,6-53,1%), et chez les 0-17 ans, à 57,2% (IC95% : 29,5-74%). Il s'agit d'un niveau d'efficacité modéré pour le vaccin grippe, similaire à d'autres estimations au niveau international 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 à la fin de la saison.

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

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 (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et USLD (Unité de soins de longue durée),
- Les personnes à très haut risque de formes graves
- ainsi que les personnes vivant dans l'entourage ou en contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables aux formes graves de l'infection, y compris les professionnels de santé.

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

Le vaccin disponible est le vaccin Comirnaty®, vaccin à ARN messager, adapté au variant LP.8.1 (Laboratoire Pfizer-BioNTech).

La campagne pour cet automne a débuté le 14 octobre 2025. La vaccination conjointe contre la COVID-19 et contre la grippe saisonnière est possible. Les deux vaccinations peuvent être pratiquées dans le même temps, sur deux sites d'injection différents.

Prévention des infections à virus respiratoire syncytial (VRS) du nourrisson

La campagne d'immunisation des nouveau-nés et nourrissons contre les infections à VRS comprend deux stratégies possibles : la vaccination de la femme enceinte ou l'immunisation des nourrissons par un anticorps monoclonal. Les parents informés par les professionnels de santé peuvent décider de la stratégie à suivre pour leur enfant.

La campagne de vaccination et d'immunisation a débuté le 1^{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, Chnam, Inserm, Insee.

Pour en savoir plus

Surveillance intégrée des [IRA](#)

Surveillances de la [grippe](#), de la [bronchiolite](#) et de la [COVID-19](#)

Surveillance syndromique [SurSaUD®](#)

Surveillance en [établissements médico-sociaux](#)

Surveillance en médecine de ville : [Réseau Sentinelles](#) (Inserm - Sorbonne Université)

Surveillance virologique (Centre national de référence Virus des infections respiratoires, [Institut Pasteur](#) et [Hospices Civils de Lyon](#))

En région : consultez les [Bulletins régionaux](#)

Indicateurs en open data : [Odissé](#)

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

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](#)

Équipe de rédaction

Sibylle Bernard-Stoecklin, Bruno Coignard, Anne Fouillet, Anabelle Gilg Soit Ilg, Rémi Hanguerard, Frédéric Jourdain, Anna Maisa, Damien Mouly, Harold Noël, Isabelle Parent du Châtelet, Florian Ruiz, Laïla Toro, Sophie Vaux, Delphine Viriot, Centre national de référence Virus des infections respiratoires

L'équipe remercie pour leurs contributions les Directions des maladies infectieuses, des régions, d'appui, traitement et analyses de données, et prévention et promotion de la santé.

Pour nous citer : Bulletin Infections respiratoires aiguës. Édition nationale. Semaine 3 (12 au 18 janvier 2026). Saint-Maurice : Santé publique France, 25 p.

Directrice de publication : Caroline Semaille.

Date de publication : 21 janvier 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr