

Infections respiratoires aiguës

Semaine 50 (8 au 14 décembre 2025). Publication : 17 décembre 2025

ÉDITION NATIONALE

Tendances de la semaine

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

Grippe. Poursuite de l'augmentation des indicateurs dans toutes les classes d'âge. Ensemble des régions hexagonales en épidémie. Epidémie en Guyane et Saint-Martin depuis S49 et à Mayotte depuis S47. Passage de la Guadeloupe et de la Martinique en pré-épidémie en S49.

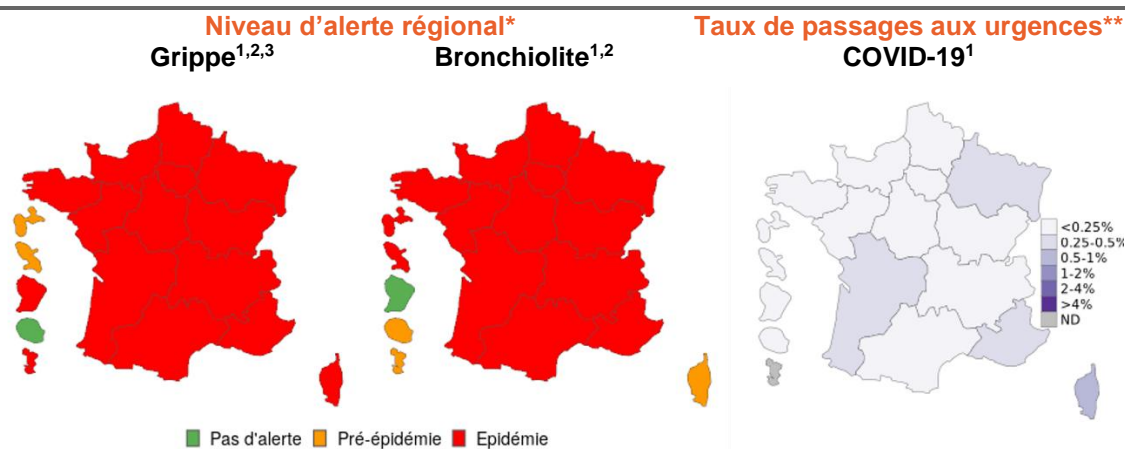
Bronchiolite. Poursuite de l'épidémie en France hexagonale. La Guadeloupe et la Martinique en épidémie. La Réunion et Mayotte en phase pré-épidémique.

COVID-19. Ensemble des indicateurs globalement stables et à des niveaux faibles. Indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées en augmentation.

Indicateurs clés

Indicateurs syndromiques

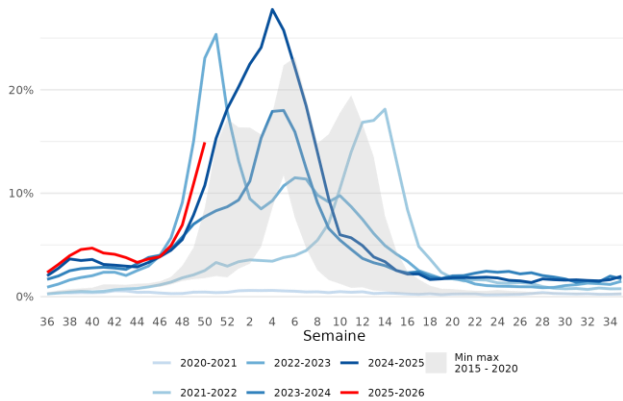
Part de la pathologie parmi	IRA basses		Syndrome grippal		Bronchiolite (moins d'un an)		COVID-19	
	S50	S50 vs S49	S50	S50 vs S49	S50	S50 vs S49	S50	S50 vs S49
Actes médicaux SOS Médecins	23,2%	+4,3 pt	14,9%	+4 pt	12,7%	+1,6 pt	0,4%	-0,1 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	6,2%	+1,2 pt	2,8%	+1 pt	20,5%	0 pt	0,2%	0 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	9,6%	+1,3 pt	2,2%	+0,9 pt	37,5%	+1,7 pt	0,4%	0 pt



* Méthodologie en [annexe](#). Antilles, Guyane : niveau d'alerte pour S49. ** Données non disponibles pour Mayotte.
Source : ¹ réseau OSCOUR®, ² SOS Médecins, ³ réseau Sentinelles

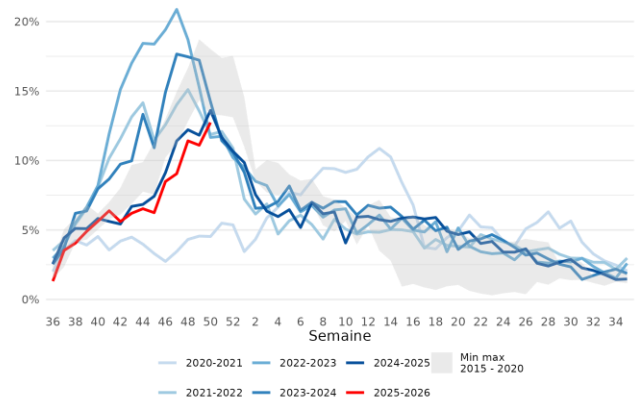
Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les [bulletins régionaux](#) de Santé publique France.

Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



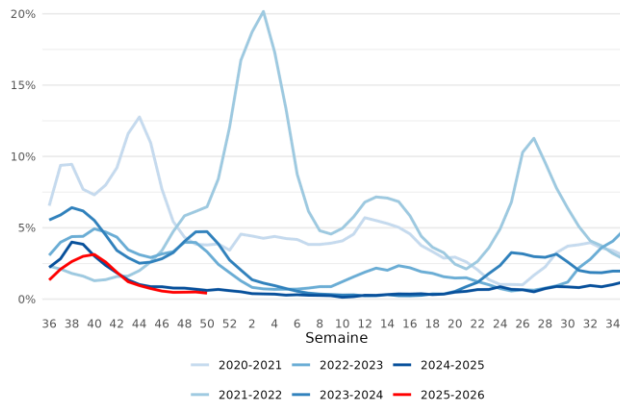
Source : SOS Médecins

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	
	S50	S50 vs S49	S50	S50 vs S49	S50	S50 vs S49
Taux de positivité des prélèvements						
Laboratoires de ville ^{1,2}	28,9%	+6,7 pt	7,6%	+1,2 pt	6,5%	-0,3 pt
Médecine de ville ^{1,3,*}	38,4%	+6 pt	8,4%	-1,8 pt	6,8%	-0,6 pt
Milieu hospitalier ^{1,4}	12,0%	+3,5 pt	8,1%	-1,3 pt	3,9%	+0,1 pt
Surveillance dans les eaux usées ^{5,**}					1530	+41,2%

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 50, les indicateurs infections respiratoires aiguës (IRA) étaient en nette augmentation en ville et à l'hôpital, et ce dans toutes les classes d'âge. La part d'activité pour IRA basse en ville et parmi les passages aux urgences demeurait à un niveau d'intensité faible tous âges confondus et chez les 15 ans ou plus, mais atteignait le niveau d'intensité modérée chez les moins de 15 ans. L'activité pour les IRA était toujours principalement portée par la circulation des virus grippaux.

En S50, les indicateurs grippaux continuaient d'augmenter dans toutes les classes d'âge dans l'Hexagone, où l'ensemble des régions étaient en épidémie. L'activité grippale en ville et à l'hôpital atteignait le niveau d'intensité modérée chez les moins de 15 ans et chez les 65 ans ou plus, et demeurait à un niveau d'intensité faible chez les 15-64 ans et tous âges confondus. La part de la grippe parmi les décès déclarés par certificat électronique augmentait et était à un niveau deux fois supérieur à celui observé en S50/2024 (1,8% vs 0,9%). De plus, le nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA en EMS exclusivement attribués à la grippe a fortement progressé en S49 par rapport à la semaine précédente (57 vs 29, données non consolidées). Les virus de type A prédominaient très largement, avec une proportion du sous-type A(H3N2) supérieure par rapport au sous-type A(H1N1)_{pdm09} depuis S48. Parmi les virus grippaux séquencés depuis fin septembre, le sous-clade K était majoritaire pour le sous-type A(H3N2) et le sous-clade D.3.1 était majoritaire pour le sous-type A(H1N1)_{pdm09}. En Outre-mer, l'activité grippale était à son niveau de base à La Réunion. La Guyane était en épidémie depuis S49, avec une circulation active de virus grippaux de type A. Mayotte demeurait en épidémie depuis S47. Aux Antilles, la Guadeloupe et la Martinique étaient passées en pré-épidémie et Saint-Martin en épidémie en S49, avec également une circulation de virus grippaux de type A.

L'épidémie de bronchiolite se poursuivait dans l'Hexagone. Les indicateurs syndromiques étaient en augmentation en ville, à des niveaux proches de ceux observés la saison précédente à la même période. Une tendance à la stabilisation était observée pour les passages aux urgences, mais les hospitalisations après passage étaient en augmentation. Dans l'Hexagone, toutes les régions étaient en épidémie excepté la Corse qui était en pré-épidémie. Dans les départements et régions d'outre-mer, la Guadeloupe et la Martinique étaient en épidémie et La Réunion et Mayotte en phase pré-épidémique. Le taux de détection du VRS (virus respiratoire syncytial) tous âges était en augmentation dans les prélèvements nasopharyngés réalisés par les laboratoires de biologie médicale en ville et amorçait une diminution à l'hôpital.

La plupart des indicateurs de la COVID-19 en ville et à l'hôpital étaient stables et à des niveaux faibles. Le taux de positivité pour SARS-CoV-2 était en diminution en ville et stable à l'hôpital. L'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées était en forte augmentation pour la troisième semaine consécutive. La part des décès de COVID-19 certifiés électroniquement était en légère augmentation.

Le nombre de nouveaux épisodes d'IRA dans les Établissements médico-sociaux (EMS) était en augmentation en semaine 49. La majorité des épisodes était attribuée à la grippe.

Compte tenu de l'intensification actuelle de la circulation 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, **une augmentation du recours aux soins en ville et à l'hôpital est à anticiper dans les semaines à venir**, avec un impact pouvant être important sur le système de santé.

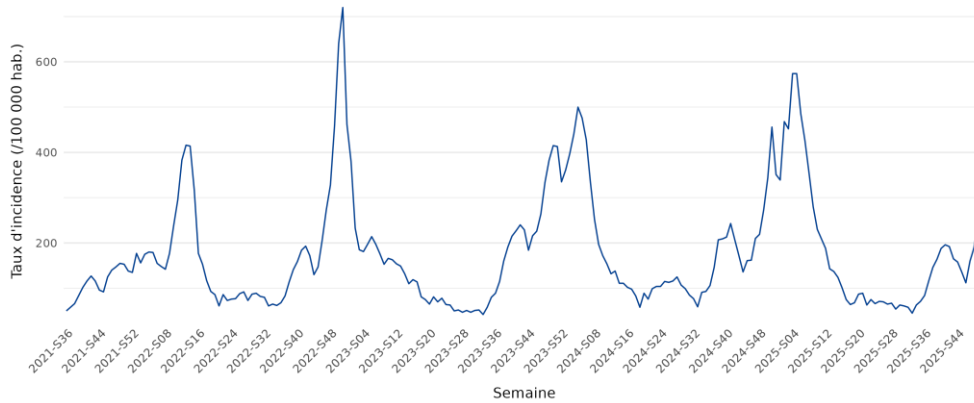
A l'approche des fêtes de fin d'année, **l'adoption systématique et par tous des gestes barrières est essentielle** afin de freiner la diffusion des virus respiratoires et de protéger les personnes les plus à risque de formes graves : lavage des mains, aération des pièces et port du masque en cas de symptômes (fièvre, nez qui coule ou toux), dans les lieux fréquentés ou en présence de personnes fragiles.

Il est toujours possible de se faire vacciner contre la grippe, ainsi que la COVID-19.

Médecine de ville

En semaine 50, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 281 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 271 -292] (données non consolidées) vs 241 [231-250] en S49.

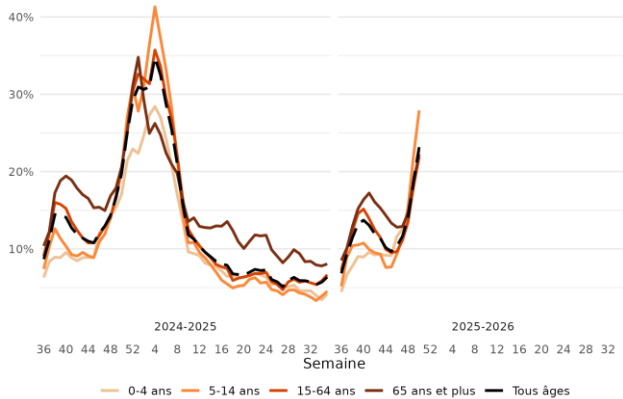
Estimation de l'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale



Source : réseau Sentinelles, IQVIA

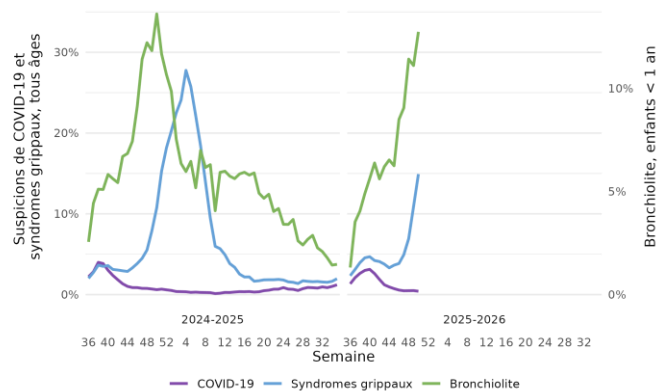
En semaine 50, 24 875 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 23,2% de l'ensemble des actes (vs 18,8% en S49). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 16 021, soit 14,9% (vs 10,9% en S49). Un total de 414 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins d'un an, soit 12,7% (vs 11,1% en S49) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 448, soit 0,4% des actes SOS Médecins (vs 0,5% en S49).

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



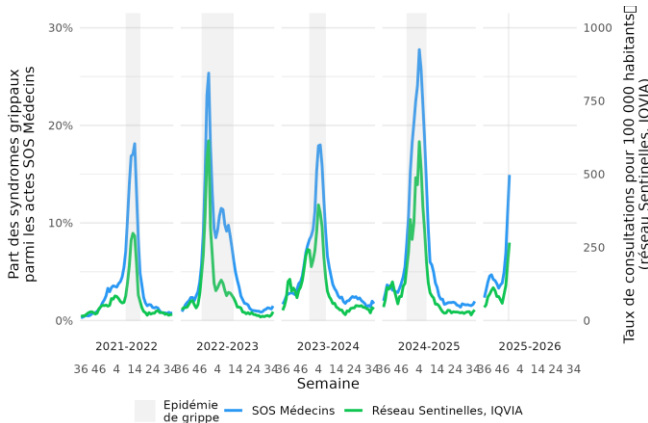
Source : SOS Médecins

Grippe

En semaine 50, le taux de consultations tous âges confondus pour syndrome grippal estimé à partir des données du réseau Sentinelles et IQVIA était de 266 pour 100 000 habitants [IC95% : 256-276] (données non consolidées) vs 191 pour 100 000 habitants [183-199] en S49.

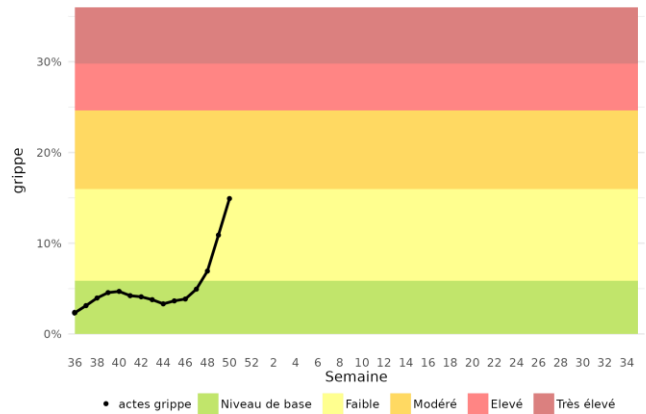
En semaine 50, le recours aux soins pour syndrome grippal en médecine de ville était en nette augmentation dans toutes les classes d'âge. La part d'activité pour syndrome grippal SOS Médecins a dépassé le seuil d'intensité modérée chez les moins de 15 ans et les 65 ans ou plus, et demeurait à un niveau faible chez les 15-64 ans et tous âges confondus.

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



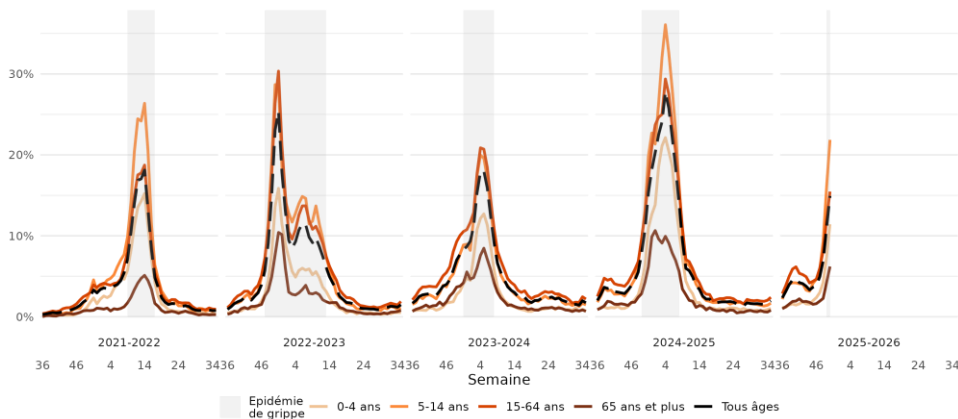
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins

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



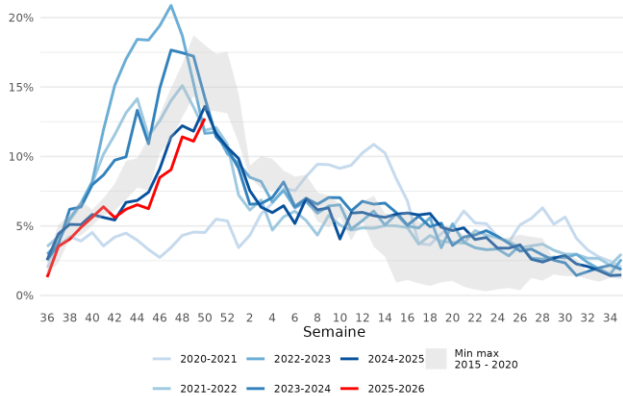
Source : SOS Médecins

Bronchiolite

En semaine 50, parmi les 3 251 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 1 an, 414 actes (12,7%) étaient liés à la bronchiolite.

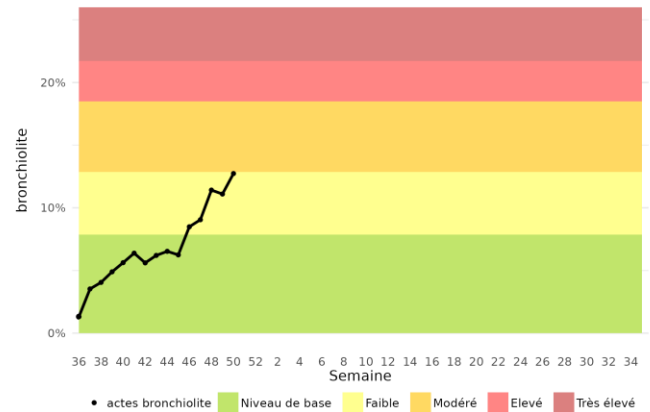
La part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins augmentait en semaine 50 en médecine de ville. Le niveau d'intensité de la part de la bronchiolite était cette semaine à un niveau d'intensité faible, mais à la limite d'une intensité modérée.

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



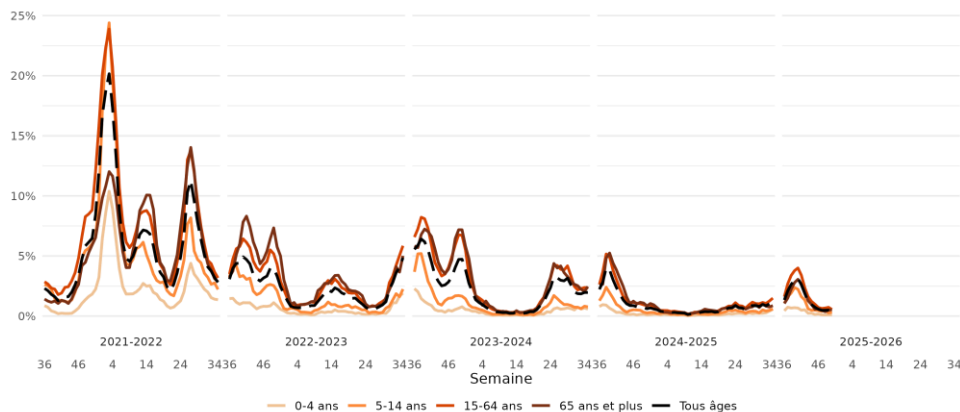
Source : SOS Médecins. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

En semaine 50, 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 9 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 7-12] (données non consolidées) vs 9 [7-11] en S49.

En semaine 50, la part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était globalement stable dans toutes les classes d'âge, excepté chez les 15-64 ans où elle diminuait (305 actes, soit 0,5% vs 0,7% en S49). Chez les 65 ans et plus 54 actes ont été enregistrés, soit 0,5% (vs 0,5% en S49), 65 actes chez les 5-14 ans, soit 0,3% (vs 0,3% en S49) et 24 actes ont été enregistrés chez les 0-4 ans, soit 0,1% (vs 0,1% en S49).

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



Source : SOS Médecins

Milieu hospitalier

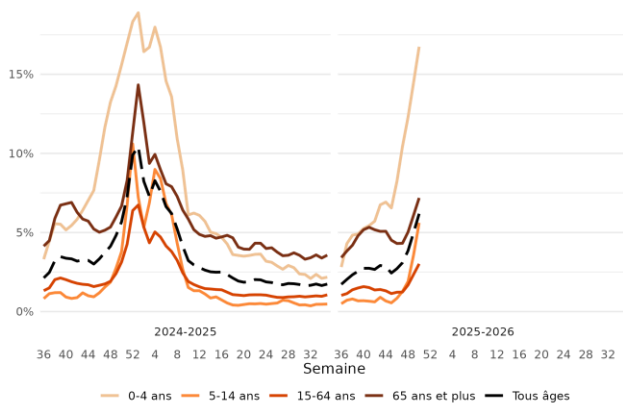
En semaine 50, 23 800 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 6,2% de l'ensemble des passages tous âges (vs 5,0% en S49). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 7 316, soit 9,6% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 8,4% en S49). La part des 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 10 597, soit 2,8% des passages (vs 1,7% en S49). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 1 700, soit 2,2% de l'ensemble des hospitalisations (vs 1,4% en S49).

Chez les moins d'un an, 3 270 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 20,5% des passages dans cette classe d'âge (vs 20,6% en S49). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 1 103, soit 37,5% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 35,8% en S49).

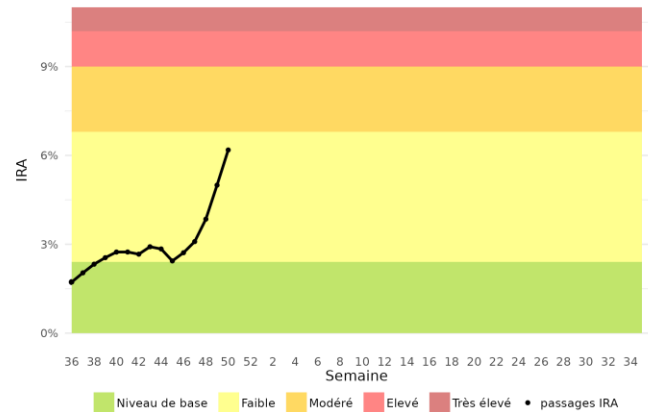
En semaine 50, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 736, soit 0,2% de l'ensemble des passages (vs 0,2% en S49). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 303, soit 0,4% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,4% en S49).

Part des IRA basses parmi les passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

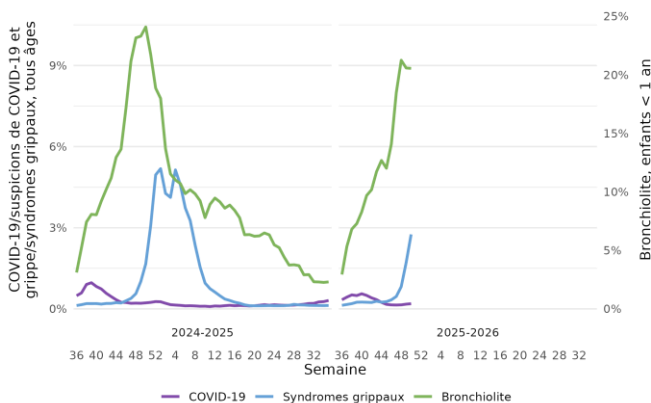
Part des IRA basses parmi les passages aux urgences, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur*



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

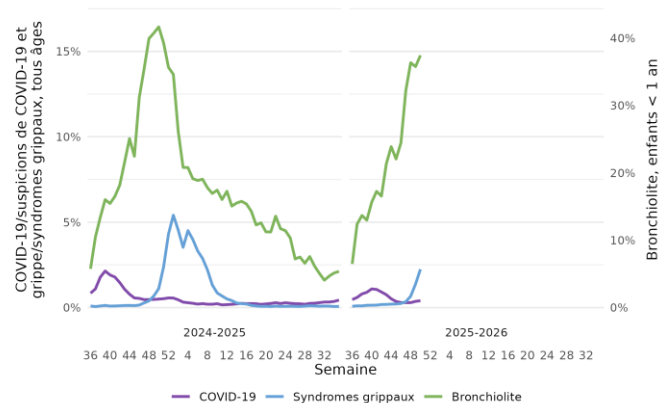
Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 et de la grippe/syndrome grippal (tous âges) et part de la bronchiolite (chez les moins de 1 an)

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Hospitalisations après passage

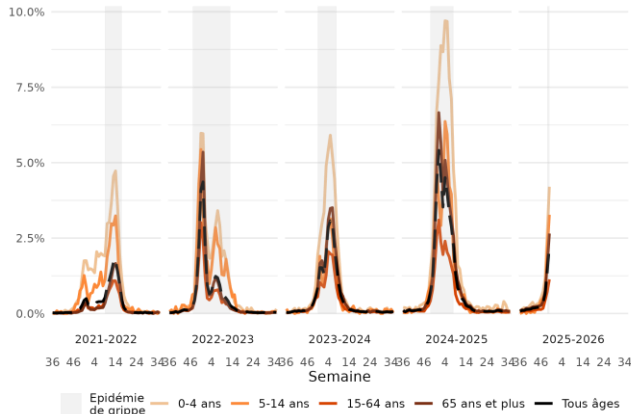


Source : réseau OSCOUR®

Grippe

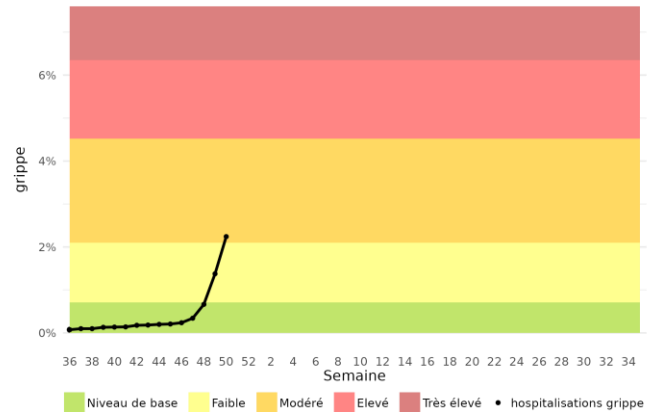
En semaine 50, la part de la grippe parmi les hospitalisations après passage aux urgences était en forte augmentation et avait dépassé le seuil d'intensité modérée tous âges confondus, chez les moins de 15 ans et les 65 ans ou plus, et demeurait à un niveau faible chez les 15-64 ans.

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

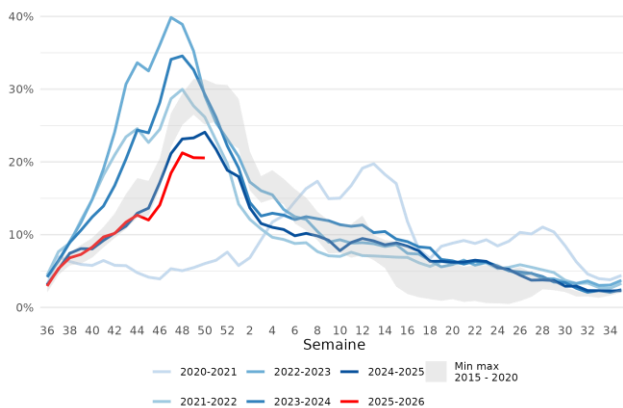
En semaine 50, chez les moins de 1 an, la bronchiolite concernait 20,5% des passages aux urgences et 37,5% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 3 270 enfants de moins de 1 an vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 50, 1 103 (33,7%) ont été hospitalisés.

La part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences augmentait en semaine 50 à l'hôpital, mais se stabilisait parmi les passages aux urgences. Le niveau d'intensité de la part de la bronchiolite était cette semaine à un niveau d'intensité faible.

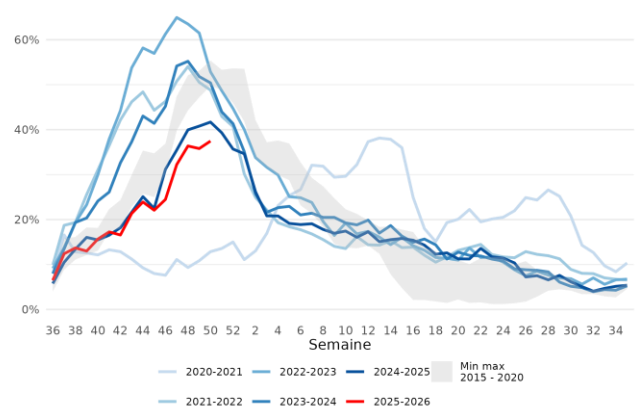
Part de la bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

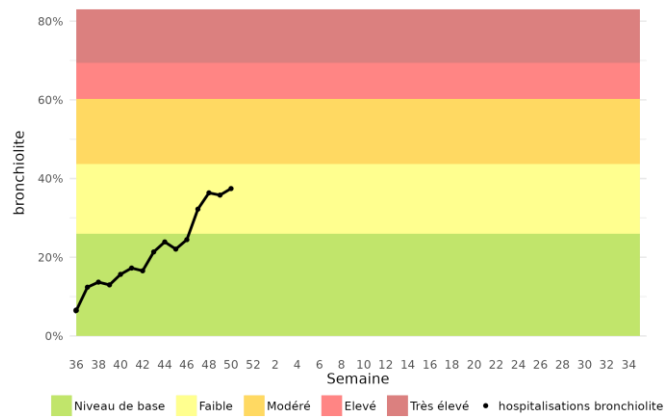
Hospitalisations après passage



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*



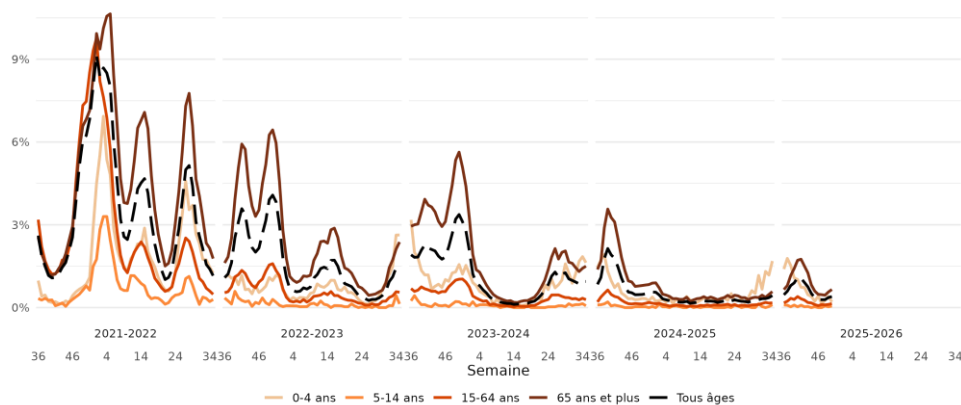
Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

La part des hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 restait faible dans toutes les classe d'âges. Chez les 65 ans et plus, 248 hospitalisations ont été enregistrées, soit 0,7% (vs 0,6% en S49), chez les 15-64 ans, le nombre d'hospitalisations était de 40, soit 0,1% (vs 0,1% en S49), chez les 5-14 ans, 2 hospitalisations ont été enregistrée, soit 0,1% (vs 0,0% en S49) et chez les 0-4 ans, 13 hospitalisations ont été enregistrées, soit 0,2% (vs 0,4% en S49).

Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 5 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S50, soit 0,2% (vs 0,2% en S49).

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, 122 cas de grippe, 101 cas de COVID-19 et 24 cas d'infections à VRS* ont été signalés par les services de réanimation participant à la surveillance (surveillance non exhaustive). Aucun cas de co-infection grippe/SARS-CoV-2, grippe/VRS ou SARS-CoV-2/VRS n'a été déclaré.

* 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 = 122 (49%)		COVID-19 N = 101 (41%)		Infection à VRS N = 24 (9,7%)	
	N	%	N	%	N	%
Sexe						
Femme	47	39%	37	37%	13	54%
Homme	72	60%	63	63%	11	46%
Indéterminé	2	2%	0	0%	0	0%
Non renseigné	1		1		0	
Classes d'âge (années)						
< 2	5	4%	1	1%	0	0%
2-17	5	4%	3	3%	0	0%
18-64	44	37%	31	31%	7	29%
65 et plus	65	55%	66	65%	17	71%
Non renseigné	3		0		0	
Données virologiques grippales						
A, sans précision	85	86%	-	-	-	-
A(H1N1) _{pdm09}	6	6%	-	-	-	-
A(H3N2)	8	8%	-	-	-	-
B	0	0%	-	-	-	-
Co-infection virus grippaux	0	0%	-	-	-	-
Non renseigné	23		101		24	
Présence de comorbidité(s)	109	89%	87	86%	22	92%
Vaccination grippe pour la saison en cours						
Oui	13	11%	5	5%	3	13%
Non	63	52%	42	42%	9	38%
Ne sait pas/Non renseigné	46	38%	54	53%	12	50%
Vaccination COVID-19 depuis moins de 6 mois						
Oui	6	5%	3	3%	3	13%
Non	63	52%	47	47%	9	38%
Ne sait pas/Non renseigné	53	43%	51	50%	12	50%
Syndrome de détresse respiratoire aiguë						
Aucun	55	49%	55	57%	16	73%
Mineur	9	8%	1	1%	0	0%
Modéré	26	23%	21	22%	5	23%
Sévère	23	20%	19	20%	1	5%
Non renseigné	9		5		2	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive						
Aucune	3	2%	2	2%	0	0%
Ventilation non-invasive	77	63%	62	63%	19	83%
Ventilation invasive	38	31%	34	34%	4	17%
Assistance extracorporelle	4	3%	1	1%	0	0%
Non renseigné	0		2		1	

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

Parmi les 122 cas de grippe, 55% 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. Parmi les 76 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 83% n'étaient pas vaccinés contre la grippe. Au total, 13 décès ont été signalés, dont 9 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

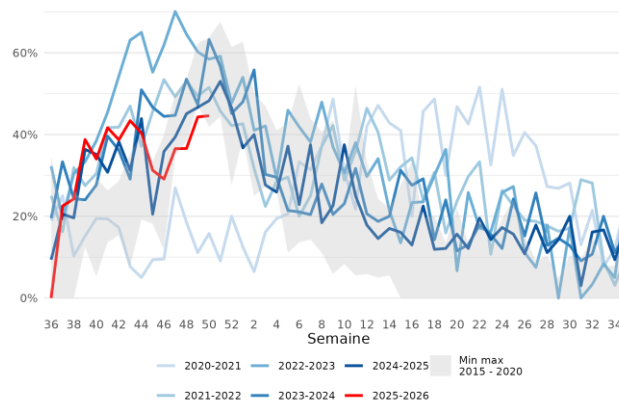
Parmi les 101 cas de COVID-19, 65% avaient 65 ans ou plus. La présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 86% des cas. Parmi les 50 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 94% n'étaient pas vaccinés contre la COVID-19 au cours des 6 derniers mois. Au total, 21 décès ont été signalés, dont 19 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Parmi les 24 cas d'infections à VRS de 18 ans et plus, 71% avaient 65 ans ou plus. La présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 92% des cas. Au total, 2 décès ont été signalés, dont 2 chez les 65 ans et plus (données non consolidées)

Bronchiolite

En semaine 50, 33 hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an ont été enregistrées, soit 44,6% de l'ensemble des hospitalisations en service de réanimation dans cette classe d'âge (vs 44,3% en S49).

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, 136 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 64 et 51 cas (soit respectivement 47% et 38% des cas). 73% avait moins de 6 mois et 29% 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 54 cas (40%). 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 16 décembre 2025

	Bronchiolite	
	N	%
Sexe		
Fille	56	41%
Garçon	78	57%
Non renseigné	2	1%
Classes d'âge (mois)		
< 1	14	10%
1-2	59	43%
3-5	26	19%
6-11	22	16%
12-24	14	10%
Non renseigné	1	1%
Agent pathogène (seul ou en co-infection)*		
VRS	64	47%
Rhinovirus/Entérovirus	51	38%
Métapneumovirus	11	8%
Parainfluenzae virus	8	6%
Adénovirus	6	4%
Non identifié/Non recherché	10	7%
Présence de comorbidité(s) et/ou prématurité**		
Prématurité	20	15%
Pathologie cardiaque	14	10%
Pathologie pulmonaire	11	8%
Pathologie rénale	2	1%
Pathologie neuromusculaire	2	1%
Immunodépression	1	1%
Autre(s) comorbidité(s)	7	5%
Traitement préventif pour le VRS		
Nirsevimab (Beyfortus®)	50	37%
Palivizumab (Synagis®)	1	1%
Non renseigné	3	2%
Vaccination de la mère contre le VRS		
Aucun	67	51%
Oui	13	10%
Ne sait pas	52	39%
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive		
Ventilation non invasive	68	51%
Oxygénothérapie à haut-débit	63	47%
Ventilation invasive	3	2%
Assistance extracorporelle	0	0%
Décès		
	0	0%

¹n (%)

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

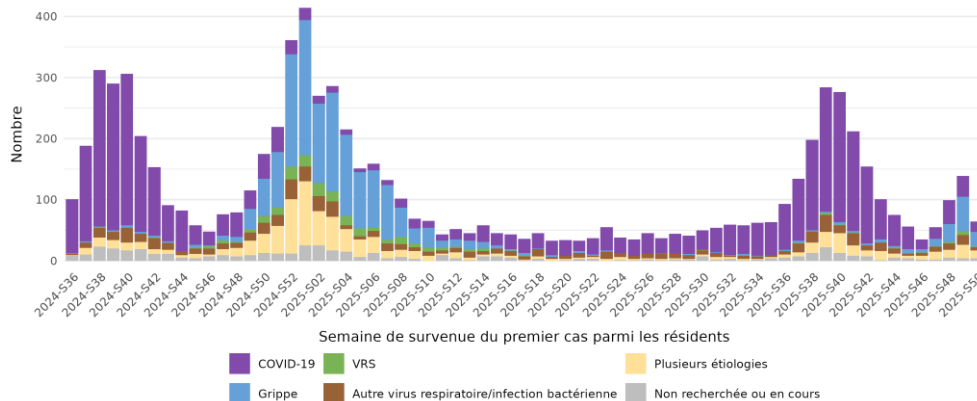
Établissements médico-sociaux

Depuis la semaine 40, 1 268 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 1 185 (93%) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Parmi l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 1 213 (96%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 781 (64%) étaient exclusivement attribués à la COVID-19, 57 (12,5%) exclusivement à la grippe et 16 exclusivement au VRS (1,3%). Le VRS était seul ou associé à un autre pathogène dans 45 épisodes (3,7%).

Un total de 139 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 49 (données non consolidées) vs 99 en S48. Parmi eux, 57 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 29 en S48), 6 étaient attribués exclusivement à une infection à VRS (vs 3 en S48) et 34 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 39 en S48).

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



S50 et S49 : 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

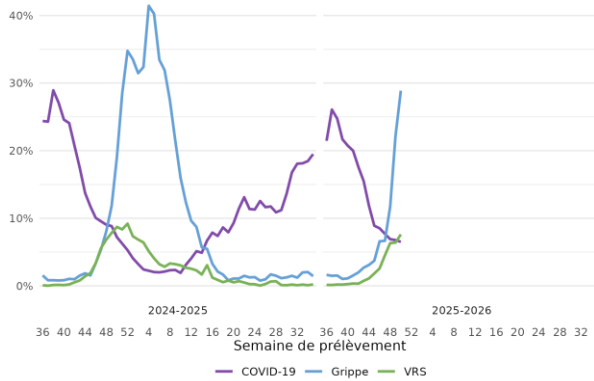
En semaine 50, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 28,9% (2 143/7 423) pour les virus grippaux (vs 22,2% en S49), 7,6% (531/6 982) pour le VRS (vs 6,4% en S49), 6,5% (480/7 377) pour le SARS-CoV-2 (vs 6,8% en S49).

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 38,4% (91/237) pour les virus grippaux (vs 32,4% en S49), 8,4% (20/237) pour le VRS (vs 10,2% en S49), 6,8% (16/237) pour le SARS-CoV-2 (vs 7,4% en S49) et 11,2% (26/232) pour le rhinovirus (vs 14,1% en S49).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 12,0% (1 568/13 086) pour les virus grippaux (vs 8,5% en S49), 8,1% (1 076/13 236) pour le VRS (vs 9,4% en S49), 3,9% (503/13 048) pour le SARS-CoV-2 (vs 3,8% en S49) et 17,8% (799/4 477) pour le rhinovirus (vs 16,4% en S49).

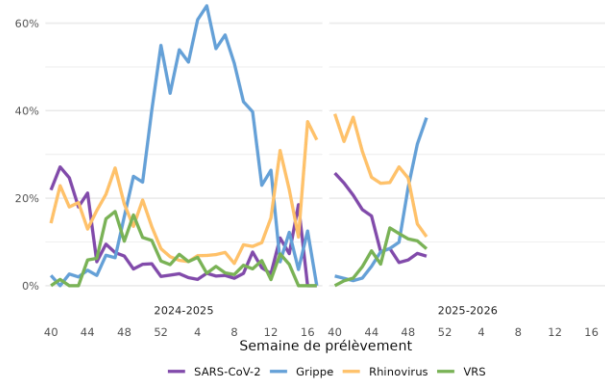
Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale

Laboratoires de biologie médicale en ville



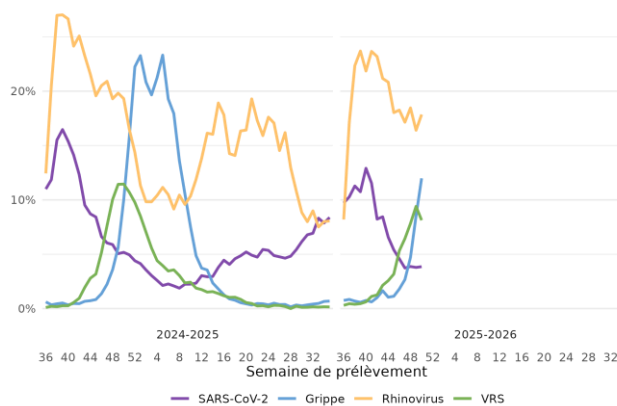
Source : réseau RELAB, CNR-VIR

Médecine de ville



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

Hôpital



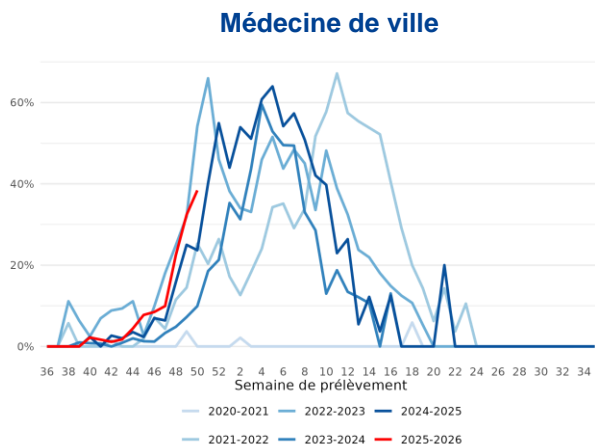
Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Virus grippaux

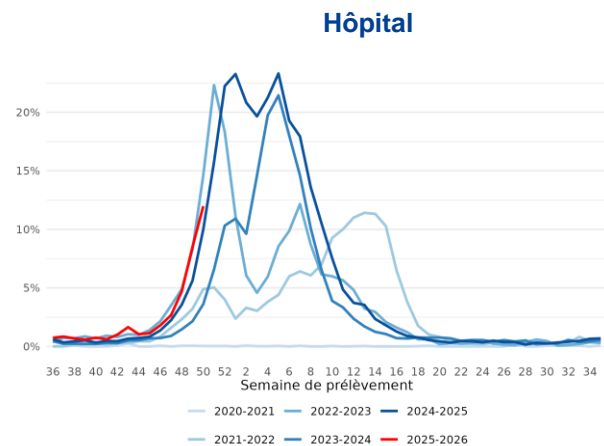
En semaine 50, le taux de positivité était de 38,4% (237 prélèvements) en médecine de ville et de 12% à l'hôpital, se situant à des niveaux supérieurs à ceux observés en S50 lors des deux saisons précédentes. En laboratoires d'analyses médicales (réseau RELAB), le taux de positivité pour grippe était de 29% tous âges confondus, soit supérieur de 7 et 10 points par rapport à ceux observés en S49/2025 et S50/2024, respectivement. L'augmentation était observée dans toutes les classes d'âge, et particulièrement chez les enfants, avec un taux de positivité de 52% chez les 6-18 ans et de 41% chez les moins de 6 ans. Depuis la semaine 40, en médecine de ville, sur les 1 784 prélèvements analysés, 262 se sont avérés positifs pour la grippe (taux de positivité 14,7%) : parmi eux 260 étaient des virus de type A : 105 A(H1N1)_{pdm09}, 118 A(H3N2) et 37 A non sous-typés, et 2 étaient de type B(Victoria). La part des virus A(H3N2) parmi les virus détectés est devenue légèrement supérieure à celle des virus A(H1N1)_{pdm09} depuis S48.

A l'hôpital (réseau RENAL/CNR), parmi les 117 097 prélèvements testés depuis la semaine 40, 4 215 se sont avérés positifs pour un virus grippal (3,6%), avec une très grande majorité de virus de type A : 3 400 virus de type A non sous-typés, 419 A(H1N1)_{pdm09}, 346 A(H3N2) et 50 virus de type B.

Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale



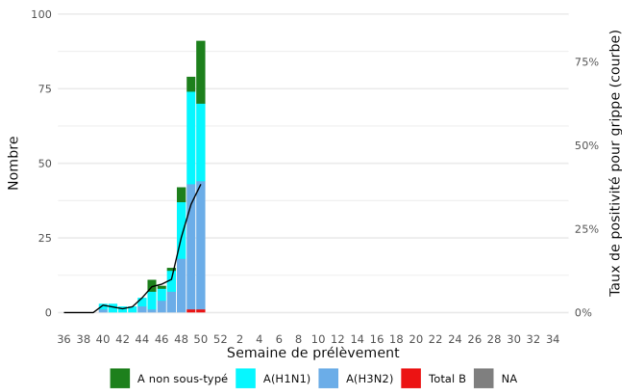
Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

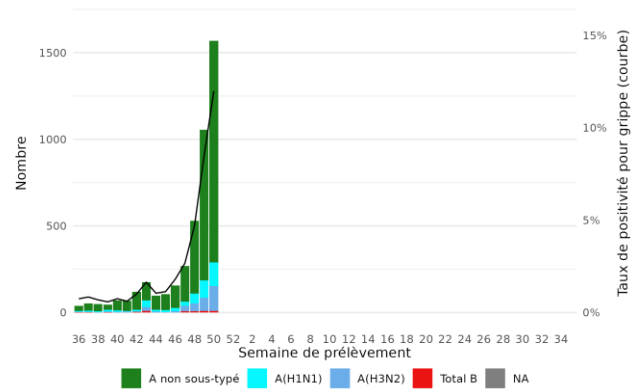
Distribution des types et sous-types de virus grippaux des prélèvements réalisés en France hexagonale

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

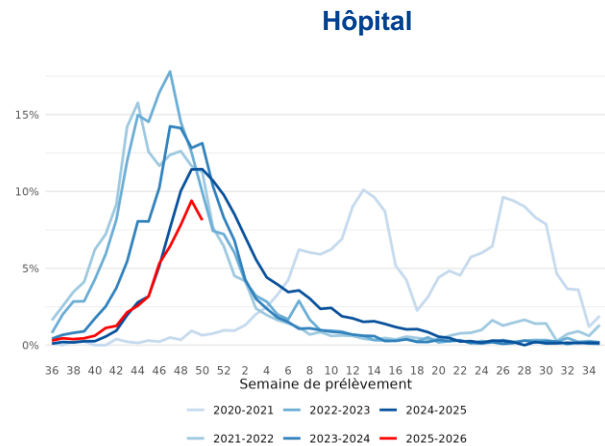
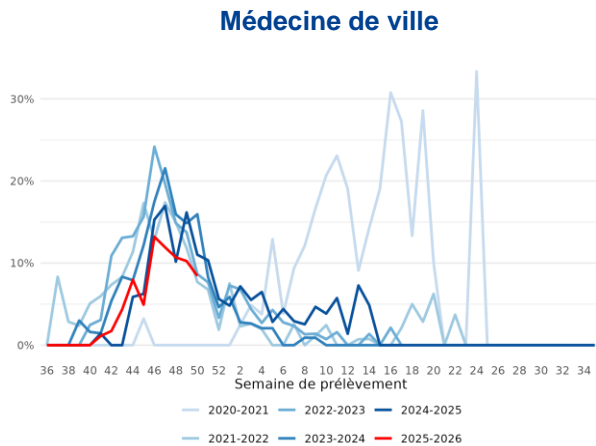
Entre les semaines 38 et 48, un total de 245 virus A(H1N1), 67 virus A(H3N2) et 3 virus de type B/Victoria ont été séquencés par le CNR Virus des infections respiratoires. Le sous-clade majoritaire était le sous-clade K (52/67 ; 77,6%) pour le sous-type A(H3N2) et le sous-clade D.3.1.1 (209/245 ; 85,3%) pour le sous-type A(H1N1)_{pdm09}. Les trois virus de type 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 50, parmi les 237 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, 20 (8,4%) étaient positifs pour le VRS. Parmi les 13 236 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 1 076 (8,1%) 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

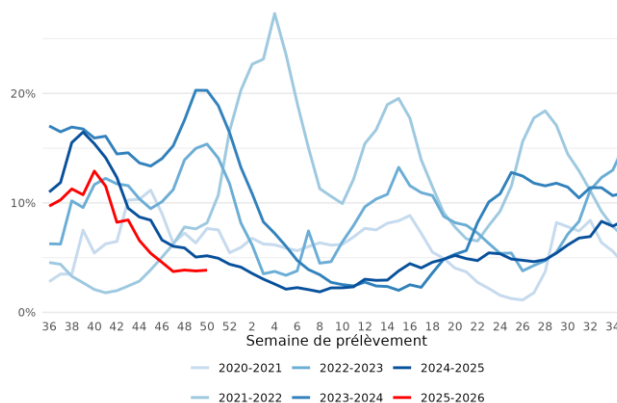
Source : réseau RENAL, CNR-VIR

* 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 50, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 3,9% (503/13 048) pour le SARS-CoV-2 (vs 3,8% en S49).

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

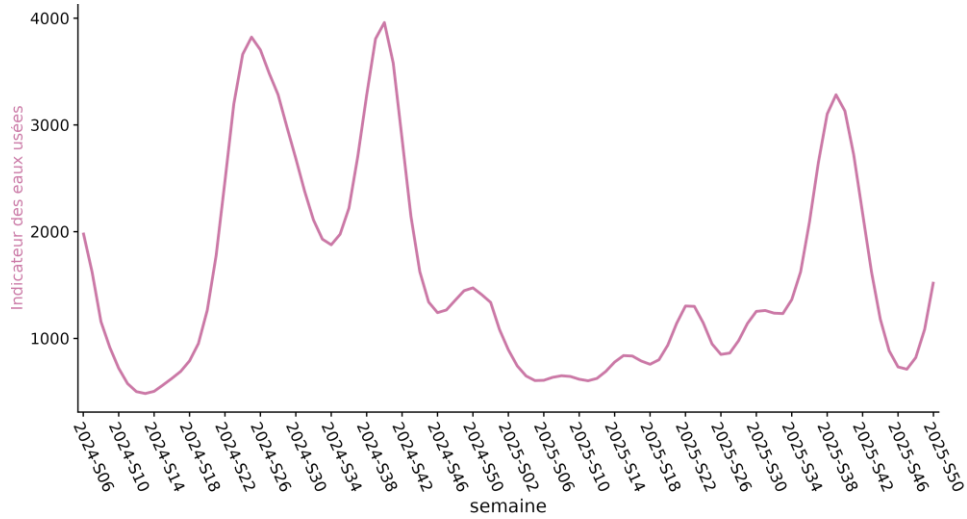


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Surveillance dans les eaux usées

La hausse importante du niveau de SARS-CoV-2 dans les eaux se poursuivait en France en semaine 50 (53 des 54 stations de traitement des eaux usées disposaient 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](#))

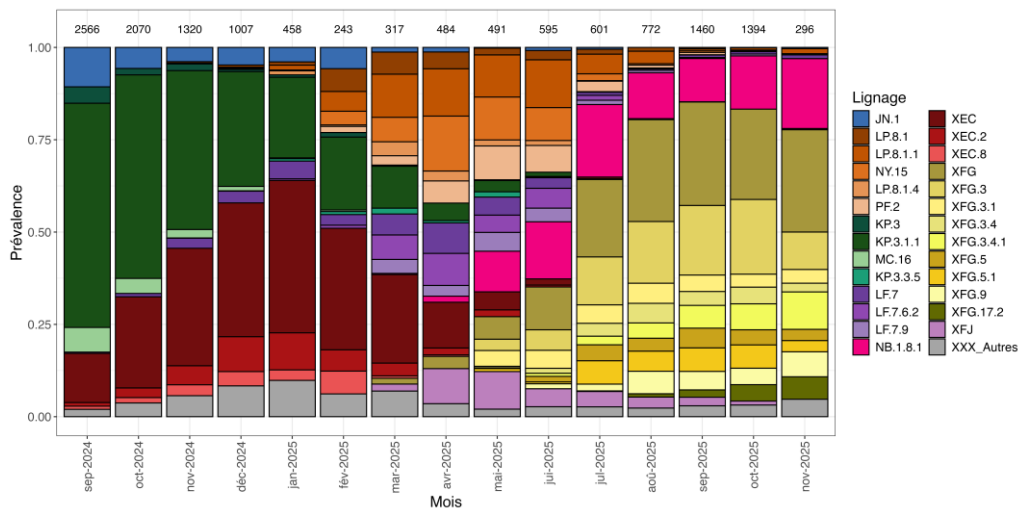
Surveillance génomique

Dans l'Hexagone, en 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 Emerge. 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

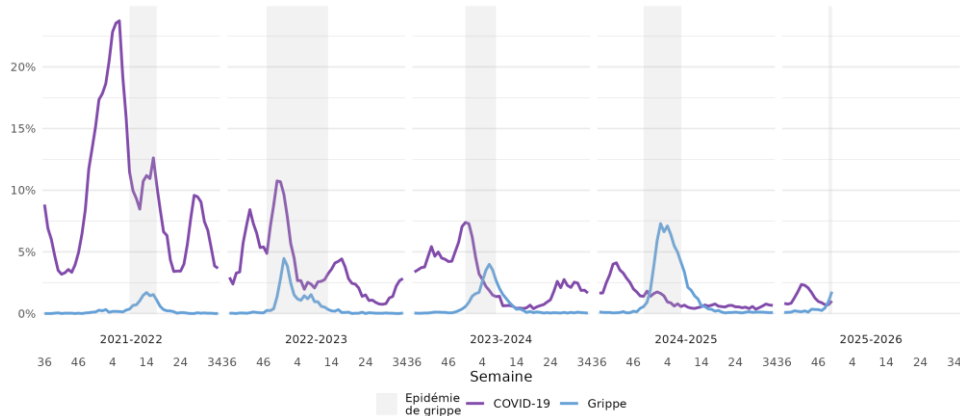
Certification électronique

En semaine 50, parmi les 7 400 décès déclarés par certificat électronique, 1,8% l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (vs 1,0% en S49). La COVID-19 était mentionnée dans 1,0% des décès (75 décès vs 54 décès, soit 0,7% en S49).

En S50, la part des décès avec une mention de grippe parmi l'ensemble des décès certifiés électroniquement était deux fois supérieure à celle observée en S50/2024 (0,9%). Parmi les décès liés à la grippe déclarés depuis S40, 91% concernaient des personnes de 65 ans et plus, 8% des personnes âgées de 15 à 64 ans et 1% 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

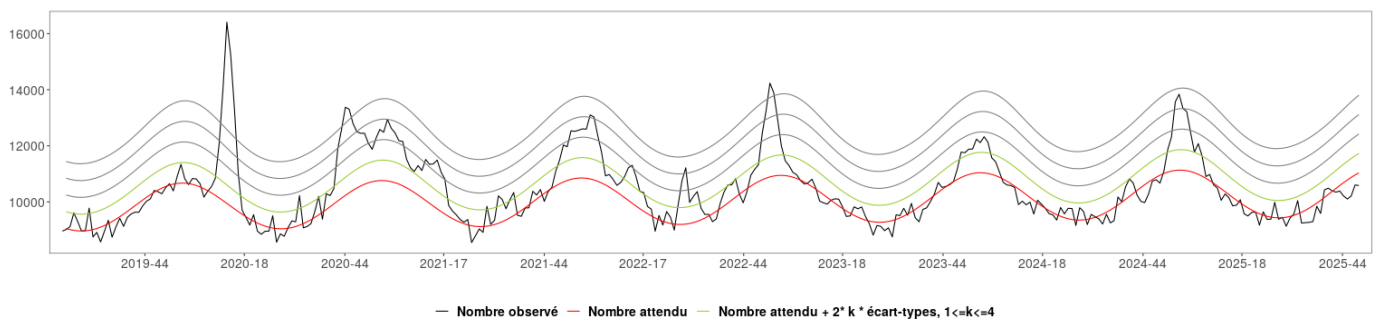


Source : Inserm-CépiDc ; Traitement : Santé publique France

Mortalité toutes causes

Au niveau national, le nombre de décès toutes causes confondues transmis par l'Insee était dans les marges de fluctuation habituelle dans toutes les classes d'âge jusqu'en S49.

Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges, 2018 à 2025 (jusqu'en semaine 49)



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

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

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

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

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

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

La campagne de vaccination et d'immunisation a débuté le 1^{er} Août 2025 en Guyane, le 1^{er} septembre 2025 en France hexagonale, à la Réunion, en Martinique, en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy et le 1^{er} octobre à Mayotte.

1. Vaccination chez la femme enceinte, en vue de protéger le nouveau-né et le nourrisson de moins de 6 mois

La vaccination de la femme enceinte est recommandée selon le schéma à une dose avec le vaccin Abrysvo®, entre la 32^e et la 36^e semaine d'aménorrhée, à compter de la date de début de campagne.

La vaccination contre le VRS chez les femmes enceintes immunodéprimées n'est pas recommandée. Dans ce cas, l'administration d'un anticorps monoclonal (palivizumab - Synagis® ou nirsevimab - Beyfortus®) chez le nouveau-né, dès la naissance, ou chez le nourrisson est privilégiée.

2. Immunisation passive des nourrissons par un anticorps monoclonal

Les anticorps monoclonaux disponibles sont :

- 1) nirsevimab (Beyfortus®)
- 2) palivizumab (Synagis®) : la population éligible correspond aux nourrissons nés prématurés et/ou à risque particulier d'infections graves.

L'immunisation par les anticorps monoclonaux s'adresse

- 1) aux nourrissons nés depuis la date de début de la campagne 2025-26 et sous réserve que la mère n'ait pas été vaccinée par Abrysvo® et
- 2) à ceux nés entre février et août 2025 à titre de rattrapage.

Pour les nourrissons exposés à leur deuxième saison de circulation du VRS, les anticorps monoclonaux sont également indiqués pour les nourrissons de moins de 24 mois vulnérables à une infection sévère due au VRS selon la 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.

Logo de l'Assurance Maladie et logos des partenaires : Ministère de la Santé et de la Prévention, Santé publique France.

Chaque année, la grippe nous rappelle la nécessité de se faire vacciner.

65 ans
Maladie chronique
Grossesse

La grippe est dangereuse. Elle cause des hospitalisations et plusieurs milliers de morts chaque année. 65 ans et plus, personnes atteintes de maladies chroniques, femmes enceintes, faites-vous vacciner.
PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN

ameli.fr

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Santé publique France

Toux ? Fièvre ? Nez qui coule ?
Mettons un masque.

Retrouvons le réflexe des gestes barrières.

Porter un masque + Se laver les mains + Aérer les pièces

L'Assurance Maladie

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

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

Pour nous citer : Bulletin Infections respiratoires aiguës. Édition nationale. Semaine 50 (8 au 14 décembre 2025). Saint-Maurice : Santé publique France, 24 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Date de publication : 17 décembre 2025

Contact : presse@santepubliquefrance.fr