



Infections respiratoires aiguës

Semaine 15 (6 au 12 avril 2026). Publication : 15 avril 2026

ÉDITION NATIONALE

Bilan de la saison 2025-2026 au 14 avril 2026

Points clés

Infections respiratoires aiguës (IRA)

Activité concentrée entre novembre 2025 et février 2026 avec un **pic d'intensité modérée en ville mais élevée à l'hôpital**, survenu fin 2025 et porté principalement par la grippe.

Grippe

Épidémie portée exclusivement par **les virus de type A** survenue entre décembre 2025 et mi-février 2026 (durée : 10 semaines), **d'intensité faible à modérée en ville mais élevée à l'hôpital**, et avec un impact important sur la mortalité observé début 2026.

Bronchiolite

Épidémie à la **temporalité habituelle et de courte durée** (8 semaines) entre novembre et décembre 2025, de **faible intensité** et comparable à l'épidémie de 2024-2025.

COVID-19

Faible recours aux soins durant la saison 2025-2026 malgré une **circulation continue du SARS-CoV-2** en population générale.

Indicateurs clés (S40/2025 à S15/2026)

Nombre total par pathologie	IRA	Syndrome grippal	Bronchiolite chez les moins de 1 an	COVID-19/suspicion de COVID-19
Actes médicaux SOS Médecins	409 308	222 759	6 045	15 567
Passages aux urgences Oscour®	416 798	139 367	48 096	18 020
Hospitalisations après passages aux urgences Oscour®	160 999	28 222	16 138	7 104
	IRA	Grippe	VRS	SARS-CoV-2
Incidence attribuable des consultations en médecine de ville (réseau Sentinelles)	3 953 905	1 169 375	302 736	180 879
Cas groupés en EMS	3 309	1 155	172	954
Décès certifiés électroniquement (CepiDC)	N/A	4 389	N/A	1 906

Ce numéro est le dernier bulletin IRA de la saison de surveillance hivernale. Cependant, la surveillance des IRA se poursuit et en cas de recrudescence notable, notamment de la COVID-19, des points spécifiques pourront être publiés. Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les [bulletins régionaux](#) de Santé publique France.

Point de situation

Infections respiratoires aiguës (IRA)

Au cours de la saison 2025-2026 (S40/2025 – S15/2026), une recrudescence du recours aux soins pour infection respiratoire aiguë (IRA) a été observée entre les mois de novembre 2025 et février 2026. Cette activité a été globalement **d'intensité faible à modérée en médecine de ville**, avec un pic atteint en S52/2025. En revanche elle a été **d'intensité modérée à élevée à l'hôpital**, avec un pic de recours aux urgences en S52/2025 et d'hospitalisations en S01/2026 (réseau Oscour®).

L'activité pour IRA basse a été **principalement portée par le VRS en novembre-décembre**, avec environ 303 000 consultations attribuables en médecine de ville (réseau Sentinelles) tous âges confondus et 16 200 hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite chez les moins de 1 an, **puis par la grippe entre décembre et mi-février**, avec environ 1,2 million de consultations attribuables en médecine de ville et 28 300 hospitalisations après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal. **Le recours aux soins pour COVID-19 est resté à un niveau faible** durant toute la saison, avec environ 181 000 consultations attribuables au SARS-CoV-2 en médecine de ville et 7 100 hospitalisations, et ce malgré une circulation virale continue au sein de la population, détectée dans les eaux usées.

De façon similaire aux données issues de la médecine de ville et des urgences, l'impact des IRA en établissements médico-sociaux (EMS) et en réanimation a été principalement porté par la grippe (37% des cas groupés en EMS et 75% des cas graves signalés durant la saison hivernale), le VRS (5,5% des cas groupés et 13,6% des cas graves d'infection à VRS chez les 18 ans ou plus et 507 cas graves de bronchiolite chez les moins de 2 ans) et la COVID-19 (30,5% des cas groupés en EMS et 10,5% des cas graves).

D'autres virus respiratoires ont également circulé au cours de l'hiver comme à l'habituel, en particulier les rhinovirus/entérovirus et le métapneumovirus, avec toutefois un impact moindre sur le recours aux soins.

Grippe

L'épidémie de grippe 2025-26 a démarré **de façon plutôt précoce** début décembre (S49/2025) au niveau national. Elle a rapidement atteint un pic d'activité en ville fin décembre (S51) et s'est terminée mi-février (S06/2026), soit une **durée de 10 semaines**, correspondant à la durée moyenne d'une épidémie de grippe dans l'Hexagone au cours de la période 2011-25. Cette épidémie a été **portée exclusivement par des virus de type A**, avec une **dominance du sous-type A(H3N2)**, très majoritairement de sous-clade K, par rapport au sous-type A(H1N1)_{pdm09}.

Cette épidémie a été marquée par **un niveau d'intensité faible à modéré en médecine de ville**, avec une estimation de 1,2 million de consultations attribuables à la grippe environ d'après les données du réseau Sentinelles, et près de 158 000 actes SOS Médecins pour syndrome grippal enregistrés entre les S49/2025 et S06/2026, tous âges confondus. Ces valeurs sont **nettement inférieures à celles atteintes lors de l'épidémie de grippe 2024-25**.

L'impact de la grippe a été plus important à l'hôpital, avec un pic d'activité d'intensité élevée atteint en S52 aux urgences et en S01 pour les hospitalisations. Au cours de l'épidémie, environ 115 000 passages aux urgences et 24 000 hospitalisations après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal ont été enregistrés. Si ces chiffres tous âges confondus demeurent inférieurs à ceux enregistrés lors de l'épidémie 2024-25 (environ 156 000 passages et 30 000 hospitalisations après passage aux urgences), il est intéressant de noter que la part d'activité pour grippe/syndrome grippal parmi les hospitalisations atteinte au pic de l'épidémie 2025-26 a dépassé légèrement la valeur au pic de 2024-2025 tous âges confondus (5,5% vs 5,4% en 2024-25), et de façon plus nette chez les 65 ans et plus (7,3% vs 6,7%, respectivement). D'autre part, au cours de l'épidémie 2025-26, 21% des passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal ont donné lieu à une hospitalisation, valeur supérieure à celle de 2024-2025 (19%) et à la moyenne sur la période 2016-17 à 2024-2025 (16%).

La saison 2025-2026 a été marquée par **un nombre élevé de signalements de cas graves de grippe** par le réseau de services de réanimation sentinelles participant à cette surveillance, avec 1 382 cas signalés (vs 1 888 en 2024-2025), **ainsi que de cas groupés d'IRA exclusivement attribués à la grippe en EMS**, avec 1 155 signalements (vs 1 501 en 2024-2025).

Enfin, **l'impact de l'épidémie de grippe 2025-26 sur la mortalité a été élevé au pic**, survenant en S02/2026, avec 7,3% des décès déclarés par certificat électronique qui étaient liés à la grippe, valeur légèrement supérieure à celle atteinte au pic de l'épidémie 2024-25 (7,1%). **Toutefois le nombre total de décès grippe déclarés via ce dispositif en 2025-26 est demeuré inférieur à celui de la saison dernière** (4 389 vs 4 925). Il en a été de même avec l'excès de mortalité toutes causes confondues, estimé à environ 12 700 décès au cours de l'épidémie 2025-26 (vs 17 900 en 2024-2025).

À l'issue de la campagne de vaccination contre la grippe (28 février 2026), la couverture vaccinale contre la grippe a été estimée à **49,6% chez l'ensemble des personnes à risque ciblées par la vaccination**, 56,7% chez les 65 ans et plus et 28,9% chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère. Il est à noter que **ces couvertures vaccinales sont supérieures à celles de la saison 2024-2025** (+3,1 points chez l'ensemble des personnes ciblées, +3,6 points chez les 65 ans et plus) ; une telle augmentation est observée pour la première fois depuis la pandémie de COVID-19.

Les estimations d'efficacité vaccinale en vie réelle contre une grippe symptomatique avec confirmation biologique issues des données du réseau de laboratoires de ville RELAB (analyses du CNR) indiquent **une efficacité modérée contre les virus de type A tous âges confondus (30% [IC95% : 25-36])**, comparable aux estimations de la saison 2024-2025. L'effet protecteur de la vaccination apparaît plus élevé chez les enfants (0-17 ans : 67% [IC95% : 49-78]) et diminue avec l'âge (18-64 ans : 34% [IC95% : 25-41] ; 65 ans et plus : 23% [IC95% : 13-31]).

Bronchiolite

L'épidémie de bronchiolite de la saison 2025-2026 en France hexagonale a commencé en S47 (mi-novembre). Le pic a été atteint en S50 (mi-décembre) et l'épidémie s'est achevée en S02 (mi-janvier). **L'épidémie a duré 8 semaines et a suivi la même dynamique que celle de la saison 2024-2025** [1]. Cette dynamique est globalement comparable à celles des saisons précédant l'émergence de la COVID-19 (saisons 2015-16 à 2019-2020). Les durées d'épidémies étaient alors cependant plus longues [2]. Pendant les quatre saisons entre 2020-2021 et 2023-24, la dynamique des épidémies de bronchiolite avait été perturbée avec des débuts plus tardifs (saison 2020-2021) ou plus précoces (saisons 2021-22 à 2023-24).

En termes d'intensité en médecine de ville et à l'hôpital, **l'épidémie est restée pour cette saison à des niveaux faibles et comparables, voire légèrement inférieurs, à ceux de la saison dernière**. Les niveaux sont restés inférieurs à ceux des épidémies des saisons précédant l'émergence de la COVID-19 [2].

La part de bronchiolite parmi les actes SOS Médecins chez les moins d'un an n'a atteint le niveau d'intensité modéré que lors de la semaine du pic épidémique. **La part de la bronchiolite parmi les hospitalisations** après passage aux urgences est restée à **un niveau d'intensité faible tout au long de l'épidémie**. Il convient de rappeler que les données issues de la surveillance syndromique sont limitées aux enfants de moins d'un an depuis la saison 2025-2026.

Les données observées chez les **nourrissons de moins de 6 mois indiquent un impact de l'épidémie similaire** sur les passages aux urgences et sur les hospitalisations après passage **par rapport de la saison précédente, voire légèrement plus faible chez les 3 à 5 mois**. Cet impact est moindre par rapport aux épidémies précédant l'émergence de la COVID-19. Chez les nourrissons de 6 mois et plus, l'activité hospitalière liée à la bronchiolite est restée dans les valeurs basses de celles-ci.

Cette épidémie de faible intensité notamment chez les moins de 6 mois pourrait être liée, au moins en partie, aux campagnes d'immunisation passive des nouveau-nés contre les infections à VRS, soit par la vaccination de la mère pendant la grossesse, soit par l'injection d'un anticorps monoclonal. Cette moindre intensité avait déjà été observée la saison dernière chez les moins de 3 mois.

Un nombre plus faible de cas graves de VRS et de bronchiolite a été signalé pendant la saison 2025-2026 (250 et 507 vs 321 et 572 en 2024-25, respectivement), et parmi les 3 309 épisodes de cas groupés d'IRA survenus dans les établissements médico-sociaux, le VRS était la seule étiologie dans 172 épisodes (vs 193 en 2024-25) et était la seule étiologie ou associé à un autre pathogène dans 375 épisodes (vs 437 en 2024-25).

[1] Bulletin Infections respiratoires aiguës. Édition nationale. Semaine 15 (7 au 13 avril 2025). Saint-Maurice : Santé publique France, 31 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Date de publication : 16 avril 2025.

[2] Vaux. S et al. Bronchiolitis epidemics in France during the SARS-CoV-2 pandemic: The 2020–2021 and 2021–2022 seasons. Infectious Diseases Now, 2022, 52(6), pp. 374–378.

COVID-19

En 2025-26, au niveau national, les indicateurs de surveillance de la COVID-19 ont augmenté mi-août et septembre et ont **atteint un pic juste avant le début de la saison hivernale**. Une diminution était observée à partir de début octobre pour atteindre **des niveaux très faibles** dès fin octobre et qui ont perduré **pendant la saison hivernale** jusqu'en S15, avec quelques fluctuations. L'activité de la plupart des indicateurs COVID-19 présentait une dynamique similaire, mais avec seulement un pic et à des niveaux inférieurs à ceux observés au cours de la saison 2024-2025, et une fois de plus, sans pic hivernal.

Au début de la saison hivernale la situation était caractérisée par une circulation de différents sous-lignages du variant Omicron, le variant le plus détecté étant XFG (recombinant LF.7/LP.8.1.2) entre septembre et novembre 2025. Depuis fin novembre le lignage NB.1.8.1 (descendant de XDV) commençait à augmenter par rapport au mois précédent. À partir de février, **les lignages BA.3.2*, XFG* et NB.1.8.1*** accompagnés de l'ensemble de leurs sous-lignages, **co-circulaient** et représentaient la majorité de l'ensemble des séquences analysées en France, avec le lignage RE.2.2 (descendant de BA.3.2.2) le plus fréquemment détecté en mars.

Le recours aux soins en ville a été **d'une intensité inférieure** à celle observée lors de la saison 2024-2025 dans toutes les classes d'âge et est **resté à des niveaux très faibles**. Parmi les patients vus en consultation de médecine générale pour une infection respiratoire aiguë, le réseau Sentinelles estime qu'environ 181 000 consultations ont été attribuables à la COVID-19 au cours de la saison en médecine de ville.

À l'hôpital, **la part d'activité de la COVID-19 parmi les hospitalisations après passage aux urgences** était **inférieure à celle de 2024-2025** avec environ 7 100 hospitalisations enregistrées durant la saison hivernale 2025-26. Ces hospitalisations concernaient **principalement les 65 ans et plus**. La part des passages aux urgences et hospitalisations après passage diminuait depuis S41-2025 et a atteint des valeurs très faibles jusqu'en S15-2026.

Parmi les **signalements de cas graves admis en réanimation**, le nombre lié exclusivement à la COVID-19 était **inférieur par rapport à la saison 2024-2025** (194 vs 326). Le nombre d'épisodes d'IRA dans les EMS liés à la COVID-19 lors du pic précédant le début de la saison hivernale a été légèrement inférieur à celui de la saison précédente.

La surveillance du SARS-CoV-2 dans les eaux usées a montré que la circulation virale a commencé à augmenter à la mi-mars (S12-2025) et a atteint un seul pic en semaine S39-2025, avant le début de la saison hivernale 2025-26. **Le niveau de ce pic était légèrement inférieur à celui observé avant la dernière saison hivernale 2024-25**. Au cours de la saison hivernale, le niveau de SARS-CoV-2 dans les eaux usées a fluctué, mais est resté à un niveau faible sans impact notable sur le système de soins.

Depuis la semaine 40, parmi les 213 004 décès déclarés par certificat électronique de décès toutes causes, 1 906 décès, **un nombre moins élevé par rapport à la saison dernière**, ont été déclarés avec mention de COVID-19 (0,9%), dont 96% âgés de 65 ans ou plus.

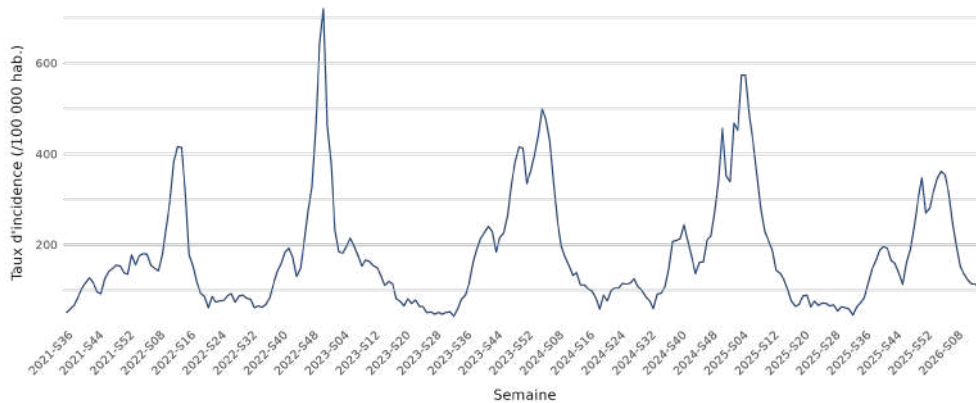
Suite à la campagne de vaccination qui s'est déroulée d'octobre 2025 à février 2026, après le pic COVID-19 de cette saison, **la couverture vaccinale chez les personnes âgées de 65 ans et plus ayant reçu une dose de vaccin contre la COVID-19 était de 16,8% (-4,9 points par rapport à la saison 2024-2025)**. Cependant cette donnée est certainement sous-estimée.

Une **nouvelle campagne de vaccination contre la COVID-19 débutera le 20 avril 2026 et se poursuivra jusqu'au 30 juin 2026** à destination des plus fragiles (personnes de 80 ans et plus, personnes immunodéprimées et résidents des EHPAD et des USLD). Ces personnes pourront recevoir une dose de vaccin à partir de 3 mois après la dernière injection ou infection par le SARS-CoV-2.

Médecine de ville

Durant la saison 2025-2026, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a atteint son pic en S51/2025 avec un taux estimé à 347 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 336 – 358] tous âges confondus. Cette période correspond au pic d'activité de l'épidémie grippale. Le réseau Sentinelles estime qu'au cours de la saison hivernale (S40/2025-S15/2026), 3 953 905 [IC95% : 3 790 785 – 4 117 025] consultations pour IRA en médecine de ville sont survenues en France hexagonale.

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



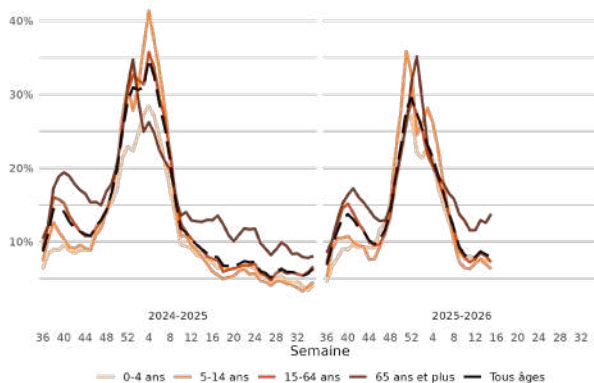
Source : réseau Sentinelles, IQVIA

Retrouvez la situation épidémiologique en médecine de ville dans le bulletin du [réseau Sentinelles](#)

Parmi les actes SOS Médecins, l'activité liée aux IRA basses a atteint son pic en S52/2025 avec 29,5% de l'activité tous âges confondus.

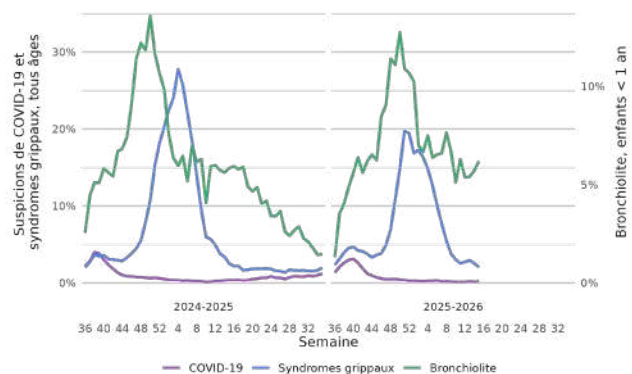
Durant la saison 2024-2025 (S40/2025-S15/2026), le pic d'activité liée à l'épidémie de bronchiolite a été observé en S50 et celui de la grippe en S51 ; la part d'activité liée au COVID-19 a été la plus élevée en S40.

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

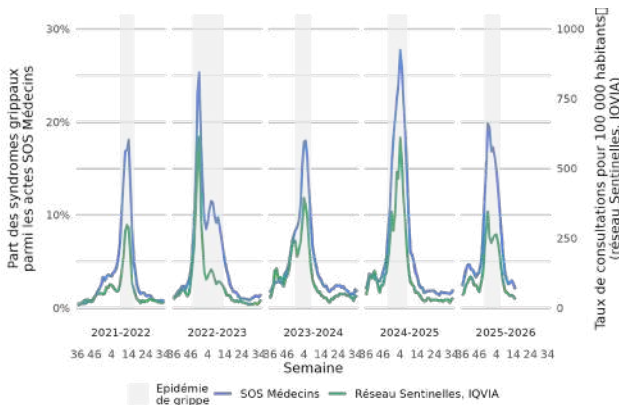
Grippe

D'après les données du réseau Sentinelles, l'ampleur de l'épidémie a été faible en médecine de ville, avec une estimation de 1,7 million de consultations pour syndrome grippal au cours de l'épidémie (S49/2025-S06/2026). Parmi elles, les 15-64 ans ont représenté 60% des consultations, les 5-14 ans 18%, les 65 ans et plus 12% et les moins de 5 ans 10%. Le taux de consultations pour syndrome grippal a été estimé à 346 pour 100 000 habitants [IC95% : 335-357] au pic d'activité en S51, soit un niveau d'intensité modéré.

Le réseau Sentinelles estime par ailleurs à 1 169 375 [IC95% : 980 757 – 1 358 244] le nombre de consultations pour IRA directement attribuables à la grippe au cours de la totalité de la saison hivernale.

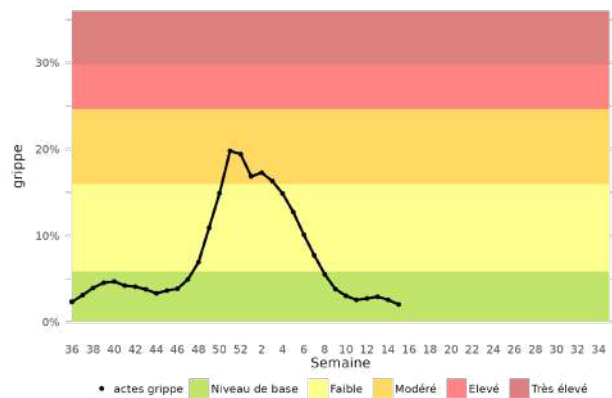
D'après les données du réseau SOS Médecins, l'activité pour grippe/syndrome grippal a atteint 19,8% au pic de l'épidémie en S51, soit un niveau d'intensité modéré, nettement inférieur à la valeur atteinte au pic de l'épidémie 2024-25 tous âges confondus. Au total, durant l'épidémie de grippe, le réseau a enregistré près de 158 000 actes médicaux pour syndrome grippal. L'activité a été principalement portée par les moins de 15 ans, mais il est à noter que le maximum atteint pour cet indicateur chez les 65 ans et plus a dépassé la valeur maximale atteinte en 2024-25 (11,1% vs 10,6%, respectivement).

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



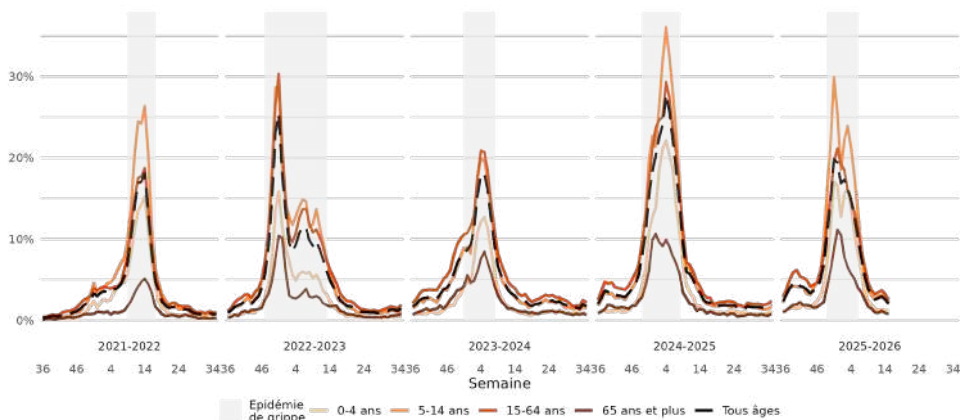
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins

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

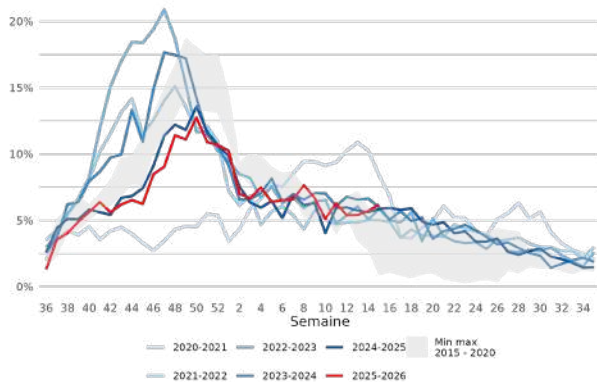
La part des actes liés à la bronchiolite parmi l'ensemble des actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 1 an était de 9% en S47 (mi-novembre), au début de l'épidémie, de 12,7% en S50 (mi-décembre), au pic de l'épidémie, puis de 7% en S02 (mi-janvier) pour la dernière semaine d'épidémie.

L'activité liée à la bronchiolite a suivi, lors de la saison 2025-2026, une temporalité comparable à celles observées la saison précédent 2024-25 et les saisons précédant la pandémie de COVID-19 (2015-20).

La part de bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins chez les moins de 1 an est globalement restée à un niveau d'intensité faible et n'a tout juste atteint le niveau d'intensité modéré que lors de la semaine du pic épidémique.

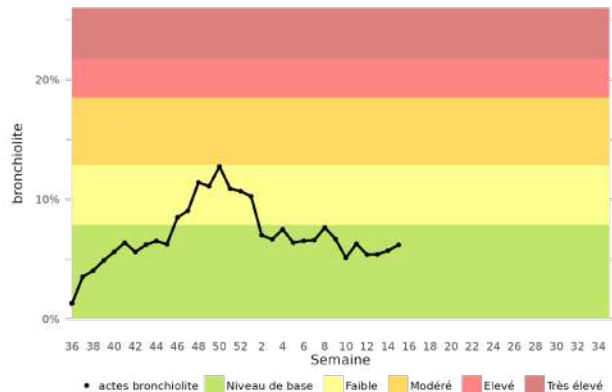
Le réseau Sentinelles estime par ailleurs à 302 736 [IC95% : 201 406 – 418 706] le nombre de consultations pour IRA directement attribuables au VRS au cours de la totalité de la saison hivernale.

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



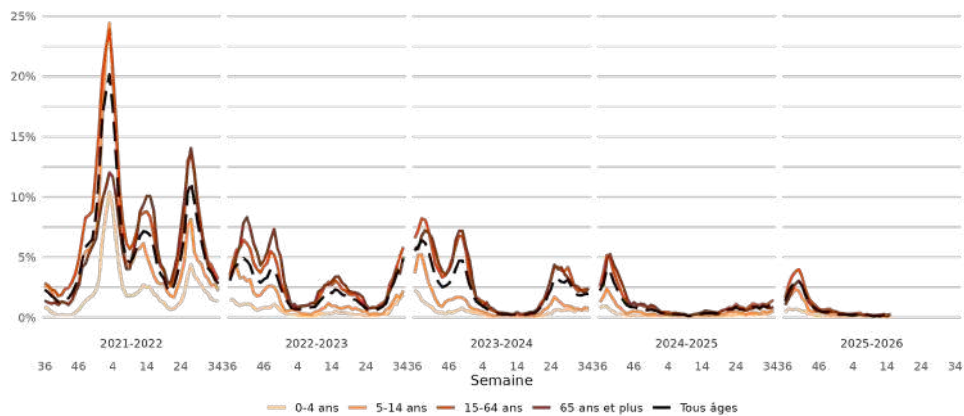
Source : SOS Médecins. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

En ville, la part des actes SOS Médecins liés à la COVID-19 a augmenté mi-août (1,0% en S34-2025) pour atteindre 3,1% lors du pic en octobre (S40) (vs 4% en S38-2024 au pic). La part d'activité a diminué depuis le début de la saison hivernale jusqu'à atteindre des niveaux faibles à partir de janvier. En S40, la part des actes SOS Médecins était la plus élevée chez les 65 ans et plus (3,1%) et chez les 15-64 ans (4%).

Le réseau Sentinelles estime par ailleurs à 180 879 [IC95% : 134 726 – 227 167] le nombre de consultations pour IRA directement attribuables au SARS-CoV-2 au cours de la totalité de la saison hivernale.

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



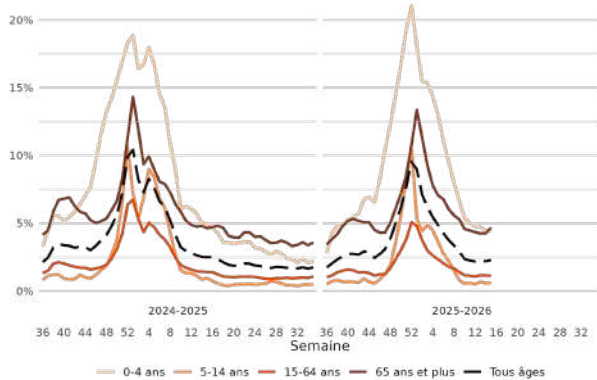
Source : SOS Médecins

Milieu hospitalier

La part des IRA basses (IRAb) parmi les passages aux urgences a atteint 9,5% lors du pic survenu en S52/2025, une valeur d'intensité élevée. Cet indicateur a dépassé le seuil d'intensité modéré entre les semaines 51/2025 et 02/2026, soit pendant 4 semaines consécutives.

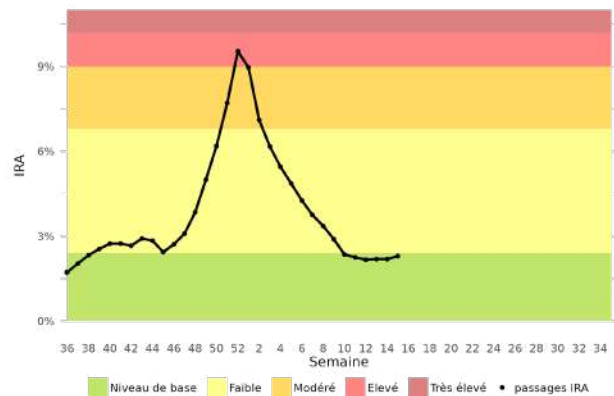
Au total, 416 798 passages aux urgences pour IRAb ont été recensés au cours de la saison par le réseau Oscour® tous âges confondus, dont 160 999 ont donné lieu à une hospitalisation (39%). L'activité pour IRAb aux urgences a été la plus élevée chez les moins de 5 ans et les 65 ans et plus.

Part des IRA basses parmi les passages aux urgences



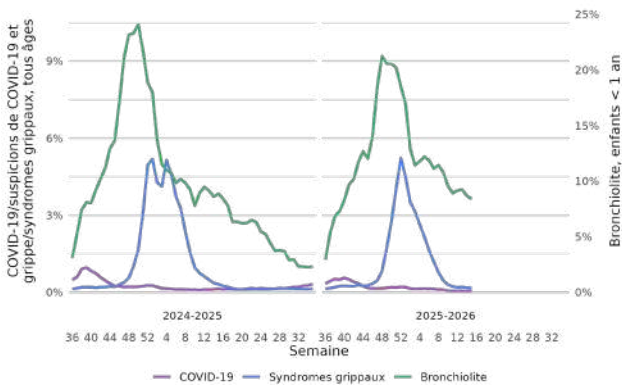
Source : réseau OSCOUR®

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



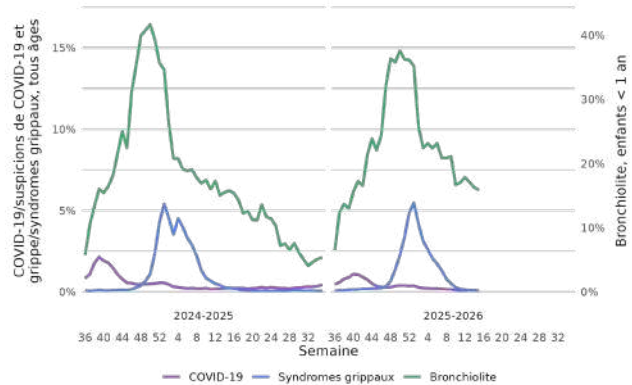
Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en [annexe A et B](#)

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®

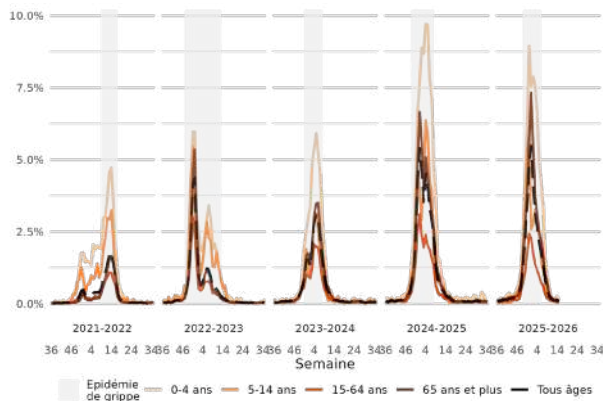
Grippe

Durant l'épidémie, le réseau Oscour® a enregistré 114 827 passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal, dont 23 989 ont conduit à une hospitalisation. Le pic d'activité est survenu en S52/2025 pour les passages aux urgences (5,2% de l'ensemble des passages aux urgences) et en S01/2026 pour les hospitalisations (5,5%). Les moins de 15 ans concernaient 46% de l'ensemble des passages pour grippe/syndrome grippal enregistrés au cours de l'épidémie (S49/2025-S06/2026), les 15-64 ans 30% et les 65 ans et plus 24%.

En comparaison avec les saisons 2018-2019 à 2024-2025 (à l'exception des saisons 2019-2020 et 2020-21), la part des hospitalisations pour grippe/syndrome grippal a atteint un niveau d'intensité élevé au pic d'activité tous âges confondus, chez les moins de 15 ans et les 65 ans et plus. Chez ces derniers, l'indicateur a même dépassé la valeur atteinte au pic épidémique 2024-25. En revanche il n'a pas dépassé le niveau d'intensité modéré chez les 15-64 ans. Les 65 ans et plus concernaient 66% de l'ensemble des hospitalisations après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal enregistrées au cours de l'épidémie, les moins de 15 ans 18% et les 15-64 ans 16%.

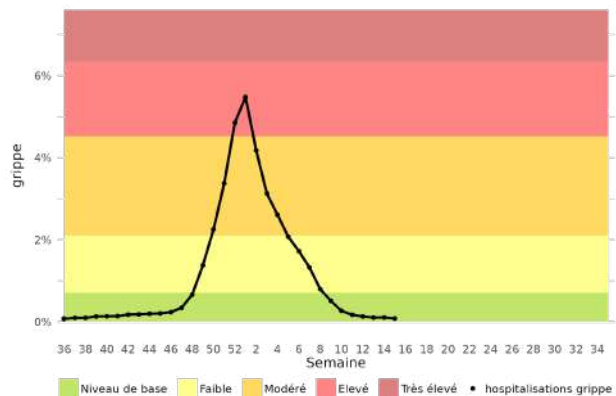
Au cours de l'épidémie, 21% des passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal ont mené à une hospitalisation, une proportion supérieure à celles observées lors des épidémies de grippe précédentes. Cette proportion était la plus élevée chez les 65 ans et plus (57%) vs 11% chez les 15-64 ans et 8% chez les moins de 15 ans (8%).

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

La part des passages aux urgences pour bronchiolite parmi l'ensemble des passages aux urgences pour les enfants de moins de 1 an, était de 18,5% en S47 (mi-novembre), au début de l'épidémie, de 20,6% en S50 (mi-décembre), semaine du pic de l'épidémie et de 12,9% en S02, dernière semaine de l'épidémie.

La part des hospitalisations pour bronchiolite après passage aux urgences parmi l'ensemble des hospitalisations pour les enfants de moins de 1 an, était de 32,2% en S47, de 37,6% en S50 et de 25,8% en S02.

Les activités liées à la bronchiolite ont suivi une dynamique comparable à celle de la saison précédente 2024-25 et des saisons précédant la pandémie de COVID-19 (2015-20).

La part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences est restée à un niveau d'intensité faible tout au long de l'épidémie.

Les analyses conduites chez les nourrissons de moins de 6 mois ont montré un impact en termes de passages aux urgences et hospitalisations après passage aux urgences similaires à ceux de la

saison précédente, voire légèrement plus faibles chez les 3 à 5 mois. Ces impacts sont inférieurs à ceux des épidémies précédant l'émergence de la COVID-19.

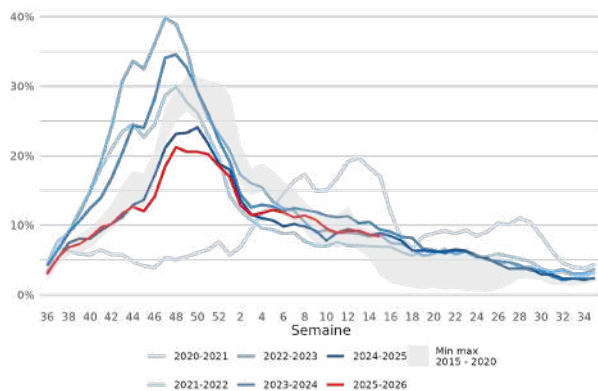
Chez les nourrissons de 6 mois et plus, les activités hospitalières liées à la bronchiolite sont restées dans les valeurs basses de celles observées lors des saisons précédant l'émergence de la COVID-19.

Cette épidémie de faible intensité notamment chez les moins de 6 mois pourrait être liée, en partie au moins, aux campagnes d'immunisation passive des nouveau-nés contre les infections à VRS, soit par la vaccination de la mère pendant la grossesse, soit par l'injection d'un anticorps monoclonal. Cette moindre intensité avait déjà été observée la saison dernière chez les moins de 3 mois.

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

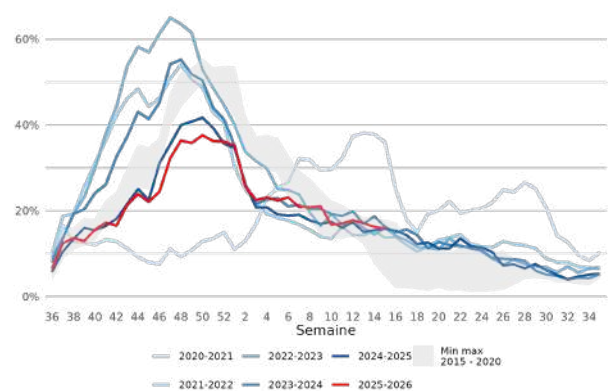
Part de la bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an

Passages aux urgences



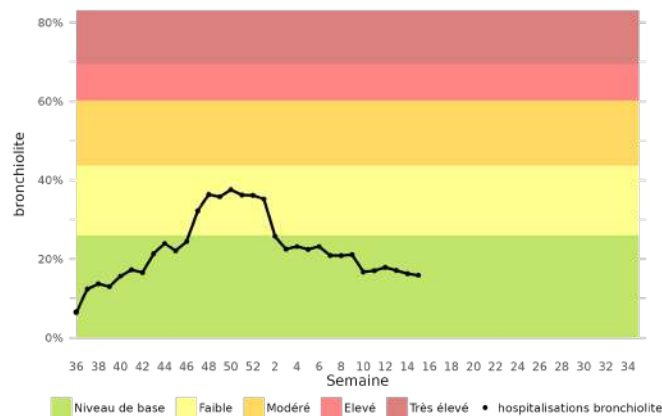
Source : réseau OSCOUR®

Hospitalisations après passage



Source : réseau OSCOUR®

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*



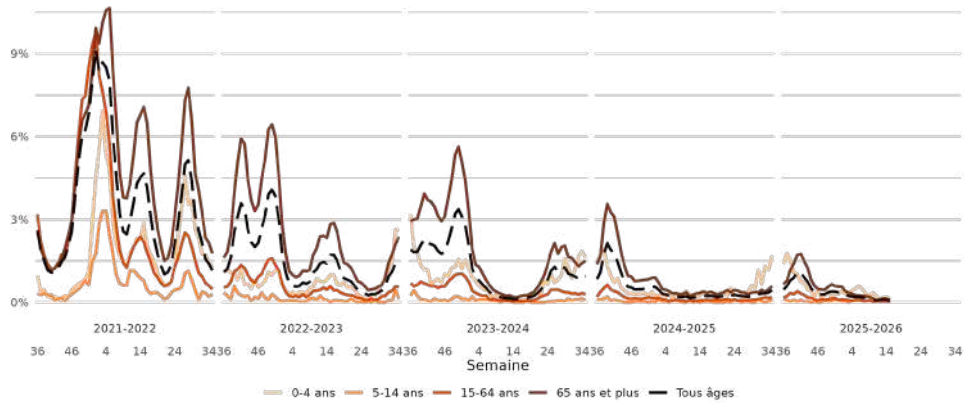
Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

À l'hôpital, la part des passages aux urgences pour COVID-19 a augmenté à partir de mi-août 2025 (0,4% en S35) jusqu'à atteindre le pic en S40 (1,1%). Une diminution avec quelques fluctuations a ensuite été observée jusqu'en S01. Ensuite l'activité est restée faible.

La part des hospitalisations pour la COVID-19 tous âges confondus était de 1,1% au pic en S40-2025 avant le début de la saison hivernale (vs 2,1% en S39-2024 au pic de la saison dernière). Ces hospitalisations concernaient principalement les 65 ans et plus.

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, 1 382 cas de grippe, 194 cas de COVID-19 et 250 cas d'infections à VRS* ont été signalés par les services de réanimation participant à la surveillance (surveillance non exhaustive). Neuf cas de co-infection grippe/SARS-CoV-2, 15 cas de co-infection grippe/VRS et 5 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 = 1382 (76%)		COVID-19 N = 194 (11%)		Infection à VRS N = 250 (14%)	
	N	%	N	%	N	%
Sexe						
Femme	570	41%	68	35%	133	53%
Homme	801	58%	125	64%	116	47%
Indéterminé	10	1%	1	1%	0	0%
Non renseigné	1		0		1	
Classes d'âge (années)						
< 2	47	3%	2	1%	0	0%
2-17	76	6%	4	2%	0	0%
18-64	482	35%	59	30%	90	36%
65 et plus	775	56%	129	66%	160	64%
Non renseigné	2		0		0	
Données virologiques grippales						
A, sans précision	989	78%	-		-	
A(H1N1) _{pdm09}	130	10%	-		-	
A(H3N2)	146	12%	-		-	
B	3	0%	-		-	
Co-infection virus grippaux	1	0%	-		-	
Non renseigné	113		194		250	
Présence de comorbidité(s)	1 215	88%	173	89%	235	94%
Vaccination grippe pour la saison en cours						
Oui	278	29%	20	22%	62	45%
Non	665	71%	72	78%	77	55%
Non renseigné	439		102		111	
Vaccination COVID-19 depuis moins de 6 mois						
Oui	123	14%	15	15%	36	27%
Non	751	86%	86	85%	99	73%
Non renseigné	508		93		115	
Syndrome de détresse respiratoire aiguë						
Aucun	674	52%	103	55%	136	58%
Mineur	157	12%	8	4%	26	11%
Modéré	256	20%	37	20%	55	23%
Sévère	220	17%	38	20%	19	8%
Non renseigné	75		8		14	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive						
Aucune	53	4%	10	5%	6	2%
Ventilation non-invasive	844	61%	111	58%	155	63%
Ventilation invasive	458	33%	70	36%	84	34%
Assistance extracorporelle	21	2%	1	1%	0	0%
Non renseigné	6		2		5	

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

Parmi les 1 382 cas de grippe, 56% avaient 65 ans ou plus. La présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 88% des cas. Un virus de type A a été identifié dans 100% des cas où le virus a été typé (1 267/1 270). Parmi les 943 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 71% n'étaient pas vaccinés contre la grippe. Au total, 198 décès ont été signalés, dont 155 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

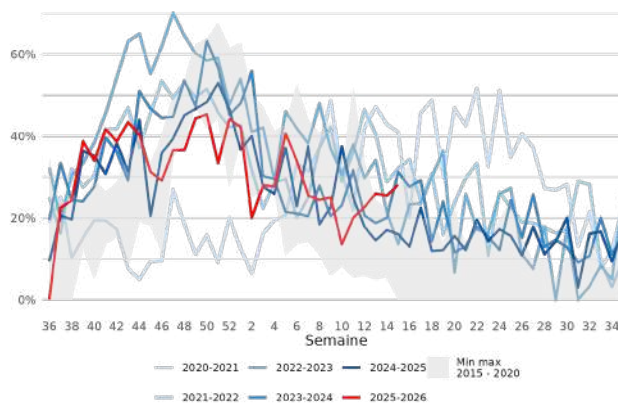
Parmi les 194 cas de COVID-19, 66% avaient 65 ans ou plus. La présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 89% des cas. Parmi les 101 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 85% n'étaient pas vaccinés contre la COVID-19 au cours des 6 derniers mois. Au total, 45 décès ont été signalés, dont 39 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Parmi les 250 cas d'infections à VRS de 18 ans et plus, 64% avaient 65 ans ou plus. La présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 94% des cas. Au total, 29 décès ont été signalés, dont 27 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Bronchiolite

La part des hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences pour bronchiolite parmi l'ensemble des hospitalisations en réanimation est restée cette saison dans des niveaux comparables à la saison dernière et globalement dans les valeurs basses des dernières épidémies.

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, 507 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 321 et 109 cas (soit respectivement 63% et 21% des cas). 66% avaient moins de 6 mois et 28% 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 167 cas (33%). Parmi les 348 cas dont le statut vaccinal de la mère était renseigné, 77% d'entre elles n'étaient pas vaccinées.

Caractéristiques des nourrissons admis en service de réanimation pour une bronchiolite en France au cours de la saison 2025-2026, données du 14 avril 2026

	Bronchiolite	
	N	%
Sexe		
Fille	215	43%
Garçon	288	57%
Non renseigné	4	
Classes d'âge (mois)		
< 1	60	12%
1-2	188	38%
3-5	88	18%
6-11	107	21%
12-24	58	12%
Non renseigné	6	
Agent pathogène (seul ou en co-infection)*		
VRS	321	63%
Rhinovirus/Entérovirus	109	21%
Métapneumovirus	31	6%
SARS-CoV-2	5	1%
Parainfluenzae virus	18	4%
Grippe	20	4%
Adénovirus	17	3%
Coronavirus saisonnier	10	2%
Bocavirus	6	1%
Autre pathogène	3	1%
Non identifié/Non recherché	30	6%
Présence de comorbidité(s) et/ou prématurité**		
Prématurité	81	16%
Pathologie cardiaque	35	7%
Pathologie pulmonaire	36	7%
Pathologie rénale	2	0%
Pathologie neuromusculaire	5	1%
Pathologie métabolique	1	0%
Immunodépression	1	0%
Autre(s) comorbidité(s)	28	6%
Traitement préventif pour le VRS		
Nirsevimab (Beyfortus®)	161	32%
Palivizumab (Synagis®)	2	0%
Non renseigné	4	1%
Vaccination de la mère contre le VRS		
Aucun	267	77%
Oui	81	23%
Non renseigné	159	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive		
Ventilation non invasive	263	53%
Oxygénothérapie à haut-débit	211	43%
Ventilation invasive	21	4%
Assistance extracorporelle	1	0%
Non renseigné	11	
Décès		
	4	1%

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, 3 309 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 3 053 (92%) épisode(s) survenu(s) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Parmi l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 3 124 (94%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 1 155 (37%) étaient exclusivement attribués à la grippe, 954 (30,5%) exclusivement attribués à la COVID-19 et 172 exclusivement au VRS (5,5%). Le VRS était seul ou associé à un autre pathogène dans 375 épisodes (12%).

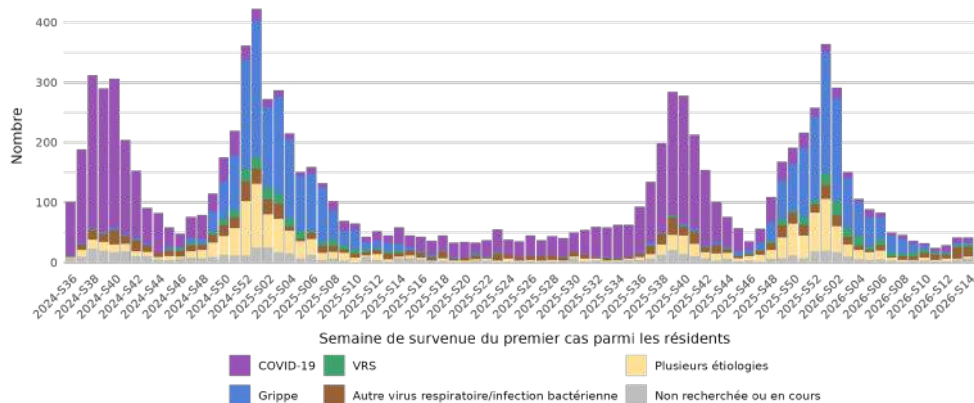
Un pic des épisodes d'IRA liés à la COVID-19 a été observé fin septembre 2025 (S39 à S40), suivi d'une diminution dans les semaines suivantes avec une part majoritaire de la COVID-19 sur l'ensemble des épisodes d'IRA jusqu'à fin novembre (S48). Dans les semaines suivantes, depuis décembre, entre 2 et 32 épisodes d'IRA liés à la COVID-19 ont été signalés.

Le premier épisode d'IRA attribué exclusivement au VRS a été rapporté dès fin septembre (S40). Le nombre d'épisodes signalés est resté très faible jusqu'à mi-novembre (S47) puis a augmenté, et le pic des épisodes d'IRA liés au VRS (seul ou en association avec un autre pathogène) a été observé début janvier (S02). Puis le nombre d'épisodes liés au VRS a diminué jusqu'à atteindre des niveaux très faibles. Quelques épisodes liés au VRS continuent de survenir ces dernières semaines.

Les premiers épisodes d'IRA attribués exclusivement à la grippe ont été rapportés dès le début de la surveillance (S40/2025). Le nombre de signalements a ensuite rapidement augmenté à partir de fin novembre-début décembre et le pic des épisodes d'IRA liés à la grippe (seul ou en association avec un autre pathogène) a été observé début janvier (S01) avec 201 cas groupés signalés. Le nombre d'épisodes liés à la grippe a alors diminué jusqu'à atteindre des niveaux faibles. Des épisodes liés à la grippe ont été signalés de façon sporadique à partir de mars 2026.

Un total de 42 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA ont été signalés en semaine 14 (données non consolidées) vs 42 en S13. Parmi eux, 3 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 4 en S13), 5 étaient attribués exclusivement à une infection à VRS (vs 3 en S13) et 8 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 10 en S13).

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



S15 et S14 : données non consolidées

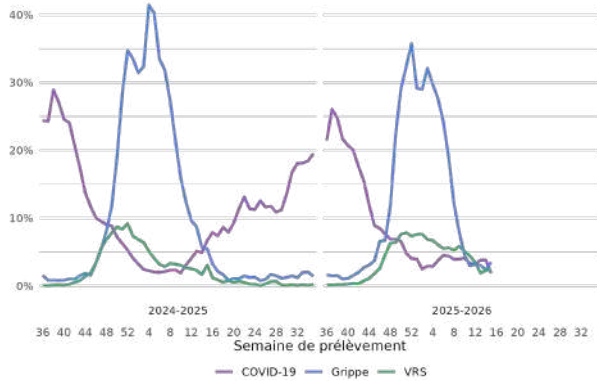
* Portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère de la Santé et de la Prévention (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>)

Surveillance virologique

La circulation des virus grippaux, du VRS et du SARS-CoV-2 était faible en S15. En revanche, la circulation des rhinovirus demeurait active, avec un taux de positivité de 18,2% (623/3 426) parmi les prélèvements réalisés en milieu hospitalier (vs 15,6% en S14) (réseau RENAL).

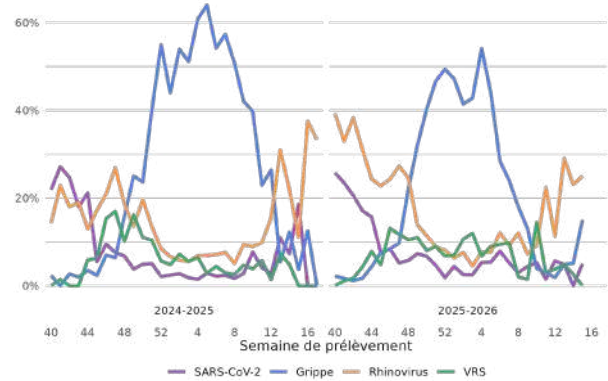
Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale

Laboratoires de biologie médicale en ville



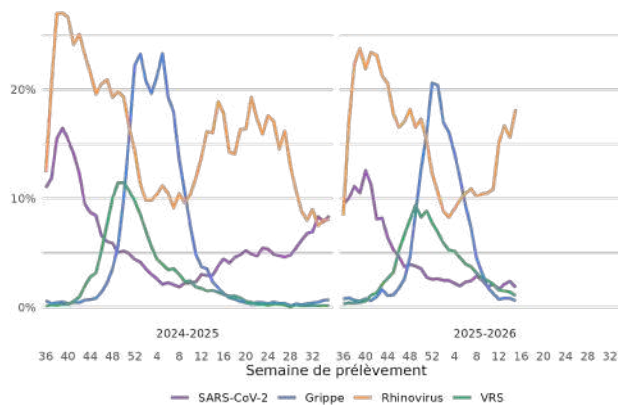
Source : réseau RELAB, CNR-VIR

Médecine de ville



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

Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Virus grippaux

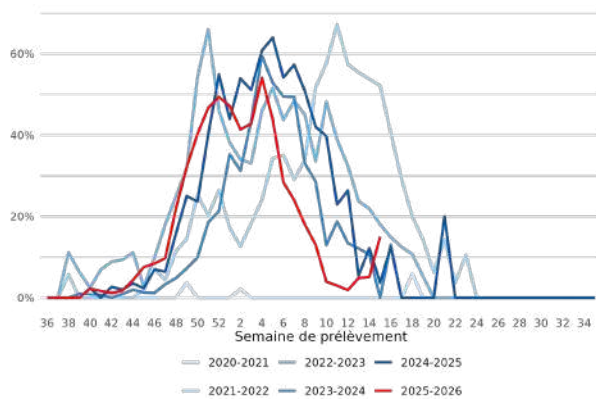
Une co-circulation des deux virus grippaux de type A a été observée tout au long de la saison 2025-2026. Toutefois le sous-type A(H3N2) a dominé par rapport au sous-type A(H1N1)_{pdm09} pendant la période épidémique (S49/2025-S06/2026), avec respectivement 64% et 36% des prélèvements respiratoires positifs pour un virus de type A sous-typé en médecine de ville (réseau Sentinelles/CNR). Un très faible nombre de virus de type B ont été détectés en ville et à l'hôpital.

En médecine de ville (réseau Sentinelles/CNR), parmi les 4 146 prélèvements testés depuis la semaine 40, 1 097 ont été positifs pour au moins un virus grippal, dont 392 A(H1N1)_{pdm09}, 649 A(H3N2), 57 virus de type A non sous-typés et 5 B/Victoria. Le taux de positivité le plus élevé (54%) a été atteint en S04/2026. En S15, parmi les 20 prélèvements analysés, 3 se sont avérés positifs pour la grippe.

À l'hôpital (réseau RENAL), parmi les 359 568 prélèvements testés depuis la semaine 40, 30 419 se sont avérés positifs pour un virus grippal (8,5%), dont la quasi-totalité appartenant au type A (99%) : 25 576 virus de type A non sous-typés, 1 883 A(H1N1)_{pdm09}, 2 763 A(H3N2) et 197 virus de type B. Le taux de positivité a atteint son maximum, autour de 20,5%, en S52/2025 et S01/2026.

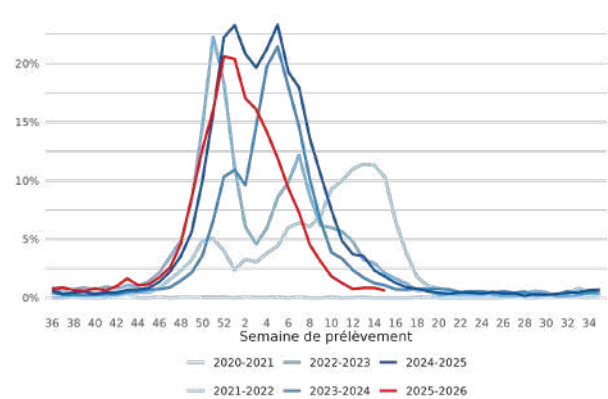
Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale

Médecine de ville



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

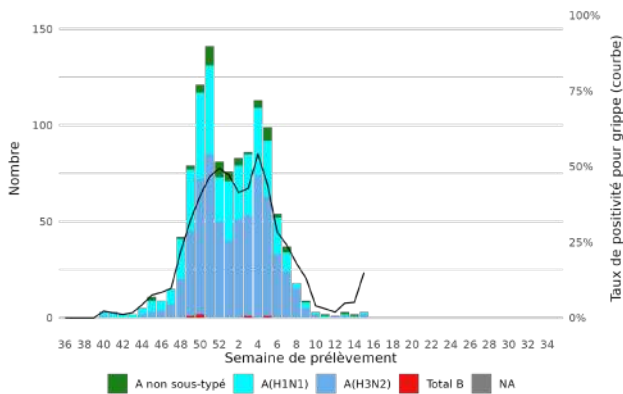
Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

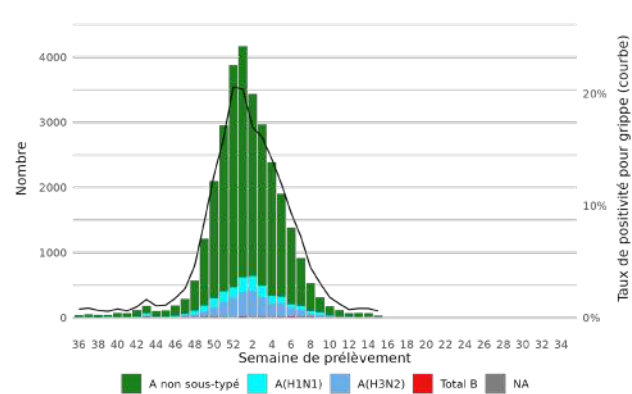
Distribution des types et sous-types de virus grippaux des prélèvements réalisés en France hexagonale

Médecine de ville



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

Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Caractérisations antigénique et génétique des virus grippaux

Au cours de la saison 2025-2026 (S40/2025 – S15/2026), le CNR Virus des infections respiratoires a séquencé un total de 2 772 virus Influenza en France hexagonale. Les virus A(H3N2) représentent 54,7% des échantillons séquencés (1 516/2 772) et les virus A(H1N1)_{pdm09} 44,5% (1 234/2 772). Seuls 22 échantillons B(Victoria) ont été analysés pendant cette période, représentant 0,8% des échantillons du CNR. Il est à noter que les virus A(H1N1)_{pdm09} ont été majoritaires jusqu'à la semaine 50/2025, puis les virus A(H3N2) ont rapidement dominé, représentant environ les deux tiers des échantillons analysés par semaine.

À partir de S09/2026, les virus A(H3N2) et A(H1N1)_{pdm09} sont retrouvés à des taux sensiblement égaux, bien que le faible nombre d'échantillons séquencés ne permette pas de conclure sur l'interprétation de cette tendance.

Parmi les virus A(H3N2), le sous-clade K a été largement majoritaire (1 443/1 516 soit 95,2% des prélèvements positifs pour H3N2), tandis que les effectifs des sous-clades J.2 (7), J.2.2 (8), J.2.3 (36) et J.2.4 (22) ont été représentés 4,8% des échantillons positifs pour H3N2. Il est à noter que le sous-clade K est resté majoritaire tout au long de la période épidémique (S49/2025-S06/2026).

La grande majorité des virus A(H1N1)_{pdm09} séquencés appartenaient au sous-clade D.3.1.1 (1166/1234 soit 94,5% des prélèvements positifs pour H1N1), tandis que les sous-clades C.1.9.3 et D.3.1 (9 et 59 prélèvements positifs, respectivement) ont représenté 5,5% des échantillons positifs pour A(H1N1)_{pdm09} séquencés par le CNR. À l'instar du sous-clade K pour H3N2, le sous-clade D.3.1.1 est resté majoritaire parmi les virus A(H1N1)_{pdm09} pendant toute la période épidémique.

Parmi les 22 échantillons de lignage B/Victoria séquencés, le sous-clade C.5.6 était majoritaire (9 prélèvements positifs), suivi des sous-clades C.5.6.1, C.5.1 et C.3.1 (7, 3 et 2 prélèvements positifs, respectivement), tandis qu'un seul virus du sous-clade C.5.7 a été détecté par le CNR.

Les caractéristiques antigéniques de 248 virus A(H1N1)_{pdm09} ont été déterminées au cours de la saison 2025-2026. Parmi ceux-ci, tous sauf trois (245/248) se sont révélés antigéniquement similaires au virus A/Victoria/4897/2022 inclus dans le vaccin 2025-26 de l'hémisphère nord. Tous étaient antigéniquement similaires au virus A/Bahrain/25220003050/2025, une souche similaire à celle incluse dans le vaccin 2026 de l'hémisphère sud.

Les caractéristiques antigéniques de 132 virus A(H3N2) ont été déterminées. La majorité de ces virus (83/132 ; 62,9 %) étaient mal reconnus par les antisérums produits contre le virus A/District of Columbia/27/2023 (clade 2a.3a.1, sous-clade J.2) incluse dans le vaccin 2025-26 de l'hémisphère nord. La majorité des virus (110/116 ; 94,8 %) étaient reconnus par le sérum de furet produit contre le virus A/Valladolid/1187/2025, qui était similaire à ceux inclus dans le vaccin 2026 de l'hémisphère sud.

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

Au cours de la saison 2025-2026, le taux de positivité pour le VRS a suivi une dynamique comparable par rapport à celle de la saison 2024-2025, en médecine de ville comme à l'hôpital, voire inférieure à l'hôpital pendant l'épidémie.

Le taux de positivité pour le VRS des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 4,5% en S47 (mi-novembre), semaine de démarrage de l'épidémie de bronchiolite, de 7,6% en S50 (mi-décembre), semaine du pic de l'épidémie, et de 7,6% en S02, dernière semaine de l'épidémie. Le taux de positivité pour le VRS le plus élevé a été observé en S51 (7,8%).

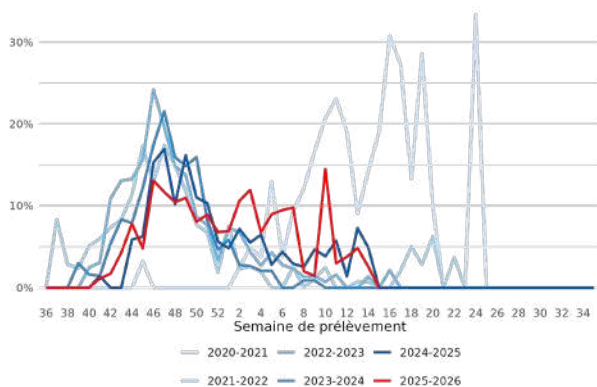
En milieu hospitalier (réseau RENAL), le taux de positivité pour le VRS (tous âges confondus), était de 6,7% en S47, de 8,3% en S50 et de 5,9% en S02.

Les taux de positivité pour le VRS sont restés similaires ou inférieurs à ceux des saisons précédentes.

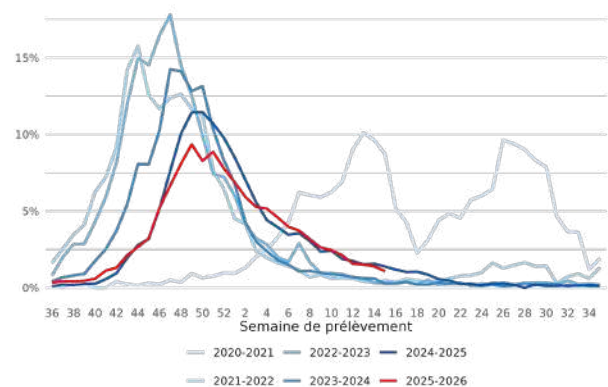
En période post-épidémique, le taux de positivité pour le VRS parmi les prélèvements hospitaliers s'est stabilisé à un niveau faible, similaire à la saison 2024-2025, mais supérieur à ceux des saisons antérieures (réseau RENAL). Dans les prélèvements communautaires (réseau RELAB) et pendant la période épidémique de bronchiolite, le taux de détection le plus élevé a été observé chez les enfants de moins de 5 ans. Chez les personnes de 65 ans et plus, le taux de détection a augmenté en fin de période épidémique et s'est maintenu dans les semaines qui ont suivi. Parmi les 347 287 prélèvements testés pendant la saison hivernale, 4,7% étaient positifs pour VRS.

Taux de positivité* pour VRS 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

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

SARS-CoV-2

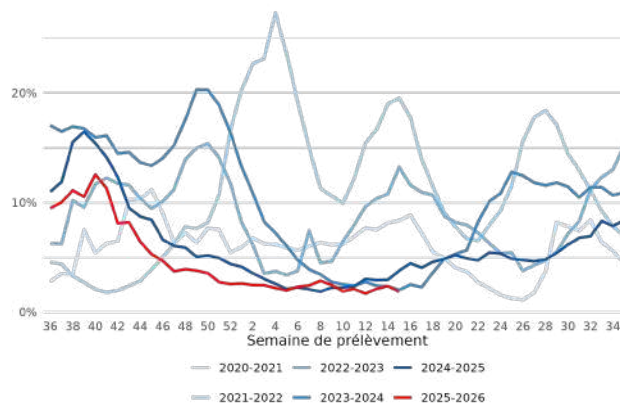
Le taux de positivité du SARS-CoV-2 parmi les prélèvements réalisés en ville par les médecins du réseau Sentinelles a atteint un maximum de 25,7% début octobre (S40-2025), suivi d'une diminution jusqu'à la fin de la saison avec des fluctuations à un niveau faible entre 0 et 8% à partir de la S45.

Le taux de positivité du SARS-CoV-2 parmi les prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) a augmenté à partir de fin mai (11,4% en S21) et est resté supérieur à 10% entre S21 et S44, avec un pic en septembre (26% en S37). Une diminution du taux de positivité a été ensuite observée jusqu'à atteindre des niveaux très faibles fin janvier avec des fluctuations entre 2 et 9%.

Le taux de positivité du SARS-CoV-2 parmi les prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) a augmenté à partir de mai (5,2% en S20) et avait atteint des niveaux au-dessus de 10% entre S37 et S41, avec un pic fin septembre (12,6% en S40). Une diminution du taux de positivité a été ensuite observée jusqu'à atteindre des niveaux très faibles fin décembre avec des fluctuations autour de 2% pour le reste de la saison.

Le taux de positivité du SARS-CoV-2 à l'hôpital a atteint un niveau inférieur par rapport à la saison dernière avec une dynamique similaire et un pic avant le début de la saison 2025-2026. Parmi les 364 870 prélèvements testés pendant la saison hivernale, 3,9% étaient positifs pour SARS-CoV-2.

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



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

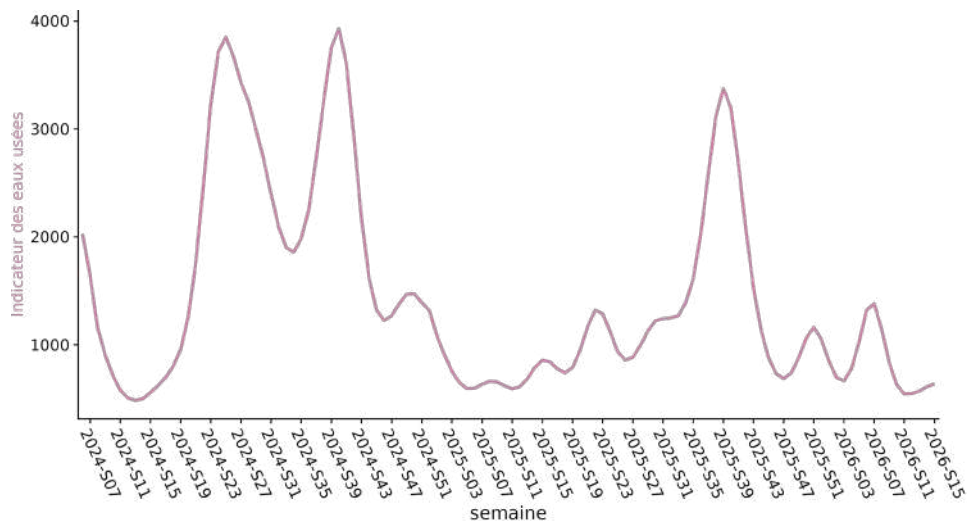
Surveillance dans les eaux usées

À partir de la saison 2024-2025 un réseau de laboratoires a été sélectionné pour assurer la surveillance de routine du SARS-CoV-2 dans les eaux usées et renforcer la couverture territoriale. Le dispositif comprend 54 stations de traitement, permettant un suivi robuste de la circulation du virus à l'échelle nationale, tout en rendant possible la production d'informations à l'échelle régionale.

À l'instar des autres indicateurs, le suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées a mis en évidence une circulation virale qui a commencé à augmenter depuis mi-mars (S12-2025) et a atteint un seul pic en semaine S39-2025, avant le début de la saison hivernale 2025-26. Le niveau de ce pic était légèrement inférieur à celui observé avant la dernière saison hivernale 2024-25. Au cours de la saison hivernale, le niveau de SARS-CoV-2 dans les eaux usées a fluctué, mais est resté à des niveaux faibles sans impact notable sur le système de soins.

En semaine 15, une tendance à la stabilisation du niveau de circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées était globalement observée en France, avec des données exploitables de 52 sur 54 stations de traitement suivies.

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



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

Surveillance génomique

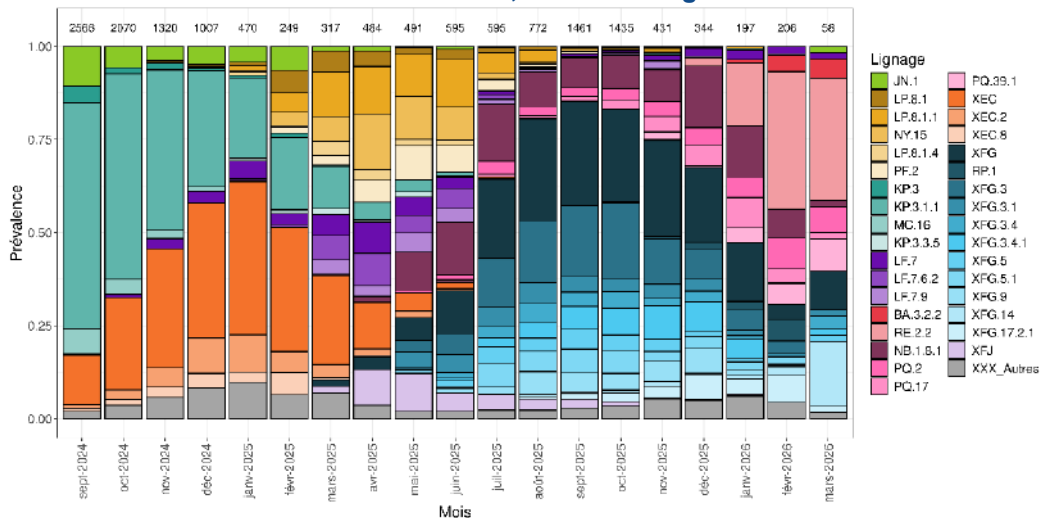
Dans l'Hexagone, en mars 2026, le lignage RE.2.2 (descendant de BA.3.2.2) a été le plus fréquemment détecté, avec une proportion de 32,8% (19/58), suivi de XFG.14 avec une proportion de 17,2% (10/58), puis XFG avec une proportion de 10,3% (6/58) sans ses sous-lignages, et devant PQ.39.1 (descendant de NB.1.8.1) avec une proportion de 8,6% (5/58). Au total, au cours du dernier mois analysé, les lignages BA.3.2, 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 37,9% (22/58), 37,9% (22/58) et 19% (11/58) de l'ensemble des séquences détectées dans l'Hexagone.

Un nouveau variant du SARS-CoV-2, le variant BA.3.2, a été classé « variant sous surveillance » par l'Organisation Mondiale de la Santé le 5 décembre 2025. Les premières détections de ce variant ont été rapportées en Afrique du Sud, à partir d'échantillons collectés fin novembre 2024. Le variant BA.3.2 est caractérisé par un profil génétique et antigénique distinct de celui des variants descendants de JN.1, en lien avec un nombre élevé de mutations au niveau de la protéine Spike, incluant plusieurs substitutions localisées dans des régions antigéniques majeures. Comparativement aux autres lignages circulants, les premières données in vitro disponibles suggèrent une capacité accrue d'échappement immunitaire vis-à-vis des anticorps neutralisants. Toutefois, les connaissances actuelles issues des précédents variants indiquent que la vaccination continue d'assurer une protection contre les formes graves de la maladie. Par ailleurs, les premières études in vitro ne mettent pas en évidence d'augmentation significative de l'infectiosité, ni d'avantage de transmission marqué par rapport aux variants actuellement dominants. L'ensemble de ces éléments demeure préliminaire et devra être confirmé par des données épidémiologiques et cliniques en vie réelle. Selon l'évaluation de l'OMS, le risque pour la santé publique est actuellement considéré comme faible, en l'absence de signal suggérant une augmentation de la sévérité clinique ou une diffusion rapide du variant. Depuis la première détection de ce variant en novembre 2024, 1 979 séquences BA.3.2* ont été rapportées dans le monde dans la base de données GISAID, ce qui représente environ 0,69% du total des séquences disponibles (287 893) au 14/04/2026. Ces BA.3.2* proviennent principalement d'Australie, d'Afrique du Sud, d'Allemagne et des Pays-Bas.

En France, dans un contexte de faible circulation du SARS-CoV-2 dans la population depuis octobre 2025, la détection du variant BA.3.2* reste sporadique mais en augmentation. Depuis janvier 2026, 143 séquences ont été identifiées parmi 470 prélèvements collectés et disponibles sur la base de données Emergen, ce qui correspond à 30,4% des séquences sur cette période en France.

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

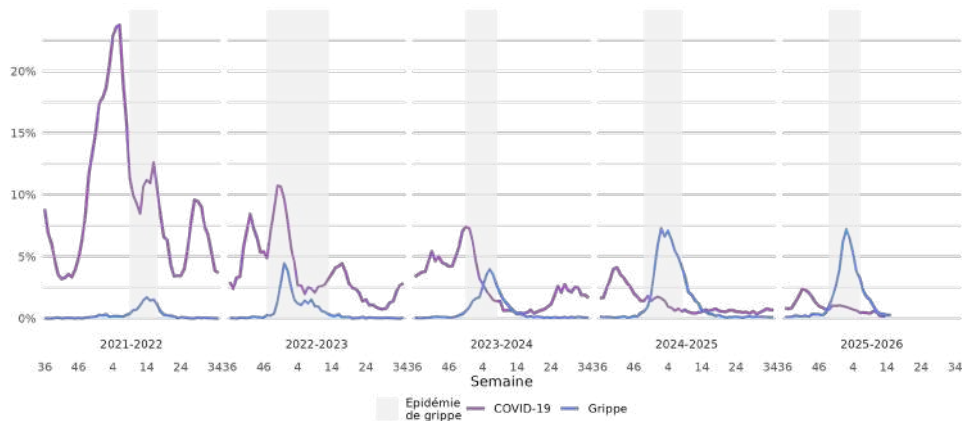
Entre les semaines 40/2025 et 15/2026, parmi les 4 389 décès déclarés par certificat électronique avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès, 3 687 (84%) concernaient des personnes âgées de 75 ans ou plus, 464 (10%) des personnes de 65-74 ans, 227 (5%) des personnes de 15-64 ans et 11 (<1%) des enfants de moins de 15 ans. Parmi ces décès, 75% ont été déclarés par des établissements de santé et 22% par des EHPAD.

Les décès avec une mention de grippe ont représenté 2,1% de la totalité des décès toutes causes confondues déclarés au cours de cette période. La part des décès liés à la grippe a augmenté dès début décembre et a atteint son pic début janvier (S02), représentant 7,3% des décès toutes causes déclarés par certificat électronique cette semaine-là. Cette valeur est similaire à celle observée au pic de l'épidémie 2024-25.

La part des décès liés à la COVID-19 a été la plus élevée au début de la saison hivernale avec un pic en S41 (2,4%). Cet indicateur diminuait depuis et passait à ou au-dessous de 1% depuis la S46, la valeur la plus basse étant celle de la S13 (0,1%). En semaine 15, la COVID-19 était mentionnée dans 0,2% des décès (vs 0,3% en S14).

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



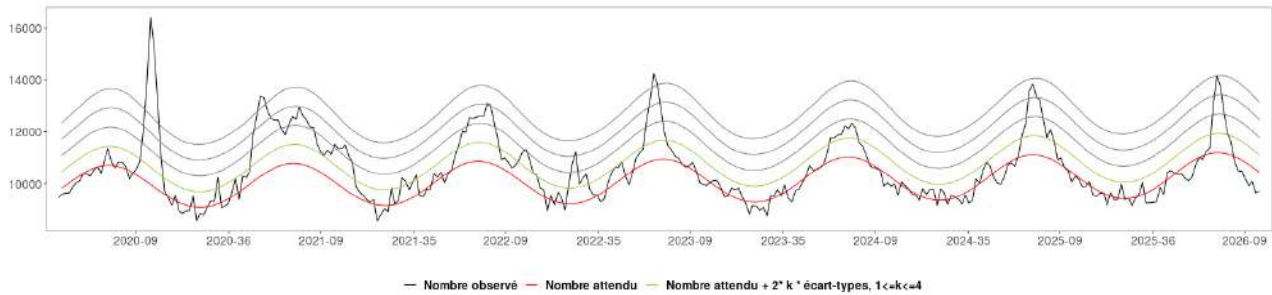
Source : Inserm-CépiDc ; Traitement : Santé publique France

Mortalité toutes causes

Une hausse de la mortalité toutes causes confondues issus des bureaux d'état-civil a été observée au niveau national à partir de fin décembre 2025. Le nombre de décès était en excès entre les semaines 01 et 05, tous âges confondus, avec un pic atteint en S02 à un niveau élevé de décès, supérieur à celui atteint au pic en 2024-25. Les effectifs sont revenus dans les marges de fluctuation habituelle en S06. Cet excès a concerné principalement les adultes de 75 ans et plus avec un pic atteint en S02.

Plus d'informations sont disponibles dans le [bulletin Mortalité](#).

Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges, 2018 à 2026 (jusqu'en semaine 14)



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

Prévention

Vaccination contre la grippe

La campagne de vaccination contre la grippe a débuté le 14 octobre 2025 dans l'hexagone, en Guadeloupe, à la Martinique et en Guyane, et le 9 septembre 2025 à Mayotte. Elle s'est terminée le 28 février 2026.

La campagne ciblait toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes âgées de plus de 6 mois, atteintes de comorbidités ayant un risque élevé de forme grave de la maladie, les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes, les résidents en établissement de soins de suite ou en établissement médico-social quel que soit leur âge, ainsi que les personnes vivant dans l'entourage ou en contact régulier avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables aux formes graves de l'infection, y compris les professionnels de santé.

Les vaccins disponibles étaient 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 vaccination conjointe contre la COVID-19 et contre la grippe saisonnière était possible.

La couverture vaccinale contre la grippe au 28 février 2026 a été estimée à :

- **49,6%** chez l'ensemble des personnes à risque ciblées par la vaccination.
- **56,7%** chez les personnes de 65 ans et plus.
 - Parmi elles, **28,9%** se sont fait vacciner avec un vaccin préférentiellement recommandé pour les personnes de 65 ans et plus (Efluelda® ou Fluad®).
- **28,9 %** chez les personnes âgées de moins de 65 ans à risque.

Ces couvertures vaccinales sont supérieures à celles estimées pour la saison 2024-2025 :

- + 3,1 points chez l'ensemble des personnes à risque ciblées par la vaccination.
- + 3,0 points chez les personnes de 65 ans et plus.
- + 3,6 points chez les personnes âgées de moins de 65 ans à risque.

Cette augmentation de couverture vaccinale dans toutes les catégories de personnes ciblées par la vaccination, est observée pour la première fois depuis la pandémie de COVID-19. Les couvertures vaccinales contre la grippe étaient en diminution depuis la saison 2020-2021. L'ensemble des indicateurs des précédentes saisons sont décrits dans le [Bulletin Vaccination 2025](#).

Les couvertures vaccinales chez les professionnels de santé ne peuvent être estimées à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS).

Une enquête ad-hoc a été réalisée auprès des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), incluant les EHPAD pour la saison 2025-2026 afin d'estimer les couvertures vaccinales contre la grippe et la COVID-19 chez les résidents et les professionnels exerçant dans ces établissements. Les résultats de cette enquête seront publiés en début d'automne 2026 sur le site internet de Santé publique France en suivant [ce lien](#). Les estimations de couvertures vaccinales issues des études antérieures sont référencées en bas de cette même [page](#).

Efficacité en vie réelle du vaccin

Les estimations d'efficacité vaccinale en vie réelle du CNR issues des données du réseau de laboratoires de ville RELAB indiquent **une efficacité modérée contre les virus de type A tous âges confondus (30% [IC95% : 25-36])**, comparable à celle de 2024-2025. L'effet protecteur de la vaccination apparaît plus élevé chez les enfants de moins de 18 ans (67% [IC95% : 49-78]) et diminue avec l'âge (18-64 ans : 34% [IC95% : 25-41] ; 65 ans et plus (23% [IC95% : 13-31])).

L'efficacité du vaccin contre le sous-type A(H3N2) est estimée à 37% [IC95% : 17-52] tous âges confondus. Celle contre A(H1N1)_{pdm09} n'a pas pu être estimée en raison d'un nombre de

prélèvements sous-typés trop faible. Il est intéressant de noter que la distribution des deux sous-types parmi les cas détectés dans le réseau RELAB diffère selon l'âge, avec un âge médian de 30 ans chez les cas dus au sous-type A(H3N2) (intervalle interquartile : 13–59) et de 49 ans chez les cas dus au sous-type A(H1N1)_{pdm09} (25–67).

Il s'agit d'un niveau d'efficacité du vaccin contre la grippe globalement similaire à d'autres estimations au niveau international pour cette saison, en particulier celles produites par le programme VEBIS coordonné par l'ECDC au niveau européen et auquel le réseau Sentinelles et le CNR contribuent pour la France ([Lucaccioni et al. 2026, Eurosurveillance](#)). Ce niveau d'efficacité vaccinale peut être considéré comme 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.

Les virus grippaux de type B ayant très peu circulé, aucune estimation n'a pu être produite pour cette saison.

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

Vaccination contre la COVID-19

La campagne de vaccination contre la COVID-19 ciblait toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes âgées de plus de 6 mois atteintes de comorbidités ayant un risque élevé de forme grave de la maladie, 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), ainsi que les personnes vivant dans l'entourage ou en contact régulier 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 était le vaccin Comirnaty®, vaccin à ARN messenger, adapté au variant LP.8.1 (Laboratoire Pfizer-BioNTech). La vaccination conjointe contre la COVID-19 et contre la grippe saisonnière était possible.

La couverture vaccinale contre la COVID-19 au 28 février 2026 a été estimée à :

- **14,2 %** chez l'ensemble des personnes à risque ciblées par la vaccination.
- **16,8 %** chez les personnes de 65 ans et plus.
- **6,5 %** chez les personnes âgées de moins de 65 ans à risque.

Ces couvertures vaccinales sont inférieures à celles estimées pour la saison 2024-2025 :

- -4,1 points chez l'ensemble des personnes à risque ciblées par la vaccination.
- -4,9 points chez les personnes de 65 ans et plus.
- -1,7 point chez les personnes âgées de moins de 65 ans à risque.

Cependant, 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'injection 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.

Les couvertures vaccinales chez les professionnels de santé ne peuvent être estimées à partir des données du SNDS.

Une enquête ad-hoc a été réalisée auprès des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), incluant les EHPAD pour la saison 2025-2026 afin d'estimer les couvertures vaccinales contre la grippe et la COVID-19 chez les résidents et les professionnels exerçant dans ces établissements. Les résultats de cette enquête seront publiés en début d'automne 2026 sur le site internet de Santé publique France en suivant [ce lien](#). Les estimations de couvertures vaccinales issues des études antérieures sont référencées en bas de cette même [page](#).

Une nouvelle campagne de vaccination de printemps contre la COVID-19 est mise en place à partir du 20 avril et jusqu'au 30 juin 2026. Elle est destinée à protéger les personnes les plus âgées et les plus vulnérables. Elle concerne : les personnes âgées de 80 ans et plus, les personnes immunodéprimées quel que soit leur âge, les personnes résidant en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ou en USLD (unités de soins de longue durée) quel que soit leur âge, ainsi que toute personne à très haut risque, selon chaque situation médicale individuelle. Le renouvellement vaccinal peut être effectué à partir de 3 mois après la dernière injection ou infection de COVID-19.

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 \(HAS\)](#).

Une communication dédiée sera faite à l'automne 2026 quant à l'immunisation des nouveau-nés et nourrissons contre les infections à VRS, si les estimations faites à partir du SNDS sont pertinentes.

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 bronchopneumopathie chronique obstructive) ou cardiaques (notamment insuffisance cardiaque) susceptibles de fortement s'aggraver lors d'une infection à VRS.

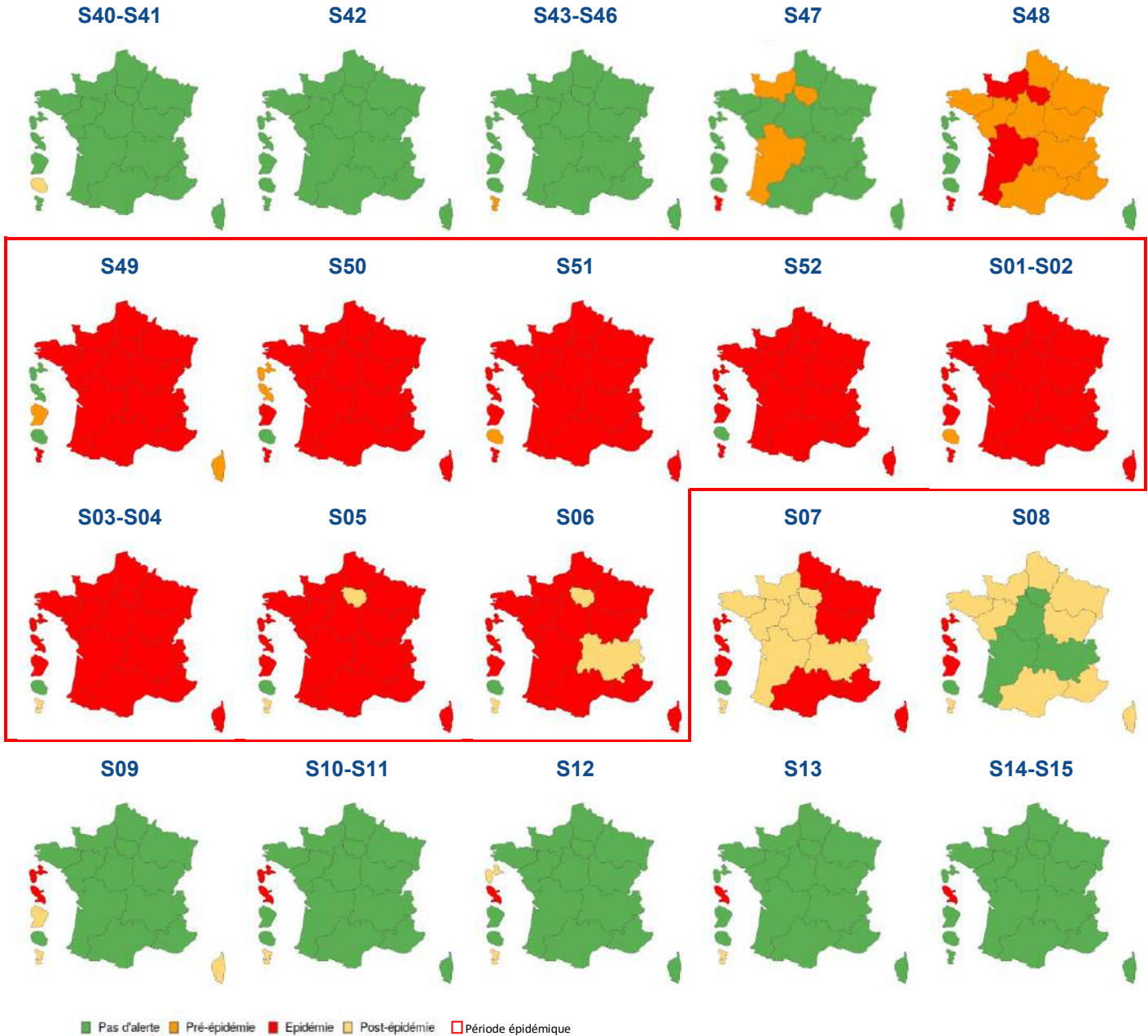
La nécessité d'un rappel chaque année n'a pas été établie.

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).

Annexe : évolutions régionales

Grippe

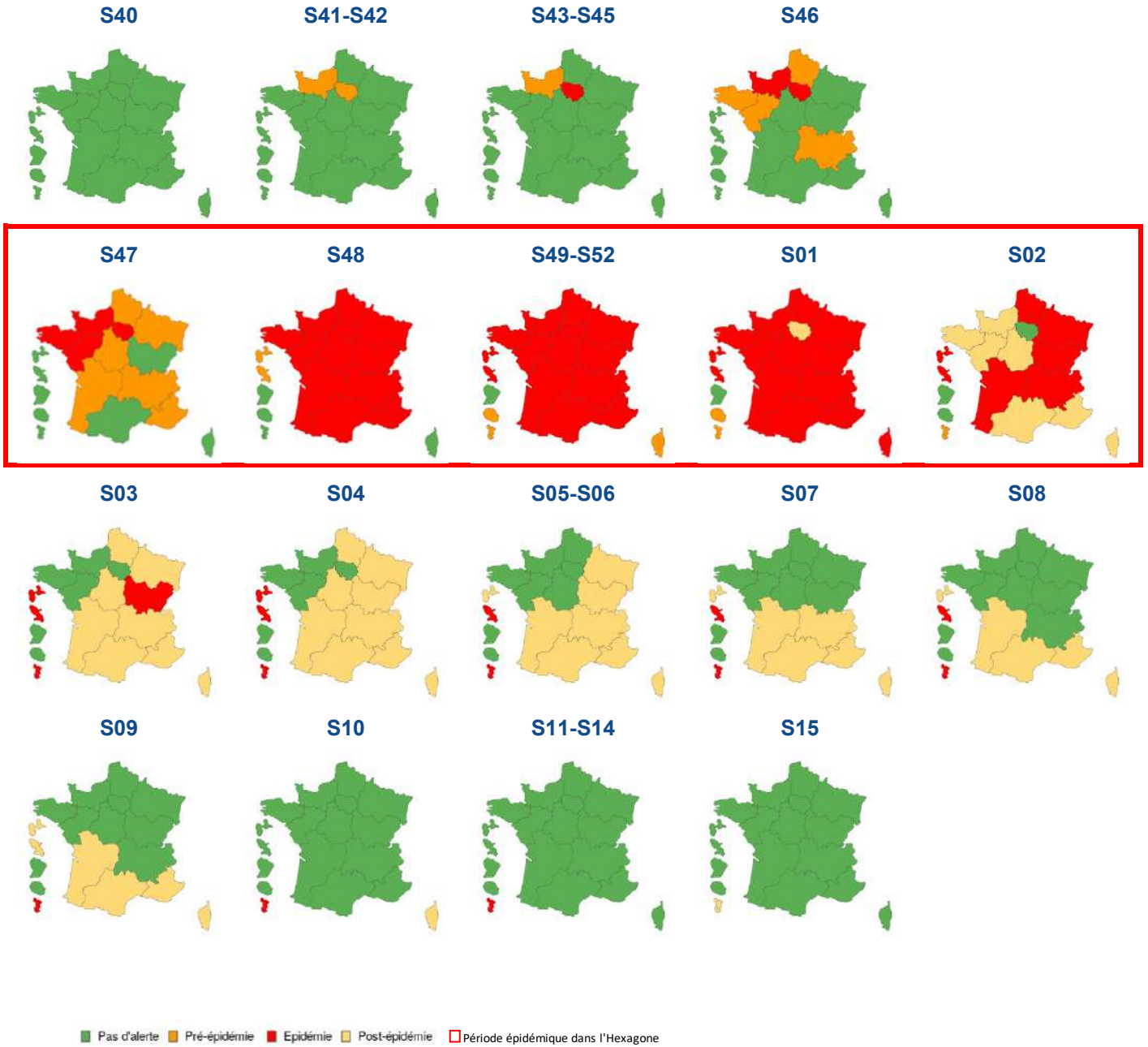
Évolution hebdomadaire des niveaux d'alerte régionaux en France, S40-2025 à S15-2026



Méthodologie en [annexe](#). Source : réseau OSCOUR®, SOS Médecins. Antilles : le niveau d'alerte rapporté est celui de la semaine n-1.

Bronchiolite

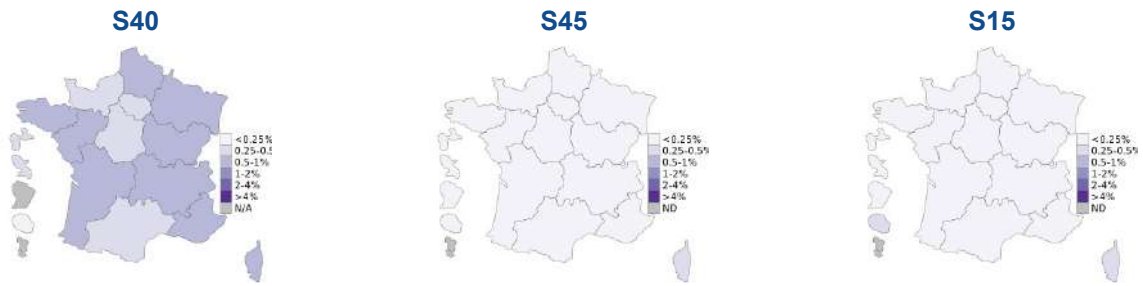
Évolution hebdomadaire des niveaux d'alerte régionaux en France, S40-2025 à S15-2026



Méthodologie en [annexe](#). Source : réseau OSCOUR®, SOS Médecins. Antilles : le niveau d'alerte rapporté est celui de la semaine n-1.

COVID-19

Taux de passage aux urgences en S40-2025, en S45-2025 et en S15-2026



Source : réseau OSCOUR®

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](#)

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

Équipe de rédaction

Sibylle Bernard-Stoecklin, Bruno Coignard, Laure Fonteneau, Anne Fouillet, Anabelle Gilg Soit Ilg, Rémi Hanguéhard, Anna Maisa, Damien Mouly, Judith Mueller, 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 15 (6 au 12 avril 2026). Saint-Maurice : Santé publique France, 34 p.

Directrice de publication : Caroline Semaille.

Date de publication : 15 avril 2026.

Contact : presse@santepubliquefrance.fr