



Bulletin

Infections respiratoires aiguës

Semaine 10 (2 au 8 mars 2026). Publication : 11 mars 2026

ÉDITION NATIONALE

Tendances de la semaine

Infections respiratoires aiguës (IRA). Baisse de l'activité en ville comme à l'hôpital, avec un retour au niveau de base des indicateurs tous âges confondus.

Grippe. Indicateurs revenus à leur niveau de base dans toutes les régions hexagonales. En Outre-Mer, les Antilles sont toujours en épidémie, Mayotte en post-épidémie, et la Guyane et La Réunion au niveau de base.

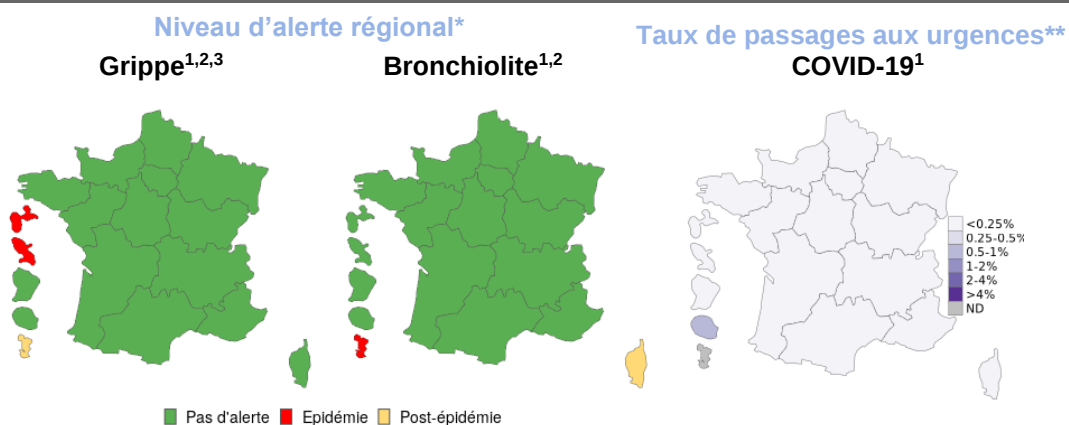
Bronchiolite. Indicateurs syndromiques en diminution en ville et à l'hôpital. Dans l'Hexagone, 1 région en post-épidémie et 12 régions au niveau de base. Poursuite de l'épidémie à Mayotte, les Antilles au niveau de base.

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

Indicateurs clés

Indicateurs syndromiques

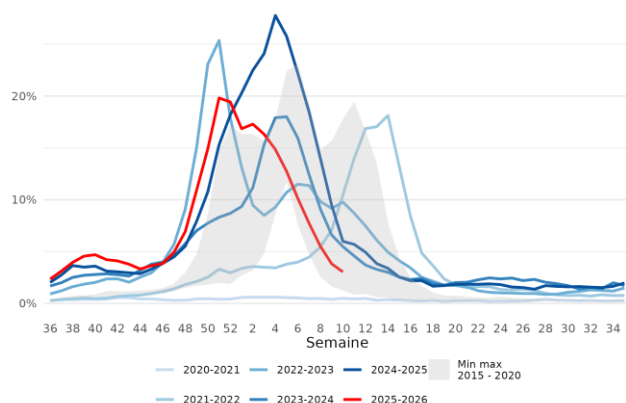
	IRA basses		Syndrome grippal		Bronchiolite (moins d'un an)		COVID-19	
Part de la pathologie parmi	S10	S10 vs S09	S10	S10 vs S09	S10	S10 vs S09	S10	S10 vs S09
Actes médicaux SOS Médecins	8,2%	-1,1 pt	3,0%	-0,8 pt	5,1%	-1,6 pt	0,2%	0 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	2,4%	-0,5 pt	0,3%	-0,2 pt	9,5%	-1,2 pt	0,1%	0 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	5,4%	-1 pt	0,3%	-0,3 pt	16,6%	-4,4 pt	0,1%	0 pt



* Méthodologie en [annexe](#). Antilles, Guyane : niveau d'alerte pour S09. ** Données non disponibles pour Mayotte.
Source : ¹réseau OSCOUR®, ²SOS Médecins, ³réseau Sentinelles

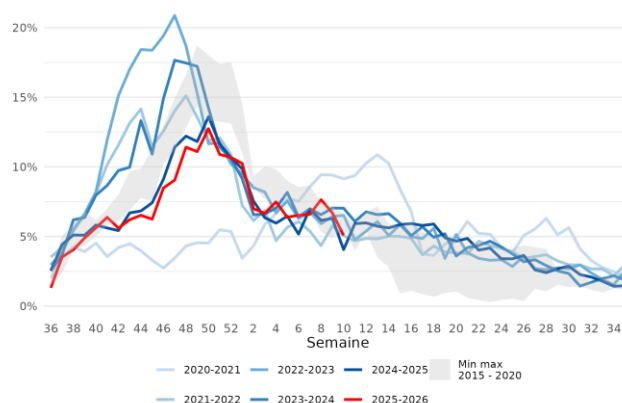
Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les [bulletins régionaux](#) de Santé publique France.

Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



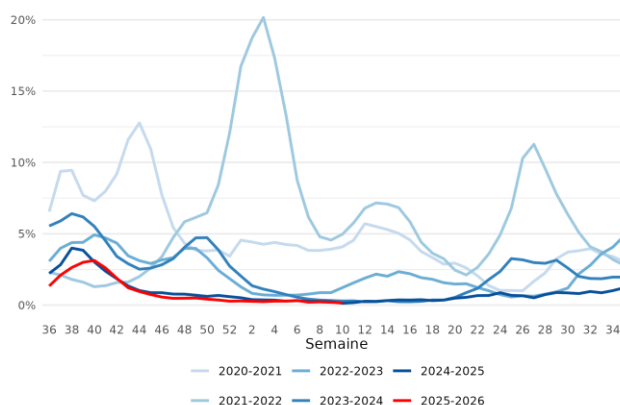
Source : SOS Médecins

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	
	S10	S10 vs S09	S10	S10 vs S09	S10	S10 vs S09
Taux de positivité des prélèvements						
Laboratoires de ville ^{1,2}	4,4%	-3,5 pt	5,3%	-0,6 pt	4,2%	+0,3 pt
Médecine de ville ^{1,3,*}	4,6%	-9 pt	15,4%	+13,9 pt	3,1%	-1,5 pt
Milieu hospitalier ^{1,4}	2,0%	-1,1 pt	2,5%	-0,4 pt	2,0%	-0,4 pt
Surveillance dans les eaux usées ^{5,**}					528	-42,5%

Source : ¹ CNR-VIR, ² réseau RELAB, ³ réseau Sentinelles, SOS Médecins, DMG Strasbourg, DUMG Rouen et Côte d'Azur, ⁴ réseau RENAL, ⁵ SUM'Eau

* Prélèvements réalisés chez des patients consultant pour une IRA

** Ratio de concentration virale de SARS-CoV-2 sur concentration en azote ammoniacal. Méthodologie en [annexe](#)

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

Point de situation

En semaine 10, la baisse du recours aux soins pour infection respiratoire aiguë (IRA) se poursuivait en ville et à l'hôpital dans toutes les classes d'âge. La part d'activité pour IRA basse revenait à son niveau de base tous âges confondus en ville (SOS Médecins) et à l'hôpital. La circulation du rhinovirus et du métapneumovirus demeurait active.

Dans l'Hexagone, l'activité grippale continuait de diminuer en ville et à l'hôpital, avec un recours aux soins pour grippe/syndrome grippal revenu à son niveau de base dans toutes les classes d'âge. Toutes les régions étaient revenues au niveau de base. En Outre-mer, les Antilles demeuraient en épidémie, Mayotte en post-épidémie, et la Guyane et La Réunion au niveau de base.

Les indicateurs syndromiques de la bronchiolite demeuraient à leur niveau de base, en diminution en ville et à l'hôpital. Le taux de positivité pour le VRS était en diminution en ville et à l'hôpital tous âges confondus, toujours à un niveau supérieur à celui de la saison précédente à la même période, traduisant une circulation persistante du virus sur le territoire. D'après les données du réseau Sentinelles, le taux de positivité avait fortement augmenté en médecine de ville, en raison des fluctuations liées à un faible nombre de prélèvements réalisés en fin de saison. Dans l'Hexagone, seule la Corse restait en post-épidémie et 12 régions étaient au niveau de base. En Outre-mer, Mayotte restait en épidémie. La Martinique et la Guadeloupe passaient à leur niveau de base cette semaine. La Guyane et La Réunion étaient au niveau de base.

Les indicateurs syndromiques de la COVID-19 restaient stables et à des niveaux faibles en ville et à l'hôpital en semaine 10. Le taux de positivité pour SARS-CoV-2 était en légère augmentation en ville et en diminution à l'hôpital et en médecine de ville. L'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées continuait à diminuer se situant à un niveau très faible. La part des décès de COVID-19 certifiés électroniquement augmentait légèrement en S10.

Le nombre de nouveaux épisodes d'IRA dans les Établissements médico-sociaux (EMS) était en diminution en S09. La majorité des épisodes était attribuée à la grippe.

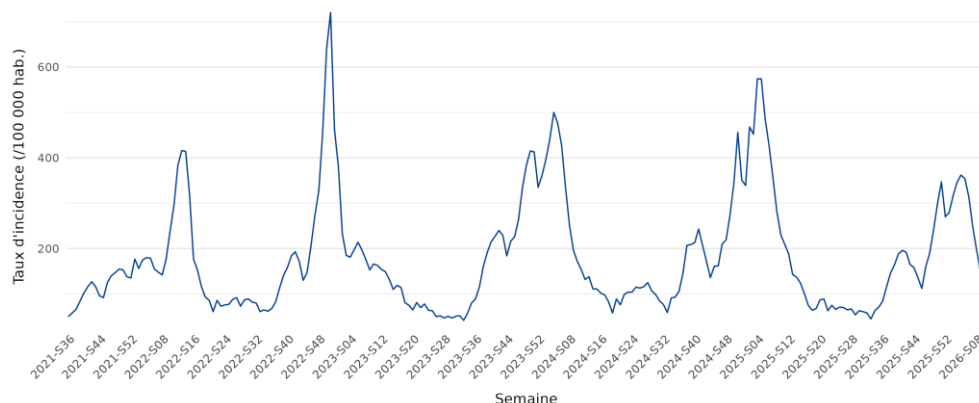
Au 31 décembre 2025, les couvertures vaccinales grippe sont estimées à 46,3% chez l'ensemble des personnes ciblées, 53,3% chez les 65 ans et plus et 27,1% chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère. Ces estimations sont supérieures à celles observées à la même date en 2024. Le détail de ces couvertures vaccinales est disponible dans la partie « Prévention » en fin de bulletin.

Médecine de ville

En semaine 10, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 100 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 87-113] (données non consolidées) vs 158 [149-166] en S09.

A noter que cette semaine, les données issues d'IQVIA n'étant pas disponibles, ces estimations sont à interpréter avec précaution. Les données consolidées pour la S10 seront disponibles dans le bulletin de la S11.

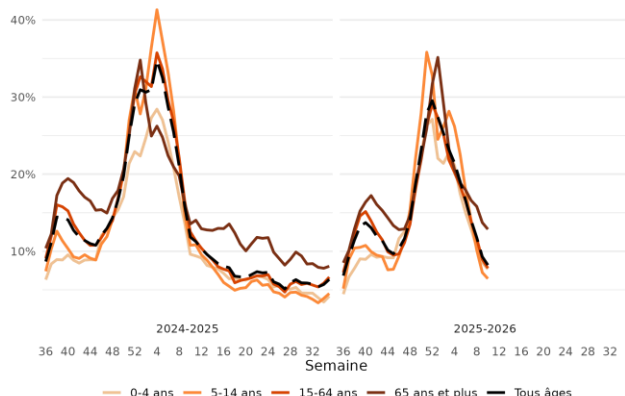
Estimation de l'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale*



Source : réseau Sentinelles, IQVIA

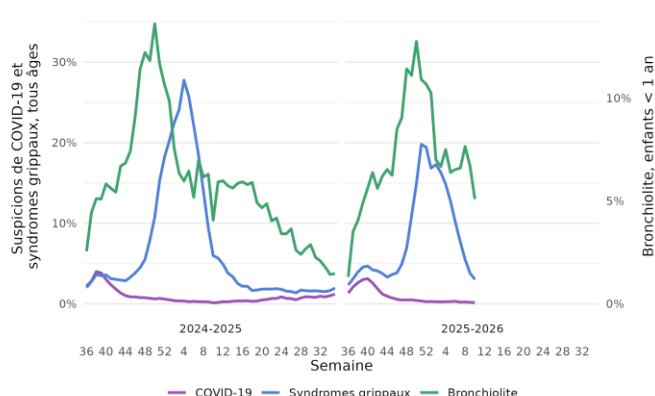
En semaine 10, 7 101 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 8,2% de l'ensemble des actes (vs 9,3% en S09). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 2 628, soit 3,0% (vs 3,8% en S09). Un total de 118 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins d'un an, soit 5,1% (vs 6,7% en S09) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 136, soit 0,2% des actes SOS Médecins (vs 0,2% en S09).

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

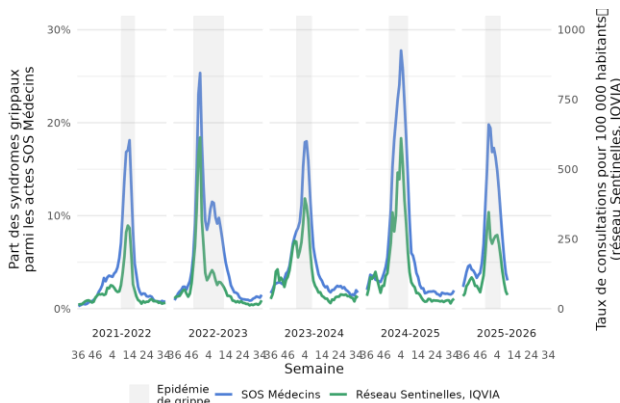
Grippe

En semaine 10, le taux de consultations tous âges confondus pour syndrome grippal estimé à partir des données du réseau Sentinelles était de 49 pour 100 000 habitants [IC95% : 40-58] (données non consolidées) vs 59 pour 100 000 habitants [49-69] en S09.

A noter que cette semaine, les données issues d'IQVIA n'étant pas disponibles, ces estimations sont à interpréter avec précaution. Les données consolidées pour la S10 seront disponibles dans le bulletin de la S11.

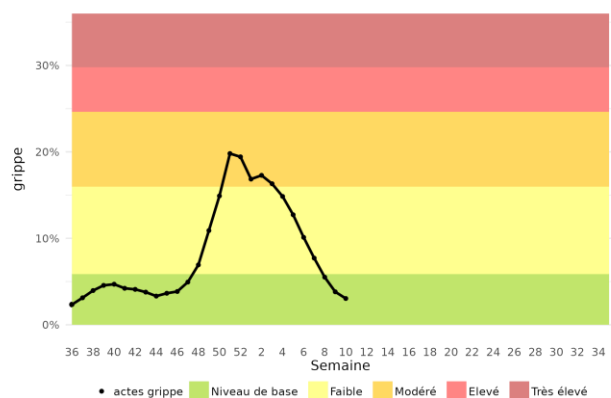
Le recours aux soins pour syndrome grippal en médecine de ville était revenu à son niveau de base dans toutes les classes d'âge.

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



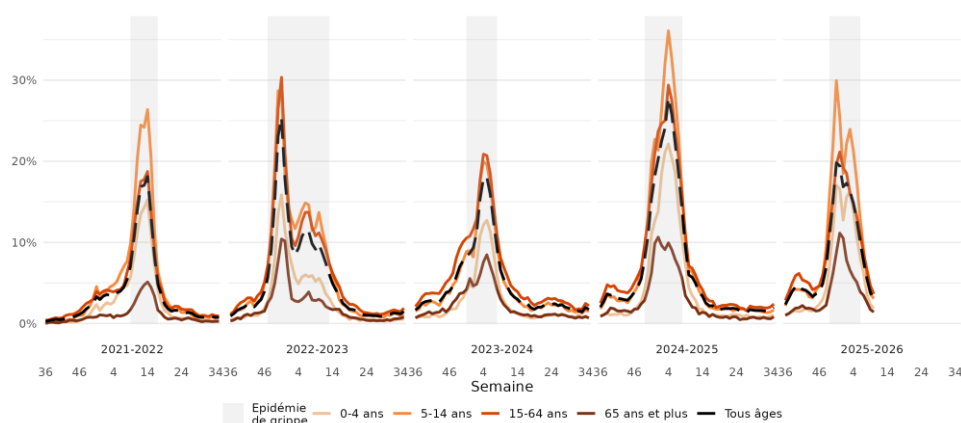
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins

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



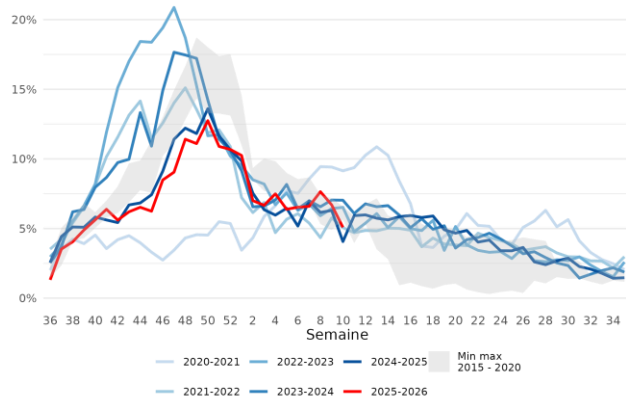
Source : SOS Médecins

Bronchiolite

En semaine 10, parmi les 2 319 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 1 an, 118 actes (5,1%) étaient liés à la bronchiolite.

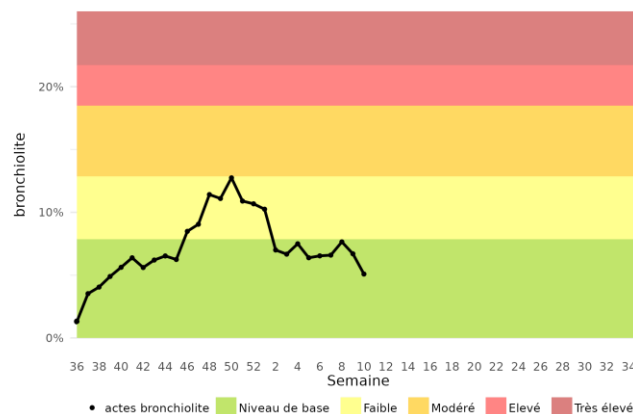
La part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins continuait à diminuer en semaine 10 en médecine de ville. Le niveau d'intensité de la part de la bronchiolite était à son niveau de base.

Part de la bronchiolite parmi les actes SOS Médecins chez les enfants de moins de 1 an



Source : SOS Médecins

Part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins chez les moins de 1 an, selon le niveau d'intensité* pour cet indicateur



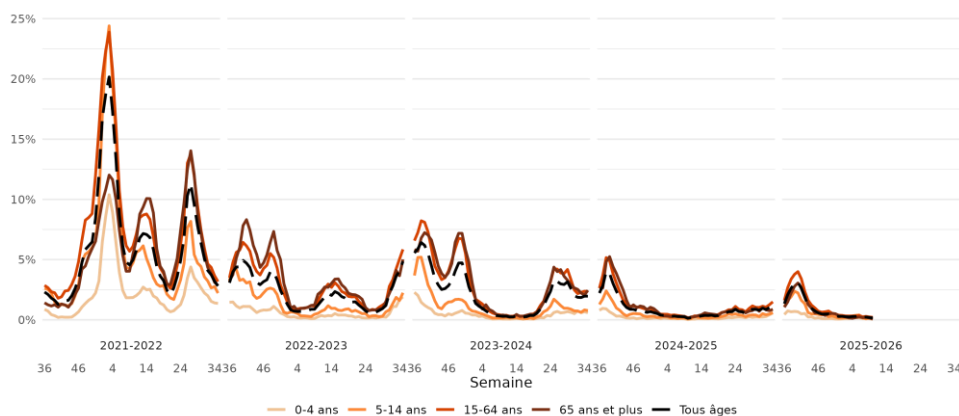
Source : SOS Médecins. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

En semaine 10, 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 2 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 1-4] (données non consolidées) vs 2 [1-3] en S09.

En semaine 10, la part des actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 restait stable et à un niveau faible dans toutes les classes d'âge. Chez les 65 ans et plus, 6 actes ont été enregistrés, soit 0,1% (vs 0,2% en S09). 109 actes chez les 15-64 ans, soit 0,2% (vs 0,2% en S09), 14 actes chez les 5-14 ans, soit 0,1% (vs 0,1% en S09) et 7 actes chez les 0-4 ans, soit 0,1% (vs 0,1% en S09).

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



Source : SOS Médecins

Milieu hospitalier

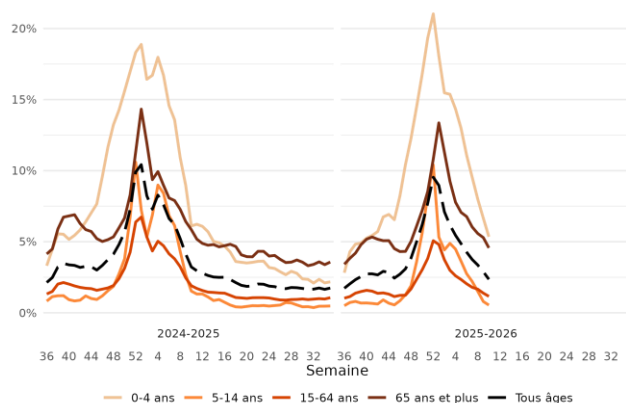
En semaine 10, 8 038 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 2,4% de l'ensemble des passages tous âges (vs 2,9% en S09). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 3 854, soit 5,4% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 6,4% en S09). La part des IRA parmi les passages aux urgences était revenu à son niveau de base tous âges confondus.

Le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal était de 996, soit 0,3% des passages (vs 0,5% en S09). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 188, soit 0,3% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,5% en S09).

Chez les moins d'un an, 929 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 9,5% des passages dans cette classe d'âge (vs 10,7% en S09). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 305, soit 16,6% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 21,0% en S09).

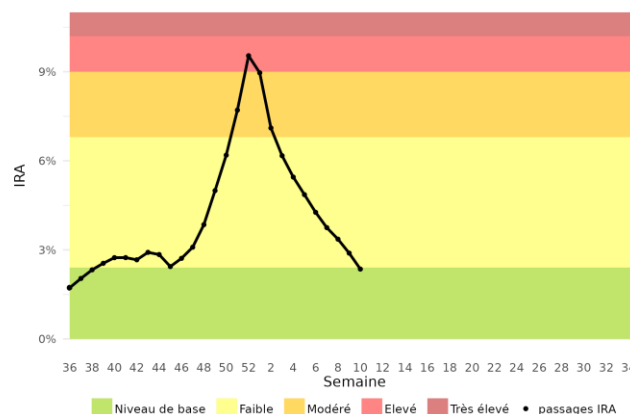
En semaine 10, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 213, soit 0,1% de l'ensemble des passages (vs 0,1% en S09). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 73, soit 0,1% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,1% en S09).

Part des IRA basses parmi les passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

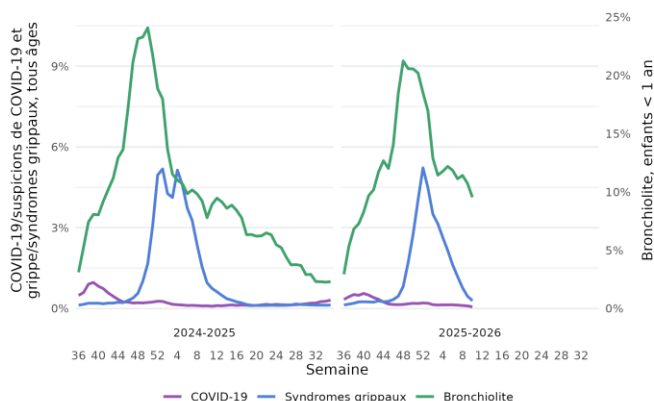
Part des IRA basses parmi les passages aux urgences, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur*



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

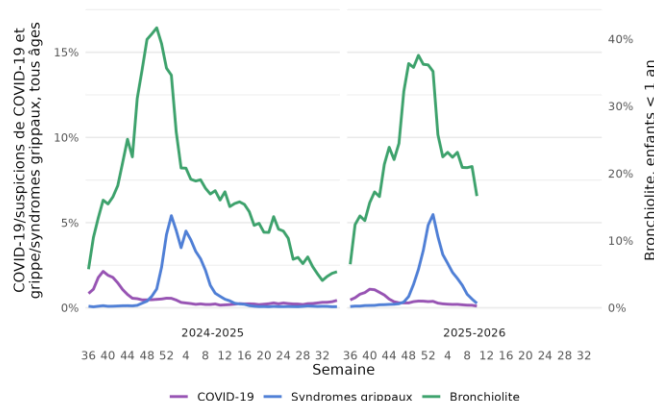
Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 et de la grippe/syndrome grippal (tous âges) et part de la bronchiolite (chez les moins de 1 an)

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Hospitalisations après passage

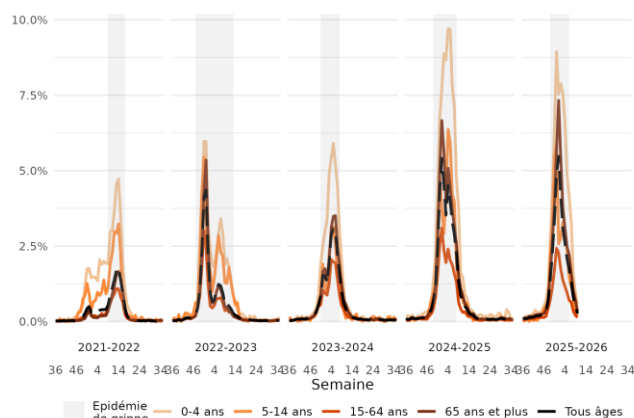


Source : réseau OSCOUR®

Grippe

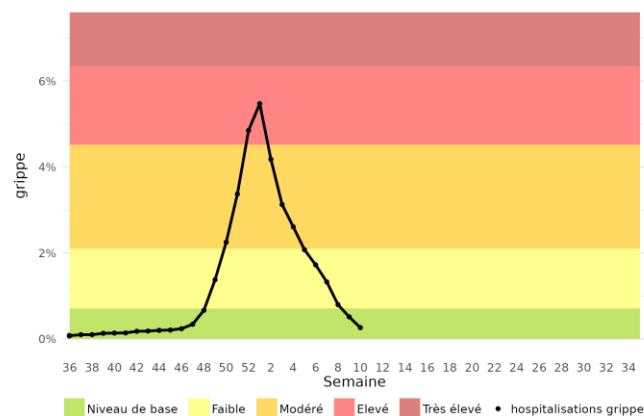
En semaine 10, la part de la grippe parmi les hospitalisations après passage aux urgences continuait de diminuer et était revenue à son niveau de base dans toutes les classes d'âge.

Part de la grippe/syndrome grippal parmi les hospitalisations après passage aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Part de la grippe/syndrome grippal parmi les hospitalisations après passage aux urgences, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur*



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

Bronchiolite

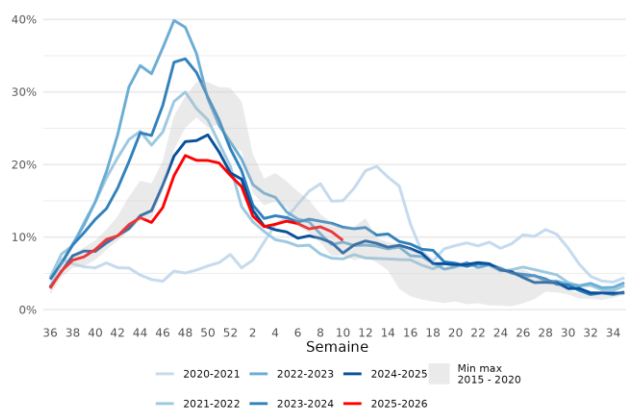
En semaine 10, chez les moins de 1 an, la bronchiolite concernait 9,5% des passages aux urgences et 16,6% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 929 enfants de moins de 1 an vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 10, 305 (32,8%) ont été hospitalisés.

Les parts de la bronchiolite parmi les passages aux urgences et les hospitalisations après passage étaient en diminution en semaine 10. Le niveau d'intensité de la part de la bronchiolite restait à son niveau de base.

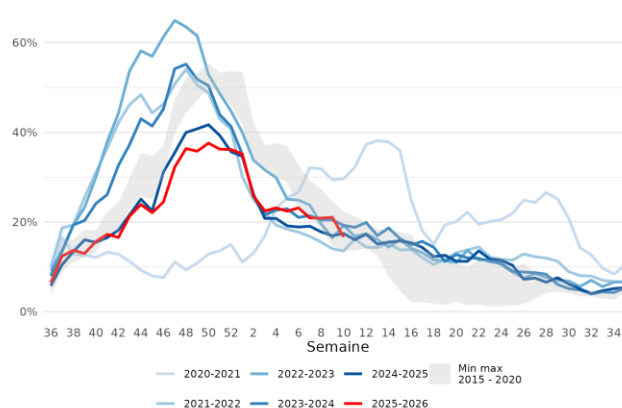
Part de la bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

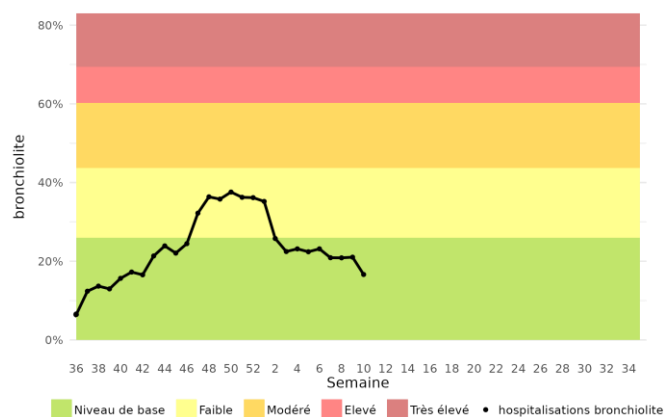
Hospitalisations après passage



Source : réseau OSCOUR®

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

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



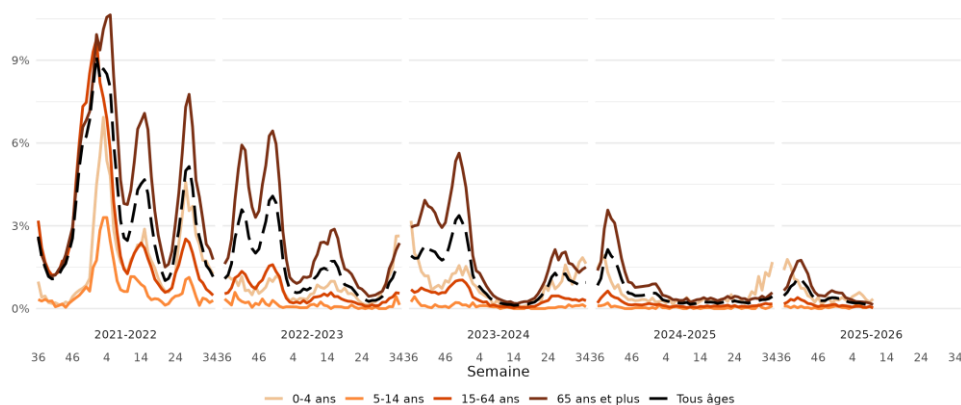
Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

La part des hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 restait faible dans toutes les classes d'âge en semaine 10. Un total de 52 hospitalisations a été enregistré chez les 65 ans et plus, soit 0,1% (vs 0,2% en S09), 6 hospitalisations chez les 15-64 ans, soit 0,0% (vs 0,1% en S09), une hospitalisation chez les 5-14 ans, soit 0,0% (vs 0,1% en S09), et 14 hospitalisations chez les 0-4 ans, soit 0,3% (vs 0,2% en S09).

Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 2 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S10, soit 0,1% (vs 0,1% en S09).

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, 1 286 cas de grippe, 186 cas de COVID-19 et 215 cas d'infections à VRS* ont été signalés par les services de réanimation participant à la surveillance (surveillance non exhaustive). Huit cas de co-infection grippe/SARS-CoV-2, 13 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 = 1286 (76%)		COVID-19 N = 186 (11%)		Infection à VRS N = 215 (13%)	
	N	%	N	%	N	%
Sexe						
Femme	534	42%	67	36%	119	56%
Homme	742	58%	118	63%	95	44%
Indéterminé	9	1%	1	1%	0	0%
Non renseigné	1		0		1	
Classes d'âge (années)						
< 2	43	3%	2	1%	0	0%
2-17	72	6%	4	2%	0	0%
18-64	451	35%	56	30%	79	37%
65 et plus	715	56%	124	67%	136	63%
Non renseigné	5		0		0	
Données virologiques grippales						
A, sans précision	908	77%	-		-	
A(H1N1) _{pdm09}	124	11%	-		-	
A(H3N2)	137	12%	-		-	
B	2	0%	-		-	
Co-infection virus grippaux	1	0%	-		-	
Non renseigné	114		186		215	
Présence de comorbidité(s)	1 129	88%	165	89%	202	94%
Vaccination grippe pour la saison en cours						
Oui	262	30%	17	19%	53	44%
Non	613	70%	71	81%	68	56%
Non renseigné	411		98		94	
Vaccination COVID-19 depuis moins de 6 mois						
Oui	114	14%	13	13%	30	25%
Non	697	86%	84	87%	88	75%
Non renseigné	475		89		97	
Syndrome de détresse respiratoire aiguë						
Aucun	629	52%	98	55%	116	58%
Mineur	145	12%	8	4%	21	10%
Modéré	231	19%	36	20%	48	24%
Sévère	202	17%	36	20%	16	8%
Non renseigné	79		8		14	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive						
Aucune	46	4%	10	5%	5	2%
Ventilation non-invasive	798	62%	107	58%	136	65%
Ventilation invasive	416	33%	66	36%	69	33%
Assistance extracorporelle	19	1%	1	1%	0	0%
Non renseigné	7		2		5	

Source : réseau de services de réanimation sentinelles

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

Parmi les 1 286 cas de grippe, 56% étaient âgés de 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 (1171/1173). Parmi les 875 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 70% n'étaient pas vaccinés contre la grippe. Au total, 182 décès ont été signalés, dont 138 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

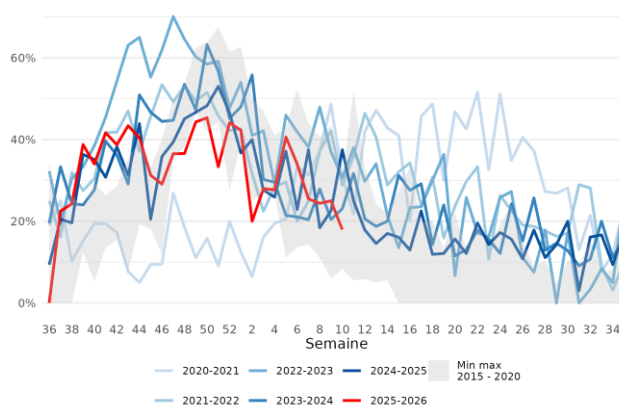
Parmi les 186 cas de COVID-19, 67% avaient 65 ans ou plus. La présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 89% des cas. Parmi les 97 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 87% n'étaient pas vaccinés contre la COVID-19 au cours des 6 derniers mois. Au total, 42 décès ont été signalés, dont 37 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Parmi les 215 cas d'infections à VRS de 18 ans et plus, 63% avaient 65 ans ou plus. La présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 94% des cas. Au total, 26 décès ont été signalés, dont 24 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Bronchiolite

En semaine 10, 7 hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an ont été enregistrées, soit 17,9% de l'ensemble des hospitalisations en service de réanimation dans cette classe d'âge (vs 25,0% en S09).

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, 471 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 306 et 100 cas (soit respectivement 65% et 21% des cas). 66% avait 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 administrés à 158 cas (34%). Parmi les 326 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 30 décembre 2025

	Bronchiolite N = 471	
	N	%
Sexe		
Fille	204	44%
Garçon	261	56%
Non renseigné	6	
Classes d'âge (mois)		
< 1	54	12%
1-2	177	38%
3-5	80	17%
6-11	100	22%
12-24	53	11%
Non renseigné	7	
Agent pathogène (seul ou en co-infection)*		
VRS	306	65%
Rhinovirus/Entérovirus	100	21%
Métapneumovirus	25	5%
SARS-CoV-2	5	1%
Parainfluenzae virus	17	4%
Grippe	20	4%
Adénovirus	16	3%
Coronavirus saisonnier	9	2%
Bocavirus	6	1%
Autre pathogène	2	0%
Non identifié/Non recherché	26	6%
Présence de comorbidité(s) et/ou prématurité**	131	28%
Prématurité	77	16%
Pathologie cardiaque	29	6%
Pathologie pulmonaire	33	7%
Pathologie rénale	2	0%
Pathologie neuromusculaire	5	1%
Pathologie métabolique	1	0%
Immunodépression	1	0%
Autre(s) comorbidité(s)	25	5%
Traitement préventif pour le VRS	158	34%
Nirsevimab (Beyfortus®)	153	32%
Palivizumab (Synagis®)	2	0%
Non renseigné	3	1%
Vaccination de la mère contre le VRS		
Aucun	250	77%
Oui	76	23%
Non renseigné	145	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive		
Ventilation non invasive	246	53%
Oxygénothérapie à haut-débit	196	42%
Ventilation invasive	19	4%
Assistance extracorporelle	1	0%
Non renseigné	9	
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

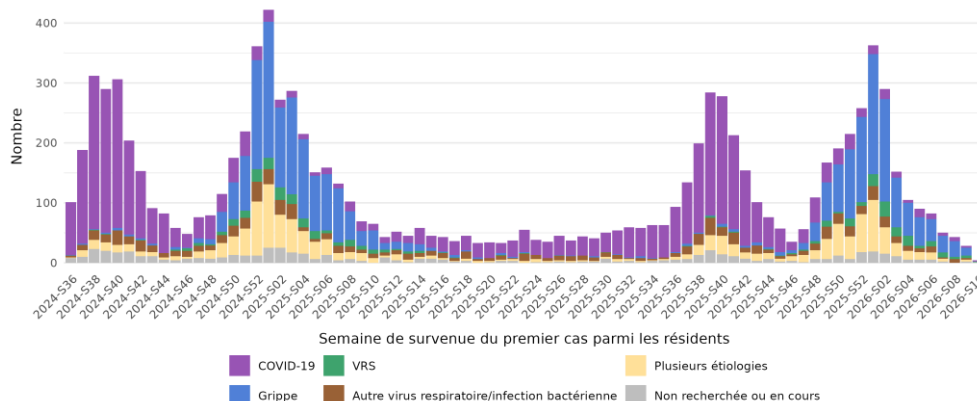
Établissements médico-sociaux

Depuis la semaine 40, 3 117 épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) sont survenus dans les établissements médico-sociaux (EMS) et ont été déclarés via le portail national des signalements du ministère de la Santé et de la Prévention*, dont 2 868 (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, 2 957 (95%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 1 134 (38,3%) étaient exclusivement attribués à la grippe, 919 (31,1%) exclusivement attribués à la COVID-19 et 152 exclusivement au VRS (5,1%). Le VRS était seul ou associé à un autre pathogène dans 342 épisodes (11,6%).

Un total de 28 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 09 (données non consolidées) vs 43 en S08. Parmi eux, 13 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 26 en S08), 4 étaient attribués exclusivement à une infection à VRS (vs 4 en S08) et 3 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 7 en S08).

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



S10 et S9 : 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

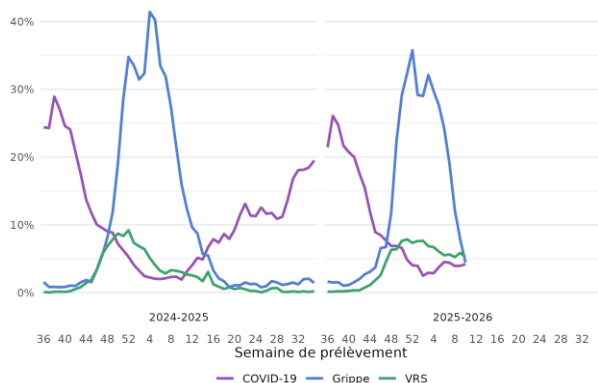
En semaine 10, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 4,4% (93/2 094) pour les virus grippaux (vs 7,9% en S09), 5,3% (108/2 049) pour le VRS (vs 5,9% en S09), 4,2% (89/2 111) pour le SARS-CoV-2 (vs 3,9% en S09).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les médecins des réseaux Sentinelles, SOS Médecins, DMG Strasbourg et DUMG Rouen et Côte d'Azur était de 4,6% (3/65) pour les virus grippaux (vs 13,6% en S09), 15,4% (10/65) pour le VRS (vs 1,5% en S09), 3,1% (2/65) pour le SARS-CoV-2 (vs 4,5% en S09) et 9,4% (6/64) pour le rhinovirus (vs 7,6% en S09).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 2,0% (150/7 641) pour les virus grippaux (vs 3,1% en S09), 2,5% (179/7 084) pour le VRS (vs 2,8% en S09), 2,0% (154/7 641) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,5% en S09) et 10,3% (406/3 926) pour le rhinovirus (vs 10,8% en S09).

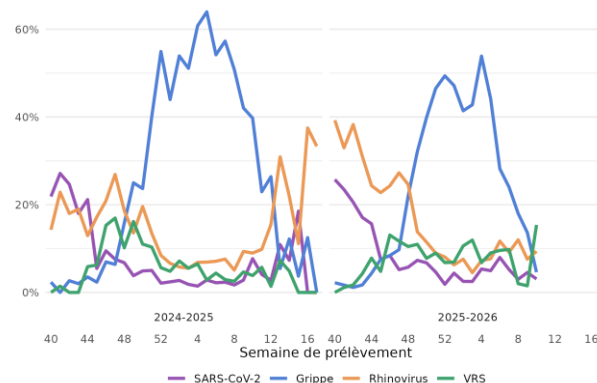
Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale

Laboratoires de biologie médicale en ville



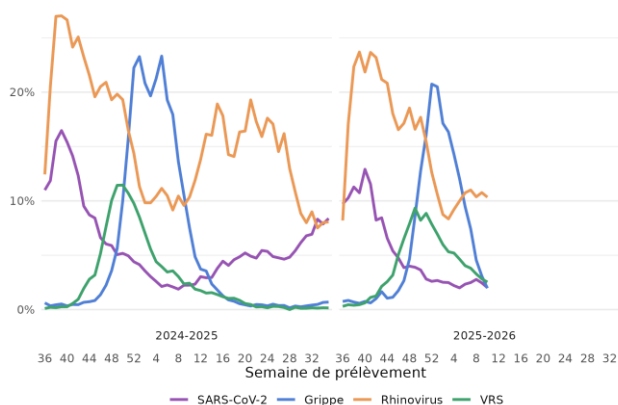
Source : réseau RELAB, CNR-VIR

Médecine de ville



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

Hôpital



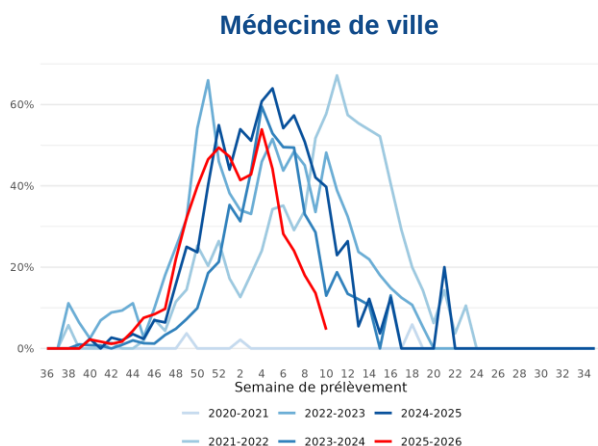
Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Virus grippaux

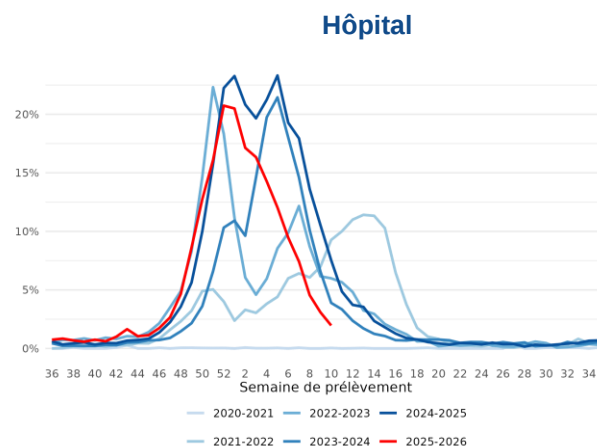
En semaine 10, le taux de positivité pour grippe continuait de diminuer par rapport à la semaine précédente en médecine de ville (4,6% vs 13,6%), en laboratoires d'analyses médicales (4,4% vs 12,1%) et à l'hôpital (2% vs 3,1%). Depuis la semaine 40, en médecine de ville, sur les 3 884 prélèvements analysés, 1 081 se sont avérés positifs pour la grippe (taux de positivité 27,8%) : parmi eux 1 082 étaient des virus de type A : 387 A(H1N1)_{pdm09}, 637 A(H3N2) et 58 A non sous-typés, et 5 étaient de type B, tous de lignage B/Victoria.

A l'hôpital (réseau RENAL/CNR), parmi les 303 240 prélèvements testés depuis la semaine 40, 29 235 se sont avérés positifs pour un virus grippal (9,6%), avec une très grande majorité de virus de type A : 24 505 virus de type A non sous-typés, 1 843 A(H1N1)_{pdm09}, 2 733 A(H3N2) et 154 virus de type B.

Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale

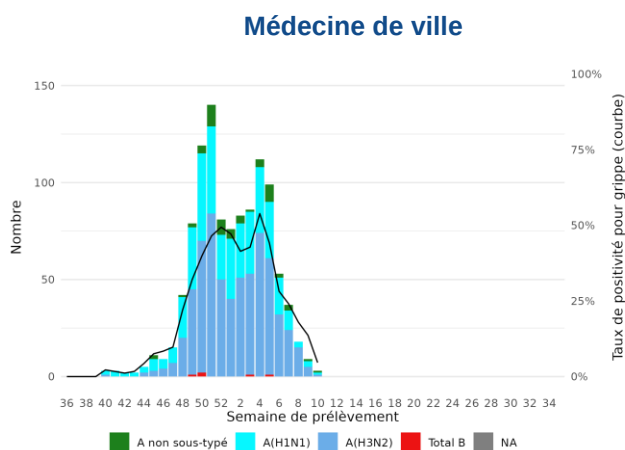


Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DMG Strasbourg, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR

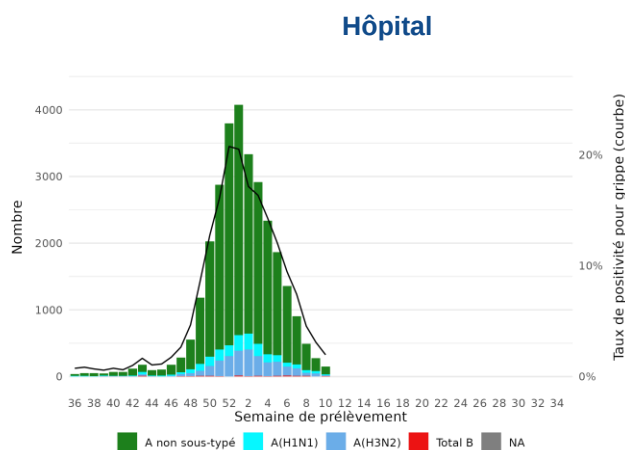


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

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



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



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Caractérisations antigénique et génétique des virus grippaux

En France hexagonale, un total de 419 virus influenza ont été séquencés par le CNR Virus des Infections Respiratoires entre les semaines 01 et 07/2026. Les virus A(H3N2) représentaient environ les deux tiers des échantillons séquencés (274/419 ; 65,4%), les virus A(H1N1)_{pdm09} le 3^e tiers (144/419 ; 34,4%), alors que seul un échantillon B/Victoria a été analysé. Ces chiffres confirment la tendance observée depuis le début de l'épidémie avec une co-circulation des deux sous-types de virus influenza de type A.

Parmi les virus A(H3N2), le sous-clade K était largement majoritaire (265/274 ; 96,7%) alors que les effectifs des sous-clades J2.2 (2), J2.3 (5) et J2.4 (2) étaient très faibles. Parmi les virus A(H1N1)_{pdm09}, le sous-clade D.3.1.1 était largement majoritaire (141/144 ; 97,9%) alors que les sous-clades C.1.9.3 (1) et D.3.1 (2) sont apparus de manière sporadique. Ces tendances sont observées depuis le début de l'épidémie marquée par une forte dominance des sous-clades K pour le sous-type A(H3N2) et D.3.1.1 pour le sous-type A(H1N1)_{pdm09}. L'unique échantillon B(Victoria) analysé appartenait au sous-clade C.5.6.

Les caractéristiques antigéniques de 248 virus A(H1N1)_{pdm09} ont été déterminées. Parmi ceux-ci, tous sauf trois (245/248) se sont révélés antigéniquement similaires au virus A/Victoria/4897/2022 inclus dans le vaccin 2024-2025 de l'hémisphère nord. Tous (144/144) 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 2025-2026 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.

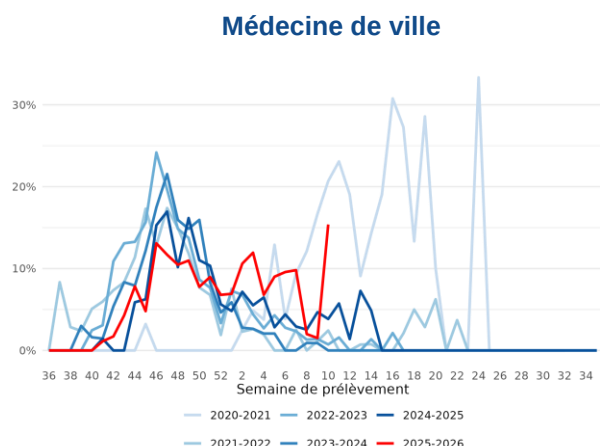
Pour plus d'informations sur les données virologiques issues du réseau RENAL de laboratoires hospitaliers et du réseau RELAB de laboratoires de biologie médicale, consultez [le bulletin hebdomadaire du Centre national de référence Virus des infections respiratoires](#)

VRS

En semaine 10, parmi les 65 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, 10 (15,4%) étaient positifs pour le VRS. Ce taux de positivité est à interpréter avec précaution du fait du faible nombre de prélèvements réalisés. Par ailleurs, cette tendance n'est pas retrouvée en virologie dans les laboratoires de ville et à l'hôpital.

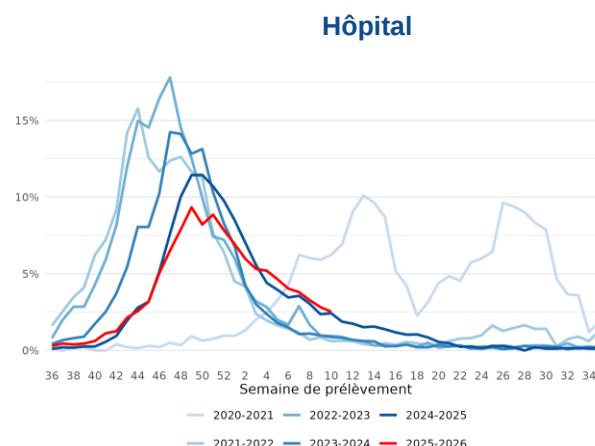
Parmi les 7 084 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 179 (2,5%) étaient positifs pour le VRS.

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



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

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

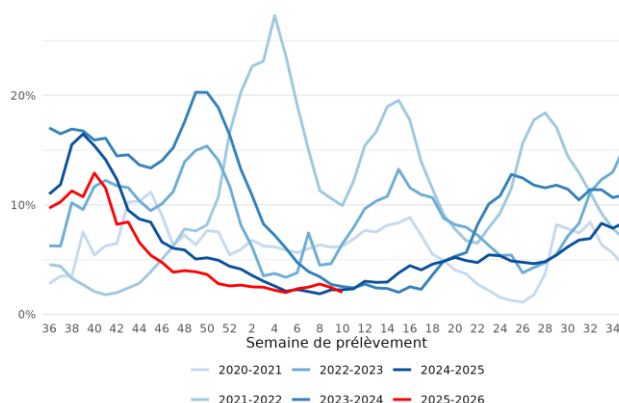


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

SARS-CoV-2

En semaine 10, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 2,0% (154/7 641) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,5% en S09).

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

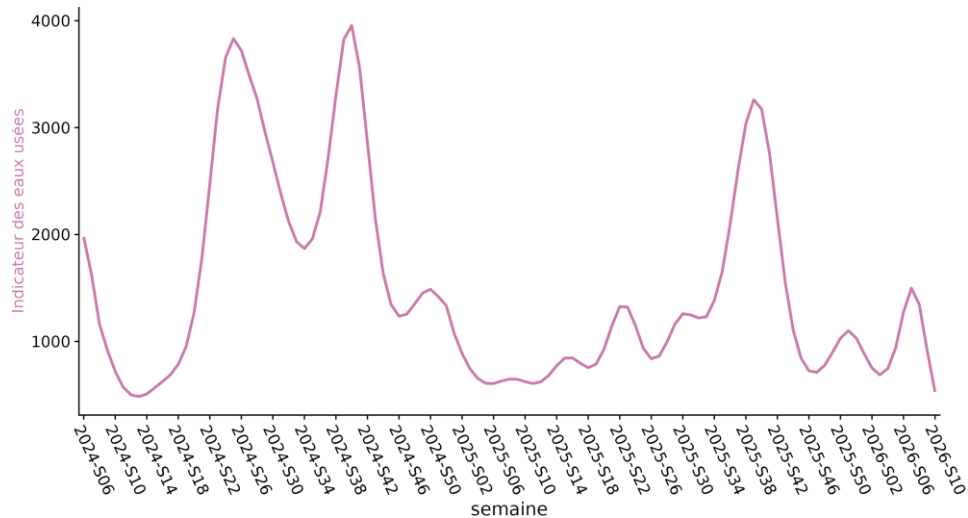


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Surveillance dans les eaux usées

La diminution du niveau de SARS-CoV-2 dans les eaux usées se poursuivait en semaine 10, l'intensité globale de circulation du virus atteignant un niveau très faible. 53 des 54 stations de traitement des eaux usées disposent de données interprétables.

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



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

Surveillance génomique

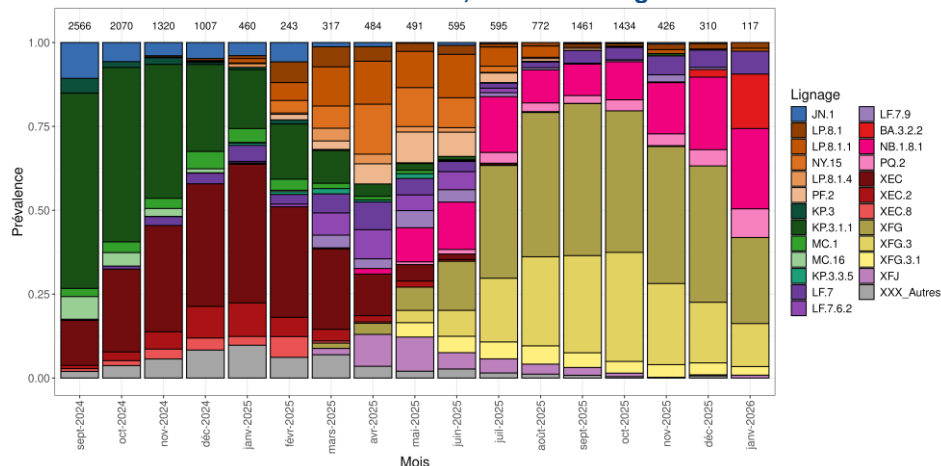
Dans l'Hexagone, en janvier 2026, le lignage XFG (recombinant LF.7/LP.8.1.2) a été le plus fréquemment détecté, avec une proportion de 25,6% (30/117) sans ses sous-lignages, suivi de NB.1.8.1 (descendant de XDV) avec une proportion de 23,9% (28/117), puis du clade BA.3.2.2, nouvellement installé dans l'Hexagone, avec une proportion de 16,2% (19/117) et devant XFG.3 avec une proportion de 12,8% (15/117). 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 41% (48/117) et 32,5% (38/117) 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 détectations 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, 866 séquences BA.3.2* ont été rapportées dans le monde dans la base de données GISAID, ce qui représente environ 0.3% du total des séquences disponibles (264890) au 16/02/2026. 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. Entre le 01/01/2026 et le 29/01/2026, 19 séquences ont été identifiées parmi 117 prélèvements collectés et disponibles sur la base de données Emergen, ce qui correspond à 16.2% 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

Prévention

Vaccination contre la grippe

Au 31 décembre 2025, la couverture vaccinale contre la grippe de l'ensemble des personnes ciblées par la vaccination, estimée parmi les bénéficiaires du régime général uniquement, était de 46,3%. Elle était de 53,3% chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Parmi elles, 29,0% se sont fait vacciner avec un vaccin amélioré préférentiellement recommandé pour les personnes de 65 ans et plus (Efluelda® ou Fluad®). Chez les personnes âgées de moins de 65 ans à risque de grippe sévère, la couverture vaccinale était de 27,1%.

Ces couvertures vaccinales sont supérieures à celles observées à la même date pour la saison 2024-2025 pour le régime général : 42,5% pour l'ensemble des personnes à risque (+ 3,8 points), 49,8% chez les personnes âgées de 65 ans et plus (+ 3,5 points) et 22,7% chez celles âgées de moins de 65 ans à risque de grippe sévère (+4,4 points).

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

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

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

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

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

Vaccination contre la COVID-19

Au 31 décembre 2025, la couverture vaccinale contre la COVID-19 de l'ensemble des personnes ciblées par la vaccination, estimée parmi les bénéficiaires du régime général uniquement, était de 12,9%. Elle était de 15,4% chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et de 5,9% chez celles âgées de moins de 65 ans à risque.

Ces couvertures vaccinales sont inférieures à celles estimées à la même date et avec une méthodologie commune pour la saison 2024-2025 pour le régime général : 16,4% pour l'ensemble des personnes à risque (-4,5 points), 19,7% chez les personnes âgées de 65 ans (-4,3 points) et plus et 7,4% (-1,5 point) chez celles âgées de moins de 65 ans à risque.

Le suivi de cette vaccination est fait à partir du remboursement de l'acte d'injection dans le SNDS et non par le remboursement d'une dose de vaccin comme pour la vaccination contre la grippe. Les couvertures vaccinales sont donc certainement sous-estimées du fait du possible non-enregistrement des actes d'injections dans la base des remboursements, lorsque les vaccinations ont été réalisées dans les établissements sanitaires, médico-sociaux incluant les Ehpad ou par certains professionnels vaccinateurs. Le niveau de sous-estimation ne peut cependant être évalué.

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

- les personnes âgées de 65 ans et plus,
- les personnes âgées de plus de 6 mois et atteintes de comorbidités ayant un risque élevé de forme grave de la maladie (hypertension artérielle compliquée, pathologies cardiaques, vasculaires, hépatiques, rénales, pulmonaires, diabète, obésité, cancers, personnes transplantées, personnes atteintes de trisomie 21, de troubles psychiatriques ou de démence),
- les personnes immunodéprimées,
- les femmes enceintes,
- les résidents en Ehpad (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 messenger, adapté au variant LP.8.1 (Laboratoire Pfizer-BioNTech).

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

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

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

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

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

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

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

2. Immunisation passive des nourrissons par un anticorps monoclonal

Les anticorps monoclonaux disponibles sont :

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

L'immunisation par les anticorps monoclonaux s'adresse

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

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

Vaccination contre les infections à virus respiratoire syncytial (VRS) chez la personne âgée

Dans le calendrier des vaccinations 2025, il est recommandé la vaccination des personnes âgées de 75 ans et plus, et des personnes âgées de 65 ans et plus présentant des pathologies respiratoires chroniques (notamment broncho pneumopathie chronique obstructive) ou cardiaques (notamment insuffisance cardiaque) susceptibles de fortement s'aggraver lors d'une infection à VRS.

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

Les vaccins disponibles sont le vaccin mRESVIA® (non remboursé actuellement), le vaccin Arexvy® (non remboursé actuellement) et le vaccin Abrysvo® (non remboursé actuellement pour les personnes de 60 ans et plus).

Gestes barrières

En complément des vaccinations et des traitements préventifs existants, l'adoption des gestes barrières reste indispensable pour se protéger et protéger son entourage de l'ensemble des maladies de l'hiver :

- Mettre un masque dès les premiers symptômes (fièvre, nez qui coule ou toux), dans les lieux fréquentés ou en présence de personnes fragiles.
- Se laver correctement et régulièrement les mains.
- Aérer régulièrement les pièces.

Depuis le 25 octobre 2025, Santé publique France, aux côtés du Ministère chargé de la Santé et de l'Assurance Maladie, diffuse une campagne visant à encourager l'adoption de ces trois gestes barrière.



Partenaires

Santé publique France remercie le large réseau d'acteurs sur lequel il s'appuie pour assurer la surveillance des infections respiratoires aiguës : médecine libérale et hospitalière, urgences, Centre national de référence Virus des infections respiratoires, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, surveillance microbiologique des eaux usées, sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence, Cnam, Inserm, Insee.

Pour en savoir plus

Surveillance intégrée des [IRA](#)

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

Surveillance syndromique [SurSaUD®](#)

Surveillance en [établissements médico-sociaux](#)

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

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

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

Indicateurs en open data : [Odissé](#)

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](#)

Equipe de rédaction

Sibylle Bernard-Stoecklin, Bruno Coignard, Anne Fouillet, Anabelle Gilg Soit Ilg, Rémi Hanguelhard, Frédéric Jourdain, 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 10 (2 au 8 mars 2026). Saint-Maurice : Santé publique France, 25 p.

Directrice de publication : Caroline Semaille.

Date de publication : 11 mars 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr