



Bulletin

Infections respiratoires aiguës

Semaine 11 (9 au 15 mars 2026). Publication : 18 mars 2026

ÉDITION NATIONALE

Tendances de la semaine

Infections respiratoires aiguës (IRA). Baisse de l'activité chez les adultes et stabilisation chez les enfants, en ville et à l'hôpital. Indicateurs revenus à leur niveau de base tous âges confondus.

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

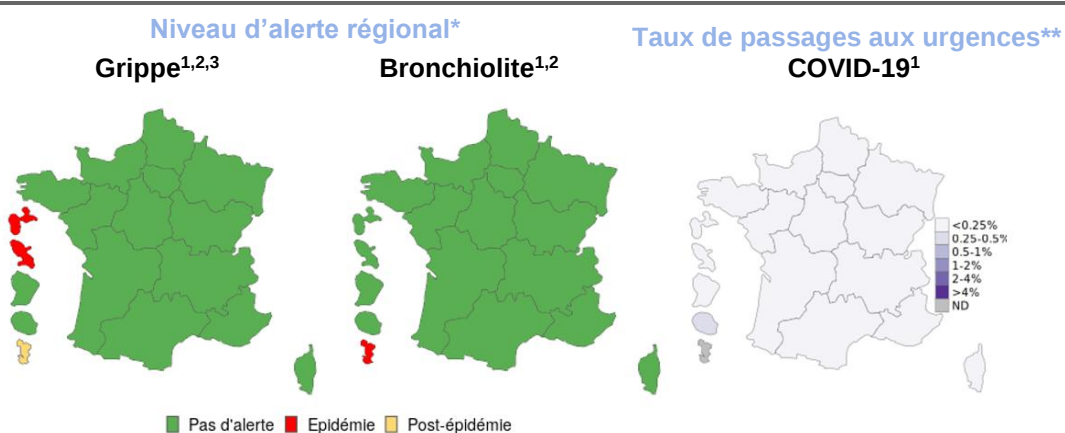
Bronchiolite. Indicateurs syndromiques à leur niveau de base au niveau national. Dans l'Hexagone, ensemble des régions au niveau de base. Poursuite de l'épidémie à Mayotte.

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

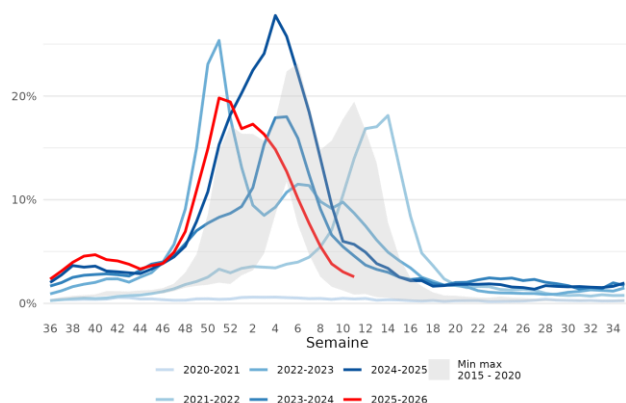
	IRA basses		Syndrome grippal		Bronchiolite (moins d'un an)		COVID-19	
Part de la pathologie parmi	S11	S11 vs S10	S11	S11 vs S10	S11	S11 vs S10	S11	S11 vs S10
Actes médicaux SOS Médecins	7,7%	-0,5 pt	2,6%	-0,5 pt	6,3%	+1,1 pt	0,2%	0 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	2,3%	-0,1 pt	0,2%	-0,1 pt	9,0%	-0,6 pt	0,1%	0 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	5,3%	-0,1 pt	0,2%	-0,1 pt	17,2%	+0,5 pt	0,1%	0 pt



* Méthodologie en [annexe](#). Antilles, Guyane : niveau d'alerte pour S10. ** Données non disponibles pour Mayotte.
Source : ¹ réseau OSCOUR®, ² SOS Médecins, ³ réseau Sentinelles

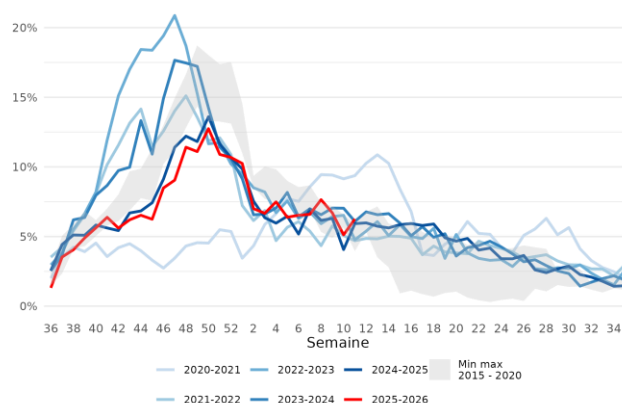
Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les [bulletins régionaux](#) de Santé publique France.

Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



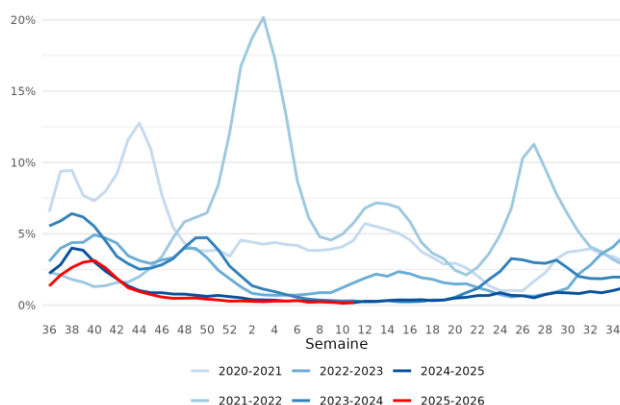
Source : SOS Médecins

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



Source : SOS Médecins

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



Source : SOS Médecins

Indicateurs virologiques

	Virus grippaux		VRS		SARS-CoV-2	
	S11	S11 vs S10	S11	S11 vs S10	S11	S11 vs S10
Taux de positivité des prélèvements						
Laboratoires de ville ^{1,2}	3,0%	-1,5 pt	4,5%	-0,6 pt	3,3%	-0,8 pt
Médecine de ville ^{1,3,*}	3,5%	-0,4 pt	3,5%	-11 pt	1,8%	-3,5 pt
Milieu hospitalier ^{1,4}	1,4%	-0,5 pt	2,3%	-0,1 pt	1,8%	-0,1 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 11, le recours aux soins pour infection respiratoire aiguë (IRA) diminuait globalement chez les adultes, contribuant à une baisse tous âges confondus. Chez les enfants, et plus particulièrement les moins de 5 ans, les consultations ont légèrement augmenté. En ville, la part d'activité pour IRA basse était à son niveau de base chez les 65 ans ou plus, mais demeurait à un niveau faible chez les enfants et les 15-64 ans d'après les données SOS Médecins. L'activité aux urgences était à son niveau de base dans toutes les classes d'âge.

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 étaient à leur niveau de base en ville et à l'hôpital avec des niveaux comparables à ceux de l'année précédente à la même période. Le taux de positivité pour le VRS était en diminution en ville et à l'hôpital tous âges confondus. Dans l'Hexagone, l'ensemble des régions était au niveau de base, avec le retour cette semaine de la Corse au niveau de base. En Outre-mer, Mayotte demeurait en épidémie. La Martinique, la Guadeloupe, 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. Le taux de positivité pour SARS-CoV-2 était en diminution en ville et stable à l'hôpital. L'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées continuait de diminuer, se situant à un niveau très faible. La part des décès de COVID-19 certifiés électroniquement était faible et stable.

Le nombre de nouveaux épisodes d'IRA dans les Établissements médico-sociaux (EMS) était en diminution en S10.

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.

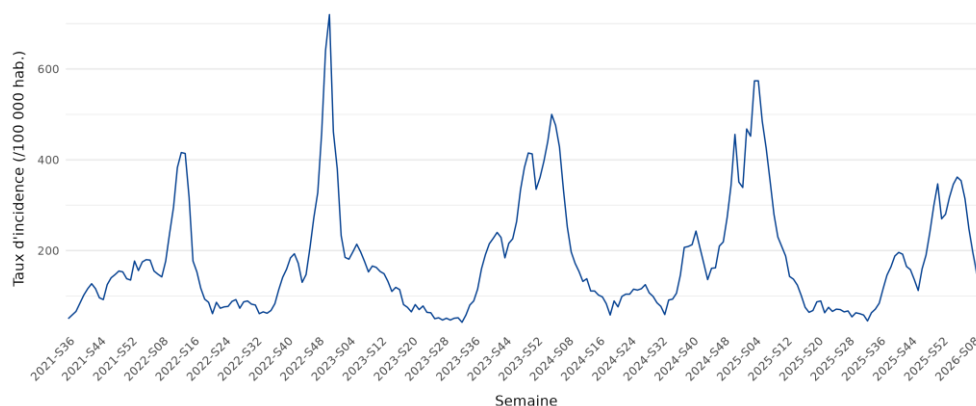
Ce bulletin constitue le dernier bulletin hebdomadaire pour la saison 2025-26. La surveillance des IRA se poursuivra jusqu'à la semaine 15 comme les années précédentes. Un bilan de la saison hivernale sera publié le 15 avril 2026 sur le site de Santé publique France.

Médecine de ville

En semaine 11, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 107 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 92 -122] (données non consolidées) vs 136 [128-143] en S10.

A noter que les données issues d'IQVIA n'étant pas disponibles cette semaine, ces estimations sont à interpréter avec précaution.

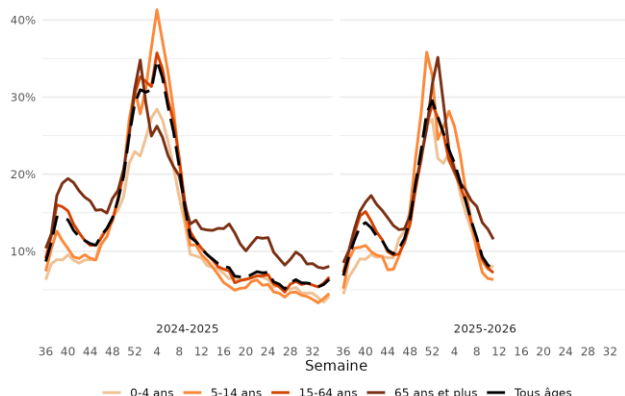
Estimation de l'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale*



Source : réseau Sentinelles, IQVIA

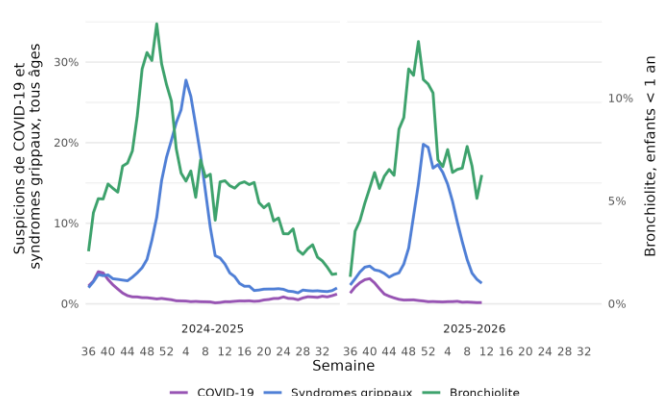
En semaine 11, 6 864 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 7,7% de l'ensemble des actes (vs 8,2% en S10). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 2 284, soit 2,6% (vs 3,0% en S10). Un total de 152 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins d'un an, soit 6,3% (vs 5,1% en S10) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 148, soit 0,2% des actes SOS Médecins (vs 0,2% en S10).

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

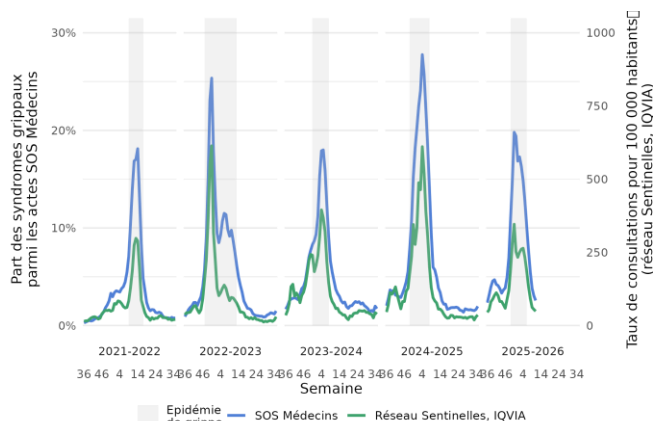
Grippe

En semaine 11, le taux de consultations tous âges confondus pour syndrome grippal estimé à partir des données du réseau Sentinelles et IQVIA était de 49 pour 100 000 habitants [IC95% : 39-59] (données non consolidées) vs 55 pour 100 000 habitants [51-60] en S10.

A noter que les données issues d'IQVIA n'étant pas disponibles cette semaine, ces estimations sont à interpréter avec précaution.

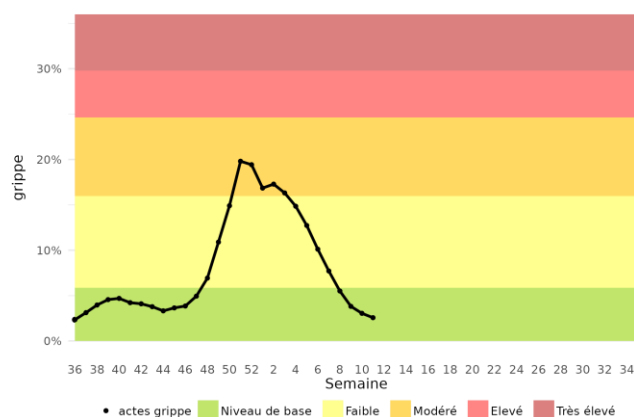
En semaine 11, le recours aux soins pour syndrome grippal en médecine de ville était en baisse et à son niveau de base dans toutes les classes d'âge.

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



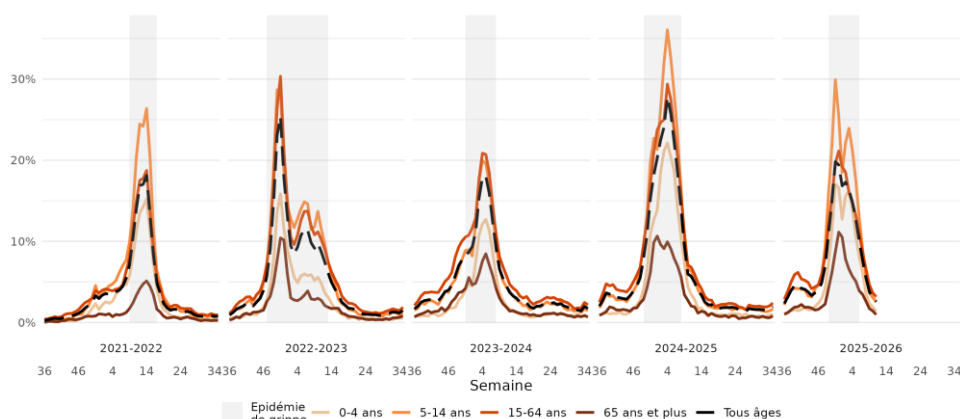
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins

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



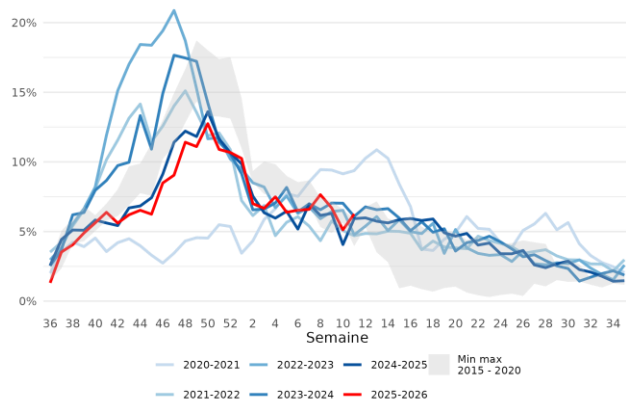
Source : SOS Médecins

Bronchiolite

En semaine 11, parmi les 2 428 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 1 an, 152 actes (6,3%) étaient liés à la bronchiolite.

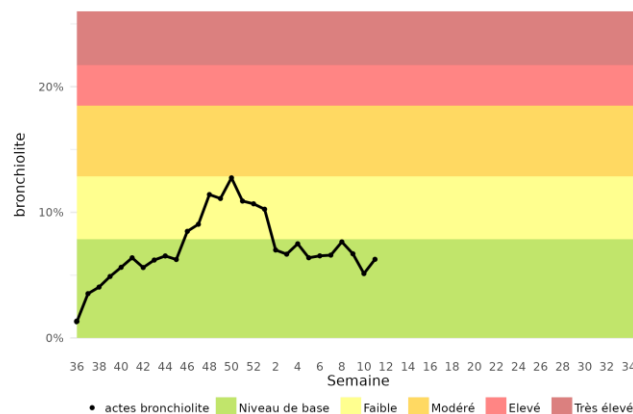
La part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins augmentait en S11 en médecine de ville. Toutefois, les consultations pour bronchiolite demeuraient à leur niveau de base.

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



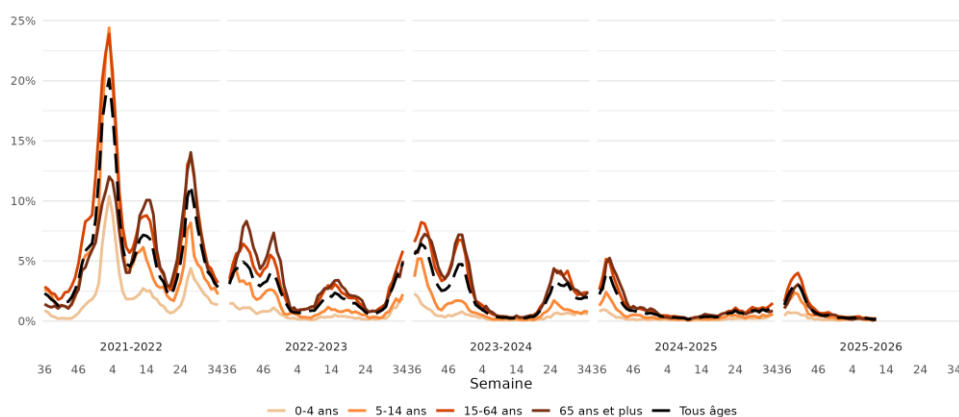
Source : SOS Médecins. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

En semaine 11, 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 4 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 1-6] (données non consolidées) vs 2 [1-3] en S10.

En semaine 11, le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 148, soit 0,2% des actes SOS Médecins (vs 0,2% en S10). La part des actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était faible. Douze actes ont été enregistrés chez les 65 ans et plus, soit 0,1% (vs 0,1% en S10). Chez les 15-64 ans, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était de 114, soit 0,2% (vs 0,2% en S10). Chez les 5-14 ans, 14 actes ont été enregistrés, soit 0,1% (vs 0,1% en S10). Chez les 0-4 ans, 8 actes ont été enregistrés, soit 0,1% (vs 0,1% en S10).

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



Source : SOS Médecins

Milieu hospitalier

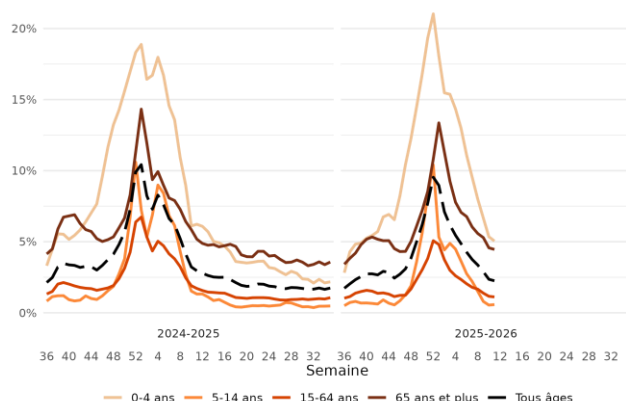
En semaine 11, 7 731 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 2,3% de l'ensemble des passages tous âges (vs 2,4% en S10). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 3 747, soit 5,3% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 5,4% en S10). La part des IRA parmi les passages aux urgences était à son niveau de base tous âges confondus.

Le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal était de 786, soit 0,2% des passages (vs 0,3% en S10). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 124, soit 0,2% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,3% en S10).

Chez les moins d'un an, 884 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 9,0% des passages dans cette classe d'âge (vs 9,6% en S10). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 318, soit 17,2% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 16,7% en S10).

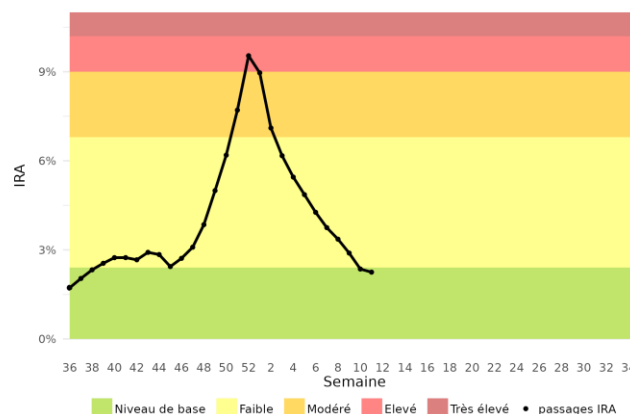
En semaine 11, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 184, soit 0,1% de l'ensemble des passages (vs 0,1% en S10). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 52, soit 0,1% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,1% en S10).

Part des IRA basses parmi les passages aux urgences



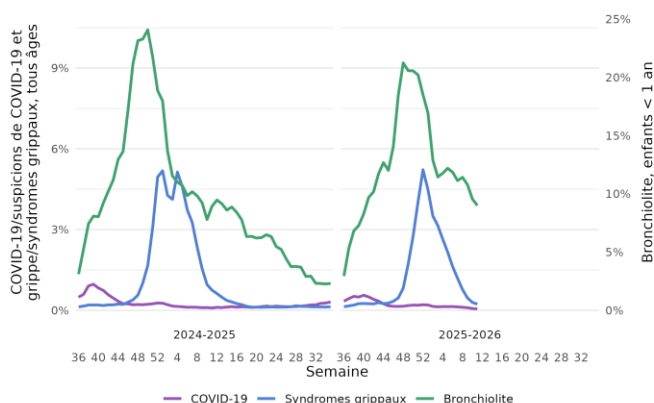
Source : réseau OSCOUR®

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



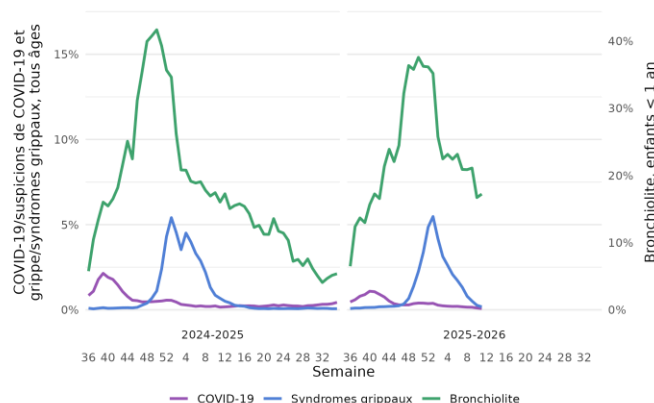
Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en [annexe A et B](#)

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

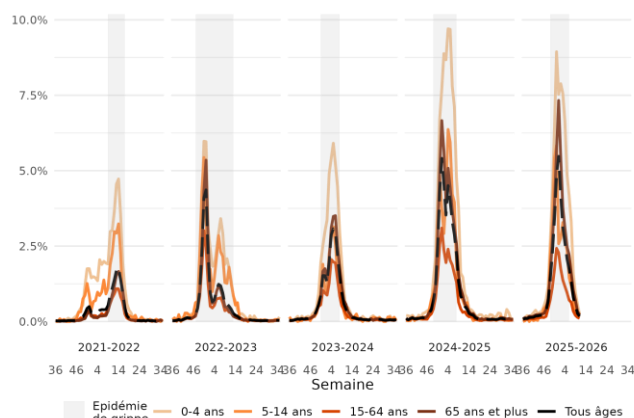


Source : réseau OSCOUR®

Grippe

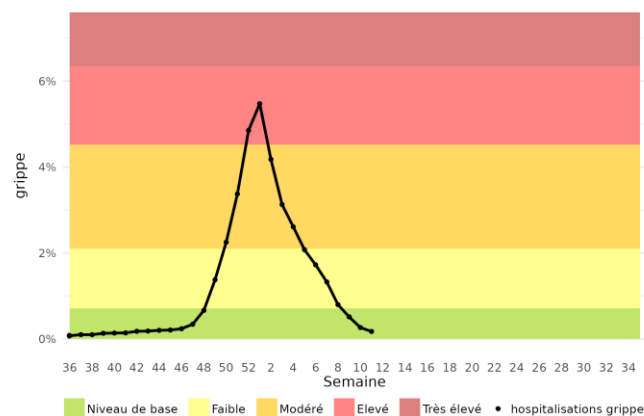
En semaine 11, la part de la grippe parmi les hospitalisations après passage aux urgences continuait de diminuer et était revenue à son niveau de base dans toutes les classes d'âge.

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

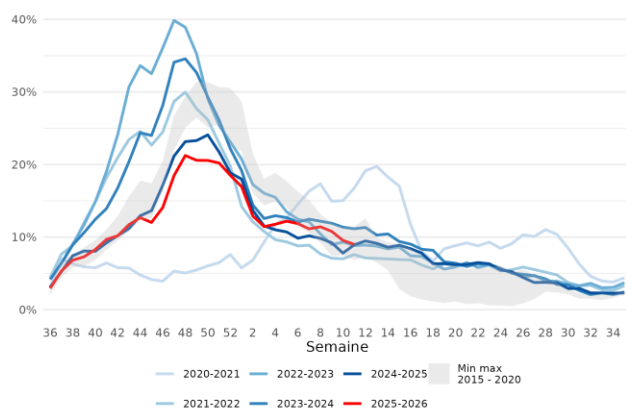
En semaine 11, chez les moins de 1 an, la bronchiolite concernait 9,0% des passages aux urgences et 17,2% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 884 enfants de moins de 1 an vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 11, 318 (36,0%) ont été hospitalisés.

La part de la bronchiolite parmi les passages aux urgences diminuait et celle des hospitalisations après passage augmentait très légèrement. La part de la bronchiolite parmi les hospitalisations demeurait à son niveau de base.

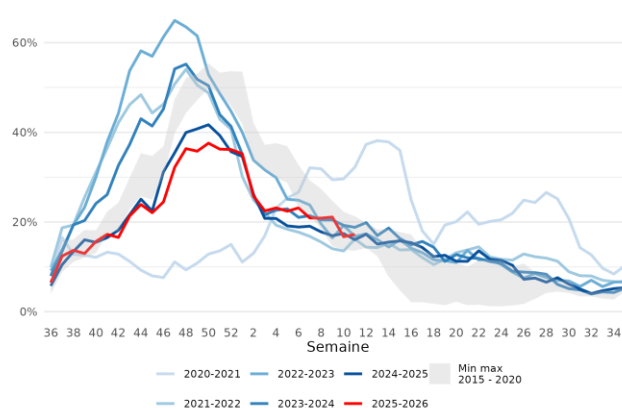
Part de la bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

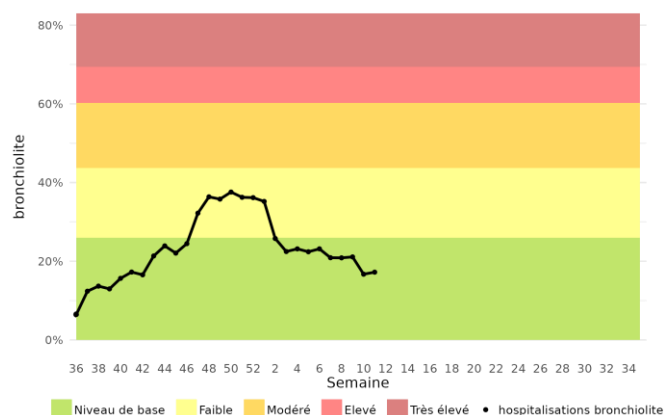
Hospitalisations après passage



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*



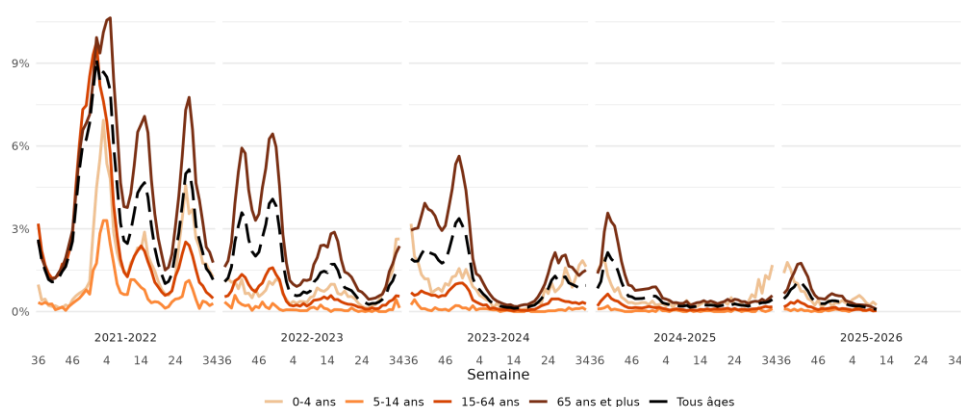
Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en [annexe](#)

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 11. Un total de 31 hospitalisations a été enregistré chez les 65 ans et plus, soit 0,1% (vs 0,1% en S10), neuf hospitalisations chez les 15-64 ans, soit 0,0% (vs 0,0% en S10), deux hospitalisations chez les 5-14 ans, soit 0,1% (vs 0,0% en S10), et 10 hospitalisations chez les 0-4 ans, soit 0,2% (vs 0,3% en S10).

Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 2 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S11, soit 0,1% (vs 0,1% en S10).

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, 1 345 cas de grippe, 189 cas de COVID-19 et 228 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 = 1345 (76%)		COVID-19 N = 189 (11%)		Infection à VRS N = 228 (13%)	
	N	%	N	%	N	%
Sexe						
Femme	558	42%	67	35%	124	55%
Homme	777	58%	121	64%	103	45%
Indéterminé	9	1%	1	1%	0	0%
Non renseigné	1		0		1	
Classes d'âge (années)						
< 2	45	3%	2	1%	0	0%
2-17	74	6%	4	2%	0	0%
18-64	470	35%	58	31%	83	36%
65 et plus	751	56%	125	66%	145	64%
Non renseigné	5		0		0	
Données virologiques grippales						
A, sans précision	951	78%	-		-	
A(H1N1) _{pdm09}	128	10%	-		-	
A(H3N2)	142	12%	-		-	
B	3	0%	-		-	
Co-infection virus grippaux	1	0%	-		-	
Non renseigné	120		189		228	
Présence de comorbidité(s)						
	1 185	88%	168	89%	215	94%
Vaccination grippe pour la saison en cours						
Oui	270	30%	18	20%	55	44%
Non	644	70%	72	80%	71	56%
Non renseigné	431		99		102	
Vaccination COVID-19 depuis moins de 6 mois						
Oui	119	14%	14	14%	31	25%
Non	726	86%	85	86%	92	75%
Non renseigné	500		90		105	
Syndrome de détresse respiratoire aiguë						
Aucun	651	52%	99	55%	124	58%
Mineur	153	12%	8	4%	23	11%
Modéré	250	20%	37	20%	51	24%
Sévère	210	17%	37	20%	16	7%
Non renseigné	81		8		14	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive						
Aucune	52	4%	10	5%	5	2%
Ventilation non-invasive	819	61%	108	58%	143	64%
Ventilation invasive	446	33%	68	36%	75	34%
Assistance extracorporelle	20	1%	1	1%	0	0%
Non renseigné	8		2		5	

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

Parmi les 1 345 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 (1223/1226). Parmi les 914 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 70% n'étaient pas vaccinés contre la grippe. Au total, 192 décès ont été signalés, dont 148 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

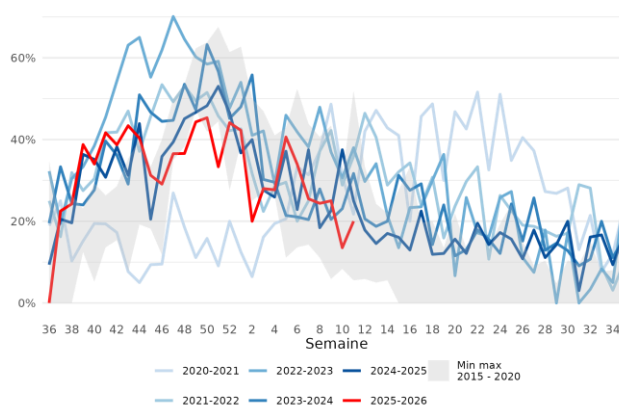
Parmi les 189 cas de COVID-19, 66% avaient 65 ans ou plus. La présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 89% des cas. Parmi les 99 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 86% n'étaient pas vaccinés contre la COVID-19 au cours des 6 derniers mois. Au total, 43 décès ont été signalés, dont 38 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Parmi les 228 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, 27 décès ont été signalés, dont 25 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Bronchiolite

En semaine 11, 9 hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an ont été enregistrées, soit 20,0% de l'ensemble des hospitalisations en service de réanimation dans cette classe d'âge (vs 13,5% en S10).

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, 480 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 310 et 102 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 159 cas (33%). Parmi les 333 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 = 480	
		N	%
Sexe			
	Fille	206	43%
	Garçon	268	57%
	Non renseigné	6	
Classes d'âge (mois)			
	< 1	55	12%
	1-2	181	38%
	3-5	82	17%
	6-11	102	22%
	12-24	53	11%
	Non renseigné	7	
Agent pathogène (seul ou en co-infection)*			
	VRS	310	65%
	Rhinovirus/Entérovirus	102	21%
	Métapneumovirus	26	5%
	SARS-CoV-2	5	1%
	Parainfluenzae virus	17	4%
	Grippe	20	4%
	Adénovirus	17	4%
	Coronavirus saisonnier	10	2%
	Bocavirus	6	1%
	Autre pathogène	2	0%
	Non identifié/Non recherché	26	5%
Présence de comorbidité(s) et/ou prématurité**			
	Prématurité	135	28%
	Pathologie cardiaque	77	16%
	Pathologie pulmonaire	32	7%
	Pathologie rénale	34	7%
	Pathologie neuromusculaire	2	0%
	Pathologie métabolique	5	1%
	Immunodépression	1	0%
	Autre(s) comorbidité(s)	1	0%
Traitement préventif pour le VRS			
	Nirsevimab (Beyfortus®)	26	5%
	Palivizumab (Synagis®)	159	33%
	Non renseigné	154	32%
		2	0%
		3	1%
Vaccination de la mère contre le VRS			
	Aucun	255	77%
	Oui	78	23%
	Non renseigné	147	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive			
	Ventilation non invasive	247	53%
	Oxygénothérapie à haut-débit	203	43%
	Ventilation invasive	19	4%
	Assistance extracorporelle	1	0%
	Non renseigné	10	
Décès			
		4	1%

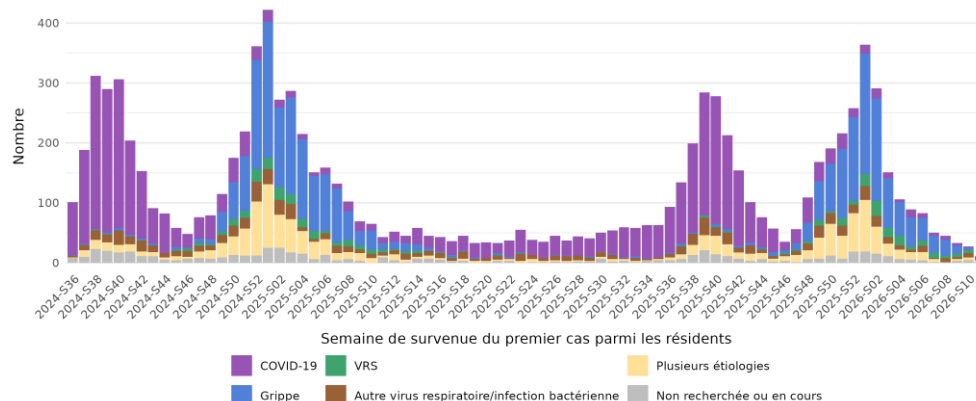
Source : réseau de services de réanimation sentinelles pédiatriques. Compte tenu des arrondis, la somme des pourcentages peut être différente de 100%. * Plusieurs agents pathogènes possibles pour un patient (co-infections). Le total est supérieur à 100%. ** Seules les comorbidités les plus fréquentes sont décrites. Plusieurs comorbidités possibles pour un patient

Établissements médico-sociaux

Depuis la semaine 40, 3 162 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 2 910 (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, 2 993 (95%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 1 143 (38,2%) étaient exclusivement attribués à la grippe, 919 (30,7%) exclusivement attribués à la COVID-19 et 158 exclusivement au VRS (5,3%). Le VRS était seul ou associé à un autre pathogène dans 355 épisodes (11,9%).

Un total de 27 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 10 (données non consolidées) vs 33 en S09. Parmi eux, 4 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 14 en S09), 5 étaient attribués exclusivement à une infection à VRS (vs 5 en S09) et 2 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 4 en S09).

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



S11 et S10 : 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

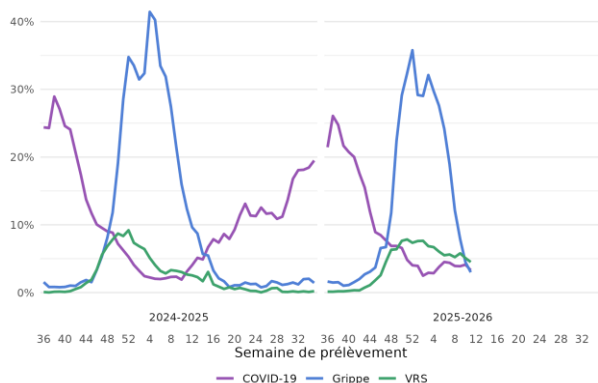
En semaine 11, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 3,0% (55/1 833) pour les virus grippaux (vs 4,5% en S10), 4,5% (80/1 772) pour le VRS (vs 5,1% en S10), 3,3% (61/1 845) pour le SARS-CoV-2 (vs 4,1% en S10).

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 3,5% (2/57) pour les virus grippaux (vs 3,9% en S10), 3,5% (2/57) pour le VRS (vs 14,5% en S10), 1,8% (1/57) pour le SARS-CoV-2 (vs 5,3% en S10) et 24,6% (14/57) pour le rhinovirus (vs 9,2% en S10).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 1,4% (92/6 597) pour les virus grippaux (vs 1,9% en S10), 2,3% (152/6 624) pour le VRS (vs 2,4% en S10), 1,8% (120/6 648) pour le SARS-CoV-2 (vs 1,9% en S10) et 11,0% (419/3 814) pour le rhinovirus (vs 10,5% en S10).

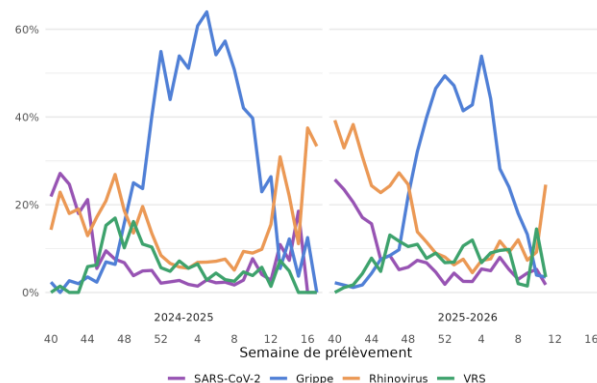
Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale

Laboratoires de biologie médicale en ville



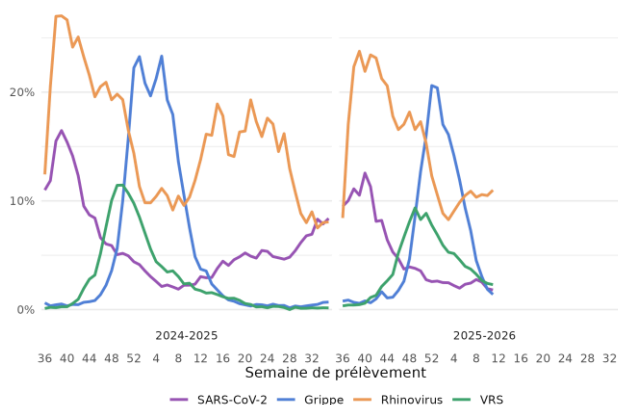
Source : réseau RELAB, CNR-VIR

Médecine de ville



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

Hôpital



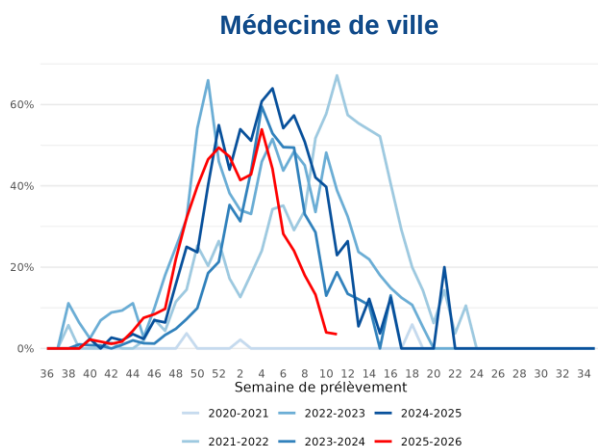
Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Virus grippaux

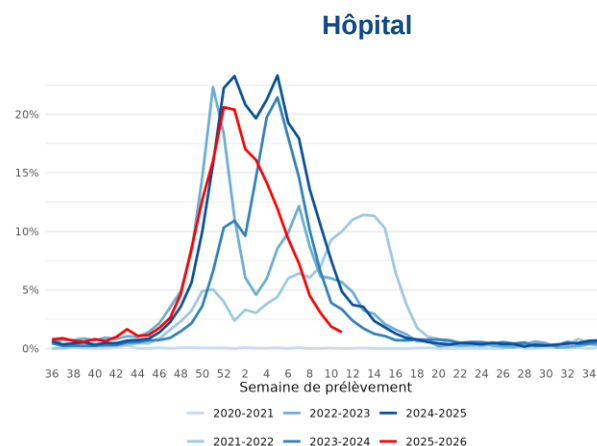
En semaine 11, le taux de positivité pour grippe diminuait très légèrement par rapport à la semaine précédente en médecine de ville (3,5% vs 3,9%), en laboratoires d'analyses médicales (3% vs 4,5%) et à l'hôpital (1% vs 2%). Depuis la semaine 40, en médecine de ville, sur les 3 954 prélèvements analysés, 1 083 se sont avérés positifs pour au moins un virus grippal (taux de positivité 27,4%) : parmi eux 1 084 virus de type A ont été détectés : 388 A(H1N1)_{pdm09}, 638 A(H3N2) et 58 A non sous-typés, et 5 étaient positifs pour un virus de type B, tous de lignage B/Victoria.

A l'hôpital (réseau RENAL/CNR), parmi les 322 403 prélèvements testés depuis la semaine 40, 30 086 se sont avérés positifs pour un virus grippal (9,3%), avec une très grande majorité de virus de type A : 25 327 virus de type A non sous-typés, 1 851 A(H1N1)_{pdm09}, 2 739 A(H3N2) et 169 virus de type B.

Taux de positivité pour grippe des prélèvements réalisés en France hexagonale

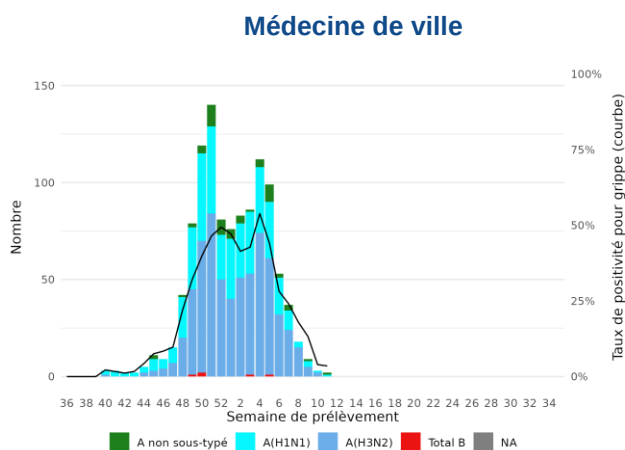


Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DMG Strasbourg, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR

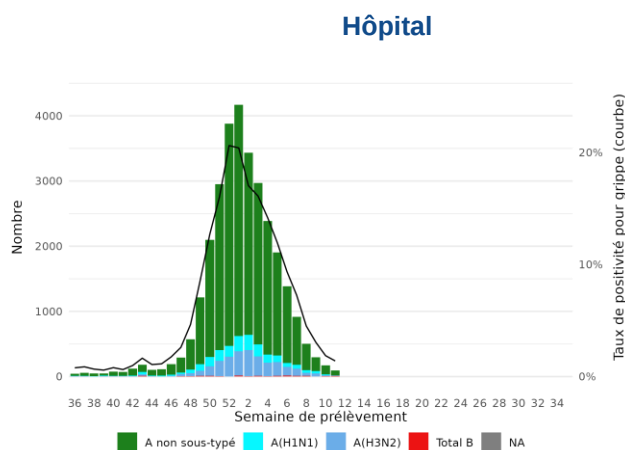


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

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

Au cours de la saison épidémique de 2025-2026 (semaine 40 de l'année 2025 - semaine 11 de l'année 2026), le CNR virus des infections respiratoires a séquencé un total de 2 502 virus influenza. Les virus A(H3N2) représentent 54,6% des échantillons séquencés (1 367/2 502) et les virus A(H1N1)_{pdm09} 44,80% (1 121/2 502). Seuls 14 échantillons B(Victoria) ont été analysés pendant cette période, représentant 0,6% des échantillons du CNR. Il est à noter que les virus A(H1N1)_{pdm09} étaient prédominants jusqu'à la semaine 50, puis ont été remplacés par les virus A(H3N2) qui ont rapidement représenté environ les deux tiers des échantillons analysés par semaine.

Parmi les virus A(H3N2), le sous-clade K est largement majoritaire (1 305/1 367 ; 95,5%) tandis que les effectifs des sous-clades J.2 (7), J.2.2 (8), J.2.3 (27) et J.2.4 (20) représentent 4,5% des échantillons de sous-type H3N2. Il est à noter que le sous-clade K a toujours été majoritaire au cours de l'épidémie, même si ses proportions étaient légèrement moins dominantes au début de celle-ci.

Concernant les virus A(H1N1)_{pdm09}, la grande majorité appartiennent au sous-clade D.3.1.1 (1 054/1 121 ; 94%) tandis que les sous-clades C.1.9.3 (9) et D.3.1 (58) représentent 6% des échantillons du CNR. A l'instar du sous-clade K pour H3N2, le sous-clade D.3.1.1 a été majoritaire tout au long de l'épidémie, même si ses proportions étaient parfois moins importantes au début de celle-ci.

Parmi les quatorze échantillons positifs pour un virus de type B/Victoria, le sous-clade C.5.6 est majoritaire (7/14 ; 50%), suivi des sous-clades C.5.6.1 et C.3.1 (tous deux à 21,4% soit 3/14), tandis qu'un seul échantillon C.5.7 a été analysé par le CNR.

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.

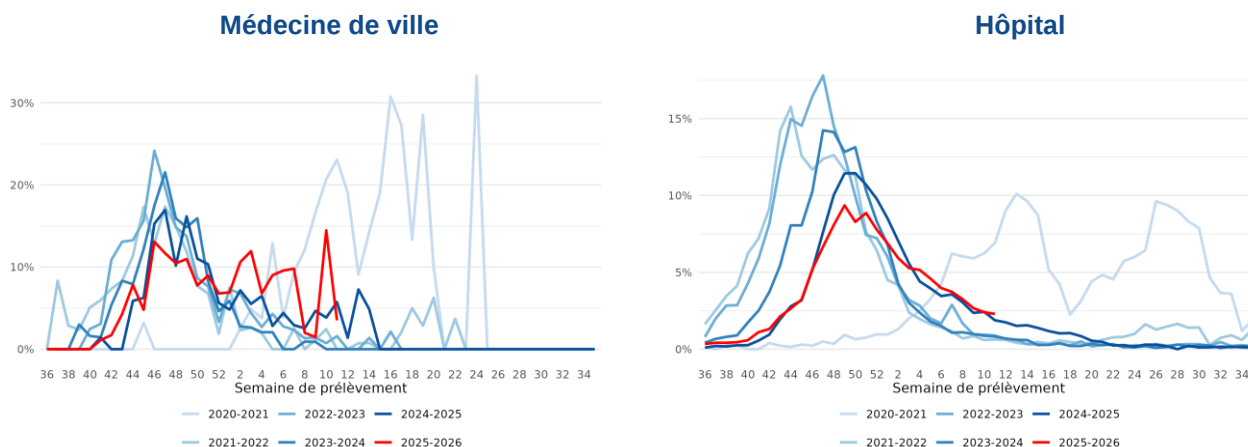
Les caractéristiques antigéniques de 132 virus A(H3N2) ont été déterminées. La majorité de ces virus (83/132 ; 62,9 %) étaient mal reconnus par les antisérums produits contre le virus A/District of Columbia/27/2023 (clade 2a.3a.1, sous-clade J.2) incluse dans le vaccin 2025-2026 de l'hémisphère nord. 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 11, parmi les 57 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, 2 (3,5%) étaient positifs pour le VRS. Parmi les 6 624 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 152 (2,3%) 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

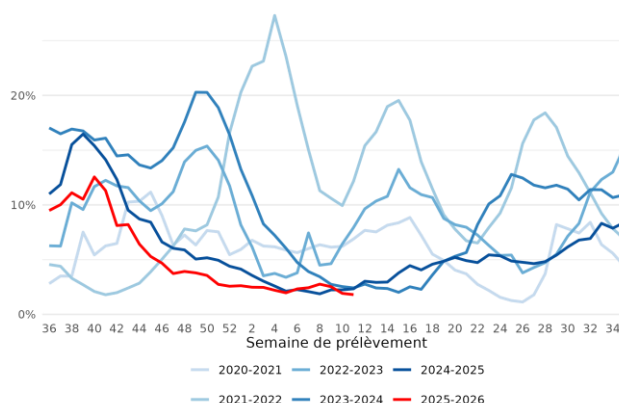
Source : réseau RENAL, CNR-VIR

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

SARS-CoV-2

En semaine 11, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 1,8% (120/6 648) pour le SARS-CoV-2 (vs 1,9% en S10).

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

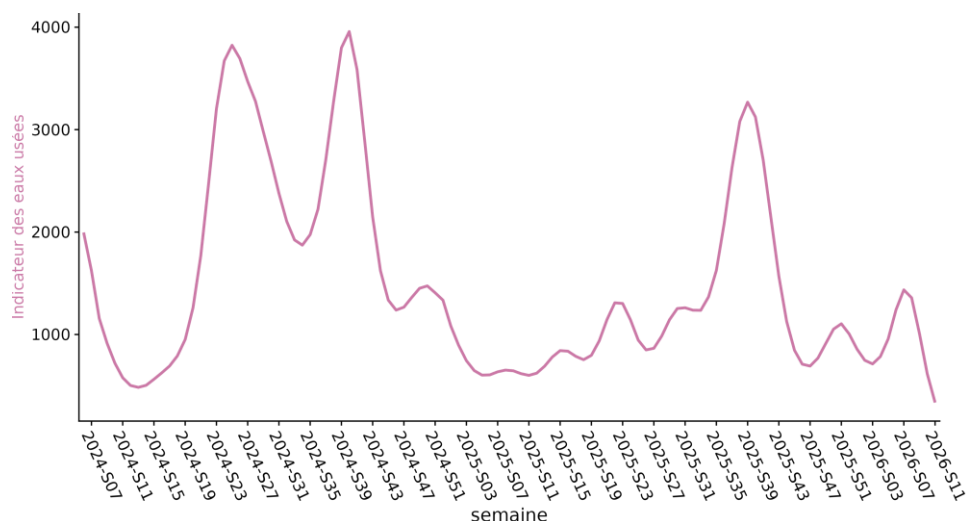


Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Surveillance dans les eaux usées

La tendance à la baisse de la circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées se poursuit en semaine 11 avec un niveau de circulation très faible pour l'ensemble des sites suivis. 52 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 février 2026, le lignage RE.2.2 (descendant de BA.3.2.2) est le plus fréquemment détecté, avec une proportion de 33,8% (48/142) sans ses sous-lignages, suivi de PQ.2 (descendant de NB.1.8.1) et XFG.17.2.1 avec chacun une proportion de 8,5% (12/142), et devant RP.1 (descendant de XFG.1.1.1) avec une proportion de 7,7% (11/142).

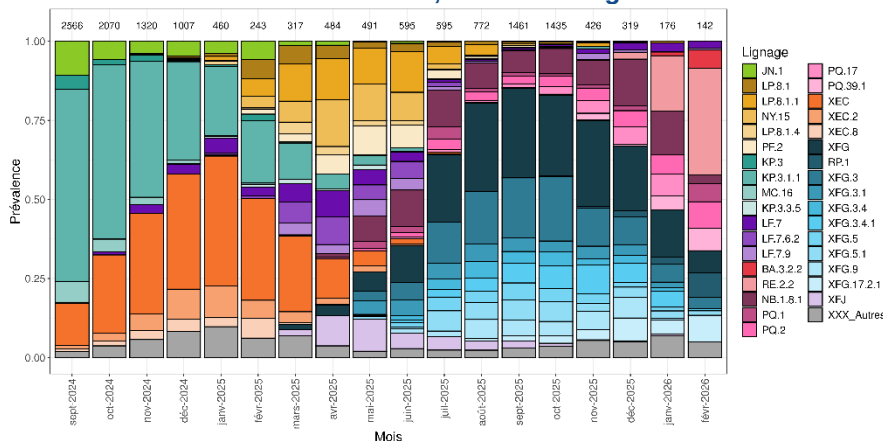
Au total, sur le dernier mois analysé, les lignages BA.3.2, XFG et NB.1.8.1 accompagnés de l'ensemble de leurs sous lignages (incluant ceux présents à plus de 5% sur la figure), représentaient respectivement 39,4% (56/142), 28,9% (41/142) et 23,9% (34/142) de l'ensemble des séquences détectées dans l'Hexagone.

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



Mortalité

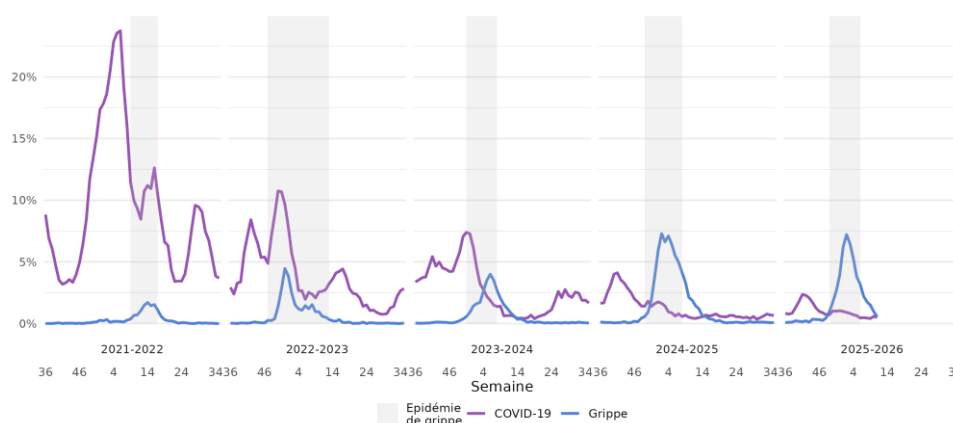
Certification électronique

En semaine 11, parmi les 7 207 décès déclarés par certificat électronique, 0,6% l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (vs 1,0% en S10). La COVID-19 était mentionnée dans 0,5% des décès (vs 0,6% en S10).

La part des décès avec une mention de grippe parmi l'ensemble des décès certifiés électroniquement était faible et continuait de diminuer (0,6 vs 0,9%). Parmi les décès liés à la grippe déclarés depuis S40/2025, 94,6% concernaient des personnes de 65 ans et plus, 5,2% des personnes âgées de 15 à 64 ans et 0,2% des enfants de moins de 15 ans.

En progression, le déploiement du dispositif de certification électronique recouvrait, fin 2024, 50% de la mortalité nationale, variant de 25% (Bourgogne-Franche-Comté) à 67% (Auvergne-Rhône-Alpes) selon les régions de l'Hexagone. La part des décès certifiés électroniquement est également hétérogène selon le type de lieu de décès (environ 70% des décès survenant en établissements hospitaliers, près de 34% en Ehpad et 15% à domicile).

Part des décès avec une mention de grippe et COVID-19 parmi l'ensemble des décès certifiés par voie électronique

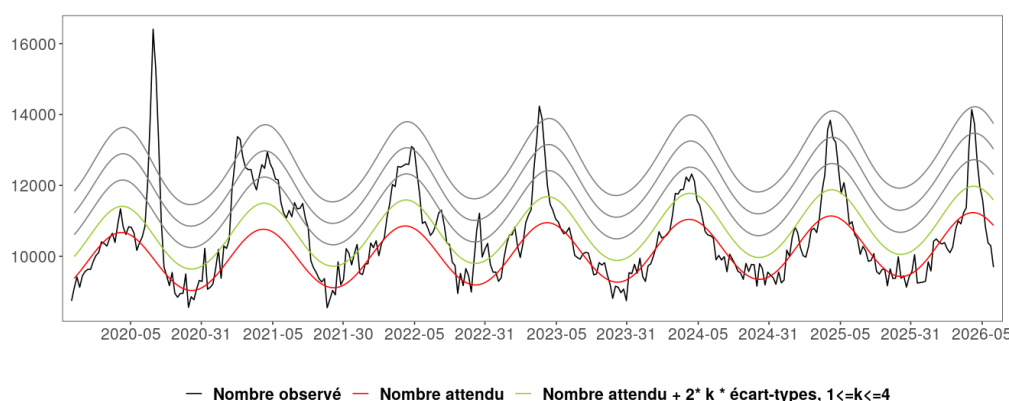


Source : Inserm-CépiDc ; Traitement : Santé publique France

Mortalité toutes causes

Au niveau national, le nombre de décès toutes causes confondues transmis par l'Insee était dans les marges de fluctuation habituelle dans toutes les classes d'âges en S09.

Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges, 2018 à 2026 (jusqu'en semaine 10)



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

Prévention

Vaccination contre la grippe

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

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

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

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

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

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

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

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, 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 11 (9 au 15 mars 2026). Saint-Maurice : Santé publique France, 25 p.

Directrice de publication : Caroline Semaille.

Date de publication : 18 mars 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr