



Date de publication : 30 juillet 2026

ÉDITION NATIONALE

Bilan annuel 2025 des infections à entérovirus et bilan provisoire 2026

SOMMAIRE

Éditorial	1
Points clés	2
Rappel sur les infections à entérovirus	3
Surveillance des infections à entérovirus en France hexagonale : bilan 2025 et données provisoires en juin 2026	4
Données de la surveillance des infections à entérovirus dans les DROM	9
Prévention	10

Santé publique France et le CNR des entérovirus et parechovirus, dans le cadre de leurs missions de surveillance épidémiologique, de vigilance et d'alerte, présentent l'ensemble des indicateurs de surveillance des infections à entérovirus de l'année 2025 et les données provisoires en juin 2026.

Éditorial

Les infections à entérovirus (EV) ont un large spectre de manifestations cliniques non spécifiques (fièvre, éruption, méningite, bronchiolite, asthme ...) et le plus souvent bénignes. Toutefois, certaines infections peuvent s'accompagner d'atteintes sévères, en fonction de l'âge (ex. : nouveau-nés), du statut immunitaire (ex. : déficit de l'immunité humorale) ou du type d'EV. Ainsi, les infections à EV-A71 ou EV-D68 peuvent s'accompagner d'atteintes neurologiques sévères.

Toute fièvre associée à une symptomatologie neurologique doit faire suspecter une méningite et impose une consultation médicale. Les EV représentent la première étiologie des méningites aiguës et doivent être recherchés en parallèle de l'examen cyto-bactériologique. Depuis 1996, le Centre national de référence (CNR) des entérovirus et parechovirus et Santé publique France ont mis en place une surveillance active de la circulation des types d'EV à travers un réseau de laboratoires hospitaliers, reposant sur le géotypage des échantillons positifs pour la recherche d'EV et de parechovirus, y compris hors liquide cébrospinal (LCS).

Après la levée des mesures barrières mises en place lors de l'épidémie de COVID-19, une reprise progressive de la circulation des entérovirus a été observée depuis 2022 avec, en 2025, une épidémie estivale et un rebond automnal d'infections à EV de plus faible ampleur qu'en 2024 et 2023. En 2026, une hausse régulière des passages aux urgences pour méningites virales est observée depuis mi-mai, comme en 2025 (réseau OSCOUR). La vigilance et le respect des règles d'hygiène restent essentielles durant la période estivale pour limiter leur transmission, notamment aux personnes immunodéprimées et femmes enceintes.

En partenariat avec :



ENTEROVIRUS

Points clés

Bilan de l'année 2025

- Au total, 1 541 infections à EV rapportées, soit plus de deux fois moins qu'en 2024 (n=3 778) qui avait été marquée par une épidémie estivale d'ampleur similaire aux années pré-covid suivie d'une épidémie automnale d'infections à EV-D68 d'ampleur importante.
- 1 000 cas de méningites à EV avec une épidémie estivale de plus faible ampleur que les deux années précédentes. Les types prédominants étaient les echovirus 9 (E9), E6 et coxsackievirus B4 (CVB4).
- Infections néonatales : 249 cas représentant 16% des infections à EV (vs 494 soit 13 % des infections en 2024). Une infection sévère a été rapportée chez 19 enfants (7,6 %) ; 1 nouveau-né est décédé. Les formes sévères étaient associées majoritairement à des coxsackievirus B (n=8, dominé par le CVB1) associés à des atteintes hépatiques, myocardites ou une défaillance multiviscérale.
- Atteintes neurologiques sévères : 47 patients ont présenté une atteinte neurologique sévère, dont 24 un état de mal épileptique et 16 un tableau d'encéphalite. Parmi ces derniers, huit (50 %) présentaient un facteur de risque d'infection sévère, lié à un déficit immunitaire humoral, qu'il soit congénital ou acquis. Les cérébellites et déficits moteurs étaient rapportés chez 4 et 3 patients, respectivement. Vingt-trois types différents ont été retrouvés dans ces atteintes neurologiques sévères. Sept décès ont été rapportés dont 3 chez des patients immunodéprimés (atteinte neurologique, n=2 ; détresse respiratoire, n=1), 3 chez des nourrissons âgés de 3 à 23 mois (mort subite inattendue) et un chez un enfant de 3 ans (défaillance multiviscérale avec état de mal épileptique).
- Faible circulation de l'EV-D68 (n=16 cas, aucune atteinte neurologique associée) et d'EV-A71 (n=12 dont 2 associés à des atteintes neurologiques sévères chez un enfant de 3 ans et un adulte immunodéprimé de 67 ans).

Données provisoires au 22 juin 2026

- Hausse régulière des passages aux urgences pour méningites virales depuis mi-mai après une hausse modérée observée au printemps. Les données déclarées par le Réseau de surveillance des entérovirus (RSE) n'indiquent pas encore de franche recrudescence des infections à EV.
- Infections néonatales : 62 cas (16,7% des infections) dont 1 infection sévère associée à un CVB1.
- Infections à EV-D68 : 2 cas en janvier 2026.
- Infections à EV-A71 : 12 cas dont 11 rapportés par le RSE, parmi lesquels 10 enfants et un adulte immunodéprimé. Une infection sévère a été rapportée chez un enfant de 2 ans ayant présenté un état de mal épileptique. Les données provisoires indiquent une circulation plus importante qu'en 2025. Cependant, aucune recrudescence des atteintes neurologiques sévères n'a été observée. La situation reste suivie avec attention pour détecter toute augmentation de transmission ou de tableaux sévères en lien avec l'EV-A71.

Quels prélèvements effectuer en cas de symptomatologie sévère ?

- Toute infection néonatale ou atteinte neurologique sévère associée à une infection à EV doit être signalée au CNR des entérovirus et parechovirus (contacts indiqués à la fin de ce bulletin).
- Infection néonatale (méningo-encéphalite et/ou myocardite et/ou insuffisance hépatique et/ou signes de choc et/ou entérocolite) : la détection d'EV dans le LCS doit être complétée par une détection d'EV dans le sang et les prélèvements périphériques (échantillons pharyngés, nasopharyngés, selles), suivi d'un génotypage en cas de positivité.
- Atteinte neurologique (encéphalite et/ou myélite et/ou cérébellite) : la détection d'EV dans le LCS doit être complétée par une détection d'EV dans le sang et les prélèvements périphériques (échantillons pharyngés, nasopharyngés, selles), suivi d'un génotypage en cas de positivité.
- Patient immunodéprimé sous anti-CD20 (rituximab, ocrelizumab) : Les patients traités par anticorps monoclonal ciblant l'antigène CD20 des lymphocytes B sont à risque d'infections chroniques à EV (souvent à dominante neurologique). Toute symptomatologie fébrile ou signe neurologique doit faire évoquer le diagnostic d'une infection à EV qui pourra être confirmée par la détection d'EV dans le LCS et/ou sang et/ou les prélèvements périphériques. La réalisation de prélèvements itératifs est conseillée et permet de suivre l'élimination du virus et de distinguer une infection chronique d'une réinfection.

Rappel sur les infections à entérovirus

Le genre *Enterovirus* (EV) regroupe des virus à ARN ubiquitaires de la famille des *Picornaviridae*, caractérisés par une grande diversité génétique. Les entérovirus humains sont classés en 3 espèces de rhinovirus et 4 espèces d'entérovirus, regroupant les anciens sérotypes (poliovirus, coxsackievirus, et echovirus) et les types plus récemment décrits numérotés par ordre croissant de découverte (ex. EV-A71). Ils sont responsables d'infections très fréquentes, pour la plupart bénignes, et constituent la première étiologie de méningites virales. Dans les zones tempérées telles que la France, ils sont associés à une recrudescence estivo-automnale de tableaux neuro-méningés observés dès le mois de mai avec un pic estival habituellement à S27 ou S28 et un pic automnal de moindre ampleur. Si la plupart des infections à EV sont pauci- ou asymptomatiques, certaines peuvent s'accompagner d'atteintes sévères, dont la fréquence varie en fonction de l'âge, du système immunitaire (déficit de l'immunité humorale) ou du type d'EV.

Manifestations cliniques

Les infections à entérovirus sont fréquentes et touchent surtout les enfants. La transmission du virus se fait par contact de personne à personne ou *via* des objets ou aliments contaminés à partir des virus excrétés au niveau du rhino-pharynx ou dans les selles. D'autres modes de transmission sont également possibles : *via* la salive, au contact de lésions cutanées, mais aussi par transmission materno-fœtale.

Les manifestations les plus fréquemment diagnostiquées dans le cadre de la surveillance hospitalière sont neurologiques et dominées par des méningites ne nécessitant qu'un traitement symptomatique et évoluant rapidement vers la guérison sans séquelles. Bien que tous les entérovirus soient potentiellement neurotropes, certains types comme l'echovirus 30 (E30), l'E6, l'E9, l'E11, l'E13, l'E18 ou le CVB5 sont plus fréquemment impliqués dans les méningites. Une co-circulation annuelle de nombreux types d'entérovirus est habituellement observée, avec parfois la prédominance d'un type particulier. Les atteintes neurologiques sévères se présentent sous la forme d'encéphalite, de myélite flasque aiguë ou d'ataxie cérébelleuse. Elles sont plus fréquemment associées à deux types d'EV, l'entérovirus D68 (EV-D68) et l'entérovirus A71 (EV-A71) dont la réémergence depuis 2014 et 2016, respectivement, peut s'accompagner d'une recrudescence de ces atteintes. Les infections à poliovirus (PV), le plus souvent asymptomatiques, peuvent être associées à la survenue de tableaux séquellaires de paralysie flasque aiguë (poliomyélite) chez 0,5 % des patients infectés. En France, le dernier cas de poliomyélite autochtone remonte à 1989 et le dernier cas importé à 1995. Cependant, dans un contexte de persistance de la circulation de PV neurovirulents en Asie et en Afrique et d'échanges internationaux constants, cette maladie hautement contagieuse doit être surveillée jusqu'à éradication complète (objectif à l'horizon 2030). Depuis 2022, des PV neurovirulents sont régulièrement détectés dans les eaux usées de différents pays européens (Allemagne, Royaume-Uni, ...) les analyses étant en faveur d'introductions répétées plutôt que d'une circulation autochtone/locale. Ces détections répétées soulignent l'importance du maintien d'un taux élevé de couverture vaccinale afin de limiter le risque de diffusion.

Les autres manifestations cliniques observées comprennent la maladie pied-main-bouche (PMB) (surtout associée aux CVA6, A16 et A10, plus rarement à l'entérovirus EV-A71 dans notre pays), des syndromes fébriles du nourrisson et des infections néonatales parfois sévères, pouvant occasionnellement entraîner le décès par défaillance cardiaque ou multi-viscérale (surtout associées aux coxsackievirus B et à l'E11). Sont également rapportés des syndromes respiratoires le plus souvent peu sévères (associés notamment à l'EV-D68), des atteintes cardiaques (myocardites et péricardites aiguës, impliquant surtout des coxsackievirus B), des syndromes digestifs (liés surtout aux echovirus). Dans les DROM-COM, comme dans d'autres pays tropicaux, sont rapportées des épidémies de conjonctivites hémorragiques associées à la circulation du CVA24 variant (Réunion 2014, Antilles 2017, Mayotte 2024).

Diagnostic des infections à EV

Le liquide cébrospinal (LCS) représente l'échantillon biologique de choix pour le diagnostic des méningites à entérovirus. Dans les atteintes sévères, en particulier neurologiques, les échantillons périphériques (écouvillonnage de gorge, aspiration nasopharyngée, selles) sont indispensables pour augmenter les chances de diagnostic d'une infection à EV et doivent être prélevés dès l'admission du patient en même temps que le LCS.

En cas de syndrome fébrile isolé ou de sepsis du nouveau-né ou du nourrisson, la détection génomique dans le sang permet d'améliorer le diagnostic par comparaison à l'analyse du LCS seul. La recherche dans le sang a également un intérêt pour le diagnostic étiologique des atteintes cardiaques.

Surveillance des infections à entérovirus en France hexagonale : bilan 2025 et données provisoires en juin 2026

Méthodes

La surveillance des infections à entérovirus est assurée depuis 2000 par un réseau de 30 à 40 laboratoires volontaires (Réseau de surveillance des entérovirus, RSE), coordonné par le CNR des entérovirus et parechovirus et Santé publique France. Les laboratoires assurent le diagnostic des infections à EV et transmettent les échantillons positifs pour typage moléculaire au CNR (5 laboratoires du RSE assurant eux-mêmes le typage). Une surveillance spécifique de certains types d'EV a été mise en place et concerne l'EV-A71 et l'EV-D68 potentiellement associés à des atteintes neurologiques sévères. Les données démographiques et cliniques des infections à EV diagnostiquées, quelles que soient les manifestations cliniques associées, sont recueillies de façon mensuelle. Depuis 2013, elles sont saisies en ligne sur un site dédié (<http://cnr.chu-clermontferrand.fr>). Par ailleurs, le CNR en tant que Centre Collaborateur associé de l'OMS, a une mission de surveillance des Poliovirus dans le contexte du plan d'éradication de la poliomyélite. Une surveillance syndromique et virologique de la maladie pied-main-bouche (PMB) est également réalisée par un réseau de pédiatres libéraux répartis dans toute la France (réseau PARI) depuis 2017. En complément, une surveillance des passages aux urgences pour suspicion de méningite/encéphalite virale est assurée par le réseau Oscour® de Santé publique France. Ce réseau couvre actuellement 94,5 % des passages aux urgences au niveau national (hexagone + DROM), ce qui permet une détection précoce de toute augmentation d'incidence d'atteintes neurologiques virales.

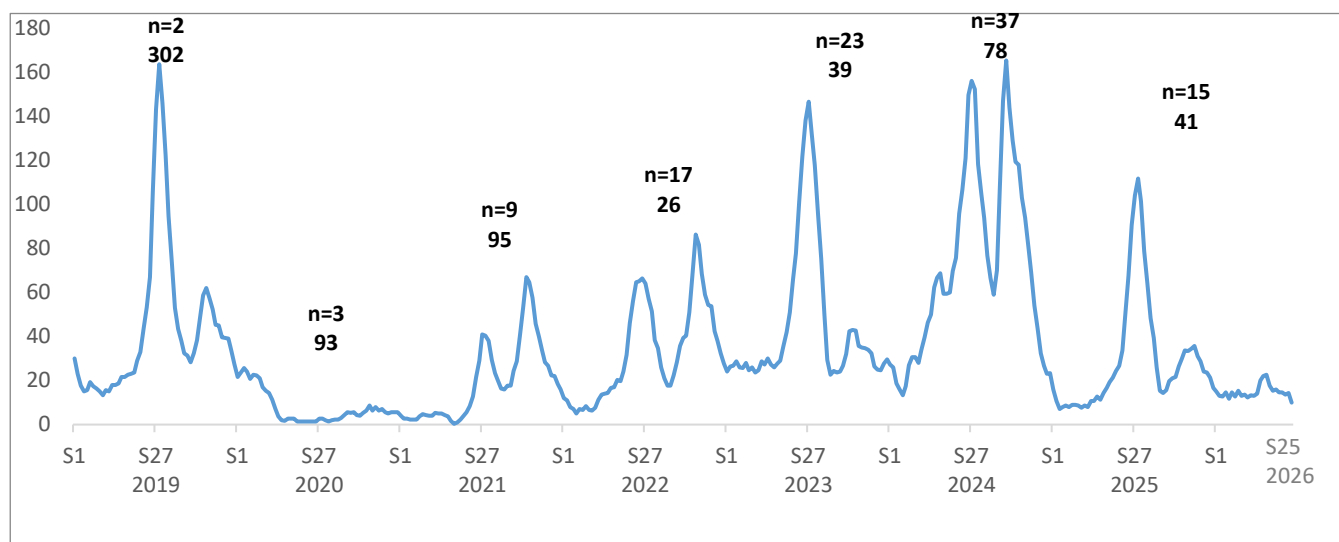
Nombre d'infections à entérovirus par semaine (RSE)

Le nombre de cas d'infections à EV rapporté par le RSE en 2025 était significativement plus faible qu'en 2024 aussi bien en été qu'à l'automne (Figure 1).

En 2025, les principaux signes cliniques rapportés étaient une fièvre (79%), des signes neurologiques (63% dont 36% de syndromes méningés), digestifs (35%) et respiratoires (24%). 76% des patients étaient des enfants de moins de 15 ans. Une infection sévère a été rapportée chez 73 (73/1292 soit 5,7% de formes sévères) patients de plus de 28 jours parmi lesquels 58 concernaient des enfants (58/922 infections rapportées chez des enfants soit 6,1% de formes sévères).

En 2026, les données provisoires au 22/06/2026 rapportées par 26 des 30 laboratoires du RSE recensent 365 cas et ne mettent pas encore en évidence une recrudescence estivale de la circulation des entérovirus (figure 1).

Figure 1. Infections à entérovirus : distribution des cas positifs par semaine, 1^{er} janvier 2019 au 22 juin 2026 (données provisoires 2026, n=365 cas)



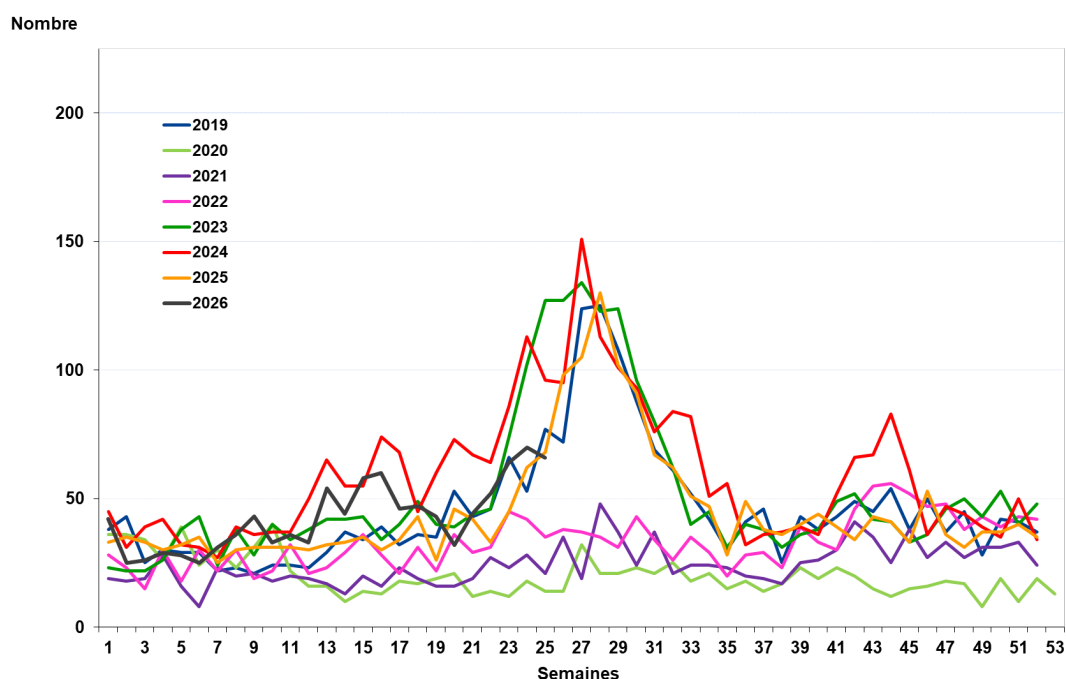
Source : Réseau de surveillance des entérovirus RSE, CNR des entérovirus, données mises à jour au 22 juin 2026

Méningites

Surveillance syndromique – Réseau OSCOUR

En 2025, les services d'urgences contribuant au réseau Oscour® de Santé publique France ont rapporté une recrudescence des passages aux urgences pour méningite virale observée dès la semaine 22, avec un pic atteint en S28. L'épidémie estivale de méningite s'est caractérisée par une ampleur moindre qu'en 2024 et un faible rebond automnal mais à des niveaux comparables à ceux pré-pandémiques (Figures 2 et 3).

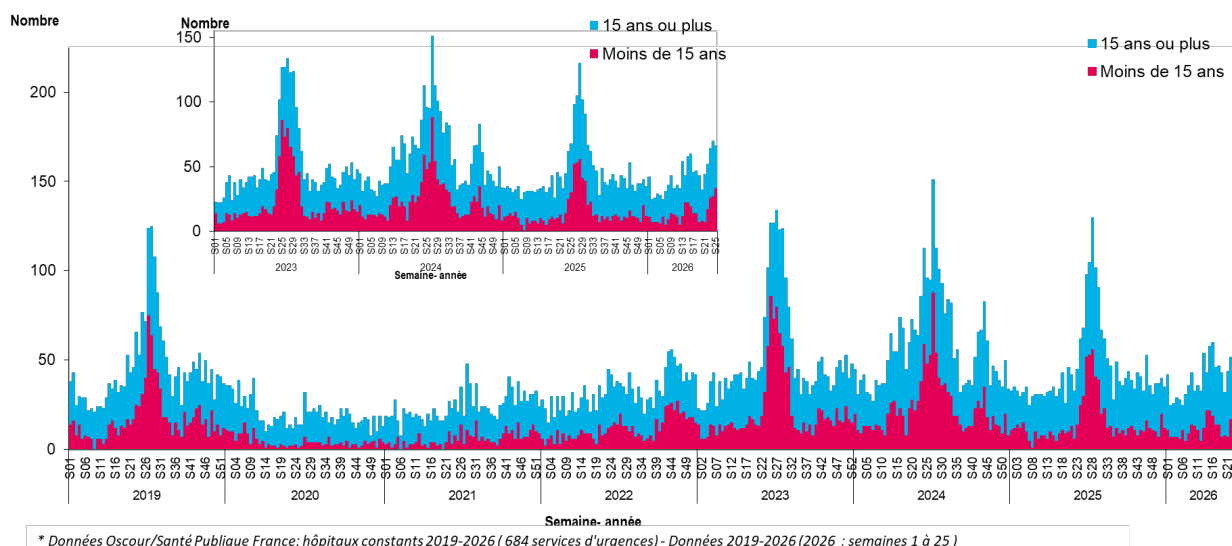
Figure 2. Passages aux urgences pour méningite virale, comparaison sur la période 2019-2026 et sur la période 2023-2026 post-pandémie de Covid-19 (2026 : semaines 1 à 25, données provisoires)



* Données Oscour/Santé Publique France; hôpitaux constants 2019-2026 (684 services d'urgences) - Données 2019-2026 (2026: Semaines 1 à 25)

En 2026, les données provisoires recueillies jusqu'au 21 juin 2026 (semaines 1 à 25) indiquent une hausse modérée des passages aux urgences au printemps (semaines 12 à 16), comme en 2024, et une nouvelle augmentation de faible ampleur entre les semaines 21 et 24 (données provisoires).

Figure 3. Passages aux urgences pour méningite virale selon les classes d'âge (<15 ans, >15 ans), 2019-2026 (2026 : semaines 1 à 25, données provisoires)

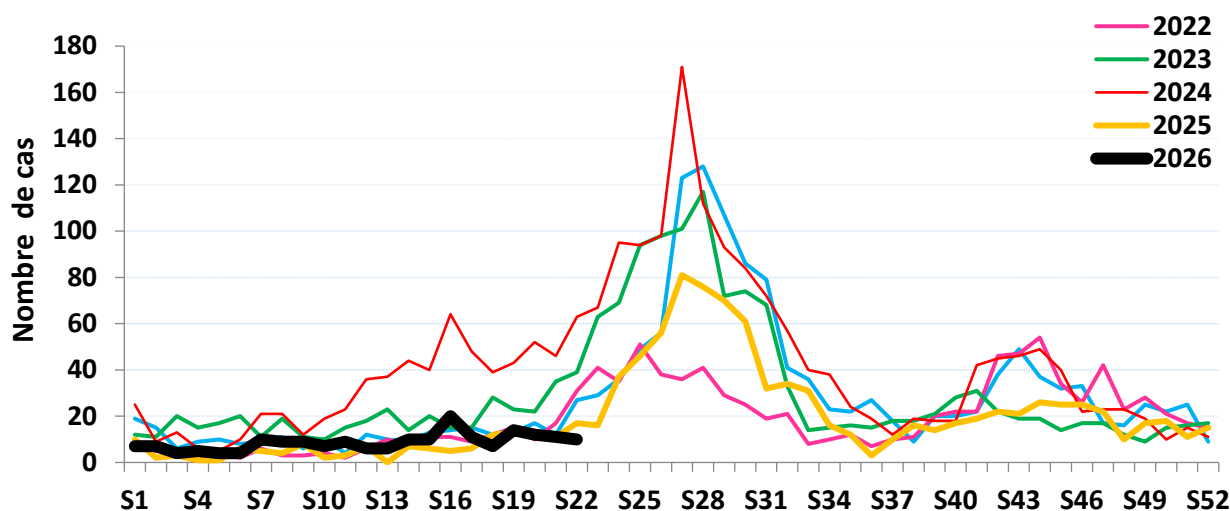


Surveillance virologique – RSE

En 2025, 1 000 cas d'infections avec détection d'EV dans le LCS ont été déclarés (représentant 65% de la totalité des infections à EV) (Figure 4). L'épidémie de méningites à EV était caractérisée par un pic estival en S27 de plus faible ampleur qu'en 2023 et 2024. Les enfants de moins de 1 an et ceux âgés de 5 à 14 ans ont été les plus touchés et représentaient 37 % et 23 % des patients, respectivement.

En 2026, les données provisoires au 22/06/2026 ne mettent pas encore en évidence le début de la recrudescence estivale des méningites à entérovirus. La discordance observée entre les données de la surveillance virologique et de la surveillance syndromique est probablement liée au délai de déclaration des cas du mois de juin par le RSE, la déclaration des cas étant le plus souvent réalisée à partir du 15 du mois suivant.

Figure 4. Nombre de cas avec LCS positifs pour les entérovirus, par semaine, depuis le 1^{er} janvier 2026 (semaines 1 à 25, données provisoires) par comparaison avec les années 2022-2025



Source : Réseau de surveillance des entérovirus RSE, CNR des entérovirus, données mises à jour au 22 juin 2026

En 2025, l'E9 était prédominant (27 % des types d'EV identifiés), suivi par l'E6 et le CVB4 (11 % et 7 %, respectivement).

De janvier à juin 2026, les E11 et E9 sont les types les plus fréquemment associés aux méningites.

Tableau 1. Nombre annuel d'infections associées à une détection d'EV dans le LCS et types d'EV identifiés

Année	Nombre d'infections avec détection génomique des EV dans le LCS (%*)	Identification des EV génotypés parmi les infections avec EV+ dans le LCS (%) déclarées par le RSE	Principaux EV identifiés
2020	169 (39%)	969 (64,8%)	E30 (21%) ; E13 (14%)
2021	411 (30,5%)	87 (51,5%)	E9 (29%) ; E7 (10%)
2022	992 (57,5%)	224 (54,5%)	CVB5 (28%) ; E18 (16%) ; E9 (9%)
2023	1555 (66,5%)	1181 (75,9%)	E9 (31%) ; E18 (30%) ; CVB5 (7%)
2024	2151 (57%)	1376 (64%)	E30 (29%) ; E9 (13%) ; E6 (11%)
2025	1000 (65%)	614 (61,4%)	E9 (27%) ; E6 (11%) ; CVB4 (7%)
2026 au 22/06/2025	217 (59%)	126 (58%)	E11 (28,6%) ; E9 (21,4%) ; CVA9 (8,7%)

* % du total des infections déclarées par le RSE – La description détaillée de ces infections figure dans les rapports annuels d'activité du CNR, consultables sur le site web du CNR des entérovirus/parechovirus : <http://cnr.chu-clermontferrand.fr>

Source : Réseau de surveillance des entérovirus RSE, CNR des entérovirus, données mises à jour au 22 juin 2026

Infections néonatales

La survenue d'infections néonatales sévères avec insuffisance hépato-cellulaire grave et défaillance multi-viscérale causées par un nouveau variant d'E11 entre avril 2022 et avril 2023 avait fait l'objet d'une alerte fin avril 2023. Cet épisode ne s'est pas reproduit depuis.

En 2025, une infection à EV a été rapportée chez 249 nouveau-nés, représentant 16,2 % de l'ensemble des infections à EV, proportion similaire à celle observée les années précédentes (à l'exception de 2022, 25,7%). Dix-neuf patients ont présenté une infection sévère dont une majorité de tableaux d'insuffisance respiratoire aiguë (n=8) et de défaillances multiviscérales (n=4, 1 cas fatal). Un E11 apparenté aux souches ayant circulé en 2022-2023 a été détecté chez 3 patients. Un Coxsackievirus du groupe B a été identifié chez tous les nouveau-nés présentant une atteinte hépatique, une myocardite ou une défaillance multi-viscérale avec prédominance du CVB1 (5/7). Une infection materno-fœtale avec détection de l'EV dans le liquide amniotique, anasarque foeto-placentaire et atteinte cardiaque du nouveau-né à la naissance a également été rapportée (EV non génotypé).

Au 22 juin 2026, 57 infections néonatales ont été rapportées soit 15,6% des infections à EV. Le type d'EV était connu pour 37 patients : E11 (n=14), CVA9 (n=5), CVB1 (n=4), les autres types représentant un ou deux cas chacun. Une infection sévère à un CVB1 a été rapportée chez 1 nouveau-né âgé de 4 jours qui a présenté un choc septique avec coagulation intravasculaire disséminée et cytolysé hépatique majeure. La détection prédominante de l'E11 ne semble pas associée, comme en 2022, à une recrudescence d'infections néonatales sévères. L'analyse phylogénétique des souches circulantes d'E11 en 2026 indique une parenté génétique étroite à celles de 2022-2023.

Surveillance spécifique des infections à EV-D68 et EV-A71

Suite à la réémergence de l'EV-D68 en 2014, une entité clinico-radiologique proche de la poliomyélite a été caractérisée, associant déficit moteur et/ou paralysie d'un ou plusieurs membres (affectant plus fréquemment les membres supérieurs) et lésions de myélite à l'IRM (affectant principalement la substance grise centrale au niveau cervical et/ou thoracique). Une infection respiratoire haute ou basse et/ou des signes digestifs sont aussi fréquemment retrouvés dans l'histoire de la maladie. L'EV-A71 est plutôt responsable de rhombo-encéphalite ou d'ataxie cérébelleuse dans un contexte de syndrome fébrile associé ou non à une maladie PMB.

Dans ce contexte particulier d'atteintes neurologiques sévères, le LCS étant très souvent négatif pour la recherche d'EV, il est nécessaire de collecter des échantillons respiratoires, de gorge et de selles le plus précocement possible (dans l'idéal en même temps que la ponction lombaire) pour éliminer une infection à EV. En cas de positivité, le génotypage est recommandé pour distinguer les poliovirus des EV non poliomyélitiques et identifier le type d'EV responsable.

En France comme dans les autres pays européens, la réémergence de l'EV-D68 depuis 2014 et de l'EV-A71 depuis 2016 justifie une surveillance renforcée de ces infections et des atteintes neurologiques sévères associées. Cette surveillance s'appuie sur la surveillance des cas d'infections à EV diagnostiqués à l'hôpital par le réseau de surveillance des infections à EV (RSE), la surveillance communautaire des syndromes pieds-mains-bouche (PMB) et le signalement d'une éventuelle augmentation des cas neurologiques sévères par les services de (neuro)pédiatrie.

Entérovirus D68

Après une année 2024 marquée par une épidémie de grande ampleur associée au plus grand nombre de cas jamais détecté en France (n=919), 16 cas d'infections à EV-D68 ont été rapportés en 2025, dont 9 entre janvier et mars (fin de l'épidémie 2024) et 7 entre juillet et décembre. Le génotypage des souches a montré une circulation quasi-exclusive du clade A2/D (14/15 EV-D68 séquencés), contre une co-circulation des clades B3 (37%) et A2/D (63%) en 2024. Tous les patients ont présenté des signes respiratoires, à l'exception de 3 patients chez qui l'EV-D68 a été détecté fortuitement. Parmi les 12 adultes, 9 (75%) étaient immunodéprimés. Trois patients (2 adultes et 1 enfant) ont présenté une infection sévère nécessitant une hospitalisation en réanimation. Aucun symptôme neurologique n'a été rapporté.

Au 22 juin 2026, 2 infections à EV-D68 ont été rapportées, toutes deux diagnostiquées en janvier. Un EV-D68 du clade B3 a été identifié chez un nouveau-né ayant présenté une infection non sévère et un EV-D68 du clade A2 a été identifié chez un adulte immunodéprimé ayant présenté une détresse respiratoire.

Entérovirus A71

Surveillance viro-clinique

L'EV-A71 a été et continue d'être associé à des épidémies majeures de syndromes pieds-mains-bouche en Asie (avec complications neurologiques chez 1% des cas et décès chez 0,03% des cas). En revanche, en France comme en Europe, des cas sporadiques et majoritairement bénins ont été rapportés. L'émergence d'un nouveau variant EV-A71 C1v2015 a été responsable d'une recrudescence des atteintes neurologiques sévères en 2016 (n=70), 2019 (n=93) et 2023 (n=130). Les enfants de moins de 4 ans étant les plus touchés.

En 2025, 12 infections à EV-A71 ont été détectées chez des enfants âgés de 10 jours à 67 ans. Six patients ont présenté des tableaux neurologiques dont 2 sévères : un patient de 67 ans a présenté

une encéphalite dans un contexte d'immunosuppression et est décédé, l'autre patient était un enfant de 3 ans ayant présenté un tableau d'encéphalite associé à une maladie PMB.

Au 22 juin 2026, 11 infections à EV-A71 ont été rapportées ; les cas se sont répartis sur les 6 premiers mois de l'année et ont été rapportés dans 7 départements/régions différents. Parmi les 10 enfants, âgés de 7 jours à 9 ans, 7 ont présenté des signes neurologiques ; un enfant de 2 ans, atteint d'une myopathie congénitale, a présenté une atteinte neurologique sévère, à type d'état de mal épileptique. Chez une patiente de 27 ans, immunodéprimée, l'infection s'est traduite par une méningite associée à une maladie PMB. Le lignage, connu pour 10/12 patients, indique la circulation exclusive du sous-génotype C1 variant 2015.

Si la circulation de l'EV-A71 semble plus soutenue en 2026 qu'en 2025, elle reste moindre par rapport aux années de plus forte détection de l'EV-A71. En 2019 et 2023, 144 et 130 cas d'infections avaient été rapportés dont 52 et 74 cas entre janvier et juin, respectivement.

A ce jour, aucune recrudescence d'atteintes neurologiques sévères n'a été observée, ni rapportée par le RSE ou les services de (neuro-)pédiatrie.

Surveillance ambulatoire – Réseau PARI

En 2025, la surveillance ambulatoire et syndromique de la maladie PMB/Herpangine a mis en évidence une recrudescence de la maladie PMB à partir de la semaine 19, avec une amplitude inférieure aux années précédentes (n=2079 cas contre 3015 cas en 2024 et 2891 en 2023). Le CVA6 était prédominant (56%), suivi du CVA16 et CVA10 (11 %, chacun). Une infection à EV-A71 a été rapportée chez deux enfants.

Au 22 juin 2026, les données de la surveillance syndromique du réseau PARI n'ont pas mis en évidence de recrudescence des cas. Le CVA6 reste prédominant ; une infection à EV-A71 a été détectée en S23.

Poliovirus

En 2025, deux diagnostics d'exclusion d'infection à poliovirus, tous deux négatifs, ont été réalisés :

- chez un nourrisson âgé de moins d'un an résidant en Guyane, présentant une paralysie diaphragmatique bilatérale sans paralysie flasque associée des membres ;
- chez une enfant de 9 ans ayant séjourné dans un pays dans lequel le vaccin OPV-2 est utilisé et dans lequel des détections répétées de vDPV2 avaient été rapportées.

Données de la surveillance des infections à entérovirus dans les DROM

En 2024, un effort de renforcement de la surveillance a été initié dans certains DROM-COM. Les laboratoires de microbiologie/biologie de 5 départements et territoires d'Outre-Mer ont contribué à la surveillance en transmettant des échantillons pour typage (La Réunion, Nouvelle Calédonie, Polynésie, Guadeloupe et Mayotte).

En 2025, la surveillance s'est caractérisée par un envoi ponctuel d'échantillons de La Réunion (n=26), Polynésie Française (n=10), Guadeloupe (n=2) et Guyane (n=2) pour génotypage d'EV ou de parechovirus. Aucun épisode épidémique inhabituel n'a été rapporté.

Au 22 juin 2026, des échantillons ont été reçus sporadiquement de Polynésie Française (n=2), Guadeloupe (n=4) et la Réunion (n=27). Le typage des prélèvements de la Réunion a montré une circulation majoritaire d'E9 (n=13) et de CVB1 (n=6).

Prévention

Compte tenu de la circulation saisonnière principalement estivale des entérovirus, la vigilance reste de mise au cours de cet été 2026 et le rappel du respect des règles d'hygiène restent essentielles pour limiter la transmission des entérovirus, notamment aux personnes immunodéprimées et femmes enceintes.

Santé publique appelle ainsi, à l'occasion de la publication de ce bilan 2025-2026, les professionnels de santé à porter une vigilance particulière devant tout tableau de sepsis ou infection néonatale et devant toute symptomatologie sévère, en particulier neurologique, pouvant évoquer un diagnostic d'infection à entérovirus, mais aussi à transmettre au CNR tout prélèvement positif à EV pour compléter les investigations virologiques (séquençage notamment).

Auteurs

Pour le Centre National de Référence des Entérovirus et parechovirus

- CHU de Clermont-Ferrand – laboratoire coordonnateur : Pr Cécile Henquell, Dr Audrey Mirand (cnr-enterovirus@chu-clermontferrand.fr; chenquell@chu-clermontferrand.fr; amirand@chu-clermontferrand.fr)
- CHU de Lyon – laboratoire associé : Drs Isabelle Schuffenecker, Marion Jeannoël, Delphine Parraud (isabelle.schuffenecker@chu-lyon.fr; marion.jeannoel@chu-lyon.fr; delphine.parraud@chu-lyon.fr)
- Institut Pasteur de Paris – laboratoire associé : Dr Maël Bessaud (mael.bessaud@pasteur.fr)

Pour Santé publique France

Laura ZANETTI, Anne-Sophie Barret

Direction des maladies infectieuses, Santé publique France

Validation

Judith Mueller, Harold Noël

Direction des maladies infectieuses, Santé publique France

Pour en savoir plus

- Site web du CNR des entérovirus et parechovirus : <http://cnr.chu-clermontferrand.fr>
- Site Web du réseau PARI : ([https://www.infovac.fr/reseau-pari?types\[0\]=1](https://www.infovac.fr/reseau-pari?types[0]=1))
- Marion Jeannoël, Maxime Bisseux, Stéphanie Dan, Elisa Creuzet, Delphine Parraud, Jean-Luc Bailly, Jérémie Lebeurre, Amélie Brebion, Hélène Chabrolles, Laurence Josset, Cécile Henquell, Isabelle Schuffenecker, Audrey Mirand and Enterovirus Surveillance Network. National surveillance of enterovirus D68 upsurge, France, 2024. *Emerg Infect Dis* 2026; 32:1082-1093
- Hefferich J, Calvo C, Alpeter E, Andres C, Anton A, Aubart M, et al. Acute flaccid myelitis in Europe between 2016 and 2023: indicating the need for better registration. *Euro Surveill.* 2025; 21
- Hirvonen A, Johannesen CK, Simmonds P, Fischer TK, Harvala H, Benschop KSM et al. Sustained circulation of enterovirus D68 in Europe in 2023 and the continued evolution of enterovirus D68 B3-lineages associated with distinct amino acid substitutions in VP1 protein. *J Clin Virol* 2025; 178

- Simoes MP, Hodcroft EB, Simmonds P, Albert J, Alidjinou EK, Ambert-Balay K et al. Epidemiological and clinical insights into the enterovirus D68 upsurge in Europe 2021/2022 and the emergence of novel B3-derived lineages, ENPEN multicentre study. J Infect Dis. 2024; 230
- Martin de Frémont G, Chabrolles H, Mirand A, L'Honneur AS, Mélé N, Dunogue B, Boutboul D, Farhat M, Hachulla E, Lazrek M, Rieu V, Mathian A, Chaussade H, Ruet A, Burrel S, Coury-Lucas F, Schuffenecker I, Lemaignan A, Stefic K, le Besnerais M, Carrette M, Mouthon L, Avettand-Fenoel V, Terrier B, Hadjadj J. Severe enterovirus infections in patients with immune-mediated inflammatory diseases receiving anti-CD20 monoclonal antibodies. RMD Open2024 May 20;10(2):e004036.doi: 10.1136/rmdopen-2023-004036
- Grapin M, Mirand A, Pinquier D, Basset A, Bendavid M, Bisseux M, Jeannoël M, Kireche B, Kossorotoff M, L'Honneur A-S, Robin L, Ville Y, Renolleau S, Lemee V, Jarreau P-H, Desguerre I, Lacaille F, Leruez-Ville M, Guillaume C, Henquell C, Lapillonne A, Schuffenecker I, Aubart M. Severe and fatal neonatal infections linked to a new variant of echovirus 11, France, July 2022 to April 2023. Euro Surveill. 2023;28(22):pii=2300253
- Mirand A, Jeannoel M, Bessaud M, Henquell C, Schuffenecker I. Enterovirus, rhinovirus et parechovirus. Traité de Virologie Médicale 2026; 539-587
- Jeannoel M, Lina B, Mirand A, Schuffenecker I. Les entérovirus. Référentiel de Microbiologie Médicale (REMIC). Société Française de Microbiologie Ed. 2022 : 767-772.
- Site internet de Santé publique France – Actualités du 28-10-2024 : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2024/circulation-de-poliovirus-dans-les-eaux-usees-en-guyane>
- Site internet de SpF - Actualités du 17-05-2025 : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2025/virus-de-la-poliomyelite-detectes-dans-les-eaux-usees-en-europe-sante-publique-france-reste-en-vigilance>

Remerciements

Participants au RSE en 2025

Amiens (M Louchet-Ducoroy), Angers (C Lefeuvre), Bayonne (D Leyssene, A-C Jaouen), Besançon (Q Lepiller, S Marty Quinternet), Bordeaux (ME Lafon, S Burrel), Bourgoin-Jallieu (C Tellini), Brest (L Pilorgé), Caen (C Schanen, A Vabret), Clermont Ferrand (A Mirand, C Henquell), Dijon (K Balay, C Auvray, A de Rougemont), Grenoble (S Larrat), Lille (M Lazrek), Limoges (S Rogez, S Mafi, S Alain), Lyon (M Jeannoël, I Schuffenecker), Marseille (L Luciani), Nantes (T Drumeil), Nice (G Gonfrier), Orléans (C Guillaume), Paris – Cochin (AS L'honneur), Paris – Necker (M Burgard, N Veyrenche, M Leruez), Paris – Trousseau (Y Michel, A Schnuriger), Poitiers (C Chessa, N Lévêque), Reims (L Andreoletti), Rennes (G Lagathu, V Thibault), Roanne (JB Murat), Rouen (V Lémée), St Etienne (S Pillet), Strasbourg (F Gallais), Toulouse (JM Mansuy, M Miguères, J Izopet), Toulon-CHI (A-L Toyer, C Poggi), Tours (L Handala, C Gaudy), Versailles (S Marque-Juillet), Villefranche (M Jourdain).

Pour nous citer : Bilan annuel 2025 des infections à entérovirus et bilan provisoire 2026. Édition nationale. Bulletin. Saint-Maurice : Santé publique France, 11 p., juillet 2026

Directrice de publication : Aude de Viviès, directrice générale par intérim

Date de publication : 30 juillet 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr