

ÉPIDÉMIE DE GRIPPE 2025-2026 EN FRANCE HEXAGONALE : INTENSITÉ MODÉRÉE EN VILLE, MAIS ÉLEVÉE EN ÉTABLISSEMENTS ET EN TERMES DE MORTALITÉ

// INTENSITY OF THE 2025-2026 INFLUENZA EPIDEMIC IN MAINLAND FRANCE: MODERATE IN THE COMMUNITY, BUT HIGH ON IN-PATIENT CARE AND IN TERMS OF MORTALITY

Sibylle Bernard-Stoecklin (sibylle.bernard-stoecklin@santepubliquefrance.fr)

Équipes de surveillance de la grippe*

* **Santé publique France, Direction des maladies infectieuses** : Sibylle Bernard-Stoecklin, Florian Ruiz, Anna Maisa, Judith Mueller ; **Direction Appui, traitements et analyse de données** : Bernadette Verrat, Isabelle Pontais, Anne Fouillet ; **Direction des régions** : Valentin Courtillet, Cécile Durand, Caroline Fiet, Noémie Fortin, Alice Herteau, Guillaume Heuzé, Jean-Luc Lasalle, Virginie de Lauzun, Erwan Maraud, Mathilde Pivette, Olivier Retel, Arnaud Tarantola, Garance Terpent ; **Centre national de référence des virus des infections respiratoires** (dont la grippe), laboratoire coordonnateur, Hospices civils de Lyon, Lyon : Allan de Clercq, Maud Bouscambert-Duchamp, Alexandre Gaymard, Laurence Josset, Antonin Bal ; **Centre national de référence des virus des infections respiratoires** (dont la grippe), Laboratoire associé, Unité Mécanismes moléculaires de multiplication des pneumovirus, Institut Pasteur, Université Paris Cité : Vincent Enouf, Danielle Perez-Bercoff, Frédéric Lemoine, Marie-Anne Rameix-Welti ; **Réseau Sentinelles**, Sorbonne Université, Inserm, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique, Iplsp, Paris : Leïla Renard, Marie Chazelle, Camille Bonnet, Titouan Launay, Marina Uras, Rodolphe Mocaër, Cécile Souty, Thierry Blanchon, Caroline Guerrisi ; **EA 7310 Université de Corse**, Corte : Shirley Masse, Alessandra Falchi.

Soumis le 06.07.2026 // Date of submission: 07.06.2026

Résumé // Abstract

Cet article présente une analyse des caractéristiques épidémiologiques et virologiques de l'épidémie grippale survenue en France hexagonale durant la saison 2025-2026.

Méthode – L'analyse descriptive porte sur les données cliniques et virologiques provenant de la surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA), incluant les consultations pour grippe et syndrome grippal en médecine de ville, les passages aux urgences pour grippe et syndrome grippal et les hospitalisations après un passage aux urgences pour grippe et syndrome grippal, les données virologiques issues des laboratoires hospitaliers et des laboratoires d'analyses médicales de ville, les données cliniques des cas graves de grippe hospitalisés en services de réanimation. Elle inclut également les signalements d'épisodes d'IRA dans les établissements médico-sociaux (EMS), dont les collectivités de personnes âgées, ainsi que les données de mortalité toutes causes et liée à la grippe, issues des bureaux d'état civil et de la certification électronique des décès.

Résultats – L'épidémie de grippe a démarré début décembre (S49-2025), elle a rapidement atteint son pic d'activité en ville fin décembre (S51-2025) et s'est terminée début février (S06-2026), soit une durée de 10 semaines. Une co-circulation des deux virus grippaux de type A, A(H3N2) et A(H1N1)_{pdm09} a été observée. L'épidémie a été marquée par un niveau d'intensité faible à modéré en médecine de ville, avec environ 1,2 million de consultations, mais élevé à l'hôpital, avec environ 115 000 passages aux urgences dont 21% ont donné lieu à une hospitalisation, une proportion plus élevée que la moyenne au cours des cinq précédentes épidémies. Elle a également eu un fort impact en EMS (environ 1 600 signalements de cas groupés de grippe) et en termes de surmortalité (environ 12 140 décès, toutes causes confondues).

Conclusion – L'épidémie de grippe 2025-2026 a été marquée par une discordance inhabituelle entre son impact en médecine de ville et celui observé à l'hôpital, en EMS, et en termes de mortalité. Au total, elle fait partie des épidémies les plus intenses depuis la dernière pandémie grippale en 2009. L'application des mesures de prévention est importante pour protéger les personnes à risque, à savoir leur vaccination et celle des professionnels de santé. Cette vaccination doit être complétée par l'adoption des mesures barrières par tous, afin de limiter la diffusion des virus respiratoires au sein de la population et de réduire l'impact de la grippe sur les personnes à risque et le système de santé.

This article presents an analysis of the epidemiological and virological characteristics of the influenza epidemic in mainland France during the 2025-2026 season.

Method – The descriptive analysis is based on clinical and virological data from the acute respiratory infections surveillance, including referrals for influenza-like illness in primary care, hospital emergency department visits and hospitalisations for influenza and influenza-like illness, virological data from hospital laboratories and private medical diagnostic laboratories, as well as clinical data from severe influenza cases hospitalised in intensive care units. It also includes reports of acute respiratory infection outbreaks in long-term care facilities, such as elderly homes, as well as all-cause and influenza-related mortality data from civil registry offices and electronic death certificates.

Results – The influenza epidemic began in early December (week 49, 2025), rapidly peaked in late December in the community, and ended in early February (week 6, 2026), lasting a total of 10 weeks. Two influenza A viruses, A(H3N2) and A(H1N1)_{pd09} co-circulated. The epidemic was characterised by a low to moderate intensity in primary care, with approximately 1.2 million consultations, but a high intensity in hospitals, with around 115,000 emergency department referrals, 21% of which resulted in hospitalization—a higher proportion than the average of the past five epidemics. It also had a significant impact on long-term care facilities (approximately 1,600 reports of influenza clusters) and on all-cause excess mortality (approximately 12,140 all-cause deaths).

Conclusion – The 2025–2026 influenza epidemic was characterised by an unusual discrepancy between its impact in general practice and that observed in hospitals, long-term care facilities and in terms of mortality. Overall, it ranks among the most intense epidemics since the 2009 influenza pandemic. The importance of preventive measures to protect at-risk individuals must be emphasised, including their vaccination and those of healthcare professionals. Vaccination should be complemented by the adoption of barrier measures by all, to limit the spread of respiratory viruses within the population and reduce the impact of influenza on at-risk individuals and the healthcare system.

Mots-clés : Grippe, Surveillance, Épidémie, France hexagonale

// **Keywords:** Influenza, Surveillance, Epidemic, Mainland France

Introduction

La grippe est une maladie infectieuse virale contagieuse qui survient habituellement de manière saisonnière, principalement entre décembre et mars en France hexagonale (incluant la Corse)⁽¹⁾. Les épidémies de grippe ont des répercussions considérables sur la morbidité et la mortalité, avec en moyenne 3 à 5 millions de cas graves et 290 000 à 650 000 décès liés à la grippe chaque année dans le monde^{2,3}. La mortalité attribuée à la grippe saisonnière concerne principalement les sujets vulnérables, notamment les personnes âgées de 65 ans et plus, et celles ayant des facteurs de risque de développer une forme grave, tels que des maladies chroniques ou des déficits immunitaires. Cependant, cette pathologie est également capable de causer des formes graves, voire létales, chez des personnes en bonne santé². Par ailleurs, la grippe saisonnière engendre chaque année de fortes répercussions socio-économiques, avec un absentéisme important à l'école et au travail. Son coût annuel, direct et indirect, serait de l'ordre d'un milliard d'euros en France, bien que cette estimation soit approximative⁴.

La surveillance de la grippe en France a pour objectifs la détection et les caractérisations génétiques et antigéniques des virus circulants, le suivi de la dynamique épidémique, de la morbidité et de la mortalité dues aux virus grippaux. Elle a également pour but d'estimer le fardeau de cette pathologie sur la population française, afin d'adapter continuellement l'offre de soins à la situation épidémiologique, de contribuer à l'élaboration et à l'évaluation des stratégies de prévention et de contrôle de la maladie, notamment la vaccination et la promotion des mesures barrières. Enfin, elle contribue à la surveillance internationale des virus grippaux et au choix des souches virales entrant dans la composition des vaccins antigrippaux de la saison suivante.

Cet article présente une analyse des caractéristiques épidémiologiques et virologiques de l'épidémie de grippe de la saison 2025–2026 en France hexagonale.

Cet article ne traite pas de l'épidémie dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), en raison de fortes disparités entre l'Hexagone et les DROM en termes de temporalité de l'épidémie de grippe.

Méthode

La surveillance de la grippe en France est coordonnée par Santé publique France et repose sur un large réseau de partenaires nationaux et régionaux. Les objectifs et les méthodes des différents réseaux de cette surveillance en France hexagonale ont été décrits précédemment^{5,6}. Les dispositifs de surveillance de la grippe ainsi que les indicateurs présentés dans cet article sont listés dans le tableau 1. Ces dispositifs et les méthodes employées pour les analyses sont présentés plus en détail en annexe.

La description des données de surveillance de la grippe en 2025–2026 porte sur la période de surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) au niveau hexagonal, de la semaine 40–2025 (début octobre) à la S15–2026 (mi-avril). Toutefois, conformément aux modalités d'analyse et de restitution des données de surveillance dans le cadre de la surveillance intégrée des IRA, les données présentées sont produites et présentées au niveau national (France entière, y compris les DROM), excepté les données issues du réseau Sentinelles/Iqvia qui ne couvre pas les territoires ultra-marins. La population française résidant dans les DROM représentait environ 3,4% de la population nationale au 1^{er} janvier 2026 selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Au cours de la saison 2025–2026, le nombre total d'actes médicaux SOS Médecins recensés dans les DROM (provenant uniquement de Martinique) a représenté 0,1% de l'ensemble des actes au niveau national, et le nombre total de passages aux urgences 0,4% des passages au niveau national. Enfin, le nombre total de décès toutes causes confondues certifiés électroniquement au cours de cette période dans les DROM a représenté 1,6% de l'ensemble des décès au niveau national recensés dans cette source. De fait, la part des données grippe/syndrome grippal issues de ces territoires parmi l'ensemble des données nationales est très faible.

⁽¹⁾ Les termes « Hexagone » et « France hexagonale » utilisés dans cet article incluent systématiquement la Corse.

Tableau 1

Dispositifs et réseaux de surveillance de la grippe en France hexagonale, indicateurs produits et échelles temporelle et géographique utilisés pour l'analyse de données

Dispositifs et réseaux de surveillance		Indicateurs	Échelle géographique*	Échelle temporelle**
Médecine de ville	Réseau Sentinelles/Iqvia	Taux d'incidence des consultations pour un syndrome grippal pour 100 000 habitants	Hexagonale	Hebdomadaire et cumulé pendant l'épidémie de grippe
		Taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë attribuable à la grippe pour 100 000 habitants	Hexagonale	Hebdomadaire et cumulé pendant la saison de surveillance
	SOS Médecins	Part d'activité (%) de la grippe/des syndromes grippaux parmi l'ensemble des actes médicaux	Nationale	Hebdomadaire et cumulée pendant l'épidémie de grippe
Milieu hospitalier	Réseau Oscour®	Part d'activité (%) de la grippe/des syndromes grippaux parmi l'ensemble des passages aux urgences	Nationale	Hebdomadaire et cumulée pendant l'épidémie de grippe
		Taux d'incidence des passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal pour 100 000 habitants***	Nationale	Cumulé pendant l'épidémie de grippe
		Part d'activité (%) de la grippe/des syndromes grippaux parmi l'ensemble des hospitalisations après un passage aux urgences	Nationale	Hebdomadaire et cumulée pendant l'épidémie de grippe
		Proportion (%) des passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal donnant lieu à une hospitalisation	Nationale	Cumulée pendant l'épidémie de grippe
	Surveillance des cas graves de grippe admis en réanimation (Santé publique France)	Nombre de cas graves de grippe confirmés virologiquement admis en réanimation dans les services sentinelles participant à cette surveillance	Nationale	Hebdomadaire et cumulé pendant la saison de surveillance
		Répartition des cas graves de grippe selon des caractéristiques démographiques, cliniques ou virologiques	Nationale	Cumulée pendant la saison de surveillance
Établissements médico-sociaux	Surveillance des cas groupés d'infection respiratoire aiguë en établissements médico-sociaux (Portail des signalements/ Santé publique France)	Nombre d'épisodes de cas groupés d'infection respiratoire aiguë attribués à la grippe	Nationale	Hebdomadaire et cumulé pendant la saison de surveillance
		Répartition des cas groupés attribués à la grippe par type d'établissements	Nationale	Cumulée pendant la saison de surveillance
Mortalité	Surveillance de la mortalité toutes causes confondues (Insee/EuroMomo/Santé publique France)	Nombre de décès toutes causes en excès au cours de l'épidémie de grippe	Nationale	Hebdomadaire et cumulé pendant l'épidémie de grippe
		Taux d'incidence de décès toutes causes en excès pour 100 000 habitants***	Nationale	Cumulé pendant l'épidémie de grippe
	Certification électronique des décès (CépiDC)	Part (%) des décès certifiés par voie électronique avec une mention de grippe dans les causes médicales du décès parmi les décès toutes causes confondues	Nationale	Hebdomadaire et cumulée pendant la saison de surveillance
		Répartition des décès par âge et typologie de lieu du décès	Nationale	Cumulée pendant la saison de surveillance
Surveillance virologique	En médecine de ville : CNR-VIR et réseau Sentinelles, Université de Corse et autres partenaires associés	Taux de positivité (%) pour grippe parmi les prélèvements respiratoires réalisés en médecine de ville chez des patients présentant une infection respiratoire aiguë	Hexagonale	Hebdomadaire et cumulé pendant la saison de surveillance
		Répartition par type et sous-type grippal des prélèvements positifs pour un virus grippal	Hexagonale	Hebdomadaire et cumulée pendant la saison de surveillance
	En laboratoires d'analyses médicales de ville : CNR-VIR et réseau Relab	Taux de positivité (%) pour grippe parmi les prélèvements respiratoires réalisés en laboratoires d'analyses médicales de ville	Nationale	Hebdomadaire et cumulé pendant la saison de surveillance
	En milieu hospitalier : CNR-VIR et réseau Renal	Taux de positivité (%) pour grippe parmi les prélèvements respiratoires réalisés en laboratoires hospitaliers	Nationale	Hebdomadaire et cumulé pendant la saison de surveillance
		Répartition par type et sous-type grippal des prélèvements positifs pour un virus grippal	Nationale	Hebdomadaire et cumulée pendant la saison de surveillance



Tableau 1 (suite)

Dispositifs et réseaux de surveillance		Indicateurs	Échelle géographique*	Échelle temporelle**
	Surveillance génomique et caractérisation antigénique : CNR-VIR (prélèvements issus des différents réseaux de surveillance)	Répartition par clade et sous-clade des prélèvements positifs pour un virus grippal et adéquation vis-à-vis des souches vaccinales	Nationale	Cumulée pendant la saison de surveillance
Détermination de la période épidémique	Mass (module d'analyse des données SurSaUD® et Sentinelles, Santé publique France)	Niveau d'alerte hebdomadaire pour la grippe (pas d'alerte, période pré- ou post-épidémique, période épidémique)	Nationale et régionale	Hebdomadaire

* Le terme « France hexagonale » inclut la Corse ; ** Une saison de surveillance débute en semaine 40 de l'année n et se termine en semaine 15 de l'année n+1 ; *** Les estimations de la population française de l'Insee ont été utilisées pour calculer les taux d'incidence (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8721456>) [Annexe].

CNR-VIR : Centre national de référence virus des infections respiratoires ; Mass : module d'analyse des données SurSaUD® et Sentinelles ; Insee : Institut nationale de la statistique et des études économiques ; CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès.

Santé publique France a mis en place à partir de la saison 2023-2024, en lien avec ses partenaires, une surveillance intégrée des IRA incluant la grippe, la Covid-19 et la bronchiolite⁷. Durant la période de surveillance (S40-2025 à S15-2026), une synthèse de l'évolution de l'épidémie grippale et de l'activité des autres principaux virus respiratoires (Covid-19, virus respiratoire syncytial – VRS – et rhinovirus) a été publiée chaque semaine dans le bulletin national « Infections respiratoires aiguës », ainsi que dans les points épidémiologiques régionaux disponibles sur le site de Santé publique France⁸.

Cet article dresse un bilan des données épidémiologiques et virologiques de la grippe pour la saison 2025-2026. Ces données ont été comparées à celles de cinq épidémies précédentes (2018-2019, 2021-2022, 2022-2023, 2023-2024 et 2024-2025) pour les données de surveillance en ville, aux urgences et de mortalité toutes causes confondues. L'épidémie de 2019-2020 a été exclue de l'analyse, en raison de l'impact de la pandémie de Covid-19 sur la grippe et ses dispositifs de surveillance. Enfin, il n'y a pas eu d'épidémie de grippe en 2020-2021. Pour les données issues de la surveillance des cas graves en réanimation et des signalements de cas groupés d'IRA en établissements médico-sociaux (EMS), la comparaison se limite aux saisons 2023-2024 et 2024-2025, durant lesquelles les données ont été collectées de façon identique. Il en est de même pour la surveillance des décès avec mention de grippe parmi les causes de décès (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès – CépiDC), source de données qui n'était pas utilisée avant 2021-2022 en raison de la faible couverture du réseau avant cette saison-là. Lorsque des analyses statistiques ont été réalisées, le test du Chi2 a été utilisé, avec un seuil de significativité fixé à 5%.

Résultats

Au niveau national, l'épidémie de grippe 2025-2026 a démarré début décembre (S49, du 1^{er} au 7 décembre 2025). Elle a atteint son pic d'activité en médecine de ville au bout de trois semaines, soit en S51 (du 15 au 21 décembre) et s'est terminée début février (S06, du 2 au 8 février 2026). À l'échelle

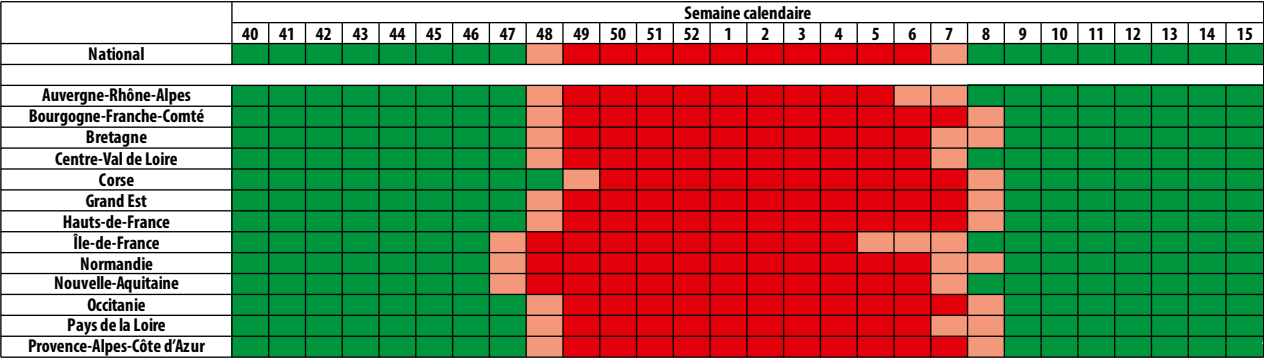
régionale, les régions Île-de-France, Normandie et Nouvelle-Aquitaine ont été les premières à entrer en phase épidémique fin novembre (S48). L'épidémie s'est ensuite propagée aux autres régions, et toutes étaient en épidémie de mi-décembre (S50) à fin janvier (S04). À partir de début février (S05), les régions sont progressivement passées en phase post-épidémique, et toutes étaient revenues en phase inter-épidémique fin février (S09) (figure 1). La durée totale de l'épidémie grippale de cette saison (10 semaines) correspondait à la durée moyenne des épidémies survenues depuis la saison 2011-2012.

Surveillance clinique en médecine de ville

Surveillance des syndromes grippaux

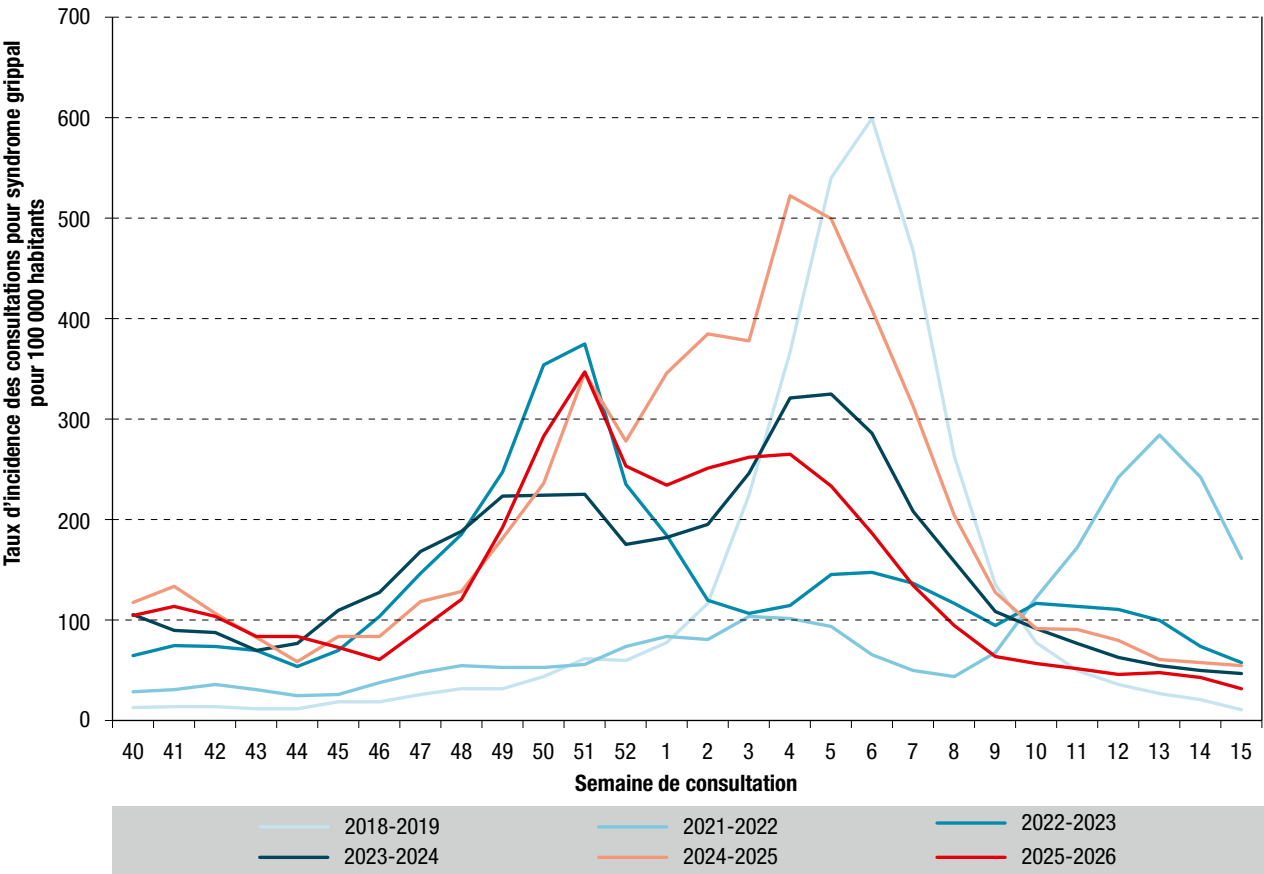
Au cours de l'épidémie au niveau national (S49-2025 à S06-2026), le nombre de consultations pour syndrome grippal a été estimé à environ 1,7 million, avec un taux d'incidence cumulé tous âges confondus estimé à 2 496 pour 100 000 habitants (intervalle de confiance à 95% (IC95%): [2 401-2 593]), soit environ 2,4% de la population française, selon les données du réseau Sentinelles et Iqvia. Ce taux d'incidence cumulé des consultations pour syndrome grippal en médecine de ville tous âges confondus est légèrement inférieur à la moyenne des cinq épidémies de grippe précédentes (2 729/100 000 habitants), traduisant un faible impact global de l'épidémie en médecine de ville. Le pic d'activité a été observé en S51-2025 (du 15 au 21 décembre), avec un taux d'incidence de consultations pour syndrome grippal de 346/100 000 habitants [335-357] (figure 2). Les enfants âgés de moins de 5 ans et de 5 à 14 ans ont été plus touchés que les adultes, avec un taux d'incidence cumulé de 4 972/100 000 [4 355-5 584] et 3 877/100 000 [3 532-4 224] respectivement, *versus* 2 479/100 000 [2 355-2 603] chez les 15-64 ans et 1 404/100 000 [1 250-1 562] chez les 65 ans ou plus. Toutefois, l'activité chez les 65 ans ou plus a dépassé la moyenne des cinq épidémies précédentes (1 182/100 000), contrairement aux trois autres classes d'âge, traduisant un impact plus élevé qu'habituellement dans cette population en médecine de ville.

Figure 1
Évolution hebdomadaire des niveaux d'alerte pour la grippe aux échelons national et régional (excepté les DROM), S40-2025 à S15-2026, France



Niveaux d'alerte grippe : Absence d'épidémie (vert) ; Pré-/post-épidémie (orange) ; Épidémie (rouge).
 Source : Santé publique France, source des données : réseau Sentinelles, SOS Médecins et Oscour®.

Figure 2
Évolution hebdomadaire du taux de consultations pour syndrome grippal pour 100 000 habitants tous âges confondus, saisons 2018-2019 et 2021-2022 à 2025-2026, France hexagonale



Source : réseau Sentinelles/Iqvia.

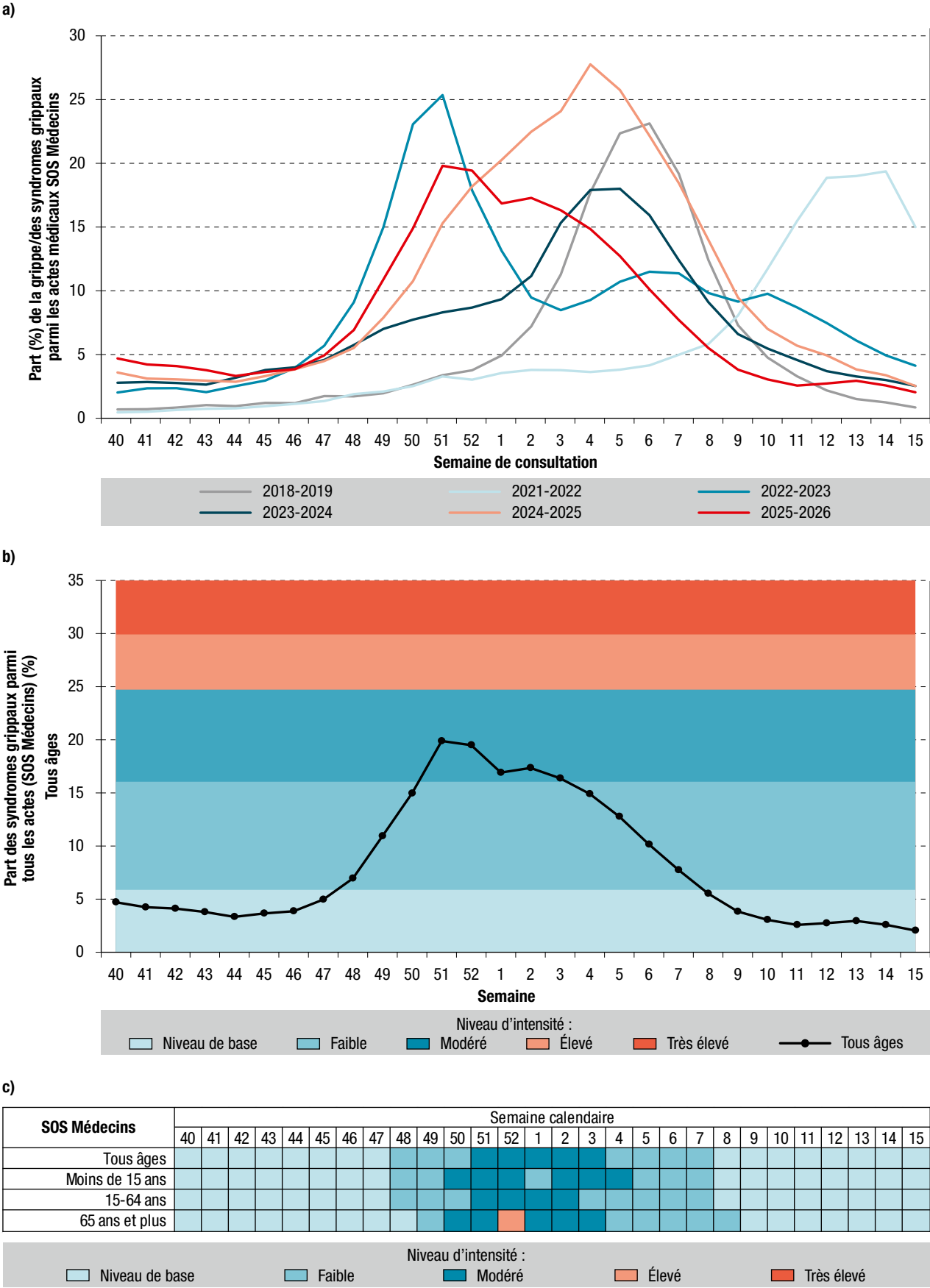
Parmi les 9 329 cas de syndrome grippal recensés par le réseau Sentinelles au cours de la période épidémique pour lesquels l'information a été recueillie, 72 ont donné lieu à une hospitalisation (0,82%). Cette proportion est supérieure à celles enregistrées lors des cinq épidémies précédentes (moyenne : 0,70%, minimum : 0,50% en 2018-2019 ; maximum : 0,77% en 2022-2023).

Au cours de la période épidémique de grippe 2025-2026, un total de 157 946 actes médicaux pour

grippe/syndrome grippal a été recensé par le réseau SOS Médecins. Cette valeur est légèrement supérieure à la moyenne des cinq épidémies précédentes (148 409), mais nettement inférieure à celle observée en 2024-2025 (223 612) (figure 3a). La proportion d'actes médicaux pour grippe/syndrome grippal parmi l'ensemble des actes médicaux disposant d'un diagnostic médical codé a atteint 19,8% au pic épidémique (S51-2025) tous âges confondus, valeur

Figure 3

Part hebdomadaire (%) des actes SOS Médecins pour syndrome grippal parmi l'ensemble des consultations, saisons 2018-2019 et 2021-2022 à 2025-2026, France (a), et niveau d'intensité hebdomadaire atteint par l'indicateur pour la saison 2025-2026 tous âges confondus (b) et par classes d'âge (c)



Source : approche *Pandemic Influenza Severity Assessment (PISA)* de l'Organisation mondiale de la santé.

d'intensité modérée et inférieure à la moyenne des pics épidémiques antérieurs (22,7%) (figure 3b). En comparaison des valeurs obtenues pour chaque classe d'âge au cours des cinq épidémies précédentes, l'intensité de l'activité au pic a été modérée chez les enfants de moins de 15 ans et les adultes de 15-64 ans, mais élevée chez les 65 ans et plus (figure 3c). Au total, 590 patients vus pour grippe/syndrome grippal sur 157 946 actes ont été hospitalisés, soit 0,37%. Cette proportion est supérieure à celles enregistrées lors des cinq épidémies précédentes (moyenne : 0,25%, minimum : 0,19% en 2022-2023, maximum : 0,34% en 2018-2019). Une différence significative a été observée par rapport aux valeurs atteintes lors des épidémies de 2021-2022 à 2024-2025 ($p < 0,001$), contrairement à 2018-2019 ($p = 0,2$).

Estimation du fardeau attribuable à la grippe en médecine de ville

À partir des données sur les consultations pour IRA et du taux de positivité pour grippe, le réseau Sentinelles estime que 1 166 025 consultations [978 724-1 353 584] étaient attribuables à la grippe au cours de la saison 2025-2026 (dont 88% sont survenues au cours de l'épidémie), soit un taux d'incidence cumulé de 1 734 consultations pour 100 000 habitants [1 457-2 017], représentant environ 1,7% de la population en France hexagonale. Cette

valeur est nettement inférieure à celle estimée pour les saisons 2024-2025 (3%) et 2022-2023 (2,1%), mais proche de la valeur estimée pour la saison 2023-2024 (1,6%) et légèrement supérieure à celle de 2021-2022 (1,2%).

Le taux d'incidence des consultations pour une IRA attribuable à la grippe suit globalement une dynamique très proche de celle du taux d'incidence des consultations pour syndrome grippal durant la période épidémique de grippe, tout en se situant à des niveaux nettement inférieurs à ce dernier lors des semaines précédant et, quoique dans une moindre mesure, lors de celles suivant la période épidémique (figure 4).

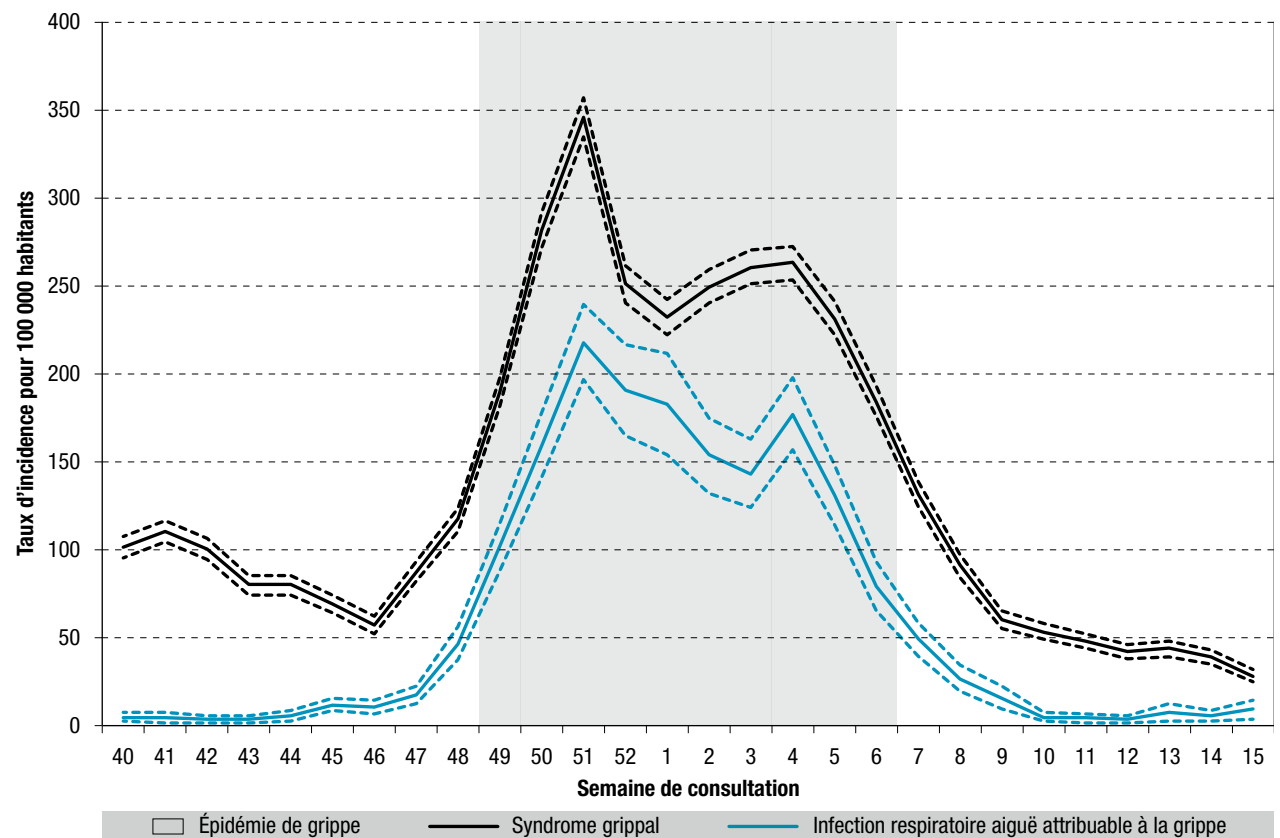
Surveillance virologique en médecine de ville et au niveau communautaire

La saison 2025-2026 a été marquée par une circulation quasi exclusive des virus grippaux de type A. Le sous-type A(H3N2) est resté majoritaire parmi les prélèvements respiratoires positifs pour la grippe durant toute la période épidémique, toutefois les virus de sous-type A(H1N1)_{pdm09} ont circulé de façon active ($\geq 30\%$ des virus de type A sous-typés en médecine de ville) durant quasiment toute la saison (figure 5).

Le réseau de laboratoires d'analyses médicales de ville Relab a analysé 129 755 prélèvements au cours

Figure 4

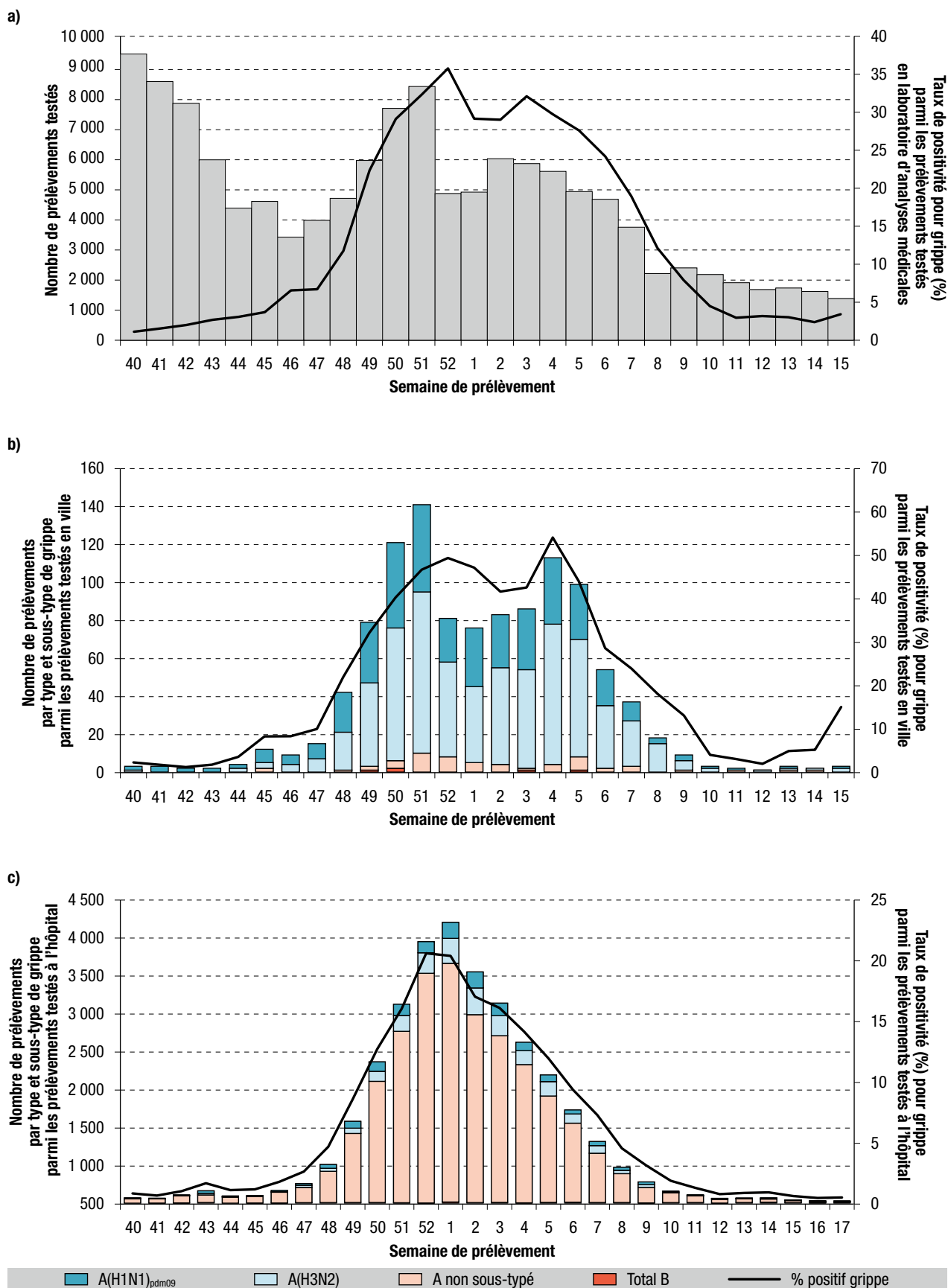
Taux d'incidence pour 100 000 habitants (lignes pleines) et intervalle de confiance à 95% (lignes pointillées) des consultations en médecine de ville pour un syndrome grippal (en noir) ou pour une infection respiratoire aiguë attribuable à la grippe (en bleu), France hexagonale, saison 2025-2026



Source : réseau Sentinelles.

Figure 5

Taux de positivité pour la grippe en laboratoire d'analyses médicales de ville (a), taux de positivité pour la grippe et distribution des types et sous-types de virus grippaux identifiés en médecine de ville (b) et à l'hôpital (c), S40-2025 à S15-2026, France



Sources : a) réseau Relab, CNR-VIR ; b) réseau Sentinelles, DUMG Rouen, DERMG Nice, DMG-FT Strasbourg, SOS Médecins, CNR-VIR ; c) Réseau Renal, CNR-VIR. CNR-VIR : centre national de référence virus des infections respiratoires.

de la période de surveillance (S40-2025 à S15-2026), parmi lesquels 20 512 (16%) étaient positifs pour un virus grippal. Le taux de positivité pour grippe a augmenté à partir de la semaine 46-2025, a atteint son maximum (36%) en S52 et est redevenu inférieur à 10% en S09-2026. Il a été de 29% sur la totalité de la période épidémique (figure 5a).

En médecine de ville, 4 167 prélèvements ont été réalisés au cours de la période de surveillance parmi les patients consultant pour une IRA par les médecins du réseau Sentinelles, de SOS Médecins, du DUMG de Rouen, du DERMG de Nice et du DMG-FT de Strasbourg, dont 1 097 (26,5%) ont été positifs pour au moins un virus grippal, dont 6 co-infections par deux virus grippaux différents. Parmi les 1 103 virus grippaux identifiés, 1 098 étaient de type A (99,5%) et 5 de type B (0,5%), tous appartenant au lignage B/Victoria. Parmi les 1 098 virus de type A identifiés, 649 (59%) étaient de sous-type A(H3N2), 392 (36%) de sous-type A(H1N1)_{pdm09} et 57 (5%) n'ont pas été sous-typés (figure 5b). La proportion de prélèvements positifs pour un virus grippal a atteint un maximum de 54% en S04-2026. Sur l'ensemble de la période épidémique, le taux de positivité pour la grippe a été de 43%.

Durant la saison, 5 cas de co-infection A(H1N1)_{pdm09}/A(H3N2) et 1 cas de co-infection grippe A(H3N2)/grippe B ont été détectés en médecine de ville. De plus, 65 cas de co-infection virus grippe/autre virus respiratoire ont été recensés, dont 30 cas de grippe A/rhinovirus, 17 cas de grippe A/VRS, 9 cas de grippe A/SARS-CoV-2, et 9 cas de grippe A/métapneumovirus. Enfin, une triple co-infection grippe A/VRS/rhinovirus a également été détectée.

Surveillance des passages aux urgences et des hospitalisations survenues après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal

Passages aux urgences

Au cours des 10 semaines d'épidémie, le réseau Oscour® a rapporté 114 827 passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal, soit 3,1% des passages aux urgences toutes causes confondues au cours de la période. Cela représente un taux d'incidence de 180 passages aux urgences pour 100 000 habitants tous âges confondus pendant l'épidémie de grippe. Cette valeur est nettement supérieure à la moyenne des taux d'incidence enregistrés lors des cinq épidémies précédentes (156/100 000 habitants), mais inférieure à celui de 2024-2025 (250/100 000 habitants), valeur la plus élevée enregistrée à ce jour. La part des recours pour grippe/syndrome grippal parmi l'ensemble des passages aux urgences a atteint son maximum à 5,2% en S52-2025, valeur identique à celle atteinte au pic de l'activité aux urgences en 2024-2025, inférieure au pic de 2022-2023, et nettement supérieure aux valeurs au pic des quatre épidémies précédentes (figure 6a). Parmi l'ensemble des passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal durant l'épidémie, 31% concernaient les moins de 5 ans,

soit un taux d'incidence de 1 173/100 000 habitants, 16% les 5-14 ans, soit 243/100 000 habitants, 30% les 15-64 ans soit 87/100 000 habitants, et 24% les 65 ans ou plus soit 192/100 000 habitants.

Hospitalisations après passage aux urgences

Parmi les passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal, 21% (23 989) ont conduit à une hospitalisation. Cet indicateur de sévérité de la maladie a atteint une valeur plus élevée que celles observées lors des cinq épidémies précédentes, indiquant une intensité élevée (moyenne : 16%, minimum : 12% en 2021-2022, maximum 19% en 2023-2024 et 2024-2025).

Parmi les 23 989 hospitalisations après passage pour grippe/syndrome grippal recensées au cours de l'épidémie, 65,4% ont concerné des personnes âgées de 65 ans et plus (vs 57% en moyenne), 18,3% des enfants de moins de 15 ans et 16,3% des adultes de 15 à 64 ans (vs 21% et 22% en moyenne, respectivement). C'est chez les 65 ans et plus que la proportion de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal donnant lieu à une hospitalisation était la plus élevée : 58% vs 12% chez les 15-64 ans, 10% chez les moins de 5 ans et 6% chez les 5-14 ans.

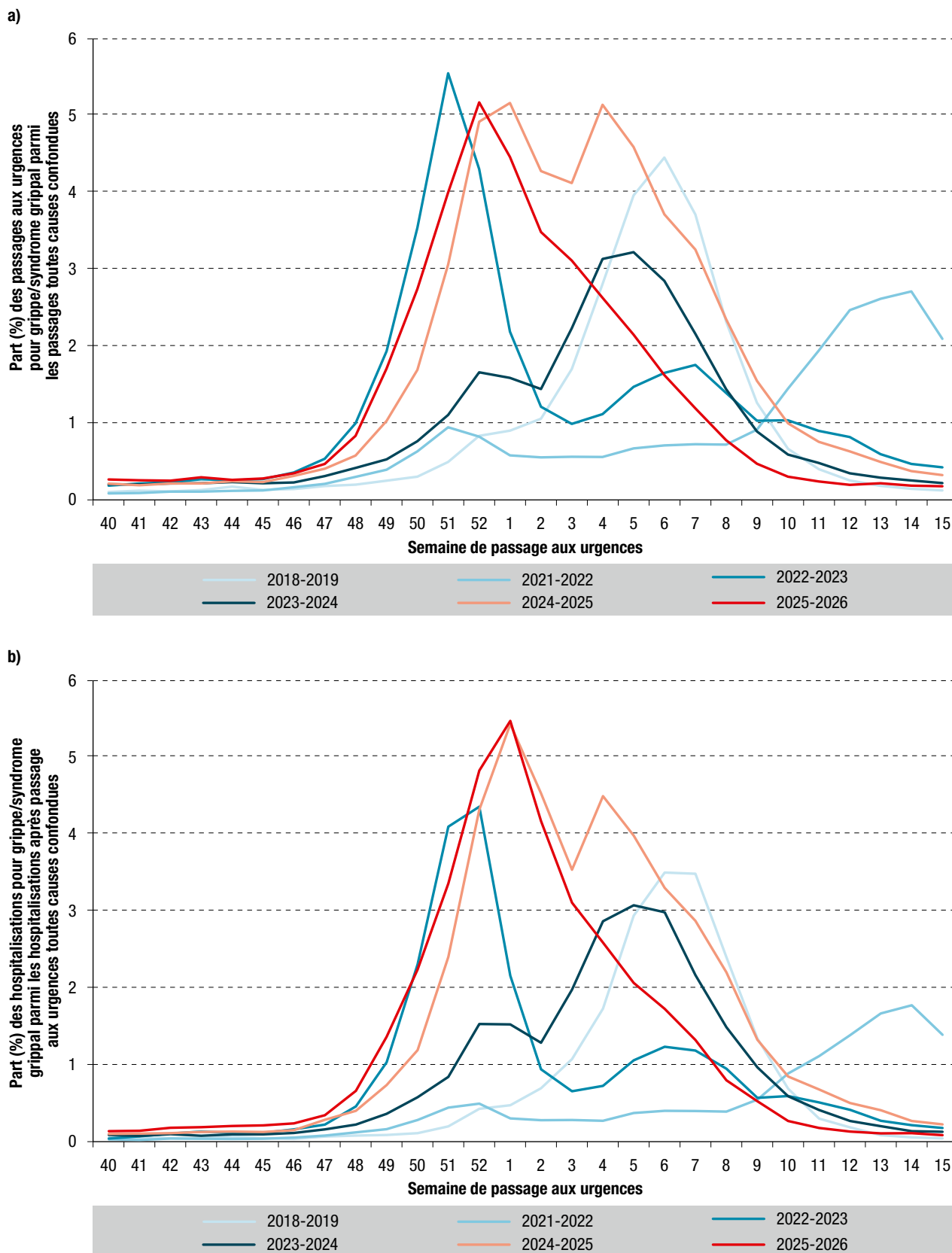
La part des hospitalisations pour grippe/syndrome grippal parmi l'ensemble des hospitalisations après passage aux urgences a été de 3,1% tous âges confondus durant l'épidémie, valeur supérieure à la moyenne lors des cinq épidémies précédentes (1,9%). Cet indicateur a atteint son maximum en S52-2025 à 5,5% tous âges confondus. Il a été le plus élevé chez les moins de 5 ans (9%), suivis des 65 ans et plus avec 7,3%. Ces valeurs sont légèrement supérieures à celles atteintes au pic de l'épidémie 2024-2025, durant laquelle cet indicateur avait déjà atteint un record (figure 6b). En comparaison avec les données des cinq dernières épidémies de grippe, cet indicateur d'impact de la grippe sur le système de soins a atteint un niveau d'intensité élevé tous âges confondus, chez les moins de 15 ans et les 65 ans et plus, mais il n'a pas dépassé le niveau d'intensité modéré chez les 15-64 ans (figures 7a et 7b).

Surveillance virologique à l'hôpital

Parmi les 362 623 résultats virologiques transmis au Centre national de référence virus des infections respiratoires (CNR-VIR) durant la période de surveillance hivernale en milieu hospitalier (réseau Renal), 30 440 prélèvements (8,4%) étaient positifs pour un virus grippal, dont 30 238 de type A (99%) et 202 de type B (1%). Parmi les virus de type A identifiés, le sous-type n'était pas connu pour la très grande majorité d'entre eux (25 587, soit 85%), 2 767 étaient de sous-type A(H3N2) (soit 61% des virus de type A sous-typés) et 1 884 de sous-type A(H1N1)_{pdm09} (soit 39% des virus de type A sous-typés, figure 5c). Le taux de positivité pour grippe maximal observé a été de 20,6% en S52. Cette valeur était inférieure à celle observée au pic lors de quatre des cinq dernières épidémies de grippe (23,3% en 2024-2025, 21,4%

Figure 6

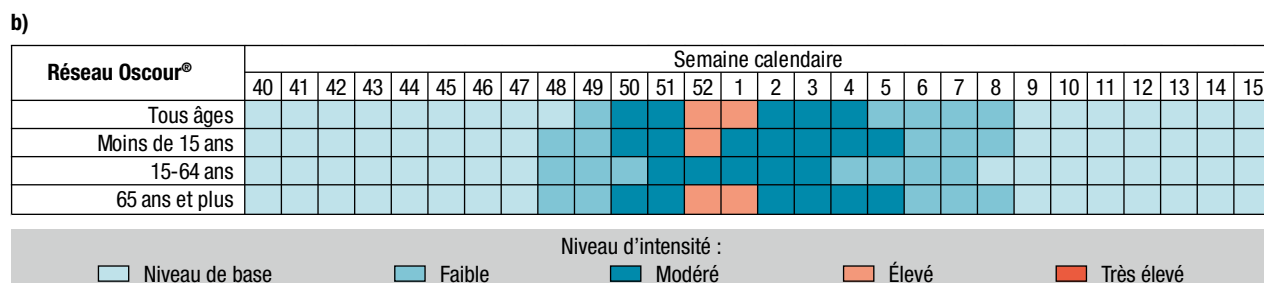
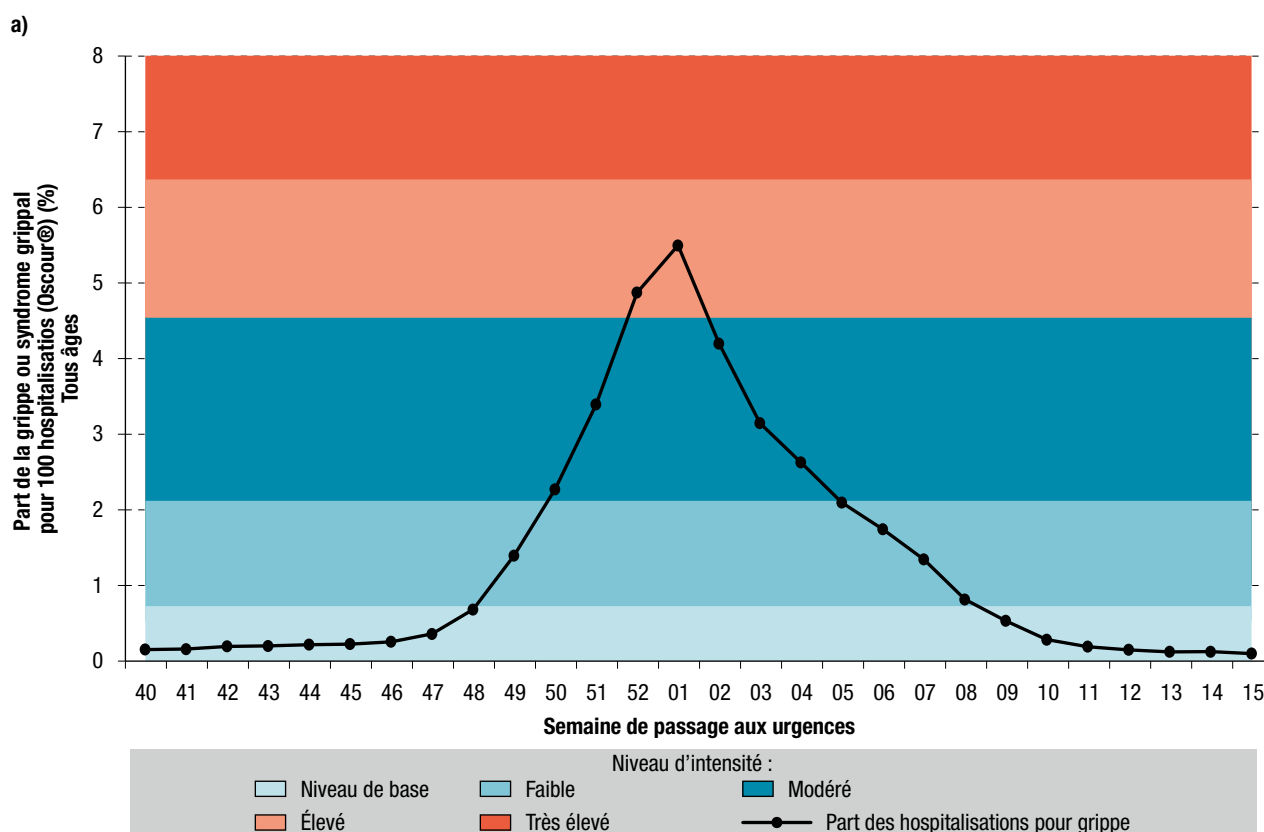
Part hebdomadaire (%) de la grippe/des syndromes grippaux parmi les passages aux urgences toutes causes (a) et les hospitalisations après passage aux urgences toutes causes (b), France, saisons 2018-2019 et 2021-2022 à 2025-2026



Source : réseau Oscour®.

Figure 7

Part hebdomadaire (%) des hospitalisations pour grippe/syndrome grippal parmi l'ensemble des hospitalisations après passage aux urgences (réseau Oscour®) et niveaux d'intensité associés, saison 2025-2026, France, tous âges confondus (a) et par classes d'âge (b)



Source : approche *Pandemic Influenza Severity Assessment* (PISA) de l'Organisation mondiale de la santé.

en 2023-2024, 22,3% 2022-2023 et 33,6% en 2018-2019), mais beaucoup plus élevée que celle observée au pic de l'épidémie 2021-2022 (11,4%).

Caractérisation antigénique et génétique des virus grippaux

Au cours de la saison 2025-2026 (S40-2025 à S15-2026), le CNR-VIR a séquencé un total de 2 772 virus influenza en France hexagonale. Les virus A(H3N2) représentent 54,7% des échantillons séquencés (1 516/2 772) et les virus A(H1N1)_{pdm09} 44,5% (1 234/2 772). Seuls 22 échantillons B (Victoria) ont été analysés pendant cette période, représentant 0,8% des échantillons du CNR-VIR.

Parmi les virus A(H3N2), le sous-clade K était largement majoritaire (1 443/1 516, soit 95,2% des prélèvements positifs pour H3N2), tandis que les sous-clades

J.2 (n=7), J.2.2 (n=8), J.2.3 (n=36) et J.2.4 (n=22) ont représenté 4,8% des échantillons positifs pour H3N2. Le sous-clade K est resté majoritaire tout au long de la période épidémique (S49-2025 à S06-2026).

La grande majorité des virus A(H1N1)_{pdm09} séquencés appartenaient au sous-clade D.3.1.1 (1 166/1 234, soit 94,5% des prélèvements positifs pour H1N1), tandis que les sous-clades C.1.9.3 et D.3.1 (9 et 59 prélèvements positifs, respectivement) ont représenté 5,5% des échantillons positifs pour A(H1N1)_{pdm09} séquencés par le CNR-VIR. À l'instar du sous-clade K pour H3N2, le sous-clade D.3.1.1 est resté majoritaire parmi les virus A(H1N1)_{pdm09} pendant toute la période épidémique.

Parmi les 22 échantillons de lignage B/Victoria séquencés, le sous-clade C.5.6 était majoritaire (9 prélèvements positifs), suivi des sous-clades

C.5.6.1, C.5.1 et C.3.1 (7, 3 et 2 prélèvements positifs, respectivement), tandis qu'un seul virus du sous-clade C.5.7 a été détecté par le CNR-VIR.

Les caractéristiques antigéniques de 497 virus A(H1N1)_{pdm09} ont été déterminées au cours de la saison 2025-2026. Parmi ceux-ci, 486 (98%) se sont révélés antigéniquement similaires au virus A/Victoria/4897/2022 inclus dans le vaccin 2025-2026 de l'hémisphère nord. Par ailleurs, la grande majorité (364/368) des virus A(H1N1)_{pdm09} testés vis-à-vis de la souche A/Bahrain/25220003050/2025, une souche similaire à celle incluse dans le vaccin 2026 de l'hémisphère sud, lui étaient antigéniquement similaires.

Les caractéristiques antigéniques de 461 virus A(H3N2) ont été déterminées. La majorité de ces virus (395/461, soit 86%) étaient mal reconnus par les antisérums produits contre le virus A/District of Columbia/27/2023 (clade 2a.3a.1, sous-clade J.2) inclus dans le vaccin 2025-2026 de l'hémisphère nord. La majorité (338/443, soit 76,3%) des virus testés par le sérum de furet produit contre le virus A/Valladolid/1187/2025, similaire à la souche incluse dans le vaccin 2026 de l'hémisphère sud, étaient reconnus par ce test.

Aucun virus B-Yamagata n'a été détecté en France ni dans le monde (à l'exception de virus vaccinaux) depuis 2020, justifiant le retrait d'une souche B-Yamagata dans la composition du vaccin contre la grippe saisonnière.

Surveillance des cas graves de grippe admis en service de réanimation

Au cours de la saison 2025-2026, 1 407 cas graves de grippe confirmés virologiquement ont été signalés par les 121 services de réanimation sentinelles ayant participé à la surveillance des cas graves de grippe cette saison, vs 1 916 en 2024-2025 et 937 en 2023-2024. Parmi eux, 1 231 (87%) ont été admis en réanimation au cours de la période épidémique, avec un maximum de 237 nouveaux cas admis atteint en semaine 01-2026.

Parmi les 1 282 cas graves pour lesquels le type de virus grippal a été identifié (tableau 2), 1 278 étaient infectés par un virus de type A : 11% par un virus de sous-type A(H3N2), 10% par un virus de sous-type A(H1N1)_{pdm09} et 78% par un virus de type A sans précision. Une co-infection par deux virus grippaux différents a été signalée. De plus, 66 co-infections virus grippal/SARS-CoV-2, 32 co-infections virus grippal/VRS et 2 triples co-infections virus grippal/SARS-CoV-2/VRS ont été détectées parmi les cas graves de grippe.

Parmi les cas graves pour lesquels l'information sur le sexe et l'âge était disponible (>99% des cas), 58% étaient des hommes et 91% étaient âgés de 18 ans ou plus. La distribution par classe d'âge des cas graves différait par rapport à celle des deux dernières épidémies, avec une proportion plus élevée de cas âgés de 65 ans et plus et une proportion inférieure

de cas âgés de 18 à 64 ans, la proportion d'enfants demeurant globalement stable. Ainsi, 9% des cas étaient âgés de moins de 18 ans (vs 11% en 2024-2025 et 2023-2024), 35% étaient âgés de 18 à 64 ans (vs 43% et 48% respectivement) et 56% étaient âgés de 65 ans et plus (vs 46% et 41% respectivement).

La grande majorité des cas (88%) présentait au moins un facteur de risque ciblé par la vaccination antigrippale (âge supérieur ou égal à 65 ans, comorbidité, grossesse en cours, prématurité), vs 82% en 2024-2025 et 80% en 2023-2024. Cette proportion était de 56% chez ceux âgés de moins de 18 ans, 79% chez ceux âgés de 18 à 64 ans et 96% parmi l'ensemble des cas décédés. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient une pathologie pulmonaire chronique (42% des cas), une pathologie cardiaque (27% des cas) et un diabète (21% des cas).

La durée médiane de séjour en réanimation était de 5 jours, valeur similaire à celles des deux épidémies précédentes. L'index de gravité simplifié II (score IGS-2)⁽²⁾ médian était de 40, identique à celui observé en 2023-2024 et 2024-2025, qui était de 40. La proportion de cas ayant présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) modéré ou sévère était légèrement inférieure à celles observées précédemment (37% vs 40% et 44% en 2024-2025 et 2023-2024, respectivement). Un total de 192 décès a été rapporté (soit 16% des cas pour lesquels l'évolution est connue). Cette proportion était similaire à celle des deux dernières épidémies (15% en 2024-2025 et 16% en 2023-2024). Parmi les cas décédés, 160 (78%) étaient âgés de 65 ans et plus, 44 (21%) de 18 à 64 ans et 1 (0,5%) était des enfants de moins de 18 ans.

Parmi les 873 cas (68%) pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 71% n'étaient pas vaccinés contre la grippe pour la saison en cours, vs 78% en 2024-2025 et 79% en 2023-2024. Cette proportion était de 67% parmi les cas ciblés par la vaccination et de 66% parmi les cas décédés.

Certaines caractéristiques des cas pour lesquels le sous-type grippal était connu (n=277) différaient entre les cas dus à A(H1N1)_{pdm09} (n=131) et A(H3N2) (n=146), dont quelques-unes de façon significative. La répartition des cas par classes d'âge était différente entre les deux groupes (p=0,001) : la proportion d'enfants de moins de 18 ans était nettement plus élevée chez les cas A(H3N2) par rapport aux cas A(H1N1)_{pdm09} (22% vs 5,3%) et la proportion de 65 ans ou plus inférieure (44% vs 56%, respectivement). Le score IGS-2 médian était plus élevé pour les cas A(H1N1)_{pdm09} (46 vs 38, p=0,005), ainsi que la fréquence de cas pour lesquels une ventilation invasive a été utilisée

⁽²⁾ L'index de gravité simplifié II (IGS-2) est un score pronostique utilisé en réanimation pour évaluer la sévérité de l'état des patients à l'admission. Il prend en compte 12 paramètres physiologiques et cliniques (âge, fréquence cardiaque, pression artérielle, température, etc.) ainsi que la présence de pathologies chroniques sous-jacentes. Plus le score est élevé, plus le risque de mortalité est important (source : <https://sfar.org/scores/igs2.php>).

Tableau 2

Caractéristiques des cas graves de grippe admis en réanimation en France signalés au cours de la saison 2025-2026 (S40-2025 à S15-2026), parmi l'ensemble des cas pour lesquels l'information sur le type viral est connu et chez les cas dus à A(H1N1)_{pdm09} et A(H3N2)

	Total		A(H1N1) _{pdm09}		A(H3N2)	
	N=1 282		N=131		N=146	
	N	%	N	%	N	%
Genre						
Femme	529	42%	51	40%	51	36%
Homme	742	58%	78	60%	92	64%
Non renseigné	11		2		3	
Classes d'âge (années)						
<2	48	3,7%	5	3,8%	14	9,6%
2-17	70	5,5%	2	1,5%	17	12%
18-64	448	35%	50	38%	51	35%
65 et plus	715	56%	74	56%	64	44%
Non renseigné	1		0		0	
Facteurs de risque ciblés par la vaccination						
Facteur de risque						
Au moins un	1 131	88%	116	89%	121	83%
Aucun renseigné	151	12%	15	11%	25	17%
Grossesse en cours*	14	1,1%	2	1,5%	3	2,1%
Prématurité	7	0,5%	1	0,8%	4	2,7%
Obésité morbide (IMC≥40)						
Oui	55	5,9%	5	5,6%	7	7,1%
Non	876	94%	85	94%	92	93%
Non renseigné	351		41		47	
Pathologie cardiaque	351	27%	38	29%	35	24%
Pathologie pulmonaire	541	42%	41	31%	64	44%
Pathologie rénale	103	8,0%	11	8,4%	11	7,5%
Pathologie hépatique	46	3,6%	7	5,3%	5	3,4%
Pathologie neuromusculaire	56	4,4%	5	3,8%	10	6,8%
Pathologie cancéreuse	106	8,3%	15	11%	10	6,8%
Immunodépression	103	8,0%	13	9,9%	16	11%
Diabète (type 1 et 2)	269	21%	25	19%	27	18%
Trisomie 21	9	0,7%	0	0%	1	0,7%
Pathologie métabolique	0	0%	0	0%	0	0%
Autre facteur de risque	124	9,7%	9	6,9%	16	11%
Sévérité clinique						
Index de gravité simplifié II (score IGS-2) (médiane, [Q1-Q3])	40	[30-53]	46	[34-58]	38	[27-52]
Non renseigné	302		30		47	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive						
Aucune	53	4%	2	1,5%	9	6%
Ventilation non invasive	776	59%	66	50%	88	60%
Ventilation invasive	427	35%	61	47%	44	30%
Assistance extra-corporelle	21	2%	2	1,5%	5	4%
Non renseigné	5					
Syndrome de détresse respiratoire aiguë						
Aucun	624	51%	58	47%	75	56%
Mineur	143	12%	17	14%	19	14%
Modéré	243	20%	21	17%	22	16%
Sévère	205	17%	27	22%	19	14%
Non renseigné	67		8		11	



Tableau 2 (suite)

	Total		A(H1N1) _{pdm09}		A(H3N2)	
	N=1 282		N=131		N=146	
	N	%	N	%	N	%
Statut vaccinal						
Vaccination grippe pour la saison en cours						
Oui	249	29%	16	18%	27	27%
Non	624	71%	71	82%	73	73%
Non renseigné	409		44		46	
Vaccination grippe chez les personnes ciblées						
Oui	244	32%	16	22%	26	33%
Non	514	68%	58	78%	54	68%
Non renseigné	524		57		66	
Durée du séjour en réanimation et devenir du patient						
Durée de réanimation (jours) (médiane, [Q1-Q3])	5	[3-10]	5	[2-12]	4	[2-9]
Non renseigné	90		6		20	
Devenir						
Sortie de réanimation	983	82%	92	74%	102	78%
Transfert vers un autre service de réanimation	27	2,2%	3	2,4%	6	4,6%
Décès	192	16%	30	24%	22	17%
Non renseigné	80		6		16	

* Proportion par les cas de genre féminin et en âge de procréer (15-49 ans).
Source : réseau de services de réanimation sentinelles, Santé publique France.
Note : Compte tenu des arrondis, la somme des pourcentages peut être différente de 100%.
IGS-2 : index de gravité simplifié II ; IMC : indice de masse corporelle.

(48% vs 34%, $p=0,014$). Par ailleurs, la fréquence de cas ayant développé un SDRA modéré ou sévère était légèrement supérieure, quoique de façon non significative, chez les cas A(H1N1)_{pdm09} par rapport aux cas A(H3N2) (39% vs 30%, $p=0,14$), de même que la proportion de cas avec au moins un facteur de risque (89% vs 83% respectivement, $p=0,2$), et le taux de mortalité en réanimation (24% vs 17% respectivement, $p=0,2$). La durée médiane de séjour en réanimation était de 5 jours pour les cas A(H1N1)_{pdm09} vs 4 pour les cas A(H3N2) ($p=0,5$). Enfin, la proportion de patients vaccinés était supérieure parmi les cas dus à A(H3N2) (27% vs 18% respectivement, $p=0,2$).

Surveillance des épisodes d'infections respiratoires aiguës en établissements médico-sociaux

Durant la période de surveillance de la grippe (S40-2025 à S15-2026), 3 346 épisodes d'IRA ont été signalés par des EMS. Parmi eux, 1 596 (48%) épisodes étaient attribués à la grippe, seule étiologie identifiée dans 72% des cas et en co-infection dans 28% des cas. Une grande majorité de ces épisodes est survenue pendant la période épidémique (86%) et en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) (91%). Cette valeur est inférieure à celle recensée en 2024-2025 (2 066), mais nettement supérieure à celle de 2023-2024 (799). Le pic des signalements d'épisodes de cas groupés attribués à la grippe a été atteint en S01-2026, avec 278 épisodes (vs 328 au pic de 2024-2025 et 94 en 2023-2024) (figure 8).

Mortalité toutes causes confondues issue des données de l'Insee

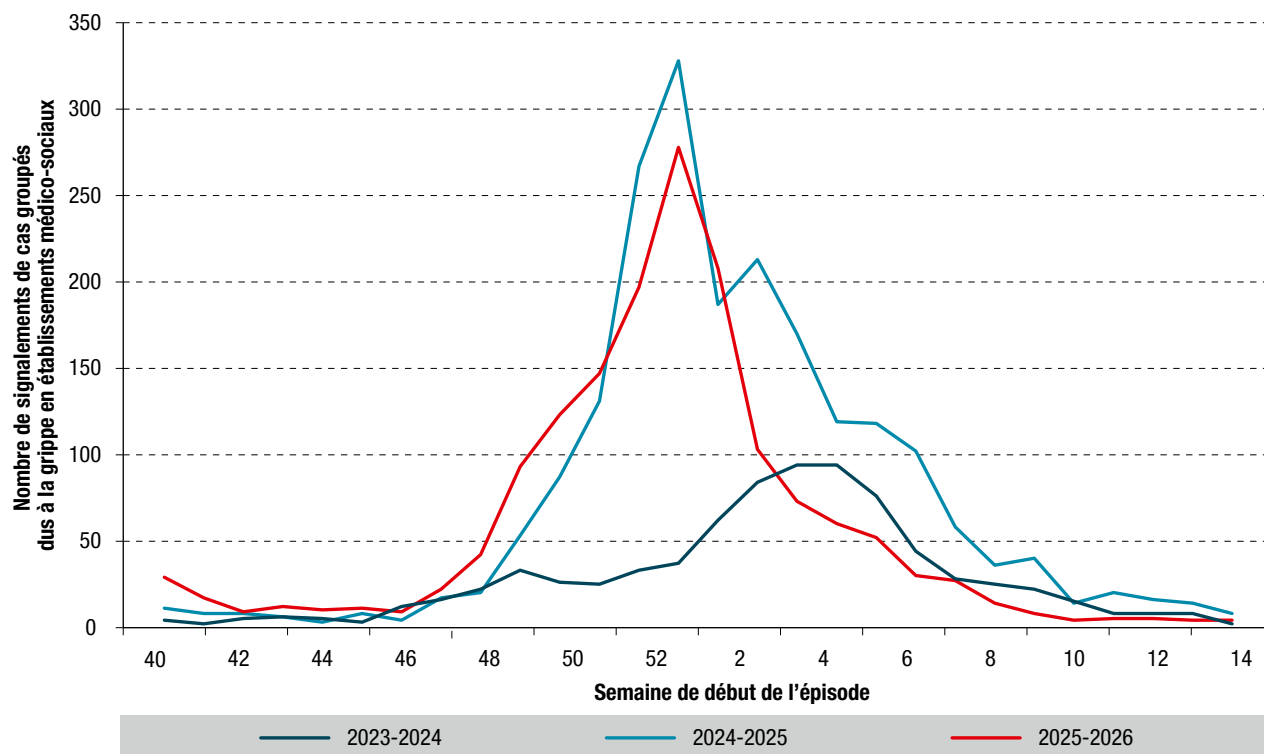
Une hausse de la mortalité toutes causes confondues a été observée au niveau national à partir de fin décembre 2025. Le nombre de décès était en excès entre les semaines S01 et S05-2026, tous âges confondus, avec un pic atteint en S02, à un niveau supérieur à celui, déjà très élevé, de 2024-2025. Les effectifs de décès sont revenus dans les marges de fluctuation habituelle au cours de la dernière semaine de l'épidémie de grippe en S06 (figure 9). Dans un premier temps, cet excès a concerné majoritairement les adultes de 15-64 ans, dès la S51-2025, puis les 65 ans et plus à partir de S01-2026, avec un pic atteint en S02 dans les deux classes d'âge.

Rapporté à la population française, le taux d'incidence cumulé de décès en excès durant la période épidémique a atteint 128/100 000 habitants chez les 75 ans ou plus, 17/100 000 chez les 65-74 ans et 3/100 000 chez les 15-64 ans. Ces valeurs sont inférieures à celles enregistrées lors des épidémies 2024-2025 (respectivement 191, 28 et 4/100 000 habitants) et 2022-2023 (189, 42 et 7/100 000), mais supérieures à celles des épidémies 2023-2024 (87, 15 et 4/100 000) et 2021-2022 (96, 12 et 1/100 000 habitants).

Au total, l'estimation de la surmortalité toutes causes, extrapolée à l'échelle nationale pendant les 10 semaines de l'épidémie, était d'environ 12 140 décès. Cette valeur est nettement supérieure à l'excès de mortalité toutes causes observé

Figure 8

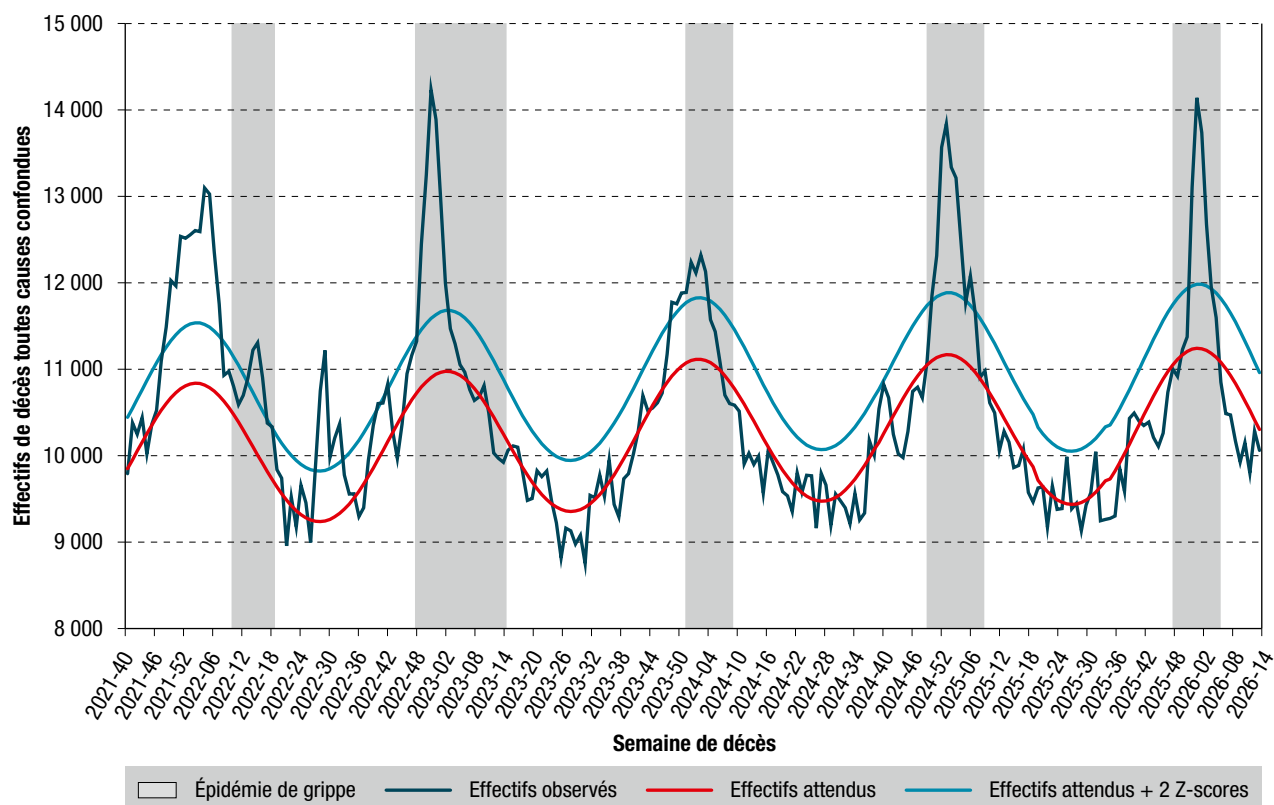
Évolution hebdomadaire du nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA liés à la grippe, seule ou en co-infection, en établissements médico-sociaux par semaine de début de l'épisode, saisons 2023-2024 à 2025-2026, France



Source : Santé publique France.
IRA : infections respiratoires aiguës.

Figure 9

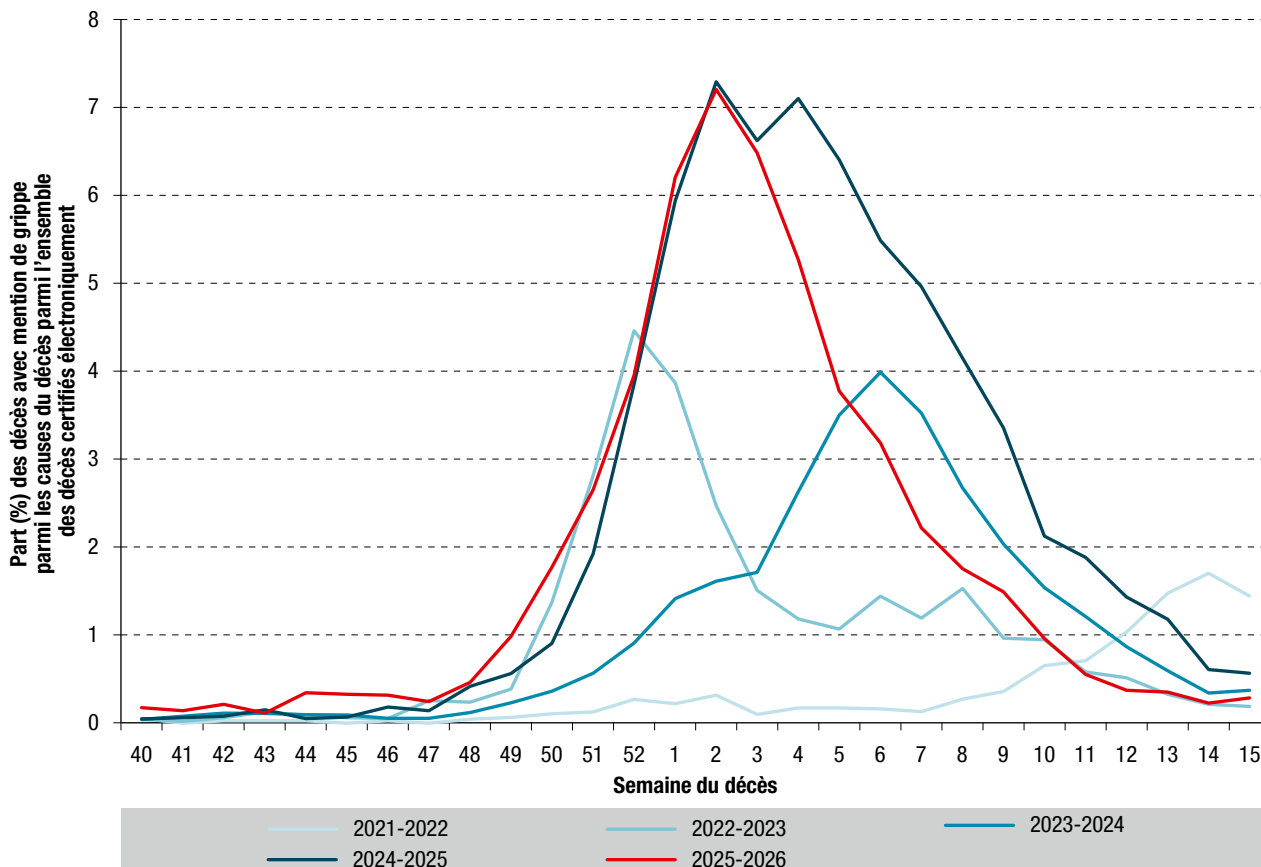
Fluctuations hebdomadaires des effectifs observés (noir) et attendus (rouge) de décès toutes causes et tous âges confondus, S40-2021 à S15-2026



Sources : Santé publique France, Insee.

Figure 10

Part (%) hebdomadaire des décès certifiés par voie électronique avec une mention de grippe dans les causes médicales de décès parmi les décès toutes causes confondues, saisons 2021-2022 à 2025-2026, France



Sources : CépiDC, Santé publique France.

au cours des épidémies de grippe de 2023-2024 (8 100) et 2021-2022 (7 200), comparable à 2018-2019 (12 100), et très inférieure à 2024-2025 (17 600) et 2022-2023 (17 400). Les décès toutes causes en excès survenus au cours de l'épidémie de grippe 2025-2026 concernaient pour 90% des cas des personnes âgées de 65 ans et plus.

Tous les décès en excès survenus durant la période épidémique ne sont pas *in fine* attribuables à l'infection par un virus grippal.

Mortalité liée à la grippe issue de la certification électronique

En France, 213 042 certificats électroniques de décès ont été reçus entre les semaines S40-2025 et S15-2026. Parmi eux, 4 389 (2,1%) comportaient une mention de grippe comme affection ayant directement provoqué le décès ou y ayant contribué, dont 82% sont survenus au cours de l'épidémie de grippe. Cette proportion de décès liés à la grippe parmi les décès certifiés électroniquement est très supérieure à celles observées lors des saisons 2021-2022 (0,4%), 2022-2023 (1,0%) et 2023-2024 (1,2%) et légèrement inférieure à celle de 2024-2025 (2,6%) (figure 10). Cet indicateur a atteint son maximum en S02-2026 avec 7,3% de décès certifiés électroniquement avec une mention de grippe, valeur identique à celle du pic de l'épidémie 2024-2025 et la plus élevée

enregistrée pour cet indicateur depuis la saison 2021-2022 (vs 4,5% au pic de l'épidémie 2022-2023, 4% en 2023-2024 et 1,7% en 2021-2022).

Parmi les 4 389 décès liés à la grippe recensés par ce dispositif de surveillance, 11 (0,2%) concernaient des enfants âgés de moins de 15 ans, 227 (5,2%) des patients âgés de 15 à 64 ans et 4 151 (94,6%) des personnes âgées de 65 ans ou plus. La proportion des décès concernant les 65 ans ou plus était supérieure à celle atteinte lors des cinq précédentes épidémies, avec 92% en 2024-2025, 88% en 2022-2023 et 2023-2024, et 84% en 2021-2022.

Les décès avec mention de grippe comme cause du décès ont été très majoritairement signalés par des établissements de santé (74%) et dans une moindre mesure par des Ehpad (22%).

Discussion – Conclusion

En France hexagonale, l'épidémie de grippe 2025-2026 a démarré de façon relativement précoce début décembre. La dynamique de l'épidémie a été très rapide durant les premières semaines, avec un pic d'activité atteint en trois semaines seulement, suivi d'une diminution plus lente de l'activité, sans rebond marqué après les congés de fin d'année. Il s'agit de la septième épidémie ayant débuté en décembre ou avant recensée depuis 2011.

Quatre de ces sept épidémies précoces sont survenues depuis la pandémie de Covid-19 (2022-2023, 2023-2024, 2024-2025 et 2025-2026)⁹. L'impact majeur que cette pandémie et les mesures de contrôle sans précédent qui ont été mises en œuvre ont eu sur la circulation des virus grippaux au niveau international a pu contribuer à un tel décalage temporel¹⁰⁻¹². Néanmoins, il paraît hasardeux d'anticiper un démarrage systématique des futures épidémies dès le mois de décembre, compte tenu de la temporalité variable et imprévisible des épidémies de grippe.

L'épidémie de grippe 2025-2026 a été caractérisée par un impact contrasté selon le type de recours aux soins et de dispositif de surveillance. Cet impact est resté faible à modéré en ville, avec environ 1,7% de la population générale touchée. En revanche, il a été élevé à l'hôpital et en EMS. Ainsi le taux d'incidence des passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal fut d'environ 180/100 000 habitants tous âges confondus (soit 0,18% de la population française). Plus d'un passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal sur cinq a donné lieu à une hospitalisation, valeur la plus élevée observée jusqu'à présent. Une observation similaire a été faite à partir des données issues de la médecine ambulatoire, à la fois en médecine générale et pédiatrique (réseau Sentinelles) et d'après les données SOS Médecins. Une telle discordance d'impact entre la médecine de ville et l'hôpital, peu fréquemment observée, accompagnée d'une proportion inhabituellement élevée de consultations donnant lieu à une hospitalisation peuvent traduire une sévérité accrue de l'infection. Néanmoins, d'autres facteurs peuvent avoir contribué à ces observations, tels qu'une proportion élevée de personnes à risque de complications touchées, ou encore une disponibilité de lits d'hospitalisation plus importante. Ainsi, s'il n'a pas été observé de différence en matière de sévérité clinique des cas de grippe admis en réanimation en 2025-2026 par rapport aux deux saisons précédentes, la proportion plus élevée qu'à l'habituel de cas âgés de 65 ans ou plus pourrait traduire un impact plus sévère de la grippe dans cette tranche d'âge en 2025-2026, par rapport aux épidémies précédentes. Ces données sont néanmoins à interpréter avec précaution, n'étant ni exhaustives ni issues d'un échantillonnage représentatif des patients admis en réanimation.

L'impact de la grippe en termes de mortalité a également été important au pic épidémique, avec un nombre élevé de décès toutes causes confondues en excès, dépassant la valeur atteinte au pic de l'épidémie 2024-2025, et une proportion de décès liés à la grippe parmi les décès certifiés électroniquement atteignant une valeur similaire à celle du pic de 2024-2025 (environ 7%), valeur la plus élevée enregistrée depuis 2020. La surmortalité enregistrée au cours de la totalité de l'épidémie, d'environ 12 140 décès, demeure toutefois inférieure à celle observée en 2024-2025, probablement en lien avec l'absence de rebond marqué après les fêtes de fin d'année, contrairement à ce qui avait été observé

en 2024-2025. Les données sur la mortalité analysées dans cet article présentent des limites. Tout d'abord, la surmortalité mesurée au cours de l'épidémie de grippe n'est pas spécifique de la grippe. Si cet indicateur est utile pour comparer le poids de la grippe sur les décès en population générale d'une épidémie à l'autre, les valeurs présentées ne reflètent pas le nombre réel de décès liés à la grippe. Des modèles *ad hoc* sont nécessaires pour estimer le fardeau attribuable directement et indirectement à la grippe, notamment lié aux décompensations de pathologies chroniques et aux surinfections bactériennes³. De plus, le dispositif de certification électronique des décès est rapidement monté en charge à partir de 2020, en termes de couverture du réseau, mais potentiellement aussi en termes de capacité de détection des décès avec mention de grippe parmi les causes de décès en raison d'un possible recours accru aux tests diagnostiques de la grippe en milieu hospitalier et en EMS (secteurs où le recours à la certification électronique est majoritaire)^{9,13}. Enfin, l'épidémiologie des virus respiratoires a évolué de façon importante au cours des cinq dernières années, avec une forte baisse du poids de la Covid-19 parmi les formes sévères d'IRA. Certains de ces facteurs pourraient contribuer à augmenter la part de la grippe parmi les décès par rapport aux épidémies antérieures.

L'épidémie de grippe 2025-2026 a été caractérisée par la co-circulation des deux sous-types grippaux de type A : A(H3N2) a représenté près de 70% des virus détectés en ville au cours de l'épidémie, et A(H1N1)_{pdm09} s'est maintenu à un niveau supérieur ou égal à 30% tout au long de l'épidémie. Pour chacun de ces deux sous-types, un sous-clade spécifique a nettement dominé (proportion relative supérieure à 90%) par rapport aux autres : le sous-clade K pour le sous-type A(H3N2), et le sous-clade D.3.1.1 pour le sous-type A(H1N1)_{pdm09}. Ces deux sous-clades ont la particularité d'avoir émergé courant 2025 et de ne pas avoir circulé dans la population française avant la saison hivernale 2025-2026. Le sous-clade D.3.1.1 ne diverge du point de vue antigénique que de façon modérée par rapport aux sous-clades H1N1 ayant circulé de façon intense en France en 2024-2025 (en particulier C.1.9.3 et C.1.9) et à la souche vaccinale H1N1 présente dans le vaccin utilisé dans l'hémisphère nord en 2025-2026. En revanche, l'émergence du sous-clade K a constitué une rupture antigénique majeure par rapport aux autres sous-clades H3N2 ayant circulé récemment en France et ailleurs dans le monde en 2025¹⁴⁻¹⁶. Ce sous-clade a été à l'origine d'épidémies à la temporalité inhabituelle dans plusieurs pays entre septembre et décembre 2025, en particulier une vague estivale en Australie et en Nouvelle-Zélande¹⁷ et une épidémie exceptionnellement précoce au Japon, en Angleterre, ou encore en Espagne^{14,15}. Sa circulation en France dès la fin novembre a également pu contribuer au démarrage précoce de l'épidémie 2025-2026 et à son intensité élevée chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, à l'instar d'autres épidémies portées par le sous-type A(H3N2)¹⁸. L'émergence et la rapide diffusion

du sous-clade K a généré une certaine inquiétude au niveau international quant à une possible contagiosité accrue de ce virus et une moindre protection vaccinale conférée par le vaccin grippe 2025-2026. Toutefois, à ce jour, aucun élément en faveur d'une sévérité plus importante qu'à l'habituel des épidémies et de l'infection causées par le sous-clade K n'a été publié¹⁵. Les données de surveillance dont nous disposons en routine ne permettent pas d'évaluer l'impact différentiel de ces deux sous-clades D.3.1.1 et K par rapport aux autres en matière de transmissibilité et de sévérité clinique, rendant nécessaire la réalisation d'études *ad hoc* permettant de croiser des données cliniques et virologiques.

L'analyse comparative des caractéristiques des cas graves de grippe en réanimation dus aux sous-types H1N1 et H3N2 a toutefois permis d'identifier des différences dans le profil des patients en termes d'âge, de facteurs de risque, de gravité clinique et de couverture vaccinale. Ainsi, les cas dus au sous-type A(H1N1)_{pdm09} étaient globalement plus âgés avec certains marqueurs de gravité plus élevés (score IGS-2 et proportion de cas sous ventilation invasive) par rapport aux cas dus à A(H3N2), ce qui a déjà été décrit précédemment^{19,20}. La proportion plus élevée de patients âgés parmi les cas A(H1N1)_{pdm09} par rapport aux cas A(H3N2) est assez inhabituelle, tout comme la proportion plus élevée de jeunes enfants parmi les cas graves A(H3N2)^{19,20}. Les données présentées dans cet article se limitent toutefois à de simples analyses descriptives, limitées par la faible proportion de cas graves pour lesquels l'information sur le sous-typage est disponible. Par ailleurs, les données issues de la réanimation ne reflètent pas la totalité des formes sévères de grippe hospitalisées, puisque toutes ne donnent pas systématiquement lieu à une admission en réanimation, en particulier chez les patients les plus âgés. Ces analyses nécessitent d'être approfondies et les données mises en perspective par rapport aux saisons antérieures et à d'autres sources de données hospitalières.

Le niveau de couverture vaccinale chez les personnes à risque a progressé de façon sensible en 2025-2026 par rapport à la saison précédente, estimée à 56,7% chez les 65 ans et plus (+3,0 points par rapport à 2024-2025) et à 28,9% chez les moins de 65 ans à risque (+3,6 points)²¹, mais elle reste toutefois très en-deçà de la cible fixée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (75%)¹. Par ailleurs, l'efficacité du vaccin contre la grippe utilisé dans l'hémisphère nord en 2025-2026 a varié de façon importante selon le virus, les tranches d'âge et les groupes à risque considérés, ou encore les sources de données (en ville vs à l'hôpital). Ainsi en France, les estimations publiées du réseau Relab²¹ montrent une efficacité vaccinale (EV) à prévenir une grippe confirmée virologiquement en ville à un niveau modéré contre les virus de type A, à 30% [25-36] tous âges confondus, inférieure aux estimations de la même étude en 2024-2025 (41% [41-48]). L'effet protecteur de la vaccination est apparu plus élevé chez les enfants de moins de 18 ans

(67% [49-78]) et diminuait avec l'âge (18-64 ans : 34% [25-41] ; 65 ans et plus : 23% [13-31]). L'efficacité du vaccin contre le sous-type A(H3N2) a été estimée à 37% [17-52] tous âges confondus. Celle contre A(H1N1)_{pdm09} n'a pas pu être estimée, en raison d'un nombre trop faible de prélèvements sous-typés. Par ailleurs, les estimations provisoires de l'efficacité vaccinale de dix-neuf pays européens contribuant à l'étude Vebis coordonnée par l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (dont la France pour les estimations en soins primaires uniquement) indiquaient une EV similaire contre les cas de grippe A vus en soins primaires et ceux nécessitant une hospitalisation (respectivement 37% [29-44] et 34% [25-41]) tous âges confondus²², proches des estimations françaises issues des données du réseau Relab. Malgré le niveau suboptimal de la protection conférée par la vaccination contre la grippe saisonnière vis-à-vis du risque d'infection par un virus grippal, en particulier vis-à-vis des virus de type A, cette vaccination demeure un moyen efficace de se prémunir des complications liées à la grippe saisonnière, en particulier chez les personnes à risque^{2,23,24}. Des études *ad hoc* sont nécessaires pour en évaluer le bénéfice direct et indirect en France.

À l'instar de la France, les virus de type A ont prédominé tout l'hiver 2025-2026 ailleurs dans l'hémisphère nord, avec une co-circulation des deux sous-types décrite dans la plupart des pays, quoiqu'en des proportions différentes²⁵. Plusieurs pays de l'hémisphère nord ont connu une épidémie de grippe d'intensité élevée, notamment les États-Unis, le Danemark, l'Irlande, la Finlande ou encore l'Estonie^{25,26}. Par ailleurs, un excès de mortalité toutes causes confondues élevé a été observé par le consortium Euromomo à l'échelle européenne début janvier 2026, coïncidant avec l'épidémie de grippe dans la plupart des pays, et dépassant au pic le niveau atteint en 2024-2025. Plusieurs pays, dont la France, l'Irlande et le Portugal, ont atteint un niveau élevé à très élevé de surmortalité toutes causes²⁷. Une analyse des données épidémiologiques, ainsi que des stratégies de vaccination et du niveau d'adoption des mesures de prévention par la population entre les différents pays permettrait de mieux comprendre les déterminants de la sévérité de la grippe à l'échelle populationnelle d'un pays à l'autre.

Les analyses présentées dans cet article sous la forme d'un bilan exhaustif, et également chaque semaine de la saison hivernale dans les bulletins épidémiologiques nationaux et régionaux de Santé publique France, permettent d'informer la décision en santé publique et de décrire le fardeau que la grippe et les autres viroses respiratoires représentent sur la santé des Français. Elles doivent désormais être complétées par des données non disponibles en routine, notamment cliniques, pour approfondir l'analyse des déterminants du profil atypique de l'épidémie de grippe 2025-2026 en France hexagonale. Cette épidémie se distingue par une intensité plus marquée à l'hôpital et en EMS qu'en médecine de

ville, ainsi que par un impact significatif en termes de mortalité. Cela permettra également de préciser les différentes hypothèses avancées.

Les efforts doivent être maintenus pour améliorer l'adoption par tous des mesures de prévention de la grippe et des autres viroses respiratoires, afin de protéger les personnes les plus vulnérables et limiter l'impact des épidémies hivernales sur les structures de soins. Ces mesures incluent la généralisation des gestes barrières, l'optimisation du recours à la vaccination, y compris dans l'entourage des personnes à risque, l'amélioration de la qualité de l'air dans les collectivités et espaces partagés (entreprise, milieu de soins, écoles, etc.). ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des acteurs des différents réseaux pour leur implication dans la surveillance de la grippe, notamment les médecins des réseaux de médecine de ville (le réseau Sentinelles, et tout particulièrement l'équipe de surveillance des IRA ; les médecins des 63 associations SOS Médecins et de la Fédération SOS Médecins France et tout particulièrement Philippe Paraque, Urfan Ashraf, Pascal Chansard, Pierre-Henry Juan, Hélène Mareau, Sébastien Chopin et Serge Smadja ; les médecins généralistes du DUMG de Rouen, du DERMG de Nice et du DMG-FT de Strasbourg ; les médecins généralistes participant à l'entrepôt de données EMR Iqvia ; l'ensemble des urgentistes des services membres du réseau Oscour®, de la Société française de médecine d'urgence et de la Fédération des observatoires régionaux des urgences ; les réanimateurs et leurs sociétés savantes (Société de réanimation de langue française, Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques, Société française d'anesthésie et de réanimation) ; les agences régionales de santé ; les équipes techniques des laboratoires du CNR virus des infections respiratoires ; le réseau de laboratoires de biologie médicale de ville Relab ainsi que les laboratoires de virologie hospitaliers, dont le réseau Renal, l'Insee et l'Inserm-CépiDC.

Au sein de Santé publique France, nous remercions également pour leur contribution à la surveillance des infections respiratoires aiguës et à l'évaluation de la couverture vaccinale grippe : Delphine Viriot, Rémi Hanguenard, Laure Fonteneau, Harold Noël, Bruno Coignard (Direction des maladies infectieuses) ; Yvan Souarès pour sa contribution à la coordination de la surveillance des IRA entre les régions, et les épidémiologistes impliqués dans la surveillance des IRA dans les cellules régionales, en particulier : Sabrina Tessier pour la cellule régionale Bourgogne Franche-Comté ; Mathieu Rivière pour la cellule régionale Centre-Val de Loire ; Anselme Pascal pour la cellule régionale Île-de-France ; Zélie Oger, Stéphane Erouart et Mélanie Martel pour la cellule régionale Normandie ; Pascal Vilain, Anne Bernadou et Gaëlle Gault pour la cellule régionale Nouvelle-Aquitaine ; Jean-Loup Chappert et Leslie Simac pour la cellule régionale Occitanie ; Delphine Barataud et Anne-Hélène Liébert pour la cellule régionale Pays de la Loire ; Joël Deniau et Quiterie Mano pour la cellule régionale Provence-Alpes-Côte d'Azur – Corse (Direction des régions) ; Jérôme Naud et Nicolas Méthy de l'équipe SurSaUD® ainsi que Jérôme Guillevic (Direction appui, traitements et analyses des données) ; la Direction de la communication et du dialogue avec la société.

Références

[1] Bernard-Stoecklin S, Campese C, Parent du Châtelet I. Fardeau de la grippe en France métropolitaine : bilan des données de surveillance des épidémies de 2011-2012 à

2021-2022. Saint-Maurice: Santé publique France; 2023. 16 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/grippe/rapportsynthese/fardeau-de-la-grippe-en-france-metropolitaine-bilan-des-donnees-de-surveillance-lors-des-epidemies>

[2] World Health Organization. Global influenza strategy 2019-2030. Geneva: WHO; 2019. 34 p. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311184/9789241515320-eng.pdf?sequence=18>

[3] Iuliano AD, Roguski KM, Chang HH, Muscatello DJ, Palekar R, Tempia S, *et al.* Estimates of global seasonal influenza-associated respiratory mortality: A modelling study. *Lancet*. 2018;391(10127):1285-300.

[4] AgrippeToi. Coût de la grippe : et si on protégeait mieux et dépensait moins ? Paris: AgrippeToi.org; 2025. <https://agrippepetoi.org/index.php/2025/03/21/cout-de-la-grippe-et-si-on-protégeait-mieux-et-dépensait-moins/>

[5] Santé publique France. Le dispositif de surveillance de la grippe. Saint-Maurice: Santé publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/grippe/le-dispositif-de-surveillance-de-la-grippe>

[6] Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance de la grippe en France, saison 2021-2022. *Bull Epidemiol Hebd.* 2022;(21):362-75. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/21/2022_21_1.html

[7] Santé publique France. Surveillance intégrée des infections respiratoires aiguës. Saint-Maurice: Santé publique France; 2023. <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/surveillance-integree-des-infections-respiratoires-aigues>

[8] Santé publique France. Infections respiratoires aiguës, Grippe, données. <https://www.santepubliquefrance.fr/grippe/donnees>

[9] Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance de la grippe en France hexagonale, saison 2024-2025. *Bull Epidemiol Hebd.* 2025;(17):312-30. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/17/2025_17_1.html

[10] Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance de la grippe en France, saison 2022-2023. *Bull Epidemiol Hebd.* 2023;(19):382-97. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/19/2023_19_1.html

[11] Fricke LM, Glöckner S, Dreier M, Lange B. Impact of non-pharmaceutical interventions targeted at COVID-19 pandemic on influenza burden – A systematic review. *J Infect.* 2021;82(1):1-35.

[12] Feng L, Zhang T, Wang Q, Xie Y, Peng Z, Zheng J, *et al.* Impact of COVID-19 outbreaks and interventions on influenza in China and the United States. *Nat Commun.* 2021;12(1):3249.

[13] Cazaubon J, Bernard-Stoecklin S, Thiam MM, Fouillet A, Forgeot C, Caserio-Schönemann C, *et al.* Pratiques de tests diagnostiques grippe, Covid-19 et virus respiratoire syncytial dans les services d'urgence hospitaliers, en France métropolitaine, entre décembre 2021 et mars 2022. *Bull Epidemiol Hebd.* 2022;(21):376-9. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/21/2022_21_2.html

[14] World Health Organization. Disease outbreak news. Seasonal influenza – Global situation. Geneva: WHO; 2025. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON586>

[15] European Centre for Disease Prevention and Control. Threat assessment brief – Assessing the risk of influenza for the EU/EEA in the context of increasing circulation of A(H3N2) subclade K. Stockholm: ECDC; 2025. 10 p. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-assessing-risk-influenza-november-2025>

[16] Zambon M, Hayden FG. Influenza A(H3N2) Subclade K virus: Threat and response. *Jama.* 2026;335(4):307-10.

[17] Daplat C, Peck H, Jelley L, Diefenbach-Elstob T, Slater T, Hussain S, *et al.* Extended influenza seasons in Australia and

New Zealand in 2025 due to the emergence of influenza A(H3N2) subclade K viruses. *Euro Surveill.* 2025;30(49):2500894.

[18] Pivette M, Nicolay N, de Lauzun V, Hubert B. Characteristics of hospitalizations with an influenza diagnosis, France, 2012-2013 to 2016-2017 influenza seasons. *Influenza Other Respir Viruses.* 2020;14(3):340-8.

[19] Caini S, Spreuwerberg P, Kuszniarz GF, Rudi JM, Owen R, Pennington K, *et al.* Distribution of influenza virus types by age using case-based global surveillance data from twenty-nine countries, 1999-2014. *BMC Infect Dis.* 2018;18(1):269.

[20] Sumner KM, Masalovich S, O'Halloran A, Holstein R, Reingold A, Kirley PD, *et al.* Severity of influenza-associated hospitalisations by influenza virus type and subtype in the USA, 2010-19: A repeated cross-sectional study. *Lancet Microbe.* 2023;4(11):e903-e912.

[21] Santé publique France. Infections respiratoires aiguës (grippe, bronchiolite, Covid-19). Bilan de la saison 2025-2026. Saint-Maurice: Santé publique France; 2026. 34 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/infections-respiratoires-aigues/grippe/bulletin-national/infections-respiratoires-aigues-grippe-bronchiolite-covid-19-bilan-de-la-saison-2025-2026>

[22] Lucaccioni H, Marques DF, Kirsebom F, Emborg HD, Hamilton M, Whitaker H, *et al.* Influenza vaccine effectiveness from nine studies during drifted A(H3N2) subclade K predominance, Europe, September 2025 to January 2026. *Euro Surveill.* 2026;31(7):2600109.

[23] Scott J, Abers MS, Marwah HK, McCann NC, Meyerowitz EA, Richterman A, *et al.* Updated evidence for Covid-19,

RSV, and influenza vaccines for 2025-2026. *N Engl J Med.* 2025;393(22):2221-42.

[24] Yegorov S, Patel OD, Sharma H, Khan T, Gupta R, Yao M, *et al.* Effectiveness of influenza vaccination to prevent severe disease: A systematic review and meta-analysis of test-negative design studies. *Clin Microbiol Infect.* 2026;32(2):219-29.

[25] European Center for Disease Prevention and Control. Overview of respiratory virus epidemiology in the EU/EAA. Erviss; 2026. <https://erviss.org/>

[26] US Centers for Disease Control. FluView. Atlanta: CDC; 2026. <https://www.cdc.gov/fluview/index.html>

[27] Euromomo. Graphs and maps. Euromomo; 2026. <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps>

Citer cet article

Bernard-Stoecklin S. Épidémie de grippe 2025-2026 en France hexagonale : intensité modérée en ville, mais élevée en établissements et en termes de mortalité. *Bull Epidemiol Hebd.* 2026;(22):472-93. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/22/2026_22_1.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.



Dispositifs et réseaux de surveillance de la grippe en France hexagonale

En médecine de ville, la surveillance de la grippe repose sur les données des consultations pour syndrome grippal issues de deux réseaux complémentaires : le réseau Sentinelles et les associations SOS Médecins. Depuis la saison 2024-2025, les données sur les infections respiratoires aiguës (IRA) et les syndromes grippaux du réseau Sentinelles sont complétées par celles de l'entrepôt de données de santé d'Iqvia¹. Le réseau Sentinelles estime également le taux d'incidence des consultations pour une IRA attribuables à la grippe². Celui-ci est estimé à partir de l'incidence des IRA (données cliniques) et du taux de positivité pour les virus grippaux, calculé grâce aux prélèvements effectués par les médecins de ville dans le cadre de la surveillance virologique (patients prélevés par les médecins du réseau Sentinelles et des médecins partenaires du réseau SOS Médecins, du département universitaire de médecine générale (DUMG) de Rouen, du département d'enseignement et de recherche en médecine générale (DERMG) de l'Université Côte d'Azur à Nice et du département de médecine générale et formation territoriale (DMG-FT) de Strasbourg).

En milieu hospitalier, la surveillance s'appuie sur les données de passages aux urgences et d'hospitalisations après passage aux urgences pour grippe confirmée ou suspicion de grippe (réseau Oscour®, pour Organisation de la surveillance coordonnée des urgences). En 2025, ce réseau représentait 92,6% des passages aux urgences recensés dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et présentant au moins un diagnostic codé dans le résumé des passages aux urgences (RPU), après exclusion des patients réorientés sans soins ou partis avant la fin de leur prise en charge médicale. Cette proportion était de 91,9% en 2024, 89,4% en 2023, 88,9% en 2022, 84,5% en 2021, 80,5% en 2020, 78,9% en 2019 et 77,9% en 2018. Une extrapolation du nombre de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal au niveau national a été réalisée en utilisant ce taux de couverture du réseau à l'année N de chaque saison hivernale. Les données de population française de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) ont été utilisées pour calculer le taux d'incidence des passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal pour 100 000 habitants, en utilisant l'estimation au 1^{er} janvier de l'année n+1 pour chaque saison hivernale étudiée. Le calcul du taux d'incidence n'a pas été appliqué aux hospitalisations après passage aux urgences, car celles-ci ne représentent qu'une minorité des hospitalisations pour grippe recensées dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). En effet, tous les patients hospitalisés pour grippe ne passent pas forcément par les urgences, et le diagnostic de grippe peut être posé seulement après que le patient a été hospitalisé.

La surveillance hospitalière de la grippe repose également sur un réseau de surveillance sentinelle des cas graves de grippe, de Covid-19 et d'infection par le virus respiratoire syncytial (VRS) confirmés virologiquement, ainsi que de bronchiolite diagnostiquée cliniquement, et admis en service de réanimation adultes ou pédiatriques. Cette surveillance est animée par les cellules régionales de Santé publique France. Au cours de la saison 2025-2026, 121 services de réanimation ont signalé au moins un cas grave de grippe parmi les 228 services invités à participer chaque année.

La surveillance est complétée par les données des épisodes d'IRA provenant des établissements médico-sociaux (EMS), dont les collectivités de personnes âgées. Un circuit de déclaration unique des épisodes de cas groupés d'IRA dans les EMS, incluant les épisodes liés à la grippe, à la Covid-19 et à une infection par le VRS, a été mis en place depuis juin 2023 via le portail national des signalements du ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées⁽³⁾. Ce dispositif de surveillance n'est pas exhaustif et la participation des EMS est variable d'une année à l'autre.

La surveillance de la mortalité est effectuée par Santé publique France grâce aux données de mortalité toutes causes confondues issus des bureaux d'état civil d'un échantillon de 5 000 communes (soit 84% de la mortalité nationale, Insee) extrapolées au niveau national³. L'analyse en routine des fluctuations de la mortalité repose sur la comparaison du nombre enregistré de décès toutes causes confondues au nombre attendu, estimé à partir d'un modèle de régression, développé et utilisé par 27 pays/régions appartenant au consortium Euromomo (*European Mortality monitoring*)⁽⁴⁾. Ce modèle prend en compte la tendance à long terme et les variations saisonnières habituelles de la mortalité. Le nombre attendu de décès correspond donc à la mortalité toutes causes que l'on s'attend à observer en dehors de la survenue de tout événement susceptible de l'influencer, à la hausse ou à la baisse. Ce modèle est appliqué à l'échelle nationale, régionale et départementale, par classe d'âge. L'analyse de l'excès de mortalité toutes causes présentée dans cet article est restreinte à la période épidémique de grippe telle que définie par Santé publique France.

Cette surveillance est complétée par les données issues du dispositif de certification électronique des décès (CépiDC). Celui-ci permet d'analyser en temps réel les causes de mortalité et de recenser les décès avec une mention de la grippe comme cause de la mortalité. Ce dispositif de surveillance poursuit son déploiement, avec une couverture ayant évolué de 18% en 2019 à 58% de la mortalité nationale couverte fin 2025 et hétérogène

⁽³⁾ Portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>).

⁽⁴⁾ www.euromomo.eu

selon les régions (de 33,6 à 74,7% en France hexagonale) et les types de lieux de décès (meilleure couverture en établissements de santé). Il ne permet pas de comptabiliser de manière exhaustive les décès liés à la grippe. Les certificats de décès rédigés en version papier ne sont disponibles qu'avec un délai de plusieurs mois et ne peuvent pas contribuer à la surveillance de routine.

La surveillance virologique est réalisée par le Centre national de référence des virus des infections respiratoires (dont la grippe, le SARS-CoV-2 et le VRS, CNR-VIR) et par le laboratoire de virologie de l'Université de Corse, pour la Corse. Elle s'appuie, d'une part sur des prélèvements virologiques provenant des médecins du réseau Sentinelles ou associés à ce réseau (données de médecine de ville) qui sont analysés par le CNR-VIR, et d'autre part sur la transmission hebdomadaire au CNR-VIR de données sur le nombre de prélèvements testés et positifs pour la grippe par le réseau Relab⁴ (données issues d'environ 1 600 laboratoires de biologie médicale de ville volontaires, représentant une couverture de 38% environ de l'ensemble des laboratoires français), ainsi que le réseau Renal⁵ (données de 41 laboratoires hospitaliers volontaires). En complément de ces données virologiques, une sélection de prélèvements positifs pour la grippe est transmise par ces deux réseaux au CNR-VIR, afin de réaliser une caractérisation virologique approfondie : séquençage, caractérisation antigénique, etc.

La détermination des périodes pré-, post- et inter-épidémiques, ainsi que de la période d'épidémie aux niveaux national et régional s'effectue à partir des données historiques, depuis la saison 2016-2017, issues des trois sources de données de consultations pour syndrome grippal (réseau Sentinelles, SOS Médecins et réseau Oscour[®]). La méthodologie employée a été décrite précédemment⁶. La semaine du pic épidémique est définie comme étant la semaine durant laquelle l'activité pour grippe ou syndrome grippal était la plus élevée en médecine de ville (réseaux Sentinelles et SOS Médecins).

La méthode Pisa (*Pandemic Influenza Severity Assessment*), développée par l'OMS depuis plusieurs années, est intégrée à la surveillance de la grippe depuis la saison 2021-2022. Cette approche standardisée permet d'évaluer l'intensité d'une épidémie de grippe en se basant sur trois indicateurs : la transmissibilité de la grippe au sein de la population générale, la sévérité de la maladie, et l'impact sur le système de soins et la société⁷. Les seuils d'intensité pour les indicateurs du niveau de transmission de la grippe au sein de la population (part des consultations pour grippe/syndrome grippal parmi l'ensemble des consultations SOS Médecins) et d'impact sur le système de santé (part des hospitalisations après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal parmi l'ensemble des hospitalisations après passage dans les services d'urgence du réseau Oscour[®]) sont déterminés par Santé publique France, en utilisant la méthode statistique *Moving Epidemic Method*. Les seuils d'intensité pour l'indicateur « sévérité de la maladie » (proportion cumulée des hospitalisations après passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal) sont définis conformément à l'approche Pisa. Le seuil d'intensité modéré est défini comme la moyenne des cinq épidémies historiques. Le seuil d'intensité élevé correspond à la moyenne additionnée de l'écart-type. Le seuil d'intensité très élevé correspond à la moyenne additionnée de trois fois la valeur de l'écart-type. Les données utilisées pour déterminer ces seuils d'intensité sont celles des saisons 2018-2019 à 2024-2025 (saisons 2019-2020 et 2020-2021 exclues), entre les semaines 40 et 20 (pour les indicateurs transmissibilité et impact), et durant chaque période épidémique (pour l'indicateur sévérité de la maladie).

Références

- [1] Réseau Sentinelles. Estimation d'une incidence commune des cas vus en consultation de médecine générale à partir de plusieurs sources de données : méthode utilisée pour l'analyse conjointe des données du réseau Sentinelles et de l'entrepôt EMR-IQVIA. Paris: Réseau Sentinelles; 2025. 6 p. <https://www.sentiweb.fr/document/6444>
- [2] Réseau Sentinelles. Estimation des incidences des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale attribuables à un virus respiratoire donné. Paris: Réseau Sentinelles; 2025. 5 p. <https://www.sentiweb.fr/6390.pdf>
- [3] Santé publique France. Surveillance syndromique – SURSAUD[®]. Mortalité. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024. <https://www.santepubliquefrance.fr/index.php/surveillance-syndromique-sursaudr/mortalite>
- [4] Institut Pasteur. Réseau RELAB : pour un suivi en temps réel des virus respiratoires au sein de la population française. Paris: Institut Pasteur; 2024. <https://www.pasteur.fr/fr/espace-presse/documents-presse/reseau-relab-suivi-temps-reel-virus-respiratoires-au-sein-population-francaise>
- [5] Centre national de référence virus des infections respiratoires. RENAL – Le REseau NAtional des Laboratoires des Centres Hospitaliers pour la surveillance à l'hôpital. Lyon: Hospices civils de Lyon; 2024. <https://teamhcl.chu-lyon.fr/renal>
- [6] Pelat C, Bonmarin I, Ruello M, Fouillet A, Caserio-Schönemann C, Levy-Bruhl D, et al. Improving regional influenza surveillance through a combination of automated outbreak detection methods: The 2015/16 season in France. *Euro Surveill*. 2017;22(32):30593.
- [7] World Health Organisation. Pandemic influenza severity assessment (PISA): A WHO guide to assess the severity of influenza in seasonal epidemics and pandemics, second edition. Geneva: WHO; 2024. 46 p. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376841/9789240093881-eng.pdf?sequence=1>