Le point sur

Bilan de la surveillance active de la grippe aviaire 2025-2026

Santé publique France

Date de publication : 30.11.2026

ÉDITION NATIONALE

Surveillance active des personnes exposées à un foyer d'influenza aviaire hautement pathogène (SAGA)

Bilan de la saison 2025-2026 et perspectives

SOMMAIRE

Points clés	1
Introduction	3
Méthode	4
Résultats	7
Retour d'expérience (RETEX) de la saison 2025-2026	14
Perspective d'évolution et révision du protocole 2026-2027	15
Conclusion	17
Références	17

Points clés

- Protocole de surveillance active des personnes exposées à un foyer d'influenza aviaire hautement pathogène (IAHP), mis en place sur l'ensemble du territoire national (y compris les DROM) pour la saison 2025-2026.
- **157 foyers d'IAHP identifiés** sur le territoire entre août 2025 et juillet 2026, dont plus de la moitié (57%) survenus dans la région Pays de la Loire.
- **110 foyers investigués** (70%), dont 43 en Pays de la Loire (39%) et 67 dans d'autres régions hexagonales (61%).
- **518 personnes exposées identifiées**, dont **255 personnes dépistées** (taux de participation de 49%). Adhésion au dépistage plus élevée chez les éleveurs et les vétérinaires.
- **Aucune détection de cas de grippe aviaire (infection humaine par un virus IAHP)**.
- **Révision du protocole SAGA** pour la saison 2026-2027.

En partenariat avec : anses, Institut Pasteur, HCL Hospices Civils de Lyon, Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, Ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire

ABRÉVIATIONS

Anses	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ARS	Agence régionale de santé
CNR-VIR	Centre national de référence des virus des infections respiratoires
CR-SpF	Cellule régionale de Santé publique France
DDecPP	Direction départementale de la protection des populations
DGAL	Direction générale de l'Alimentation
DGS	Direction générale de la Santé
DMI	Direction des maladies infectieuses de Santé publique France
Draaf	Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
DROM	Département et région d'outre-mer
ECDC	*European Center for Disease prevention and Control*
EFSA	*European Food Safety Authority*
FAO	*Food and Agriculture Organization*
IAHP	Influenza aviaire hautement pathogène
LABM	Laboratoire de biologie médicale
LNR	Laboratoire national de référence
OMS	Organisation mondiale de la santé
SAGA	Surveillance active de la grippe aviaire

Introduction

Contexte

Des virus influenza aviaires hautement pathogènes (IAHP) appartenant au sous-type H5N1 et de clade 2.3.4.4b (lignée Goose/Guangdong émergée en 1997), ont émergé fin 2020 puis se sont rapidement propagés à l'échelle mondiale à partir d'octobre 2021 parmi les oiseaux sauvages et domestiques, provoquant une panzootie sans précédent. La France fait partie des pays européens les plus touchés depuis la saison 2021-2022, avec 1 374 foyers recensés en élevage de volailles, en 2021-2022, 396 foyers en 2022-2023, 10 en 2023-2024 et 15 en 2024-2025 [1].

Le clade 2.3.4.4b (H5Nx) se caractérise par des propriétés d'adaptation rapide et de franchissement fréquent de la barrière d'espèces entre l'avifaune et des mammifères. Ainsi, à ce jour, plus d'une cinquantaine d'espèces de mammifères sauvages et domestiques ont été contaminées de par le monde, touchant particulièrement les carnivores terrestres et marins, y compris les chats domestiques. L'évolution récente la plus préoccupante est survenue fin 2023 aux États-Unis, avec l'introduction des génotypes B3.13 et D1.1 dans les élevages de vaches laitières. Il s'agit de la première incursion documentée d'un virus influenza aviaire chez des bovins. Suite à l'exposition à ces élevages laitiers ou par l'ingestion de lait cru contaminé, d'autres mammifères ont été infectés (chats domestiques, souris, ratons laveurs, furets, chiens). Depuis 2024, d'autres espèces de ruminants ont été sporadiquement retrouvées infectées par un virus A(H5N1) de clade 2.3.4.4b en Amérique et en Europe (alpagas, brebis).

Le virus H5N1 du clade 2.3.4.4b a causé plusieurs dizaines d'infections sporadiques chez l'humain depuis son émergence fin 2020. Aux États-Unis, 71 cas ont été signalés en 2024 et début 2025, dont plus de la moitié était exposée à des vaches laitières infectées par le génotype B3.13. Les cas sporadiques liés à ce clade étaient principalement bénins, se manifestant par des conjonctivites isolées accompagnées ou non de fièvre et de signes respiratoires légers.

En parallèle, d'autres clades de virus H5N1 continuent de circuler de manière endémique en Asie, causant régulièrement des cas humains, notamment au Cambodge et au Vietnam avec un nouveau virus réassortant (clade 2.3.2.1e), ainsi qu'en Inde et au Bangladesh (clade 2.3.2.1a). D'autres sous-types d'influenza aviaire (H9N2, H5N6, H10N3, H3N8) ont été responsables de cas humains sévères au cours des dernières années, principalement en Chine.

Bien qu'aucune transmission interhumaine n'ait été documentée, l'OMS, la FAO, l'ECDC et l'EFSA évaluent le risque lié au clade 2.3.4.4b comme faible pour la population générale, et faible à modéré pour les personnes exposées [2-3]. Pour leur part, les CDC américains évaluent ce risque comme modéré à élevé pour les personnes directement exposées aux virus IAHP [4]. Les capacités d'adaptation virale des virus influenza et les échanges de virus inter-espèces fréquents constituent un risque d'émergence d'un virus mieux adapté à l'être humain et incitent à une vigilance accrue.

Compte tenu de la situation épidémiologique évolutive de ce sous-type à l'échelle internationale les agences sanitaires internationales recommandent aux États de renforcer la surveillance des virus influenza zoonotiques à l'interface homme-animal, y compris par le biais d'une surveillance active ciblant les personnes exposées asymptomatiques [5-8].

C'est dans ce cadre qu'à partir de 2022, les autorités françaises de santé humaine et animale (DGAL, DGS) et les experts de Santé publique France, Anses-LNR, CNR-VIR) ont co-conçu le protocole de Surveillance active des personnes exposées à un foyer de grippe aviaire (SAGA) [9]. Le pilote de cette surveillance active a été déployé dans les quatre régions françaises les plus touchées par l'influenza aviaire (Bretagne, Pays de la Loire, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie) au cours des saisons 2023-2024 et 2024-2025.

Ces deux exercices pilotes ont permis de valider la faisabilité opérationnelle d'une telle surveillance active [10] :

- **Période pilote 2023-2024** (janvier à avril 2024) : 8 foyers d'IAHP identifiés dans un contexte d'épizootie de faible ampleur (moindre circulation dans l'avifaune sauvage et mise en place

de la vaccination des canards). Trois foyers ont été investigués (1 élevage de dindes dans le Morbihan et 2 élevages de canards en Vendée). Le taux de participation au protocole SAGA des personnes exposées a atteint 94% : 15 personnes testées sur 16 identifiées, dont 3 éleveurs, 3 vétérinaires et 7 agents DDecPP. Tous les prélèvements nasopharyngés se sont révélés négatifs pour un virus IAHP.

- **Période pilote 2024-2025** (novembre 2024 à juillet 2025) : Le protocole SAGA a été révisé afin que le dépistage de première intention (RT-PCR Grippe A) soit réalisé directement en laboratoire de proximité et que l'investigation épidémiologique par questionnaire ne soit déclenchée que face à un cas humain testé positif à un virus H5. Dix foyers d'IAHP ont été identifiés. Parmi eux, 2 foyers ont été investigués (tous deux en Nouvelle-Aquitaine : un élevage de canards dans les Landes et un parc zoologique en Dordogne). Sur 17 personnes exposées identifiées, 15 ont accepté de participer, avec 100% de tests négatifs.

Fort de ce retour d'expérience des pilotes, le dispositif a été généralisé à l'échelle nationale pour la saison 2025-2026, couvrant l'ensemble du territoire y compris les départements et régions d'outre-mer (DROM) [11].

Objectifs

L'objectif principal de la surveillance SAGA était d'identifier précocement tout cas d'infection humaine par un virus influenza aviaire survenant chez des personnes asymptomatiques[1] exposées à un foyer confirmé d'IAHP en élevage commercial (avicole, porcin ou mixte) ou autre structure (ferme pédagogique, parc zoologique, basse-cour, etc.), afin de proposer une prise en charge médicale adaptée et d'engager un *contact tracing* rapide pour circonscrire tout risque de transmission secondaire.

L'objectif secondaire était d'évaluer le risque épidémiologique de passage de la barrière d'espèce en France à partir des données de dépistage biologique et des questionnaires épidémiologiques d'investigation.

Ce bilan présente les résultats des investigations réalisées selon le protocole SAGA au cours de la saison 2025-2026 ainsi que son évaluation et les perspectives pour la saison 2026-2027.

S'appuyant sur l'approche interdisciplinaire « Une seule santé » (*One Health*), ce dispositif associe étroitement les autorités sanitaires animales et humaines afin de prévenir les risques zoonotiques majeurs liés à l'interface homme-animal.

Méthode

La mise en place d'une surveillance active pour les personnes exposées à un foyer confirmé d'IAHP visait à identifier d'éventuels cas humains confirmés d'infection par un virus IAHP. Cette surveillance a été déployée sur l'ensemble du territoire national.

Les personnes investiguées dans le cadre de ce protocole étaient impérativement asymptomatiques. En effet, toute personne ayant été exposée à un foyer d'IAHP et développant des signes cliniques dans les 10 jours suivant la dernière exposition devait être prise en charge conformément à la conduite à tenir (CAT) en cas de suspicion de grippe zoonotique [12].

[1] Les personnes symptomatiques exposées à un foyer confirmé d'IAHP sont prises en charge conformément à la conduite à tenir grippe zoonotique de Santé publique France.

Cette surveillance SAGA se découpe en trois phases :

1. Identification du foyer ou animal infecté par un virus IAHP et identification des personnes exposées à ce dernier par la DDecPP. Transmission de l'ensemble de ces informations par la DGAL et la DDecPP concernées à l'ARS et Santé publique France ;
2. Proposition d'un dépistage aux personnes exposées au foyer d'IAHP par l'ARS, avec l'appui si besoin des cellules régionales de Santé publique France pour le contact de ces personnes ;
3. En cas de détection d'un cas confirmé[2] parmi celles-ci, investigation épidémiologique par Santé publique France, en lien avec l'ARS, des personnes exposées au foyer et de leurs contacts, conformément à la CAT grippe zoonotique.

Foyers investigués

Dans le cadre de SAGA, les foyers d'IAHP investigués concernaient les élevages commerciaux de volailles ou mixtes volailles/toute espèce de mammifères, ou tout autre type de structure (parc zoologique, ferme pédagogique, centre de soins pour oiseaux sauvages, basse-cour privative, etc.) dans lesquels un ou plusieurs oiseaux avaient été retrouvés infectés par un virus IAHP.

Par ailleurs, toute exposition humaine à un ou plusieurs mammifères (porc, chat, bovin, chien, mammifère marin, etc.) infectés par un virus IAHP donnait systématiquement lieu à une investigation dans le cadre de SAGA.

Selon ce protocole de surveillance active, tout foyer confirmé d'IAHP devait être inclus dans la mesure où les capacités de chacune des entités concernées par SAGA le permettaient (DDecPP/DGAL, ARS et/ou cellule régionale de Santé publique France). En cas de dépassement des capacités de l'une de ces entités (par exemple en cas de multiplication de foyers au sein d'une même région et de façon concomitante ou toute autre situation sanitaire de forte intensité ou urgente), rendant difficile l'investigation de tous les foyers d'IAHP, une priorisation des foyers à investiguer devait être réalisée collégialement par l'ARS, Santé publique France et la DGAL, en coordination avec la DGS, sur la base de différents critères, tels que la présence ou suspicion d'infection chez des mammifères, la taille importante de l'élevage, ou un nombre exceptionnellement élevé de personnes exposées.

Critères d'exposition à risque

L'exposition à risque au sein d'un foyer confirmé d'IAHP était définie par la survenue d'au moins un des critères suivants, dans les 8 jours précédant la confirmation du foyer et jusqu'à la fin du nettoyage et de la désinfection du site :

- **Contact direct :** Contact direct avec des volailles ou tout autre animal présentant une infection IAHP confirmée (ex : manipulation d'animaux infectés vivants ou morts).
- **Présence en milieu confiné :** Fréquentation pendant au moins 15 minutes cumulées d'un bâtiment ou espace fermé où des animaux infectés ont séjourné.
- **Contact direct avec l'environnement :** Manipulation directe d'outils, de matériel, de litière ou nettoyage de déjections au sein du bâtiment infecté.

La surveillance active s'adressait prioritairement aux éleveurs, salariés de l'exploitation, membres de la famille, techniciens ou artisans externes, vétérinaires libéraux, assistants et soigneurs

[2] Toute personne avec un prélèvement pour lequel le Centre national de référence des virus des infections respiratoires (CNR-VIR) a confirmé la présence d'un virus influenza d'origine animale.

intervenus sur le site. Une personne était considérée comme exposée dans ces conditions, indépendamment du port ou non d'équipement de protection individuelle (EPI) au moment de l'exposition.

Les professionnels des entreprises spécialisées mandatées pour le dépeuplement ou l'équarrissage étaient exclus de SAGA (une surveillance spécifique est en cours de construction). En revanche, toute personne ayant contribué ponctuellement au dépeuplement d'une petite structure (type basse-cour) et qui ne travaillerait pas pour une société de dépeuplement/équarrissage mandatée devait être recensée.

Les agents de la DDecPP et les vétérinaires se voyaient proposer un dépistage dans le cadre de SAGA s'ils n'en avaient pas déjà bénéficié dans les 4 dernières semaines.

Circuit d'information

Le déploiement opérationnel du protocole suivait les étapes suivantes :

- **Signalement et pré-alerte :** Dès confirmation biologique d'un foyer animal, la DGAL transmettait un message de pré-alerte (flash info) à la DGS et à Santé publique France. Dans un délai de 24 heures, une extraction des données Cartogip[3] était partagée de manière sécurisée avec l'ARS et la cellule régionale de Santé publique France (CR-SpF).
- **Recensement des exposés :** La DDecPP informait l'exploitant ou le particulier du dispositif SAGA, distribuait la plaquette « Les bons réflexes face aux grippes aviaire et porcine » et dressait la liste nominative des personnes répondant aux critères d'exposition à risque. Cette liste était transmise de manière sécurisée à l'ARS.
- **Proposition du dépistage :** L'ARS, avec l'appui si besoin des cellules régionales de Santé publique France, prenait contact par téléphone avec les personnes exposées pour leur proposer le dépistage de première intention (volontaire et gratuit), leur transmettait la lettre d'information et la plaquette des bons réflexes, et les orientait vers un laboratoire de biologie médicale (LABM) de proximité.
- **Dépistage de première intention (J+2) :** Idéalement réalisé à J2 de la dernière exposition (et au maximum dans les 10 jours), le test consistait en un prélèvement nasopharyngé analysé par RT-PCR par le LABM de proximité. Le test ciblait les virus grippaux de type A, et si possible le sous-type (H1N1, H3N2). Si la personne ne pouvait pas se déplacer, le laboratoire pouvait mandater un infirmier diplômé d'État (IDE) à domicile.
- **Gestion des résultats :** Si le test RT-PCR Grippe A était négatif, la personne poursuivait un auto-monitoring de ses symptômes jusqu'à J10 de la dernière exposition à risque. Si le test RT-PCR Grippe A était positif (ou non sous-typable), le LABM transmettait immédiatement le prélèvement au CNR pour screening H5 et caractérisation virologique. Simultanément, l'ARS demandait à la personne de réaliser au plus vite un second prélèvement nasopharyngé (UTM non inactivant/Virocult) qui était envoyé directement au CNR sans analyse locale.
- **Investigation en cas de confirmation H5 :** Si le CNR confirmait une infection par un virus d'origine aviaire, la personne serait classée en cas confirmé. Santé publique France et l'ARS engageraient une investigation épidémiologique approfondie (questionnaire « Cas, contact et co-exposé ») et proposeraient au cas confirmé deux prélèvements sérologiques successifs réalisés à 3 semaines d'intervalle pour documenter la séroconversion. Les mesures de gestion médicale (isolement, traitement antiviral) seraient déclenchées conformément à la conduite à tenir grippe zoonotique nationale [12].

[3] Système d'information utilisé par la DGAl et les services vétérinaires dans la gestion des foyers d'IAHP.

Résultats

Résultats de la saison 2025-2026

La saison épidémique 2025-2026 en France s'est caractérisée par une forte pression épidémique dans la faune sauvage (grues cendrées) et dans les structures détenant des animaux en captivité (élevage de volailles ou mixte, parc animalier, ferme pédagogique, etc.).

Description des foyers signalés et investigués

Description des foyers signalés

Au cours de la saison 2025-2026 (du 1er août 2025 au 31 juillet 2026), 490 détections d'IAHP ont été enregistrées sur l'ensemble du territoire national [1] :

- 334 cas dans la faune sauvage :
  - 329 cas dans l'avifaune
  - 5 chez des mammifères (4 renards et une loutre)
- 156 dans des élevages de volailles et chez des oiseaux captifs :
  - 125 dans des élevages de volailles
  - 31 chez des oiseaux captifs (basses-cours ou autres structures, i. e. parcs zoologiques, centres de soins)

Au cours de la saison, 157 foyers ont été inclus dans SAGA : 156 en élevage et chez des oiseaux captifs et un cas dans la faune sauvage (la loutre).

Ces 157 foyers ont été recensés dans 11 des 13 régions de France hexagonale (Figure 1), les régions de Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Corse n'ayant pas été touchées tout comme les DROM. La répartition géographique met en évidence une concentration massive dans l'ouest de la France (Figure 2), la seule région des Pays de la Loire regroupant 89 foyers, soit plus de 57% de la totalité des détections nationales. À l'échelle départementale, la Vendée est de loin le territoire le plus touché avec 59 foyers (soit 38% du total national et 66% de l'activité régionale des Pays de la Loire). La Loire-Atlantique suit avec 21 foyers. Bien que cette zone géographique soit l'épicentre de l'épizootie, le virus a circulé activement dans d'autres régions, notamment en Nouvelle-Aquitaine avec 28 foyers (portés par la Dordogne avec 9 foyers) et, dans une moindre mesure, en Centre-Val de Loire (7 foyers) et Auvergne-Rhône-Alpes (7 foyers).

Figure 1 : Nombre de foyers répondant aux critères d'inclusion de SAGA identifiés par région, saison 2025-2026

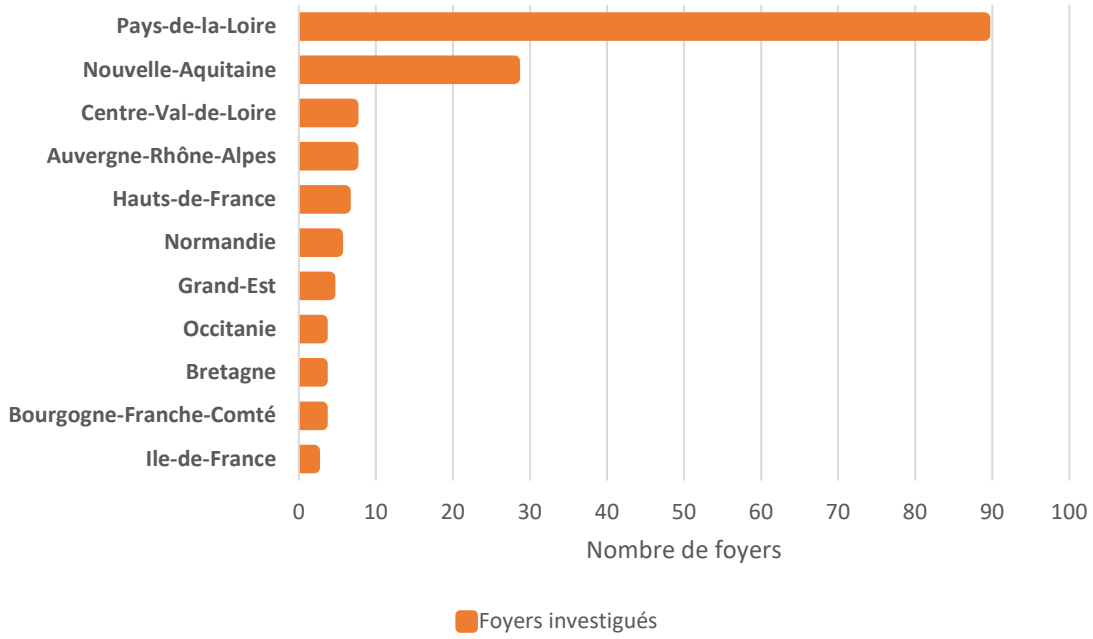
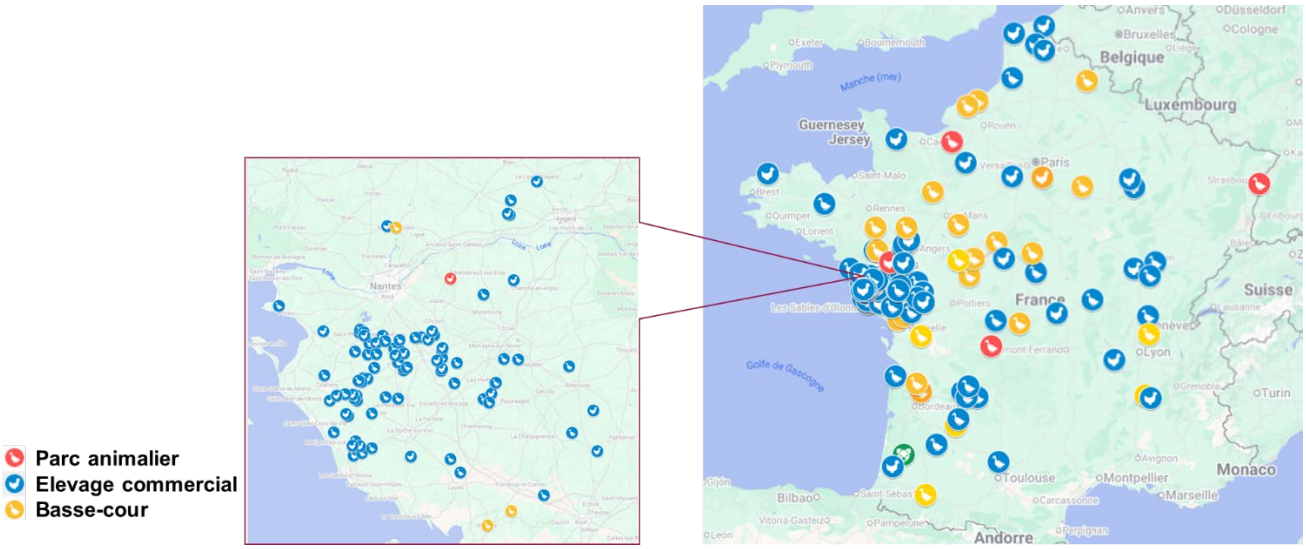
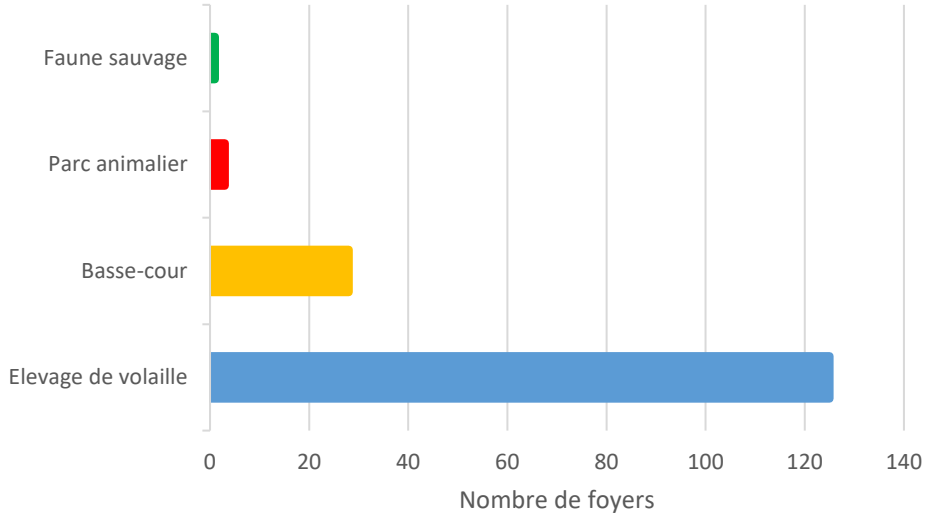


Figure 2 : Cartographie des foyers d'IAHP répondant aux critères d'inclusion de SAGA, saison 2025-2026



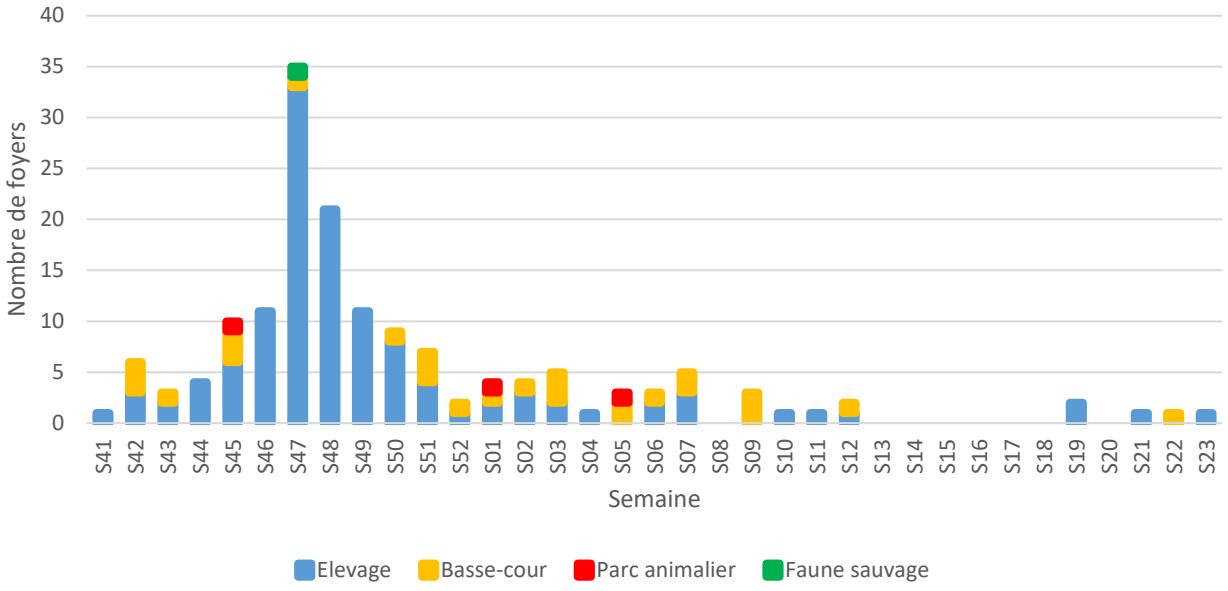
Les foyers concernaient en grande majorité (80%) des élevages commerciaux de volailles de différentes filières (canards de chair, dindes, poulets). Les autres foyers étaient recensés dans des parcs animaliers (parcs zoologiques et fermes pédagogiques) et des basses-cours de particuliers. (Figure 3).

Figure 3 : Nombre de foyers répondant aux critères d'inclusion de SAGA identifiés par type de structure, saison 2025-2026



La dynamique temporelle montre une forte saisonnalité : plus de 70% des foyers ont été détectés sur une période très courte de deux mois, entre la fin octobre et la fin décembre. Un pic d'activité exceptionnel a été enregistré en semaine 47, avec 35 foyers confirmés en seulement 7 jours (Figure 4).

Figure 4 : Nombre de foyers répondant aux critères d'inclusion de SAGA identifiés par semaine, saison 2025-2026

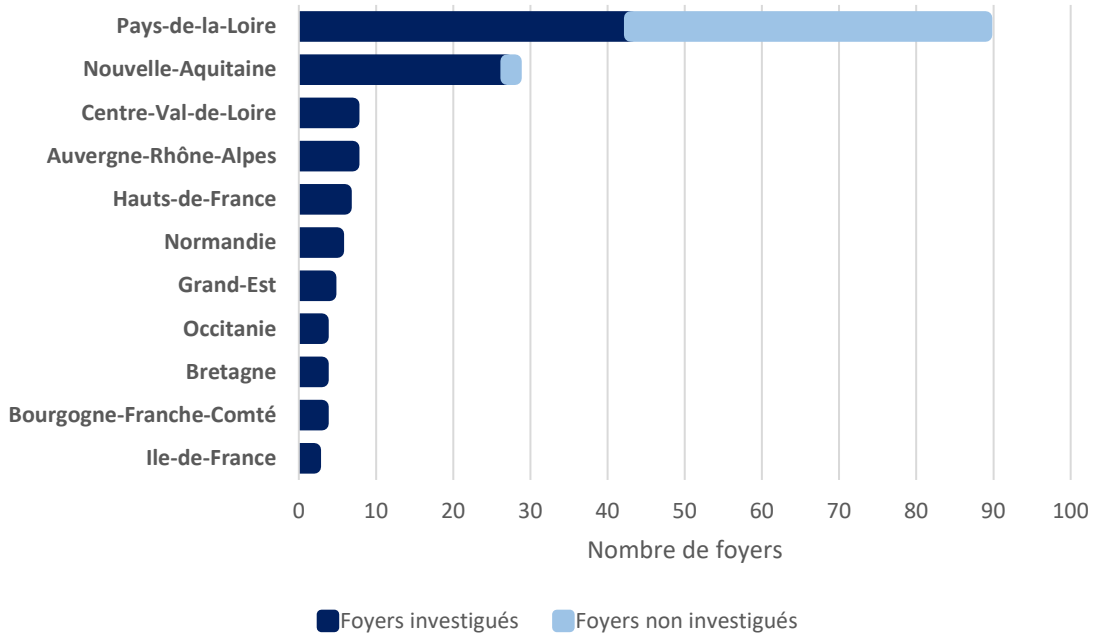


Description des foyers investigués selon le protocole SAGA

Sur les 157 foyers d'IAHP identifiés à l'échelle nationale, 110 foyers ont fait l'objet d'une investigation SAGA complète et ont été clôturés, ce qui correspond à un taux d'investigation national de 70%. L'analyse détaillée de ce taux met en évidence de très importantes disparités géographiques dictées par la charge de travail (Figure 5) :

- **Régions hors Pays de la Loire :** 67 foyers ont été investigués sur les 68 déclarés soit un taux d'investigation de 97%. L'activité épidémique ayant été soutenable dans ces territoires, les équipes locales ont pu mener à bien la quasi-totalité des investigations.
- **Région Pays de la Loire :** compte tenu de du nombre élevé de foyers (89 foyers), et des ressources humaines de chacun des acteurs locaux limitées, tous les foyers n'ont pas pu être investigués, et le protocole SAGA a dû être adapté dans cette région. Les investigations ont été menées auprès des personnes les plus à risque d'exposition (éleveurs, salariés, propriétaires de basse-cour). Cette adaptation a permis l'investigation de 43 foyers (48% des foyers de la région), ce qui correspond à 39% de l'ensemble des investigations menées sur le territoire national.

Figure 5 : Nombre de foyers investigués selon le protocole SAGA par région, saison 2025-2026



La répartition des foyers par région et département est illustrée dans le Tableau 1.

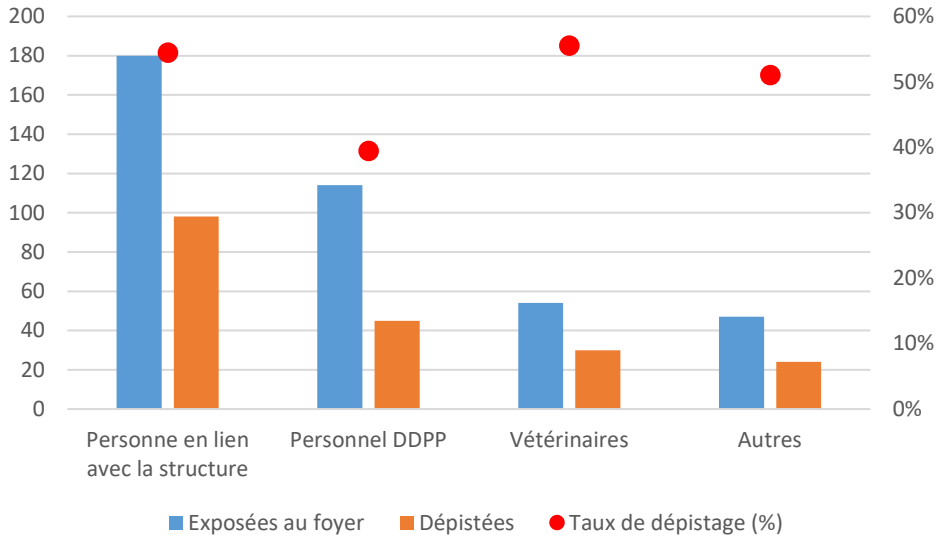
Tableau 1 : Nombre de foyers identifiés et investigués selon le protocole SAGA par département, saison 2025-2026

Région	Département	Foyers identifiés		Foyers investigués	
		Nb	%	Nb	%
Auvergne-Rhône-Alpes		**7**	**4%**	**7**	**100%**
	Ain	2	1%	2	100%
	Allier	2	1%	2	100%
	Drôme	2	1%	2	100%
	Loire	1	1%	1	100%
Bourgogne-Franche-Comté		**3**	**2%**	**3**	**100%**
	Côte-d'Or	3	2%	3	100%
Bretagne		**3**	**2%**	**3**	**100%**
	Côtes-d'Armor	1	1%	1	100%
	Finistère	1	1%	1	100%
	Ile-et-Vilaine	1	1%	1	100%
Centre-Val-de-Loire		**7**	**4%**	**7**	**100%**
	Cher	2	1%	2	100%
	Indre-et-Loire	3	2%	3	100%
	Loir-et-Cher	2	1%	2	100%
Grand-Est		**4**	**3%**	**4**	**100%**
	Aube	1	1%	1	100%
	Marne	1	1%	1	100%
	Haute-Marne	1	1%	1	100%
	Bas-Rhin	1	1%	1	100%
Hauts-de-France		**6**	**4%**	**6**	**100%**
	Nord	2	1%	2	100%
	Pas-de-Calais	3	2%	3	100%
	Somme	1	1%	1	100%
Ile-de-France		**2**	**1%**	**2**	**100%**
	Yvelines	1	1%	1	100%
	Essonne	1	1%	1	100%
Normandie		**5**	**3%**	**5**	**100%**
	Calvados	2	1%	2	100%
	Eure	1	1%	1	100%
	Seine-Maritime	2	1%	2	100%
Nouvelle-Aquitaine		**28**	**18%**	**27**	**96%**
	Charente-Maritime	2	1%	2	100%
	Creuse	1	1%	1	100%
	Dordogne	9	6%	9	100%
	Gironde	3	2%	3	100%
	Landes	1	1%	1	100%
	Lot-et-Garonne	3	2%	2	67%
	Pyrénées-Atlantiques	2	1%	2	100%
	Deux-Sèvres	5	3%	5	100%
	Haute-Vienne	2	1%	2	100%
Occitanie		**3**	**2%**	**3**	**100%**
	Haute-Garonne	2	1%	2	100%
	Tarn-et-Garonne	1	1%	1	100%
Pays de la Loire		**89**	**57%**	**43**	**48%**
	Loire-Atlantique	21	13%	1	5%
	Maine-et-Loire	6	4%	6	100%
	Mayenne	2	1%	2	100%
	Sarthe	1	1%	1	100%
	Vendée	59	38%	33	56%
TOTAL		**157**	**100%**	**110**	**70%**

Description des personnes investiguées

L'activité de recensement menée par les DDecPP a permis d'identifier 518 personnes exposées à risque au sein de 110 foyers investigués. Parmi celles-ci, 255 personnes ont accepté d'être dépistées, soit un taux d'adhésion de 49% à l'échelle nationale. L'analyse des données de participation (disponibles pour 407 exposés documentés) montre une participation plus élevée chez les personnes en lien direct avec la structure (éleveurs et salariés de l'élevage) ainsi que chez les vétérinaires libéraux (Figure 6).

Figure 6 : Personnes exposées à un foyer d'IAHP et dépistées selon le protocole SAGA par statut, saison 2025-2026



La répartition par région et département des personnes exposées aux foyers d'IAHP identifiées dans le cadre du protocole SAGA, ainsi que celles ayant accepté le dépistage, est présentée dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Personnes exposées et dépistées aux foyers investigués selon le protocole SAGA et ayant accepté le dépistage, par région, saison 2025-2026

Région	Département	Dépistage des personnes exposées		
		Personnes exposées	Personnes dépistées	
		Nb	Nb	%
Auvergne-Rhône-Alpes		**70**	**41**	**59%**
	Ain	36	25	69%
	Allier	12	4	33%
	Drôme	14	4	29%
	Loire	8	8	100%
Bourgogne-Franche-Comté		**11**	**9**	**82%**
	Côte-d'Or	11	9	82%
Bretagne		**25**	**14**	**56%**
	Côtes-d'Armor	4	2	50%
	Finistère	14	7	50%
	Ile-et-Vilaine	7	5	71%
Centre-Val-de-Loire		**38**	**25**	**66%**
	Cher	14	10	71%
	Indre-et-Loire	12	7	58%
	Loir-et-Cher	12	8	67%
Grand-Est		**37**	**24**	**65%**
	Aube	9	9	100%
	Marne	4	4	100%
	Haute-Marne	4	4	100%
	Bas-Rhin	20	7	35%
Hauts-de-France		**59**	**30**	**51%**
	Nord	11	8	73%
	Pas-de-Calais	43	19	44%
	Somme	5	3	60%
Ile-de-France		**7**	**7**	**100%**
	Yvelines	4	4	100%
	Essonne	3	3	100%
Normandie		**8**	**2**	**25%**
	Calvados	3	1	33%
	Eure	2	1	50%
	Seine-Maritime	3	0	0%
Nouvelle-Aquitaine		**158**	**65**	**41%**
	Charente-Maritime	15	7	47%
	Creuse	9	6	67%
	Dordogne	30	8	27%
	Gironde	12	1	8%
	Landes	3	2	67%
	Lot-et-Garonne	21	11	52%
	Pyrénées-Atlantiques	14	10	71%
	Deux-Sèvres	21	4	19%
	Haute-Vienne	33	16	48%
Occitanie		**32**	**11**	**34%**
	Haute-Garonne	16	4	25%
	Tarn-et-Garonne	16	7	44%
Pays de la Loire		**73**	**27**	**37%**
	Loire-Atlantique	1	0	0%
	Maine-et-Loire	6	2	33%
	Mayenne	10	0	0%
	Sarthe	6	1	17%
	Vendée	50	24	48%
TOTAL		**518**	**255**	**49%**

En définitive, parmi les 255 personnes dépistées dans le cadre de SAGA - dont 8 personnes présentaient des symptômes au moment de leur identification et ont été dépistées conformément à la CAT grippe zoonotique -, 6 cas de grippe A ont été détectés par les laboratoires de proximité (dont 5 présentaient des symptômes). Après analyse par le CNR-VIR, les prélèvements de ces 6 cas se sont tous révélés négatifs pour l'influenza aviaire :

- 3 personnes infectées par un virus grippal H3N2
- 1 personne avec une grippe A avec une charge virale faible (Ct tardif)
- 1 personne avec une infection à rhinovirus
- 1 personne a initialement été testée positive pour la grippe par le LABM ; les 2 prélèvements pharyngés réalisés à 5 jours d'intervalle analysés par le CNR se sont avérés négatifs.

Aucun cas d'infection humaine par un virus influenza d'origine aviaire n'a été détecté en France au cours de la saison 2025-2026, confirmant l'absence de franchissement de la barrière d'espèce en dépit d'une forte pression d'exposition d'origine animale (Figure 7).

Figure 7 : Bilan de l'activité SAGA, Saison 2025-2026



Perspective d'évolution et révision du protocole 2026-2027

À l'issue de la saison 2025-2026, une évaluation du dispositif SAGA a été menée via un questionnaire en ligne adressé à l'ensemble des partenaires nationaux et locaux (ARS, DDecPP, Draaf, DGAL, Anses-LNR, CNR-VIR, Santé publique France, etc.). Avec 80 réponses complètes représentant l'intégralité des structures engagées, cette enquête a révélé une reconnaissance unanime de la pertinence scientifique et opérationnelle du dispositif : 97% des partenaires l'ont jugé pertinent, 95% adapté au contexte actuel de l'IAHP en France, et 99% estiment qu'il a atteint ses objectifs. Les forces majeures incluent une coordination nationale adaptée (94%), des documents de qualité (protocole, questionnaires, supports d'information), et une adéquation des moyens financiers (95%). Cependant, des axes d'amélioration ont émergé : hétérogénéité de la coordination locale, surcharge opérationnelle (notamment pour les DDecPP confrontées à des priorités concurrentes), définition trop large des populations exposées, difficultés administratives, manque d'interopérabilité informatique (Cartogip, Signal, etc.), et un besoin accru de rétro-information pour valoriser l'engagement des acteurs de terrain. Ces constats fondent les pistes de révision du protocole pour 2026-2027 visant à pérenniser le dispositif SAGA et en garantir la soutenabilité lors des futures vagues épidémiques.

Objet de la révision	Actions et mesures proposées (Saison 2026-2027)
Cible du dépistage	Priorisation stricte des personnes les plus exposées, hors agents DDecPP (sauf si ces derniers sont symptomatiques) : éleveurs, salariés, propriétaires, vétérinaires cliniciens de terrain, soigneurs et personnels de parcs zoologiques ou centres de soins. Les professionnels du ramassage de faune sauvage feront l'objet d'une surveillance spécifique distincte. Clarification explicite des définitions d'« éleveur » et de « salarié ». Modalités sécurisées de transmission de la liste des personnes exposées à clarifier entre DDecPP et ARS.
Rôles des acteurs locaux	En cas de difficulté pour recenser ou obtenir les coordonnées des personnes exposées sous 2-3 jours après la confirmation du foyer, la DDecPP limite son action à la liste éleveur + vétérinaire. L'ARS complète la liste a posteriori si nécessaire et si possible.
Outils de communication	Création d'un Flyer SAGA spécifique d'information pour les DDecPP.
Dépistage & Facturation	Étude à mener auprès de l'Assurance Maladie sur la faisabilité d'inscrire les actes de dépistage grippe chez des personnes asymptomatiques exposées à l'IAHP à la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM).
Questionnaire Foyer	Ajout de variables manquantes à la base Cartogip permettant de renseigner le questionnaire Foyer (DGAl et Santé publique France).
Lettre d'information	Révision du document pour le rendre plus lisible et attractif. Rédaction d'une FAQ nationale centralisée pour harmoniser les connaissances et répondre aux questions récurrentes des participants

Plateforme dématérialisée	Étude du déploiement d'une plateforme régionale partagée (type RESANA régional) pour centraliser et sécuriser les échanges et listes d'exposés entre l'ARS, la DDecPP et la CR-SpF.
Coordination locale	Création d'un annuaire local de contacts à jour et partagé par la CR-SpF et l'ARS. Centralisation par la DGAl d'un annuaire national des responsables DDecPP (nom, mail, ligne directe). Transmission des coordonnées du référent DDecPP lors du signalement de tout nouveau foyer (DGAl -> DMI-SpF)
Coordination nationale	Organisation de réunions scientifiques mensuelles (Anses-LNR, CNR, Santé publique France, DGS, DGAl) intégrées au début du comité national zoonoses. Organisation de réunion ad hoc en cas de besoin.
Outils de partage d'information	Révision et mise à disposition par Santé publique France de documents types pour les acteurs locaux, incluant la liste des personnes exposées et un modèle de rapport d'investigation clôturée.
Rétro-information	Définition des outils pour la rétro-information systématique (support, auteurs, fréquence de diffusion et circuit d'information) • Publication mensuelle d'un point SAGA sur le site internet de Santé publique France • Publication mensuelle d'un point SAGA dans les bulletins épidémiologiques régionaux de Santé publique France et transmission aux partenaires (CR-SpF vers DDecPP et ARS) • Envoi systématique du rapport d'investigation clôturée de la CR-SpF vers la DDecPP, la DMI-SpF, l'ARS.
Acculturation & Formation	Organisation d'un webinaire de lancement SAGA national par SpF et de webinaires régionaux par les CR-SpF. En 1re partie du webinaire national de lancement, un point sur l'influenza aviaire et la grippe zoonotique sera proposé (en collaboration avec l'Anses-LNR et l'OFB). Ces webinaires seront enregistrés et les enregistrements seront mis à disposition des partenaires. Le point national d'activité SAGA mensuel sera joint au point sanitaire DGAl pour diffusion aux partenaires locaux Mise en ligne des informations scientifiques sur la plateforme ESA par la DGAl à partager avec les partenaires locaux.
Gestion de crise	Formalisation d'un mode « crise » dans le protocole. En cas de forte intensité épidémique, maintien de l'investigation de tous les foyers mais restriction du dépistage biologique systématique aux seules personnes les plus exposées , sous décision collégiale locale (ARS, CR-SpF, DDecPP).

Conclusion

Le déploiement national du protocole SAGA lors de la saison 2025-2026 constitue une avancée majeure pour la préparation pandémique de la France face au risque d'émergence de virus influenza zoonotiques à potentiel pandémique. Malgré des contraintes opérationnelles réelles liées à l'intensité de l'épizootie animale, ce dispositif de surveillance a démontré sa faisabilité ainsi que l'efficacité d'une collaboration technique étroite et réactive entre les secteurs de la santé animale et de la santé humaine.

La consolidation du dispositif pour la saison 2026-2027, à travers la révision du protocole apportant clarification et simplification, permettra d'ancrer durablement ce modèle d'investigation pluridisciplinaire au cœur de la stratégie nationale « Une seule santé » (One Health).

Références

1. Plateforme ESA – Épidémiosurveillance santé animale. Disponible : Plateforme ESA

2. EFSA, ECDC, EURL for Avian Influenza, Alexakis L, Buczkowski H, *et al.* Avian influenza overview March-June 2025. EFSA J. 2025;23(7):e9520.

3. WHO. Updated joint FAO/WHO/WOAH public health assessment of recent influenza A(H5) virus events in animals and people. 2025. Disponible: https://www.who.int/publications/m/item/updated-joint-fao-who-woah-public-health-assessment-of-recent-influenza-a(h5)-virus-events-in-animals-and-people-july2025

4. CDC. Risk to People in the United States from Highly Pathogenic Avian Influenza A(H5N1) Viruses. Disponible: https://www.cdc.gov/cfa-qualitative-assessments/php/data-research/h5-risk-assessment.html

5. ECDC. Surveillance and targeted testing for the early detection of zoonotic influenza in humans during the winter period in the EU/EEA. 2024. Disponible : https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-and-targeted-testing-early-detection-zoonotic-influenza-humans

6. ECDC. Investigation protocol for human exposures and cases of avian influenza in the EU/EEA. 2023. Disponible: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Investigation-protocol-human-exposures-cases-avian-influenza.pdf

7. Adlhoch C, Alm E, Enkirch T, Lamb F, Melidou A, Willgert K, et al. Drivers for a pandemic due to avian influenza and options for One Health mitigation measures. Efsa j. 2024;22(4):e8735.

8. WHO. Public health resource pack for countries experiencing outbreaks of influenza in animals. 2023. Disponible: https://www.who.int/publications/i/item/9789240076884

9. Santé publique France. La grippe aviaire : notre action [En ligne]. Disponible: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-transmissibles-de-l-animal-a-l-homme/grippe-aviaire/notre-action

10. Surveillance active des personnes exposées à un foyer d'influenza aviaire hautement pathogène (SAGA) : bilan de l'expérimentation conduite de 2023 à 2025 et perspectives 2025-2026. Le point sur. Octobre 2025. Saint-Maurice : Santé publique France, 12 p. Disponible : https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/rdd/document/LePointSur_saga_20251127.pdf

11. Surveillance active des personnes exposées à un foyer d'influenza aviaire hautement pathogène (SAGA) : Protocole saison 2025-2026. 12 novembre 2025. Disponible : https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/rdd/document/20251112_SAGA_protocole.pdf

12. Santé publique France. Surveillance et investigation des cas de grippe humaine due à un virus influenza d'origine aviaire ou porcine. 16 octobre 2025. Disponible : https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/rdd/document/20251016_Grippe%20zoonotique_def-de-cas_CAT_VF.pdf

Auteurs

Anabelle Gilg Soit Ilg[1], Mathilde Pivette[2], Erica Fougère[2], Yvan Souares[2], Sibylle Bernard-Stoecklin[1]

1. Santé publique France, Direction des maladies infectieuses

2. Santé publique France, Direction des régions

Contributeurs

Santé publique France (Bruno Coignard, Isabelle Parent du Chatelet, Judith Mueller, Didier Che), Santé publique France Auvergne-Rhône-Alpes (Erica Fougère, Guillaume Spaccaferri, Garance Terpant), Santé publique France Bretagne (Bertrand Gagnière, Alain Le Tertre, Mathilde Pivette), Santé publique France Bourgogne-Franche-Comté (François Clinard, Olivier Retel, Sabrina Tessier), Santé publique France Centre Val de Loire (Esra Morvan, Mathieu Rivière, Nicolas Vincent), Santé publique France Grand-Est (Caroline Fiet, Nadège Marguerite, Justine Trompette), Santé publique France Haut-de-France (Gwladys Gbaguidi, Hélène Pouvost, Caroline Vanbockstael), Santé publique France Île-de-France (Pascal Anselme, Laetitia Ali Oicheih, Arnaud Trantola), Santé publique France Normandie (Mélanie Martel, Chloé Vigneron), Santé publique France Nouvelle-Aquitaine (Christine Castor, Philippine Delemer, Laurent Filleul, Alice Herteau), Santé publique France Occitanie (Jean-Loup Chappert, Cécile Durand, Anne Guinard, Damien Mouly, Stéphanie Rivière), Santé publique France Pays de la Loire (Delphine Barataud, Lisa King).

DGS (Coralie Giese, Walid Mokni, Alexis Pernin, Bruno Vion), ARS Auvergne-Rhône-Alpes, ARS Bourgogne-Franche-Comté, ARS Bretagne, ARS Centre-Val de Loire, ARS Grand-Est, ARS Hauts-de-France, ARS Île-de-France, ARS Normandie, ARS Nouvelle-Aquitaine, ARS Occitanie, ARS Pays-de-la-Loire.

DGAL (Sophie Belichon, Nesrine Ben Ahmed, Guillaume Gerbier, Séverine Rautureau), DDecPP et Draaf des régions Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val-de-Loire, Grand-Est, Hauts-de-France, Ile-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays-de-la-Loire.

Anses-LNR (Éric Cardinal, Christophe Cordevant, Béatrice Grasland, Nicolas Eterradossi, Gilles Salvat)

CNR-VIR (Antonin Bal, Maude Bouscambert-Duchamp, Alexandre Guaymard, (HCL), Vincent Enouf, Danielle Perez-Bercoff, Marie-Anne Rameix-Welti, (Institut Pasteur)).

Pour nous citer : Surveillance active des personnes exposées à un foyer d'influenza aviaire hautement pathogène (SAGA). Bilan de la saison 2025-2026 et perspectives. Le point sur. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 18 pages, novembre 2026

Directeur de publication : Étienne Pot, directeur général de Santé publique France

Date de publication : 30 novembre 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr