



Bulletin

Point épidémiologique hebdomadaire Île-de-France

Date de publication : 28.10.2026

ÉDITION ILE-DE-FRANCE

Point hebdomadaire de veille et surveillance sanitaires

Semaine 43 (du 19 au 25 octobre 2026)

SOMMAIRE

Infections respiratoires aiguës basses (IRA basses)	4
Infections à virus West-Nile	5
Bronchiolite	7
Grippe et syndrome grippal	9
SARS-COV-2/COVID-19	10
Sources et méthodes	12
Equipe de rédaction	15

Points clés

Chikungunya, dengue et zika :

Depuis le 1^{er} mai 2026, **123 cas importés de dengue**, **34 cas importés de chikungunya** et **2 cas importés de Zika** ont été identifiés et investigués en Île-de-France. Ces valeurs restaient nettement inférieures à celles observées en 2025.

Trois cas autochtones de chikungunya ont été identifiés :

- Un cas dans la commune de Saint-Maur-des-Fossés dans le Val-de-Marne (94) avec une date de début des symptômes début octobre.
- Un foyer de deux cas dans la commune de Coubron en Seine-Saint-Denis (dpt 93) avec des dates de début des symptômes entre fin août et mi-septembre

Pour rappel le premier foyer de transmission autochtone de chikungunya en Île-de-France avait été identifié à Nogent-sur-Marne dans le Val-de-Marne (94) avec 6 cas.

Du 01/05/26 au 25/10/26
en Île-de-France

**123 cas importés de
Dengue**

**34 cas importés de
Chikungunya**
**2 cas importés de
Zika**

**9 cas AUTOCHTONES de
Chikungunya**

Infections à virus West Nile :

Au 26/10/2026, **28 cas humains autochtones d'infection à virus West Nile (VWN)** ont été confirmés en Île-de-France, dont **16 formes neuro-invasives** et **4 personnes décédées**.

A noter en ce début de semaine **1 cas West Nile (VWN) supplémentaire biologiquement confirmé**. Ce dernier n'est pas encore classifié comme autochtone car l'investigation est toujours en cours.

En 2026, des cas aviaires et équins d'infection à VWN ont également été identifiés dans la région. Pour rappel, l'été 2025 avait été marqué par [l'émergence du West Nile en Île-de-France](#).

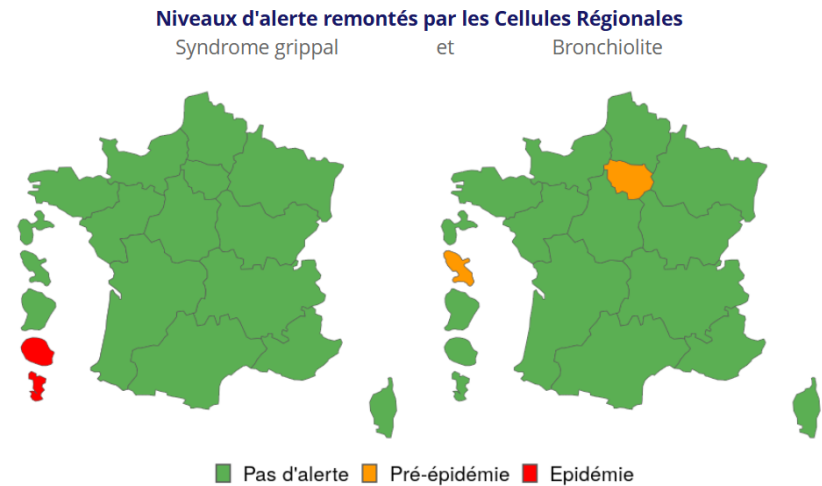
**28 cas AUTOCHTONES de
West Nile**

Bronchiolite

L'Île-de-France passe en phase pré-épidémique de bronchiolite. Quelques données récentes concernant l'efficacité de la vaccination contre VRS, notamment, sont partagées dans le Tableau 4.

Situation épidémiologique des pathologies hivernales

Points clés	Passages aux urgences		 Surveillance virologique
• Bronchiolite (< 1 an)	346	↗	→ (VRS)
• Grippe, syndrome grippal	351	→	↗
• SARS-CoV-2 / COVID-19	133	→	→



Surveillance virologique

Figure 1 | Taux de positivité des virus hivernaux en Île-de-France (Grippe, SARS-Cov2, VRS, hRV) en milieu hospitalier (réseau RENAL)

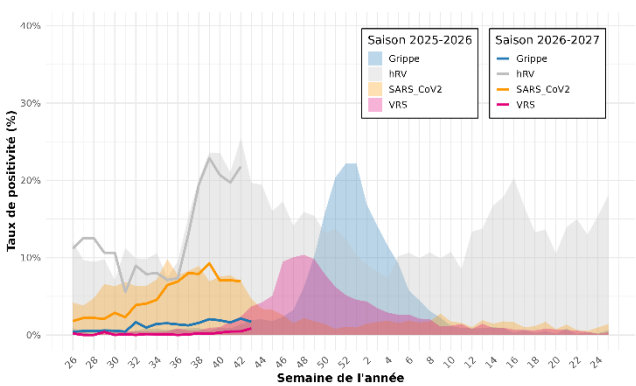
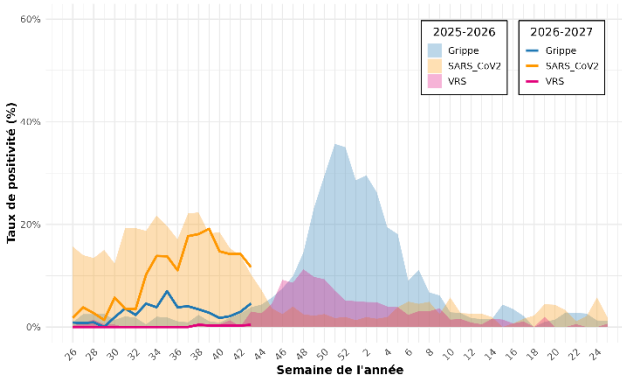


Figure 2 | Taux de positivité des virus hivernaux en Île-de-France (Grippe, SARS-Cov2, VRS) en milieu communautaire (réseau RELAB)



Actualités

CHIKUNGUNYA, DENGUE, ZIKA, VIRUS WEST NILE:

- Face aux moustiques et aux maladies qu'ils transmettent, protégeons-nous ! : [ici](#)
- Chikungunya, dengue, Zika (CDZ), Virus West Nile et Usutu en Île-de-France :
 - Bilan 2025 : [ici](#)
 - Infographie CDZ 2025 : [ici](#)
 - Infographie WNV 2025 : [ici](#)
- Bilan 2025 en Hexagone + Corse :
 - Chikungunya, dengue et Zika [ici](#)
 - Virus West Nile : [ici](#)

MALADIES VECTORIELLES A TIQUE :

- Bien se protéger pendant la saison d'activité des tiques (du printemps à l'automne) : [ici](#)
- Encéphalites à tiques (TBE) en France. Bilan des cas signalés en 2025 : [ici](#)
- ANSES | Mieux connaître et combattre les agents pathogènes transmis par les tiques : [ici](#)
- HAS | Mesures de prévention des piqûres de tique à recommander lors d'une promenade en forêt, d'un séjour en zone boisée ou végétalisée (jardinage) ou d'une randonnée : [ici](#)

PROTECTION PERSONNELLE ANTIVECTORIELLE :

- Rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) : [ici](#)

VOYAGEURS :

- Recommandations sanitaires aux voyageurs : [ici](#)
- France Diplomatie | Conseils aux voyageurs : [ici](#)

ASTHME DE RENTRÉE :

- Chaque année, une augmentation des crises d'asthme chez les enfants est observée dès la première semaine de la rentrée scolaire.

Il est important de reprendre le traitement de fond de référence au moins 8 jours avant la reprise des classes pour éviter « l'asthme de rentrée »

- Recommandations : [ici](#)

DIVERS :

- ARS IdF | Bronchiolite des nourrissons : la campagne de prévention 2026-2027 : [ici](#)
- Orchidée franchit une nouvelle étape dans la surveillance épidémiologique hospitalière : [ici](#)
- SIBCA 2026 : le réseau UrBaCS présente ses solutions pour des villes et des bâtiments qui protègent mieux la population de la chaleur : [ici](#)
- Grandir avec les écrans. Le dossier de La Santé en action n°474 de juillet-septembre 2026 : [ici](#)

Tout signalement est à adresser au Point Focal Régional de l'ARS Île-de-France

E-mail : ars75-alerte@ars.sante.fr

Tél : 0 800 811 411 - Fax : 01 44 02 06 76

Tout signalement urgent doit faire l'objet d'un appel téléphonique

Infections respiratoires aiguës basses (IRA basses)

En semaine 43 par rapport à la semaine 42, en Île-de-France :

En milieu hospitalier : Le taux d'activité aux urgences pour les infections respiratoires aiguës basses (IRAb) restait stable, à un niveau bas, représentant 2,6 % de l'activité totale versus 2,3% la semaine précédente. Le nombre de recours aux urgences pour IRAb était de 1 875 passages en S42, contre 1 839 en S41.

Cette stabilisation relative peut être en lien avec la période de vacances scolaires et le départ de nombreux Franciliens.

En ESMS : sur ces dernières semaines les épisodes de cas groupés d'IRA déclarés sont principalement en lien avec des cas de Covid-19

Plus de détails par pathologie dans ce PEH :

→ Grippe/syndrome grippal

→ Bronchiolite

→ Covid-19

Figure 3 | Evolution hebdomadaire du nombre de passages aux urgences (axe droit) et part d'activité (axe gauche) pour IRA basse, tous âge, Oscour®, Île-de-France, 2024-2026

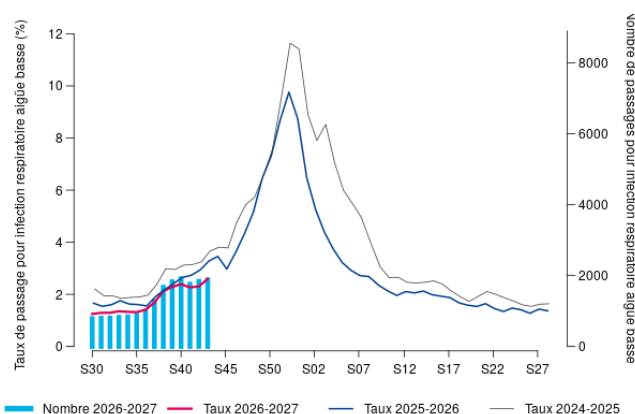
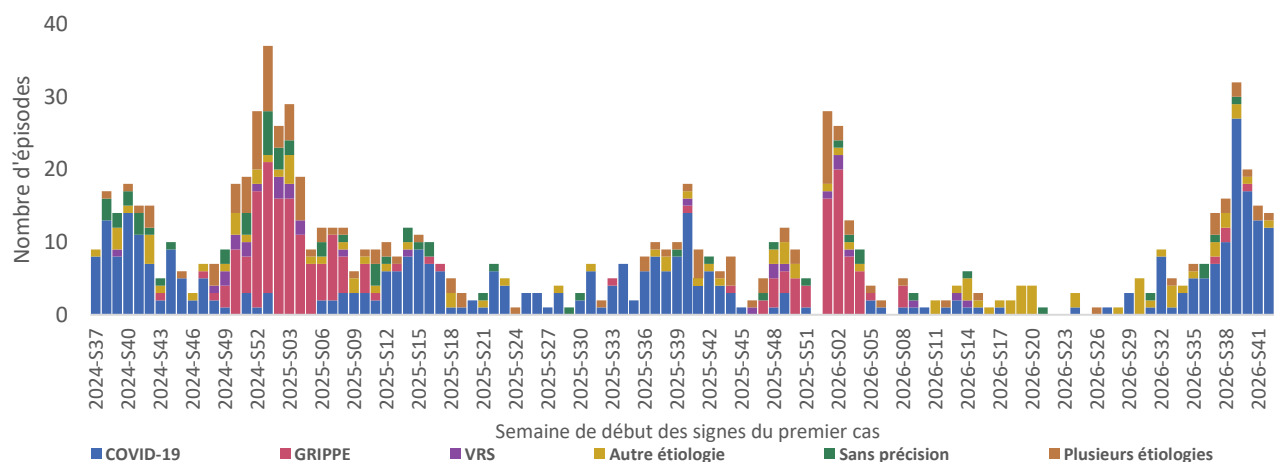


Figure 4 | Evolution hebdomadaire du nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA déclarés par les EMS en Île-de-France, par étiologie, depuis S37-2024. Les données de la dernière semaine représentée sont incomplètes.



Infections à virus West-Nile

La surveillance des infections à virus West Nile VWN est une surveillance pluridisciplinaire qui s'inscrit dans une approche « une seule santé ». Elle est organisée en quatre volets : humain, équin, aviaire et entomologique. Ces dispositifs complémentaires permettent de donner l'alerte, de définir les zones et les périodes de circulation et de caractériser les virus. Le VWN est un virus qui se transmet accidentellement aux hommes par l'intermédiaire de moustiques du genre *Culex* (tableau 2), le principal réservoir étant constitué par les oiseaux.

Il n'y a pas de transmission interhumaine (en dehors de transfusion ou greffe), ni de transmission du virus d'homme à homme via le moustique. Si dans 80 % des cas l'infection humaine à VWN est asymptomatique, dans 20 % des cas elle se manifeste par un syndrome pseudo grippal (fièvre, douleurs, maux de tête). Dans moins de 1 % des infections, des manifestations neurologiques peuvent survenir. Ces formes neuro-invasives peuvent évoluer vers des séquelles voire un décès dans 7 à 9 % des cas.

La surveillance humaine est renforcée de mai à novembre et repose sur le signalement obligatoire (+ rattrapage laboratoire) et l'ensemble des cas sont investigués par l'ARS. L'homme ne pouvant pas transmettre le virus et le vecteur ayant une distance de vol très étendue (contrairement au moustique tigre), les mesures de gestion reposent principalement sur la sécurisation des produits issus du corps humain et très peu sur la lutte antivectorielle.

SURVEILLANCE DES INFECTIONS NEUROINVASIVES AU VIRUS DU NIL OCCIDENTAL



Données de la surveillance en Île-de-France, au 19 octobre 2026 (cas autochtones documentés) :

Vingt-huit cas humains autochtones d'infection à virus West Nile, transmise par les moustiques du genre *Culex* (Tableau 2), ont été détectés en Île-de-France en 2026 : 8 dans le Val-de-Marne, 5 dans l'Essonne, 5 en Seine-Saint-Denis, 4 dans le Val-d'Oise, 2 en Seine-et-Marne, 2 dans les Hauts-de-Seine et 2 dans les Yvelines (Figure 9). **A noter en ce début de semaine 1 cas West Nile (VWN) supplémentaire biologiquement confirmé. Ce dernier n'est pas encore classifié comme autochtone car l'investigation est toujours en cours**

Cinq autres cas résidant en Île-de-France ont été identifiés mais la région d'exposition en France métropolitaine (hexagone + Corse) n'a pu être déterminée avec certitude.

Sur les 28 cas exposés en Île-de-France, 16 personnes ont présenté des formes neuro-invasives, dont quatre formes neuro-invasives suivies du décès des patients. Les dates de début des signes de 25 cas vont de mi-juillet à mi-octobre (Figure 10). Les trois cas restants sont restés asymptomatiques et ont été détectés lors de dons de sang.

La présence du virus a été mise en évidence en mai 2026 quand le VWN avait été identifié dans des excréta de moustiques collectés dans un piège installé dans le Val-de-Marne. Depuis juin 2026, le Laboratoire national de référence du West Nile (ANSES) a détecté 7 cas aviaires positifs au VWN dans 5 départements d'Île-de-France (Paris, Seine-et-Marne, Hauts-de-Seine, Val-de-Marne et Val d'Oise).

Douze chevaux dans l'Essonne, en Seine-et-Marne, dans le Val-de-Marne, les Yvelines et le Val d'Oise, tous symptomatiques, ont été testés positifs pour le WNV.

Les produits sanguins prélevés à partir de dons dans l'ensemble de la Région sont sécurisés par l'Etablissement Français du Sang (EFS).

Pour rappel, l'été 2025 avait été marqué par l'émergence du West Nile en Île-de-France.

Figure 5 | Présence confirmée du virus West Nile dans les départements franciliens selon leur détection chez des cas humains, équins ou aviaires au 19/10/2026

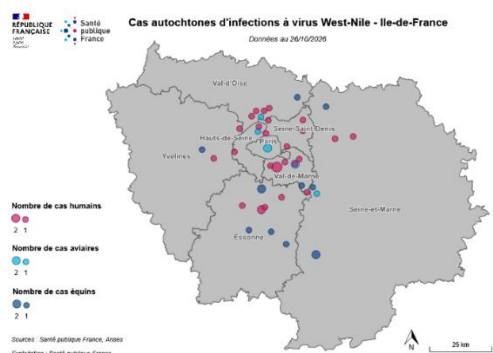


Figure 6 | Nombre de cas humains autochtones d'infection à virus West Nile par semaine de date de début des symptômes* au 19/10/2026, Île-de-France

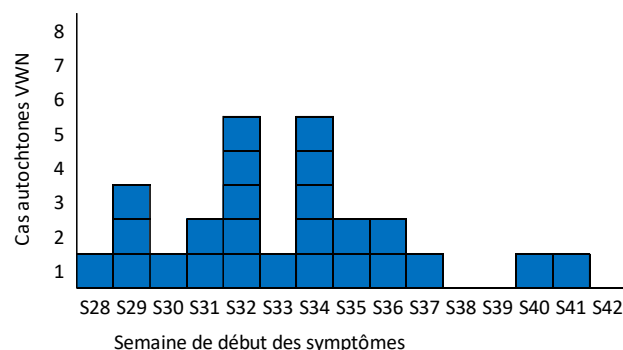


Tableau 1 | Comparaison des caractéristiques de *Culex pipiens* et *Aedes albopictus*
 (Source : CR SpF Île-de-France ; Remerciements au Dr. Didier Fontenille pour son aide éditoriale).

Caractéristiques	<i>Culex pipiens</i>	<i>Aedes albopictus</i>
Aspect^a		
Origine géographique	Cosmopolite tempéré	Originaire d'Asie du Sud-Est
Répartition actuelle	Mondiale, surtout zones tempérées	Expansion mondiale, zones tropicales et tempérées
Taille du moustique adulte	4 à 7 mm (plus petit qu'une pièce d'un centime)	4 à 6 mm (plus petit qu'une pièce d'un centime)
Couleur	Brun-gris	Noir mat, abdomen et pattes zébrées (« Moustique Tigre »)
Activité des adultes	Crépusculaire / nocturne	Diurne, pic d'activité tôt le matin et en fin d'après-midi
Habitat	En extérieur ou en intérieur Eaux stagnante riche en déchets : Egouts, mares, seaux, soucoupes, caves, récipients non vidés, Adultes : plinthes, dessous de meubles ou arrières de rideaux, caves ...	Œufs et larves dans les petites collections d'eau propre, en extérieur (gouttières, récipients jouets, soucoupes, creux d'arbre ou bambous, bouchons ...). Adultes : zones végétalisées, buissons, regards d'eaux pluviales, véhicules...
Vol	Bourdonne	Silencieux
Distance de vol^b	Généralement 0,5 à 2 km, jusqu'à 10 km pour la recherche de sites de ponte ou d'hôtes (dispersion active). Peut être transporté passivement sur de plus longues distances (véhicules, vent).	Généralement 50 à 200 m, rarement plus de 1 km en dispersion active. Dispersion passive sur de très longues distances via le transport d'œufs ou d'adultes (commerce de pneus usagés, plantes, etc.).
Préférence trophique	Ornithophile (oiseaux), mais aussi mammifères et humains	Anthropophile (humains), mais aussi mammifères et oiseaux
Vecteur d'agents infectieux	Virus West Nile, Usutu, filariose, encéphalites ^c	Dengue, chikungunya, Zika, fièvre jaune, peut-être virus West Nile
Résistance aux insecticides	Variable, résistances rapportées	Résistances croissantes rapportées
Diapause hivernale	Oui (femelles adultes)	Oui (œufs)
Comportement de ponte	Radeaux d'œufs à la surface de l'eau	Œufs pondus individuellement sur les parois humides au-dessus de la ligne de flottaison

Pour en savoir plus :

https://www.youtube.com/watch?v=zcQv_m_x98Y

<https://www.anses.fr/fr/content/le-moustique-tigre>

<https://blog.entomologist.net/culex-mosquitoes-flight-range.html>

<https://www.ecdc.europa.eu/en/disease-vectors/facts/mosquito-factsheets/aedes-albopictus>

<https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/related-public-health-topics/disease-vectors/facts/mosquito-factsheets/culex-pipiens>

^a <https://solution-nuisible.fr/guides-conseils/moustique/especes-de-moustiques-tigre-commun-anophele-cousin/>

^b <https://doi.org/10.1016/j.limno.2013.11.002>

^c <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11281716/>

Figure 7 | Messages clés de la prévention, de la détection et du signalement de la dengue, du chikungunya et du zika, arboviroses transmises par *Aedes albopictus* (moustique tigre) en Île-de-France.



Bronchiolite

L'épidémiologie *établie* des bronchiolites et de la circulation du VRS qui en était responsable dans 70% des cas évolue en Île-de-France depuis l'accès à l'immunisation des nouveau-nés contre le Virus Respiratoire Syncytial (VRS) en Septembre 2023 et la vaccination des femmes enceintes depuis 2024.

En semaine 43, chez les enfants de moins de 1 an :

- A l'hôpital, en S43, l'activité aux urgences liée à la bronchiolite était en forte augmentation par rapport à S43. Le nombre d'hospitalisations à la suite d'un passage aux urgences pour bronchiolite était en légère augmentation.
- **Virologie** : les taux de détection des VRS restaient stables dans les laboratoires de ville, en légère augmentation en milieu hospitalier.

L'Île-de-France passe en phase pré-épidémique de bronchiolite. Quelques données récentes concernant la vaccination contre VRS sont partagées dans le Tableau 4.

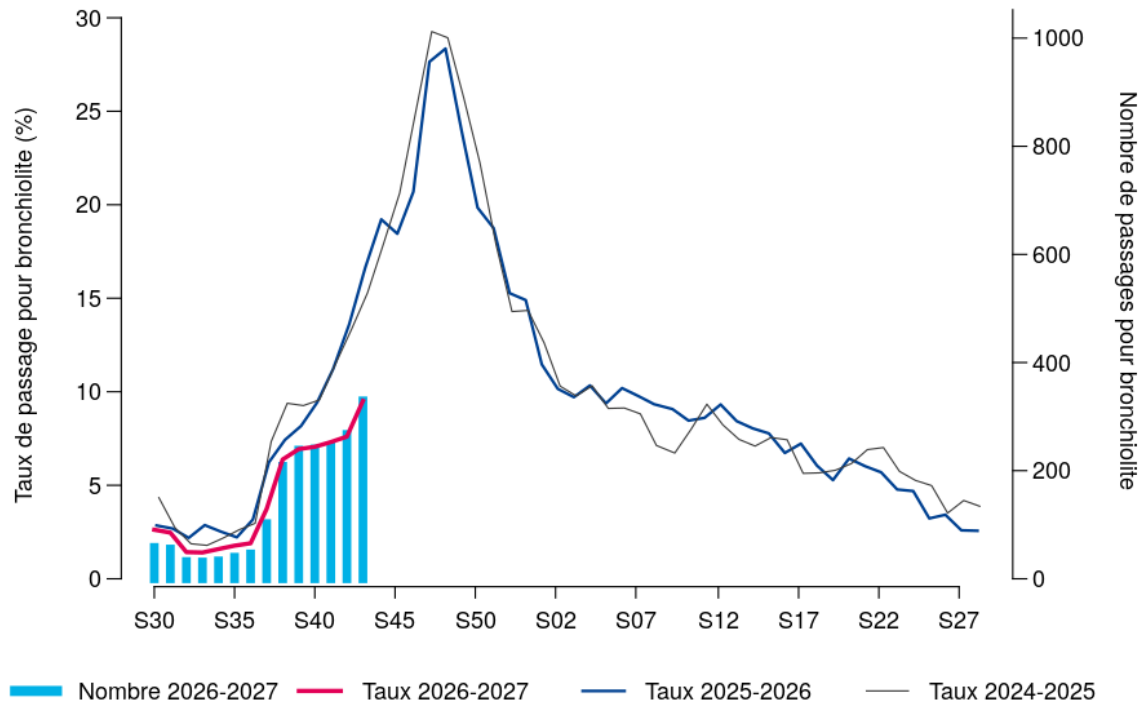
Début de la surveillance : sept 2026

Moins de 2 ans		Moins de 1 ans	
S43	Evolution vs S42	S43	Evolution vs S42

Passages aux urgences (OSCOUR®)

Nombre de passages aux urgences pour bronchiolite	346	+24,50%	329	+23,20%
Part des passages (% actes codés)	5,70%	+ 0,9 pt	9,5 %	+ 1,8 pt
Nombre de passage suivis d'une hospitalisation pour bronchiolite	80	+7,20%	77	+8,50%
Part des hospitalisations (%)	11,00%	+ 0,9 pt	16,5 %	+ 1,9 pt

Figure 8 | Evolution hebdomadaire du nombre de passages aux urgences (axe droit) et part d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 1 an, Oscour® (SurSaUD®), Île-de-France, 2026-2027



Grippe et syndrome grippal

En semaine 43

Tous âges confondus :

Le nombre de recours aux soins et la part d'activité liés aux syndromes grippaux restaient stables à un niveau faible aux urgences (OSCOUR®) sur les dernières semaines.

La campagne de vaccination conjointe grippe/covid-19 a débuté le 13 Octobre. Quelques données récentes concernant l'efficacité vaccinale sont résumées dans le Tableau 4.

Une part de ces syndromes grippaux codés dans la surveillance syndromique, sans confirmation virologique, pourraient en réalité être dus au virus Sars-CoV-2.

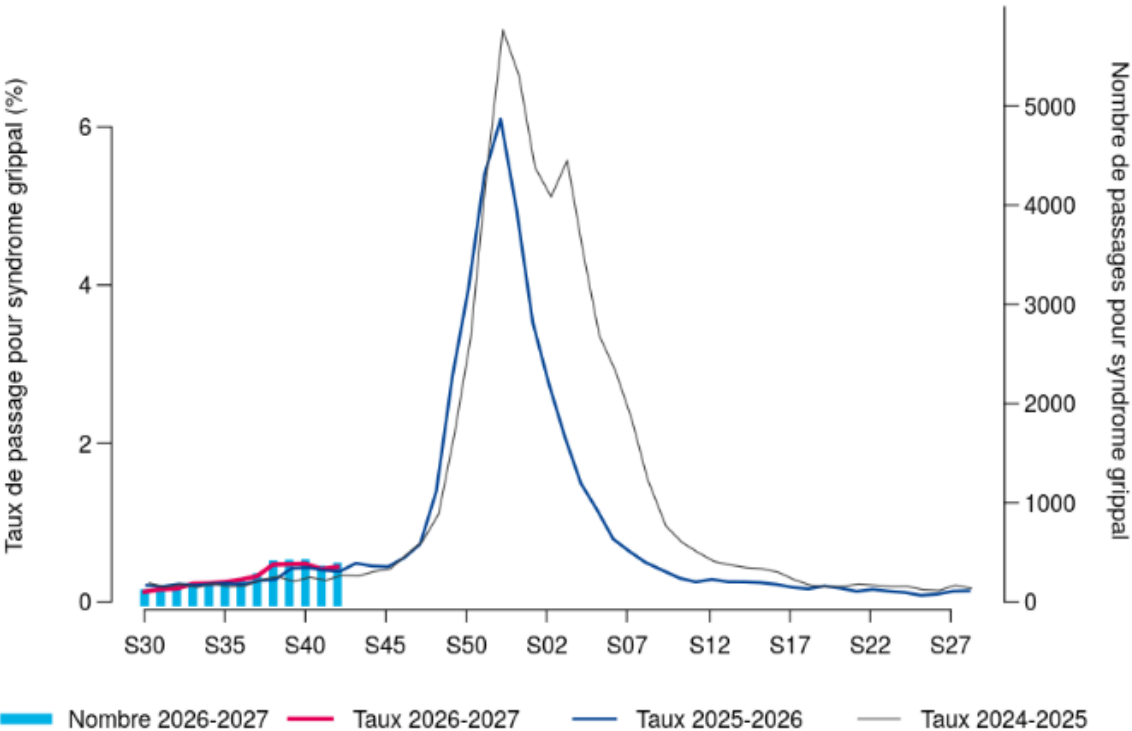
Début de la surveillance : octobre 2026

Tous âges		Moins de 15 ans		15 - 64 ans		65 ans et plus	
S43	Evolution vs S42	S43	Evolution vs S42	S43	Evolution vs S42	S43	Evolution vs S42

OSCOUR®

Nombre de passages aux urgences pour sd. grippal (Oscour®)	351	- 0,3 %	78	+ 27,9 %	225	- 8,9 %	48	+ 9,1 %
Part des passages pour sd. grippal parmi les passages codés (en %)	0,5 %	+ 0,0 pt	0,5 %	+ 0,2 pt	0,5 %	0 pt	0,3 %	0 pt
Nombre de passages suivis d'une hospitalisation pour sd. Grippal	30	+ 50,0 %	8	+ 700,0 %	5	+ 25,0 %	17	+ 13,3 %
Part des hospitalisations sd. grippal/total hospitalisations codées (en %)	0,3 %	+ 0,1 pt	0,5 %	+ 0,5 pt	0,1 %	+ 0,0 pt	0,3 %	+ 0,0 pt

Figure 9 | Evolution hebdomadaire du nombre de passages aux urgences (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour syndrome grippal tous âges, Oscour® (SurSaUD®), Île-de-France, 2026-2027



SARS-COV-2/COVID-19

En semaine 43 en Île-de-France :

Passages aux urgences : le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était stable par rapport à la semaine précédente avec respectivement 133 passages en S43 et 144 en S42. Les effectifs étaient comparables à ceux observés en 2024 et 2025 à la même période (Fig. 16) et restaient largement inférieurs à ceux observés entre 2020 et 2023.

SARS-CoV-2 dans les eaux usées : Ralentissement de la hausse des concentrations de Sars-CoV2 dans les eaux usées.

Les données évoquent un ralentissement relatif de la circulation en Île-de-France, probablement en lien avec les vacances scolaires et l'absence de nombreux Franciliens. Ces tendances seront à confirmer dans les semaines à venir.

Figure 10 | Evolution hebdomadaire du nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 tous âges, Oscore® (SurSaUD®), Île-de-France, 2024-2026

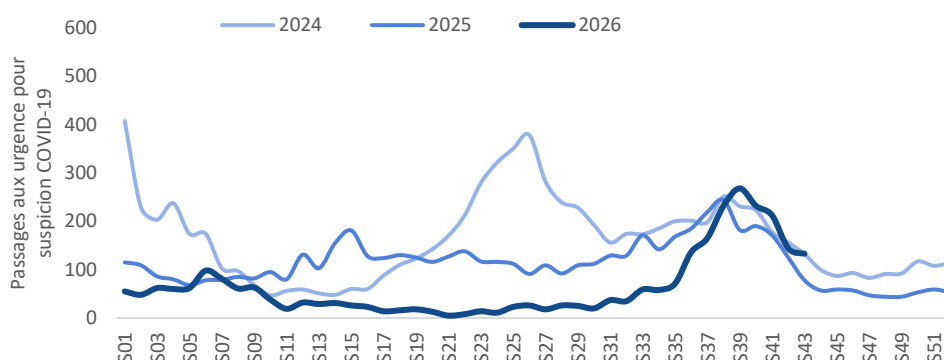
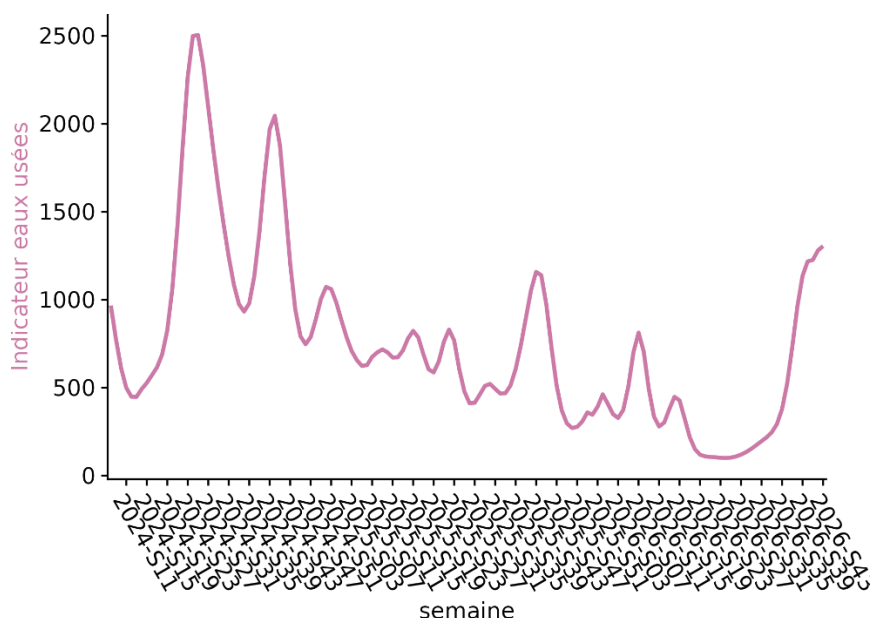


Figure 11 | Evolution hebdomadaire de la circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées à partir du suivi réalisé auprès de 7 stations franciliennes de traitement des eaux usées (STEU) (dispositif SUM'Eau), depuis S08-2024



En Île-de-France, le dispositif SUM'Eau surveille le SARS-CoV-2 via des analyses hebdomadaires de 7 stations de traitement des eaux usées : Paris Marne Aval ; Paris Seine-Centre ; Paris Seine-Amont ; Lagny-Sur-Marne St Thibault-Des-Vignes ; Carré De Réunion ; Evry Centre-CAECE ; Bonneuil-En-France. Depuis le 19 février 2024, Eau de Paris est le laboratoire qui a été sélectionné pour la réalisation de ces analyses en région Île-de-France, tandis que le Laboratoire d'hydrologie de Nancy demeure le laboratoire national de référence. Les résultats d'analyse sont transmis à Santé publique France pour produire un indicateur. Celui-ci est basé sur le ratio de la concentration virale de SARS-CoV-2 (exprimée en cg/L et quantification réalisée à partir du gène E) et la concentration en azote ammoniacal (exprimée en mg de N/L).

Surveillance virologique des virus influenza

Figure 12 | Nombre de détections de virus grippaux par type et sous-type en milieu hospitalier, Île-de-France, saison 2026-2027, Données : CNR (RENAL)

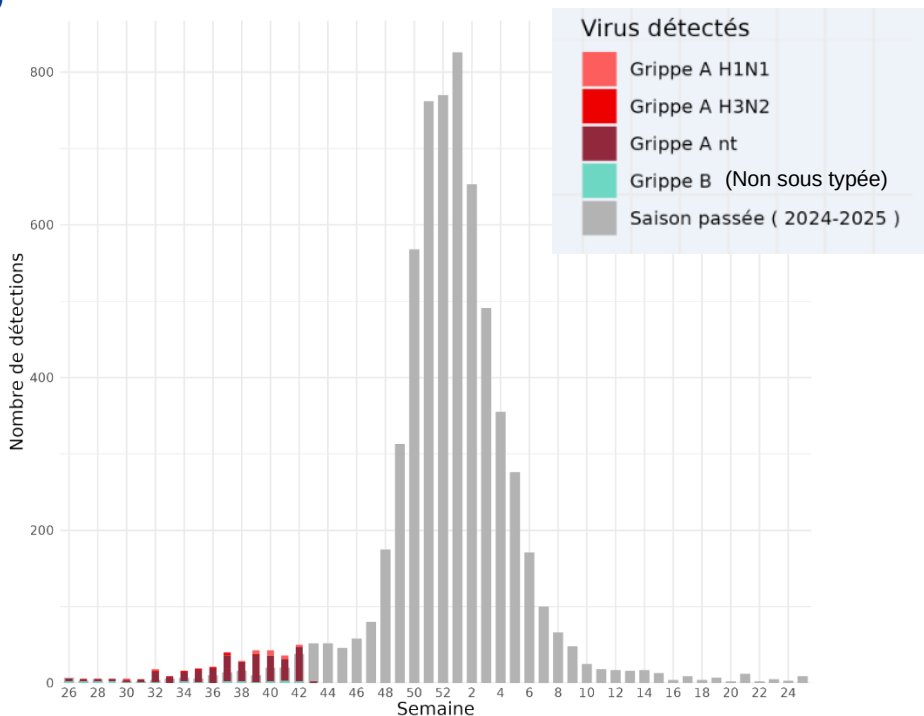


Tableau 3 | Taux de détection / nombre de détections de virus grippaux

	S43	S42	S41
RELAB	4.6% / 11	3% / 10	2.1% / 8
RENAL	1.7% / 2	2.1% / 50	1.6% / 36

Vaccination Antigrippale

La campagne de vaccination contre la grippe saisonnière a débuté le 13 octobre 2026. Cette campagne de vaccination contre la grippe saisonnière est menée conjointement à celle contre le Covid-19.

Plusieurs vaccins contre la grippe sont disponibles :

- Flucelvax®
- Vaxigrip®
- Fluad®
- Influvac®
- Efluelda®

Pour les personnes âgées de 65 ans et plus, il est recommandé d'utiliser préférentiellement les vaccins Efluelda® (vaccin hautement dosé) et Fluad® (vaccin avec adjuvant). Les vaccins standards peuvent toutefois également être utilisés.

Informations sur la campagne de vaccination



ameli.fr

Recommandations et information sur la vaccination antigrippale



Pour en savoir plus

- Réseau Sentinelles : informations disponibles [ici](#)
- Situation internationale Europe : flunewseurope.org/
- Institut Pasteur : [Centre national de référence grippe](#)
- Situation internationale monde : flunet

Données d'efficacité vaccinale 2025-2026

La [campagne de vaccination conjointe](#) contre Covid et Grippe saisonnière a débuté le 13 octobre.

« **Je me suis fait vacciner mais j'ai quand même eu la grippe** » : Aucun des vaccins contre les virus respiratoires saisonniers ne protège à 100% contre l'infection. Mais ils permettent de fortement réduire le risque d'hospitalisation, de réanimation et de décès, notamment chez les personnes fragiles. Outre ce bénéfice individuel (réduction du risque d'infection et de complications graves), un bénéfice collectif de la vaccination est attendu : associée aux mesures barrières et l'hygiène des mains et de la toux, l'impact d'une efficacité vaccinale même moyenne peut être majeur sur le fardeau imposé aux structures de soins et la préservation de l'accès aux soins pour tous pendant une épidémie saisonnière massive si un grand nombre de personnes sont vaccinées.

Un article¹ résume les données préliminaires d'efficacité vaccinale contre les virus influenza saisonniers (grippe saisonnière) issues de 9 études en Europe au cours de la saison hivernale se terminant début 2026. Le bilan épidémiologique de cette saison 2025-2026 est décrit de manière détaillée par Santé publique France dans [ce](#) bilan et un article ² publié dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire.

L'étude DANFLU-2 menée au Danemark entre 2022 et 2025 a retrouvé une efficacité vaccinale supérieure en prévention de l'hospitalisation pour grippe chez les ≥ 65 ans ayant reçu un vaccin influenza à forte dose, avec une efficacité vaccinale relative de 43.6% (IC95% : 27.5 à 56.3) par rapport au vaccin normalement dosé ³. L'efficacité relative contre d'autres événements de santé n'était pas marquée.

Trois articles publiés fin Septembre 2026 dans le *Journal of the American Medical Association* font le point sur les données d'efficacité vaccinale contre Sars-CoV-2 / Covid-19, contre influenza / grippe saisonnière et contre le VRS publiées pendant la période Août 2025 – Juin 2026 aux USA. Elles sont résumées dans le Tableau 4.

Attention : Il ne s'agit pas de données produites par Santé publique France mais nous partageons ici notre résumé de ces données produites récemment aux USA, afin d'accompagner les professionnels de la santé dans leur réflexion et leurs échanges avec leurs patients. Les références et données sont accessibles via les liens en bas de page.

Messages-clé :

- Dans ces articles publiés, la vaccination à jour contre **Covid-19** procurait en 2025-2026 une protection de l'ordre de 50-55% contre l'hospitalisation chez l'adulte, de l'ordre de 60% contre le risque d'hospitalisation en soins intensifs et de l'ordre de 75% contre le risque de décéder. Elle protégeait aussi contre le risque de « Covid long » (autres données de la littérature).
- La vaccination contre la **grippe saisonnière** protégeait moins efficacement contre l'hospitalisation chez l'adulte, en comparaison avec ci-dessus. La vaccination normodosée contre la grippe conférait toutefois une protection contre le décès atteignant 66% dans une étude. La vaccination des adultes âgés par un vaccin fortement dosé a conféré une protection vaccinale supérieure de 43% par rapport à la vaccination par le vaccin normalement dosé dans l'étude Danoise DANFLU-2.
- La protection par la vaccination ou les anticorps monoclonaux prévenait efficacement l'hospitalisation pour infection par **VRS** chez le nouveau-né (64 % [27–82] à 93% [83-97]) mais aussi chez la personne âgée (83 % [43–97]).

¹ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41716088/>

² https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/22/2026_22_1.html

³ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40888720/>

Tableau 4 | Estimation de l'efficacité vaccinale selon la forme clinique, l'âge et le virus dans les publications 2025-2026, USA (source JAMA)

Evènement	Groupe d'âge	COVID-19 ⁴	Grippe saisonnière ⁵ (vaccin normodose)	VRS ⁶
N et type d'études incluses dans la méta-analyse	—	155 études: 15 essais cliniques randomisés, 84 études observationnelles avec groupe témoin, 38 études de pharmacovigilance sans groupe témoin, 18 séries de cas.	69 études: 21 essais randomisés, 23 études observationnelles avec groupe témoin, 7 études de pharmacovigilance sans groupe témoin, 18 séries de cas	75 études: 12 essais randomisés, 33 études observationnelles avec groupe témoin, 16 études observationnelles sans groupe témoin, 14 études descriptives sur l'épidémiologie du VRS
Toute infection confirmée	Nourrissons (vaccination mère)	50% - 54%	44% (31-55) °	74 % (61-83)
	Adultes 19-64 ans	—	24% - 36%	82 % (67-90) (mères) ;
	Adultes ≥ 60 ans	—	—	77 % (73-81) à 0-6 mois ; 50% (42 – 57) à 12-18 mois ;
	Adultes ≥ 60 ans immunodéprimés	—	30 % - 41%	40 % (24-53) à 69 % (52-82)
	Adultes ≥ 65 ans	—	30 % - 41%	—
Consultation aux urgences / soins non programmés	Enfants 9 mois–4 ans	76 % (58–87)	—	—
	Enfants 6 mois–17 ans	—	53 % (47–59)‡	—
	Enfants 4 ans–17 ans	56 % (35-70))	—	—
	Femmes enceintes	58 % (24-77)	—	70 % (37 – 86) première saison épidémique ; 51 (-30 – 83) pour les 120 premiers jours
	Adultes 18–64 ans	26% - 57%	—	—
	Adultes ≥ 60 ans	—	—	48 % (29-64) à 100% (71-100) chez BPCO
	Adultes ≥ 65 ans	26 % - 48 %	—	—
Hospitalisation	Nouveau-né (nirsevimab)*	—	—	64 % (27–82) à 93% (83-97)
	Nouveau-né (vaccination mère)*	36 % - 54 %	—	51% (-30-83) à 70% (37-86)
	Enfants	—	53 % (47–59)‡	—
	Adultes 18–64 ans	19 % - 55 %°	29% - 61%	—
	Adultes ≥ 60 ans	—	—	83 % (43–97)§
	Adultes ≥ 65 ans	35 % - 59%	31% (21-39)	—
Admission en réanimation / soins intensifs	Adultes ≥ 18 ans	60 % (36–77)	—	—
	Adultes ≥ 60 ans	—	—	72 % (43-90) à 79 % (57–99)§
	Adultes ≥ 65 ans	57 % (26–76)	—	—
Décès	Enfants 6 mois–17 ans	—	80 % (75–84)	—
	Adultes ≥ 18 ans	64 % - 79 %	—	—
	Adultes 18–49 ans	—	54 % (-17–82)	—
	Adultes 50–64 ans	—	4 % (-46–38)	—
	Adultes ≥ 65 ans	73 % (41–90)	29 % (16–40) à 66 % (55–77)¶	—
	Enfants 6 mois–17 ans immunodéficients	—	77 % (71-82) à 80 (75-84) %	—
	Adultes immunodéficients	35 % - 54 %	—	—
Hospitalisation ou décès	Adultes immunodéficients	32% - 53%, variable selon divers facteurs	—	—

IC95 % : intervalle de confiance à 95 %. ° Etude de cohorte rétrospective 2011-2022 ; * Hospitalisation dans les 6-12 mois suivant l'immunisation ; ° Données 2024-2025 ; ‡ Pour la grippe, l'estimation de 53 % correspond à un critère combiné **hospitalisation ou consultation aux urgences**, et ne doit donc pas être interprétée comme une efficacité spécifique contre les consultations aux urgences. § Pour le VRS, les estimations correspondent aux données disponibles chez les adultes ≥60 ans ; l'estimation contre l'hospitalisation et celle contre l'admission en réanimation concernent des périodes de suivi différentes. ¶ Pour la mortalité grippale chez les ≥60 ans, les deux estimations (29 % et 65,8 %) proviennent de deux études observationnelles différentes et ne constituent **pas une estimation combinée**.

⁴ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42684258/>

⁵ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42684248/>

⁶ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42684247/>

Sources et méthodes

Dengue, chikungunya, zika et virus West Nile

Données épidémiologiques : dispositif de surveillance basé sur le Signalement Obligatoire des cas documentés biologiquement et renforcé pendant la période d'activité des moustiques vecteurs moustique (du 1^{er} mai au 30 novembre) par un rattrapage des cas non signalés à partir des données des laboratoires d'analyses médicales (groupes Biominis, Cerba et Inovie). L'ensemble des cas sont investigués pendant la période de surveillance renforcée permettant d'orienter les mesures de gestion. Plus d'informations : [dengue](#), [chikungunya](#), [zika](#), [virus West Nile](#).

Surveillance syndromique (SurSaUD®)

La surveillance sanitaire des urgences en Île-de-France repose sur la transmission des informations des services d'urgence et des associations SOS Médecins. En Île-de-France, 115 des 127 services d'urgence Franciliens et 5 associations SOS Médecins (toutes sauf Val-d'Oise) sont actuellement en mesure de transmettre leurs informations permettant ainsi l'analyse des tendances.

Les indicateurs de passages aux urgences sont construits à partir du diagnostic principal et des diagnostics associés codés selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) par le médecin urgentiste. Santé publique France établit sa surveillance épidémiologique à partir de 98 regroupements syndromiques, qui correspondent à des regroupements de diagnostics transmis. Les indicateurs d'actes médicaux SOS Médecins suivis sont construits à partir des diagnostics codés par les médecins des associations SOS Médecins lors des actes médicaux qui regroupent les visites à domicile et les consultations en centre médical.

Qualité des données SurSaUD® pour la semaine analysée

SEMAINE 43	Services des urgences hospitalières (SAU) par département									Associations SOS Médecins*					
	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF	Grand Paris*	Seine-et-Marne	Melun	Yvelines	Essonne	IDF
SAU inclus dans l'analyse	13	13	15	12	16	16	14	12	111						
Taux du codage diagnostic	86%	93%	98%	81%	93%	85%	93%	98%	90%	99%	0%	0%	0%	0%	20%

*Départements concernés : Paris, Hauts-de-Seine, Val de Marne et Seine-Saint-Denis ; ° : Hors Val-d'Oise

**attention données manquantes depuis le 18 octobre

Plus d'informations sur la Surveillance des urgences et des décès SurSaUD® (Oscour, SOS Médecins, Mortalité) : [ici](#)

COVID-19

Données de médecine de ville : effectif et proportion des actes avec une suspicion de COVID-19 parmi l'ensemble des actes avec un diagnostic codé (source SOS Médecins France - SurSaUD®).

Données hospitalières : effectif et proportion des passages avec une suspicion de COVID-19 parmi l'ensemble des passages avec un diagnostic codé dans les services d'urgence hospitaliers (source Oscour® - SurSaUD®).

SARS-CoV-2 dans les eaux usées : en Île-de-France, le dispositif SUM'Eau surveille le SARS-CoV-2 via des analyses hebdomadaires de 7 stations de traitement des eaux usées : Paris Marne Aval ; Paris Seine-Centre ; Paris Seine-Amont ; Lagny-Sur-Marne ; St Thibault-Des-Vignes ; Carré De Réunion ; Evry Centre-CAECE ; Bonneuil-En-France. Depuis le 19 février 2024, Eau de Paris est le laboratoire qui a été sélectionné pour la réalisation de ces analyses en région Île-de-France, tandis que le Laboratoire d'hydrologie de Nancy demeure le laboratoire national de référence. Les résultats d'analyse sont transmis à Santé publique France pour produire un indicateur. Celui-ci est basé sur le ratio de la concentration virale de SARS-CoV-2 (exprimée en cg/L et quantification réalisée à partir du gène E) et la concentration en azote ammoniacal (exprimée en mg de N/L). Les données sont ensuite lissées par régression LOESS. Les résultats présentés incluent le pourcentage de passages aux urgences pour COVID-19.

Equipe de rédaction

Arnaud Tarantola (Responsable)

Laetitia Ali Oicheih

Marco Conte

Nelly Fournet

Gabriela Modenesi

Luz Villa-Castillo

Laëlla Devos

Directeur de publication : Etienne POT, directeur général

Contact : cire-idf@santepubliquefrance.fr

Remerciements à nos partenaires

- Les cliniciens et biologistes qui déclarent les cas
- L'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, dont les délégations départementales
- L'Observatoire régional des soins non programmés (ORNSP) en Île-de-France
- GCS SESAN, Service numérique de santé
- Les services d'urgences hospitaliers du réseau Oscour®
- Les associations SOS Médecins du réseau SOS Médecins/Santé publique France
- Le réseau Sentinelles/ Inserm
- Services d'états civils des communes informatisées
- Les laboratoires Biomnis, Cerba, Inovie, Biogroup

Pour rester informé(e) et recevoir gratuitement les publications de Santé publique France Île-de-France, **nous vous invitons à vous abonner à notre liste de diffusion via ce [lien](#) ou ce QR code.**



N'hésitez pas à partager cette invitation avec vos collègues et contacts qui pourraient également trouver ces informations pertinentes.