



Date de publication : 28.10.2026

ÉDITION OCCITANIE

Bilan de la saison 2025-2026

SOMMAIRE

Points clés de la saison 2025-2026 en Occitanie	1
Infections respiratoires aiguës (IRA)	3
Bronchiolite	5
Grippe	10
Covid-19	16
Mortalité toutes causes	20
Méthodes et sources de données	21
Santé publique France vous informe	22
Pour se protéger des infections respiratoires	22

Points clés de la saison 2025-2026 en Occitanie

- Infections respiratoires aiguës (IRA)
 - Impact modéré sur le recours aux soins pour IRA
 - Pic d'activité en semaine 2025-52, principalement lié à l'épidémie de grippe
- Bronchiolite
 - Épidémie de 6 semaines
 - Pic épidémique en semaine 2025-51
 - Impact moindre par rapport aux deux saisons précédentes : diminution des indicateurs depuis l'introduction des anticorps monoclonaux en 2023
- Grippe
 - Épidémie de 11 semaines
 - Pic épidémique en semaine 52-2025
 - Impact modéré en médecine de ville et élevé à l'hôpital, notamment concernant les hospitalisations
 - Indicateurs inférieurs aux deux saisons précédentes
 - Co-circulation des virus A(H1N1)pdm09 et A(H3N2)
 - Couvertures vaccinales très inférieures aux objectifs fixés par l'OMS en population générale et chez les professionnels de santé en ESMS ; élevées chez les résidents en ESMS
- Covid-19
 - Circulation plus active entre juin et octobre 2025.

- Pic d'activité en septembre 2025 (semaine 38-2025)
- Absence de recrudescence durant l'hiver 2025-2026
- Niveaux des indicateurs bas et inférieurs à ceux des années précédentes
- Personnes âgées de 65 ans plus concernées, à l'hôpital et en EMS
- Couvertures vaccinales en ESMS insuffisantes chez les résidents et très insuffisantes chez les professionnels de santé
- **Mortalité toutes causes**
 - Excès significatif de décès toutes causes de la semaine 2026-01 à la semaine 2026-06

Infections respiratoires aiguës (IRA)

Les IRA sont dues à différents virus respiratoires tels que le **SARS-CoV-2** (à l'origine de la Covid-19), les virus **grippaux**, le virus respiratoire syncytial (**VRS**) (principal virus à l'origine de la **bronchiolite**), ainsi que les virus *parainfluenza*, adénovirus, rhinovirus, ou métapneumovirus. La plupart de ces virus suivent une circulation saisonnière hivernale, période durant laquelle la concomitance de leur circulation peut constituer un enjeu important pour le système de soins.

Pour limiter l'impact de ces épidémies, l'adoption des gestes barrières (port du masque, lavage des mains, aération) est recommandée, notamment pour protéger les personnes fragiles. La vaccination contre la grippe, la Covid-19, le VRS pour la femme enceinte et l'administration d'anticorps monoclonaux (contre le VRS pour le nourrisson) constitue le meilleur moyen de protection contre les formes graves.

Pour prévenir les IRA, une [instruction](#) est parue en novembre 2025 permettant aux responsables d'établissements sanitaires et médico-sociaux (ESMS) de rendre obligatoire le port du masque dans leur établissement durant la période de circulation active des IRA caractérisée par Santé publique France. En Occitanie, l'Agence régionale de Santé a recommandé cette mesure aux établissements de la semaine 51-2025 à la semaine 07-2026.

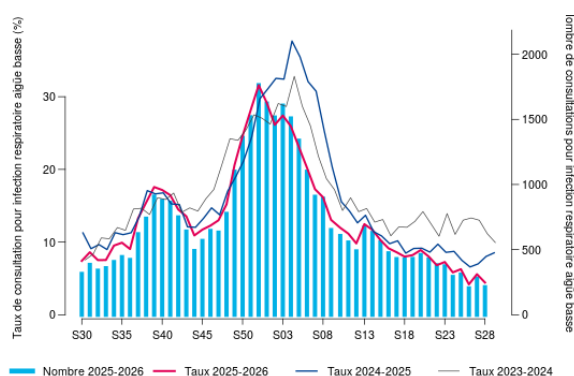
La surveillance intégrée des IRA s'appuie sur des données syndromiques et virologiques en médecine de ville, dans les établissements médico-sociaux et à l'hôpital, ainsi que sur des données de mortalité et des données microbiologiques dans les eaux usées (cf. sources de données p.21).

La saison 2025-2026 a été caractérisée par :

- Un impact modéré sur le recours aux soins pour IRA ;
- Un pic d'activité en semaine 2025-52, principalement lié à l'épidémie de grippe (Figure 1 à 3) ;
- Entre la semaine 15-2025 et 15-2026, on observe une augmentation des épisodes d'IRA signalés en ESMS en fin septembre / début octobre (39-2025 et 40-2025) en lien avec la circulation du SARS-CoV-2 et en décembre / janvier (50-2025 à 06-2026) en lien avec la circulation du virus grippal (Figure 4).

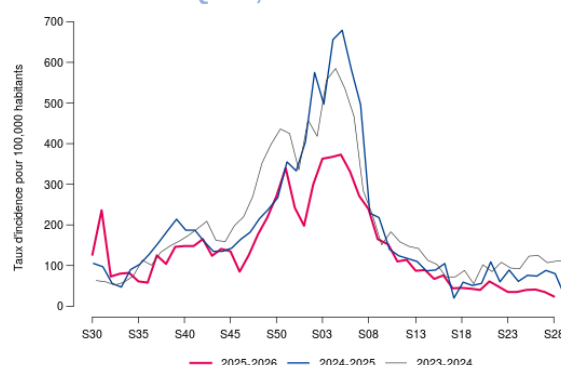
Médecine de ville

Figure 1. Nombre et taux d'actes SOS Médecins pour IRA, Occitanie



Source : SurSaUD® / SOS Médecins – Santé publique France

Figure 2. Taux d'incidence des consultations pour IRA parmi les médecins du Réseau Sentinelles et IQVIA, Occitanie



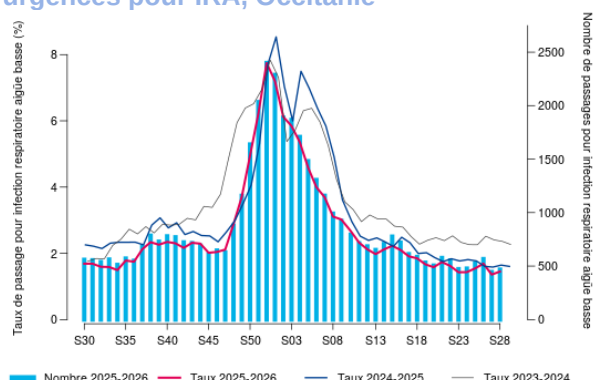
Source : réseau Sentinelles – Santé publique France

Dans les associations SOS Médecins, sur la période représentée ci-dessus (S30-2025 à S28-2026) :

- Les taux d'actes pour IRA dans les différentes classes d'âge étaient proches (13,4 % chez les 0-4 ans et les 15-64 ans ; 15,1 % chez les 5-14 ans et 16,2 % chez les 65 ans et plus) ;
- Les actes pour IRA étaient majoritairement codés « bronchites aiguës » (42 %) et « grippe / syndrome grippal » (42 %), et dans une moindre mesure « pneumopathie » (9%), Covid-19/suspicion de Covid-19 (6 %) et « Bronchiolite » (2 %) ;
- Les actes pour IRA suivis d'une hospitalisation étaient majoritairement codés « pneumopathie » (51%) ou « grippe / syndrome grippal » (18 %).

Services d'urgences

Figure 3. Nombre et taux de passages aux urgences pour IRA, Occitanie



Sur l'ensemble de la période représentée ci-contre, les classes d'âge les plus particulièrement concernées par le recours aux soins pour IRA à l'hôpital étaient les moins 5 ans et les 65 ans et plus :

- Taux de passages pour IRA de 7,1% et de 4,6 % respectivement (contre 1,3 % pour les autres classes d'âge) ;
- Part des hospitalisations pour IRA parmi l'ensemble des hospitalisations de 14,8 % et 7,7 % respectivement (contre 1,6% à 2,5% pour les autres classes d'âge) ;

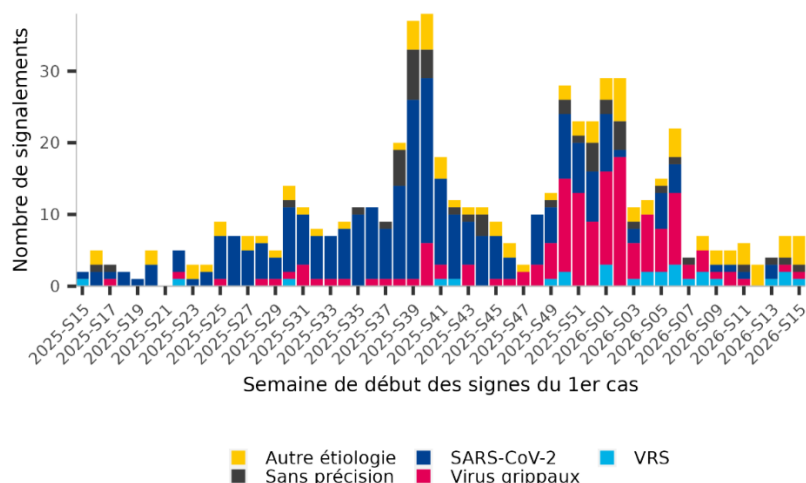
Source : SurSaUD® / Oscour® – Santé publique France

Les passages aux urgences et hospitalisations pour IRA étaient majoritairement codés « pneumopathies aiguës » (54 % des passages et 75% des hospitalisations pour IRA), « grippe / syndrome grippal » (respectivement 21 % et 10 %) et dans une moindre mesure bronchiolite (9% et 8 %), bronchites aiguës (11% et 5%) et Covid-19/suspicion de Covid-19 (6 % et 5 %) (*un même passage pouvant être codé par plusieurs syndromes en diagnostic principal ou associé*).

Établissements médico-sociaux (EMS)

Entre la semaine 15-2025 et 15-2026, on observe une augmentation des épisodes d'IRA signalés en EMS en fin septembre / début octobre (39-2025 et 40-2025) en lien avec la circulation du SARS-CoV-2 et en décembre / janvier (50-2025 à 06-2026) en lien avec la circulation du virus grippal (Figure 4).

Figure 4. Nombre d'épisodes d'IRA signalés en EMS, par étiologie, de la S15-2025 à S15-2026, Occitanie



Source : Portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère de la Santé et de la Prévention, exploitation Santé publique France

A noter : cette source repose sur la déclaration volontaire en temps réel par les établissements des épisodes de cas groupés d'IRA survenus dans leur structure. Bien qu'une sous-estimation du nombre d'épisodes soit observée, elle permet toutefois d'apprécier la tendance concernant la survenue de cas groupés d'IRA en EMS au niveau régional et national.

Bronchiolite

La surveillance est réalisée sur les moins de 1 an, conformément au guide de prise en charge du 1^{er} épisode de bronchiolite édité par la [HAS](#).

Depuis l'hiver 2023, l'administration d'anticorps monoclonaux (Beyfortus® et Synagis®) a été proposée aux nouveau-nés au moment du séjour à la maternité, dès le mois d'octobre, afin de prévenir les infections des nourrissons au cours de leur 1^{ère} saison de circulation du VRS. Depuis septembre 2024, il est également possible d'administrer le vaccin Abrysvo® à la femme entre 32 et 36 semaines d'aménorrhées. Celui-ci est efficace s'il y a au moins 14 jours entre l'administration du vaccin et la naissance.

Synthèse des indicateurs

La saison 2025-2026 se caractérise par :

- Une durée d'épidémie courte de 6 semaines ;
- Un impact moindre en comparaison avec la saison 2023-24 (Tableau 1 et Figure 5 à Figure 7) : -54 % d'actes SOS Médecins ; -64 % pour les passages aux urgences ; -61 % pour les hospitalisations après passages aux urgences (Oscour®) ; -63 % pour les séjours PMSI-MCO ;
- Un pic épidémique en semaine 52, en période de vacances de Noël, dont les valeurs diminuent au fil des années pour tous les indicateurs présentés ;
- Un taux d'hospitalisation parmi les passages aux urgences pour bronchiolite stable (≈ 40 %, soit 516 hospitalisations après passage, source : Oscour®), avec un nombre de séjours hospitaliers pour bronchiolite repérés dans le PMSI-MCO (n=816) nettement supérieur à ce qui est observé en sortie des urgences (selon la saison, les hospitalisations en sortie des urgences correspondent à seulement 60 à 64 % des séjours PMSI-MCO sur la période épidémique) ;
- Les hospitalisations pour bronchiolite représentent plus de la moitié des enfants de moins d'1 an hospitalisés en sortie des urgences au cours de la saison épidémique ;
- Une part de séjours avec notion de gravité stable pour les trois saisons avec des données non consolidées.

Tableau 1. Description des 3 dernières épidémies de bronchiolite et principaux indicateurs d'activité SOS Médecins et des structures d'urgences, enfants de moins de 1 an, Occitanie

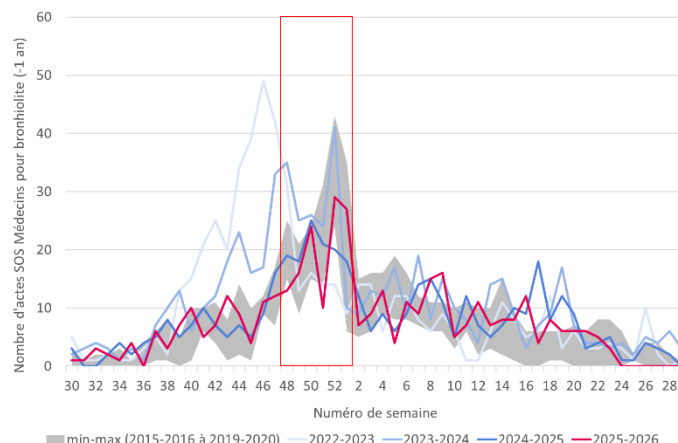
Saison		2023-24	2024-25	2025-26
1 ^{ère} et dernière semaine épidémique		S44-S02	S48-S01	S48-S01
Semaine du pic d'activité (<i>variable selon les sources</i>)		S49-S52	S50-S51	S52
Durée de l'épidémie (nombre de semaines)		11	6	6
Durant les semaines épidémiques :				
SOS Médecins	Nombre d'actes pour bronchiolite	259	121	119
	Part des bronchiolites au pic épidémique	14,5 %	15,2 %	12,9 %
Passages aux urgences	Nombre de passages pour bronchiolite	3542	1450	1296
	Part des bronchiolites dans l'ensemble des passages au pic	31,9 %	25 %	22,5 %
Hospitalisations après passages aux urgences (Oscour®)	Nombre d'hospitalisations pour bronchiolite	1328	571	516
	Taux d'hospitalisation parmi les passages pour bronchiolite	37,5 %	39,4 %	39,8 %
	Nombre maximum d'hospitalisations hebdomadaires au pic	183	134	129
	Part des bronchiolites parmi l'ensemble des hospit. au pic	54 %	51,7 %	46,4 %
Séjours hospitaliers – PMSI-MCO	Nombre de séjours pour bronchiolite	2227	893	816*
	Dont séjours graves**	19,5 %	19,7 %	13,7 %*
	Nombre maximum de séjours hospitaliers au pic	309	195	165*

* Données provisoires (séjours 2026 à consolider)

** Dont graves pour le PMSI-MCO : nombre d'enfants ayant été hospitalisés au moins pendant une partie de leur séjour en surveillance continue, soins intensifs ou réanimation au cours de leur séjour hospitalier

Médecine de ville

Figure 5. Nombre d'actes SOS Médecins pour bronchiolite, enfants de moins de 1 an, Occitanie

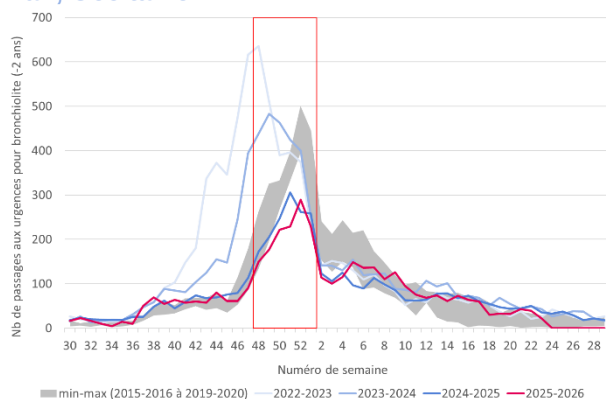


Encadré rouge = période épidémique 2025-2026

Source : SurSaUD® / SOS Médecins – Santé publique France

Services d'urgences et services hospitaliers

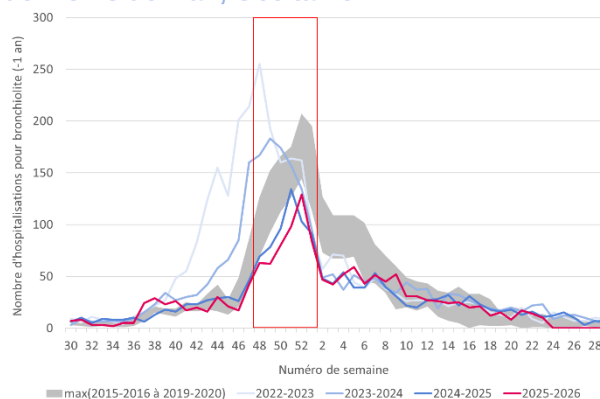
Figure 6. Nombre de passages aux urgences pour bronchiolite, enfants âgés de moins de 1 an, Occitanie



Encadré rouge = période épidémique 2025-2026

Source : SurSaUD® / Oscour® – Santé publique France

Figure 7. Nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite, enfants de moins de 1 an, Occitanie



Encadré rouge = période épidémique 2025-2026

Source : SurSaUD® / SOS Médecins – Santé publique France

Caractéristiques des patients en médecine de ville et à l'hôpital

- Majorité d'enfants de 6 à 11 mois parmi les patients pris en charge par SOS Médecins et répartition stable dans le temps.
- Environ 25 % des enfants pris en charge aux urgences ont entre 0 et 2 mois, contre 33 % au cours de la période de référence (avant la mise en place des traitements préventifs, Tableau 2).
- Répartition par classes d'âges similaire entre les hospitalisations après passages aux urgences (Oscour®) et les séjours (PMSI-MCO) (Tableau 2) avec :
 - Une part d'enfants de moins d'1 mois qui tend à diminuer au cours du temps : autour de 10 % lors de la dernière saison épidémique contre 14-15 % pour la période de référence ;
 - Une répartition assez équilibrée entre les 1-2 mois, les 3 à 5 mois et les 6 à 11 mois, représentant chacun environ 30 % des hospitalisations ou séjours.
- Sexe ratio (H/F) de 1,3 pour les passages aux urgences, 1,2 pour les hospitalisations et 1,9 pour les actes SOS Médecins.

Tableau 2. Répartition par âge (moins d'1 mois, 1 et 2 mois, 3 à 5 mois, 6 à 11 mois) des enfants atteints de bronchiolite, parmi les actes SOS Médecins, les passages aux urgences, les hospitalisations après passages aux urgences et les séjours recensés dans le PMSI-MCO, pour les 3 dernières saisons épidémiques et une période de référence*, Occitanie

Saisons épidémiques		Actes SOS Médecins	Passages aux urgences	Hospitalisations après passages	Séjours PMSI-MCO
Période de référence = 2022-2023* (S40 à S01)	<i>N</i>	342	5110	2035	3462
	% Moins d'1 mois	0	7	14	15
	% 1-2 mois	5	26	36	35
	% 3-5 mois	32	35	31	29
	% 6-11 mois	63	32	19	20
2023-2024 (S44 à S02)	<i>N</i>	259	3542	1328	2227
	% Moins d'1 mois	1	4	10	10
	% 1-2 mois	7	19	28	28
	% 3-5 mois	34	39	37	35
	% 6-11 mois	58	37	25	27
2024-2025 (S48 à S01)	<i>N</i>	121	1450	571	893
	% Moins d'1 mois	0	6	11	9
	% 1-2 mois	8	19	27	28
	% 3-5 mois	31	34	30	29
	% 6-11 mois	61	41	32	34
2025-2026 (S48 à S01)	<i>N</i>	119	1296	516	816**
	% Moins d'1 mois	0	4	8	9**
	% 1-2 mois	5	21	31	29**
	% 3-5 mois	34	34	32	29**
	% 6-11 mois	61	40	30	33**

*2022-2023 : saison sans administration d'anticorps monoclonaux proposée en milieu hospitalier pour les nouveau-nés, ni immunisation de la femme enceinte

** Données provisoires (séjours 2026 à consolider)

Source : SurSaUD® (Oscour® pour les urgences et SOS Médecins pour la médecine de ville) – Santé publique France ; SNDS / PMSI-MCO pour les séjours (exploitation Santé publique France).

Réanimation pédiatrique

En Occitanie, les deux services de réanimation pédiatrique du CHU de Montpellier (signalement exhaustif) et du CHU de Toulouse (signalement des cas admis 1j/semaine) participent à cette surveillance. Cette surveillance est réalisée chez les moins de 2 ans. Un total de 59 cas a été signalé en Occitanie entre les semaines 2025-40 et 2026-15 (25 par le CHU de Montpellier et 34 par le CHU de Toulouse).

Les caractéristiques des cas graves de bronchiolite signalés sont présentées dans le Tableau 3.

Tableau 3. Caractéristiques des cas graves de bronchiolite signalés par les services de réanimation pédiatriques de la semaine 40 à la semaine 15 au cours de la saison 2025-2026 et de la saison précédente 2024-2025, Occitanie

	Saison 2025-2026 N = 59	Saison 2024-2025 N = 40
Sexe		
Fille	22 (38%)	17 (43%)
Garçon	36 (62%)	23 (58%)
Non renseigné	1	
Classes d'âge (mois)		
< 1	0 (0%)	5 (13%)
1-2	30 (51%)	15 (38%)
3-5	7 (12%)	9 (23%)
6-11	13 (22%)	9 (23%)
12-24	9 (15%)	1 (3%)
Non renseigné	0 (0%)	1 (3%)
Présence de comorbidité(s) et/ou prématurité**	12 (20%)	8 (20%)
Type de traitement préventif		
Synagis	0 (0%)	0 (0%)
Beyfortus	13 (25%)	11 (31%)
Aucun	39 (75%)	25 (69%)
Non renseigné	7	4
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive		
Ventilation non invasive	26 (44%)	7 (18%)
Oxygénothérapie à haut-débit	31 (53%)	32 (80%)
Ventilation invasive	2 (3%)	1 (3%)
Assistance extracorporelle	0 (0%)	0 (0%)
Décès	0 (0%)	0 (0%)

Source : surveillance en réanimation, Santé publique France

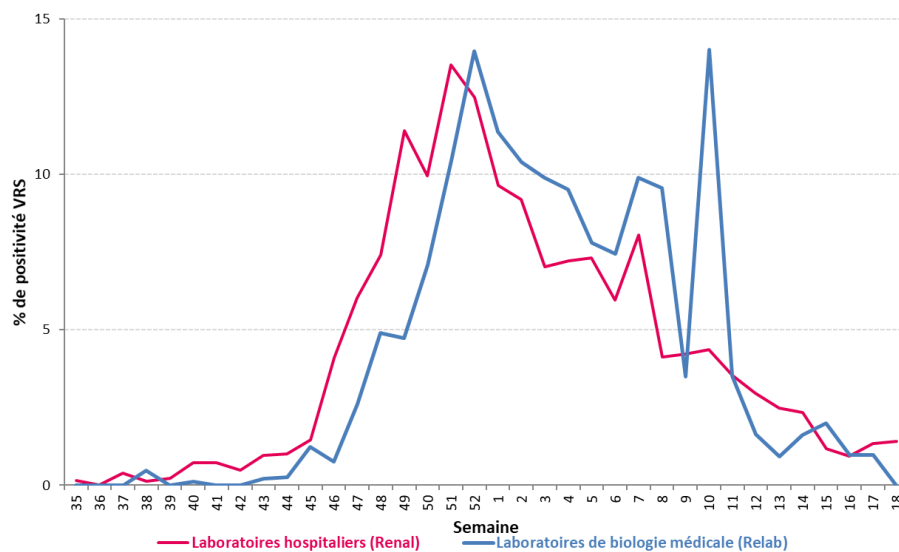
- L'âge médian était de 2 mois (identique à la saison précédente) (min-max : 1 - 24 mois).
- Les comorbidités rapportées étaient : une pathologie cardiaque (3), pulmonaire (4), une prématurité (7).
- La majorité des cas étaient positifs au VRS (80 %) mais d'autres agents pathogènes étaient également retrouvés : le rhinovirus/entérovirus (20 %), le métapneumovirus (3 %), le SARS-CoV-2 (2 %) et le *parainfluenza* virus (2 %).
- La durée médiane de ventilation était de 2 jours (identique à la saison précédente), (min-max : 1-11).
- Les cas étaient restés entre 0 et 13 jours en réanimation (médiane=2 jours identique à la saison précédente).

Laboratoires hospitaliers et de biologie médicale

Durant les 6 semaines épidémiques en Occitanie (Figure 8) :

- En ville (dans les laboratoires de biologie médicale du réseau Relab) :
 - Le pourcentage de positivité au VRS était de 8 % (236 / 2 847).
 - Un pic est observé en semaine S52-2025 (14 %).
- A l'hôpital (dans les 3 laboratoires hospitaliers du réseau Renal) :
 - Le pourcentage de positivité était de 11 % (744 / 6 881).
 - Un pic est observé en semaine S51-2025 (14 %).

Figure 8. Nombre de prélèvements positifs et pourcentage de positivité pour le VRS dans les laboratoires hospitaliers (Renal) et les laboratoires de biologie médicale (Relab), semaine 2025-S35 à 2026-S18



Source : Laboratoires de virologie des CHU de Montpellier, Nîmes et Toulouse, Réseau Renal, Laboratoires de biologie médicale participants au réseau Relab, Centre national de référence (CNR) Virus des infections respiratoires - exploitation des données Santé publique France

Grippe

Synthèse des indicateurs

Les caractéristiques de l'épidémie de grippe 2025-2026 en Occitanie sont les suivantes :

- **L'épidémie a duré 11 semaines**, de décembre 2025 à mi-février 2026. Le pic épidémique a été atteint en semaine 52-2025.
- L'épidémie de grippe a eu un impact **modéré en médecine de ville et élevé à l'hôpital**, notamment concernant les hospitalisations (Figure 9 à 11). Cet impact a été globalement **inférieur à la saison précédente** qui était particulièrement intense (Tableau 4).
- L'épidémie a touché tous les départements et toutes les classes d'âge, même si l'impact de la grippe sur le recours au soin a été plus marqué chez les enfants.
- Une **co-circulation** des virus A(H1N1)_{pdm09} et A(H3N2) était observée.
- Un impact important a été mesuré sur les **hospitalisations** (Tableau 4), ainsi que sur la **mortalité** (Figure 13) :
 - Le taux d'hospitalisation après passages aux urgences pour syndrome grippal était supérieur à ceux observés aux cours des saisons précédentes (21,8 % versus 19,9 % et 18,0 %).
 - Le nombre de séjours hospitaliers pour syndrome grippal et la part des séjours pour grippe avec notion de gravité (en réanimation et aux soins intensifs) dans le PMSI-MCO étaient supérieurs aux années précédentes (données à consolider). A noter que le nombre de séjours pour grippe (en diagnostic principal) repérés dans le PMSI-MCO était nettement supérieur à ce qui est observé en sortie des urgences (hospitalisations Oscore®) : selon la saison, les hospitalisations en sortie des urgences correspondent à 39 à 52 % des séjours PMSI-MCO durant les semaines épidémiques.
- Les **couvertures vaccinales** régionales étaient bien inférieures aux objectifs fixé par l'OMS de 75 %, en pop générale et chez les professionnels de santé en ESMS. Elles étaient élevées chez les résidents ESMS (Tableau 6).

Tableau 4. Description des 3 dernières épidémies de grippe et principaux indicateurs d'activité du réseau Sentinelles, de SOS Médecins, des structures d'urgences et des laboratoires, Occitanie

Saison		2023-24	2024-25	2025-26
1 ^{ère} semaine – dernière semaine épidémique		S50-S08	S50-S09	S49-S07
Semaine du pic d'activité (<i>variable selon les sources</i>)		S04/S05	S04/S05	S52
Durée de l'épidémie (nombre de semaines)		11	12	11
Durant les semaines épidémiques :				
SOS Médecins	Nombre d'actes pour syndrome grippal	7062	11137	9227
	Part des syndromes grippaux au pic épidémique	19,7 %	28,6 %	18,9 %
Réseau Sentinelles	Taux d'incidence /100 000 habitants au pic	527 [478-576]	553 [474-632]	350 [311-389]
	Nombre de passages pour syndrome grippal	5258	9926	7797
Passages aux urgences (Oscore®)	Part des syndromes grippaux dans l'ensemble des passages au pic	2,7 %	4,3 %	3,5 %
	Nombre d'hospitalisations pour syndrome grippal	947	1978	1703
Hospitalisations après passages aux urgences	Taux d'hospitalisation parmi les passages pour syndrome grippal	18,0 %	19,9 %	21,8 %
	Nombre maximum d'hospitalisations hebdomadaires au pic	168	249	229
	Part des syndromes grippaux dans l'ensemble des hospit. au pic	2,7 %	3,6 %	3,5 %
Séjours hospitaliers en MCO (PMSI)*	Nombre de séjours hospitaliers pour grippe/syndrome grippal	2090	3828	4409
	Part des séjours avec un passage en réanimation	5,2 %	4,5 %	7,5 %
	Part des séjours avec un passage en SI	2,4 %	3,5 %	4,9 %
Laboratoires : hospitaliers de biologie médicale	Taux de positivité au pic	20,8 %	23,0 %	15,0 %
	Taux de positivité au pic	ND	50,1 %	47,1 %

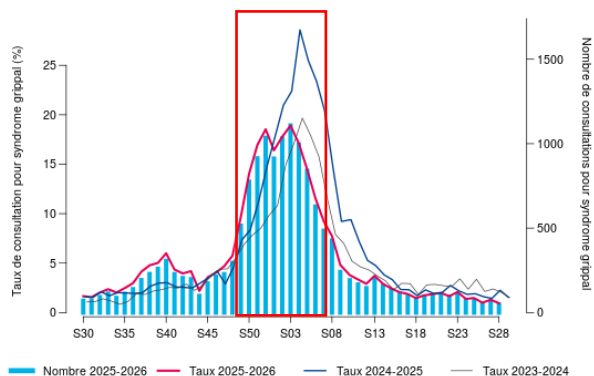
* Séjours ayant pour diagnostic principal un code correspondant à la grippe ; données non consolidées pour la saison 2025-2026

ND= non disponible

Source : SurSaUD® (Oscore® pour les urgences, SOS Médecins), Réseau Sentinelles, Laboratoires hospitaliers du réseau RENAL – Santé publique France

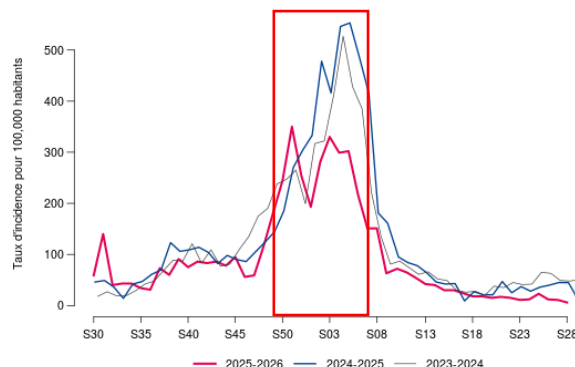
Médecine de ville

Figure 9. Nombre et taux d'actes SOS Médecins pour syndrome grippal, Occitanie



Encadré rouge = période épidémique 2025-2026
Source : SurSaUD® / SOS Médecins – Santé publique France

Figure 10. Taux d'incidence des consultations pour syndrome grippal parmi les médecins du Réseau Sentinelles et IQVIA, Occitanie

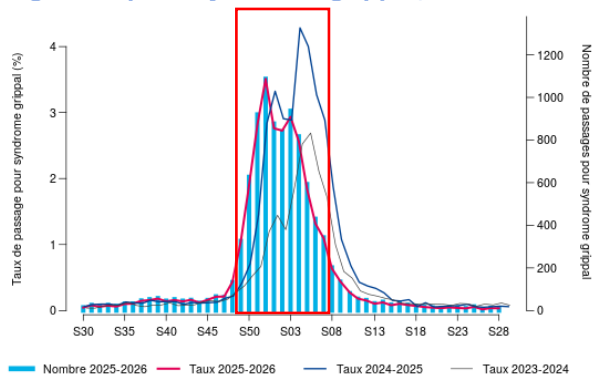


Encadré rouge = période épidémique 2025-2026
Source : réseau Sentinelles – Santé publique France

Durant les semaines épidémiques, 9 227 actes pour grippe / syndromes grippaux ont été réalisés dans les associations SOS Médecins, soit 15 % des actes. Ce taux d'actes pour grippe / syndromes grippaux était supérieur chez les 5-14 ans (21 %), et inférieur chez les 65 ans et plus (8 %). Au pic, ce taux était de 19 %, inférieur à la saison précédente.

Services d'urgences

Figure 11. Nombre et taux de passages aux urgences pour syndrome grippal, Occitanie



Encadré rouge = période épidémique 2025-2026
Source : SurSaUD® / Oscour® – Santé publique France



Durant les semaines épidémiques, 7 797 passages aux urgences pour grippe / syndromes grippaux ont été comptabilisés, soit 2,2 % des passages. Ce taux de passage pour grippe / syndromes grippaux était supérieur chez les enfants (6,4 % chez les < 5 ans et 3,4 % chez les 5-14 ans), inférieur chez les 15-64 ans (1,3 %), et proche de la moyenne chez les 65 ans et plus (2,0 %). Au pic, ce taux était de 3,5 %, inférieur à la saison précédente.

Parmi ces passages, 22 % ont donné lieu à une hospitalisation ce qui est supérieur aux deux saisons précédentes. Cela représente 1 703 hospitalisations après passages pour grippe / syndromes grippaux, soit 2,4 % des hospitalisations. Cette part des hospitalisations pour grippe / syndromes grippaux parmi l'ensemble des hospitalisations était supérieure chez les moins de 5 ans (4,8 %), inférieur chez les 15-64 ans (1,1 %), et proche de la moyenne chez les 5-14 ans (2,2 %) et les 65 ans et plus (2,8 %). Au pic, ce taux était de 3,5 %, similaire à la saison précédente.

Dans les données du PMSI-MCO, 4409 séjours hospitaliers pour grippe/syndrome grippal étaient dénombrés (soit 2,6 fois plus que dans Oscour®), en augmentation sur les trois dernières saisons. La part de ces séjours en réanimation et aux soins intensifs était également en augmentation.

Services de réanimation

Entre la semaine 40-2025 et la semaine 15-2026, 164 cas graves de grippe ont été signalés en Occitanie (contre 212 la saison précédente).

Les caractéristiques des cas signalés sont présentées dans le Tableau 5 :

- L'âge médian était de 68 ans (contre 65 ans la saison précédente) (min-max = <1 - 100).
- Les comorbidités les plus fréquentes étaient : une pathologie pulmonaire (42 %), cardiaque (34 %), une hypertension (34 %).
- 78% n'étaient pas vaccinés pour la saison en cours.
- La durée médiane de ventilation était de 5 jours (min-max : 1-50).
- La durée médiane de séjour était de 6 jours (contre 5 jours la saison précédente) (min-max=0-62 jours).

Tableau 5. Caractéristiques des cas graves de grippe signalés par les 24 services de réanimation sentinelles de la semaine 40 à la semaine 15 au cours de la saison 2025-2026 et de la saison précédente 2024-2025, Occitanie

	Saison 2025-2026 N = 164	Saison 2024-2025 N = 212
Sexe		
Femme	72 (44 %)	90 (42 %)
Homme	90 (55 %)	122 (58 %)
Indéterminé	2 (1 %)	
Classes d'âge (années)		
< 2	8 (5 %)	9 (4 %)
2-17	11 (7 %)	11 (5 %)
18-64	49 (30 %)	84 (40 %)
65 et plus	96 (59 %)	108 (51 %)
Données virologiques grippales		
A, sans précision	124 (84 %)	162 (83 %)
A(H1N1)pdm09	12 (8 %)	13 (7 %)
A(H3N2)	11 (7 %)	2 (1 %)
B	0 (0 %)	18 (9 %)
Non renseigné	17	17
Co-infection grippe/SARS-CoV-2	1 (1 %)	4 (2 %)
Présence de comorbidité(s)	146 (89 %)	188 (89 %)
Vaccination grippe pour la saison en cours		
Oui	28 (22 %)	30 (19 %)
Non	99 (78 %)	131 (81 %)
Ne sait pas/Non renseigné	37	51
Syndrome de détresse respiratoire aiguë		
Aucun	49 (31 %)	96 (46 %)
Mineur	35 (22 %)	38 (18 %)
Modéré	41 (26 %)	41 (20 %)
Sévère	32 (20 %)	32 (15 %)
Non renseigné	7	5
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive		
Aucune	7 (4 %)	7 (3 %)
O2 (Lunettes/masque)	12 (7 %)	19 (9 %)
Ventilation non-invasive	14 (9 %)	34 (16 %)
Oxygénothérapie haut-débit	64 (39 %)	74 (35 %)
Ventilation invasive	62 (38 %)	74 (35 %)
Assistance extracorporelle	5 (3 %)	4 (2 %)
Devenir		
Décès	27 (18 %)	32 (15 %)
Sortie de réanimation	127 (82 %)	176 (85 %)
Inconnu	10	4

Source : surveillance des IRA en réanimation, Santé publique France

Établissements médico-sociaux

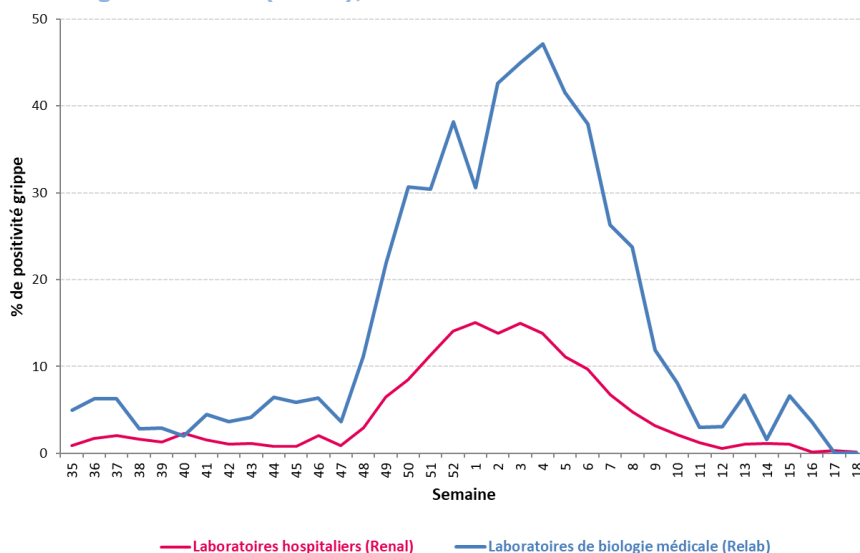
Entre la semaine 40-2025 et 15-2026, 129 épisodes de cas groupés d'IRA dont l'étiologie grippe a été retenue sont survenus dans les EMS de la région. Plus de 90 % des épisodes déclarés sont survenus dans des Ehpad et 79 % des épisodes sont survenus durant la période épidémique de décembre à mi-février avec un pic en semaine 02-2026 (Figure 4).

Laboratoires hospitaliers et de biologie médicale

Durant les 12 semaines épidémiques en Occitanie (Figure 12) :

- En ville (dans les laboratoires de biologie médicale du réseau Relab) :
 - Le pourcentage de positivité était de 35 % (2 464 / 7 090).
 - Un pic est observé en semaine S04-2026 (47%).
- A l'hôpital (dans les 3 laboratoires hospitaliers du réseau Renal) :
 - Le pourcentage de positivité était de 12 % (1 743 / 14 743).
 - Un pic est observé en semaine S01-2026 (15%).
 - Les virus de type A représentaient 99,5 % des virus grippaux identifiés. Parmi eux, le sous-type n'était connu que pour 8% des échantillons : 71 % étaient des virus A(H3N2) et 29 % des virus A(H1N1)_{pdm09}.

Figure 12. Pourcentage de positivité pour la grippe dans les laboratoires hospitaliers (Renal) et les laboratoires de biologie médicale (Relab), semaine 2025-S35 à 2026-S18



Source : Laboratoires de virologie des CHU de Montpellier, Nîmes et Toulouse, Réseau Renal, Laboratoires de biologie médicale participants au réseau Relab, Centre national de référence (CNR) Virus des infections respiratoires - exploitation des données Santé publique France

En France hexagonale, une co-circulation des deux virus grippaux de type A, A(H3N2) et A(H1N1)_{pdm09}, a été observée. Parmi les virus A(H3N2), le sous-clade K était largement majoritaire. Parmi les virus A(H1N1)_{pdm09}, le sous-clade D.3.1.1 était largement majoritaire.

Couvertures et efficacité vaccinale

La campagne de vaccination contre la grippe a débuté le 14 octobre 2025 dans l'hexagone et s'est terminée le 28 février 2026. Plus d'information sur la population cible et les vaccins disponibles : [Grippe | Vaccination Info Service](#).

Les couvertures vaccinales en Occitanie estimées au 28 février 2026 à l'issue de la campagne de vaccination contre la grippe étaient de (Tableau 6) :

- **49,4 %** chez les personnes à risque ciblées par la vaccination (contre 43,3% la saison précédente en Occitanie et 49,6% cette saison au niveau national)

- **55,8 % chez les 65 ans et plus** (contre 52,9% la saison précédente et 56,7% cette saison au niveau national)
- **27,7 % chez les moins de 65 ans à risque** de grippe sévère (contre 24,1% la saison précédente et 28,9% cette saison au niveau national)

Ces couvertures vaccinales contre la grippe au niveau national comme régional étaient insuffisantes au regard de l'objectif d'une couverture de 75 % chez les personnes à risque¹.

Tableau 6. Couverture vaccinale grippe au 28 février 2026 parmi les personnes à risque, Occitanie

Zone géographique	Personnes âgées de 65 ans et +	Personnes à risque < 65 ans	Total des personnes à risque
09 - Ariège	50,3	25,1	45,2
11 - Aude	54,0	26,4	48,0
12 - Aveyron	54,9	28,9	50,1
30 - Gard	55,9	27,5	49,6
31 - Haute-Garonne	59,5	29,5	51,3
32 - Gers	54,4	28,9	49,5
34 - Hérault	57,2	27,6	50,2
46 - Lot	52,7	26,7	48,3
48 - Lozère	53,1	30,7	48,7
65 - Hautes-Pyrénées	55,2	28,1	49,8
66 - Pyrénées-Orientales	52,5	23,8	46,3
81 - Tarn	55,4	28,1	49,6
82 - Tarn-et-Garonne	54,3	28,0	48,1
Occitanie	55,8	27,7	49,4
France entière	56,7	28,9	49,6

Source : actes de vaccination remboursés au 28 février 2026, régime général - SNDS

Chez **les résidents en Ehpad**, les estimations de couvertures vaccinales contre la grippe pour la saison 2025-2026 au niveau régional étaient élevées, proche de la saison passée (82,2 % [80,6 - 83,8] contre 83,6 % [82,1 - 85,2]), et proche du niveau national (82,9 % [82,4 - 83,4]) mais en baisse depuis 2021-2022.

Concernant **les professionnels exerçant en Ehpad**, la couverture vaccinale contre la grippe pour la saison 2025-2026 en Occitanie était faible mais en augmentation (24,3% [22,1 – 26,5] contre 18,8 % [17,1 – 20,4] la saison précédente), et proche du niveau national (25,1 % [24,5 – 25,8]).

Les estimations d'**efficacité vaccinale** en vie réelle du réseau Relab 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 % (IC95%: [25-36]) tous âges confondus, inférieure à l'estimation de la même étude en 2024-25 (44 % [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 de prélèvements sous-typés trop faible.

Pour en savoir plus :

Santé publique France. Infections respiratoires aiguës (grippe, bronchiolite, Covid-19). Bilan de la saison 2025-2026. Saint-Maurice: Santé publique France; 2026. 34 p. [Infections respiratoires aiguës \(grippe, bronchiolite, COVID-19\). Bilan de la saison 2025-2026. | Santé publique France](#)

Santé publique France. Vaccination des femmes enceintes, des seniors et des adultes à risque. Données 2025. Édition nationale [Bulletin] [Vaccination des femmes enceintes, des seniors et des adultes à risque en France en 2025 | Santé publique France](#)
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. [Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2026, n°22 | Santé publique France](#)

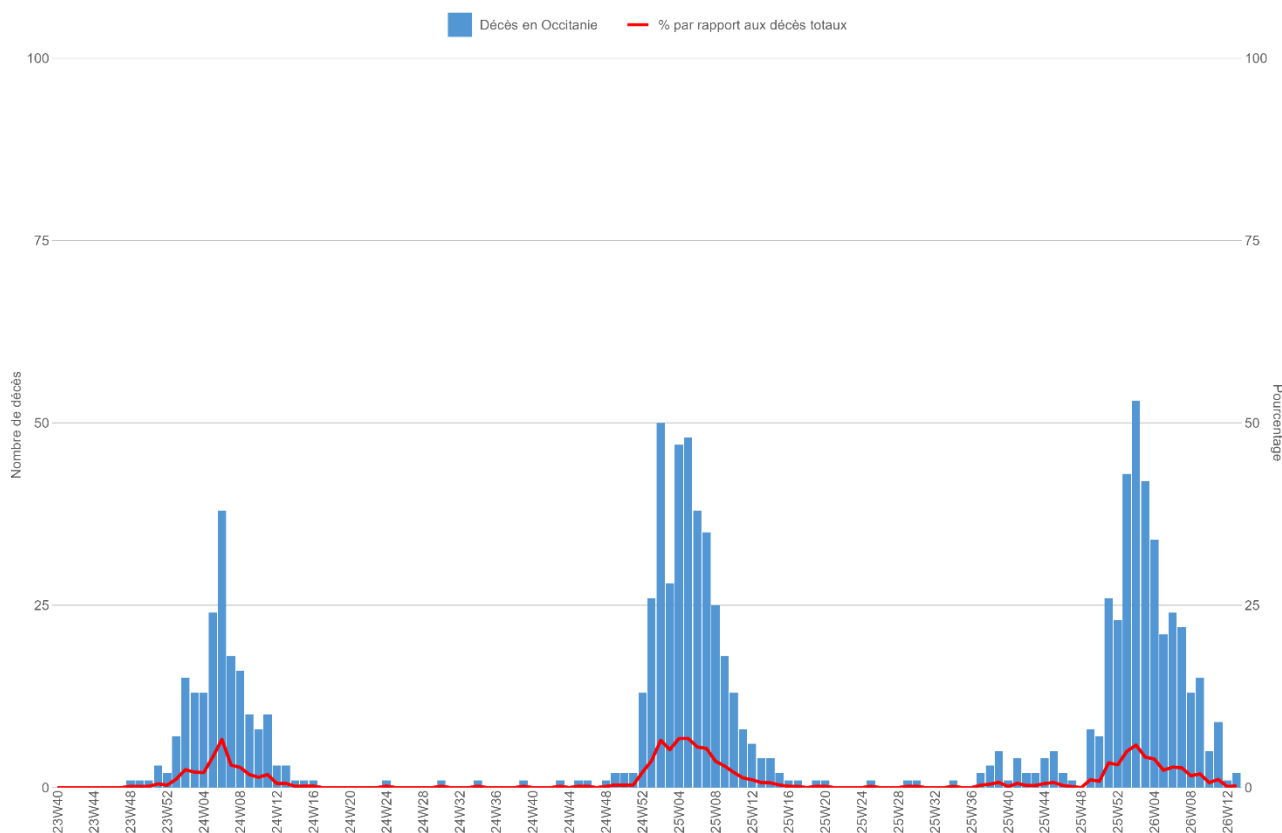
¹ World Health Organization. Prevention and control of influenza pandemics and annual epidemics. Fifty-sixth World Health Assembly, 28 may 2003. Geneva: WHO; 2003. https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ea56r19.pdf

Mortalité liée à la grippe

La mortalité spécifique à la grippe est surveillée de manière réactive à partir des certificats de décès transmis électroniquement (non exhaustifs) et portant la mention grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès.

Entre la semaine 40-2025 et la semaine 15-2026, parmi les 22 120 décès déclarés par certificat électronique de décès toutes causes en Occitanie (non exhaustifs en raison de la persistance de la déclaration papier), 374 (1,7 %) l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (contre 2,2 % au cours de la saison précédente) dont 96 % étaient âgés de 65 ans et plus. Ce pourcentage atteignait un maximum de 5,8 % en S02-2026 (Figure 13).

Figure 13. Nombre et part des décès certifiés électroniquement portant la mention grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès, semaines 2023-S40 à 2026-S28, Occitanie



Source : SurSaUD® / Certification électronique des décès - Santé publique France

Ces données sont à interpréter avec prudence, sans faire de comparaisons entre les saisons hivernales : la certification électronique évolue constamment en région Occitanie : 42% en janvier 2024, 45% en janvier 2025, 60% en janvier 2026.

Covid-19

Synthèse des indicateurs

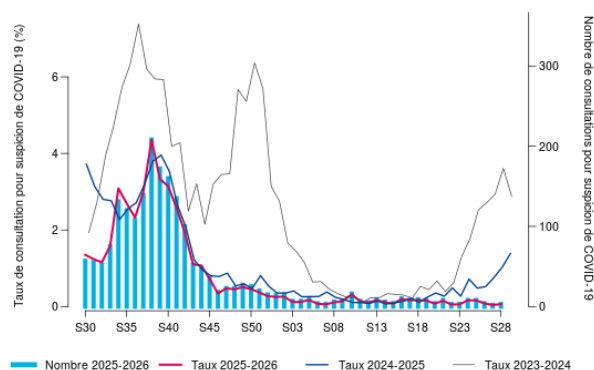
La saisonnalité étant différente pour la Covid-19, les données sont analysées sur une période d'une année glissante et pas uniquement la saison hivernale (sauf pour les cas en réanimation qui ne sont surveillés que de la S40 à la S15).

Les caractéristiques de la circulation du SARS-CoV-2 du printemps 2025 au printemps 2026 en Occitanie étaient les suivantes :

- Circulation plus active de la Covid-19 entre juin et octobre 2025, avec un pic en septembre 2025 (semaine 38) (Figure 14 et 15).
- Comme l'an dernier, absence de recrudescence de la circulation virale au cours de l'hiver 2025-2026.
- Niveaux de la plupart des indicateurs bas et inférieurs à ceux des années précédentes.
- Personnes âgées de 65 ans plus concernés, à l'hôpital et en EMS.
- Couvertures vaccinales en ESMS insuffisante chez les résidents et très insuffisantes chez les professionnels de santé.

Médecine de ville

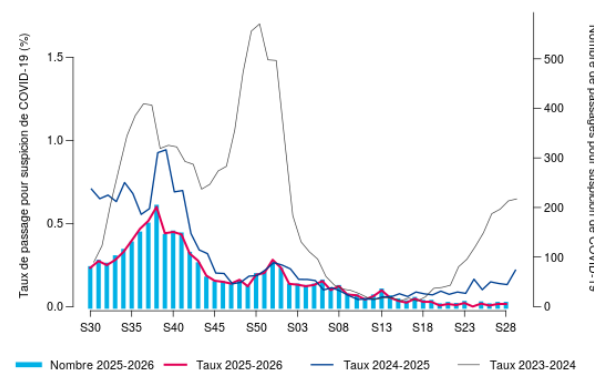
Figure 14. Nombre et taux d'actes SOS Médecins pour suspicion de Covid-19, Occitanie



Source : SurSaUD® / SOS Médecins - Santé publique France

Services d'urgences

Figure 15. Nombre et taux de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19, Occitanie



Source : SurSaUD® / Ouscour® - Santé publique France

Durant la période représentée ci-contre, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 50 % des passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 et 76 % des hospitalisations après passages.

La part des suspicions de Covid-19 parmi l'ensemble des hospitalisations est restée basse, inférieure à 1 % des hospitalisations sur l'ensemble de la période.

Surveillance en réanimation

Les cas graves de Covid-19 ne sont surveillés que pendant la saison hivernale de la semaine 40-2025 à la semaine 15-2026.

Durant cette période hivernale, 24 cas graves de Covid-19 ont été signalé par les 24 services de réanimation sentinelles (contre 38 la saison précédente) :

- L'âge médian était de 70 ans (contre 72 ans la saison précédente) et les 65 ans et plus représentaient 67 % des signalements.
- Tous les cas présentaient au moins une comorbidité, parmi les plus fréquentes : une hypertension (46 %), une pathologie pulmonaire (42 %), cardiaque (33 %), un diabète (29 %), un cancer évolutif (21 %).
- Le statut vaccinal était inconnu pour l'ensemble des cas.
- 18 % étaient décédés en réanimation (contre 24 % la saison précédente).

Établissements médico-sociaux

Des épisodes de cas groupés d'IRA dans les établissements médico-sociaux (EMS) de la région et dont l'étiologie Covid-19 est retenue ont été signalés tout au long de l'année d'avril 2025 à avril 2026. Une hausse du nombre d'épisodes de Covid-19 survenus en EMS était observée dès le mois de juin 2025 jusqu'à la fin de l'année avec un pic en fin septembre / début octobre (39-2025 et 40-2025) (Figure 4).

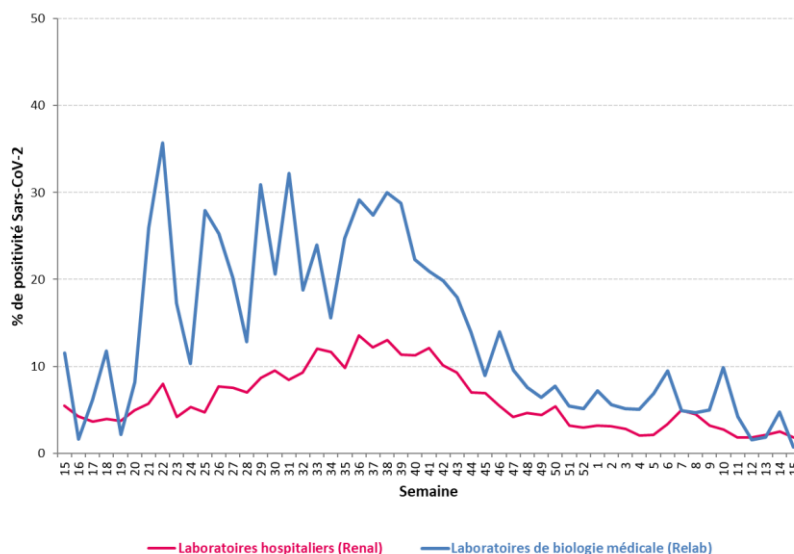
Laboratoires hospitaliers et de biologie médicale

Les données transmises par les laboratoires hospitaliers et de biologie médicale de ville (Figure 16) montraient une circulation du SARS-CoV2 au cours de l'été 2025 et jusqu'à fin octobre 2025.

Un pic est observé dans les données du réseau Renal en semaine S36-2025 (14 %).

Comme l'année précédente, il n'est pas observé de vague épidémique hivernale et la circulation au cours de l'hiver (novembre 2025 à avril 2026) est restée relativement faible.

Figure 16. Nombre de prélèvements positifs et pourcentage de positivité pour le SARS-CoV-2 dans les laboratoires hospitaliers (Renal) et les laboratoires de biologie médicale (Relab), semaine 2025-S15 à 2026-S15



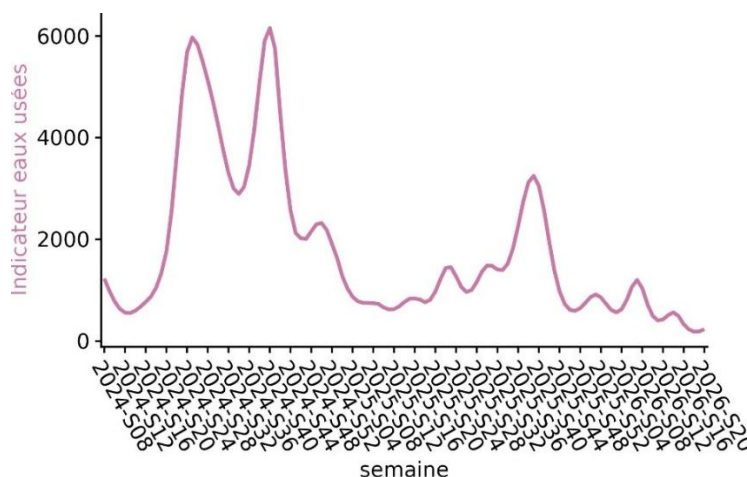
Source : Laboratoires de virologie des CHU de Montpellier, Nîmes et Toulouse, Réseau Renal, Laboratoires de biologie médicale participants au réseau Relab, Centre national de référence (CNR) Virus des infections respiratoires - exploitation des données Santé publique France

Au début de la saison hivernale la situation était caractérisée par une circulation de différents sous lignages du variant Omicron, le variant le plus détecté étant XFG (recombinant LF.7/LP.8.1.2) entre septembre et novembre 2025. Depuis fin novembre le lignage NB.1.8.1 (descendant de XDV) commençait à augmenter par rapport au mois précédent. À partir de février, les lignages BA.3.2*, XFG* et NB.1.8.1* accompagnés de l'ensemble de leurs sous-lignages, co-circulaient et représentaient la majorité de l'ensemble des séquences analysées en France, avec le lignage RE.2.2 (descendant de BA.3.2.2) le plus fréquemment détecté en mars.

Eaux usées

La surveillance virologique du SARS-CoV-2 dans les eaux usées à partir du dispositif Sum'Eau en Occitanie montre une augmentation de juin à octobre 2025, avec un pic fin septembre (S39). Deux autres pics de moindre ampleur sont également visibles début juin (S23-2025) et mi-février (S07-2026) (Figure 17).

Figure 17. Indicateur SARS-CoV-2 dans les eaux usées, SUM'Eau, semaine 2024-S08 à 2026-S20, Occitanie



Source : Stations de traitement des eaux usées de Toulouse, Montpellier, Carcassonne et Nîmes, Dispositif de surveillance microbiologique des eaux usées (Sum'eau) – Santé publique France.

Couverture vaccinale

La campagne de vaccination contre la Covid-19 était couplée à la campagne de vaccination contre la grippe, du 14 octobre 2025 au 28 février 2026.

Les couvertures vaccinales estimées au 28 février 2026 à l'issue de la campagne de vaccination contre la Covid-19 chez l'ensemble des personnes ciblées par la vaccination, étaient de 14,2% au niveau national. Ces estimations réalisées à partir des données de l'Assurance Maladie vaccinales sont probablement sous-estimées car les personnes vaccinées contre la Covid-19 sont identifiées via les actes de vaccination. Or, ces actes ne sont pas toujours enregistrés dans la base des remboursements de l'Assurance Maladie, notamment lorsque les vaccinations sont réalisées dans des établissements sanitaires ou médico-sociaux, ou par certains professionnels vaccinateurs, ce qui entraîne une sous-estimation. **Il n'est cependant pas possible d'évaluer l'ampleur de la sous-estimation, ainsi les données régionales ne sont donc pas communiquées.**

Chez les **résidents en Ehpad**, les estimations de couvertures vaccinales contre la Covid-19 pour la saison 2025-2026 en Occitanie étaient stables par rapport à la saison précédente (60,3 % contre 60,5 % la saison précédente), et inférieures au niveau national (62,6 %).

Concernant **les professionnels exerçant en Ehpad**, la couverture vaccinale contre la Covid-19 pour la saison 2025-2026 était très faible (4,2 %), proche du niveau national.

Pour en savoir plus :

Santé publique France. Vaccination des femmes enceintes, des seniors et des adultes à risque. Données 2025. Édition nationale [Bulletin] [Vaccination des femmes enceintes, des seniors et des adultes à risque en France en 2025](#) | Santé publique France

Mortalité liée à la Covid-19

Sur l'ensemble de la période de S15-2025 à S15-2026, le pourcentage hebdomadaire de décès certifiés électroniquement portant la mention Covid-19 comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès est resté relativement bas ($< 2,7\%$). Les pics ont été atteints en septembre-octobre 2025 (maximum de $2,7\%$ en S42-2025) et en fin d'année ($1,8\%$ en S52-2025). Parmi ces décès, 96% étaient âgés de 65 ans et plus.

Ces données sont à interpréter avec prudence, sans faire de comparaisons entre les saisons hivernales : la certification électronique évolue constamment en région Occitanie : 42% en janvier 2024, 45% en janvier 2025, 60% en janvier 2026.

Mortalité toutes causes

Selon les données de mortalité fournies par l'Insee, les nombres de décès toutes causes, observés au niveau régional en tous âges étaient en excès significatif par rapport à l'attendu de la semaine 2026-01 à la semaine 2026-06 (Figure 18). Chez les 65 ans et plus, les excès étaient observés sur les mêmes semaines (Figure 19).

Figure 18. Nombre hebdomadaire de décès toutes causes chez les personnes de tous âges, Occitanie

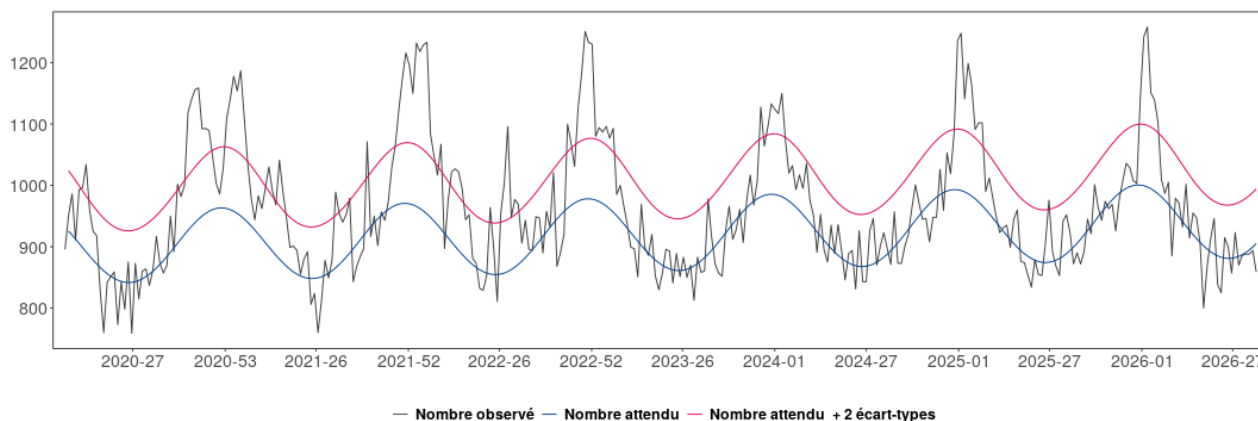
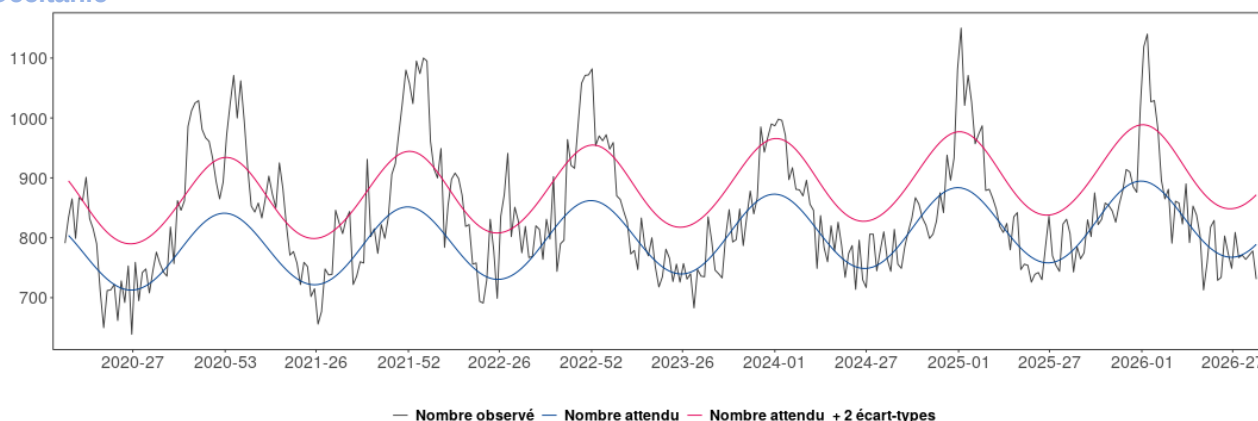


Figure 19. Nombre hebdomadaire de décès toutes causes chez les personnes de 65 ans et plus, Occitanie



Source : Santé publique France – SurSaUD® / Insee – Santé publique France

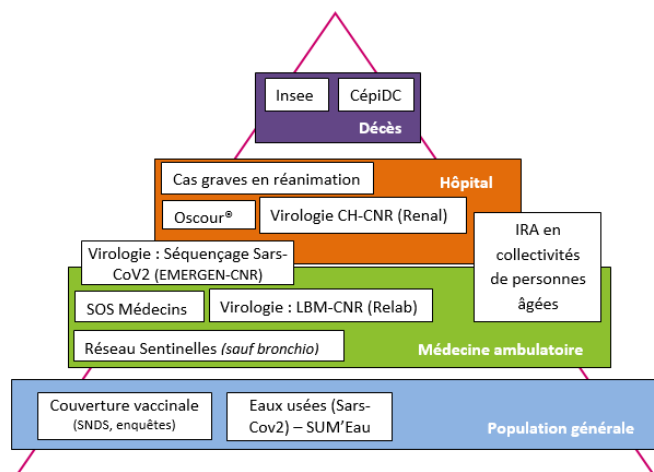
Ces données représentent un excès de mortalité toutes causes confondues, et ne sont donc, par définition, pas directement attribuable à une étiologie virale. Toutefois, ces excès de mortalité sont, comme chaque année, temporellement concordants avec les épidémies de grippe et de Covid-19 et une partie de cette mortalité est en lien avec la circulation virale des IRA.

Les données de mortalité par cause de décès issues de la certification électronique des décès présentées dans les parties grippe et Covid-19 suggèrent qu'une part de cette mortalité totale est attribuable à la grippe et au Covid-19, même si des modélisations complémentaires seraient nécessaires pour en estimer précisément la part, les données de certification électronique étant non exhaustives (60 % de la mortalité régionale totale en janvier 2026).

Méthodes et sources de données

La surveillance des IRA s'appuie sur différentes sources de données selon le niveau de gravité : dans la population générale, en médecine ambulatoire, en établissement pour personnes âgées, à l'hôpital ainsi que la surveillance des décès. Cette surveillance intègre à la fois des indicateurs syndromiques (suspensions cliniques) et virologiques (résultats de laboratoires et eaux usées) (Figure 20).

Figure 20. Sources de données intégrées dans la surveillance des infections respiratoires aiguës, Santé publique France



La **surveillance des décès** s'appuie sur la transmission à l'Insee des certificats de décès (toutes causes confondues) des communes d'Occitanie représentant 79% de la mortalité régionale. Les décès portant la mention grippe ou Covid-19 sont également surveillés à partir des données du CépiDC (certification électronique des décès) représentant 60% de la mortalité régionale en janvier 2026.

A l'hôpital, la surveillance s'appuie sur les services des urgences (68 services d'urgences dans le réseau Oscour®), les réanimations (24 services volontaires) et, pour la **surveillance virologique**, les laboratoires hospitaliers (3 CHU via le réseau RENAL*). Les trois sources de données concernent les trois pathologies. Pour la bronchiolite, la surveillance en réanimation s'appuie sur deux services de réanimation pédiatriques.

La surveillance en EMS (environ 800 établissements régionaux) concerne l'ensemble des IRA sauf la bronchiolite étant donné la population concernée (personnes âgées). Les épisodes sont à signaler via le portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère de la Santé et de la Prévention (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>). Ce signalement est ensuite transmis à l'ARS permettant ainsi de bénéficier d'une évaluation de la situation, d'un appui éventuel, tout en contribuant à la surveillance des IRA.

En médecine ambulatoire, la surveillance s'appuie sur les associations SOS Médecins (4 associations), les médecins du Réseau Sentinelles et de IQVIA (environ 110 ETP médecins d'Occitanie), et, pour la **surveillance virologique**, les laboratoires de biologie médicale participant au réseau RELAB** (environ 60 LBM). Les trois sources de données concernent les trois pathologies, sauf la bronchiolite qui n'est pas surveillée par le Réseau Sentinelles.

En complément de la surveillance virologique réalisée par les réseaux RENAL et RELAB, la **surveillance génomique** est également réalisée par le Centre national de référence (CNR) dans le cadre du projet EMERGEN et concerne exclusivement le séquençage du SARS-CoV-2.

La surveillance de la couverture vaccinale est réalisée à partir d'enquêtes et de données de l'assurance maladie. Elle concerne la grippe et la Covid-19. Les estimations de l'**efficacité vaccinale** en vie réelle du CNR sont issues des données du réseau de laboratoire de ville RELAB.

La surveillance microbiologique dans les eaux usées (SUM'Eau) permet de surveiller la circulation du SARS-CoV-2 à partir de 4 stations d'épurations en Occitanie (Toulouse, Montpellier, Carcassonne et Nîmes). [Dispositif SUM'Eau](#)

Les niveaux d'alertes régionaux (pas d'épidémie / pré ou post épidémie / épidémie) sont définis chaque semaine par les Cellules Régionales de Santé publique France à partir d'une matrice d'alarmes statistiques (3 méthodes statistiques appliquées à deux sources de données pour la bronchiolite : Oscour® et SOS Médecins ; et à trois sources de données pour la grippe : Réseau Sentinelles, Oscour® et SOS Médecins), ainsi que d'autres données de surveillance complémentaires (notamment virologiques).

* REseau National des Laboratoires des Centres Hospitaliers pour la surveillance à l'hôpital <https://teamhcl.chu-lyon.fr/renal>

** REseaux de LABoratoires privés <https://teamhcl.chu-lyon.fr/relab>

Santé publique France vous informe

Chaque semaine durant la période hivernale, vous pouvez retrouver sur le site de Santé publique France des informations concernant les infections respiratoires aiguës, dans la rubrique « Publications » :

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-respiratoires-aigues>

Santé publique France en région Occitanie publiera des bulletins avec les données régionales actualisées dès la phase pré-épidémique.



Les données sont mises à jour régulièrement sur Odissé :

[ODISSE - Santé Publique France](#)

Pour se protéger des infections respiratoires

Pour prévenir les IRA, l'adoption des **gestes barrière** est recommandée, en particulier le **port du masque** dès l'apparition de symptômes dans les lieux fréquentés et en présence de personnes fragiles, le **lavage des mains** et **l'aération** régulière des lieux clos. Ces mesures constituent un moyen efficace pour se prémunir des infections respiratoires et de leurs complications en limitant le risque de transmission de ces virus à l'entourage notamment les personnes à risque.

En complément, la Covid-19, la grippe et les infections à VRS sont des maladies à prévention vaccinale. La **vaccination** constitue le meilleur moyen de protection contre les formes graves de Covid-19 et de grippe. Des **anticorps monoclonaux** sont également disponibles en vue de la prévention des infections à VRS chez le nourrisson.

La vaccination et le respect des gestes barrières restent les meilleurs moyens de se protéger des virus respiratoires



Les conseils de prévention, ainsi que les outils élaborés par le Ministère des Solidarités et de la Santé et Santé publique France sont en ligne concernant :

- [La bronchiolite](#)
- [La grippe et la Covid-19](#)

Remerciements

Associations SOS Médecins de Montpellier, Nîmes, Perpignan et Toulouse

Réseau Sentinelles

Services d'urgences du réseau Oscour® et Observatoire Régional des Urgences d'Occitanie

Services de réanimation sentinelles

Etablissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes de la région Occitanie

L'agence régionale de santé Occitanie

Laboratoires de virologie des CHU de Montpellier, Nîmes et Toulouse, Réseau Renal, Réseau Relab, Centre national de référence (CNR) Virus des infections respiratoires

L'assurance maladie (SNDS)

Les exploitants des stations de traitement des eaux usées de Toulouse, Carcassonne, Montpellier et Nîmes, le laboratoire d'analyses des eaux usées IAGE

Rédacteur en chef

Damien Mouly, délégué régional de Santé publique France Occitanie

Comité de rédaction

Rédacteurs : Jean-Loup Chappert, Cécile Durand, Anne Guinard, Leslie Simac

Dépôt légal : 28/10/2026

Contact : occitanie@santepubliquefrance.fr / 05 34 30 26 35

Pour nous citer : Infections respiratoires aiguës. Bilan de la saison 2025-2026. Région Occitanie. Septembre 2026. Saint-Maurice : Santé publique France, 23 p., 2026.

Directeur de publication : Étienne Pot (Directeur général de Santé publique France)

Date de publication : 28 octobre 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr