Bulletin

Santé publique France

Point épidémiologique hebdomadaire Île-de-France

Date de publication : 18.11.2026

ÉDITION ILE-DE-FRANCE

Point hebdomadaire de veille et surveillance sanitaires

Semaine 46 (du 9 au 15 novembre 2026)

SOMMAIRE

Infections respiratoires aigües basses (IRA basses)	4
Bronchiolite	5
Grippe et syndrome grippal	6
SARS-COV-2/COVID-19	8
Données d'efficacité vaccinale 2025-2026	9
Chikungunya, dengue et zika – Surveillance renforcée	11
Infections à virus West-Nile	12

Points clés

Chikungunya, dengue et zika :

Depuis le 1er mai 2026, 134 cas importés de dengue, 36 cas importés de chikungunya et 2 cas importés de Zika ont été identifiés et investigués en Île-de-France.

Quatre épisodes de transmission autochtone totalisant 10 cas de chikungunya ont été identifiés dans la région en 2026 :

- Un foyer de six cas dans la commune de Nogent-sur-Marne dans le Val-de-Marne (94)
- Un cas isolé dans la commune de Saint-Maur-des-Fossés dans le Val-de-Marne (94)
- Un foyer de deux cas dans la commune de Coubron en Seine-Saint-Denis (93)
- Un cas isolé dans la commune de Villepinte en Seine-Saint-Denis (93), cas secondaire vraisemblablement en lien avec un cas (autochtone) d'un foyer du sud de la France.

Du 01/05/26 au 15/11/26 en Île-de-France

134 cas importés de **Dengue**

36 cas importés de **Chikungunya**

2 cas importés de **Zika**

10 cas AUTOCHTONES de **Chikungunya**

Infections à virus West Nile :

Au 15/11/206, 32 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.

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.

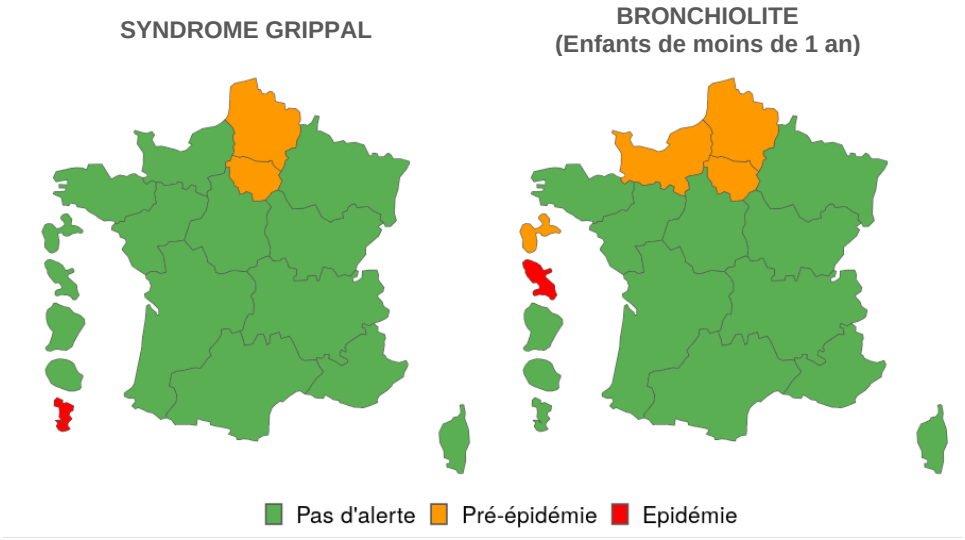
32 cas AUTOCHTONES de **West Nile**

Bronchiolite

L'Île-de-France reste en phase pré-épidémique de bronchiolite. Quelques données récentes concernant l'efficacité de la vaccination contre VRS, notamment, sont partagées dans le Tableau 2.

Situation épidémiologique des pathologies hivernales

Points clés	Passages aux urgences			Actes SOS Médecins			Surveillance virologique
• **Bronchiolite (< 1 an)**	386	- 122%	↗	51	+ 33%	↗	↗ **(VRS)**
• **Grippe, syndrome grippal**	696	+ 49%	↗	554	+ 18%	↗	↗
• **SARS-CoV-2 / COVID-19**	138	+ 9%	↗	127	+ 20%	↗	→



Surveillance virologique

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

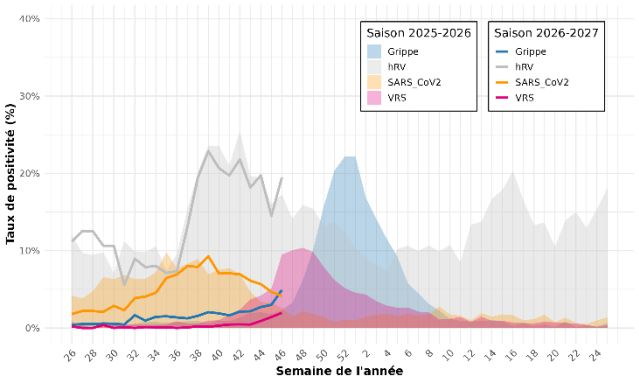
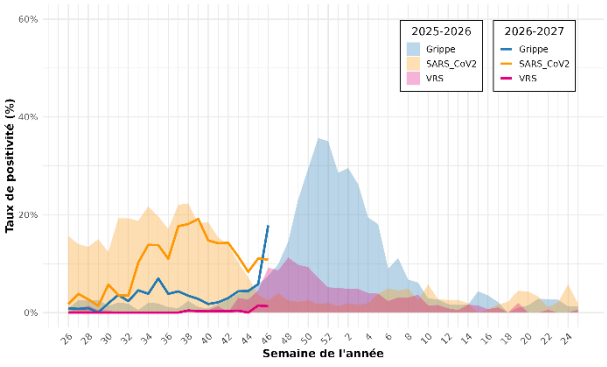


Figure 2 | Taux de positivité des virus hivernaux en Île-de-France (Grippe, SARS-Cov2, VRS) en milieu communautaire (réseau RELAB)



Actualités

PATHOLOGIES HIVERNALES :

- **Infections respiratoires aiguës (grippe, bronchiolite, covid-19). Bulletin national du 18 novembre 2026 : ici**
- **Campagne de vaccination contre la grippe 2026 : le meilleur moyen de se protéger des formes graves : ici**
- **Grippe, Covid-19, bronchiolite : se protéger contre les infections respiratoires de l'hiver : ici**
- **ARS IdF | Bronchiolite des nourrissons : la campagne de prévention 2026-2027 : ici**

DIVERS :

- **Mois sans tabac 2026 : des outils, du soutien, pour réussir le pari d'une vie sans tabac : ici**
- **Rougeole en France du 1er janvier au 31 octobre 2026 : 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**

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**

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 aigües basses (IRA basses)

En semaine 46 par rapport à la semaine 45, en Île-de-France :

En milieu hospitalier : le taux d'activité aux urgences pour infection respiratoire aiguë basse (IRAb) augmentait, représentant 2,9 % de l'activité totale versus 2,5% la semaine précédente. Le nombre de recours aux urgences pour IRAb était de 2 227 passages en S46, contre 1 873 en S45 (+19%). Ces augmentations touchaient plus particulièrement les enfants de moins de 15 ans avec une augmentation de +58% du nombre de passages et de 40% du nombre de passages suivis d'une hospitalisation.

En médecine de ville, l'activité chez SOS Médecins augmentait également (+22%) avec également une forte augmentation chez les enfants de moins de 15 ans (+93%).

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

Plus de détails par pathologie dans ce PEH :
➔ Grippe/syndrome grippal
➔ Bronchiolite
➔ Covid-19

Quelques données récentes concernant la vaccination contre VRS sont partagées dans le Tableau 4.

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

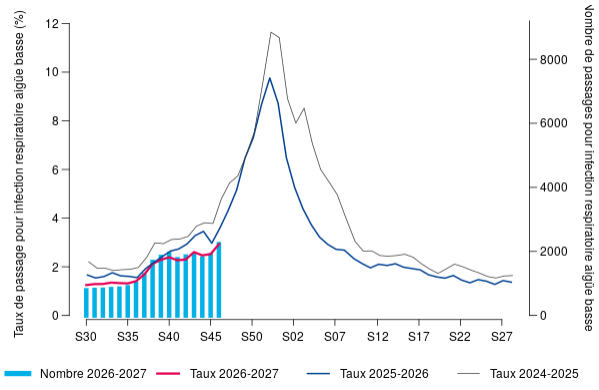


Figure 4 | Evolution hebdomadaire du nombre de passages aux urgences (axe droit) et part d'activité (axe gauche) pour IRA basse, tous âge, SOS médecins, Île-de-France, 2024-2026

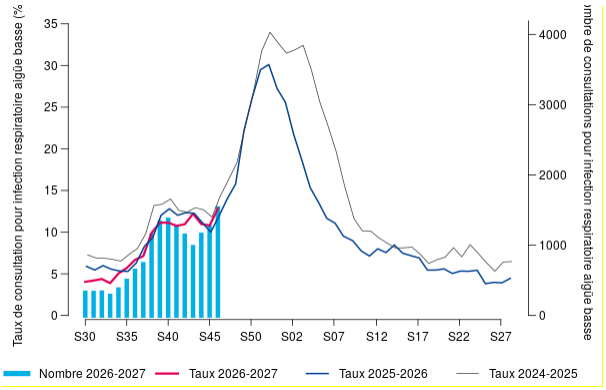
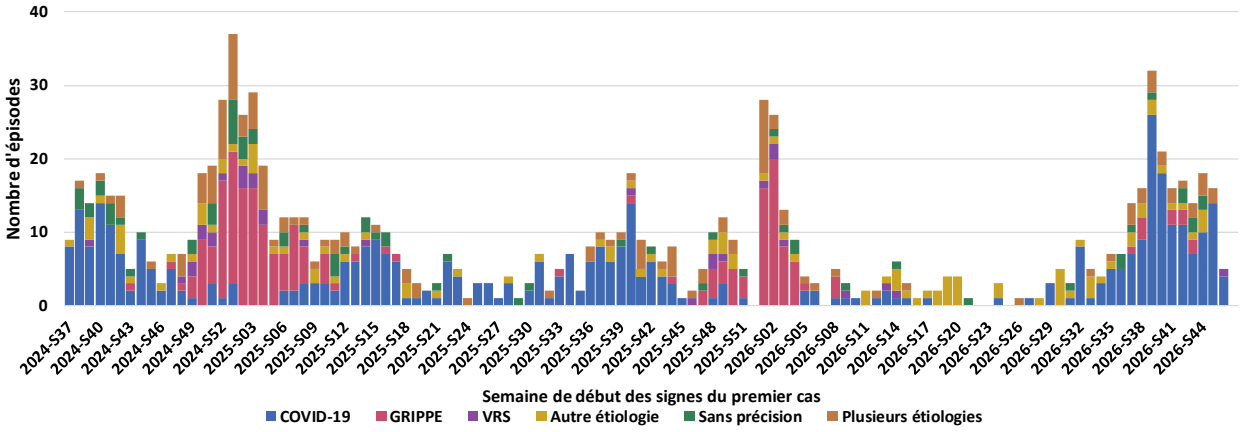


Figure 5 | Evolution hebdomadaire du nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA déclarés par les EMS en Île-de-France, selon l'étiologie, depuis S37-2024. Les données de la dernière semaine représentée sont incomplètes.



Bronchiolite

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

En semaine 46, chez les enfants de moins de 1 an :

En milieu hospitalier, l'activité aux urgences liée à la bronchiolite augmentait par rapport à S45. Le nombre d'hospitalisations à la suite d'un passage aux urgences pour bronchiolite était également en augmentation.

En médecine de ville, l'activité chez SOS Médecins augmentait également entre S45 et S46.

Virologie : les taux de détection des VRS restaient stables dans les laboratoires de ville, mais augmentaient en milieu hospitalier.

L'Île-de-France restait en phase pré-épidémique de bronchiolite pour la 4ème semaine. Quelques données récentes concernant la vaccination contre VRS sont partagées dans le Tableau 2.

Début de la surveillance : septembre 2025

	Moins de 2 ans		Moins de 1 an	
	S46	***Evolution vs S45***	**S46**	***Evolution vs S45***
Consultations en ville (SOS Médecins)				
Actes pour bronchiolite	**51**	*+ 121.7 %*	**30**	*+ 130.8 %*
Part des actes pour bronchiolite (% actes codés)	4.2 %	*+ 1.8 pt*	5.9 %	*+ 2.6 pt*
Passages aux urgences (OSCOUR®)				
Nombre de passages aux urgences pour bronchiolite	**386**	*+ 33.1 %*	**360**	*+ 32.4 %*
Part des passages (% actes codés)	6.3 %	*+ 1.1 pt*	10.4 %	*+ 1.8 pt*
Nombre de passage suivis d'une hospitalisation pour bronchiolite	**96**	*+ 21.5 %*	**92**	*+ 17.9 %*
Part des hospitalisations (%)	13.7 %	*+ 2.3 pt*	19.7 %	*+ 2.4 pt*
Part des hospitalisations bronchiolite/passages bronchiolite en %	**386**	*+ 33.1 %*	**360**	*+ 32.4 %*

Surveillance Virologique (tous âge)	**S46**	**S45**	**S44**	**Tendance**
Taux de positivité (VRS) en milieu communautaire (CNR : Relab)	**1.3 %**	1.5 %	0.0 %	→
Taux de positivité (VRS) en milieu hospitalier (CNR : Renal)	**2.0 %**	1.4 %	0.9 %	↗

Figure 6 | 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, 2023-2026

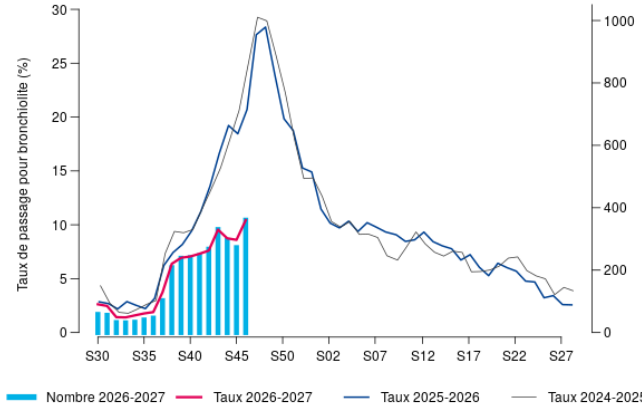
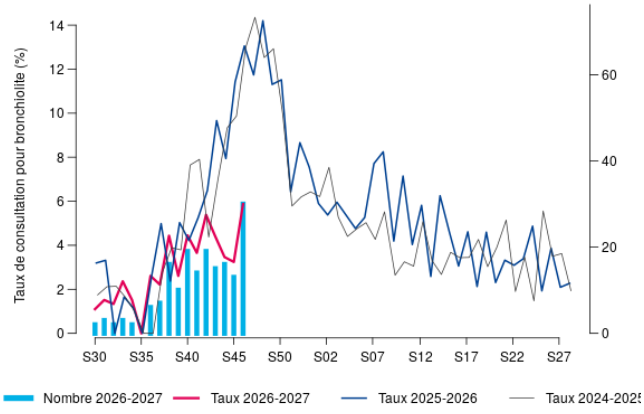


Figure 7 | Evolution hebdomadaire du nombre d'actes SOS Médecins (axe droit) et part d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 1 an, SOS Médecins (SurSaUD®), Île-de-France, 2023-2026



Grippe et syndrome grippal

En semaine 46 :

En milieu hospitalier : le nombre de recours aux soins, la part d'activité et le nombre de passages aux urgences suivis d'une hospitalisation liés aux syndromes grippaux, tous âges confondus, étaient en forte augmentation entre la S45 et la S46. Les moins de 15 ans étaient les plus concernés par ces augmentations.

En médecine de ville : une forte augmentation était également observée, tous âges confondus et chez les moins de 15 ans.
Nota : Une part de ces syndromes grippaux codés dans la surveillance syndromique (sans confirmation virologique) pourraient en réalité être dus au virus Sars-CoV-2.

La campagne de vaccination conjointe grippe saisonnière/Covid-19 a débuté le 13 Octobre. Quelques données récentes concernant l'efficacité vaccinale sont résumées dans le Tableau 2.

L'Île-de-France passe en pré-épidémie en S46.

Début de la surveillance : octobre 2026

	Tous âges		Moins de 15 ans		15 -64 ans		65 ans et plus	
	S46	***Evolution vs S45***	**S46**	***Evolution vs S45***	**S46**	***Evolution vs S45***	**S46**	***Evolution vs S45***
Consultations en ville (SOS Médecins)								
Actes pour syndrome (sd.) grippal	**554**	+ 18.4 %	**174**	+ 107.1 %	**338**	+ 6.0 %	**42**	+ 75.0 %
Part des sd. grippaux parmi les actes médicaux codés (en %)	4.7 %	+ 4.0 pt	4.1 %	+ 1.7 pt	5.5 %	+ 0.7 pt	3.0 %	+ 1.3 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)								
Nombre de passages aux urgences pour sd. grippal	**696**	+ 48.7 %	**255**	+ 99.2 %	**357**	+ 29.3 %	**84**	+ 31.3 %
Part des passages pour sd. grippal parmi les passages codés (en %)	0.9 %	+ 0.3 pt	1.3 %	+ 0.6 pt	0.8 %	0 pt	0.6 %	0 pt
Nombre de passages suivis d'une hospitalisation pour sd. grippal	**69**	+ 16.9 %	**15**	+ 87.5 %	**20**	+ 33.3 %	**34**	- 5.6 %
Part des hospitalisations sd. grippal/total hospitalisations codées (en %)	0.6 %	+ 0.1 pt	0.9 %	+ 0.4 pt	0.4 %	+ 0.1 pt	0.7 %	- 0.0 pt

Figure 8 | 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

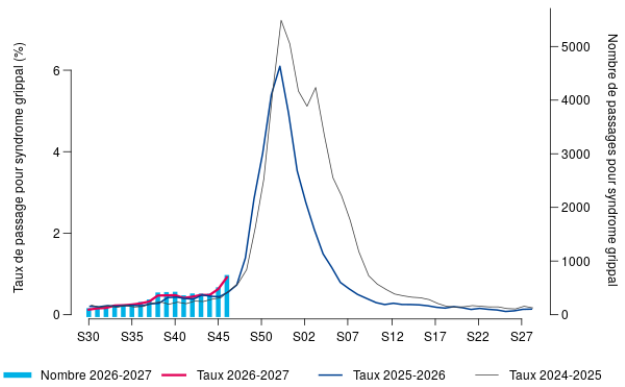


Figure 9 | Evolution hebdomadaire du nombre de passages aux urgences (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour syndrome grippal tous âges, SOS médecins (SurSaUD®), Île-de-France, 2026-2027

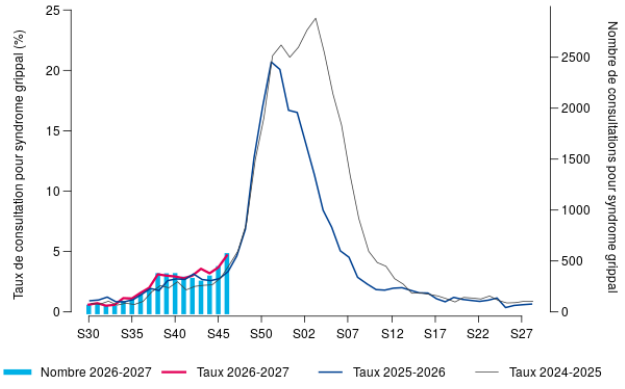


Figure 10 | Evolution hebdomadaire du taux d'activité aux urgences pour syndrome grippal par niveau d'intensité, tous âges, Oscour® (SurSaUD®), Île-de-France, 2025-2026

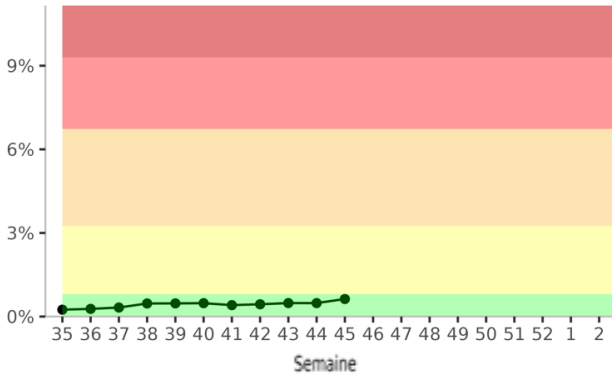
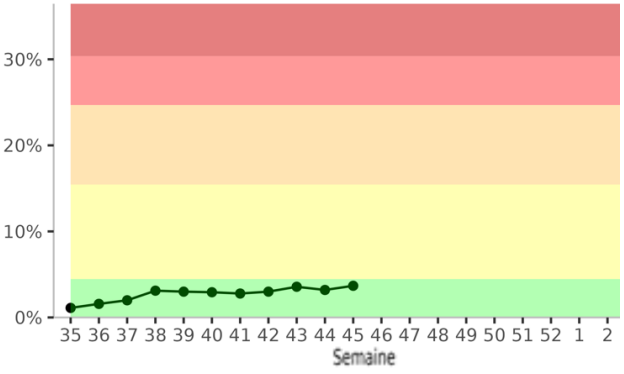


Figure 11 | Evolution hebdomadaire du taux d'activité syndrome grippal en ville, par niveau d'intensité, tous âges, SOS Médecins (SurSaUD®), Île-de-France, 2025-2026





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)

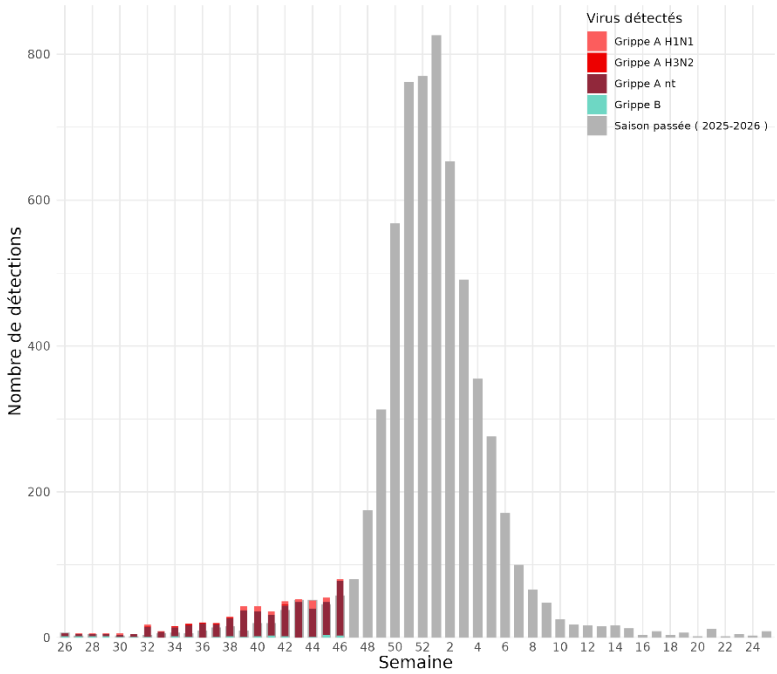


Tableau 1 | Taux de détection / nombre de détections de virus grippaux

	S46	S45	S44
RELAB (laboratoires hospitaliers)	4.9 %	3.0 %	2.7 %
RENAL (laboratoires de ville)	17.8 % / 28	5.8 % / 12	4.4 % / 10

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

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

Recommandations et information sur la vaccination antigrippale

Pour en savoir plus

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

SARS-COV-2/COVID-19

En semaine 46 en Île-de-France :

En milieu hospitalier : le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 augmentait légèrement par rapport à la semaine précédente avec 138 passages en S46 versus 127 en S45 (Fig. 8). Cette hausse concernait notamment les personnes âgées de 65 ans et plus.

En médecine de ville : l'activité chez SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était également en augmentation, avec 136 actes en S46 versus 113 en S45.

Nota : Une part de ces suspicions de Covid-19 codés dans la surveillance syndromique (sans confirmation virologique) pourraient en réalité être dus au virus influenza.

SARS-CoV-2 dans les eaux usées : les données relatives à la S45 n'étaient pas disponibles

La campagne de vaccination conjointe grippe saisonnière/Covid-19 a débuté le 13 Octobre. Quelques données récentes concernant l'efficacité vaccinale sont résumées dans le Tableau 2.

Figure 13 | Evolution hebdomadaire du nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 tous âges, Oscour® (SurSaUD®), Île-de-France, 2024-2026

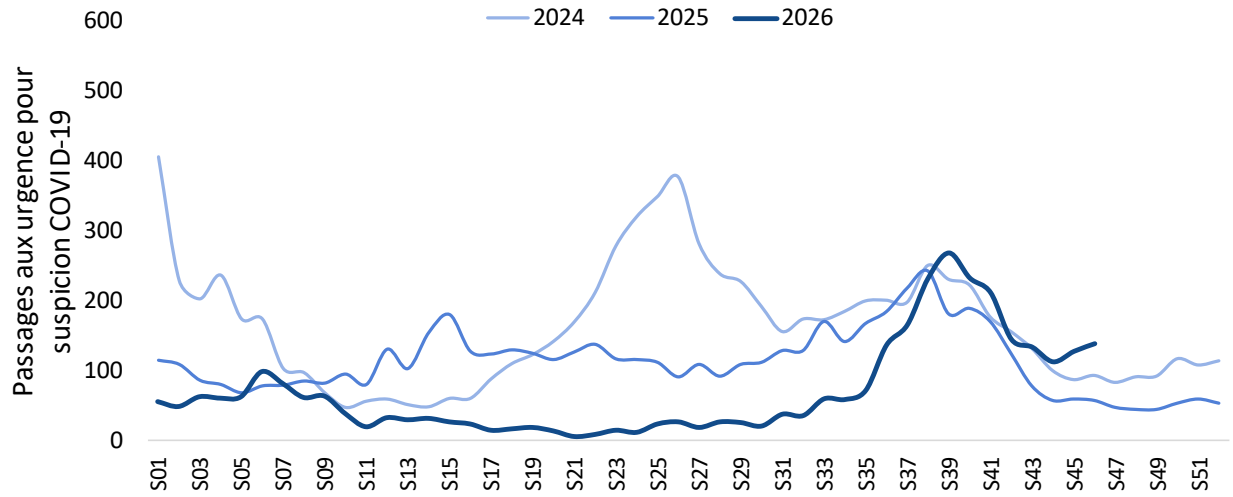
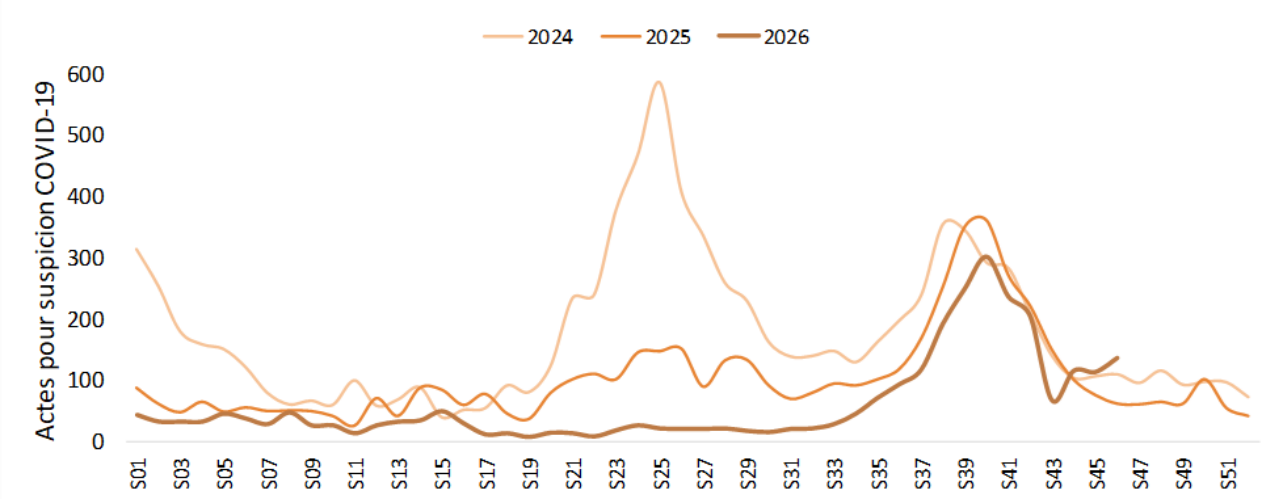


Figure 14 | Evolution hebdomadaire du nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 tous âges, SOS médecins (SurSaUD®), Île-de-France, 2024-2026



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 » : Tout d'abord, il pourrait s'agir d'une infection respiratoire liée à d'autres virus saisonniers. Par ailleurs, aucun des vaccins contre les virus respiratoires saisonniers ne protège à 100% contre l'infection. Mais ils permettent de 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) où la personne vaccinée se protège et protège son entourage, d'autant plus si elle côtoie des enfants en bas âge ou des personnes fragiles, un bénéfice collectif de la vaccination est attendu. En effet, si un grand nombre de personnes sont vaccinés ET associée aux mesures barrières et l'hygiène des mains et de la toux, l'impact d'un vaccin même avec une efficacité vaccinale 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.

Un article[1] 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 évènements 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 ci-dessous.

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 le vaccin contre Covid-19. La vaccination normodosée contre la grippe conférait toutefois une protection contre le décès atteignant 66% dans une étude citée. 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 2 | 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 normodosé)	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	—	—

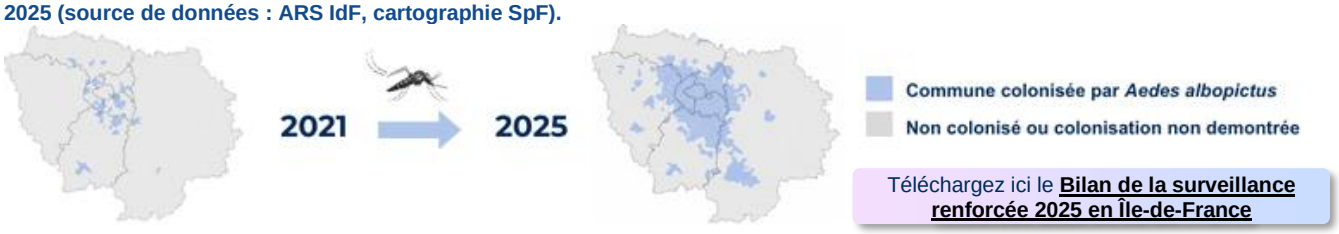
IC95 % : intervalle de confiance à 95 %. *▫ Etude de cohorte rétrospective 2011-2022 ; * Hospitalisation dans les 6-12 mois suivant l'immunisation ; ° Données 2024-2025 ; ‡ Pour la grippe, l'estimation de 53 % correspond à un critère combiné **hospitalisation ou consultation aux urgences**, et ne doit 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 ≥65 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/

Chikungunya, dengue et zika – Surveillance renforcée

La surveillance renforcée des arboviroses a lieu du 1er mai au 30 novembre en France métropolitaine (Hexagone + Corse), période d'activité du moustique tigre *Aedes albopictus (tableau 2), vecteur de la dengue, du chikungunya et du zika. Chaque année, le vecteur étend son aire de colonisation à des nouvelles communes de la région, augmentant la part de la population francilienne exposée (82% en 2025) et le risque d'émergence de cas autochtones à partir d'un cas importé. Pour mitiger ce risque, l'ensemble des cas signalés (signalement obligatoire + rattrapage laboratoire) sont investigués par l'ARS durant la période et des enquêtes entomologiques sont déclenchées si nécessaire.*

Figure 15 | Progression de l'aire documentée de colonisation par le moustique *Aedes albopictus* en Île-de-France, fin 2021 *vs* fin 2025 (source de données : ARS IdF, cartographie SpF).



Téléchargez ici le **Bilan de la surveillance renforcée 2025 en Île-de-France**

Données de la surveillance renforcée en Île-de-France, 1er mai au 15 novembre 2026 (cas documentés)

CAS IMPORTES	CHIKUNGUNYA : 36	DENGUE : 134	ZIKA : 2
Zones d'importation	• Océan Indien (19) • Amérique du sud (10) • Afrique sub-saharienne (3) • Asie du Sud et du Sud-Est (3) • Costa Rica (1)	• Antilles françaises (47) • Afrique : sub-saharienne (35), du Nord (2) • Asie : du Sud ou du Sud-Est (31), de l'Ouest (Emirats Arabes Unis : 1) • Amérique du Sud (8), Caraïbes (6) • Polynésie Française (3) • La Réunion (1)	Cameroun (1) Viet Nam (1)
Recours à l'hôpital (y compris SAU)	5 (12%)	28 (22%)	0
Personnes virémiques en IdF	23 (64%)	122 (91%)	2 (100%)

Tableau 3 | Cas importés de dengue, de chikungunya et de zika documentés, par département de résidence pendant la surveillance renforcée, Île-de-France, au 15/11/2026

Département	Chikungunya	Dengue	Zika
75-Paris	8	23	0
77-Seine-et-Marne	7	18	1
78-Yvelines	4	13	0
91-Essonne	1	20	0
92-Hauts-de-Seine	5	19	0
93-Seine-St-Denis	3	15	0
94-Val-de-Marne	5	16	1
95-Val-d'Oise	3	10	0
Île-de-France	**36**	**134**	**2**

Figure 16 | Cas importés de dengue, de chikungunya et de zika documentés, par semaine de signalement pendant la surveillance renforcée, Île-de-France, au 15/11/2026

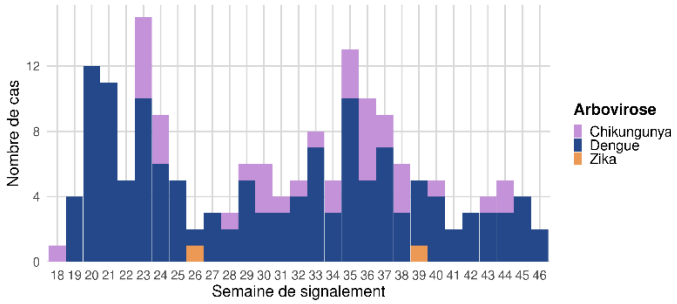
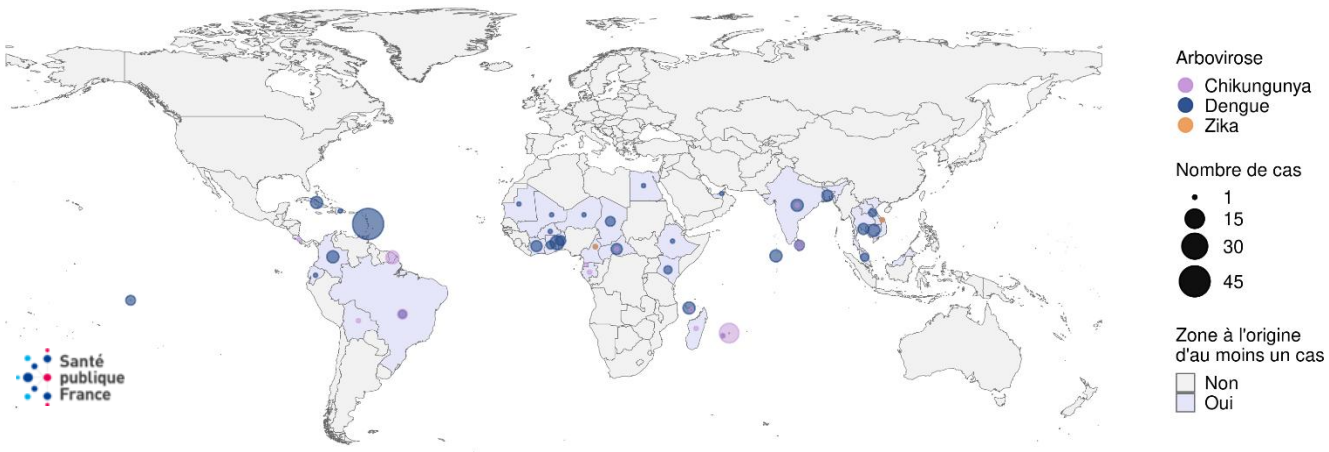
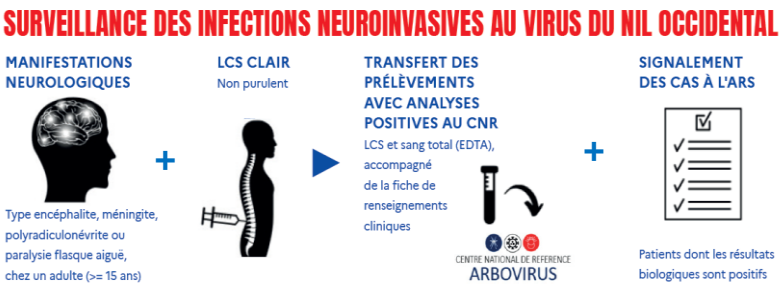


Figure 17 | Distribution des cas importés de dengue, de chikungunya et de zika, par pays/territoire d'importation pendant la surveillance renforcée, Île-de-France, au 15/11/2026



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.*

Données de la surveillance en Île-de-France, au 15 novembre 2026 (cas autochtones documentés) :

Trente-deux humains autochtones d'infection à virus West Nile (VWN), transmise par les moustiques du genre Culex, ont été détectés en Île-de-France en 2026 : 8 dans le Val-de-Marne, 5 dans l'Essonne, 5 en Seine-Saint-Denis, 5 dans le Val-d'Oise, 4 dans les Hauts-de-Seine, 3 dans les Yvelines et 2 en Seine-et-Marne.

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 32 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 27 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 excrétas 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 18 | Présence confirmée du virus West Nile dans les départements franciliens selon leur détection chez des cas humains, équins ou aviaires au 15/11/2026

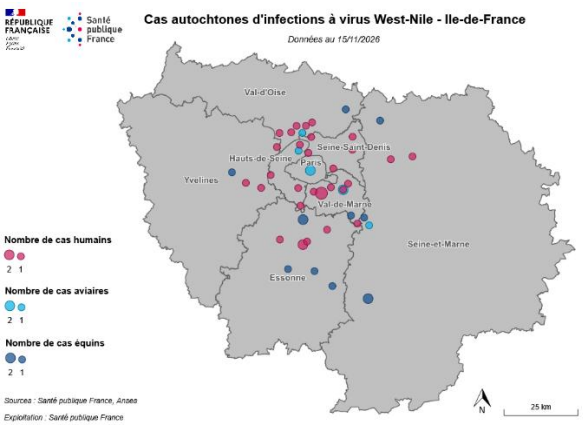
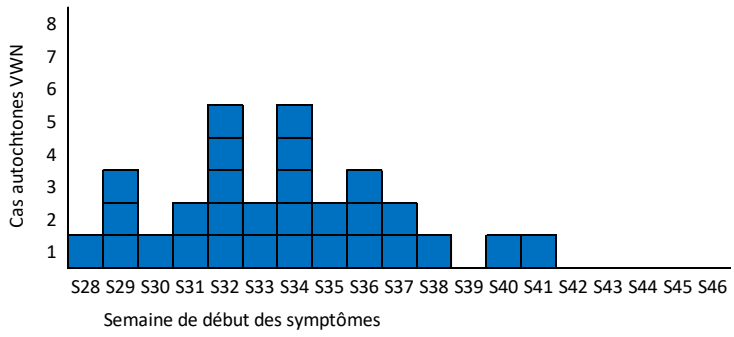


Figure 19 | Nombre de cas humains autochtones d'infection à virus West Nile par semaine de date de début des symptômes* au 15/11/2026, Île-de-France



** Trois cas asymptomatiques*

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 1er 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

	Services des urgences hospitalières (SAU) par département									Associations SOS Médecins*					
SEMAINE 46	**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	**84%**	**92%**	**97%**	**81%**	**92%**	**83%**	**90%**	**98%**	**89%**	**99%**	**91%**	**99%**	**99%**	**89%**	**97%**

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

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

Laetitia Ali Oicheih
Marco Conte
Laëlla Devos
Nelly Fournet
Gabriela Modenesi
Arnaud Tarantola (Responsable)
Luz Villa-Castillo

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.