



MESSAGE D'INFORMATION DE SANTÉ PUBLIQUE

Date :
08/10/2026
Référence :
N°2026_09

Émetteurs :

Direction générale de la santé

À l'attention de :

Médecins, biologistes médicaux, pharmaciens,
infirmiers, sage-femmes, masseurs-
kinésithérapeutes, Établissements de santé

ZONE GÉOGRAPHIQUE CONCERNÉE

☒ Nationale ☐ Territoriale

CIRCULATION EXCEPTIONNELLE DU VIRUS WEST NILE EN FRANCE HEXAGONALE

Vigilance renforcée, en particulier
sur les formes neuro-invasives

MESSAGES CLÉS

- Une circulation exceptionnelle du virus du Nil occidental (West Nile Virus - WNV) est observée en 2026 dans l'Hexagone et en Corse ; La saison à risque de transmission n'est pas terminée et la surveillance renforcée des arboviroses se poursuit jusqu'au 30 novembre.
- L'infection à WNV est **asymptomatique dans 80 % des cas** ; Des **formes neuro-invasives** peuvent survenir (moins de 1 % des cas) et touchent surtout les **sujets âgés et immunodéprimés**, dont les patients greffés.
- Il n'existe **pas de vaccin ni de traitement spécifique** : la prévention repose sur la protection contre les piqûres du moustique commun, actif principalement le soir et la nuit.
- Il n'y a pas de transmission interhumaine, ni directe ni par l'intermédiaire des moustiques (hormis par transfusion, greffe et, exceptionnellement, de la mère à l'enfant) : l'être humain est un cul-de-sac épidémiologique.

- **En ville** : le diagnostic WNV doit être évoqué devant un syndrome fébrile sans autre point d'appel infectieux, chez tout patient, avec ou sans notion de voyage, en particulier s'il rapporte des piqûres de moustique, et systématiquement devant **tout tableau neurologique fébrile** (méningite, encéphalite, paralysie flasque) ; Tout patient fébrile présentant des signes neurologiques doit être orienté sans délai vers l'hôpital, via le centre 15.
- **En établissement de santé** : une infection à WNV doit être recherchée chez tout patient fébrile, adulte ou enfant, avec une **atteinte neurologique à liquide cébrospinal (LCS) clair**, sans attendre l'élimination des autres étiologies en période d'activité vectorielle (mai-novembre).
- Le diagnostic biologique repose, selon la date de début des signes, sur une RT-PCR jusqu'au 7^{ème} jour et sur une sérologie à partir du 5^{ème} jour ; En cas de forme neurologique grave, RT-PCR et IgM sur LCS quel que soit le délai. Une RT-PCR sanguine négative n'élimine pas le diagnostic. **Tout résultat positif ou non conclusif doit être confirmé par le Centre national de référence (CNR) des arbovirus.**
- Le **signalement** de chaque cas **est obligatoire**, il permet aux **Agences régionales de santé**, en lien avec leurs partenaires, de mettre en œuvre sans délai les mesures de prévention dont la sécurisation des dons de sang, d'organes, de tissus et de cellules. Depuis le 22 avril 2026, la dématérialisation des maladies à signalement obligatoire est en vigueur pour les cas de dengue, chikungunya, virus du Nil Occidental et Zika via le [Portail de signalement des événements sanitaires indésirables](#)



Mesdames, Messieurs,

1. Contexte

La saison 2026 est marquée par une **circulation exceptionnelle du virus du Nil occidental (West Nile virus, WNV)** en Europe, notamment en Italie et en Grèce, et dans l'Hexagone. Au 6 octobre 2026, **161 cas humains autochtones** d'infection à virus West Nile ont été rapportés (contre 62 sur l'ensemble de la saison 2025), dont 60 formes neuro-invasives. Ces cas étaient localisés dans 24 départements de 7 régions, dont plusieurs touchés pour la première fois. Le virus circule activement également chez les chevaux, les oiseaux et les moustiques. Les moustiques vecteurs du genre *Culex* (moustique commun) restant actifs durant l'automne, **la saison à risque n'est pas terminée** : la surveillance renforcée des arboviroses se poursuit jusqu'au 30 novembre.

Ce message complète le [DGS-Urgent n°2026-05](#) et le MARS n°2026_07 relatifs à la surveillance renforcée des arboviroses appelant à une **vigilance renforcée des professionnels de santé et établissements de santé sur les infections à West Nile Virus**. Il présente les essentiels pour les médecins de ville et les cliniciens hospitaliers ([partie 2](#)), le diagnostic biologique ([partie 3](#)) et la prévention ([partie 4](#)) ; Les éléments détaillés figurent en [annexes](#).

2. Les essentiels à retenir

MÉDECINS DE VILLE

- **Le diagnostic WNV doit être évoqué** devant un syndrome fébrile sans autre point d'appel (notamment sans signe respiratoire) et en l'absence d'autres diagnostics, chez tout patient, avec ou sans notion de voyage, en particulier s'il rapporte des piqûres de moustique ; La recherche peut être couplée à celle de la dengue, du chikungunya et du Zika.
- **Chez l'enfant**, la recherche n'est pas utile devant une fièvre isolée, mais doit être envisagée devant un tableau neurologique fébrile.
- Tout patient fébrile présentant des signes neurologiques (céphalées intenses avec raideur de nuque, confusion, troubles du comportement ou de la vigilance, faiblesse musculaire ou paralysie, convulsions) **doit être orienté sans délai vers l'hôpital**, via le centre 15.
- **Le diagnostic biologique repose sur la prescription** d'une RT-PCR West Nile sur sang/urines jusqu'à 7 jours après le début des signes et une sérologie à partir du 5^{ème} jour,



en indiquant la date de début des signes et la zone probable d'exposition à risque (cf. [partie 3](#)).

- **Le traitement est symptomatique** : paracétamol ; Il convient d'éviter l'aspirine et les anti-inflammatoires tant qu'une dengue n'est pas écartée).
- **L'infection n'est pas contagieuse** : ni isolement, ni mesure pour l'entourage ne sont nécessaires.
- **Tout cas confirmé ou probable doit être signalé sans délai** à votre Agence régionale de santé (ARS).

Les professionnels de santé (Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sage-femmes et pharmaciens) doivent orienter vers un médecin tout patient présentant un tableau clinique évocateur sans signes neurologiques.

CLINICIENS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

- **Le WNV doit être recherché** chez tout patient, adulte ou enfant (y compris nouveau-né), présentant une fièvre et une encéphalite, une méningite, une polyradiculonévrite ou une paralysie flasque aiguë à Liquide cébrospinal (LCS) clair, sans attendre l'élimination des autres étiologies, **dans toutes les régions de France métropolitaine** jusqu'au 30 novembre ;
- **Des prélèvements simultanés doivent être réalisés** : LCS, sang total EDTA, sérum et urines : une RT-PCR sanguine négative n'élimine pas le diagnostic (cf. partie 3).
- **Ne pas retarder** la prise en charge des autres causes de méningo-encéphalite, en particulier le traitement probabiliste ; La confirmation d'un WNV permet ensuite d'interrompre les traitements devenus inutiles.
- **La prise en charge est symptomatique**, en réanimation si nécessaire ; Les précautions standard sont à appliquer, aucun isolement du patient n'est nécessaire.
- **Tout cas confirmé ou probable doit être signalé sans délai** à votre Agence régionale de santé (ARS) et toute infection à WNV chez un patient récemment transfusé ou greffé (annexe 4) doit être **déclarée à l'hémovigilance ou à la biovigilance**.



3. Diagnostic biologique

Les examens sont choisis en fonction de la **date de début des signes** (cinétique en annexe 3) :

- **Jusqu'à 7 jours** après le début des signes (14 jours chez l'immunodéprimé) : RT-PCR West Nile Virus sur sang total EDTA, sérum ou plasma, voire urines ;
- **À partir du 5^{ème} jour** : sérologie (IgM et IgG), avec en cas de négativité (IgM et/ou IgG), un second sérum 10 à 21 jours après le premier pour documenter une séroconversion ;
- **Formes neurologiques (à l'hôpital)** : la virémie étant souvent déjà décroissante à l'apparition des signes neurologiques, une RT-PCR sanguine négative n'élimine pas le diagnostic. Prélever simultanément le **LCS** (RT-PCR quel que soit le délai, et IgM, dont la présence est en faveur d'une atteinte neuro-invasive), le **sang total EDTA** (RT-PCR), le **sérum** (IgM, IgG) et les **urines** (RT-PCR, l'excrétion urinaire étant plus prolongée que la virémie).

Confirmation biologique : tout résultat positif y compris une RT-PCR positive ou tout résultat non conclusif (RT-PCR ne distinguant pas le WNV du virus Usutu, résultats discordants, réactions croisées en sérologie, séroconversion) doivent être confirmés par [le Centre national de référence \(CNR\) des arbovirus](#) (cf. [annexe 3](#))

Prise en charge par l'Assurance maladie : La RT-PCR West Nile et la sérologie West Nile (IgM et IgG) sont inscrites à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM). Le WNV relève d'actes distincts de ceux de la dengue, du chikungunya et du Zika : il doit être prescrit explicitement, avec les renseignements cliniques requis (date de début et nature des signes, zone et dates d'exposition), faute de quoi l'examen n'est pas remboursable.

Signalement obligatoire : toute infection confirmée biologiquement (RT-PCR / séroconversion) ET probable (IgM seuls) doit être signalée sans délai à votre ARS, de préférence via le [portail de signalement \(PSIG\)](#) ([Cerfa n°16158*02](#), qui précise les définitions de cas). Ce signalement déclenche notamment la sécurisation des produits issus du corps humains (sang, tissus, cellules et organes), et permet d'aider les autres médecins du secteur à évoquer le diagnostic ([annexe 4](#)).

4. Prévention

La prévention repose sur la protection contre les piqûres du moustique commun (*Culex*), actif principalement le soir et la nuit, qui pique surtout du crépuscule au petit matin, y compris à l'intérieur des habitations. Dans les zones de circulation du virus, les [recommandations du HCSP de juin 2026](#) s'appliquent (détail en annexe 5) :

- **Moustiquaires** aux fenêtres, aux portes et sur les lits, première mesure de protection ;
- **Vêtements** amples, couvrants et de couleur claire en soirée ;



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

- **Répulsifs cutanés** disposant d'une autorisation de mise sur le marché (DEET, IR3535 ou icaridine), sur conseil du pharmacien ; avant l'âge de la marche, privilégier la moustiquaire de berceau ;
- **Suppression chaque semaine des eaux stagnantes** autour du domicile.

Ces conseils concernent particulièrement les personnes à risque de forme grave.

Nous vous recommandons également de lutter contre les gîtes larvaires au sein et aux abords de vos cabinets et établissements. Votre ARS peut vous apporter un appui dans la mise en œuvre de ces recommandations.

Nous vous remercions de votre mobilisation.

Dr Grégory EMERY

Directeur Général de la Santé

Signé



ANNEXES

Annexe 1 – Contacts et sites utiles

- [CNR des arbovirus](#) – IHU Méditerranée Infection, Marseille : 04 13 73 21 81 ; cnr-arbovirus.u1207@inserm.fr (fiche de renseignements et modalités d'envoi des prélèvements sur le site du CNR) ;
- [Mission COREB – mémo « Infection à virus West Nile : repérer et prendre en charge un patient suspect »](#) ;
- [Santé publique France – dossier virus West Nile](#) (bulletins hebdomadaires et cartographie) et [dispositif de surveillance](#) ;
- [Cerfa n°16158*02 – infection à virus West Nile](#) et [portail de signalement \(PSIG\)](#) ;
- [ANSM – demande d'autorisation d'accès compassionnel \(e-Saturne\)](#) ;
- [Haut Conseil de la santé publique – Protection personnelle antivectorielle \(juin 2026\)](#) ;
- [Association française de pédiatrie ambulatoire \(AFPA\) – recommandations sur la protection personnelle antivectorielle de l'enfant](#) ;
- [Ministère chargé de la santé – fièvre du Nil occidental](#) ;
- Exemples de pages régionales : [ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur](#), [ARS Île-de-France](#).

Annexe 2 – Rappels cliniques et prise en charge

Le Virus du Nil Occidental (en anglais : West Nile Virus) est un arbovirus du genre Flavivirus (famille des *flaviviridae*). Il s'agit d'un virus des oiseaux qui peut infecter l'être humain et le cheval, qui sont des « hôtes accidentels ». L'infection est asymptomatique ou très peu symptomatique dans environ 80 % des cas. Chez environ 20 % des personnes infectées, après une incubation généralement de 2 à 6 jours (jusqu'à 14 jours, parfois davantage chez l'immunodéprimé), elle se manifeste par un syndrome fébrile d'allure pseudo-grippale, généralement sans signe respiratoire : fièvre d'apparition brutale, céphalées, myalgies, arthralgies, asthénie, parfois éruption cutanée ou troubles digestifs. Dans moins de 1 % des cas surviennent des **formes neuro-invasives** : méningite à liquide clair, encéphalite ou méningo-encéphalite (troubles de la vigilance, confusion, désorientation, convulsions, tremblements, syndrome extrapyramidal, déficit focal), paralysie flasque aiguë parfois asymétrique, syndrome de Guillain-Barré (dans la phase post-aiguë). Elles touchent principalement les **sujets âgés** et les patients **immunodéprimés, notamment greffés**, ou porteurs de comorbidités (cancer, diabète, hypertension artérielle, insuffisance rénale). Leur létalité est de l'ordre de 10 % (5 à 20 % selon les publications scientifiques), plus élevée chez l'immunodéprimé ; les séquelles neurologiques et cognitives sont fréquentes.



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Le virus circule naturellement entre les oiseaux et les moustiques du genre *Culex* ; L'être humain et le cheval sont des hôtes accidentels. Il n'existe pas de transmission interhumaine, ni directe ni par l'intermédiaire des moustiques (l'être humain est un cul-de-sac épidémiologique), hormis une contamination possible par transfusion sanguine ou greffe. Quelques formes de transmission intra-utérine ont été décrites, ainsi que des méningo-encéphalites néonatales acquises.

Il n'existe ni traitement antiviral spécifique ni immunoglobulines spécifiques homologuées. La prise en charge est symptomatique et, selon la gravité, relève d'une surveillance neurologique rapprochée ou de la réanimation (troubles de la conscience, état de mal épileptique, atteinte respiratoire liée à une paralysie). **Pour un patient présentant une forme neuro-invasive grave, en l'absence de traitement spécifique validé, le recours à un médicament non autorisé (IgG hyperimmuns, plasma convalescent) peut, à titre exceptionnel et après avis d'un infectiologue référent, faire l'objet d'une demande d'autorisation d'accès compassionnel (AAC) nominative auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).** La demande est saisie par le médecin prescripteur hospitalier et validée par le pharmacien de la pharmacie à usage intérieur via l'application [e-Saturne](#) ; L'ANSM se prononce sur la base d'une présomption de rapport bénéfice/risque favorable.

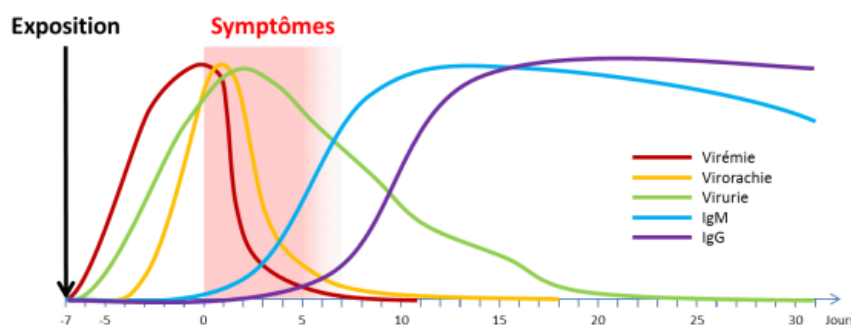
Annexe 3 – Surveillance des formes neuro-invasives et cinétique des marqueurs



Source : Santé publique France, [surveillance des infections neuro-invasives à virus West Nile](#).



Présentation schématique des cinétiques de présences des ARN viraux (sang, LCS, urine) et des anticorps (IgM, IgG) après l'exposition selon Barzon et al. 2013 (27) et Lustig et al., 2018 (28)



Source : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/rapport_virus_nil_occidental.pdf

Source : Haute Autorité de santé, rapport « Virus du Nil occidental », 2019, d'après Barzon et al. (2013) et Lustig et al. (2018).

La virémie est brève, souvent de faible amplitude, et précède souvent l'apparition des signes neurologiques au contraire de la virurie qui est décalée dans le temps. Les IgM apparaissent vers le 5^{ème} jour et peuvent persister plusieurs mois ; Les IgG apparaissent quelques jours plus tard, jusqu'au 15^{ème} jour. Chez l'immunodéprimé, l'apparition des anticorps peut être considérablement retardée. D'où l'intérêt d'associer, dès la suspicion, RT-PCR (sang, LCS, urines) et sérologie (sérum, LCS).

Confirmation biologique : Certaines RT-PCR réalisées en laboratoire de biologie médicale ne distinguent pas le WNV du virus Usutu, qui circule également en France : tout résultat positif, y compris une RT-PCR, doit donc être confirmé par le CNR.

Les résultats non conclusifs nécessitent des analyses complémentaires par le CNR. Un tableau compatible associant des IgM positives et une RT-PCR West Nile négative sur un prélèvement précoce doit faire rechercher d'autres flavivirus (virus Usutu, de l'encéphalite à tiques ou de la dengue).

Du fait des réactions croisées en sérologie entre flavivirus, et avec les vaccinations contre la fièvre jaune, l'encéphalite à tiques ou l'encéphalite japonaise, les résultats sérologiques positifs sont confirmés par séroneutralisation au CNR. En l'absence de RT-PCR positive, l'observation d'une séroconversion sur un second prélèvement tardif est déterminante pour la confirmation



Annexe 4 – Signalement, hémovigilance et biovigilance

La détection précoce des cas humains constitue un levier majeur de santé publique notamment en matière de biovigilance et d'hémovigilance : identifier rapidement une infection chez un donneur permet de sécuriser immédiatement l'ensemble de la chaîne des produits issus du corps humain (sang, plasma, organes, tissus, cellules) par l'Établissement français du sang et l'Agence de la biomédecine, et d'éviter des transmissions à des receveurs souvent déjà vulnérables.

Le signalement précoce conditionne par ailleurs l'ensemble des actions des ARS : enquête épidémiologique, mobilisation des acteurs selon une approche « Une seule santé », renforcement de la sensibilisation, de la prévention et de la surveillance, et éventuelles mesures ciblées de lutte antivectorielle fondées sur l'évaluation locale du risque. Il permet aussi d'informer les professionnels de santé du secteur et de les aider à évoquer le diagnostic.

Le virus pouvant être transmis par transfusion ou greffe, toute infection à WNV chez un patient récemment transfusé ou greffé doit également être déclarée au correspondant d'**hémovigilance** ou de **biovigilance** de l'établissement. De même, la détection du virus chez une personne ayant récemment donné son sang doit être signalée à l'Établissement français du sang.

Annexe 5 – Prévention : conseils détaillés aux patients (HCSP, juin 2026)

La prévention repose sur la protection contre les piqûres du moustique commun (*Culex*), actif la nuit surtout du crépuscule au petit matin, contrairement au moustique tigre qui pique le jour. Dans les zones de circulation du virus, les [recommandations du HCSP de juin 2026](#) s'appliquent :

- Installer des moustiquaires aux fenêtres et aux portes ainsi que sur les lits, première mesure contre ce moustique qui pique à l'intérieur des habitations ; Pour un berceau, veiller à ce que la moustiquaire soit bien tendue et hors de portée de l'enfant ; La climatisation et les ventilateurs peuvent compléter ces mesures ;
- Porter des vêtements amples, couvrants et de couleur claire, **en particulier en soirée** ;
- À l'extérieur, appliquer sur les parties découvertes un répulsif cutané disposant d'une autorisation de mise sur le marché (DEET, IR3535 ou icaridine), sur conseil du pharmacien et en respectant la notice (nombre d'applications selon l'âge) ; chez la femme enceinte, ne pas dépasser 30 % de DEET, 20 % d'IR3535 ou 20 % d'icaridine ;
- Les jeunes enfants sont plus vulnérables aux biocides (mise à la bouche, contact avec le sol) : avant l'âge de la marche, privilégier la protection mécanique (moustiquaire de berceau ou de poussette) ;
- Les diffuseurs électriques d'insecticide ne sont qu'un complément, réservé aux produits disposant d'une autorisation de mise sur le marché et aux périodes de transmission avérée ; Ne



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

pas y exposer les femmes enceintes, les enfants de moins de 3 ans ni les personnes asthmatiques ; Les serpentins fumigènes sont déconseillés (absence d'autorisation de mise sur le marché, produits de combustion toxiques pour les voies respiratoires) ;

- Les huiles essentielles (trop volatiles, d'où une protection de courte durée, et parfois irritantes ou allergisantes), les bracelets répulsifs, les dispositifs à ultrasons et les bougies parfumées ne sont pas recommandés ;
- Lutter contre les gîtes larvaires : vider chaque semaine les récipients oubliés autour de la maison ou sur le balcon (soucoupes, seaux, arrosoirs) ; Couvrir ou rendre étanches les réserves d'eau, y compris les plus volumineuses et riches en matière organique où se développe le moustique commun (récupérateurs d'eau de pluie, citernes, bassins, mares, caniveaux, piscines inutilisées) ; Ce moustique pouvant venir de plusieurs centaines de mètres, signaler à la mairie tout gîte important (cave inondée par exemple).

Ces conseils concernent particulièrement les personnes à risque de forme grave. Contrairement à la dengue, au chikungunya ou au Zika, **une personne infectée ne peut pas transmettre le virus par l'intermédiaire des moustiques** : aucune mesure particulière vis-à-vis de l'entourage n'est nécessaire.