



# Bulletin

## Surveillance épidémiologique

**Semaine 01-2026. Date de publication : 7 janvier 2026**

**ÉDITION PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR**

### Points clés de la semaine

#### Infections respiratoires aiguës (page 2)

**Grippe et syndromes grippaux : 5<sup>e</sup> semaine en phase épidémique** - Après un pic enregistré en semaine 52, conformément aux prévisions de l’Institut Pasteur et de Santé publique France, l’activité liée à la grippe tous âges est en baisse aux urgences et chez SOS Médecins, de façon plus marquée aux urgences.

La vigilance reste toutefois de mise car le taux d’hospitalisation tous âges est en augmentation et, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, l’activité liée à la grippe est toujours en hausse chez SOS Médecins (elle se stabilise aux urgences).

Le contexte reste par ailleurs marqué par des températures très basses, qui favorisent le repli dans des endroits clos et peu aérés et donc augmentent le risque de contamination. La grève des médecins libéraux cette semaine pourrait également entraîner un report des recours vers les soins d’urgence, en particulier chez les plus fragiles.

**Bronchiolite (moins de 1 an) : 6<sup>e</sup> semaine en phase épidémique** - L’activité est en baisse aux urgences et stable chez SOS Médecins.



#### Niveau d’alerte régional\*

Grippe et syndromes grippaux<sup>1, 2, 3</sup>



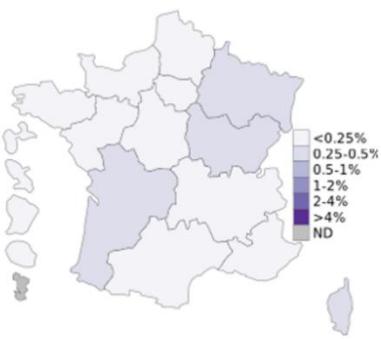
■ Pas d’alerte ■ Pré-épidémie ■ Epidémie ■ Post-épidémie

Bronchiolite<sup>1, 2</sup>



#### Taux de passages aux urgences\*\*

Covid-19<sup>2</sup>



<0.25%
0.25-0.5%
0.5-1%
1-2%
2-4%
>4%
ND

Mises à jour le 06/01/2026. \* Antilles : niveau d’alerte pour la semaine précédente. \*\* Données non disponibles pour Mayotte.  
Sources : <sup>1</sup> SOS Médecins, <sup>2</sup> OSCOUR®, <sup>3</sup> réseau Sentinelles + IQVIA.

#### Mortalité (page 13)

Pas de surmortalité observée.

## Infections respiratoires aiguës

### Synthèse de la semaine 01-2026

**Grippe et syndromes grippaux** : phase épidémique (5<sup>e</sup> semaine). Activité tous âges en baisse aux urgences et chez SOS Médecins, de façon plus marquée aux urgences ;

**Bronchiolite** (moins de 1 an) : phase épidémique (6<sup>e</sup> semaine). Activité en baisse aux urgences et stable chez SOS Médecins ;

**Covid-19** : niveau d'activité faible chez SOS Médecins comme aux urgences.

En France hexagonale, pour la grippe et la bronchiolite, l'ensemble des régions est en phase épidémique, à l'exception de l'Île de France qui passe en période post-épidémique pour la bronchiolite.

### Indicateurs clés

Part d'activité pour la pathologie (%)	Actes SOS Médecins		Passages aux urgences		Proportion d'hospitalisation après un passage				
	S52	S01	Variation (S/S-1)	S52	S01	Variation (S/S-1)	S52	S01	Variation (S/S-1)
bronchiolite (moins de 1 an)	12,7	12,0	➔	18,1	16,8	⬇	38,0	35,2	⬇
grippe/syndrome grippal	20,5	18,2	⬇*	7,6	4,9	⬇*	22,6	29,0	↗*
Covid-19 et suspicions	0,4	0,5	➔	0,3	0,2	➔	44,0	39,7	⬇
pneumopathie aiguë	1,8	2,1	↗	2,9	3,1	↗	62,6	61,3	➔
bronchite aiguë	9,4	9,3	➔	1,2	1,2	➔	13,0	18,3	↗
<b>Total IRA basses**</b>	<b>32,1</b>	<b>30,1</b>	<b>⬇ *</b>	<b>12,9</b>	<b>10,1</b>	<b>⬇ *</b>	<b>31,8</b>	<b>37,5</b>	<b>↗*</b>

\* différence significative (test du Khi2 ou Fisher selon les effectifs).

\*\* les données sont en pourcentages, les valeurs de *Total IRA basses* ne sont donc pas la somme des valeurs par pathologie.

Sources : SurSaUD® – SOS Médecins, OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.



#### Niveau d'alerte régional\*

Grippe et syndromes grippaux<sup>1, 2, 3</sup>

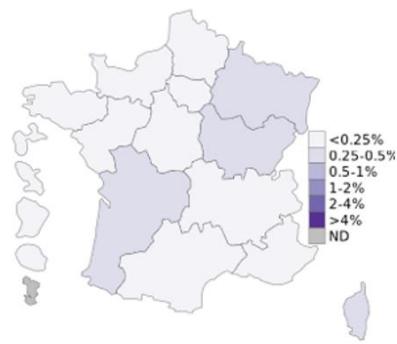


Bronchiolite<sup>1, 2</sup>



#### Taux de passages aux urgences\*\*

Covid-19<sup>2</sup>



■ Pas d'alerte ■ Pré-épidémie ■ Epidémie ■ Post-épidémie

Mises à jour le 06/01/2026. \* Antilles : niveau d'alerte pour la semaine précédente. \*\* Données non disponibles pour Mayotte.

Sources : <sup>1</sup> SOS Médecins, <sup>2</sup> OSCOUR®, <sup>3</sup> réseau Sentinelles + IQVIA.

## Grippe et syndromes grippaux

### Phase épidémique (5<sup>ème</sup> semaine)

En S01, l'activité pour grippe/syndrome grippal est en forte baisse aux urgences (tableau 1, figure 1). Cette baisse ne concerne cependant pas les 65 ans et plus pour lesquels on observe une relative stabilité (5,7 % vs 5,8 % en S52). Par ailleurs, le taux d'hospitalisation tous âges est en augmentation (29,0 % vs 22,6 % en S52). Dans les associations SOS Médecins, l'activité pour grippe/syndrome grippal poursuit sa baisse en S01, sauf chez les 65 ans et plus pour lesquels l'activité augmente (15,1 % vs 12,9 % en S52).

Le taux d'incidence pour syndrome grippal relevé par le réseau Sentinelles + IQVIA en S01, non encore consolidé, était de 275 pour 100 000 habitants [IC95% : 229 ; 322] vs 388 pour 100 000 habitants [334 ; 442] en S52.

Le taux de positivité des tests RT-PCR pour grippe tous âges est en baisse dans les laboratoires de ville (**28,1 % vs 38,9 %** en S52 - Relab) et à l'hôpital (**20,8 % vs 23,6%** en S52 - Rénal).

Depuis la S40, 2 732 virus de type A (2729 A non sous-typés et 3 AH1N1) et 21 de type B ont été diagnostiqués dans le réseau Renal en Paca, soit **99 % de virus de type A**.

**Situation au niveau national :** [cliquez ici](#)

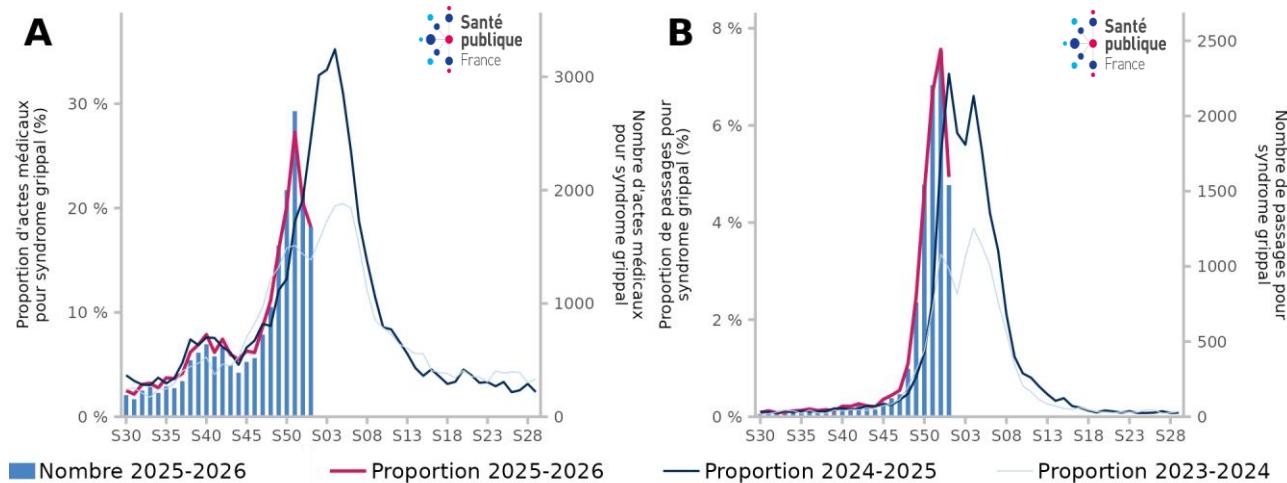
**Tableau 1 – Indicateurs de surveillance syndromique de la grippe/syndrome grippal en Paca (point au 07/01/2026)**

ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S51	S52	S01	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour grippe/syndrome grippal	2710	1989	1689	-15,1 %*
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour grippe/syndrome grippal (%)	27,3	20,5	18,2	-2,3 pts*
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR		S51	S52	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal	2214	2443	1550	-36,6 %*
Proportion de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal (%)	6,7	7,6	4,9	-2,7 pts*
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal	477	553	450	-18,6 %*
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal (%)	21,5	22,6	29,0	+6,4 pts*

\* différence significative (test du Khi2 ou Fisher selon les effectifs).

Sources : SurSaUD® – SOS Médecins, OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.

**Figure 1 – Nombre et proportion d'actes médicaux SOS Médecins (A) et de passages aux urgences (B) pour grippe/syndrome grippal en Paca par rapport aux deux années précédentes (point au 07/01/2026)**



Sources : SurSaUD® – SOS Médecins, OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.

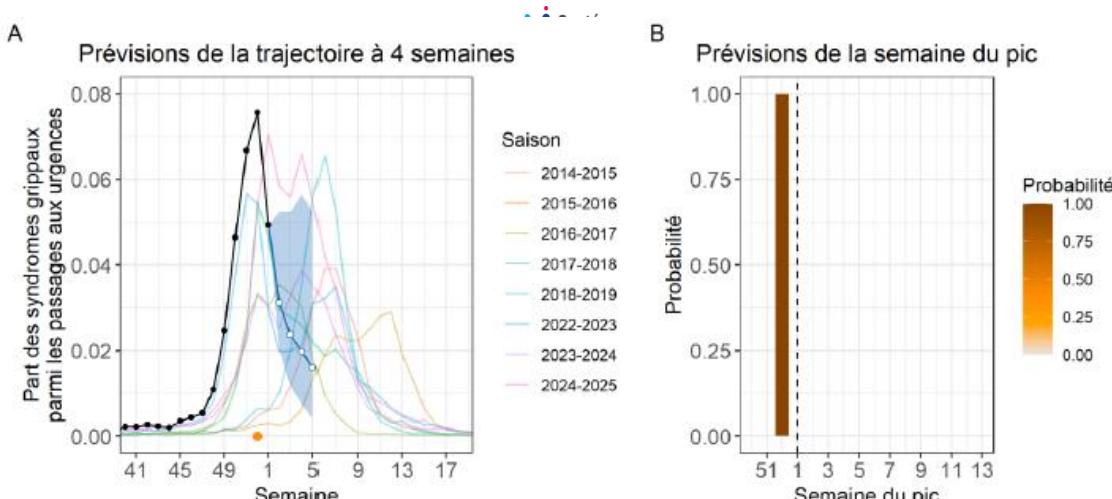
## Prévisions de la dynamique de l'épidémie de grippe

Depuis l'entrée en phase épidémique de la France hexagonale, l'Institut Pasteur et Santé publique France mettent à disposition des prévisions hebdomadaires sur la dynamique de l'épidémie de grippe aux niveaux national et régional. Ces prévisions permettent de prévoir l'évolution de l'épidémie à quatre semaines et la période de survenue du pic épidémique.

On observe une décroissance des passages aux urgences pour syndrome grippal en semaine 1 par rapport à la semaine 52, comme cela avait été anticipé par le modèle. D'après le modèle, cette décroissance va continuer en semaines 2 à 5 (figure 2-A). Si le pic épidémique a été atteint en région Paca en semaine 52, cela ne présage pas de la suite de la dynamique épidémique, car le pic est survenu pendant une période de congés et de fêtes propice aux contacts rapprochés dans des endroits clos, donc à fort risque de contamination, notamment pour les plus fragiles. Par ailleurs, les différents virus peuvent également circuler différemment. Les saisons précédentes nous ont montré que la survenue d'un second pic n'était pas un phénomène rare.

Par ailleurs, compte tenu de la grève des médecins généralistes, il est possible que certains patients se dirigent vers les urgences hospitalières dans les prochains jours alors qu'ils ne l'auraient peut-être pas fait en situation normale.

**Figure 2 – Prévisions de la trajectoire de l'épidémie de grippe dans les 4 prochaines semaines (A) et distribution de probabilité pour les prévisions de la semaine du pic épidémique (B), région Paca (point au 06/01/26).**



## Bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an

### Phase épidémique (6<sup>ème</sup> semaine)

En S01, l'activité pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an est en baisse aux urgences et stable dans les associations SOS Médecins. Dans les 2 réseaux, l'activité est inférieure à celle observée l'an dernier à la même période (tableau 2, figure 3).

Le taux de positivité des tests RT-PCR pour VRS (tous âges) est en hausse dans les laboratoires de ville (10,3 % vs 6,9 % en S52, réseau Relab) et stable dans les laboratoires hospitaliers (7,6 % vs 7,9 % en S52, réseau Renal).

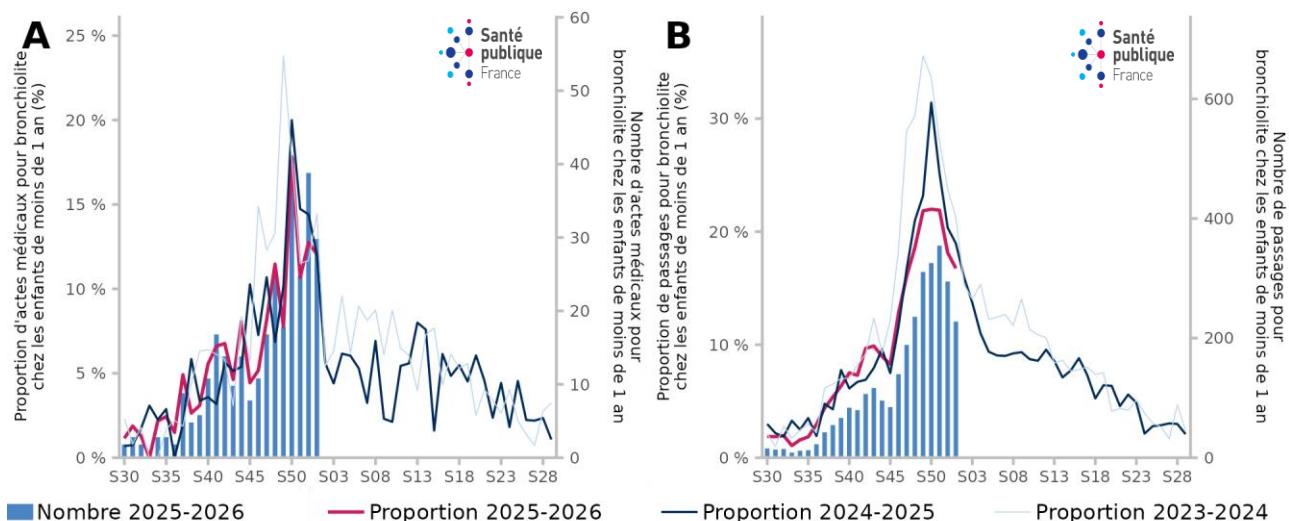
**Situation au niveau national :** [cliquez ici](#)

**Tableau 2 – Indicateurs de surveillance syndromique de la bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an en Paca (point au 07/01/2026)**

ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S51	S52	S01	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour bronchiolite	25	39	30	-23,1 %
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour bronchiolite (%)	10,7	12,7	12,0	-0,7 pt
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR	S51	S52	S01	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour bronchiolite	357	297	230	-22,6 %
Proportion de passages aux urgences pour bronchiolite (%)	21,9	18,1	16,8	-1,3 pt
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour bronchiolite	133	113	81	-28,3 %
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour bronchiolite (%)	37,3	38,0	35,2	-2,8 pts

Les pourcentages d'évolution sont à interpréter avec précaution au vu des faibles effectifs.  
 Sources : SurSaUD® – SOS Médecins, OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.

**Figure 3 – Nombre et proportion d'actes médicaux SOS Médecins (A) et de passages aux urgences (B) pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an en Paca par rapport aux deux années précédentes (point au 07/01/2026)**



Sources : SurSaUD® – SOS Médecins, OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.

## Covid-19

En S01, l'activité pour Covid-19 tous âges est stable aux urgences et chez SOS Médecins à un niveau faible, comparable aux deux années précédentes La proportion d'hospitalisation après passage aux urgences est encore en baisse cette semaine (tableau 3, figure 4).

Le taux de positivité des tests RT-PCR pour VRS (tous âges) est stable dans les laboratoires de ville (3,3 % vs 3,9 % en S52, réseau Relab) comme dans les laboratoires hospitaliers (2,2 % vs 2,3 % en S52, réseau Renal).

En S01, la circulation du SARS-CoV-2 observée dans les eaux usées à l'échelle régionale est stable, avec des données exploitable pour l'ensemble des stations suivies (figure 5).

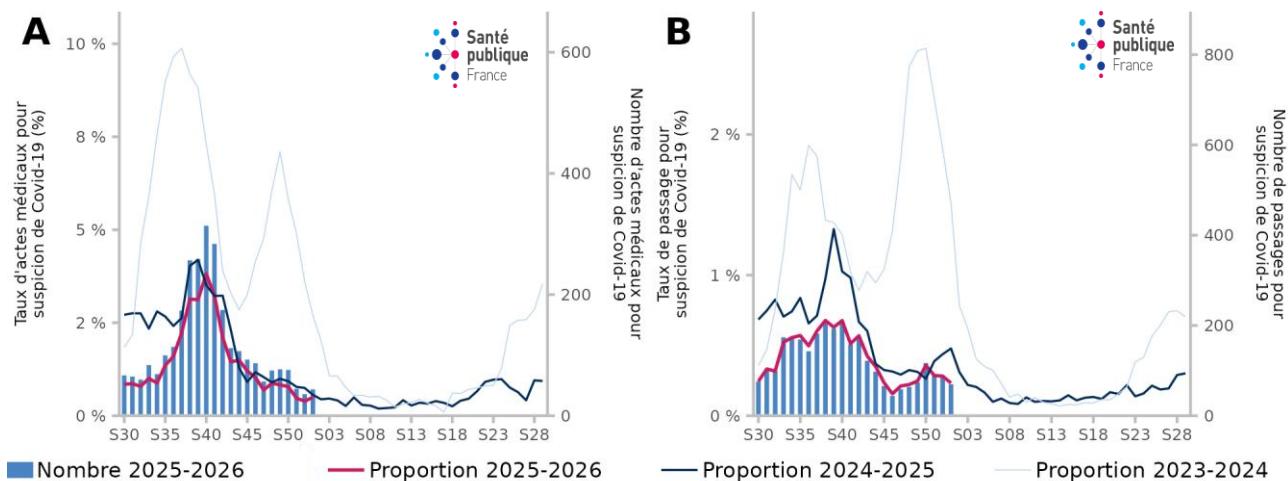
**Situation au niveau national :** [cliquez ici](#)

**Tableau 3 – Indicateurs de surveillance syndromique de la Covid-19 en Paca (point au 07/01/2026)**

ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S51	S52	S01	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour suspicion de Covid-19	47	38	46	+21,1 %
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de Covid-19 (%)	0,5	0,4	0,5	+0,1 pt
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR	S51	S52	S01	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19	95	91	73	-19,8 %
Proportion de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 (%)	0,3	0,3	0,2	-0,1 pt
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour suspicion de Covid-19	48	40	29	-27,5 %
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour suspicion de Covid-19 (%)	50,5	44,0	39,7	-4,3 pts

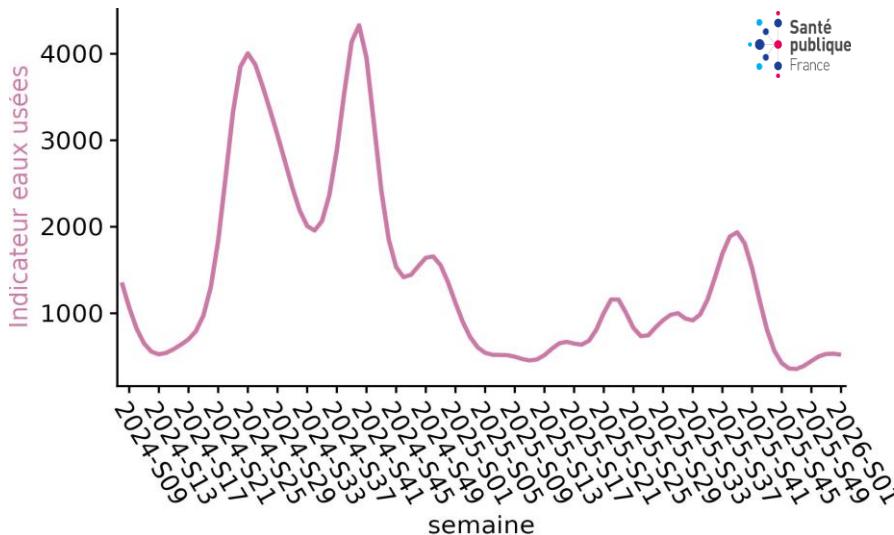
Les pourcentages d'évolution sont à interpréter avec précaution au vu des faibles effectifs.  
 Sources : SurSaUD® – SOS Médecins, OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.

**Figure 4 – Nombre et proportion d'actes médicaux SOS Médecins (A) et de passages aux urgences (B) pour suspicion de Covid-19 en Paca par rapport aux deux années précédentes (point au 07/01/2026)**



Sources : SurSaUD® – SOS Médecins, OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.

**Figure 5 – Circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées, de S08-2024 à S01-2026, en Paca (point au 06/01/2026)**



Sources : SUM'EAU et OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.

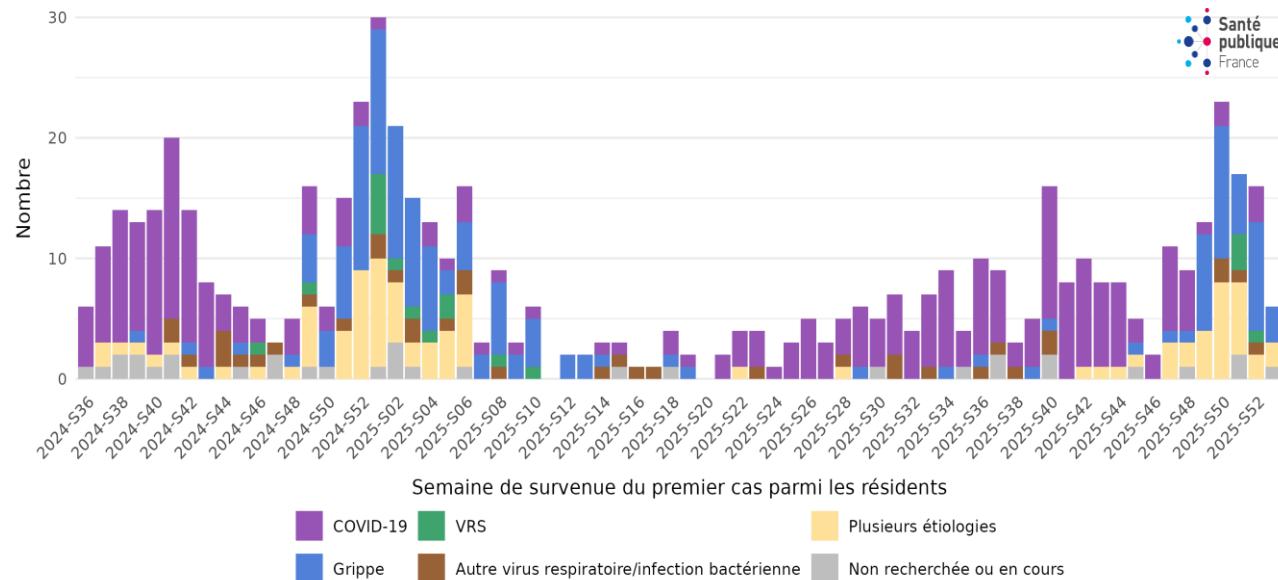
## IRA en établissements médico-sociaux (EMS)

Dans les EMS, au 06/01/2026, 152 épisodes de cas groupés d'IRA ont été signalés depuis le 29/09/2025 (+16 depuis le dernier bilan). La majorité des épisodes (53,7 %) est liée à la Covid-19 mais le **nombre d'épisodes en lien avec la grippe est en progression** avec 66 épisodes signalés (+11), représentant 41 % des épisodes. Le VRS a été identifié dans 17 épisodes (+6).

Le nombre d'épisodes signalés est inférieur à celui observé l'an dernier à la même période (figure 6).

Parmi l'ensemble des épisodes (ouverts ou clos), il a été signalé 1 268 malades chez les résidents (+152) dont 59 ont été hospitalisés (+14) et 360 malades chez le personnel (+52). Trente-trois décès ont été signalés parmi les résidents (+8).

**Figure 6 – Nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA en EMS par étiologie en Paca depuis S39-2025 (point au 06/01/2026)**



Source : VoozIRA+. Exploitation : Santé publique France.

## IRA en réanimation

### Cas graves de grippe, Covid-19 et VRS

Au 6 janvier 2026, **76 cas graves de grippe (+ 14 cas par rapport au dernier bilan)**, 8 cas graves de Covid-19 (aucun nouveau cas) et 7 cas graves d'infection respiratoire à VRS (**+2 cas**) ont été signalés depuis la S40 par les services de réanimation participant à la surveillance (figure 7).

**Concernant les cas graves de grippe :** les cas étaient principalement des hommes (sex-ratio H/F = 1,2) (tableau 4). L'âge médian s'élevait à 68 ans (étendue : 1 – 86 ans). La plupart des cas avait une comorbidité (86 %). Les principales comorbidités observées étaient une pathologie pulmonaire (39 % des cas), une pathologie cardiaque et une hypertension artérielle (26 % chacun).

Trente-huit patients (54 % des données renseignées) n'ont pas présenté de SDRA ; 5 ont présenté une SDRA mineur, 19 un SDRA modéré et 9 un SDRA sévère. Une ventilation invasive ou une assistance extracorporelle a été nécessaire pour plus d'un tiers des cas. Pour les patients sortis, la durée de ventilation moyenne était de 5,9 jours (étendue : 1 – 31 jours).

Huit décès (**+1**) sont survenus en réanimation.

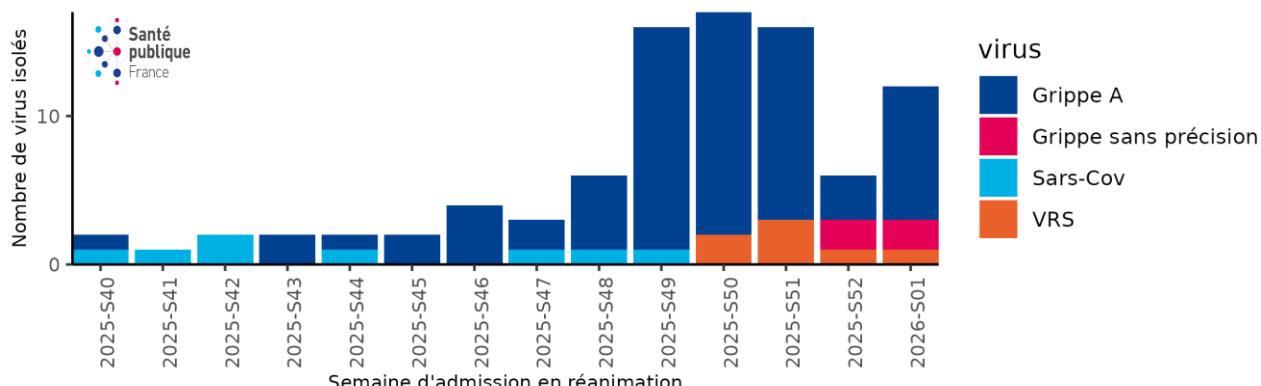
**Concernant les cas graves de Covid-19,** le bilan est inchangé : il y avait trois fois plus d'hommes que de femmes (tableau 5). L'âge médian s'élevait à 63 ans (étendue : 44 – 81 ans). La plupart des cas avait une comorbidité (75 %). Trois patients (50 % des données renseignées) n'ont pas présenté de SDRA ; 2 ont présenté un SDRA modéré et 1 un SDRA sévère. Une ventilation invasive a été nécessaire pour 43 % des cas. Pour les patients sortis ou décédés, la durée de ventilation moyenne était de 6,8 jours (étendue : 1 – 16 jours). Deux patients sont décédés.

**Concernant les cas graves de VRS,** il y avait principalement des hommes (sex-ratio H/F = 2,5) (tableau 4). L'âge médian s'élevait à 71 ans (étendue : 32 – 84 ans). Tous les cas avaient une comorbidité. Les principales comorbidités observées étaient une pathologie pulmonaire (86 % des cas), une hypertension artérielle (71 %) et un cancer évolutif (57 %).

Trois patients (75 % des données renseignées) n'ont pas présenté de SDRA et 1 un SDRA mineur. Une ventilation invasive et non invasive ont été nécessaires pour 43 % des cas. Pour les patients sortis ou décédés, la durée de ventilation moyenne était de 5,7 jours (étendue : 3 – 9 jours).

Un patient est décédé.

**Figure 7 – Nombre de patients admis en service de réanimation pour une IRA par étiologie, Paca (point au 06/01/2026)**



Source et exploitation : Santé publique France.

**Tableau 4 – Caractéristiques des patients admis en service de réanimation pour Covid-19, grippe ou VRS au cours de la saison (début en S39-2025), Paca (point au 06/01/2026)**

	Covid-19 N = 8	Grippe N = 76	VRS N = 7
<b>Sexe</b>	N (%)	N (%)	N (%)
Femme	2 (25%)	34 (45%)	2 (29%)
Homme	6 (75%)	42 (55%)	5 (71%)
<b>Classes d'âge (années)</b>			
< 2 ans	0 (0%)	2 (3%)	0 (0%)
2-17 ans	0 (0%)	3 (4%)	0 (0%)
18-64 ans	4 (50%)	31 (41%)	3 (43%)
65 ans et plus	4 (50%)	40 (53%)	4 (57%)
<b>Co-infection grippe/SARS-CoV-2</b>	-	-	
<b>Présence de comorbidité(s)</b>	6 (75%)	65 (86%)	7 (100%)
<b>Syndrome de détresse respiratoire aiguë</b>			
Aucun	3 (50%)	38 (54%)	3 (75%)
Mineur	0 (0%)	5 (7%)	1 (25%)
Modéré	2 (33%)	19 (27%)	0 (0%)
Sévère	1 (17%)	9 (13%)	0 (0%)
Non renseigné	2	5	3
<b>Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive</b>			
Aucune	1 (14%)	1 (1%)	0 (0%)
O <sub>2</sub> (Lunettes/masque)	0 (0%)	10 (13%)	0 (0%)
Ventilation non-invasive	1 (14%)	12 (16%)	3 (43%)
Oxygénotherapie haut-débit	2 (29%)	22 (29%)	1 (14%)
Ventilation invasive	3 (43%)	28 (37%)	3 (43%)
Assistance extracorporelle	0 (0%)	2 (3%)	0 (0%)
Non renseigné	1	1	0
<b>Devenir</b>			
Décès	2 (29%)	8 (15%)	1 (25%)
Sortie de réanimation	5 (71%)	44 (85%)	3 (75%)
Non renseigné	1	24	3

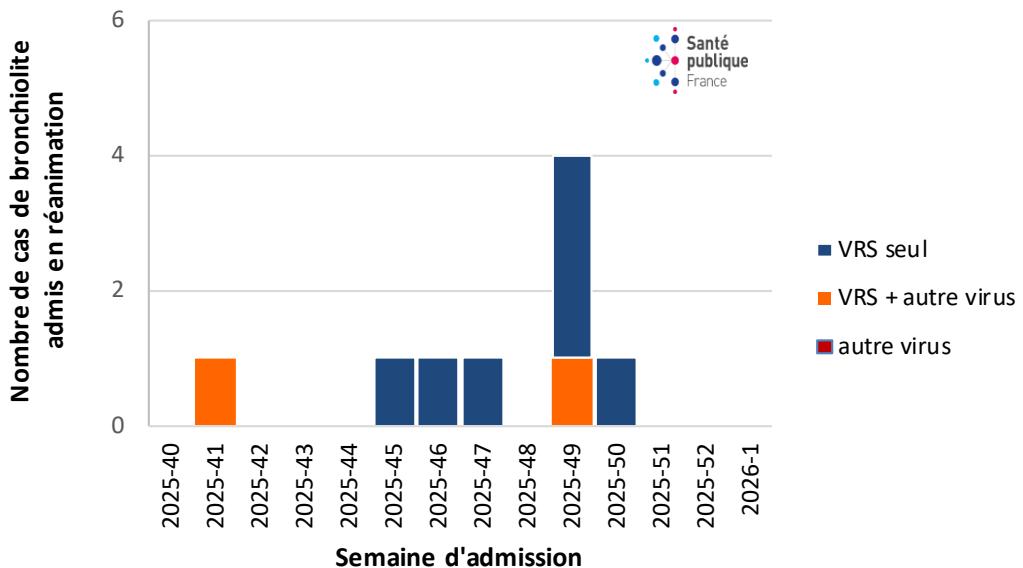
Source et exploitation : Santé publique France.

## Cas graves de bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans

Au 6 janvier 2026 et depuis la S40, 9 cas graves de bronchiolite (**+1 cas**) ont été rapportés par le réseau des réanimations pédiatriques ou néonatales (figure 8). Ils étaient liés à un VRS seul pour 7 cas (+1), un VRS associé à un autre virus (rhinovirus/entérovirus ou adénovirus) pour les 2 derniers cas.

Les enfants étaient âgés de 9 jours à 20 mois. Trois cas (33 %) avaient au moins une comorbidité dont une prématureté pour 2 nourrissons (tableau 5). Un seul cas sur les 9 avait reçu un traitement préventif avant son admission en réanimation (Beyfortus®). La ventilation la plus invasive utilisée était une oxygénation à haut débit (78 % des cas). À ce jour, tous les enfants sont sortis de réanimation. La durée de séjour médian était de 5 jours (étendue : 3 – 12 jours). La durée médiane de ventilation était de 3 jours (étendue : 1 – 9 jours).

**Figure 8 – Nombre d'enfants de moins de 2 ans admis en service de réanimation pédiatrique ou néonatale pour bronchiolite par étiologie, Paca (point au 06/01/2026)**



Source et exploitation : Santé publique France.

**Tableau 5 – Caractéristiques des d'enfants de moins de 2 ans admis en service de réanimation pédiatrique ou néonatale pour bronchiolite au cours de la saison (début en S39-2025), Paca (point au 06/01/2026)**

Bronchiolite N = 9	
<b>Sexe</b>	
Fille	5 (56%)
Garçon	4 (44%)
<b>Classes d'âge</b>	
< 1 mois	4 (44%)
1-2 mois	2 (22%)
3-5 mois	1 (11%)
6-11 mois	1 (11%)
12-24 mois	1 (11%)
Ne sait pas/Non renseigné	0 (0%)
<b>Comorbidité(s)</b>	
	3 (33%)
<b>Type de traitement préventif</b>	
Synagis	0 (0%)
Beyfortus	1 (11%)
Autre	0 (0%)
Aucun	8 (89%)
Non renseigné	0 (0%)
<b>Type de ventilation</b>	
Ventilation non invasive	2 (22%)
Oxygénothérapie à haut-débit	7 (78%)
Ventilation invasive	0 (0%)
Assistance extracorporelle	0 (0%)
Non renseigné	0 (0%)
<b>Décès</b>	
	0 (0%)

## Prévention

### Vaccination

La vaccination contre la grippe et la Covid-19 est recommandée chaque année à l'automne pour les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes de moins de 65 ans, y compris les enfants dès l'âge de 6 mois, souffrant de certaines maladies chroniques, les femmes enceintes, les personnes souffrant d'obésité ( $IMC \geq 40$ ), les personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ou dans un établissement médico-social d'hébergement quel que soit leur âge.

La vaccination des soignants et des professionnels en contact régulier avec des personnes présentant un risque de grippe sévère (personnes âgées, nourrissons, malades, etc.) est également vivement recommandée.

La vaccination conjointe contre la COVID-19 et contre la grippe saisonnière est possible. Les deux vaccinations peuvent être pratiquées dans le même temps, sur deux sites d'injection différents.

Dans le calendrier des vaccinations 2025, il est recommandé la vaccination des personnes âgées de 75 ans et plus, et des personnes âgées de 65 ans et plus présentant des pathologies respiratoires chroniques (notamment BPCO) ou cardiaques (notamment insuffisance cardiaque) susceptibles de fortement s'aggraver lors d'une infection à VRS.

### Prévention des infections à VRS du nourrisson

La campagne d'immunisation des nouveau-nés et nourrissons contre les infections à VRS comprend deux stratégies possibles : la vaccination de la femme enceinte ou l'immunisation des nourrissons par un anticorps monoclonal.

La vaccination de la femme enceinte est recommandée selon un schéma à une dose entre la 32<sup>e</sup> et la 36<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée, à compter de la date de début de campagne. La vaccination contre le VRS chez les femmes enceintes immunodéprimées n'est pas recommandée. Dans ce cas, l'administration d'un anticorps monoclonal chez le nouveau-né, dès la naissance, ou chez le nourrisson est privilégiée.

Les anticorps monoclonaux disponibles sont :

- nirsevimab (Beyfortus®)
- palivizumab (Synagis®) : la population éligible correspond aux nourrissons nés prématurés et/ou à risque particulier d'infections graves.

L'immunisation par les anticorps monoclonaux s'adresse :

- aux nourrissons nés depuis la date de début de la campagne 2025-26 et sous réserve que la mère n'ait pas été vaccinée et
- à ceux nés entre février et août 2025 à titre de rattrapage.

Pour les nourrissons exposés à leur deuxième saison de circulation du VRS, les anticorps monoclonaux sont également indiqués pour les nourrissons de moins de 24 mois vulnérables à une infection sévère due au VRS selon la Haute Autorité de Santé.

### Gestes barrières

En complément des vaccinations et traitements préventifs existants, l'adoption des gestes barrières reste indispensable pour se protéger / protéger son entourage de l'ensemble des maladies de l'hiver

- mettre un masque dès les premiers symptômes (fièvre, nez qui coule ou toux), dans les lieux fréquentés ou en présence de personnes fragiles ;
- se laver correctement et régulièrement les mains ;
- aérer régulièrement les pièces.

Depuis le 25 octobre 2025, Santé publique France, aux côtés du ministère chargé de la Santé et de l'Assurance maladie, diffuse une campagne visant à encourager l'adoption de ces trois gestes barrière.



## Méthodologie

La surveillance des IRA par Santé publique France est basée sur un dispositif multi sources territorialisé.

Ce bilan a été réalisé à partir des sources de données suivantes : les associations SOS Médecins de la région (Covid-19, grippe et bronchiolite), le réseau Sentinelles (grippe uniquement), les services des urgences du réseau OSCOUR® (Covid-19, grippe et bronchiolite), les résultats des tests RT-PCR remontés par les laboratoires de ville (Relab) et hospitaliers (Renal) (Covid-19, grippe et bronchiolite), les épisodes de cas groupés d'IRA en EMS (Covid-19, grippe, VRS) et le dispositif SUM'EAU (Covid-19 uniquement).

Le dispositif de surveillance microbiologique des eaux usées (SUM'EAU) permet de suivre la circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées. En Paca, le suivi est réalisé auprès de 4 stations de traitement des eaux usées (situées à Cannes, Marseille, Nice et Toulon) selon une fréquence hebdomadaire. L'indicateur 'eaux usées', disponible à partir de cette saison au niveau régional, correspond au ratio de concentration virale de SARS-CoV-2 sur la concentration en azote ammoniacal.

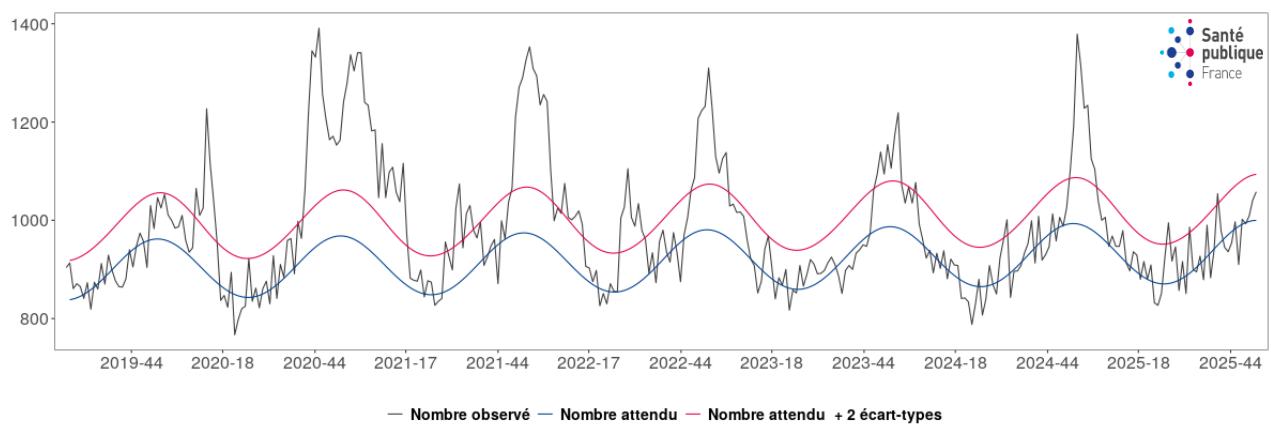
À compter de la saison 2025-2026, la surveillance de la bronchiolite jusqu'à présent conduite chez les enfants de moins de 2 ans, est réalisée chez les nourrissons de moins de 1 an. Cette modification, prévue depuis plusieurs années, permet d'être davantage en accord avec les cas de bronchiolite décrits par la HAS. Les changements induits seront peu importants car la grande majorité des cas de bronchiolite sont rapportés chez les nourrissons de moins de 1 an.

## Mortalité

### Mortalité toutes causes

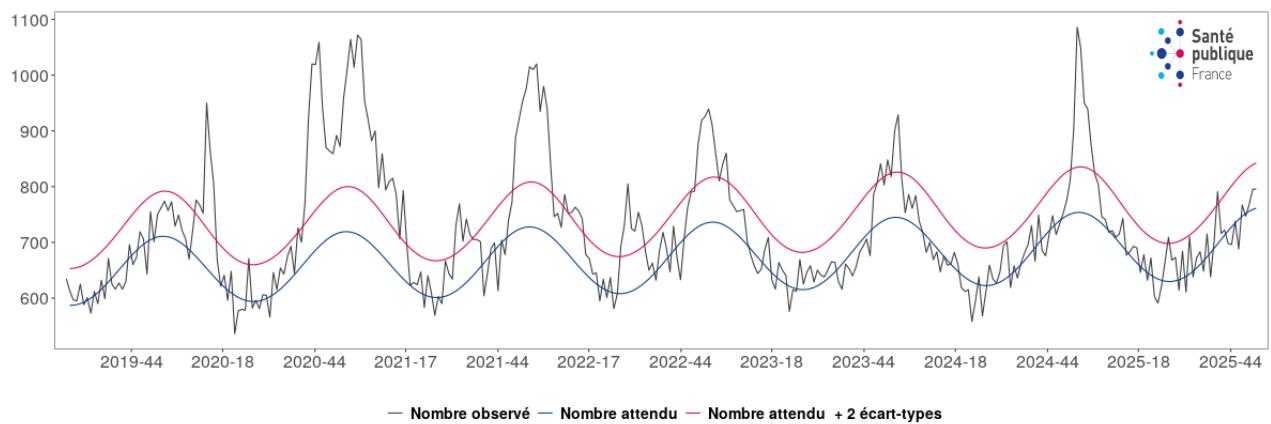
Aucun excès significatif de mortalité toutes causes n'est observé au niveau régional en S2025-S52 (figures 9 et 10).

**Figure 9 – Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges confondus, 2018 à 2026, en Paca (point au 06/01/2026)**



Source : Insee. Exploitation : Santé publique France.

**Figure 10 – Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, chez les 75 ans et plus, 2018 à 2026, en Paca (point au 06/01/2026)**



Source : Insee. Exploitation : Santé publique France.

### Certificats électroniques de décès

En S01 (données non consolidées), parmi les 845 décès déclarés par certification électronique en Paca, la part des décès avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès s'élèvent à 8,3 % (70 décès) **vs 5,2 % en S52** (40 décès) **et 3,8 % en S51** (28 décès).

La Covid-19 était mentionnée pour 8 décès (0,9 % en S01 et S52).

### Méthodologie

Dans la région, le suivi de la mortalité s'appuie sur les données issues de 301 communes transmettant leurs données d'état-civil sous forme dématérialisée. La couverture de la mortalité atteint 92 % dans la région. En raison des délais légaux de déclaration d'un décès à la commune et de remontée des informations d'état-civil à l'Insee, les effectifs de décès sont incomplets sur les 10 à 15 derniers jours. Les données de la dernière semaine ne sont pas présentées car en cours de consolidation.

Le nombre hebdomadaire attendu de décès est estimé à partir du modèle européen EuroMOMO (utilisé par 19 pays). Le modèle s'appuie sur 9 ans d'historique (depuis 2011) et exclut les périodes habituelles de survenue d'événements extrêmes pouvant avoir un impact sur la mortalité (chaleur/froid, épidémies).

## Actualités

- **Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 6 janvier 2026, n°1**

Prévalence des troubles psychiatriques chez les hommes et femmes faisant usage de crack à Paris (Étude ANRS-Icone 2) : nécessité d'une adaptation de l'offre de soins

Pour en savoir plus, [cliquez ici](#).

## Partenaires

Santé publique France Paca-Corse remercie vivement tous ses partenaires pour leur collaboration et le temps consacré à la surveillance épidémiologique :

les établissements de santé, notamment les services des urgences participant au réseau OSCOUR®, les associations SOS Médecins, l'observatoire régional des urgences (ORU PACA), les médecins participant au Réseau Sentinelles, les services de réanimation sentinelles, les établissement médico-sociaux, les laboratoires de biologie médicale, le CNR des arbovirus (IRBA - Marseille), l'IHU Méditerranée, le CNR des infections respiratoires dont la grippe et le SARS-CoV-2 (Lyon), l'EID Méditerranée, Météo-France, l'Insee, le CépiDc de l'Inserm, le GRADeS Paca, l'ensemble des les professionnels de santé, ainsi que les équipes de Santé publique France (direction des régions, des maladies infectieuses et la direction appui, traitement et analyse de donnée).



## Équipe de rédaction

Clémentine CALBA, Joël DENIAU, Florian FRANKE, Guillaume HEUZE, Yasemin INAC, Jean-Luc LASALLE, Quiterie MANO, Isabelle MERTENS-RONDELART, Dr Laurence PASCAL, Lauriane RAMALLI

Rédactrice en chef : Dr Céline CASERIO-SCHÖNEMANN

**Pour nous citer :** Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Édition Provence-Alpes-Côte d'Azur. 7 janvier 2026. Saint-Maurice : Santé publique France, 15 pages, 2026.

**Directrice de publication :** Dr Caroline SEMAILLE

**Date de publication :** 7 janvier 2026

**Contact :** [presse@santepubliquefrance.fr](mailto:presse@santepubliquefrance.fr)