



# Bulletin

## Surveillance épidémiologique

Date de publication : 14 janvier 2026

ÉDITION PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

## Semaine 02-2026

### Points clés de la semaine

#### Infections respiratoires aiguës (page 2)

##### Grippe et syndromes grippaux : 6<sup>e</sup> semaine en phase épidémique

L'activité liée à la grippe poursuit sa baisse aux urgences en S02, dans toutes les classes d'âges et tous les départements. La situation est plus contrastée chez SOS Médecins, avec des variations selon l'âge (stabilisation de l'activité tous âges, baisse chez les 65 ans et plus mais hausse chez les enfants) et selon les départements (baisse de l'activité dans les Alpes-Maritimes et le Vaucluse, stabilité dans les Bouches-du-Rhône et hausse dans le Var).

**Bronchiolite (moins de 1 an) : passage en phase post-épidémique** - L'activité poursuit sa baisse aux urgences et chez SOS Médecins.

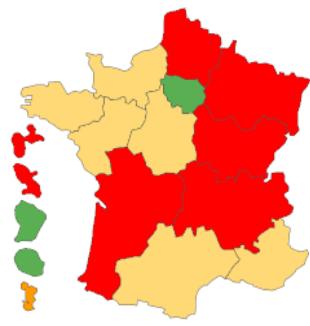


#### Niveau d'alerte régional\*

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

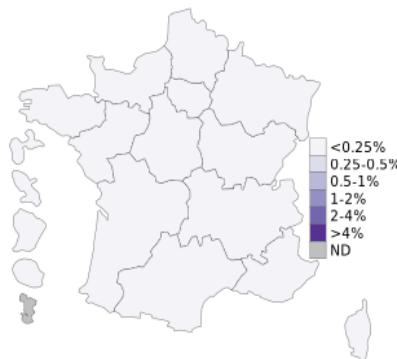


Bronchiolite<sup>1, 2</sup>



#### 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.

#### Mortalité (page 14)

**Excès significatif de mortalité toutes causes** au niveau régional, tous âges confondus en S52 et S01 et chez les 75 ans et plus en S01. Au niveau départemental, l'excès est significatif en S01 dans le département des Alpes-Maritimes (tous âges et chez les 75 ans et plus) et le Var (tous âges).

## Infections respiratoires aiguës

### Synthèse de la semaine 02-2026

**Grippe et syndromes grippaux** : **phase épidémique (6<sup>e</sup> semaine)**. Activité tous âges en baisse aux urgences et stabilisation de l'activité chez SOS Médecins ;

**Bronchiolite** (moins de 1 an) : **passage en phase post-épidémique**. Activité en baisse aux urgences et chez SOS Médecins ;

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

En France hexagonale, l'ensemble des régions hexagonales est en phase épidémique pour la grippe. Pour la bronchiolite, passage de 7 régions en phase post-épidémique et retour de la région Île-de-France en niveau de base.

### Indicateurs clés

Part d'activité pour la pathologie (%)	Actes SOS Médecins			Passages aux urgences			Proportion d'hospitalisation après un passage		
	S01	S02	Variation (S/S-1)	S01	S02	Variation (S/S-1)	S01	S02	Variation (S/S-1)
bronchiolite (moins de 1 an)	12,0	6,2	⬇	16,8	11,7	⬇*	34,6	38,2	↗
grippe/syndrome grippal	18,1	18,8	↗	5,0	3,5	⬇*	29,2	27,1	⬇
Covid-19 et suspicions	0,5	0,3	⬇	0,2	0,2	↗	39,7	45,6	↗
pneumopathie aiguë	2,1	1,5	⬇*	3,1	2,6	⬇*	61,6	63,4	↗
bronchite aiguë	9,3	7,1	⬇*	1,2	0,9	⬇*	18,3	19,1	↗
<b>Total IRA basses**</b>	<b>30,1</b>	<b>27,7</b>	<b>⬇*</b>	<b>10,1</b>	<b>7,4</b>	<b>⬇*</b>	<b>37,6</b>	<b>39,2</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.

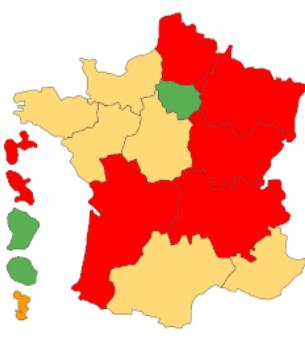


#### Niveau d'alerte régional\*

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

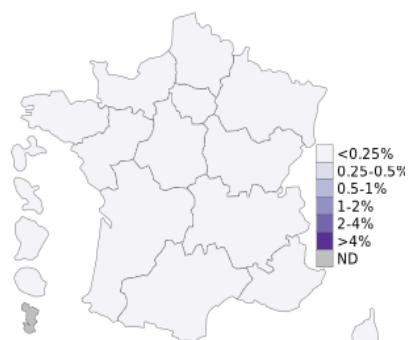


Bronchiolite<sup>1, 2</sup>



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

Covid-19<sup>2</sup>



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

Mises à jour le 13/01/2026. \* 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 (6<sup>ème</sup> semaine)

En S02, l'activité pour grippe/syndrome grippal dans les services d'urgence **poursuit sa baisse** (3,5% vs 5,0 % en S01). **Cette tendance concerne tous les départements de la région et toutes les classes d'âge**. Le taux d'hospitalisation tous âges diminue (27,1 % vs 29,2 % en S01) (tableau 1, figure 1).

L'activité pour grippe/syndrome grippal dans les associations SOS Médecins **s'est stabilisée en S02** tous âges (18,8 % vs 18,1 % en S01). La tendance **varie** selon le département : baisse de l'activité dans les Alpes-Maritimes et le Vaucluse, stabilité dans les Bouches-du-Rhône et hausse dans le Var. L'activité augmente chez les enfants (moins de 15 ans), est stable chez les 15-64 ans et diminue chez les 65 ans et plus.

Le taux d'incidence pour syndrome grippal relevé par le réseau Sentinelles + IQVIA en S01, non encore consolidé, est de 291 pour 100 000 habitants [IC95% : 241 ; 342] vs 260 pour 100 000 habitants [216 ; 304] en S01.

Le taux de positivité des tests RT-PCR pour grippe tous âges est stable dans les laboratoires de ville (**31 % vs 29%** en S01 - Relab) et en forte baisse à l'hôpital (**12 % vs 21%** en S01 - Rénal).

Depuis la S40, 2 906 virus de type A (2 881 A non sous-typés et 4 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](#)*

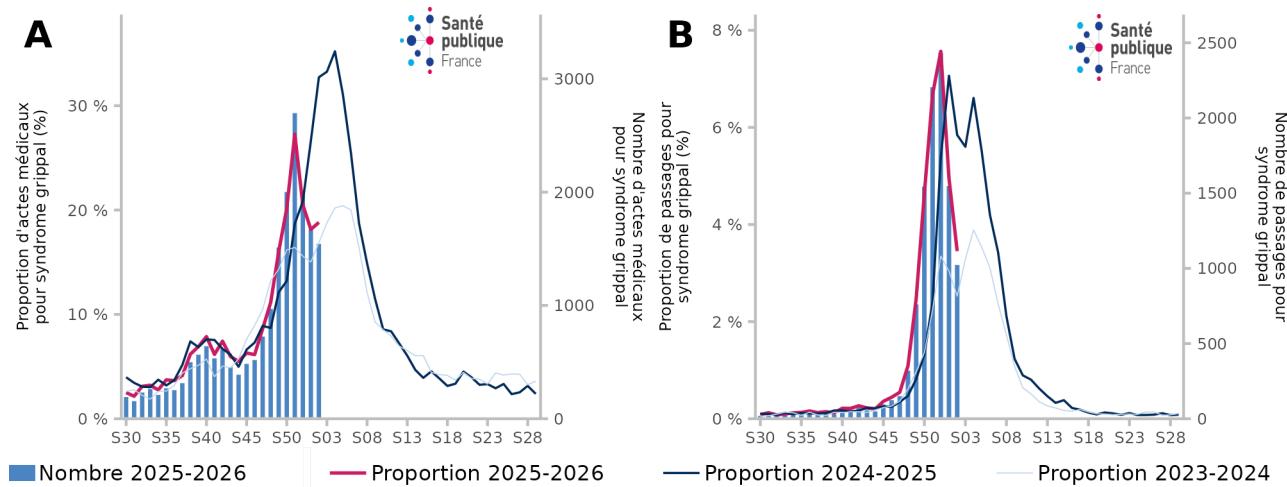
**Tableau 1 – Indicateurs de surveillance syndromique de la grippe/syndrome grippal en Paca (point au 14/01/2026)**

ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S52	S01	S02	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour grippe/syndrome grippal	1989	1685	1556	-7,7 %
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour grippe/syndrome grippal (%)	20,5	18,1	18,8	+0,7 pt
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR				
Nombre de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal		S52	S01	S02
Nombre de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal	2443	1557	1032	-33,7 %*
Proportion de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal (%)	7,6	5,0	3,5	-1,5 pt*
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal		553	454	280
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal (%)	22,6	29,2	27,1	-2,1 pts

\* différence significative (test du Khi2 ou Fisher selon les effectifs). NC : non calculable.

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 14/01/2026)**



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

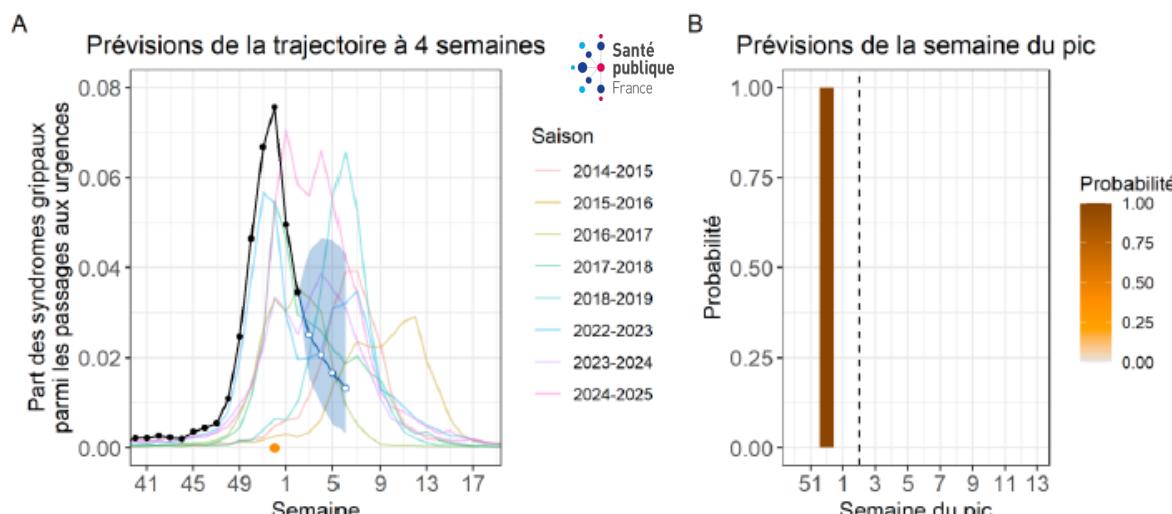
## Prévisions de la dynamique de l'épidémie de grippe

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 S02 par rapport à la S01, comme cela avait été anticipé par le modèle. D'après le modèle, cette décroissance va continuer en semaines 3 à 6 mais à un rythme plus lent (figure 2-A).

Cette dynamique reste toutefois incertaine, trois modèles sur les dix qui composent le modèle d'ensemble prévoyant en effet un rebond de l'épidémie à un niveau d'intensité qui serait inférieur à celui observé en S52. Ce rebond du recours aux soins à l'hôpital pourrait être en lien avec la hausse de l'activité pour syndrome grippal observé en ville chez les enfants en S02.

**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 11/01/2026).**



Source : OSCOUR®. Exploitation : Institut Pasteur, Santé publique France.

## Vaccination antigrippale

Le tableau 2 synthétise les couvertures vaccinales contre la grippe estimées au 31 décembre 2025, au niveau national, régional et départemental, chez les 65 ans et plus et chez les moins de 65 ans à risque.

Ces estimations ont été réalisées uniquement parmi les bénéficiaires du régime général (les données des autres régimes étant chargées plus tardivement dans le système national des données de santé - SNDS). Les couvertures vaccinales sur l'ensemble des régimes seront produites à l'issue de la campagne de vaccination.

La couverture vaccinale en région Paca est de **4 points plus élevée cette année que l'an dernier** à la même période : **49,6 % vs 45,6 %** chez les personnes de 65 ans et plus et **23,2 % vs 18,9 %** chez les moins de 65 ans à risque. Elle reste toutefois l'une des plus faibles en comparaison des autres régions hexagonales.

**Tableau 2 - Estimation de la couverture vaccinale (%) contre la grippe des personnes à risque en région Paca et France entière pour la saison 2025-2026 (données au 31/12/2025)**

	Moins 65 ans*	65 ans et plus		
		65-74 ans	75 ans et plus	Total
	(%)	(%)	(%)	(%)
04 – Alpes-de-Haute-Provence	23	41	54	48
05 – Hautes-Alpes	26	45	57	51
06 – Alpes-Maritimes	23	41	55	49
13 – Bouches-du-Rhône	23	44	56	50
83 – Var	23	43	56	50
84 – Vaucluse	23	43	55	49
<b>Provence-Alpes-Côte d'Azur</b>	<b>23</b>	<b>43</b>	<b>56</b>	<b>50</b>
<b>France entière</b>	<b>27</b>	<b>48</b>	<b>59</b>	<b>53</b>

\* Personnes de moins de 65 ans à risque

Source : SNDS-DCIR régime général. Exploitation : Santé publique France

## Bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an

### Passage en phase post-épidémie

En S02, l'activité pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an aux urgences est en baisse à un niveau inférieur à celui observé l'an dernier à la même période (16,0 %). (tableau 3, figure 3).

L'activité pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an dans les associations SOS Médecins est en baisse à un niveau comparable à celui observé l'an dernier à la même période (5,6 %).

Le taux de positivité des tests RT-PCR pour VRS (tous âges) est en baisse dans les laboratoires de ville (5,9 % vs 10,3 % en S01, réseau Relab) et dans les laboratoires hospitaliers (4,0 % vs 7,6 % en S01, réseau Renal).

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

**Tableau 3 – Indicateurs de surveillance syndromique de la bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an en Paca (point au 14/01/2026)**

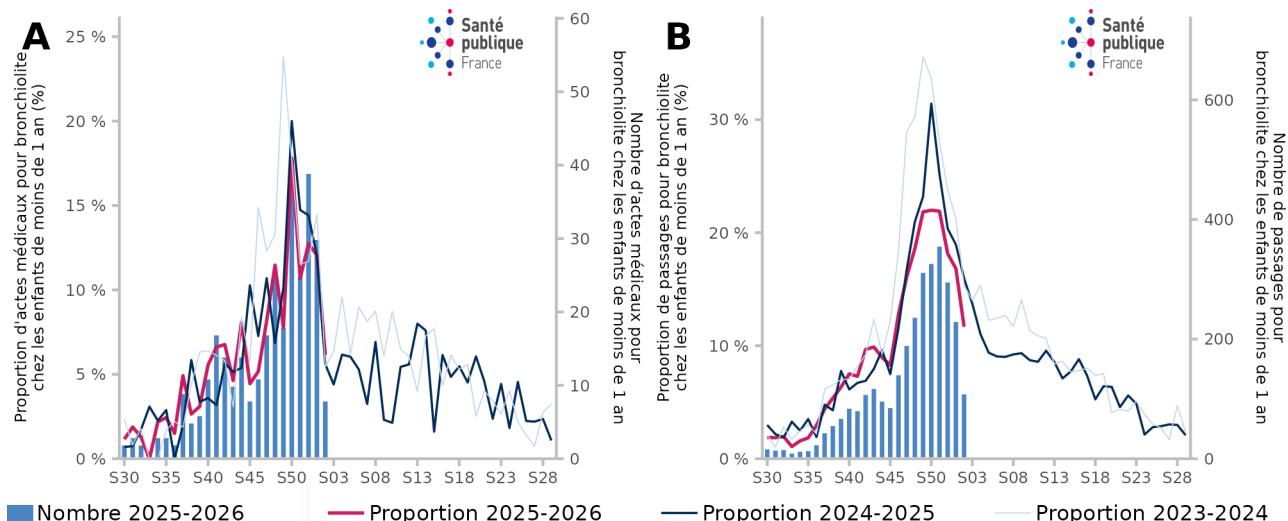
ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S52	S01	S02	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour bronchiolite	39	30	8	-73,3 %
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour bronchiolite (%)	12,7	12,0	6,2	-5,8 pts
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR	S52	S01	S02	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour bronchiolite	297	231	110	-52,4 %*
Proportion de passages aux urgences pour bronchiolite (%)	18,1	16,8	11,7	-5,1 pts*
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour bronchiolite	113	80	42	-47,5 %*
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour bronchiolite (%)	38,0	34,6	38,2	+3,6 pts

Les pourcentages d'évolution sont à interpréter avec précaution au vu des faibles effectifs.

\* différence significative (test du Khi2 ou Fisher selon les effectifs). NC : non calculable.

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 14/01/2026)**



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

## Covid-19

En S02, l'activité pour Covid-19 tous âges est stable aux urgences et en baisse chez SOS Médecins à un niveau faible, comparable aux deux années précédentes. La proportion d'hospitalisation après passage aux urgences est en hausse cette semaine mais fluctue d'une semaine à l'autre (tableau 4, figure 4).

Le taux de positivité des tests RT-PCR pour VRS (tous âges) est en baisse dans les laboratoires de ville (2,3 % vs 3,3 % en S01, réseau Relab) et relativement stable dans les laboratoires hospitaliers (1,7 % vs 2,2 % en S01, réseau Renal).

En S02, une légère tendance globale à la hausse du niveau de circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées est observée, avec une situation qui reste toutefois hétérogène entre les 4 stations de traitement des eaux usées (figure 5).

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

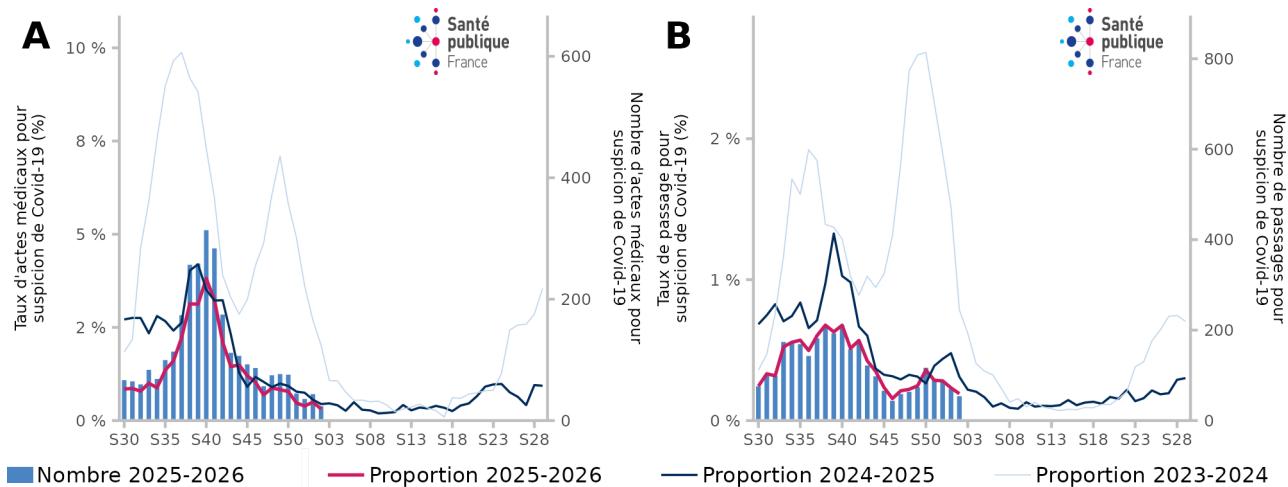
**Tableau 4 – Indicateurs de surveillance syndromique de la Covid-19 en Paca (point au 14/01/2026)**

ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S52	S01	S02	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour suspicion de Covid-19	38	46	26	-43,5 %
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de Covid-19 (%)	0,4	0,5	0,3	-0,2 pt
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR	S52	S01	S02	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19	91	73	57	-21,9 %
Proportion de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 (%)	0,3	0,2	0,2	+0,0 pt
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour suspicion de Covid-19	40	29	26	-10,3 %
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour suspicion de Covid-19 (%)	44,0	39,7	45,6	+5,9 pts

Les pourcentages d'évolution sont à interpréter avec précaution au vu des faibles effectifs.

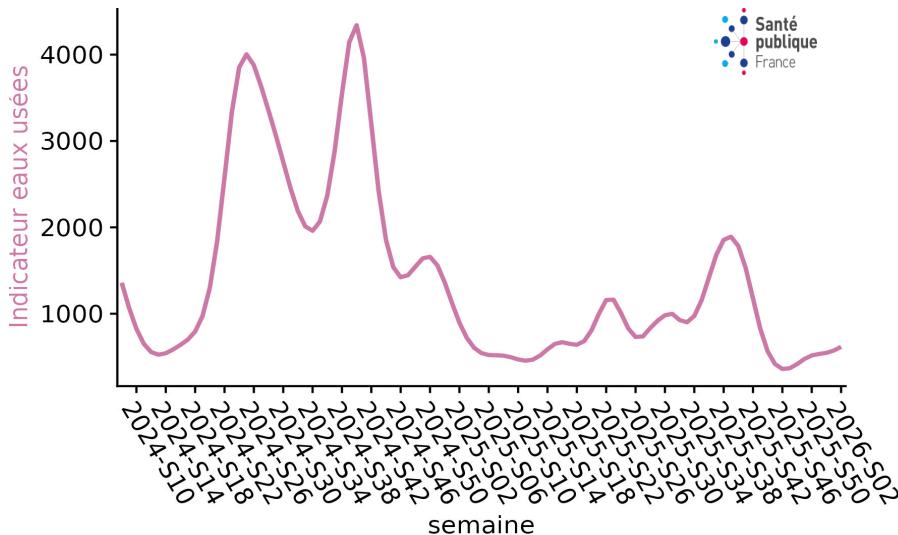
Sources : SurSaUD® – SOS Médecins, OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.

**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 14/01/2026)**



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

**Figure 5 – Circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées, de S08-2024 à S02-2026, en Paca (point au 12/01/2026)**



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

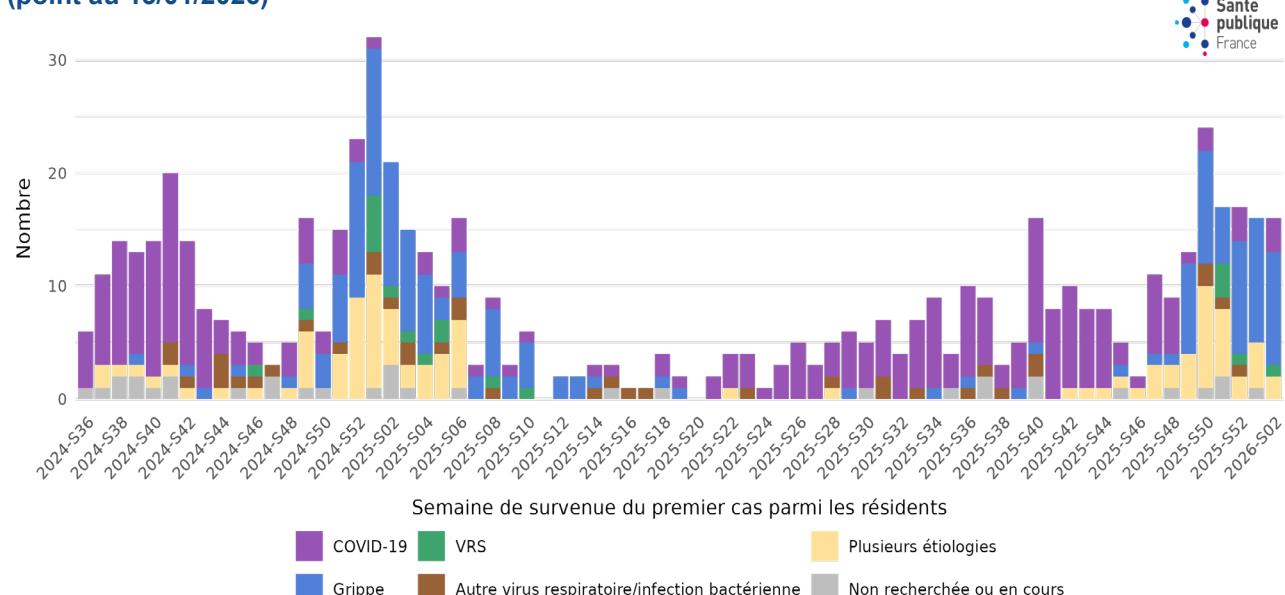
## IRA en établissements médico-sociaux (EMS)

Dans les EMS, au 20/01/2026, **180 épisodes de cas groupés d'IRA** ont été signalés depuis le 29/09/2025 (+28 depuis le dernier bilan). Certains de ces épisodes ont été signalés tardivement en raison de la période des vacances et fêtes de fin d'année. **Le nombre d'épisodes en lien avec la grippe est désormais majoritaire et encore en progression cette semaine (+23 soit 89 épisodes signalés liés à la grippe)**, représentant 41 % du total des épisodes. Le VRS a été identifié dans 20 épisodes (+3).

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 1 580 malades chez les résidents (+312) dont 81 ont été hospitalisés (+22) et 410 malades chez le personnel (+50). Quarante-cinq décès ont été signalés parmi les résidents (+12).

**Figure 6 – Nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA en EMS par étiologie en Paca depuis S39-2025 (point au 13/01/2026)**



Source : VoozIRA+. Exploitation : Santé publique France.

## IRA en réanimation

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

Au 13 janvier 2026, **104 cas graves de grippe** (+ 28 cas par rapport au dernier bilan), 10 cas graves de Covid-19 (+2 cas) et 11 cas graves d'infection respiratoire à VRS (+4 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 plutôt des hommes (sex-ratio H/F = 1,3) (tableau 5). L'âge médian s'élevait à 68,5 ans (étendue : 1 – 88 ans). La plupart des cas avait une comorbidité (85 %). Les principales comorbidités observées étaient une pathologie pulmonaire (39 % des cas), une hypertension artérielle (31 %) et une pathologie cardiaque (26 %).

Cinquante-deux patients (53 % des données renseignées) n'ont pas présenté de SDRA ; 8 ont présenté un SDRA mineur, 26 un SDRA modéré et 13 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 6 jours (étendue : 1 – 31 jours).

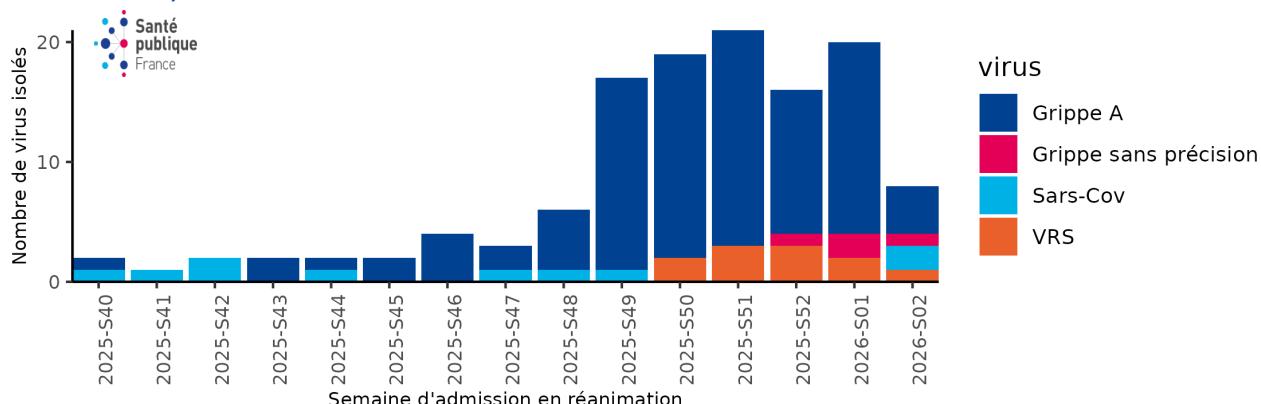
Parmi les patients pour lesquels l'information était connue, seuls 24 % d'entre eux étaient vaccinés (40 % de données manquantes).

**Douze décès (+4)** sont survenus en réanimation.

**Concernant les cas graves de Covid-19**, il y avait deux fois plus d'hommes que de femmes (tableau 5). L'âge médian s'élevait à 64 ans (étendue : 44 – 86 ans). La plupart des cas avait une comorbidité (80 %) principalement une pathologie cardiaque ou pulmonaire (40 % des cas chacun). Quatre patients (57 % 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 un tiers des cas. Pour les patients sortis ou décédés, la durée de ventilation moyenne était de 7 jours (étendue : 1 – 16 jours). Deux patients sont décédés (aucun nouveau décès).

**Concernant les cas graves d'infection respiratoire à VRS**, il y avait presqu'autant de femmes que d'hommes (sex-ratio H/F = 1,2) (tableau 5). L'âge médian s'élevait à 78 ans (étendue : 32 – 90 ans). Tous les cas avaient une comorbidité. Les principales comorbidités observées étaient une pathologie pulmonaire (72 % des cas), une hypertension artérielle (73 %) et un cancer évolutif (36 %). Sept patients (70 % des données renseignées) n'ont pas présenté de SDRA ; 1 a présenté un SDRA mineur, 1 un SDRA modéré et 1 un SDRA sévère. Une ventilation invasive a été nécessaire pour plus d'un tiers des cas. Pour les patients sortis ou décédés, la durée de ventilation moyenne était de 7 jours (étendue : 3 – 14 jours). Un patient est décédé (aucun nouveau décès).

**Figure 7 – Nombre de patients admis en service de réanimation pour une IRA par étiologie, Paca (point au 13/01/2026)**



**Tableau 5 – 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 13/01/2026)**

	<b>Covid-19</b> N = 10	<b>Grippe</b> N = 104	<b>VRS</b> N = 11
<b>Sexe</b>	N (%)	N (%)	N (%)
Femme	3 (30%)	45 (43%)	5 (45%)
Homme	7 (70%)	59 (57%)	6 (55%)
<b>Classes d'âge (années)</b>			
< 2 ans	0 (0%)	2 (2%)	0 (0%)
2-17 ans	0 (0%)	4 (4%)	0 (0%)
18-64 ans	5 (50%)	37 (36%)	4 (36%)
65 ans et plus	5 (50%)	61 (59%)	7 (64%)
<b>Co-infection grippe/SARS-CoV-2</b>	-	-	-
<b>Présence de comorbidité(s)</b>	8 (80%)	88 (85%)	11 (100%)
<b>Syndrome de détresse respiratoire aiguë</b>			
Aucun	4 (57%)	52 (53%)	7 (70%)
Mineur	0 (0%)	8 (8%)	1 (10%)
Modéré	2 (29%)	26 (26%)	1 (10%)
Sévère	1 (14%)	13 (13%)	1 (10%)
Non renseigné	3	5	1
<b>Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive</b>			
Aucune	2 (22%)	2 (2%)	0 (0%)
O <sub>2</sub> (Lunettes/masque)	0 (0%)	15 (14%)	1 (9%)
Ventilation non-invasive	1 (11%)	16 (15%)	5 (45%)
Oxygénotherapie haut-débit	3 (33%)	35 (34%)	1 (9%)
Ventilation invasive	3 (33%)	34 (33%)	4 (36%)
Assistance extracorporelle	0 (0%)	2 (2%)	0 (0%)
Non renseigné	1	0	0
<b>Devenir</b>			
Décès	2 (25%)	12 (14%)	1 (13%)
Sortie de réanimation	6 (75%)	76 (86%)	7 (88%)
Non renseigné	2	16	3

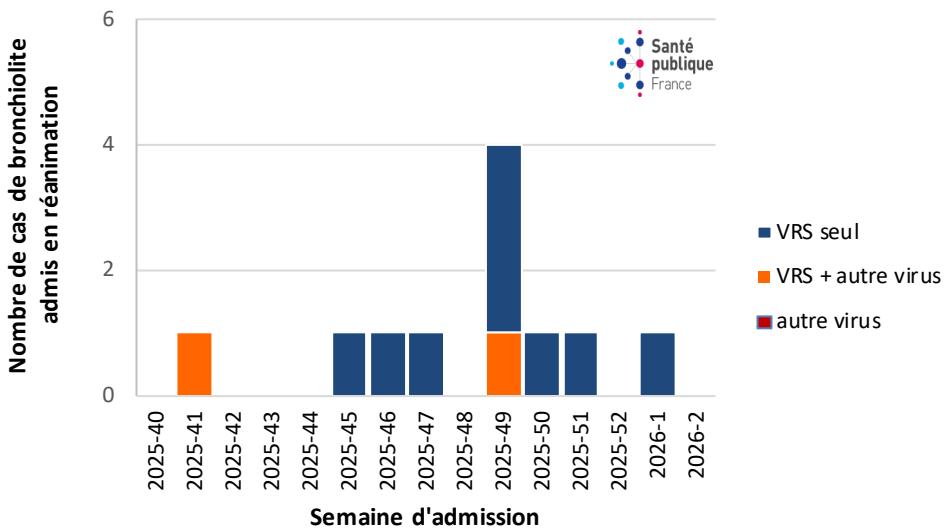
Source et exploitation : Santé publique France.

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

Au 13 janvier 2026 et depuis la S40, **11 cas graves de bronchiolite (+2 cas)** ont été rapportés par le réseau des réanimations pédiatriques ou néonatales (figure 8). Ils étaient liés à un VRS seul pour 9 enfants (**+2**), un VRS associé à un autre virus (rhinovirus/entérovirus ou adénovirus) pour les 2 derniers.

Les enfants étaient âgés de 9 jours à 20 mois. Quatre (36 %) avaient au moins une comorbidité dont une prématurité pour 2 nourrissons (tableau 5). Seuls deux enfants avaient reçu un traitement préventif avant leur admission en réanimation (Beyfortus®). La ventilation la plus invasive utilisée était une oxygénation à haut débit (64 % des cas). Au dernier suivi réalisé, un enfant était encore en réanimation. La durée de séjour médian était de 4,5 jours (étendue : 3 – 12 jours). La durée médiane de ventilation était de 3 jours (étendue : 0 – 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 13/01/2026)**



Source et exploitation : Santé publique France

**Tableau 6 – 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 13/01/2026)**

Bronchiolite N = 11	
<b>Sexe</b>	
Fille	6 (55%)
Garçon	5 (45%)
<b>Classes d'âge</b>	
< 1 mois	5 (45%)
1-2 mois	3 (27%)
3-5 mois	1 (9%)
6-11 mois	1 (9%)
12-24 mois	1 (9%)
Ne sait pas/Non renseigné	0 (0%)
<b>Comorbidité(s)</b>	
	4 (36%)
<b>Type de traitement préventif</b>	
Synagis	0 (0%)
Beyfortus	2 (18%)
Autre	0 (0%)
Aucun	9 (82%)
Non renseigné	0
<b>Type de ventilation</b>	
Ventilation non invasive	3 (27%)
Oxygénothérapie à haut-débit	7 (64%)
Ventilation invasive	1 (9%)
Assistance extracorporelle	0 (0%)
Non renseigné	0 (0%)
<b>Décès</b>	
	0

Source et exploitation : Santé publique France.

## 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 définition de la Haute Autorité de Santé.

### Gestes barrières

En complément des vaccinations et des traitements préventifs existants, l'adoption des gestes barrières reste indispensable pour se protéger et 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.

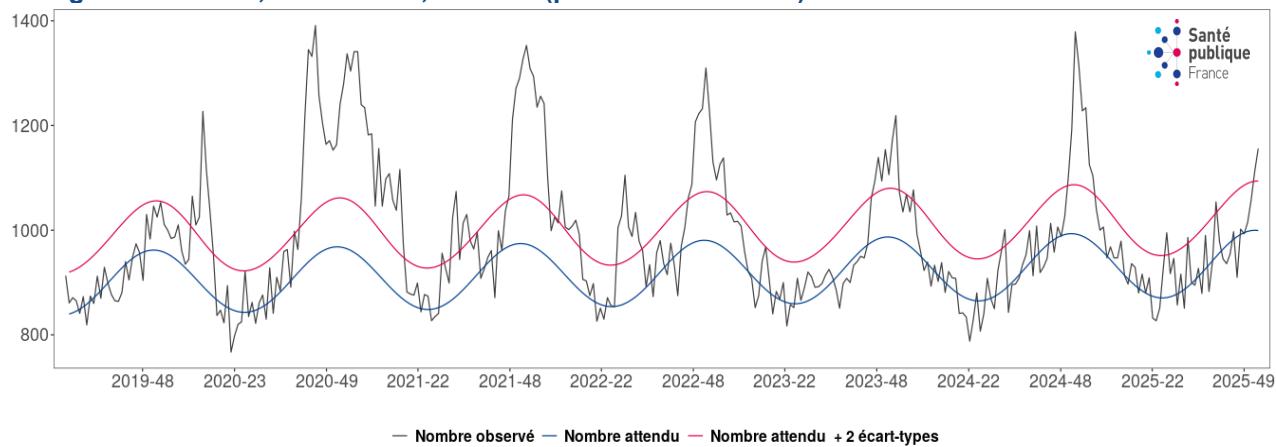
À compter de la saison 2025-2026, la surveillance de la bronchiolite jusqu'à présent conduite chez les enfants de moins de 2 ans, est réalisée chez les nourrissons de moins de 1 an. Cette modification, prévue depuis plusieurs années, permet d'être davantage en accord avec les cas de bronchiolite décrits 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

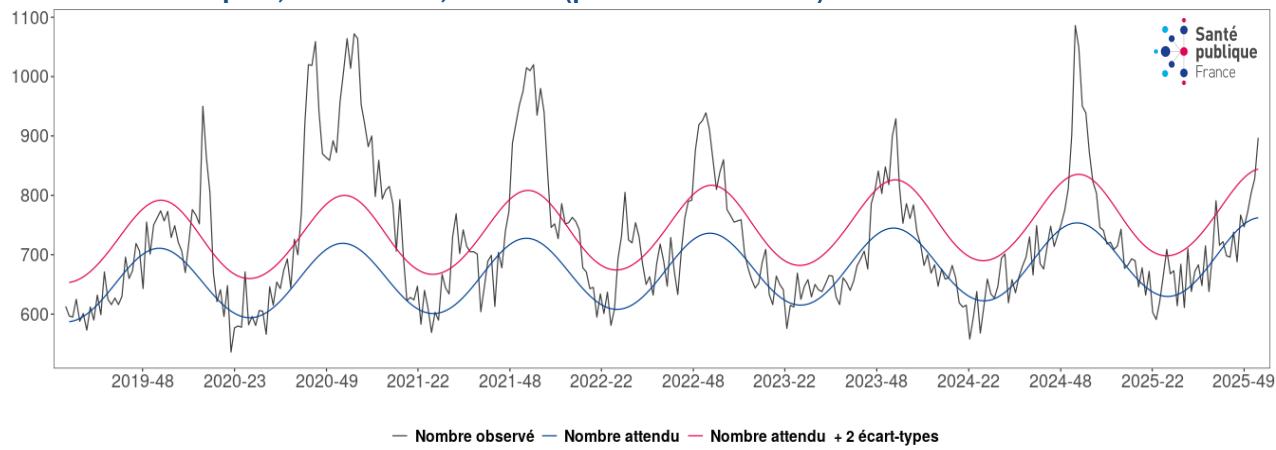
Un excès significatif de la mortalité toutes causes au niveau régional est observé en S52 et S01 tous âges confondus et, en S01, chez les 75 ans et plus. En S01, les excès sont significatifs dans les départements des Alpes-Maritimes (tous âges et chez les 75 ans et plus) et du Var (tous âges).

**Figure 9 – Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges confondus, 2019 à 2026, en Paca (point au 13/01/2026)**



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, 2019 à 2026, en Paca (point au 13/01/2026)**



Source : Insee. Exploitation : Santé publique France.

### Certification électronique de décès

En semaine 02 (données non consolidées), parmi les 833 décès déclarés par certificat électronique, 5,2 % l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (vs 8,2 % en S01). La majorité des décès pour grippe certifiés électroniquement étaient des personnes de 85 ans et plus (60 %).

La Covid-19 était mentionnée dans 1,2 % des décès (vs 0,9 % en S01).

### 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. 14 janvier 2026. Saint-Maurice : Santé publique France, 16 pages, 2026.

**Directrice de publication :** Dr Caroline SEMAILLE

**Date de publication :** 14 janvier 2026

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