



Bulletin

Surveillance épidémiologique



Date de publication : 7 octobre 2026

ÉDITION PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

Semaine 40-2026

Points clés de la semaine



Dengue, chikungunya et Zika (page 2)

Deux épisodes de chikungunya autochtone ont été identifiés dans le Var à Cavalaire-sur-Mer (9 cas, soit +6 cas) et Saint-Raphaël (2 cas, soit +1 cas).



Infections à virus West-Nile (page 5)

Circulation active du virus dans les départements des Bouches-du-Rhône, de Vaucluse et du Var

Au total, **66 cas humains** ont été identifiés en Paca (**+6 cas par rapport au dernier bilan**), dont près de la moitié ont été hospitalisés. Trente-et-un cas ont été diagnostiqués dans les Bouches-du-Rhône, 18 dans le Vaucluse et 17 dans le Var. De très nombreux cas équins ont été diagnostiqués dans ces départements.



Infections respiratoires aiguës (page 8)

Début de la surveillance des infections respiratoires aiguës

- **Grippe et syndromes grippaux** : activité faible
- **Bronchiolite (moins de 1 an)** : activité en hausse dans les services des urgences, à un **niveau conforme** aux années précédentes (7.5% de l'activité chez les nourrissons de moins de 1 an)
- **Covid-19** : le SARS-CoV2 circule à un niveau supérieur à l'an dernier à la même période (indicateurs virologiques et eaux usées,) mais le recours aux soins d'urgences pour Covid-19 est **nettement inférieur aux 2 années précédentes** (l'activité est en hausse dans les associations SOS Médecins et reste stable aux urgences).



Mortalité

Le nombre de décès toutes causes, issus des données d'état civil de l'Insee, est resté **dans les marges de fluctuation habituelle au niveau régional** en S39.

Les données de certification électronique des décès toutes causes en S40 restaient aussi **du même ordre de grandeur que celles habituellement observées** (graphes non présentés).

Dengue, chikungunya, Zika

Surveillance des cas autochtones

Synthèse des foyers en Paca au 05/10/2026

Deux épisodes de chikungunya autochtone ont été détectés dans le Var, dans les communes de Cavalaire-sur-Mer (9 cas) et Saint-Raphaël (2 cas). Aucun lien n'a été établi à ce stade entre les 2 épisodes.

Au 28/09, la région Paca a enregistré 2 épisodes de chikungunya (11 cas) et 1 de dengue (2 cas) (Tableau 1).

Tableau 1 – Episodes de dengue et de chikungunya en Paca, saison 2026 (du 01/05/2026 au 05/10/2026)

Virus	Département	Commune(s)	Nb cas autochtones	Date des signes du 1er cas	Date des signes du dernier cas	Episode clos O/N
Dengue	Bouches-du-Rhône	Marseille	2	05/08/2026	07/08/2026	O
Chikungunya	Var	Cavalaire-sur-Mer	9	11/09/2026	24/09/2026	N
Chikungunya	Var	Saint-Raphaël	2	19/09/2026	27/09/2026	N

Au niveau national, plusieurs épisodes de transmission autochtone ont également été détectés :

- En Occitanie, des épisodes de dengue dans l'Hérault et le Tarn ainsi que des épisodes de chikungunya dans le Tarn, le Lot et le Gard.
- En Nouvelle-Aquitaine, des épisodes de chikungunya en Gironde et dans les Landes, ainsi qu'un épisode de dengue en Dordogne.
- En Ile-de-France, un épisode de chikungunya dans le Val-de-Marne.

La collaboration des professionnels de santé est un enjeu majeur dans la lutte contre la circulation de ces virus :

- le diagnostic doit être évoqué devant toute forme clinique évocatrice ;
- les cas doivent être signalés à l'ARS Paca afin d'orienter les interventions visant à limiter la transmission ;
- les messages de prévention doivent être diffusés aux cas suspects et au grand public.

Surveillance des cas importés

Synthèse au 05/10/2026

Depuis le 1^{er} mai 2026, le bilan de la surveillance des cas importés en Paca est (tableau 2) :

- 48 cas* importés de dengue (+1 cas par rapport à la semaine dernière) ont été confirmés en Paca revenant principalement de Martinique (n = 9), Indonésie (n = 5), Comores (n = 4), Côte d'Ivoire (n = 4), Nouvelle-Calédonie (n = 4), Polynésie française (n = 3) ;
- 25 cas* importés de chikungunya (+1 cas par rapport à la semaine dernière) ont été confirmés revenant de Maurice (n = 11), Guyane française (n = 5), Bénin (n = 2), Madagascar (n = 2), Mayotte (n = 2), Cameroun (n = 1), Indonésie (n = 1), Sri-Lanka (n = 1) ;
- aucun cas* importé de Zika n'a été confirmé .

Situation au niveau national : données de surveillance 2026

Tableau 2 – Cas* importés (confirmés et probables) de dengue, de chikungunya et du virus Zika en Paca, saison 2026 (du 01/05/2026 au 05/10/2026)

Zone	Dengue	Chikungunya	Zika
Alpes-de-Haute-Provence	0	2	0
Hautes-Alpes	0	0	0
Alpes-Maritimes	3	5	0
Bouches-du-Rhône	30	13	0
Var	12	5	0
Vaucluse	3	0	0
Paca	48	25	0

Source : Voozarbo, Santé publique France.

* Cas ayant été virémiques pendant la période de surveillance renforcée (1^{er} mai – 30 novembre).

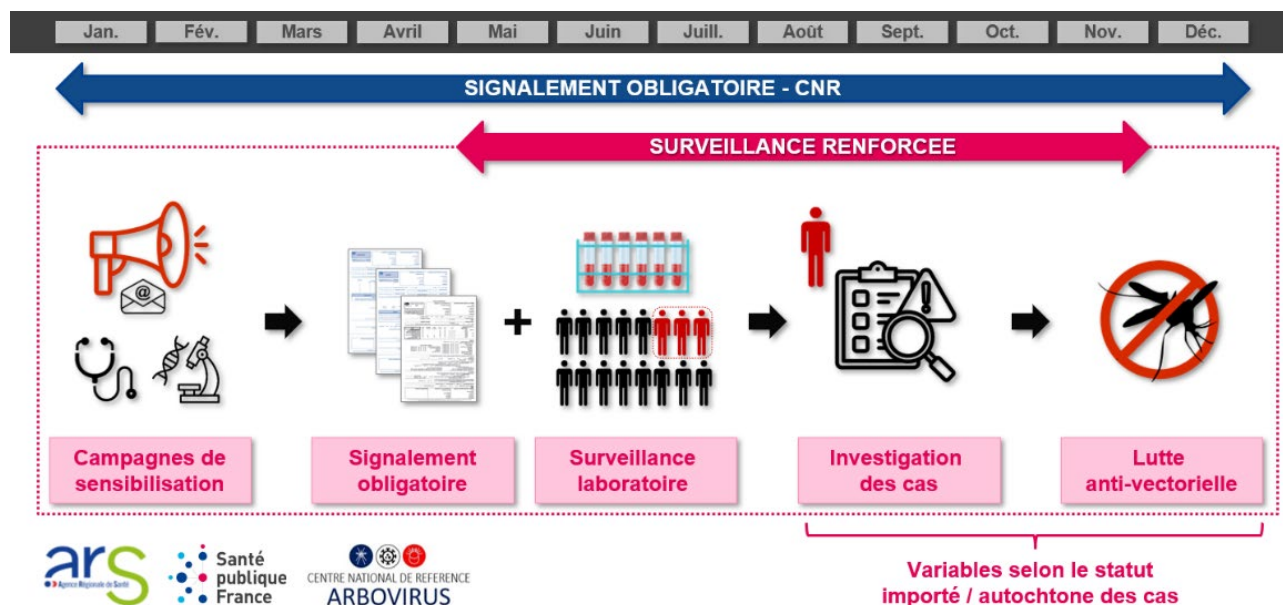
Modalités de la surveillance renforcée en hexagone

La surveillance de la dengue, du chikungunya et du Zika repose sur le **signalement obligatoire** des cas documentés biologiquement. Cette surveillance est mise en place toute l'année en France hexagonale.

Pendant la période d'activité du vecteur, de mai à novembre, la surveillance est renforcée pour faire face au risque de transmission locale de ces virus (Figure 1).

Chaque cas identifié donne lieu à une investigation épidémiologique par l'ARS, en collaboration avec Santé publique France en région. Le niveau d'investigation et les mesures de contrôle, principalement la lutte antivectorielle (LAV), dépendent du statut importé ou autochtone (absence de notion de voyage dans une zone de circulation connue du virus dans les 15 jours précédant le début des symptômes) du cas. L'identification d'une circulation locale (cas autochtone) entraîne une recherche active de cas (enquêtes en porte-à-porte dans les zones de circulation, sensibilisation des professionnels de santé de proximité) et une LAV renforcée.

Figure 1 – Dispositif de surveillance du chikungunya, de la dengue et du Zika, France hexagonale



En complément des interventions de démoustication, **il est primordial d'appliquer des mesures de protection individuelle contre les piqûres de moustiques.**

Ces moyens de prévention s'appliquent aux cas et à leur entourage, aux patients présentant des signes cliniques compatibles en attente de résultats biologiques, ainsi qu'aux personnes se rendant dans une région à risque pendant leur voyage et à leur retour.

Il est également préconisé de limiter ses déplacements afin de limiter le risque d'infecter des moustiques présents dans différentes zones géographiques.

Principaux messages de prévention à l'attention des personnes atteintes de la dengue, du chikungunya ou du Zika



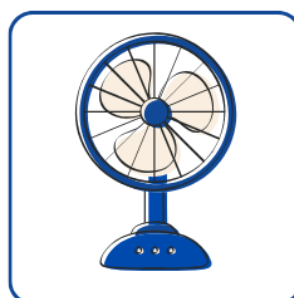
Soyez prudents : adoptez les bons gestes pour éviter de vous faire piquer et de transmettre la maladie



Portez des vêtements amples et couvrants



Appliquez des répulsifs cutanés



Utilisez des ventilateurs



Limitez vos déplacements

D'autres moyens de protection existent : moustiquaires, diffuseurs électriques, serpentins en extérieur...

Infections à virus West-Nile

Surveillance humaine

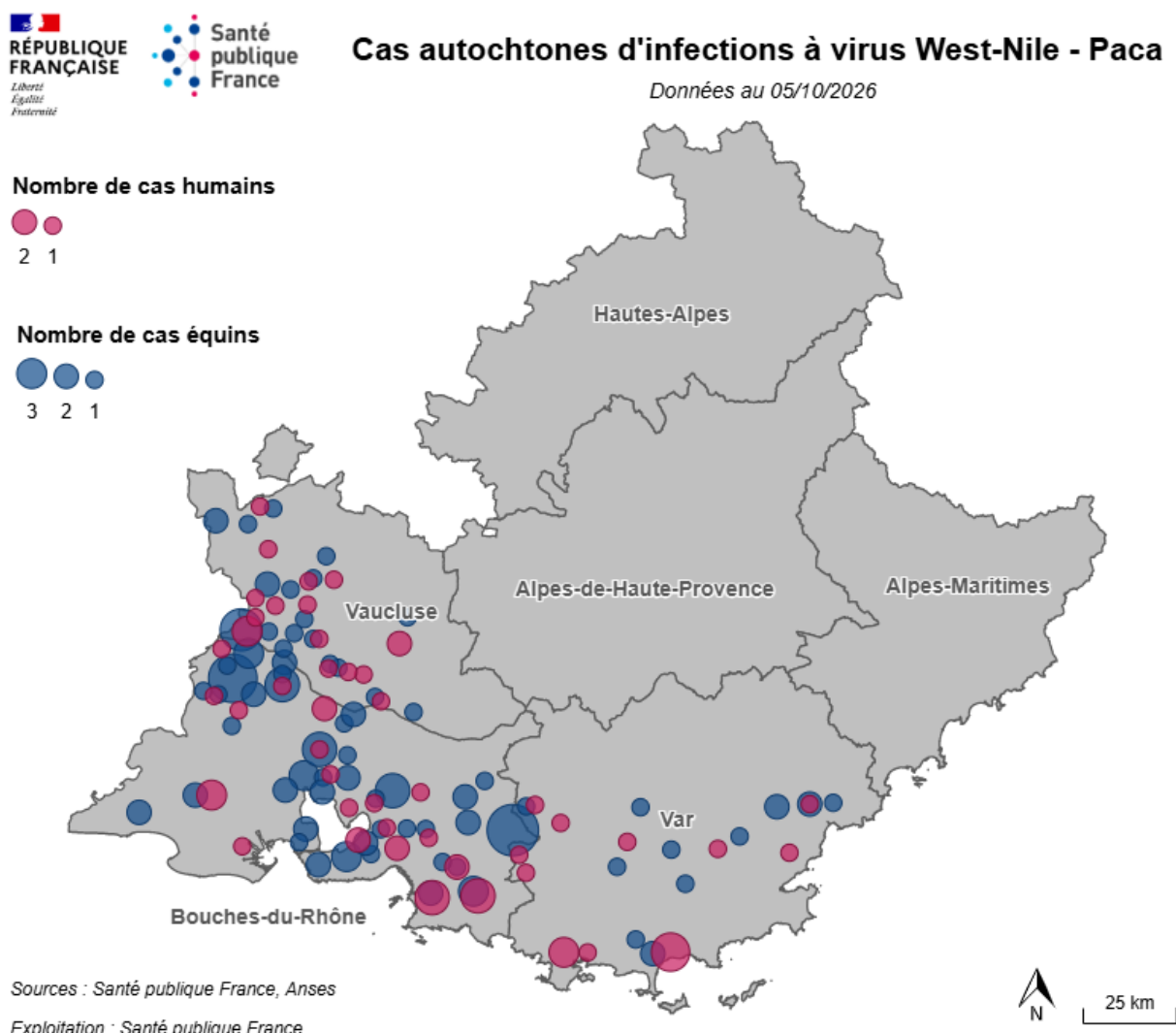
Synthèse au 07/10/2026

En région Paca, **66 cas d'infection à virus West Nile (VWN)** ont été enregistrés cette saison (**+ 6 cas** par rapport au bilan précédent). Il s'agit de cas résidant ou ayant séjourné dans les départements des **Bouches-du-Rhône** (31 cas soit **+3 cas**), de **Vaucluse** (18 cas soit **+1**) et du **Var** (17 cas soit **+2**) (Figure 2).

Plusieurs cas équins, stationnés dans la région, ont été également validés par le laboratoire national de référence (LNR) West-Nile de l'Anses : 87 (**+2**) dans les Bouches-du-Rhône, 25 (**+3**) dans le Vaucluse et 14 (**+2**) dans le Var.

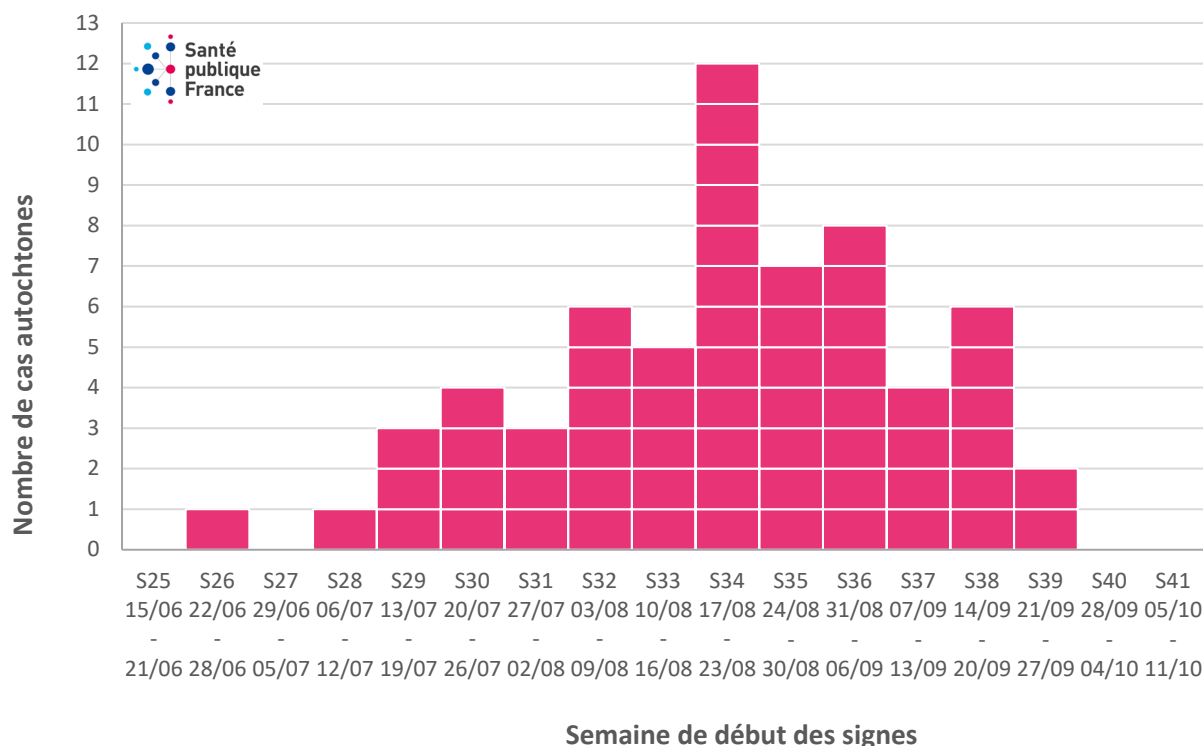
La présence simultanée de cas humains et équins dans les mêmes zones associée aux nombreux nouveaux cas identifiés dans les Bouches-du-Rhône, le Var et le Vaucluse mettent en évidence une circulation active du virus dans ces départements.

Figure 2 – Carte des cas autochtones d'infection à virus West-Nile en Paca, saison 2026 (point au 05/10/2026)



Les cas humains ont débuté leurs signes entre le 25/06/2026 et le 26/09/2026 (Figure 3) : 40 cas ont présenté une forme fébrile et **22 cas une forme neuroinvasive (30%)**. Au total, **31 cas (47%) ont été hospitalisés (+4)**. Aucun décès n'a été rapporté.

Figure 3 – Courbe épidémique des cas humains autochtones d'infection à virus West-Nile en Paca, saison 2026 (point au 05/10/2026) (n = 62, 4 cas asymptomatiques)



Si la région Paca reste la plus touchée, au 05/10, 36 cas ont aussi été détectés en Occitanie, 24 en Ile-de-France, 8 en Pays-de-la-Loire, 6 en Nouvelle-Aquitaine, 5 en Auvergne-Rhône-Alpes et 1 en Centre-Val-De-Loire.

Pour en savoir plus sur la situation nationale : [cliquez ici](#)

Modalités de la surveillance renforcée dans l'hexagone

La surveillance des infections à VWN est une surveillance pluridisciplinaire qui s'inscrit dans une approche « une seule santé ». Elle est organisée en quatre volets : le volet humain, le volet équin, le volet aviaire et le volet entomologique. Ces dispositifs complémentaires permettent de donner l'alerte, de définir les zones et les périodes de circulation et de caractériser les virus.

La surveillance humaine repose sur le **signalement obligatoire des cas documentés biologiquement** (Figure 4). Comme pour le chikungunya, la dengue et le Zika, elle est mise en place toute l'année en France hexagonale et est renforcée de mai à novembre. L'objectif principal est de repérer précocement la circulation du VWN pour **sécuriser les produits issus du corps humain**. Depuis 2024, cette sécurisation est réalisée à titre préventif dans certains départements pendant la période à risque.

Si la surveillance humaine des infections à VWN a des similitudes avec celle du chikungunya, de la dengue et du Zika, les mesures de contrôle sont très différentes. Elles reposent principalement sur la sécurisation des produits issus du corps humain, la LAV n'étant qu'un outil secondaire. Par ailleurs, l'homme étant un cul-de-sac épidémiologique et les mesures de sécurisation étant prises à l'échelle d'un département, **il n'y a pas de recherche active de cas suite à l'identification d'un cas autochtone**.

En complément des mesures de sécurisation des dons, **il est primordial d'appliquer des mesures de protection individuelle contre les piqûres de moustiques** (Figure 5).

Figure 4 – Dispositif de surveillance des infections à virus West-Nile, France hexagonale

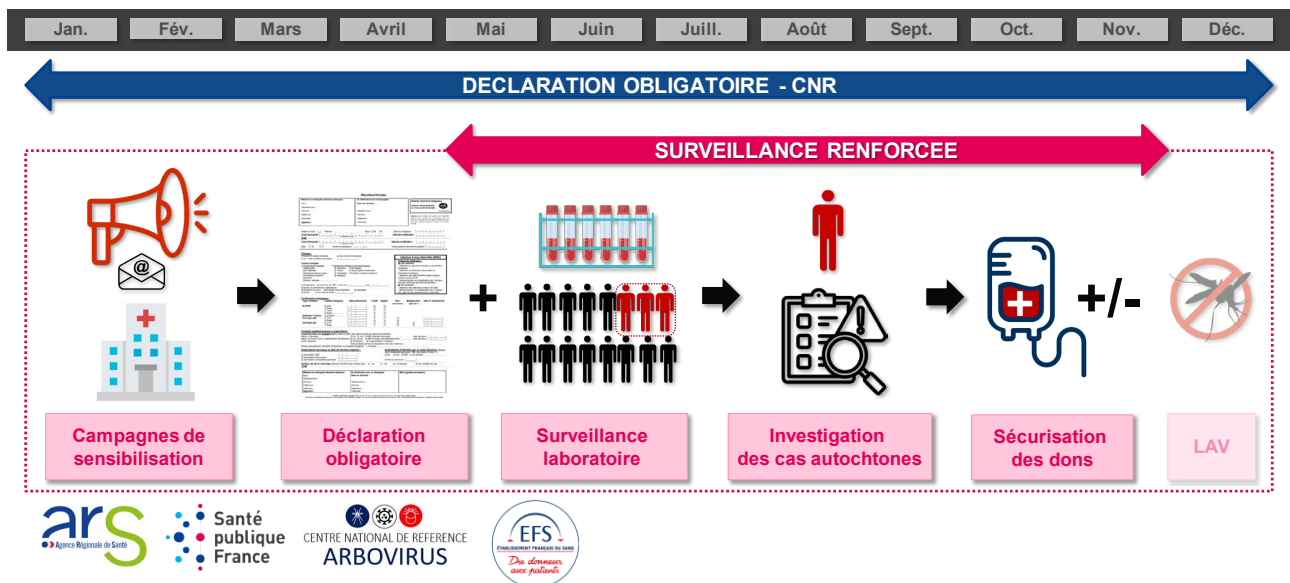
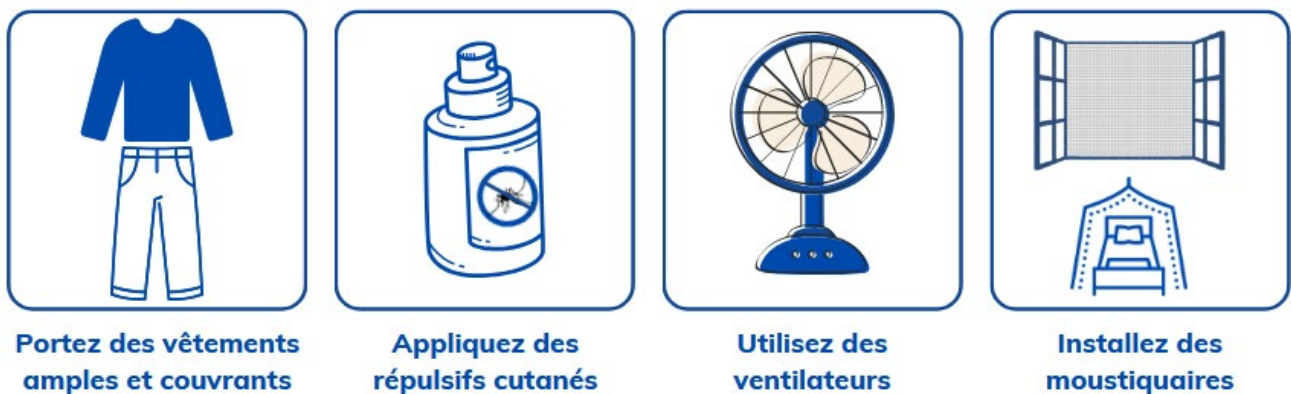


Figure 5 – Mesures de protection individuelle contre les piqûres de moustiques



Infections respiratoires aiguës

Synthèse de la semaine 40-2026

Grippe et syndromes grippaux : activité faible

Bronchiolite (moins de 1 an) : activité en hausse dans les services des urgences, mais qui reste faible

Covid-19 : activité en hausse pour les associations SOS Médecins, stable dans les services d'urgences, mais **nettement inférieures aux 2 années précédentes**

En France hexagonale, l'ensemble des régions hexagonales est au niveau de base pour la grippe et la bronchiolite.

Retrouvez tous les indicateurs concernant les IRA sur le [site Odissé](#) (site d'open data de Santé publique France).

	Actes SOS Médecins			Passages aux urgences			Proportion d'hospitalisation après un passage		
Part d'activité pour la pathologie (%)	S39	S40	Variation (S/S-1)	S39	S40	Variation (S/S-1)	S39	S40	Variation (S/S-1)
bronchiolite (moins de 1 an)	3,3	2,0	↘	5,3	7,5	↗	44,8	26,9	↘*
grippe/syndrome grippal	6,9	6,1	↘	0,2	0,2	→	20,3	18,5	↘
Covid-19 et suspicions	1,2	1,6	↗	0,3	0,2	→	34,5	42,0	↗
pneumopathie aiguë	0,5	0,7	→	1,5	1,3	→t	63,1	61,1	↘
bronchite aiguë	5,6	4,9	→	0,4	0,4	→	11,5	12,0	→
Total IRA basses**	14,1	13,4	→	2,5	2,4	→	46,9	43,0	↘

** 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^{1, 2, 3}

Bronchiolite^{1, 2}

Taux de passages aux urgences**

Covid-19²

Grippe
Niveau d'alerte régional

Santé publique France



● Épidémie ● Pré-épidémie ● Post-épidémie ● Pas d'épidémie

○ Non communiqué

Antilles, Guyane : niveau d'alerte pour la semaine précédente.

Bronchiolite
Niveau d'alerte régional

Santé publique France



● Épidémie ● Pré-épidémie ● Post-épidémie ● Pas d'épidémie

○ Non communiqué

Antilles, Guyane : niveau d'alerte pour la semaine précédente.

Covid-19
Taux de passage aux urgences

Santé publique France



● < 0,25% ● < 0,50% ● < 1%

● < 2% ● ≥ 2%

Mises à jour le 07/10/2026. * Antilles et Guyane : niveau d'alerte pour la semaine précédente. ** Données non disponibles pour Mayotte. Sources : ¹ SOS Médecins, ² OSCOUR®, ³ réseau Sentinelles + IQVIA.

Grippe et syndromes grippaux

Niveau de base

En S40, l'activité des associations SOS Médecins pour grippe/syndrome grippal est en baisse après 3 semaines de hausse, à un niveau habituel à cette période. Elle reste très faible dans les services d'urgence (tableau 3, figure 5).

Le taux d'incidence pour syndrome grippal relevé par le réseau Sentinelles + IQVIA en S40, non encore consolidé, était de 80 pour 100 000 habitants [IC95% : 56 ; 103] vs 58 pour 100 000 habitants [40 ; 75] en S39.

En S40, le taux de positivité des tests RT-PCR pour grippe (tous âges) est stable dans les laboratoires de ville (0,9 vs 1,1 % en S39, réseau Relab) et dans les laboratoires hospitaliers (0,9 % en S39 et S40, réseau Renal). En S40, 7 virus de type A, tous non sous-typés, ont été diagnostiqués dans le réseau Renal en Paca

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

Tableau 3 – Indicateurs de surveillance syndromique de la grippe/syndrome grippal en Paca (point au 06/10/2026)

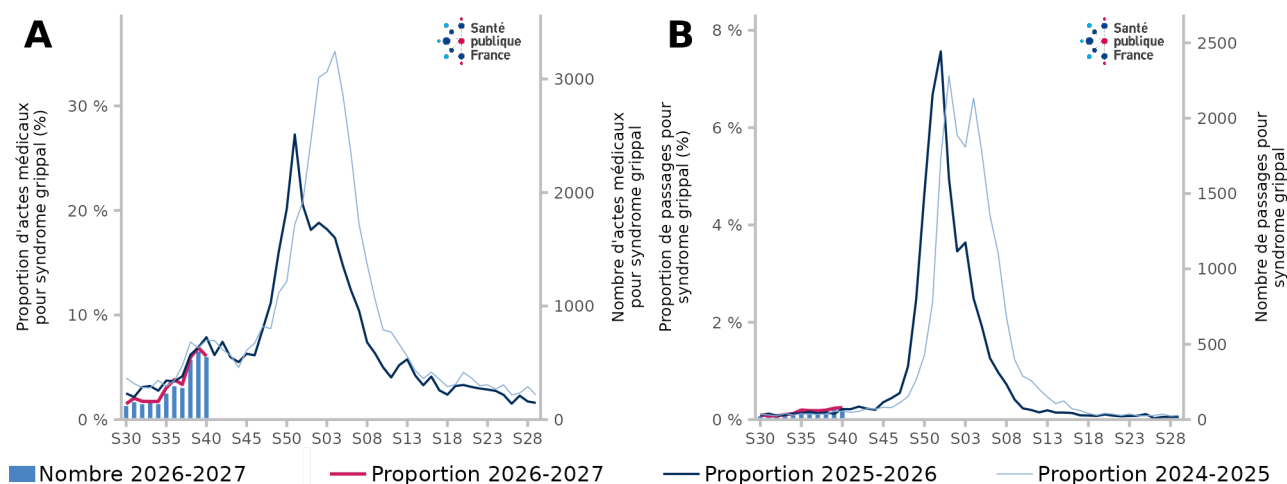
ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S38	S39	S40	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour grippe/syndrome grippal	538	612	564	-7,8 %*
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour grippe/syndrome grippal (%)	5,9	6,9	6,1	-0,8 pt*
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR	S38	S39	S40	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal	65	79	81	+2,5 %
Proportion de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal (%)	0,2	0,2	0,2	+0,0 pt
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal	8	16	15	-6,2 %
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal (%)	12,3	20,3	18,5	-1,8 pt

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

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

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

Figure 5 – 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 06/10/2026)



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

Bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an

Niveau de base

En S40, l'activité des associations SOS Médecins pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an reste très faible. Elle augmente régulièrement dans les urgences depuis S35 mais reste à un niveau comparable à celui observé les 2 saisons précédentes (Tableau 4, figure 6)

En S40, aucun cas de VRS (tous âges) n'a été diagnostiqué dans les laboratoires de ville, (réseau Relab) et 3 ont été diagnostiqués dans les laboratoires hospitaliers (réseau Renal).

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

Tableau 4 – Indicateurs de surveillance syndromique de la bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an en Paca (point au 06/10/2026)

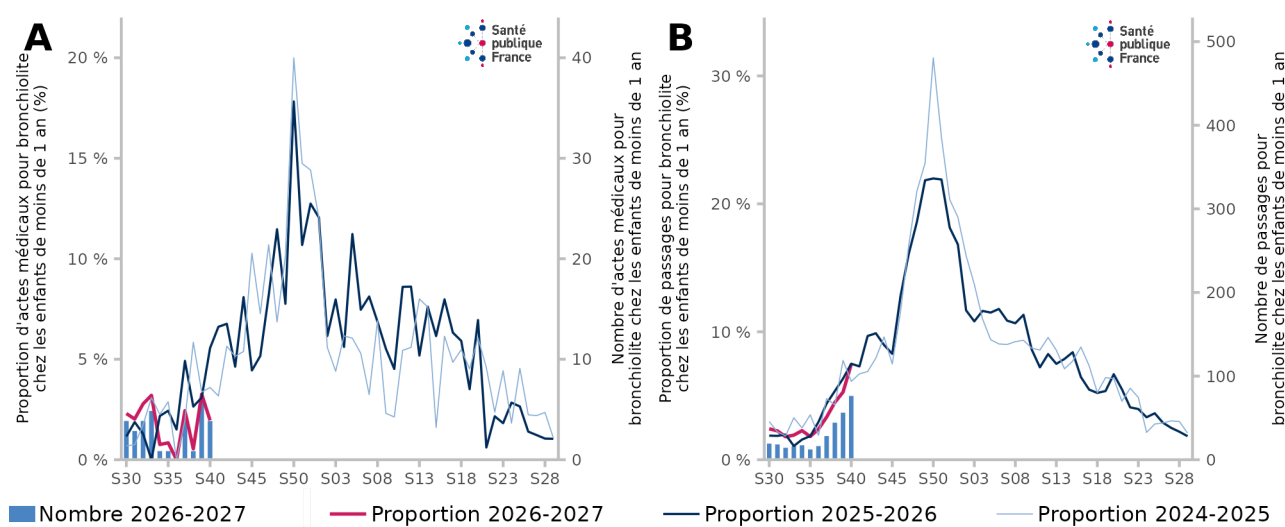
ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S38	S39	S40	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour bronchiolite	1	6	4	-33,3 %
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour bronchiolite (%)	0,5	3,3	2,0	-1,3 pt
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR	S38	S39	S40	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour bronchiolite	46	58	78	+34,5 %*
Proportion de passages aux urgences pour bronchiolite (%)	4,5	5,3	7,5	+2,2 pts*
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour bronchiolite	20	26	21	-19,2 %
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour bronchiolite (%)	43,5	44,8	26,9	-17,9 pts*

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

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

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

Figure 6 – 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 06/10/2026)



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

Covid-19

En S40, la part d'activité pour suspicion de Covid-19 dans les associations SOS Médecins est **en hausse** par rapport à S39 (tableau 5, figure 7) Cette hausse est observée depuis 4 semaines mais les valeurs observées restent **toujours nettement inférieures aux 2 années précédentes**.

La part d'activité aux urgences pour Covid-19 s'est stabilisée après 4 semaines de hausse. Le nombre et la proportion d'hospitalisation après passage aux urgences sont en augmentation.

En S40, le taux de positif des tests RT-PCR pour SARS-CoV-2 (tous âges) est en hausse dans les laboratoires de ville (14 % vs 10 % en S39, réseau Relab) et dans les laboratoires hospitaliers (8 % vs 6 % en S39, réseau Renal).

La hausse du niveau de circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées, observée depuis plusieurs semaines, se poursuit en S40, à un niveau supérieur à celui de l'an dernier à la même période (les 4 stations de traitement des eaux usées disposent de résultats interprétables) (figure 8).

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

Tableau 5– Indicateurs de surveillance syndromique de la Covid-19 en Paca (point au 06/10/2026)

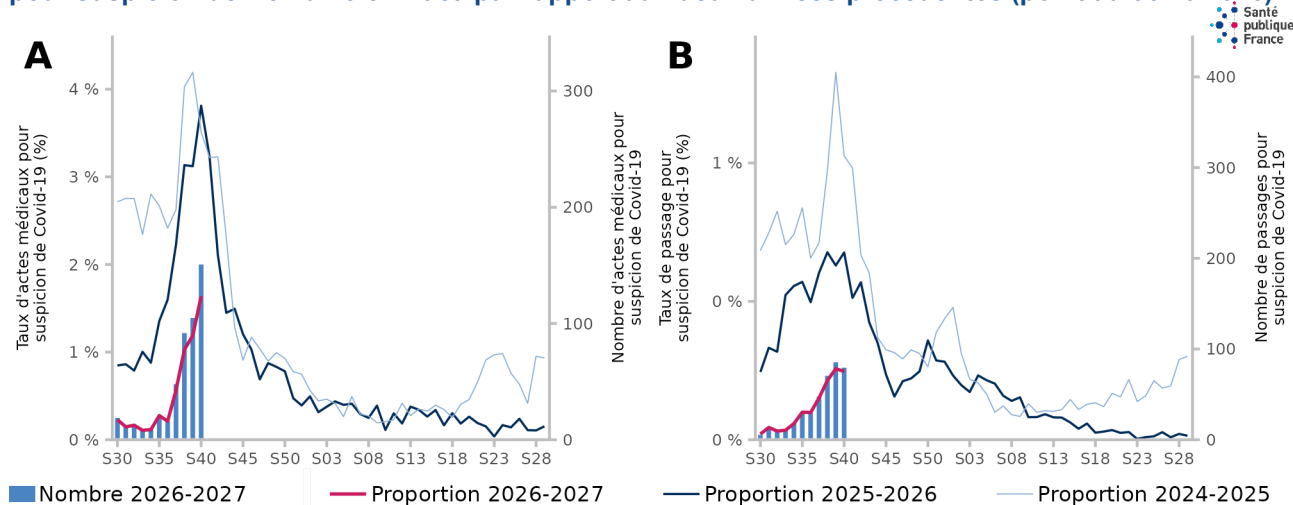
ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S38	S39	S40	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour suspicion de Covid-19	93	106	152	+43,4 %*
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de Covid-19 (%)	1,0	1,2	1,6	+0,4 pt*
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR	S38	S39	S40	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19	72	87	81	-6,9 %
Proportion de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 (%)	0,2	0,3	0,2	-0,1 pt
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour suspicion de Covid-19	23	30	34	+13,3 %
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour suspicion de Covid-19 (%)	31,9	34,5	42,0	+7,5 pts

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

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

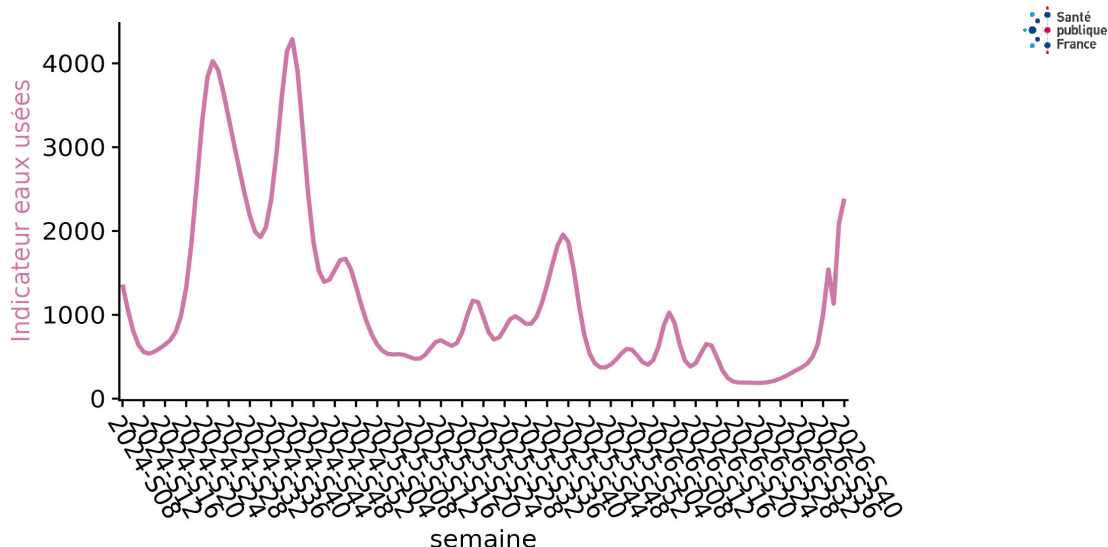
Sources : SurSaUD® – SOS Médecins, OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.

Figure 7 – 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 06/10/2026)



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

Figure 8 – Circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées, de S08-2024 à S40-2026, en Paca (point au 06/10/2026)

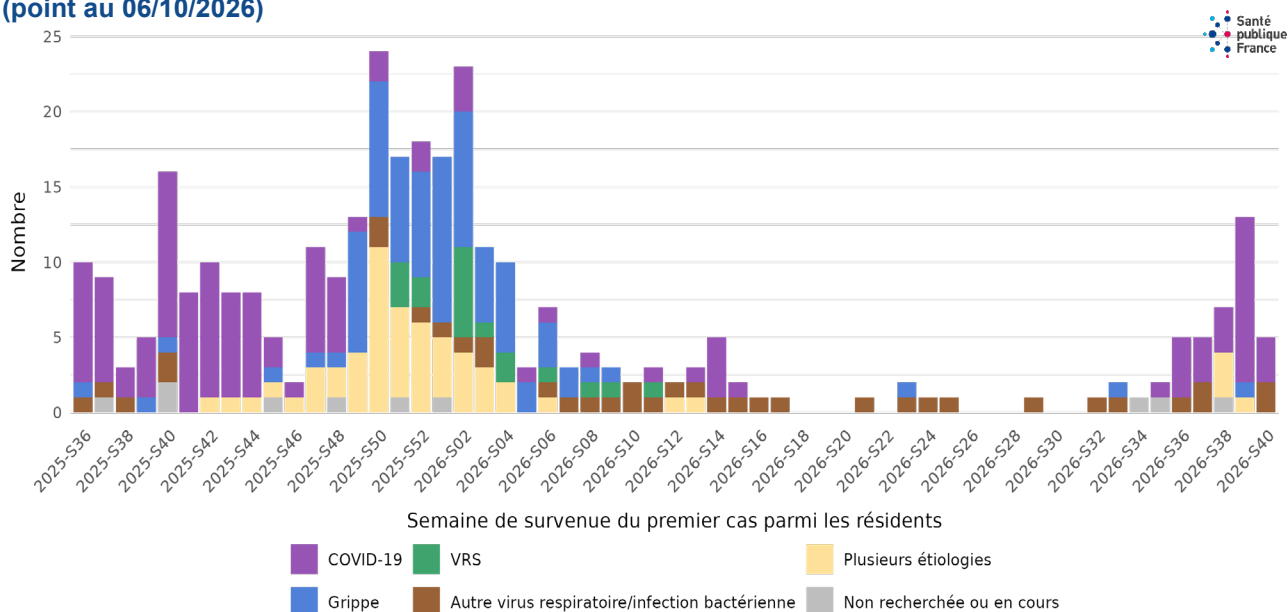


Sources : SUM'EAU. Exploitation : Santé publique France.

IRA en établissements médico-sociaux (EMS)

Dans les EMS, 5 épisodes de cas groupés d'IRA ont été signalés en S40 dont 3 étaient en lien avec la COVID-19 (aucun épisode en lien avec la grippe ou le VRS).

Figure 9 – Nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA en EMS par étiologie en Paca depuis S36-2025 (point au 06/10/2026)



Source : VoozIRA+. 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 ($\text{IMC} \geq 40$), les personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ou dans un établissement médicosocial 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^e et la 36^e 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®)
- clesrovimab (Enflonsia®), réservé aux nouveau-nés et aux bébés qui vivent leur toute première saison d'exposition au virus
- 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 2026-27 et sous réserve que la mère n'ait pas été vaccinée et
- à ceux nés entre février et août 2026 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.



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.

Actualités

- **Mois sans tabac 2026 : ouverture des inscriptions**

Plus d'un fumeur quotidien sur deux (55 %) souhaite arrêter de fumer. Pour les aider, Mois sans tabac revient pour sa 11^{ème} édition avec un accompagnement gratuit et personnalisé.

Dès aujourd'hui, les fumeurs peuvent s'inscrire sur mois-sans-tabac.fr pour relever ce défi de 30 jours sans tabac, porté par Santé publique France et le ministère en charge de la Santé en partenariat avec l'Assurance Maladie.

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

- **La Santé en action, 2026, n° 474 - Grandir avec les écrans.**

La vie ultra-connectée est aujourd'hui une réalité : en 2025, chaque foyer en France possède plus de dix appareils numériques. De facto, les écrans sont très présents dans le quotidien des enfants et des adolescents et les inégalités sociales sont marquées. Les impacts sur la santé physique sont aujourd'hui bien documentés. Ils le sont un peu moins sur la santé psychique. Les études relativisent l'impact des écrans sur le développement cognitif des enfants, s'il est encadré. Différents outils sont mis à disposition par les associations, par les professionnels de la petite enfance. L'éducation aux médias s'avère essentielle pour les jeunes, de même que les interventions - en milieu scolaire notamment - qui les incitent à se déconnecter.

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

- **BEH n°21, octobre 2026.**

Description des épidémies de grippe dans les territoires français d'outre-mer entre janvier 2012 et juillet 2022

Bilans de santé en école maternelle réalisés par la Protection maternelle et infantile en Hauts-de-France : prévention et dimensionnement de l'offre de soins

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

A vos agendas !



Nouvelle édition des Rencontres de Santé publique France avec pour fil rouge « L'innovation »

Au programme : une journée avec **une session plénière** et **8 ateliers parallèles** explorant des enjeux majeurs de santé publique, des thèmes variés, et **une journée de formation** inédite avec **6 sessions animées par des experts**.

Nous vous invitons dès à présent à découvrir :

- [le pré-programme](#)
- [l'offre de formation](#)
- à vous [inscrire aux conférences](#) de votre choix.

Pour toute question :

info@rencontresantepubliquefrance.fr

Partenaires

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

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 établissements 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 ainsi que l'ensemble des professionnels de santé.



SIGNALER - ALERTER - DECLARER

ARS PACA

24/24
7/7

Un point focal unique pour tous les signalements
sanitaires et médico-sociaux en Paca

04 13 55 8000

ars-paca-alerte@ars.sante.fr

04 13 55 83 44

REPUBLICQUE FRANÇAISE

ars

ARS PACA - ARS ALPES CÔTE D'AZUR

Équipe de rédaction

Clémentine CALBA, Joël DENIAU, Florian FRANKE, Marie GRUNENWALD, Guillaume HEUZE, Jean-Luc LASALLE, Quiterie MANO, Isabelle MERTENS-RONDELART, Dr Laurence PASCAL, Lauriane RAMALLI, Wouter VAN DYCK

Rédactrice en chef : Dr Céline CASERIO-SCHÖNEMANN

Pour nous citer : Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Édition Provence-Alpes-Côte d'Azur. 7 octobre 2026. Saint-Maurice : Santé publique France, 16 pages, 2026.

Directeur de publication : Dr Etienne POT, directeur général par interim

Date de publication : 7 octobre 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr