



Bulletin

Surveillance épidémiologique

Semaine 43-2026 (du 19 au 25 octobre 2026). Publication : 28 octobre 2026

ÉDITION PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR



Points clés



Arboviroses (page 2)

- **Nouvel épisode de transmission autochtone de chikungunya** et circulation toujours active dans la commune de Cavalaire-sur-Mer (Var).
- **West-Nile 2026 en Paca : 150% de cas en plus par rapport à 2025.**



Infections respiratoires aiguës (page 5)

En semaine 43, l'activité pour IRA est à son **niveau de base en ville et à l'hôpital** (à noter : *pas de données SOS Médecins disponibles pour S42*).

- **Grippe et syndromes grippaux** : niveau de base, activité faible.
- **Bronchiolite** : niveau de base, activité stable aux urgences. Circulation de rhinovirus/entérovirus, également responsables de bronchiolite.
- **Covid-19** : le SARS-CoV2 circule toujours activement, mais le recours aux soins d'urgences pour Covid-19 est toujours inférieur à celui de l'an dernier.

Une synthèse sur l'efficacité vaccinale des vaccins contre la grippe, la Covid-19 et le VRS sur la saison 2025-2026 est proposée en page 10.

Santé publique France organise une nouvelle série de webinaires co-construits avec ses partenaires.

Un premier webinaire destiné aux urgentistes sera proposé avec l'ORU PACA le 6 novembre à 13h (lien de connexion sur demande).



Maladies à signalement obligatoire (page 14)

50 signalements obligatoires notifiés à Santé publique France en septembre 2026, en baisse par rapport à septembre 2025 (= 62), pour l'hépatite A (13 vs 19 signalements en octobre 2025) mais également la rougeole et les TIAC.

Arboviroses

Surveillance du chikungunya, de la dengue et du Zika

Point de situation au 26/10/2026

Un nouvel épisode de transmission autochtone de chikungunya a été détecté dans la commune de Grimaud dans le Var. L'identification du cas a été tardive : le cas a débuté sa maladie début septembre. Une maladie auto-immune avait dans un 1^{er} temps été évoquée.

L'épisode de Cavalaire est toujours très actif. Les 32 cas autochtones (+6 cas par rapport à la semaine précédente) ont débuté leurs signes entre le 08/09 et le 20/10. Ils résident, ou ont séjourné, dans deux zones de circulation distantes d'environ 400 mètres. L'origine de la transmission du virus dans ces 2 communes n'a pas été identifiée.

Le bilan en Paca (Tableau 1) est de 5 épisodes : 2 de dengue (4 cas) et 3 de chikungunya (35 cas).

Tableau 1 – Episodes de dengue et de chikungunya en Paca, saison 2026 (du 01/05/2026 au 26/10/2026)

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	07/08	O
Chikungunya	Var	Grimaud	1	04/09	/	O
Chikungunya	Var	Cavalaire-sur-Mer	32	08/09	20/10	N
Chikungunya	Var	Saint-Raphaël	2	19/09	27/09	N
Dengue	Var	La Farlède	2	28/09	09/10	N

La pression d'importation est faible cette saison. Seulement 50 cas importés de dengue (+1 cas par rapport à la semaine dernière) et 26 cas importés de chikungunya (pas de nouveau cas) (Tableau 2) ont été enregistrés depuis le 01/05 (début de la période de surveillance renforcée de ces arboviroses).

Tableau 2 – Cas importés de dengue, de chikungunya et du virus Zika en Paca, saison 2026 (du 01/05/2026 au 26/10/2026)

Zone	Dengue	Chikungunya	Zika
Alpes-de-Haute-Provence	0	2	0
Hautes-Alpes	0	0	0
Alpes-Maritimes	3	5	0
Bouches-du-Rhône	32	14	0
Var	12	5	0
Vaucluse	3	0	0
Paca	50	26	0

Source : Voozarbo, Santé publique France.

Les cas importés de dengue revenaient principalement des territoires ultramarins français, mais aussi d'Asie du Sud-Est, d'Afrique et d'Amérique Latine. Les cas de chikungunya avaient voyagé principalement dans l'Océan Indien et en Guyane.

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

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

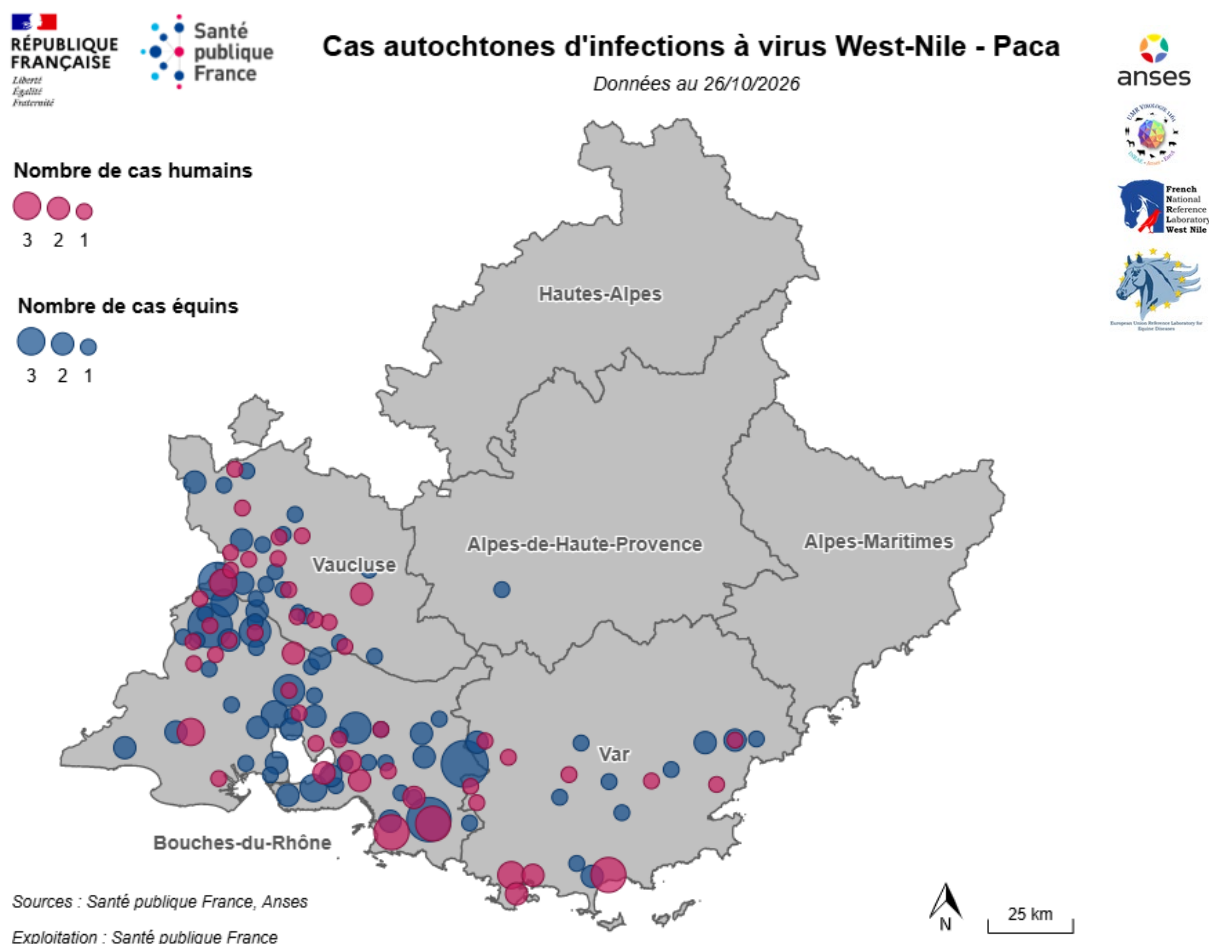
- le diagnostic doit être évoqué devant toute forme clinique évocatrice ;
- les cas doivent être signalés à l'ARS Paca afin d'orienter les interventions visant à limiter la transmission ;
- les messages de prévention doivent être diffusés aux cas suspects et au grand public.

Surveillance des infections à virus West-Nile

Point de situation au 26/10/2026

En région Paca, **75 cas d'infection à virus West Nile (VWN)** ont été enregistrés cette saison (+ 2 cas par rapport au bilan précédent). Il s'agit de cas résidant ou ayant séjourné dans les départements des **Bouches-du-Rhône** (37 cas, +1 cas), de **Vaucluse** (18 cas) et du **Var** (20 cas, +1) (Figure 1). **Près de 40% des cas de l'hexagone se sont contaminés dans la région.**

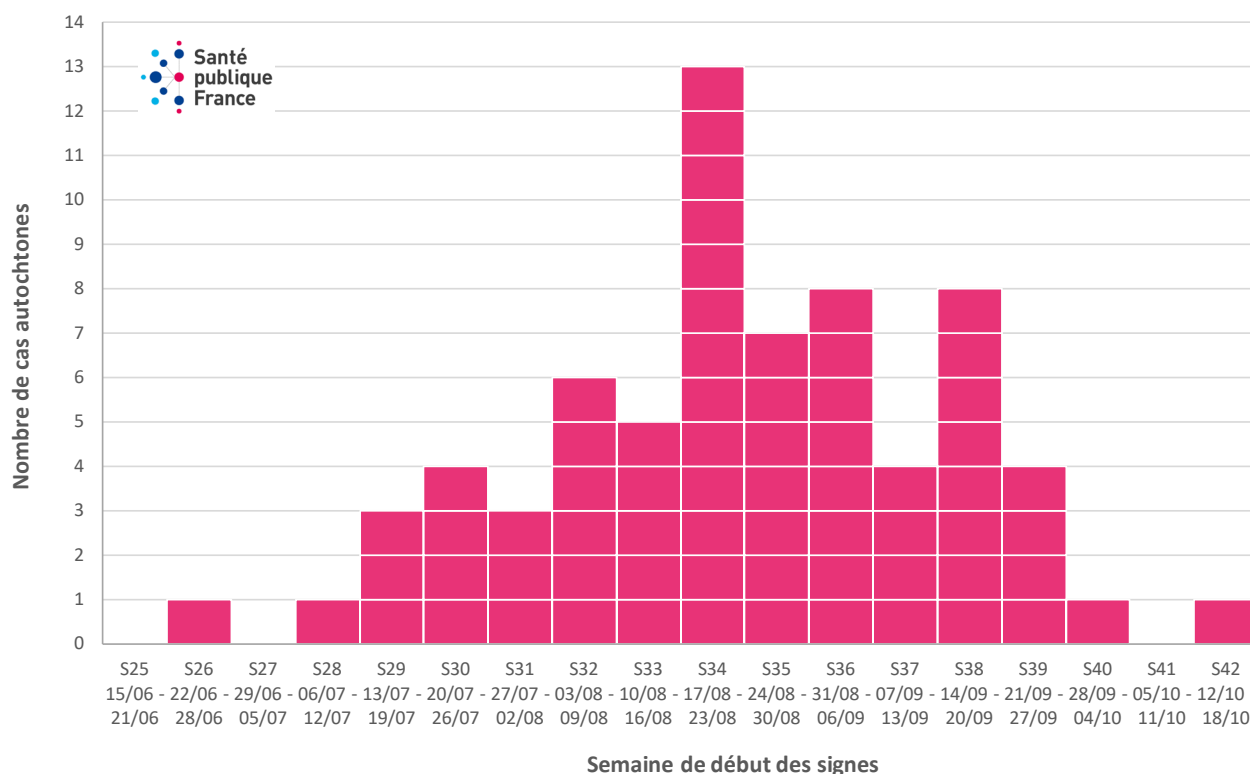
Figure 1 – Carte des cas autochtones d'infection à VWN en Paca, saison 2026 (point au 26/10/2026)



Les cas humains ont débuté leurs signes entre le 25/06 et le 12/10 (Figure 2) : 44 cas ont présenté une forme fébrile et **25 cas une forme neuroinvasive (33%)**.

Au total, **34 cas (45%) ont été hospitalisés**.

Figure 2 – Courbe épidémique des cas humains autochtones d'infection à virus West-Nile en Paca, saison 2026 (point au 26/10/2026) (n = 69, 6 cas asymptomatiques)



De très nombreux cas équins (139 cas), stationnés dans la région, ont également été validés par le laboratoire national de référence (LNR) West-Nile de l'Anses : 98 dans les Bouches-du-Rhône, 26 dans le Vaucluse, 14 dans le Var et 1 dans les Alpes-de-Haute-Provence.

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

Prévention des arboviroses



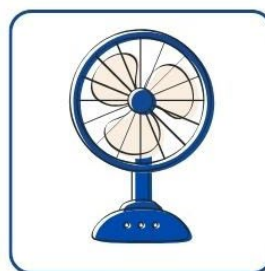
**Adoptez les bons gestes
pour éviter les piqûres de moustiques**



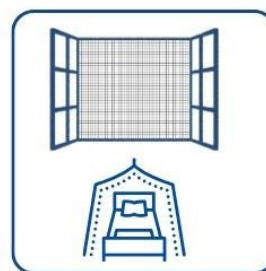
**Portez des vêtements
amples et couvrants**



**Appliquez des
répulsifs cutanés**



**Utilisez des
ventilateurs**



**Installez des
moustiquaires**



**Si vous pensez avoir attrapé le chikungunya, la dengue ou le Zika,
protégez-vous davantage et limitez vos déplacements**



Infections respiratoires aiguës

Synthèse de la semaine 43-2026

Suite à un problème de transmission de données depuis le 18 octobre, les indicateurs SOS Médecins ne sont pas présentés dans ce bulletin.

- **IRA : niveau de base**, indicateurs globalement stables.
- **Grippe et syndromes grippaux : niveau de base**, activité faible et stable. Virus majoritairement de type A (sous-typage non disponible dans la région).
- **Bronchiolite (moins de 1 an) : niveau de base**, activité stable dans les services d'urgences. Circulation des rhinovirus/entérovirus actuellement dans l'Hexagone.
- **Covid-19 : circulation du virus SARS-Cov2 mais peu d'impact sur le recours aux soins d'urgence** (stable sans les services d'urgences).

Les signalements de cas groupés d'IRA en établissements médico-sociaux signalés depuis fin septembre sont principalement liés à la Covid-19.

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

Indicateurs clés

Part d'activité pour la pathologie (%)	Passages aux urgences			Proportion d'hospitalisation après un passage		
	S42	S43	Variation (S/S-1)	S42	S43	Variation (S/S-1)
bronchiolite (moins de 1 an)	5,8	6,3	↗	37,7	27,8	↘
grippe/syndrome grippal	0,3	0,3	→	23,0	25,0	→
Covid-19 et suspicions	0,3	0,3	→t	39,3	31,5	↘
pneumopathie aiguë	1,4	1,7	→	69,2	69,6	→
bronchite aiguë	0,4	0,5	→	10,7	14,1	↗
Total IRA basses**	2,6	2,9	→*	49,0	48,6	→

* évolutions à interpréter avec précaution au vu des faibles effectifs.

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

Sources : SurSaUD® – OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.

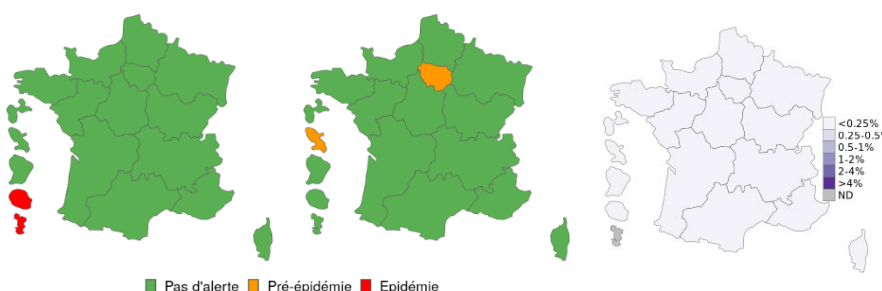
Niveau d'alerte régional*

Grippe et syndromes grippaux^{1, 2, 3}

Bronchiolite^{1, 2}

Taux de passages aux urgences**

Covid-19²



Santé
publique
France

Mises à jour le 27/10/2026. * 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

En S43, l'activité pour grippe/syndrome grippal dans les services des urgences est **en baisse** et reste faible dans les services des urgences du réseau OSCOUR® (tableau 3, figure 3).

Le taux d'incidence pour syndrome grippal relevé par le réseau Sentinelles + IQVIA était de 124 pour 100 000 habitants [IC95% : 98 ; 149] vs 150 pour 100 000 habitants [122 ; 177] en S42 (non encore consolidé pour S43)

Le taux de positivité des tests RT-PCR pour grippe (tous âges) est **globalement stable** dans les laboratoires de ville Relab (1,2 vs 1,9 % en S42) et hospitaliers Renal (0,70 % vs 0,48 en S42).

Depuis le début de la surveillance (S40), 17 virus de type A, tous non sous-typés, et 3 virus de type B ont été diagnostiqués dans le réseau Renal en Paca (*transmission incomplète des données Renal en S43*)

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

Tableau 3 – Indicateurs de surveillance syndromique de la grippe/syndrome grippal en Paca (point au 27/10/2026)

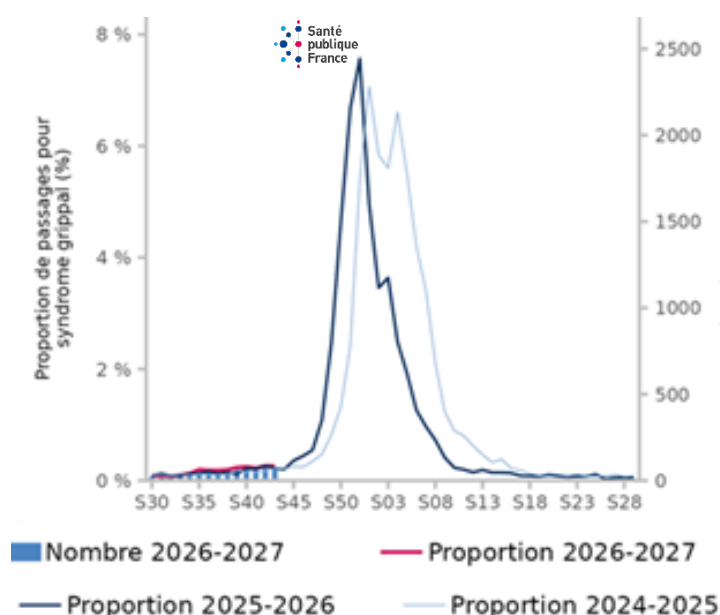
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR	S41	S42	S43	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal	72	87	76	-12,6 %
Proportion de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal (%)	0,2	0,3	0,3	+0,0 pt
Nombre d'hospitalisations après passage pour grippe/syndrome grippal	11	20	19	-5,0 %
Proportion d'hospitalisations après passage pour grippe/syndrome grippal (%)	15,3	23,0	25,0	+2,0 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).

Sources : SurSaUD® OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.

Figure 3 – Nombre et proportion de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal en Paca par rapport aux deux années précédentes (point au 27/10/2026)



Sources : SurSaUD® - OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.

Bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an

En S43, dans les services d'urgences, la part d'activité est stable depuis S40, autour de 6 %, soit un niveau comparable voire légèrement inférieur à celui observé les 2 saisons précédentes (Tableau 4, figure 4).

En S43, un seul prélèvement positif à VRS (tous âges) a été identifié dans les laboratoires de ville Relab et un seul également dans les laboratoires hospitaliers Renal (*transmission incomplète des données Renal en S43*).

D'autres virus susceptibles d'induire une bronchiolite circulent actuellement dans l'Hexagone, en particulier des rhinovirus/entérovirus.

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 27/10/2026)

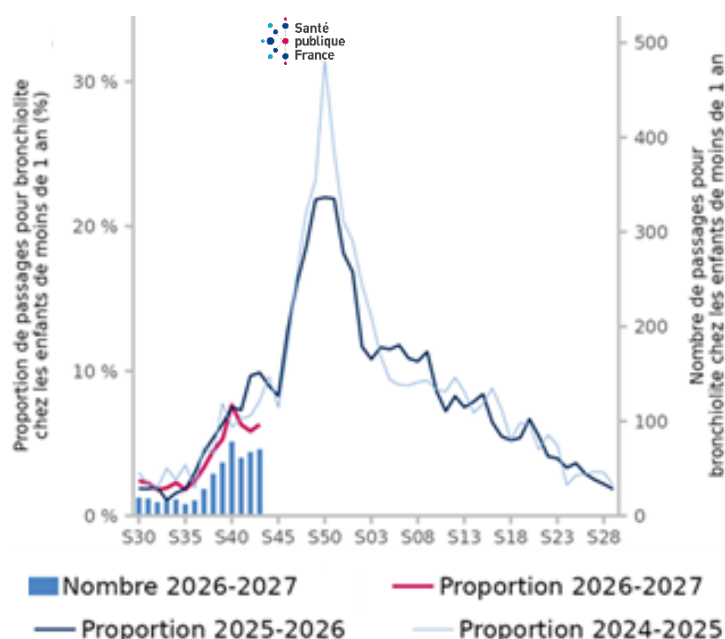
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR	S41	S42	S43	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour bronchiolite	63	69	72	+4,3 %
Proportion de passages aux urgences pour bronchiolite (%)	6,3	5,8	6,3	+0,5 pt
Nombre d'hospitalisations après passage pour bronchiolite	18	26	20	-23,1 %
Proportion d'hospitalisations après passage pour bronchiolite (%)	28,6	37,7	27,8	-9,9 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).

Sources : SurSaUD® - OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.

Figure 4 – Nombre et proportion de passages aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an en Paca par rapport aux deux années précédentes (point au 27/10/2026)



Sources : SurSaUD® – OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.

Covid-19

En S43, la part d'activité aux urgences pour Covid-19 est **stable**. La proportion d'hospitalisation après passage aux urgences est en légère baisse (tableau 5, figure 5).

En S43, le taux de positivité des tests RT-PCR pour SARS-CoV-2 (tous âges) **fluctue à la hausse dans les laboratoires de ville Relab** (13,0 % vs 10,4 % en S42) et à la baisse dans les laboratoires hospitaliers Renal (3,3 % vs 9,0% en S42) (*transmission incomplète des données Renal en S43*).

En S43, le niveau de circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées est **en hausse**, à un niveau supérieur à celui de l'an dernier à la même période (figure 6).

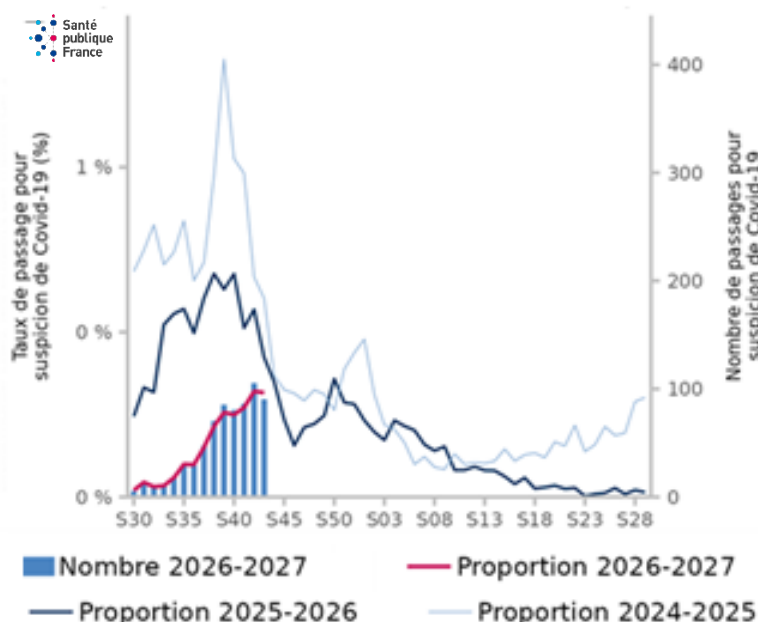
Situation au niveau national : [cliquez ici](#)

Tableau 5 – Indicateurs de surveillance syndromique de la Covid-19 en Paca (point au 27/10/2026)

SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR	S41	S42	S43	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19	88	107	92	-14,0 %
Proportion de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 (%)	0,3	0,3	0,3	+0,0 pt
Nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de Covid-19	37	42	29	-31,0 %
Proportion d'hospitalisations après passage pour suspicion de Covid-19 (%)	42,0	39,3	31,5	-7,8 pts

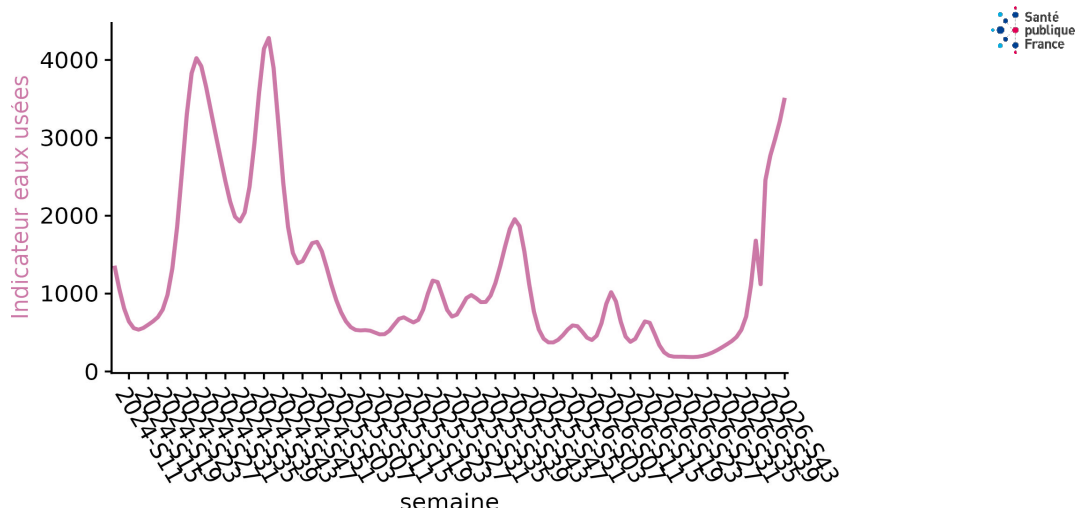
Sources : SurSaUD® – OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.

Figure 5– Nombre et proportion de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 en Paca par rapport aux deux années précédentes (point au 27/10/2026)



Sources : SurSaUD® – OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.

Figure 6 – Circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées, de S11-2024 à S43-2026, en Paca (point au 27/10/2026)



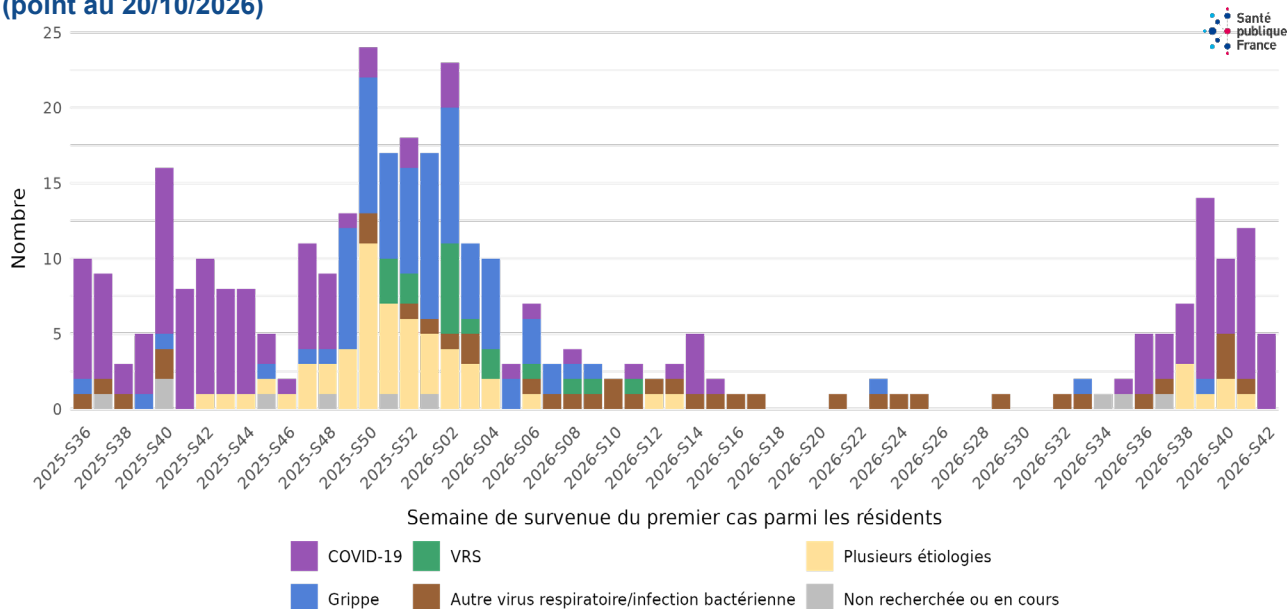
Sources : SUM'EAU. Exploitation : Santé publique France.

IRA en établissements médico-sociaux (EMS)

Dans les EMS, au 20/10/2026, **35 épisodes de cas groupés d'IRA** ont été signalés depuis le 28/09/2026 (+8 depuis le dernier bilan) (Figure 7), **principalement en lien avec la Covid-19** (26 épisodes soit 74 % des épisodes signalés).

Parmi l'ensemble des épisodes (ouverts ou clos), il a été signalé 288 malades parmi les résidents dont 12 ont été hospitalisés et 66 malades parmi le personnel. Trois décès ont été signalés parmi les résidents.

Figure 7 – Nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA en EMS par étiologie en Paca depuis S36-2025 (point au 20/10/2026)



Source : VoozIRA+. Exploitation : Santé publique France.

Données d'efficacité vaccinale 2025-2026

La [campagne de vaccination conjointe](#) contre Covid et Grippe saisonnière a débuté le 13 octobre.

« **Je me suis fait vacciner mais j'ai quand même eu la grippe** » : Aucun des vaccins contre les virus respiratoires saisonniers ne protège à 100% contre l'infection. Mais ils permettent de fortement réduire le risque d'hospitalisation, de réanimation et de décès, notamment chez les personnes fragiles. Outre ce bénéfice individuel (réduction du risque d'infection et de complications graves), un bénéfice collectif de la vaccination est attendu : associée aux mesures barrières et l'hygiène des mains et de la toux, l'impact d'une efficacité vaccinale même moyenne peut être majeur sur le fardeau imposé aux structures de soins et la préservation de l'accès aux soins pour tous pendant une épidémie saisonnière massive si un grand nombre de personnes sont vaccinées.

Un article¹ résume les données préliminaires d'efficacité vaccinale contre les virus influenza saisonniers (grippe saisonnière) issues de 9 études en Europe au cours de la saison hivernale se terminant début 2026. Le bilan épidémiologique de cette saison 2025-2026 est décrit de manière détaillée par Santé publique France dans [ce](#) bilan et un article ² publié dans le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH).

L'étude DANFLU-2 menée au Danemark entre 2022 et 2025 a retrouvé une efficacité vaccinale supérieure en prévention de l'hospitalisation pour grippe chez les ≥ 65 ans ayant reçu un vaccin influenza à forte dose, avec une efficacité vaccinale relative de 43.6% (IC95% : 27.5 à 56.3) par rapport au vaccin normalement dosé ³. L'efficacité relative contre d'autres événements de santé n'était pas marquée.

Trois articles publiés fin Septembre 2026 dans le *Journal of the American Medical Association* font le point sur les données d'efficacité vaccinale contre Sars-CoV-2 / Covid-19, contre influenza / grippe saisonnière et contre le VRS publiées pendant la période Août 2025 – Juin 2026 aux USA. Elles sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Attention : *Il ne s'agit pas de données produites par Santé publique France mais nous partageons ici notre résumé de ces données produites récemment aux USA, afin d'accompagner les professionnels de la santé dans leur réflexion et leurs échanges avec leurs patients. Les références et données sont accessibles via les liens en bas de page.*

Messages-clés :

- Dans ces articles publiés, la vaccination à jour contre **Covid-19** procurait en 2025-2026 une protection de l'ordre de 50-55% contre l'hospitalisation chez l'adulte, de l'ordre de 60% contre le risque d'hospitalisation en soins intensifs et de l'ordre de 75% contre le risque de décéder. Elle protégeait aussi contre le risque de « Covid long » (autres données de la littérature).
- La vaccination contre la **grippe saisonnière** protégeait moins efficacement contre l'hospitalisation chez l'adulte, en comparaison avec ci-dessus. La vaccination normodosée contre la grippe conférait toutefois une protection contre le décès atteignant 66% dans une étude. La vaccination des adultes âgés par un vaccin fortement dosé a conféré une protection vaccinale supérieure de 43% par rapport à la vaccination par le vaccin normalement dosé dans l'étude danoise DANFLU-2.
- La protection par la vaccination ou les anticorps monoclonaux prévenait efficacement l'hospitalisation pour infection par **VRS** chez le nouveau-né (64 % [27–82] à 93% [83-97]) mais aussi chez la personne âgée (83 % [43–97]).

¹ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41716088/>

² https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/22/2026_22_1.html

³ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40888720/>

Tableau 4 | Estimation de l'efficacité vaccinale selon la forme clinique, l'âge et le virus dans les publications 2025-2026, USA (source JAMA)

Evènement	Groupe d'âge	COVID-19 ⁴	Grippe saisonnière ⁵ (vaccin normodose)	VRS ⁶
N et type d'études incluses dans la méta-analyse	—	155 études: 15 essais cliniques randomisés, 84 études observationnelles avec groupe témoin, 38 études de pharmacovigilance sans groupe témoin, 18 séries de cas.	69 études: 21 essais randomisés, 23 études observationnelles avec groupe témoin, 7 études de pharmacovigilance sans groupe témoin, 18 séries de cas	75 études: 12 essais randomisés, 33 études observationnelles avec groupe témoin, 16 études observationnelles sans groupe témoin, 14 études descriptives sur l'épidémiologie du VRS
Toute infection confirmée	Nourrissons (vaccination mère)	50% - 54%	44% (31-55) °	74 % (61-83)
	Adultes 19-64 ans	—	24% - 36%	82 % (67-90) (mères) ;
	Adultes ≥ 60 ans	—	—	77 % (73-81) à 0-6 mois ; 50% (42 - 57) à 12-18 mois ;
	Adultes ≥ 60 ans immunodéprimés	—	30 % - 41%	40 % (24-53) à 69 % (52-82)
	Adultes ≥ 65 ans	—	30 % - 41%	—
Consultation aux urgences / soins non programmés	Enfants 9 mois–4 ans	76 % (58–87)	—	—
	Enfants 6 mois–17 ans	—	53 % (47–59)†	—
	Enfants 4 ans–17 ans	56 % (35-70))	—	—
	Femmes enceintes	58 % (24-77)	—	70 % (37 – 86) première saison épidémique ; 51 (-30 – 83) pour les 120 premiers jours
	Adultes 18–64 ans	26% - 57%	—	—
	Adultes ≥ 60 ans	—	—	48 % (29-64) à 100% (71-100) chez BPCO
	Adultes ≥ 65 ans	26 % - 48 %	—	—
Hospitalisation	Nouveau-né (nirsevimab)*	—	—	64 % (27–82) à 93% (83-97)
	Nouveau-né (vaccination mère)*	36 % - 54 %	—	51% (-30-83) à 70% (37-86)
	Enfants	—	53 % (47–59)†	—
	Adultes 18–64 ans	19 % - 55 %°	29% - 61%	—
	Adultes ≥ 60 ans	—	—	83 % (43–97)§
	Adultes ≥ 65 ans	35 % - 59%	31% (21-39)	—
Admission en réanimation / soins intensifs	Adultes ≥ 18 ans	60 % (36–77)	—	—
	Adultes ≥ 60 ans	—	—	72 % (43-90) à 79 % (57–99)§
	Adultes ≥ 65 ans	57 % (26–76)	—	—
Décès	Enfants 6 mois–17 ans	—	80 % (75–84)	—
	Adultes ≥ 18 ans	64 % - 79 %	—	—
	Adultes 18–49 ans	—	54 % (-17–82)	—
	Adultes 50–64 ans	—	4 % (-46–38)	—
	Adultes ≥ 65 ans	73 % (41–90)	29 % (16–40) à 66 % (55–77)¶	—
	Enfants 6 mois–17 ans immunodéficients	—	77 % (71-82) à 80 (75-84) %	—
	Adultes immunodéficients	35 % - 54 %	—	—
	Adultes immunodéficients	32% - 53%, variable selon divers facteurs	—	—

IC95 % : intervalle de confiance à 95 %. ° Etude de cohorte rétrospective 2011-2022 ; * Hospitalisation dans les 6-12 mois suivant l'immunisation ; ° Données 2024-2025 ; † Pour la grippe, l'estimation de 53 % correspond à un critère combiné **hospitalisation ou consultation aux urgences**, et ne doit donc pas être interprétée comme une efficacité spécifique contre les consultations aux urgences. § Pour le VRS, les estimations correspondent aux données disponibles chez les adultes ≥60 ans ; l'estimation contre l'hospitalisation et celle contre l'admission en réanimation concernent des périodes de suivi différentes. ¶ Pour la mortalité grippale chez les ≥65 ans, les deux estimations (29 % et 65,8 %) proviennent de deux études observationnelles différentes et ne constituent **pas une estimation combinée**.

⁴ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42684258/>

⁵ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42684248/>

⁶ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42684247/>



Prévention

Vaccination contre la grippe

Les indications vaccinales contre la grippe et les vaccins disponibles sont précisés sur le site [vaccination-info-service](https://vaccination-info-service.fr).

La campagne a débuté le 8 septembre 2026 à Mayotte et le 13 octobre 2026 dans l'Hexagone, en Guadeloupe, en Martinique et en Guyane.

Vaccination contre la COVID-19

Les indications vaccinales contre la COVID-19 et les vaccins disponibles sont précisés sur le site [vaccination-info-service](https://vaccination-info-service.fr).

La campagne a débuté le 8 septembre 2026 à Mayotte et le 13 octobre 2026 dans l'Hexagone, en Guadeloupe, en Martinique et en Guyane.

Prévention des infections à virus respiratoire syncytial (VRS) du nourrisson

Les recommandations et indications d'immunisation contre le VRS sont précisées sur le site [vaccination-info-service](https://vaccination-info-service.fr).

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. Les parents, informés par les professionnels de santé peuvent décider de la stratégie à suivre pour leur enfant.

La campagne de vaccination et d'immunisation a débuté le 14 septembre 2026 en France hexagonale, le 28 septembre à la Réunion, le 31 août en Martinique, en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy, et le 1^{er} octobre à Mayotte.

Vaccination contre les infections à virus respiratoire syncytial (VRS) chez la personne âgée

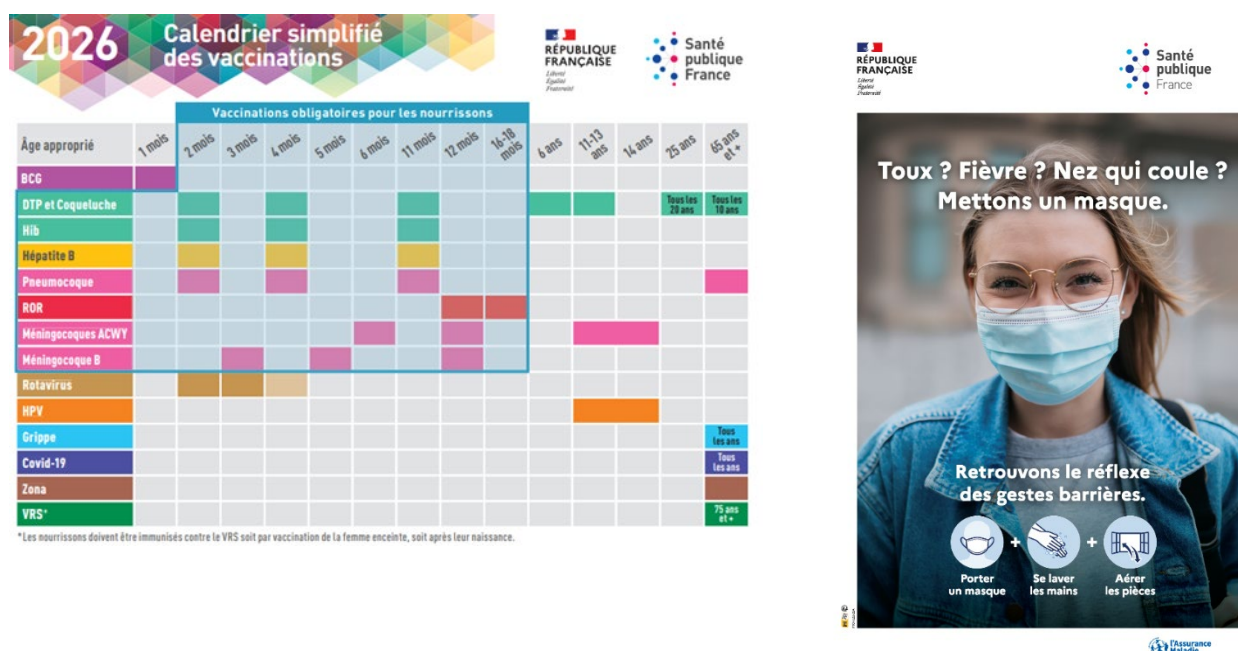
Les indications vaccinales et les vaccins disponibles contre le VRS chez la personne âgée sont précisées sur le site [vaccination-info-service](https://vaccination-info-service.fr).

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.

Retrouvez les outils disponibles sur la prévention des maladies de l'hiver :



Méthodologie

La surveillance des IRA par Santé publique France est basée sur un dispositif multi sources territorialisé. Elle reprend chaque année au cours de la première semaine d'octobre.

Le bilan hebdomadaire relatif à la surveillance IRA est réalisé à partir des sources de données suivantes : les associations SOS Médecins de la région (Covid-19, grippe et bronchiolite), les services des urgences du réseau OSCOUR® (Covid-19, grippe et bronchiolite), les résultats des tests RT-PCR remontés par les laboratoires de ville (réseau Relab) et hospitaliers (réseau Renal) (Covid-19, grippe et bronchiolite), le réseau Sentinelles (grippe uniquement), 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' correspond au ratio de concentration virale de SARS-CoV-2 sur la concentration en azote ammoniacal.

Depuis la saison 2025-2026, la surveillance de la bronchiolite, jusqu'alors conduite chez les enfants de moins de 2 ans, est réalisée chez les nourrissons de moins de 1 an. Cette modification 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.

Maladies à signalement obligatoire

Bilan mensuel au 27/10/2026

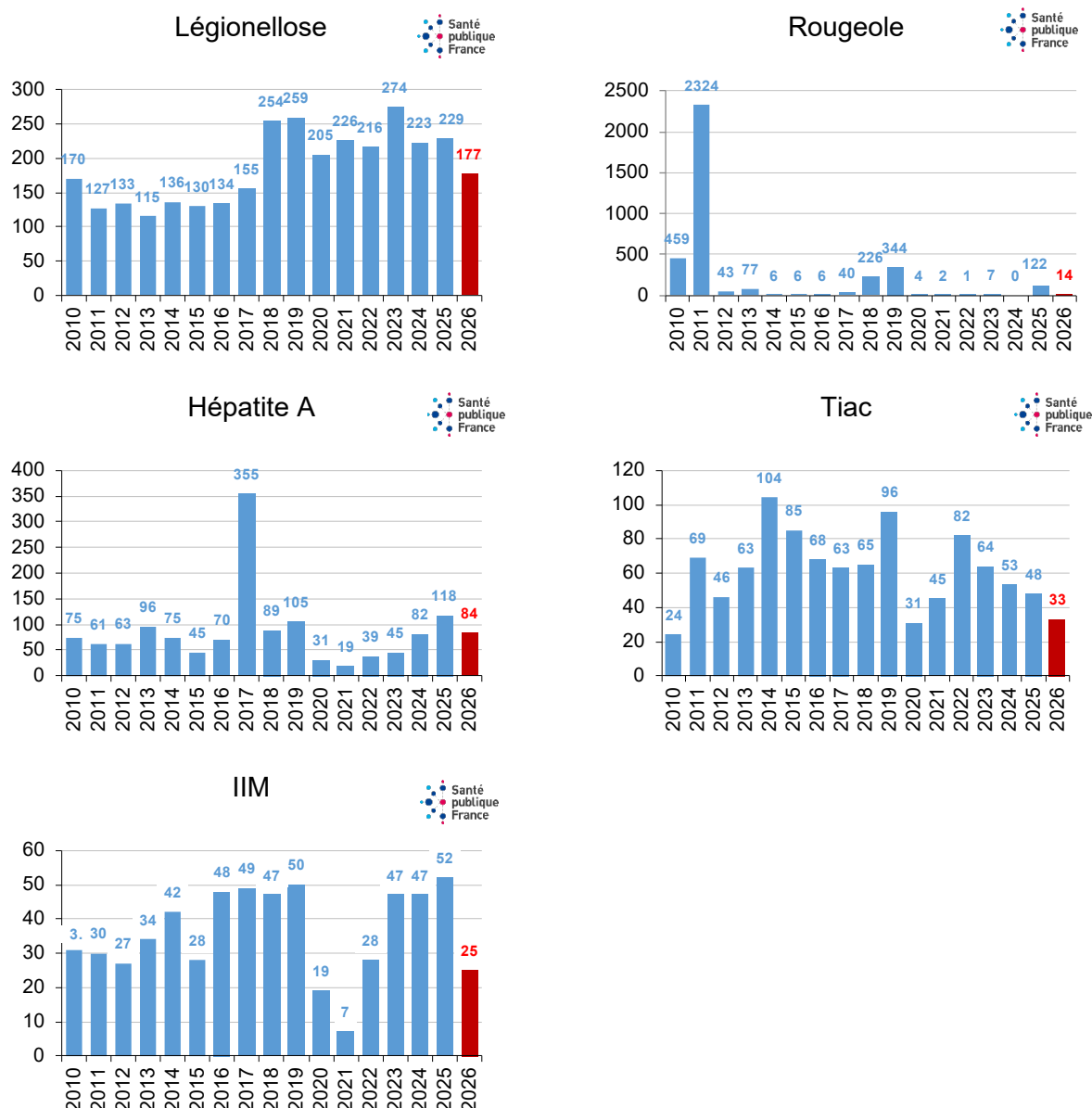
En **septembre 2026**, 50 signalements obligatoires ont été notifiés à Santé publique France, valeur nettement plus faible qu'en septembre 2025 (= 62), particulièrement pour les hépatites A (13 vs 19 en septembre 2025) (Tableau 7, figure 8)

Tableau 7 – Nombre de cas de MSO validées par Santé publique France en Paca, années 2026 et 2025

2026	Légionellose	Hépatite A	IIM	Rougeole	Tiac
Total (données provisoires)	177	84	25	14	33
Alpes-de-Haute-Provence	2	3	3	0	1
Hautes-Alpes	3	1	0	0	0
Alpes-Maritimes	33	12	3	3	1
Bouches-du-Rhône	56	49	11	7	23
Var	77	8	5	3	3
Vaucluse	6	11	3	1	5
Janvier	21	12	5	1	5
Février	10	9	3	2	7
Mars	15	11	2	1	3
Avril	13	13	2	3	6
Mai	23	7	3	3	0
Juin	17	8	3	3	2
Juillet	21	5	1	1	5
Août	27	6	1	0	3
Septembre	30	13	5	0	2
Octobre	-	-	-	-	-
Novembre	-	-	-	-	-
Décembre	-	-	-	-	-

2025	Légionellose	Hépatite A	IIM	Rougeole	Tiac
Total (données provisoires)	229	118	52	122	48
Alpes-de-Haute-Provence	5	2	1	1	2
Hautes-Alpes	8	4	1	1	0
Alpes-Maritimes	45	16	14	20	4
Bouches-du-Rhône	66	59	26	64	26
Var	75	21	9	17	8
Vaucluse	30	16	1	19	8
Janvier	7	6	10	5	2
Février	7	10	6	24	3
Mars	9	4	9	22	3
Avril	14	12	1	23	4
Mai	15	13	4	30	2
Juin	20	3	1	9	3
Juillet	30	12	5	2	8
Août	32	15	3	1	7
Septembre	32	19	5	2	4
Octobre	21	16	1	1	2
Novembre	28	4	0	0	0
Décembre	14	4	7	3	10

Figure 8 – Nombre de cas de MSO validées par Santé publique France en Paca, 2010 – 2026



Méthodologie

Maladies à signalement obligatoire (MSO) du 1^{er} janvier 2025 au 30 septembre 2026, extraites le 27/10/2026 depuis la base de données de Santé publique France (données du mois d'août non consolidées).

Les cas retenus pour l'analyse* sont les cas résidant en région Paca (ou notifiés en Paca si le département de résidence est absent ou si le cas ne réside pas en France) ayant débuté leur maladie sur la période d'étude.

Pour les foyers de Tiac, la sélection est faite sur le département de signalement.

* Dates retenues pour l'analyse :

- Légionellose : date de début des signes ;
- Hépatite A : date de la confirmation biologique ;
- Infections invasives à méningocoque (IIM) : date d'hospitalisation ;
- Rougeole : date de l'éruption ;
- Toxi-infection alimentaire collective (Tiac) : date de signalement du foyer.

Actualités

• Virus Shamonda : un premier cas humain détecté en France, que sait-on ?

Suite à la première détection chez l'être humain d'un cas d'infection à virus Shamonda survenu début octobre, Santé publique France, en lien avec ses partenaires, suit avec attention l'évolution de la situation épidémiologique et fait le point sur les investigations en cours.

Le 7 octobre 2026, les autorités sanitaires ont été informées de l'infection par le virus Shamonda d'un patient fortement immunodéprimé pris en charge pour une atteinte neurologique grave aux Hospices Civils de Lyon et qui est décédé.

Les premières investigations menées ont mis en évidence la présence du virus dans plusieurs prélèvements biologiques, confirmant la présence de l'infection du patient par le virus.

À ce jour, aucune transmission interhumaine ni aucun risque sanitaire pour la population générale n'a été identifié. Des investigations cliniques, biologiques et épidémiologiques complémentaires sont en cours associant les expertises en santé humaine, animale et environnementale afin notamment de déterminer les modes de transmission les plus probables et mieux caractériser les risques potentiels pour la santé humaine.

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

À 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 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 CéciDc de l'Inserm, le GRADeS Paca ainsi que l'ensemble des professionnels de santé.

Pour tout signalement, nous vous invitons à contacter sans délai l'Agence régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur :



The banner is divided into two main sections. The left section has a green background and contains the text 'SIGNALER - ALERTE - DECLARER' in red, 'ARS PACA' in blue, a circular icon with '24/24' and '7/7' indicating 24/7 availability, and the text 'Un point focal unique pour tous les signalements sanitaires et médico-sociaux en Paca'. The right section has a white background and features a vertical pink bar with icons for a telephone, email, and a printer. To the right of this bar are the contact details: the phone number '04 13 55 8000', the email 'ars-paca-alerte@ars.sante.fr', and the fax number '04 13 55 83 44'. Logos for the French Republic and ARS PACA are in the top right corner, and a small illustration of a person is in the bottom right corner.

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. 21 octobre 2026. Saint-Maurice : Santé publique France, 17 pages, 2026.

Directeur de publication : Dr Étienne POT, directeur général

Date de publication : 21 octobre 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr