

Surveillance sanitaire

Semaine 14-2025. Date de publication : 9 avril 2025

Édition Provence-Alpes-Côte d'Azur

Points clés de la semaine 14-2025

Infections respiratoires aiguës (page 2)

Grippe et syndromes grippaux : **Fin de l'épidémie en S13.** Activité en baisse chez SOS Médecins et dans les urgences hospitalières. La proportion d'hospitalisations après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal se stabilise.

Covid-19 : activité faible dans toutes les sources de données.

Mortalité (page 11)

Pas d'excès significatif de mortalité toutes causes depuis la S07 au niveau régional ou départemental.

La proportion de décès pour grippe/syndrome grippal parmi les certificats électroniques de décès en région Paca poursuit sa baisse.

Infections respiratoires aiguës

Synthèse de la semaine 14-2025

Grippe et syndromes grippaux : **Fin de l'épidémie en S13.** Activité en baisse chez SOS Médecins et dans les urgences hospitalières. La proportion d'hospitalisations après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal se stabilise.

Au niveau hexagonal, toutes les régions sont revenues à un niveau de base.

Covid-19 : activité faible dans toutes les sources de données.

Indicateurs clés

	Grippe et syndromes grippaux (tous âges)			Covid-19 (tous âges)		
Part d'activité pour la pathologie parmi	S13	S14	Variation (S/S-1)	S13	S14	Variation (S/S-1)*
Les actes SOS Médecins (%)	6,0	4,7	↘	0,3	0,3	→
Les passages aux urgences (%)	0,5	0,3	↘	0,1	0,1	→
Proportion d'hospitalisation après passage (%)	22,1	22,7	→	43,3	33,3	→**

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

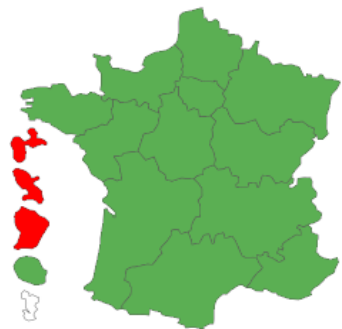
** *Petits effectifs, une seule hospitalisation de différence pour la région entre S14 et S13*

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

Niveau d'alerte régional*

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

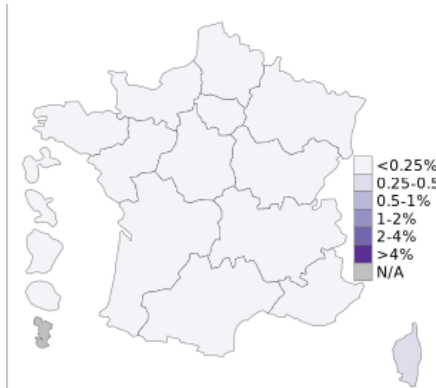
Bronchiolite^{1, 2}



■ Pas d'alerte ■ Epidémie ■ Post-épidémie

Taux de passages aux urgences**

Covid-19¹



Mises à jour le 08/04/2025. * Antilles : niveau d'alerte pour la semaine précédente. ** Données non disponibles pour la Martinique.
Sources : ¹ OSCOUR®, ² SOS Médecins, ³ réseau Sentinelles + IQVIA.

Grippe et syndromes grippaux

Fin de l'épidémie en S13

En S14, la proportion d'acte médicaux SOS Médecins et de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal poursuit sa baisse en région Paca (tableau 1, figure 1), particulièrement chez SOS Médecins. Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal est en baisse alors que la proportion d'hospitalisations se stabilise.

Le taux d'incidence pour syndrome grippal relevé par le réseau Sentinelles, non encore consolidé, est en légère baisse en S14 : 62 pour 100 000 habitants (IC95% [7 ; 117]) vs 77 pour 100 000 en S13 (IC95% [26 ; 128]). Le taux de positivité des tests RT-PCR pour grippe tous âges se stabilise en ville dans le réseau Relab (7,2 % vs 7,8 % en S13) alors qu'il est en légère hausse dans le réseau hospitalier Renal (4,2 % vs 3,0 % en S13).

Depuis la S40, 4 479 virus de type A (4 470 A non sous-typé et 9 AH1N1) et 1 439 de type B ont été diagnostiqués dans le réseau Renal, soit 75,7 % de virus de type A (données très incomplètes pour la S14).

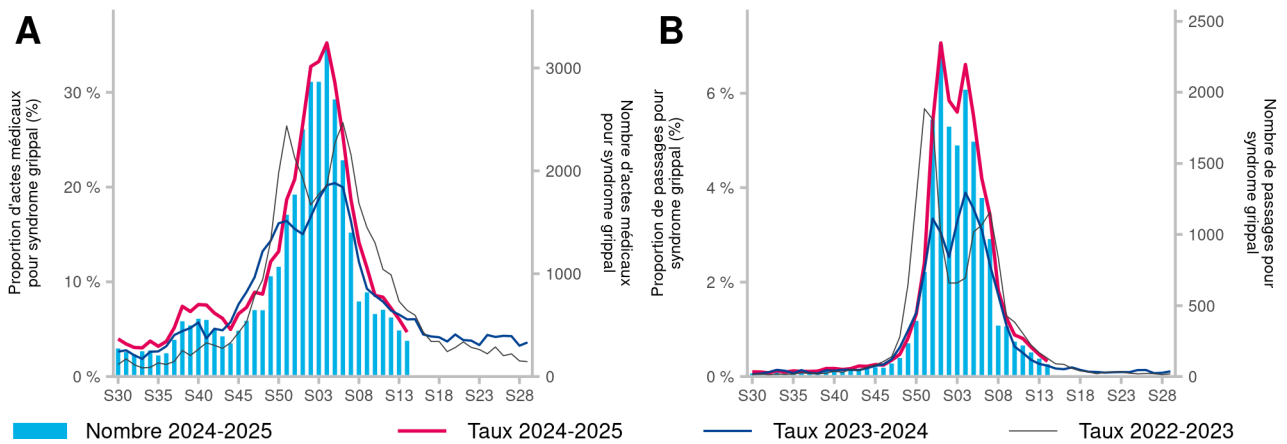
Situation au niveau national : [cliquez ici](#)

Tableau 1 : Indicateurs de surveillance de la grippe/syndrome grippal en Paca (point au 08/04/2025)

ASSOCIATIONS SOS MEDECINS	S12	S13	S14	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour grippe/syndrome grippal	588	462	361	-21,9 %*
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour grippe/syndrome grippal (%)	7,2	6,0	4,7	-1,3 pt*
SERVICES DES URGENCES DU RESEAU OSCOUR	S12	S13	S14	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal	180	136	97	-28,7 %*
Proportion de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal (%)	0,6	0,5	0,3	-0,2 pt*
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal	42	30	22	-26,7 %
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal (%)	23,3	22,1	22,7	+0,6 pt

* différence significative (test du Khi2 ou Fisher selon les effectifs).
Sources : 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 saisons précédentes (point au 08/04/2025)



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

Covid-19

En S14, l'activité Covid-19 reste faible dans toutes les sources de données : associations SOS Médecins, services des urgences, taux de positivité des tests RT-PCR pour SARS-CoV-2 en ville et à l'hôpital (tableau 3, figure 3), niveau de circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées (figure 4).

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

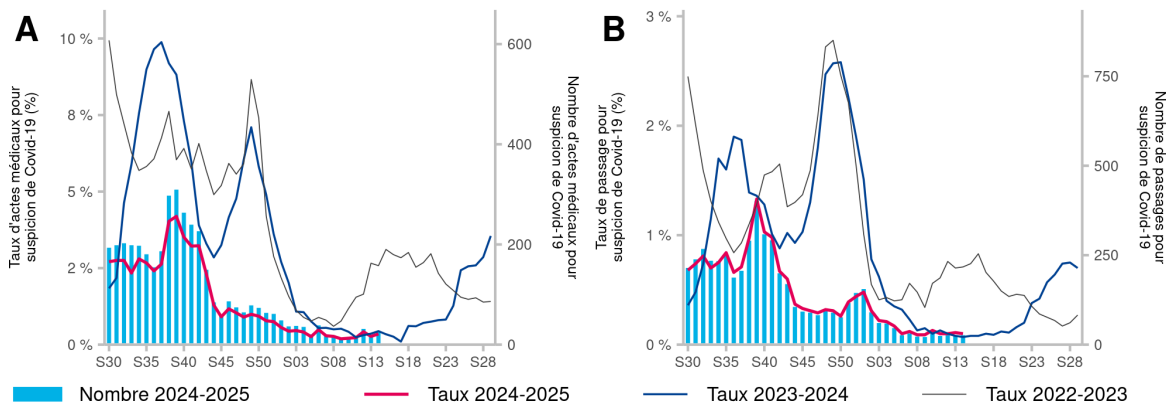
Tableau 3 : Indicateurs de surveillance de la Covid-19 en Paca (point au 08/04/2025)

INDICATEURS DE SURVEILLANCE	S12	S13	S14	Variation (S/S-1)
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour Covid-19 (%)	0,4	0,3	0,3	+0,0 pt
Proportion de passages aux urgences pour Covid-19 (%)	0,1	0,1	0,1	+0,0 pt
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour Covid-19 (%)	36,7	43,3	33,3	-10,0 pts
Taux de positivité dans les laboratoires de ville (RELAB, %)	4,0	2,8	3,0	+0,2 pt
Taux de positivité dans les laboratoires hospitaliers (RENAL, %)	1,3	3,4	2,7	-0,7 pt

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

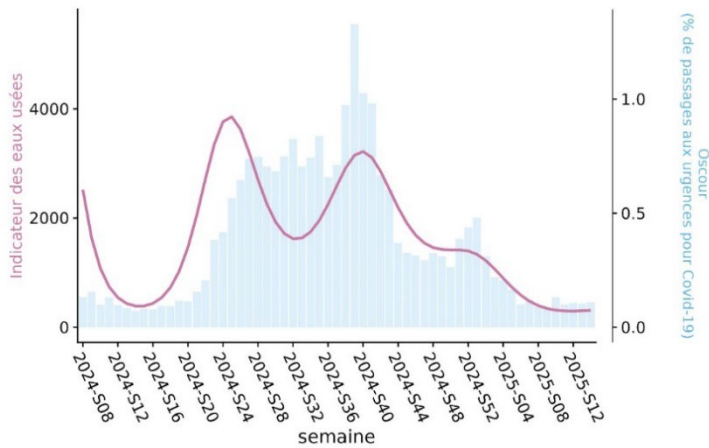
Point d'attention : les pourcentages d'évolution sont à interpréter avec précaution au vu des faibles effectifs.

Figure 3 : 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 saisons précédentes (point au 08/04/2025)



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

Figure 4 : Circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées (courbe) et proportion de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 (histogramme), S08-2024 à S14-2025, Paca (point au 08/04/2025)



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

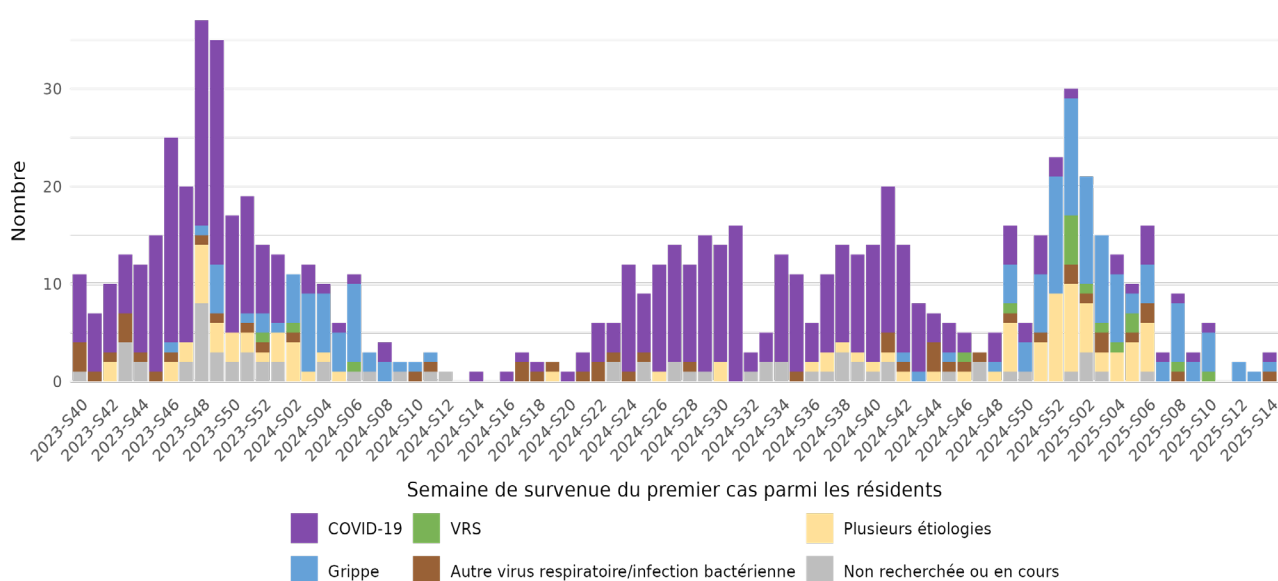
IRA en établissements médico-sociaux (EMS)

Depuis le début de la surveillance saisonnière (semaine 40-2024), 274 épisodes de cas groupés d'IRA ont été signalés en région Paca, soit 4 nouveaux épisodes depuis le dernier bilan (Figure 5). Cent-dix-sept épisodes (42,7 %) étaient en lien avec la Covid-19, 140 (51,1 %) avec un virus grippal et 37 (13,5 %) avec un VRS.

Parmi l'ensemble de ces épisodes, il a été signalé 3 515 malades chez les résidents (+88 depuis le dernier bilan), dont 160 hospitalisés (+4 depuis le dernier bilan) et 655 malades parmi le personnel (+16 depuis le dernier bilan). Cent-cinquante-cinq décès ont été enregistrés sur cette période chez les résidents (+5 depuis le dernier bilan).

Les données de la S13 et de la S14 ne sont pas consolidées.

Figure 5 : Nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA en EMS par étiologie en Paca depuis S40-2023 (point au 08/04/2025)



Source : VoozIRA+. Exploitation : Santé publique France.

IRA en réanimation

Cas graves de grippe, Covid-19 et VRS

Au 08 avril, 202 cas graves de grippe (2 nouveaux cas depuis le dernier point) et 24 cas de Covid-19 (un nouveau cas depuis le dernier point) ont été signalés par les services de réanimation participant à la surveillance, dont 3 cas de co-infection grippe/SARS-CoV-2 (bilan inchangé depuis le dernier point) (figure 6).

Trente cas graves d'infection à VRS (adultes) ont également été signalés (un nouveau cas depuis le dernier point) dont 2 cas de co-infection VRS/SARS-CoV-2 et 5 cas de co-infection VRS/grippe (un nouveau cas de co-infection depuis le dernier point).

Concernant les **cas graves de grippe**, le sex-ratio H/F était de 1,06 (tableau 4). L'âge médian s'élevait à 65 ans (étendue : 0 – 88 ans). La plupart des cas avait une comorbidité (86 %). Les principales comorbidités observées étaient une pathologie pulmonaire (39 % des cas), une hypertension artérielle (39 %), une pathologie cardiaque (22 %) et un diabète (17 %). Trente-quatre patients (19 % des données renseignées) étaient fumeurs actifs. Soixante et onze patients (36 % des données renseignées) ne présentaient pas de SDRA, 21 un SDRA mineur, 54 un SDRA modéré et 49 un SDRA sévère. L'assistance ou aide ventilatoire la plus invasive la plus signalée était une ventilation invasive pour 39 % des cas. Pour les patients sortis ou décédés, la durée de ventilation moyenne était de 10,1 jours (étendue : 1 – 70 jours) et la durée moyenne de séjour était de 11,6 jours (étendue : 1 – 75 jours). Le taux de vaccination chez la population à risque de complications (les 65 ans et plus et les moins de 65 ans avec comorbidités*) était de 22,5 %**.

* Données non disponibles pour les 0-2 ans.

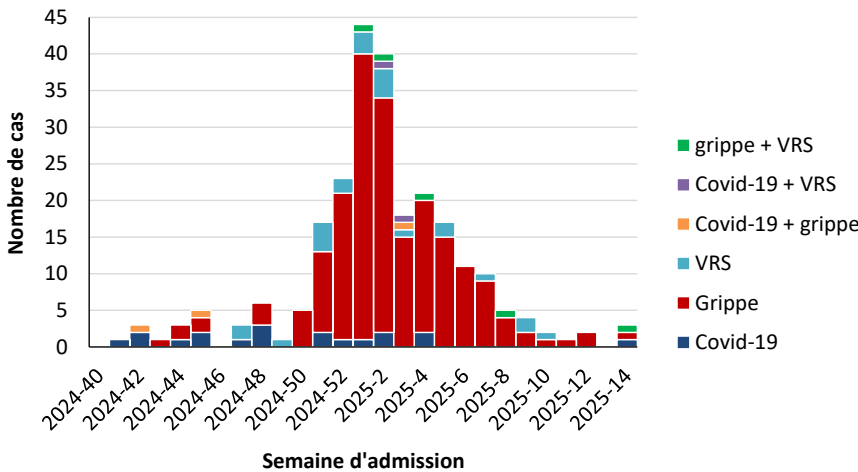
** Pourcentage calculé sur les données renseignées : 49,1 % de données non disponibles.

Concernant les cas graves de Covid-19, les cas étaient surtout des hommes (sex-ratio H/F = 2) (tableau 4). L'âge médian s'élevait à 73 ans (étendue : 0 – 83 ans). La plupart des cas avait une comorbidité (92 %). Les principales comorbidités observées étaient une hypertension artérielle (45 % des cas), une pathologie pulmonaire (38 %), une pathologie cardiaque (29 %) et un cancer évolutif (25 %). Dix patients (45 % des données renseignées) ne présentaient pas de SDRA, 1 un SDRA mineur, 6 un SDRA modéré et 5 un SDRA sévère. L'assistance ou aide ventilatoire la plus invasive la plus signalée était une oxygénothérapie haut-débit pour 29 % des cas. Pour les patients sortis ou décédés, la durée de ventilation médiane était de 5,5 jours (étendue : 2 – 44 jours) et la durée médiane de séjour était de 6 jours (étendue : 2 – 44 jours).

Concernant les cas graves d'infection à VRS, les cas étaient principalement des hommes (sex-ratio H/F = 3,3) (tableau 4). L'âge médian était de 69,5 ans (étendue : 44 – 85 ans). La présence de comorbidité était reportée pour 97 % des cas. Les principales comorbidités observées étaient une pathologie pulmonaire (73 % des cas), une hypertension artérielle (50 %), une pathologie cardiaque (40 %) et un diabète (23 %). Treize patients (46 % des données renseignées) ne présentaient pas de SDRA, 2 un SDRA mineur, 10 un SDRA modéré et 3 un SDRA sévère. L'assistance ou aide ventilatoire la plus invasive la plus signalée était une ventilation non invasive (38 % des cas). Pour les patients sortis ou décédés, la durée de ventilation médiane était de 7 jours (étendue : 1 – 43 jours) et la durée médiane de séjour était de 8 jours (étendue : 1 – 45 jours).

Au total, au 08/04, 193 patients étaient sortis de réanimation (+2 depuis le dernier bilan), 7 patients étaient encore en réanimation, 5 patients ont été transférés dans une réanimation n'appartenant pas au réseau sentinelle et 41 patients étaient décédés (deux nouveaux décès depuis le dernier bilan) : 32 cas de grippe (+2 depuis le dernier point), 4 cas de Covid-19 et 8 cas d'infection à VRS dont trois cas de co-infection VRS/grippe.

Figure 6 : Nombre de patients admis en service de réanimation pour une IRA par étiologie, Paca (point au 08/04/2025)



Source et exploitation : Santé publique France.

Tableau 4 : Caractéristiques des patients admis en service de réanimation pour Covid-19, grippe ou VRS au cours de la saison (début en S40-2024), Paca (point au 08/04/2025)

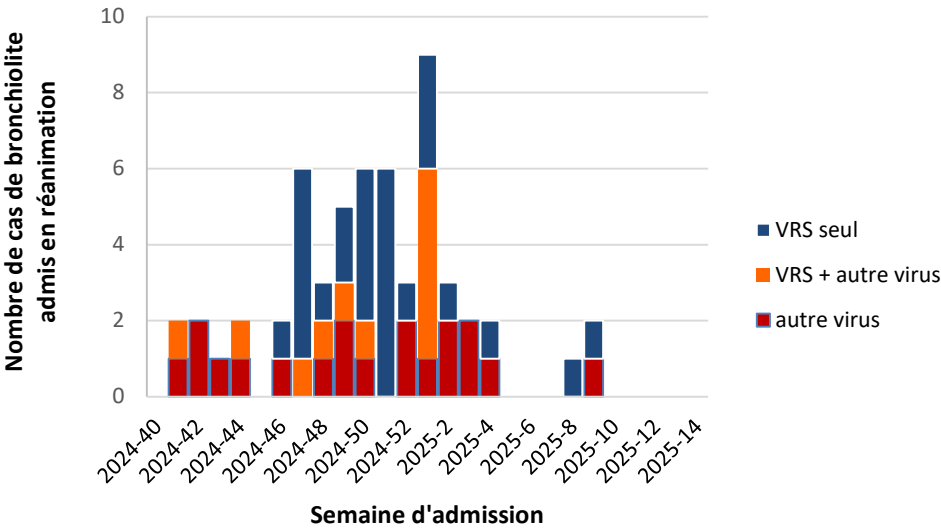
	Covid-19 N = 24	Grippe N = 202	VRS N = 30
Sexe	N (%)	N (%)	N (%)
Femme	8 (33%)	98 (49%)	7 (23%)
Homme	16 (67%)	104 (51%)	23 (77%)
Classes d'âge (années)			
< 2 ans	2 (8%)	12 (6%)	0 (0%)
2-17 ans	0 (0%)	13 (6%)	0 (0%)
18-64 ans	3 (13%)	73 (36%)	11 (37%)
65 ans et plus	19 (79%)	104 (51%)	19 (63%)
Co-infection grippe/SARS-CoV-2	3 (13%)	3 (1%)	-
Présence de comorbidité(s)	22 (92%)	175 (86%)	29 (97%)
Syndrome de détresse respiratoire aiguë			
Aucun	10 (45%)	71 (36%)	13 (46%)
Mineur	1 (5%)	21 (11%)	2 (7%)
Modéré	6 (27%)	54 (28%)	10 (36%)
Sévère	5 (23%)	49 (25%)	3 (11%)
Non renseigné	2	7	2
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive			
Aucune	1 (4%)	5 (2%)	0 (0%)
O ₂ (Lunettes/masque)	4 (17%)	14 (7%)	1 (3%)
Ventilation non-invasive	6 (25%)	32 (16%)	11 (38%)
Oxygénothérapie haut-débit	7 (29%)	67 (33%)	8 (28%)
Ventilation invasive	6 (25%)	79 (39%)	9 (31%)
Assistance extracorporelle	0 (0%)	5 (2%)	0 (0%)
Non renseigné	-	-	1
Devenir			
Décès	4 (17%)	32 (17%)	8 (28%)
Sortie de réanimation	19 (83%)	160 (83%)	21 (72%)
Non renseigné	1	10	1

Source et exploitation : Santé publique France.

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

Le bilan est inchangé depuis la dernier point (toujours 57 cas graves de bronchiolite rapportés par le réseau des réanimations pédiatriques ou néonatales depuis la S40).

Figure 7 : Nombre d'enfants de moins de 2 ans admis en service de réanimation pédiatrique ou néonatale pour bronchiolite par étiologie, Paca (point au 08/04/2025)



Source et exploitation : Santé publique France.

Tableau 5 : Caractéristiques des enfants de moins de 2 ans admis en service de réanimation pédiatrique ou néonatale pour bronchiolite depuis S40-2024, Paca (point au 08/04/2025)

Bronchiolite N = 57	
Sexe	
Fille	29 (51%)
Garçon	28 (49%)
Classes d'âge	
< 1 mois	13 (23%)
1-2 mois	24 (42%)
3-5 mois	7 (12%)
6-11 mois	7 (12%)
12-24 mois	6 (11%)
Ne sait pas/Non renseigné	0 (0%)
Comorbidité(s)	16 (28%)
Type de traitement préventif	
Synagis	0 (0%)
Beyfortus	19 (38%)
Autre	0 (0%)
Aucun	31 (62%)
Non renseigné	7
Type de ventilation	
Ventilation non invasive	33 (58%)
Oxygénothérapie à haut-débit	19 (33%)
Ventilation invasive	4 (7%)
Assistance extracorporelle	1 (2%)
Décès	0 (0%)

Source et exploitation : Santé publique France.

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 (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), le dispositif SUM'EAU (Covid-19 uniquement), ainsi que les services de réanimation adultes et pédiatriques ou néonatales participant à la surveillance sentinelle dans la région.

Nouveau cette saison : 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.

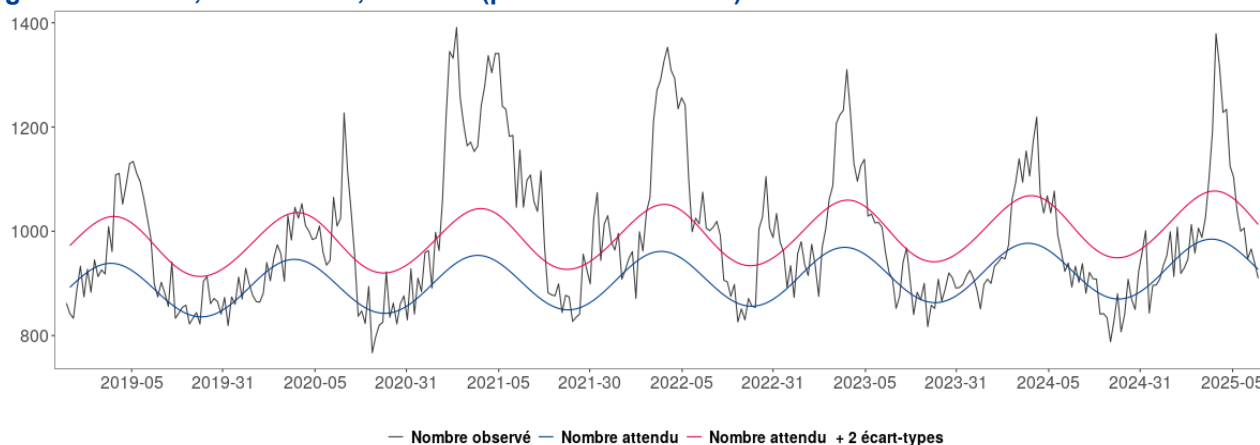
Mortalité toutes causes

Synthèse de la semaine 13-2025

Pas d'excès significatif de mortalité toutes causes depuis la S07 au niveau régional.

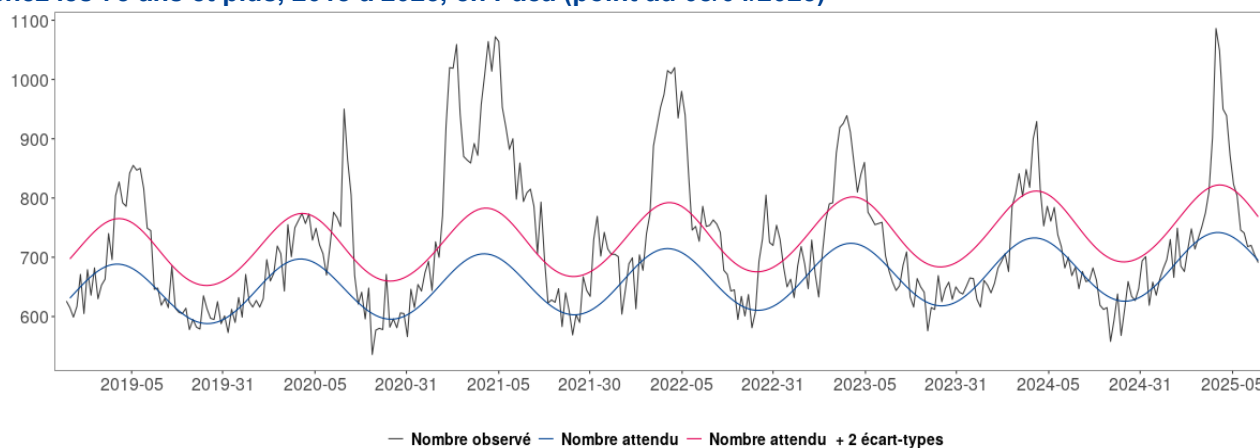
Les données de la dernière semaine ne sont pas présentées car en cours de consolidation.

Figure 1 : Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges confondus, 2018 à 2025, en Paca (point au 08/04/2025)



Source : Insee. Exploitation : Santé publique France.

Figure 2 : Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, chez les 75 ans et plus, 2018 à 2025, en Paca (point au 08/04/2025)



Source : Insee. Exploitation : Santé publique France.

Certification électronique

En semaine 14 (données non consolidées), parmi les 666 décès déclarés par certificat électronique en région Paca, 0,3 % l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (vs 0,6 % en S13 et 2,0 % en S12).

La Covid-19 était mentionnée dans 1,2 % des décès (vs 0,5 % en S13 et 0,3 % en S12).

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.

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).

Depuis 2007, les médecins ont la possibilité de certifier les décès sous forme électronique à travers une application sécurisée (<https://sic.certdc.inserm.fr>) déployée par le CépiDc de l'Inserm. Les causes de décès sont disponibles à travers cette source de données pour Santé publique France, de manière réactive.

Début 2020, la certification électronique des décès permettait d'enregistrer 20 % de la mortalité nationale. En lien avec l'épidémie de COVID-19, le déploiement de ce dispositif a progressé, permettant d'atteindre près de 43 % de la mortalité nationale fin 2023. Cette part de décès certifiés électroniquement est hétérogène sur le territoire (entre 0 % et 60 % selon les régions) et selon le type de lieu de décès (utilisé pour 65 % décès survenant à l'hôpital, mais que pour 15 % des décès survenant à domicile). En région Paca, la couverture de la certification électronique des décès était estimée, fin novembre 2024, à 55,6% de la mortalité totale.

Compte tenu de la montée en charge régulière de l'utilisation de ce système, l'interprétation de l'évolution hebdomadaire des décès, en particulier au niveau régional, doit être effectuée avec prudence. Les effectifs de décès certifiés électroniquement sont présentés jusqu'à la semaine S-1, alors que ceux issus des données transmises par l'Insee sont présentés jusqu'à la semaine S-2 (compte tenu des délais de transmission).

Actualités au niveau national

- **Tuberculose en France : une légère hausse de l'incidence en 2023**

A l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre la tuberculose, Santé publique France présente ses données annuelles de surveillance, marquées par une remontée de l'incidence en 2023 sans impact significatif sur les formes graves.

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

Partenaires

Santé publique France Paca-Corse remercie vivement tous les partenaires pour leur collaboration et le temps consacré à ces surveillances : l'ARS Paca, les Samu, les établissements de santé, notamment les services des urgences, les établissements médico-sociaux, les associations SOS Médecins, le Réseau Sentinelles et les médecins participant, les laboratoires de biologie médicale, les professionnels de santé, les cliniciens, 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, le CAPTV de Marseille, le CPIAS Paca, les bureaux d'états civils, le GRADeS Paca, le réseau sentinelles des services de réanimation, ainsi que les équipes de Santé publique France (direction des régions, des maladies infectieuses et la direction appui, traitement et analyse de données).



SIGNALER - ALERTE - 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

Un point focal unique
sanitaires et médico-sociaux

Illustration of a person running with a flag.

Équipe de rédaction

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

Rédactrice en chef : Céline CASERIO-SCHÖNEMANN

Pour nous citer : Santé publique France. Surveillance sanitaire. Bulletin hebdomadaire. Édition Provence-Alpes-Côte d'Azur. 9 avril 2025. Saint-Maurice : Santé publique France, 15 pages, 2025.

Directrice de publication : Caroline SEMAILLE

Dépôt légal : 9 avril 2025

Contact : paca-corse@santepubliquefrance.fr