



Date de publication : 4 mars 2026

ÉDITION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR



Semaine 09-2026

Points clés de la semaine

Infections respiratoires aiguës (page 2)

Grippe et syndromes grippaux : Fin de l'épidémie

L'activité liée à la grippe poursuit sa baisse en S09 dans tous les réseaux de surveillance. Toutes les régions hexagonales, à l'exception de la Corse, sont revenues à un niveau d'activité de base.

Bronchiolite (moins de 1 an) : 8^e semaine en phase post-épidémique

L'activité est en baisse chez SOS Médecins et en légère hausse aux urgences.

Pollens et allergies (page 11)

L'exposition aux pollens est à un niveau élevé, avec une activité pour allergie en hausse chez SOS Médecins.

Bilan mensuel des maladies à déclaration obligatoire (page 13)

Point sur les notifications de légionellose, hépatite A, infection invasive à méningocoque (IIM), rougeole et toxi-infection alimentaire collective (TIAC) en Paca en janvier 2026 : 19 cas de légionellose, 12 cas d'hépatite A, 4 cas d'infection invasive à méningocoque, 1 cas de Rougeole et 5 TIAC

Mortalité (page 15)

Aucune surmortalité observée.

Infections respiratoires aiguës

Synthèse de la semaine 09-2026

Grippe et syndromes grippaux : fin de l'épidémie. Activité tous âges en baisse aux urgences et chez SOS Médecins ;

Bronchiolite (moins de 1 an) : phase post-épidémique (8^{ème} semaine). Activité en baisse chez SOS Médecins et en légère hausse aux urgences ;

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

La part d'activité des IRA poursuit sa baisse dans les associations SOS Médecins et aux urgences (baisse moins marquée) avec une tendance à l'augmentation de la proportion d'hospitalisation après passage aux urgences (+ 3,3 points par rapport à S08).

La fin de l'épidémie de grippe a été déclarée en France hexagonale (à l'exception de la Corse, en phase post-épidémique). Pour la bronchiolite, les 4 régions de la moitié sud de l'hexagone sont toujours en phase post-épidémique, les autres sont de retour au niveau de base.

Indicateurs clés

	Actes SOS Médecins			Passages aux urgences			Proportion d'hospitalisation après un passage		
Part d'activité pour la pathologie (%)	S08	S09	Variation (S/S-1)	S08	S09	Variation (S/S-1)	S08	S09	Variation (S/S-1)
bronchiolite (moins de 1 an)	6,9	5,5	↓	10,7	11,3	↑	38,5	35,6	↓
grippe/syndrome grippal	7,4	6,3	↓	0,7	0,4	↓	25,1	26,7	↑
Covid-19 et suspicions	0,2	0,4	↑	0,1	0,1	→	26,8	41,9	↑
pneumopathie aiguë	1,1	1,1	→	2,0	1,9	→	65,4	63,8	↓
bronchite aiguë	6,1	5,9	→	0,6	0,5	→	10,6	21,8	↑
Total IRA basses**	14,9	13,9	↓	3,8	3,4	↓	44,5	47,8	↑

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



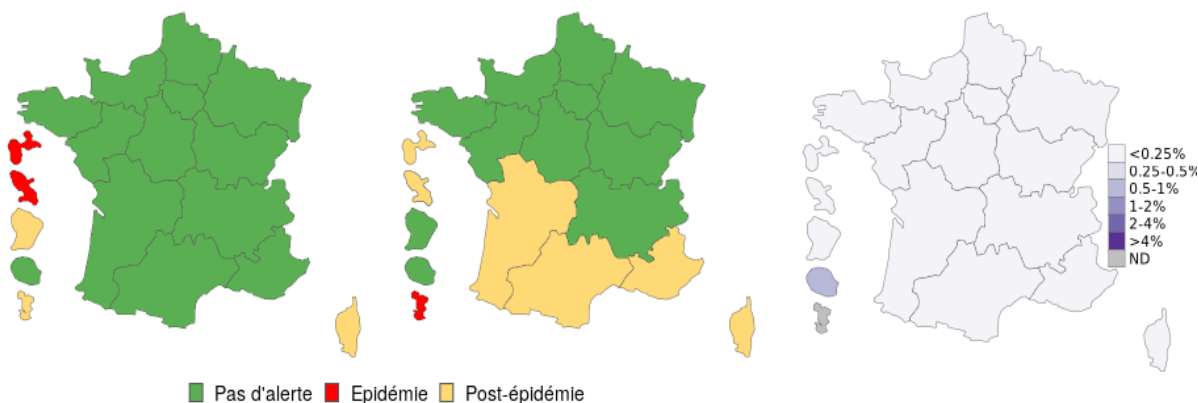
Niveau d'alerte régional*

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

Bronchiolite^{1, 2}

Taux de passages aux urgences**

Covid-19²



Mises à jour le 03/03/2026. * Antilles et Guyane : niveau d'alerte pour la semaine précédente. ** Données non disponibles pour Mayotte. Sources : ¹ SOS Médecins, ² OSCOUR®, ³ réseau Sentinelles + IQVIAGrippe et syndromes grippaux

Grippe et syndromes grippaux

Fin de l'épidémie

En S09, l'activité pour grippe/syndrome grippal est en baisse à un niveau inférieur aux années précédentes à la même période chez SOS Médecins comme aux urgences (Tableau 1, figure 1). La proportion d'hospitalisation après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal est en légère hausse.

Le taux d'incidence pour syndrome grippal relevé par le réseau Sentinelles + IQVIA en S09, non encore consolidé, était de 70 pour 100 000 habitants [IC95% : 49 ; 91] vs 88 pour 100 000 habitants [63 ; 113] en S08.

En S09, le taux de positivité des tests RT-PCR pour grippe (tous âges) est en légère hausse dans les laboratoires de ville (13 % vs 12 % en S08, réseau Relab) et stable dans les laboratoires hospitaliers (3,4 % vs 3,6 % en S08, réseau Renal). Depuis la S40, 4 553 virus de type A (4 527 A non sous-typés, 5 A(H1N1) et 21 A(H3N2)) et 36 de type B ont été diagnostiqués dans le réseau Renal en Paca, soit 99 % de virus de type A et 1 % de type B.

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

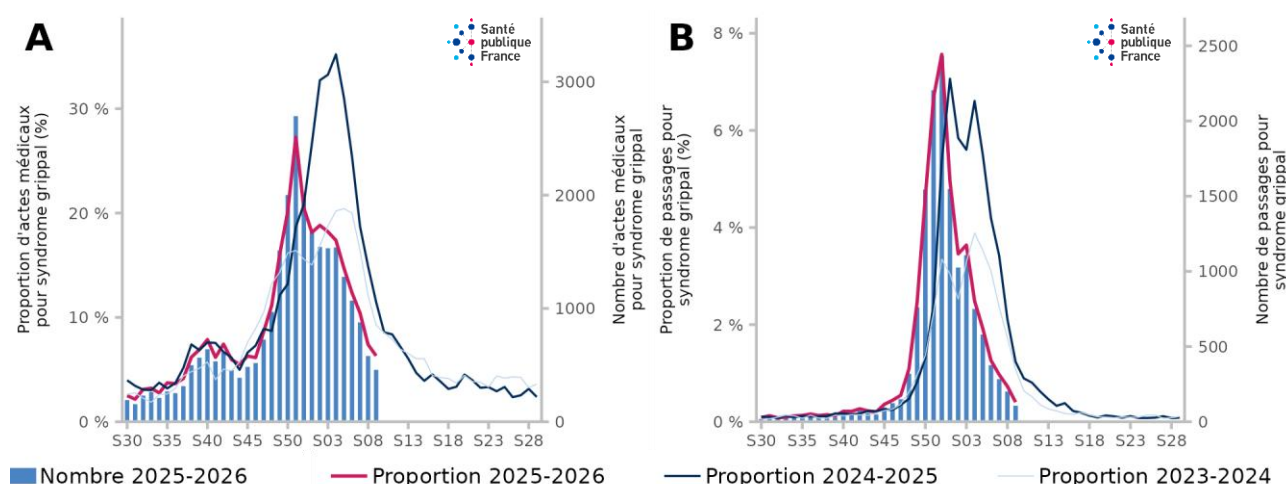
Tableau 1 – Indicateurs de surveillance syndromique de la grippe/syndrome grippal en Paca (point au 03/03/2026)

ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S07	S08	S09	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour grippe/syndrome grippal	890	593	471	-20,6 %*
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour grippe/syndrome grippal (%)	10,4	7,4	6,3	-1,1 pt*
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR	S07	S08	S09	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal	293	211	116	-45,0 %*
Proportion de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal (%)	1,0	0,7	0,4	-0,3 pt*
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal	78	53	31	-41,5 %*
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal (%)	26,6	25,1	26,7	+1,6 pt

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

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

Figure 1 – Nombre et proportion d'actes médicaux SOS Médecins (A) et de passages aux urgences (B) pour grippe/syndrome grippal en Paca par rapport aux deux années précédentes (point au 03/03/2026)



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

Bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an

Phase post-épidémique depuis 8 semaines

En S09, l'activité pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an est en baisse dans les associations SOS Médecins. L'activité pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an aux urgences évolue peu depuis 8 semaines (tableau 2, figure 2).

En S09, le taux de positivité des tests RT-PCR pour VRS (tous âges) est en baisse dans les laboratoires de ville (6,7 % vs 8,3% en S08, réseau Relab) ainsi que dans les laboratoires hospitaliers (1,5 % vs 1,9 % en S08, réseau Renal).

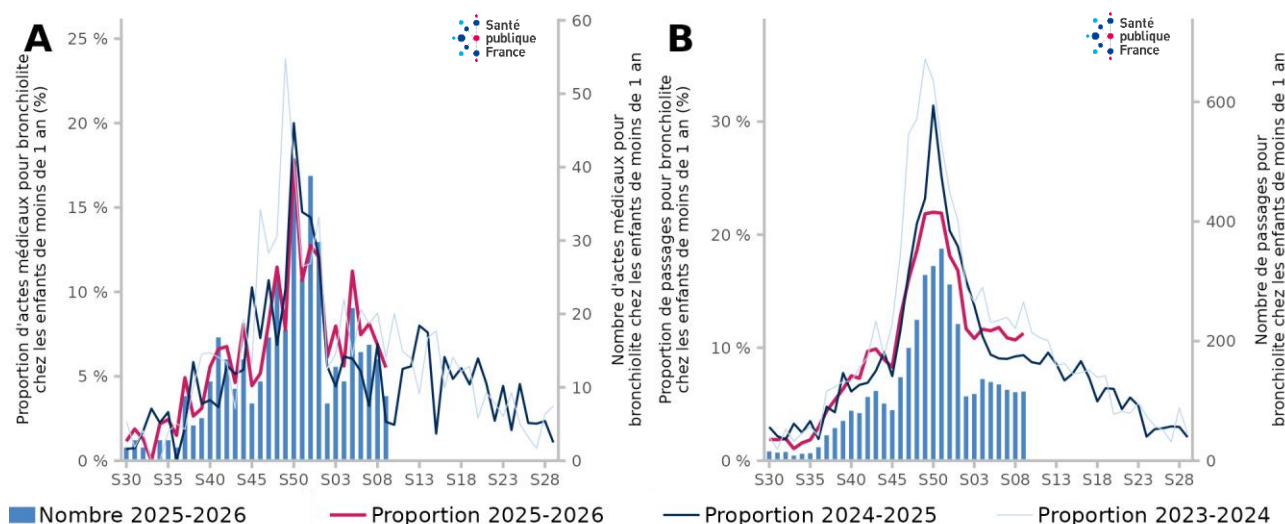
Situation au niveau national : [cliquez ici](#)

Tableau 2 – Indicateurs de surveillance syndromique de la bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an en Paca (point au 03/03/2026)

ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S07	S08	S09	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour bronchiolite	16	14	9	-35,7 %
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour bronchiolite (%)	8,1	6,9	5,5	-1,4 pt
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR	S07	S08	S09	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour bronchiolite	121	117	118	+0,9 %
Proportion de passages aux urgences pour bronchiolite (%)	10,9	10,7	11,3	+0,6 pt
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour bronchiolite	38	45	42	-6,7 %
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour bronchiolite (%)	31,4	38,5	35,6	-2,9 pts

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

Figure 2 – 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 03/03/2026)



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

Covid-19

En S09, l'activité pour Covid-19 tous âges reste très faible chez SOS Médecins et aux urgences à un niveau comparable à ceux observés les années précédentes à la même période (tableau 3, figure 3). La proportion d'hospitalisation après passages aux urgences pour Covid-19 est toutefois en hausse.

Le taux de positivité des tests RT-PCR pour SARS-CoV-2 (tous âges) est en hausse dans les laboratoires de ville (10,2 % vs 9,3 % en S08) et dans les laboratoires hospitaliers (3,8 % vs 2,6 % S08).

En S09, une tendance globale à la baisse du niveau de circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées est observée, avec une situation qui reste toutefois hétérogène selon les 4 stations de traitement des eaux usées de la région (figure 4).

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

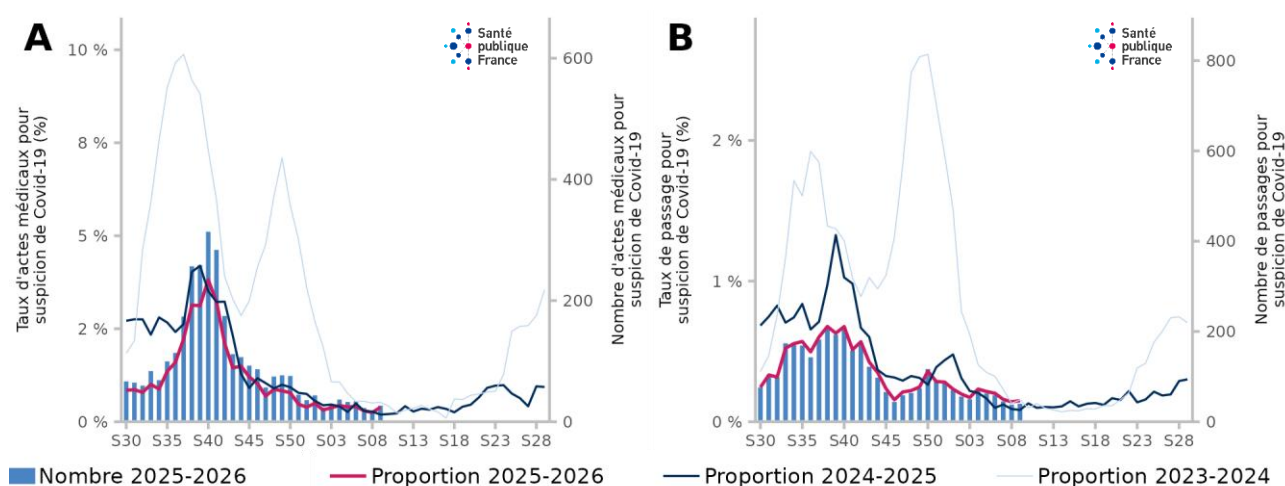
Tableau 3 – Indicateurs de surveillance syndromique de la Covid-19 en Paca (point au 03/03/2026)

ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S07	S08	S09	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour suspicion de Covid-19	25	20	29	+45,0 %
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de Covid-19 (%)	0,3	0,2	0,4	+0,2 pt
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR	S07	S08	S09	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19	48	41	43	+4,9 %
Proportion de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 (%)	0,2	0,1	0,1	+0,0 pt
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour suspicion de Covid-19	25	11	18	+63,6 %
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour suspicion de Covid-19 (%)	52,1	26,8	41,9	+15,1 pts

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

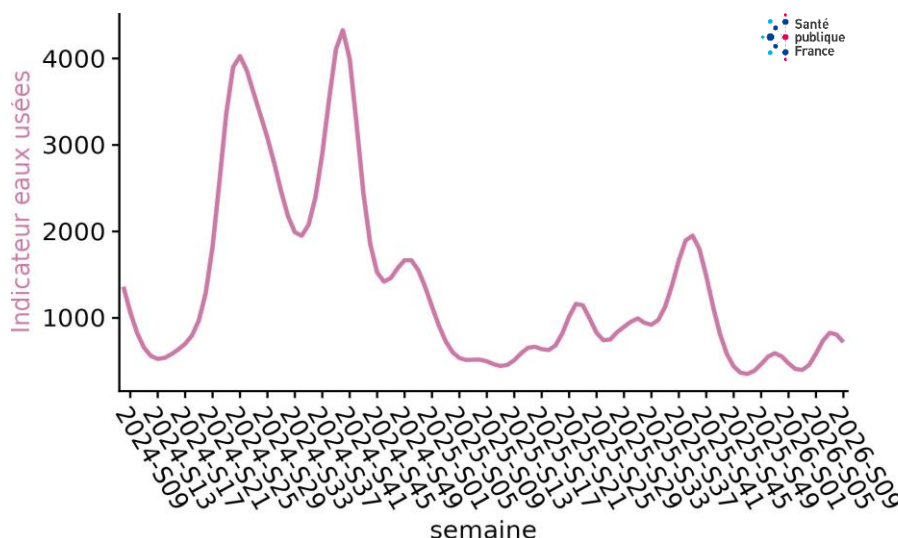
Sources : SurSaUD® – SOS Médecins, OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.

Figure 3 – Nombre et proportion d'actes médicaux SOS Médecins (A) et de passages aux urgences (B) pour suspicion de Covid-19 en Paca par rapport aux deux années précédentes (point au 03/03/2026)



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

Figure 4 – Circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées, de S08-2024 à S09-2026, en Paca (point au 03/03/2026)



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

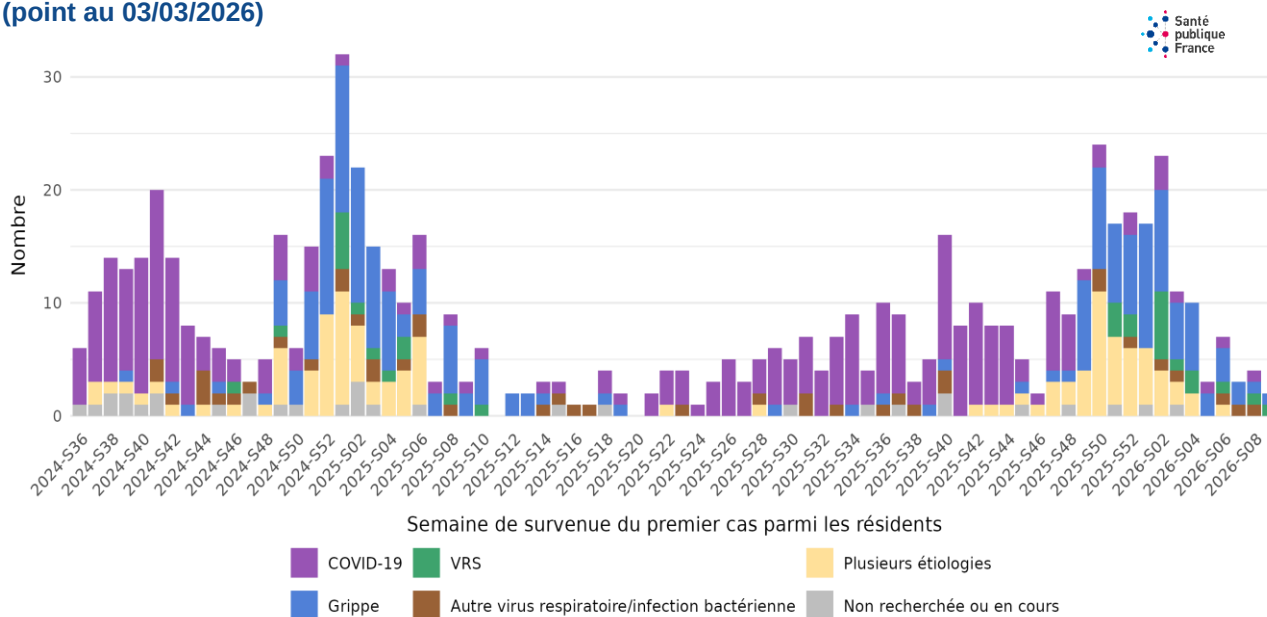
IRA en établissements médico-sociaux (EMS)

Dans les EMS, au 02/02/2026, 229 épisodes de cas groupés d'IRA ont été signalés depuis le 29/09/2025 (+3 depuis le dernier bilan). Le nombre d'épisodes en lien avec la grippe est toujours majoritaire (+1 soit 120 épisodes signalés liés à la grippe), représentant 53 % du total des épisodes. La Covid-19 a été identifiée dans 106 épisodes et le VRS dans 42 épisodes (+1).

Le nombre d'épisodes signalés est inférieur à celui observé l'an dernier à la même période (figure 5).

Parmi l'ensemble des épisodes (ouverts ou clos), il a été signalé 2 642 malades chez les résidents (+73) dont 139 ont été hospitalisés (+2) et 609 malades chez le personnel. Cent-treize décès ont été signalés parmi les résidents (+3).

Figure 5 – Nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA en EMS par étiologie en Paca depuis S36-2025 (point au 03/03/2026)



Source : VoozIRA+. Exploitation : Santé publique France.

IRA en réanimation

Cas graves de grippe, Covid-19 et VRS

Au 3 mars 2026, 164 cas graves de grippe (+ 2 cas par rapport au dernier bilan), 18 cas graves de Covid-19 (+1 cas) et 28 cas graves d'infection respiratoire à VRS (+1 cas), dont un cas grave avec une co-infection grippe/VRS ont été signalés depuis la S40 par les services de réanimation participant à la surveillance (figure 6).

Concernant les cas graves de grippe : les cas étaient plutôt des hommes (sex-ratio H/F = 1,5) (tableau 4). L'âge médian s'élevait à 68 ans (étendue : 1 – 99 ans). La plupart des cas avait au moins une comorbidité (85 %) dont les principales étaient une pathologie pulmonaire (39 % des cas), une hypertension artérielle (35 %) ou une pathologie cardiaque (27 %).

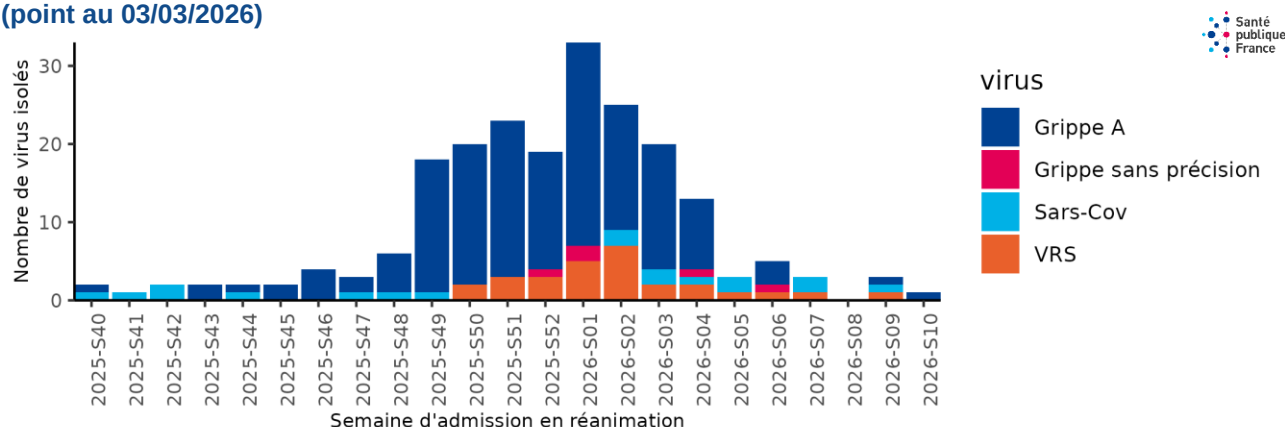
Près de la moitié des patients (44 % des données renseignées) n'ont pas présenté de SDRA, 17 ont présenté un SDRA mineur, 44 un SDRA modéré et 30 un SDRA sévère. Une ventilation invasive ou une assistance extracorporelle a été nécessaire pour environ un tiers des cas. Pour les patients sortis ou décédés, la durée de ventilation moyenne était de 8 jours (étendue : 1 – 48 jours).

Parmi les patients pour lesquels l'information était connue, seuls 24 % d'entre eux étaient vaccinés (42 % de données manquantes). Vingt-quatre patients sont décédés en réanimation (+1 décès).

Concernant les cas graves de Covid-19, il y avait plus d'hommes que de femmes (sex-ratio H/F = 1,6). L'âge médian s'élevait à 64 ans (étendue : 30 – 88 ans). La plupart des cas avait au moins une comorbidité (83 %), principalement une pathologie pulmonaire ou cardiaque (33 % des cas chacun), une hypertension artérielle et une immunodépression (28 % des cas chacun). La moitié des cas n'a pas présenté de SDRA, 1 un SDRA mineur, 5 un SDRA modéré et 3 un SDRA sévère. Une ventilation invasive a été nécessaire pour 44 % des cas. Pour les patients sortis ou décédés, la durée de ventilation moyenne était de 7 jours (étendue : 1 – 17 jours). Six patients sont décédés pendant leur séjour en réanimation (+ 1 décès).

Concernant les cas graves d'infection respiratoire à VRS, il y avait autant de femmes que d'hommes parmi les patients (sex-ratio H/F = 1 ; tableau 4). L'âge médian s'élevait à 72,5 ans (étendue : 32 – 90 ans). Presque tous les cas (96 %) avaient une comorbidité, principalement une pathologie pulmonaire (64 % des cas), hypertension artérielle (57 %) ou pathologie cardiaque (36 %). Seize patients (59 % des cas) n'ont pas présenté de SDRA et 11 ont présenté un SDRA mineur à sévère. Une ventilation invasive a été nécessaire pour près d'un tiers des cas. Pour les patients sortis ou décédés, la durée de ventilation moyenne était de 8,5 jours (étendue : 3 – 26 jours). Deux patients sont décédés (aucun nouveau décès).

Figure 6 – Nombre de patients admis en service de réanimation pour une IRA par étiologie en Paca (point au 03/03/2026)



Source et exploitation : Santé publique France.

Tableau 4 – Caractéristiques des patients admis en service de réanimation pour Covid-19, grippe ou VRS au cours de la saison (début en S39-2025) en Paca (point au 03/03/2026)

	Covid-19 N = 18	Grippe N = 164	VRS n = 28
Sexe			
Femme	7 (39 %)	66 (40 %)	14 (50 %)
Homme	11 (61 %)	98 (60 %)	14 (50 %)
Classes d'âge (années)			
< 2	0 (0 %)	2 (1 %)	0 (0 %)
2-17	0 (0 %)	5 (3 %)	0 (0 %)
18-64	9 (50 %)	60 (37 %)	9 (32 %)
65 et plus	9 (50 %)	97 (59 %)	19 (68 %)
Co-infection			
	-	1	1
Présence de comorbidité(s)			
	15 (83 %)	140 (85 %)	27 (96 %)
SDRA			
Aucun	9 (50 %)	71 (44 %)	16 (59 %)
Mineur	1 (6 %)	17 (10 %)	4 (15 %)
Modéré	5 (28 %)	44 (27 %)	5 (19 %)
Sévère	3 (17 %)	30 (19 %)	2 (7 %)
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive			
Aucune	3 (17 %)	4 (2 %)	0 (0 %)
O2 (Lunettes/masque)	1 (6 %)	17 (10 %)	2 (7 %)
Ventilation non-invasive	2 (11 %)	26 (16 %)	10 (36 %)
Oxygénothérapie haut-débit	4 (22 %)	62 (38 %)	8 (29 %)
Ventilation invasive	8 (44 %)	52 (32 %)	8 (29 %)
Assistance extracorporelle	0 (0 %)	3 (2 %)	0 (0 %)
Devenir			
Décès	6 (33 %)	24 (15 %)	2 (8 %)
Sortie de réanimation	12 (67 %)	131 (85 %)	24 (92 %)
Non renseigné		2	2
Non renseigné			1

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 ($\text{IMC} \geq 40$), 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[®])
- 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.

Exposition aux pollens, pouvant générer un risque allergique

En région Paca :

- l'indice pollens, mis en place par Atmo France et les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air, est à un niveau élevé, principalement en lien avec les pollens d'aulne ;
- les émissions de pollens de cyprès sont à un niveau moyen à très élevé.

L'activité des associations SOS Médecins relative aux allergies continue son augmentation en S09 à un niveau comparable à celui observé à la même période l'an passé (tableau 5, figure 7).

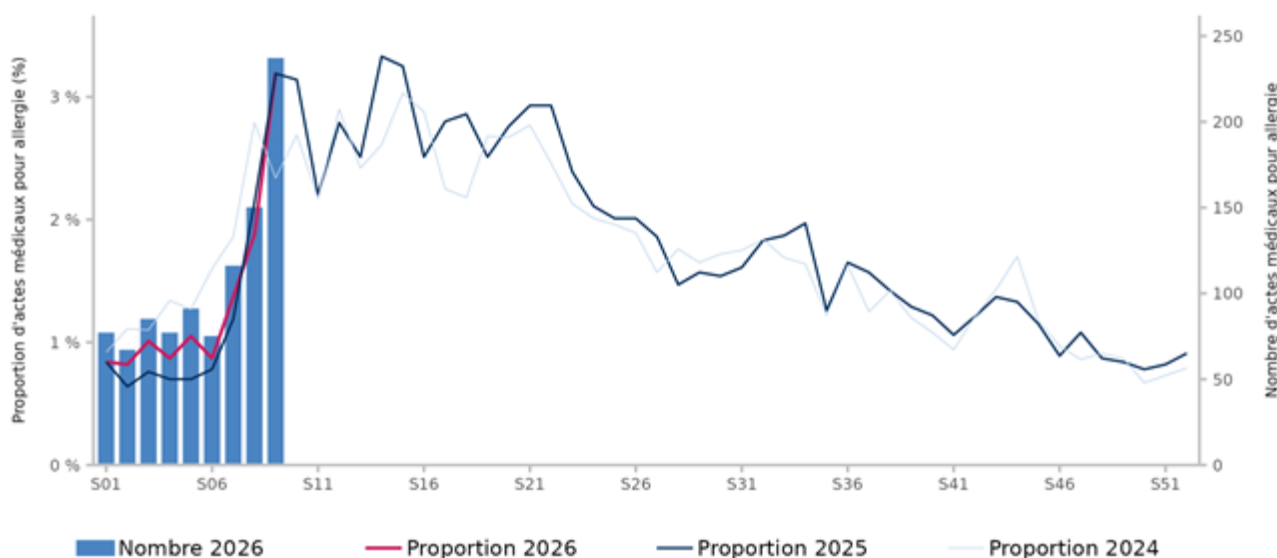
Plus d'informations : [site Internet d'AtmoFrance](#)
[site Cartopollen](#)

Tableau 5 - Indicateurs de surveillance syndromique de l'allergie en Paca (point au 03/02/2026)

ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S07	S08	S09	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour allergie	117	151	238	+58 %
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour allergie (%)	1,4	1,9	3,2	+1,3 pt

Source : SOS Médecins. Exploitation : Santé publique France.

Figure 7 - Nombre et proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour allergie en Paca par rapport aux 2 années précédentes (point au 03/03/2026)



Source : SOS Médecins. Exploitation : Santé publique France.

Prévention

Retrouvez sur le site du ministère chargé de la santé les conseils de prévention adaptés.

Recommandations pendant une période pollinique

Pour les personnes se sachant allergiques :

À LA MAISON	À L'EXTÉRIEUR
 • Rincez vos cheveux le soir	 • Éviter les activités extérieures qui entraînent une surexposition aux pollens : tonte du gazon, entretien du jardin, activités sportives, etc. En cas de nécessité, privilégiez la fin de journée et le port de lunettes de protection et d'un masque
 • Aérez au moins 10 mn par jour, de préférence avant le lever et après le coucher du soleil	 • Évitez de faire sécher le linge à l'extérieur
 • Évitez d'aggraver vos symptômes en ajoutant des facteurs irritants ou allergisants (tabac, produits d'entretien ou de bricolage, parfums d'intérieur, encens, bougies, etc.)	 • En cas de déplacement en voiture, gardez les vitres fermées

Pour les personnes ne se sachant pas allergiques :

Si vous présentez de façon gêne répétitive et saisonnière un ou plusieurs des symptômes suivants : crises d'éternuement, nez qui gratte, parfois bouché ou qui coule clair, yeux rouges, qui démangent ou qui larmoient, éventuellement une respiration sifflante ou une toux, vous souffrez peut-être d'une allergie aux pollens.

– L'allergie peut bénéficier de mesures de prévention et de soins. Pour cela **demandez conseil à votre pharmacien ou consultez votre médecin**.

Source : ministère en charge de la santé

Méthodologie

L'indice pollens, mis en place par Atmo France et les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air, indique les seuils de concentration dans l'air de 6 taxons (l'ambroisie, l'aulne, l'armoise, le bouleau, les graminées et l'olivier) et prend en compte le caractère allergisant des différents pollens. Cet indice couvre l'ensemble du territoire hexagonal.

CartoPollen est un outil de prévision des émissions de pollen de cyprès sur 3 jours, basé sur deux facteurs : la végétation et le climat. Il est développé par l'Institut national de la recherche agronomique (INRA). Ces prévisions couvrent les régions Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les données sanitaires proviennent des associations SOS Médecins (actes médicaux pour allergie).

Maladies à déclaration obligatoire

Synthèse au 04/03/2026

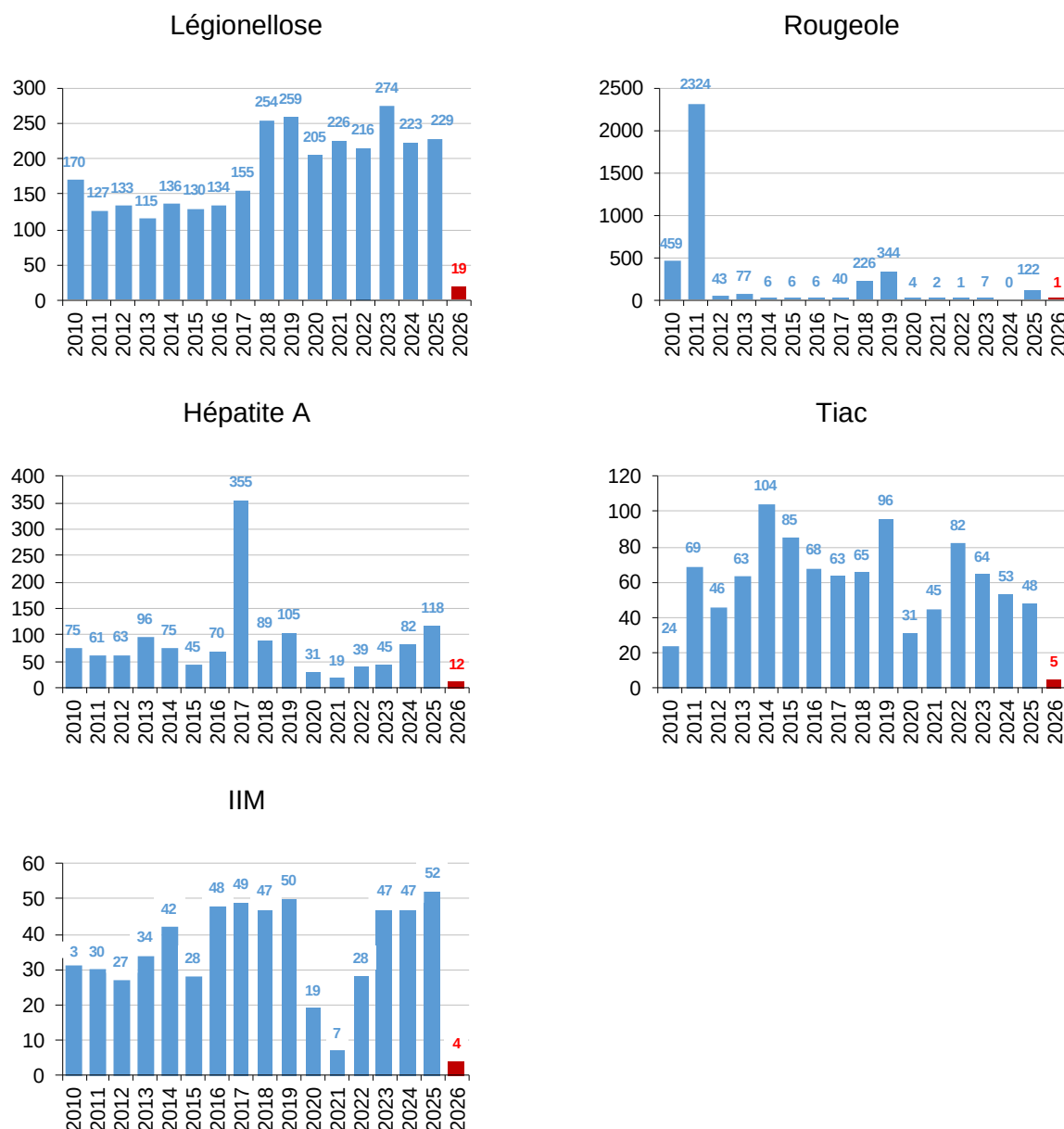
En janvier 2026, 41 déclarations obligatoires ont été notifiées à Santé publique France, valeur plus élevée qu'en janvier 2025 (= 30), principalement en lien avec le nombre de déclarations de légionellose (19 vs 7 en janvier 2025) et d'hépatite A (12 vs 6 en janvier 2025).

Tableau 6 – Nombre de MDO validées par Santé publique France en Paca, années 2025 et 2026

2026	Légionellose	Hépatite A	IIM	Rougeole	Tiac
Total (données provisoires)	19	12	4	1	5
Alpes-de-Haute-Provence	0	0	1	0	1
Hautes-Alpes	2	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	1	1	0	0	0
Bouches-du-Rhône	2	9	3	1	3
Var	13	1	0	0	0
Vaucluse	1	1	0	0	1
Janvier	19	12	4	1	5
Février	0	0	0	0	0
Mars	0	0	0	0	0
Avril	0	0	0	0	0
Mai	0	0	0	0	0
Juin	0	0	0	0	0
Juillet	0	0	0	0	0
Août	0	0	0	0	0
Septembre	0	0	0	0	0
Octobre	0	0	0	0	0
Novembre	0	0	0	0	0
Décembre	0	0	0	0	0

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 MDO validées par Santé publique France en Paca, années 2025 et 2026



Méthodologie

Maladies à déclaration obligatoire (MDO) du 1^{er} janvier 2025 au 28 février 2026, extraites le 04/03/2026 depuis la base de données de Santé publique France (données du mois de février 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 :

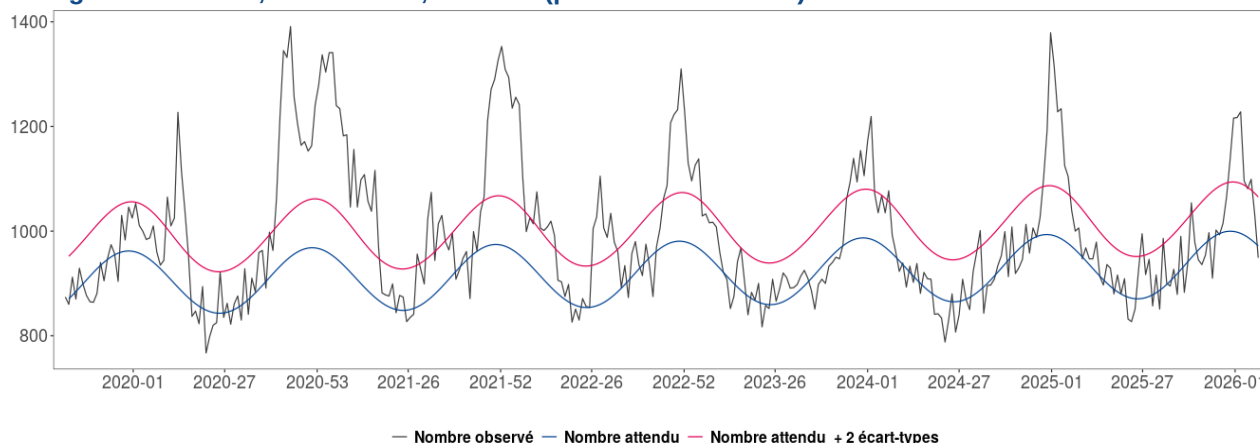
- Légionellose : date de début des signes ;
- Hépatite A : date de la confirmation biologique ;
- Infections invasives à méningocoque (IIM) : date d'hospitalisation ;
- Rougeole : date de l'éruption ;
- Toxi-infection alimentaire collective (Tiac) : date de signalement du foyer.

Mortalité

Mortalité toutes causes

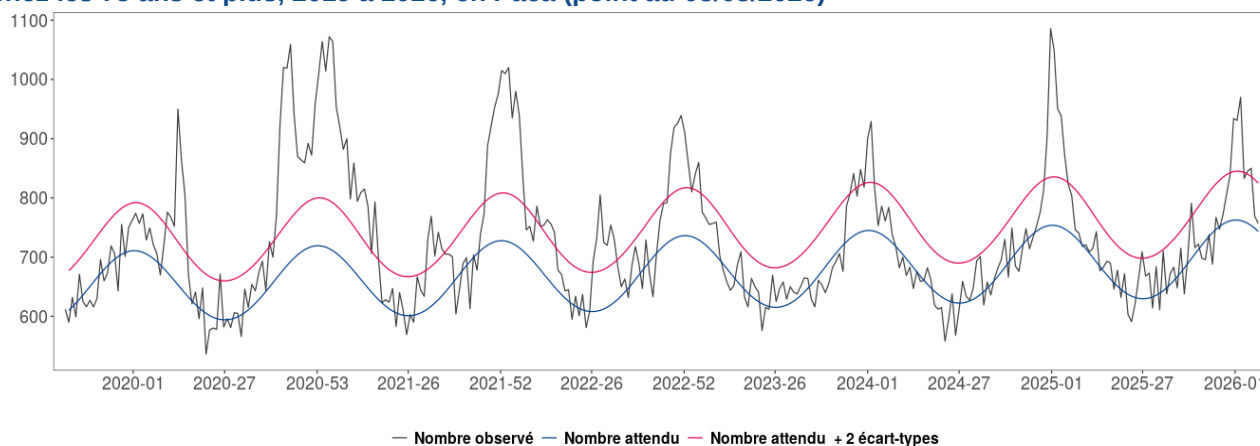
Aucun excès significatif de mortalité toutes causes n'est observé au niveau régional en S08 (figures 9 et 10).

Figure 9 – Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges confondus, 2019 à 2026, en Paca (point au 03/03/2026)



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 03/03/2026)



Source : Insee. Exploitation : Santé publique France.

Certification électronique des décès

En S09 (données non consolidées), parmi les 681 décès déclarés par certificat électronique, **1,5 %** portaient une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès. Après une baisse en S08 ; Ce chiffre est **en hausse** par rapport à la semaine précédente (**0,7 % en S08**). En termes de classes d'âges, 70 % des décès pour grippe certifiés électroniquement concernaient des personnes de 85 ans et plus (80 % en S08).

La Covid-19 était, elle, mentionnée dans 0,6 % des certificats électroniques de décès en S09 (vs 0,3 % en S08).

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).

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 58 % de la mortalité nationale fin 2025. Cette part de décès certifiés électroniquement est hétérogène sur le territoire (entre 10 % et 75 % selon les régions) et selon le type de lieu de décès (utilisé pour environ 80 % décès survenant à l'hôpital, mais uniquement 20 % des décès survenant à domicile). En région Paca, la couverture de la certification électronique des décès était estimée, fin 2025, à 64 % 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

- **Chaleur et santé. Bilan de l'été 2025**

L'été 2025 se classe comme le 3^e été le plus chaud depuis 1900 avec une température moyenne supérieure de 1,9 °C par rapport à la normale 1991-2020, d'après Météo-France.

L'impact sanitaire a principalement concerné les personnes de 75 ans et plus que ce soit en termes de morbidité ou de mortalité.

En région Paca, l'ensemble des départements a été concerné par au moins un épisode caniculaire. Sur l'ensemble de l'été, c'est la région qui a été la plus impactée en termes de mortalité attribuable à la chaleur.

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

- **Vers des ruralités favorables à la santé - Le dossier de La Santé en action n°472 de janvier 2026**

Les territoires ruraux affichent des indicateurs sanitaires moins bons que ceux des villes. La ruralité est en effet marquée par des fragilités socio-économiques et démographiques spécifiques. " La campagne " n'est également pas épargnée par la pollution : pesticides, infrastructures industrielles ou routières exposent les habitants. Le manque de professionnels de santé limite l'accès aux soins et à la prévention, tandis que les difficultés de mobilité pèsent sur l'éducation, l'emploi et la vie sociale, surtout pour les jeunes. Cependant, les acteurs, qu'ils soient institutionnels ou associatifs, professionnels ou élus locaux, s'engagent dans la promotion de la santé. Le monde rural, par sa diversité et sa capacité d'innovation, est riche d'enseignements et montre la voie pour une action publique qui transforme les conditions de vie, l'environnement et ce qui fait cohésion sociale.

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

- **Épidémie d'infections à Escherichia Coli producteurs de Shiga-toxines O26:H11 et O103:H2 liée à la consommation de pizzas surgelées. France, janvier-avril 2022**

Le 10 février 2022, un excès de notifications de SHU pédiatriques depuis début février a été identifié par Santé publique France et le Centre national de référence des E. coli. Des investigations épidémiologiques ont été initiées le 11 février 2022 par Santé publique France en lien avec les Cellules régionales pour identifier une possible source commune de contamination afin de guider les mesures de gestion adaptées.

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 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 Cépide de l'Inserm, le GRADeS Paca, l'ensemble des 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. 4 mars 2026. Saint-Maurice : Santé publique France, 18 pages, 2026.

Directrice de publication : Dr Caroline SEMAILLE

Date de publication : 4 mars 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr