



Date de publication : 11 mars 2026

ÉDITION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR



Semaine 10-2026

Points clés de la semaine

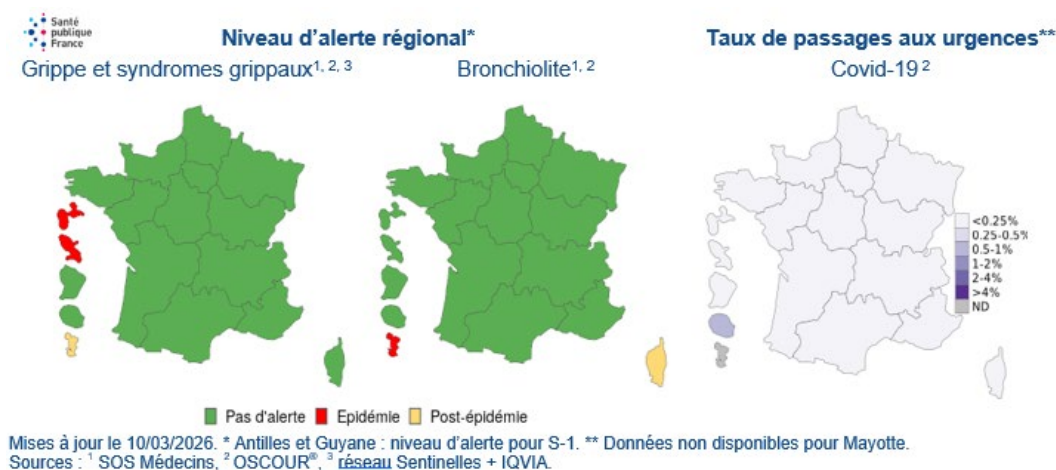
Infections respiratoires aiguës (page 2)

Grippe et syndromes grippaux : niveau de base depuis 2 semaines

L'activité liée à la grippe poursuit sa baisse en S10 dans tous les réseaux de surveillance. Toutes les régions hexagonales sont revenues à un niveau d'activité de base.

Bronchiolite (moins de 1 an) : fin de l'épidémie

L'activité est en baisse chez SOS Médecins et aux urgences. Toutes les régions hexagonales, exceptée la Corse, sont revenues à un niveau d'activité de base.



Pollens et allergies (page 11)

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

Mortalité (page 13)

Pas de surmortalité observée au niveau régional.

Infections respiratoires aiguës

Synthèse de la semaine 10-2026

Grippe et syndromes grippaux : **niveau de base (2^e semaine)**. Activité tous âges en baisse aux urgences et chez SOS Médecins ;

Bronchiolite (moins de 1 an) : **fin de l'épidémie**. Activité en baisse aux urgences et chez SOS Médecins

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

En S10, 5,7 % des hospitalisations après passage aux urgences l'étaient pour un diagnostic d'infection respiratoire aiguë basse (vs 7,2 % la semaine précédente).

En France hexagonale, les indicateurs sont revenus à leur niveau de base pour la grippe dans l'ensemble des régions hexagonales. Pour la bronchiolite, toutes les régions hexagonales sont au niveau de base sauf la Corse qui reste en phase post-épidémique.

Indicateurs clés

	Actes SOS Médecins			Passages aux urgences			Proportion d'hospitalisation après un passage		
Part d'activité pour la pathologie (%)	S09	S10	Variation (S/S-1)	S09	S10	Variation (S/S-1)	S09	S10	Variation (S/S-1)
bronchiolite (moins de 1 an)	5,5	4,5	↓	11,3	8,6	↓	35,0	40,5	↑
grippe/syndrome grippal	6,3	5,0	↓	0,4	0,2	↓*	26,7	19,1	↓
Covid-19 et suspicions	0,4	0,1	↓*	0,2	0,1	→*	43,2	41,7	↓
pneumopathie aiguë	1,1	0,7	↓*	1,9	1,7	→	64,0	61,9	↓
bronchite aiguë	5,9	5,1	↓*	0,5	0,4	→*	21,7	17,1	↓
Total IRA basses**	13,9	11,0	↓	3,4	2,7	↓	47,9	48,9	↑

* 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.

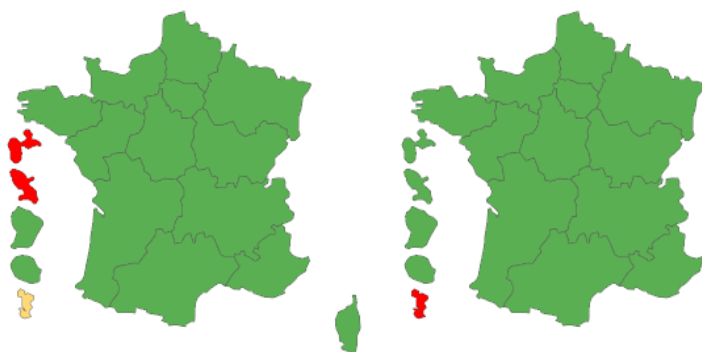
Sources : SurSaUD® – SOS Médecins, OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.



Niveau d'alerte régional*

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

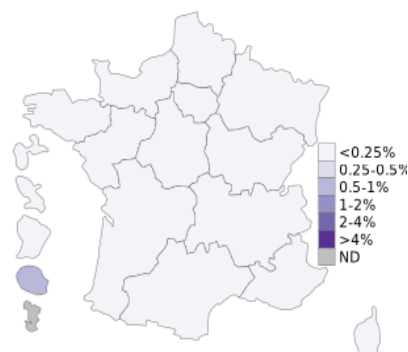
Bronchiolite^{1, 2}



■ Pas d'alerte ■ Epidémie ■ Post-épidémie

Taux de passages aux urgences**

Covid-19²



Mises à jour le 10/03/2026. * Antilles et Guyane : niveau d'alerte pour S-1. ** Données non disponibles pour Mayotte.

Sources : ¹ SOS Médecins, ² OSCOUR®, ³ réseau Sentinelles + IQVIA.

Grippe et syndromes grippaux

Niveau de base (2^e semaine)

En S10, l'activité des associations SOS Médecins et des services d'urgence pour grippe/syndrome grippal est en baisse à un niveau plus faible que celui observé à la même période les 2 années précédentes (tableau 1, figure 1).

Le taux d'incidence pour syndrome grippal relevé par le réseau Sentinelles + IQVIA en S10, non encore consolidé, était de 80 pour 100 000 habitants [IC95% : 0 ; 181] vs 70 pour 100 000 habitants [49 ; 91] en S09.

En S10, le taux de positivité des tests RT-PCR pour grippe (tous âges) est en baisse dans les laboratoires de ville (11 % vs 17 % en S09) et dans les laboratoires hospitaliers (2 % vs 3 % en S09).

Depuis la S40, 4 599 virus de type A (4 573 A non sous-typés, 5 A(H1N1) et 21 A(H3N2)) et 38 de type B ont été diagnostiqués dans le réseau Renal en Paca, soit 99 % de virus de type A.

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

Tableau 1 – Indicateurs de surveillance syndromique de la grippe/syndrome grippal en Paca (point au 10/03/2026)

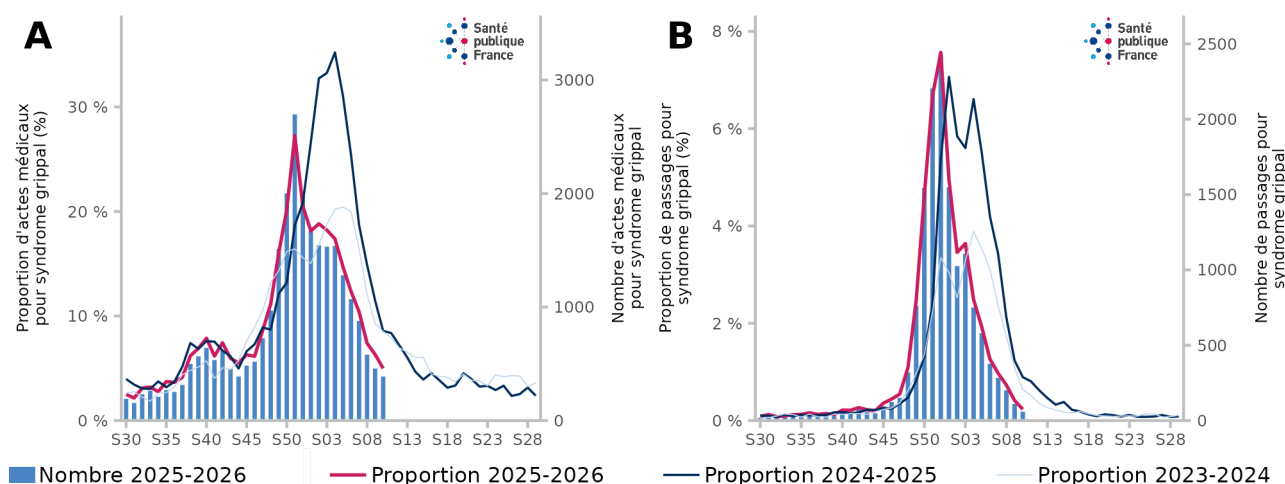
ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S08	S09	S10	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour grippe/syndrome grippal	593	471	401	-14,9 %*
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour grippe/syndrome grippal (%)	7,4	6,3	5,0	-1,3 pt*
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR	S08	S09	S10	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal	211	120	68	-43,3 %*
Proportion de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal (%)	0,7	0,4	0,2	-0,2 pt*
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal	53	32	13	-59,4 %*
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal (%)	25,1	26,7	19,1	-7,6 pts

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

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

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 10/03/2026)



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

Bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an

Fin d'épidémie

En S10, chez les enfants de moins de 1 an, l'activité pour bronchiolite est en baisse dans les associations SOS Médecins et aux urgences à un niveau comparable à celui observé à la même période les 2 années précédentes (tableau 2, figure 2).

Le taux de positivité des tests RT-PCR pour VRS (tous âges) est en baisse dans les laboratoires de ville (8 % vs 11 % en S09) et hospitaliers (2 % vs 3 % en S09).

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 10/03/2026)

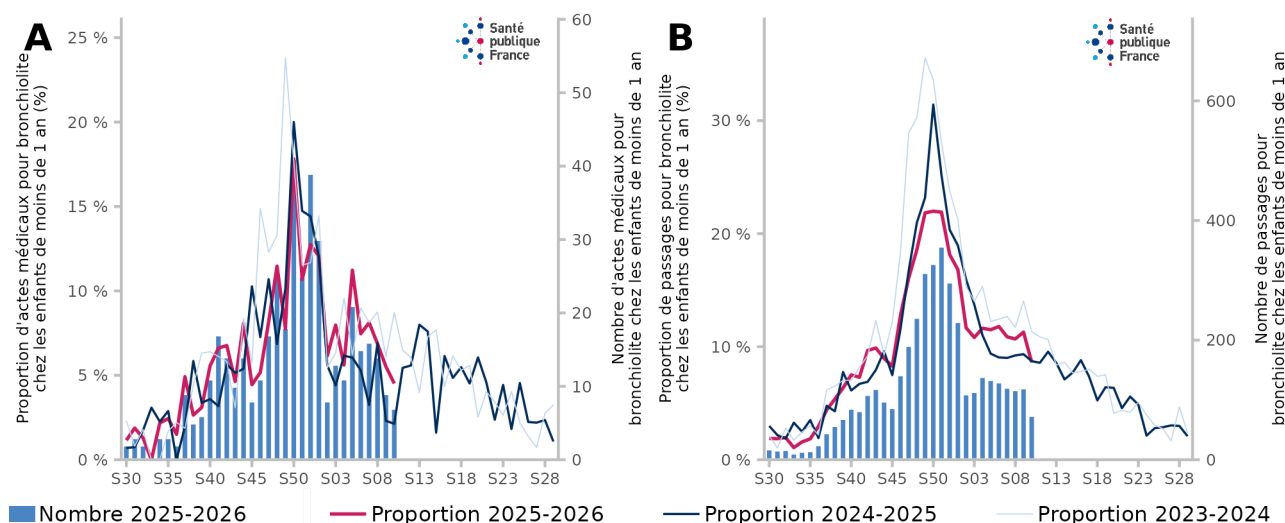
ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S08	S09	S10	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour bronchiolite	14	9	7	-22,2 %
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour bronchiolite (%)	6,9	5,5	4,5	-1,0 pt
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR	S08	S09	S10	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour bronchiolite	117	120	74	-38,3 %
Proportion de passages aux urgences pour bronchiolite (%)	10,7	11,3	8,6	-2,7 pts
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour bronchiolite	45	42	30	-28,6 %
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour bronchiolite (%)	38,5	35,0	40,5	+5,5 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® – 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 10/03/2026)



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

Covid-19

En S10, l'activité pour Covid-19 tous âges reste très faible chez SOS Médecins et aux urgences à un niveau comparable aux années précédentes à la même période (tableau 3, figure 3).

En S10, le taux de positivité des tests RT-PCR pour SARS-CoV-2 (tous âges) est en baisse dans les laboratoires de ville (10 % vs 14 % en S09) et hospitaliers (3 % vs 4 % en S09, réseau Renal).

La tendance globale à la baisse du niveau de circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées se poursuit en S10, 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 10/03/2026)

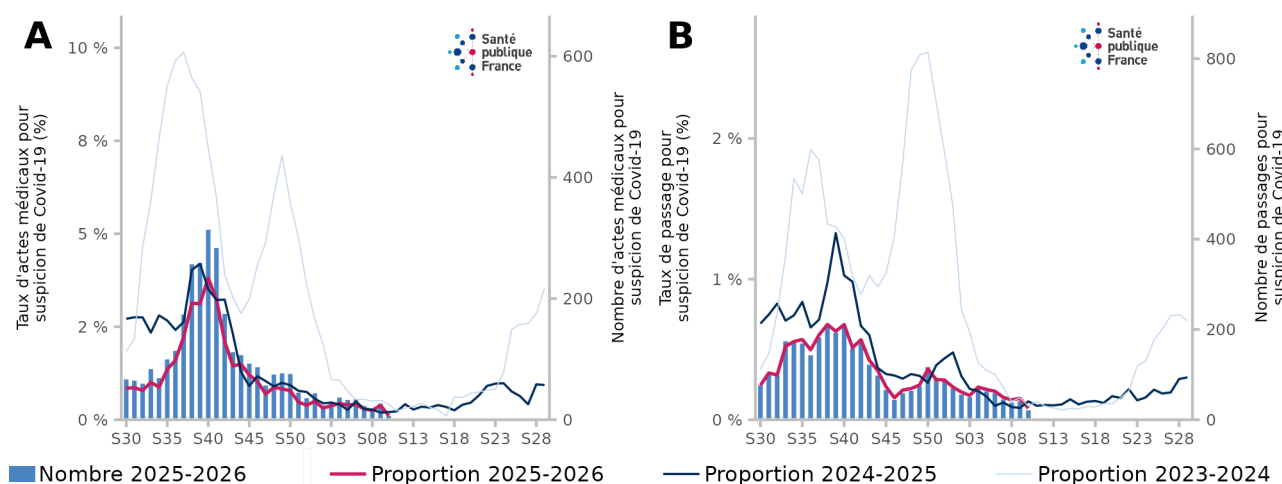
ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S08	S09	S10	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour suspicion de Covid-19	20	29	9	-69,0 %*
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de Covid-19 (%)	0,2	0,4	0,1	-0,3 pt*
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR	S08	S09	S10	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19	41	44	24	-45,5 %*
Proportion de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 (%)	0,1	0,2	0,1	-0,1 pt*
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour suspicion de Covid-19	11	19	10	-47,4 %
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour suspicion de Covid-19 (%)	26,8	43,2	41,7	-1,5 pt

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

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

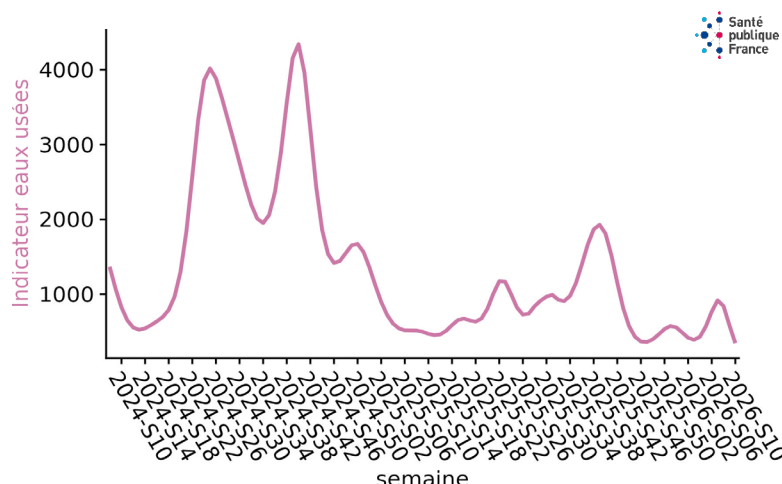
Sources : SurSaUD® – SOS Médecins, OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.

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 10/03/2026)



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

Figure 4 – Circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées, de S08-2024 à S10-2026, en Paca (point au 10/03/2026)



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

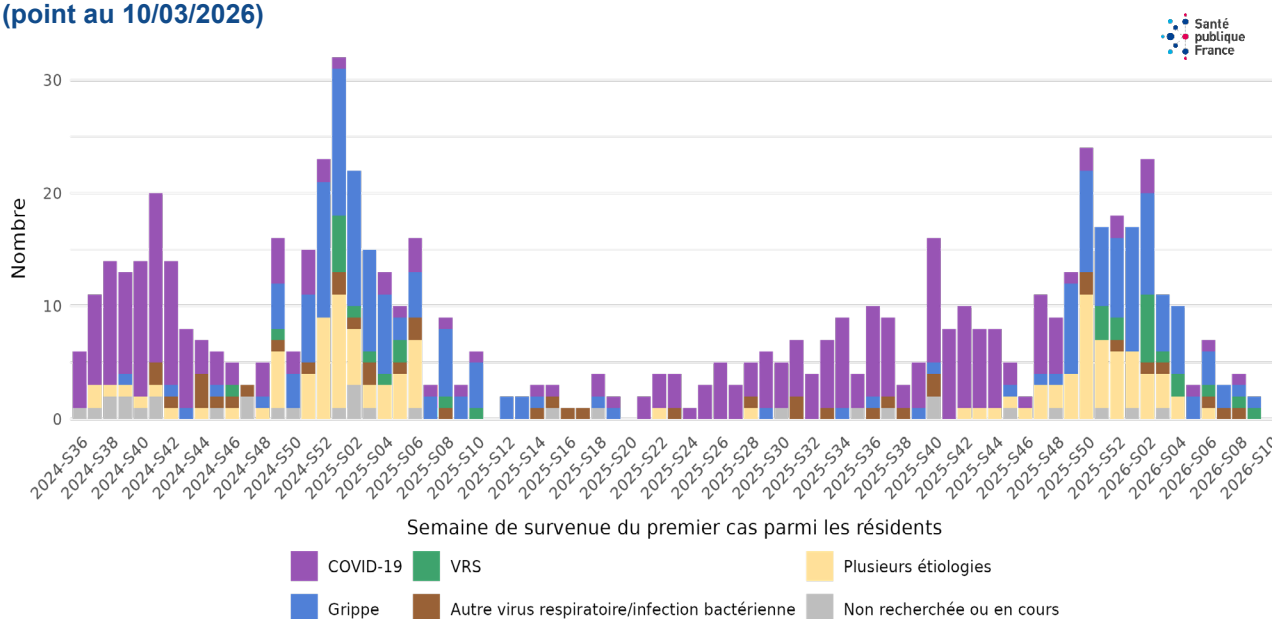
IRA en établissements médico-sociaux (EMS)

Dans les EMS, au 10/03/2026, **229 épisodes de cas groupés d'IRA ont été signalés depuis le 29/09/2025 (aucun nouvel épisode)**. Le nombre d'épisodes en lien avec la grippe est toujours majoritaire (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.

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 2 652 malades chez les résidents (+10) dont 139 ont été hospitalisés (aucune nouvelle hospitalisation) et 609 malades chez le personnel (aucun nouveau malade). Cent-quatorze décès ont été signalés parmi les résidents (+1).

Figure 5 – Nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA en EMS par étiologie en Paca depuis S369-2024 (point au 10/03/2026)



Source : VoozIRA+. Exploitation : Santé publique France.

IRA en réanimation

Cas graves de grippe, Covid-19 et VRS

Au 10 mars 2026, 168 cas graves de grippe (+ 4 cas par rapport au dernier bilan), 18 cas graves de Covid-19 (aucun nouveau cas), 28 cas graves d'infection respiratoire à VRS (aucun nouveau 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 (86 %) dont les principales étaient une pathologie pulmonaire (39 % des cas), une hypertension artérielle (35 %) ou une pathologie cardiaque (27 %).

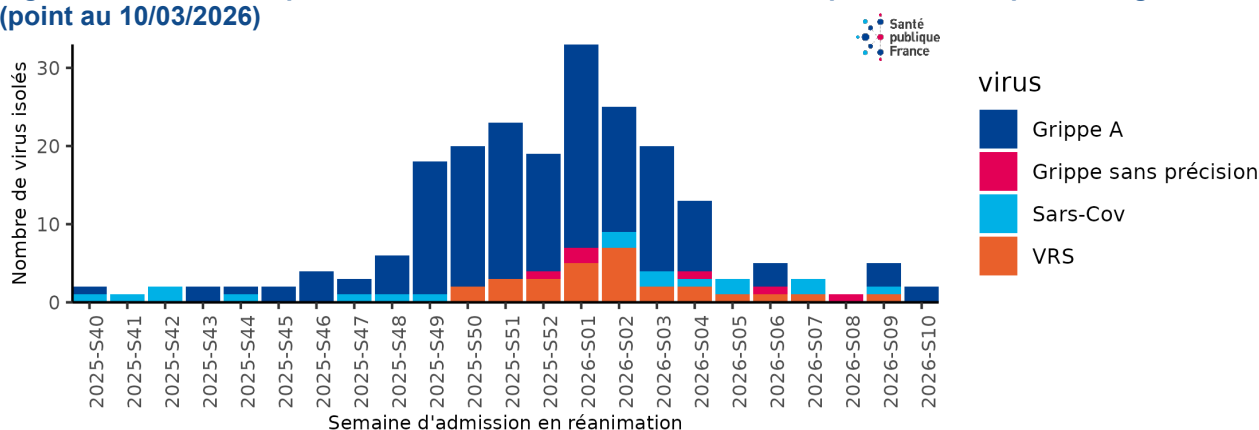
Près de la moitié des patients (43 % des données renseignées) n'ont pas présenté de SDRA, 19 ont présenté un SDRA mineur, 46 un SDRA modéré et 30 un SDRA sévère. Une ventilation invasive ou une assistance extracorporelle a été nécessaire pour environ un tiers des cas. Pour les patients sortis ou décédés, la durée de ventilation moyenne était de 8 jours (étendue : 1 – 69 jours).

Parmi les patients pour lesquels l'information était connue, seuls 24 % d'entre eux étaient vaccinés (43 % de données manquantes). Vingt-cinq patients sont décédés en réanimation (+1 décès).

Concernant les cas graves de Covid-19, le bilan est inchangé : sex-ratio H/F de 1,6, âge médian de 64 ans (étendue : 30 – 88 ans), au moins une comorbidité pour 83 % des cas. La moitié des patients a développé un SDRA. Une ventilation invasive a été nécessaire pour 44 % des cas, avec une durée de ventilation moyenne de 7 jours (étendue : 1 – 17 jours). Six patients sont décédés pendant leur séjour en réanimation (aucun nouveau décès).

Concernant les cas graves d'infection respiratoire à VRS, le bilan est également inchangé : autant de femmes que d'hommes parmi les patients, un âge médian de 72,5 ans (étendue : 32 – 90 ans), au moins une comorbidité pour 96 % des patients. Onze patients (39%) ont présenté un SDRA et une ventilation invasive a été nécessaire pour moins d'un tiers des cas, avec une durée de ventilation moyenne de 8 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 10/03/2026)



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 10/03/2026)

	Covid-19 N = 18	Grippe N = 168	VRS n = 28
Sexe			
Femme	7 (39 %)	67 (40 %)	14 (50 %)
Homme	11 (61 %)	101 (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 %)	63 (38 %)	9 (32 %)
65 et plus	9 (50 %)	98 (58 %)	19 (68 %)
Co-infection grippe/SARS-CoV-2/VRS	-	1	1
Présence de comorbidité(s)	15 (83 %)	144 (86 %)	27 (96 %)
SDRA			
Aucun	9 (50 %)	71 (43 %)	17 (61 %)
Mineur	1 (6 %)	19 (11 %)	4 (14 %)
Modéré	5 (28 %)	46 (28 %)	5 (18 %)
Sévère	3 (17 %)	30 (18 %)	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 %)	27 (16 %)	9 (32 %)
Oxygénothérapie haut-débit	4 (22 %)	64 (38 %)	9 (32 %)
Ventilation invasive	8 (44 %)	53 (32 %)	8 (29 %)
Assistance extracorporelle	0 (0 %)	3 (2 %)	0 (0 %)
Devenir			
Décès	6 (33 %)	25 (15 %)	2 (7 %)
Sortie de réanimation	12 (67 %)	138 (85 %)	26 (93 %)
Non renseigné		2	

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 Paca, en S10 :

- 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 modéré**, principalement en lien avec les pollens d'aulne ;
- les émissions de pollens de cyprès sont élevées.

L'activité des associations SOS Médecins relative aux allergies a fortement augmenté entre les S06 et S10 (tableau 4, figure 7). En S10, l'activité est plus élevée que celle observée à la même période les 2 années précédentes.

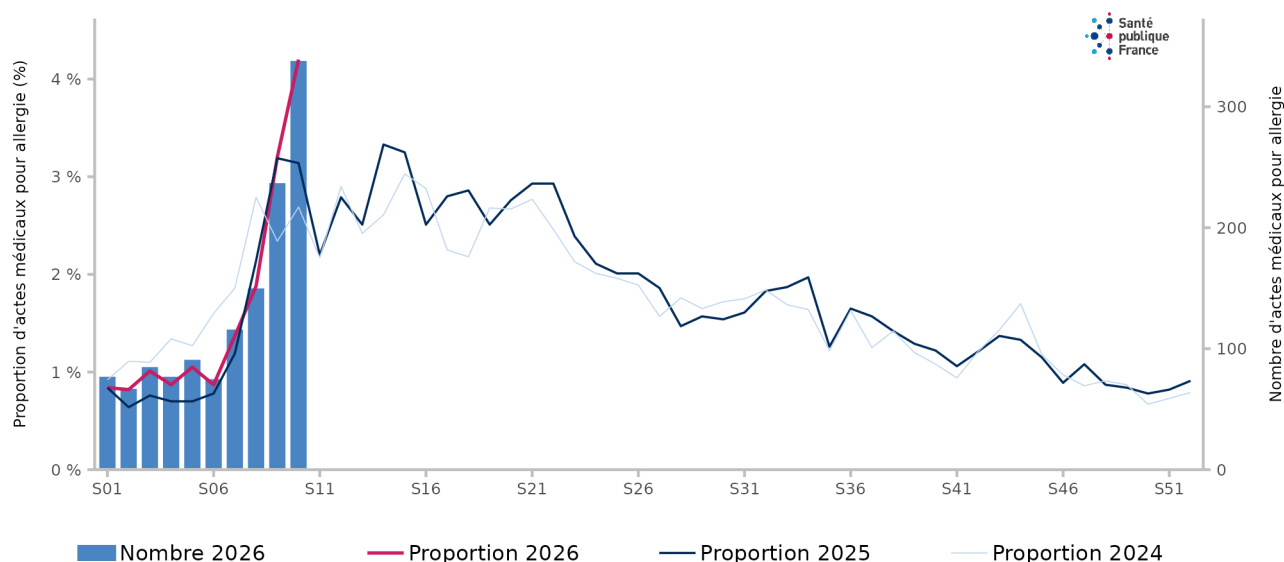
Plus d'informations : [site Internet d'AtmoFrance](#)
[site Cartopollen](#)

Tableau 4 - Indicateurs de surveillance syndromique de l'allergie en Paca (point au 10/03/2026)

ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S08	S09	S10	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour allergie	151	238	339	+42 %
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour allergie (%)	1,9	3,2	4,2	+1,0 pt

* différence significative (test du Khi2 ou Fisher selon les effectifs). NC : non calculable.
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 10/03/2026)



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'ambrosie, 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.

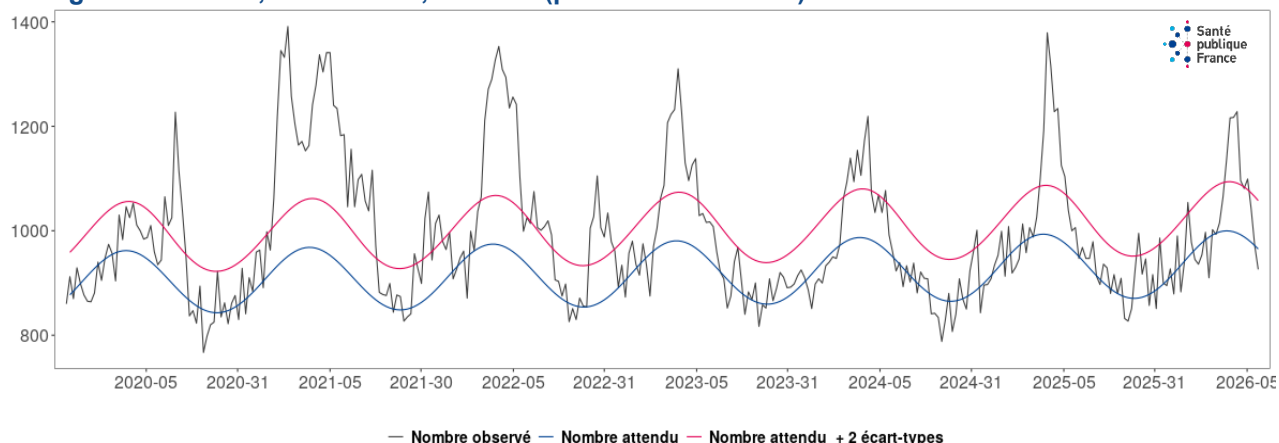
Les données sanitaires proviennent des associations SOS Médecins (actes médicaux pour allergie).

Mortalité

Mortalité toutes causes

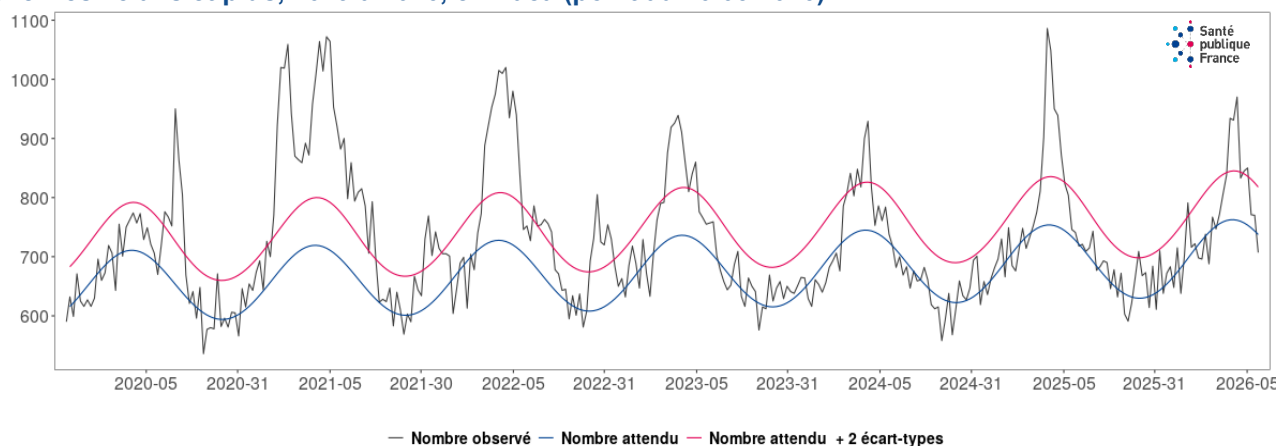
Aucun excès significatif de mortalité toutes causes n'est observé au niveau régional en S09 (figures 8 et 9).

Figure 8 – Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges confondus, 2019 à 2026, en Paca (point au 10/03/2026)



Source : Insee. Exploitation : Santé publique France.

Figure 9 – Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, chez les 75 ans et plus, 2019 à 2026, en Paca (point au 10/03/2026)



Source : Insee. Exploitation : Santé publique France.

Certification électronique des décès

En S10 (données non consolidées), parmi les 659 décès déclarés par certificat électronique, **0,6 %** portaient une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès, **en baisse** par rapport à la semaine précédente (**1,5 %** en S09).

La Covid-19 était mentionnée dans 1 % des décès (vs 0,6 % en S09).

)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

- **Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), 10 mars 2026, n°7**

- Augmentation du prix du tabac : opinion et motivation à l'arrêt des fumeurs français en 2022
- Recours à la coloscopie après un test de dépistage positif : analyse des délais et des facteurs associés à la non-réalisation, en France hexagonale entre 2016 et 2020 A compléter.

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

- **Petit poids de naissance : l'impact de l'exposition à la chaleur serait renforcé par les facteurs environnementaux et socio-économiques.**

En raison des dérèglements climatiques, la population mondiale est exposée à des températures de plus en plus élevées et à des vagues de chaleur de plus en plus extrêmes. Or, au cours de la grossesse, l'exposition à la chaleur peut être nocive pour la santé des femmes enceintes et des enfants à naître.

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

- **Effets des abattoirs sur la dynamique de la Covid-19 : une analyse écologique dans l'Ouest de la France.**

Des clusters de Covid-19 sont apparus au début de la pandémie dans les abattoirs de l'Ouest de la France avec un risque de diffusion communautaire. L'étude évalue l'effet de la présence d'abattoirs sur la dynamique épidémique de la Covid-19 en Bretagne et Pays de la Loire entre le 8 juillet 2020 et le 7 décembre 2021.

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

- **Genomic Epidemiology of West Nile Virus in Paris.**

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

- **Sustained impact of motivational interviewing on reducing vaccine hesitancy among postpartum mothers: A randomized control trial, Southeastern France, 2021 to 2022.**

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. 11 mars 2026. Saint-Maurice : Santé publique France, 16 pages, 2026.

Directrice de publication : Dr Caroline SEMAILLE

Date de publication : 11 mars 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr