

## Surveillance sanitaire

**Semaine 13-2025. Date de publication : 2 avril 2025**

**Édition Provence-Alpes-Côte d'Azur**

### Points clés de la semaine 13-2025

#### Infections respiratoires aiguës (page 2)

**Grippe et syndromes grippaux** : fin d'épidémie. Activité en baisse chez SOS Médecins et dans les urgences hospitalières.

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

#### Rougeole (page 10)

Après une reprise de la circulation virale en 2024 dans la région mais aussi plus largement en France, la circulation de la rougeole s'intensifie à nouveau en ce début d'année 2025.

#### Mortalité (page 12)

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 est en baisse.

# Infections respiratoires aiguës

## Synthèse de la semaine 13-2025

**Grippe et syndromes grippaux** : **Fin de l'épidémie**. Activité en baisse chez SOS Médecins et dans les urgences hospitalières.

Au niveau hexagonal, toutes les régions sont revenues à un niveau de base sauf les régions Bretagne, Hauts-de-France et Grand-Est qui restent en phase post-épidémique.

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

### Indicateurs clés

Part d'activité pour la pathologie parmi	Grippe et syndromes grippaux (tous âges)			Covid-19 (tous âges)		
	S12	S13	Variation (S/S-1)	S12	S13	Variation (S/S-1)*
Les actes SOS Médecins (%)	7,2	6,0	↘	0,4	0,3	→
Les passages aux urgences (%)	0,6	0,4	↘	0,1	0,1	→
Proportion d'hospitalisation après passage (%)	23,3	20,6	↘	36,7	41,4	→**

\* **Evolution à interpréter avec précaution au vu des faibles effectifs.**

\*\* **petits effectifs : seules deux hospitalisations supplémentaires pour la région en semaine 13**

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

#### Niveau d'alerte régional\*

Grippe et syndromes grippaux<sup>1, 2, 3</sup>

Bronchiolite<sup>1, 2</sup>

#### Taux de passages aux urgences\*\*

Covid-19<sup>1</sup>



Mises à jour le 01/04/2025. \* Antilles : niveau d'alerte pour la semaine précédente. \*\* Données non disponibles pour Mayotte.  
Sources : <sup>1</sup> OSCOUR®, <sup>2</sup> SOS Médecins, <sup>3</sup> réseau Sentinelles.

# Grippe et syndromes grippaux

## Fin de l'épidémie

En S13, la proportion d'acte médicaux SOS Médecins et de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal est toujours en baisse en région Paca (tableau 1, figure 1), particulièrement chez SOS Médecins. Le nombre comme la proportion des hospitalisations après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal sont en baisse.

Le taux d'incidence pour syndrome grippal relevé par le réseau Sentinelles, non encore consolidé, est en baisse en S13 : 82 pour 100 000 habitants (IC95% [16 ; 149]) vs 147 pour 100 000 en S12 (IC95% [73 ; 222]).

Le taux de positivité des tests RT-PCR pour grippe tous âges est en baisse dans les réseaux Relab (8,0 % vs 11,2 % en S12) et Renal (3,8 % vs 4,5 % en S12).

Depuis la S40, 4 444 virus de type A (4 435 A non sous-typé et 9 AH1N1) et 1 418 de type B ont été diagnostiqués dans le réseau Renal, soit 75,8 % de virus de type A (données très incomplètes pour la S13).

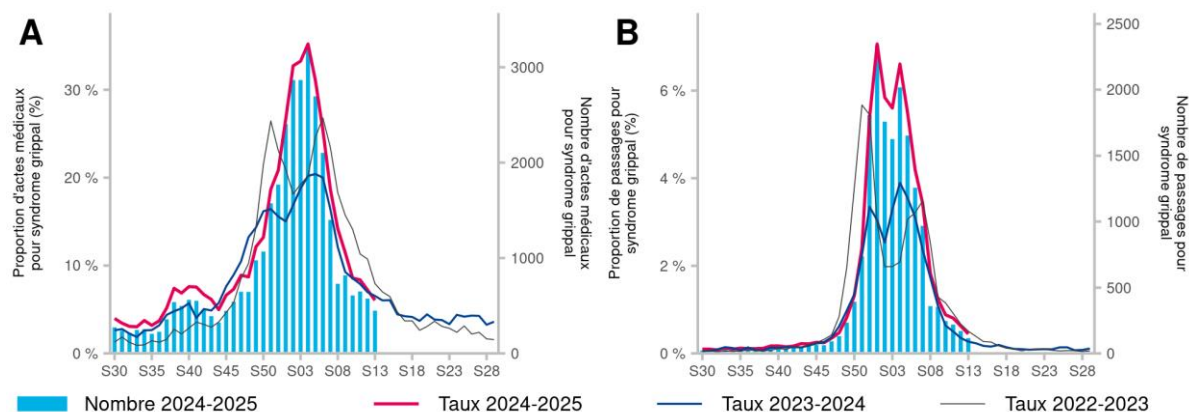
**Situation au niveau national** : [cliquez ici](#)

**Tableau 1 : Indicateurs de surveillance de la grippe/syndrome grippal en Paca (point au 01/04/2025)**

ASSOCIATIONS SOS MEDECINS	S11	S12	S13	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour grippe/syndrome grippal	663	588	462	-21,4 %*
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour grippe/syndrome grippal (%)	8,4	7,2	6,0	-1,2 pt*
SERVICES DES URGENCES DU RESEAU OSCOUR	S11	S12	S13	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal	229	180	126	-30,0 %*
Proportion de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal (%)	0,8	0,6	0,4	-0,2 pt*
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal	61	42	26	-38,1 %
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal (%)	26,6	23,3	20,6	-2,7 pts

\* différence significative (test du Khi2 ou Fisher selon les effectifs). NC : non calculable.  
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 01/04/2025)**



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

## Covid-19

En S13, l'activité Covid-19 reste faible dans les associations SOS Médecins et dans les services des urgences (tableau 3, figure 3), comme les taux de positivité des tests RT-PCR pour SARS-CoV-2 en ville (2,8 % vs 4,0 % en S12, réseau Relab) et à l'hôpital (1,9 % vs 1,2 % en S12, réseau Renal).

La tendance globale à la stabilisation du niveau de SARS-CoV-2 dans les eaux usées se poursuit en semaine 13 (les données de toutes les stations de traitement étaient interprétables) (figure 4).

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

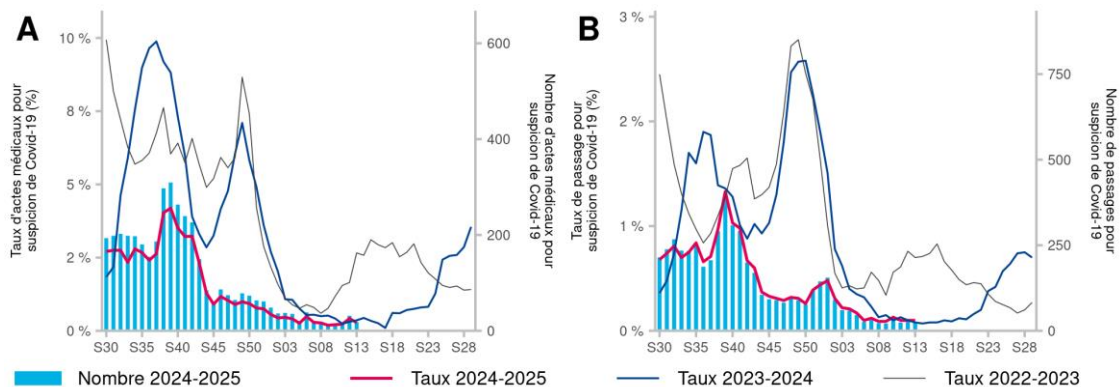
**Tableau 3 : Indicateurs de surveillance de la Covid-19 en Paca (point au 01/04/2025)**

INDICATEURS DE SURVEILLANCE	S11	S12	S13	Variation (S/S-1)
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour Covid-19 (%)	0,2	0,4	0,3	-0,1 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 (%)	50,0	36,7	41,4	+4,7 pts
Taux de positivité dans les laboratoires de ville (RELAB, %)	2,2	4,0	2,8	-1,2 pt
Taux de positivité dans les laboratoires hospitaliers (RENAL, %)	1,8	1,2	1,9	+0,7 pt

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

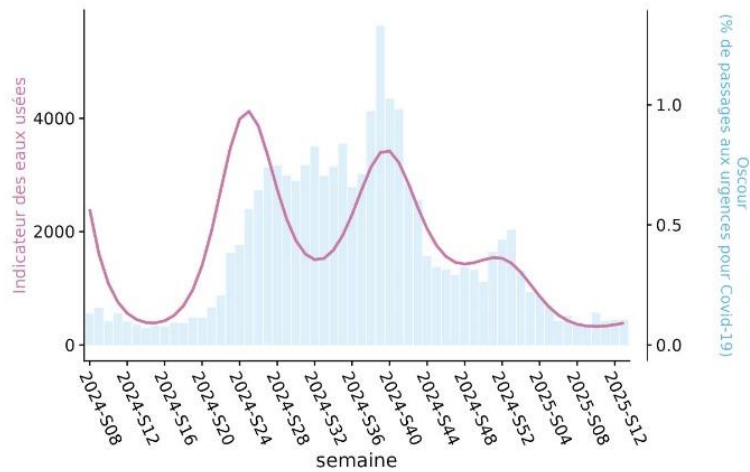
**Point d'attention** : les pourcentages d'évolution sont à interpréter avec précaution au vu des faibles effectifs.

**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 01/04/2025)**



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), de S08-2024 à S13-2025, en Paca (point au 01/04/2025)**



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

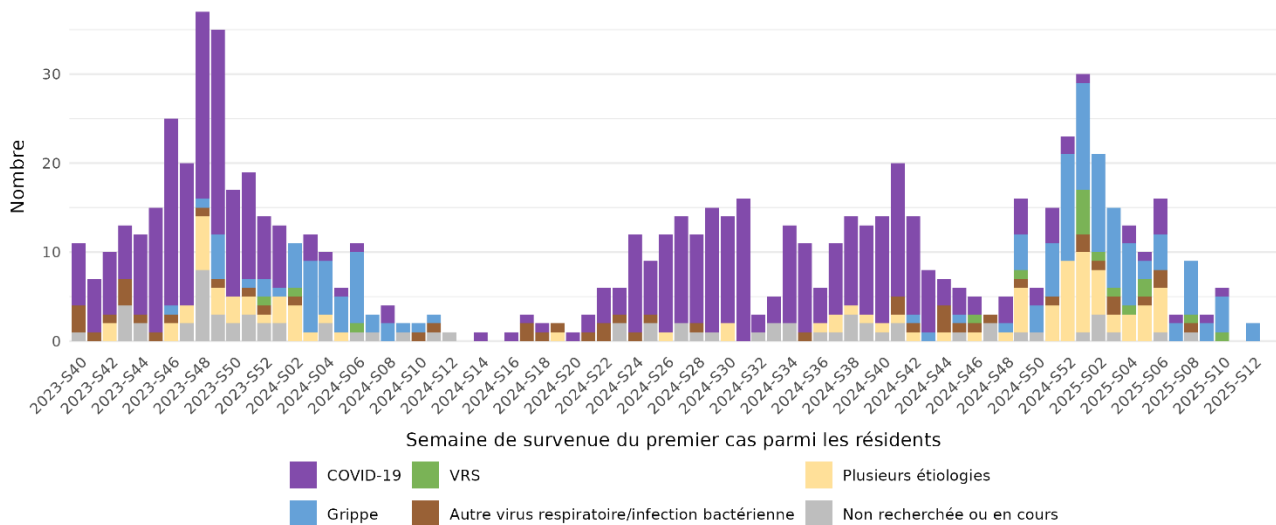
## IRA en établissements médico-sociaux (EMS)

Depuis le début de la surveillance saisonnière (semaine 40-2024), 270 épisodes de cas groupés d'IRA ont été signalés en région Paca, soit 2 nouveaux épisodes depuis le dernier bilan (Figure 5). Cent-quinze épisodes (42,6 %) étaient en lien avec la Covid-19, 138 (51,1 %) avec un virus grippal et 37 (13,7 %) avec un VRS.

Parmi l'ensemble de ces épisodes, il a été signalé 3 427 malades chez les résidents (+45 depuis le dernier bilan), dont 156 hospitalisés (+1 depuis le dernier bilan) et 639 malades parmi le personnel (+8 depuis le dernier bilan). Cent-cinquante décès ont été enregistrés sur cette période chez les résidents (+1 depuis le dernier bilan).

Les données de la S12 et de la S13 ne sont pas consolidées.

**Figure 5 : Nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA en EMS par étiologie en Paca depuis S39-2023 (point au 01/04/2025)**



Source : VoozIRA+. Exploitation : Santé publique France.

## IRA en réanimation

### Cas graves de grippe, Covid-19 et VRS

Au 31 mars, 200 cas graves de grippe (2 nouveaux cas depuis le dernier point) et 23 cas de Covid-19 (bilan inchangé 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).

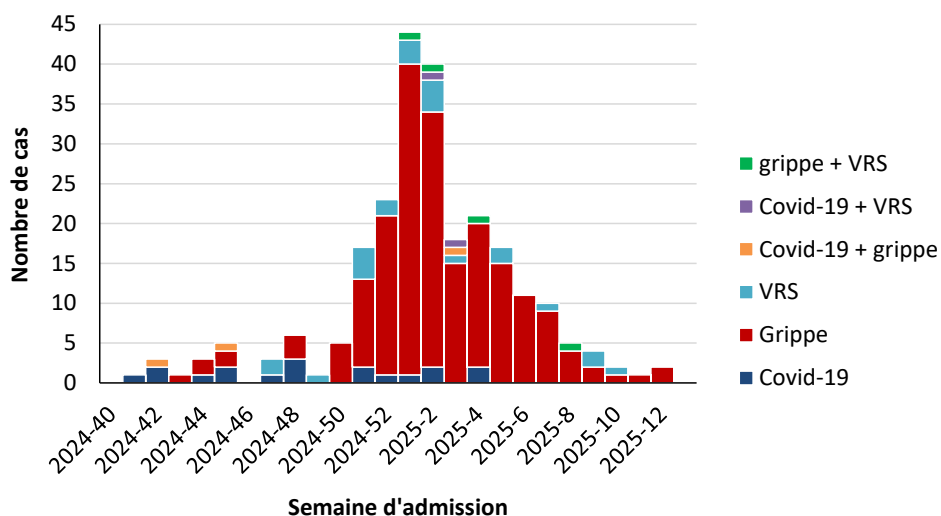
Vingt-neuf cas graves d'infection à VRS (adultes) ont également été signalés (pas de nouveau cas depuis le dernier point) dont 2 cas de co-infection VRS/SARS-CoV-2 et 4 cas de co-infection VRS/grippe (bilan inchangé depuis le dernier point).

Concernant les **cas graves de grippe**, le sex-ratio H/F était de 1,04 (tableau 4). L'âge médian s'élevait à 65 ans (étendue : 0 – 88 ans). La plupart des cas avait une comorbidité (87 %). Les principales comorbidités observées étaient une pathologie pulmonaire (40 % des cas), une hypertension artérielle (39 %), une pathologie cardiaque (23 %) et un diabète (18 %). Trente-trois patients (19 % des données renseignées) étaient fumeurs actifs. Soixante-dix patients (36 % des données renseignées) ne présentaient pas de SDRA, 21 un SDRA mineur, 54 un SDRA modéré et 48 un SDRA sévère. L'assistance ou aide ventilatoire la plus invasive la plus signalée était une ventilation invasive pour 40 % des cas. Pour les patients sortis ou décédés, la durée de ventilation moyenne était de 9,6 jours (étendue : 1 – 66 jours) et la durée moyenne de séjour était de 11,2 jours (étendue : 1 – 75 jours).

Le bilan des **cas graves de Covid-19** est inchangé par rapport à celui publié le 19 février et celui des **cas graves de VRS** par rapport à celui publié en S11.

Au total, au 31/03, 191 patients étaient sortis de réanimation (+2 depuis le dernier bilan), 8 patients étaient encore en réanimation, 5 patients ont été transférés dans une réanimation n'appartenant pas au réseau sentinelle et 39 patients étaient décédés (aucun nouveau décès depuis le dernier bilan) : 30 cas de grippe, 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 31/03/2025)**



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 31/03/2025)**

	<b>Covid-19</b> N = 23	<b>Grippe</b> N = 200	<b>VRS</b> N = 29
<b>Sexe</b>	N (%)	N (%)	N (%)
Femme	8 (35%)	98 (49%)	7 (24%)
Homme	15 (65%)	102 (51%)	22 (76%)
<b>Classes d'âge (années)</b>			
< 2 ans	2 (9%)	12 (6%)	0 (0%)
2-17 ans	0 (0%)	13 (7%)	0 (0%)
18-64 ans	3 (13%)	73 (37%)	11 (38%)
65 ans et plus	18 (78%)	102 (51%)	18 (62%)
<b>Co-infection grippe/SARS-CoV-2</b>	3 (13%)	3 (2%)	-
<b>Présence de comorbidité(s)</b>	21 (91%)	173 (87%)	28 (97%)
<b>Syndrome de détresse respiratoire aiguë</b>			
Aucun	10 (48%)	70 (36%)	12 (44%)
Mineur	1 (5%)	21 (11%)	2 (7%)
Modéré	5 (24%)	54 (28%)	10 (37%)
Sévère	5 (24%)	48 (25%)	3 (11%)
Non renseigné	2	7	2
<b>Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive</b>			
Aucune	1 (4%)	5 (3%)	0 (0%)
O <sub>2</sub> (Lunettes/masque)	4 (17%)	14 (7%)	1 (4%)
Ventilation non-invasive	6 (26%)	32 (16%)	11 (39%)
Oxygénothérapie haut-débit	6 (26%)	65 (33%)	7 (25%)
Ventilation invasive	6 (26%)	79 (40%)	9 (32%)
Assistance extracorporelle	0 (0%)	5 (3%)	0 (0%)
Non renseigné	-	-	1
<b>Devenir</b>			
Décès	4 (18%)	30 (16%)	8 (29%)
Sortie de réanimation	18 (82%)	159 (84%)	20 (71%)
Non renseigné	1	11	1

Source et exploitation : Santé publique France.

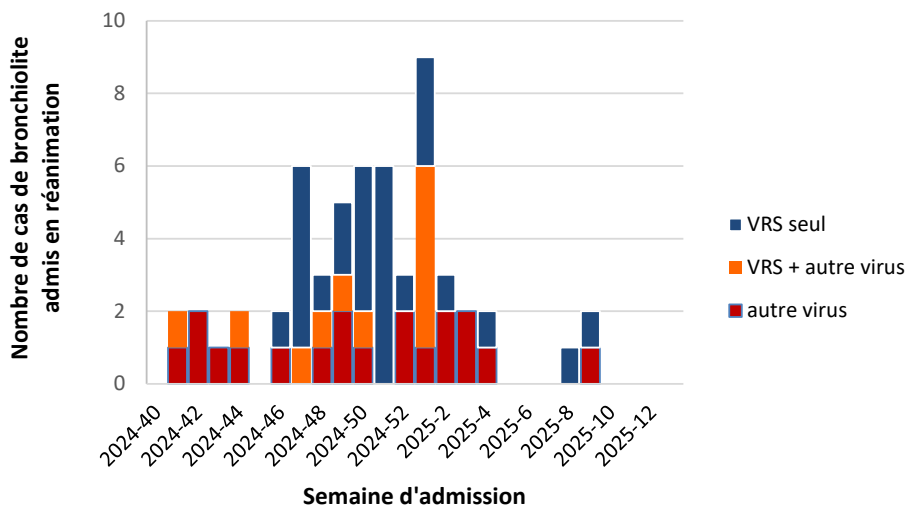
## Cas graves de bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans

Au 31 mars et depuis S40, 57 cas graves de bronchiolite ont été rapportés par le réseau des réanimations pédiatriques ou néonatales (un nouveau cas depuis le dernier point). Ils étaient liés à un VRS seul pour 27 cas, à un VRS associé à d'autres virus ou bactéries (adénovirus, rhinovirus/entérovirus, Chlamydia pneumoniae) pour 11 cas et à un autre virus que le VRS (rhinovirus/entérovirus, metapneumovirus, parainfluenzae virus, SARS-Cov-2, bocavirus) pour 19 cas (+1 depuis le dernier bilan, sans comorbidité associée) (figure 7).

Le sex-ratio H/F était égal à 0,97 (tableau 5). Les cas étaient en majorité âgés de 2 mois ou moins (65 %). Seize enfants (28 %) avaient au moins une comorbidité : prématurité pour 11 cas, une pathologie pulmonaire ou une pathologie cardiaque pour 3 cas chacun, une trisomie 21 pour 2 cas et un retard de croissance intra-utérin pour un cas. Dix-neuf cas (38 % des informations renseignées) avaient reçu un traitement préventif (Beyfortus®) avant leur admission en réanimation. L'assistance ou aide ventilatoire la plus invasive la plus signalée était une ventilation non invasive (58 % des cas).

A ce jour, tous les enfants sont sortis de réanimation. La durée médiane de séjour était de 4 jours (étendue : 1 – 21 jours). La durée médiane de ventilation était de 3 jours (étendue : 1 – 20 jours).

**Figure 7 : Nombre d'enfants de moins de 2 ans admis en service de réanimation pédiatrique ou néonatale pour bronchiolite par étiologie, OM\_REG\_ABREG (point au 31/03/2025)**



Source et exploitation : Santé publique France.

**Tableau 5 : Caractéristiques des d'enfants de moins de 2 ans admis en service de réanimation pédiatrique ou néonatale pour bronchiolite au cours de la saison (début en S40-2024), Paca (point au 31/03/2025)**

Bronchiolite N = 57	
<b>Sexe</b>	
Fille	29 (51%)
Garçon	28 (49%)
<b>Classes d'âge</b>	
< 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%)
<b>Comorbidité(s)</b>	
	16 (28%)
<b>Type de traitement préventif</b>	
Synagis	0 (0%)
Beyfortus	19 (38%)
Autre	0 (0%)
Aucun	31 (62%)
Non renseigné	7
<b>Type de ventilation</b>	
Ventilation non invasive	33 (58%)
Oxygénothérapie à haut-débit	19 (33%)
Ventilation invasive	4 (7%)
Assistance extracorporelle	1 (2%)
<b>Décès</b>	
	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.

# Rougeole

## Synthèse

Après une reprise de la circulation virale en 2024 dans la région mais aussi plus largement en France, la circulation du virus de la rougeole s'intensifie à nouveau en ce début d'année. En 2025, sans surprise, la grande majorité des cas a un schéma vaccinal incomplet. A date, la grande majorité des cas est rattachée à des clusters.

## Données de la déclaration obligatoire

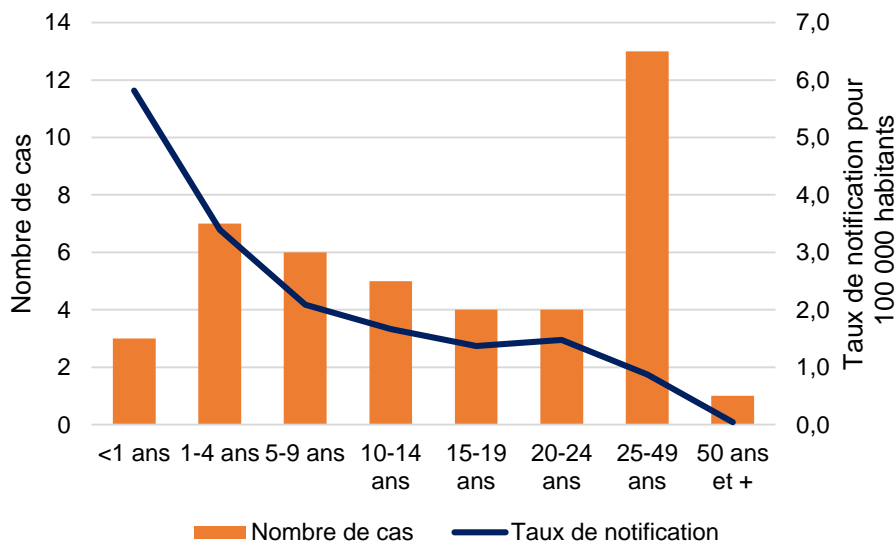
Depuis début 2025 (données provisoires au 01/04/2025), 43 cas de rougeole ont été signalés à l'Agence régionale de santé dans la région : 5 en janvier, 22 en février et 16 en mars. Ce nombre est beaucoup plus important que sur les 3 premiers mois de l'année 2024 (9 cas).

Parmi eux, 37 cas (86,0 %) étaient confirmés biologiquement, 5 (11,6 %) étaient confirmés par un lien épidémiologique et un cas (2,3 %) a présenté des signes cliniques compatibles avec un diagnostic de rougeole.

Les hommes représentaient 53,5 % des cas (23 cas). La rougeole ne se déclare pas que chez les enfants. Ainsi, la moitié des cas (51 %) avait 15 ans ou plus.

Le taux de notification régional tous âges (nombre de cas pour 100 000 habitants) est de 0,8 cas pour 100 000 habitants. Il est plus élevé qu'au niveau national (0,4 cas pour 100 000 habitants). Au niveau départemental, il est le plus élevé dans les Alpes-Maritimes (1,2 cas pour 100 000 habitants) et dans les Bouches-du-Rhône (0,9). Les taux de notification sont plus élevés chez les enfants : 5,8 cas pour 100 000 habitants chez les moins de 1 an, 3,4 cas pour 100 000 habitants chez les 1-4 ans et 2,1 cas pour 100 000 habitants chez les 5-9 ans (figure 1).

**Figure 1 : Nombre de cas de rougeole et taux de notification par classe d'âge, Paca, janvier-mars 2025 (point au 01/04/2025)**



Source des données : Déclaration obligatoire ; données provisoires non consolidées

Une hospitalisation a été mentionnée pour 30 % des cas. Aucun décès n'a été rapporté. Comme en 2024, les principales complications mentionnées étaient des pneumopathies.

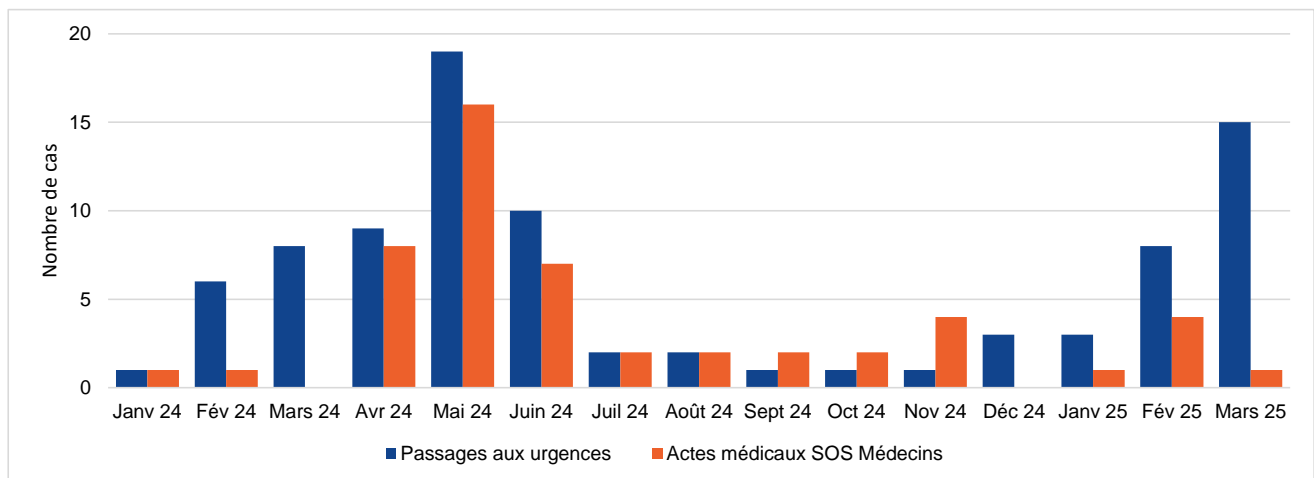
La plupart des cas avait un schéma vaccinal incomplet ou inconnu : 18 cas (41,9 %) n'étaient pas vaccinés, 8 (18,6 %) étaient vaccinés avec une dose, 5 (11,6 %) avec deux doses et 1 (2,3 %) était vacciné sans information sur le nombre de doses reçues. Onze cas (25,6 %) n'avaient pas de statut vaccinal connu (16,7 %).

La grande majorité des cas était rattachée à des clusters.

## Indicateurs de surveillance syndromique

Le nombre de recours aux soins d'urgence pour rougeole est en forte augmentation depuis le début de l'année 2025, particulièrement dans les services d'urgence. Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins et de passages aux urgences est plus élevé que ceux observés l'an passé à la même période (figure 2).

**Figure 2 : Nombre mensuel de passages aux urgences et d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de rougeole tous âges, Paca, janvier 2024 - mars 2025 (point au 31/03/2025)**



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

### Méthodologie

Ce bilan a été réalisé à partir des sources de données suivantes :

- les déclarations obligatoires de cas de rougeole à l'ARS Paca. Ce bilan, provisoire, est établi à partir de la base des déclarations obligatoires (DO) de Santé publique France (en cours de validation). Les cas sélectionnés résident dans la région Paca et ont débuté leurs signes (date d'éruption) en 2025. La sélection porte sur les cas classés comme biologiques, cliniques ou épidémiologiques.
- les actes médicaux des associations SOS Médecins et les passages dans les services des urgences du réseau OSCOUR® pour suspicion de rougeole (rougeole clinique ou confirmée biologiquement).

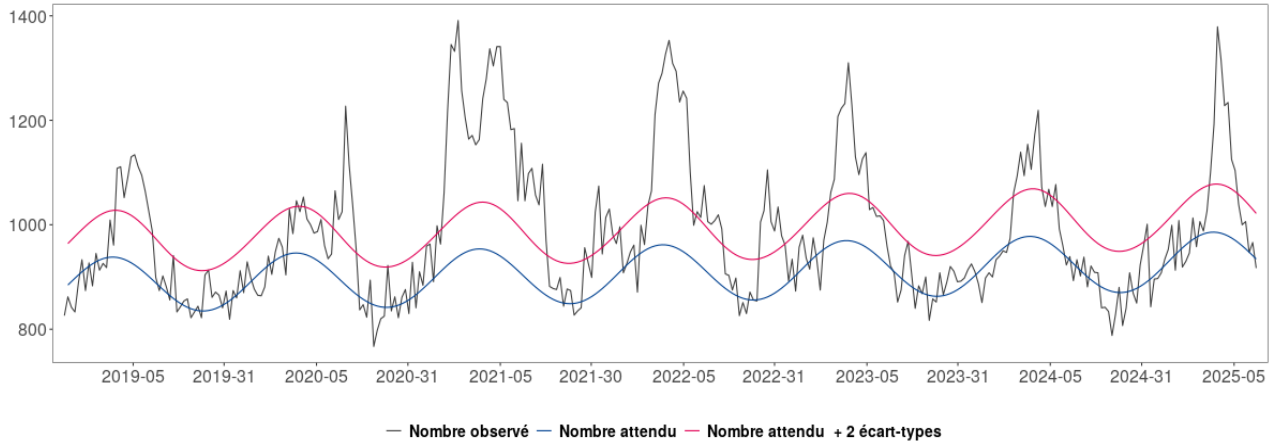
# Mortalité toutes causes

## Synthèse de la semaine 12-2025

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

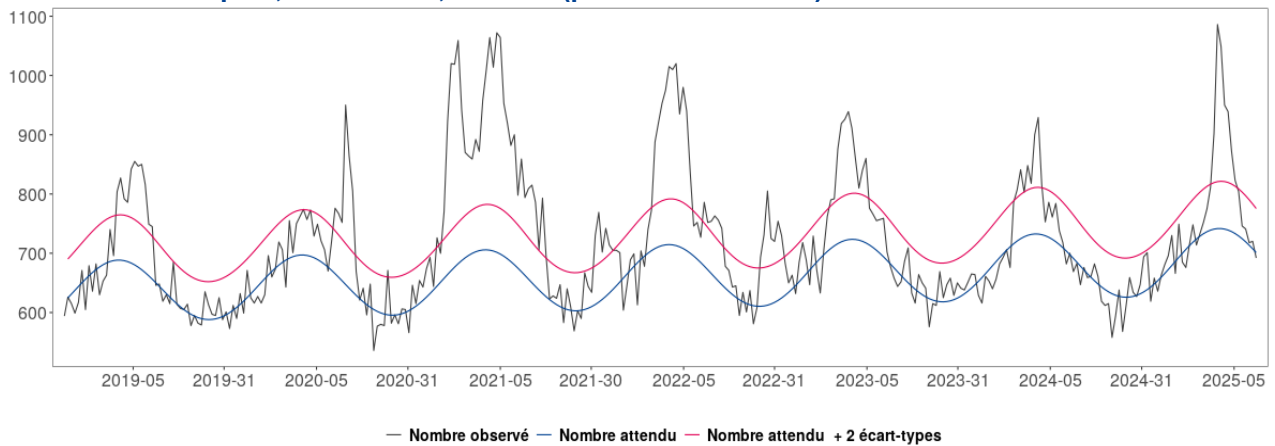
*Les données de la dernière semaine ne sont pas présentées car en cours de consolidation.*

**Figure 1 : Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges confondus, 2018 à 2025, en Paca (point au 01/04/2025)**



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 01/04/2025)**



Source : Insee. Exploitation : Santé publique France.

## Certification électronique

En semaine 13 (données non consolidées), parmi les 620 décès déclarés par certificat électronique en région Paca, 0,6 % l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (vs 2,0 % en S12 et 1,6 % en S11).

La Covid-19 était mentionnée dans 0,5 % des décès (vs 0,3 % en S12 et 0,2 % en S11).

### 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'évènements 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

- **Gastro-entérites aiguës. Bulletin national du 27 mars 2025**

Les indicateurs syndromiques sont en hausse depuis plusieurs semaines.

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

- **Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°6 (1<sup>er</sup> avril 2025)**

L'exposition professionnelle au bruit en France en 2019.

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

- **Matrices emplois-expositions (MEE) et matrices cultures-expositions (MCE) à Santé publique France : état des lieux et perspectives**

En 2022-2023, la Direction Santé Environnement Travail de Santé publique France a engagé une réflexion sur la thématique des matrices emplois-expositions (MEE) et cultures-expositions (MCE) produites dans le cadre des programmes Matgéné et Matphyto.

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  
ARS PACA

## Équipe de rédaction

Hamza BENJELLOUN, Clémentine CALBA, Joël DENIAU, Florian FRANKE, Guillaume HEUZÉ, Yasemin INAC, Jean-Luc LASALLE, Quiterie MANO, Carla MEERTENS, 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. 2 avril 2025. Saint-Maurice : Santé publique France, 15 pages, 2025.

**Directrice de publication** : Caroline SEMAILLE

**Dépôt légal** : 2 avril 2025

**Contact** : [paca-corse@santepubliquefrance.fr](mailto:paca-corse@santepubliquefrance.fr)