



# Bulletin

Surveillance épidémiologique

Date de publication : 25 mars 2026

ÉDITION PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR



## Semaine 12-2026

### Points clés de la semaine

#### Infections respiratoires aiguës (page 2)

**Grippe et syndromes grippaux** : niveau de base depuis 4 semaines

L'activité liée à la grippe est en hausse chez SOS Médecins et en légère baisse aux urgences. Toutes les régions hexagonales sont revenues à un niveau d'activité de base.

**Bronchiolite (moins de 1 an)** : fin de l'épidémie depuis 3 semaines

L'activité est en stable chez SOS Médecins et en hausse aux urgences. Toutes les régions hexagonales sont revenues à un niveau d'activité de base.

#### Pollens et allergies (page 9)

L'exposition aux pollens de cyprès est à un niveau faible à modéré, 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 février 2026 : 8 cas de légionellose, 9 cas d'hépatite A, 3 cas d'infection invasive à méningocoque, 2 cas de Rougeole et 4 TIAC

#### Mortalité (page 15)

Pas de surmortalité observée au niveau régional.

## Infections respiratoires aiguës

### Infections respiratoires aiguës (page 2)

#### Grippe et syndromes grippaux : **niveau de base depuis 3 semaines**

L'activité liée à la grippe est en hausse chez SOS Médecins et en légère baisse aux urgences.

#### Bronchiolite (moins de 1 an) : **fin de l'épidémie depuis 2 semaines**

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

En S12, 5,4 % des hospitalisations après passage aux urgences l'étaient pour un diagnostic d'infection respiratoire aiguë basse (vs 6 % la semaine précédente).

En France hexagonale, toutes les régions sont revenues à un niveau d'activité de base pour la grippe et la bronchiolite.

### Indicateurs clés

Part d'activité pour la pathologie (%)	Actes SOS Médecins			Passages aux urgences			Proportion d'hospitalisation après un passage		
	S11	S12	Variation (S/S-1)	S11	S12	Variation (S/S-1)	S11	S12	Variation (S/S-1)
bronchiolite (moins de 1 an)	8,6	8,6	→	7,2	8,3	↗	40,0	37,3	↘
grippe/syndrome grippal	4,0	5,2	↗*	0,2	0,1	↘	25,9	15,6	↘
Covid-19 et suspicions	0,3	0,2	→	0,1	0,1	→	16,7	25,0	↗
pneumopathie aiguë	1,0	0,6	↘	1,9	1,6	↘	65,0	62,1	↘
bronchite aiguë	5,0	5,7	↗	0,3	0,4	→	16,5	27,6	↗
<b>Total IRA basses**</b>	<b>10,7</b>	<b>11,9</b>	<b>↗*</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>	<b>→</b>	<b>52,4</b>	<b>49,5</b>	<b>↘</b>

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



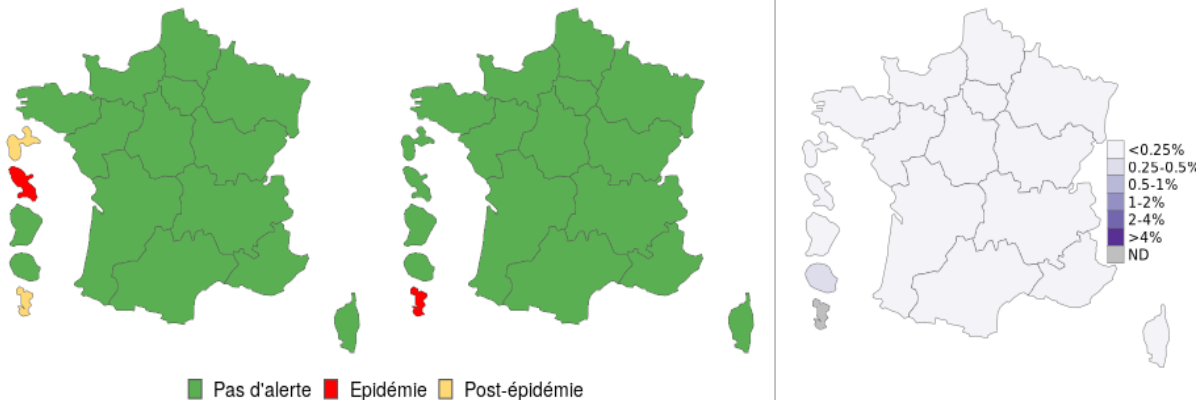
#### Niveau d'alerte régional\*

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

Bronchiolite<sup>1,2</sup>

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

Covid-19<sup>2</sup>



Mises à jour le 24/03/2026. \* Antilles et Guyane : niveau d'alerte pour la semaine précédente. \*\* Données non disponibles pour Mayotte.

Sources : <sup>1</sup> SOS Médecins, <sup>2</sup> OSCOUR®, <sup>3</sup> réseau Sentinelles + IQVIA.

## Grippe et syndromes grippaux

### Niveau de base (4<sup>e</sup> semaine)

En S12, l'activité des associations SOS Médecins pour grippe/syndrome grippal est en hausse alors que celle des services d'urgence est en légère 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 S12, non encore consolidé, était de 75 pour 100 000 habitants [IC95% : 0 ; 173] vs 80 pour 100 000 habitants [58 ; 101] en S11.

Le taux de positivité des tests RT-PCR pour grippe (tous âges) est en hausse dans les laboratoires de ville (9,1 % vs 6,8 % en S11). Aucun prélèvement positif n'a été reçu par les laboratoires hospitaliers en S12 (données non consolidées).

Depuis la S40, 4 652 virus de type A (4 584 A non sous-typés, 5 A(H1N1) et 21 A(H3N2)) et 42 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](#)

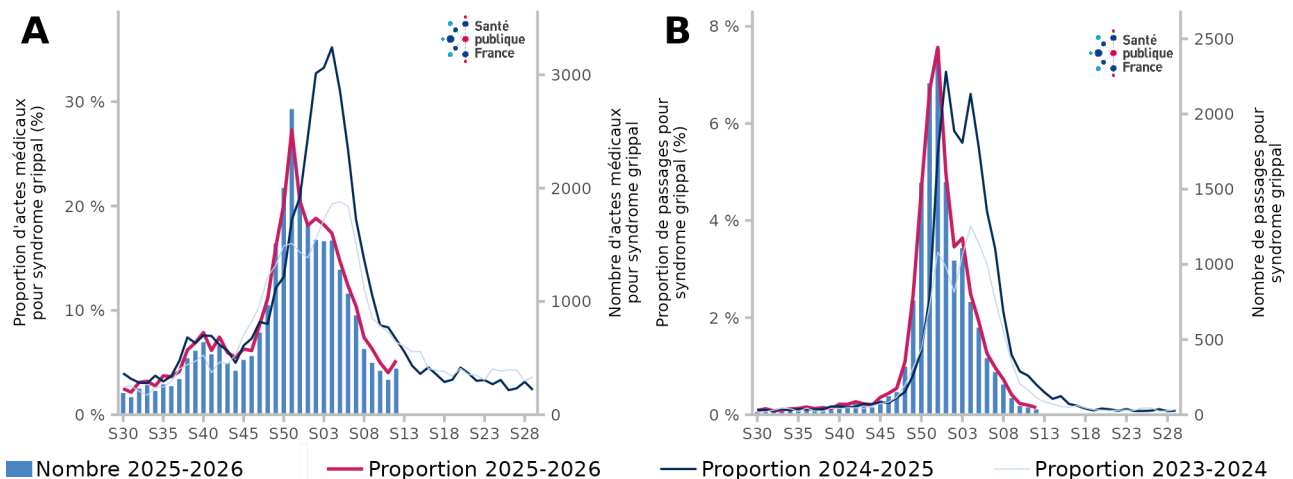
**Tableau 1 – Indicateurs de surveillance syndromique de la grippe/syndrome grippal en Paca (point au 24/03/2026)**

ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S10	S11	S12	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour grippe/syndrome grippal	401	321	420	+30,8 %*
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour grippe/syndrome grippal (%)	5,0	4,0	5,2	+1,2 pt*
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR	S10	S11	S12	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal	68	58	45	-22,4 %
Proportion de passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal (%)	0,2	0,2	0,1	-0,1 pt
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal	13	15	7	-53,3 %
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal (%)	19,1	25,9	15,6	-10,3 pts

\* 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 24/03/2026)**



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

## Bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an

### Niveau de base (3<sup>e</sup> semaine)

En S12, chez les enfants de moins de 1 an, l'activité pour bronchiolite est stable dans les associations SOS Médecins et en hausse dans les services d'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 stable dans les laboratoires de ville (8,5 % vs 8,1 % en S11) et hospitaliers (3,9 % vs 3,1 % en S11).

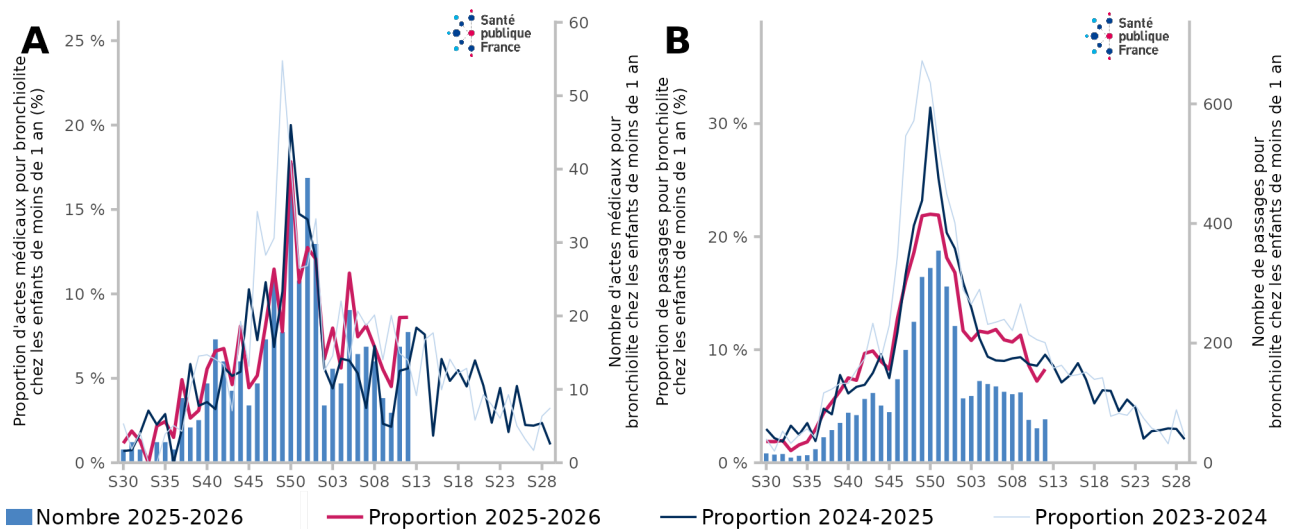
**Situation au niveau national :** [cliquez ici](#)

**Tableau 2 – Indicateurs de surveillance syndromique de la bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an en Paca (point au 24/03/2026)**

ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S10	S11	S12	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour bronchiolite	7	16	18	+12,5 %
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour bronchiolite (%)	4,5	8,6	8,6	+0,0 pt
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR	S10	S11	S12	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour bronchiolite	74	60	75	+25,0 %
Proportion de passages aux urgences pour bronchiolite (%)	8,6	7,2	8,3	+1,1 pt
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour bronchiolite	30	24	28	+16,7 %
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour bronchiolite (%)	40,5	40,0	37,3	-2,7 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 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 24/03/2026)**



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

## Covid-19

En S12, 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 S11, le taux de positivité des tests RT-PCR pour SARS-CoV-2 (tous âges) est en hausse dans les laboratoires de ville (9,7 % vs 8,5 % en S11) et stable dans les laboratoires hospitaliers (1,6 % vs 2,4% S11).

Une tendance globale à la stabilisation du niveau de circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées est observée en S12 (figure 4).

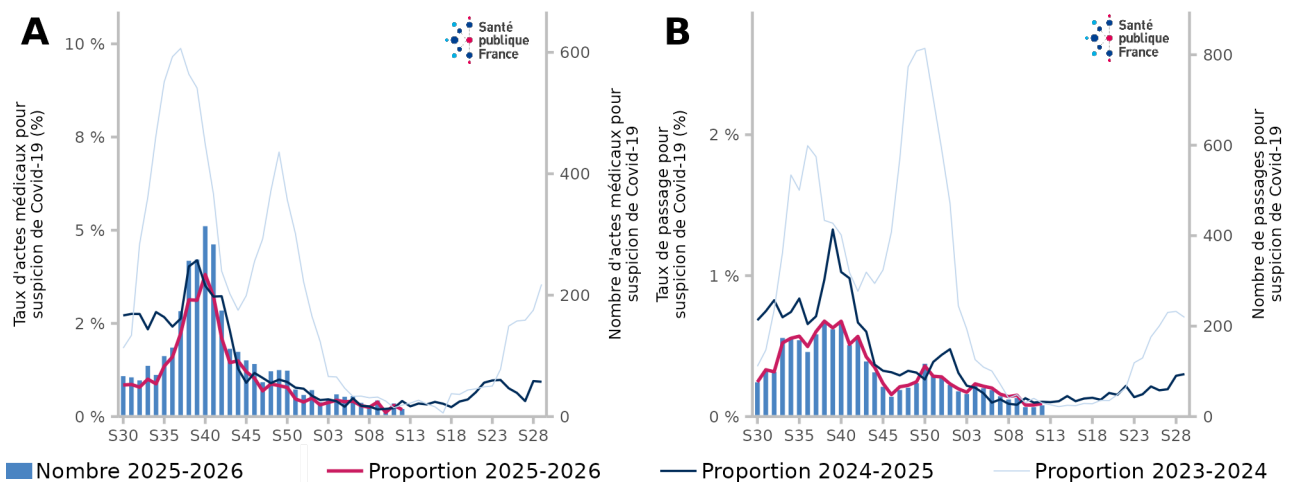
**Situation au niveau national** : [cliquez ici](#)

**Tableau 3 – Indicateurs de surveillance syndromique de la Covid-19 en Paca (point au 24/03/2026)**

ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S10	S11	S12	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux pour suspicion de Covid-19	9	24	15	-37,5 %
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de Covid-19 (%)	0,1	0,3	0,2	-0,1 pt
SERVICES DES URGENCES DU RÉSEAU OSCOUR	S10	S11	S12	Variation (S/S-1)
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19	24	24	28	+16,7 %
Proportion de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 (%)	0,1	0,1	0,1	+0,0 pt
Nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour suspicion de Covid-19	10	4	7	+75,0 %
Proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour suspicion de Covid-19 (%)	41,7	16,7	25,0	+8,3 pts

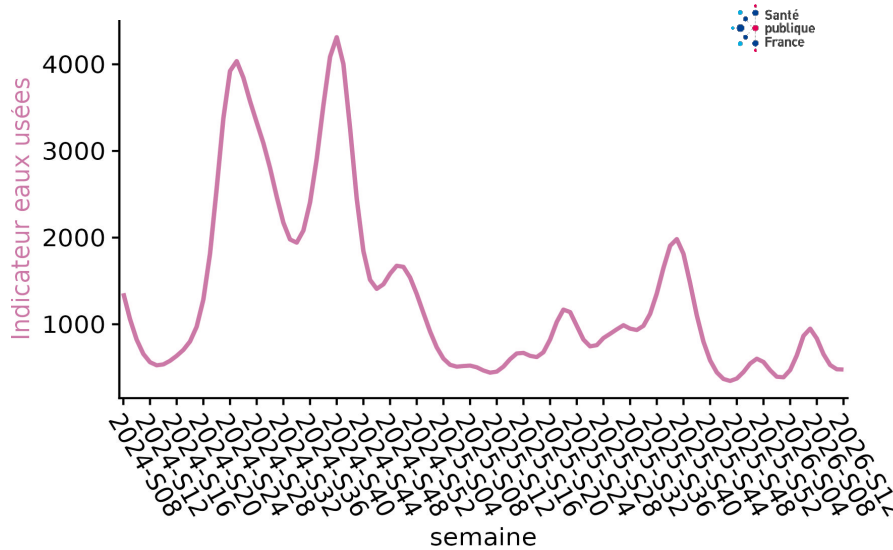
Les pourcentages d'évolution sont à interpréter avec précaution au vu des faibles effectifs.  
Sources : SurSaUD® – SOS Médecins, OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France.

**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 24/03/2026)**



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

**Figure 4 – Circulation du SARS-CoV-2 dans les eaux usées, de S08-2024 à S12-2026, en Paca (point au 24/03/2026)**



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

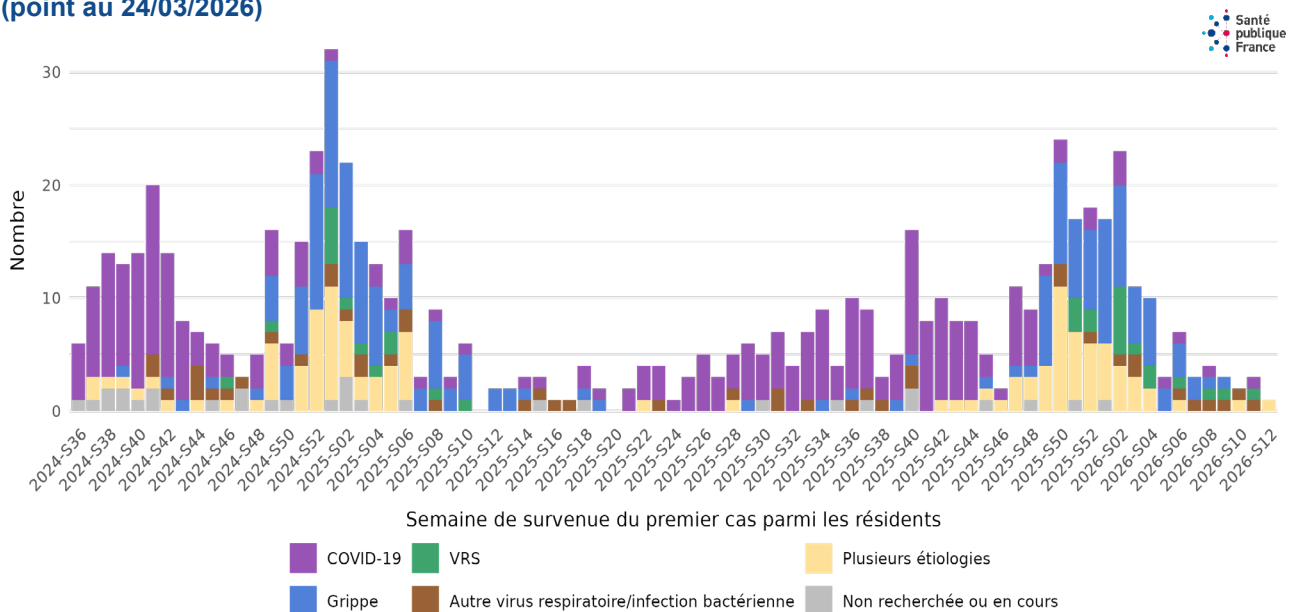
## IRA en établissements médico-sociaux (EMS)

Dans les EMS, au 20/01/2026, **236 épisodes de cas groupés d'IRA** ont été signalés depuis le 29/09/2025 (+2 depuis le dernier bilan). Si le nombre d'épisodes en lien avec la grippe (121 épisodes signalés liés à la grippe), représente 52 % du total des épisodes, aucun signalement en lien avec la grippe n'a été observé sur les 3 dernières semaines. La Covid-19 a été identifiée dans 107 épisodes et le VRS dans 45 épisodes (+1).

Le nombre d'épisodes signalés sur les dernières semaines est faible et **comparable à celui observé l'an dernier** à la même période (figure 5).

Parmi l'ensemble des épisodes (ouverts ou clos), il a été signalé 2 753 malades chez les résidents (+22) dont 154 ont été hospitalisés (+10) et 618 malades chez le personnel (+4 nouveaux malades). Cent-quatorze décès ont été signalés parmi les résidents (aucun nouveau décès).

**Figure 5 – Nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA en EMS par étiologie en Paca depuis S39-2025 (point au 24/03/2026)**



Source : VoozIRA+. 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 (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<sup>e</sup> et la 36<sup>e</sup> 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<sup>®</sup>)
- palivizumab (Synagis<sup>®</sup>) : 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 :

- 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 faible ;
- les émissions de pollens de cyprès sont à un niveau faible à moyen.

L'activité des associations SOS Médecins relative aux allergies est en hausse en S12 (tableau 4, figure 6).

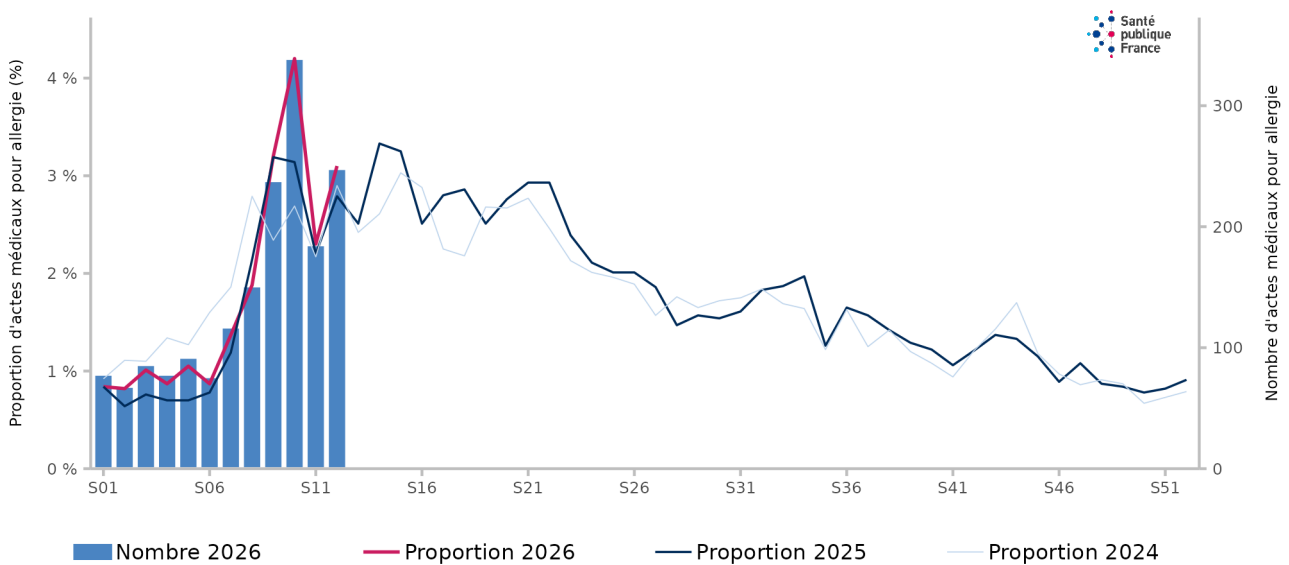
**Plus d'informations :** [site Internet d'AtmoFrance](#)  
[site Cartopollen](#)

**Tableau 4 - Indicateurs de surveillance syndromique de l'allergie en Paca (point au 24/03/2026)**

ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	S10	S11	S12	Variation (S/S-1)
Nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour allergie	339	185	248	+34 %
Proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour allergie (%)	4,2	2,3	3,1	+0,8 pt

Source : SOS Médecins. Exploitation : Santé publique France.

**Figure 6 - Nombre et proportion d'actes médicaux SOS Médecins pour allergie en Paca par rapport aux 2 années précédentes (point au 24/03/2026)**




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
 <ul style="list-style-type: none"><li>• Rincez vos cheveux le soir</li></ul>	 <ul style="list-style-type: none"><li>• 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</li></ul>
 <ul style="list-style-type: none"><li>• Aérez au moins 10 mn par jour, de préférence avant le lever et après le coucher du soleil</li></ul>	 <ul style="list-style-type: none"><li>• Évitez de faire sécher le linge à l'extérieur</li></ul>
 <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.)</li></ul>	 <ul style="list-style-type: none"><li>• En cas de déplacement en voiture, gardez les vitres fermées</li></ul>

Pour les personnes ne se sachant pas allergiques :

Si vous présentez de façon gênante 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).

## Maladies à déclaration obligatoire

### Synthèse au 25/03/2026

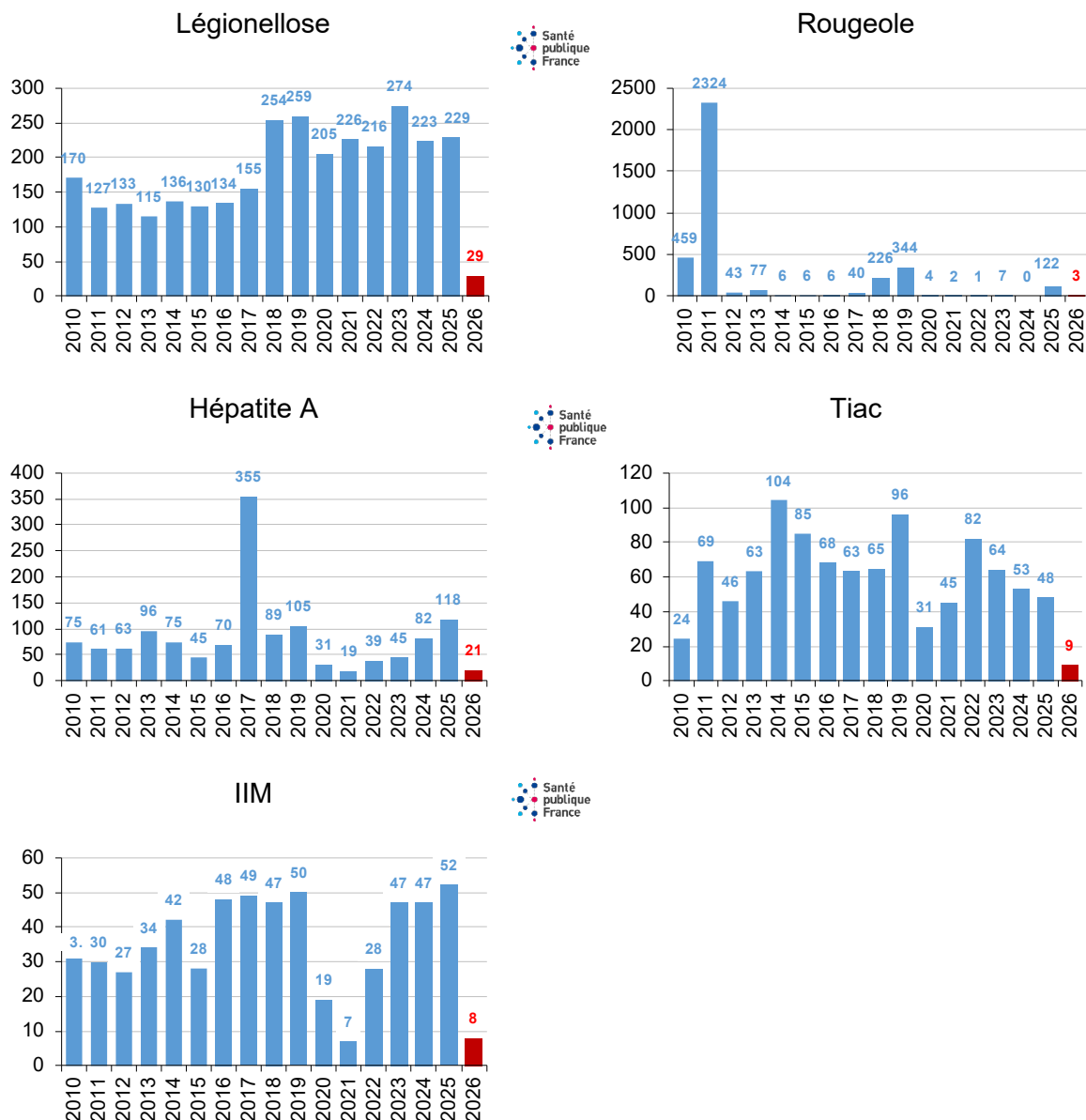
En février 2026, 26 déclarations obligatoires ont été notifiées à Santé publique France, valeur plus faible qu'en février 2025 (= 50).

**Tableau 5 – Nombre de MDO validées par Santé publique France en Paca, années 2025 et 2026**

<b>2026</b>	Légionellose	Hépatite A	IIM	Rougeole	Tiac
<b>Total (données provisoires)</b>	<b>29</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
Alpes-de-Haute-Provence	1	0	2	0	1
Hautes-Alpes	2	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	1	2	0	0	0
Bouches-du-Rhône	6	15	5	3	5
Var	18	3	1	0	1
Vaucluse	1	1	0	0	2
Janvier	21	12	5	1	5
Février	8	9	3	2	4
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

<b>2025</b>	Légionellose	Hépatite A	IIM	Rougeole	Tiac
<b>Total (données provisoires)</b>	<b>229</b>	<b>118</b>	<b>52</b>	<b>122</b>	<b>48</b>
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 7 – Nombre de MDO validées par Santé publique France en Paca, années 2025 et 2026



### Méthodologie

Maladies à déclaration obligatoire (MDO) du 1<sup>er</sup> janvier 2025 au 28 février 2026, extraites le 25/03/2026 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 :

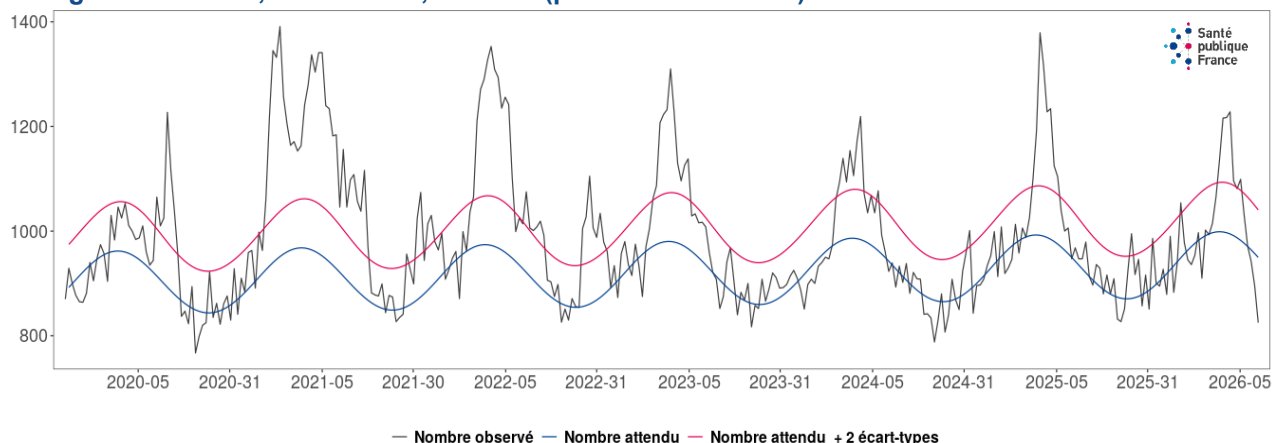
- Légionellose : date de début des signes ;
- Hépatite A : date de la confirmation biologique ;
- Infections invasives à méningocoque (IIM) : date d'hospitalisation ;
- Rougeole : date de l'éruption ;
- Toxi-infection alimentaire collective (Tiac) : date de signalement du foyer.

## Mortalité

### Mortalité toutes causes

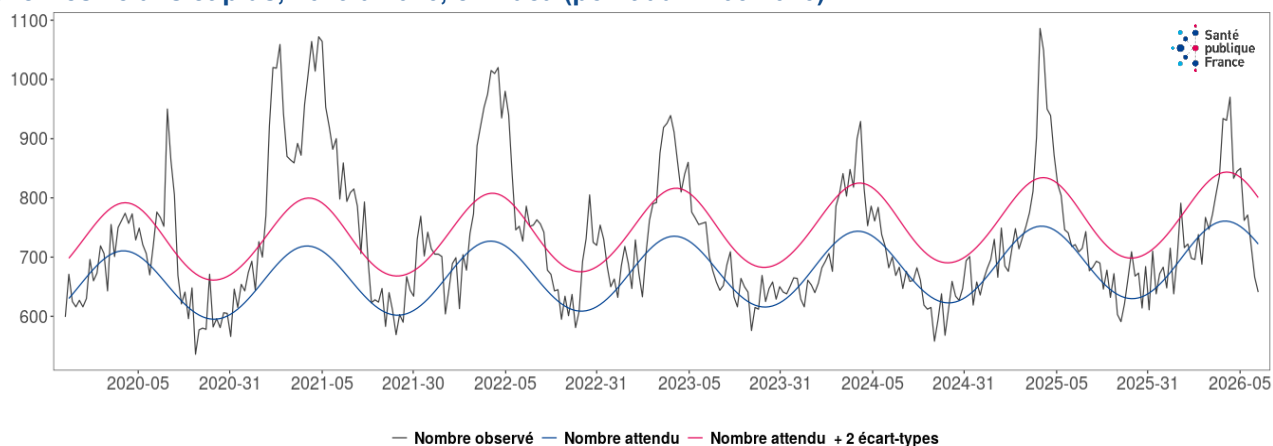
Aucun excès significatif de mortalité toutes causes n'est observé au niveau régional en S11 (figures 8 et 9).

**Figure 8 – Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges confondus, 2019 à 2026, en Paca (point au 24/03/2026)**



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 24/03/2026)**



Source : Insee. Exploitation : Santé publique France.

### Certification électronique des décès

En S12 (données non consolidées), parmi les 677 décès déclarés par certificat électronique, **0,3 %** portaient une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès, **en baisse** par rapport à la semaine précédente (**0,6 %** en S11).

Aucun des décès ne comportait la mention Covid 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. 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), 24 mars 2026, n°8**
  - Parler de son mal-être ou de ses difficultés psychologiques : résultats de l'enquête CoviPrev, mai 2022-septembre 2023
  - Investigation d'un syndrome collectif inexpliqué dans un foyer d'accueil : approche pluridisciplinaire et enseignements
  - Épidémiologie du cancer colorectal en Guyane française de 2003 à 2017 : une analyse descriptive et spatiale à partir des données du Registre des cancers

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

- **Nutri-Score et prix des produits : une meilleure qualité nutritionnelle n'implique pas forcément un coût plus élevé pour le consommateur**

Un produit avec un bon Nutri-Score est perçu comme potentiellement plus cher qu'un produit avec un moins bon Nutri-Score. L'étude, menée en partenariat avec INRAE montre que les associations observées entre Nutri-Score et prix sont différentes selon les catégories et sous-catégories de produits considérées et que les produits qui affichent un meilleur Nutri-Score ne sont pas forcément plus chers que ceux avec un moins bon Nutri-Score.

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

