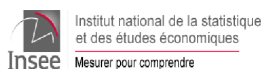


### En collaboration avec :

Agence régionale de santé (ARS) Pays de la Loire, Observatoire régional des urgences (ORU), Centre régional d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIas), Médecins libéraux, SAMU Centre 15, SOS médecins de Nantes et de Saint-Nazaire, médecins urgentistes, réanimateurs, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation et de médecine d'urgence, Etablissements sociaux et médico-sociaux



### Edito

#### Qu'est-ce qui est déjà connu de la situation en Pays de la Loire ?

Les premiers cas confirmés de COVID-19 ont été détectés fin février dans la région Pays de la Loire, suivis d'une première vague épidémique. La diffusion communautaire du virus, observée à partir de plusieurs indicateurs de surveillance (SOS Médecins, structures d'urgences, laboratoires, hospitalisation en réanimation, etc.), a atteint son pic en semaine 13-2020 (23-29 mars) dans la région. Avec la mise en place du confinement le 17 mars, l'activité liée au COVID-19 a ensuite diminué progressivement. Durant cette période, la région Pays de la Loire, comme les autres régions de la façade Atlantique, a été l'une des régions la moins impactée.

Depuis plusieurs semaines, l'évolution des indicateurs de surveillance montre une stabilisation de l'épidémie à un niveau faible mais avec une circulation persistante du virus dans la communauté. Il est donc important de continuer à respecter les mesures d'hygiène, de protection et de distanciation physique afin de limiter au maximum la survenue ou le maintien de chaînes de transmission.

#### Qu'est-ce qui est nouveau dans ce Point pour la région ?

Après 3 semaines de déconfinement, le niveau de circulation du virus SARS-CoV-2 dans la communauté reste limité dans la région. En semaine 22 (du 25 au 31 mai), l'évolution favorable des indicateurs COVID-19 (en ville comme à l'hôpital) se poursuit par rapport aux semaines précédentes.

Malgré cette circulation limitée, des situations de cas groupés (clusters) sont identifiés et investigués, dans un objectif de contrôle des chaînes de transmission. Au 3 juin, 9 clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) sont en cours d'investigation dans la région, principalement en milieu professionnel, en établissement de santé et chez les populations vulnérables (cf. pages 6-7).

La surveillance virologique repose sur la transmission des données des laboratoires de ville et hospitaliers, centralisées au sein d'une plateforme nationale (SI-DEP). Ce nouveau système permet de recueillir en temps réel le nombre de patients testés, le nombre de tests positifs au SARS-CoV-2 et permet ainsi de suivre l'évolution du taux de positivité et l'incidence de la maladie. Pour la deuxième semaine, ces données sont présentées en pages 4 et 5 de ce Point Épidémiologique.

#### Quelles sont les implications de santé publique dans la région ?

La levée des mesures de confinement liées à l'épidémie de COVID-19 et la reprise des activités de la vie normale sont accompagnées d'un dispositif de contact-tracing mis en place afin d'éviter la reprise de la circulation virale. Il est structuré en trois niveaux qui travaillent ensemble 7 jours sur 7 :

- Les professionnels de santé (notamment les médecins libéraux et les laboratoires) sont en première ligne pour la prise en charge des cas et l'identification du premier cercle des contacts.
- Les plateformes locales de contact tracing, réunissant des compétences de l'Assurance maladie et de l'Agence régionale de santé, sont chargées de l'identification et du suivi des nouveaux cas et de leur accompagnement (mise en isolement et respect du confinement, arrêt de travail, diagnostic, identification des contacts, suivi des cas et de leurs contacts).
- Ce dispositif est complété par des cellules d'expertises départementales et régionale associant des compétences multidisciplinaires (ARS, Santé publique France, CPIas, Education nationale....) indispensables à l'identification, la caractérisation et la gestion précoces de toute situation de cas groupés (clusters) ou reprise localisée de l'épidémie.

Santé Publique France poursuit ses activités de surveillance en réalisant quotidiennement une analyse territoriale contextualisée. Cette analyse s'appuie sur les dispositifs de surveillance et permet de fournir quotidiennement aux autorités sanitaires régionales et au ministère chargé de la Santé l'ensemble des indicateurs permettant de suivre l'épidémie de COVID-19.

L'ARS Pays de la Loire publie régulièrement de nombreuses informations sur le COVID-19 sur son [site internet](#) pour prévenir, informer et accompagner les acteurs de santé et la population ligérienne. Ce Point Épidémiologique hebdomadaire synthétise l'ensemble des indicateurs de surveillance disponibles pour le suivi de l'épidémie dans la région.

## Indicateurs-clés

### Surveillance en ville

- SOS Médecins : 348 actes pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 actes en semaine 22 (449 en semaine 21). Activité en diminution.

### Surveillance virologique

- Données SI-DEP: taux de positivité de 1,9 % dans la région en semaine 22, avec pour chaque département un taux inférieur à 5 %. Ce taux régional est en diminution par rapport à la semaine 21. En semaine 22, le taux d'incidence pour la région était de 6/100 000 habitants. Il était inférieur à 10/100 000 habitants dans chaque département ligérien.

### Signalement des clusters

- Au 3 juin, 9 clusters (hors clusters en Ehpad et en milieu familial restreint) en cours d'investigation dans la région

### Surveillance dans les ESMS dont les Ehpad

- 2 050 cas (possibles ou confirmés) chez les résidents dont 239 décès en ESMS/Ehpad et 75 à l'hôpital signalés jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2020
- 1 351 cas (possibles ou confirmés) chez le personnel signalés jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2020

### Surveillance à l'hôpital

- Réseau Oscour® : 195 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages en semaine 22 (291 en semaine 21), en diminution depuis la semaine 13
- Données SI-VIC: 353 personnes hospitalisées pour COVID-19 (dont 19 en réanimation) à la date du 3 juin. Tendance globale à la diminution des nouvelles hospitalisations et des nouvelles admissions en réanimation.
- Services sentinelles de réanimation/soins intensifs : parmi les 278 hospitalisations en réanimation signalées, 50 % des patients étaient âgés de 65 ans et plus et 64 % avaient au moins un facteur de risque.

### Surveillance de la mortalité

- Aucun excès significatif de mortalité toutes causes et tous âges observé dans la région et au niveau des départements en semaine 21 (18 au 24 mai)

### Surveillance des professionnels des établissements de santé

- Au 31 mai 2020, 62 établissements ont participé à la surveillance et 897 cas ont été recensés depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020 (données provisoires).

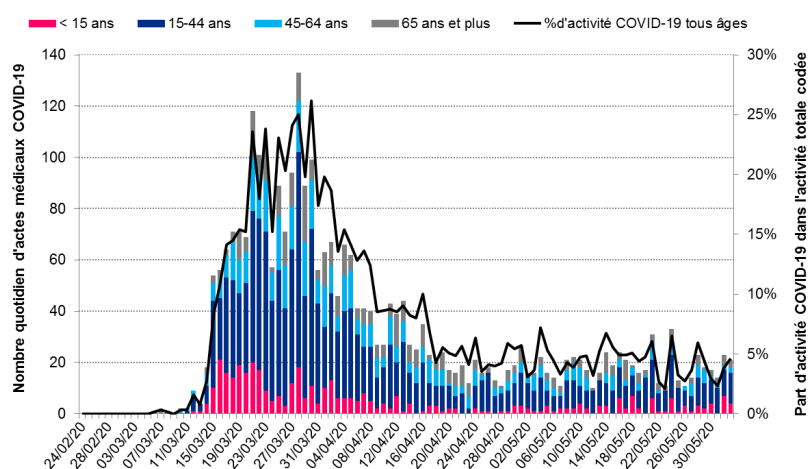
## Actes/consultations pour suspicion de COVID-19

En semaine 22 (du 25 au 31 mai), les 2 associations SOS Médecins de la région (Nantes et Saint-Nazaire) enregistraient 110 actes pour suspicion de COVID-19 (soit 348 actes pour 10 000 actes), contre 139 la semaine précédente. Le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 a diminué la semaine dernière par rapport aux semaines précédentes (figure 1).

Parmi les 110 actes rapportés pour ce motif en semaine 22, la majorité concernait les 15-44 ans (55 %), puis les 45-64 ans (18 %), les 65 ans et plus (14 %) et les moins de 15 ans (13 %).

Source : SOS Médecins, au 03/06/2020 à 10h

**Figure 1. Nombre quotidien d'actes et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classe d'âge**



Source : Réseau Sentinelles au 03/06/2020 à 12h (depuis début 2020, participation active de 1 % de l'ensemble des médecins généralistes de la région à la surveillance continue)

### Taux estimés de (télé-)consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA)

- S22-2020 : 36 consultations /100 000 habitants [0 ; 73]\*
- S21-2020 : 67 consultations /100 000 habitants [16 ; 118]\*

\* Bornes inférieure et supérieure de l'intervalle de confiance à 95%

Ces résultats nécessitent d'être lus avec précaution car il s'agit de l'ensemble des IRA sans distinction de causalité. Ils nécessitent d'être consolidés et croisés avec les résultats virologiques du Réseau Sentinelles (analysés uniquement à l'échelle nationale) afin de disposer d'un taux d'incidence des cas d'IRA dus au SARS-CoV-2.

## Surveillance virologique

Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux de positivité des tests dans le temps par région ou département, ainsi que le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population (taux d'incidence). Les données sont consolidées dans le temps. Ces indicateurs permettent, associés aux autres indicateurs, de suivre la dynamique de l'épidémie.

Jusqu'à ces dernières semaines, la surveillance virologique s'appuyait sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 labos (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie) et par les laboratoires hospitaliers. Depuis la semaine 21, elle s'appuie sur le système **SI-DEP (système d'information de dépistage)**, opérationnel depuis le 13 mai 2020 et dont la montée en charge a été progressive. Ce nouveau système de surveillance vise au suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers. Actuellement, les données transmises concernent les tests RT-PCR réalisés. Prochainement, les données des sérologies seront également transmises.

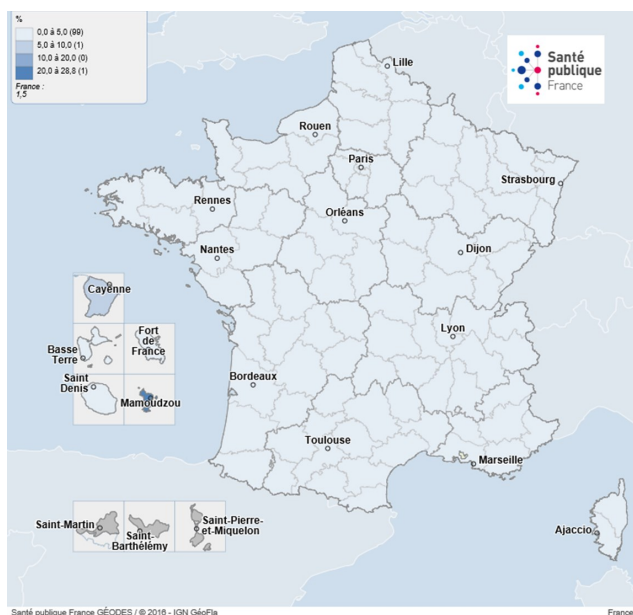
**Au 02 juin à 11h**, la quasi-totalité des laboratoires (4 840 sites de prélèvements) a transmis des données. Des contrôles sont effectués afin d'améliorer la qualité et la complétude de ces données et de nouveaux laboratoires continuent à être intégrés dans le système.

Du 24 au 30 mai 2020, 236 098 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, et pour 3 520 patients, les tests se sont avérés positifs. **Le taux national hebdomadaire de positivité était de 1,49%** (calculé sur les tests valides). Ce taux est en diminution par rapport à la semaine précédente S21 (1,9%)

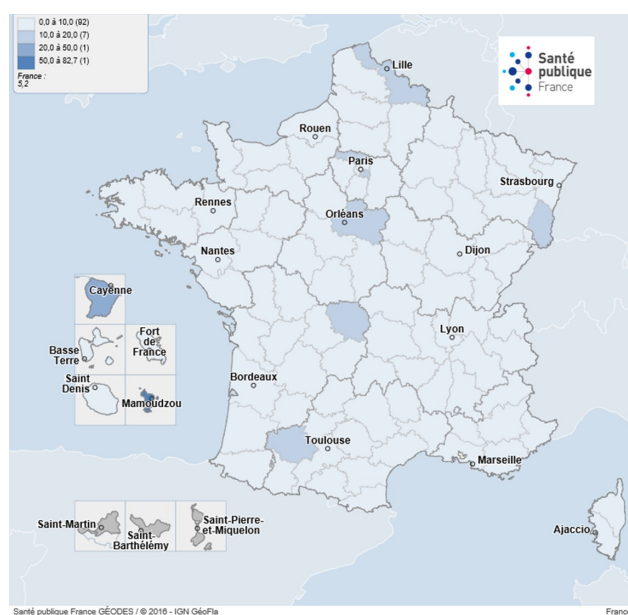
**En France métropolitaine**, le taux de positivité était inférieur à 5% dans l'ensemble des départements (figure 2). Le taux d'incidence (nombres de nouveaux cas rapportés à la population pour 100 000 habitants) était **au niveau national de 5,25/100 000 habitants**. Il était inférieur à 10/100 000 pour la très grande majorité des départements. Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans les départements du Loiret (14,5/100 000 habitants), la Creuse (13,8/100 000 h), le Nord (12,7/100 000 h), le Val d'Oise (12,2/100 000 h), le Gers (11,6 / 100 000 h), le Haut-Rhin (10,2 / 100 000 h) et le Val de Marne (10,4/ 100 000 h) (figure 3).

**En outre-mer**, à Mayotte, le taux de positivité était de 28,8% et le taux d'incidence de 82,7/100 000 habitants. En Guyane, le taux de positivité était de 9,4% et le taux d'incidence de 20,0/100 000 habitants. Dans ce département des clusters sont en cours d'investigation.

**Figure 2. Taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2 par département, France, semaine 22 (24 au 30 mai 2020) (source SI-DEP)**



**Figure 3. Taux d'incidence de SARS-CoV-2 pour 100 000 habitants par département, France, semaine 22 (24 au 30 mai 2020) (source SI-DEP)**



Pour en savoir plus sur les données SI-DEP consulter : [GEODES](https://www.santepubliquefrance.fr/geodes)

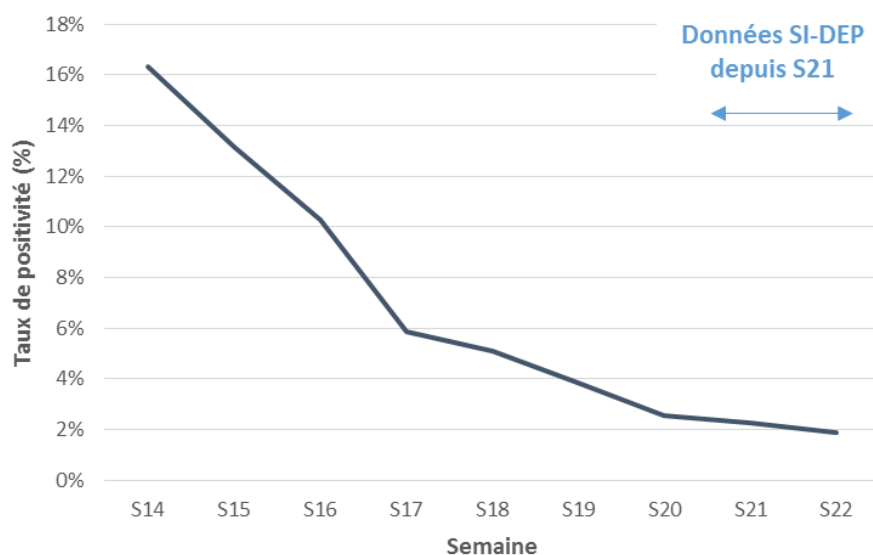
## Surveillance virologique (suite)

En **Pays de la Loire**, l'ensemble des laboratoires de la région concernés par le dispositif se sont connectés à SI-DEP. Avant la mise en place de SI-DEP en semaine 21, la surveillance virologique s'appuyait sur les données transmises à Santé publique France par le réseau des laboratoires de ville (dont le réseau 3 labos (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie)) et par les laboratoires hospitaliers (CHU de Nantes et d'Angers (depuis le 16 mars), CH du Mans (depuis le 16 mars) et CHD de la Roche-sur-Yon (depuis le 24 avril)).

En semaine 22 (25 au 31 mai 2020), le **taux de positivité estimé à partir de SI-DEP** pour la région Pays de la Loire était de 1,9 %, en diminution par rapport à la semaine 21 (2,3 %) (figure 4). Ce taux était inférieur à 5 % dans chaque département ligérien (figure 2).

En semaine 22 (25 au 31 mai 2020), le **taux d'incidence estimé à partir de SI-DEP** était de 6,0/100 000 habitants dans la région (de 5,8/100 000 habitants en semaine 21). Il était inférieur à 10/100 000 habitants dans chaque département ligérien en semaine 22 (figure 3).

**Figure 4. Evolution du taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2 en Pays de la Loire par semaine** (sources: laboratoires de ville (dont le réseau 3 labos (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie)) et hospitaliers<sup>1</sup> (semaines 14 à 20<sup>2</sup>, données actualisées au 19/05/2020 à 10h) puis SI-DEP (semaines 21 et 22 (données actualisées au 04/06/2020 à 11h)))



<sup>1</sup> Laboratoires hospitaliers des CHU de Nantes et d'Angers (depuis le 16 mars), du CH du Mans (depuis le 16 mars) et du CHD de la Roche-sur-Yon (depuis le 24 avril)

<sup>2</sup> Données de la semaine 20 non exhaustives du fait de la bascule entre les deux systèmes

## Signalement à visée d'alerte des clusters (ou foyers de transmission)

Depuis la levée du confinement, le 11 mai 2020, les ARS en lien avec les Cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent les clusters (foyers de transmission ou épisodes de cas groupés) qui sont détectés, selon le guide en vigueur [1]. Le traçage et le dépistage des personnes contacts permettent de contrôler ces foyers. Un cluster est défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, et qui appartiennent à une même communauté ou ont participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non. Le système d'information **MONIC** (MONItorage des Clusters) permet de présenter ce bilan.

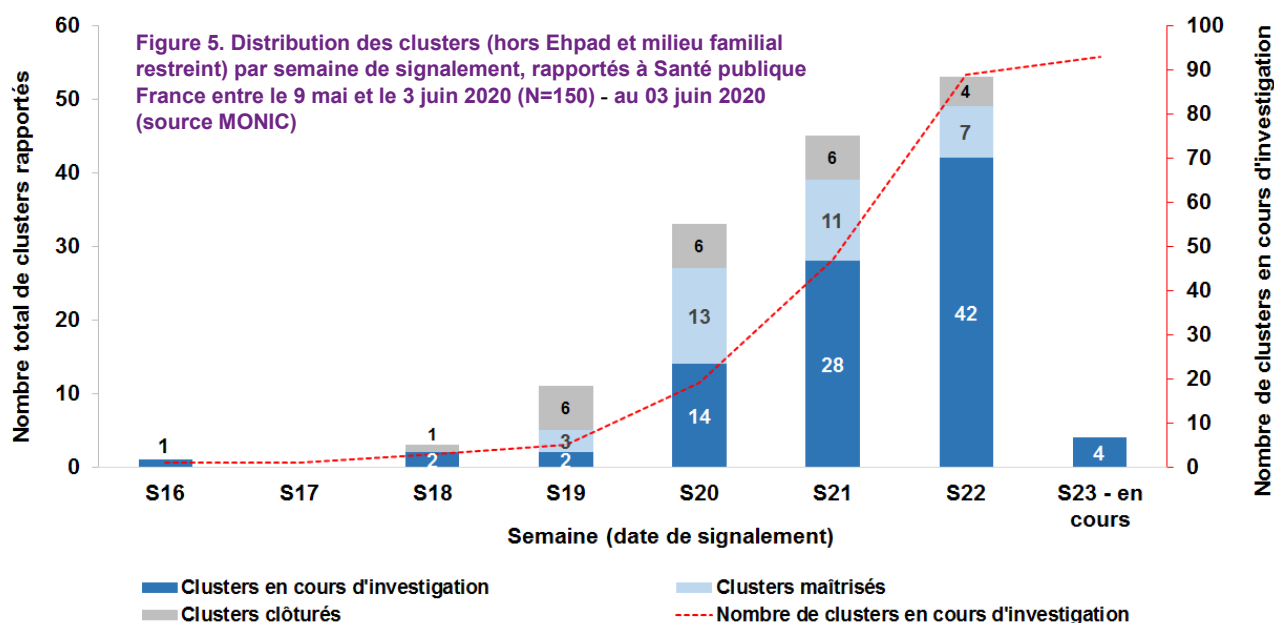
**Au 03 juin 2020**, avec le développement de la capacité diagnostique, un total de **150 clusters** (hors Ehpad et milieu familial restreint) a été rapporté à Santé publique France : 142 clusters en France métropolitaine et 8 dans les départements régions d'outre-mer. On note une augmentation du nombre de clusters détectés et investigués (figure 5). Parmi ces clusters, 66 % ont plus de 5 cas. Ils concernent notamment des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité (17 % en établissements d'hébergement social et d'insertion, et 6 % en communautés vulnérables), des établissements de santé (27 %) et plus largement des entreprises (17 % entreprises privées et publiques hors établissements de santé) (tableau 1).

En termes de criticité (potentiel de transmission ou critères de gravité), 77 % des clusters ont été évalués de criticité modérée (40 %) à élevée (37 %). La majorité des clusters est en cours d'investigation (62 %, N=93) (clusters actifs en termes de nouveaux cas avec mise en place de premières mesures de contrôle) (figure 6), 23 % ont été maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7) après le dernier cas), 15 % sont clôturés (absence de nouveaux cas 14j après la date de début des signes du dernier cas ET la fin de la quatorzaine de tous les contacts). Parmi les clusters en cours d'investigation, 40 % ont une criticité élevée. **Aucune diffusion communautaire** (survenue de nouveaux cas hors de la collectivité et en lien avec le cluster) **non contrôlée n'est rapportée**.

Le signalement de ces clusters en phase de déconfinement n'est pas une situation inattendue du fait de la poursuite de la circulation du SARS-CoV-2 en France, de l'augmentation importante des capacités diagnostic et de la recherche active de cas autour de chaque patient infecté [2]. Leur identification résulte à la fois de signalements au niveau régional (point focal ARS), de l'identification et du suivi des contacts instauré sur le territoire, et des campagnes de dépistage. Pour l'ensemble de ces clusters, les mesures de contrôle sont en place et une forte vigilance est maintenue quant au risque de diffusion. Les clusters en Ehpad seront rapportés dans ce bilan des clusters dans le prochain Point épidémiologique.

**Tableau 1. Répartition par type de collectivités des clusters, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés à Santé publique France, entre le 9 mai et le 3 juin 2020 (N=150) - au 03 juin 2020 (source MONIC)**

Type de collectivités	n	%
Établissements de santé (ES)	40	27
Entreprises privées et publiques (hors ES)	26	17
Établissements sociaux d'hébergement et d'insertion	25	17
EMS de personnes handicapées	12	8
Milieu familial élargi (plusieurs foyers familiaux)	9	6
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	9	6
Milieu scolaire et universitaire	5	3
Établissement pénitentiaires	5	3
Événement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	2	1
Crèches	2	1
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	1	1
Structure de l'aide sociale à l'enfance	0	0
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	0
Transport (avion, bateau, train)	0	0
Autres	14	10





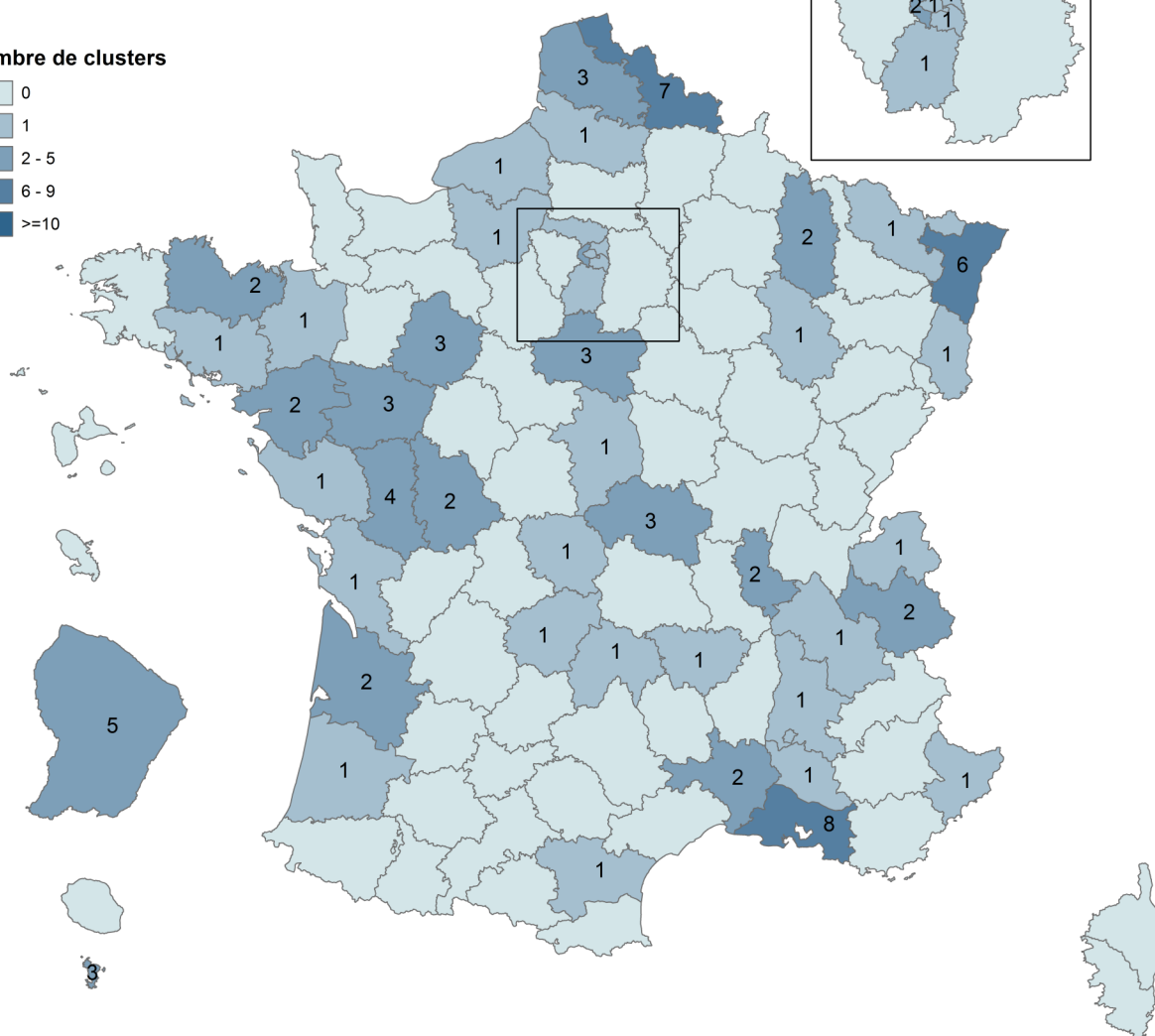
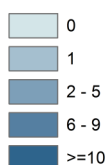
## Signalement à visée d'alerte des clusters (ou foyers de transmission)

En **Pays de la Loire**, 12 clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) ont été rapportés au 3 juin dont 9 sont en cours d'investigation : 3 en Sarthe, 3 en Maine-et-Loire, 2 en Loire-Atlantique et 1 en Vendée. Ces clusters sont principalement survenus en milieu professionnel, en établissement de santé et chez les populations vulnérables.



**Figure 6 : Répartition par département du nombre de clusters en cours d'investigation, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés à Santé publique France, entre le 9 mai et le 3 juin 2020 (N=93) - au 3 juin 2020 (source MONIC)**

Nombre de clusters



Source : Santé publique France

[1] Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19. Saint-Maurice : SpFrance. Version 25 mai 2020, 50 p. Disponible [ici](#)  
[2] DGS-Urgent. Prise en charge par les médecins de ville des patients de covid-19 en phase de déconfinement. Disponible [ici](#)

## Surveillance en établissements sociaux et médico-sociaux

Au 1<sup>er</sup> juin 2020, un total de **487** épisodes concernant un ou plusieurs cas liés au COVID-19 en établissements ont été signalés à Santé publique France via l'application accessible depuis le portail national des signalements, pour la région Pays de la Loire. Il s'agissait à 73 % d'épisodes survenus en établissements d'hébergement pour personnes âgées (dont les Ehpad).

L'ensemble des épisodes recensait **2 050** cas de COVID-19 chez les résidents (36 % confirmés biologiquement) ; 14 % ont été hospitalisés. Au total, **239** personnes sont décédées au sein de l'établissement et **75** à l'hôpital.

Chez le personnel, **469** cas confirmés de COVID-19 et **826** cas possibles ont été rapportés pour la région.

*Des variations d'effectifs peuvent s'observer, dont certaines sont à mettre en lien avec les améliorations en cours de l'application et de son utilisation. Le travail de consolidation des informations se poursuit, avec notamment des suppressions de signalements enregistrés en double.*

Source : Surveillance dans les ESMS, au 02/06/2020 à 12h

**Tableau 2. Nombre de signalements en établissements sociaux et médico-sociaux de cas COVID-19 et de décès chez les résidents et le personnel rapportés du 01/03 au 01/06**

		EHPA <sup>1</sup>	HPH <sup>2</sup>	Aide enfance <sup>3</sup>	Autres EMS <sup>4</sup>	Total
	Signalements <sup>5</sup>	<b>354</b>	<b>113</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>487</b>
Chez les résidents	Cas confirmés <sup>6</sup>	678	59	3	6	746
	Cas possibles <sup>7</sup>	1 183	113	5	3	1 304
	Nombre total de cas <sup>6,7</sup>	<b>1 861</b>	<b>172</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>2 050</b>
	Cas hospitalisés <sup>6,7</sup>	<b>272</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>291</b>
	Décès hôpitaux <sup>8</sup>	<b>69</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>75</b>
	Décès établissements <sup>8</sup>	<b>238</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>239</b>
Chez le personnel	Cas confirmés <sup>6</sup>	398	55	6	10	469
	Cas possibles <sup>7</sup>	610	192	14	10	826
	Nombre total de cas <sup>6,7</sup>	<b>1068</b>	<b>243</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>1 351</b>

<sup>1</sup>Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements-EHPA, résidences autonomie, résidences seniors)

<sup>2</sup>Hébergement pour personnes handicapées (FAM, IME, autres établissements pour enfants (ITEP, EAAP, IEM, Instituts pour déficients auditifs et visuels), autres établissements pour adultes (foyer de vie, foyer d'hébergement)

<sup>3</sup>Aide sociale à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS)

<sup>4</sup>Autres établissements (LAM, LHSS, SCAPA avec hébergement)

<sup>5</sup>Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible

<sup>6</sup>Cas confirmé COVID-19 : toute personne, symptomatique ou non, avec un prélèvement confirmant l'infection par le SARS-CoV-2 parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EHPA/EMS

<sup>7</sup>Cas possible COVID-19 : fièvre (ou sensation de fièvre) avec des signes respiratoires (comme la toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression thoracique)

<sup>8</sup>OU autre tableau clinique compatible avec le COVID-19 selon le médecin, parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EHPA/EMS

<sup>8</sup>Cas possibles et confirmés décédés

Source : Surveillance dans les ESMS, au 02/06/2020 à 12h

**Tableau 3. Nombre de signalements en établissements sociaux et médico-sociaux de cas COVID-19 et de décès chez les résidents et le personnel rapportés, par département, du 01/03 au 01/06**

Département	Signalements	Cas parmi les résidents	Décès dans l'établissement parmi les résidents	Cas parmi le personnel
Loire-Atlantique	153	612	74	370
Maine-et-Loire	116	593	74	337
Mayenne	49	160	15	128
Sarthe	59	328	43	170
Vendée	110	357	33	346
<b>Total région</b>	<b>487</b>	<b>2 050</b>	<b>239</b>	<b>1 351</b>



## Passages aux urgences

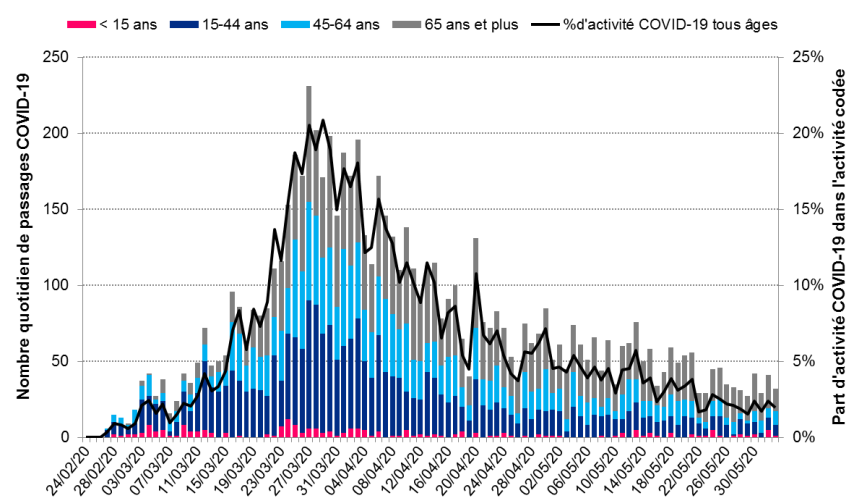
En semaine 22 (du 25 au 31 mai), 243 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (soit 195 passages pour 10 000 passages (figure 8)), contre 321 la semaine précédente (figure 7). Le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 continue ainsi de diminuer.

Sur la semaine écoulée, 58 % des passages pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés chez les 65 ans et plus, 21 % chez les 15-44 ans et 18,5 % chez les 45-64 ans.

Le taux d'hospitalisations après passage aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de l'ordre de 63 % en semaine 22. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 71 % de ces hospitalisations en semaine 22.

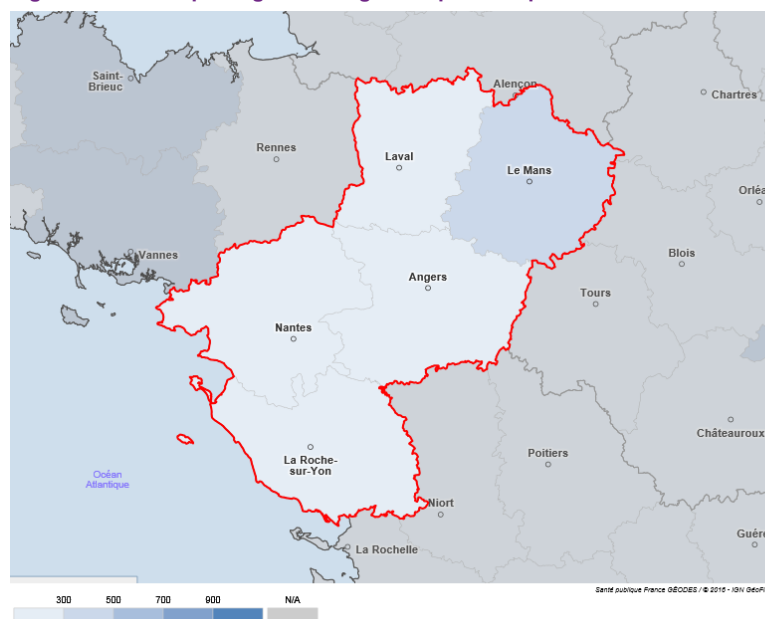
Source : réseau Oscour®, au 03/06/2020 à 10h

Figure 7. Nombre quotidien de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classe d'âge



Source : réseau Oscour®, au 03/06/2020 à 10h

Figure 8. Taux de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 en semaine 22/2020 (pour 10 000 passages)



## Surveillance à l'hôpital (suite)

### Hospitalisations, admissions en réanimation, retours à domicile

Source : SI-VIC, au 03/06/2020 à 14h

**Tableau 4. Part (en %) des classes d'âge parmi les hospitalisations et les admissions en réanimation pour COVID-19 le 3 juin et parmi les retours à domicile depuis le 1<sup>er</sup> mars**

Le 3 juin 2020 à 14h, 353 personnes étaient hospitalisées pour COVID-19 dans la région (d'après les données SI-VIC renseignées par 79 établissements), dont 19 (5,4 %) étaient hospitalisées en réanimation. Plus de 77 % des patients hospitalisés avaient plus de 70 ans.  
Les patients hospitalisés en réanimation étaient globalement plus jeunes. En effet, aucun patient de plus de 80 ans n'était en réanimation, alors qu'ils représentaient 54,1 % des patients hospitalisés.

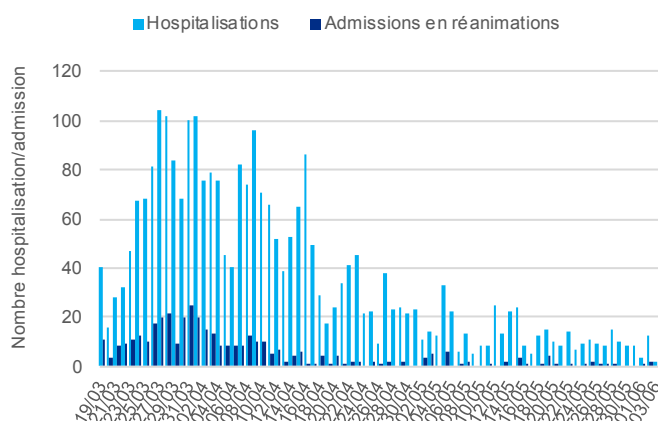
Classe d'âge	Hospitalisations le 03/06/2020		Dont réanimations le 03/06/2020		Retours à domicile jusqu'au 03/06/2020	
	N	%	N	%	N	%
0-9 ans	0	0,0%	0	0,0%	7	0,4%
10-19 ans	2	0,6%	0	0,0%	10	0,6%
20-29 ans	1	0,3%	0	0,0%	52	2,9%
30-39 ans	6	1,7%	2	10,5%	98	5,5%
40-49 ans	8	2,3%	3	15,8%	167	9,3%
50-59 ans	24	6,8%	4	21,1%	221	12,4%
60-69 ans	38	10,8%	4	21,1%	314	17,6%
70-79 ans	83	23,5%	6	31,6%	332	18,6%
80-89 ans	106	30,0%	0	0,0%	409	22,9%
90 ans et plus	85	24,1%	0	0,0%	178	10,0%
Total Région	353	100,0%	19	100,0%	1 788	100,0%

Source : SI-VIC, au 03/06/2020 à 14h

**Figure 9. Nombre quotidien de nouvelles hospitalisations et de nouvelles admissions en réanimation pour COVID-19**

Tendance globale à la diminution des nouvelles hospitalisations et des nouvelles admissions en réanimation.

A noter cependant : les hospitalisations en réanimation reflètent à la fois les besoins dus à l'épidémie dans les Pays de la Loire, mais également les transferts de patients venant d'autres régions (Grand Est et Ile-de-France) réalisés entre le 26 mars et 3 avril.



Source : SI-VIC, au 03/06/2020 à 14h

**Tableau 5. Nombre et part (en %) des hospitalisations et des admissions en réanimation pour COVID-19 le 3 juin et nombre et part (en %) des retours à domicile depuis le 1<sup>er</sup> mars, par département de prise en charge**

Département	Hospitalisations le 03/06/2020		Dont admissions en réanimation le 03/06/2020		Retours à domicile jusqu'au 03/06/2020	
	N	%	N	%	N	%
Loire-Atlantique	115	32,6%	7	36,8%	579	32,4%
Maine-et-Loire	94	26,6%	8	42,1%	527	29,5%
Mayenne	16	4,5%	0	0,0%	162	9,1%
Sarthe	69	19,5%	2	10,5%	318	17,8%
Vendée	59	16,7%	2	10,5%	202	11,3%
Total Région	353	100,0%	19	100,0%	1 788	100,0%

## Surveillance à l'hôpital (suite)

### Caractéristiques de cas admis en réanimation (services sentinelles)

Au 2 juin 2020, 278 hospitalisations pour COVID-19 ont été signalées par les services de réanimation en Pays de la Loire (tableau 6). Le nombre de signalements est faible ces dernières semaines (figure 10). Parmi ces patients, il y avait 3 hommes pour une femme et 50 % avaient 65 ans et plus. Les patients résidaient pour 21 % d'entre eux hors de la région. La majorité présentait un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) (73 %) et avait au moins une comorbidité (64 %). Parmi les patients dont l'évolution est connue, 26 % sont décédés.

Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France, au 02/06/2020 à 13h

**Tableau 6. Description des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation**

	N	%		N	%
<b>Cas admis en réanimation</b>			<b>Co-infections</b>	15	5%
<b>Nombre de cas signalés</b>	<b>278</b>		<b>Prise en charge ventilatoire*</b>		
<b>Evolution</b>			Oxygénation (masque/lunette)	38	14%
Evolution Renseignée	172	62%	Ventilation non invasive	11	4%
Transfert hors réa. ou retour à domicile <sup>1</sup>	127	74%	O2 à haut débit	22	8%
Décès <sup>1</sup>	45	26%	Ventilation invasive	177	64%
<b>Répartition par sexe</b>			Assistance extracorporelle	6	2%
Hommes	208	75%	<b>Facteurs de risques (FDR)*</b>		
Femmes	70	25%	Aucun facteur de risque	91	33%
Sexe-Ratio H/F	3,0		Avec facteur de risque parmi :	179	64%
<b>Répartition par classe d'âge</b>			Diabète de type 1 et 2	72	26%
0-14 ans	1	0%	HTA** depuis le 6/04	26	23%
15-44 ans	27	10%	Pathologie pulmonaire	42	15%
45-64 ans	112	40%	Pathologie cardiaque	42	15%
65-74 ans	100	36%	Pathologie neuro-musculaire	6	2%
75 ans et plus	38	14%	Pathologie rénale	13	5%
<b>Région de résidence des patients</b>			Immunodéficience	18	6%
Pays de la Loire	206	74%	Pathologie hépatique**	0	0%
Hors Région	59	21%	Surpoids / Obésité (IMC≥25)***	63	23%
Inconnue	13	5%	- Surpoids (IMC [25 ; 29])	9	3%
<b>Délai entre début des signes et admission en réanimation</b>			- Obésité (IMC [30 ; 39])	35	13%
Délai moyen / médian en jours [min ; max]	8,6 / 7	[0 ; 38]	- Obésité morbide (IMC ≥ 40)	17	6%
<b>Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)</b>	203	73%	- IMC non renseigné	2	1%
SDRA mineur	15	5%	Grossesse	1	0%
SDRA modéré	84	30%	Prématurité	0	0%
SDRA majeur	92	33%	Autres facteurs de risque	13	5%
SDRA - niveau non précisé	12	4%	NSP / Inconnu	8	3%

<sup>1</sup> Le % est calculé sur les déclarations dont l'évolution est renseignée

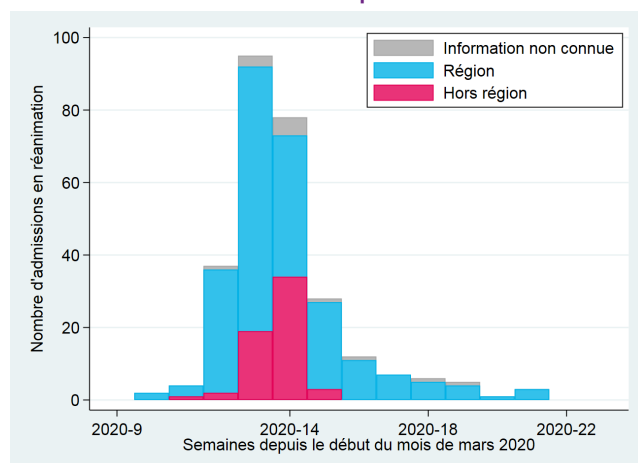
\* Un cas peut présenter plusieurs FDR et prises en charge ventilatoire

\*\* Analyse restreinte aux cas signalés à partir du 06/04 (recueil non systématique avant le 06/04)

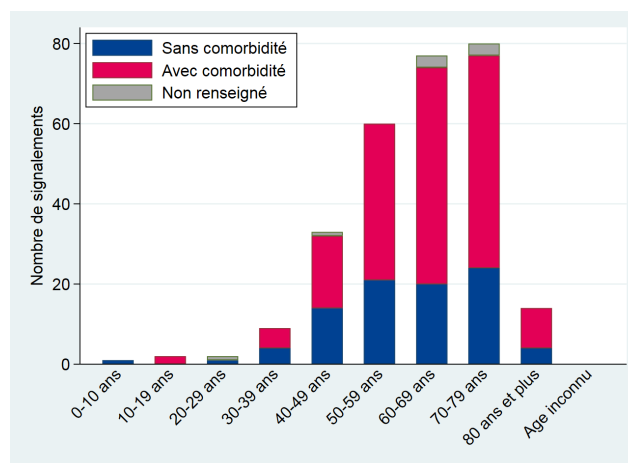
\*\*\* Données potentiellement sous-estimées avant le 20/04 (recueil non systématique avant le 20/04).

Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France, au 02/06/2020 à 13h

**Figure 10. Distribution hebdomadaire des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation, selon la date d'admission et le lieu de résidence du patient**



**Figure 11. Distribution des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation, selon l'existence de comorbidité**



# Surveillance de la mortalité

## Mortalité spécifique au COVID

Source : SI-VIC, au 03/06/2020 à 14h

**Tableau 7. Part (en %) par classe d'âge des cas de COVID-19 décédés au cours de leur hospitalisation (N = 443)**

Classe d'âge	0-9 ans	10-19 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	80-89 ans	90 ans et +
Décédés N=443 (%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	2,9%	10,4%	18,3%	41,3%	26,2%

Source : Inserm-CépiDC, au 02/06/2020 à 14h

**Tableau 8. Description des décès certifiés par voie électronique avec mention COVID-19 dans les causes médicales de décès (N=180)**

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité <sup>1</sup>		Avec comorbidités <sup>1</sup>		Total <sup>2</sup>	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15-44 ans	0	0,0	0	0,0	0	0,0
45-64 ans	0	0,0	6	100,0	6	3,0
65-74 ans	6	35,0	11	65,0	17	9,0
75 ans ou plus	51	32,0	106	68,0	157	87,0

<sup>1</sup> % présentés en ligne ; <sup>2</sup> % présentés en colonne

### Estimation du taux de dématérialisation de décès en Pays de la Loire :

- 5,4 % en 2019

### Répartition par sexe

- Sexe-ratio (H/F) : 1,1 (N=180)

### Répartition selon l'existence de facteurs de risque connus

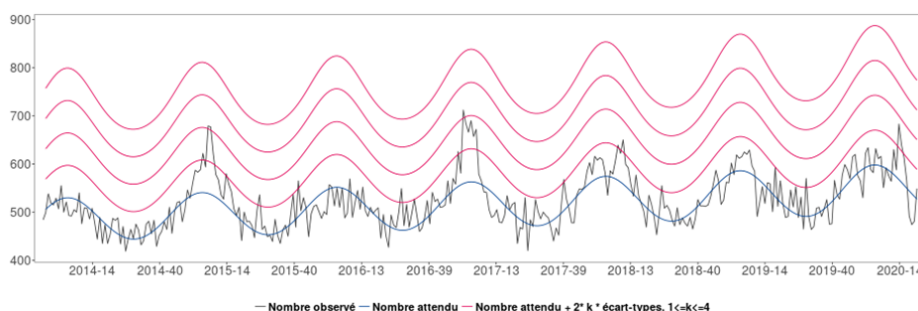
- Avec comorbidités : 68 % (N=123)
- Sans ou non-renseignés : 32 % (N=57)

## Mortalité toutes causes

- En semaines 20 et 21 (11 au 24 mai), aucun excès significatif de mortalité toutes causes et tous âges n'a été observé dans la région ni au niveau départemental par rapport à la mortalité attendue sur cette période.

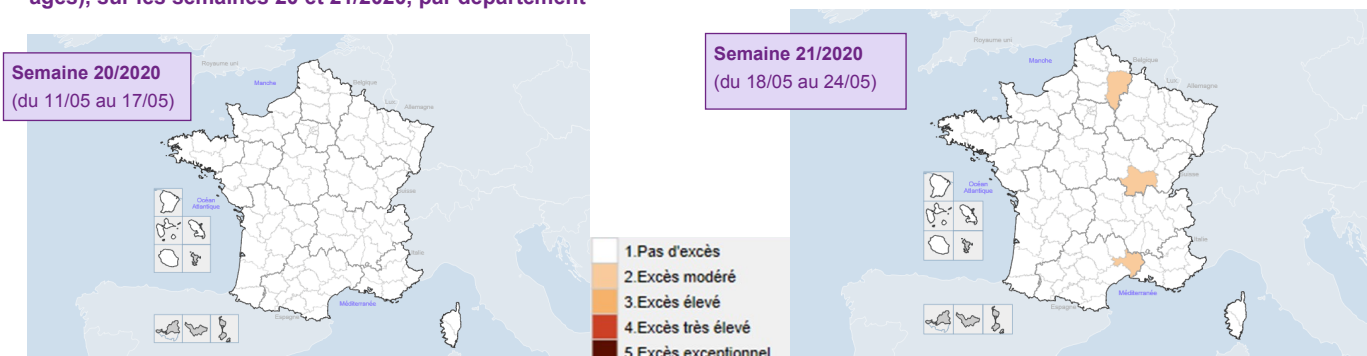
Source : Insee, au 03/06/2020 à 14h

**Figure 12. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues (tous âges), jusqu'à la semaine 21/2020**



Source : Insee, au 03/06/2020 à 14h

**Figure 13. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues (tous âges), sur les semaines 20 et 21/2020, par département**



## Autre dispositif de surveillance

### Surveillance des professionnels des établissements de santé (données actualisées au 31 mai 2020)

Cette surveillance a été mise en place le 22 avril 2020 et a pour objectif de recenser les professionnels salariés d'un établissement de santé (ES) d'hospitalisation, public ou privé, ayant été infectés par le SARS-CoV-2 depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020.

Les cas sont définis comme tout professionnel travaillant en établissement de santé dont l'infection par SARS-CoV-2 est confirmée par PCR, mais également les cas probables (clinique, historique de contact ou imageries évocatrices), reconnus comme infectés par la cellule « COVID-19 » ou l'infectiologue référent de l'ES.

Concernant les décès, il s'agit de décès lié à l'infection à SARS-CoV-2.

Pour les Pays de la Loire, au 31 mai 2020, **62** établissements ont participé à la surveillance et **897** cas ont été recensés depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020 (données provisoires) (tableaux 9 et 10).

Des analyses détaillées seront disponibles ultérieurement. Pour plus d'informations sur la méthodologie de cette surveillance : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/recensement-national-des-cas-de-covid-19-chez-les-professionnels-en-etablissements-de-sante>

**Tableau 9. Répartition du nombre d'établissements de santé déclarants par type, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020 (données au 31 mai 2020), Pays de la Loire**

Type d'établissement	Nombre d'ES ayant participé à la surveillance
CHR/CHU/HIA	1
CH/Hôpital local	23
ES privés de soins de courte durée	13
CLCC	0
ES Psychiatrie	3
SLD	1
SSR	8
Regroupement de plusieurs types d'ES	5
Soins ambulatoires ou à domicile	5
<i>Donnée en cours de vérification</i>	3
<b>Total</b>	<b>62</b>

**Tableau 10. Répartition du nombre de professionnels COVID-19 déclarés, par catégorie professionnelle, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020 (données au 31 mai 2020), Pays de la Loire**

Catégorie professionnelle	Nombre de cas	%
Infirmier	310	35%
Aide-soignant	251	28%
Autre professionnel soignant	122	14%
Autre professionnel non soignant	95	11%
Médecin	51	6%
Elève	27	3%
Interne	17	2%
Sage-femme	11	1%
Kinésithérapeute	10	1%
Inconnu	3	0%
<b>Total</b>	<b>897</b>	<b>100%</b>

## Méthodes

Le dispositif de surveillance COVID-19 en population est assuré à partir de plusieurs sources de données afin de documenter l'évolution de l'épidémie en médecine de ville et à l'hôpital : recours au soin, admissions en réanimation, surveillance virologique et décès. Les objectifs de la surveillance sont de suivre la dynamique de l'épidémie et d'en mesurer l'impact en terme de morbidité et de mortalité. Ci-dessous, une description succincte de chaque surveillance avec sa date de début.

**Réseau Sentinelles** : nombre de cas d'infections respiratoires aiguës liés au SARS-COV-2 en consultation et téléconsultation en médecine générale et en pédiatrie permettant d'estimer le nombre de cas dans la communauté. Cette surveillance clinique est complétée par une surveillance virologique (début le 16 mars). Depuis début 2020, 1 % de l'ensemble des médecins généralistes de la région Pays de la Loire ont participé activement à la surveillance continue du réseau Sentinelles.

**SurSaUD® (OSCOUR® et SOS Médecins)** : les données de recours aux services d'urgences et aux associations SOS Médecins pour une suspicion d'infection à COVID-19 (utilisation de codes spécifiques) (depuis le 24 février). Les deux associations SOS Médecins de la région (Nantes et Saint-Nazaire) participent à ce dispositif avec un taux de codage des diagnostics proche de 100 %. Dans la région, tous les établissements hospitaliers avec services d'urgences participent au réseau Oscour®, avec un taux de codage des diagnostics d'environ 68 % en 2019, variant de 31 % en Mayenne à 77 % en Vendée. Une nette amélioration du codage des diagnostics a été observée en Mayenne depuis mai 2020 (taux de codage de 81 %). Les données de l'UF spécifique COVID-19 du CH Mans n'ont pas été prises en compte à partir du 23 mars car l'activité de cette UF a évolué vers une activité de dépistage.

**SI-VIC** (Système d'information pour le suivi des victimes) : nombre d'hospitalisations pour COVID-19, patients en réanimation ou soins intensifs ainsi que les décès survenus pendant l'hospitalisation rapportés par les établissements hospitaliers (depuis le 13 mars). Le nombre de retours à domicile à la suite d'une hospitalisation sont également rapportés par les établissements hospitaliers (depuis le 13 mars).

**Services de réanimation sentinelles**: données non exhaustives à visée de caractérisation en terme d'âge, sévérité, évolution clinique, des cas de COVID-19 admis en réanimation (depuis le 16 mars).

**Etablissements sociaux et médico-sociaux** : nombre d'épisodes de cas groupés possibles ou confirmés de COVID-19 avec le nombre total de cas et de décès par établissement (depuis le 28 mars).

**Données de mortalité (Insee)** : Nombre de décès toutes causes par âge avec estimation de l'excès par rapport à l'attendu (2 à 3 semaines de délai pour consolidation). Cette surveillance s'appuie sur les données d'état-civil de 262 communes en région Pays de la Loire, enregistrant environ 79 % de la mortalité régionale.

**Certification électronique des décès (CépiDC)** : décès certifiés de façon dématérialisée et permettant de connaître les causes médicales du décès. Le taux de dématérialisation de décès est estimé à 5,4 % en Pays de la Loire en 2019.

**Recensement des cas probables et confirmés de COVID-19 et décès parmi les professionnels d'un établissement de santé public ou privé** : données déclaratives hebdomadaires par établissement sur les données depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020 (depuis le 22 avril 2020 ).

**SI-DEP** (système d'information de dépistage) : plateforme sécurisée avec enregistrement systématiquement des résultats des laboratoires de tests pour SARS-COV-2 (depuis le 13 mai). Jusqu'à la semaine 20, la surveillance virologique s'appuyait sur les données transmises à Santé publique France par l'ARS Pays de la Loire par le réseau des laboratoires de ville (dont le réseau 3 labos (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie)) et par les laboratoires hospitaliers (CHU de Nantes et d'Angers (depuis le 16 mars), CH du Mans (depuis le 16 mars) et CHD de la Roche-sur-Yon (depuis le 24 avril)).

**Pour en savoir plus sur les méthodes** : consulter la page [Santé publique France](#)

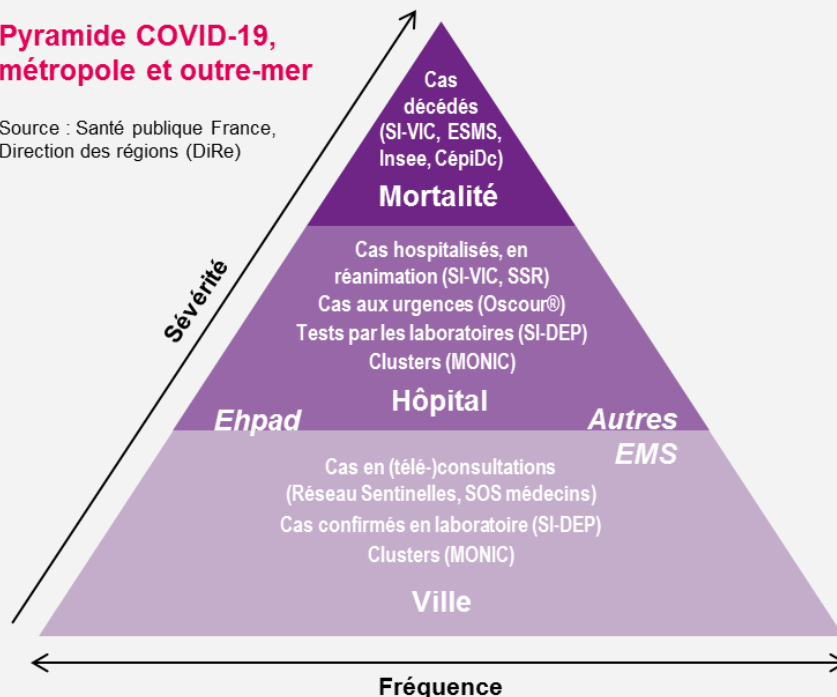


## Mission de Santé publique France

Surveiller, comprendre la dynamique de l'épidémie, anticiper les scénarii, mettre en place des actions pour prévenir et limiter la transmission du virus, mobiliser la réserve sanitaire. En Pays de la Loire, coordonner la surveillance, investiguer, analyser les données, apporter l'expertise à l'ARS pour l'aide à la décision.

### Pyramide COVID-19, métropole et outre-mer

Source : Santé publique France, Direction des régions (DiRe)



CépiDc-Inserm : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ; Ehpad : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; EMS : Etablissement médico-social ; ESMS : Etablissement social et médico-social ; Insee : Institut national de la statistique et des études économiques ; MONIC : Système d'information de monitoring des clusters ; Oscour® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences ; SI-DEP : Système d'informations de dépistage ; SI-VIC : Système d'information des victimes ; SSR : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs

Rédacteur en chef

Lisa King

Equipe de rédaction

Santé publique France Pays de la Loire

Direction des régions (DiRe)

En collaboration à Santé publique France avec la Direction des maladies infectieuses (DMI), la Direction appui, traitements et analyse de données (Data)

Contact presse

[presse@santepubliquefrance.fr](mailto:presse@santepubliquefrance.fr)

Diffusion Santé publique France

12 rue du Val d'Osne  
94415 Saint-Maurice Cedex  
[www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

Date de publication

4 juin 2020

Numéro vert 0 800 130 000

7j/7 24h/24 (appel gratuit)

Sites associés :

- [SurSaUD®](#)
- [OSCOUR®](#)
- [SOS Médecins](#)
- [Réseau Sentinelles](#)
- [SI-VIC](#)
- [CépiDC](#)

**GÉODES**  
GÉO DONNÉES EN SANTÉ PUBLIQUE

**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Pays de la Loire

**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**  
Liberté  
Égalité  
Fraternité

**ecdc**  
EUROPEAN CENTRE FOR  
DISEASE PREVENTION  
AND CONTROL



**World Health  
Organization**

**COVID-19**

**ALERTE CORONAVIRUS  
POUR VOUS PROTÉGER ET PROTÉGER  
LES AUTRES, RESTEZ CHEZ VOUS.**

Tout déplacement est interdit  
sauf muni d'une attestation pour :

- Allez travailler, si le télétravail est impossible
- Faire des courses de première nécessité
- Faire garder ses enfants ou aider des personnes vulnérables
- Aller chez un professionnel de santé si vous n'avez pas de signe de la maladie

L'attestation est téléchargeable sur le site du gouvernement.  
Elle peut être imprimée ou recopiée à la main.

Vous avez des questions sur le coronavirus ?  
[gouvernement.fr/info-coronavirus](http://gouvernement.fr/info-coronavirus) 0 800 130 000  
appel gratuit

**COVID-19**

**ALERTE CORONAVIRUS  
POUR SE PROTÉGER  
ET PROTÉGER LES AUTRES**

- Se laver très régulièrement les mains
- Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir
- Utiliser un mouchoir à usage unique et le jeter
- Saluer sans se serrer la main, arrêter les embrassades

Vous avez des questions sur le coronavirus ?  
[gouvernement.fr/info-coronavirus](http://gouvernement.fr/info-coronavirus) 0 800 130 000  
appel gratuit