

**Faits marquants**

**Epidémie COVID-19 en Pays de la Loire**

**En Pays de la Loire**, une stabilisation de la circulation du virus SARS-CoV-2 est observée en S49. Les indicateurs épidémiologiques demeurent toujours élevés, après plusieurs semaines de décroissance suite au passage du pic épidémique de la seconde vague.

Une stabilisation de l'ensemble des indicateurs virologiques est observée en S49, en termes de taux d'incidence comme de taux de positivité, après plusieurs semaines de décroissance. *A noter l'intégration des tests antigéniques (environ 11 % des personnes positives en S49) et nouvelle méthode de calcul des indicateurs issus de SIDEPA dans ce bulletin (plus de précisions en page 3).*

Le nombre hebdomadaire de clusters signalés est stable en S49 par rapport à S48, avec une proportion de signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) qui demeure toujours la plus importante. Un ralentissement de la diminution du nombre hebdomadaire de signalements d'épisodes de Covid-19 dans les ESMS/EHPAD a été constatée en S48, restant à un niveau élevé (données de S49 en cours de consolidation).

En ville, la diminution du nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de Covid-19 se poursuit en S49, tandis que le nombre de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 en milieu hospitalier est resté globalement stable en S49 par rapport à S48. Le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations de patients Covid-19 et le nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients Covid-19 poursuivent leur diminution dans la région en S49.

En S48, aucune surmortalité toutes causes et tous âges n'est pour le moment constatée à l'échelle régionale, après des excès significatifs observés de la S45 à S47, plus particulièrement chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

**Au niveau départemental**, les taux de positivité et d'incidence sont restés globalement stables en S49 dans tous les départements, mais les indicateurs demeurent les plus élevés en Mayenne et en Sarthe. La baisse du nombre de nouvelles hospitalisations et admissions en réanimation se poursuit globalement dans tous les départements en S49, hormis les nouvelles hospitalisations qui étaient en augmentation en Sarthe. Une augmentation des passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 est également observée en Sarthe en S49 et dans une moindre mesure, en Mayenne.

Afin de limiter au maximum la survenue ou le maintien de chaînes de transmission actives du virus SARS-CoV-2, le maintien des mesures de prévention individuelles et la réduction des contacts restent essentielles. Il est déterminant que chaque personne présentant des symptômes évocateurs de Covid-19 s'isole immédiatement et réalise un test diagnostique dans les plus brefs délais.

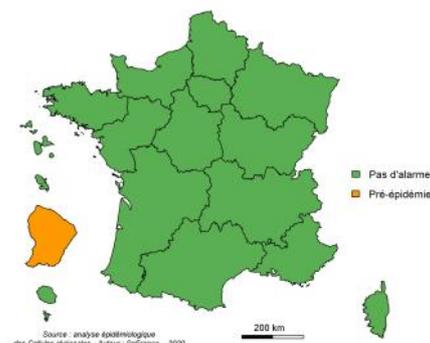
Retrouvez toutes les informations sur le COVID-19 sur le site de [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr)

[GÉODES](https://www.géodes.fr) : pour suivre l'évolution de l'épidémie de COVID-19 en France, par région et par département

Retrouvez le dossier spécial sur le site de l'[ARS Pays de la Loire](https://www.ars-pays-de-la-loire.fr).

**Bronchiolite chez les moins de 2 ans**

La région Pays de la Loire n'est pas en phase épidémique de bronchiolite chez les enfants âgés de moins de deux ans. Les actes SOS Médecins et les passages aux urgences pour bronchiolite chez les enfants âgés de moins de 2 ans, demeurent à un niveau faible et, à ce jour, aucune circulation active du virus respiratoire syncytial (VRS), responsable des épidémies de bronchiolites, n'est observée dans la région.



Phases épidémiques : ■ Pas d'épidémie ■ Pré ou post épidémie ■ Epidémie

# Chiffres clés

## Epidémie de COVID-19 en Pays de la Loire

### **Surveillance virologique (pages 3-4)**

*Nouvelle méthode de calcul des indicateurs issus de SIDEP et tests antigéniques inclus, mais qui demeurent minoritaires (environ 11 % des personnes positives) (plus de précisions en page 3 de ce bulletin)*

- ▶ En Pays-de-la-Loire :
  - Diminution du nombre de personnes testées et du taux de dépistage en S49 (52 887 personnes testées, soit 1 391 personnes testées pour 100 000 hab.);
  - Stabilisation du nombre de nouvelles personnes positives et du taux d'incidence en S49 (2 890 personnes positives, soit 76 personnes positives pour 100 000 hab.);
  - Stabilisation du taux de positivité en S49 (5,5 %).
- ▶ Au niveau départemental :
  - Même tendance observée dans tous les départements en S49, avec une stabilisation, voire légère augmentation, des indicateurs
  - Indicateurs les plus élevés toujours observés en Mayenne et en Sarthe, pour le taux d'incidence (> 100/100 000 hab.) comme pour le taux de positivité (environ 7 %).

### **Signalement des clusters (pages 5-6)**

- ▶ Stabilisation du nombre de nouveaux clusters signalés en S49 (36 vs 29 en S48), dont 8 en Ehpad (soit 22 %) et 6 en milieu professionnel (soit 17 %) ;
- ▶ 748 clusters signalés dans la région depuis le 9 mai (175 en cours d'investigation, dont 130 en criticité élevée).

### **Surveillance en ville et à l'hôpital (pages 7-10)**

- ▶ Poursuite de la diminution des actes SOS Médecins pour suspicion de Covid-19 en S49 (87 actes soit 2,8 %, vs 119 soit 3,8 % en S48).
- ▶ Stabilisation des passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 dans la région en S49 par rapport à S48 (252 passages soit 2,4%, vs 221 soit 2,0 % en S48). A l'échelle départementale, une augmentation des passages aux urgences a été observée en S49 en Sarthe et dans une moindre mesure en Mayenne, tandis que les autres départements présentaient une baisse d'activité.
- ▶ Diminution des nouvelles hospitalisations qui se poursuit au niveau régional en S49 (330 vs 384 en S48), dont 24 admissions en réanimation (vs 48 en S48). Cette baisse est également constatée dans tous les départements, excepté en Sarthe où une ré-augmentation des nouvelles hospitalisations a été observée en S49 par rapport à S48.
- ▶ Entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 8 décembre, 398 patients confirmés au SARS-CoV-2 et admis dans les services de réanimation sentinelles ont été signalés dans la région. L'âge moyen de ces patients était de 67 ans et 68 % d'entre eux étaient des hommes. Le délai médian entre le début des symptômes et l'admission en réanimation était de 8 jours. Les 65 ans et plus représentaient 63 % des patients et les 45-65 ans, 31 %. Parmi les patients pour lesquels l'existence ou l'absence de comorbidité est documentée, 89 % présentaient au moins une comorbidité.

### **Surveillance en ESMS/Ehpad (page 11)**

- ▶ Ralentissement de la diminution du nombre de nouveaux signalements d'épisodes en S48 (N=36). Données S49 en cours de consolidation (N=23 au 09/12).

### **Surveillance des bronchiolites chez les enfants âgés de moins de 2 ans (page 12)**

- ▶ Maintien des recours aux soins pour bronchiolite à des niveaux faibles, nettement inférieurs à ceux observés les années précédentes à la même période. Aucun VRS isolé pour le moment chez des patients hospitalisés au CHU de Nantes.

### **Surveillance de la mortalité (page 13)**

#### **Mortalité spécifique au Covid-19**

- ▶ Description des décès certifiés par voie électronique avec mention Covid-19 dans les causes médicales de décès en p.13

#### **Mortalité toutes causes jusqu'en semaine S-2**

- ▶ En S48, la mortalité toutes causes et tous âges a diminué ; aucune surmortalité n'est pour le moment constatée à l'échelle régionale, après des excès significatifs observés en S45 (semaine du pic), S46 et S47. Ces excès de mortalité concernaient plus particulièrement les personnes âgées de 65 ans et plus, chez lesquelles la surmortalité a été significative de la S44 à S47.
- ▶ A l'échelle départementale, en S48, un excès significatif de mortalité toutes causes et tous âges a été observé en Mayenne pour la 3<sup>ème</sup> semaine consécutive. A l'instar du niveau régional, cet excès concernait essentiellement les personnes de 65 ans et plus.
- ▶ Ces tendances sont à prendre avec prudence du fait du délai de consolidation des données.

# COVID-19 - Surveillance virologique

## Evolution des méthodes et impact sur les indicateurs issus des données SIDEP

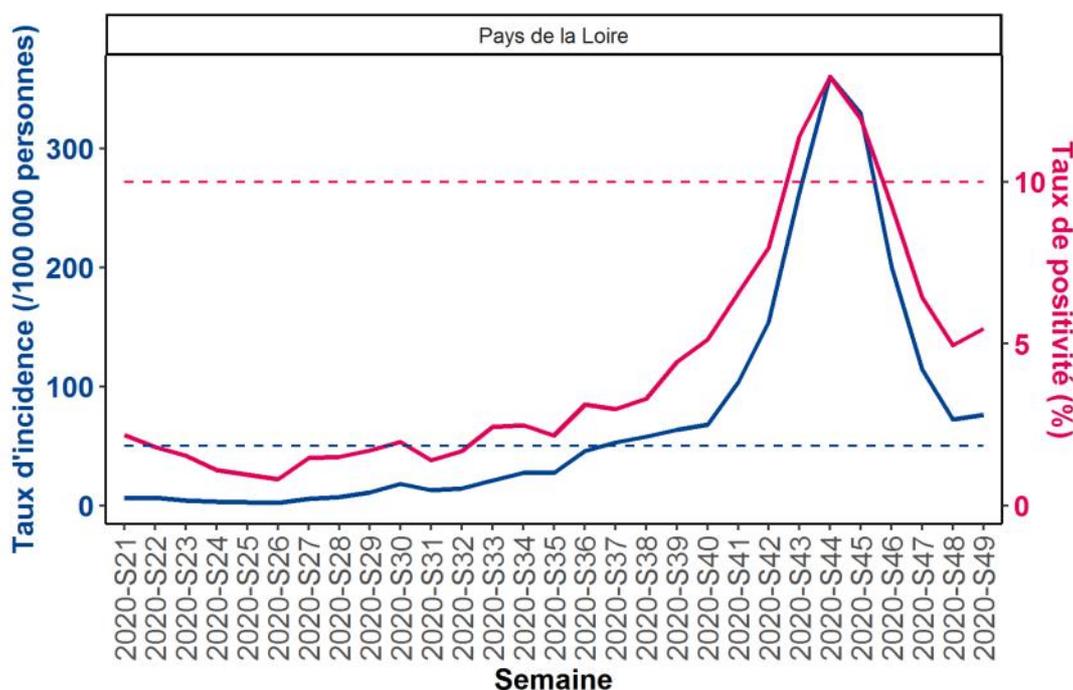
À partir du 08 décembre 2020, les données présentées prennent en compte des changements de calcul des indicateurs, sans impact sur les interprétations de la dynamique de l'épidémie :

- **Intégration dans les indicateurs des résultats des tests antigéniques** disponibles dans la base SI-DEP. Cette intégration des tests antigéniques modifie mécaniquement à la hausse le taux d'incidence, mais la tendance de la dynamique de l'épidémie reste identique.
- **Nouveau calcul du nombre de personnes testées** : ce nombre est calculé sur une période donnée (7 jours par exemple) et correspond au nombre de personnes ayant réalisé au moins un test pendant cette période et qui n'ont jamais été testées positives dans les 60 jours précédant ce test.
- **Nouveau calcul du nombre de personnes testées positives** : ce nombre correspond au nombre de personnes qui présentent un test positif soit pour la première fois, soit plus de 60 jours après un précédent test positif pour prendre en compte les réinfections liées à la Covid-19. Le changement de calcul n'a pas d'impact significatif sur le taux d'incidence car les tests positifs à plus de 60 jours d'intervalle sont très rares. Selon ce nouveau calcul, le taux de positivité diminue mécaniquement par rapport à celui qui résultait de l'ancien calcul ; à l'inverse, le taux de dépistage augmente mécaniquement. Pour autant, les tendances au cours du temps sont les mêmes que celles communiquées jusqu'à présent.

Ce nouveau mode de calcul, centré sur la personne, est plus précis pour estimer la prévalence du virus dans la population testée. Il est désormais appliqué à l'ensemble des indicateurs produits et disponibles sur Géodes depuis mai 2020.

A noter que les diagnostics réalisés par tests antigéniques demeurent minoritaires dans l'ensemble des tests, de l'ordre de 11 % environ des personnes positives. Les tests PCR demeurent donc nettement majoritaires, malgré une montée en charge progressive des tests antigéniques.

## Evolution hebdomadaire du taux d'incidence (pour 100 000 personnes) et du taux de positivité (en %) en région Pays de la Loire depuis le 13 mai 2020 (Source : SI-DEP)



### NB : seuils établis pour les indicateurs virologiques

- Taux de positivité (en %) : seuil de vigilance à 5 %, seuil d'alerte à 10 %
- Taux d'incidence (/100 000 hab.) : seuil de pré-vigilance à 10/100 000, seuil de vigilance à 20/100 000, seuil d'alerte à 50/100 000

# COVID-19 - Surveillance virologique

Nombre de personnes testées, nombre de personnes positives au SARS-COV-2, taux de dépistage, d'incidence et de positivité, par département et en région Pays de la Loire, ces deux dernières semaines (Source : SI-DEP)

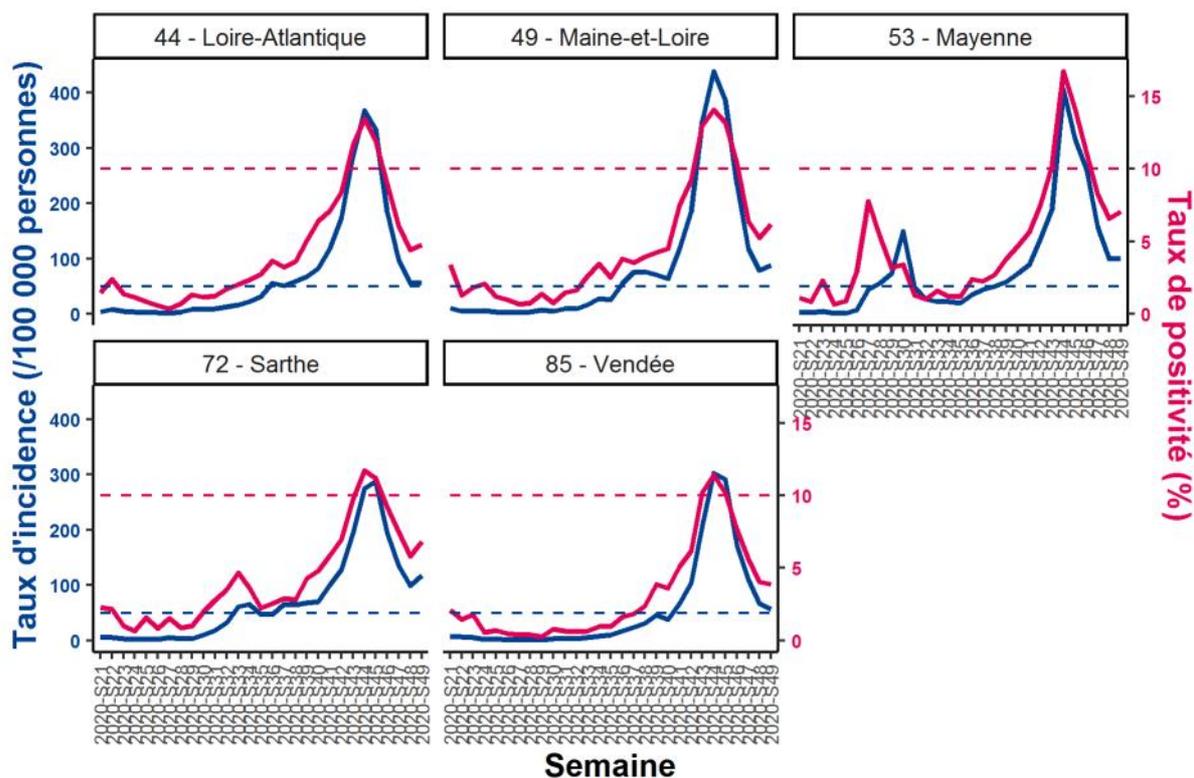
	Semaine	Personnes testées	Personnes positives	Taux de dépistage*	Taux d'incidence*	Taux de positivité (%)**
44 - Loire-Atlantique	2020-S48	18216	801	1267	<b>55</b>	4.4
	2020-S49	17237	822	1199	<b>57</b>	4.8
49 - Maine-et-Loire	2020-S48	12135	640	1487	<b>78</b>	5.3
	2020-S49	11595	715	1421	<b>87</b>	6.2
53 - Mayenne	2020-S48	4624	305	1514	<b>99</b>	6.6
	2020-S49	4386	309	1436	<b>101</b>	7.0
72 - Sarthe	2020-S48	9558	555	1706	<b>99</b>	5.8
	2020-S49	9630	656	1718	<b>117</b>	6.8
85 - Vendée	2020-S48	11190	455	1637	<b>66</b>	4.1
	2020-S49	10039	388	1469	<b>56</b>	3.9
Pays de la Loire	2020-S48	55723	2756	1465	<b>72</b>	4.9
	2020-S49	52887	2890	1391	<b>76</b>	5.5

Tableau produit le 10 déc. 2020 (Source : SIDEP, tous tests). Indicateurs hebdomadaires, sur les 2 dernières semaines.

\*Nombre de nouvelles personnes testées ou positives pour 100 000 habitants

\*\*Nombre de personnes positives pour 100 personnes testées

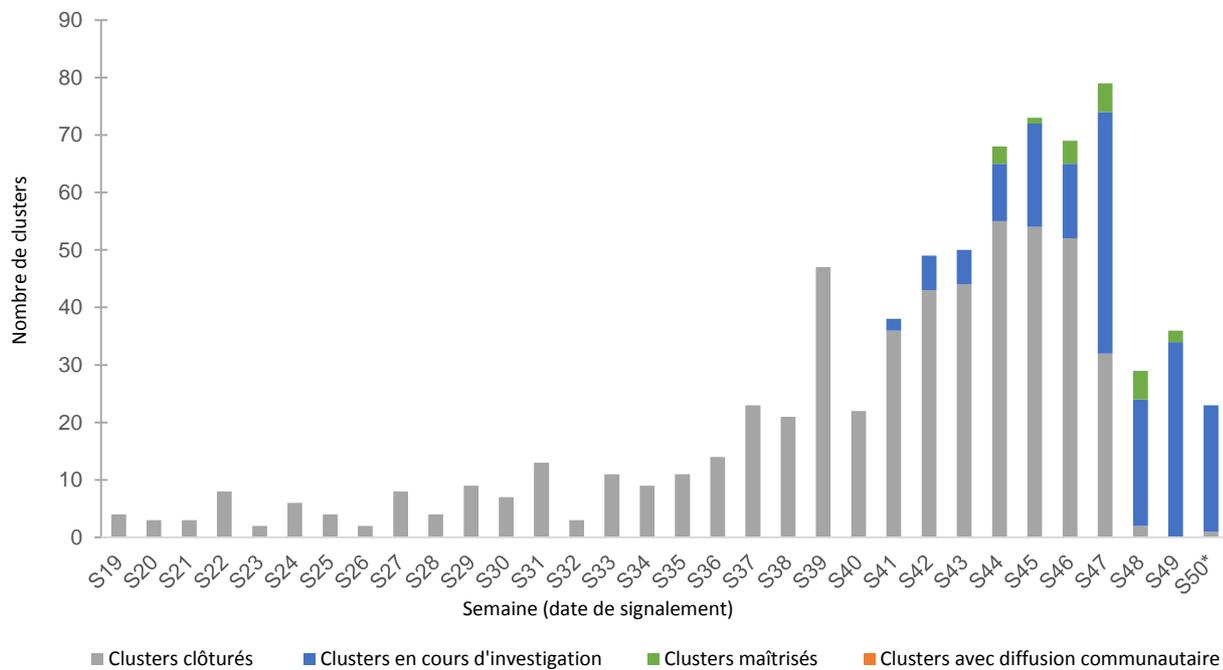
Taux d'incidence (pour 100 000 personnes) et taux de positivité (en %) par semaine et par département depuis le 13 mai 2020, Pays de la Loire (Source : SI-DEP)



# COVID-19 - Signalement à visée d'alerte des clusters

Le bilan des clusters présenté ici est basé sur les données disponibles au 9 décembre 2020.

## Distribution du nombre de clusters signalés en Pays de la Loire par semaine de signalement entre le 9 mai et le 9 décembre 2020 (N=748) (source MONIC)



## Répartition des clusters signalés en Pays de la Loire par département et statut entre le 9 mai et le 9 décembre 2020 (N=748) (source MONIC)

Département	Loire-Atlantique (44)	Maine-et-Loire (49)	Mayenne (53)	Sarthe (72)	Vendée (85)	Région	
Statut	N	N	N	N	N	N	%
En cours d'investigation	49	41	22	31	32	175	23
Maîtrisés	4	4	3	2	7	20	3
Diffusion communautaire	0	0	0	0	0	0	0
Clôturés	199	126	54	87	87	553	74
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>171</b>	<b>79</b>	<b>120</b>	<b>126</b>	<b>748</b>	<b>100</b>

# COVID-19 - Signalement à visée d'alerte des clusters

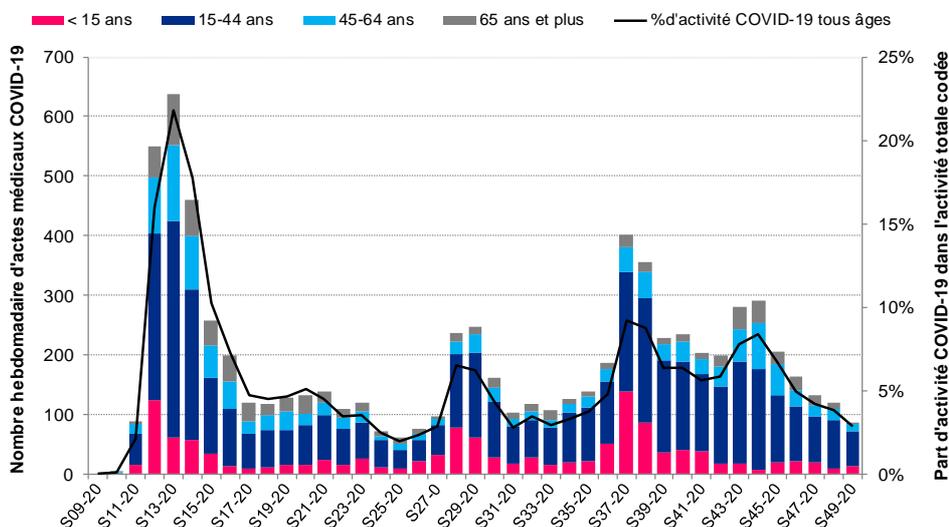
Répartition des clusters signalés en Pays de la Loire par type de collectivité entre le 9 mai et le 9 décembre 2020 (N=748) (source MONIC)

Type de collectivité	N	%
Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD)	179	24
Milieux professionnels (entreprise)	164	22
Milieu scolaire et universitaire	127	17
Etablissements de santé	73	10
Autre	72	10
EMS de personnes handicapées	29	4
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	27	4
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc)	23	3
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	18	2
Crèches	16	2
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	9	1
Structure de l'aide sociale à l'enfance	6	1
Etablissement pénitentiaires	3	0
Transport (avion, bateau, train)	2	0
(vide)	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>748</b>	<b>100</b>

# COVID-19 - Surveillance en ville et à l'hôpital

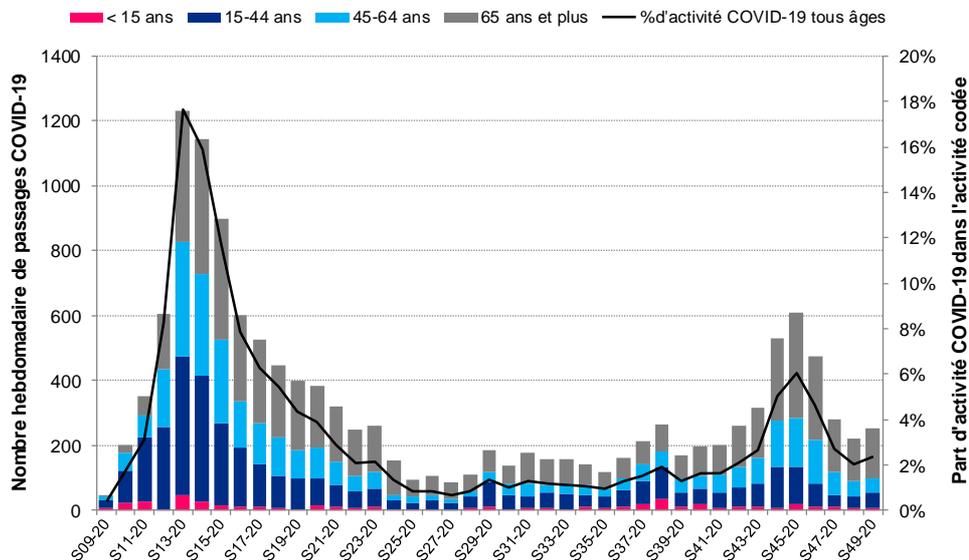
## SOS Médecins

Nombre hebdomadaire d'actes posés par les associations SOS Médecins Nantes et Saint-Nazaire et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classe d'âge depuis la semaine 09/2020 (source: SOS Médecins-SurSaUD®)



## Urgences hospitalières

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classe d'âge depuis la semaine 09/2020, région Pays de la Loire (source: Oscore®-SurSaUD®)

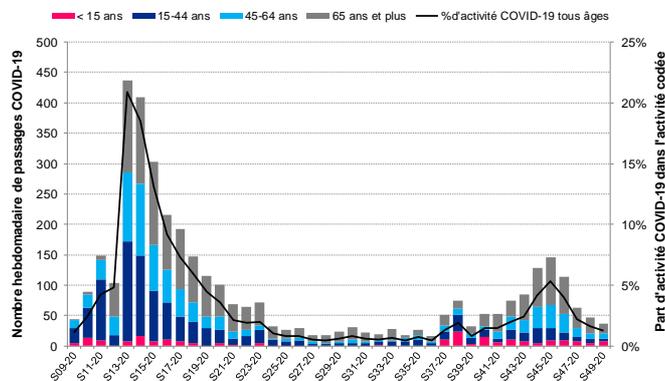


# COVID-19 - Surveillance à l'hôpital

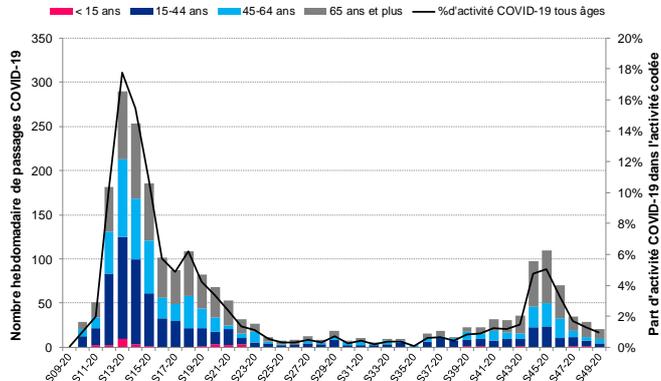
## Urgences hospitalières par département

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classe d'âge depuis la semaine 09/2020 (source: Oscour®-SurSaUD®)

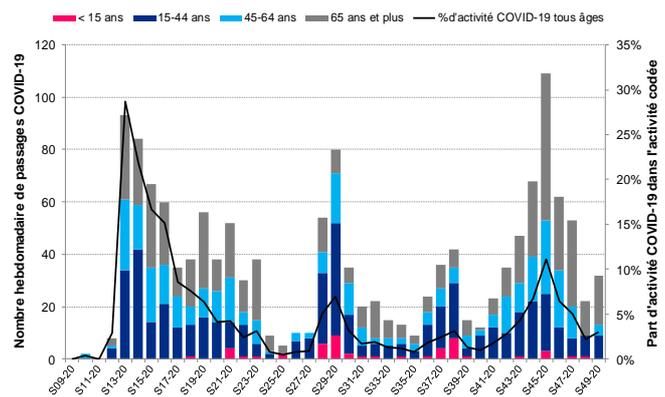
### Loire-Atlantique (44)



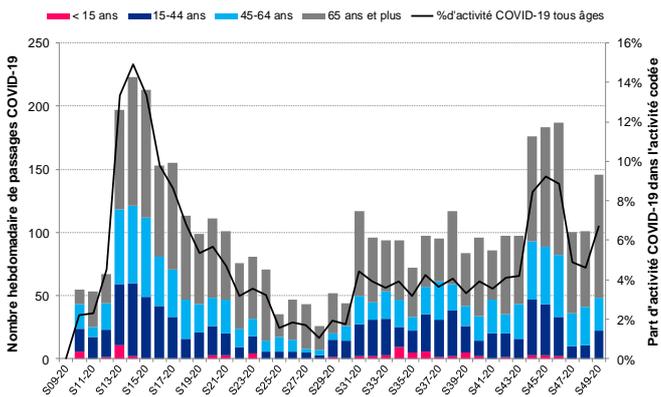
### Maine-et-Loire (49)



### Mayenne (53)

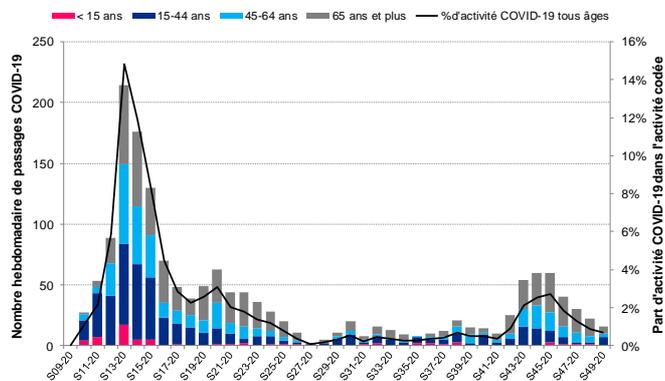


### Sarthe (72)



NB: Amélioration du codage des diagnostics médicaux pour les passages aux urgences en Mayenne depuis mai 2020, passant de 31% à 81%

### Vendée (85)



# COVID-19 - Surveillance à l'hôpital

## Hospitalisations en établissements hospitaliers

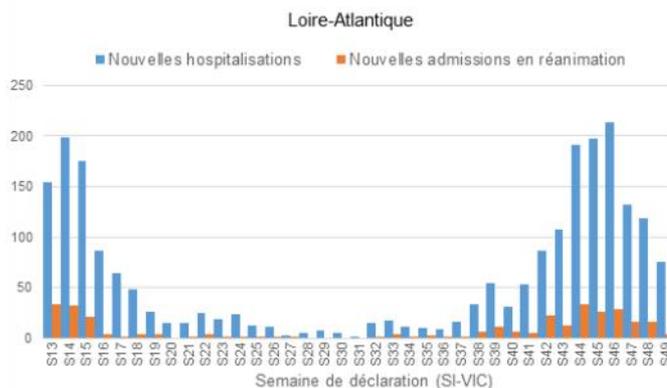
Nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations, dont nombre hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation pour COVID-19, depuis le 19/03/2020 (source: SI-VIC - données actualisées du 24 novembre 2020)

Remarque : données régionales et départementales comprenant 26 patients transférés de la région Auvergne-Rhône-Alpes : 10 en S44, 8 en S45 et 8 en S46 (aucun en S47-S49).

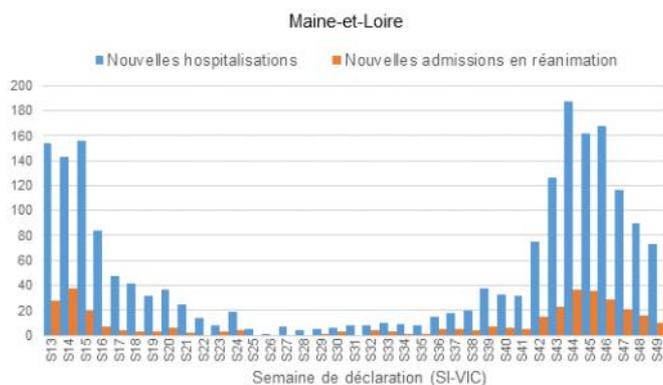
### Région Pays de la Loire



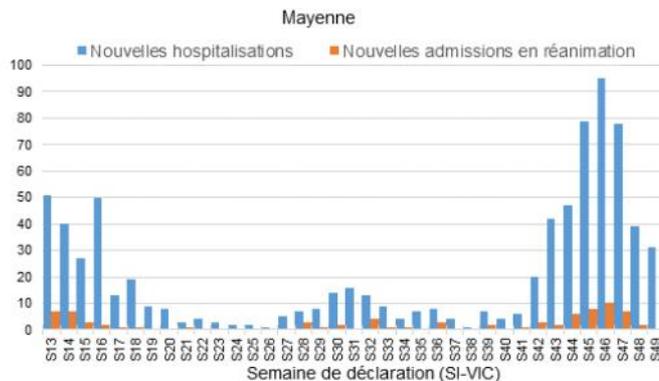
### Loire-Atlantique (44)



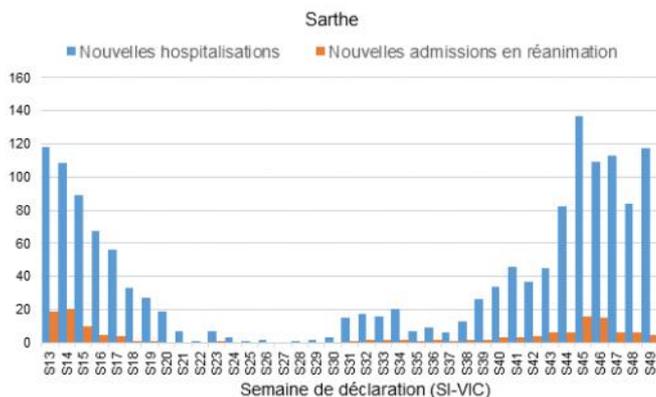
### Maine-et-Loire (49)



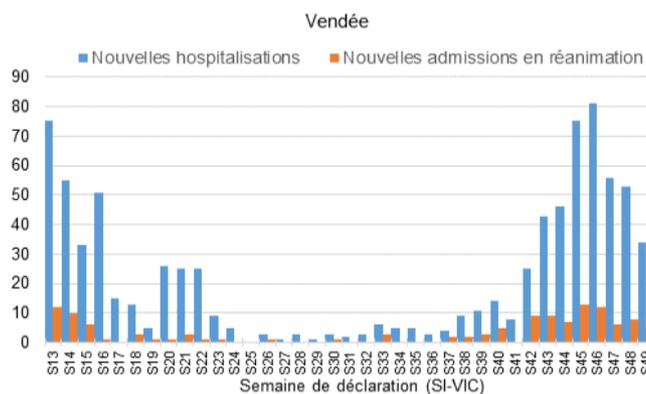
### Mayenne (53)



### Sarthe (72)



### Vendée (85)



# COVID-19 - Surveillance à l'hôpital

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

Dans le contexte de l'épidémie de COVID-19, la surveillance des cas graves de grippe saisonnière a été prématurément arrêtée en mars 2020 (semaine 11) et remplacée par une surveillance spécifique des cas graves de COVID-19 admis en réanimation à partir de la semaine 12 (16 mars 2020). Celle-ci s'est poursuivie en Pays de la Loire jusqu'au mois de septembre. Cette surveillance a pris fin en semaine 39 et a été remplacée en semaine 40 par une surveillance associée des cas graves de grippe et de COVID-19 entraînant un changement de recueil des informations de la fiche de signalement.

### Description des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation de la région depuis le 16/03/2020

(Source : services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France - données actualisées le 09/12/20)

	Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance
<b>Cas admis en réanimation</b>		
Nb signalements	398	426
<b>Répartition par sexe</b>		
Homme	272	310
Femme	126	115
Inconnu	0	1
Ratio	2,2	2,7
<b>Age</b>		
Moyen	66,7	61,5
Médian	69,5	64,1
Quartile 25	59,4	52,7
Quartile 75	74,6	72,0
<b>Délai entre début des signes et admission en réanimation</b>		
Moyen	8,6	9,4
Médian	8	8
Quartile 25	6	6
Quartile 75	11	11
<b>Région de résidence des patients</b>		
Hors région	25 (7%)	69 (17%)
Pays de la Loire	352 (93%)	327 (83%)
Non renseigné	21	30

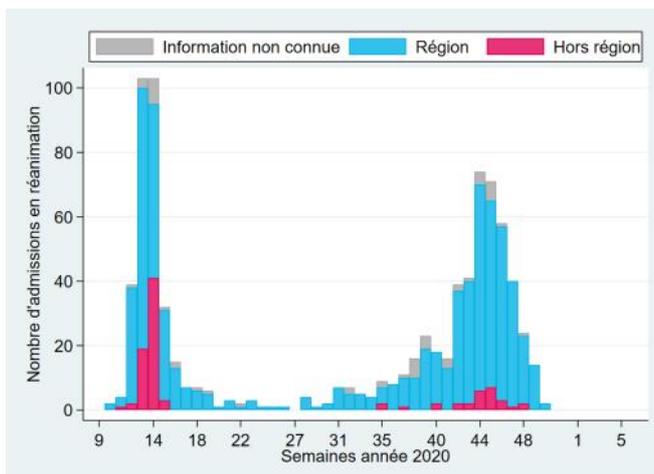
	Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance
<b>Classe d'âge</b>		
0-14 ans	1 (0%)	1 (0%)
15-44 ans	23 (6%)	56 (13%)
45-64 ans	124 (31%)	166 (39%)
65-74 ans	152 (39%)	149 (35%)
75 ans et plus	94 (24%)	54 (13%)
Non renseigné	4	0
<b>Comorbidités</b>		
Aucune comorbidité	43 (11%)	115 (29%)
Au moins une comorbidité parmi :	342 (89%)	285 (71%)
- Obésité (IMC≥30)	166 (51%)	106 (27%)
- Hypertension artérielle	161 (42%)	69 (17%)
- Diabète	97 (25%)	103 (26%)
- Pathologie cardiaque	96 (25%)	64 (16%)
- Pathologie pulmonaire	74 (19%)	65 (16%)
- Immunodépression	31 (8%)	35 (9%)
- Pathologie rénale	21 (5%)	18 (5%)
- Cancer*	33 (9%)	-
- Pathologie neuromusculaire	5 (1%)	9 (2%)
- Pathologie hépatique	4 (1%)	0 (0%)
Non renseigné	13	26
<b>Evolution</b>		
Evolution renseignée	277 (70%)	343 (81%)
- Transfert hors réanimation ou retour à domicile	232 (84%)	265 (77%)
- Décès	45 (16%)	78 (23%)

\*Comorbidité non recherchée lors de la première phase de la surveillance

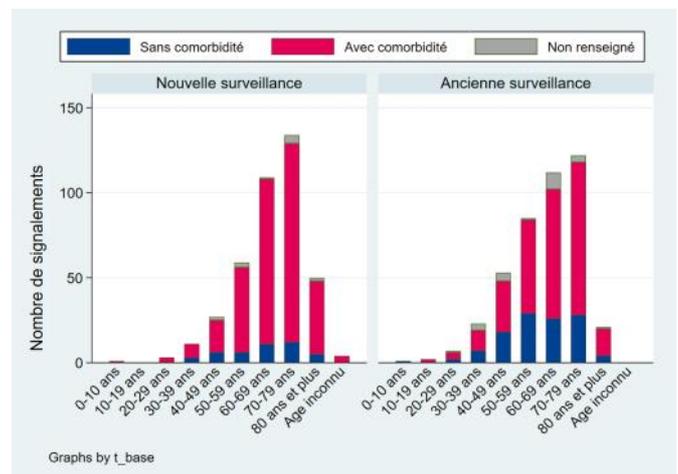
	Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance
<b>Syndrome de détresse respiratoire aigüe**</b>		
Pas de SDRA	83 (29%)	134 (33%)
Mineur	21 (7%)	16 (4%)
Modéré	67 (23%)	118 (29%)
Sévère	115 (40%)	142 (35%)
Non renseigné	112	16
<b>Type de ventilation**</b>		
O2 (lunettes/masque)	31 (10%)	40 (11%)
VNI (Ventilation non invasive)	6 (2%)	8 (2%)
Oxygénothérapie à haut débit	138 (45%)	64 (18%)
Ventilation invasive	126 (41%)	237 (65%)
Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	5 (2%)	14 (4%)
Non renseigné	92	63
<b>Durée de séjour</b>		
Durée moyenne de séjour	8,9	16,1
Durée médiane de séjour	6	10,5
Durée quartile 25	3	4
Durée quartile 75	11	22,5

\*\*Niveau de sévérité maximal observé et modalité de prise en charge la plus invasive mise en place au cours du séjour en réanimation

### 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, 2020

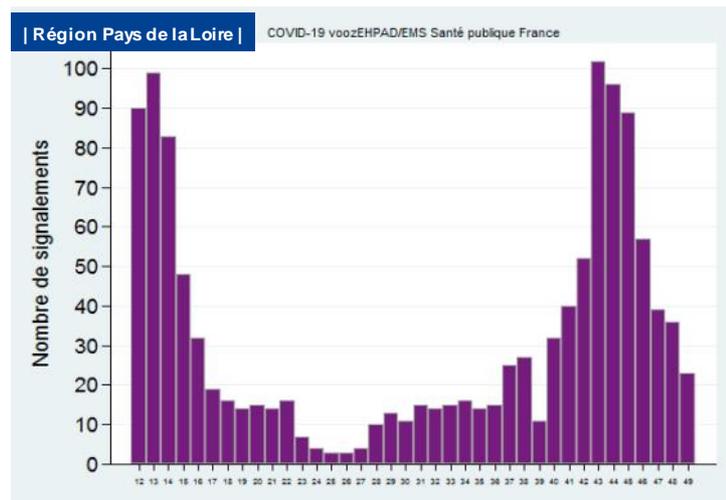


### Distribution des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation, par classe d'âge et selon l'existence de comorbidités, 2020

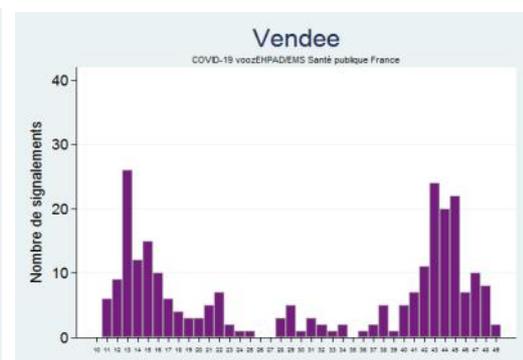
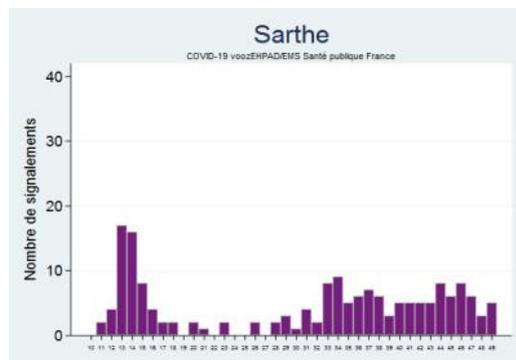
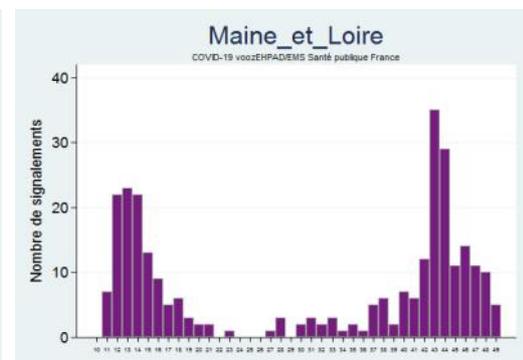
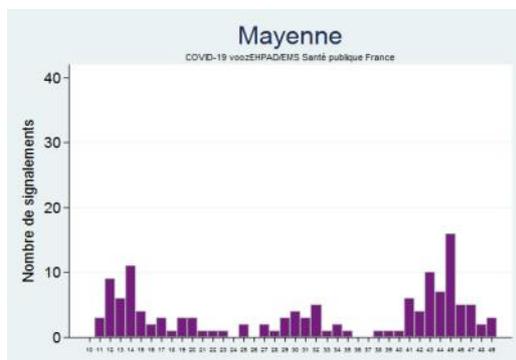
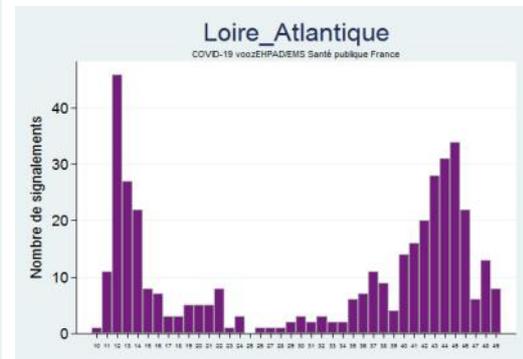


# COVID-19 - Surveillance en ESMS/Ehpad

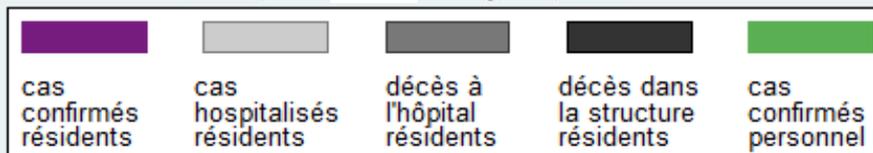
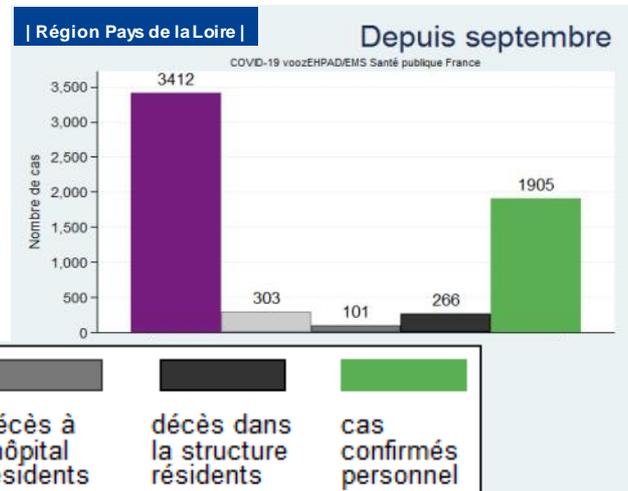
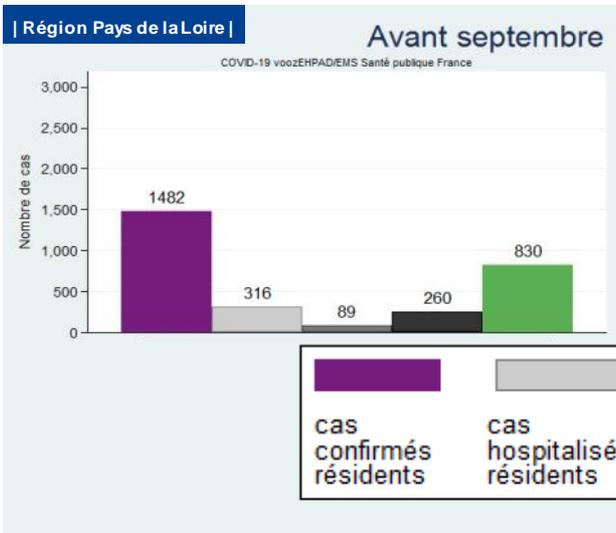
## Nombre de signalements par semaine



Données de la semaine 49 en cours de consolidation (certaines déclarations sont en cours par les structures)



## Nombre de cas confirmés



# BRONCHIOLITE (chez les moins de 2 ans)

La région Pays de la Loire n'est pas en phase épidémique.

## Synthèse des données disponibles :

- SOS Médecins : pas d'augmentation significative des actes SOS Médecins pour bronchiolite chez les moins de deux ans ; les indicateurs demeurent à un niveau faible, nettement inférieur aux années précédentes à la même période.
- Urgences pédiatriques—Oscour® : pas d'augmentation significative des passages aux urgences pour bronchiolite chez les moins de deux ans ; les indicateurs demeurent à un niveau faible, nettement inférieur aux années précédentes à la même période.
- Données de virologie du laboratoire du CHU de Nantes : aucun isolement positif de VRS au CHU de Nantes en S49.

## Consulter les données nationales :

- Surveillance des urgences et des décès SurSaUD® (Oscour®, SOS Médecins, Mortalité) : [cliquez ici](#)
- Surveillance de la bronchiolite : [cliquez ici](#)

### Passages aux urgences (RPU)

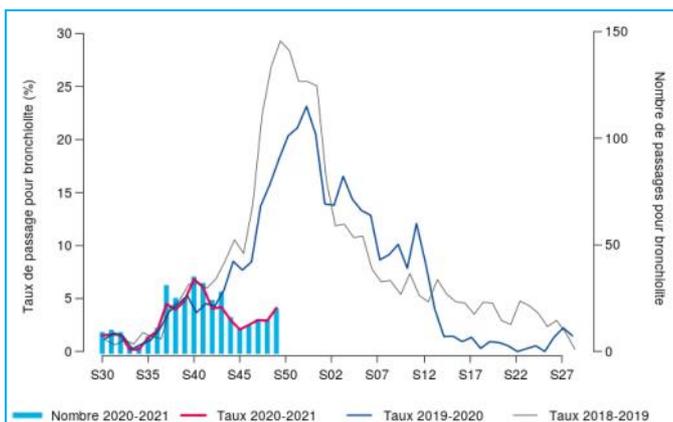


Figure - Taux et nombre de diagnostics de bronchiolite chez les moins de 2 ans parmi le total des passages, 2018-2021, Pays de la Loire (Source: Oscour®)

### SOS Médecins

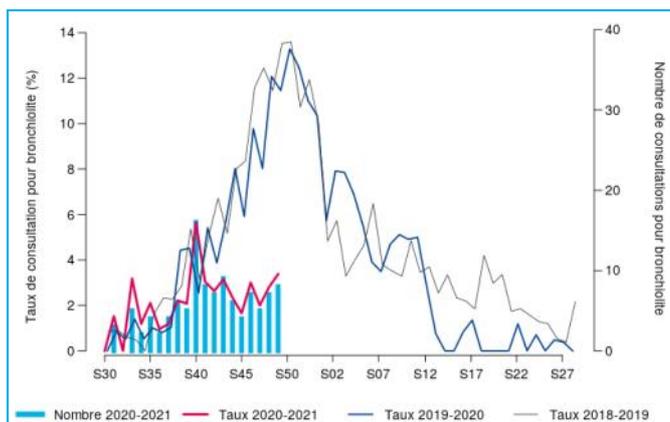


Figure - Taux et nombre de diagnostics de bronchiolite chez les moins de 2 ans parmi le total des actes médicaux 2018-2021, Pays de la Loire (Source: SOS Médecins)

Semaine	Nb d'hospitalisations pour bronchiolite, < 2 ans	Variation par rapport à la semaine précédente	Nombre total d'hospitalisations codées, < 2 ans	Taux de bronchiolite parmi toutes les hospitalisations codées, < 2 ans
2020-S48	5		89	5.62
2020-S49	10	+100%	90	11.11

Tableau - Hospitalisations pour bronchiolite chez les moins de 2 ans après passage aux urgences, au cours des 2 dernières semaines, Pays de la Loire (Source: Oscour®)

## Prévention de la bronchiolite

La bronchiolite est une maladie respiratoire très fréquente chez les nourrissons et les enfants de moins de deux ans. Elle est due le plus souvent au VRS, virus qui touche les petites bronches. Le virus se transmet facilement d'une personne à une autre par la salive, la toux et les éternuements. Le virus peut rester sur les mains et les objets (comme sur les jouets, les tétines, les "doudous").

### La prévention de la bronchiolite repose sur les mesures d'hygiène :

- le lavage des mains de toute personne qui approche le nourrisson, surtout avant de préparer les biberons et les repas ;
- éviter autant que possible d'emmener son enfant dans les lieux publics très fréquentés et confinés (centres commerciaux, transports en commun, hôpitaux, etc.) ;
- le nettoyage régulier des objets avec lesquels le nourrisson est en contact (jeux, tétines, etc.) ;
- l'aération régulière de la chambre de l'enfant ;
- éviter le contact avec les personnes enrhumées et les lieux enfumés.

La brochure « [La bronchiolite](#) » explique comment limiter la transmission du virus et que faire quand son enfant est malade, ainsi que la fiche de la HAS (Haute autorité de santé) « [1<sup>er</sup> épisode de bronchiolite aiguë—conseils aux parents](#) » qui a été publiée en novembre 2019.

# SURVEILLANCE DE LA MORTALITE

## Mortalité spécifique au COVID-19

Description des décès certifiés par voie électronique avec mention COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1<sup>er</sup> mars au 7 décembre (N=413) (source : Inserm-CépiDC, au 08/12/2020)

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
15-44 ans	0	0	0	0	0	0
45-64 ans	3	19	13	81	16	4
65-74 ans	15	33	31	67	46	11
75 ans ou plus	124	35	227	65	351	85

<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 et en légère progression en 2020

### Répartition par sexe

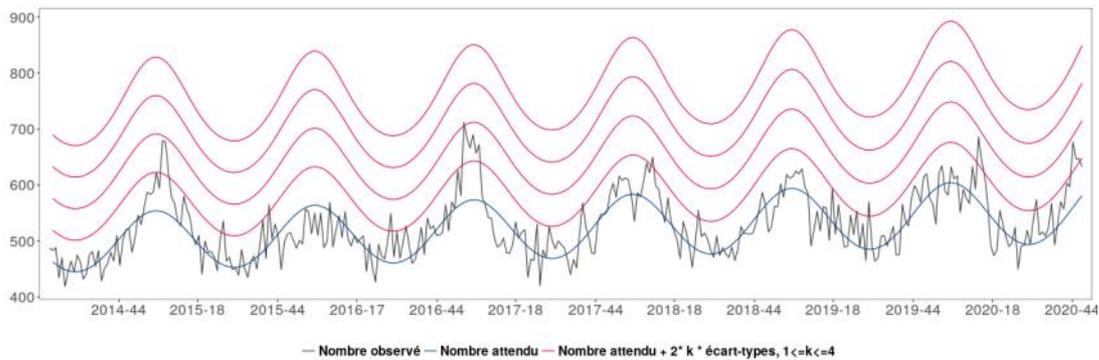
- Sexe-ratio (H/F) : 1,0 (N=413)

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

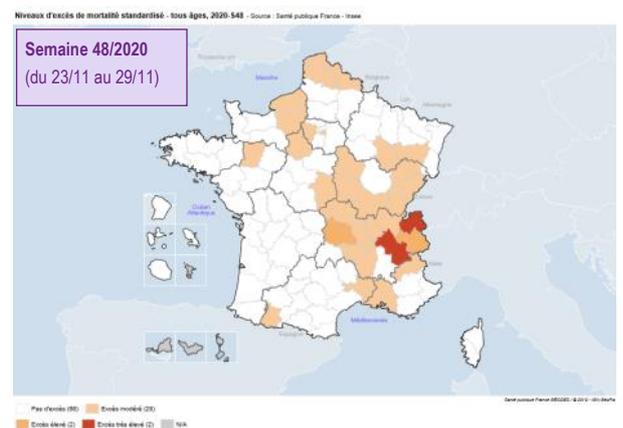
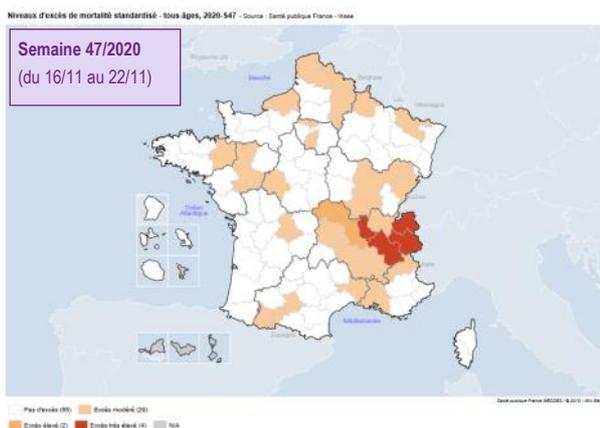
- Avec comorbidités : 66 % (N=271)
- Sans ou non-renseignés : 34 % (N=142)

## Mortalité toutes causes jusque la semaine S-2

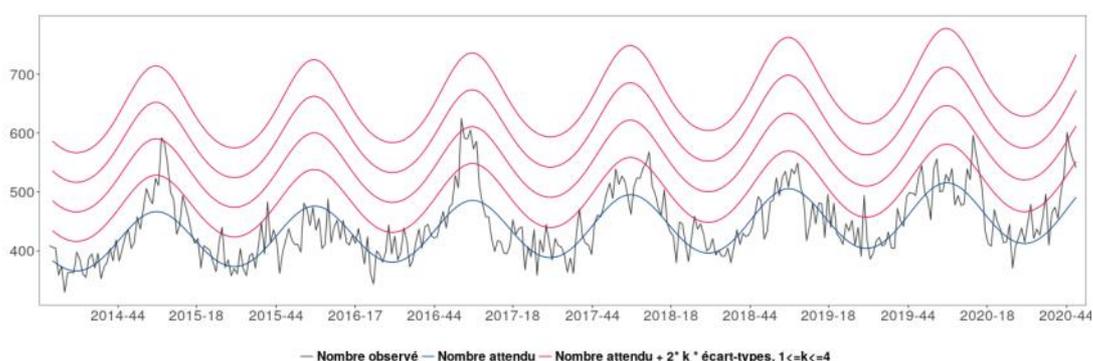
Nombre hebdomadaire de décès toutes causes, tous âges, 2014-2020 (jusque la semaine S-2), Pays de la Loire (Source: Insee)



Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues (tous âges), sur les semaines 47 et 48/2020, par département (Source : Insee, au 08/12/20 à 14h)



Nombre hebdomadaire de décès toutes causes chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, 2014-2020 (jusque la semaine S-2), Pays de la Loire (Source: Insee)



# SOURCES ET METHODES

## Dispositif SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès)

Ce système de surveillance sanitaire dit syndromique a vu le jour en 2003 et est coordonné par Santé publique France. Il regroupe plusieurs sources de données qui sont transmises quotidiennement à Santé Publique France selon un format standardisé :

- les données des associations SOS Médecins de Nantes et de Saint-Nazaire : Ces associations assurent une activité de continuité et de permanence de soins en collaboration avec le centre 15 et les médecins traitants. Ses médecins interviennent 24h/24, en visite à domicile ou en centre de consultation. Le taux de codage des diagnostics médicaux pour ces deux associations SOS Médecins de la région est proche de 100 %. En cette période, les actes SOS Médecins pour bronchiolite chez les moins de 2 ans sont suivis ainsi que les actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19.

- les données des services d'urgences des établissements hospitaliers (Oscour® - Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) : Les urgentistes consultent 24h/24 au sein de l'établissement de santé. Chaque passage aux urgences fait l'objet d'un envoi des données à Santé publique France sous forme de Résumé de Passages aux Urgences (RPU). 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 dans les analyses à partir du 23 mars car l'activité de cette UF a évolué vers une activité de dépistage. Les données de l'UF Covid-19 du CH Cholet ne sont plus transmises depuis le 3 juillet, date à partir de laquelle l'unité n'est plus active. En cette période, les passages aux urgences pour bronchiolite chez les moins de 2 ans sont suivis ainsi que les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19.

- la mortalité « toutes causes » est suivie à partir de l'enregistrement des décès par les services d'Etat-civil dans les communes informatisées de la région (soit 262 communes en Pays de la Loire qui représentent environ 79 % de la mortalité régionale) :

Un projet européen de surveillance de la mortalité, baptisé Euromomo (<http://www.euromomo.eu>), permet d'assurer un suivi de la mortalité en temps réel et de coordonner une analyse normalisée afin que les signaux entre les pays soient comparables. Les données proviennent des services d'état-civil et nécessitent un délai de consolidation de 2 à 3 semaines. Ce modèle permet notamment de décrire « l'excès » du nombre de décès observés pendant les saisons estivales et hivernales. Ces « excès » sont variables selon les saisons et sont à mettre en regard de ceux calculés les années précédentes.

- 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 et est en légère progression depuis janvier 2020.

**Laboratoires hospitaliers des CHU de Nantes et d'Angers**: données hebdomadaires d'isolements de virus respiratoire syncytial (VRS).

**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, signalé à Santé publique France via l'application accessible depuis le portail national des signalements ; dispositif mis en place depuis le 28 mars 2020.

**SI-DEP (Système d'information de dépistage)** : plateforme sécurisée avec enregistrement systématique des résultats des laboratoires de ville et hospitaliers de tests pour SARS-COV-2 depuis le 13 mai 2020. En Pays de la Loire, tous les laboratoires de la région concernés se sont connectés à ce dispositif. Jusqu'à la semaine 20, la surveillance virologique pour SARS-COV-2 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)).

**SI-VIC (Système d'information pour le suivi des victimes)** : nombre d'hospitalisations pour COVID-19 dont les patients en réanimation ou soins intensifs 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 2020). Depuis la semaine 40, cette surveillance a été remplacée par une surveillance associée des cas graves de grippe et de COVID-19 entraînant un changement de recueil des informations de la fiche de signalement.

**Surveillance des clusters COVID-19 - MONIC (MONItorage des Clusters)** : un cluster COVID-19 est défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, appartenant à une même communauté ou ayant participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non. 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 ces clusters (foyers de transmission ou épisodes de cas groupés) selon le [guide en vigueur](#). Le système d'information MONIC (MONItorage des Clusters) rassemble les données collectées dans le cadre de ce dispositif.

Pour en savoir plus, consulter le site de Santé publique France.

## Le point épidémiologique

### En collaboration avec :

- Agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire
- Observatoire régional des urgences (ORU) des Pays de la Loire
- Centre régional d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (Cpias)
- Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)
- Laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville
- Associations SOS Médecins de Nantes et de Saint-Nazaire
- Médecins libéraux
- Etablissements sociaux et médico-sociaux
- SAMU Centre 15
- Services d'urgences (réseau Oscour®)
- Services de réanimation

Retrouvez nous sur : [santepubliquefrance.fr](https://santepubliquefrance.fr)

Twitter : @sante-prevention



### Directeur de la publication

Geneviève Chêne  
Directrice générale  
Santé publique France

### Comité de rédaction

Lisa King  
Noémie Fortin  
Elise Chiron  
Ronan Ollivier  
Delphine Barataud  
Pascaline Loury  
Anne-Hélène Liebert  
Ghislain Leduc  
Caroline Huchet-Kervella  
Claire Fesquet  
Sophie Hervé

### Diffusion

Cellule régionale des Pays de la Loire  
17, boulevard Gaston Doumergue  
CS 56 233  
44262 NANTES CEDEX 2  
Tél : 02.49.10.43.62  
Fax : 02.49.10.43.92  
Email : [cire-pdl@santepubliquefrance.fr](mailto:cire-pdl@santepubliquefrance.fr)

Date de publication : 11 décembre 2020