

Faits marquants

Epidémie COVID-19 en Pays de la Loire

En **Pays de la Loire**, la tendance à la hausse des indicateurs de circulation du virus SARS-CoV-2, observée depuis la mi-février, s'est accentuée en S11 dans l'ensemble des départements de la région. La proportion de suspicions de variant d'intérêt 20I/501Y.V1 (UK), plus transmissible, a également poursuivi sa progression en S11 tandis que celle de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) est restée stable et minoritaire, avec, cependant, des disparités départementales.

En terme de circulation virale, l'augmentation de l'incidence s'est poursuivie en S11 dans un contexte d'augmentation du dépistage, notamment en milieu scolaire. Le taux de positivité s'est stabilisé en S11. Hormis chez les moins de 15 ans où le taux de positivité a fortement diminué en S11, les autres classes d'âge (y compris les 75 ans et plus) présentaient des indicateurs en hausse (incidence et positivité). Les incidences les plus élevées restaient observées chez les 15-30 ans, devant les 30-45 ans.

Le nombre de signalements de clusters en collectivités avec survenue du premier cas en S10 a augmenté par rapport aux semaines précédentes, touchant principalement le milieu professionnel et le milieu scolaire. L'évolution du portail des signalements d'épisodes de Covid-19 en ESMS/Ehpad limite les interprétations récentes pour ces structures (données non disponibles depuis le 16 mars).

En ville, l'activité de SOS Médecins pour suspicion de Covid-19 est restée stable en S11, alors que les passages aux urgences pour le même motif ont légèrement augmenté au niveau régional. A l'hôpital, le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations de patients Covid-19 déclarées a poursuivi son augmentation en S11 au niveau régional, de même que le nombre d'admissions en réanimation déclarées.

Au niveau départemental, le Maine-et-Loire et la Sarthe présentaient toujours les taux d'incidence et de positivité les plus importants de la région en S11. Les indicateurs virologiques étaient cependant en augmentation dans l'ensemble des départements. En ce qui concerne les indicateurs hospitaliers, des disparités départementales étaient observées en S11. La Sarthe et la Loire-Atlantique présentaient les plus fortes progressions en terme d'hospitalisations déclarées.

En termes de vaccination, en Ehpad/USLD, au 23 mars, près de 80 % des résidents et 40 % des professionnels ont reçu un schéma vaccinal complet (2 doses de vaccins).

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. L'adhésion à ces mesures est d'autant plus essentielle dans le contexte de l'identification des variants émergents, avec un risque de transmissibilité accrue.

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

[GEODES](#) : pour suivre l'évolution de l'épidémie de COVID-19 en France, par région et par département.

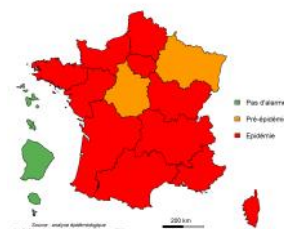
Retrouvez le dossier spécial sur le site de l'[ARS Pays de la Loire](#).

Gastro-entérite

Début d'augmentation des passages aux urgences pour gastro-entérite chez les enfants âgés de moins de 5 ans la semaine dernière. Stabilité globalement des actes SOS Médecins pour gastro-entérite depuis le début de l'année 2021, qui se maintiennent à un niveau modéré et supérieur au niveau observé fin 2020, dans l'ensemble des classes d'âge.

Bronchiolite chez les moins de 2 ans

Cinquième semaine d'épidémie de bronchiolite chez les enfants âgés de moins de deux ans dans la région Pays de la Loire. Nette augmentation des actes SOS Médecins pour bronchiolite en S11 par rapport à la semaine précédente. Les recours aux urgences et les isollements de VRS se sont maintenus à des niveaux élevés.



Chiffres clés

Epidémie de COVID-19 en Pays de la Loire

Surveillance virologique (pages 3-5) Incident technique entraînant une légère surestimation du nombre de tests, sans impact sur la dynamique épidémique, plus de précisions en p.3

- ▶ En Pays de la Loire :
 - Augmentation du nombre de personnes testées et du taux de dépistage en S11 (117 530 personnes testées, soit 3 091 personnes testées pour 100 000 hab., +16 %). Le taux de dépistage a fortement augmenté chez les moins de 15 ans en S11 (+71 %) ;
 - Augmentation du nombre de nouvelles personnes positives et du taux d'incidence en S11 (7 694 personnes positives, soit 202 personnes positives pour 100 000 hab., +19,5 %). Le taux d'incidence maximal était observé chez les 15-30 ans (320/100 000 hab.) devant les 30-45 ans (235/100 000 hab.). Il a augmenté en S11 dans toutes les classes d'âge, de manière plus importante chez les 0-15 ans (+30 %), les 75 ans et plus (+26 %) et les 30-45 ans (+22 %) ;
 - Stabilité du taux de positivité en S11 (6,5 %, +2,7 %), avec des évolutions différentes selon les classes d'âge: en forte diminution chez les moins de 15 ans et en augmentation dans les autres classes d'âge, notamment chez les 65-74 ans et les 75 ans et plus.
- ▶ Au niveau départemental :
 - Les indicateurs les plus élevés en S11 étaient toujours observés dans le Maine-et-Loire (237/100 000, 7,2 %) et dans la Sarthe (234,5/100 000, 7,2 %) ;
 - Ils étaient en augmentation dans l'ensemble des départements.
- ▶ Variants d'intérêt (analyse des résultats des tests de criblage saisis dans SI-DEP) : dans la région, 65 % des prélèvements positifs ont fait l'objet d'un test de criblage. Parmi ceux-ci, 73 % correspondaient à une suspicion de variant **20I/501Y.V1** (UK) (68 % en S10), et 7 % à une suspicion de variant **20H/501Y.V2** (ZA) ou **20J/501Y.V3** (BR) (8 % en S10).

Signalement des clusters (page 6)

Les données concernant les clusters en EHPAD ne sont pas disponibles depuis le 16 mars car le portail de signalement des épisodes de Covid-19 dans les ESMS/Ehpad est actuellement en cours d'évolution (cf. page 11) - données difficilement interprétables pour la semaine 11

- ▶ 1 455 clusters signalés dans la région depuis le 9 mai 2020 ;
- ▶ Augmentation des clusters avec survenue du premier cas en S10 (n=56 clusters signalés) par rapport aux semaines précédentes. Parmi ces clusters, 21 (37,5 %) concernaient le milieu professionnel et 16 (29 %) le milieu scolaire et universitaire.

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

- ▶ Stabilité des actes SOS Médecins tous âges pour suspicion de Covid-19 en S11 (140 actes soit 3,7 %, vs 146 soit 3,6 % en S10) ;
- ▶ Légère augmentation des passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 en S11 (328 passages soit 2,7 %, vs 286 soit 2,4 % en S10) ;
- ▶ Augmentation des nouvelles hospitalisations de patients Covid-19 déclarées au niveau régional en S11 (392 vs 320 en S10). Augmentation particulièrement observée en Sarthe, en Loire-Atlantique et dans une moindre mesure en Mayenne ;
- ▶ Augmentation des nouvelles admissions en réanimation déclarées au niveau régional en S11 (63 vs 52 en S10) ;
- ▶ Entre le 1^{er} septembre 2020 et le 23 mars 2021, 859 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 66 ans et 68 % d'entre eux étaient des hommes. Parmi les patients pour lesquels la notion de comorbidité est documentée, 87 % présentaient au moins une comorbidité.

Surveillance en ESMS/Ehpad (page 11)

- ▶ Données actuellement non disponibles et en cours d'actualisation par les ESMS/Ehpad du fait de l'évolution du portail de signalement (plus de précisions en page 11)

Vaccination contre la COVID-19 (pages 12-13)

- ▶ En population générale, au 23 mars, 24 % des plus de 75 ans et 3 % des 65-74 ans ont reçu un schéma vaccinal complet.
- ▶ 76 % des personnes vaccinées l'ont été avec le vaccin Pfizer/BioNTech – COMIRNATY et 20 % avec le vaccin AstraZeneca.

Surveillance des bronchiolites chez les enfants âgés de moins de 2 ans (page 14)

Cinquième semaine d'épidémie de bronchiolite dans la région

- ▶ Nette augmentation des recours à SOS Médecins pour bronchiolite en S11 ;
- ▶ Stabilité à un niveau élevé des passages aux urgences pour bronchiolite en S11 ;
- ▶ Stabilité à un niveau élevé des isollements de VRS au CHU de Nantes (15 isollements dont 10 chez les moins de 2 ans en S11, contre 8 de moins de 2 ans en S10) et au CHU d'Angers (1 isolement chez les moins de 2 ans en S11, contre 6 en S10).

Surveillance des gastro-entérites (page 15)

- ▶ Début d'augmentation des passages aux urgences pour gastro-entérite chez les moins de 5 ans en S11 ;
- ▶ Stabilité globalement des actes SOS Médecins pour gastro-entérite depuis le début de l'année 2021, qui se maintiennent à un niveau modéré et supérieur au niveau observé fin 2020, dans l'ensemble des classes d'âge.

Surveillance des Maladies à déclaration obligatoire (page 16) : Point d'information sur hépatite A, légionellose et rougeole

Surveillance de la mortalité spécifique au Covid-19 (certifiés par voie électronique) et toutes causes (page 17)

Mortalité toutes causes jusqu'en semaine S-2

- ▶ En S10, aucun excès significatif de mortalité toutes causes et tous âges n'a pour le moment été constaté à l'échelle régionale et départementale. Ces tendances sont à prendre avec prudence du fait du délai de consolidation des données.

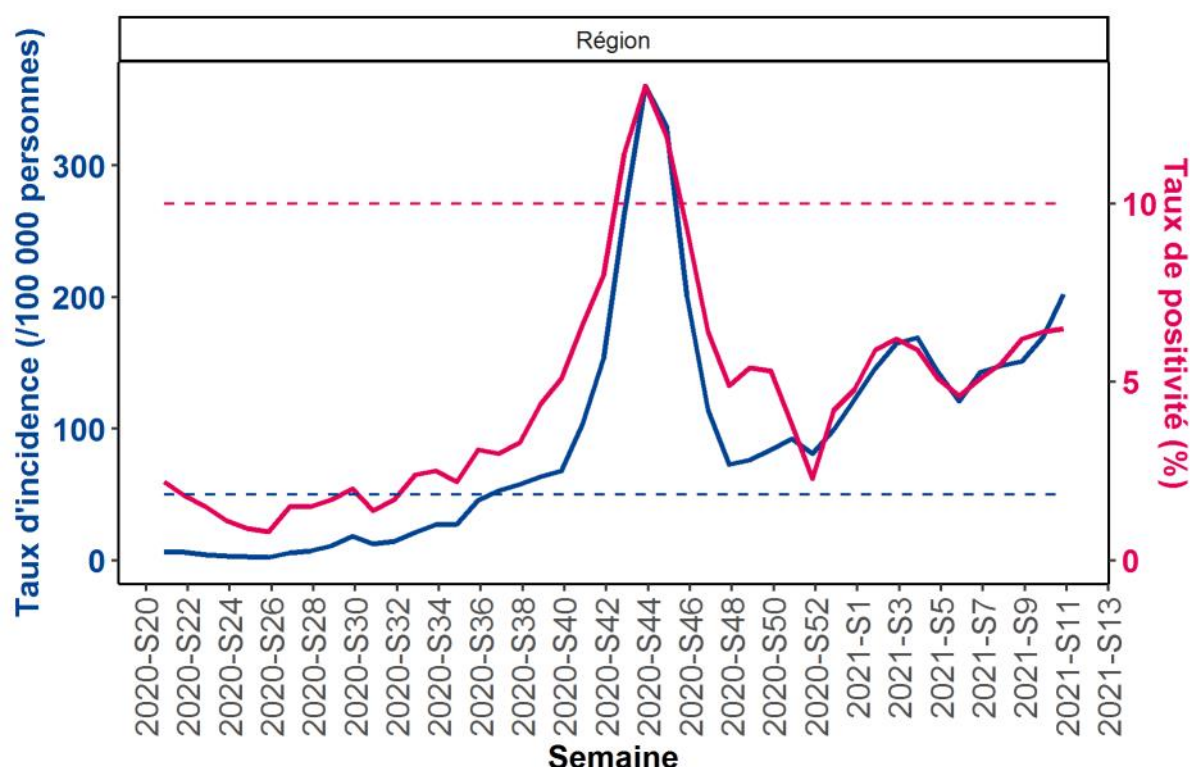
COVID-19 - Surveillance virologique

Les résultats des tests antigéniques, disponibles dans SI-DEP, sont intégrés dans ce bulletin. Ces tests demeurent minoritaires dans l'ensemble des tests, de l'ordre de 20 % environ des personnes positives en S11 (vs 19 % en S10).

Pour plus de précisions sur l'évolution des méthodes et l'impact sur les indicateurs issus de SIDEV : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/covid-19-sante-publique-france-adapte-ses-indicateurs-pour-surveiller-au-plus-pres-l-epidemie>

Un incident technique a été détecté le 19 mars dans la chaîne de transmission des données SI-DEP vers Santé publique France. Les corrections effectuées ont eu, pour conséquence, l'intégration d'un nombre légèrement supérieur de tests, sans impact sur la dynamique globale de l'épidémie. Les investigations se poursuivent avec l'ensemble des acteurs impliqués dans l'objectif de corriger définitivement cette anomalie. **Pour plus de précisions, vous pouvez consulter le Point Épidémiologique National.**

Evolution hebdomadaire du taux d'incidence (pour 100 000 personnes) et du taux de positivité (en %) en région Pays de la Loire depuis le 18 mai 2020 (Source : SI-DEP, uniquement les seuils d'alerte* représentés)



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)

Dépt./Région	Semaine	Pers. testées	Pers. positives	Taux de dépistage*	Taux d'incidence*	Taux de positivité (%)**
44	2021-S10	36701	2222	2553	154.6	6.1
	2021-S11	41368	2633	2878	183.2	6.4
49	2021-S10	23671	1708	2901	209.3	7.2
	2021-S11	26994	1932	3308	236.8	7.2
53	2021-S10	7084	434	2319	142.1	6.1
	2021-S11	9135	559	2991	183.1	6.1
72	2021-S10	15326	1105	2735	197.2	7.2
	2021-S11	18233	1314	3254	234.5	7.2
85	2021-S10	18192	972	2662	142.3	5.3
	2021-S11	21800	1256	3190	183.8	5.8
Région	2021-S10	100974	6441	2656	169.4	6.4
	2021-S11	117530	7694	3091	202.4	6.5

Tableau produit le 25 mars 2021 (source : SIDEV, tous tests). Indicateurs hebdomadaires, tous âges.

*Nombre de nouvelles personnes testées/positives pour 100 000 habitants

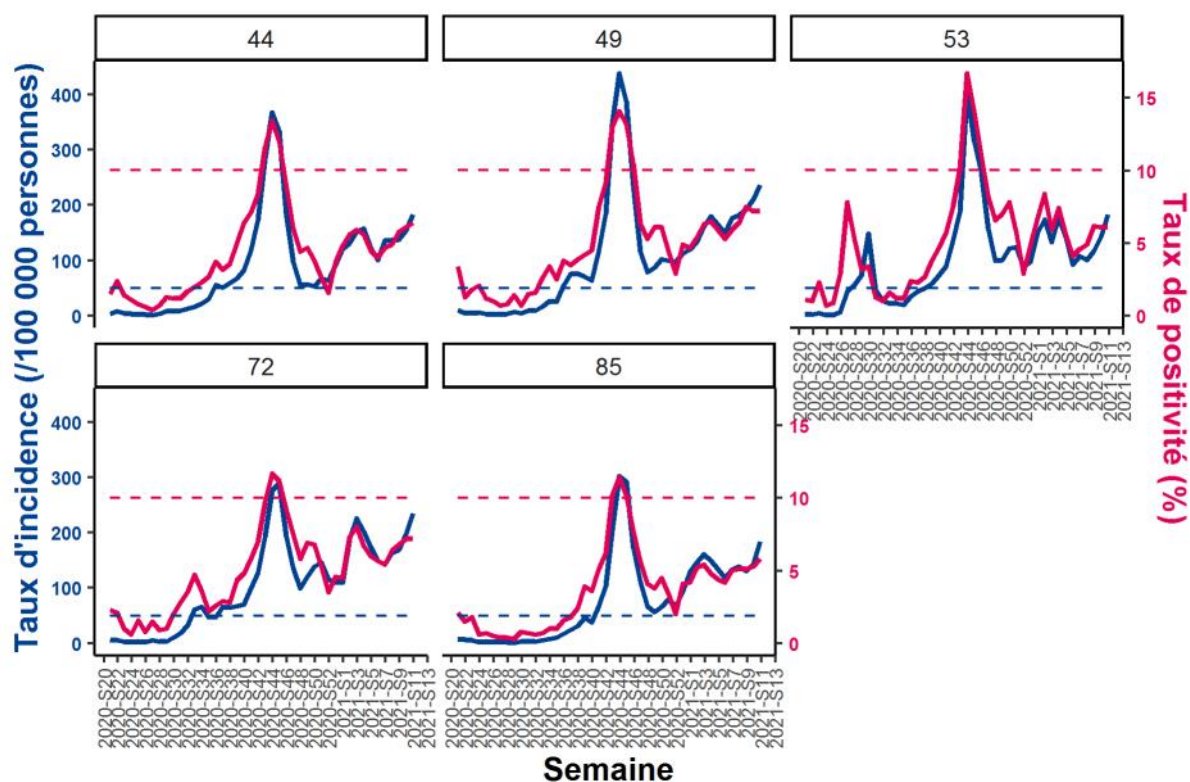
**Nombre de personnes positives pour 100 personnes testées

*NB : seuils établis pour les indicateurs virologiques

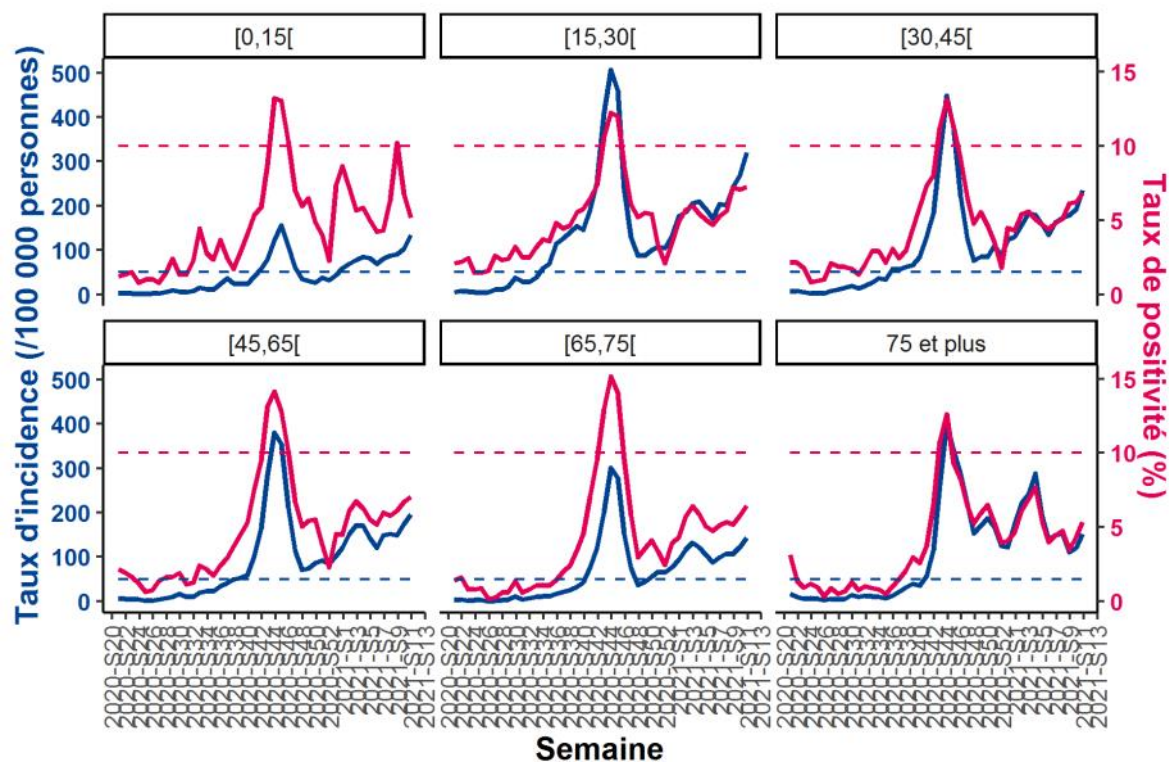
- Taux de positivité (en %) : seuil de vigilance à 5 %, seuil d'alerte à 10 %
- Taux d'incidence (/ 100 000 hab.) : seuil de pré-vigilance à 10/100 000, seuil de vigilance à 20/100 000, seuil d'alerte à 50/100 000

COVID-19 - Surveillance virologique

Taux d'incidence (pour 100 000 personnes) et taux de positivité (en %) par semaine et par département depuis le 18 mai 2020, Pays de la Loire (Source : SI-DEP, uniquement les seuils d'alerte* représentés)



Taux d'incidence (pour 100 000 personnes) et taux de positivité (en %) par semaine et par classes d'âge depuis le 18 mai 2020, Pays de la Loire (Source : SI-DEP, uniquement les seuils d'alerte* représentés)



COVID-19 - Variants d'intérêt (analyse des résultats des tests de criblage saisis dans SI-DEP)

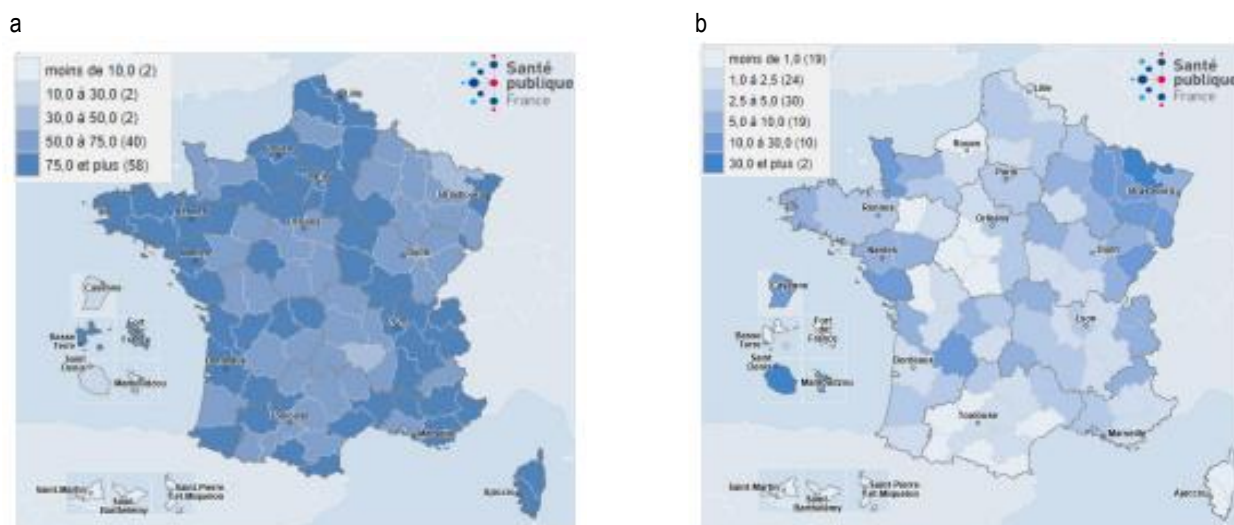
De nombreux variants du SARS-CoV-2 circulent aujourd'hui sur le territoire, dont certains sont qualifiés de «variants d'intérêt» car leur impact (en termes de transmissibilité, de virulence ou d'échappement immunitaire potentiel) justifie la mise en place d'une surveillance et de mesures de gestion spécifiques au niveau national, dans l'objectif de contenir leur progression.

Afin de faciliter ce suivi, l'application SI-DEP a évolué depuis le 25 janvier 2021 et intègre dorénavant les résultats des tests RT-PCR de criblage, qui disposent d'amorces spécifiques permettant la détection des principales mutations qui caractérisent les variants. Ces tests de criblage sont utilisés en seconde intention, après l'utilisation d'un test RT-PCR classique de première intention permettant le diagnostic d'une infection à SARS-CoV-2.

L'analyse des premiers résultats permet de suspecter la présence d'un variant 20I/501Y.V1 (Royaume-Uni), celle d'un variant 20H/501Y.V2 (Afrique du Sud) ou 20J/501Y.V3 (Brésil) (sans distinction) ou de conclure à l'absence de variant d'intérêt.

- **Au niveau national**, en semaine 11, sur les 246 710 tests de première intention positifs (test RT-PCR et antigéniques) enregistrés dans la plateforme SI-DEP, 52,7 % étaient associés à un test de criblage lui aussi enregistré dans SI-DEP (soit 129 919 tests positifs criblés). Parmi ces tests positifs criblés, **76,3 %** (99 175) correspondaient à une suspicion de **variant 20I/501Y.V1 (UK)** et **4,7 %** (6 105) à une suspicion de variant **20H/501Y.V2 (ZA)** ou **20J/501Y.V3 (BR)** (contre 5 % en S10).
- Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités départementales. Parmi les **95 départements** métropolitains présentant des données interprétables, la proportion du variant 20I/501Y.V1 (UK) était supérieure à 50 % dans 94 départements et **supérieure à 70 % dans 67 d'entre eux** (Figure ci-dessous). **Neuf départements avaient une proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) supérieure à 10 %**. (Figure ci-dessous).
- **En région Pays de la Loire**, 65 % des prélèvements positifs avaient fait l'objet d'un test de criblage. Parmi ceux-ci, **73 %** correspondaient à une suspicion de variant **20I/501Y.V1 (UK)** (68 % le 17/03), et **7 %** à une suspicion de variant **20H/501Y.V2 (ZA)** ou **20J/501Y.V3 (BR)** (8 % le 17/03).
- Quatre des 5 départements de la région présentaient une proportion de **variant 20I/501Y.V1** supérieure à 70 %, seule la Sarthe étant légèrement inférieure (68 %). La proportion de variant **20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)** la plus importante était observée en Vendée (11 %), puis en Loire-Atlantique (8 %) ; proportion en diminution dans ces deux départements par rapport à la semaine précédente.

Proportion de suspicions de variant d'intérêt parmi les tests de criblage positifs a) 20I/501Y.V1 (UK), b) 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) par département, en France (données au 24/03/2021) (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 25 mars 2021.

A noter : Changement de méthode pour le reporting des clusters en Ehpad depuis le 1^{er} janvier 2021. La base VoozEhpad/ESMS-Covid-19 est dorénavant utilisée pour leur recensement.

Les données concernant les clusters en EHPAD ne sont pas disponibles depuis le 16 mars car le portail de signalement des épisodes de Covid-19 dans les ESMS/Ehpad est actuellement en cours d'évolution

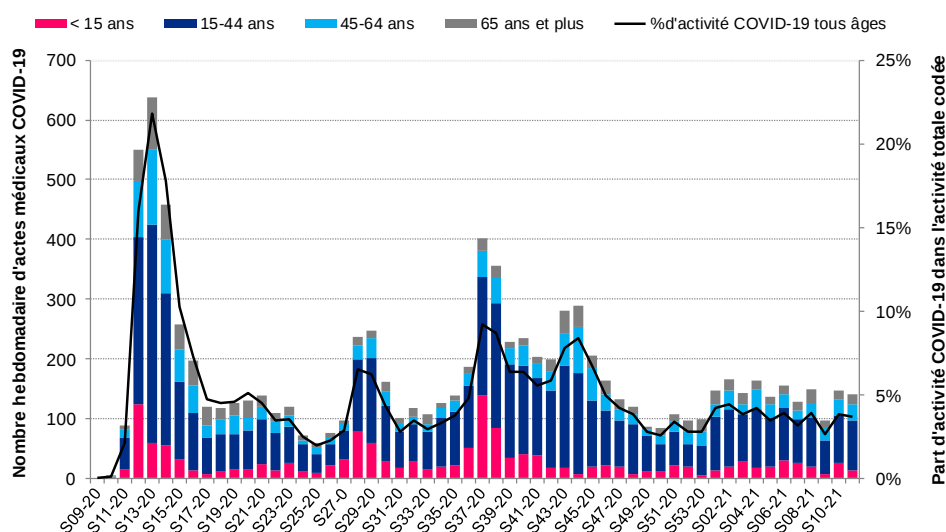
Evolution hebdomadaire des clusters selon la semaine de survenue du premier cas et selon le type de collectivité (sources : Monic et VoozEhpad/ESMS-Covid-19)



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

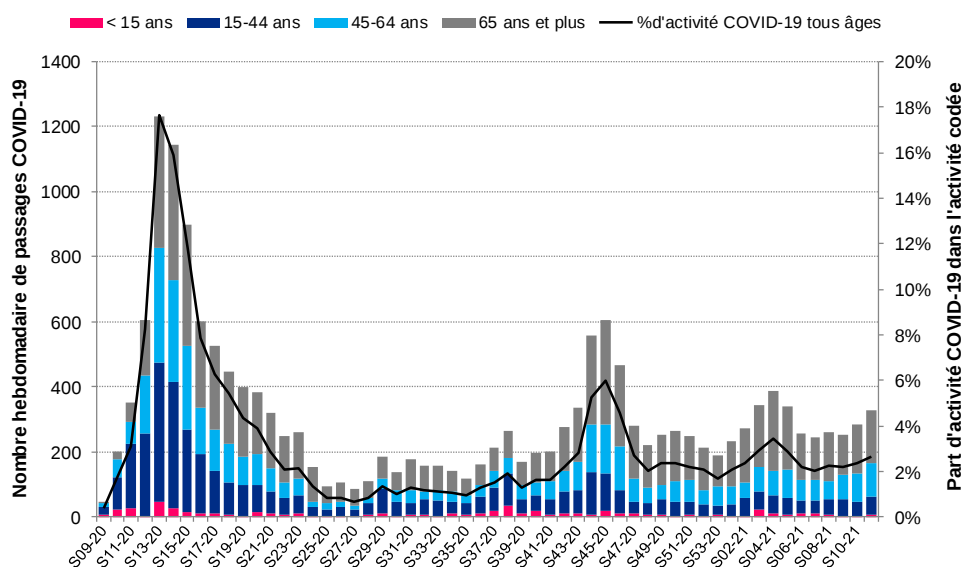
SOS Médecins

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: Oscour®-SurSaUD®)

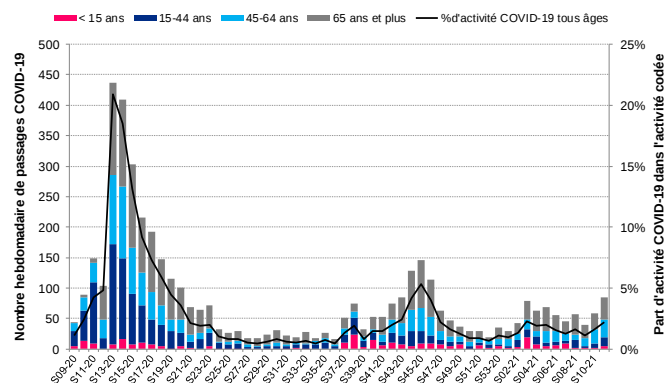


COVID-19 - Surveillance à l'hôpital

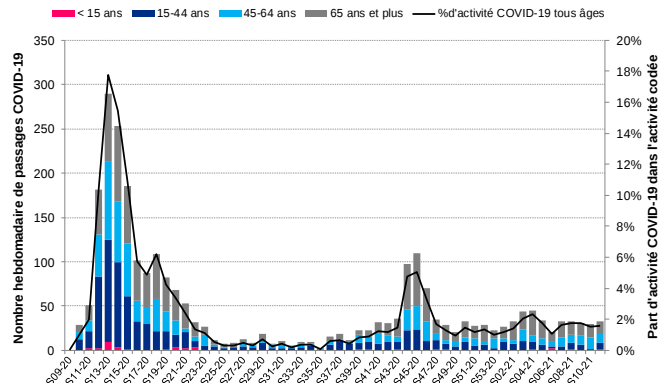
Urgences hospitalières par département

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®)

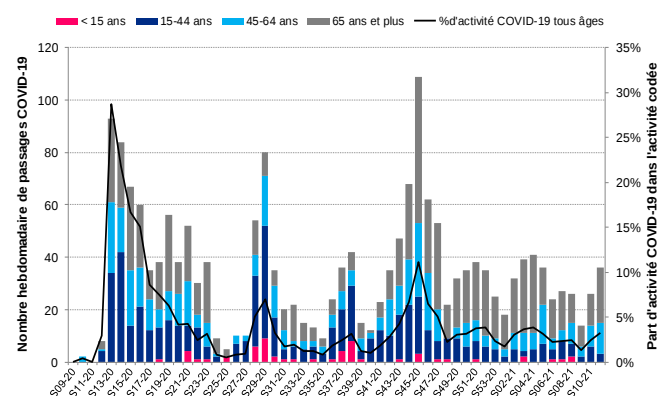
Loire-Atlantique (44)



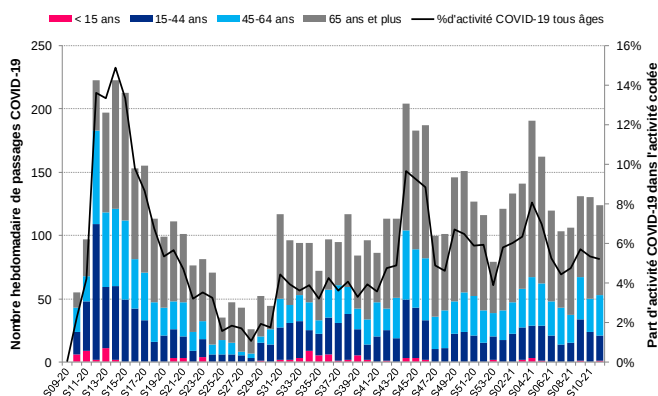
Maine-et-Loire (49)



Mayenne (53)

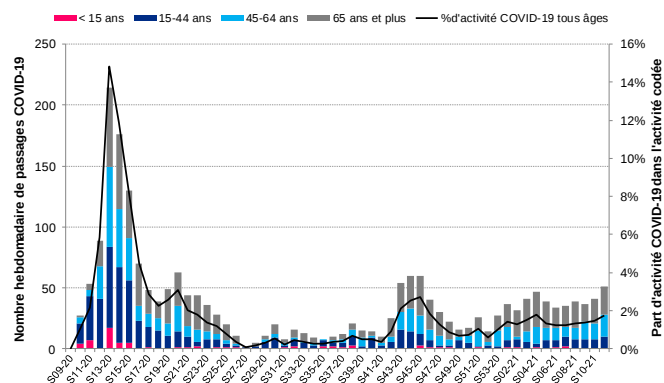


Sarthe (72)



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

Vendée (85)



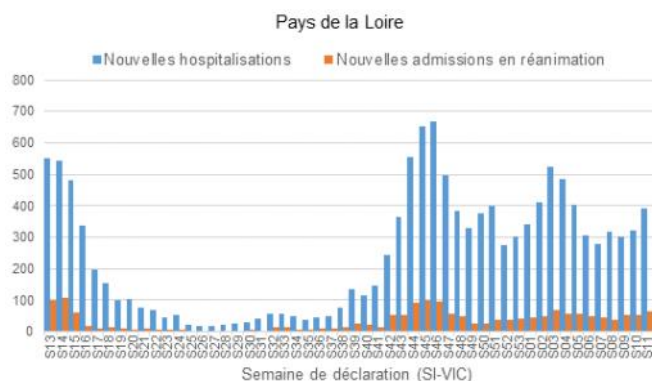
COVID-19 - Surveillance à l'hôpital

Hospitalisations en établissements hospitaliers

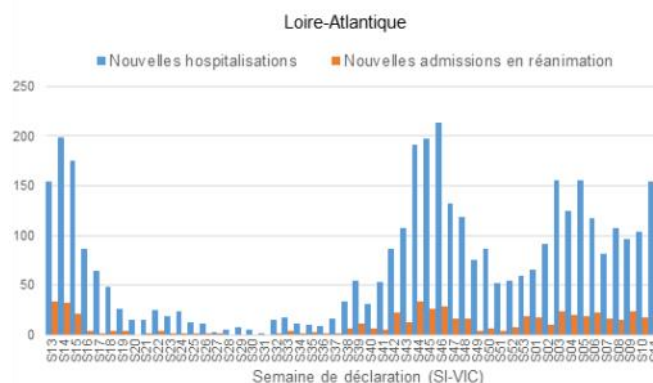
Nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations, dont nombre hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation pour COVID-19, depuis le 19/03/2020 (source : SI-VIC - données actualisées le 22/03/2021)

Remarque : données régionales et départementales comprenant 26 patients transférés de la région Auvergne-Rhône-Alpes (10 en S44-2020, 8 en S45-2020 et 8 en S46-2020) et 7 patients transférés de la région Ile-de-France (4 en S10-2021 et 3 en S11-2021).

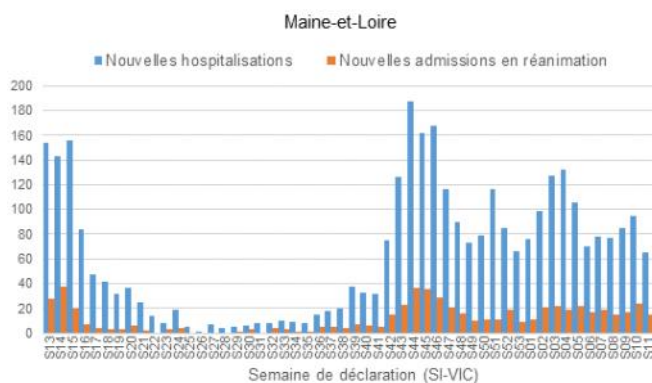
Région Pays de la Loire



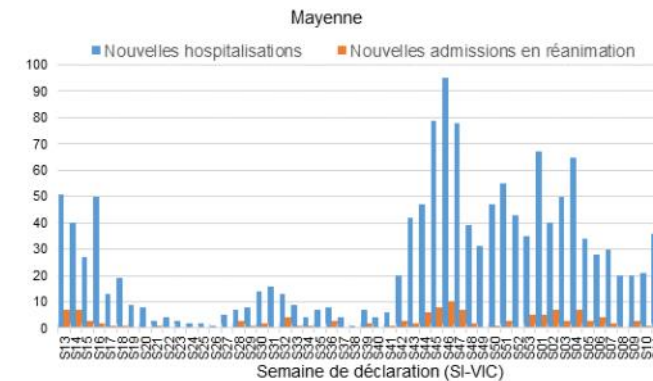
Loire-Atlantique (44)



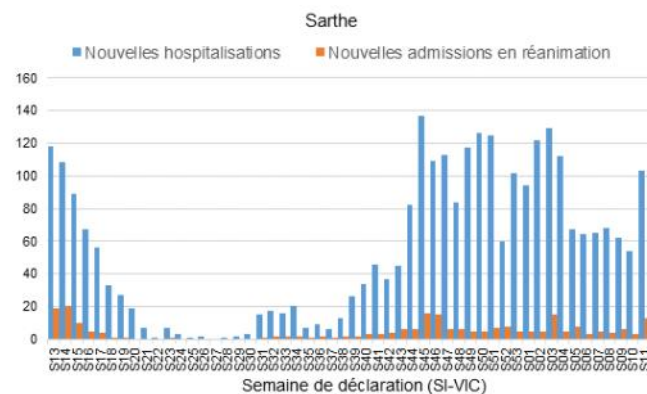
Maine-et-Loire (49)



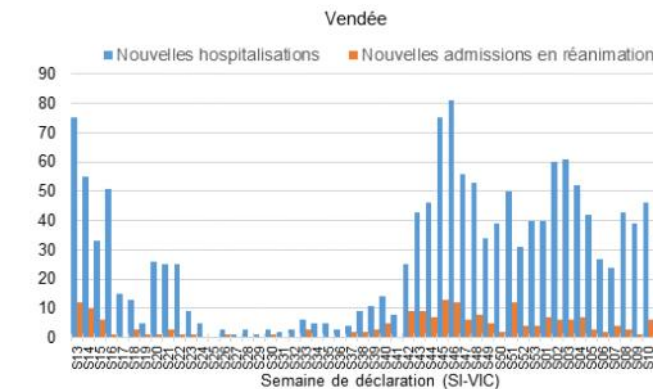
Mayenne (53)



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 23/03/21)

	Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance
Cas admis en réanimation		
Nb signalements	859	426
Répartition par sexe		
Homme	583	310
Femme	275	115
Inconnu	1	1
Ratio	2,1	2,7
Age		
Moyen	65,7	61,5
Médian	68,5	64,1
Quartile 25	58,7	52,7
Quartile 75	73,9	72,0
Délai entre début des signes et admission en réanimation		
Moyen	9,0	9,4
Médian	8	8
Quartile 25	6	6
Quartile 75	11	11
Région de résidence des patients		
Hors région	50 (6%)	69 (17%)
Pays de la Loire	762 (94%)	327 (83%)
Non renseigné	47	30

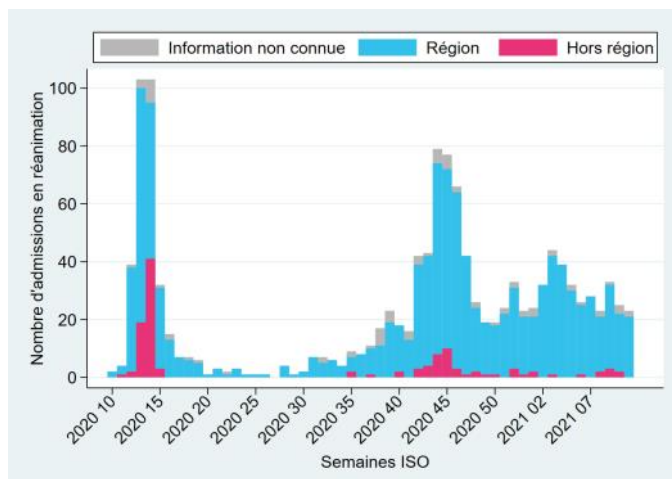
	Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance
Syndrôme de détresse respiratoire aigüe**		
Pas de SDRA	181 (24%)	133 (32%)
Mineur	74 (10%)	16 (4%)
Moderé	170 (23%)	119 (29%)
Sévère	323 (43%)	142 (35%)
Non renseigné	111	16
Type de ventilation**		
O2 (lunettes/masque)	80 (10%)	40 (11%)
VNI (Ventilation non invasive)	15 (2%)	8 (2%)
Oxygénothérapie à haut débit	349 (44%)	64 (18%)
Ventilation invasive	336 (42%)	237 (65%)
Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	21 (3%)	14 (4%)
Non renseigné	58	63
Durée de séjour		
Durée moyenne de séjour	13,2	16,4
Durée médiane de séjour	8	11
Durée quartile 25	4	4
Durée quartile 75	17	23

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

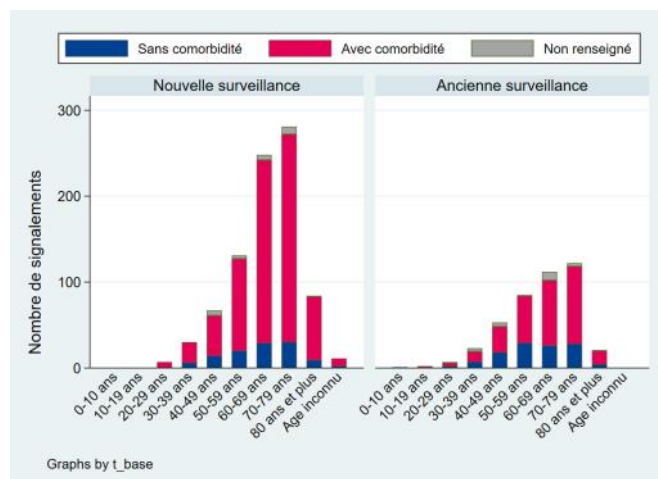
	Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance
Classe d'âge		
0-14 ans	0 (0%)	1 (0%)
15-44 ans	60 (7%)	56 (13%)
45-64 ans	278 (33%)	166 (39%)
65-74 ans	331 (39%)	149 (35%)
75 ans et plus	179 (21%)	54 (13%)
Non renseigné	11	0
Comorbidités		
Aucune comorbidité	110 (13%)	115 (29%)
Au moins une comorbidité parmi :	723 (87%)	285 (71%)
- Obésité (IMC>=30)	337 (47%)	106 (27%)
- Hypertension artérielle	360 (43%)	69 (17%)
- Diabète	200 (24%)	103 (26%)
- Pathologie cardiaque	192 (23%)	64 (16%)
- Pathologie pulmonaire	155 (19%)	65 (16%)
- Immunodépression	68 (8%)	35 (9%)
- Pathologie rénale	55 (7%)	18 (5%)
- Cancer*	63 (8%)	-
- Pathologie neuromusculaire	14 (2%)	9 (2%)
- Pathologie hépatique	16 (2%)	0 (0%)
Non renseigné	26	26
Evolution		
Evolution renseignée	749 (87%)	348 (82%)
- Transfert hors réanimation ou retour à domicile	598 (80%)	270 (78%)
- Décès	151 (20%)	78 (22%)

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

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, 2020-21



Distribution des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation, par classe d'âge et selon l'existence de comorbidités, 2020-21



Le dispositif de surveillance des cas et des décès de COVID-19 en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) parmi les résidents et le personnel, mis en place par Santé publique France le 27 mars 2020, a évolué le 19 mars 2021 (l'ancienne application a été fermée à partir du 16/03/2021, jusqu'à la mise en production de la nouvelle application le 19/03/2021, permettant l'intégration des données historiques). De ce fait, de nombreux établissements sociaux et médico-sociaux sont actuellement en cours de mise à jour de leurs données ou de leur authentification pour accéder à la nouvelle application. Ainsi, les données issues de la surveillance ESMS COVID-19 cette semaine ne sont pas consolidées.

La nouvelle version de l'application ESMS comporte les évolutions et améliorations suivantes :

- Une définition de cas tenant compte des évolutions de la surveillance (déclaration uniquement des cas confirmés, notification de l'ensemble des décès attribués à la COVID-19)
- Des critères de signalement simplifiés
- Une description plus précise des décès
- Le nombre de résidents vaccinés contre la COVID-19 (2 doses)
- Une actualisation des demandes en matière de gestion auprès des Agences régionales de Santé (ARS)
- Une amélioration de l'ergonomie pour effectuer les signalements de cas et de décès de COVID-19
- Un rapport automatisé des principaux indicateurs de la surveillance et de la gestion du COVID-19 en ESMS pour le niveau national avec des déclinaisons régionales. Les informations seront mises à disposition des Agences régionales de Santé (ARS) et des Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS).

Ces évolutions ont pour objectifs d'améliorer la qualité des données et l'harmonisation des indicateurs produits sur le territoire national.

Pour rappel, sur la nouvelle application, le signalement doit être réalisé systématiquement et sans délai par la direction de l'ESMS dès le 1^{er} cas confirmé de COVID-19 survenu dans l'établissement.

Un **guide de signalement** expliquant le dispositif et les modalités d'utilisation de cette nouvelle application est disponible sur le site de Santé publique France à l'adresse :

<https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/covid-19-outils-pour-les-professionnels-de-sante>

⇒ Deux outils permettant un accompagnement des ESMS pour la prévention de la COVID-19 sont disponibles sur <http://antibioresistance.fr/covid19>, par :

- Une analyse des mesures de gestion d'une épidémie de COVID-19 dans un ESMS ;
- Une auto-évaluation, hors situation de crise, qui a vocation à prévenir le risque épidémique de COVID-19 en ESMS.

COVID-19 - Vaccination

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Le suivi de la campagne de vaccination et du nombre de personnes vaccinées est réalisé via le système d'information Vaccin Covid, administré par la Caisse nationale d'assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé.

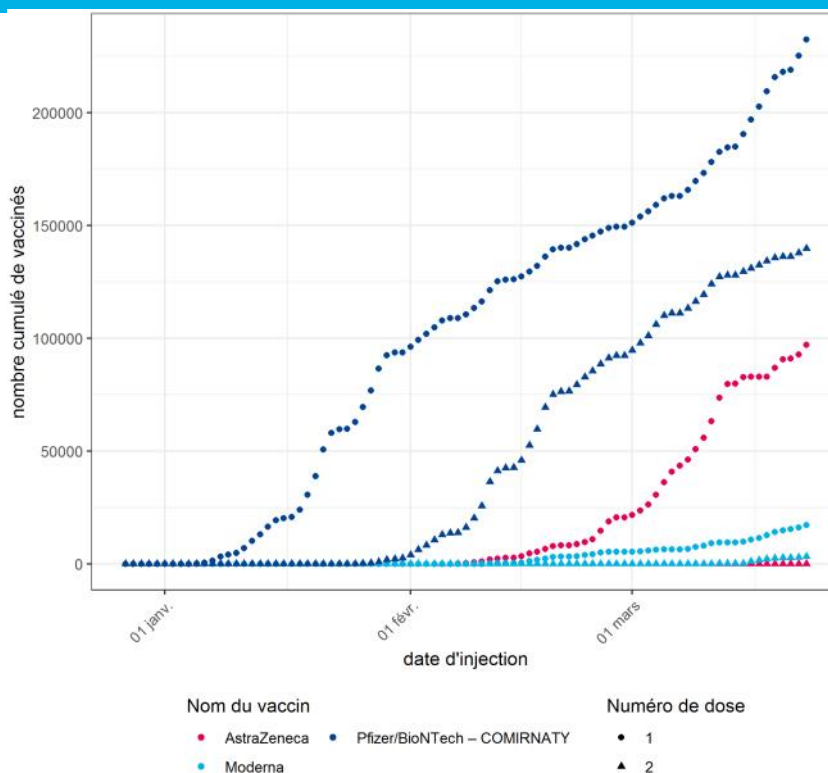
Au 23 mars 2021, 9% de la population régionale a reçu au moins une dose de vaccin et 4% a reçu un schéma vaccinal complet. En Pays de la Loire, 24% des plus de 75 ans et 3% des 65-74 ans ont reçu un schéma vaccinal complet.

Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 en Pays de la Loire par classe d'âge et couvertures vaccinales associées (% population) par classe d'âge (Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France)

Département	1 dose							
	18-49 ans		50-64 ans		65-74 ans		75 ans +	
	N vaccinées	CV	N vaccinées	CV	N vaccinées	CV	N vaccinées	CV
44 Loire-Atlantique	17320	3%	28042	11%	18131	12%	55792	46%
49 Maine-et-Loire	10469	3%	16742	11%	11353	13%	41421	49%
53 Mayenne	3356	3%	6167	10%	4786	13%	19019	55%
72 Sarthe	5460	3%	9172	8%	6453	10%	22634	37%
85 Vendée	7856	3%	13158	10%	9887	10%	39508	51%
Pays de la Loire	44461	3%	73281	10%	50610	12%	178374	47%

Département	2ème dose							
	18-49 ans		50-64 ans		65-74 ans		75 ans +	
	N vaccinées	CV	N vaccinées	CV	N vaccinées	CV	N vaccinées	CV
44 Loire-Atlantique	4478	1%	10400	4%	4257	3%	28734	24%
49 Maine-et-Loire	2783	1%	5982	4%	2532	3%	20479	24%
53 Mayenne	1222	1%	2302	4%	993	3%	9153	27%
72 Sarthe	1522	1%	3592	3%	1841	3%	12962	21%
85 Vendée	2686	1%	5180	4%	2178	2%	19829	26%
Pays de la Loire	12691	1%	27456	4%	11801	3%	91157	24%

Nombre quotidien cumulé de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 en Pays de la Loire par type de vaccin (Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France)



Source : VAC-SI, traitement : Santé publique France

COVID-19 - Vaccination

Le campagne vaccinale a ciblé prioritairement les personnes résidant en Ehpad et en USLD.

A ce jour près de 80% des résidents ont reçu le schéma complet 2 doses. Près de 40% des professionnels ont reçu également 2 doses de vaccins.

Depuis le 3 mars 2021, un nouvel algorithme est utilisé pour améliorer le calcul de la couverture vaccinale des résidents et professionnels des Ehpad et USLD. En pratique ce changement de méthode induit des modifications limitées.

Nombre de résidents en Ehpad ou en USLD ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 en Pays de la Loire et couvertures vaccinales associées (% résidents) (Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France)

Département	1 dose		2 doses	
	Nombre de personnes vaccinées	CV 1 dose	Nombre de personnes vaccinées	CV 2 doses
44 Loire-Atlantique	14811	97%	12493	82%
49 Maine-et-Loire	9829	95%	8006	77%
53 Mayenne	4434	97%	3490	76%
72 Sarthe	6044	88%	4858	71%
85 Vendée	10629	100%	8974	87%
Pays de la Loire	45747	96%	37821	80%

Nombre de professionnel travaillant en Ehpad ou en USLD ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 en Pays de la Loire et couvertures vaccinales associées (% professionnels) (Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France)

	1 dose		2 doses	
	Nombre de personnes vaccinées	Couverture vaccinale	Nombre de personnes vaccinées	Couverture vaccinale
Pays de la Loire	17929	49%	13469	37%

BRONCHIOLITE (chez les moins de 2 ans)

5^{ème} semaine d'épidémie de bronchiolite en Pays de la Loire.

Synthèse des données disponibles :

- SOS Médecins : augmentation des actes SOS Médecins pour bronchiolite chez les moins de deux ans en S11;
- Urgences pédiatriques - Oscour® : stabilité à un niveau élevé des passages aux urgences pour bronchiolite chez les moins de deux ans en S11;
- Données de virologie des laboratoires des CHU de Nantes et d'Angers : stabilité à un niveau important des isolements positifs de VRS au CHU de Nantes en S11, avec 15 isolements dont 10 chez les moins de 2 ans (contre 8 de moins de 2 ans en S10). Au CHU d'Angers, 1 isolement positif de VRS a été recensé chez les moins de 2 ans en S11 (contre 6 en S10).

[Consulter les données nationales](#) : Surveillance de la bronchiolite : [cliquez ici](#)

Passages aux urgences (RPU)

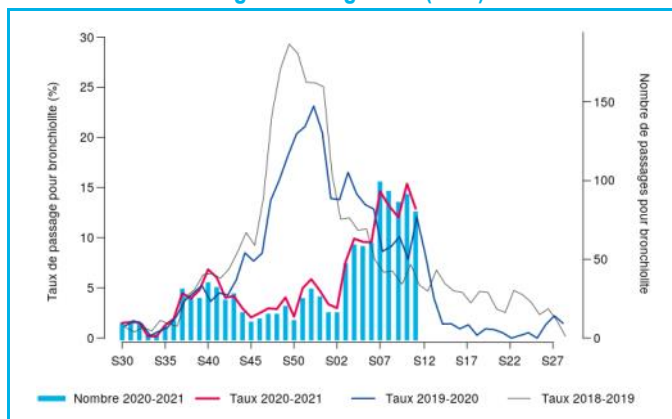


Figure - Taux et nombre de diagnostics de bronchiolite chez les moins de 2 ans parmi le total des passages, 2018-2021, Pays de la Loire (Source : Oscour®)

SOS Médecins

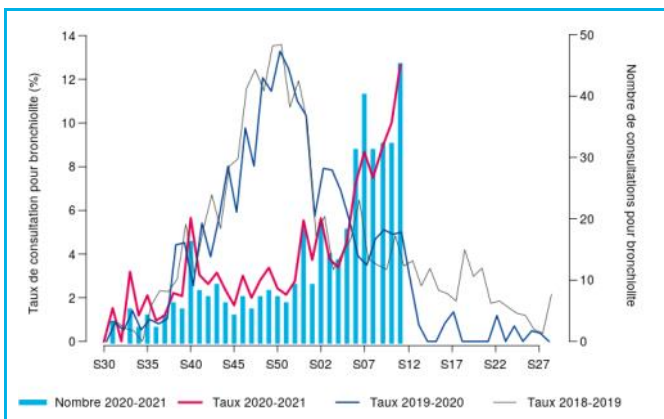
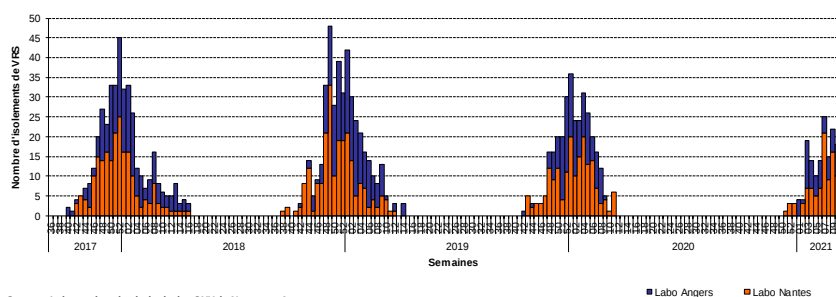


Figure - Taux et nombre de diagnostics de bronchiolite chez les moins de 2 ans parmi le total des actes médicaux 2018-2021, Pays de la Loire (Source : SOS Médecins)

Figure - Nombre hebdomadaire de VRS isolés par les laboratoires de virologie des CHU de Nantes et d'Angers depuis la semaine 36/2017



Source : Laboratoires de virologie des CHU de Nantes et Angers

■ Labo Angers ■ Labo Nantes

Semaine	Nb d'hospitalisations pour bronchiolite, < 2 ans	Variation par rapport à la S-1	Nombre total d'hospitalisations codées, < 2 ans	Taux de bronchiolite parmi toutes les hospitalisations codées, < 2 ans
2021-S10	35		129	27.13
2021-S11	34	-2.9%	118	28.81

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^{er} épisode de bronchiolite aiguë—conseils aux parents](#) » qui a été publiée en novembre 2019.

GASTRO-ENTERITES AIGUES

Synthèse des données disponibles :

- SOS Médecins : stabilité globalement des actes SOS Médecins pour gastro-entérite depuis le début de l'année 2021, qui demeurent à un niveau modéré et supérieur à celui observé au second semestre 2020, tous âges confondus.
- Urgences - Oscour® : début d'augmentation des passages aux urgences pour gastro-entérite chez les enfants âgés de moins de 5 ans en S11. Pas d'augmentation significative chez les personnes âgées de 15 ans ou plus : les indicateurs demeurent globalement à un niveau faible.

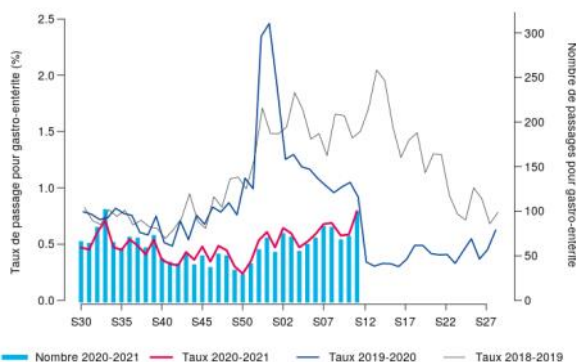
Consulter les données nationales :

- Surveillance des urgences et des décès SurSaUD® (Oscour®, SOS Médecins, Mortalité) : [cliquez ici](#)
- Surveillance des gastro-entérites aiguës virales : [cliquez ici](#)

Passages aux urgences (RPU)

SOS Médecins

Tous âges



Chez les moins de 5 ans

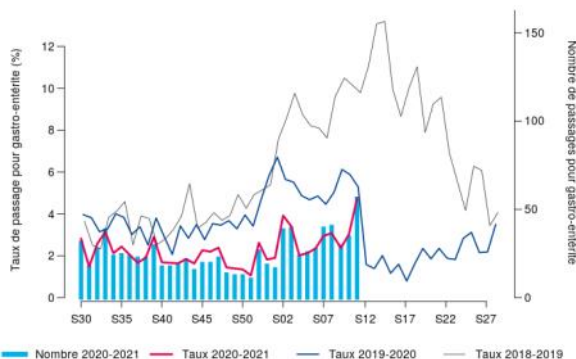
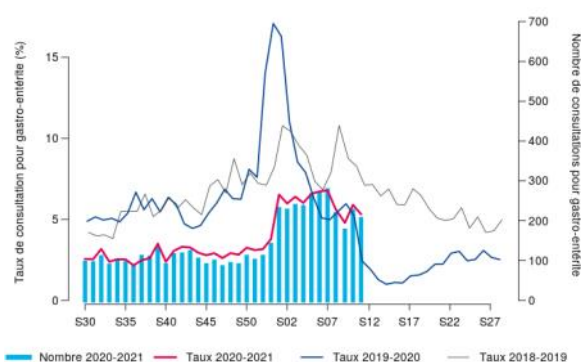


Figure - Taux et nombre de diagnostics de gastro-entérite parmi le total des passages, 2018-2021, Pays de la Loire (Source: Oscour®)

Tous âges



Chez les moins de 5 ans

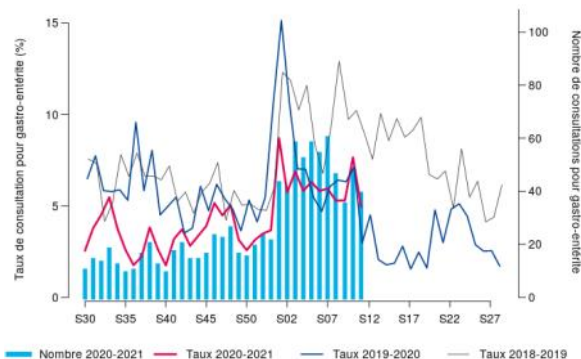


Figure - Taux et nombre de diagnostics de gastro-entérite parmi le total des consultations, 2018-2021, Pays de la Loire (Source: SOS Médecins)

Prévention de la gastro-entérite

Les GEA hivernales sont surtout d'origine virale. La principale complication est la déshydratation aiguë, qui survient le plus souvent aux âges extrêmes de la vie.

La prévention des GEA repose sur les mesures d'hygiène :

- **Hygiène des mains et des surfaces** : le mode de transmission oro-fécal principal des virus conditionne en grande partie les mesures de prévention et de contrôle des gastro-entérites virales basées sur l'application de mesures d'hygiène. Les mains constituent le vecteur le plus important de la transmission et nécessitent de ce fait un nettoyage au savon soigneux et fréquent. De même, certains virus (rotavirus et norovirus) étant très résistants dans l'environnement et présents sur les surfaces, celles-ci doivent être nettoyées soigneusement et régulièrement dans les lieux à risque élevé de transmission (services de pédiatrie, institutions accueillant les personnes âgées) (Guide HCSP 2010).

- **Lors de la préparation des repas** : application de mesures d'hygiène strictes (lavage soigneux des mains) avant la préparation des aliments et à la sortie des toilettes, en particulier dans les collectivités (institutions accueillant des personnes âgées, services hospitaliers, crèches), ainsi que l'éviction des personnels malades (cuisines, soignants, etc.) permet d'éviter ou de limiter les épidémies d'origine alimentaire.

Recommandations sur les mesures de prévention : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-hivernales/gastro-enterites-aigues/la-maladie/#tabs>

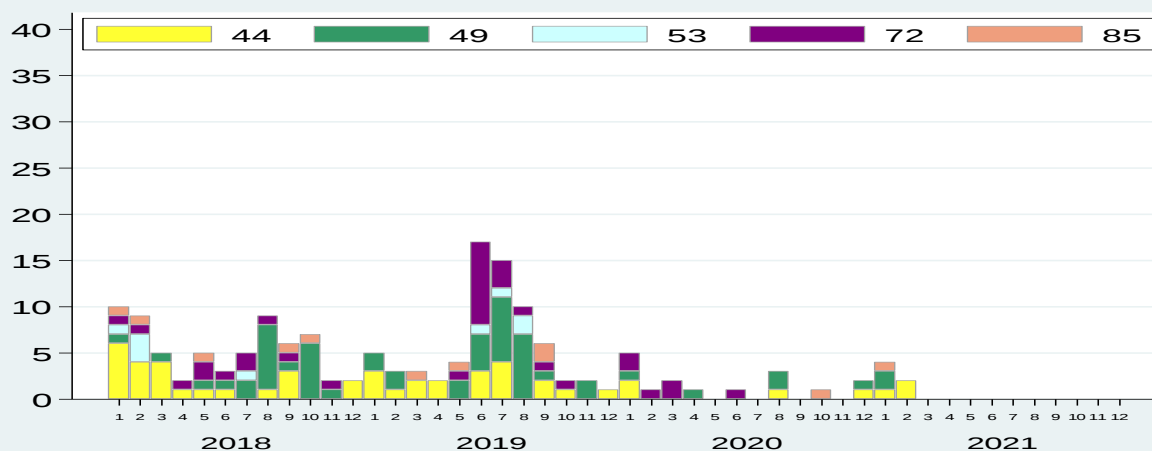
MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE

| Hépatite A |

Distribution du nombre de cas d'hépatite virale A domiciliés dans les Pays de la Loire selon le mois de prélèvement sérologique et le département

Janvier 2017-Février 2021

Données provisoires Santé publique France-ARS

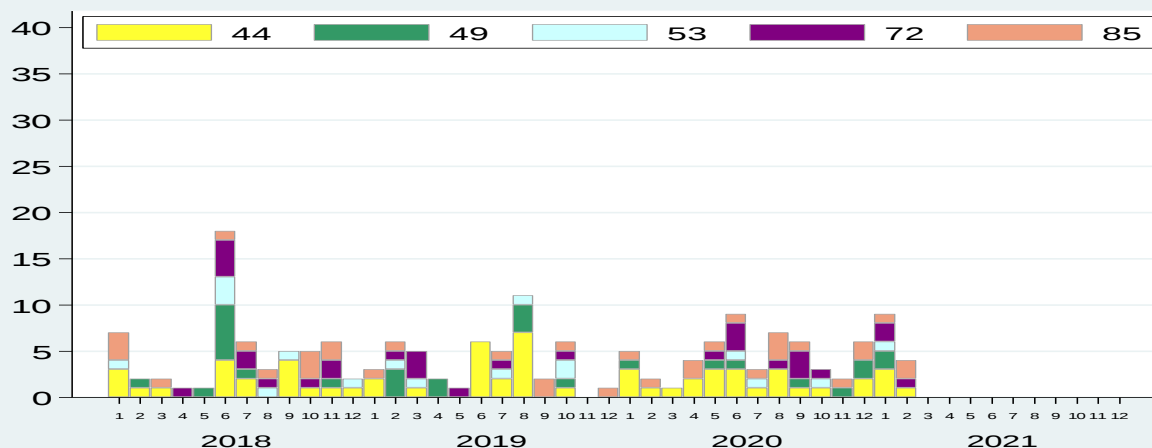


| Légionellose |

Distribution du nombre de cas de légionellose domiciliés dans les Pays de la Loire selon le mois de prélèvement sérologique et le département

Janvier 2017-Février 2021

Données provisoires Santé publique France-ARS

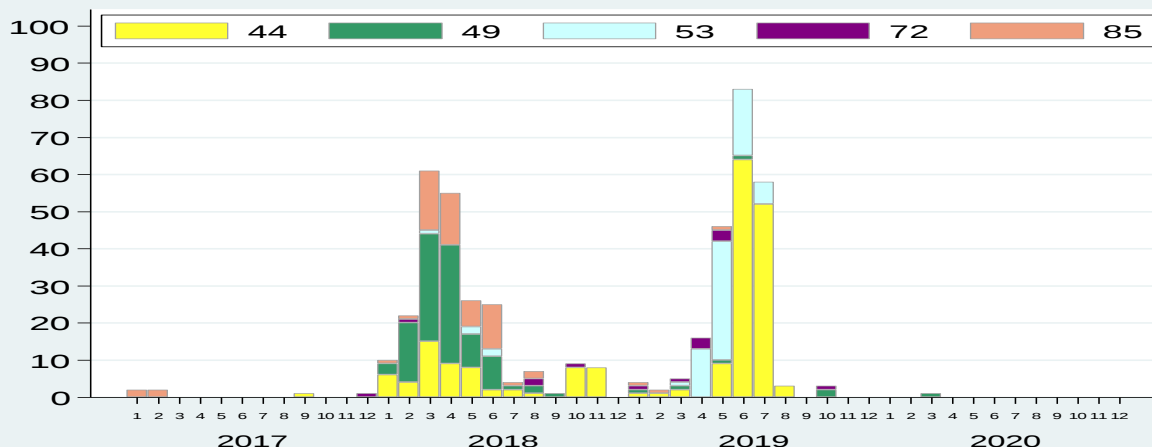


| Rougeole |

Distribution du nombre de cas de rougeole domiciliés dans les Pays de la Loire selon le mois de prélèvement sérologique et le département

Janvier 2017-Février 2021

Données provisoires Santé publique France-ARS



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 1er mars 2020 au 22 mars 2021 (N=841) (source : Inserm-CépiDC, au 23/03/2021)

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	0	0	0	0
15-44 ans	0	0	3	100	3	0
45-64 ans	7	20	28	80	35	4
65-74 ans	25	27	68	73	93	11
75 ans ou plus	250	35	460	65	710	84

¹% présentés en ligne ; ²% 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

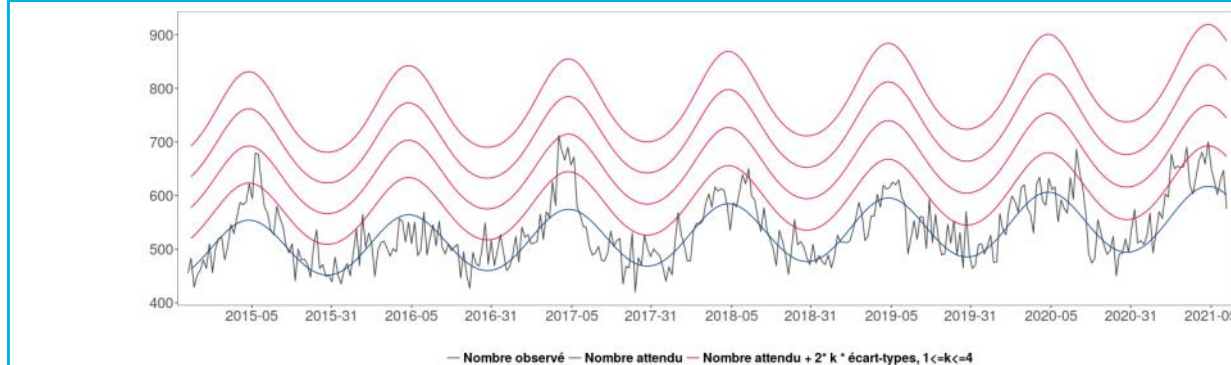
- Sexe-ratio (H/F) : 1,0 (N=841)

Répartition selon l'existence de facteurs de risque connus

- Avec comorbidités : 66 % (N=559)
- Sans ou non-renseignés : 34 % (N=282)

Mortalité toutes causes jusque la semaine S-2

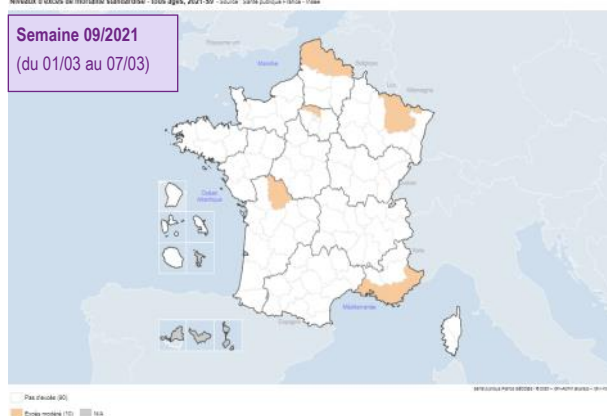
Nombre hebdomadaire de décès toutes causes, tous âges, 2014-2021 (jusque la semaine S-2), Pays de la Loire (Source: Insee)



Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues (tous âges), sur les semaines 09 et 10/2021, par département (Source : Insee, au 23/03/21 à 14h)

Niveau d'excès de mortalité standardisé - tous âges, 2021 S9 - Source : Santé publique France - Insee

Semaine 09/2021
(du 01/03 au 07/03)

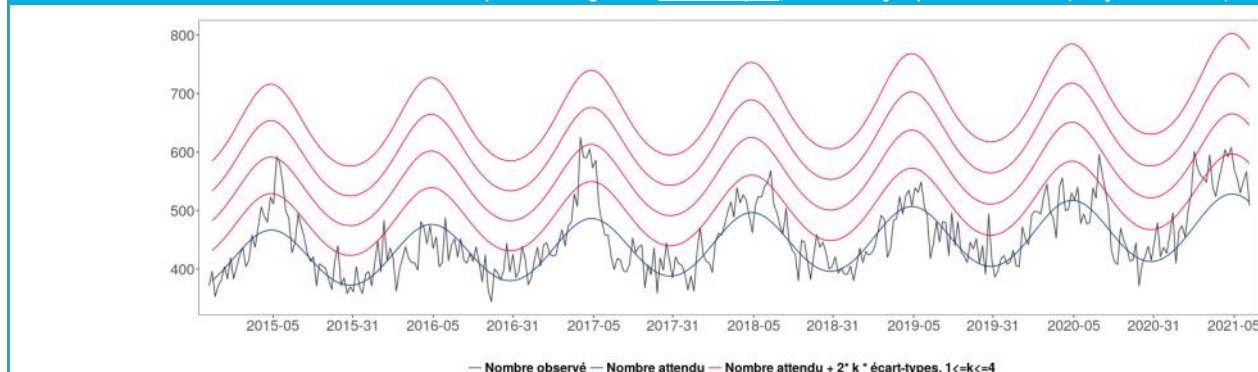


Niveau d'excès de mortalité standardisé - tous âges, 2021 S10 - Source : Santé publique France - Insee

Semaine 10/2021
(du 08/03 au 14/03)



Nombre hebdomadaire de décès toutes causes chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, 2014-2021 (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 : 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 et pour gastro-entérite 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) : 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 2020 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 2020, 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 et pour gastro-entérite 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.

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.

Vaccin Covid : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021).

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



Directeur de la publication

Geneviève Chêne
Directrice générale
Santé publique France

Comité de rédaction

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

Retrouvez nous sur : santepubliquefrance.fr

Twitter : @sante-prevention

Date de publication : 26 mars 2021