

Faits marquants

Epidémie COVID-19 en Pays de la Loire

En Pays de la Loire, les indicateurs de circulation du virus SARS-CoV-2 se sont maintenus à un niveau élevé en S13 dans l'ensemble des départements de la région. La proportion de suspicions de variants préoccupants (VOC) par RT-PCR de criblage a poursuivi sa progression dans la région en S13 pour le variant 20I/501Y.V1, alors qu'elle s'est stabilisée et est restée minoritaire pour les variants 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3.

En termes de circulation virale, l'augmentation du taux d'incidence s'est poursuivie dans l'ensemble des départements de la région en S13, en lien avec une augmentation de l'activité de dépistage toujours importante. Une légère diminution du taux de positivité a également été observée dans l'ensemble des départements, ce dernier restant maximal et stable chez les 15-30 ans. Cet indicateur étant toutefois dépendant des changements de pratiques de tests dans ce contexte particulier (confinement, week-end prolongé, etc.), son interprétation en termes de dynamique de circulation de l'épidémie est délicate à ce jour et ne peut permettre de conclure à une amélioration de la situation.

Le nombre de signalements de clusters en collectivités s'est maintenu à un niveau élevé, comme observé depuis la S10, et a concerné à nouveau principalement le milieu professionnel et le milieu scolaire/universitaire.

En ville, l'activité de SOS Médecins pour suspicion de Covid-19 était en légère diminution en S13 par rapport à la semaine précédente, tandis que les passages aux urgences pour le même motif se sont stabilisés. A l'hôpital, le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations de patients Covid-19 déclarées au niveau régional a augmenté en S13 tandis que le nombre d'admissions en réanimation déclarées s'est stabilisé à un niveau élevé.

Au niveau départemental, la Sarthe et le Maine-et-Loire présentaient toujours les indicateurs les plus importants de la région en S13. En ce qui concerne les indicateurs hospitaliers, la Loire-Atlantique et la Mayenne ont présenté les évolutions les plus marquées en termes de nouvelles hospitalisations et admissions en soins critiques déclarées en S13. La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 en Vendée est restée, à nouveau en S13, plus élevée que dans les autres départements de la région.

En termes de vaccination, en Ehpad/USLD, au 6 avril, plus de 82 % des résidents et près de 40 % des professionnels ont reçu un schéma vaccinal complet (2 doses de vaccins) dans la région.

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](https://www.ars-pays-de-la-loire.fr).

Gastro-entérite

Les passages aux urgences pour gastro-entérite ont connu une augmentation marquée chez les enfants âgés de moins de 5 ans en S13, tout comme les actes SOS Médecins pour gastro-entérite dans cette même classe d'âge.

Bronchiolite chez les moins de 2 ans

Septième semaine d'épidémie de bronchiolite chez les enfants âgés de moins de deux ans dans la région Pays de la Loire. L'augmentation des recours aux urgences pour bronchiolite, très marquée en S12, s'est poursuivie en S13 de façon plus modérée. Les recours à SOS Médecins se sont stabilisés en S13 à un niveau élevé, tout comme les isolements de VRS chez des patients hospitalisés.



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

Chiffres clés

Epidémie de COVID-19 en Pays de la Loire

Surveillance virologique (pages 3-5)

- ▶ En Pays de la Loire :
 - Poursuite de la forte augmentation du nombre de personnes testées et du taux de dépistage en S13 (183 013 personnes testées, soit 4 813 personnes testées pour 100 000 hab., +23 %). L'augmentation a concerné toutes les classes d'âge et de façon plus marquée les 15-30 ans (+30 %) et les 30-45 ans (+28 %);
 - Augmentation du nombre de nouvelles personnes positives et du taux d'incidence en S13 (11 650 personnes positives, soit 306 pour 100 000 hab., +15 %). Il était maximal chez les 15-30 ans (511/100 000) et les 30-45 ans (370/100 000), et était en augmentation dans l'ensemble des classes d'âge à l'exception des 75 ans et plus (-6 %);
 - Légère diminution du taux de positivité en S13 (6,4 %, -7 %), qui restait maximal chez les 15-30 ans (7,4 %, +2 %) et avec des évolutions différentes selon les classes d'âge : diminution chez les 30-45 ans (6,4 %, -16 %) et les 75 ans et plus (4,4 %, -15 %), stabilisation chez les 65-75 ans (7,0 %, +4 %).
- ▶ Au niveau départemental :
 - Les indicateurs restaient plus élevés en S13 dans la Sarthe (391/100 000, 7,8 %) et dans le Maine-et-Loire (331/100 000, 6,7 %);
 - Le taux d'incidence était en augmentation dans tous les départements, de façon plus importante en Sarthe (+17 %), Loire-Atlantique (+15 %) et Vendée (+15 %), et le taux de positivité diminuait lui aussi dans tous les départements, de façon plus marquée en Vendée (-11 %) et Loire-Atlantique (-8 %).
- ▶ Variants préoccupants (VOC) (analyse des résultats des tests de criblage saisis dans SI-DEP) : parmi les 58 % de prélèvements positifs ayant fait l'objet d'un test de criblage au 7 avril, 81 % correspondaient à une suspicion de variant 20I/501Y.V1 (vs 78 % en S12) et 6 % à une suspicion de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 (vs 6 % en S12).

Signalement des clusters (page 6)

- ▶ 1 587 clusters signalés dans la région depuis le 9 mai 2020 ;
- ▶ Nombre élevé de clusters signalés avec survenue du premier cas en S12. Parmi les 65 clusters signalés pour la S12, 26 (40 %) concernaient le milieu professionnel et 13 (20 %) le milieu scolaire/universitaire.

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

- ▶ Légère diminution des actes SOS Médecins tous âges pour suspicion de Covid-19 en S13 (167 actes soit 4,1 %, vs 208 soit 5,4 % en S12) ;
- ▶ Stabilisation des passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 en S13 (405 passages soit 3,1 %, vs 426 soit 3,3 % en S12) ;
- ▶ Augmentation des nouvelles hospitalisations de patients Covid-19 déclarées au niveau régional en S13 (507 vs 401 en S12). Augmentation particulièrement observée en Mayenne et en Loire-Atlantique ;
- ▶ Stabilisation des nouvelles admissions en réanimation déclarées au niveau régional en S13 (91 vs 92 en S12). Augmentation en Mayenne et en Loire-Atlantique ;
- ▶ Depuis le 1^{er} janvier 2021, 448 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 64 ans et 66 % d'entre eux étaient des hommes. Parmi les patients pour lesquels la notion de comorbidité était documentée, 84 % présentaient au moins une comorbidité.

Surveillance en ESMS/Ehpad (page 11)

- ▶ Lancement d'une nouvelle version du portail de signalement des épisodes Covid-19 en ESMS au cours de la semaine 11, impactant le signalement des épisodes, difficilement interprétables pour les semaines 10 à 13.

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

- ▶ Au 6 avril 2021, 13 % de la population régionale a reçu au moins une dose de vaccin. En termes de classes d'âge, 29 % des plus de 75 ans ont reçu un schéma vaccinal complet, et 26 % des 65-74 ans ont reçu une dose.
- ▶ 72 % des personnes vaccinées l'ont été avec le vaccin Pfizer/BioNTech-COMIRNATY et 22 % avec le vaccin AstraZeneca.

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

Septième semaine d'épidémie de bronchiolite dans la région

- ▶ Stabilisation à un niveau élevé des recours à SOS Médecins pour bronchiolite en S13 (32 soit 8 % des recours) ;
- ▶ Poursuite de l'augmentation des recours aux urgences pour bronchiolite en S13, à un niveau élevé (45 soit 21 % des recours) ;
- ▶ Stabilisation des isolements de VRS à un niveau élevé en S13. Au CHU de Nantes, 17 isolements positifs recensés, dont 11 chez les moins de 2 ans (contre 18 dont 14 de moins de 2 ans en S12). Au CHU d'Angers, 2 isolements positifs recensés chez les moins de 2 ans en S13 (contre 8 en S12).

Surveillance des gastro-entérites (page 15)

- ▶ Augmentation des recours à SOS Médecins et des passages aux urgences pour gastro-entérite chez les moins de 5 ans en S13.

Surveillance des Maladies à déclaration obligatoire (page 16) : Point d'information sur les infections invasives à méningocoque

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 S12, aucun excès significatif de mortalité toutes causes et tous âges n'a pour le moment été constaté à l'échelle régionale et départementale.

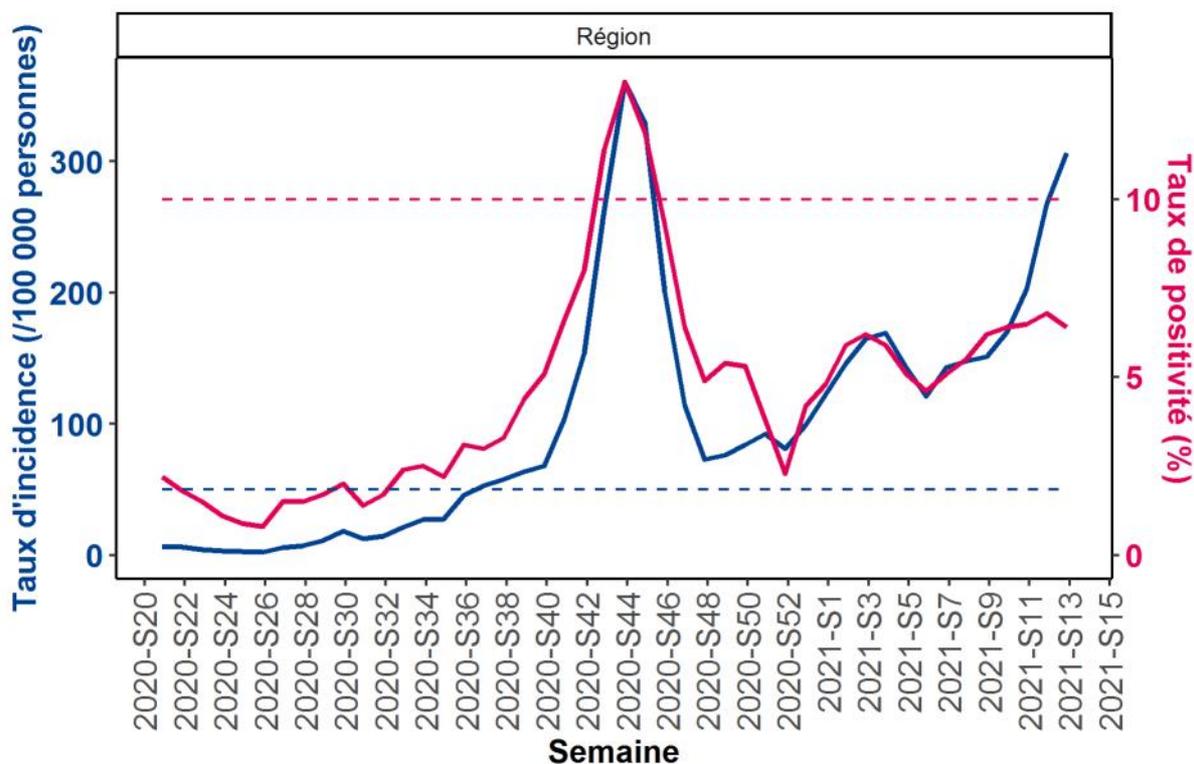
COVID-19 - Surveillance virologique

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 21 % environ des personnes positives en S13 (vs 19 % en S12).

Pour plus de précisions sur l'évolution des méthodes et l'impact sur les indicateurs issus de SIDEP : <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-S12	53181	3479	3700	242.1	6.5
	2021-S13	66968	4011	4659	279.1	6.0
49	2021-S12	33835	2365	4147	289.9	7.0
	2021-S13	40076	2700	4912	330.9	6.7
53	2021-S12	11738	662	3843	216.8	5.6
	2021-S13	12759	694	4178	227.3	5.4
72	2021-S12	23261	1872	4152	334.2	8.0
	2021-S13	28052	2190	5007	390.9	7.8
85	2021-S12	27278	1787	3992	261.6	6.6
	2021-S13	35158	2055	5146	300.8	5.8
Région	2021-S12	149293	10165	3926	267.4	6.8
	2021-S13	183013	11650	4813	306.4	6.4

Tableau produit le 08 avr. 2021 (source : SIDEP, tous tests). Indicateurs hebdomadaires, tous âges.

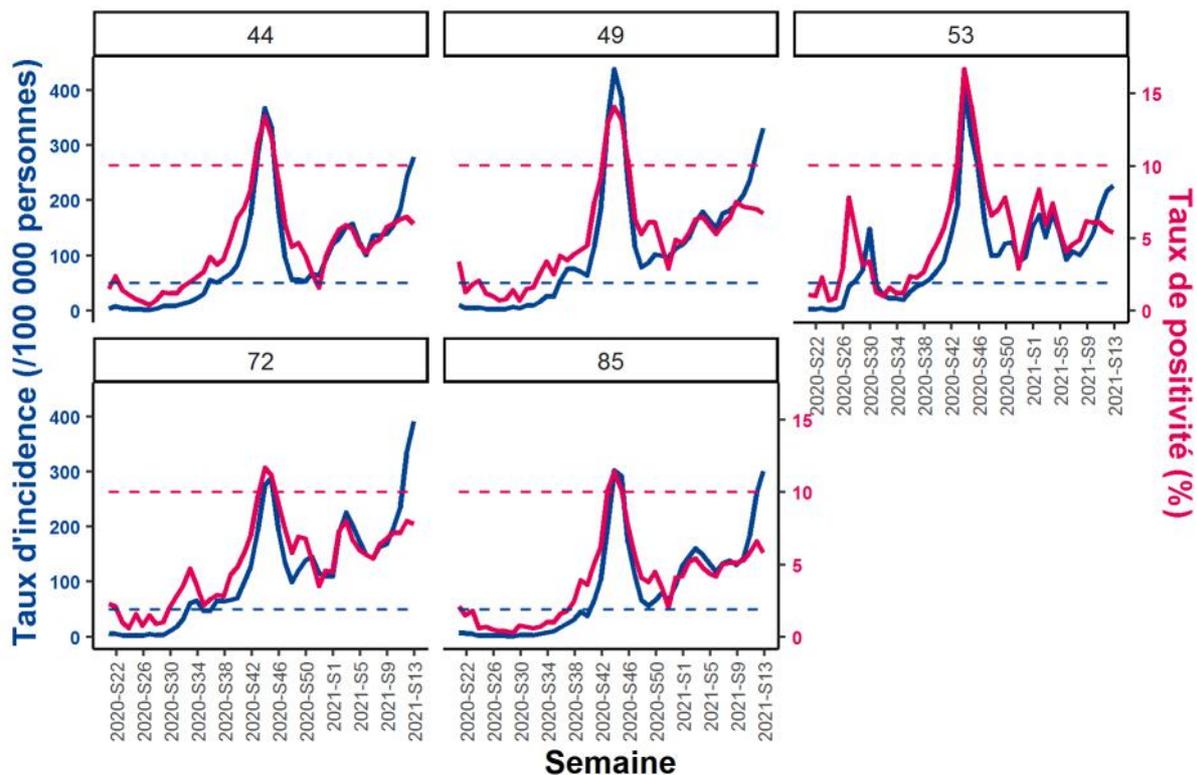
*Nombre de nouvelles personnes testées/positives pour 100 000 habitants

**Nombre de personnes positives pour 100 personnes testées

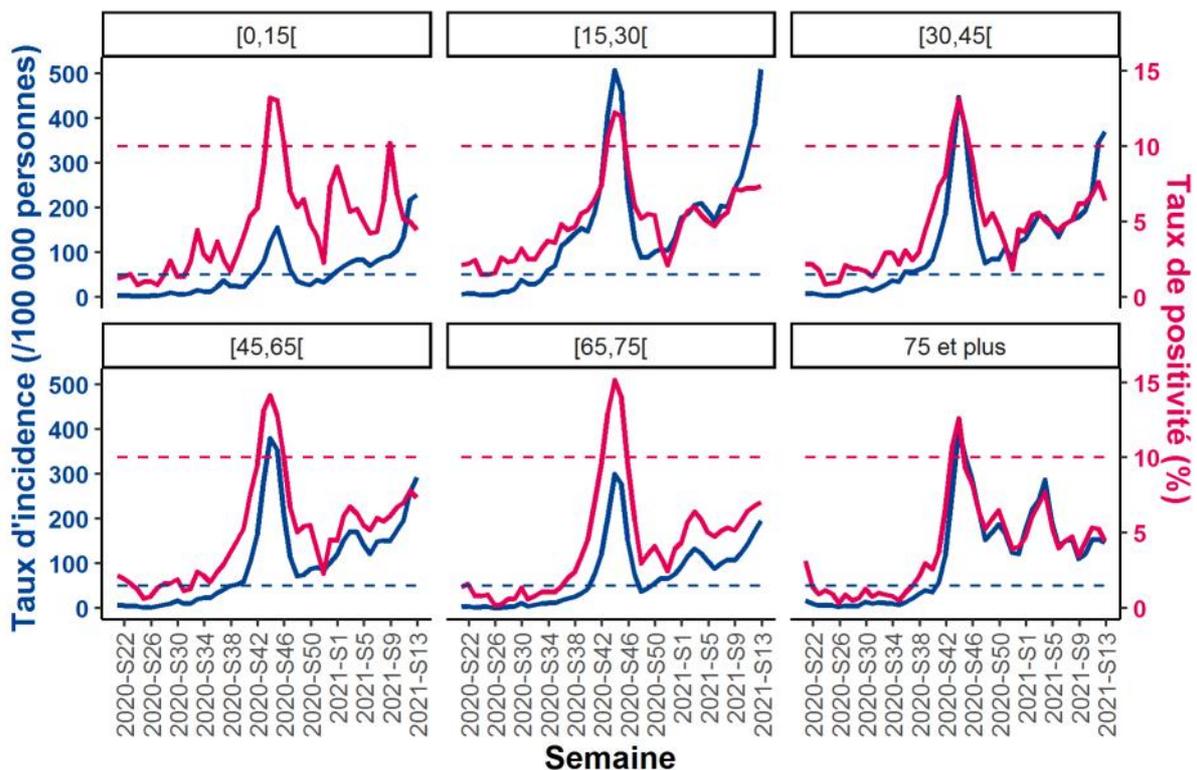
*NB : seuils établis pour les indicateurs virologiques

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)



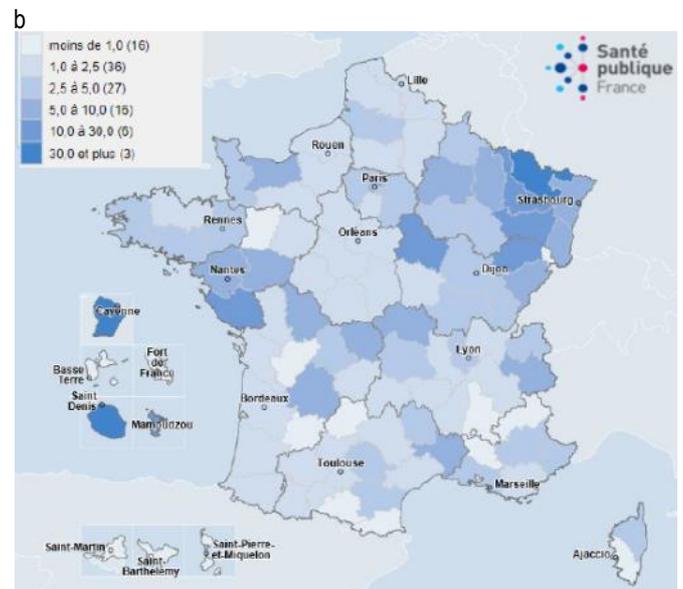
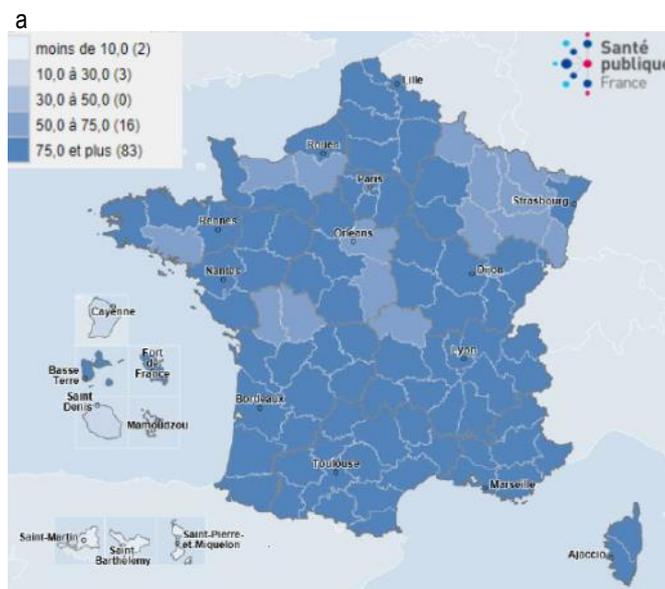
COVID-19 - Variants d'intérêt (analyse des résultats des tests de criblage saisis dans SI-DEP)

De nombreux variants du SARS-CoV-2 circulent aujourd'hui sur le territoire, dont certains sont qualifiés de « variants préoccupants (VOC) » car leur impact (sur le plan de la transmissibilité, de la virulence ou de l'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.

Santé publique France, en lien avec le CNR Virus des infections respiratoires, produit à intervalles réguliers des analyses de risque permettant de caractériser et classer ces différents variants. Ces analyses de risque sont accessibles sur le site de Santé publique France. 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 pour 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 (ayant émergé au Royaume-Uni), 20H/501Y.V2 (Afrique du Sud) ou 20J/501Y.V3 (Brésil) (sans distinction) ou de conclure à l'absence de variant préoccupant (VOC).

- **Au niveau national**, en semaine 13 sur les 302 471 tests de première intention positifs (test RT-PCR et antigéniques) enregistrés dans la plateforme SI-DEP, 43 % étaient associés à un test de criblage lui aussi enregistré dans SI-DEP (soit 130 120 tests positifs criblés). Parmi ces tests positifs criblés, **82 %** (106 578) correspondaient à une suspicion de **variant 20I/501Y.V1** (contre 80 % en S12) et **4,2 %** (5 416) à une suspicion de variant **20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3** (contre 4,4 % en S12).
- Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités départementales. Parmi les 96 départements métropolitains présentant des données interprétables, la proportion du variant 20I/501Y.V1 était supérieure à 80 % dans 60 départements et **supérieure à 90 % dans 13 d'entre eux** (Figure ci-dessous). En métropole, **6 départements avaient une proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 supérieure à 10 %**, dont la **Vendée (14 %)** (Figure ci-dessous).
- **En région Pays de la Loire**, 58 % des prélèvements positifs ont fait l'objet d'un test de criblage (données au 7 avril). Parmi ceux-ci, **81 %** correspondaient à une suspicion de variant **20I/501Y.V1** (78 % en S12), et **6,3 %** à une suspicion de variant **20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3** (6,4 % en S12).
- Deux des 5 départements de la région présentaient une proportion de **variant 20I/501Y.V1** supérieure à 80 % : la Loire-Atlantique (87 %) et la Mayenne (82 %). La proportion de variant **20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3** la plus importante était observée en Vendée (14 % contre 15 % en S12), puis en Maine-et-Loire (6 % contre 6 % en S12).

Proportion de suspicions de variant préoccupant 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 07/04/2021) (Source : SI-DEP)

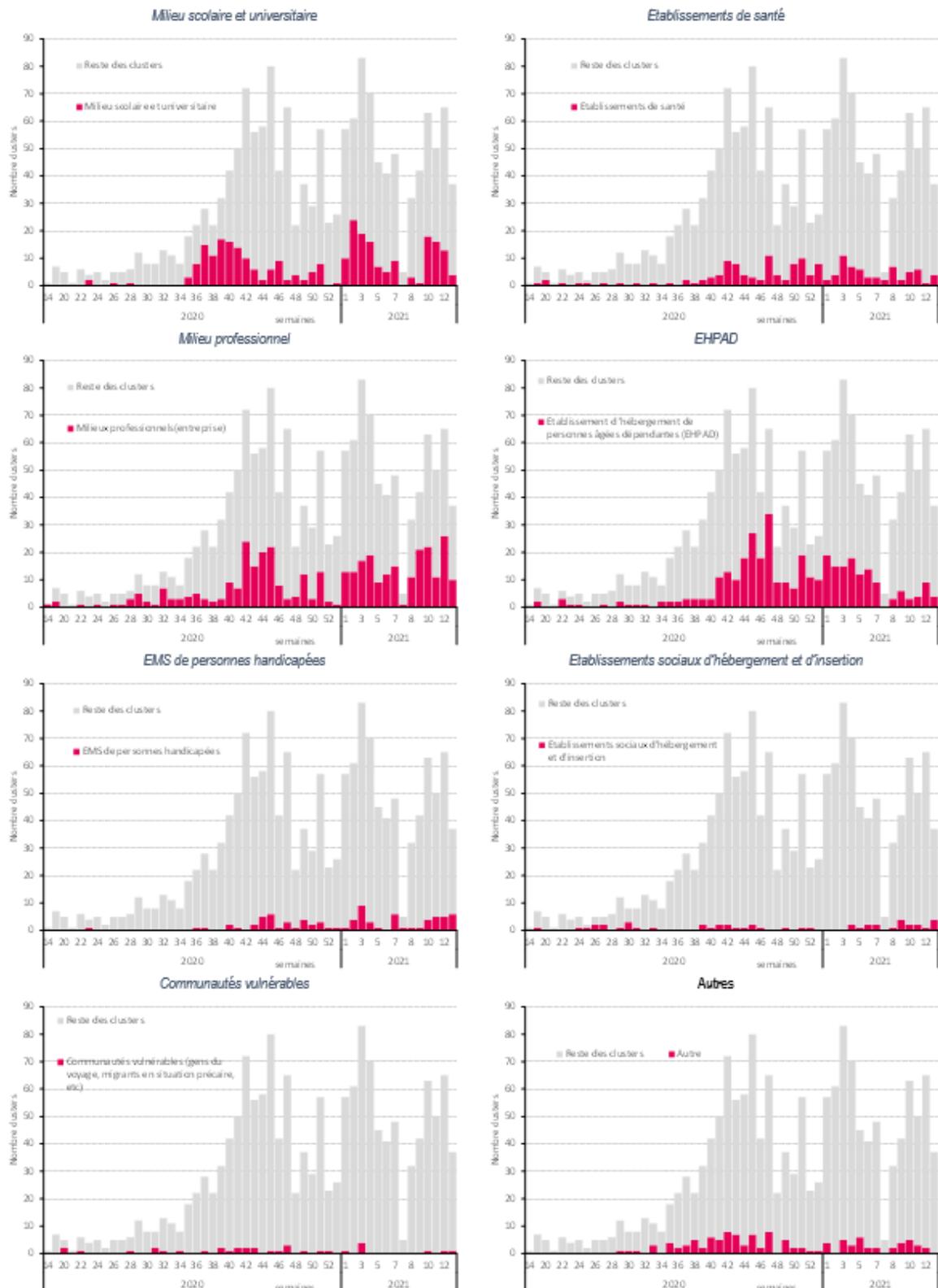


COVID-19 - Signalement à visée d'alerte des clusters

Le bilan des clusters présenté ici est basé sur les données disponibles au 8 avril 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.

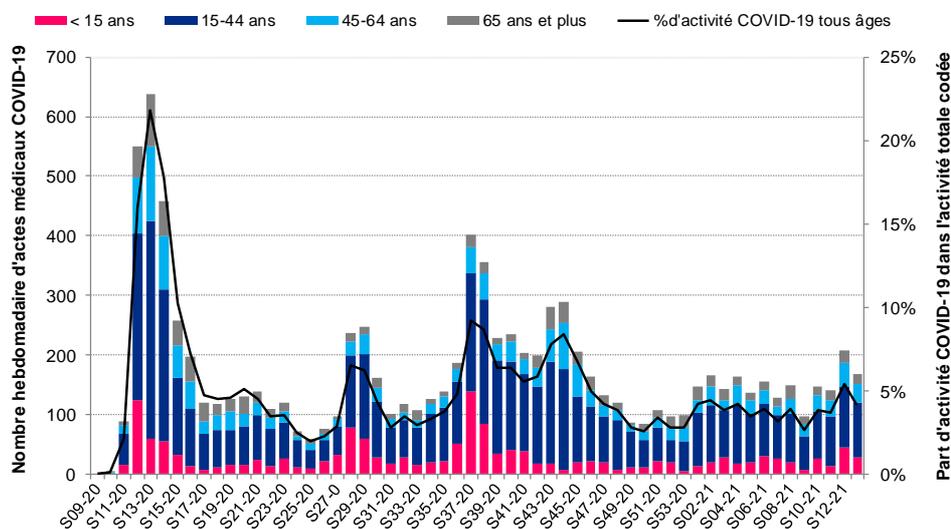
Evolution hebdomadaire des clusters selon la semaine de survenue du premier cas et selon le type de collectivité (sources : Monic et VoozEhpad/ESMS-Covid-19)



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®)

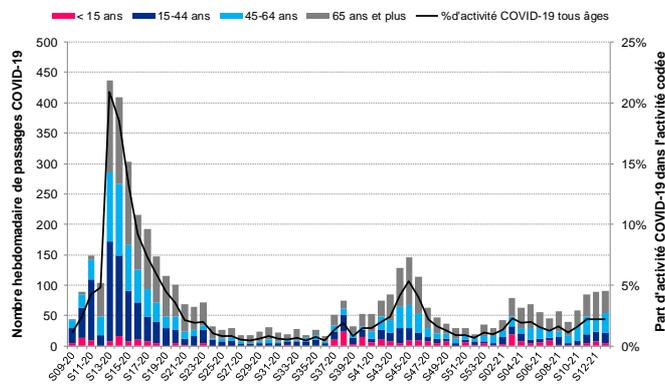


COVID-19 - Surveillance à l'hôpital

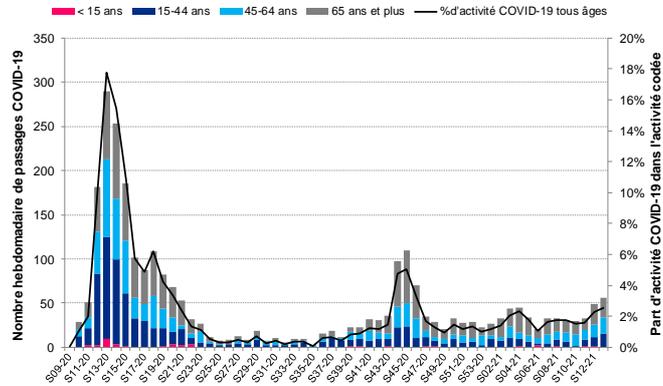
Urgences hospitalières par département

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®)

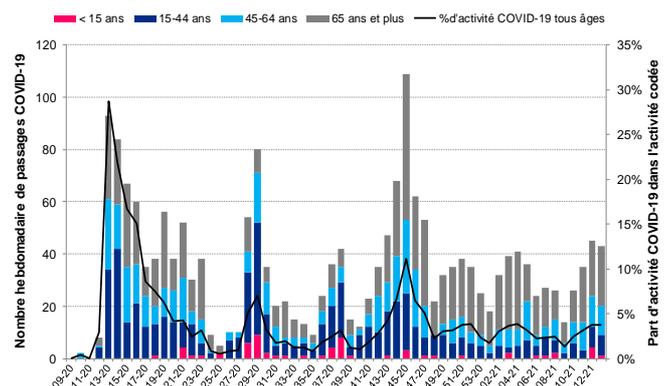
Loire-Atlantique (44)



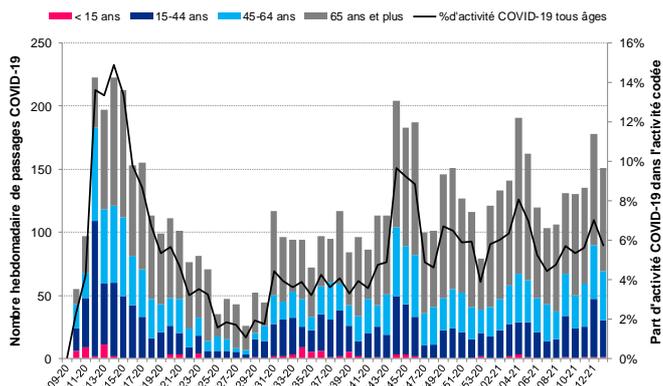
Maine-et-Loire (49)



Mayenne (53)

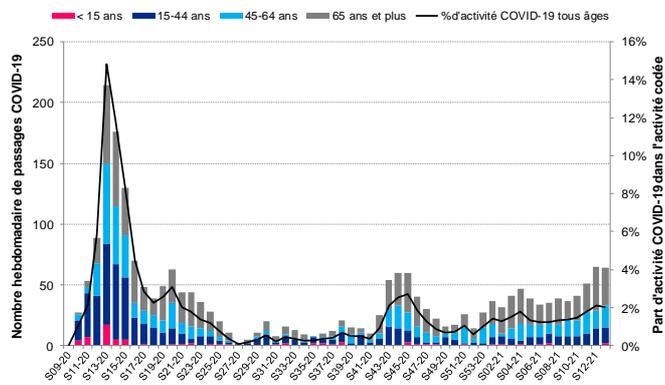


Sarthe (72)



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

Vendée (85)



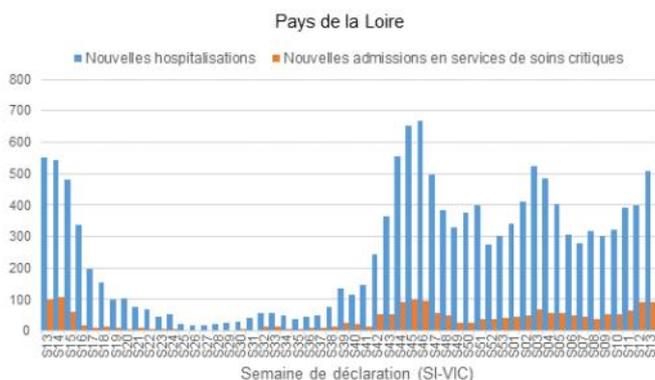
COVID-19 - Surveillance à l'hôpital

Hospitalisations et admissions en services de soins critiques

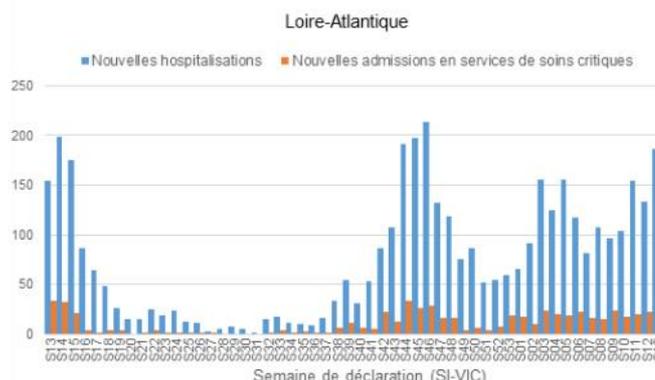
Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés, dont nombre hebdomadaire de nouvelles admissions en services de soins critiques, selon la date de déclaration, depuis le 19/03/2020, Pays de la Loire (source : SI-VIC - données actualisées le 06/04/2021)

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 17 patients transférés de la région Ile-de-France (4 en S10-2021, 3 en S11-2021, 3 en S12-2021 et 7 en S13-2021).

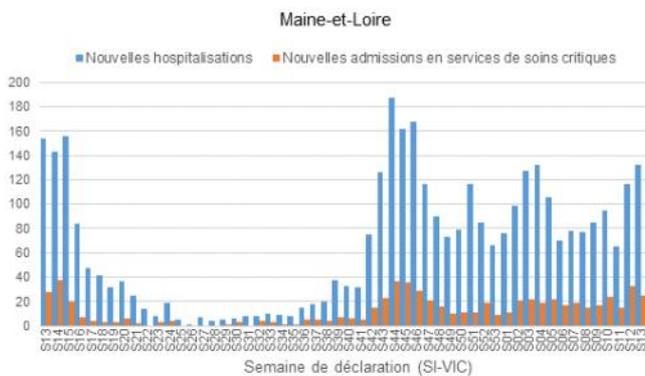
Région Pays de la Loire



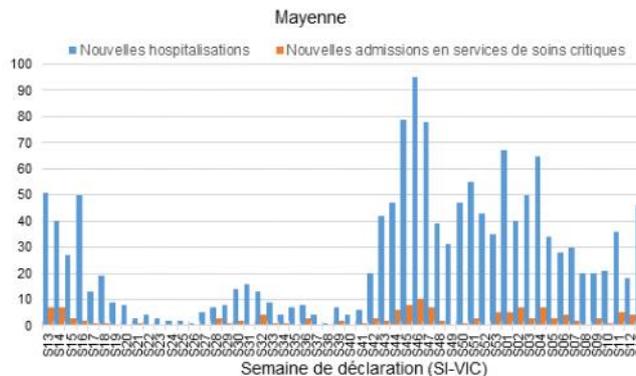
Loire-Atlantique (44)



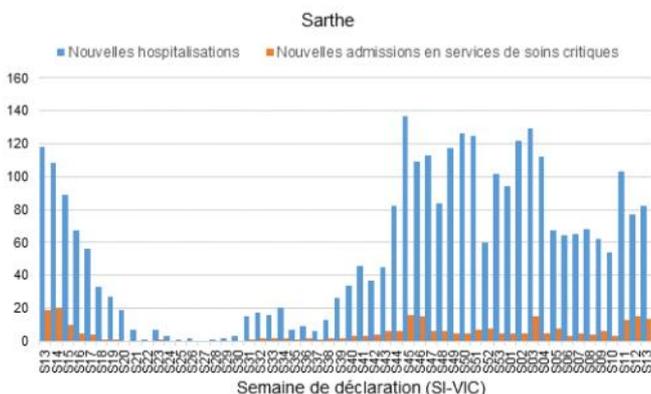
Maine-et-Loire (49)



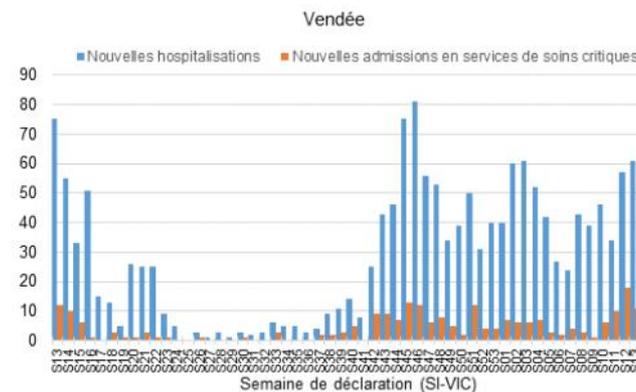
Mayenne (53)



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 08/04/21)

	2020-S1	2020-S2	2021-S1
Cas admis en réanimation			
Nb signalements	330	619	448
Répartition par sexe			
Homme	242 (73%)	430 (69%)	297 (66%)
Femme	88 (27%)	188 (30%)	150 (33%)
Inconnu	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)
Ratio	2,8	2,3	2,0
Age			
Moyen	61,8	65,9	63,6
Médian	64,7	68,6	66,7
Quartile 25	54,0	58,6	56,2
Quartile 75	71,9	74,3	72,6
Délai entre début des signes et admission en réanimation			
Moyen	9,7	8,9	8,8
Médian	8,0	8,0	8,0
Quartile 25	6,0	6,0	6,0
Quartile 75	12,0	11,0	11,0
Région de résidence des patients			
Hors région	66 (21%)	41 (7%)	16 (4%)
Pays de la Loire	246 (79%)	535 (93%)	412 (96%)
Non renseigné	18	43	20

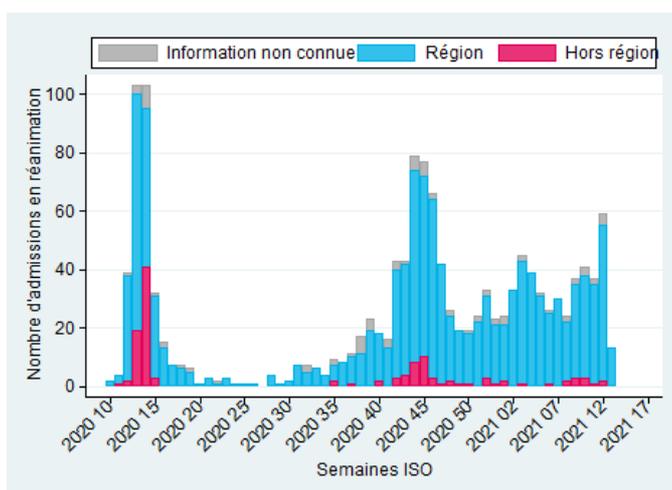
	2020-S1	2020-S2	2021-S1
Classe d'âge			
0-14 ans	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
15-44 ans	39 (12%)	44 (7%)	41 (9%)
45-64 ans	129 (39%)	205 (33%)	158 (36%)
65-74 ans	121 (37%)	226 (37%)	177 (40%)
75 ans et plus	40 (12%)	140 (23%)	65 (15%)
Non renseigné	0	4	7
Comorbidités			
Aucune comorbidité	100 (32%)	73 (12%)	69 (16%)
Au moins une comorbidité parmi :	214 (68%)	521 (88%)	361 (84%)
- Obésité (IMC>=30)	75 (24%)	237 (40%)	180 (42%)
- Hypertension artérielle	45 (14%)	243 (41%)	191 (44%)
- Diabète	82 (26%)	139 (23%)	111 (26%)
- Pathologie cardiaque	47 (15%)	144 (24%)	87 (20%)
- Pathologie pulmonaire	52 (17%)	111 (19%)	74 (17%)
- Immunodépression	21 (7%)	59 (10%)	36 (8%)
- Pathologie rénale	13 (4%)	36 (6%)	34 (8%)
- Cancer*	-	45 (8%)	26 (6%)
- Pathologie neuromusculaire	7 (2%)	9 (2%)	8 (2%)
- Pathologie hépatique	0 (0%)	11 (2%)	10 (2%)
Non renseigné	16	25	18
Evolution			
Evolution renseignée	269 (82%)	568 (92%)	369 (82%)
- Transfert hors réanimation ou retour à domicile	203 (75%)	451 (79%)	310 (84%)
- Décès	66 (25%)	117 (21%)	59 (16%)

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

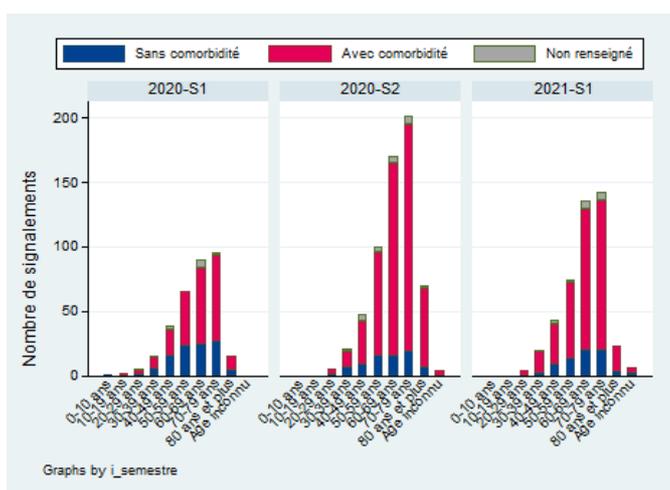
	2020-S1	2020-S2	2021-S1
Syndrome de détresse respiratoire aigüe**			
Pas de SDRA	87 (28%)	155 (27%)	105 (28%)
Mineur	15 (5%)	34 (6%)	50 (13%)
Modéré	100 (32%)	131 (23%)	90 (24%)
Sévère	114 (36%)	261 (45%)	127 (34%)
Non renseigné	14	38	76
Type de ventilation**			
O2 (lunettes/masque)	28 (10%)	52 (9%)	58 (14%)
VNI (Ventilation non invasive)	8 (3%)	7 (1%)	9 (2%)
Oxygénothérapie à haut débit	27 (10%)	231 (41%)	200 (48%)
Ventilation invasive	209 (74%)	264 (46%)	138 (33%)
Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	11 (4%)	16 (3%)	12 (3%)
Non renseigné	47	49	31
Durée de séjour			
Durée moyenne de séjour	18,4	14,2	10,8
Durée médiane de séjour	13,0	8,0	7,0
Durée quartile 25	6,0	4,0	4,0
Durée quartile 75	25,0	18,0	13,0

**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, 2020-21



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



COVID-19 - Surveillance en ESMS/Ehpad

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 depuis la semaine 10-2021 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.

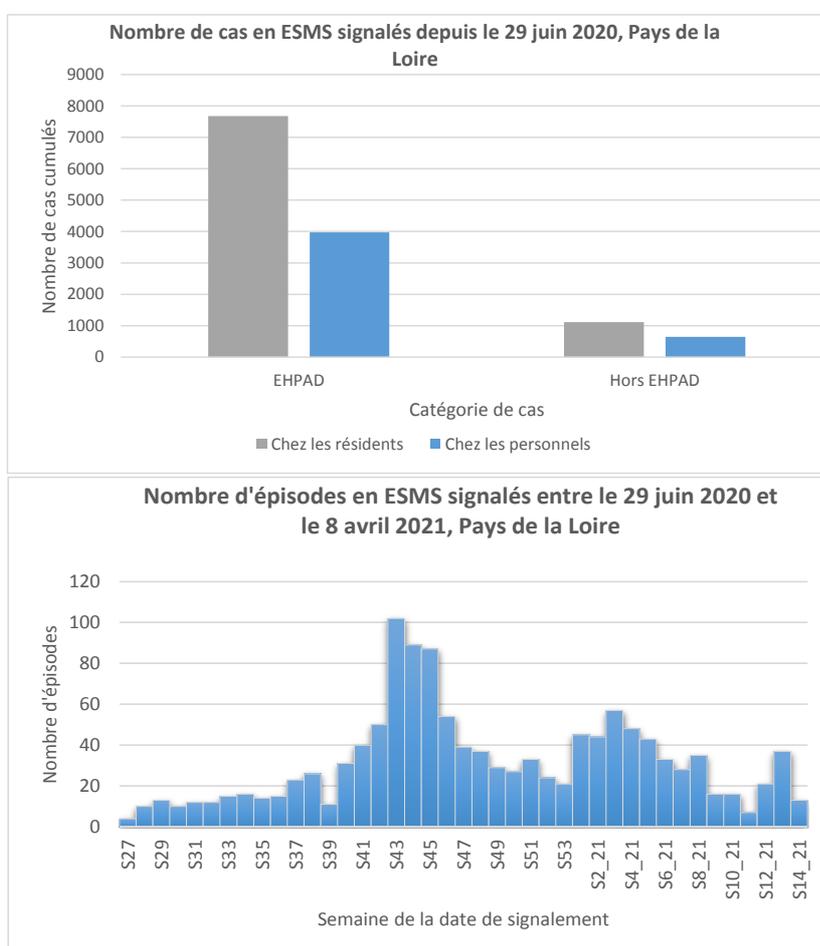
Pour rappel, sur la nouvelle application, le signalement doit être réalisé systématiquement et sans délai par la direction de l'ESMS dès le 1^{er} cas confirmé de COVID-19 survenu dans l'établissement.

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.

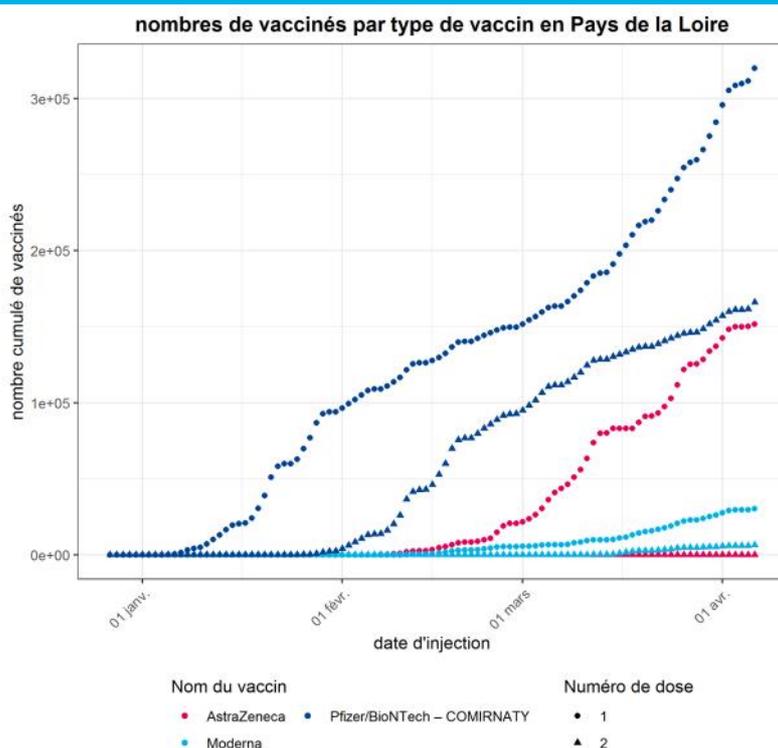
Au 6 avril 2021, 13 % de la population régionale a reçu au moins une dose de vaccin et 4 % a reçu un schéma vaccinal complet. En Pays de la Loire, 29 % des plus de 75 ans ont reçu un schéma vaccinal complet et 26 % des 65-74 ans ont reçu une dose.

NB: une révision dans le mode de calcul de l'âge (prise en compte de la date de naissance plutôt que l'année de naissance dans Vaccin Covid) a conduit à une légère correction à la baisse de la couverture vaccinale chez les personnes les plus âgées ces derniers jours

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	23985	4%	37645	15%	39697	27%	70851	59%
49	Maine-et-Loire	14992	5%	23144	15%	26368	30%	51738	62%
53	Mayenne	5252	5%	9132	15%	12675	35%	22647	66%
72	Sarthe	7756	4%	12623	11%	13962	21%	29572	48%
85	Vendée	10976	5%	17843	13%	21071	22%	49760	65%
Pays de la Loire		62961	4%	100387	14%	113773	26%	224568	60%
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	5541	1%	11209	4%	6018	4%	34579	29%
49	Maine-et-Loire	3408	1%	6467	4%	3653	4%	24891	30%
53	Mayenne	1479	1%	2420	4%	1361	4%	10580	31%
72	Sarthe	1877	1%	3885	4%	2533	4%	14768	24%
85	Vendée	3484	1%	5635	4%	3405	4%	25442	33%
Pays de la Loire		15789	1%	29616	4%	16970	4%	110260	29%

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)



COVID-19 - Vaccination

En Ehpad/USLD, 82 % des résidents et 40 % des professionnels ont reçu un schéma vaccinal complet dans la région.

La couverture vaccinale deux doses s'élève à 33 % chez les professionnels de santé quel que soit leur lieu d'exercice.

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	15124	99%	12811	84%
49 Maine-et-Loire	10139	98%	8228	80%
53 Mayenne	4621	100%	3579	78%
72 Sarthe	6336	92%	4933	72%
85 Vendée	11052	100%	9221	89%
Pays de la Loire	47272	99%	38772	82%

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	21652	60%	14332	40%

Nombre de professionnel de santé 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)

Région	1 dose		2 doses	
	Nombre de personnes vaccinées	CV 1 dose	Nombre de personnes vaccinées	CV 2 doses
Pays de la Loire	82889	78%	35578	33%
France métropolitaine	1314496	63%	602337	29%

BRONCHIOLITE (chez les moins de 2 ans)

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

Synthèse des données disponibles :

- SOS Médecins : stabilisation à un niveau élevé des actes SOS Médecins pour bronchiolite en S13 ;
- Urgences pédiatriques - Oscour® : poursuite de l'augmentation des passages aux urgences pour bronchiolite chez les moins de deux ans en S13, à un niveau élevé ;
- ▶ Données de virologie des laboratoires des CHU de Nantes et d'Angers : stabilisation à un niveau élevé des isollements positifs de VRS au CHU de Nantes en S13, 17 isollements positifs ont été recensés dont 11 chez les moins de 2 ans (contre 18 dont 14 de moins de 2 ans en S12). Au CHU d'Angers, 2 isollements positifs ont été recensés chez les moins de 2 ans en S13 (contre 8 en S12).

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

Passages aux urgences (RPU)

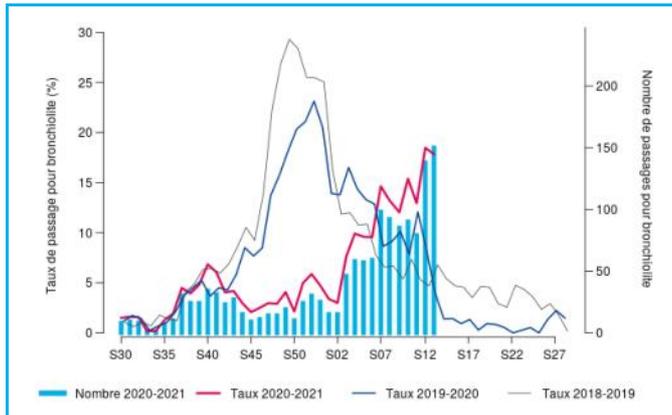


Figure - Taux et nombre de diagnostics de bronchiolite chez les moins de 2 ans parmi le total des passages, 2018-2021, Pays de la Loire (Source : Oscour®)

SOS Médecins

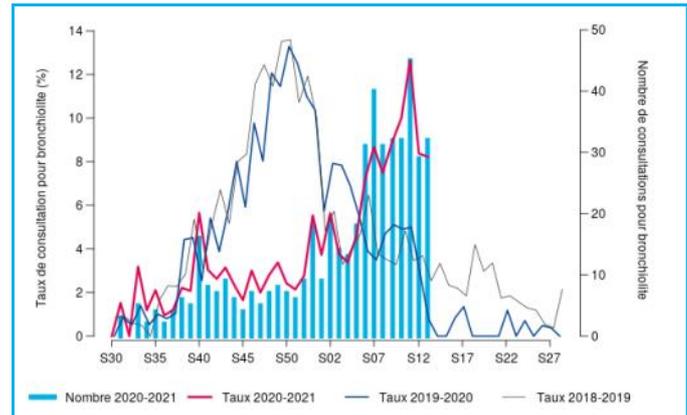
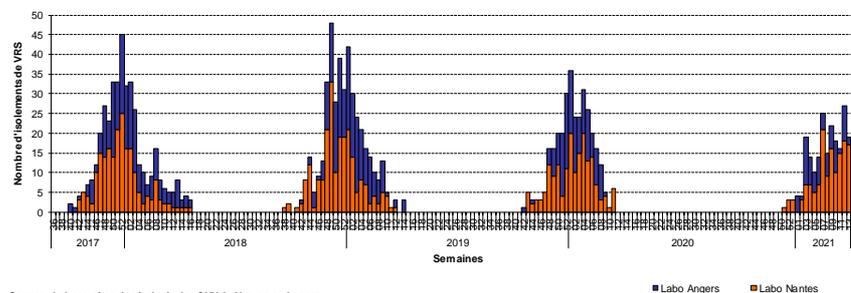


Figure - Taux et nombre de diagnostics de bronchiolite chez les moins de 2 ans parmi le total des actes médicaux 2018-2021, Pays de la Loire (Source : SOS Médecins)

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-S12	62		173	35.84
2021-S13	56	-9.7%	176	31.82

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 : stabilisation des actes SOS Médecins pour gastro-entérite en S13, à un niveau toujours légèrement supérieur à celui observé fin 2020, tous âges confondus. Augmentation des actes chez les moins de 5 ans en S13.
- Urgences - Oscour® : augmentation des recours aux urgences pour gastro-entérite en S13, tous âges confondus, et de façon plus marquée chez les enfants de moins de 5 ans.
- Les indicateurs épidémiologiques orientent plutôt vers une circulation de rotavirus, touchant davantage les moins de 5 ans.

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

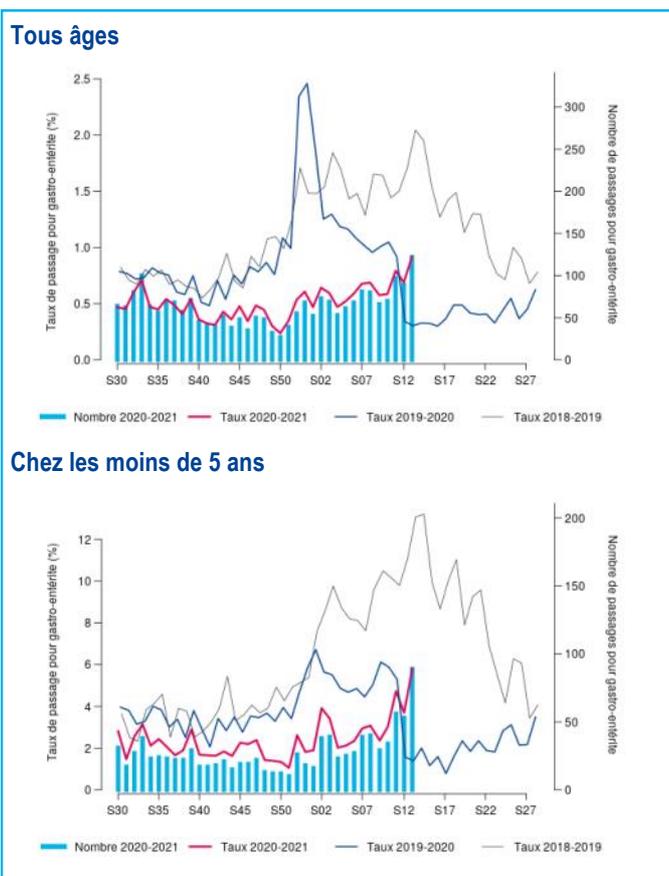


Figure - Taux et nombre de diagnostics de gastro-entérite parmi le total des passages, 2018-2021, Pays de la Loire (Source: Oscour®)

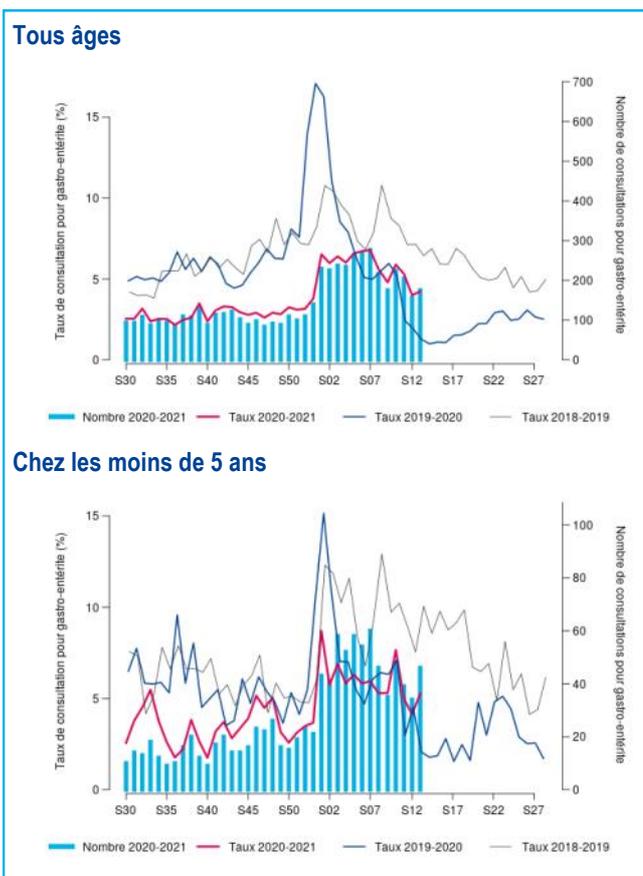


Figure - Taux et nombre de diagnostics de gastro-entérite parmi le total des consultations, 2018-2021, Pays de la Loire (Source: SOS Médecins)

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).

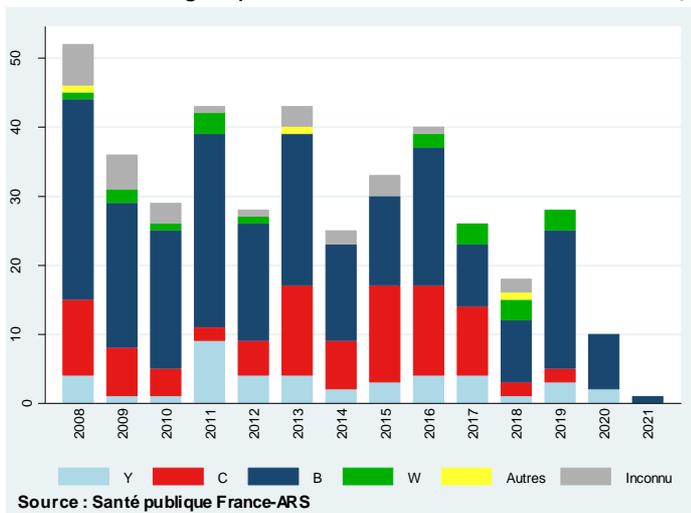
- **Lors de la préparation des repas** : application de mesures d'hygiène strictes (lavage soigneux des mains) avant la préparation des aliments et à la sortie des toilettes, en particulier dans les collectivités (institutions accueillant des personnes âgées, services hospitaliers, crèches), ainsi que 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>

MALADIE A DECLARATION OBLIGATOIRE

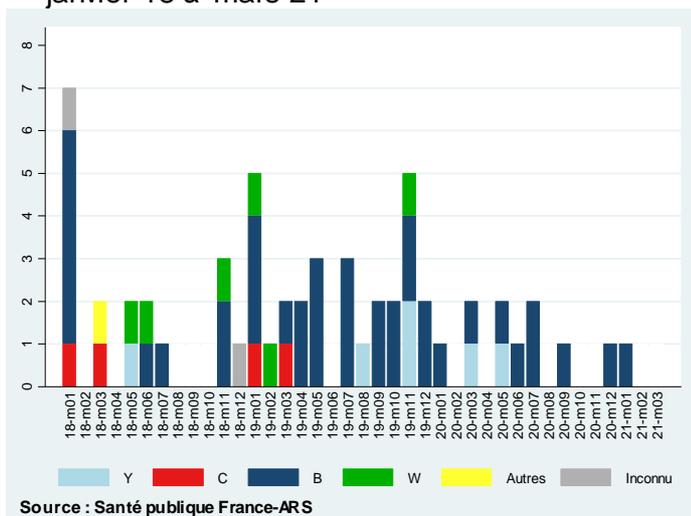
| Infection invasive à méningocoque |

Nombre **annuel** de cas d'infection invasive à méningocoque domiciliés dans les Pays de la Loire selon le sérotype, 2008-2021 *données provisoires*

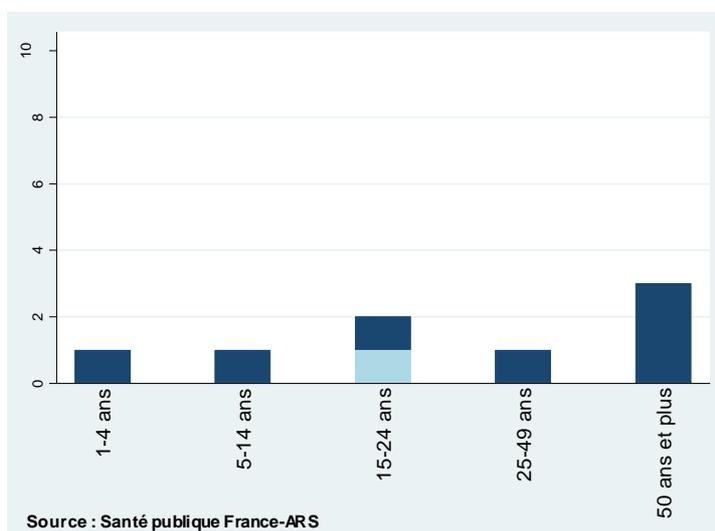


Nombre **mensuel** de cas d'infection invasive à méningocoque domiciliés dans les Pays de la Loire selon le sérotype *données provisoires*

janvier-18 à mars-21



Répartition par âge des cas survenus depuis 1 an selon le sérotype



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 5 avril 2021 (N=877) (source : Inserm-CépiDC, au 06/04/2021)

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	8	22	29	78	37	4
65-74 ans	26	26	74	74	100	11
75 ans ou plus	261	35	476	65	737	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

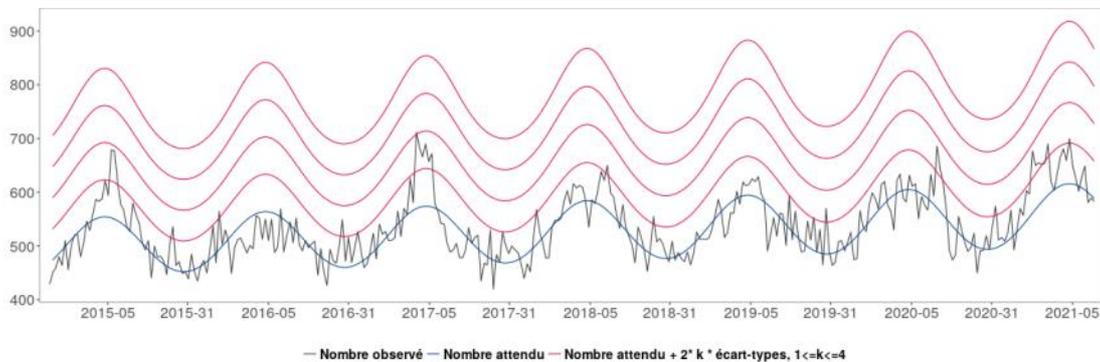
- Sexe-ratio (H/F) : 1,0 (N=877)

Répartition selon l'existence de facteurs de risque connus

- Avec comorbidités : 66 % (N=582)
- Sans ou non-renseignés : 34 % (N=295)

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)

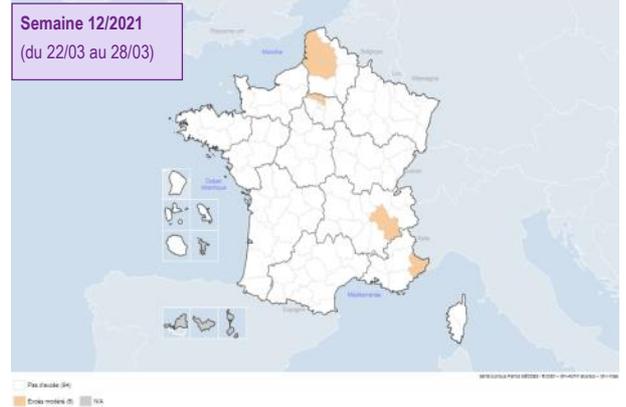


Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues (tous âges), sur les semaines 11 et 12/2021, par département (Source : Insee, au 06/04/21 à 14h)

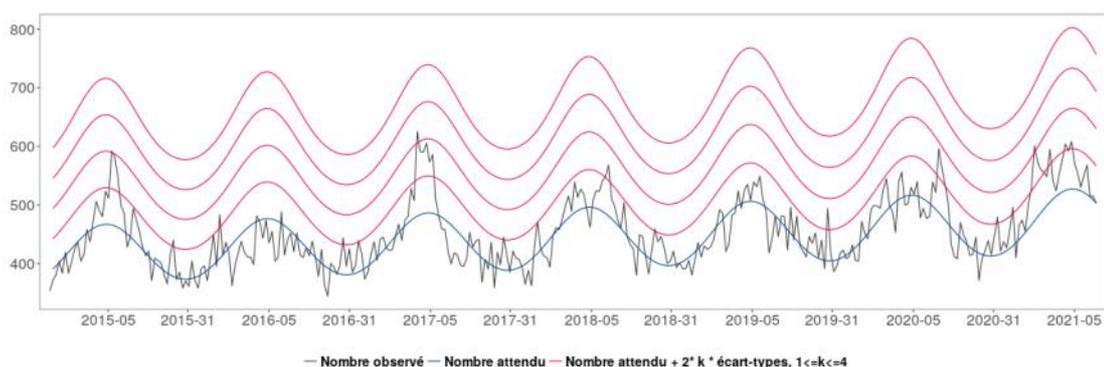
Niveau d'excès de mortalité standardisé - tous âges, 2021 S11 - Source : Santé publique France - Insee



Niveau d'excès de mortalité standardisé - tous âges, 2021 S12 - Source : Santé publique France - Insee



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 de patients hospitalisés infectés par le SARS-CoV-2, admis en services de soins critiques (services de réanimation et autres services de soins critiques comme les soins intensifs ou soins continus) déclarés par les établissements hospitaliers (depuis le 13 mars 2020).

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 épidémi

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](https://twitter.com/@sante-prevention)

Date de publication : 9 avril 2021