

VEILLEHEBDO

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Point n°2021-21 publié le mercredi 2 juin 2021

| COVID-19 |

En semaine 21, la circulation virale diminue au niveau régional et départemental.

L'ensemble des indicateurs épidémiologiques est en baisse. Les taux de positivité et d'incidence sont inférieurs à ceux observés au niveau national.

Les tensions sur le système de soins hospitaliers sont moins fortes.

Plus d'infos : [page 2](#)

Dans le contexte de la levée progressive des mesures de restrictions sanitaires, il est primordial de maintenir un haut niveau d'adhésion aux mesures individuelles de prévention, de dépistage, d'isolement des cas et des contacts. Il est impératif de rappeler à chacun la responsabilité individuelle dans l'adhésion à ces mesures barrières et de limitation des contacts pour maintenir à la baisse la dynamique observée. Il est enfin important d'encourager à la vaccination les personnes prioritaires non encore vaccinées.

| Cas graves de grippe et de Covid-19 en réanimation |

Depuis mars 2020, 2 015 fiches de signalement ont été envoyées par le réseau sentinelles (12 nouveaux signalements en une semaine). Résultats : [page 6](#)

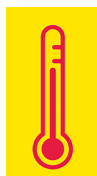
| CHIKUNGUNYA, DENGUE, ZIKA | Surveillance renforcée

Depuis le début de la surveillance le 1^{er} mai, 4 cas confirmés de dengue, importés de la Réunion et 1 cas de chikungunya importé du Gabon ont été signalés. Plus d'informations en [pages 8 et 9](#).

Principe du dispositif de surveillance :

- Adresser le cas suspect au laboratoire pour une recherche des 3 pathologies, en particulier chez les personnes ayant voyagé dans les zones de circulation des virus (zone intertropicale).
- Privilégier si possible la prescription d'une RT-PCR et inciter le patient à réaliser le prélèvement dans les suites immédiates de la consultation.
- Signaler rapidement à l'ARS les patients avec résultats positifs (RT-PCR et/ou sérologie).
- Prescrire la réalisation d'un 2^{ème} prélèvement, dans un délai de 15 jours au minimum après le 1^{er}, en cas de résultat IgM positif isolé.

| CANICULE |



Lancement de la surveillance des effets sanitaires liés aux fortes chaleurs.

La surveillance est mise en place du 1^{er} juin au 15 septembre.

Aucune vague de chaleur n'est prévue dans les prochains jours.

Plus d'infos sur le dispositif en [page 10](#).

| SURSAUD® | Indicateurs non spécifiques - Synthèse sur la période analysée

Au niveau régional, l'activité globale des urgences hospitalières est en hausse ainsi que chez les moins de 15 ans. Celle des associations SOS médecins et des SAMU est stable.

Résultats détaillés par département, et part des non résidents vus aux urgences en [page 11](#).

Données de mortalité toutes causes en [page 12](#) : il n'y a plus d'excès de mortalité depuis la semaine 18 après 29 semaines consécutives de surmortalité.

| POLLENS |

Le risque d'allergie est élevé à très élevé dans la région en lien avec les pollens de graminées.

En savoir plus : [Bulletins allergo-polliniques et prévisions](#)

Carte de vigilance - mise à jour le 1^{er} juin 2021.
Source : Réseau national de surveillance aérobiologique (RNSA)



Synthèse de la semaine 21 (du 20 au 30 mai 2021)

En S21, le taux de dépistage est en diminution : 3 083 versus 3 754 pour 100 000 habitants en semaine 20. Le taux de positivité continue de légèrement diminuer : 2,0 % en S21 vs à 2,2 % en S20. Le taux d'incidence régional diminue également : 60 vs 81 pour 100 000 habitants en S20.

Les tests PCR de criblage représentent 43 % de l'ensemble des tests positifs (vs. 51 % au niveau national). Parmi ces criblages, 83 % sont positifs au variant V1 (77 % au niveau national), et 4 % sont positifs aux V2 ou V3 (6 % au niveau national). Les proportions de variant V1 et des variants V2 ou V3 sont en légère baisse.

Au niveau départemental, l'activité de dépistage est en baisse dans tous les départements. Le taux de positivité baisse ou est stable dans tous les départements. Le taux d'incidence est en baisse dans tous les départements et passe sous le seuil des 100 tests positifs pour 100 000 habitants. Les taux d'incidence dans les métropoles régionales baissent également.

L'ensemble des indicateurs hospitaliers est en diminution dans la région, avec une baisse du nombre total de personnes hospitalisées, du nombre total de personnes en service de soins critiques et des personnes décédées.

L'impact de l'épidémie dans les établissements sociaux et médico-sociaux est faible.

le nombre de clusters signalé en S21 baisse à nouveau.

La couverture vaccinale poursuit sa progression dans la région. Au 30 mai, 38,2 % de la population (38,7 % en France) avait reçu au moins une première injection de vaccin et 21 % (18 % en France) avait bénéficié d'un schéma vaccinal complet.

Méthodologie

Ce bilan a été réalisé à partir des sources de données suivantes :

- les laboratoires de ville et les laboratoires hospitaliers ;
- les associations SOS Médecins ;
- le réseau de médecins Sentinelles ;
- les collectivités de personnes âgées (Ehpad...) et autres types d'établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) ;
- les services des urgences (Oscour®) ;
- les services hospitaliers dont les réanimations (SI-VIC) ;
- le suivi des clusters (MONIC).

Surveillance virologique

L'analyse est basée sur les données produites le 03/06/2021.

Pour rappel, la production des indicateurs SIDEPE est réalisée avec le nouvel algorithme de pseudo anonymisation.

La semaine 21 a été marquée par la présence d'un jour férié (lundi de Pentecôte) pouvant ainsi impacter la baisse les taux de dépistage et d'incidence.

Comparaison à la situation nationale

Le taux de dépistage (TD) régional est légèrement supérieur au taux national en S21 : 3 083 vs 2 954 pour 100 000 habitants. Le taux de positivité et le taux d'incidence (TI) en Paca sont inférieurs aux taux nationaux : respectivement 2,0 % vs 3,1 % et 60 vs 91 pour 100 000 habitants.

En tenant compte de l'effet du jour férié, les TD et TI régionaux corrigés s'élèvent respectivement à 3 733 pour 100 000 habitants (vs 3 516 au niveau national) et 73 pour 100 000 habitants (vs 109 au niveau national).

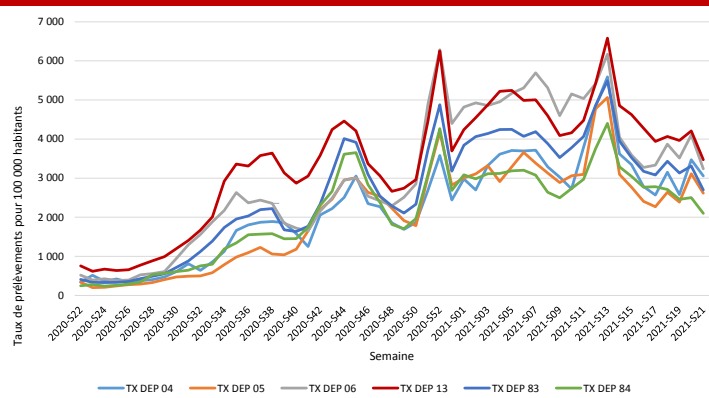
Taux de dépistage régional

Le TD régional, calculé sur les tests RT-PCR et les tests antigéniques (TA), est de 3 083 pour 100 000 habitants en S21. Il est en baisse par rapport à la S20 (3 754).

Le taux de dépistage varie de 2 103 pour 100 000 habitants dans le Vaucluse à 3 488 dans les Bouches-du-Rhône (Figure 1).

En tenant compte de l'effet du jour férié, le TD régional corrigé s'élève à 3 733 pour 100 000 habitants (de 2 572 dans le Vaucluse à 4 257 dans les Bouches-du-Rhône).

| Figure 1 | Evolution hebdomadaire du taux de dépistage par département, test RT-PCR et antigéniques, Paca, au 01/06/2021 (source : SIDEPE)

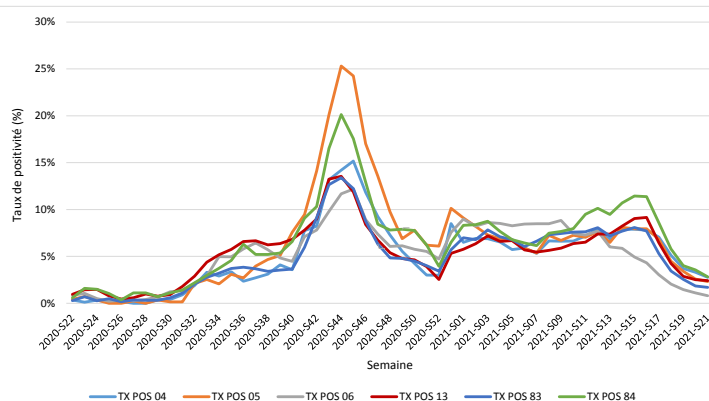


Taux de positivité régional

Le taux de positivité est en légère baisse en S21 (2,0 % versus 2,2% en S20). Cette tendance est observée dans tous les départements.

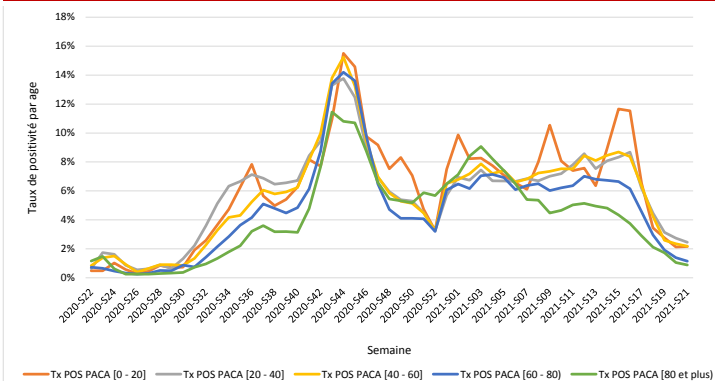
Le taux de positivité est compris entre 0,8 % dans les Alpes-Maritimes et 2,8 % dans les Alpes-de-Haute-Provence et le Vaucluse (Figure 2).

| Figure 2 | Evolution hebdomadaire du taux de positivité par département, test RT-PCR et antigéniques, Paca, au 01/06/2021 (source : SIDEPE)



Les taux de positivité sont stables en S21 par rapport à la S20 chez les moins de 20 ans, les 40-60 ans et les 80 ans et plus et diminuent légèrement dans les autres classes d'âges. Les taux de positivité varient entre 0,9 % chez les 80 ans et plus et 2,5 % chez les 20-40 ans (Figure 3).

Figure 3 | Evolution hebdomadaire du taux de positivité, par classe d'âge, test RT-PCR et antigéniques, Paca, au 01/06/2021 (source : SIDEP)

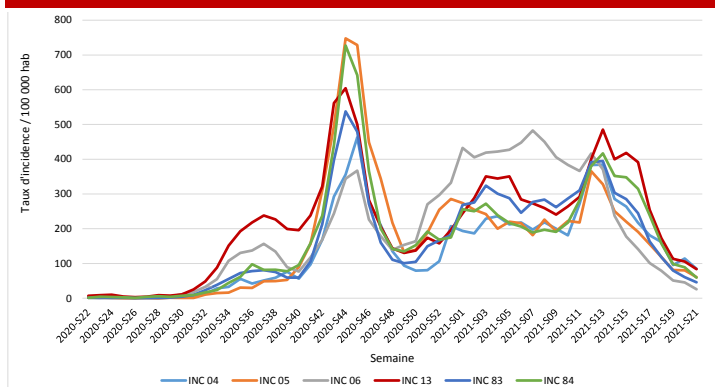


Taux d'incidence

Au niveau régional, le TI, calculé sur les tests RT-PCR et les TA, est en baisse : 60 pour 100 000 habitants en S21 vs 81 pour 100 000 habitants en S20. Cette tendance est observée dans tous les départements. Le taux varie de 26 pour 100 000 habitants dans les Alpes-Maritimes à 85 pour 100 000 habitants dans les Alpes-de-Haute-Provence (Figure 4).

Le TI régional corrigé s'élève à 73 pour 100 000 habitants (de 31 dans les Alpes-Maritimes à 103 dans les Bouches-du-Rhône).

Figure 4 | Evolution hebdomadaire du taux d'incidence par département, test RT-PCR et antigéniques, Paca, au 01/06/2021 (source : SIDEP)



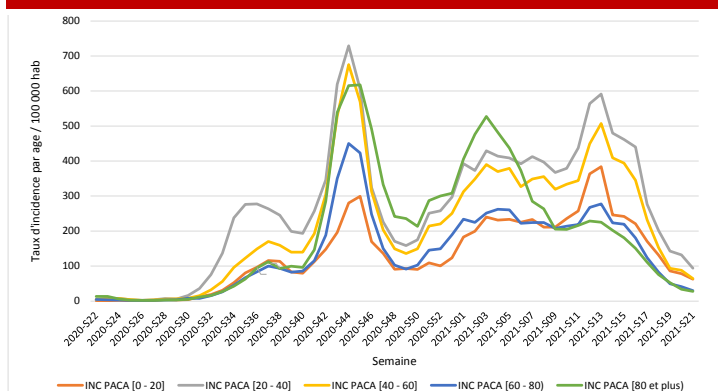
En S21, le taux d'incidence diminue dans toutes les classes d'âge. Les taux sont compris entre 28 pour 100 000 habitants chez les 80 ans et plus, et 94 pour 100 000 habitants chez les 20-40 ans (Figure 5).

Présence de variants d'intérêt

La part des variants d'intérêt est stable dans la région. Le variant 20I/501Y.V1 (UK) est largement majoritaire (83 %). Les variants 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) restent encore très minoritaires et stables.

Vous retrouverez les données concernant l'évolution de la circulation des nouveaux variants dans le PE COVID-19 national, disponible sur le [site Internet de Santé publique France](#).

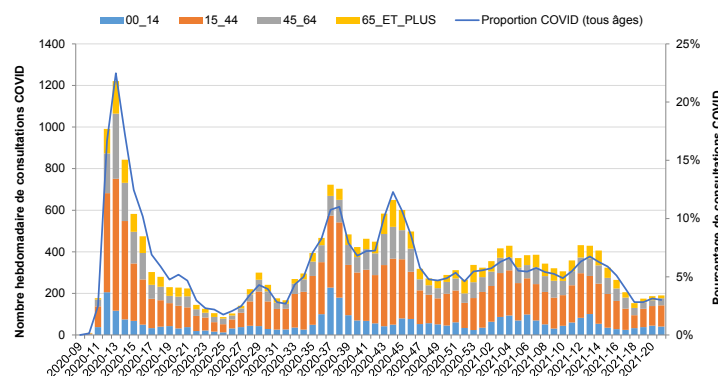
Figure 5 | Evolution hebdomadaire du taux d'incidence par classe d'âge, test RT-PCR et antigéniques, Paca, au 01/06/2021 (source : SIDEP)



Surveillance en ville

Au niveau régional, le pourcentage d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID est stable en S21 : 3,0 % vs 3,1 % en S20 (Figure 6). Le taux est stable dans les Bouches-du-Rhône tandis qu'il augmente dans les Alpes-Maritimes et qu'il baisse dans le Var. En dehors du Vaucluse où les données sont difficilement interprétables en raison des faibles effectifs mesurés, le pourcentage est compris entre 2,7 % dans les Alpes-Maritimes et 3,4 % dans les Bouches-du-Rhône.

Figure 6 | Nombre hebdomadaire d'actes pour suspicion de Covid-19 par classes d'âge et pourcentage hebdomadaire d'activité liée au COVID-19, Paca, au 30/05/2021 (source : SOS Médecins)

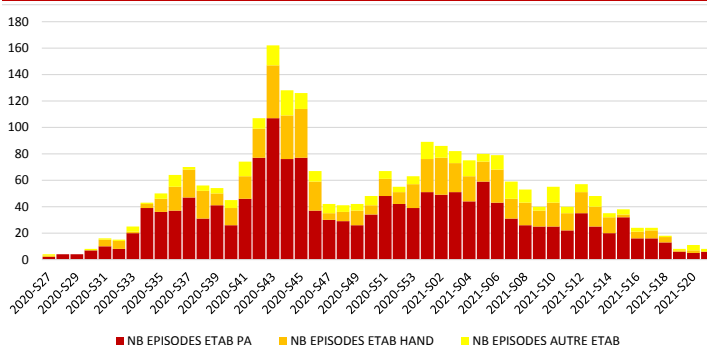


Surveillance en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

En S21, 8 nouveaux épisodes (au moins un cas confirmé de COVID) ont été signalés (Figure 7) contre 11 en S20 et 8 en S19.

Au total, 44 épisodes, avec au moins un cas de COVID-19 confirmé, sont en cours de gestion.

Figure 7 | Nombre d'épisodes Covid-19 (au moins 1 cas confirmé) dans les ESMS par type d'établissement, Paca, semaines 2020-27 à 2021-21 (source : COVID-19 EHPAD/ESMS v2 au 01/06/2021)



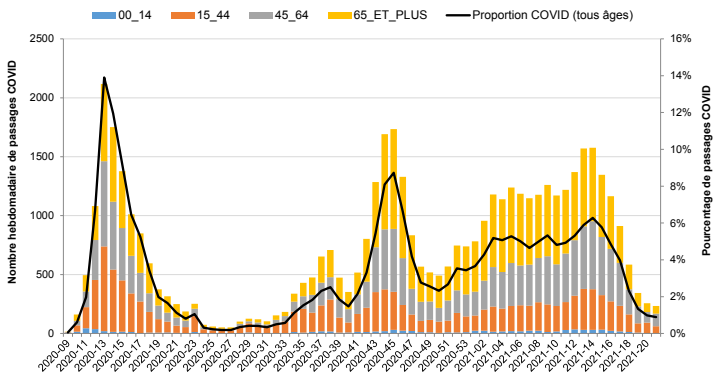
En S21, 2 résidents sont décédées, un en ESMS et un en établissement de santé. Le nombre de nouveaux cas est de 18 chez les résidents (en légère baisse par rapport à la S20) et 12 chez les personnels (stable par rapport à la S20). Le nombre de décès en ESMS depuis le début de l'épidémie s'élève à 3 053 : 2 067 dans les ESMS, 986 à l'hôpital.

Surveillance en milieu hospitalier

Services des urgences

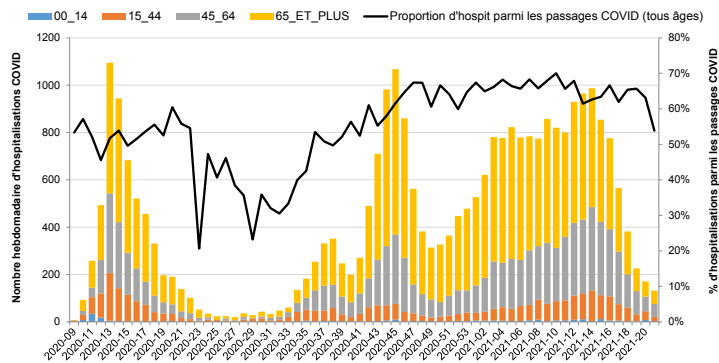
Le pourcentage de passages aux urgences COVID est relativement stable en S21 à l'échelle de la région (0,9 % en S21 vs 1,0 % en S20). Cette tendance est retrouvée dans les Alpes-Maritimes, les Bouches-du-Rhône, le Var et le Vaucluse alors que ces taux sont en diminution dans les départements alpins. Il est compris entre 0,3 % dans les Alpes-Maritimes et 1,5 % dans les Alpes-de-Haute-Provence (Figure 8).

| Figure 8 | Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge et pourcentage hebdomadaire d'activité liée au COVID-19, Paca, au 30/05/2021 (source : Oscore®)



Le pourcentage d'hospitalisations suite à un passage aux urgences COVID est en baisse par rapport à la S20 (Figure 9).

| Figure 9 | Nombre hebdomadaire d'hospitalisations suite à un passage aux urgences pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge et pourcentage hebdomadaire d'activité liée au COVID-19, Paca, au 30/05/2021 (source : Oscore®)



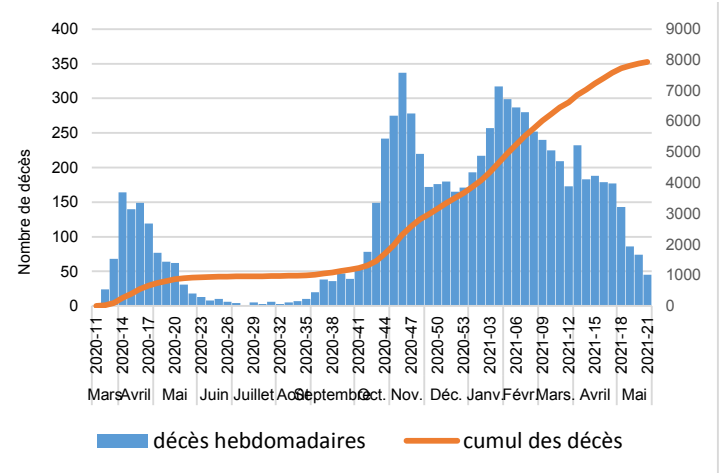
Hospitalisations (exploitation des données SIVIC extraites le 31/05/2021 à 14h30)

Ces indicateurs ne tiennent pas compte des patients pris en charge en hospitalisation à domicile.

Le nombre de patients hospitalisés décédés dans la région continue à baisser en S21 avec 45 décès contre 74 en S20. (Figure 10).

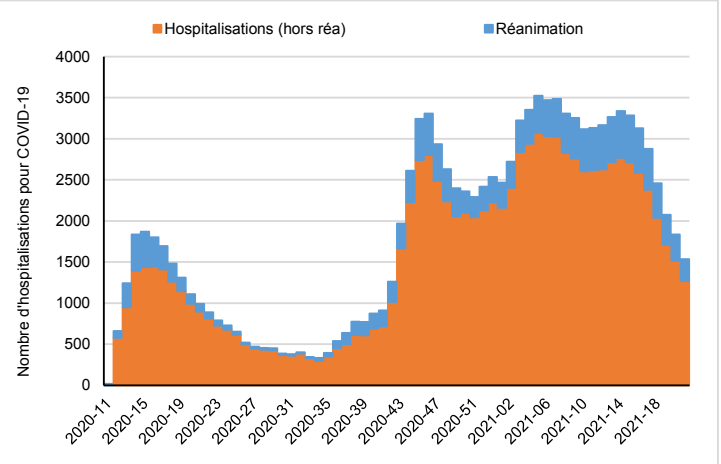
En S21, la file active en soins critiques (réanimation/soins intensifs/soins continus) est en baisse par rapport à la S20 (266 vs 321, soit -17 %) mais reste à un niveau élevé. La baisse est aussi retrouvée pour la file active en hospitalisation conventionnelle et en SSR (Figure 11).

| Figure 10 | Nombre de cas de covid-19 (testés positifs) hospitalisés et décédés par semaine et cumul des décès, Paca, semaines 2020-11 à 2021-21 (source : SI-VIC / extractions réalisées le 31/05 à 14h30)



Depuis le début de la crise, 39 330 personnes hospitalisées sont retournées à leur domicile.

| Figure 11 | Evolution hebdomadaire de la file active des hospitalisations pour COVID-19, Paca, semaines 2020-11 à 2021-21 (source : SI-VIC / extractions réalisées le 31/05 à 14h30)

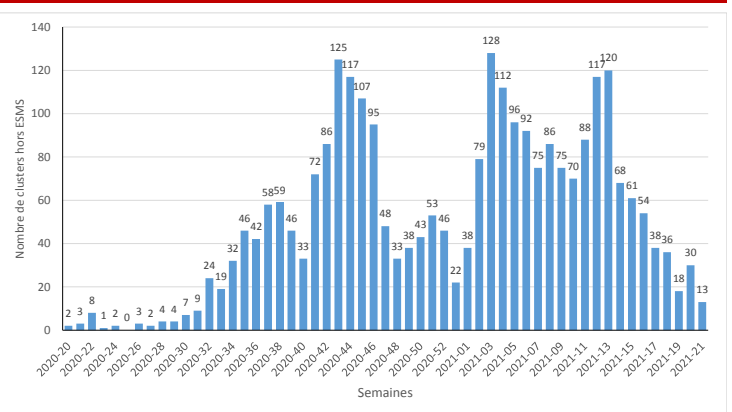


Surveillance des clusters

A la date du 01/06/2021, l'ARS a investigué 13 nouveaux clusters hors ESMS signalés en S21 (Figure 12). Ce nombre est en baisse par rapport à la S20 (30). En S21, 3 nouveaux clusters ont été déclarés en ESMS.

Au total, du 09/05/2020 au 01/06/2021, 4 132 clusters (hors foyers

| Figure 12 | Evolution hebdomadaire du nombre de clusters hors ESMS signalés à l'ARS Paca, rapportés entre le 09/05/2020 et le 01/06/2021, Paca (source MONIC)



familiaux restreints) ont été identifiés dans la région, dont 135 (3,3 %) sont toujours actifs (Tableau 1). Le nombre de clusters signalés doit être considéré avec prudence du fait d'une sous déclaration probable.

| Tableau 1 | Répartition des clusters par département et par type de collectivités, hors clusters en milieu familial restreint, rapportés entre le 09/05/2020 et le 01/06/2021, Paca (source MONIC)

		Paca	04	05	06	13	83	84
Hors ESMS	Total	2784	148	118	484	1266	516	252
	<i>en cours</i>	113	7	3	18	56	22	7
	<i>Clôturé</i>	2671	141	115	466	1210	494	245
	Total	1348	65	46	297	564	277	99
ESMS	<i>en cours</i>	22	2	0	3	10	3	4
	<i>Clôturé</i>	1326	63	46	294	554	274	95
TOTAL		4132	213	164	781	1830	793	351

Vaccination

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Depuis le 27 janvier 2021, l'estimation des nombres de personnes vaccinées en France contre la COVID-19 est issue du système d'information *Vaccin Covid* alimenté par les professionnels de santé réalisant les vaccinations.

Les indicateurs sont produits en distinguant :

- les personnes vaccinées par au moins une dose : personnes ayant reçu une ou deux doses de vaccin ;
- les personnes complètement vaccinées : personnes vaccinées par deux doses par les vaccins nécessitant deux doses (vaccins Pfizer, Moderna ou Astra-Zeneca), personnes vaccinées par une dose par les vaccins nécessitant une seule dose (vaccin Janssen), personnes vaccinées par une dose par les vaccins Pfizer, Moderna ou Astra-Zeneca en cas d'antécédent de Covid-19.

Pour plus d'information sur la méthodologie de calcul des indicateurs : [cliquer ici](#).

Au 30 mai 2021 (données par date d'injection), selon les données issues de *Vaccin Covid* (données transmises par la Cnam le 31 mai 2021, analyse Santé publique France), 1 930 286 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et 1 060 030 sont complètement vaccinés. La couverture vaccinale chez les 18 ans et plus est de 47,8 % pour la 1ère dose et 26,2 % pour le schéma complet (Tableau 2).

| Tableau 2 | Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 Paca et couvertures vaccinales (% de la population) en population générale et chez les personnes âgées de 18 ans et plus par département Paca (données au 31/05/2021 - source : Vaccin Covid)

Département	Au moins 1 dose			Schéma complet		
	Nombre de personnes vaccinées	CV (%) pop générale	CV (%) ≥ 18 ans	Nombre de personnes vaccinées	CV (%) pop générale	CV (%) ≥ 18 ans
04 - Alpes-de-Haute-Provence	57 740	35,0 %	43,1 %	34 608	20,9 %	25,8 %
05 - Hautes-Alpes	55 295	39,0 %	48,5 %	30 667	21,6 %	26,9 %
06 - Alpes-Maritimes	458 546	42,5 %	52,4 %	252 021	23,3 %	28,8 %
13 - Bouches-du-Rhône	737 741	36,3 %	46,0 %	409 695	20,1 %	25,5 %
83 - Var	424 050	39,5 %	48,6 %	231 194	21,5 %	26,5 %
84 - Vaucluse	196 914	35,1 %	44,6 %	101 845	18,2 %	23,1 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 930 286	38,2 %	47,8 %	1 060 030	21,0 %	26,2 %
France métropolitaine	25 113 630	38,7 %	ND	11 742 318	18,1 %	ND

Du fait d'un défaut de saisie et d'un problème de qualité de données, les données de vaccination et les couvertures vaccinales peuvent être sous-estimées.

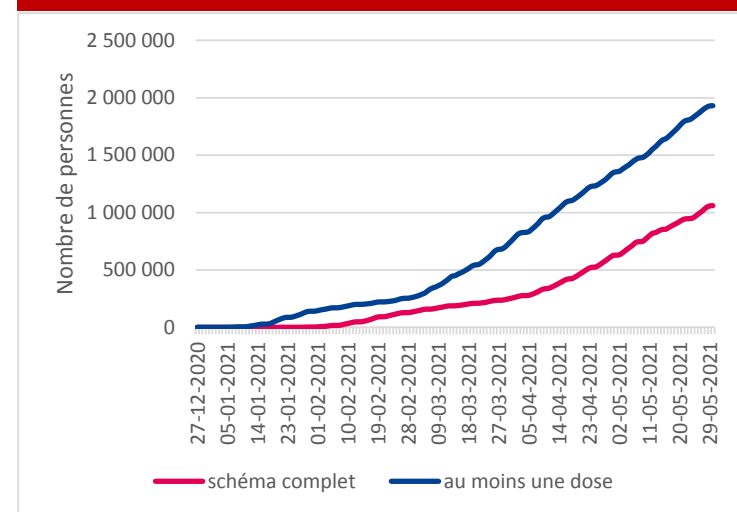
Les nombres de doses et les couvertures vaccinales par classes d'âge sont présentés dans le tableau 3.

| Tableau 3 | Nombres de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales par classe d'âge, Paca (données au 24/05/2021 - source : Vaccin Covid)

Classes d'âge	Au moins 1 dose		Schéma complet	
	Nombre de personnes vaccinées	CV (%)	Nombre de personnes vaccinées	CV (%)
18-49 ans	454 615	24,5 %	143 536	7,7 %
50-64 ans	569 215	57,0 %	253 176	25,3 %
65-74 ans	455 834	75,1 %	287 231	47,3 %
75 ans et plus	449 062	77,3 %	375 750	64,7 %
Non renseigné	1 560		337	
Total	1 930 286	38,2 %	1 060 030	21,0 %

Le nombre quotidien cumulé de personnes ayant reçu au moins 1 dose et complètement vaccinées contre la COVID-19 est présenté dans la figure 13.

| Figure 13 | Nombre quotidien cumulé de personnes ayant reçu au moins 1 dose et de personnes complètement vaccinées contre la COVID-19, Paca (données au 31/05/2021)



Cas graves de grippe et de Covid-19 en service de réanimation | 1/2

En raison de la circulation active du SARS-CoV-2, la surveillance des cas de grippe hospitalisés en réanimation a été élargie pour la saison 2020-2021 aux cas graves de Covid-19.

Depuis la saison 2018-2019, la surveillance est organisée autour d'un réseau de services de réanimation sentinelles (24 services en région Paca). Les réanimateurs envoient une fiche de signalement standardisée à la cellule régionale de Santé publique France en région Paca et en Corse qui assure le suivi de l'évolution des cas et élabore le bilan épidémiologique régional.

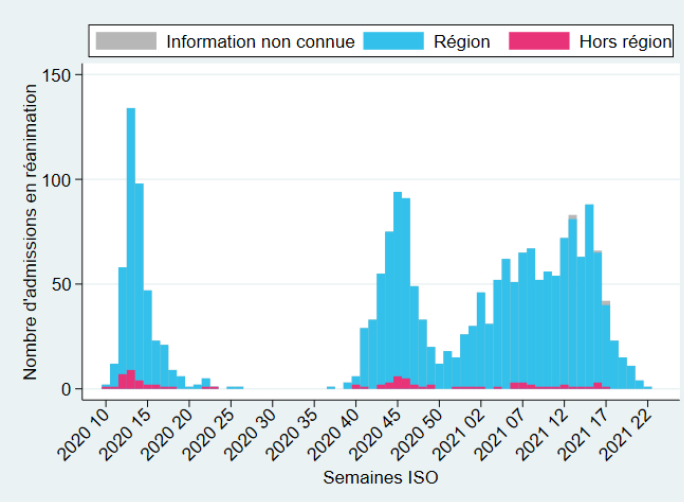
Cette surveillance a pour objectif de documenter les caractéristiques des cas graves de grippe et de Covid-19 admis en réanimation et n'a pas vocation à tous les dénombrer.

Afin de prendre en compte l'évolution de la dynamique épidémique, la période de surveillance a été découpée en 3 périodes : 1^{ère} vague (2020-S1), 2^{ème} vague (2020-S2) puis début 2021 (2021-S1), pour évaluer l'impact éventuel de la campagne de vaccination et du début de la circulation des variants d'intérêt (VOC).

Certaines comparaisons sont à prendre avec prudence. Ainsi, la sous-estimation de la prévalence de l'obésité et de l'hypertension artérielle (HTA) au cours de la première vague, en raison du recueil non systématique de ces comorbidités en début de la période de surveillance a très probablement contribué à la surestimation de la proportion de cas graves sans comorbidité sur cette période. De même, certains patients étant encore actuellement hospitalisés depuis plusieurs semaines, le temps de séjour lors de la deuxième vague et début 2021 est sous-estimé.

Depuis mars 2020, 2 015 cas ont été signalés, tous de Covid-19 (figure 1). A ce jour, 420 patients sont décédés au cours de leur séjour et 1 495 sont sortis de réanimation (tableau 2).

Figure 1 | Nombre de cas hebdomadaires de Covid-19 signalés dans les services de réanimation sentinelles selon la date d'admission en réanimation et le lieu de résidence, Paca, au 01/06/2021 (source : cas graves en réanimation, Santé publique France)



Le sex-ratio H/F a tendance à diminuer entre les périodes : de 2,9 lors de la 1^{ère} vague à 2,3 depuis début 2021 (tableau 1).

Les patients admis en réanimation depuis début 2021 sont plus jeunes (tableau 1). Depuis début 2021, on observe ainsi une baisse de la proportion des patients de plus de 75 ans et une hausse des patients de moins de 65 ans (tableau 2 et figure 2).

La proportion de patients ayant reçu une ventilation invasive a considérablement diminué par rapport à la première vague de l'épidémie. Elle a encore diminué depuis début 2021 (de 66 % à 35 %) mais certains patients encore hospitalisés étant des cas

Tableau 1 | Caractéristiques des cas de Covid-19 signalés dans les services de réanimation sentinelles, Paca, au 01/06/2021 (source : cas graves en réanimation, Santé publique France)

	2020-S1	2020-S2	2021-S1
Cas admis en réanimation			
Nb signalements	421	548	1046
Répartition par sexe			
Homme	312 (74%)	399 (73%)	731 (70%)
Femme	109 (26%)	149 (27%)	315 (30%)
Inconnu	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ratio	2,9	2,7	2,3
Age			
Moyen	64,4	66,9	61,5
Médian	66,0	68,3	64,0
Quartile 25	56,0	60,0	54,5
Quartile 75	73,6	74,7	71,1
Délai entre début des signes et admission en réanimation			
Moyen	9,0	8,5	9,0
Médian	7,0	8,0	9,0
Quartile 25	5,0	6,0	6,0
Quartile 75	11,0	11,0	11,0
Région de résidence des patients			
Hors région	30 (7%)	26 (5%)	23 (2%)
Paca	391 (93%)	522 (95%)	1018 (98%)
Non renseigné	0	0	5

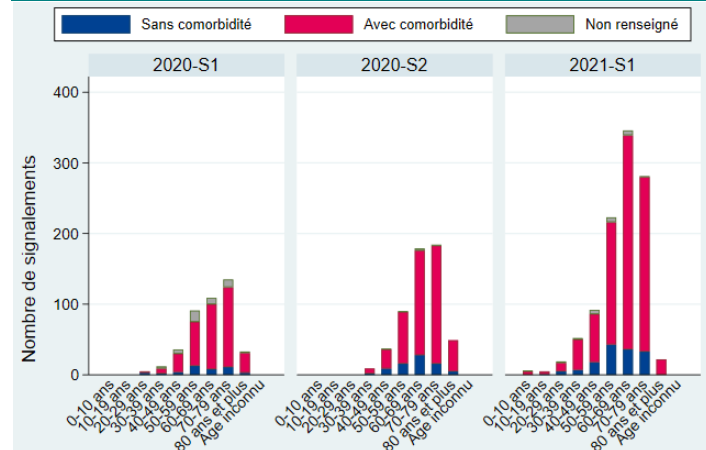
les plus graves nécessitant un type de ventilation mécanique, cette proportion peut être sous estimée (tableau 3).

Depuis le début de la surveillance, la moitié des patients a eu un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour. Cette proportion est stable (tableau 3).

La proportion de patients sans comorbidité est stable depuis le début de la surveillance (tableau 2). La proportion de patients avec obésité et hyper tension artérielle a tendance à augmenter selon les périodes alors que celle avec pathologie cardiaque à diminuer.

A ce stade de la surveillance, les durées moyenne et médiane de séjour des patients sortis de réanimation ou décédés ont diminué selon les périodes. Ainsi, la durée moyenne de séjour a chuté de 21,2 jours lors de la première vague à 13,1 jours actuellement (tableau 3).

Figure 2 | Distribution par classes d'âge des cas de Covid-19 graves dans les services de réanimation sentinelles, Paca, au 01/06/2021 (source : cas graves en réanimation, Santé publique France)



Cas graves de grippe et de Covid-19 en service de réanimation | 2/2

Tableau 2 | Ages, comorbidités et évolution des cas de Covid-19 signalés dans les services de réanimation sentinelles, Paca, au 01/06/2021 (source : cas graves en réanimation, Santé publique France)

	2020-S1	2020-S2	2021-S1
Classe d'âge			
0-14 ans	0 (0%)	0 (0%)	6 (1%)
15-44 ans	31 (7%)	22 (4%)	103 (10%)
45-64 ans	154 (37%)	183 (33%)	440 (42%)
65-74 ans	147 (35%)	219 (40%)	364 (35%)
75 ans et plus	89 (21%)	124 (23%)	133 (13%)
Non renseigné	0	0	0
Comorbidités			
Aucune comorbidité	44 (12%)	76 (14%)	143 (14%)
Au moins une comorbidité parmi :	330 (88%)	466 (86%)	877 (86%)
- Obésité (IMC>=30)	142 (38%)	221 (41%)	464 (45%)
- Hypertension artérielle	115 (31%)	206 (38%)	412 (40%)
- Diabète	117 (31%)	162 (30%)	254 (25%)
- Pathologie cardiaque	94 (25%)	130 (24%)	192 (19%)
- Pathologie pulmonaire	66 (18%)	85 (16%)	186 (18%)
- Immunodépression	18 (5%)	32 (6%)	24 (2%)
- Pathologie rénale	15 (4%)	41 (8%)	46 (5%)
- Cancer*	-	31 (6%)	43 (4%)
- Pathologie neuromusculaire	17 (5%)	11 (2%)	14 (1%)
- Pathologie hépatique	2 (1%)	9 (2%)	13 (1%)
Non renseigné	47	6	26
Evolution			
Evolution renseignée	421 (100%)	536 (98%)	958 (92%)
- Transfert hors réanimation ou retour à domicile	334 (79%)	393 (73%)	768 (80%)
- Décès	87 (21%)	143 (27%)	190 (20%)

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

Caractéristiques des patients décédés

Depuis le début de la surveillance, 420 patients sont décédés au cours de leur séjour en réanimation. La létalité a diminué depuis début 2021 (20 %) par rapport à la deuxième vague (27 %). Elle est à un niveau comparable à celui observé lors de la première vague (21 %) (tableau 2).

Le sex-ratio H/F est de 3,0 depuis début 2021. Il est en diminution par rapport à la 2^{ème} vague (4,3) mais au niveau de celui observé lors de la première vague (3,0).

L'âge médian des patients décédés est de 70 ans depuis début 2021, en légère diminution par rapport aux 2 autres périodes (73 ans).

La proportion de patients décédés ayant reçu une ventilation invasive a légèrement augmenté depuis début 2021 (73 %) mais reste inférieure à celle observée lors de la première vague de l'épidémie (86 %) (tableau 4).

La proportion de patients décédés en réanimation avec un SDRA sévère augmente progressivement selon les périodes, (79 % lors de la 1^{ère} vague, 82 % lors de la 2^{ème} vague et 89 % depuis début 2021)

La proportion de patients décédés avec une obésité et une hypertension artérielle a augmenté au fur et à mesure des périodes ainsi que celle avec une pathologie pulmonaire depuis début 2021 (tableau 4).

Tableau 3 | SDRA, ventilations et durée de séjour des cas de Covid-19 signalés dans les services de réanimation sentinelles, Paca, au 01/06/2021 (source : cas graves en réanimation, Santé publique France)

	2020-S1	2020-S2	2021-S1
Syndrome de détresse respiratoire aiguë**			
Pas de SDRA	64 (15%)	70 (13%)	74 (8%)
Mineur	27 (6%)	45 (8%)	62 (7%)
Modéré	117 (28%)	156 (29%)	326 (35%)
Sévère	212 (50%)	272 (50%)	475 (51%)
Non renseigné	1	5	109
Type de ventilation**			
O2 (lunettes/masque)	31 (7%)	17 (3%)	26 (3%)
VNI (Ventilation non invasive)	12 (3%)	15 (3%)	14 (1%)
Oxygénothérapie à haut débit	78 (19%)	252 (46%)	575 (57%)
Ventilation invasive (ECMO/ECCO2R)	275 (66%)	236 (43%)	361 (35%)
Non renseigné	23 (5%)	23 (4%)	41 (4%)
Non renseigné	2	5	29
Durée de séjour			
Durée moyenne de séjour	21,2	16,3	13,1
Durée médiane de séjour	14,5	10,0	8,0
Durée quartile 25	6,0	4,0	4,0
Durée quartile 75	29,5	21,0	17,0

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

Tableau 4 | Caractéristiques des patients Covid-19 décédés signalés dans les services de réanimation sentinelles, Paca, au 01/06/2021 (source : cas graves en réanimation, Santé publique France)

	2020-S1	2020-S2	2021-S1
Nombre décès en réanimation			
Nb décès	87	143	190
Comorbidités			
Aucune comorbidité	4 (5%)	13 (9%)	9 (5%)
Au moins une comorbidité parmi :	78 (95%)	129 (91%)	181 (95%)
- Obésité (IMC>=30)	21 (26%)	43 (30%)	78 (41%)
- Hypertension artérielle	29 (35%)	62 (44%)	90 (47%)
- Diabète	28 (34%)	44 (31%)	67 (35%)
- Pathologie cardiaque	31 (38%)	46 (32%)	61 (32%)
- Pathologie pulmonaire	18 (22%)	31 (22%)	51 (27%)
- Immunodépression	8 (10%)	17 (12%)	13 (7%)
- Pathologie rénale	4 (5%)	20 (14%)	19 (10%)
- Cancer*	-	15 (11%)	20 (11%)
- Pathologie neuromusculaire	9 (11%)	4 (3%)	4 (2%)
- Pathologie hépatique	2 (2%)	5 (4%)	4 (2%)
Non renseigné	5	1	0
Type de ventilation**			
O2 (lunettes/masque)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
VNI (Ventilation non invasive)	0 (0%)	5 (4%)	3 (2%)
Oxygénothérapie à haut débit	7 (8%)	32 (23%)	35 (19%)
Ventilation invasive	75 (86%)	97 (68%)	135 (73%)
Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	5 (6%)	8 (6%)	11 (6%)
Non renseigné	0	1	5

** modalité de prise en charge la plus invasive au cours du séjour

Dispositif de surveillance renforcée des cas humains

La surveillance du chikungunya, de la dengue et du Zika repose sur un dispositif régional de surveillance renforcée au cours de la période d'activité du moustique, estimée du 1^{er} mai au 30 novembre.

Devant tout résultat biologique positif pour l'une de ces 3 maladies, il est demandé aux médecins cliniciens et/ou aux laboratoires de procéder sans délai à son **signalement à l'ARS** par tout moyen approprié (logigramme en page 10) à l'aide :

- D'une [fiche de renseignements](#) cliniques accompagnant le prélèvement.
- d'une fiche Cerfa de notification d'une MDO ([dengue](#) ; [chikungunya](#) ; [zika](#)).
- de tout autre support à leur convenance.

Le signalement d'un résultat biologique positif entraîne immédiatement des investigations épidémiologiques. Celles-ci ont pour objectif de déterminer la période d'exposition et de virémie* du cas, ainsi que d'identifier les différents lieux de séjour et de déplacements pendant cette période. En fonction des résultats de l'investigation, des investigations entomologiques et des actions de lutte antivectorielle (LAV) appropriées sont menées, avec destruction des gîtes larvaires et, si nécessaire, traitements adulticides ou larvicides ciblés dans un périmètre de 150 à 200 mètres autour des lieux fréquentés par les cas pendant la période de virémie.

En cas de présence de cas autochtone(s) confirmé(s) de chikungunya, de dengue ou de Zika, les modalités de surveillance sont modifiées et les professionnels de santé de la zone impactée en sont informés.

Des informations actualisées sont disponibles sur le site de l'ARS Paca :

- [Surveillance du chikungunya, de la dengue et du zika](#)
- [Moustique tigre](#)

Ainsi que sur le site de Santé publique France :

- [Liste des maladies à déclaration obligatoire](#)
- [Maladies à transmission vectorielles](#)
- [Données nationales de la surveillance du chikungunya, de la dengue et du Zika](#)

* La période de virémie commence 2 jours avant (J-2) le début des signes (J0) et se termine 7 jours après (J7).

Situation en Paca

Depuis le début de la surveillance renforcée, **4 cas de dengue revenant de l'île de la Réunion et 1 cas de chikungunya revenant du Gabon ont été signalés**. En revanche, aucun cas de Zika n'a été confirmé.

L'Entente interdépartementale de démoustication (EID) Méditerranée a effectué 6 prospections sur les lieux de déplacements des 4 cas virémiques signalés. Aucune prospection n'a permis l'identification de moustiques adultes.

Bilan de la surveillance renforcée du chikungunya, de la dengue et du virus Zika en Paca (point au 02 juin 2021)

département	cas importés confirmés / probables					cas autochtones confirmés / probables			en cours d'investigation et/ou en attente de résultats biologiques	investigations entomologiques *	
	dengue	chik	Zika	flavivirus	co-infect.	dengue	chik	Zika		prospections	traitements adulticides
Alpes-de-Haute-Provence	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hautes-Alpes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Bouches-du-Rhône	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Var	3	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0
Vaucluse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	4	1	0	0	0	0	0	0	0	6	0

* nombre de prospections et nombre de traitements adulticides (plusieurs prospections et/ou traitements par cas) réalisé pour les cas confirmés ou probables.

| SURVEILLANCE DU CHIKUNGUNYA, DE LA DENGUE ET DU ZIKA |



SURVEILLANCE DU CHIKUNGUNYA, DE LA DENGUE ET DU ZIKA EN METROPOLE



Objectifs

- Identifier les cas importés probable et confirmés
- Mettre en place des mesures entomologiques pour prévenir la transmission de la maladie autour de ces cas

Zone et période de surveillance

- Ensemble de la région Paca
- Du 1^{er} mai au 30 novembre

CONDUITE A TENIR DEVANT DES CAS PROBABLES OU CONFIRMES DE CHIKUNGUNYA, DE DENGUE ET DE ZIKA

(en l'absence de circulation autochtone de dengue, de chikungunya et de zika)

Du 1^{er} mai au 30 novembre : période d'activité estimée du vecteur (*Aedes albopictus* – Moustique tigre)

CHIKUNGUNYA– DENGUE

Fièvre brutale > 38,5°C d'apparition brutale avec au moins 1 signe parmi les suivants : céphalée, myalgie, arthralgie, lombalgie, douleur rétro-orbitaire

OU

ZIKA

Eruption cutanée avec ou sans fièvre avec au moins 2 signes parmi les suivants : hyperhémie conjonctivale, arthralgie, myalgie

En dehors de tout autre point d'appel infectieux

Voyage récent en zone de circulation des virus CHIK-DENGUE-ZIKA depuis moins de 15 jours

OUI

Cas suspect importé

Adresser le patient au laboratoire pour recherche des 3 virus **CHIK et DENGUE et ZIKA** avec une **fiche de renseignements cliniques le plus rapidement possible** après la consultation

Conseiller le patient en fonction du contexte :
Protection individuelle contre les piqûres de moustiques
Rapports sexuels protégés si une infection à virus Zika est suspectée

NON

Cas suspect autochtone
Probabilité faible / Envisager d'autres diagnostics

Adresser le patient au laboratoire pour recherche des 3 virus **CHIK et DENGUE et ZIKA** avec une **fiche de renseignements cliniques**

Signaler le cas à l'ARS sans délai si présence d'un résultat positif

En adressant à l'ARS une **fiche de DO** ou une **fiche de renseignements cliniques accompagnant le prélèvement** par tout moyen à votre convenance (téléphone : 04 13 55 8000, télécopie : 04 13 55 83 44, courriel : ars13-alerte@ars.sante.fr)
En cas de présence d'IgM isolées, penser à demander un contrôle sérologique distant d'au moins 15 jours du 1^{er} prélèvement.

Mise en place de mesures entomologiques selon contexte

Pour un cas autochtone, la confirmation du CNR des arbovirus est indispensable avant d'engager des mesures entomologiques.

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE CHIKUNGUNYA, DENGUE ET ZIKA

	DDS*	J+1	J+2	J+3	J+4	J+5	J+6	J+7	J+8	J+9	J+10	J+11	J+12	J+13	J+14	J+15	...
RT-PCR Sang (chik-dengue-zika)																	
RT-PCR Urine (zika)																	
Sérologie (IgM et IgG) (chik-dengue-zika)																	

* date de début des signes

■ Analyse à prescrire

PLATEFORME REGIONALE DE RECEPTION DES SIGNAUX



Tél : 04 13 55 80 00
Fax : 04 13 55 83 44
Mél : ars13-alerte@ars.sante.fr

ARS Paca
132, Boulevard de Paris, CS 50039
13331 Marseille cedex 03

Contexte

Les périodes de fortes chaleurs sont propices aux pathologies liées à la chaleur ou à l'aggravation de pathologies préexistantes. Suite à l'épisode caniculaire exceptionnel de l'été 2003 et à son impact sanitaire (environ 15 000 décès supplémentaires par rapport à la mortalité habituelle), un plan national de prévention et de gestion de crise est mis en place chaque année afin de réduire les effets sanitaires d'une vague de chaleur.

Chaque année, ce plan est activé du 1^{er} juin au 15 septembre. Il repose sur cinq piliers :

- les mesures de protection des personnes âgées à risques hébergées en institutions ;
- le repérage des personnes isolées ;
- l'alerte ;
- la solidarité ;
- l'information.

La vigilance météorologique est matérialisée par une carte de la France métropolitaine actualisée au moins deux fois par jour (à 6 h et 16 h). Cette vigilance est déclinée par département. Les quatre niveaux de couleur traduisent l'intensité du risque de canicule auquel la population sera exposée pour les prochaines 24 heures, et prennent également en compte :

- d'autres indicateurs météorologiques considérés comme des facteurs aggravants (écarts aux seuils de température qui permet d'estimer l'intensité de la canicule, humidité relative de l'air, durée de la canicule, précocité de la chaleur, pollution de l'air)
- l'expertise de Météo France .
- les éventuels retours sanitaires fournis par les services de la santé (Santé publique France, ARS), peuvent également être pris en compte.

Depuis l'été 2020, Santé publique France transmet également à Météo France la liste des départements jugés à vulnérabilité élevée au Covid-19, afin d'en tenir compte comme facteur aggravant pour le choix des vigilances.

Les niveaux du plan national de gestion sanitaire des vagues de chaleur sont calés sur ceux de la vigilance météorologique. C'est la carte de vigilance diffusée à 16h par Météo France qui informe les parties prenantes de l'arrivée ou de la poursuite d'une canicule ou de la fin d'un épisode. La carte de 6 h peut également annoncer une fin d'épisode.

Rôle de Santé publique France

1. Communication grand public

En coordination avec le Ministère de la santé, Santé publique France met en place des actions de communication spécifiques :

- à un niveau préventif (affiches, dépliants ...) dès la vigilance verte ;
- à un niveau d'urgence (spots TV et radio, partenariats ...) le plus souvent en vigilance orange ou rouge mais aussi en vigilance jaune en direction des personnes fragiles.

2. Système d'alerte canicule et santé (Sacs)

Le Sacs, élaboré par Santé publique France en partenariat avec Météo-France, est fondé sur des prévisions et des observations de données météorologiques.

Indicateurs biométéorologiques

L'alerte (passage en niveau orange) est donnée lorsque, dans un département, les indices biométéorologiques (moyenne glissante sur trois jours des températures prévues) minimum (IBMn) et maximum (IBMx) dépassent les seuils établis de températures pour ce département (tableau 1).

| Tableau 1 | Stations Météo-France et seuils IBM, Sacs 2021, Paca

Département	Station	Seuil IBMn	Seuil IBMx
Alpes-de-Haute-Provence	Saint-Auban-sur-Durance	19	36
Hautes-Alpes	Gap	18	34
Alpes-Maritimes	Nice	24	31
Bouches-du-Rhône	Marignane	24	35
Var	Toulon	23	35
Vaucluse	Avignon	21	36

Indicateurs sanitaires

Les cellules régionales de Santé publique France ont pour mission de centraliser, d'interpréter et de transmettre aux services nationaux de Santé publique France et aux partenaires de la veille sanitaire locaux des indicateurs de morbidité selon la périodicité définie au niveau national.

La surveillance mise en place durant la période estivale est structurée autour du dispositif de surveillance non spécifique (SurSaUD®).

Au-delà des indicateurs de mortalité et de morbidité déjà suivis quotidiennement tout au long de l'année, la surveillance et l'analyse plus spécifique de pathologies pouvant être liées à la chaleur (hyperthermie, déshydratation, hyponatrémie) sont aussi mises en place.

Les partenaires peuvent également contacter l'ARS pour signaler un évènement de santé particulier.

3. Réserve sanitaire

En cas d'épisodes caniculaires, il pourrait être envisagé d'avoir recours à la mobilisation de la Réserve sanitaire pour renforcer les structures de soins ou médico-sociales, selon les modalités prévues dans le cadre d'emploi de la Réserve sanitaire.

Liens utiles

• Santé publique France

- ◆ [Prévention et surveillance des effets de la chaleur sur la santé](#)

• Santé publique France Paca-Corse

- ◆ [Bilan de la surveillance estivale 2020 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur](#)

| SURSAUD® - PRINCIPAUX INDICATEURS D'ACTIVITE SUIVIS |

Période analysée : du lundi 24 au dimanche 30 mai 2021 (semaine 21)

Depuis 2003, Santé publique France a développé un système de surveillance sanitaire dit syndromique, basé sur la collecte de données non spécifiques.

Il permet la centralisation quotidienne d'informations, provenant des services d'urgences, des associations SOS Médecins et, des communes, pour les données de mortalité, par l'intermédiaire de l'Insee.

Ce dispositif, appelé SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès), a été développé en région Paca par la Cellule de Santé publique France en région Paca et en Corse, le Groupement régional d'appui au développement de la e-Santé Paca et leurs partenaires.

Le système est complété en Paca par une étude pilote de pertinence et de faisabilité de l'utilisation des données SAMU dans le cadre de SurSaUD®.

Les objectifs du dispositif sont :

- identifier précocement des événements sanitaires pouvant nécessiter une réponse adaptée ;
- fédérer autour de ce système de surveillance un réseau de partenaires pérenne ;
- participer à tout système de surveillance spécifique mise en place dans le cadre de plans, d'évènements exceptionnels ou lors d'épidémies.

Source des données / Indicateur		04	05	06	13	83	84	PACA
URGENCES *	Total de passages	↑	→	↗	↗	↗	↗	↗
URGENCES	Passages d'enfants de moins de 1 an	NI	NI	→	→	→	→	→
URGENCES	Passages d'enfants (moins de 15 ans)	→	→	↗	→	↗	↗	↗
URGENCES	Passages de personnes de 75 ans et plus	→	→	→	→	→	→	→
URGENCES	Hospitalisations (y compris en UHCD)	→	→	→	→	↗	→	→
SOS MEDECINS	Total consultations			→	↗	→	→	→
SOS MEDECINS	Consultations d'enfants de moins de 2 ans			→	→	→	→	→
SOS MEDECINS	Consultations d'enfants de moins de 15 ans			→	↗	→	→	→
SOS MEDECINS	Consultations de personnes de 75 ans et plus			→	→	→	→	→
SAMU	Total dossiers de régulation médicale	→	→	→	→	→	→	→
SAMU	Victimes de moins de 1 an	NI	NI	→	→	→	→	→
SAMU	Victimes de moins de 15 ans	→	→	→	→	→	↗	→
SAMU	Victimes de 75 ans et plus	→	→	↗	→	→	→	→
SAMU	Victimes décédées	NI	NI	→	→	→	→	→

↑ Hausse (+3σ) ↗ Tendance à la hausse (+2σ) → Pas de tendance particulière ↘ Tendance à la baisse (-2σ) ↓ Baisse (-3σ)

ND : Donnée non disponible

NI : Donnée non interprétable en raison des faibles effectifs

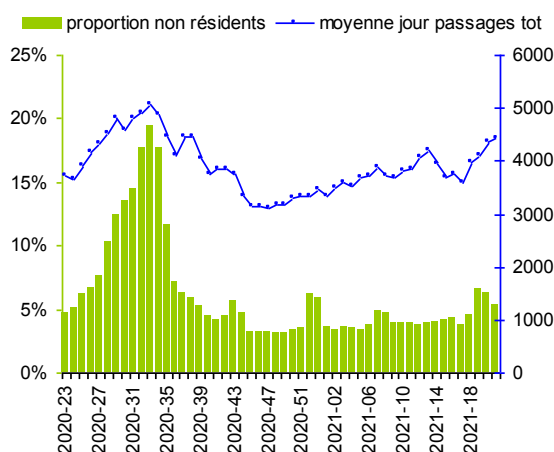
| SURSAUD® - ESTIMATION DE LA PART DES NON-RESIDENTS |

La région Paca est une région très touristique. Certains départements voient leur population tripler à certains moments de l'année. Les activités suivies dans le cadre de la surveillance non spécifique sont impactées par le tourisme.

Afin de faciliter l'analyse de ces données et l'interprétation des tendances observées, il est important de connaître les variations de la population présente dans la région. Pour cela, à défaut de données récentes sur la mobilité touristique et la population présente, Santé publique France Paca-Corse mesure et suit la part des passages aux urgences de personnes ne résidant pas dans la région Paca (calculée à partir des codes postaux de résidence présents dans les RPU).

Cette semaine, la proportion de passages aux urgences des personnes ne résidant pas dans la région Paca est de 5 %.

Proportion hebdomadaire de passages aux urgences de personnes ne résidant habituellement pas en région PACA sur les 52 dernières semaines



Suivi de la mortalité toutes causes

Le suivi de la mortalité s'appuie sur les données issues des communes transmettant leurs données d'état-civil sous forme dématérialisée. Ce réseau couvre près de 80 % de la mortalité nationale. En raison des délais légaux de déclaration d'un décès à la commune et de remontée des informations d'état-civil à l'Insee, les effectifs de décès sont incomplets sur les 10 à 15 derniers jours.

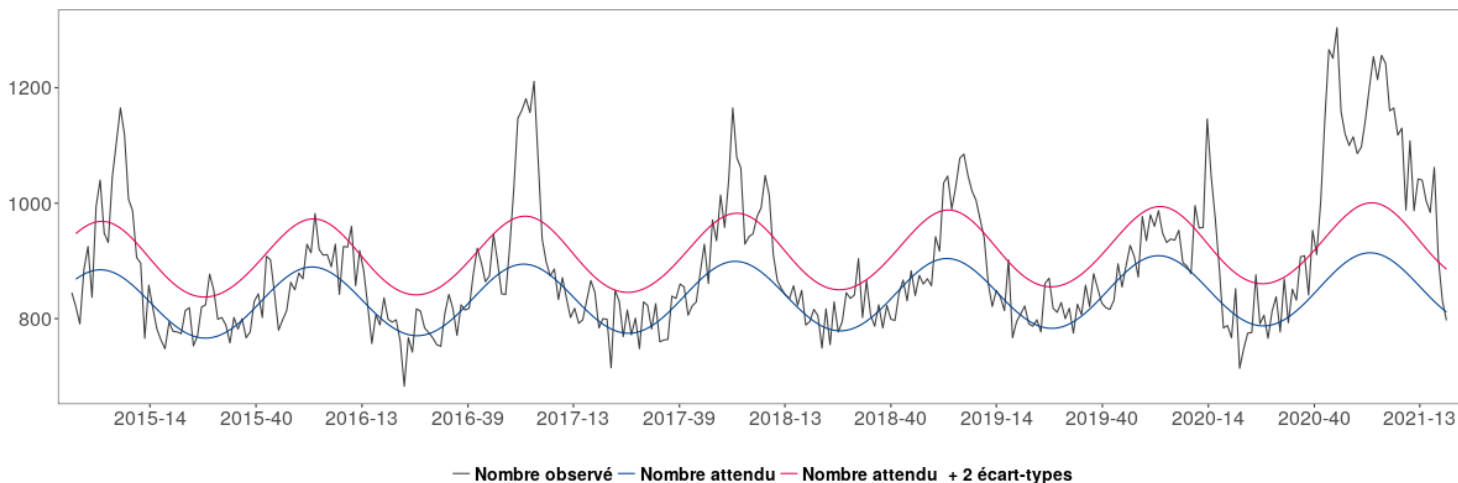
Le nombre hebdomadaire attendu de décès est estimé à partir du modèle européen [Euromomo](#). Le modèle s'appuie sur 9 ans d'historique (depuis 2011) et excluant les périodes habituelles de survenue d'évènements extrêmes pouvant avoir un impact sur la mortalité (chaleur/froid, épidémies). Ce modèle, développé dans le cadre du projet Européen EuroMomo, est utilisé par 19 pays européens.

Analyse basée sur 191 communes sentinelles de Paca, représentant 87 % de l'ensemble des décès.

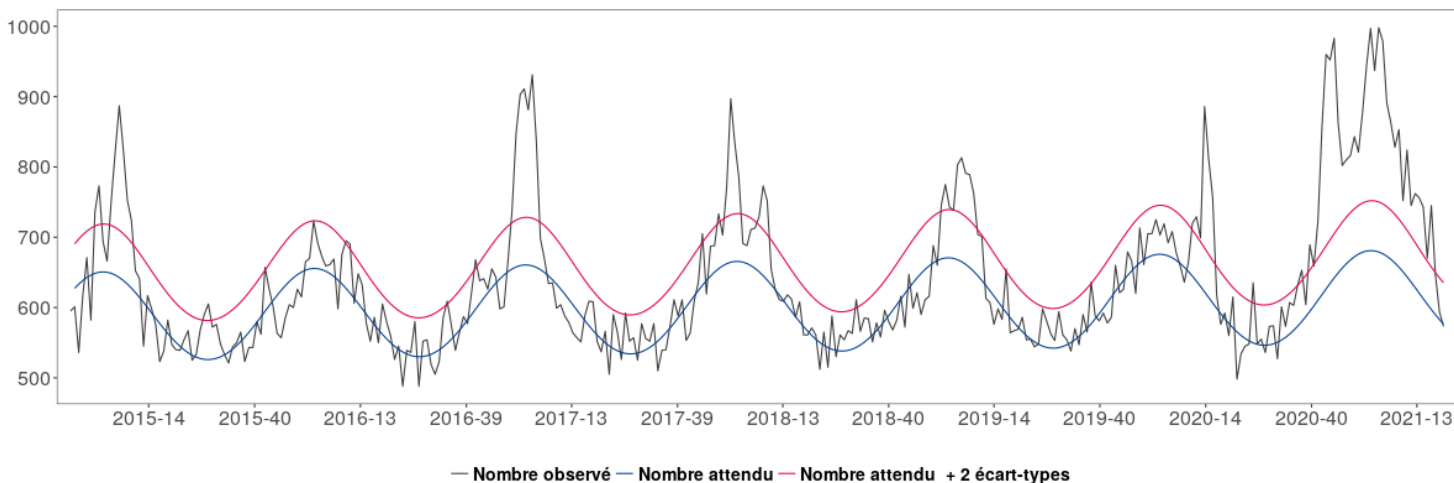
Après 29 semaines consécutives de surmortalité, du 12/10/2020 au 02/05/2021 (S2020-42 à S2021-17), l'analyse des données ne montre plus d'excès de mortalité depuis la semaine 18.



Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges confondus, 2014 à 2021, Paca – Insee, Santé publique France



Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, 75 ans et plus, 2014 à 2021, Paca – Insee, Santé publique France



Les données de la dernière semaine ne sont pas présentées car trop incomplètes.

| Actualités |

A l'occasion de la Journée Mondiale Sans Tabac du 31 mai 2021, le ministère des Solidarités et de la Santé salue l'ensemble des actions engagées pour renforcer la lutte contre le tabagisme

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

SARS-CoV-2 : appel à manifestations d'intérêt dans le cadre du projet EMERGEN

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

Agénésies transverses des membres supérieurs (ATMS) : le comité d'experts scientifiques rend ses dernières conclusions

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

Le confinement vécu par les enfants et les adolescents : premiers résultats de l'étude CONFADO

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

BEH n° Hors-série 2021 — Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2021 (à l'attention des professionnels de santé)

Pour lire le BEH, [cliquez ici](#)

Sentinelles

Réseau Sentinelles

Participez à la surveillance de 10 indicateurs de santé :

Le réseau Sentinelles réunit plus de 1 300 médecins généralistes et une centaine de pédiatres répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain. En partenariat avec Santé Publique France, le réseau **recueille, analyse et redistribue des données épidémiologiques** issues de l'activité des médecins « Sentinelles » à des fins de veille sanitaire.

La **surveillance continue** consiste à déclarer de façon hebdomadaire les cas vus en consultation, pour 10 indicateurs de santé (environ 10 minutes par semaine). Nous réalisons également une **surveillance virologique** respiratoire.

Actuellement une trentaine de médecins généralistes et 6 pédiatres participent régulièrement à nos activités en **Provence-Alpes-Côte d'Azur**.

- Syndromes grippaux
- IRA ≥ 65 ans (période hivernale)
- Varicelle
- Diarrhées aiguës
- Zona
- Urétrite
- Maladie de Lyme
- Oreillons
- Actes suicidaires
- Coqueluche



VENEZ RENFORCER LA REPRESENTATIVITE DE VOTRE REGION !

Si vous souhaitez participer à ces surveillances et aux travaux du réseau Sentinelles, merci de contacter par mail ou par téléphone :



Natacha Villechenaud
Réseau Sentinelles

Tel : 04 95 45 06 44
Tel : 01 44 73 84 35

Mail : villechenaud_n@univ-corse.fr
Mail : sentinelles@upmc.fr

Site Internet : www.sentiweb.fr

| Pour tout signalement d'urgence sanitaire |

SIGNALER QUOI ?

- maladies à déclaration obligatoire ;
- maladie infectieuses en collectivité ;
- cas groupés de maladies non transmissibles ;
- maladies pouvant être liées à des pratiques de soins ;
- maladies ou agents d'exposition nécessitant des mesures de gestion au niveau national, voire international ;
- exposition à un agent dans l'environnement ou en milieu de travail.

Un point focal unique pour tous les signalements sanitaires et médico-sociaux en Paca



SIGNALER, ALERTER, DÉCLARER



04 13 55 80 00

ars13-alerte@ars.sante.fr

Le point épidémiolo

Santé publique France Paca-Corse remercie vivement tous les partenaires pour leur collaboration et le temps consacré à ces surveillances :

Etats civils

Régie municipale des pompes funèbres de Marseille.

Samu

Etablissements de santé

Etablissements médicaux-sociaux

Associations SOS Médecins

Réseau Sentinelles

Professionnels de santé, cliniciens et LABM

CNR arbovirus (IRBA-Marseille)

IHU Méditerranée

CNR *influenza* de Lyon

EID-Méditerranée

CAPTIV de Marseille

CPIAS Paca

ARS Paca

Santé publique France

GRADEs Paca

SCHS de Paca

Si vous désirez recevoir **VEILLE HEBDO**, merci d'envoyer un message à

paca-corse@santepubliquefrance.fr

Diffusion

ARS Paca

Cellule régionale de Santé publique France Paca-Corse
132 boulevard de Paris,
CS 50039,

13 331 Marseille Cedex 03

☎ 04 13 55 81 01

☎ 04 13 55 83 47

[Paca-corse@santepubliquefrance.fr](mailto:paca-corse@santepubliquefrance.fr)