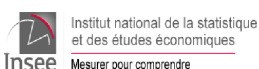


En collaboration avec :

Agence régionale de santé
(ARS) Occitanie, Médecins
libéraux, SAMU Centre 15,
SOS médecins, médecins
urgentistes, réanimateurs,
laboratoires de biologie médi-
cale hospitaliers et de ville,
Sociétés savantes d'infectio-
logie, de réanimation et de
médecine d'urgence



INSTITUT PASTEUR

CNR Virus des infections respira-



Résumé

Ce point épidémiologique régional spécial COVID-19 présente une synthèse des données de surveillance collectées par Santé publique France auprès de ses partenaires régionaux (voir page 14 et [Surveillance épidémiologique du Covid-19](#)). Il est basé sur une analyse des données jusqu'au 3 juin 2020 et complète l'analyse faite au niveau national ([site de Santé publique France](#)).

Qu'est-ce qui est déjà connu de la situation en Occitanie ?

La pression épidémiologique actuelle du Covid-19 dans la région Occitanie se caractérise par une circulation virale faible d'après les données de surveillance virologiques et syndromiques. Le niveau de vulnérabilité de la région est considéré comme limité depuis le déconfinement.

Quelles sont les implications de santé publique dans la région ?

La persistance de la circulation virale dans la région nécessite un haut maintien de vigilance sur les mesures d'hygiène, de protection et de distanciation physique afin de limiter au maximum la survenue ou le maintien de chaînes de transmission.

Dans ce contexte, la détection précoce des clusters représente un enjeu majeur dans la maîtrise de la diffusion du virus car leur prise en charge rapide permet de rompre le plus tôt possible les chaînes de transmission entre les individus et éviter ainsi le démarrage d'une nouvelle vague épidémique.

Tout cluster de COVID-19 (défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, et qui appartiennent à une même communauté ou ont participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non) doit être signalé sans délai au point focal de l'ARS Occitanie : ars31-alerte@ars.sante.fr.

Afin de guider les investigations des clusters, un **guide méthodologique** a été publié cette semaine sur le [site de Santé publique France](#)

Indicateurs-clés

Surveillance virologique :

- Au niveau régional, en S22*, taux de positivité de 0,5% et taux d'incidence standardisé de 2 pour 100 000 habitants. Le taux d'incidence départemental standardisé le plus élevé a été estimé pour le Gers avec 11 pour 100 000 habitants (taux de positivité de 2,5% en S22 sur ce département).

Surveillance en ville :

- SOS Médecins : 310 actes pour suspicion COVID-19 pour 10 000 actes en S22 (435 en S21*) ;
- Réseau Sentinelles : 21 [1;41] (télé-)consultations pour IRA /100 000 habitants en S22 (15 en S21).

Surveillance dans les ESMS :

- 523 signalements rapportés, parmi les résidents 2 305 cas dont 195 décès en ESMS au 01/06/2020.

Surveillance à l'hôpital :

- Réseau Oscour® : 103 passages pour suspicion COVID-19 pour 10 000 passages en S22 (133 en S21) ;
- Services sentinelles de réanimation/soins intensifs :
 - 427 patients signalés dont 53% âgés de 65 ans et plus et 82% avec au moins une comorbidité ;
 - 79 décès en réanimation (létalité=21%) dont 75% âgés de 65 ans et plus et 85% avec au moins une comorbidité.

Surveillance de la mortalité :

- Aucun excès de mortalité toutes causes (tous âges et chez les 65 ans et plus) observé depuis la semaine 14.

Surveillance des clusters à visée d'alerte (foyers de transmission) :

- Parmi les 13 clusters signalés entre le 15 mai et le 3 juin, 8 sont en cours d'investigation ou maîtrisés et concernent majoritairement des Ehpad (n=5/8) et 5 ont été clôturés.

*S22/S21 : pour semaine 22 (du 25/05 au 31/05/2020) et semaine 21 (du 18/05 au 24/05/2020)

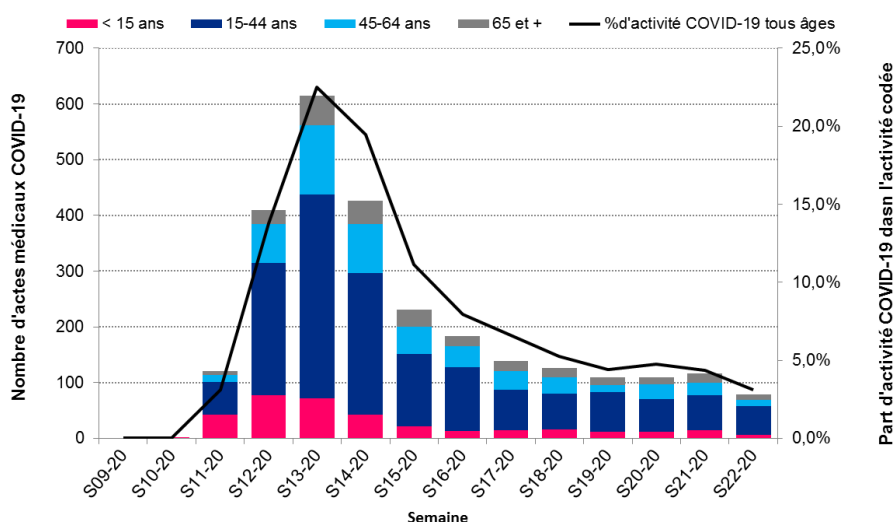
Actes/consultations pour suspicion de COVID-19

En semaine 22 (du 25 au 31 mai 2020), les 4 associations SOS Médecins (Nîmes, Montpellier, Perpignan et Toulouse) enregistraient 79 actes pour suspicions de COVID-19 (310 actes pour 10 000 consultations) (figure 1).

Cet indicateur tous âges est en diminution par rapport à la semaine précédente, la diminution étant retrouvée dans l'ensemble des classes d'âges (moins de 15 ans, 15-44 ans, 45-64 ans et 65 ans ou plus). La majorité des actes réalisés pour ce motif concernait des 15-44 ans (66% des actes), puis les 45-64 ans (14%) et les 65 ans et plus (13%). Moins de 8% des actes concernaient des enfants de moins de 15 ans.

Au niveau départemental, c'était dans le département du Haute-Garonne pour l'association de Toulouse que la part de ces actes était la plus importante avec 545 actes pour 10 000 (359 pour Nîmes, contre 209 pour Perpignan et 66 pour Montpellier).

Figure 1. Nombre hebdomadaire d'actes et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge
(source : SOS Médecins, au 3/06/2020)



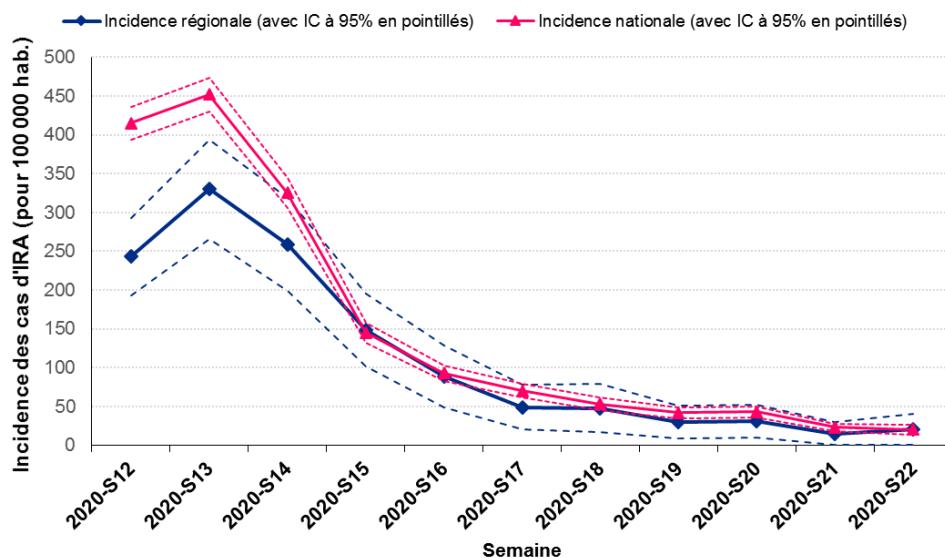
Selon le **réseau Sentinelles**, le taux de (télé-)consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) en médecine générale a été estimé en semaine 22 2020 à 21 consultations /100 000 habitants [1;41]* (contre 20 [14;26] au niveau national et 15 consultations /100 000 habitants en semaine précédente pour la région) (figure 2).

Cet indicateur reste stable en comparaison aux semaines précédentes. En semaine 22, la région Occitanie se plaçait à un niveau du même ordre de grandeur que les régions Ile-de-France (26 [0;62]) et Bretagne (17 [2;32]).

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

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

Figure 2. Taux estimés de (télé-) consultations en médecine générale pour une infection respiratoire aiguë
(source : Réseau Sentinelles - Inserm, Sorbonne Université, au 02/06/2020)



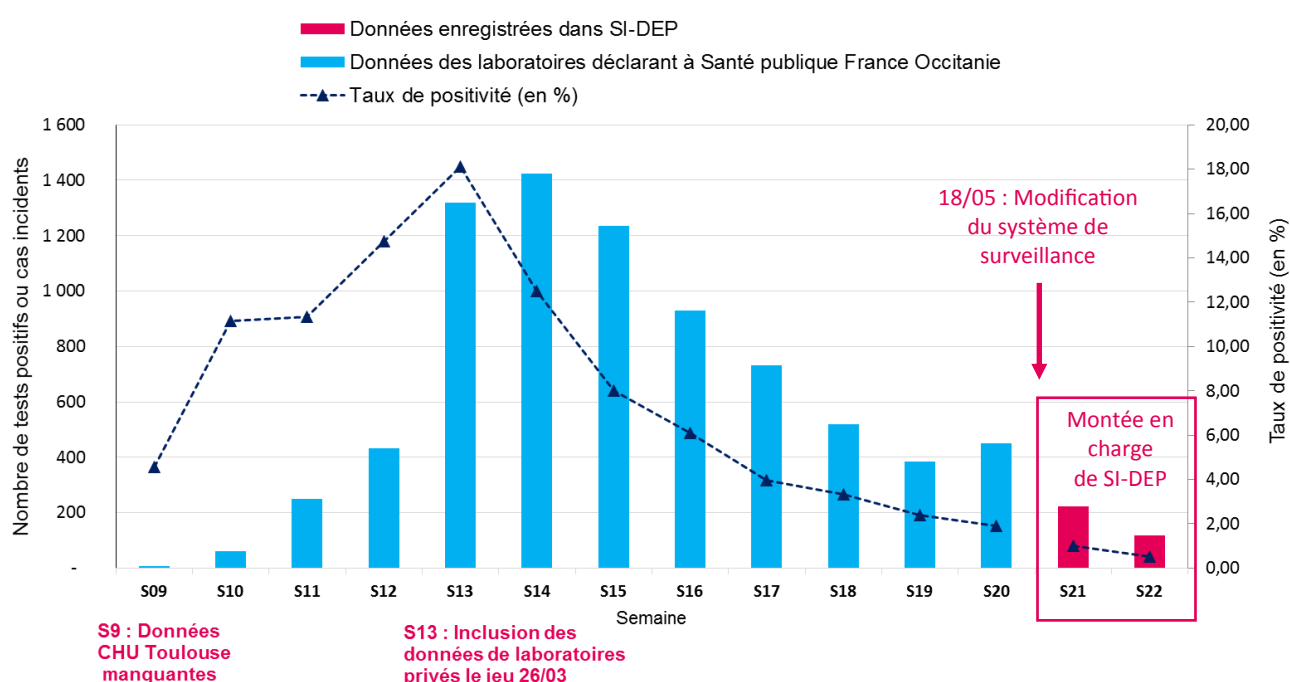
Surveillance virologique

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

Jusqu'à la semaine 20, la surveillance virologique s'appuyait sur les données transmises à Santé publique France par le réseau 3 labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie), complétée par une remontée des laboratoires de biologie médicale de ville et par les laboratoires hospitaliers (figure 3).

Depuis la semaine 21, elle s'appuie sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage), opérationnel à partir du 13 mai 2020 et dont la montée en charge a été progressive. Ce nouveau système de surveillance vise au suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers. Actuellement, les données transmises concernent les tests RT-PCR réalisés. Prochainement, les données des sérologies seront également transmises.

Figure 3. Nombre de tests positifs pour SARS-CoV-2, par semaine, dans les laboratoires hospitaliers et privés participants d'Occitanie (jusqu'au 17 mai) et données SI-DEP (à partir du 18 mai) (sources : Surveillance virologique à partir des laboratoires hospitaliers¹ et privés², SI-DEP, au 04/06/2020)



¹ Laboratoires hospitaliers des CHU de Montpellier, Nîmes et Toulouse et CH de Perpignan et Cahors

² Laboratoires privés : 3 labs (Eurofins-Biomnis et Cerba), CBM Muret, Cerballiance Toulouse, LxBio Rodez, Labosud Montpellier

NB : Il existe des différences entre les deux systèmes à prendre en compte dans l'interprétation des données. Les données laboratoires avant SIDEPE correspondent à un nombre de tests positifs par date de rendu des résultats alors que les données Sidepe correspondent à un nombre de cas incidents (suppression des prélèvements doubles pour un même patient) par date de prélèvement.

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

Du 24 au 30 mai 2020, 236 098 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, et pour 3 520 patients, les tests se sont avérés positifs. Le taux de positivité national hebdomadaire était de 1,49% (calculé sur les tests valides). Ce taux est en diminution par rapport à la semaine précédente 21 (1,9%)

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

En outre-mer, à Mayotte, le taux de positivité était de 28,8% et le taux d'incidence de 82,7/100 000 habitants.

En Occitanie, et pour la semaine 22, le taux de positivité estimé à partir des données SI-DEP était de 0,5% et le taux d'incidence standardisé de 2 pour 100 000 habitants.

Au niveau départemental, et comme la semaine passée, le taux d'incidence standardisé le plus élevé a été estimé pour le Gers avec 11 pour 100 000 habitants (taux de positivité de 2,5% en S22 sur ce département). Selon les données transmises par l'ARS Occitanie pour ce département, le taux d'incidence des nouveaux cas serait peut-être surestimé en raison de l'existence de cas en doublons occasionnés par des campagnes de dépistage successifs en Ehpad. En effet, la mise en place de SI-DEP étant récente, il n'est pas encore possible de prendre en compte l'historique des cas diagnostiqués avant le 13 mai.

Le nombre de tests positifs remontant via SIDEp et le taux d'incidence calculé à partir de celui-ci sont influencés par l'activité de dépistage. Les départements ayant mis en place des actions de dépistage notamment lors de cluster ou dans des collectivités (EHPAD, entreprises...) auront donc tendance à avoir un taux d'incidence estimé dans SIDEp plus élevé transitoirement du fait de l'action de dépistage. Les indicateurs épidémiologiques issus de SIDEp dans un territoire donné doivent donc être interprétés en prenant en compte le contexte local, en particulier les clusters et l'activité de dépistage comme cela peut être le cas pour des départements comme par exemple, le Gers cette semaine.

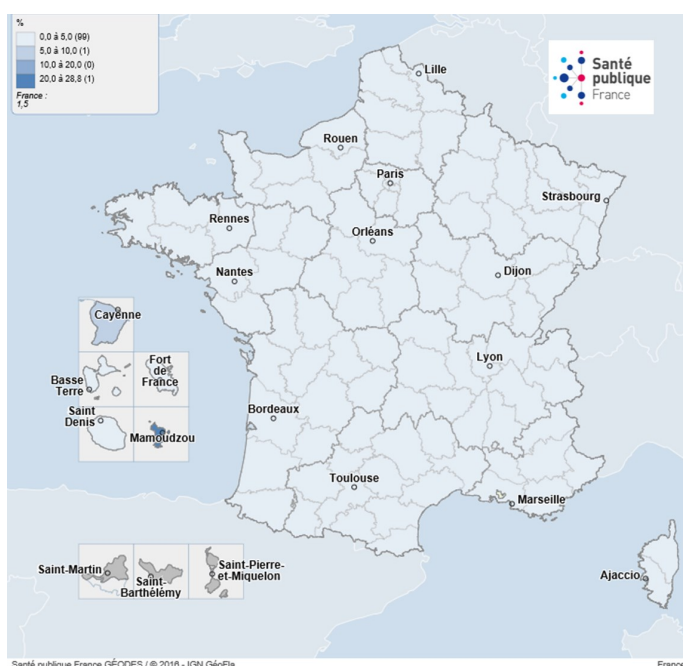
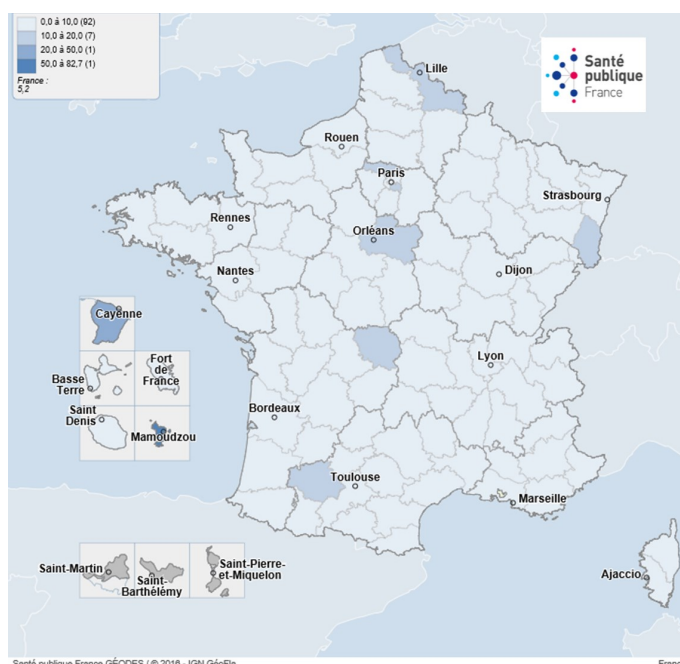


Figure 4. Taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2 par département, France, semaine 22 (24 au 30 mai 2020) (source SI-DEP)

Figure 5. Taux d'incidence de SARS-CoV-2 pour 100 000 habitant par département, France, semaine 22 (24 au 30 mai 2020) (source SI-DEP)



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

Signalement à visée d'alerte des clusters (hors Ehpad et milieu familial)

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

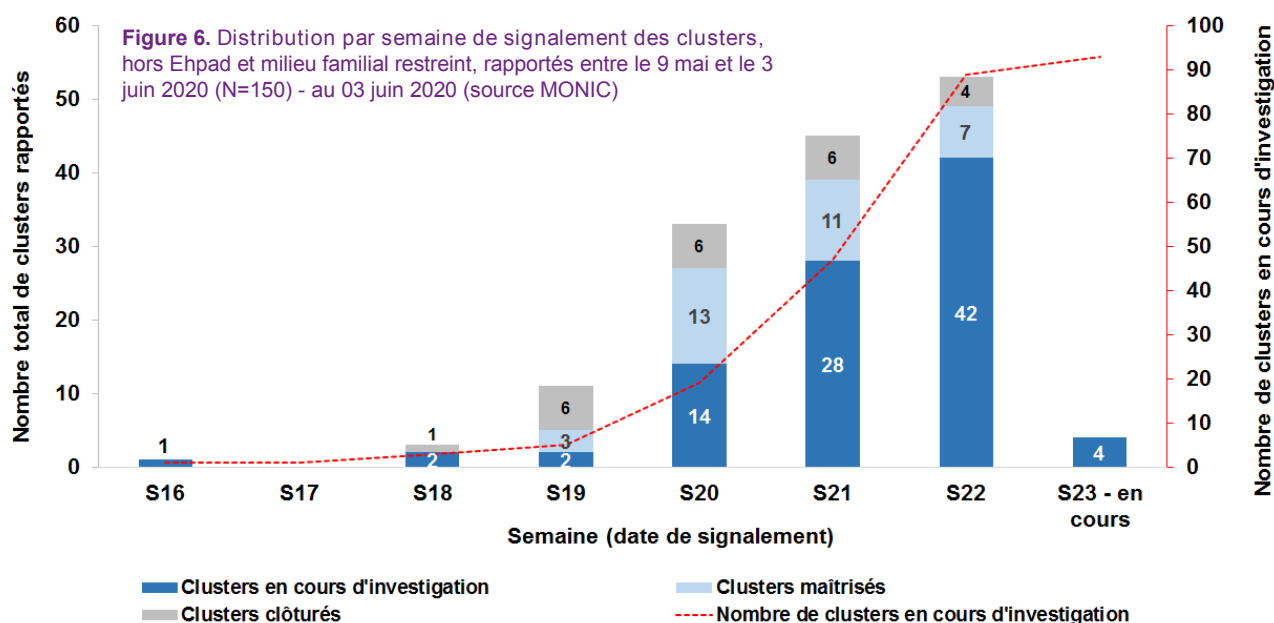
Au 03 juin 2020, avec le développement de la capacité diagnostique, un total de **150 clusters** (hors Ehpad et milieu familial restreint) a été rapporté à Santé publique France : 142 clusters en France métropolitaine et 8 dans les départements régions d'outre-mer. On note une augmentation du nombre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

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

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

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

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

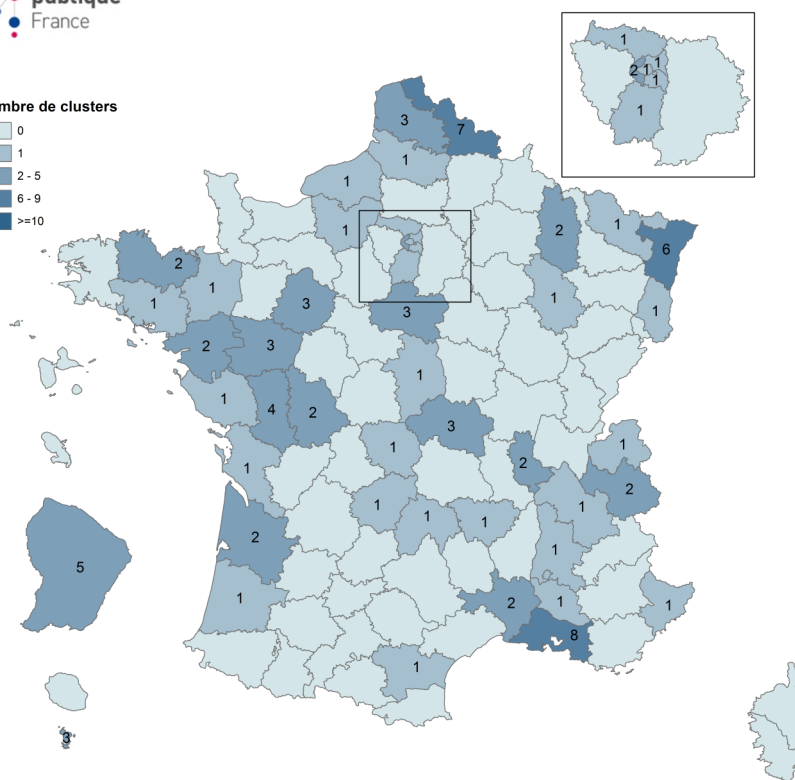
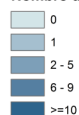


Signalement des clusters à visée d'alerte (hors Ehpad et milieu familial)

Figure 7. Répartition par département du nombre de clusters en cours d'investigation, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés à Santé publique France, entre le 9 mai et le 3 juin 2020 (N=93) - au 3 juin 2020 (source MONIC)



Nombre de clusters



Source : Santé publique France

En Occitanie, 3 clusters hors Ehpad et milieu familial localisés sur les départements de l'Aude et du Gard étaient en cours d'investigation au 3 juin dont : un en milieu militaire, un en établissement de santé et un en milieu professionnel agricole. Ce dernier concerne plus précisément des travailleurs agricoles en situation de précarité et sa localisation est transrégionale, en Occitanie et Provence-Alpes-

[1] Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19. Saint-Maurice : SpFrance. Version 25 mai 2020, 50 p. Disponible [ici](#)

[2] DGS-Urgent. Prise en charge par les médecins de ville des patients de covid-19 en phase de déconfinement. Disponible [ici](#)

Surveillance en établissements sociaux et médico-sociaux

Définitions :

- **Signalement COVID-19** : survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible.
- **Cas confirmé COVID-19** : toute personne, symptomatique ou non, avec un prélèvement confirmant l'infection par le SARS-CoV-2 parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un établissement médico-social/établissement d'hébergement pour personnes âgées (EMS/EHPA).
- **Cas possible COVID-19** : fièvre (ou sensation de fièvre) avec des signes respiratoires (comme la toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression thoracique) OU autre tableau clinique compatible avec le COVID-19 selon le médecin, parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EMS/EHPA.
- **Décès COVID-19** : Cas possibles ou confirmés décédés.

Entre le 1er mars 2020 et le 1^{er} juin, **523 épisodes concernant un ou plusieurs cas liés au COVID-19** ont été signalés à Santé publique France via l'application disponible sur le portail national des signalements dans la région **Occitanie**.

Il s'agissait de **359 (69%) signalements par des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements)** et **164 (31%)** par d'autres établissements médico-sociaux (EMS).

Parmi les **523 signalements** (tableau 2) :

- **2 305 cas de COVID-19** étaient rapportés chez les résidents dont **1 112 (48%) cas confirmés**
- **195 cas étaient décédés dans l'établissement d'accueil** (tous en établissements d'hébergement pour personnes âgées)
- **76 cas étaient décédés à l'hôpital**
- **Une létalité de près de 13%** pour les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées
- **1 557 cas** étaient rapportés parmi les membres du **personnel des ESMS**, dont **657 (42%) cas étaient confirmés**.

Les nombres de cas et décès chez les résidents ainsi que les nombres de cas chez le personnel sont détaillés par département dans le tableau 3.

Le nombre d'épisodes de COVID-19 signalés par les établissements diminue régulièrement depuis fin avril (figure 8).

En Occitanie, depuis la semaine 21, **10 clusters en EHPAD** ont été identifiés et sont répartis dans 8 départements de la région. 5 clusters ont été clôturés et 5 clusters sont en cours d'investigation ou maîtrisés, faisant suite à des campagnes de dépistage en EHPAD. La majorité des cas confirmés sont asymptomatiques ; les mesures de gestion ont été mises en place.

Surveillance en établissements sociaux et médico-sociaux

Tableau 2. Nombre de signalements de cas COVID-19, hospitalisations et décès (possibles + confirmés) chez les résidents et le personnel en EHPA, HPH et autres EMS rapportés du 01/03/2020 au 1/06/2020, région Occitanie (source : Surveillance dans les ESMS, au 2/06/2020 à 12h00)

		EHPA ¹	HPH ²	Autres EMS ³	Total
Chez les résidents	Signalements	359	126	38	523
	Cas confirmés	1017	75	20	1112
	Cas possibles	1000	127	66	1193
	Nombre total de cas	2017	202	86	2305
	Cas hospitalisés	284	22	3	309
	Décès hôpitaux	75	1	0	76
	Décès établissements	195	0	0	195
Chez le personnel	Cas confirmés	551	79	27	657
	Cas possibles	637	180	83	900
	Nombre total de cas	1188	259	110	1557

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

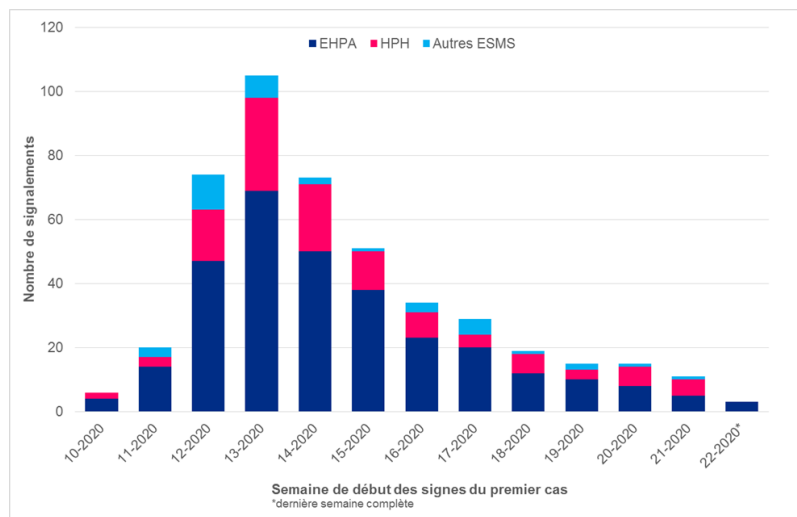
² Hébergement pour personnes handicapées (FAM, IME, autres établissements pour enfants (ITEP, EAAP, IEM, Instituts pour déficient auditifs et visuels), autres établissements pour adultes (foyer de vie, foyer d'hébergement)

³ Aide sociale à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS) et autres établissements (LAM, LHSS, SCAPA avec hébergement)

Tableau 3. Nombre de signalements, de cas COVID-19 et décès (possibles + confirmés) rapportés dans les établissements sociaux et médico-sociaux par département, du 01/03/2020 au 1/06/2020, région Occitanie (source : Surveillance dans les ESMS, au 2/06/2020 à 12h00)

Départements	Signalements	Cas parmi les résidents	Décès dans l'établissement parmi les résidents	Cas parmi le personnel
Ariège (09)	20	13	0	42
Aude (11)	30	160	16	48
Aveyron (12)	47	190	37	100
Gard (30)	49	176	15	114
Haute-Garonne (31)	96	408	9	314
Gers (32)	30	146	16	141
Hérault (34)	97	634	38	382
Lot (46)	14	115	7	39
Lozère (48)	13	31	0	41
Hautes-Pyrénées (65)	30	157	30	99
Pyrénées-Orientales (66)	46	80	12	67
Tarn (81)	32	150	5	133
Tarn-et-Garonne (82)	19	45	10	37
Total Région	523	2305	195	1557

Figure 8. Nombre de signalements COVID-19 rapportés dans les établissements sociaux et médico-sociaux par date de début des signes du 1er cas et type d'établissement (N=455), du 01/03/2020 au 1/06/2020 (source : Surveillance dans les ESMS, au 2/06/2020 à 12h00)



Surveillance à l'hôpital

Passages aux urgences

Depuis le 24 février, un indicateur de surveillance syndromique pour suivre les personnes suspectées d'être infectées au COVID-19 a été mis en place dans les 66 structures d'urgence de la région (codes CIM 10 : B342, B972, U049, U071, U0710, U0711, U0712, U0714, U0715). Les indicateurs présentés ici correspondent aux données remontées à Santé publique France.

Néanmoins, les chiffres présentés ainsi que les taux d'activité sont à interpréter avec beaucoup de prudence :

- L'activité globale des urgences a subi une forte diminution durant le confinement. Ainsi, les taux de passages aux urgences pour COVID-19 peuvent paraître élevés, du fait d'un dénominateur plus faible qu'habituellement.
- Des filières dédiées à la prise en charge des suspicions de COVID-19 ont été mises en place dans certains centres hospitaliers, ne faisant majoritairement pas l'objet d'un envoi sous forme de résumé de passage aux urgences. Cette pratique peut engendrer une diminution du nombre de passages aux urgences pour COVID-19 et réduire le taux de passages.
- Certains services d'urgences font office de lieux de prélèvements COVID-19 pour les personnes ayant eu une prescription en ville et attribuent un codage COVID-19 pour ces personnes. Cette pratique peut augmenter le taux d'activité COVID-19 et expliquer certaines différences entre les départements.

En semaine 22 (du 25 au 31 mai 2020), les structures d'urgences de la région Occitanie rapportaient 250 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (103 passages pour 10 000) (figures 9 et 10). Cet indicateur tous âges était en diminution par rapport à la semaine précédente (semaine 21).

Parmi les passages pour suspicion de COVID-19, 42% concernaient les 65 ans et plus et 33% les 15-44 ans.

Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 67% des hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19. Le taux d'hospitalisations après passage aux urgences pour ce diagnostic était de 49% tous âges, 77% chez les 65 ans et plus et de 49% chez les 45-64 ans (en diminution).

Au niveau départemental, on observait entre les semaines 21 et 22 une diminution des passages pour suspicion de COVID-19 sur le département du Tarn-et-Garonne et une augmentation dans le département du Gers.

Figure 9. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge

(source : réseau Oscour®, au 3/06/2020)

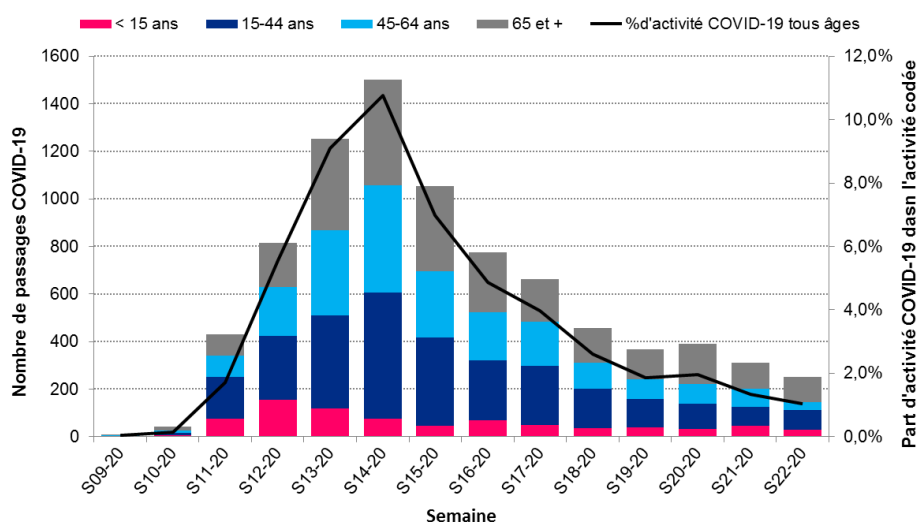
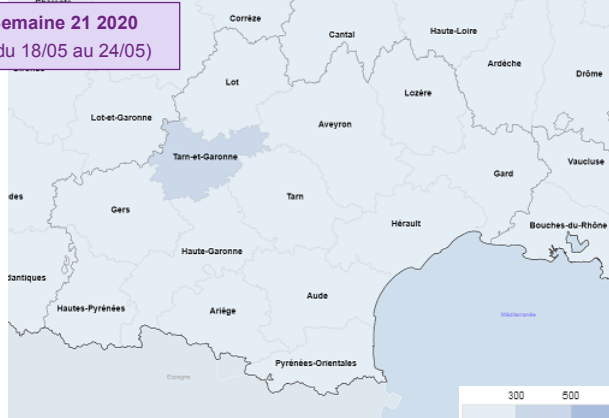
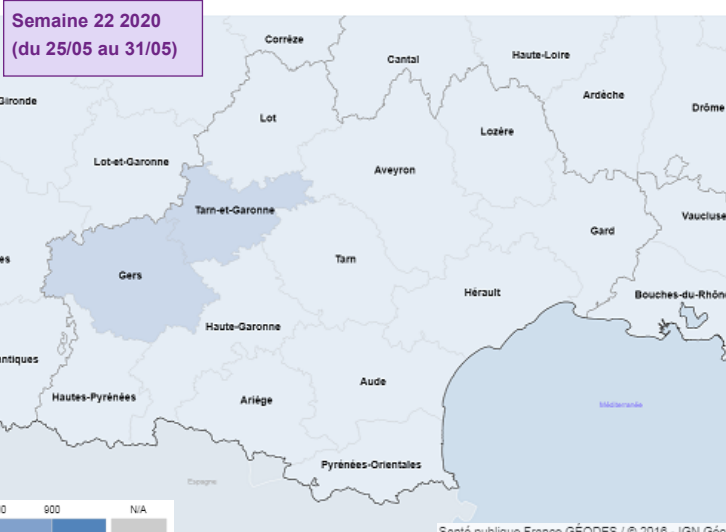


Figure 10. Taux hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19, pour 10 000 passages, en semaines 21 (du 18/05 au 24/05) et 22 (du 24/05 au 31/05) 2020 (source : réseau Oscour®, au 3/06/2020)

Semaine 21 2020
(du 18/05 au 24/05)



Semaine 22 2020
(du 25/05 au 31/05)



Surveillance à l'hôpital

Hospitalisations, admissions en réanimation

Le 02 juin 2020 à 14h, 240 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en Occitanie dont 16% (N= 38) en réanimation (données SI-VIC, tableau 4). La majorité des hospitalisés était âgée de 70 ans ou plus (y compris en réanimation).

Sur les 8 dernières semaines, une diminution des hospitalisations et admissions quotidiennes en réanimation est observable.

Selon les données SI-VIC, 497 décès hospitaliers du COVID-19 ont été enregistrés en Occitanie dont 84% âgées de plus de 70 ans.

Tableau 4. Nombre et part (en %) de personnes hospitalisées et en service de réanimation pour COVID-19, au 2/06/2020, par département de prise en charge
(source : SI-VIC, au 2/06/2020 à 14h)

Départements	Hospitalisations		Dont Réanimations	
	N	%	N	%
Ariège	2	1%	1	3%
Aude	12	5%	1	3%
Aveyron	7	3%	0	0%
Gard	73	30%	6	16%
Haute-Garonne	58	24%	11	29%
Gers	6	3%	1	3%
Hérault	34	14%	10	26%
Lot	10	4%	1	3%
Lozère	1	0%	0	0%
Hautes-Pyrénées	16	7%	2	5%
Pyrénées-Orientales	2	1%	1	3%
Tarn	13	5%	2	5%
Tarn-et-Garonne	6	3%	2	5%
Total	240	100%	38	100%

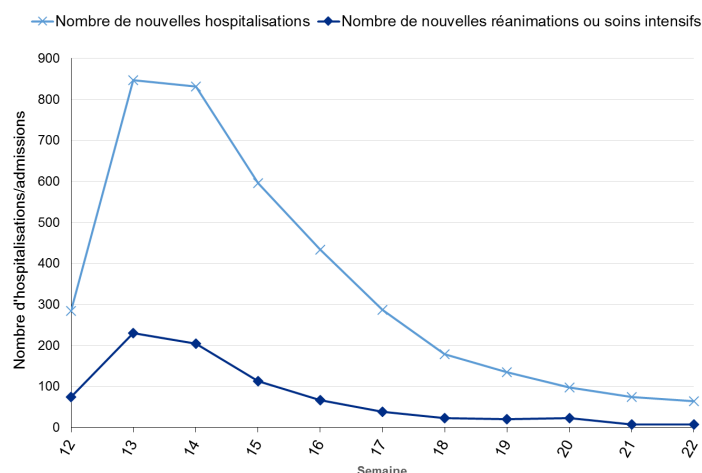


Figure 11. Nombres totaux de nouvelles hospitalisation et d'hospitalisations en réanimation pour suspicion de COVID-19 par semaine (source : SI-VIC, 2/06/2020 14h)

Caractéristiques des cas admis en réanimation (services sentinelles)

Services sentinelles de réanimation participant en Occitanie (24 services) : CHIVA, CH Carcassonne, CH Rodez, CHU Nîmes réanimation médicale chirurgicale et RUSC, CHU Toulouse pédiatrique Purpan Rangueil SI Larrey, CHU Montpellier St Eloi AdV adultes et pédiatriques, réanimation polyvalente et médicale, CH Béziers, CH Cahors, CH Bigorre Tarbes, CH Perpignan, CHIC Castres-Mazamet, CH Montauban, CH Mende, CH Albi, CH Auch) .

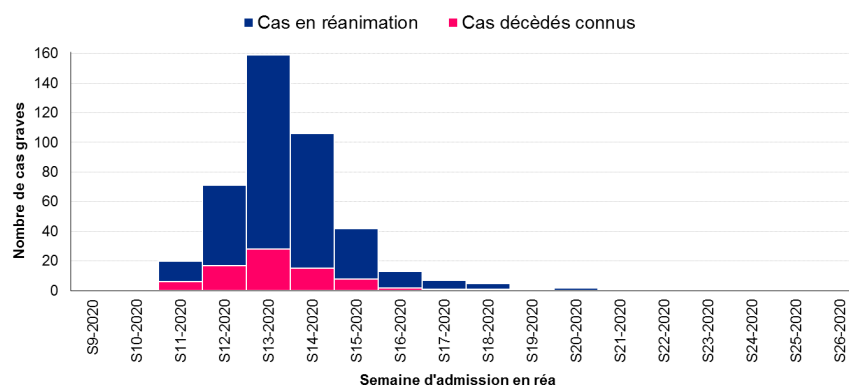
Cette surveillance débutée le 16 mars est basée sur un réseau sentinelle de services de réanimation volontaires. Elle a pour objectif de documenter les caractéristiques des cas graves de COVID-19 admis en réanimation. Elle n'a pas vocation à dénombrer tous les cas graves de COVID-19 admis en réanimation.

L'âge moyen des cas était de 63 ans et 73% étaient des hommes. Le département de résidence de ces cas était : la Haute-Garonne (25%), l'Hérault (23%), les Pyrénées-Orientales (17%), le Gard (11%), l'Aveyron (4%), le Tarn (4%), l'Aude (4%), le Tarn et Garonne (3%), le Lot (3%), le Gers (3%), les Hautes-Pyrénées (3%), l'Ariège (1%), la Lozère (<1%).

80% des cas présentaient un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA) (tableau 5).

A ce jour, l'évolution définitive est renseignée pour 90% des cas, parmi lesquels 79 décès ont été signalés (79/384=21%). Parmi les cas décédés, 85% avaient une comorbidité et 75% avaient plus de 65 ans.

Figure 12. Courbe épidémique des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation par date d'admission (source : 24 services sentinelles de réanimation d'Occitanie, au 2/06/2020 à 13h)



Caractéristiques des cas admis en réanimation (services sentinelles) (suite)

Tableau 5. Description des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation (source : 24 services sentinelles de réanimation d'Occitanie, au 2/06/2020 à 13h)

	Nombre	%		Moyenne	Min.-Max.
Nombre de cas graves signalés			Délais (en jours)		
Evolution non renseignée	43	10,1	Date début signe - admission réa****	9,4	-15-53
Evolution renseignée	384	89,9	Date d'admission - sortie de réa (n=185)	15,4	0-59
Transfert hors réa ou retour domicile	305	79,4	Date d'admission - décès (n=52)	14,7	0-54
Décédés	79	20,6			
Sexe			Prise en charge ventilatoire*		
Homme	312	73,1	Oxygénation (masque/lunette)	75	17,6
Femme	115	26,9	VNI	12	2,8
Âge			O2 à haut débit	113	26,5
Moyenne d'âge (Min-Max)	63,4	15-88	Ventilation invasive	274	64,2
0-14 ans	0	0,0	Assistance extra-corporelle	20	4,7
15-44 ans	40	9,4	Facteurs de risque, comorbidités et grossesse *		
45-64 ans	162	37,9	Aucun	74	17,3
65-74 ans	151	35,4	Au moins un facteur/comorbidité	349	81,7
75 ans et plus	74	17,3	Grossesse	3	0,7
Région de résidence			Surpoids ou obésité**	182	42,6
Occitanie	394	92,3	Surpoids** (IMC [25-29])	59	13,8
Hors Occitanie	24	5,6	Obésité** (IMC [30-39])	94	22,0
Inconnue	9	2,1	Obésité morbide (IMC≥40)	29	6,8
Syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA)			Surpoids/obésité IMC non précisé**	0	0,0
Absence de SDRA	79	18,5	Pathologie hépatique	11	2,6
SDRA	342	80,1	Diabète de type 1 et 2	107	25,1
SDRA mineur	31	7,3	Pathologie pulmonaire	67	15,7
SDRA modéré	126	29,5	Pathologie cardiaque	93	21,8
SDRA majeur	178	41,7	Pathologie neuro-musculaire	22	5,2
SDRA - niveau non précisé	7	1,6	Pathologie rénale	39	9,1
Co-infections			Immunodéficience	32	7,5
Oui	18	4,2	HTA***	85	39,7
			Prématurité	0	0,0
			Autres facteurs de risque	52	12,2
			NSP/Inconnu	4	0,9

* Un patient peut présenter plusieurs facteurs de risque et prises en charge ventilatoire.

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

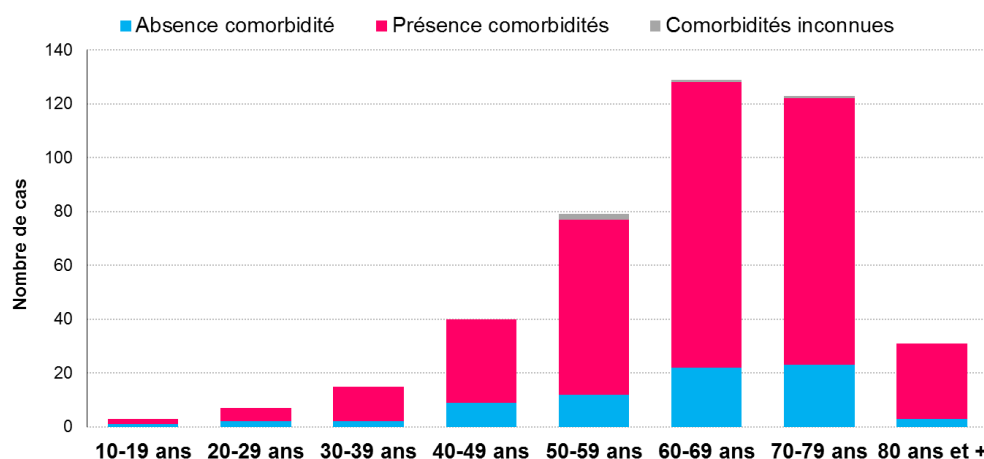
*** Analyse restreinte aux cas signalés à partir du 06/04 (recueil non systématique avant le 06/04)

**** Délai début des signes - entrée en réa négatif s'expliquant par une infection nosocomiale survenue en réanimation

Figure 13. Distribution des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation, selon l'existence de comorbidités et par classe d'âge (Source : 24 services sentinelles de réanimation d'Occitanie, au 02/06/2020 à 13h)

La majorité (82%) des cas présentait au moins une comorbidité ou un facteur de risque listés (figure 13).

Les cas de moins de 60 ans (n=144), présentaient plus fréquemment un surpoids/obésité (51% vs 38%), une pathologie hépatique (6% vs 1%) ou une grossesse (2% vs 0%) et moins fréquemment une HTA (27% vs 47%), un diabète (15% vs 30%), une pathologie cardiaque (7% vs 29%), pulmonaire (8% vs 19%), rénale (3% vs 12%) que les cas de plus de 60 ans (n=283).



Surveillance de la mortalité

Mortalité spécifique au COVID-19 (certification électronique des décès)

La dématérialisation de la partie médicale du certificat de décès a été fortement encouragée depuis le début de l'épidémie permettant une mise à disposition rapide des causes de décès. Au début de l'année 2019, pour près d'un décès sur quatre survenu en Occitanie, la partie médicale était dématérialisée, avec cependant, de fortes disparités départementales. La majorité des décès certifiés électroniquement surviennent à l'hôpital, dans les cliniques privées et des Ehpad. La part des décès survenant à domicile parmi les décès certifiés électroniquement est très faible. L'intérêt de cette source de données est de fournir des renseignements sur la part de décès liés au COVID-19 avec comorbidités par classe d'âge.

Parmi les 491 décès certifiés par voie électronique entre le 1^{er} mars et le 1^{er} juin 2020, avec mention COVID-19 dans les causes médicales de décès, 80% concernaient des personnes âgées de 75 ans ou plus et 6% des personnes âgées de moins de 65 ans.

Pour l'Occitanie, 60% de ces décès présentaient une ou plusieurs comorbidités (tableau 6) dont : pathologie cardiaque pour 35% d'entre eux (N=102), hypertension artérielle pour 16% (N=47) et pathologies neurologiques pour 15% (N=45).

Tableau 6. Description des décès certifiés par voie électronique avec mention COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars au 1^{er} juin (N=491) (source : Inserm-CépiDC, au 02/06/2020)

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	2	100	2	0
45-64 ans	8	28	21	72	29	6
65-74 ans	24	35	44	65	68	14
75 ans ou plus	164	42	228	58	392	80
Tous âges	196	40	295	60	491	100

¹ % présentés en ligne ; ² % présentés en colonne

Répartition par sexe

- Sexe-ratio (H/F) : 1,15 (N=491)

Répartition selon l'existence de facteurs de risque connus

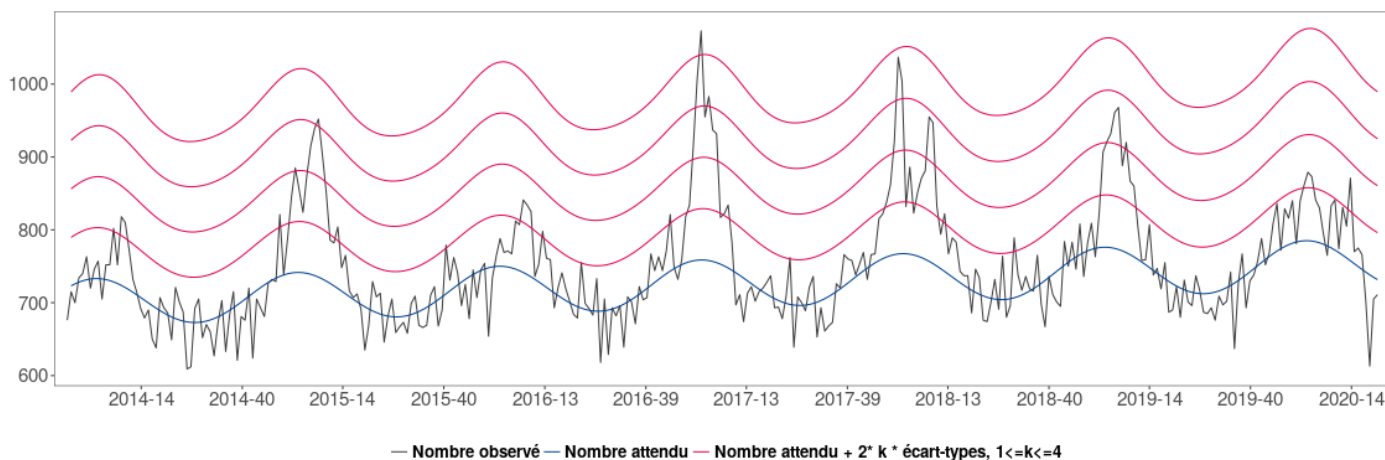
- Avec comorbidités : 60,0% (N=295)
- Sans ou non-renseignés : 40,0% (N=196)

Mortalité toutes causes (Insee)

La mortalité toutes causes renseigne l'ensemble des décès de la région et par département, estimés à partir des données d'état civil d'environ 75% des décès qui surviennent dans la région. Sans pouvoir donner la part attribuable au COVID-19, la surveillance de la mortalité toutes causes présente l'intérêt d'identifier des excès éventuels de mortalité par rapport aux valeurs attendues pour la même période de l'année d'après l'historique des années précédentes.

En semaine 21 (du 18 au 24 mai 2020), le nombre de décès observé en région Occitanie, tous âges et chez les 65 ans et plus, était de l'ordre de grandeur des valeurs attendues, voire inférieures sur les 4 semaines précédentes (figure 14).

Figure 14. Mortalité toutes causes et tous âges, jusqu'à la semaine 21 (du 18/05 au 24/05) 2020 (source : Insee, au 03/06/2020)



Surveillance des professionnels des établissements de santé

Cette surveillance a été mise en place le 22 avril 2020 et a pour objectif de recenser les professionnels salariés d'un établissement de santé (ES) d'hospitalisation, public ou privé, ayant été infectés par le SARS-CoV-2 depuis le 1er mars 2020. Ont été considérés comme un cas (i) tout professionnel en établissement de santé infecté par SARS-CoV-2, confirmé par PCR, (ii) tout professionnel en établissement de santé probablement infecté par SARS-CoV-2, (clinique, historique de contact ou imageries évocatrices), reconnu comme infecté par la cellule « covid19 » ou le référent infectiologue de l'ES. Concernant les décès, il s'agit de décès lié à l'infection à SARS-CoV-2.

Pour l'Occitanie, au 31 mai 2020, 97 établissements avaient participé à la surveillance et 1 390 cas ont été recensés (données provisoires). Ci-après figurent les types d'établissements participants (tableau 7) et les résultats par catégorie professionnelle (tableau 8 et figure 15). La proportion de professionnels infectés parmi les professionnels de la région était la plus élevée parmi les internes (environ deux fois plus que les médecins, aide-soignants ou infirmiers) (tableau 9). Cette proportion chez les internes en regard des autres professions se distingue de ce qui est observé à l'échelle nationale et se rapproche de ce qui est observé en Corse ou, dans une moindre mesure, en Bretagne. Des investigations sont en cours pour expliquer cette observation.

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

Tableau 7. Répartition du nombre d'établissements de santé déclarants par type, depuis le 1er mars 2020, données au 31 mai 2020, Occitanie

CHR : centre hospitalier régional
CHU : centre hospitalier universitaire
HIA : hôpital d'instruction des armées
CH : centre hospitalier
ES : établissement de santé
CLCC : centre de lutte contre le cancer
SLD : soins de longue durée
SSR : soins de suite et réadaptation

Type d'établissement	Nombre d'établissements	%
CHR/CHU/HIA	1	1,0%
CH/Hôpital local	22	22,7%
ES privés de soins de courte durée	14	14,4%
CLCC	1	1,0%
ES Psychiatrie	9	9,3%
SLD	1	1,0%
SSR	29	29,9%
Regroupement de plusieurs types d'ES	3	3,1%
Soins ambulatoires ou à domicile	17	17,5%
<i>Données en cours de vérification</i>	0	0,0%
Total	97	100,0%

Tableau 8. Répartition du nombre de professionnels COVID-19 déclarés, par catégorie professionnelle et proportion d'infectés parmi l'ensemble des infectés, depuis le 1er mars 2020, données au 31 mai 2020, Occitanie

Catégorie professionnelle	Nombre de cas	%
Infirmier	451	32,4%
Aide-soignant	255	18,3%
Médecin	151	10,9%
Interne	85	6,1%
Elève	36	2,6%
Kinésithérapeute	12	0,9%
Sage-femme	4	0,3%
Autre professionnel soignant	180	12,9%
Autre professionnel non soignant	211	15,2%
Inconnu	5	0,4%
Total	1390	100,0%

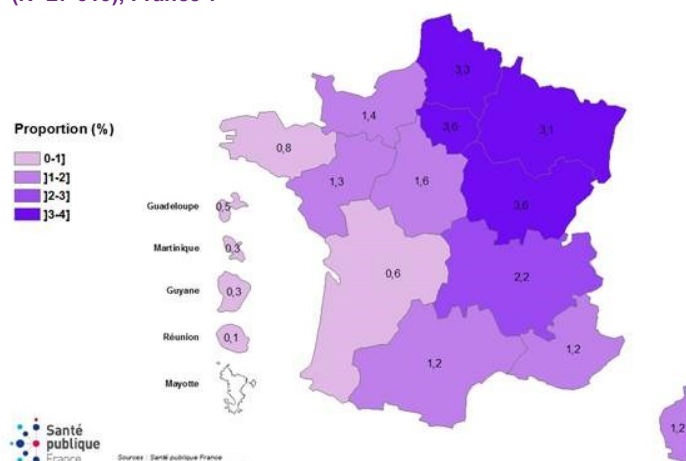
Tableau 9. Proportion (%) de professionnels en ES déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des professionnels en ES, par catégorie professionnelle (N=27 613) (données au 31 mai), Occitanie*

Catégorie professionnelle	Proportion (%) de professionnels infectés parmi les professionnels de la région
Infirmier	1,5%
Aide-soignant	1,3%
Médecin	1,8%
Interne	3,2%
Masseurs-kinésithérapeute	1,0%
Sage-femme	0,3%
Autres professionnels de santé	1,2%
Autres non professionnels de santé	0,7%
Total	1,2%

* Source de données pour le nombre total de professionnels par catégorie professionnelle par région : SAE, données 2018 <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

NB : Les cas pour lesquels la profession était inconnue, et les élèves n'ont pas été pris en compte dans cette analyse, en l'absence de dénominateur connu. Pour Mayotte, la catégorie professionnelle des cas (N=102) est inconnue

Figure 15. Proportion (%) de professionnels en ES déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des professionnels en ES (N=27 613), France*.



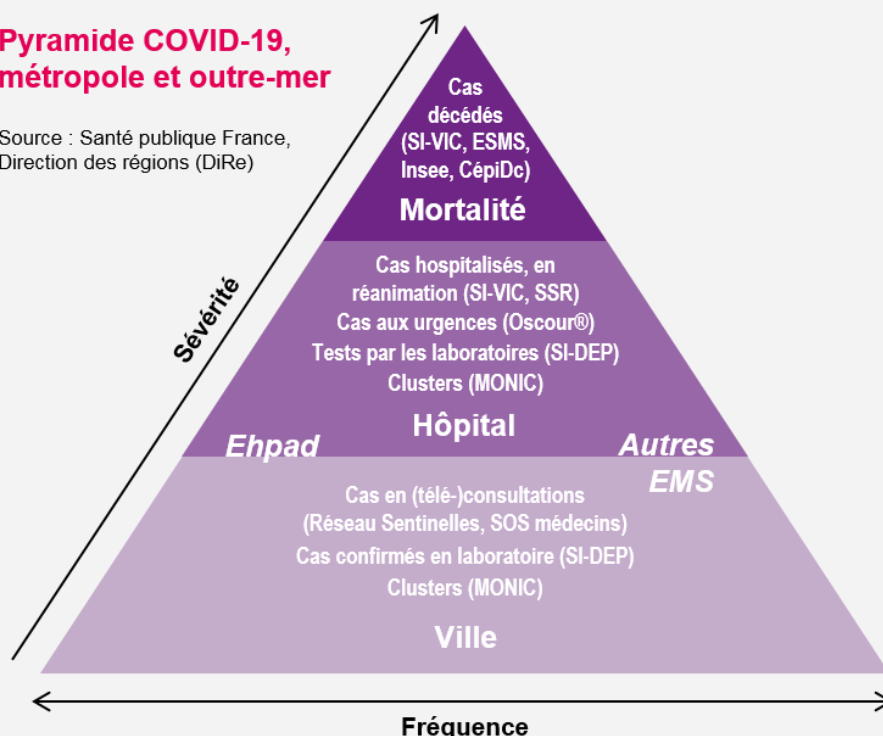
Santé publique France
Date de création de la carte : 2 juin 2020

Mission de Santé publique France

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

Pyramide COVID-19, métropole et outre-mer

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



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

Rédacteur en chef

Damien Mouly
responsable de la Cellule
Régionale Occitanie

Equipe de rédaction

Santé publique France
Occitanie

Direction des régions (DiRe)

Séverine Bailleul
Adeline Beaumont
Olivier Catelinois
Sylvie Cassadou
Amandine Cochet
Cécile Durand
Anne Guinand
Martine Ledrans
Jérôme Pouey
Adeline Riondel
Stéphanie Rivière
Leslie Simac

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

Contact presse

presse@santepubliquefrance.fr

Diffusion Santé publique
France

12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex
www.santepubliquefrance.fr

Date de publication

4 juin 2020

Numéro vert 0 800 130 000

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

Sites associés :

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

GÉODES
GÉO DONNÉES EN SANTÉ PUBLIQUE

ars
Agence Régionale de Santé
Occitanie

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

ecdc
EUROPEAN CENTRE FOR
DISEASE PREVENTION
AND CONTROL

**World Health
Organization**

► [CépIDc](#)

COVID-19

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

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

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

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

Vous avez des questions sur le coronavirus ?
GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS 0 800 130 000
appel gratuit

COVID-19

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

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

Vous avez des questions sur le coronavirus ?
GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS 0 800 130 000
appel gratuit