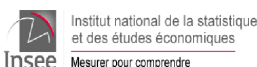


En collaboration avec :

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 national
de la santé et de la recherche médicale



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 13 et [Surveillance épidémiologique du Covid-19](#)). Il est basé sur une analyse des données jusqu'au 27 mai 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.

Qu'est-ce qui est nouveau dans ce Point pour la région ?

Malgré cette faible circulation, des situations de cas groupés sont identifiées chaque jour dans la région, en particulier dans des collectivités où le virus a continué à circuler durant le confinement (établissements de soins, Ehpad, populations vulnérables) ; il s'agit donc de clusters anciens encore actifs. D'autres types de collectivités sont nouvellement touchés (militaires) mais la survenue de cas groupés dans les écoles demeure faible, malgré la réouverture des classes après le 11 mai. A l'exception de situations anciennes, les cas groupés récents impliquent généralement un faible nombre de cas, leur niveau de criticité est le plus souvent jugé faible à modéré et les mesures de gestions mises en place permettent une maîtrise rapide de ces clusters, limitant ainsi le risque de diffusion en dehors de la collectivité.

Cette situation qui se caractérise à la fois par une faible circulation virale et l'identification de clusters traduit une bonne capacité de détection de signaux faibles localisés comme les clusters.

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 S21*, taux de positivité de 1% et taux d'incidence standardisé de 3 pour 100 000 habitants. Le taux d'incidence départemental standardisé le plus élevé a été estimé pour le Gers avec 14 pour 100 000 habitants (taux de positivité de 2,6% en S21 sur ce département).

Surveillance en ville :

- SOS Médecins : 435 actes pour suspicion COVID-19 pour 10 000 actes (S21, 475 en S20*) ;
- Réseau Sentinelles : 19 [0;40] (télé-)consultations pour IRA /100 000 habitants (S21, 31 en S20).

Surveillance dans les ESMS :

- 517 signalements rapportés, parmi les résidents 2 264 cas dont 194 décès en ESMS au 25/05/2020.

Surveillance à l'hôpital :

- Réseau Oscour® : 134 passages pour suspicion COVID-19 pour 10 000 passages (S21, 195 en S20) ;
- Services sentinelles de réanimation/soins intensifs :
 - 426 patients ont été signalés ;
 - 53% des cas étaient âgés de 65 ans et plus et 81% des cas avaient au moins une comorbidité ;
 - La létalité était de 21%. Parmi ces cas décédés en réanimation, 73% étaient âgés de 65 ans et plus et 86% avaient 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) :

- 8 clusters signalés depuis le 11 mai actuellement en cours d'investigation ou maîtrisés. La majorité concerne des Ehpad (n=5/8).

*S21/S20 : pour semaine 21 (du 18/05 au 24/05/2020) et semaine 20 (du 11/05 au 17/05/2020)

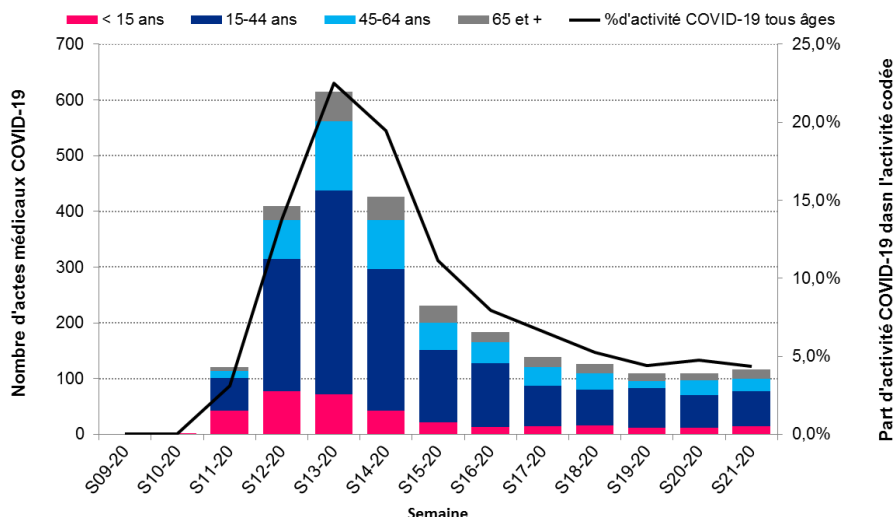
Actes/consultations pour suspicion de COVID-19

En semaine 21 (du 18 au 24 mai 2020), les 4 associations SOS Médecins (Nîmes, Montpellier, Perpignan et Toulouse) enregistraient 117 actes pour suspicions de COVID-19 (435 actes pour 10 000 consultations) (figure 1).

Cet indicateur était en légère augmentation en tous âges par rapport à la semaine précédente, en augmentation chez les moins de 15 ans et les 65 ans et plus, plutôt stable chez les 15-44 ans et en diminution chez 45-64 ans. La majorité des actes réalisés pour ce motif concernait des 15-44 ans (53% des actes), puis les 45-64 ans (20%).

Au niveau départemental, c'était dans le département du Gard pour l'association de Nîmes que la part de ces actes était la plus importante avec 640 actes pour 10 000 (contre 426 pour Perpignan, 382 pour Toulouse, et 370 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 27/05/2020)



Selon le **réseau Sentinelles**, le taux de (télé-)consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) en médecine générale a été estimé en semaine 21 2020 à 19 consultations /100 000 habitants [0;40]* (contre 29 [22;36] au niveau national et 31 consultations /100 000 habitants en semaine précédente pour la région) (figure 2).

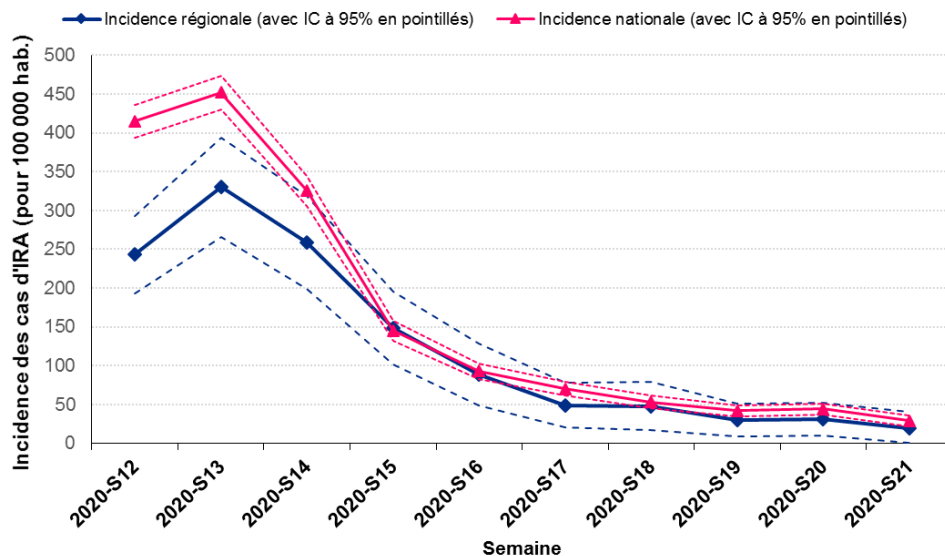
Cet indicateur est stable sur les quatre dernières semaines.

En semaine 21, la région Occitanie se plaçait à un niveau du même ordre de grandeur que la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (20 [0;47]).

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 26/05/2020)



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). Des données sont consolidées dans le temps. Ces indicateurs permettent, associés aux autres indicateurs, de suivre la dynamique de l'épidémie.

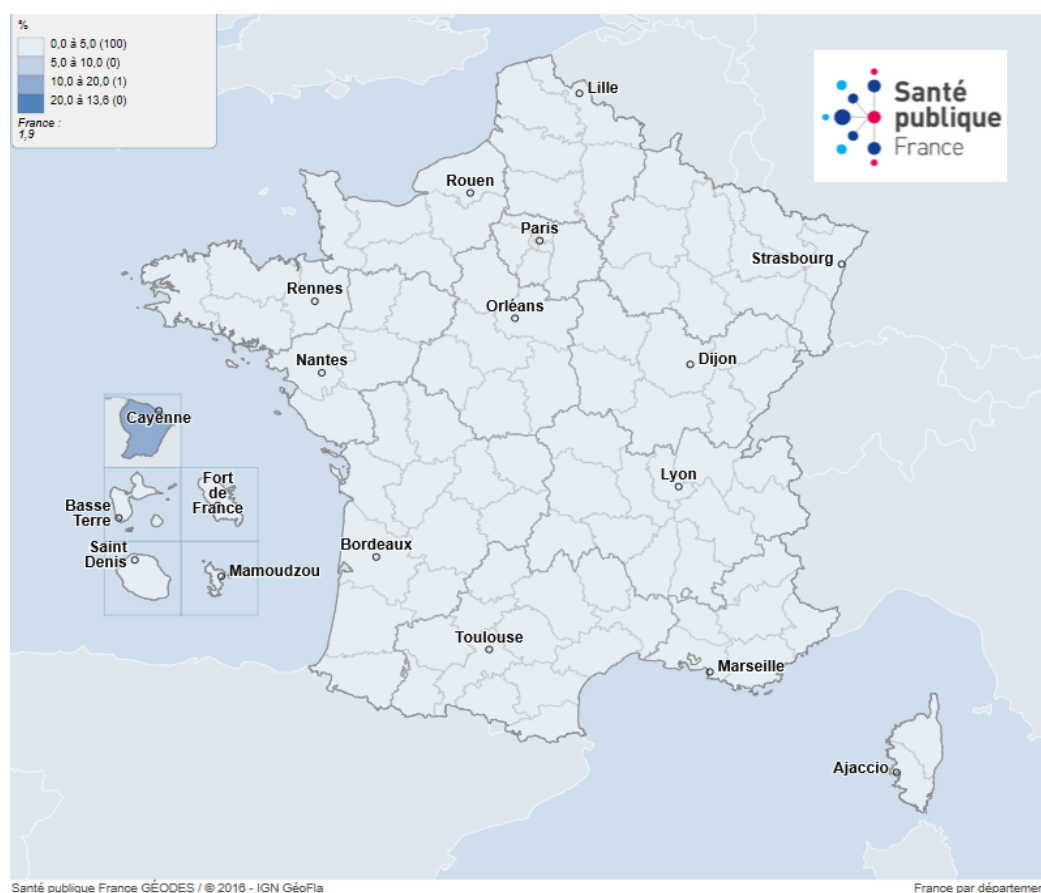
Jusqu'à ces dernières semaines, la surveillance virologique s'appuyait sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie), par certains laboratoires de biologie médicale de ville et par les laboratoires hospitaliers. Désormais, elle s'appuie sur le système **SI-DEP (système d'information de dépistage)**, opérationnel depuis le 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.

Au 27 mai 2020 11h, la quasi-totalité des laboratoires (4 700 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. Au cours de la semaine 21 (18 au 24 mai 2020), 216 891 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, et pour 4 119 patients, les tests se sont avérés positifs. **Le taux de positivité national hebdomadaire était de 1,9 %** (calculé sur les tests valides). Ce taux est comparable aux taux de positivité des semaines 19 et 20 (3 % et 2 %) issus des données du réseau 3 labo.

En France métropolitaine, le taux de positivité était inférieur à 5 % dans l'ensemble des départements (figure 3). Le taux d'incidence (nombres de nouveaux cas rapportés à la population pour 100 000 habitants) était au niveau national de 6,1/100 000 habitant. Il était inférieur à 10/100 000 pour la très grande majorité des départements. Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans la Vienne (24,7/100 000 habitants), les Côtes d'Armor (21,0/100 000 habitants) et la Meuse (22,6/100 000 habitants), départements où des clusters sont en cours d'investigation (figure 4).

En outre-mer, le taux de positivité en Guyane était de 14 %, département où des clusters sont également en cours d'investigation. Les données de Mayotte ne sont pas encore interprétables du fait d'une transmission de données encore trop partielle (données du 27 mai 2020 11h).

Figure 3. Taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2 par département, France, semaine 21 (18 au 24 mai 2020) (source SI-DEP)

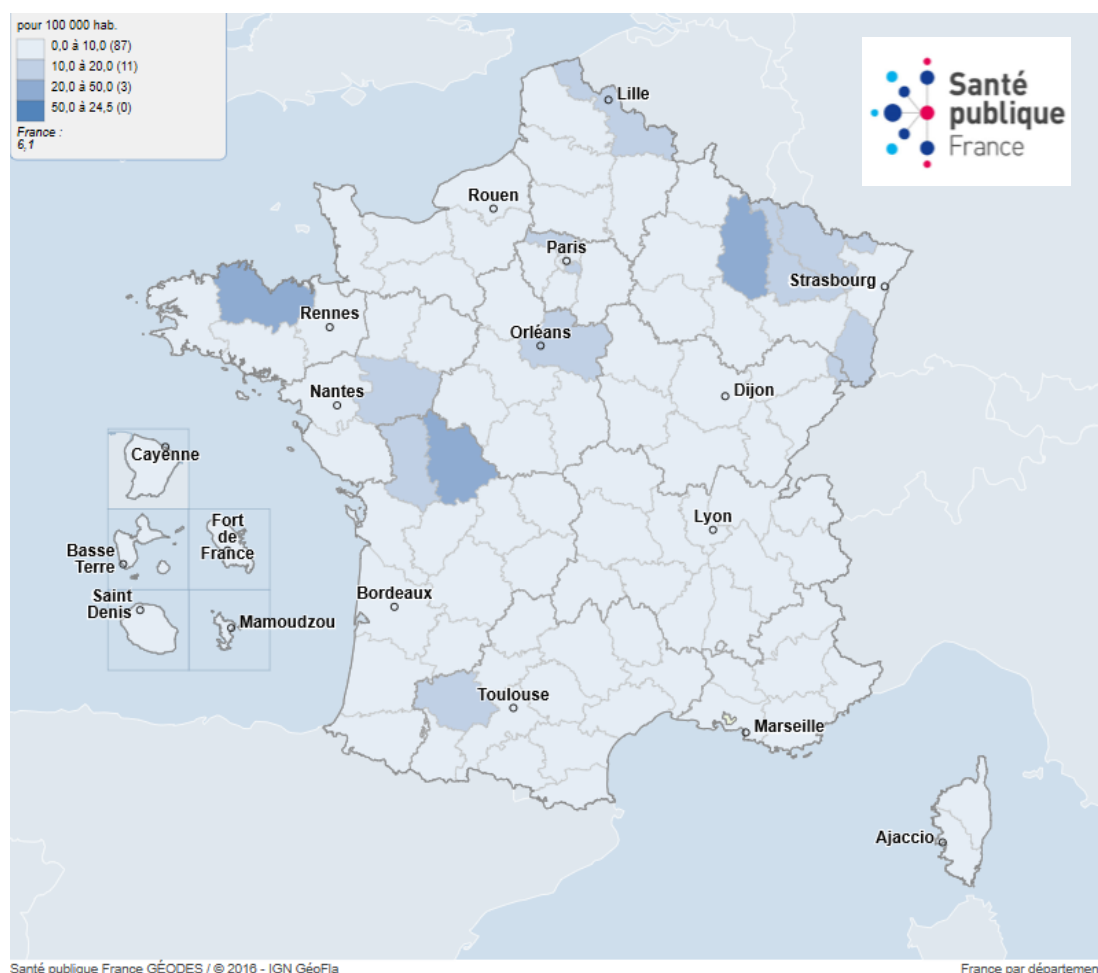


En Occitanie, et pour la semaine 21 2020, le taux de positivité estimé à partir des données SI-DEP était de 1% et le taux d'incidence standardisé de 3 pour 100 000 habitants.

Au niveau départemental, le taux d'incidence standardisé le plus élevé a été estimé pour le Gers avec 14 pour 100 000 habitants (taux de positivité de 2,6% en S21 sur ce département). Pour ce département, d'après les données transmises par l'ARS Occitanie, le taux d'incidence des nouveaux cas a été 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 récente de SI-DEP n'a permis 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 où 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 d'incidence de SARS-CoV-2 pour 100 000 habitant par département, France, semaine 21 (18 au 24 mai 2020) (source SI-DEP)



Signalement à visée d'alerte des clusters (foyers de transmission) - Hors EHPAD

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 27 mai 2020, avec le développement de la capacité diagnostique, un total de **109 clusters** (hors Ehpads et milieu familial restreint) a été rapporté à Santé publique France : 104 clusters en France métropolitaine et 5 dans les départements régions d'outre-mer. On note une nette augmentation du nombre de clusters détectés et investigués (figure 5). Parmi ces clusters, 64 % ont plus de 5 cas. Ils concernent notamment des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité (19 % en établissements d'hébergement social et d'insertion, et 6 % en communautés vulnérables), des établissements de santé (22 %) et plus largement des entreprises (20 % entreprises privées et publiques hors établissements de santé) (tableau 1).

En termes de criticité (potentiel de transmission ou critères de gravité), 75 % des clusters ont été évalués de criticité modérée (37 %) à élevée (38 %). La majorité des clusters est en cours d'investigation (80 %, N=87) (clusters actifs en termes de nouveaux cas avec mise en place de premières mesures de contrôle) (figure 6), 13 % ont été maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7j après le dernier cas), 7 % 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).

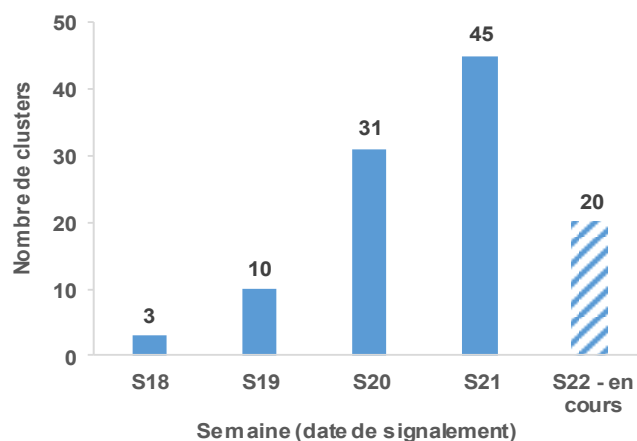
Aucune diffusion communautaire (survenue de nouveaux cas hors de la collectivité et en lien avec le cluster) non contrôlée n'est rapportée.

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 Ehpads seront rapportés

Tableau 1. Répartition par type de collectivités des clusters, hors Ehpads et milieu familial restreint, rapportés à Santé publique France entre le 9 et le 27 mai 2020 (N=109) - 27 mai 2020 (source MONIC)

Type de collectivités	n	%
Etablissements de santé (ES)	24	22
Entreprises privées et publiques (hors ES)	22	20
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	21	19
EMS de personnes handicapées	11	10
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	7	6
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	6	6
Milieu scolaire et universitaire	3	3
Etablissement pénitentiaires	3	3
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	2	2
Crèches	1	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	8	7

Figure 5. Distribution par semaine de signalement des clusters, hors Ehpads et milieu familial restreint, rapportés à Santé publique France (N=109) - 27 mai 2020 (source MONIC)

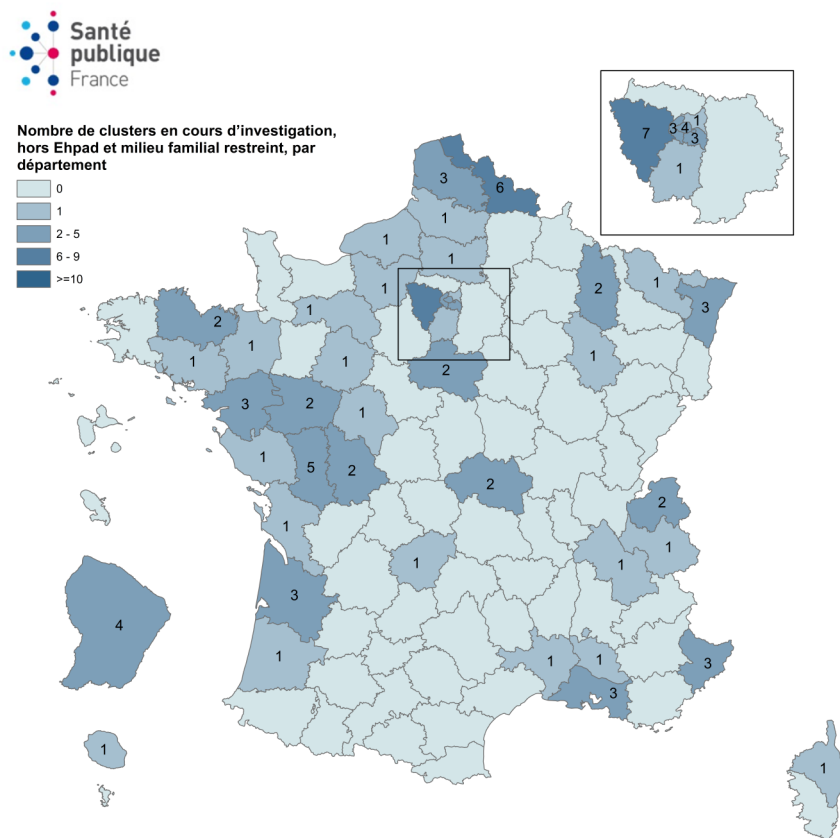


[1] Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19. Saint-Maurice : Santé publique France. Version 25 mai 2020, 50 p. Disponible [ici](#)

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

Signalement des clusters à visée d'alerte

Figure 6 . Répartition par département des clusters en cours d'investigation, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés à Santé publique France, entre le 9 et le 27 mai 2020 (N=87), 27 mai 2020 (source MONIC)



Source : Santé publique France

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 26 mai, **517 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 **355 (69%) signalements par des établissements d'hébergement pour personnes âgées** (EHPAD et autres établissements) et 162 (31%) par d'autres établissements médico-sociaux (EMS).

Parmi les **517 signalements** (tableau 2) :

- **2264 cas de COVID-19** étaient rapportés chez les résidents dont 1095 (48%) cas confirmés
- **194 cas étaient décédés dans l'établissement d'accueil** (tous en établissements d'hébergement pour personnes âgées)
- **79 cas étaient décédés à l'hôpital**
- **Une létalité de près de 14%** pour les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées
- **1 521 cas** étaient rapportés parmi les membres du **personnel des ESMS**, dont 634 (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 2.

Le nombre d'épisodes de COVID-19 signalés par les établissements diminue régulièrement depuis fin avril (figure 7).

En Occitanie, depuis la semaine 21, 5 clusters en EHPAD (au moins 3 cas confirmés ou probables de covid19) ont été identifiés et sont répartis dans 6 départements de la région. Ils sont en cours d'investigation ou maîtrisés et font 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 25/05/2020, région Occitanie (source : Surveillance dans les ESMS, au 25/05/2020 à 0h00)

		EHPA ¹	HPH ²	Autres EMS ³	Total
Chez les résidents	Signalements	355	124	38	517
	Cas confirmés	1000	75	20	1095
	Cas possibles	976	127	66	1169
	Nombre total de cas	1976	202	86	2264
	Cas hospitalisés	293	23	3	319
	Décès hôpitaux	78	1	0	79
	Décès établissements	194	0	0	194
Chez le personnel	Cas confirmés	529	78	27	634
	Cas possibles	624	179	84	887
	Nombre total de cas	1153	257	111	1521

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

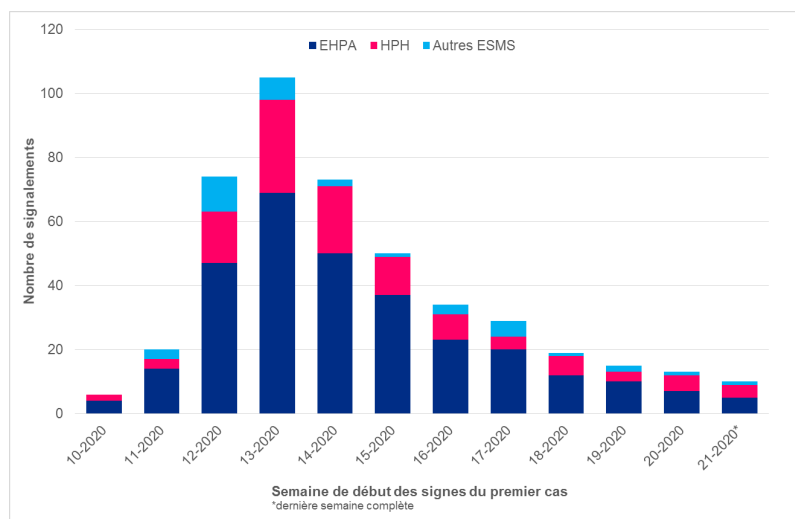
² Hébergement pour personnes handicapées (FAM, IME, autres établissements pour enfants (ITEP, EAAP, IEM, Instituts pour déficient auditifs et visuels), autres établissements pour adultes (foyer de vie, foyer d'hébergement)

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 25/05/2020, région Occitanie (source : Surveillance dans les ESMS, au 25/05/2020 à 0h00)

Départements	Signalements	Cas parmi les résidents	Décès dans l'établissement parmi les résidents	Cas parmi le personnel
Ariège (09)	19	13	0	42
Aude (11)	30	159	16	51
Aveyron (12)	47	185	37	100
Gard (30)	48	169	15	109
Haute-Garonne (31)	96	299	9	233
Gers (32)	30	145	16	140
Hérault (34)	97	627	38	371
Lot (46)	13	114	7	40
Lozère (48)	13	31	0	41
Hautes-Pyrénées (65)	30	157	30	97
Pyrénées-Orientales (66)	46	78	12	67
Tarn (81)	32	224	5	193
Tarn-et-Garonne (82)	16	63	9	37
Total Région	517	2264	194	1521

Figure 7. 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=448), du 01/03/2020 au 25/05/2020 (source : Surveillance dans les ESMS, au 25/05/2020 à 0h00)



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). 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 est en forte diminution depuis la mise en place des mesures de 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 21 (du 18 au 24 mai 2020), les structures d'urgences de la région Occitanie rapportaient 308 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (134 passages pour 10 000) (figures 8 et 9). Cet indicateur était en diminution par rapport à la semaine précédente (semaine 20). Parmi les passages pour suspicion de COVID-19, 35% concernaient des 65 ans et plus, 26% des 15-44 ans et 25% des 45-64 ans.

Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 59% des hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19. Le taux d'hospitalisations après passage aux urgences pour ce diagnostic était de 48% tous âges, 81% chez les 65 ans et plus et de 50% chez les 45-64 ans.

Au niveau départemental, on observait entre semaines 20 et 21 une diminution des passages pour suspicion de COVID-19 sur les départements du Gers, du Tarn et de la Haute-Garonne, et une légère augmentation sur le Tarn-et-Garonne.

Figure 8. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge

(source : réseau Oscour®, au 27/05/2020)

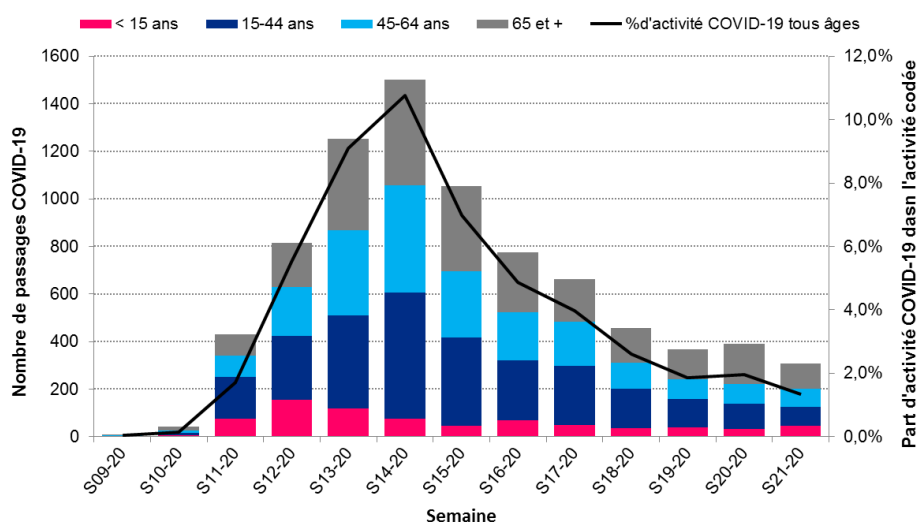
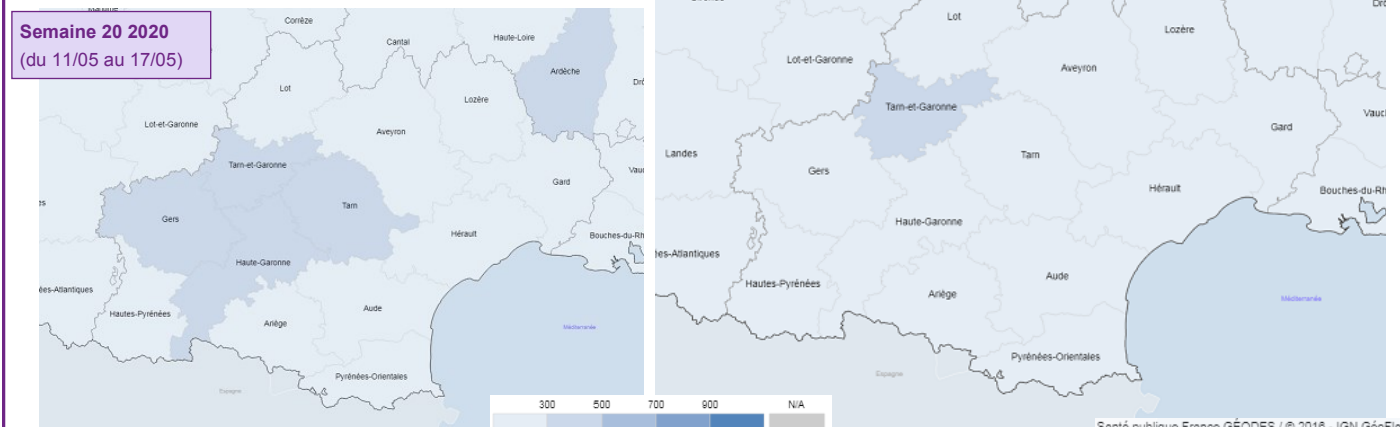


Figure 9 Taux hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19, pour 10 000 passages, en semaines 20 (du 11/05 au 17/05) et 21 (du 18/05 au 24/05) 2020

(source : réseau Oscour®, au 27/05/2020)



Hospitalisations, admissions en réanimation

Le 26 mai 2020 à 14h, 274 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en Occitanie dont 20% (N=55) en réanimation (données SI-VIC, tableau 4). La majorité des hospitalisés était âgée de 70 ans ou plus (y compris en réanimation).

Sur les 7 dernières semaines, une diminution des hospitalisations et admissions quotidiennes en réanimation est observable.

Selon les données SI-VIC, 488 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 26/05/2020, par département de prise en charge
(source : SI-VIC, au 26/05/2020 à 14h)

Départements	Hospitalisations		Dont Réanimations	
	N	%	N	%
Ariège	3	1%	1	2%
Aude	19	7%	4	7%
Aveyron	13	5%	0	0%
Gard	73	27%	8	15%
Haute-Garonne	64	23%	18	33%
Gers	11	4%	2	4%
Hérault	38	14%	12	22%
Lot	9	3%	1	2%
Lozère	2	1%	0	0%
Hautes-Pyrénées	18	7%	3	5%
Pyrénées-Orientales	2	1%	0	0%
Tarn	15	5%	2	4%
Tarn-et-Garonne	7	3%	4	7%
Total	274	100%	55	100%

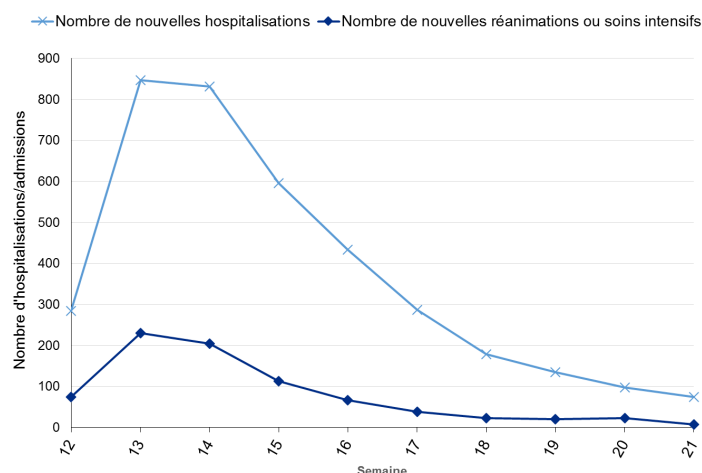


Figure 10. Nombres totaux de nouvelles hospitalisation et d'hospitalisations en réanimation pour suspicion de COVID-19 par semaine (source : SI-VIC, 26/05/2020 14h)

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.

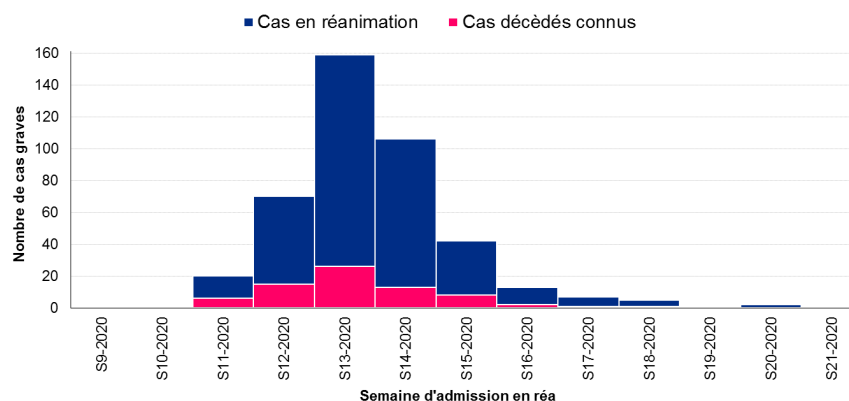
L'âge moyen des cas était de 63 ans et 73% étaient des hommes.

Le département de résidence de ces cas était : la Haute-Garonne (25%), l'Hérault (23%), les Pyrénées-Orientales (16%), 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 82% des cas, parmi lesquels 73 décès ont été signalés (73/351=21%). Parmi les cas décédés, 86% avaient une comorbidité.

Figure 11. 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 26/05/2020 à 14h)



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 26/05/2020 à 14h)

	Nombre	%		Moyenne	Min.-Max.
Nombre de cas graves signalés			Délais (en jours)		
Evolution non renseignée	75	17,6	Date début signe - admission réa****	9,4	-15-53
Evolution renseignée	351	82,4	Date d'admission - sortie de réa (n=185)	14,3	0-59
<i>Transfert hors réa ou retour domicile</i>	278	79,2	Date d'admission - décès (n=52)	13,5	0-53
<i>Décédés</i>	73	20,8			
Sexe			Prise en charge ventilatoire*		
Homme	311	73,0	Oxygénation (masque/lunette)	74	17,4
Femme	115	27,0	VNI	12	2,8
Âge			O2 à haut débit	113	26,5
Moyenne d'âge (Min-Max)	63,4	15-88	Ventilation invasive	267	62,7
0-14 ans	0	0,0	Assistance extra-corporelle	19	4,5
15-44 ans	40	9,4			
45-64 ans	161	37,8	Facteurs de risque, comorbidités et grossesse *		
65-74 ans	151	35,4	Aucun	75	17,6
75 ans et plus	74	17,4	Au moins un facteur/comorbidité	347	81,5
Région de résidence			Grossesse	3	0,7
Occitanie	393	92,3	Surpoids ou obésité**	175	41,1
Hors Occitanie	24	5,6	Surpoids** (IMC [25-29])	53	12,4
Inconnue	9	2,1	Obésité** (IMC [30-39])	93	21,8
Syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA)			Obésité morbide (IMC≥40)	29	6,8
Absence de SDRA	79	18,5	Surpoids/obésité IMC non précisé**	0	0,0
SDRA	341	80,0	Pathologie hépatique	11	2,6
<i>SDRA mineur</i>	33	7,7	Diabète de type 1 et 2	106	24,9
<i>SDRA modéré</i>	129	30,3	Pathologie pulmonaire	67	15,7
<i>SDRA majeur</i>	171	40,1	Pathologie cardiaque	93	21,8
<i>SDRA - niveau non précisé</i>	8	1,9	Pathologie neuro-musculaire	22	5,2
Co-infections			Pathologie rénale	39	9,2
Oui	17	4,0	Immunodéficience	32	7,5
			HTA***	85	39,9
			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).

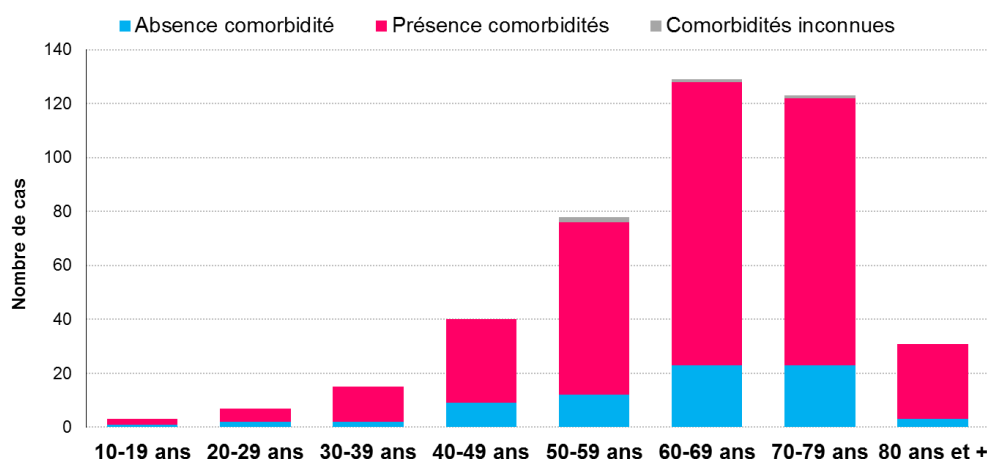
*** Analyse restreinte aux cas signalés à partir du 06/04 (recueil non systématique avant le 06/04)

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

Figure 12. 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 26/05/2020 à 14h)

La majorité (81%) des cas présentait au moins une comorbidité ou un facteur de risque listés (figure 9).

Les cas de moins de 60 ans (n=143), présentaient plus fréquemment un surpoids/obésité (50% vs 36%), une pathologie hépatique (6% vs 1%) ou une grossesse (2% vs 0%) et moins fréquemment une HTA (28% vs 47%), un diabète (15% vs 30%), une pathologie cardiaque (7% vs 29%), pulmonaire (8% vs 19%), rénale (4% vs 12%) que les cas de plus de 60 ans (n=283).



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 2020, 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.

Au 26 mai 2020, parmi les 482 décès certifiés par voie électronique entre le 1^{er} mars et le 25 mai, 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 33% d'entre eux (N=97), pathologies neurologiques pour 18% (N=53), hypertension artérielle pour 15% (N=16) et pathologies respiratoires pour 15% également.

Tableau 6. Description des décès certifiés par voie électronique avec mention COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars au 25 mai (N=482) (source : Inserm-CépiDC, au 26/05/2020)

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	36	43	64	67	14
75 ans ou plus	160	42	224	58	384	80
Tous âges	192	40	290	60	482	100

¹ % présentés en ligne ; ² % présentés en colonne

Répartition par sexe

- Sexe-ratio (H/F) : 1,14 (N=482)

Répartition selon l'existence de facteurs de risque connus

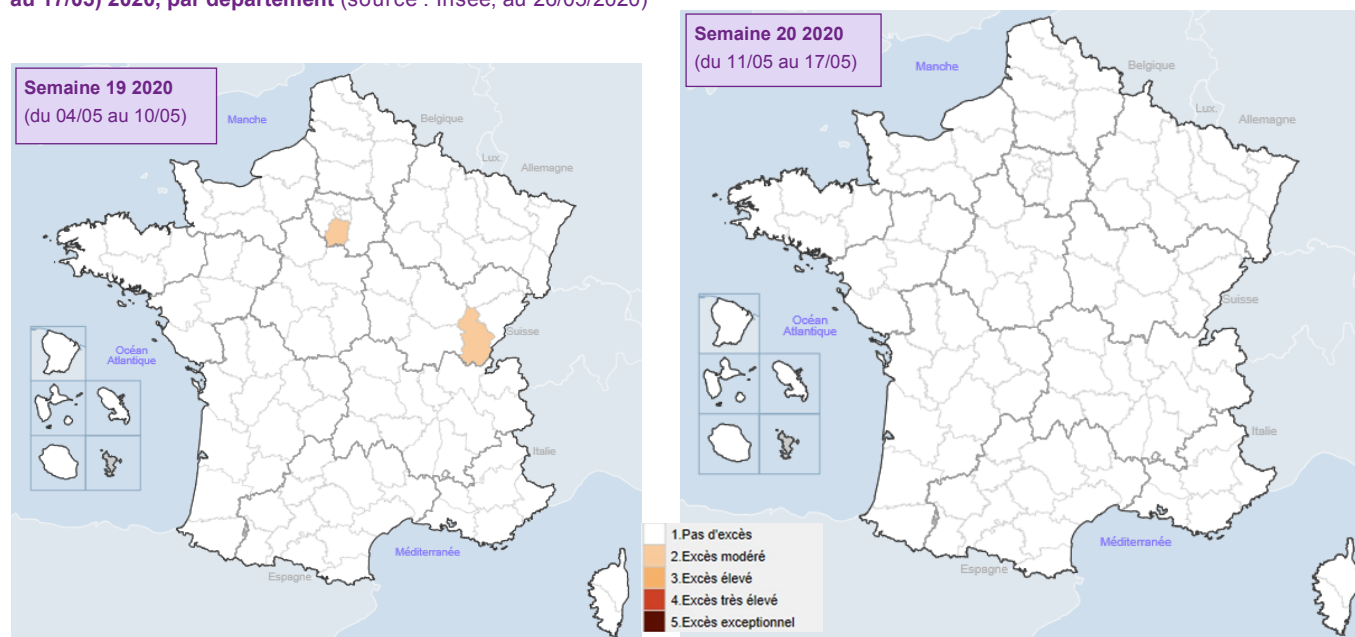
- Avec comorbidités : 60,0% (N=290)
- Sans ou non-renseignés : 40,0% (N=192)

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 20 (du 11 au 17 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. Selon les données disponibles, aucun excès de mortalité toutes causes tous âges n'était observé pour la région en semaine 20 (figure 13).

Figure 13. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues (tous âges), sur les semaines 19 (du 04/05 au 10/05) et 20 (du 11/05 au 17/05) 2020, par département (source : Insee, au 26/05/2020)



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 tout :

- Professionnel en établissement de santé infecté par SARS-CoV-2, confirmé par PCR,
- 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 24 mai 2020, 97 établissements ont participé à la surveillance (soit 16 de plus qu'au 10 mai) et 1 385 cas ont été recensés (soit 189 de plus qu'au 10 mai) (données provisoires).

Ci-après figurent les types d'établissements participants (tableau 7) et les résultats par catégorie professionnelle (tableau 8) dont la répartition ne diffère pas de celle présentée dans le point épidémiologique du 14 mai (données du 10 mai).

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 24 mai 2020, Occitanie

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%

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

Tableau 8. Répartition du nombre de professionnels COVID-19 déclarés, par catégorie professionnelle, depuis le 1er mars 2020, données au 24 mai 2020, Occitanie

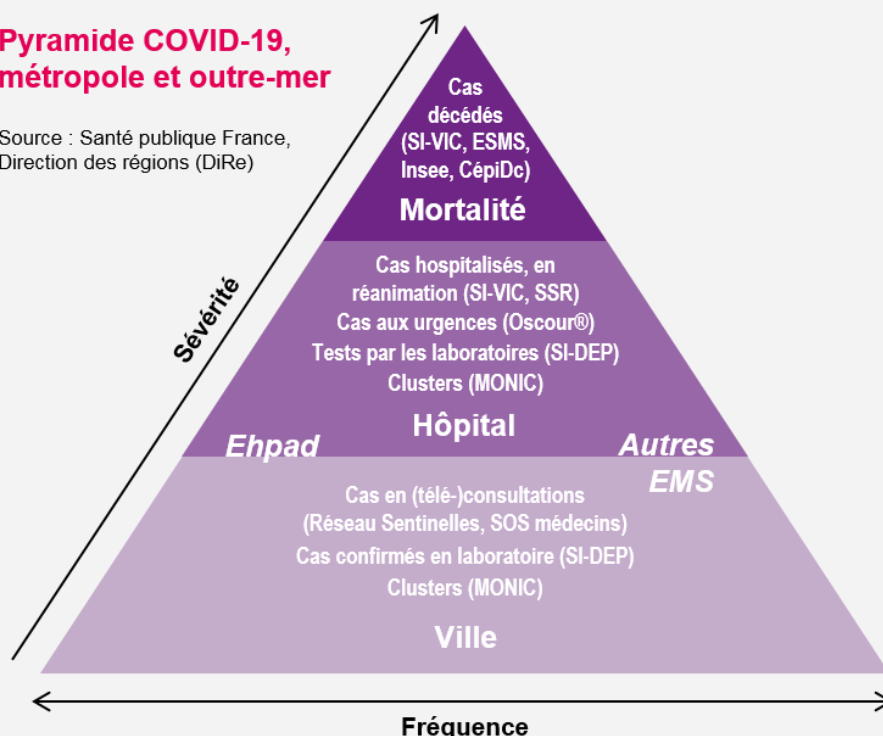
Catégorie professionnelle	Nombre de cas	%
Infirmier	451	32,6%
Aide-soignant	253	18,3%
Médecin	149	10,8%
Interne	85	6,1%
Elève	36	2,6%
Kinésithérapeute	12	0,9%
Sage-femme	4	0,3%
Autre professionnel soignant	180	13,0%
Autre professionnel non soignant	210	15,2%
Inconnu	5	0,4%
Total	1385	100,0%

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
Olivier Catelinois
Sylvie Cassadou
Amandine Cochet
Cécile Durand
Anne Guinard
Martine Ledrans
Marie-France Malcher
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

28 mai 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



► [CépiDC](#)



**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



**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