

VEILLEHEBDO

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Point n°2021-24 publié le mercredi 23 juin 2021

| COVID-19 |

En semaine 24, la circulation virale continue de diminuer au niveau régional par rapport aux semaines précédentes.

L'ensemble des indicateurs épidémiologiques évolue à la baisse. Les taux de positivité et d'incidence sont inférieurs aux taux nationaux.

Les indicateurs hospitaliers montrent une amélioration et les tensions hospitalières sur le système de soins sont moins fortes.

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

Vaccination : [page 5](#)

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

Depuis mars 2020, 2 065 fiches de signalement ont été envoyées par le réseau sentinelles (31 nouveaux signalements en une semaine). Résultats : [page 6](#)

| CHIKUNGUNYA, DENGUE, ZIKA | Surveillance renforcée

Depuis le début de la surveillance, le 1^{er} mai, 9 cas confirmés de dengue, importés principalement de la Réunion ainsi qu'un cas de chikungunya importé du Gabon ont été signalés.

Plus d'informations en [pages 8 et 9](#).

| INFECTIONS A VIRUS WEST-NILE | Début de la surveillance

Depuis le 1^{er} juin 2021, la surveillance des infections à virus West-Nile (VWN) a débuté. Cette surveillance pluridisciplinaire (volets humain, équin, aviaire et entomologique) a pour objectif de repérer précocement la circulation du VWN afin de mettre en place rapidement des mesures de prévention et de protection des personnes (sécurisation des dons de sang et des greffons).

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

| CANICULE |

Niveaux d'alerte météo

Aucune vague de chaleur n'est prévue dans les prochains jours, justifiant un passage en alerte canicule.

Données météorologiques en [page 12](#).

Morbidité

Les activités des urgences et des associations SOS médecins pour des pathologies pouvant être en lien avec la chaleur sont stables.

Données épidémiologiques en [page 13](#).

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

Au niveau régional, l'activité globale des urgences hospitalières et des Samu est en hausse ainsi que chez les moins de 15 ans.

L'activité des associations SOS médecins est stable.

Résultats détaillés par département, et part des non résidents vus aux urgences en [page 14](#).

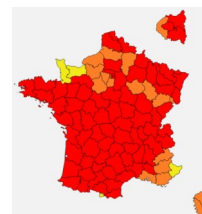
Données de mortalité toutes causes en [page 15](#).

| POLLENS |

Le risque d'allergie est moyen (Alpes-Maritimes) à très élevé (Vaucluse) 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 18 juin 2021.
Source : Réseau national de surveillance aérobiologique (RNSA)



Synthèse de la semaine 24 (du 14 au 20 juin 2021)

En S24, le taux de dépistage est légère augmentation : 3 123 versus 3 043 pour 100 000 habitants en semaine 23. Le taux de positivité continue de baisser : 0,5 % en S24 vs 0,9 % en S23. Le taux d'incidence régional diminue également : 17 vs 29 pour 100 000 habitants en S23.

Au niveau départemental, l'activité de dépistage est en légère augmentation dans tous les départements sauf dans les départements alpins où elle baisse légèrement. Le taux de positivité est en baisse dans tous les départements, compris entre 0,3 % dans les Alpes-de-Haute-Provence et 0,6 % dans les Bouches-du-Rhône. Le taux d'incidence est en baisse dans tous les départements et varie de 7 pour 100 000 habitants dans les Alpes-de-Haute-Provence à 22 pour 100 000 habitants dans les Bouches-du-Rhône.

Les taux d'incidence dans les métropoles régionales sont comparables à ceux de leur département d'appartenance. Plusieurs clusters familiaux, scolaires et professionnels liés à un variant porteur de la mutation L452R ont été investigués récemment, pouvant faire suspecter une circulation à bas bruit de ce type de variant. Des séquençages sont réalisés pour déterminer quels variants en sont responsables.

L'ensemble des indicateurs hospitaliers est en diminution dans la région, avec une baisse du nombre total de personnes hospitalisées (1 006 patients) et du nombre total de personnes en service de soins critiques (158 patients).

L'impact de l'épidémie dans les ESMS est faible : pas de nouvel épisode en S24.

Le nombre de clusters signalé en S24 est faible : 12 clusters hors ESMS ont été signalés et aucun en ESMS.

La couverture vaccinale poursuit sa progression dans la région. Au 20 juin, 58 % de la population de 18 ans et plus avait reçu au moins une première injection de vaccin et 38 % 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 21/06/2021.

Comparaison à la situation nationale

En S24, le taux de dépistage régional est supérieur au taux national : 3 123 vs 2 587 pour 100 000 habitants. Le taux de positivité et le taux d'incidence en Paca sont inférieurs aux taux nationaux : respectivement 0,5 % vs 0,9 % et 17 vs 24 pour 100 000 habitants.

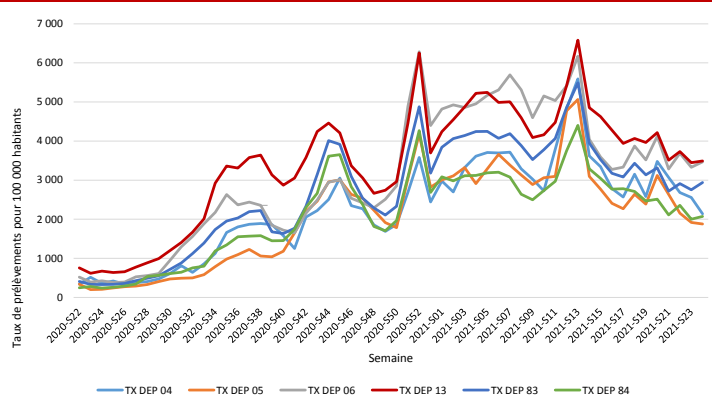
Taux de dépistage régional

Le taux de dépistage régional est de 3 123 pour 100 000 habitants en S24. Il est en légère augmentation par rapport à la S23 (3 043). Il varie de 1 879 pour 100 000 habitants dans les Hautes-Alpes à 3 493 pour 100 000 habitants dans les Bouches-du-Rhône (Figure 1).

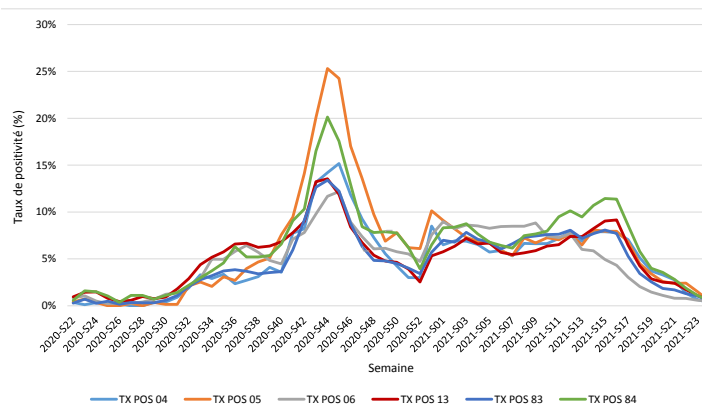
Taux de positivité régional

Le taux de positivité poursuit sa baisse depuis 9 semaines consécutives (0,5 % en S24 versus 0,9 % en S23). Cette tendance est observée dans tous les départements. Le taux de positivité est compris entre 0,3 % dans les Alpes-de-Haute-Provence et 0,6 % dans les Bouches-du-Rhône (Figure 2).

| Figure 1 | Evolution hebdomadaire du taux de dépistage par département, Paca, au 21/06/2021 (source : SIDEP)

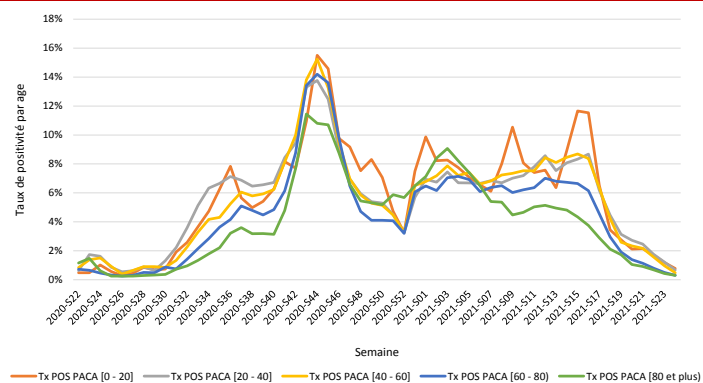


| Figure 2 | Evolution hebdomadaire du taux de positivité par département, Paca, au 21/06/2021 (source : SIDEP)



Les taux de positivité diminuent dans toutes les classes d'âges. Ils varient de 0,3 % chez les 60-80 ans et les 80 ans et plus à 0,8 % chez les moins de 20 ans (Figure 3).

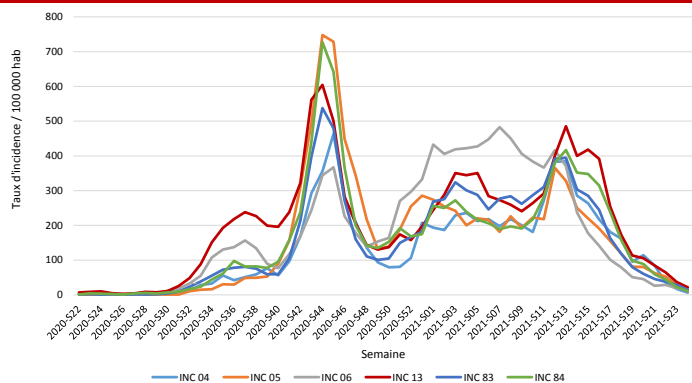
Figure 3 | Evolution hebdomadaire du taux de positivité, par classe d'âge, Paca, au 21/06/2021 (source : SIDEP)



Taux d'incidence

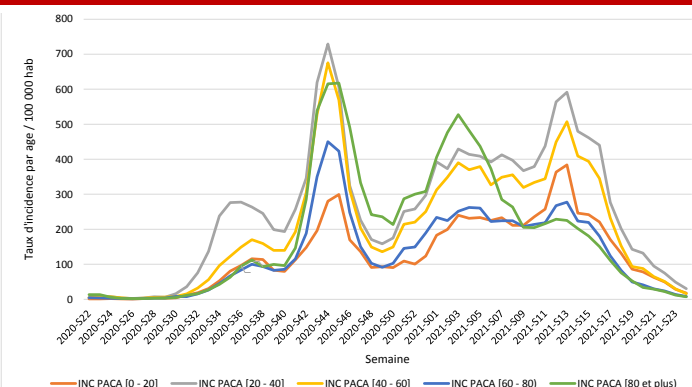
Au niveau régional, le taux d'incidence est en baisse : 17 en S24 vs 29 pour 100 000 habitants en S23. Cette tendance est observée dans tous les départements. Le taux varie de 7 pour 100 000 habitants dans les Alpes-de-Haute-Provence à 22 pour 100 000 habitants dans les Bouches-du-Rhône (Figure 4).

Figure 4 | Evolution hebdomadaire du taux d'incidence par département, Paca, au 21/06/2021 (source : SIDEP)



En S24, le taux d'incidence diminue dans toutes les classes d'âge. Les taux sont compris entre 7 pour 100 000 habitants chez les 80 ans et plus, et 30 pour 100 000 habitants chez les 20-40 ans (Figure 5).

Figure 5 | Evolution hebdomadaire du taux d'incidence par classe d'âge, Paca, au 21/06/2021 (source : SIDEP)



Indicateurs de criblage

Les tests RT-PCR de criblage actuellement utilisés et dont les résultats sont remontés dans SIDEP permettent de distinguer le variant 20I/501Y.V1 et de manière non distincte les variants 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3. Ces tests montrent aujourd'hui des limites pour le suivi de la situation épidémiologique et pour la ges-

tion autour des cas suspects d'être infectés par un virus porteur d'une mutation d'intérêt.

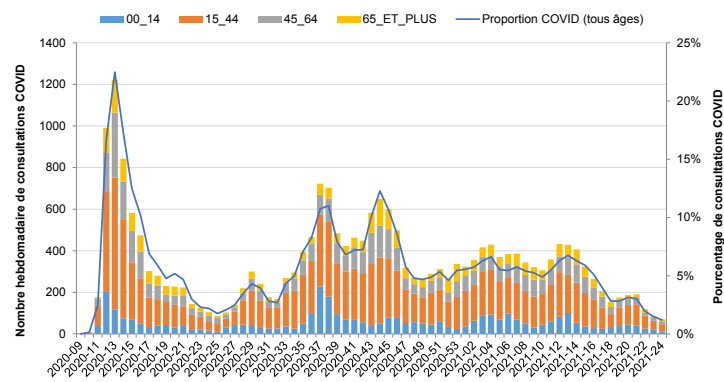
La stratégie de criblage a donc évolué pour rechercher des mutations d'intérêt, ce qui ne permettra plus d'assigner l'infection à un variant spécifique. A ce jour, les mutations E484K, E484Q et L452R ont été sélectionnées car elles ont été associées à une augmentation de transmissibilité ou à un échappement immunitaire.

Ainsi, au cours d'une phase transitoire de plusieurs jours (voire quelques semaines) et selon rapidité de progression de l'utilisation des kits de criblage par les laboratoires, les données SIDEP ne permettront pas de produire des indicateurs pertinents quant à la présence des mutations ciblées et la diffusion des résultats auprès du grand public. Dès que les données seront stabilisées, les résultats de cette surveillance seront à nouveau publiés.

Surveillance en ville

Au niveau régional, le pourcentage d'actes SOS Médecins (1,2 % en S24) pour suspicion de COVID est faible (Figure 6). Le pourcentage est compris entre 0,8 % dans les Alpes-Maritimes et 1,4 % dans le Var.

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 20/06/2021 (source : SOS Médecins)



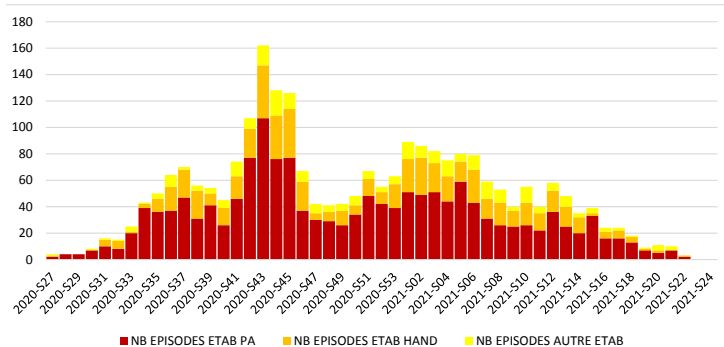
Surveillance en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

En S24, aucun nouvel épisode n'a été signalé (au moins un cas confirmé de COVID) (Figure 7). Au total dans la région, 11 épisodes sont en cours de gestion.

En S24, 4 résidents sont décédés (en établissement de santé). Vingt nouveaux cas ont été signalés chez les résidents et sept chez les personnels (déclaration tardive d'un cluster survenu en mars).

Le nombre de décès en ESMS depuis le début de l'épidémie s'élève à 3 060 : 2 072 dans les ESMS, 988 à l'hôpital.

Figure 7 | Nombre d'épisodes Covid-19 (au moins 1 cas confirmé) dans les ESMS par type d'établissement, Paca, semaines 2020-27 à 2021-24 (source : COVID-19 EHPAD/ESMS v2 au 21/06/2021)

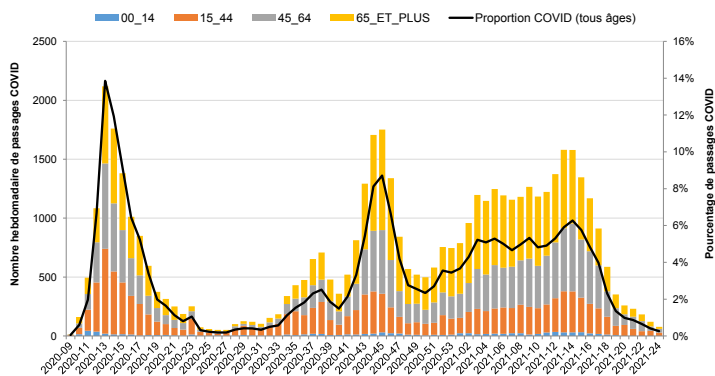


Surveillance en milieu hospitalier

Services des urgences

Le pourcentage de passages aux urgences COVID (0,3 % en S24) est faible à l'échelle de la région (Figure 8). Il est compris entre 0 et 0,3 % selon les départements.

| 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 20/06/2021 (source : Oscour®)

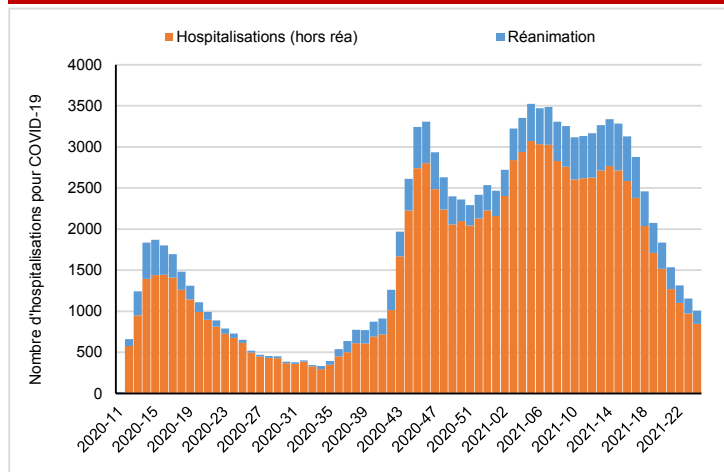


Hospitalisations (exploitation des données SIVIC extraites le 21/06/2021 à 14h30)

Le nombre de patients hospitalisés décédés dans la région continue à baisser en S24 avec 14 décès contre 24 en S23. Il a été divisé par 10 en 6 semaines.

En S24, la file active en soins critiques (réanimation/soins intensifs/soins continus) est en baisse par rapport à la S23 (158 vs 181, soit -13 %). La baisse est aussi retrouvée pour la file active en hospitalisation conventionnelle (Figure 9).

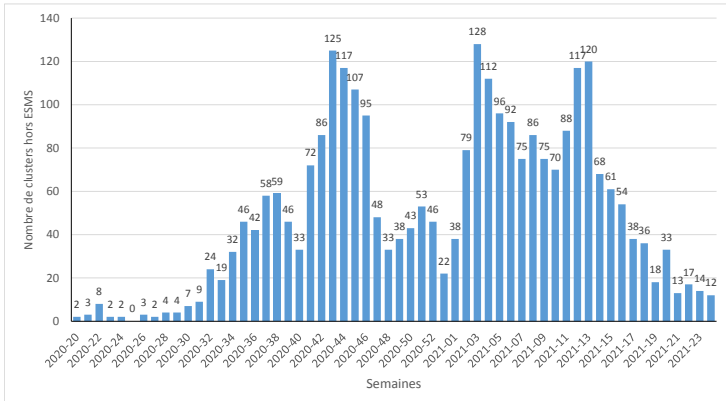
| Figure 9 | Evolution hebdomadaire de la file active des hospitalisations pour COVID-19, Paca, semaines 2020-11 à 2021-24 (source : SI-VIC / extractions réalisées le 21/06 à 14h30)



Surveillance des clusters

A la date du 21/06/2021, l'ARS a investigué 12 nouveaux clusters hors ESMS signalés en S24 (Figure 10). Ce nombre est stable par rapport à la S23 (14). En S24, aucun nouveau cluster n'a été déclaré en ESMS.

| Figure 10 | Evolution hebdomadaire du nombre de clusters hors ESMS signalés à l'ARS Paca, rapportés entre le 09/05/2020 et le 21/06/2021, Paca (source MONIC)



Au total, du 09/05/2020 au 21/06/2021, 4 183 clusters (hors foyers familiaux restreints) ont été identifiés dans la région, dont 99 (2,4 %) 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 21/06/2021, Paca (source MONIC)

		Paca	04	05	06	13	83	84
Hors ESMS	Total	2831	149	120	493	1288	526	255
	<i>en cours</i>	91	3	4	20	51	8	5
	<i>Clôturé</i>	2740	146	116	473	1237	518	250
ESMS	Total	1352	65	48	297	565	278	99
	<i>en cours</i>	8	0	0	0	6	2	0
	<i>Clôturé</i>	1344	65	48	297	559	276	99
TOTAL		4183	214	168	790	1853	804	354

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 20 juin 2021 (données par date d'injection), selon les données issues de Vaccin Covid (données transmises par la Cnam le 21 juin 2021, analyse Santé publique France), 2 327 554 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et 1 523 238 sont complètement vaccinés. La couverture vaccinale chez les 18 ans et plus est de 58 % pour la 1^{ère} dose et 38 % pour le schéma complet.

Les répartitions par département des personnes ayant été vaccinées sont présentées dans le tableau 2. Le tableau 3 présente les couvertures vaccinales par classes d'âge.

Au 20 juin 2021, la couverture vaccinale en région Paca chez les résidents en Ehpad et USLD est de 85,7% pour la 1^{ère} dose et de 77,2% pour le schéma complet. La couverture vaccinale chez les professionnels exerçant en Ehpad et USLD est de 47,4% pour la 1^{ère} dose et de 36,1% pour le schéma complet. La couverture vaccinale des professionnels de santé libéraux est de 85,7% pour la 1^{ère} dose et de 77,2% pour le schéma complet.

| 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 20/06/2021 - source : Vaccin Covid)

Département	Au moins 1 dose			Schéma complet		
	Nombre de personnes vaccinées	CV (%) population générale	CV (%) ≥ 18 ans	Nombre de personnes vaccinées	CV (%) population générale	CV (%) ≥ 18 ans
04 -Alpes-de-Haute-Provence	70 810	42,9 %	52,8 %	45 626	27,6 %	34,0 %
05 - Hautes-Alpes	66 556	47,0 %	58,3 %	43 336	30,6 %	38,0 %
06 - Alpes-Maritimes	556 582	51,6 %	63,5 %	372 662	34,5 %	42,5 %
13 - Bouches-du-Rhône	886 297	43,6 %	55,2 %	585 693	28,8 %	36,5 %
83 - Var	499 337	46,5 %	57,2 %	323 081	30,1 %	37,0 %
84 - Vaucluse	247 972	44,2 %	56,2 %	152 840	27,2 %	34,6 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 327 554	46,0 %	57,6 %	1 523 238	30,1 %	37,7 %
France métropolitaine	31 621 673	48,7 %	ND	18 006 856	27,7 %	ND

| 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 20/06/2021 - 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	702 323	37,9 %	274 741	14,8 %
50-64 ans	659 538	66,0 %	431 639	43,2 %
65-74 ans	486 237	80,1 %	400 099	65,9 %
75 ans et plus	466 242	80,3 %	415 350	71,5 %
Non renseigné	13 214		1 409	
Total	2 327 554	46,0 %	1 523 238	30,1 %

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.

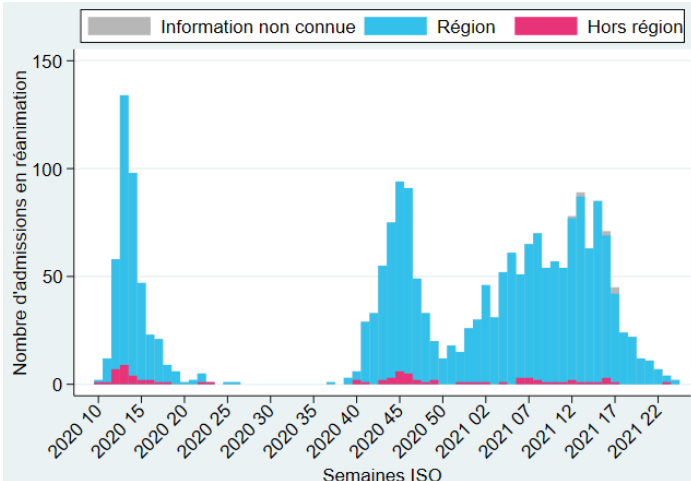
Cette surveillance a pour objectif de documenter les caractéristiques des cas graves de grippe et de Covid-19 admis en réanimation et n'a pas vocation à tous les dénombrer.

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, 2 065 cas ont été signalés, tous de Covid-19 (figure 1). A ce jour, 440 patients sont décédés au cours de leur séjour et 1 578 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 22/06/2021 (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 36 %) mais certains patients encore hospitalisés étant des cas les plus graves nécessitant un type de ventilation mécanique,

Tableau 1 | Caractéristiques des cas de Covid-19 signalés dans les services de réanimation sentinelles, Paca, au 22/06/2021 (source : cas graves en réanimation, Santé publique France)

	2020-S1	2020-S2	2021-S1
Cas admis en réanimation			
Nb signalements	421	548	1096
Répartition par sexe			
Homme	312 (74%)	399 (73%)	764 (70%)
Femme	109 (26%)	149 (27%)	332 (30%)
Inconnu	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ratio	2,9	2,7	2,3
Age			
Moyen	64,4	66,9	61,6
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%)	24 (2%)
Paca	391 (93%)	522 (95%)	1064 (98%)
Non renseigné	0	0	8

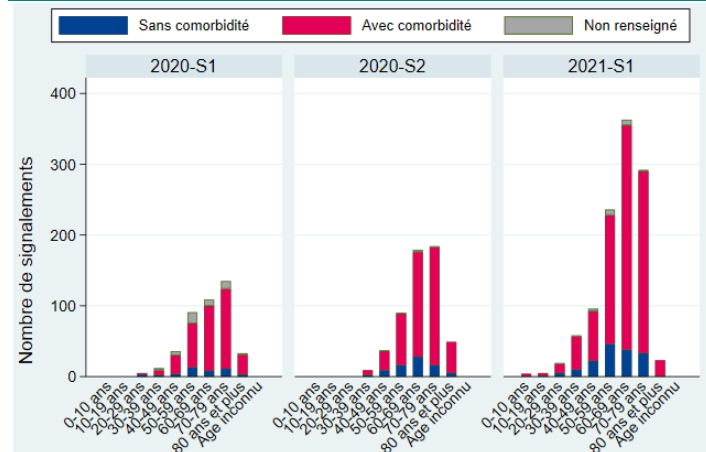
cette proportion peut être sous estimée (tableau 3).

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.

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 jours lors de la première vague à 14 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 22/06/2021 (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 22/06/2021 (source : cas graves en réanimation, Santé publique France)

	2020-S1	2020-S2	2021-S1
Classe d'âge			
0-14 ans	0 (0%)	0 (0%)	4 (0%)
15-44 ans	31 (7%)	22 (4%)	110 (10%)
45-64 ans	154 (37%)	183 (33%)	462 (42%)
65-74 ans	147 (35%)	219 (40%)	380 (35%)
75 ans et plus	89 (21%)	124 (23%)	140 (13%)
Non renseigné	0	0	0
Comorbidités			
Aucune comorbidité	44 (12%)	76 (14%)	155 (14%)
Au moins une comorbidité parmi :	330 (88%)	466 (86%)	917 (86%)
- Obésité (IMC>=30)	142 (38%)	221 (41%)	486 (45%)
- Hypertension artérielle	115 (31%)	206 (38%)	430 (40%)
- Diabète	117 (31%)	162 (30%)	266 (25%)
- Pathologie cardiaque	94 (25%)	130 (24%)	197 (18%)
- Pathologie pulmonaire	66 (18%)	85 (16%)	192 (18%)
- Immunodépression	18 (5%)	32 (6%)	29 (3%)
- Pathologie rénale	15 (4%)	41 (8%)	50 (5%)
- Cancer*	-	31 (6%)	50 (5%)
- Pathologie neuromusculaire	17 (5%)	11 (2%)	14 (1%)
- Pathologie hépatique	2 (1%)	9 (2%)	15 (1%)
Non renseigné	47	6	24
Evolution			
Evolution renseignée	421 (100%)	536 (98%)	1061 (97%)
- Transfert hors réanimation ou retour à domicile	334 (79%)	393 (73%)	851 (80%)
- Décès	87 (21%)	143 (27%)	210 (20%)

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

Caractéristiques des patients décédés

Depuis le début de la surveillance, 440 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 3,2 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 (3,0).

L'âge médian des patients décédés est de 70 ans depuis début 2021. Il a diminué par rapport aux 2 autres périodes (73 ans).

La proportion de patients décédés ayant reçu une ventilation invasive a légèrement augmenté depuis début 2021 (71 %) 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 90 % 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 22/06/2021 (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%)	76 (8%)
Mineur	27 (6%)	45 (8%)	73 (7%)
Modéré	117 (28%)	156 (29%)	343 (35%)
Sévère	212 (50%)	272 (50%)	502 (51%)
Non renseigné	1	5	102
Type de ventilation**			
O2 (lunettes/masque)	31 (7%)	17 (3%)	28 (3%)
VNI (Ventilation non invasive)	12 (3%)	15 (3%)	15 (1%)
Oxygénothérapie à haut débit	78 (19%)	252 (46%)	595 (56%)
Ventilation invasive (ECMO/ECCO2R)	275 (66%)	236 (43%)	386 (36%)
Non renseigné	23 (5%)	23 (4%)	41 (4%)
Non renseigné	2	5	31
Durée de séjour			
Durée moyenne de séjour	21,2	16,3	14,3
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	19,0

**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 22/06/2021 (source : cas graves en réanimation, Santé publique France)

	2020-S1	2020-S2	2021-S1
Nombre décès en réanimation			
Nb décès	87	143	210
Comorbidités			
Aucune comorbidité	4 (5%)	13 (9%)	9 (4%)
Au moins une comorbidité parmi :	78 (95%)	129 (91%)	200 (96%)
- Obésité (IMC>=30)	21 (26%)	43 (30%)	88 (42%)
- Hypertension artérielle	29 (35%)	62 (44%)	100 (48%)
- Diabète	28 (34%)	44 (31%)	73 (35%)
- Pathologie cardiaque	31 (38%)	46 (32%)	68 (33%)
- Pathologie pulmonaire	18 (22%)	31 (22%)	56 (27%)
- Immunodépression	8 (10%)	17 (12%)	13 (6%)
- Pathologie rénale	4 (5%)	20 (14%)	22 (11%)
- Cancer*	-	15 (11%)	21 (10%)
- Pathologie neuromusculaire	9 (11%)	4 (3%)	4 (2%)
- Pathologie hépatique	2 (2%)	5 (4%)	5 (2%)
Non renseigné	5	1	1
Type de ventilation**			
O2 (lunettes/masque)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
VNI (Ventilation non invasive)	0 (0%)	5 (4%)	3 (1%)
Oxygénothérapie à haut débit	7 (8%)	32 (23%)	40 (20%)
Ventilation invasive	75 (86%)	97 (68%)	145 (71%)
Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	5 (6%)	8 (6%)	14 (7%)
Non renseigné	0	1	7

** 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, **9 cas importés de dengue, 7 revenant de l'île de la Réunion, 1 de l'Angola et 1 de St Barthélemy ainsi qu'un 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 9 prospections sur les lieux de déplacements des 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 23 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	4	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Bouches-du-Rhône	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Var	4	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0
Vaucluse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	9	1	0	0	0	0	0	0	0	9	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

Généralités

Le virus West-Nile (VWN) est un arbovirus appartenant à la famille des *Flaviviridae* (genre *flavivirus*).

Il est endémique sur tous les continents (sauf antarctique). De nombreux épisodes ont été décrits en Europe depuis 2010.

Le VWN est un virus qui se transmet accidentellement aux hommes et aux chevaux par l'intermédiaire de moustiques du genre *Culex*, le réservoir naturel étant constitué par les oiseaux et les moustiques (figure 1). Il n'y a pas de transmission interhumaine, ni de transmission du virus d'homme à homme via le moustique.

En dehors de la transmission vectorielle, la transmission est possible par transfusion sanguine et par transplantation de greffons.

Les infections à VWN sont asymptomatiques dans 80 % des cas, et lorsqu'elles sont symptomatiques elles s'expriment le plus souvent par un syndrome pseudo grippal. Dans de rares cas (< 1 %), il y a des manifestations neuro-méningées à type de méningites ou méningo-encéphalites ou polyradiculonévrite PRN, parfois létales.

Dispositif de surveillance des infections neuroinvasives à VWN

L'objectif général de la surveillance des infections à VWN est d'identifier des cas neurologiques, c'est-à-dire les formes méningées, encéphaliques ou paralytiques aiguës, qui témoigneraient d'une circulation virale dans le territoire. Cette mise en évidence a pour but de mettre en place les mesures de contrôle adéquates, principalement la sécurisation des dons de sang et de greffons.

Cette surveillance est activée du 1^{er} juin au 30 novembre. Le dispositif couvre tous les départements du pourtour méditerranéen des régions Paca, Corse et Occitanie.

En cas de détection d'un cas suspect (figure 2), les prélèvements biologiques sont expédiés avec la [fiche de renseignements](#) du CNR, à l'adresse du laboratoire du CNR des arbovirus de Marseille avec l'[étiquette de transmission](#).

En 2020, 333 cas humains d'infection à virus West-Nile (VWN) et 183 épizooties chez des chevaux ont été rapportés par les pays de l'Union Européenne et pays voisins de l'UE. A noter que l'année 2020 a été marquée par l'identification d'une circulation de ce virus au Pays-Bas (chez l'humain et l'oiseau) alors que ce pays n'avait jamais identifié de cas auparavant. En France métropolitaine, seul 5 cas équin ont été signalés et aucun cas humain.

En 2021, au 10 juin, aucune circulation du virus West-Nile n'a été identifiée en Europe.

En 2021, les infections à virus West-Nile ont été ajoutées à la liste des maladies à déclaration obligatoire ([décret n° 2021-573 du 10 mai 2021](#) complétant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire).

Figure 1 - Cycle de transmission du virus West-Nile

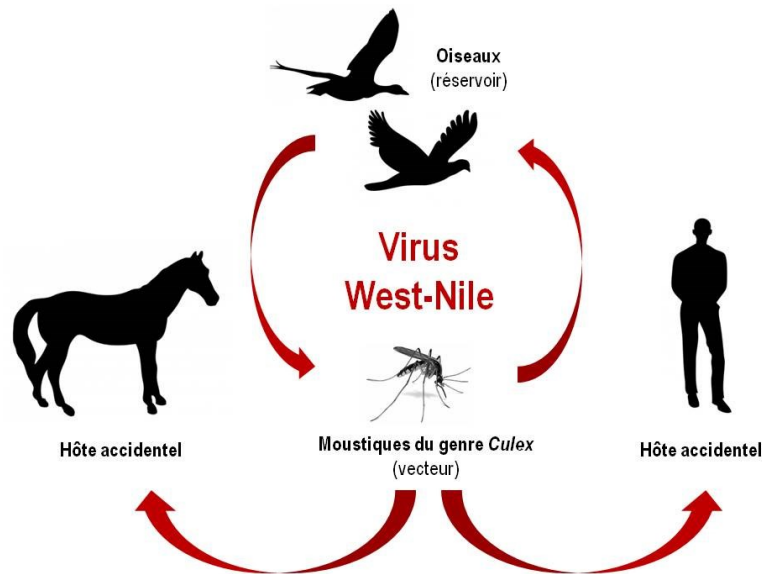


Figure 2 - Circuit de signalement des infections neuroinvasives à virus West-Nile et Toscana

**Circuit de signalement
des infections neuroinvasives à virus WEST-NILE**

Du 1^{er} juin
au 30 novembre

LCS CLAIR
(non purulent)

Départements
06 / 11 / 13
30 / 34 / 66
83 / 84 / 2A / 2B

PENSEZ à la surveillance WEST-NILE si :

- cas adulte (≥ 15 ans)
- hospitalisé
- fébrile (≥ 38.5°C)
- manifestations neurologiques (encéphalite, méningite, polyradiculonévrite ou paralysie flasque aiguë)

**ADRESSEZ un prélèvement de LCS et de sang total (sur EDTA)
au CNR des arbovirus** accompagné de la fiche de renseignements du CNR

**Information de l'ARS et de Santé publique France par le CNR
en cas de diagnostic biologique positif**

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](#)

| SURVEILLANCE CANICULE 2021 - METEO |

Indices biométéorologiques minimaux et maximaux observés (source Météo-France)

Figure 1 - ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

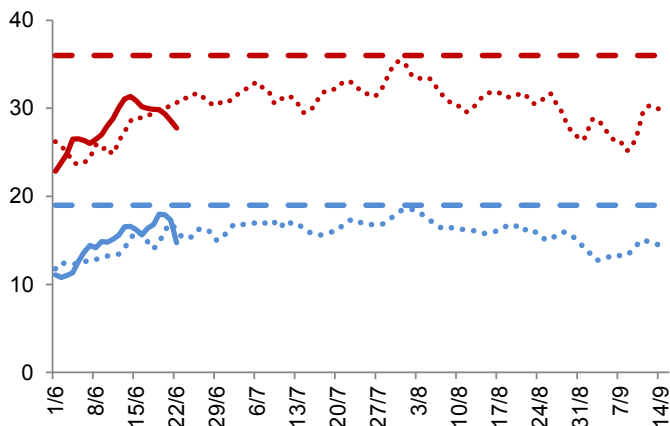


Figure 4 - BOUCHES-DU-RHONE

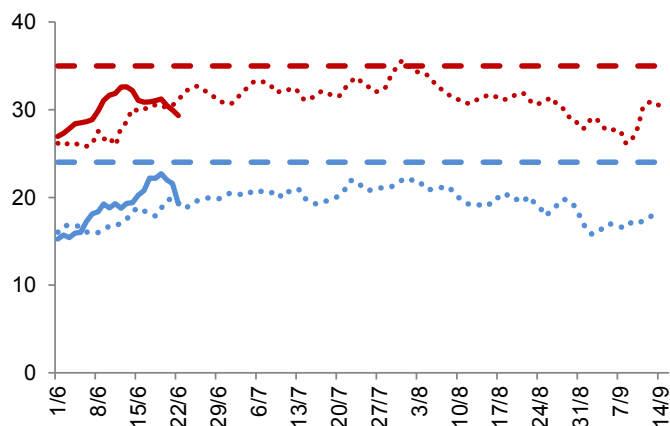


Figure 2 - HAUTES-ALPES

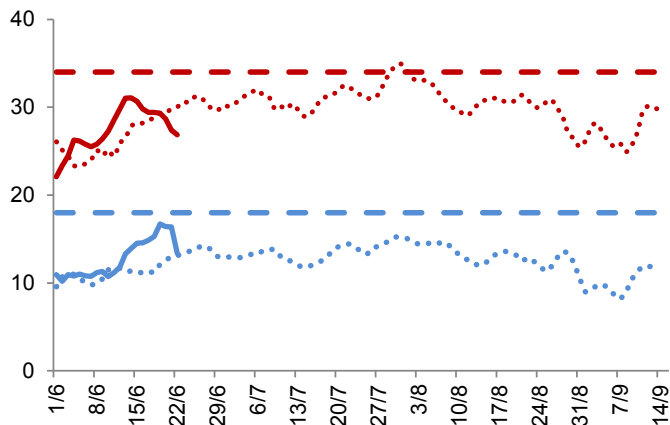


Figure 5 - VAR

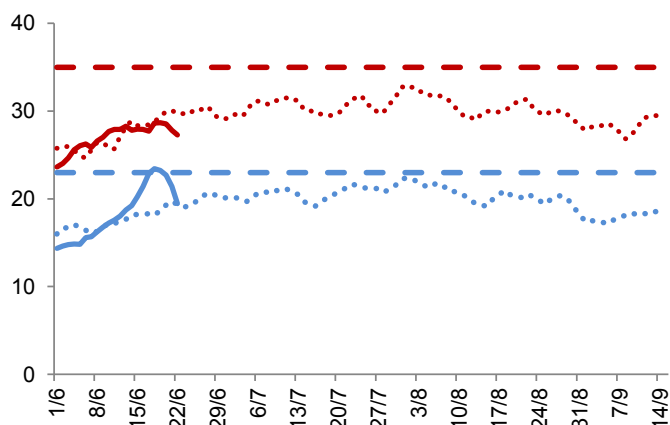


Figure 3 - ALPES-MARITIMES

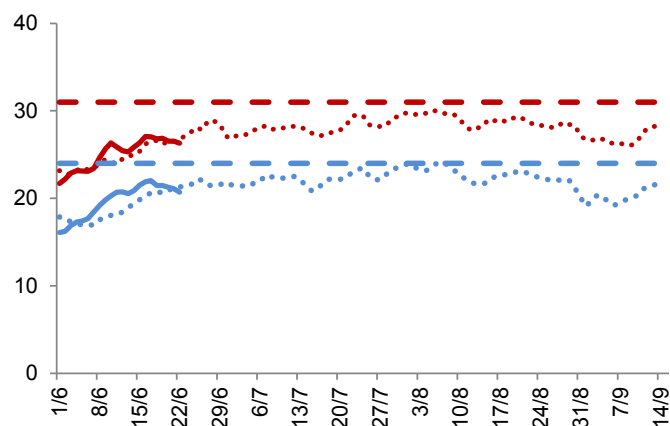
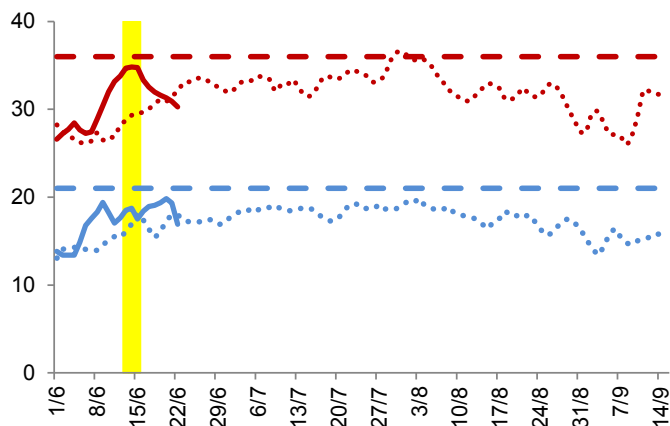


Figure 6 - VAUCLUSE



— IBM min — IBM max IBM min (moy 2017-2020) IBM max (moy 2017-2020) - - - - - Seuil IBM min - - - - - Seuil IBM max

En savoir plus : [Vigilance météorologique Météo France](#)

Résumé des observations du lundi 14 au dimanche 20 juin 2021

Services des urgences - L'activité des urgences pour des pathologies pouvant être liées à la chaleur est stable.

SOS Médecins - La part des consultations des associations SOS Médecins pour diagnostic « coup de chaleur et déshydratation » est stable.

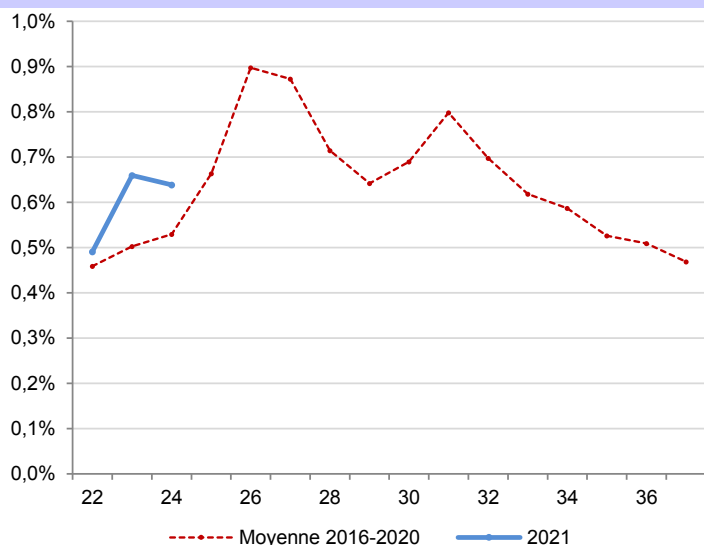
SERVICES DES URGENCES	2021-20	2021-21	2021-22	2021-23	2021-24
nombre total de passages	32 940	33 854	34 696	35 654	37 409
passages pour pathologies liées à la chaleur	102	128	142	197	198
% par rapport au nombre total de passages codés	0,4%	0,5%	0,5%	0,7%	0,6%
- déshydratation	67	95	96	128	129
- coup de chaleur, insolation	7	6	8	43	29
- hyponatrémie	29	31	41	34	42
hospitalisations pour pathologies liées à la chaleur	0	1	1	1	1
% par rapport au nombre total de passages pour pathologies liées à la chaleur	/	0,8%	0,7%	0,5%	0,5%
passages pour pathologies liées à la chaleur chez les 75 ans et plus	37	48	52	64	66
% par rapport au nombre total de passages pour pathologies liées à la chaleur	36,3%	37,5%	36,6%	32,5%	33,3%
passages pour malaises	1057	1115	1145	1240	1381
% par rapport au nombre total de passages codés	3,8%	4,0%	4,0%	4,2%	4,5%
passages pour malaises chez les 75 ans et plus	355	399	364	410	436
% par rapport au nombre total de passages pour malaises	33,6%	35,8%	31,8%	33,1%	31,6%

Analyse basée sur les services des urgences produisant des RPU codés / Pathologies liées à la chaleur (coup de chaleur, insolation, déshydratation, hyponatrémie) : diagnostics principaux et associés (DP, DA) T67, X30, E86 et E871 / Malaises : DP et DA R42, R53 et R55 / Possibilité d'avoir plusieurs pathologies renseignées pour un même patient.

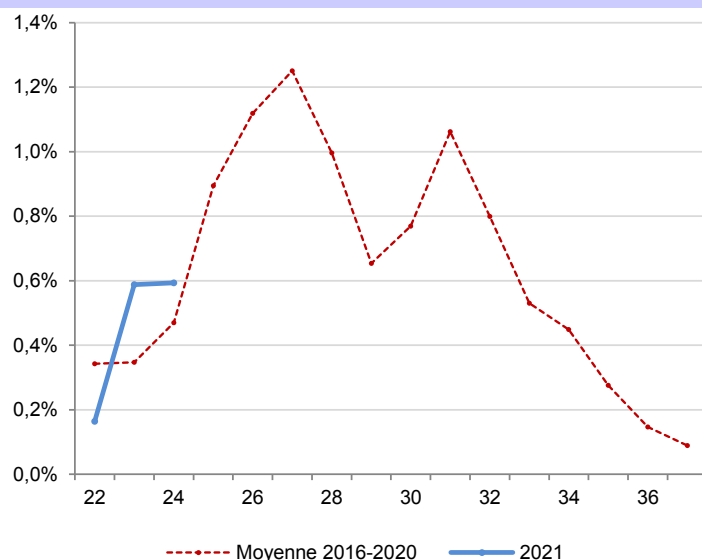
ASSOCIATIONS SOS MEDECINS	2021-20	2021-21	2021-22	2021-23	2021-24
nombre total de consultations	5 998	6 376	6 161	5 830	5 954
consultations pour diagnostic coup de chaleur et déshydratation	6	8	10	34	35
% par rapport au nombre total de consultations avec diagnostic	0,1%	0,1%	0,2%	0,6%	0,6%

Analyse basée sur les consultations SOS médecins avec diagnostics coup de chaleur et déshydratation

Proportion de passages aux urgences pour pathologies liées à la chaleur, semaines 22 à 37, années 2016 à 2021, Paca



Proportion de consultations SOS Médecins pour pathologies liées à la chaleur, semaines 22 à 37, années 2016 à 2021, Paca



| SURSAUD® - PRINCIPAUX INDICATEURS D'ACTIVITE SUIVIS |

Période analysée : du lundi 14 au dimanche 20 juin 2021 (semaine 24)

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

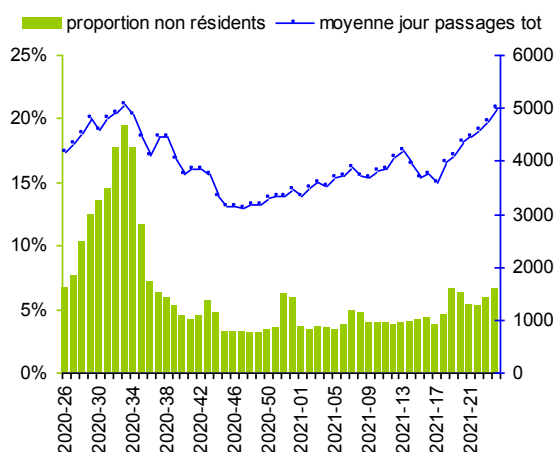
| SURSAUD® - ESTIMATION DE LA PART DES NON-RESIDENTS |

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 6,5 %.

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



| MORTALITE TOUTES CAUSES (ETATS-CIVILS - INSEE) |

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.

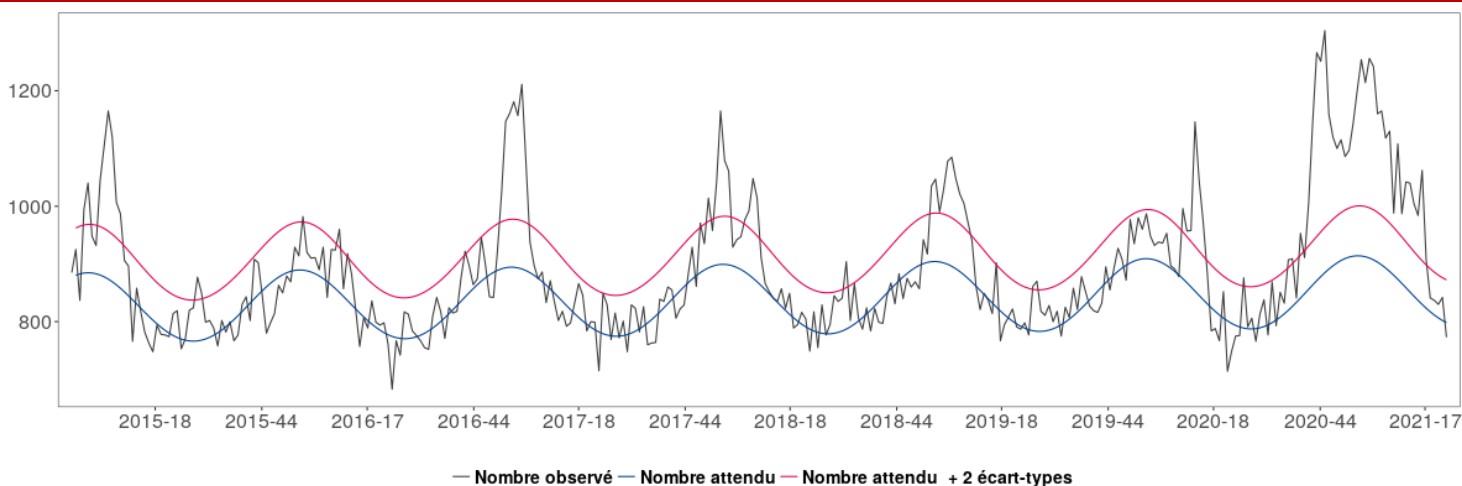
Le nombre hebdomadaire attendu de décès est estimé à partir du modèle européen [Euromomo](#). Le modèle s'appuie sur 9 ans d'historique (depuis 2011) et excluant les périodes habituelles de survenue d'évènements extrêmes pouvant avoir un impact sur la mortalité (chaleur/froid, épidémies). Ce modèle,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

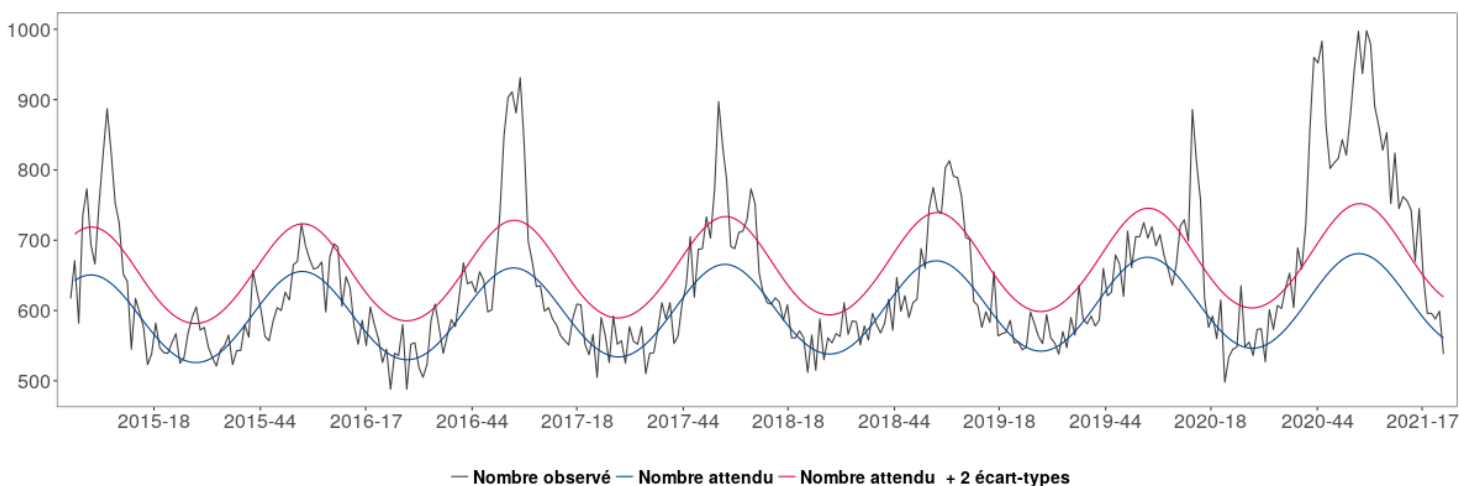
Après 30 semaines consécutives de surmortalité, du 12/10/2020 au 09/05/2021 (S2020-42 à S2021-18), l'analyse des données ne montre plus d'excès de mortalité depuis la semaine 19.



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 |

Journée mondiale des réfugiés 2021 : Ensemble on se soigne, on apprend et on rayonne !

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

Lancement de l'enquête NOYADES 2021 : pour une meilleure prévention

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

Santé mentale des adolescents : une campagne entièrement digitale pour les inciter à en parler

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

Objets contenant des billes aimantées : à tenir hors de portée des enfants !

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

BEH n°10-2021

Évaluation de l'impact perçu du premier confinement (17 mars-11 mai 2020) sur la santé des enfants et des femmes enceintes vus dans le service de protection maternelle et infantile (PMI) et dans les crèches de la ville de Paris lors de la pandémie de Covid-19

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.sentinweb.fr

| Pour tout signalement d'urgence sanitaire |

SIGNALER QUOI ?

- maladies à déclaration obligatoire ;
- maladies 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)