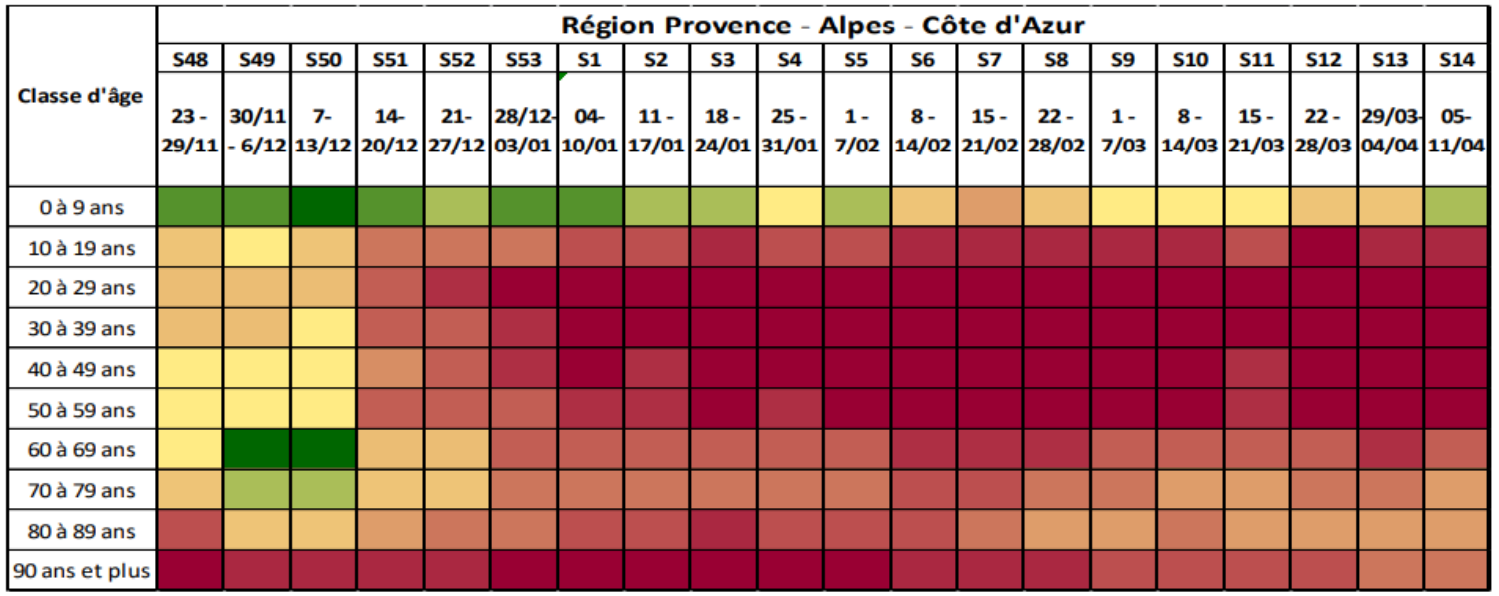
COVID ET SUJETS ÂGÉS

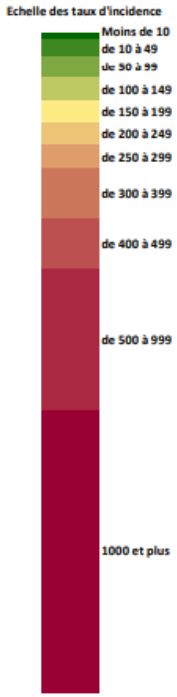
DR ISABELLE BEREDER
DR VÉRONIQUE MAILLAND

ÉPIDÉMIOLOGIE

1. Indicateurs de pression épidémique

Dynamique de diffusion inter-classes d'âge





Note de lecture:
Sont représentés les évolutions hebdomadaires des taux d'incidence par tranches d'âges. Les changements de couleur et d'intensité (cf. échelle) reflètent l'évolution des taux d'incidence avec un passage du vert foncé (taux d'incidence <10/100 000) au rouge foncé (taux d'incidence >1000 /100 000).

Illustration:
A partir de la semaine 47, les taux d'incidence par âge baissent, sauf dans les 80 ans et plus. On note une nouvelle hausse des taux d'incidence depuis la semaine 51. A partir de la semaine 09, on note une baisse des taux d'incidence chez les 60 ans et plus.

Source : ARS Paca (données SIDEP-SpF)

ÉPIDÉMIOLOGIE

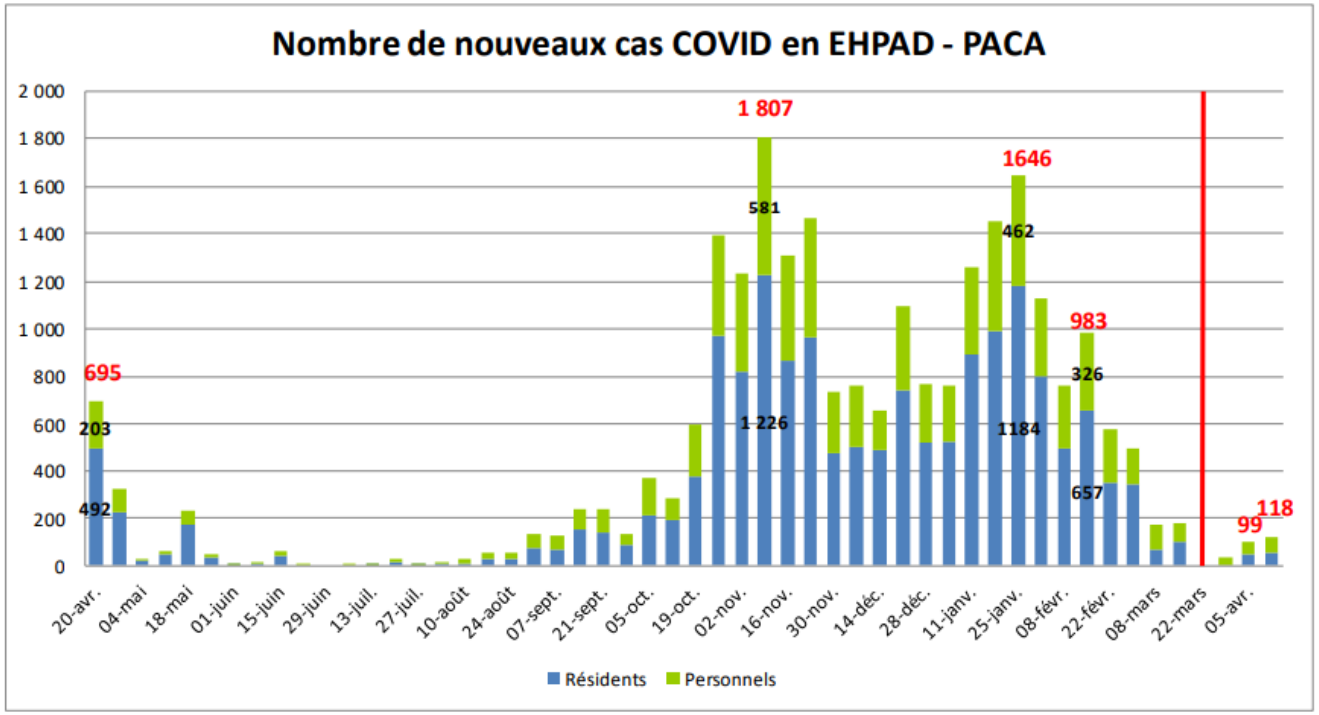
Classe d'âge	Département des Alpes Maritimes																			
	S48	S49	S50	S51	S52	S53	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14
	23 - 29/11	30/11 - 6/12	7-13/12	14-20/12	21-27/12	28/12-03/01	04-10/01	11 - 17/01	18 - 24/01	25 - 31/01	1 - 7/02	8 - 14/02	15 - 21/02	22 - 28/02	1 - 7/03	8 - 14/03	15 - 21/03	22 - 28/03	29/03-04/04	05-11/04
0 à 9 ans																				
10 à 19 ans																				
20 à 29 ans																				
30 à 39 ans																				
40 à 49 ans																				
50 à 59 ans																				
60 à 69 ans																				
70 à 79 ans																				
80 à 89 ans																				
90 ans et plus																				

ÉPIDÉMIOLOGIE

4. Impact sur les ESMS

Nouveaux cas de Covid dans les EhPAD (nombre et évolution)

	PACA	D04	D05	D06	D13	D83	D84
Parmi les résidents	57	13	5	13	23	1	2
Parmi le personnel	61	11	4	6	32	6	2



En semaine 14, le nombre de nouveaux cas en EHPAD est en légère hausse par rapport à la semaine 13.

Il existe des disparités entre départements (*voir diapo suivante*) :

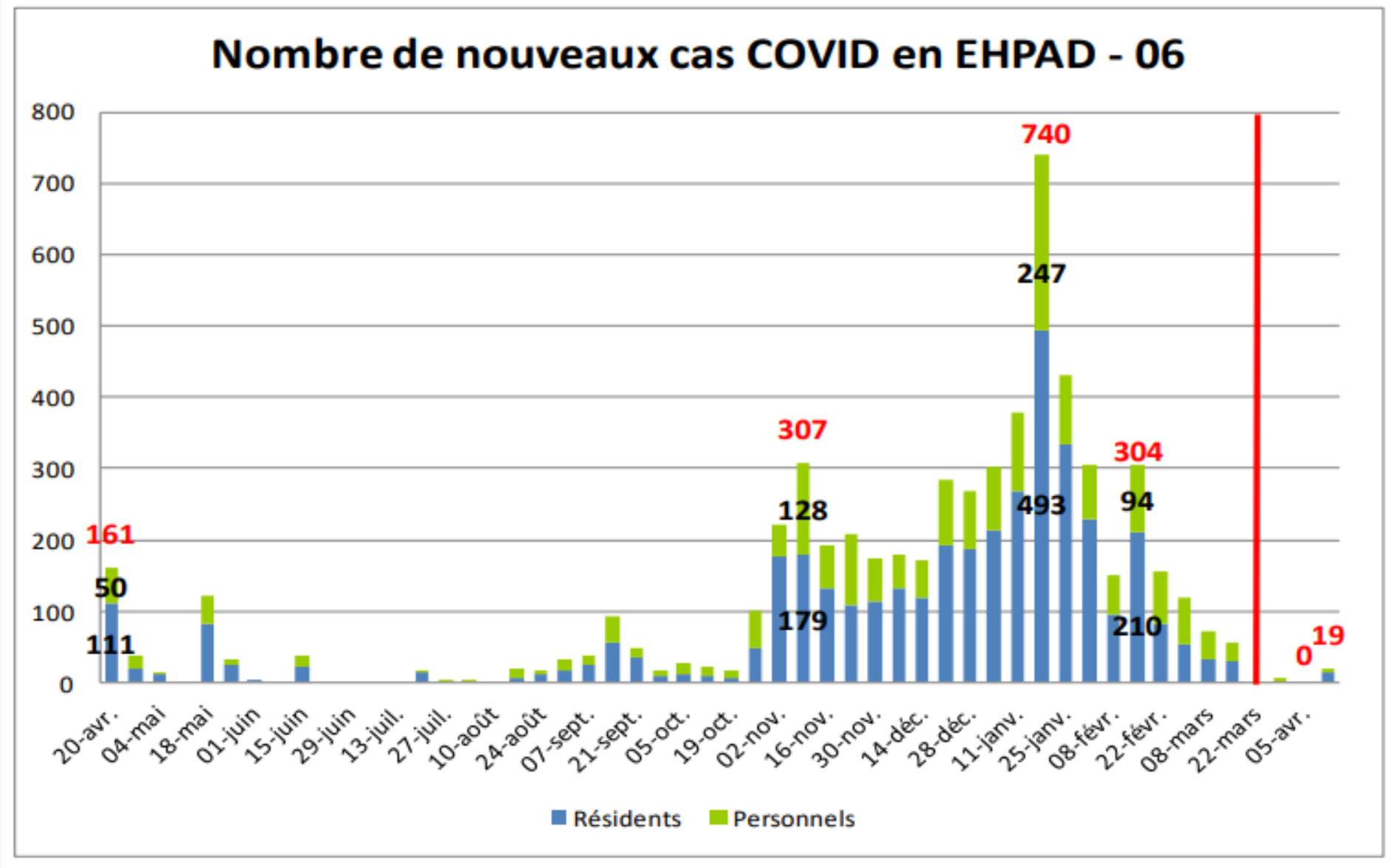
- Diminution dans le D04, D83
- Stabilisation dans le D05, D13, D84
- Augmentation dans le D06

**** Semaine du 22 au 28 mars :*** *nombre de nouveaux cas de Covid en ESMS sur les deux dernières semaines en raison du changement d'application*

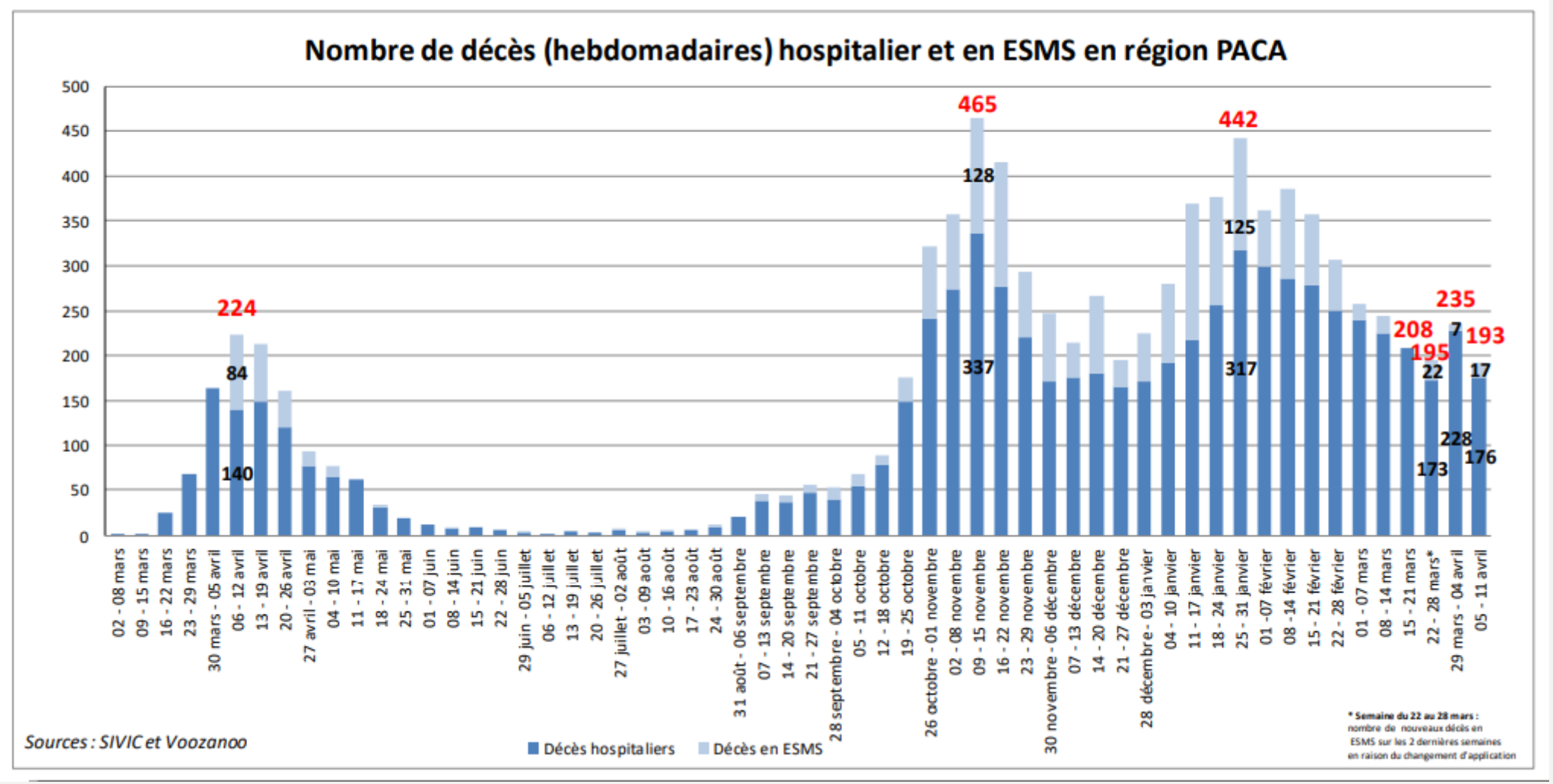
Le trait rouge vertical indique une rupture série

Source : ARS PACA (DEEE)- Données SpF-Voozanoo

ÉPIDÉMIOLOGIE



ÉPIDÉMIOLOGIE



ÉPIDÉMIOLOGIE

5. Décès – toutes causes confondues

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ars Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur

Santé publique France

Analyse de l'excès de mortalité toutes causes confondues

Tous Ages	2020-42	2020-43	2020-44	2020-45	2020-46	2020-47	2020-48	2020-49	2020-50	2020-51	2020-52	2020-53	2021-01	2021-02	2021-03	2021-04	2021-05	2021-06	2021-07	2021-08	2021-09	2021-10	2021-11	2021-12	2021-13
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	9	-3	39	18	21	-4	45	48	16	24	2	46	37	95	33	56	14	-7	46	3	-14	-21	3	10	22
HAUTES-ALPES	27	53	48	23	111	132	116	44	70	39	65	60	39	79	58	53	63	80	17	36	-5	0	-6	28	3
ALPES-MARITIMES	7	23	15	20	16	9	15	21	23	23	15	24	37	56	29	39	38	30	28	28	44	22	30	23	15
BOUCHES-DU-RHONE	21	32	64	60	61	35	19	16	22	19	18	15	25	29	22	31	28	30	26	21	22	9	18	-1	12
VAR	22	38	36	36	35	18	25	24	22	10	24	35	29	20	38	53	52	25	46	23	30	22	50	23	29
VAUCLUSE	12	40	58	43	77	63	35	22	12	18	18	21	32	22	51	11	22	15	14	39	21	-11	13	15	4
PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR	17	32	44	42	46	29	24	21	22	18	19	24	30	36	31	36	35	28	30	25	27	12	26	12	16

Plus de 75 ans	2020-42	2020-43	2020-44	2020-45	2020-46	2020-47	2020-48	2020-49	2020-50	2020-51	2020-52	2020-53	2021-01	2021-02	2021-03	2021-04	2021-05	2021-06	2021-07	2021-08	2021-09	2021-10	2021-11	2021-12	2021-13
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	-2	-36	32	23	3	1	57	38	19	35	0	10	54	108	54	60	-1	-14	58	-1	-16	-9	4	12	33
HAUTES-ALPES	14	57	70	49	119	132	131	67	39	38	71	70	22	75	53	66	62	68	9	40	-18	20	-6	32	0
ALPES-MARITIMES	10	26	12	19	15	7	8	17	12	23	18	25	34	57	32	39	44	31	26	27	50	20	28	26	18
BOUCHES-DU-RHONE	22	46	83	76	75	41	15	15	30	31	22	24	39	49	25	41	41	39	28	21	28	12	27	2	6
VAR	25	42	42	39	38	15	20	25	18	14	20	34	30	19	46	60	53	28	36	20	21	26	41	24	33
VAUCLUSE	10	39	67	55	91	84	45	32	17	20	14	30	52	31	53	34	30	20	21	47	29	-2	14	18	8
PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR	18	38	52	49	52	32	21	21	21	24	20	28	37	45	36	45	43	32	29	25	30	15	28	16	16

Excès significatif — Excès non significatif — Pas d'excès

Note de lecture:
Dans la région PACA, pour la période du 12/10 au 04/04 (2020-S42 à 2021-S13), l'analyse de la mortalité toutes causes et tous âges confondus fait apparaître un excès de décès de 27% (6 130 décès en excès) par rapport à la valeur attendue. Chez les personnes de 75 ans et plus, cet excès est de 31% (5 102 décès en excès).
Même si les données de la S12 ne sont pas encore consolidées, l'analyse de données montre déjà un excès de 17% pour la mortalité tous âges et de 20% pour la mortalité chez les 75 ans et plus sur la période comprise entre la S42 et la S13.
Il n'est pas possible à ce stade d'estimer la part attribuable au COVID-19 dans la hausse observée.

Source : SpF (données INSEE)

Evolution de l’ espérance de vie de 1789 à 2020 (INSEE)

sexe	1789	1900	1955	1980	1990	1998	2015	2019	**2020**
M	28	45	65	70,2	72,7	74,6	78,2	79,7	79,2
F	28	49	72	78,4	80,9	82,2	85,1	85,6	85,2

En 2020 la pandémie à fait perdre 0,4 an d’espérance de vie aux femmes et 0,5 an aux hommes / 2019

ÉPIDÉMIOLOGIE

Risque de décès lié au SARS-COV-2 en fonction de l'âge:

- 50-64 ans: R X 3
- 65-74 ans: R X 7
- 75-80 ans: R X 10
- > 80 ans: R X 16

ÉPIDÉMIOLOGIE

Classe d'âge (an)	Hospitalisations (%)	Dont réanimations (%)
0-14	<1	<1
15-44	6	7
45-64	23	38
65-74	24	38
+ de 75	46	17

Taux de létalité par tranche d'âge (nombre de morts sur le nombre réel d'infections):
0,003 % (0-19 ans), 0,02 % (20-49 ans), 0,5 % (50-69 ans) et 5,4 % (70 ans et plus).
CDC 10/09/2020

- 0,94 % chez les 60-64 ans,
- 1,47 % chez les 65-69 ans,
- 2,31 % chez les 70-74 ans…
- > 5 % après 80ans
- > 17 % au-delà de 90 ans.

Impérial collège of London avril 2021

DÉPISTAGE

- Patient symptomatique vu entre J1 et J4: test antigénique ou **RT-PCR** (à privilégier):

Si test Ag + refaire prélèvement pour RT-PCR de criblage: recherche des variants

Si test Ag - et patient > 65 ans ou à risque de forme grave: faire RT-PCR

- Patient symptomatique vu entre J5 et J7 : RT-PCR uniquement

- Patient cas contact asymptomatique (même vacciné): test Ag ou RT-PCR immédiat puis isolement puis contrôle entre J5 et J7 (si contact hors foyer) si contact dans le même foyer contrôle PCR à J17 (J10 + 7)
- Si PCR + isolement 10 jours

https://www.has-sante.fr/

SURVEILLANCE

- Patient > **65 ans = FDR forme grave,** symptomatique même peu grave attention surveillance renforcer **entre J6 et J12 +++**
- **Examen clinique :**
  - **FR, SaO2, T°C, PA: 3/24h**
  - **Examen complet**
  - **IMC**
- **Signes de gravité à rechercher:**
  - 100 < FC < 60/ mn
  - PAs < 100 mmHg ou marbrures
  - Troubles de la conscience
  - 20 < FR < 12 /mn
  - SpO2 < 94% (si BPCO < 92%)
  - T°> 40°

- Renforcer passages IDE et/ou HAD

Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 - Suivi des patients Covid-19 en ambulatoire – Place de l'oxymètre de pouls

RÉPONSES RAPIDES DANS LE CADRE DE LA COVID-19 - Mis en ligne le 13 avr. 2021

Hypoxémie silencieuse !!

- **Une surveillance renforcée par un oxymètre de pouls** (ou saturo-mètre) est indiquée chez les patients :

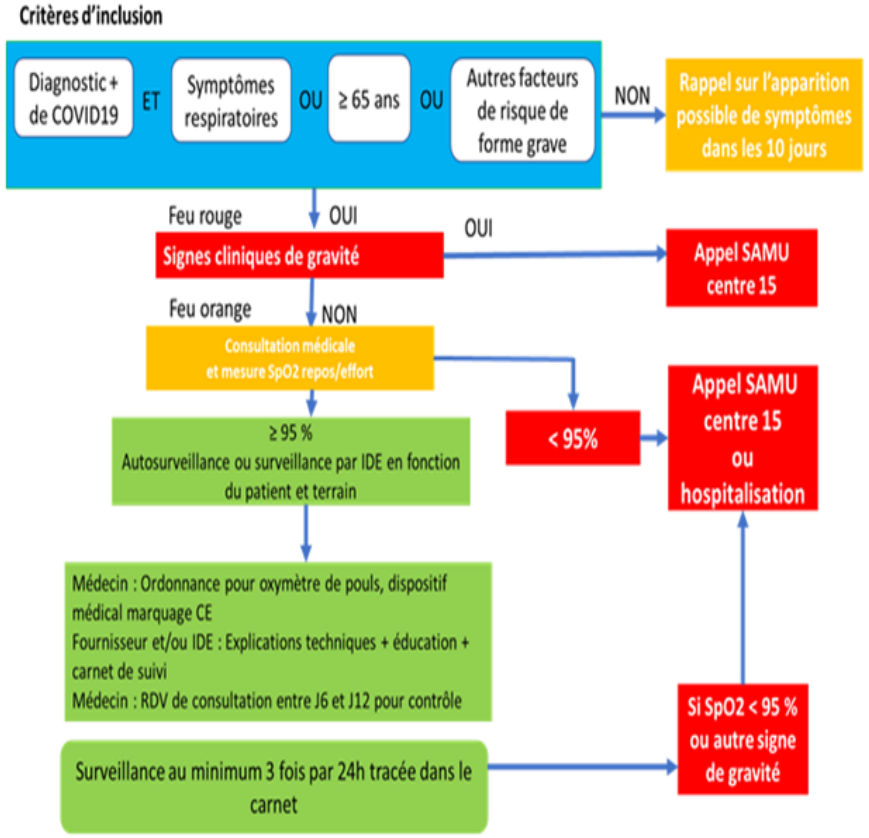
- ≥ 65 ans ;

- OU ayant d'autres facteurs de risque de forme grave de la Covid-19 (annexe 1) ;

- OU ayant des signes respiratoires.

- Cette surveillance sera effectuée en autosurveillance ou par un(e) IDE.

- La fréquence de la surveillance : au moins 3 fois par 24 heures jusqu'à J14 après le début des symptômes ou après la date du test positif si le patient est asymptomatique



SURVEILLANCE

- Bilan biologique:
  - NFS, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène, D-dimères
  - Iono sanguin, calcémie, urée, créatinine, bilan hépatique complet, CPK, LDH, albumine, CRP
  - Troponine. BNP si clinique évocatrice +/- autres selon situation
- ECG
- TDM thoracique sans injection +/- angioscanner si suspicion EP
- GDS si doute sur SaO2

Centre Hospitalier Universitaire de Nice

AIDE À LA DÉCISION POUR UN CAS COVID CONFIRMÉ PARMI LES RÉSIDENTS D'EHPAD

HOTLINE GÉRIATRIE
ALPES-MARITIMES EST
04 92 03 40 52

1 ISOLEMENT

en zone COVID de l'EHPAD ou en chambre seule dédiée

2 LE RÉSIDENT EST-IL SYMPTOMATIQUE ?

OUI

NON → SURVEILLANCE EN EHPAD

3 Y A-T-IL DES SIGNES DE GRAVITÉ ?

FC < 60/min
ou FC > 100/min
PAS ≤ 100 mmHg ou marbrures
Trouble de la conscience

FR < 12/mn
ou FR > 20/mn
SpO2 < 94% en Air ambiant

OUI

NON → SURVEILLANCE EN EHPAD

4 Y A-T-IL DES COMORBITIÉS SIGNIFICATIVES ?

Dénutrition sévère
GIR ≤ 3

Pathologie psychiatrique très sévère
Troubles neurocognitifs sévères

Autres pathologies sévères évoluées : *Néoplasie évolutive et/ou métastases*
Insuffisance respiratoire, rénale, cardiaque, cirrhose

OUI

NON

De 8h30 à 18h30 → APPEL HOTLINES

Soirs et week-end → APPEL DU 15

SURVEILLANCE EN EHPAD

AGGRAVATION → 4 Y A-T-IL DES COMORBITIÉS SIGNIFICATIVES ?

Si besoin de renfort en personnel : https://renfortrh.solidarites-sante.gouv.fr/

MAINTIEN IMPOSSIBLE → SSR COVID

APPEL HOTLINES

HOTLINE GÉRIATRIQUE
04 92 03 40 52
ou
HOTLINE SOINS PALLIATIFS
06 24 34 46 81
ou
HOSPITALISATION À DOMICILE
04 97 25 77 77

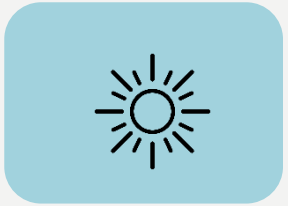
APPEL DU 15

Hospitalisation unité COVID
ou
Réanimation COVID
ou
Envoie d'un équipage pour médicalisation sur place si pas de bénéfice à une hospitalisation

SSR COVID

Liste des SSR communiquée par l'ARS

TRAITEMENTS



hcspa20210128

ANTICORPS MONOCLONAUX

Association d'anticorps monoclonaux (ATU)

Casirivimab + Imdevimab (Regeneron®)

- Si PCR+
- Symptômes même mineurs < 5 jours, sans O2
- Patients > 70 ans
  - BPCO et IRpC
  - Obésité
  - HTA compliquée
  - Insuffisance cardiaque
  - DT1 ou 2
- Tous les patients > 80 ans
- En HDJ infectieux ATTENTION suivi +++ PCR criblage initiale (pas si variant sud africain) + à J7/J15/J30

Envoi demande (formulaire complété+++) par : email + appel 04 92 03 96 88
Validation Infectiologie : avisinfectieux@chu-nice.fr
Copie information Pharmacie: Dr Collomp, Dr Retur, Dr Bellegarde, Dr Muller

PRÉVENTION DU RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE

- Incidence des **embolies pulmonaires**, notamment chez les patients hospitalisés:
  - 15 % en secteur non critique
  - 23 % en secteur critique
  - thrombose veineuse profonde (TVP) associée dans 1 à 30 % des cas selon les études
- les HBPM et le fondaparinux, administrés par voie SC, sont associés à une réduction significative du risque de MTEV
- Dans le contexte des infections à SARS-CoV2, les HBPM pourraient réduire la mortalité toute cause

.

Roncon L, et al. Incidence of acute pulmonary embolism in COVID-19 patients: Systematic review and meta-analysis. Eur J Intern Med. 17 sept 2020;

Dentali F. Efficacy and safety of extended thromboprophylaxis for medically ill patients. A meta-analysis of randomised controlled trials. Thromb Haemost. 28 2017;117(3):606-17

Kamel AM. Anticoagulation outcomes in hospitalized Covid-19 patients: A systematic review and meta-analysis of case-control and cohort studies. Rev Med Virol. 6 oct 2020;e2180

PRÉVENTION DU RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE

- Les posologies validées dans cette indication sont :
    - Enoxaparine 4000 UI x 1 / jour
    - Daltéparine 5000 UI x 1 / jour
    - Nadroparine 2800 U x 1 / jour
    - Tinzaparine 4500 U x 1 / jour
    - Fondaparinux 2,5 mg x 1 / jour

La durée recommandée pour la thrombo prophylaxie est de 7 à 10 jours

Schünemann HJ, et al. American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: prophylaxis for hospitalized and nonhospitalized medical patients. Blood Adv. 27 2018;2(22):3198-225.

Organization WH. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: interim guidance, 28 January 2020. 2020 [cité 25 nov 2020]; Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/330893

PRÉVENTION DU RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE

- Formes **modérées, non O2 dépendantes**, réduction de mobilité:
  - Prophylaxie par HBPM ou fondaparinux posologies habituelles : 7 à 10 jours

PRÉVENTION DU RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE

- Formes **sévères ou graves** de covid-19 (oxygéno-dépendance ou ventilation mécanique) :
  - Prophylaxie par HBPM ou fondaparinux posologies habituelles : de 7 minimum à 14 jours maximum
  - Chez des patients à haut risque thrombotique et faible risque hémorragique :
    - Prophylaxie par HBPM à doses majorées en soins non critiques
      - o Enoxaparine 600O UI x 1 / jour si poids > 100 kg ou IMC > 30 kg/m2
      - o Enoxaparine 4000 U x 2 / jour si poids supérieur à 120 kg ou IMC > 40 kg/m2 ;
    - Prophylaxie par HBPM à doses majorées en soins critiques :
      - o Enoxaparine 4000 UI x 2 / j ;
      - o Enoxaparine 6000 U x 2 / jour si poids supérieur à 120 kg ou IMC > 40 kg/m2.

- Si antécédent de MTEV ou obésité massive avec IMC > 40 kg/m2 ou cancer ou formes très inflammatoires et faible risque hémorragique, éventuellement prolongation de la thrombo prophylaxie au-delà du 14ème jour pour une durée maximale de 6 semaines.

- En cas d'insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/mn): Prophylaxie par HNF 5000 UI x 2 à 3 / jour par voie sous-cutanée ou 200 UI/kg/jour par voie IV.

PRÉVENTION DU RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE

- les patients qui reçoivent un traitement anticoagulant pour une autre indication doivent le poursuivre.
- La prise en charge de l'infection à SARS-CoV2 peut imposer la prescription de molécules connues pour interagir significativement avec les anticoagulants oraux (AVK ou AOD).
- Si administration orale impossible (formes graves, etc..): relais par HNF ou par HBPM à posologie curative habituellement recommandée dans ces différentes indications.

PRÉVENTION DU RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE

Pour tous les patients :

Anticoagulation préventive	
Si Cl > 30 ml/min	HBPM Enoxaparine 4000 UI/24h SC 6000 UI/12h SC si IMC > 30 kg/m²
Si Cl < 30ml/min	Héparine calcique 200 UI/kg/24h

Si 02 à haut débit :

Anticoagulation préventive renforcée	
Si Cl > 30 ml/min	HBPM Enoxaparine 4000 UI/12h SC 6000 UI/12h SC si poids > 120 kg.
Si Cl < 30ml/min	Héparine calcique 200 UI/kg/24h

CORTICOTHÉRAPIE

- **UNIQUEMENT si aggravation respiratoire à J6** avec **au moins 2 critères**:
  - O2 ≥ 3 l/mn ou
  - FR> 22 ou
  - CRP > 50 mg/l ou
  - TDM > 25% d'atteinte parenchymateuse

CORTICOTHÉRAPIE

<u>Recommandations:</u>

- Recovery: **dexaméthasone 6 mg/j**
- COREB:
  - **dexaméthasone 6 mg/j** PO ou IV pendant 5 à 10j (arrêt (sans décroissance) possible à 24h du sevrage de l'oxygène). À défaut, méthylprednisolone (32 mg/j), ou prednisone (40 mg/j) ou hydrocortisone en dernière intention (160 mg/j) pendant 10j puis décroissance progressive en 3 ou 4j.
  - En l'absence d'évolution favorable à H48, discuter recours expertise pour envisager thérapeutique immunomodulatrice plus spécifique (anti IL6-R) (Tosilizumab).

- En pratique: avis d'experts:
  - Pas de supériorité prouvée pour une molécule / autre
  - Dose rapportée au poids

Méthylprednisolone IV relai PO possible dès J3	Dexaméthasone IV Relai PO possible dès J3
J1-2: 1mg/kg/j en 1 dose	0,2 mg/kg/j J1-5
J3-4: ½ dose de J1-2	0,1 mg/kg/j J6-J10
J5-6: ½ dose de J3-4	
J7-8: ½ dose de J5-6	

Switch possible en cas d'aggravation
Maintien plus long si pas d'amélioration clinique

En Soins Critiques: dexaméthasone 10 mg X 2/j pdt 5j puis 5 mg X2/j 5j

ANTIBIOTHÉRAPIE

- **Pas d'antibiothérapie systématique en face d'une pneumonie à SARS-CoV2**., uniquement si:
  - argument clinique (expectorations sales, encombrement, besoin en oxygène > 6 L/mn)
  - argument biologique (élévation franche de leucocytes, CRP > 100)
  - Corticothérapie avec risque de surinfection
- Pneumonie non grave Amoxicilline + Acide clavulanique 1g x 3/j PO, si allergie, pristinamycine PO 1 g 3 fois /j. Durée totale max 5j. Si voie orale impossible : **CEFTRIAXONE 1 g IV ou SC /jour pendant 5 jours**
- Pneumonie grave ou facteur de risque de gravité: ceftriaxone IV 1g / j ou céfépime IV 2g x 3/j Durée totale max 5j.
- **Avis infectieux si besoin**

https://www.coreb.infectiologie.com/fr/covid-19-prise-en-charge-et-suivi-du-patient-hospitalise **mise à jour 2/04/2021**

OXYGÉNOTHÉRAPIE

- **Indication :** $SpO^2 \leq 94$ % (≤ 90 % pour les patients BPCO/IRC).

- Débit adapté au maintien d'une saturation cible SpaO2 comprise entre 92 et 96 % (entre 88 et 92 % si BPCO/IRC) en débutant à **2 l/mn**.
  - **Lunettes** jusqu'à un débit de 4-6 l/min.
  - **Masque** si débit > 4-6 l/min et acceptation par le patient.

- **Si débit> 6l/min** pour SAo2> 92% et patient hospitalisé => appel réanimateur
  - Oxygénothérapie à haut débit: OPTIFLOW
  - CPAP/ VNI

- **Oxygénothérapie conventionnelle** : oxygénothérapie de débit inférieur à 15 l/min, délivrée par canule nasale, lunettes simples, masque facial avec ou sans réservoir

- **Oxygénothérapie à haut débit** : oxygénothérapie de débit supérieur à 15 l/min, administrée par un dispositif spécifique permettant l'humidification et le réchauffement des gaz inspirés ;
- **Assistance ventilatoire non invasive** : CPAP, ventilation non-invasive (VNI) à pression

ANTIPYRÉTIQUES

Paracétamol per os ou injectable

- 1g/6h si douleur et/ou T°>38,5°C (la température doit être surveillée régulièrement).

- 1g/8h si > 75 ans, si poids < 50kg, si débit de filtration glomérulaire (DFG) < 10ml/min, si insuffisance hépato-cellulaire légère à modérée, si éthylisme chronique.

Paracétamol injectable : Perfalgan

Le décret du 16 octobre 2020 :

Le paracétamol injectable disponible en médecine de ville, pour la prise en charge ambulatoire de la fièvre et de la douleur des patients infectés par le SARS-CoV-2.

La prescription peut être établie par tous médecins et la dispensation est réalisée en rétrocession par les pharmaciens des pharmacies à usage intérieur.

HYDRATATION

- Hydratation (IV ou hypodermoclyse/SC) : si apport hydriques per os insuffisants, si hyperthermie (+ 500 ml/ degré > 37°)
- Envisager perfusion sous-cutanée si apport per os < 1 litre/24h

  G5% + 4 g de NaCl /L (sans apport potassique) 1000 cc la nuit

- **Surveillance iono +++** afin de passer à la voie IV dés que la voie SC n'est plus suffisante. Ne pas attendre d'avoir une hypernatrémie à 150 mmol/lpour passer à la voie IV

VITAMINE D

- Données encore controversées concernant le bénéfice du traitement
- Effets indésirables quasi nul

=> utilisation de la vitamine D en raison du rapport bénéfice/risque favorable.

- Pour les formes symptomatiques :
  - une **dose de charge de 100 000** UI (Si sujet obèse: 200 000 UI) lors du diagnostic à renouveler à J7

PRÉVENTION

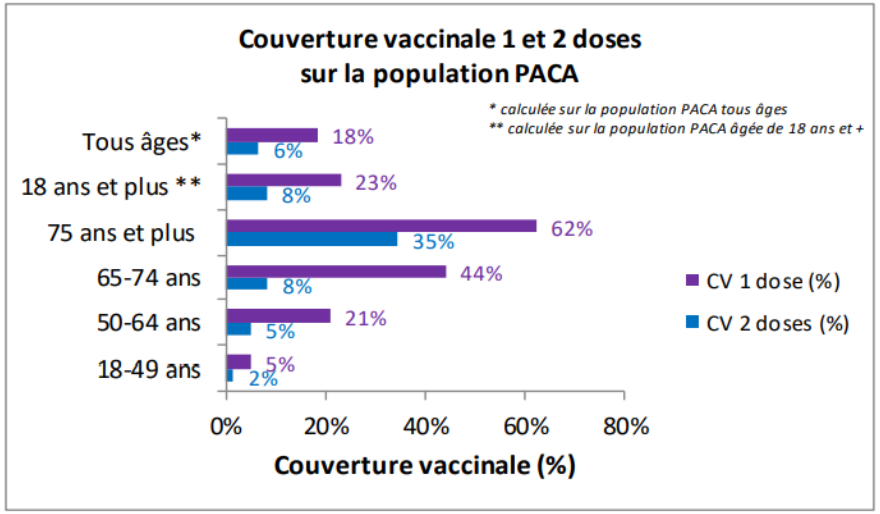
- **Dénutrition :** prescription de 2 CNO HP HC /j *(patient en hypercatabolisme)*
- **Perte d'autonomie :**
  - Mise au fauteuil dès que possible
  - mobilisation quotidienne+++
  - Reprise de la marche et réhabilitation à l'effort dès que possible
  - kinésithérapie locomotrice
- **Prévention des troubles ventilatoires** : Kinésithérapie respiratoire par exercices de mobilisation diaphragmatique pour lutter contre le collapsus alvéolaire.
- **Complications de décubitus :** matelas anti-escarre si alitement
- **Suivi psychologique**: du patient et de sa famille

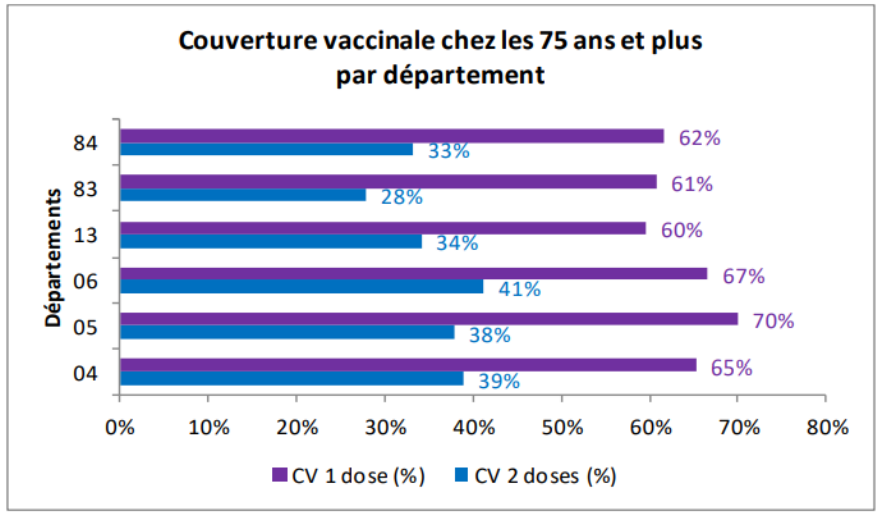
ET SURTOUT N'OUBLIONS PAS LA VACCINATION

7. Vaccination

Couverture vaccinale*

PACA	18-49 ans	50-64 ans	65-74 ans	75 ans +
5 055 651	1 855 195	998 741	607 099	580 602





La couverture vaccinale est de 18% pour la 1ère dose calculée sur la population PACA. Elle varie de 5% chez les 18-49 ans à 62% chez les 75 ans et plus.
La couverture vaccinale est de 5% pour les deux doses. Elle varie de 2% chez les 18-49 ans à 35% chez les 75 ans et plus.

Chez les 75 ans et plus, la couverture vaccinale pour la 1ère dose varie de 60% dans les Bouches-du-Rhône à 70% dans les Hautes Alpes.
La couverture vaccinale pour les deux doses varie de 28% dans le Var à 41% dans les Alpes Maritimes.

** À la date du 11 avril 2021*

Source : SpF - GEODES

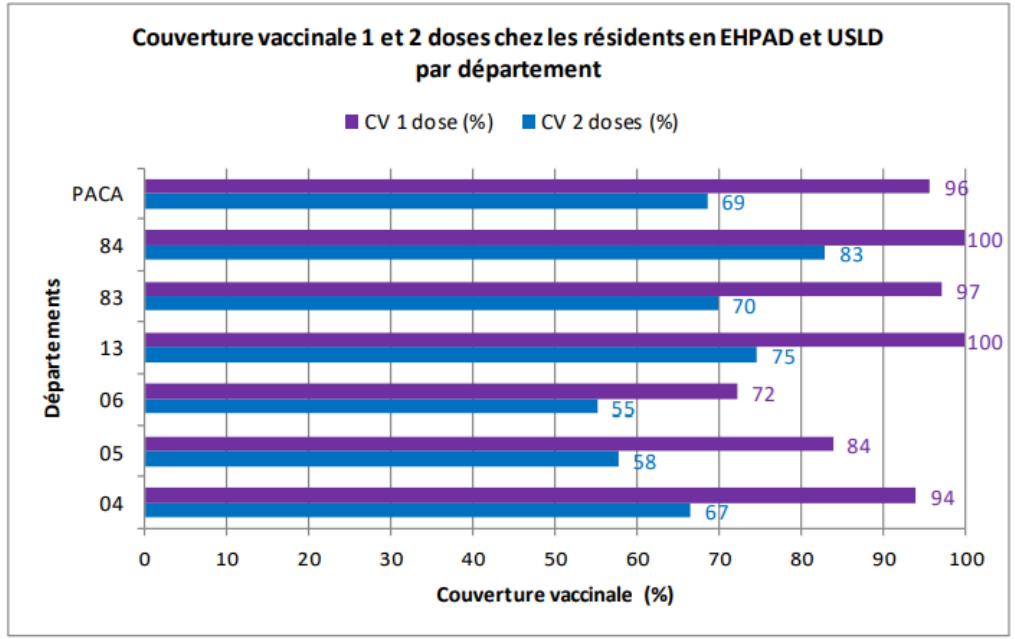
7. Vaccination

Nombre de résidents et de professionnels vaccinés en EhPAD et USLD*

Résidents	Total	D04	D05	D06	D13	D83	D84
1 dose	45 076	1 963	1 331	8 614	17 856	10 148	5 164
2 doses	32 272	1 389	918	6 571	12 235	7 303	3 856

Professionnels	Total	CV dose (%)
1 dose	22 142	68
2 doses	12 296	38

Couverture vaccinale des résidents en EhPAD et USLD*



En EHPAD et USLD, la couverture vaccinale des résidents est de 96% pour une dose et de 69% pour les deux doses.

La couverture vaccinale pour la 1ère dose varie de 72% dans les Alpes Maritimes à 100% dans le Vaucluse et les Bouches-du-Rhône.

La couverture vaccinale pour les deux doses varie de 55% dans les Alpes Maritimes à 83% dans le Vaucluse.

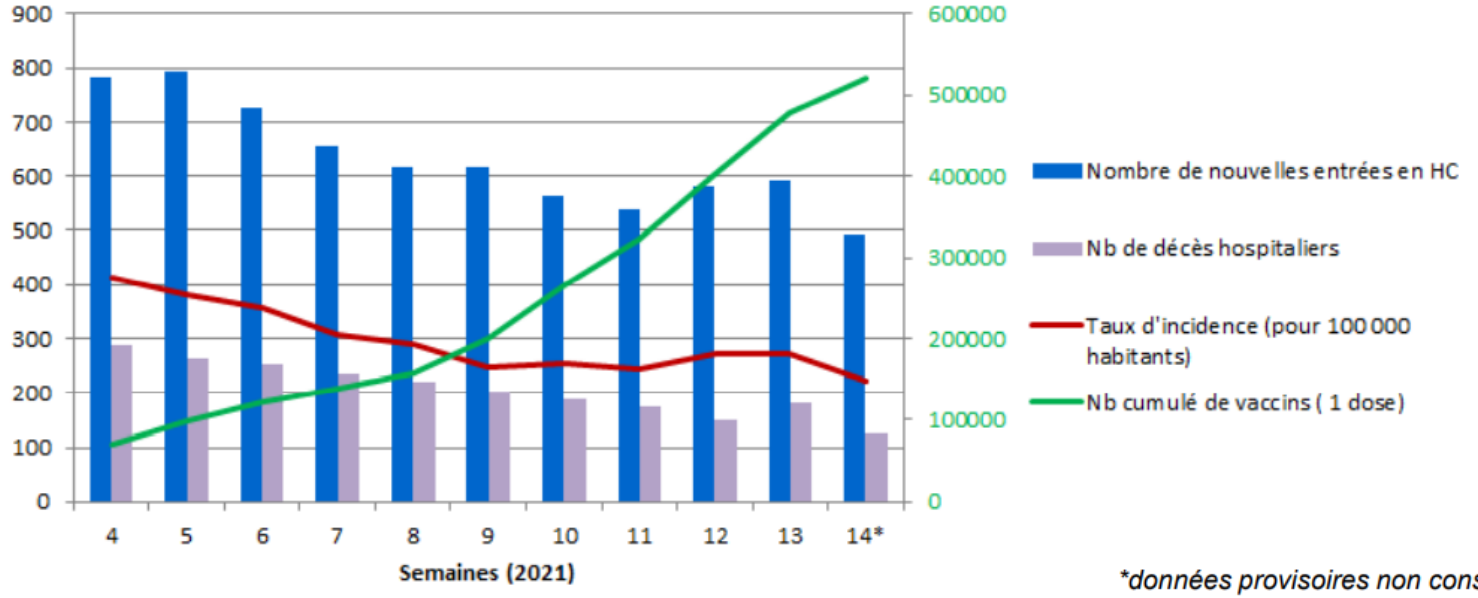
Attention : les taux de couverture vaccinale sont à considérer avec prudence en raison d'un défaut de saisie et d'un problème de qualité de données

** À la date du 11 avril 2021*

Source : SpF - GEODES

7. Vaccination

Personnes âgées de 70 ans et plus : vaccination et évolutions des trois indicateurs épidémiques



**données provisoires non consolidées*

Ce graphique montre :

- **L'augmentation hebdomadaire du nombre de personnes vaccinées (1 dose) âgées de 70 ans et plus**
- **La baisse concomitante, entre les semaines 13 et 14*, de 3 indicateurs épidémiques chez les personnes âgées de 70 ans et plus :**
  - **Hospitalisations conventionnelles : – 17%**
  - **Décès : – 31%**
  - **Incidence : – 19%**

CONCLUSION

- Pathologie grave avec risque de décès majoré liée à l'âge
- 93% des cas de COVID-19 décédés sont âgés de 65 ans

La démographie des décès par COVID-19 (2020). (INED): https://dc-covid.site.ined.fr

- Prise en charge multi modale sans traitement anti viral validé pour le moment
- Importance de la vaccination ++++