

En collaboration avec :

Agence régionale de santé (ARS) Normandie, Médecins libéraux, SAMU Centre 15, SOS médecins, médecins urgentistes, réanimateurs, laboratoires de biologie médicale hospitaliers (CHU de Rouen, CHU de Caen, Groupement Hospitalier du Havre et Centre Henri Becquerel) et de ville, Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation et de médecine d'urgence

Résumé

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

Une circulation active du virus SARS-CoV-2 en Normandie est observée depuis mi-mars 2020 avec les 5 départements touchés. Depuis, un dispositif de surveillance populationnelle a été progressivement mis en place à partir de plusieurs sources de données (pages 8-9) afin de suivre l'évolution de la situation épidémiologique ([Surveillance épidémiologique du COVID-19](#)).

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

Après une forte augmentation initiale, nous constatons une stabilisation globale, voir une diminution (SOS médecin et passages aux urgences) des indicateurs depuis deux semaines. Ces données sont en faveur, 5 semaines après le début du confinement, d'un ralentissement des nouvelles contaminations.

L'impact du SARS-CoV-2 dans les établissements sociaux et médico-sociaux continue d'être important avec les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes particulièrement touchés.

En semaine 15 (6 au 12 avril), la région présente un excès significatif modéré de la mortalité toutes causes et tous âges, dans les départements de l'Eure, la Seine-Maritime et la Manche. Les personnes âgées de 65 ans ou plus étaient majoritairement concernées par cette hausse de la mortalité toutes causes.

Quelles sont les implications de santé publique dans la région ?

Santé publique France Normandie, à travers ses multiples systèmes de surveillance, travaille étroitement avec l'ARS Normandie et les acteurs de santé locaux (hôpitaux, laboratoires, associations SOS Médecins...) afin de décrire au mieux l'épidémie et produire de l'information épidémiologique utile pour la mise en place et le suivi des mesures de gestion permettant de limiter la propagation du virus.

Indicateurs-clés

Surveillance en ville

- ▶ SOS Médecins : 156 actes pour suspicion COVID-19 pour 10 000 (S*, 252 en S-1*)
- ▶ LABM (3 labos) : 10,7 % de tests positifs (S, 15,7 % en S-1)

Surveillance dans les EMS dont les Ehpad

- ▶ 1 544 cas dont 178 décès signalés au 22 avril

Surveillance à l'hôpital

- ▶ Réseau Oscour® : 402 passages pour suspicion COVID-19 pour 10 000 (S, 483 en S-1)
- ▶ Laboratoires hospitaliers : 10 % de tests positifs (S, 15 % en S-1)
- ▶ Services sentinelles de réanimation/soins intensifs : 55 % des cas âgés de 65 ans et plus, et 65 % des cas avec au moins un facteur de risque

Surveillance de la mortalité

- ▶ Excès significatif modéré de la mortalité toutes causes et tous âges observé dans la région en semaine S-1, principalement en Seine-Maritime, l'Eure et la Manche.

*S/S-1 : pour semaine S (du 13/04/2020 au 19/04/2020) et semaine S-1 (du 06/04/2020 au 12/04/2020)

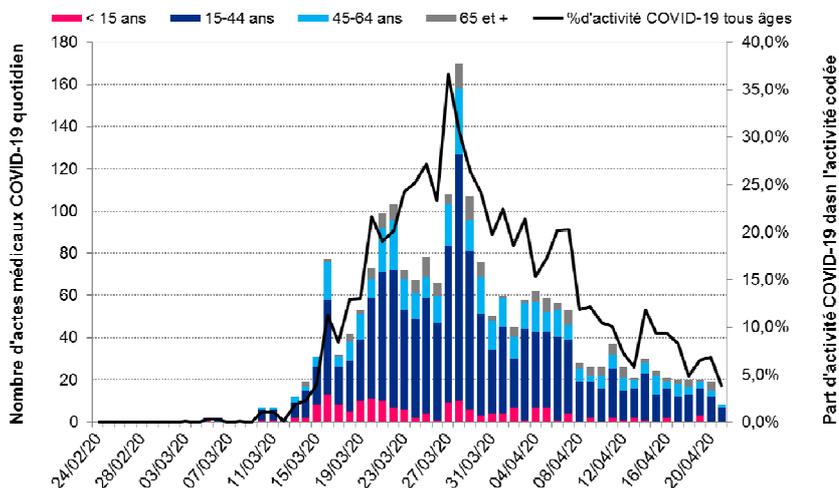
Actes/consultations pour suspicion de COVID-19

En semaine 16 (du 13 au 19 avril), le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 rapportés par les associations SOS Médecins était en baisse de 38% par rapport à celui de la semaine précédente (156 en S16 versus 252 en S15). La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale était également en diminution.

Parmi ces actes 5% ont été rapportés chez les moins de 15 ans, 65% chez les 15-44 ans, 22% chez les 44-65 ans et 8% chez les 65 ans et plus. Au total, 2 048 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés depuis le 03 mars 2020.

Source : SOS Médecins, au 22/04/2020 à 10h

Figure 1. Nombre quotidien d'actes et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge



Source : Réseau Sentinelles au 22/04/2020 à 10h (depuis début 2020, la participation active de l'ensemble des médecins généralistes de la région à la surveillance continue est faible).

Taux estimés de (télé-)consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA)

- S16-2020 : 83 consultations /100 000 habitants [0 ; 178]*
- S15-2020 : 116 consultations /100 000 habitants [44 ; 188]*

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

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.

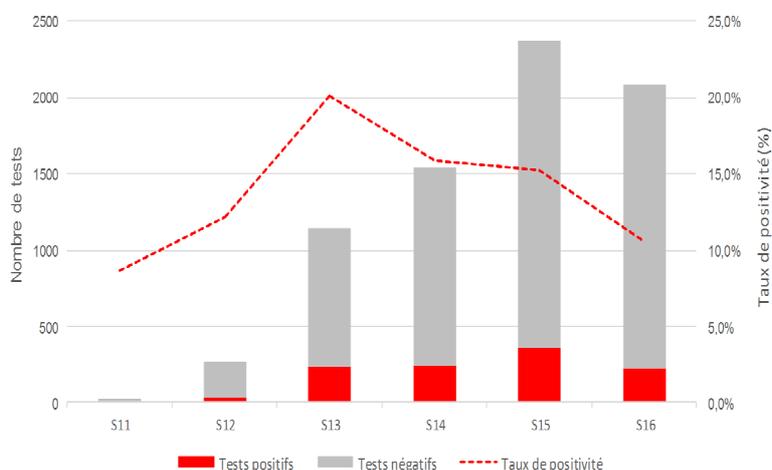
Tests virologiques

Dans le cadre du réseau 3 labo (Cerba, Eurofins-Biomnis) les prélèvements provenaient de laboratoires de ville. Les premiers test de diagnostics SARS-CoV-2 ont été rendus disponible à compter du 9 mars 2020 dans les laboratoires de biologie médicale de ville.

En semaine 16, sur 1 955 tests réalisés, 209 étaient positifs pour le SARS-CoV-2, soit un taux de positivité de 10,7%. Le taux de positivité était en diminution par rapport à celui de la semaine 15 (15,7%).

Source : Surveillance 3 labos - Eurofins-Biomnis et Cerba, au 22/04/2020 à 11h

Figure 2. Nombre de tests réalisés, nombre de tests positifs pour SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine



Surveillance en établissements sociaux et médicaux

Depuis le 01 mars 2020 et jusqu'au 22 avril, 257 établissements ont signalé un épisode concernant un ou plusieurs cas liés au COVID-19 à Santé publique France via l'application disponible sur le portail national des signalements dans la Normandie. Il s'agissait de 163 (63%) établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements) et 94 (37%) autres établissements médico-sociaux (EMS).

L'ensemble des 257 signalements correspondait à un total de 1544 cas de COVID-19 (470 cas confirmés et 1074 cas possibles) chez les résidents, parmi lesquels 180 ont été hospitalisés. Parmi ces cas possibles et confirmés, 129 sont décédés dans les établissements et 49 sont décédés à l'hôpital (Tableau 1).

Chez le personnel des établissements sociaux et médico-sociaux, 352 cas confirmés et 631 cas possibles ont été rapportés dans la région (Tableau 1).

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. Les départements de Seine-Maritime et de l'Eure sont ceux présentant le plus de cas chez les résidents (respectivement 633 et 375 cas) ainsi que le plus de décès (respectivement 58 et 48 décès rapportés).

Source : Surveillance dans les ESMS, au 22/04/2020 à 12h

Tableau 1. Nombre de signalements en établissements sociaux et médico-sociaux de cas COVID-19 et de décès chez les résidents et le personnel rapportés du 01/03 au 21/04

		EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres EMS ⁴	Total
Chez les résidents	Signalements ⁵	163	72	14	8	257
	Cas confirmés ⁶	360	105	5	0	470
	Cas possibles ⁷	899	132	25	18	1074
	Nombre total de cas ^{6,7}	1259	237	30	18	1544
	Cas hospitalisés ^{6,7}	141	39	0	0	180
	Décès hôpitaux ⁸	42	7	0	0	49
	Décès établissements ⁸	129	0	0	0	129
Chez le personnel	Cas confirmés ⁶	242	100	10	0	352
	Cas possibles ⁷	481	117	19	14	631
	Nombre total de cas ^{6,7}	723	217	29	14	983

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

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

³Aide sociale à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS)

⁴Autres établissements (LAM, LHSS, SCAPA avec hébergement)

⁵Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible.

⁶Cas 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 EHPA/EMS

⁷Cas 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 EHPA/EMS

⁸Cas possibles et confirmés décédés

Source : Surveillance dans les ESMS, au 22/04/2020 à 12h

Tableau 2. Nombre de signalements en établissements sociaux et médico-sociaux de cas COVID-19 et décès chez les résidents et le personnel rapportés, par département, du 01/03 au 21/04

Départements	Signalements	Cas parmi les résidents	Décès dans l'établissement parmi les résidents	Cas parmi le personnel
Calvados	62	206	6	142
Eure	35	375	48	174
Manche	45	148	8	156
Orne	41	182	9	189
Seine-Maritime	74	633	58	322
Total Normandie	257	1544	129	983

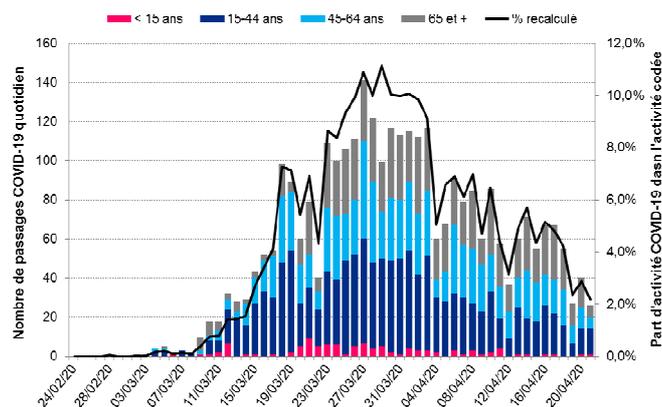
Passages aux urgences

En semaine 16 (du 13 au 19 avril), 402 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par le réseau Oscour®, représentant 4,5 % de l'activité totale.

Le nombre de passages ainsi que la part d'activité pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale des urgences était en diminution. Le taux d'hospitalisation tout âges après passage pour suspicion de COVID-19, indicateur de gravité à l'arrivée aux urgences, était en augmentation (52 % versus 42 % en semaine 15).

Source : réseau Oscour®, au 22/04/2020 à 10h

Figure 3. Nombres quotidiens de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge



Source : réseau Oscour®, au 22/04/2020 à 10h

Figure 4. Taux de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 en semaine 14 2020 (pour 10 000 passages)



La répartition, par classe d'âge, des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était celle-ci :

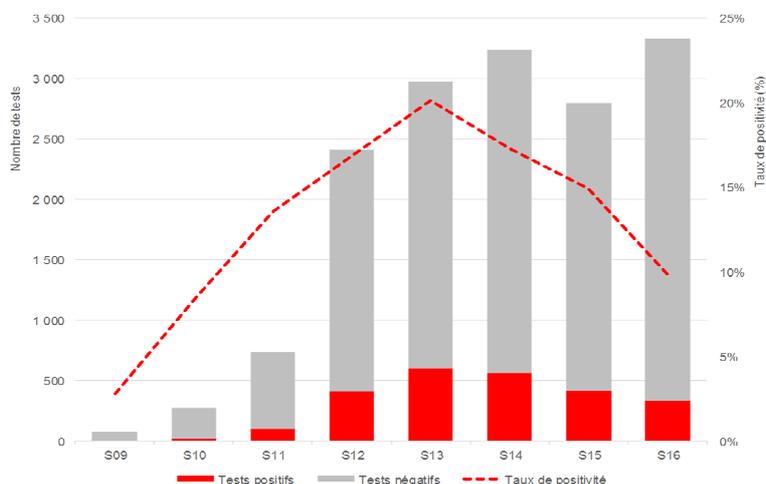
- ▶ 1 % chez les moins de 15 ans
- ▶ 32 % chez les 15-44 ans
- ▶ 30 % chez les 45-64 ans
- ▶ 37 % chez les 65 ans et plus

Tests virologiques

Du 24 février au 19 avril, les laboratoires hospitaliers normands ont réalisé 15 823 tests et 2 434 (15,4 %) étaient positifs pour le SARS-CoV-2. Après une augmentation observée jusqu'en semaine 13, le nombre de tests positifs ainsi que le taux de positivité des tests étaient en baisse ces 2 dernières semaines (10 % en S16 et 15 % en S15).

Source : laboratoires hospitaliers, au 22/04/2020 à 10h

Figure 5. Nombre de tests réalisés, nombre de tests positifs pour SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine



Surveillance à l'hôpital (suite)

Hospitalisations, admissions en réanimation, retours à domicile

Source : SI-VIC, au 22/04/2020 à 14h

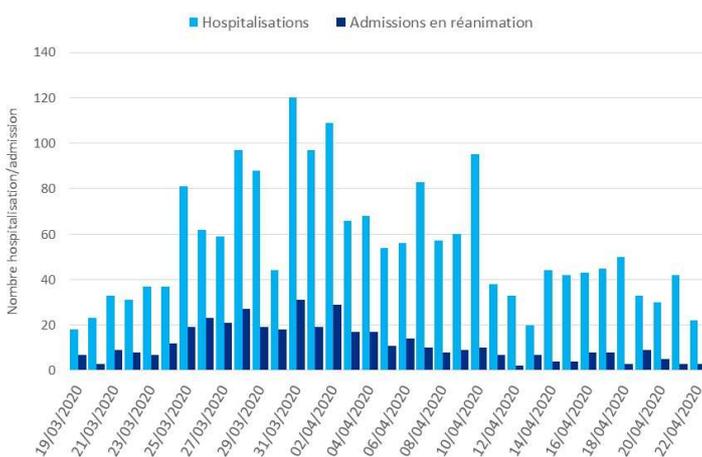
Tableau 3. Part (en %) des classes d'âge parmi les hospitalisations pour COVID-19, les admissions en réanimation au 14/04/2020

Depuis le 01 mars 2020 (date des premières informations disponibles dans l'outil SI-VIC), 58 établissements ont déclaré au moins un cas.

Le 22 avril 2020 à 14h, 625 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en Normandie dont 133 en réanimation d'après les données SI-VIC. Près des 2/3 des personnes hospitalisées avaient plus de 70 ans. L'âge médian des personnes ayant été hospitalisées était de 75 ans.

Depuis le 01 mars 2020, 896 patients sont retournés à leur domicile.

Classes d'âge	Hospitalisations Le 22/04/2020		Dont réanimations Le 22/04/2020	
	N	%	N	%
0-9 ans	0	0	0	0
10-19 ans	1	0,2	0	0
20-29 ans	6	1,0	1	0,8
30-39 ans	16	2,6	6	4,5
40-49 ans	25	4,0	11	8,3
50-59 ans	56	9,0	20	15,0
60-69 ans	107	17,1	27	20,3
70-79 ans	158	25,3	54	40,6
80-89 ans	172	27,5	13	9,8
90 ans et plus	83	13,3	0	0
Total Région	625	100	133	100



Source : SI-VIC, au 22/04/2020 à 14h

Figure 6. Nombre quotidien d'hospitalisations et réanimations pour COVID-19

L'évolution des nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a montré une stabilisation au cours de la semaine 16.

Le nombre de cas de COVID-19 admis en réanimations en Normandie est toujours relativement stable.

Source : SI-VIC au 22/04/2020 à 14h

Tableau 4. Nombre et part (en %) des hospitalisations pour COVID-19, des admissions en réanimation au 14/04/2020, par département de prise en charge

Les départements de Seine-Maritime et du Calvados sont ceux ayant rapporté les plus forts taux d'hospitalisation de patient COVID-19. Ce sont les premiers départements en Normandie à avoir recensé des clusters de COVID-19 au début de l'épidémie.

Départements	Hospitalisations		Admissions en réanimation	
	N	%	N	%
Calvados	142	22,7	30	22,6
Eure	101	16,2	4	3,0
Manche	61	9,8	14	10,5
Orne	62	9,9	13	9,8
Seine-Maritime	259	41,4	72	54,1
Total Région	625	100,0	133	100,0

Surveillance à l'hôpital (suite)

Caractéristiques des cas admis en réanimation (services sentinelles)

Tableau 5. Description des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation. Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France, au 22/04/2020 à 12h

	N	%		N	%
Cas admis en réanimation			Prise en charge ventilatoire*		
Nombre de cas signalés	199		Oxygénation (masque/lunette)	10	5,0 %
Dont nombre de cas décédés	17	8,5 %	Ventilation non invasive	1	0,5 %
Sexe			O2 à haut débit	67	33,7%
Hommes	147	73,9 %	Ventilation invasive	113	56,8%
Femmes	52	26,1 %	Assistance extra-corporelle	3	1,5%
Répartition par classe d'âge			Facteurs de risques*		
0-14 ans	0	0,0 %	Aucun facteur de risque	68	34,2 %
15-44 ans	13	6,5 %	Avec facteur de risque listé*	130	65,3 %
45-64 ans	77	38,7 %	Diabète de type 1 et 2	35	17,6 %
65-74 ans	80	40,2 %	HTA**	52	26,1 %
75 ans et plus	29	14,6 %	Pathologie pulmonaire	39	19,6 %
Région de résidence des patients			Pathologie cardiaque	36	18,1 %
Normandie	167	83,9 %	Pathologie neuro-musculaire	4	2,0 %
Hors Région	32	16,1 %	Pathologie rénale	15	7,5 %
Inconnue	0	0,0 %	Immunodéficience	17	8,5 %
Délai entre début des signes et admission en réanimation			Pathologie hépatique**	1	0,5 %
Délai moyen en jours [min ; max]	9,9	[1 - 35]	Obésité (IMC>=40)	18	9,0 %
Syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA)			Grossesse	0	0 %
SDRA mineur	14	7,0 %	Prématurité	0	0 %
SDRA modéré	70	35,2 %	Autres facteurs de risque	18	18 %
SDRA majeur	55	27,6 %	NSP / Inconnu	1	0,5 %
SDRA - niveau non précisé	2	1,0 %			
Co-infections					
	8	4,0 %			

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

** Données sous-estimés du fait du recueil tardif de ces variables

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.

Depuis le 16/03/2020, 199 cas ont été rapportés par 13 services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, dont 11 cas admis en semaine 16 (vs 17 cas en S15).

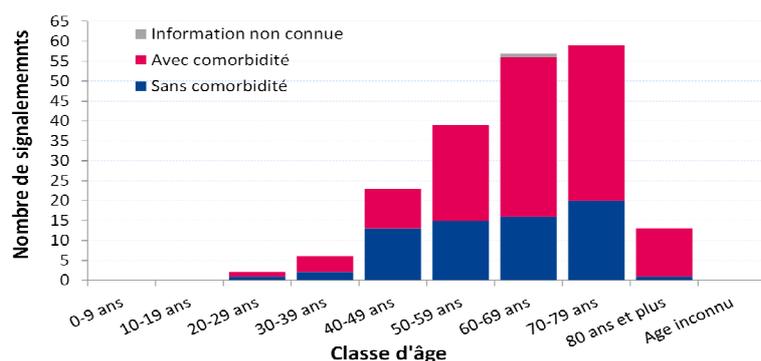
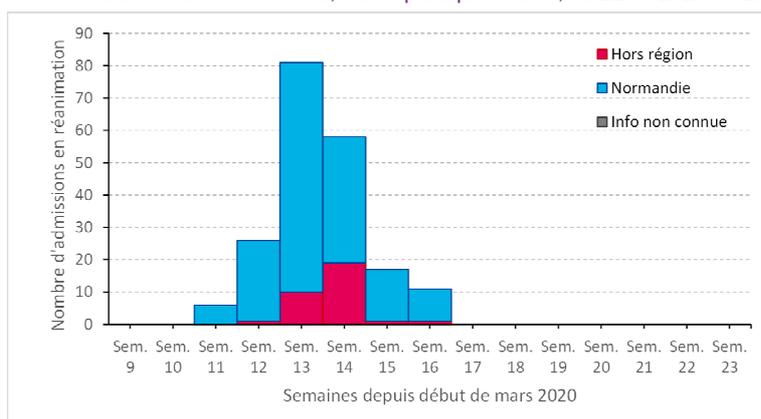
La majorité des cas était des hommes (sex-ratio à 2,8). L'âge moyen des hommes était de 64 ans et 63 ans chez les femmes (15% des cas étaient âgés de 75 ans et plus).

La majorité des cas (65%) présentait au moins une comorbidité. Les principaux facteurs de risques identifiaient étaient l'hypertension artérielle (26%), les pathologies pulmonaires (20%), les pathologies cardiaques (18%) et le diabète (18%).

Le délai médian d'admission en réanimation suite à l'apparition des premiers signes était de 9,9 jours (intervalle inter-quartile [1-35] jours). Parmi l'ensemble des cas signalés, le taux de décès est de 8,5 %.

Figure 8. Distribution des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation, selon l'existence de comorbidités et par classe d'âge. Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France, au 22/04/2020 à 12h

Figure 7. Courbe épidémique des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation par semaine d'admission (Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France, au 22/04/2020 à 12h)



Surveillance de la mortalité

Mortalité spécifique au COVID

Source : SI-VIC, au 22/04/2020 à 14h

Tableau 6. Part (en %) par classe d'âge des cas de COVID-19 décédés au cours de leur hospitalisation (N = 299)

Classe d'âge	0-9 ans	10-19 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	80-89 ans	90 ans et +
Décédés N=299 (%)	0	0	0	0,3	2,3	4,0	15,7	20,7	40,1	16,7

Source : Inserm-CépiDC, au 22/04/2020 à 14h

Tableau 7. Description des décès certifiés par voie électronique avec mention COVID-19 dans les causes médicales de décès (N=130)

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	0	0	0	0
45-64 ans	3	20	12	80	15	12
65-74 ans	7	29	17	71	24	18
75 ans ou plus	32	35	59	65	91	70

Parmi les personnes ayant été hospitalisées, 299 sont décédés. L'âge médian de ces personnes était de 82 ans [min 35—max 102] ans (Tableau 6).

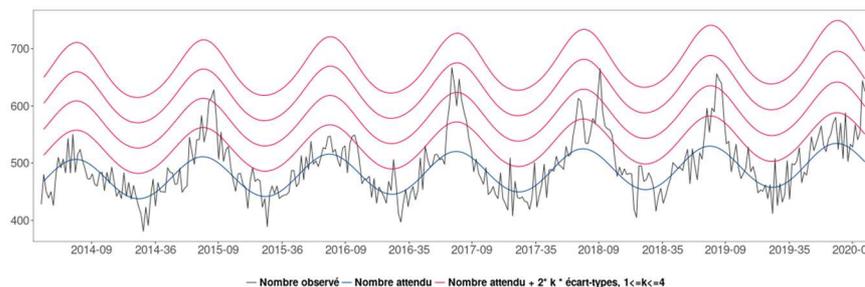
Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1er mars 2020, 130 décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées. Les plus de 75 ans représentaient 70 % des décès. Des comorbidités étaient renseignées dans 88 certificats de décès (Tableau 7).

¹ % présentés en ligne ; ² % présentés en colonne —Taux de certification électronique : 7,4 %

Mortalité toutes causes

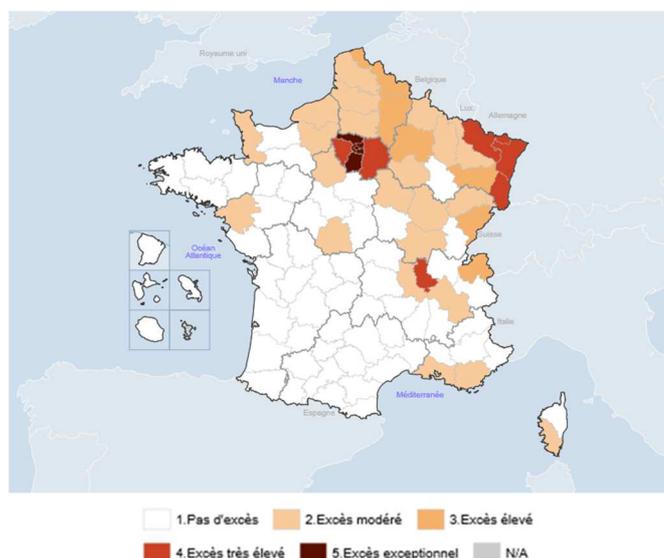
Source : Insee, au 22/04/2020 à 14h

Figure 8. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues (tous âges), jusqu'à la semaine 14 2020



Source : Insee, au 22/04/2020 à 14h

Figure 9. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues (tous âges), sur la semaine 14 2020, par département



L'analyse de la mortalité toutes causes confondues s'appuie sur les données d'état-civil. Ces données ne permettent pas de disposer des causes médicales de décès.

En semaine 15, la mortalité toutes causes confondues en Normandie était comparable à la mortalité attendue sur cette période (Figure 8).

Cependant, un excès modéré de mortalité était estimé dans l'Eure, la Seine-Maritime et la Manche en semaine 15 (Figure 9).

Les personnes âgées de 65 ans ou plus étaient majoritairement concernées par cette hausse de la mortalité toutes causes.

Méthode—qualité de données

La surveillance qui reposait sur le signalement individuel des cas confirmés, ne permettait plus de garantir des niveaux d'exhaustivité et de qualité suffisants pour suivre de manière satisfaisante la dynamique de l'épidémie. Un dispositif de surveillance en population à partir de plusieurs sources de données a été mis en place afin de documenter l'évolution de l'épidémie en médecine de ville, à l'hôpital (recours au soin et admission en réanimation) et des décès en complément d'une surveillance virologique à partir des laboratoires hospitaliers et de ville. Les objectifs de la surveillance sont de suivre la dynamique de l'épidémie et d'en mesurer l'impact en termes de morbidité et de mortalité. En phase 3, les systèmes de surveillance sont adaptés ou nouvellement déployés pour assurer la surveillance en population. La date de début effective de chaque surveillance est précisé ci-dessous (date de début).

- ▶ **SurSaUD® (OSCOUR® et SOS Médecins)** : les données de recours aux services d'urgences et aux associations SOS Médecins pour une suspicion d'infection à COVID-19 (utilisation de codes spécifiques) (depuis le 24 février).
- ▶ **Laboratoires d'analyses biologiques de ville** (3 labo - Biomnis/Cerba) : nombre de tests réalisés et positifs pour diagnostic de SARS-CoV-2 par les laboratoires de ville (depuis le 18 mars).
- ▶ **Laboratoire d'analyse biologique hospitalier** : nombre de tests réalisés et positifs pour diagnostic de SARS-CoV-2 par les laboratoires hospitalier (depuis le 24 février).
- ▶ **SI-VIC (Système d'information pour le suivi des victimes)** : nombre d'hospitalisations pour COVID-19, patients en réanimation ou soins intensifs ainsi que les décès survenus pendant l'hospitalisation rapportés par les établissements hospitaliers (depuis le 13 mars).
- ▶ **Services de réanimation sentinelles**: données non exhaustive à visée de caractérisation en terme d'âge, sévérité, évolution clinique, des cas de COVID-19 admis en réanimation cas (depuis le 16 mars).
- ▶ **IRA en collectivités de personnes âgées** : nombres d'épisodes de cas groupés d'IRA et de cas groupés confirmés COVID-19 en Ehpad ainsi que le nombre de cas et décès par établissement. (depuis le 28 mars).
- ▶ **Données de mortalité (Insee)** : Nombre de décès toutes causes par âge avec estimation de l'excès par rapport à l'attendu par âge, département et région (2 à 3 semaines de délai pour consolidation).
- ▶ **Certification électronique des décès (CépiDC)** : décès certifiés de façon dématérialisée et permet-tant de connaître les causes médicales du décès.

Pour en savoir plus sur les méthodes : consulter la page [Santé publique France](#)

Qualité des données SurSaUD® en semaine 16 :

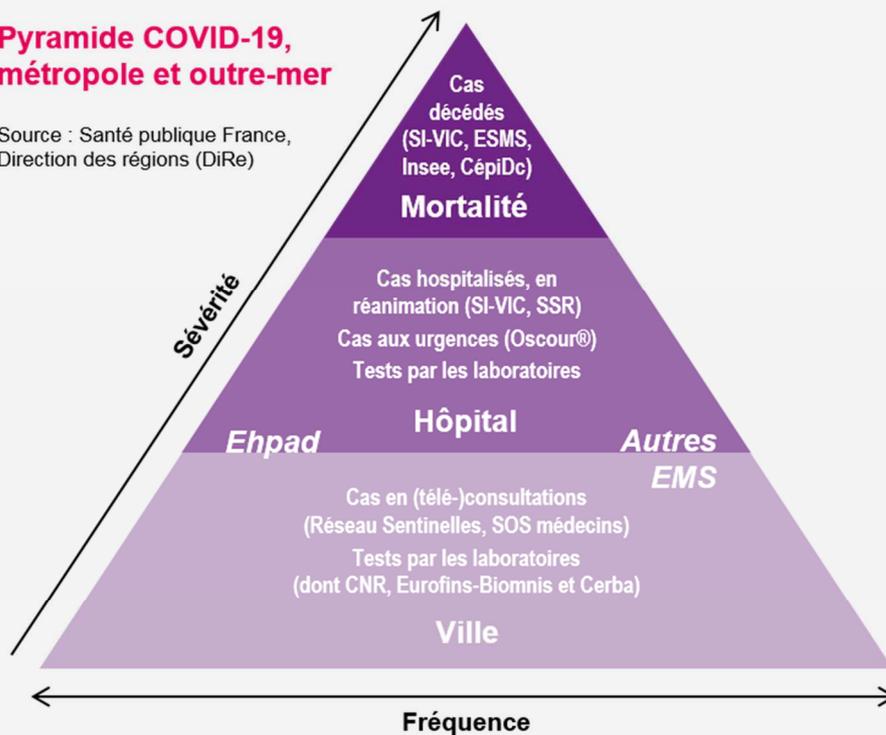
	NORMANDIE	CALVADOS	EURE	MANCHE	ORNE	SEINE-MARITIME
SOS : Nombre d'associations incluses	3/3	1/1	-	1/1	-	1/1
SOS : Taux de codage diagnostique	93,3%	94,2%	-	90,7%	-	93,5%
SAU – Nombre de SU inclus	42/45	9/10	9/9	6/6	6/6	12/14
SAU – Taux de codage diagnostique	64,7%	74,5%	39,3%	83,9%	58,1%	66,2%

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 région, 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)



CNR : Centre national de référence ; 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 ; Oscour® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences ; SI-VIC : Système d'information des victimes ; SSR : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs

Rédacteur en chef

Mélanie Martel

Equipe de rédaction

Santé publique France Normandie

Direction des régions (DiRe)

En collaboration à Santé publique France avec la Direction des maladies infectieuses (DMI), la Direction 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

23 avril 2020

Numéro vert 0 800 130 000

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

Sites associés :

- ▶ [SurSaUD@](#)
- ▶ [OSCOUR@](#)
- ▶ [SOS Médecins](#)
- ▶ [Réseau Sentinelles](#)
- ▶ [SI-VIC](#)
- ▶ [CépiDC](#)

GÉODES

GÉO DONNÉES EN SANTE PUBLIQUE



World Health Organization

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

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

- ▶ Aller 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 ?
GOVERNEMENT.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 ?
GOVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS 0 800 130 000 (appel gratuit)