

En collaboration avec :

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

Covid-19 (page 2)

En semaine 53, les taux d'incidence et les taux de positivité sont en hausse en région Normandie, tandis que les taux de dépistage sont en diminution après l'augmentation observée avant les fêtes de fin d'année. Le taux de reproduction effectif (qui traduit la vitesse de propagation) était stable mais toujours supérieur à 1.

Ces tendances font craindre une reprise épidémique à la suite des rassemblements de fin d'année, mais reste à confirmer selon l'évolution dans les prochaines semaines.

Le nombre de nouvelles hospitalisations était également en augmentation.

Concernant la mortalité, le niveau de mortalité standardisé tous âges toutes causes n'est plus classé en excès depuis la semaine 51.

Au 03 janvier 2021,

- Incidence des cas positifs en augmentation (119,1 vs 95,7 cas/semaine/100 000 hab. en S52)
- Taux de positivité en augmentation (4,77% en S53 vs 2,65% en S52)
- Stabilité du nombre de reproduction effectif (R effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-COV-2 : 1,05 (1,03-1,08)
- Données hospitalières : 1 127 personnes encore hospitalisées dont 93 en réanimation, le nombre de nouvelles hospitalisations est en augmentation par rapport à la semaine 51.
- Clusters - Signalement à visée d'alerte des clusters :
 - depuis le 11 mai, 449 clusters (hors EHPAD) ont été enregistrés sur la région dont 15 sont en cours d'investigation
 - depuis le 11 mai, 167 clusters en EHPAD ont été enregistrés sur la région dont 45 sont en cours d'investigation

En semaine 53 :

- SOS Médecins : stabilité de la part d'activité pour suspicion de Covid-19 (3,2% en S53 et S52)
- Urgences hospitalières (Oscour®) : légère augmentation de la part d'activité pour suspicion de Covid-19 (1,5% en S53 vs 1,3% S52)
- Episodes COVID-19 en établissement médico-social : en diminution avec 10 signalements en S53, uniquement des cas confirmés (vs 19 signalements, uniquement des cas confirmés en S52).

Mortalité (page 10)

Le niveau de mortalité toutes causes standardisé tous âges en région Normandie n'est plus en excès en semaine 51 (en attente de consolidation). Il était en excès modéré depuis la semaine 43 (et en excès élevé en semaine 49). Le nombre de décès observés parmi les patients hospitalisés pour COVID-19 est stable en semaine 53 par rapport à la semaine précédente.

Bronchiolite et Gastro-entérite (page 12 et 13)

En semaine 53 : l'activité pour bronchiolite est toujours faible et inférieure aux années précédentes. 5 nouveaux VRS ont été isolés chez des patients hospitalisés en semaine 53 par les laboratoires des CHU normands. Les infections respiratoires actuelles sont principalement dues à des rhinovirus. L'activité pour gastro-entérite est en augmentation mais reste à un niveau faible en semaine 53.

Covid-19 - Surveillance virologique régionale

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

En semaine 53, en Normandie, 82 450 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2 (par PCR et par tests antigéniques), et pour 3 936 patients, les tests se sont avérés positifs. Le taux d'incidence régionale était de 119,1 cas pour 100 000 habitants. Le taux de positivité hebdomadaire était de 4,77 % (calculé sur les tests valides). Le taux d'incidence et le taux de positivité sont en augmentation par rapport à la semaine précédente S52 (respectivement 95,7/100 000 et 2,65%). Les taux d'incidence sont en augmentation à la fois chez les plus et les moins de 65 ans.

Figure 1. Evolution du nombre de tests (PCR + tests antigéniques), du nombre de personnes positives pour le SARS-CoV-2 et du taux d'incidence des tests (pour 100 000 hab.) en région Normandie (13 mai 2020 au 03 janvier 2021, source : SI-DEP)

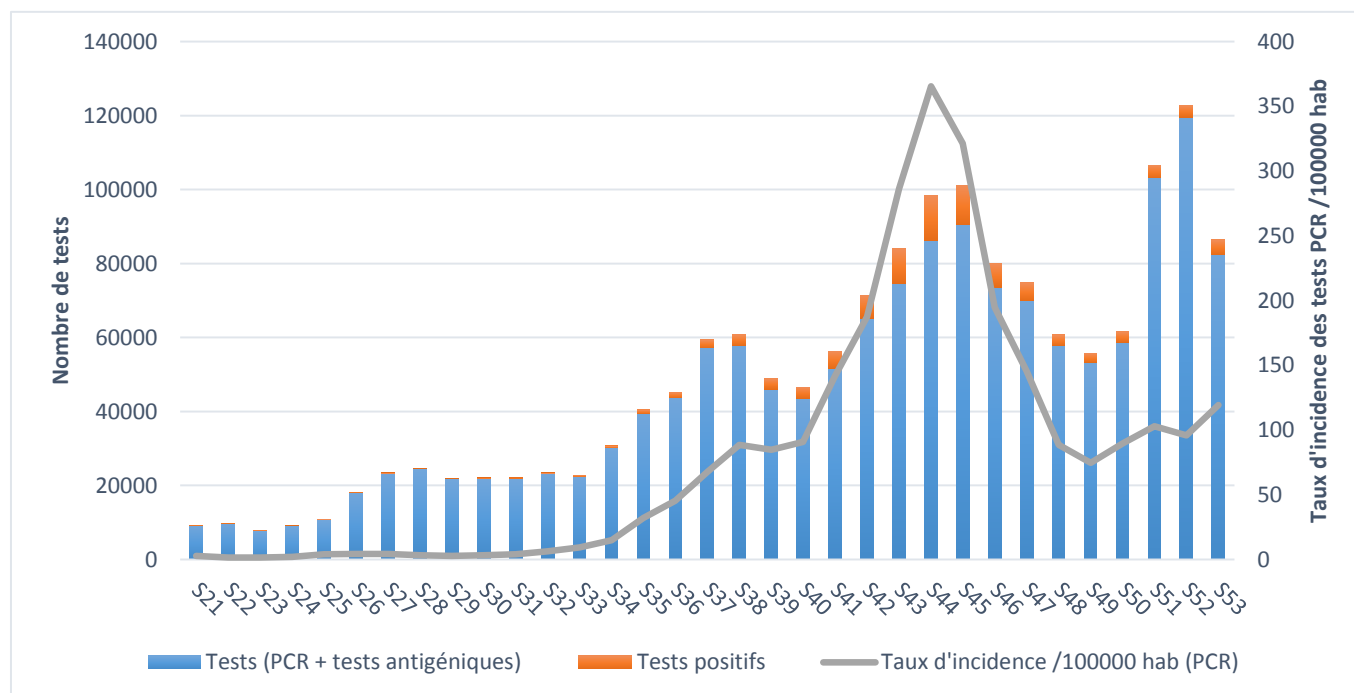
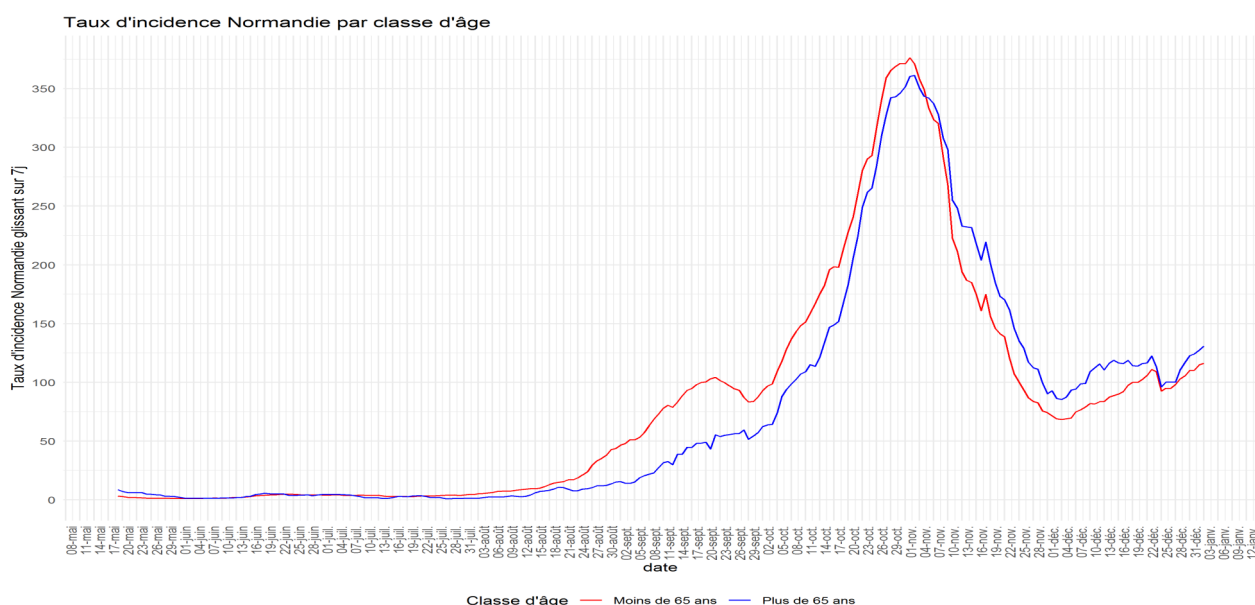


Figure 2. Evolution du taux d'incidence des tests positifs (pour 100 000 hab.) cumulé sur 7 jours pour les plus et les moins de 65ans, en région Normandie (13 mai 2020 au 03 janvier 2021, source : SI-DEP)



Covid-19 - Surveillance virologique départementale

En semaine 53, les taux d'incidences sont en augmentation dans tous les départements de Normandie à l'exception de l'Eure où il reste stable. Les taux de positivité sont en forte augmentation dans l'ensemble des départements tandis que les taux de dépistages sont en diminution. (Figures 3 à 5).

Ces tendances suggèrent une reprise épidémique environ une semaine après les regroupements de fin d'année, à confirmer dans les semaines à venir.

Figure 3. Evolution du taux d'incidence (pour 100 000 hab.) cumulé sur 7 jours par département, en région Normandie (du 19 mai 2020 au 03 janvier 2021, source : SI-DEP)

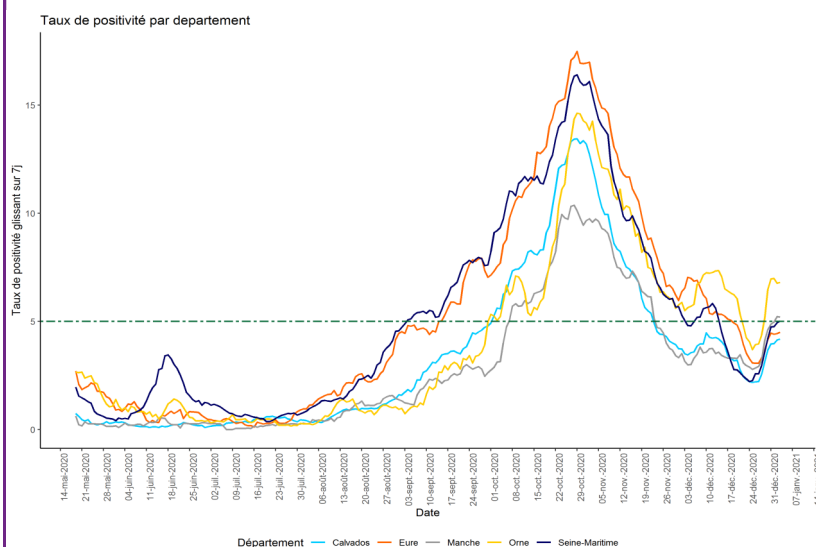
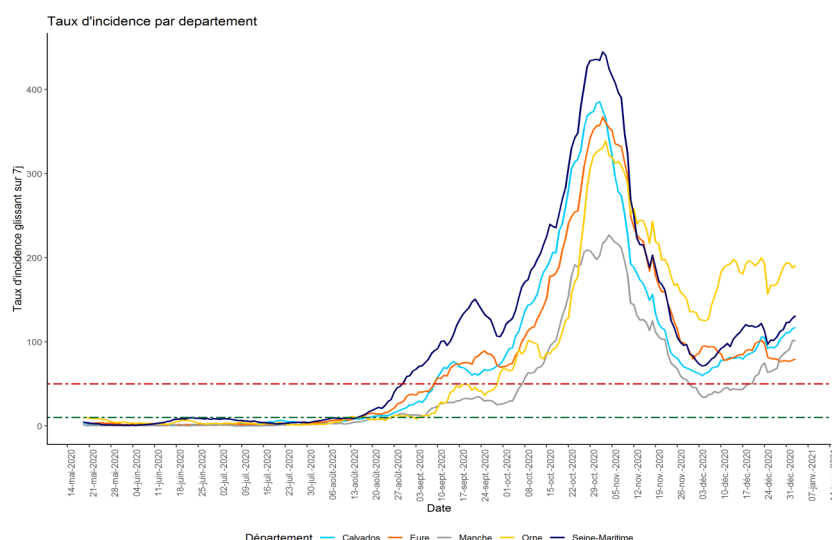
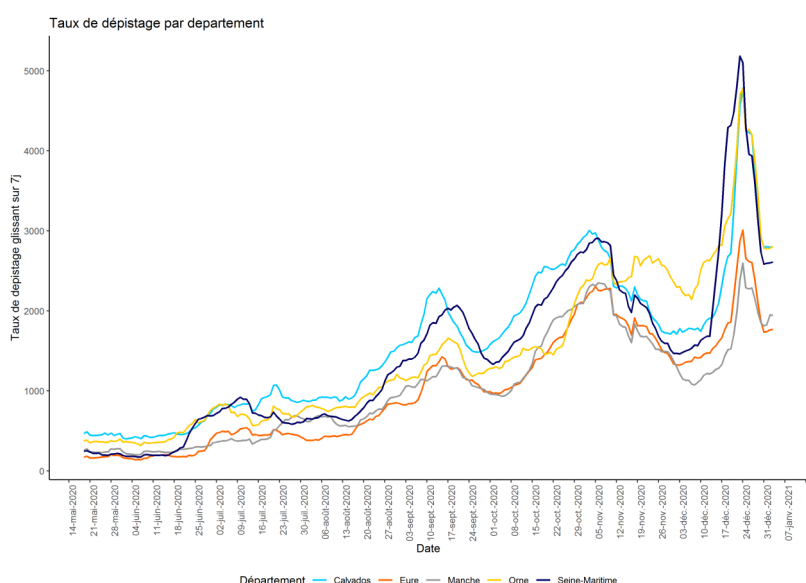


Figure 4. Evolution du taux de positivité (%) par département en région Normandie (du 19 mai 2020 au 03 janvier 2021, source : SI-DEP)

Figure 5. Evolution du taux de dépistage (pour 100 000 hab.) cumulé sur 7 jours par département, en région Normandie (du 19 mai 2020 au 03 janvier 2021, source : SI-DEP)



Covid-19 - Signalement à visée de clusters

Clusters hors EHPAD et familiaux restreints

Au 03 janvier 2021, 449 clusters (hors Ehpads et milieu familial restreint) ont été signalés dans la région depuis le déconfinement de mai : 415 clôturés (absence de nouveaux cas 14 jours après la date de début des signes du dernier cas ET la fin de la quatorzaine des contacts), 19 maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas) et 15 en cours d'investigation. Le nombre de clusters signalés en semaine 53 est stable par rapport à la semaine précédente.

Parmi les 15 clusters encore en cours d'investigation :

- 5 clusters dans le Calvados (Etablissements de santé, Communautés vulnérables, Structure d'aide sociale à l'enfance ,Autre)
- 2 clusters dans l'Eure (EMS de personnes handicapées, Milieux professionnels)
- 3 clusters dans la Manche (EMS de personnes handicapées, Etablissements de santé et Milieux professionnels)
- 1 clusters dans l'Orne (Autre)
- 4 clusters en Seine-Maritime (Etablissements de santé et Autre).

Figure 6. Répartition hebdomadaire des clusters (hors Ehpads et milieu familial restreint) par département, entre le 9 mai 2020 et le 3 janvier 2021 (N=449) (Source MONIC)

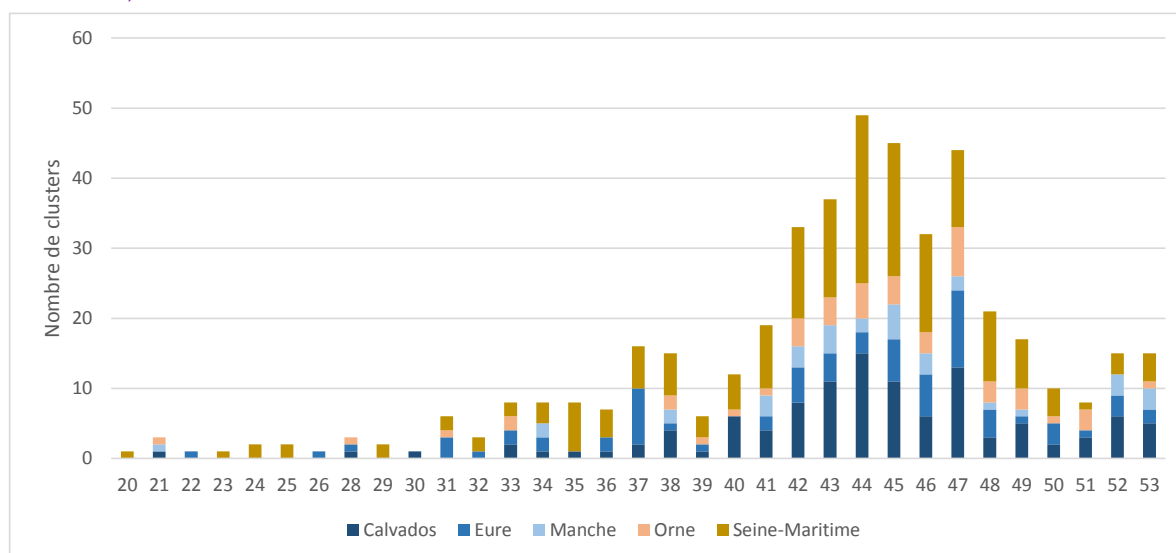


Tableau 1. Répartition par type de collectivité des clusters (hors Ehpads et milieu familial restreint) rapportés en Normandie, entre le 9 mai 2020 et le 3 janvier 2021 (N=449) (source MONIC, données actualisées au 29/12/2020 à 16h)

Type de collectivités	N=449
Etablissements de santé	117
Milieux professionnels (entreprise)	82
Autre*	64
Milieu scolaire et universitaire	55
EMS de personnes handicapés	47
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	26
Evènements publics ou privés : rassemblements temporaires de personnes	13
Crèches	10
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	10
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc)	8
Structure de l'aide sociale à l'enfance	8
Transport (avion, bateau, train)	4
Etablissement pénitentiaires	3
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	2

* Ces clusters concernent les salles et ou club de sport, congrégation religieuse, centres de formation, SSIAD.

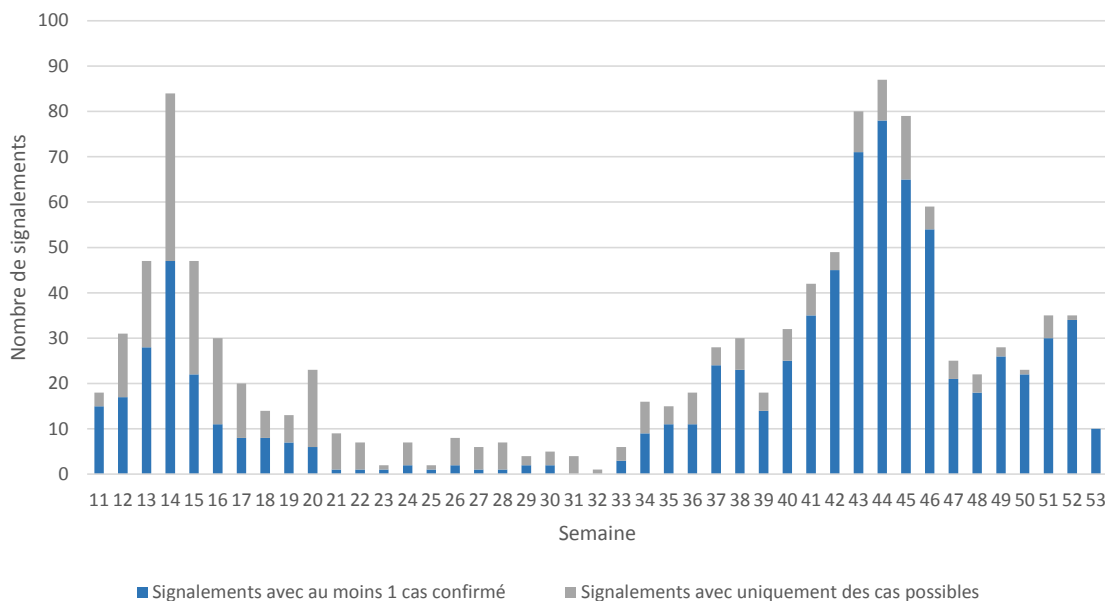
Covid-19 - Etablissements sociaux et médico-sociaux

• Surveillance ESMS dont EHPAD

En semaine 53, le nombre de nouveaux épisodes de Covid-19 est en baisse dans les établissements médico-sociaux (avec hébergement) par rapport à la semaine 52. Ces signalements comportaient tous au moins 1 cas confirmé (Figure 7).

Depuis mars 2020, les EMS normands ont effectué 1122 signalements via l'application Voozanoo, dont 683 depuis le 1^{er} septembre. Ces signalements regroupent 5 806 cas confirmés de Covid-19 chez les résidents (dont 4639 depuis le 01/09/2020) et 877 décès (dont 561 depuis le 01/09/2020).

Figure 7. Nombre d'épisodes signalés (sans ou avec au moins 1 cas confirmé) par semaine selon la semaine de survenue des signes du 1^{er} malade, Normandie (source : VoozEhpadCovid-19, SpFrance)

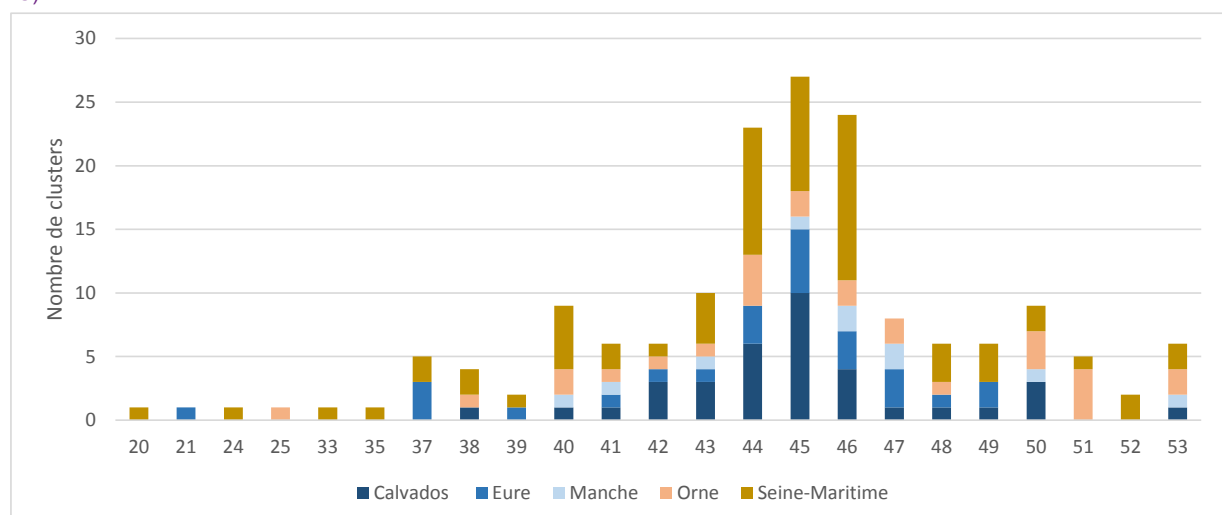


• Clusters en EHPAD

Au 03 janvier 2021, 164 clusters en Ehpads ont été signalés dans la région depuis le déconfinement de mai : 106 clôturés (absence de nouveaux cas 14 jours après la date de début des signes du dernier cas ET la fin de la quatorzaine des contacts), 13 maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas) et 45 en cours d'investigation. Le nombre hebdomadaire de nouveaux clusters signalés est en augmentation. Parmi les clusters encore en cours d'investigation :

- 7 clusters dans le Calvados
- 6 clusters dans l'Eure
- 4 clusters dans la Manche
- 9 clusters dans l'Orne
- 13 clusters en Seine-Maritime

Figure 8. Répartition hebdomadaire des signalements de clusters en Ehpads par département, entre le 9 mai 2020 et le 03 janvier 2021 (N=164) (Source MONIC)

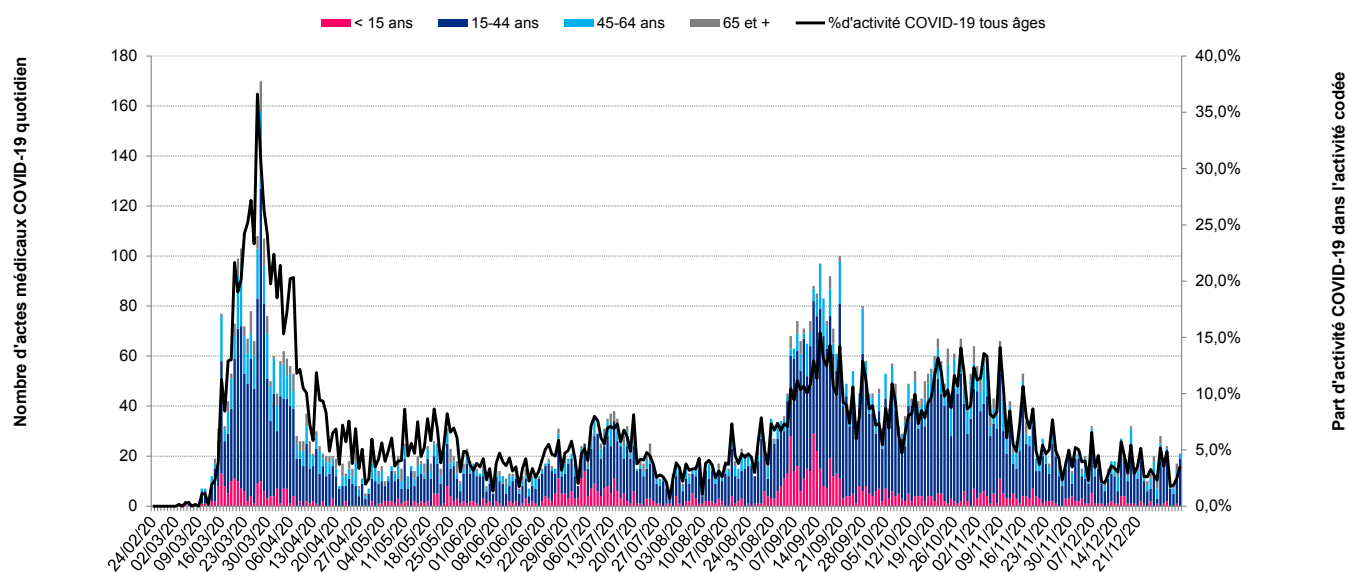


Covid-19 - Autres indicateurs

En semaine 53, les nombre et taux d'actes de SOS-Médecins pour suspicion de Covid-19 étaient stables par rapport à la semaine 52 (Figure 9) tandis que le nombre et taux de passage aux urgences étaient en légère augmentation (Figure 10). L'activité aux urgences concernait principalement des personnes âgées de plus de 45 ans tandis que l'activité en ville concernait plutôt des personnes âgées de moins de 45 ans.

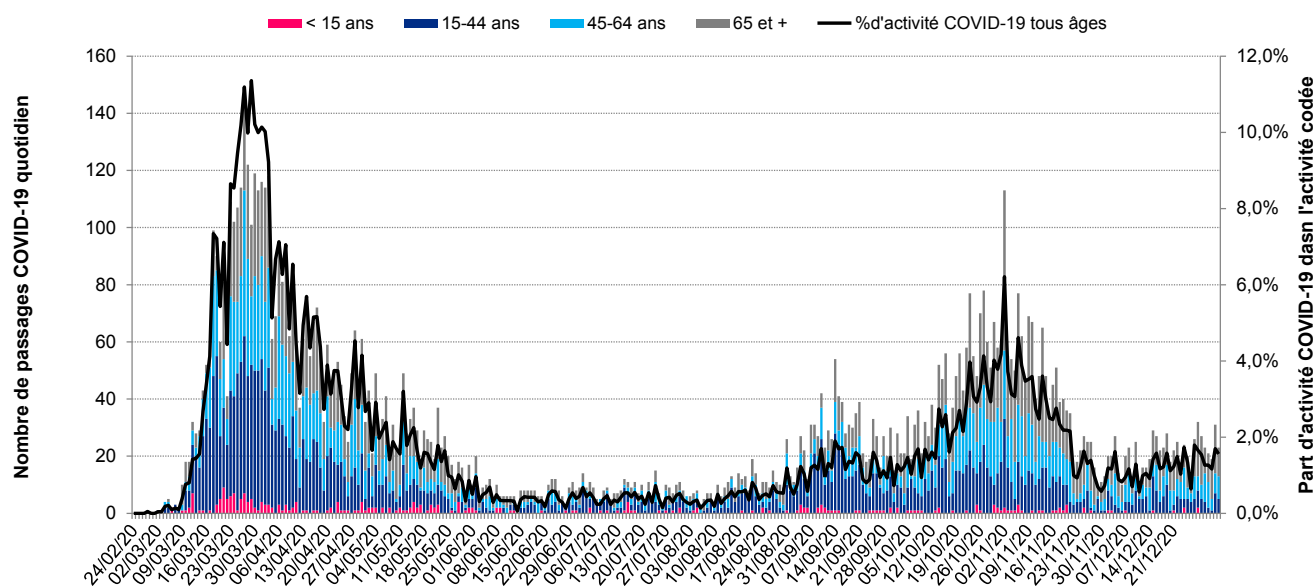
• Surveillance en ville

Figure 9. Nombre journalier d'actes posés par les associations SOS Médecins et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classe d'âge, Normandie (source: SOS Médecins-SurSaUD®)



• Surveillance aux urgences

Figure 10. Nombre journalier de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classe d'âge, Normandie (source: Oscour®-SurSaUD®)



Hospitalisations, admissions en réanimation, retours à domicile

Tableau 2. Nombre et part (en %) des personnes en hospitalisation et en réanimation pour COVID-19 par classe d'âge, au 04/01/2021,

Source : SI-VIC extraction du 04/01/2021 à 14h

Depuis le 01 mars 2020 (date des premières informations disponibles dans l'outil SI-VIC), 88 établissements ont déclaré au moins un cas.

Au 03 janvier 2021, 1 127 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en Normandie dont 93 en réanimation d'après les données SI-VIC. Ce nombre est stable par rapport la semaine 52 (1136 en S52), de même que le nombre de patients hospitalisés en service de réanimation (93 en S53 vs 89 en S52).

Près de 74% des personnes hospitalisées avaient plus de 70 ans. La majorité était hospitalisée en Seine-Maritime.

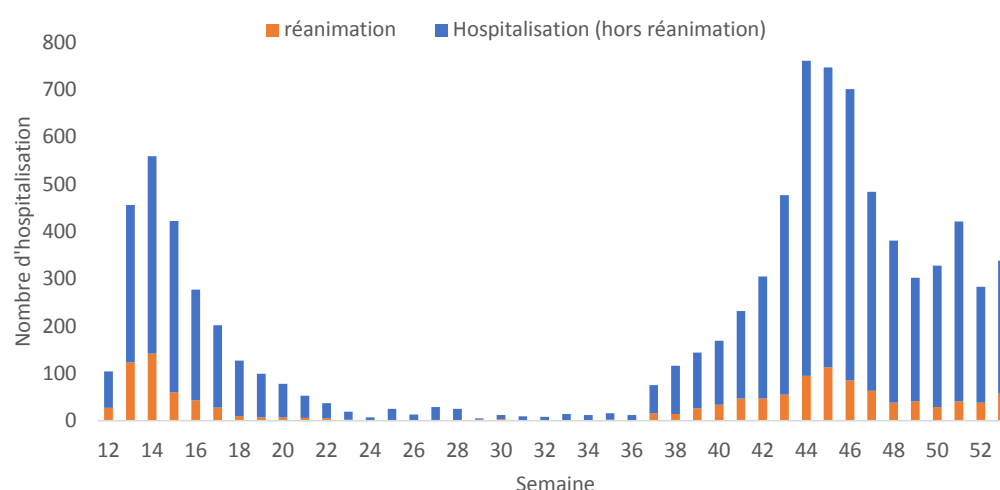
Classe d'âge	Hospitalisations N= 1127	Admissions en réanimation N=93
0-9 ans	1 (0,08%)	0 (0%)
10-19 ans	2 (0,17%)	0 (0%)
20-29 ans	8 (0,70%)	2 (2,15%)
30-39 ans	11 (0,97%)	4 (4,30%)
40-49 ans	19 (1,68%)	1 (1,07%)
50-59 ans	66 (5,85%)	10 (10,7%)
60-69 ans	166 (14,7%)	30 (32,2%)
70-79 ans	265 (23,5%)	35 (37,6%)
80-89 ans	384 (34,0%)	8 (8,60%)
90 ans et plus	191 (16,9%)	1 (1,07%)

département	Hospitalisations		Admissions en réanimation	
	N	%	N	%
Calvados	185	16,4%	25	26,9%
Eure	172	15,3%	8	8,6%
Manche	70	6,2%	5	5,4%
Orne	157	13,9%	7	7,5%
Seine-Maritime	543	48,2%	48	51,6%
Normandie	1127	100,0%	93	100,0%

Tableau 3. Nombre et part (en %) des personnes en hospitalisations et en réanimations pour COVID-19 au 04/01/2021, par département de prise en charge

Source : SI-VIC extraction du 04/01/2021 à 14h

Figure 11. Nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations et réanimations pour COVID-19 (Source : SI-VIC, extraction du 04/01/2021 à 14h)



Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 en Normandie est en augmentation en semaine 53 (281 vs 245 hospitalisations en S52). Le nombre de cas de COVID-19 admis en réanimation quotidiennement était aussi en augmentation (57 hospitalisations en réanimation en S53 vs 38 en S52).

Description des cas graves de COVID-19 admis en réanimation

Surveillance sentinelle

La surveillance des cas graves de COVID-19 repose sur un réseau sentinelle de services de réanimation localisés en France métropolitaine et dans les DOM. Elle a été mise en place en mars 2020 dans l'objectif de décrire les caractéristiques des patients admis en réanimation avec un diagnostic confirmé de COVID-19. **Cette surveillance n'a pas vocation à dénombrer tous les cas graves de COVID-19 admis en réanimation.** En effet, le dispositif SI-VIC permet le monitoring de la dynamique du nombre de cas d'hospitalisation (dont les admissions en réanimation) depuis mars 2020. Cette surveillance des cas graves de COVID-19 a été interrompue en France métropolitaine début juillet 2020 compte tenu du faible nombre de nouveaux cas signalés, en accord avec la dynamique de l'épidémie. Le bilan de la première phase de cette surveillance qui s'est déroulée du 16 mars au 30 juin est disponible sur le site de Santé publique France. Dans le contexte actuel de recrudescence de l'épidémie de COVID-19, cette surveillance qui repose depuis le 05 octobre, sur un réseau de 226 services de réanimation. Le dispositif a évolué et permet désormais d'inclure également les patients admis en réanimation avec un diagnostic confirmé de grippe. Le protocole de la surveillance et la fiche de recueil sont disponibles sur le site de Santé publique France.

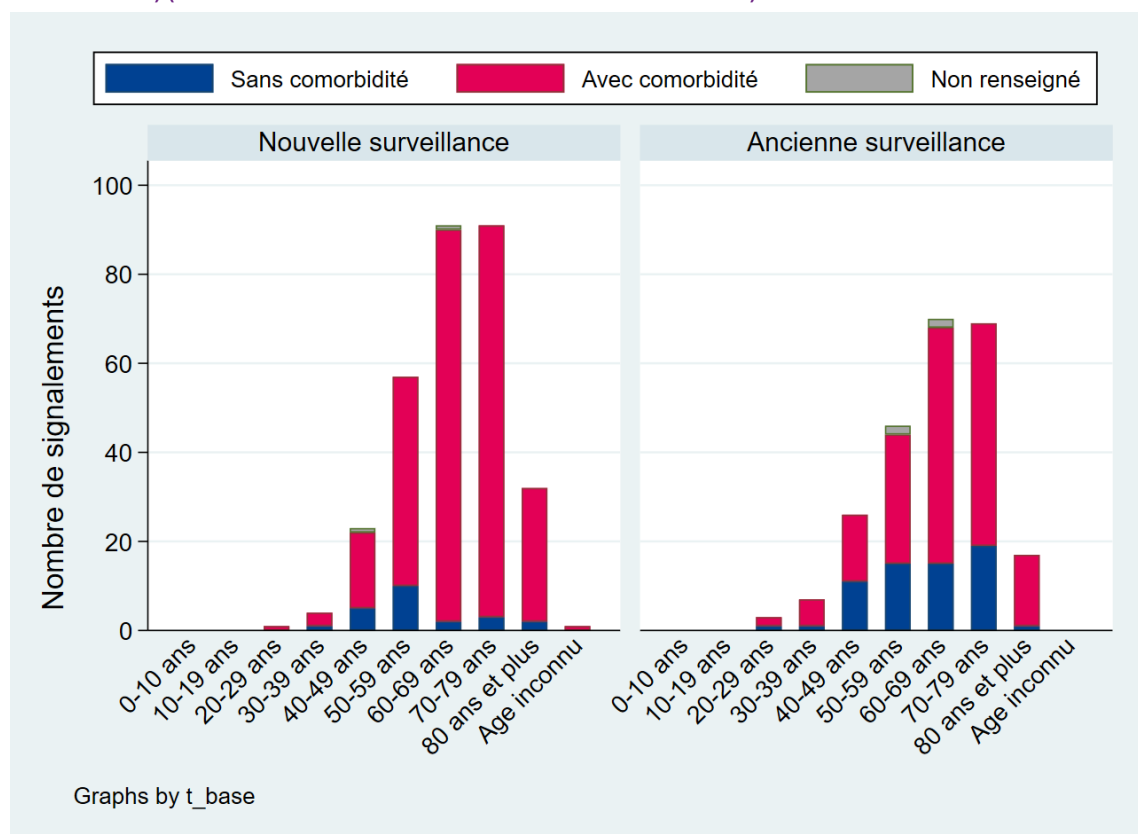
Entre le 05/10/2020 et le 05/01/2021 à 19h, 300 patients confirmés au SarsCov2 et admis dans les services de réanimation sentinelles ont été signalés.

L'âge médian des patients était de 67,9 ans (min : 24 - max : 93 ans) et 71 % d'entre eux était des hommes. Le délai médian entre le début des symptômes et l'admission en réanimation était de 8 jours. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 61% des patients. Les deux classes d'âge les plus représentées étaient les 45-64 ans (34%) et les 65-74 ans (36%).

Parmi les patients pour lesquels l'existence ou l'absence de comorbidité était documentée, 92% présentaient au moins une comorbidité. L'existence d'une obésité (IMC $\geq$ 30) a été retrouvée chez 49 % des patients et d'une hypertension artérielle (HTA) chez 47 % des patients pour lesquels la présence ou l'absence d'une comorbidité était documentée. Un diabète, une pathologie pulmonaire et une pathologie cardiaque étaient observés respectivement chez 32%, 21% et 26% d'entre eux.

La létalité était de 20% parmi les patients dont l'évolution était connue (N=52/258).

Figure 12. Distribution des cas de COVID-19 admis et signalés dans les services sentinelles de réanimation, selon l'existence de comorbidités et par classe d'âge, du 05/10/2020 au 05/01/2021 à 19H (« nouvelle surveillance »), et durant la première vague épidémique de mars à juin 2020 (« ancienne surveillance ») (source : 8 services sentinelles de réanimation normands)



* L'ancienne surveillance correspond à la surveillance mise en place en mars 2020 au cours de la « première vague » et l'épidémie de COVID-19 et qui a perduré jusqu'au 1er juillet. La nouvelle surveillance correspond à la surveillance actuelle conjointe des cas graves de grippe et de COVID-19 dont les signalements sont recueillis depuis le 5 octobre 2020

Tableau 4. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 5 octobre au 5 janvier 2021 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, Normandie

	Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance		Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance
Cas admis en réanimation			Classe d'âge		
Nb signalements	300	238	0-14 ans	0 (0%)	0 (0%)
Répartition par sexe			15-44 ans	14 (5%)	15 (6%)
Homme	212	175	45-64 ans	102 (34%)	96 (40%)
Femme	88	63	65-74 ans	108 (36%)	92 (39%)
Inconnu	0	0	75 ans et plus	75 (25%)	35 (15%)
Ratio	2,4	2,8	Non renseigné	1	0
Age			Comorbidités		
Moyen	66,6	63,7	Aucune comorbidité	23 (8%)	63 (27%)
Médian	67,9	66,6	Au moins une comorbidité parmi :	275 (92%)	171 (73%)
Quartile 25	58,9	55,1	- Obésité (IMC>=30)	147 (49%)	47 (20%)
Quartile 75	75,4	72,9	- Hypertension artérielle	141 (47%)	75 (32%)
Délai entre début des signes et admission en réanimation			- Diabète	96 (32%)	41 (18%)
Moyen	8,8	9,7	- Pathologie cardiaque	78 (26%)	46 (20%)
Médian	8	9	- Pathologie pulmonaire	62 (21%)	46 (20%)
Quartile 25	5	6	- Immunodépression	17 (6%)	20 (9%)
Quartile 75	11	13	- Pathologie rénale	20 (7%)	17 (7%)
Région de résidence des patients			- Cancer*	26 (9%)	-
Hors région	15 (5%)	33 (14%)	- Pathologie neuromusculaire	5 (2%)	4 (2%)
Normandie	284 (95%)	205 (86%)	- Pathologie hépatique	6 (2%)	3 (1%)
Non renseigné	1	0	Non renseigné	2	4
			Evolution		
			Evolution renseignée	258 (86%)	218 (92%)
			- Transfert hors réanimation ou retour à domicile	206 (80%)	174 (80%)
			- Décès	52 (20%)	44 (20%)

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

	Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance
Syndrome de détresse respiratoire aigüe**		
Pas de SDRA	42 (15%)	67 (29%)
Mineur	26 (9%)	22 (9%)
Modéré	118 (43%)	81 (35%)
Sévère	91 (33%)	64 (27%)
Non renseigné	23	4
Type de ventilation**		
O2 (lunettes/masque)	9 (3%)	15 (7%)
VNI (Ventilation non invasive)	2 (1%)	2 (1%)
Oxygénothérapie à haut débit	183 (66%)	72 (32%)
Ventilation invasive	81 (29%)	132 (59%)
Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	3 (1%)	3 (1%)
Non renseigné	22	14
Durée de séjour		
Durée moyenne de séjour	12,0	15,6
Durée médiane de séjour	9	12
Durée quartile 25	5	5
Durée quartile 75	16	21

**Niveau de sévérité maximal observé et modalité de prise en charge la plus invasive mise en place au cours du séjour en réanimation

La sous-estimation de la prévalence de l'obésité et de l'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.

Mortalité

Mortalité spécifique au COVID en Normandie

Parmi les personnes ayant été hospitalisées pour Covid-19, 1 558 sont décédées depuis le 1^{er} mars (+74 décès par rapport au bulletin de la semaine dernière). En semaine 53, le nombre de patients décédés au cours de leur hospitalisation était stable par rapport à la semaine précédente. (Figure 13 et Tableau 5).

Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, 868 décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées. Les plus de 75 ans représentaient 76.4% des décès. Des comorbidités étaient renseignées dans 606 certificats de décès.

Figure 13. Nombre de patient décédés au cours de leur hospitalisation pour COVID-19 par semaine

Source : SI-VIC, au 06/01/2020 à 14h

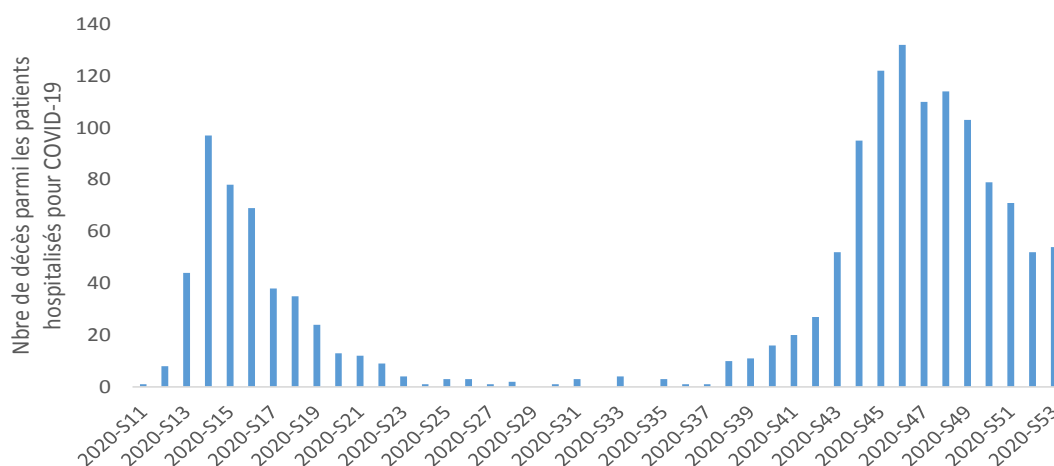


Tableau 5. répartition (en %) par classe d'âge des cas de COVID-19 décédés au cours de leur hospitalisation

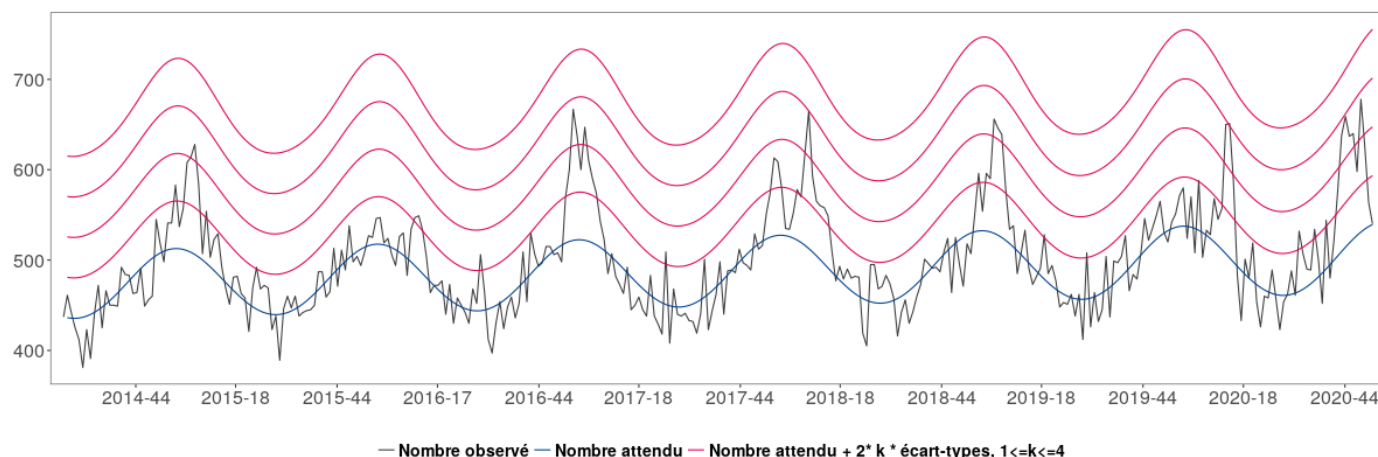
Source : SI-VIC, au 04/01/2020 à 14h

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=1 558 (%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	1,4%	3,3%	11,4%	21,3%	38,8%	22,8%

Mortalité toutes causes en Normandie

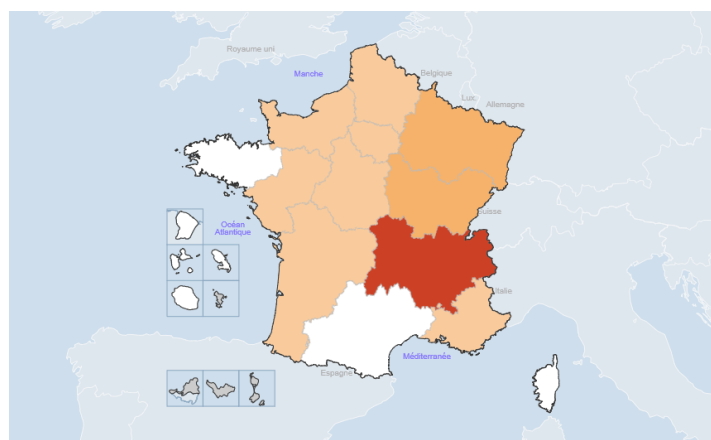
En semaine 52 le niveau de mortalité poursuit sa diminution, devenant similaire à l'attendu. Le données doivent cependant être consolidées.

Figure 12. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues (tous âges), jusqu'à la semaine 52-2020 (Source : Insee, au 06/01/2020 à 15h)

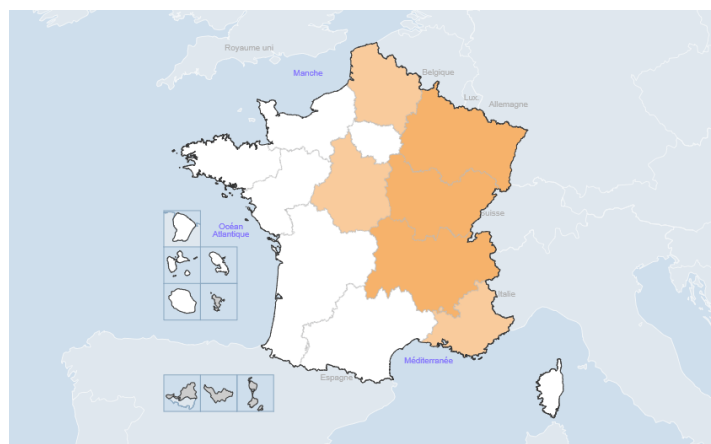


Mortalité toutes causes en Normandie

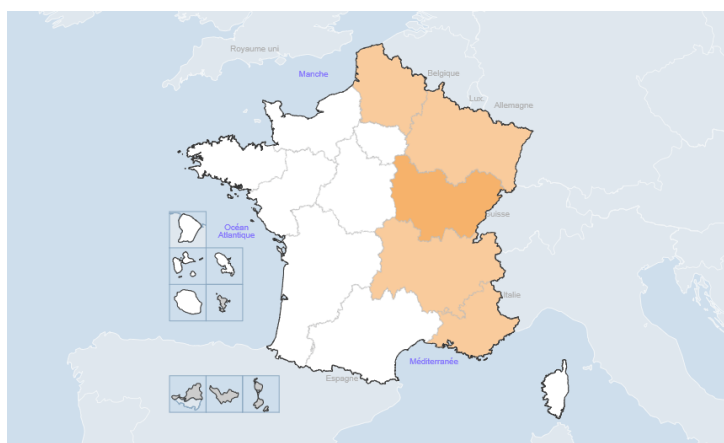
Figure 14. Niveaux d'excès de mortalité standardisé — tous âges — S50, 51, 52 (Source : Santé publique France, Insee)



Semaine 50



Semaine 51



Semaine 52

Le niveau de mortalité standardisé tous âges en région Normandie n'est plus en excès depuis la semaine 51.

BRONCHIOLITE (chez les moins de 2 ans)

Synthèse des données disponibles

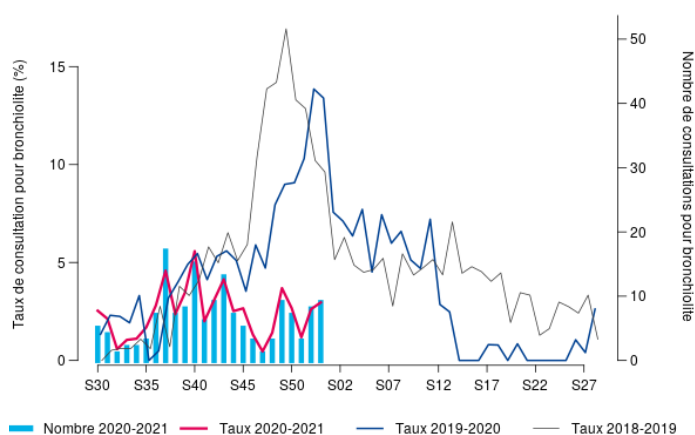
Phase non épidémique : On observe une stabilité des recours pour bronchiolite aux urgences et du nombre d'actes SOS Médecins à des niveaux faibles. L'activité pour bronchiolite est inférieure à celle observée les années précédentes. 5 nouveaux VRS ont été isolés chez des patients hospitalisés en semaine 53 (données du CHU de Caen et Rouen). La majorité des virus isolés sont des Rhinovirus.

Recours aux soins d'urgence pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans

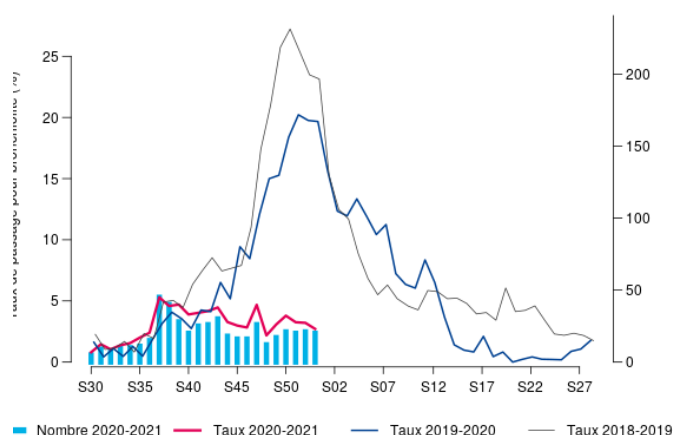
Consultations	Nombre*	Part d'activité**	Activité	Tendance à court terme	Comparaison à la même période de la saison précédente
SOS Médecins	9	3.0%	Faible	Stable	Inférieur
SU - réseau Oscour®	20	2,7%	Faible	Stable	Inférieur

* Parmi les consultations transmises pour lesquelles au moins un diagnostic est renseigné (cf. Qualité des données)

** Part des recours pour bronchiolite parmi l'ensemble des consultations transmises disposant d'au moins un diagnostic renseigné (cf. Qualité des données)



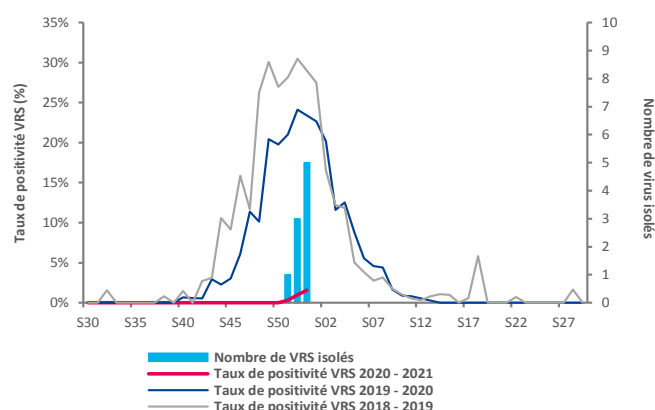
Évolution hebdomadaire du nombre d'actes (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, SOS Médecins, Normandie, 2018-2021.



Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, Oscour®, Normandie, 2018-2021.

Semaine	Nombre d'hospitalisations	Pourcentage de variation (S-1)	Part des hospitalisations totales (moins de 2 ans)
2020-S52	4		6,3 %
2020-S53	8	+ 100%	9.2 %

* Nombre d'hospitalisations à l'issue d'une consultation pour bronchiolite, pourcentage de variation par rapport à la semaine précédente et part d'hospitalisation pour bronchiolite chez les moins de 2 ans parmi l'ensemble des hospitalisations chez les enfants de moins de 2 ans pour lesquelles au moins un diagnostic est renseigné.



Hospitalisations pour bronchiolite chez les moins de 2 ans*, Oscour®, Normandie, ces deux dernières semaines.

Évolution hebdomadaire du nombre de VRS (axe droit) et de la proportion de prélèvements positifs pour le VRS (axe gauche), laboratoires de virologie des CHU de Caen et Rouen, 2018-2021.

Consulter les données nationales :

- Surveillance des urgences et des décès, SurSaUD® (Oscour®, SOS Médecins, Mortalité) : [cliquez ici](#)
- Surveillance de la bronchiolite : [cliquez ici](#)
- Un document grand public intitulé "Votre enfant et la bronchiolite" est disponible sur le site de Santé publique France : [brochure](#)

GASTRO –ENTERITES AIGUES

Synthèse des données disponibles

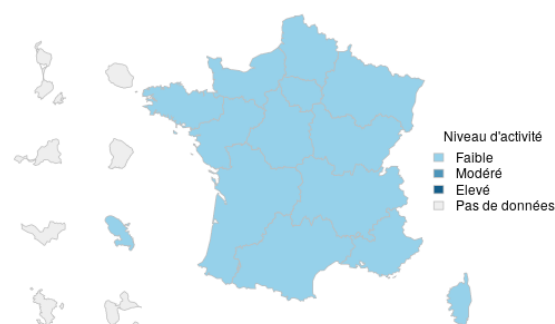
Les activités pour GEA de SOS Médecins et des services d'urgences sont en augmentation. Elles se situent à un niveau faible, inférieurs à ceux observés les saisons précédentes. L'incidence de diarrhées aiguës estimée par le réseau Sentinelles est en augmentation et est inférieure au niveau de l'année précédente.

Recours aux soins d'urgence pour GEA

	Consultations	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
Tous âges	SOS Médecins	207	5,6 %	Faible	Augmentation
	SU - réseau Oscour®	99	0,8 %	Faible	Augmentation
< 5 ans	SOS Médecins	26	4,7 %	Faible	Stable
	SU - réseau Oscour®	34	2,6 %	Faible	Stable

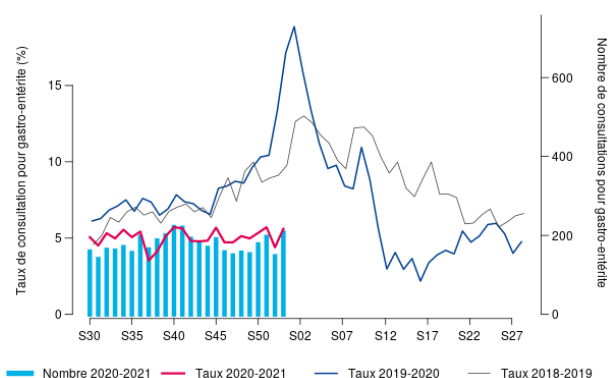
¹ Nombre de recours transmis et pour lesquels un diagnostic de GEA est renseigné ;

² Part des recours pour GEA parmi l'ensemble des recours pour lesquels au moins un diagnostic est renseigné (cf. Qualité des données)

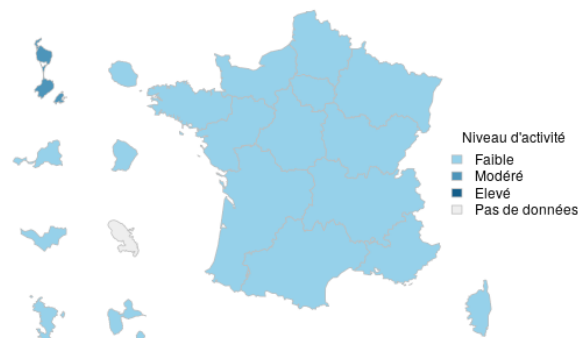


Source : SOS Médecins, Santé publique France, 2021

Niveau d'activité hebdomadaire des SOS Médecins pour GEA selon la région, France.

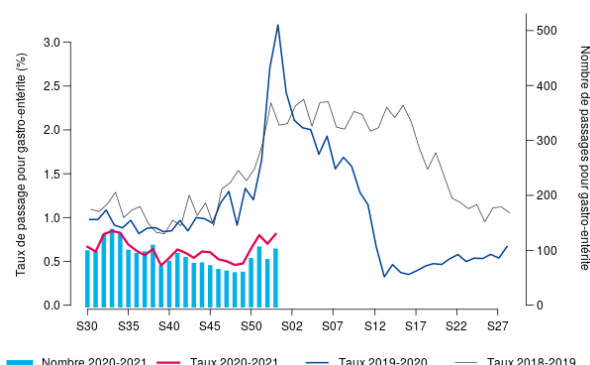


Évolution hebdomadaire du nombre d'actes (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, SOS Médecins, Normandie, 2018-2021.

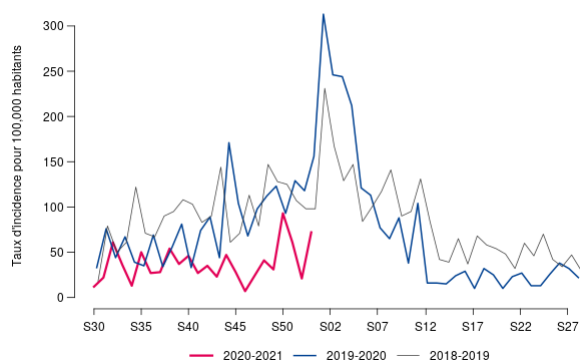


Source : Réseau Oscour, Santé publique France, 2021

Niveau d'activité hebdomadaire des services d'urgence pour GEA selon la région, France.



Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, Oscour®, Normandie, 2018-2021.



Évolution hebdomadaire du taux d'incidence des diarrhées aiguës, Réseau Sentinelles, Normandie, 2018-2021.

Covid-19

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 précisée 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).
- ▶ **SI-DEP (système d'information de dépistage)** : plateforme sécurisée avec enregistrement systématiquement des résultats des laboratoires de tests pour SARS-COV-2 (depuis le 13 mai).
- ▶ **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).
- ▶ **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 permettant de connaître les causes médicales du décès.

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

Epidémie saisonnière Bronchiolite et Grippe :

Les regroupements syndromiques suivis sont composés :

- Pour la grippe ou syndrome grippal : codes J09, J10, J11 et leurs dérivés selon la classification CIM-10 de l'Organisation mondiale de la santé ;
- Pour la bronchiolite : codes J210, J218 et J219, chez les enfants de moins de 2 ans ;

La définition des périodes épidémiques est basée sur la combinaison de méthodes statistiques appliquées à deux ou trois sources de données (SOS Médecins, Oscour® et, selon la pathologie, réseau Sentinelles). Pour chaque pathologie, un algorithme définit le niveau épidémique selon les alarmes statistiques observées.

Qualité des données SurSaUD® en semaine 53 :

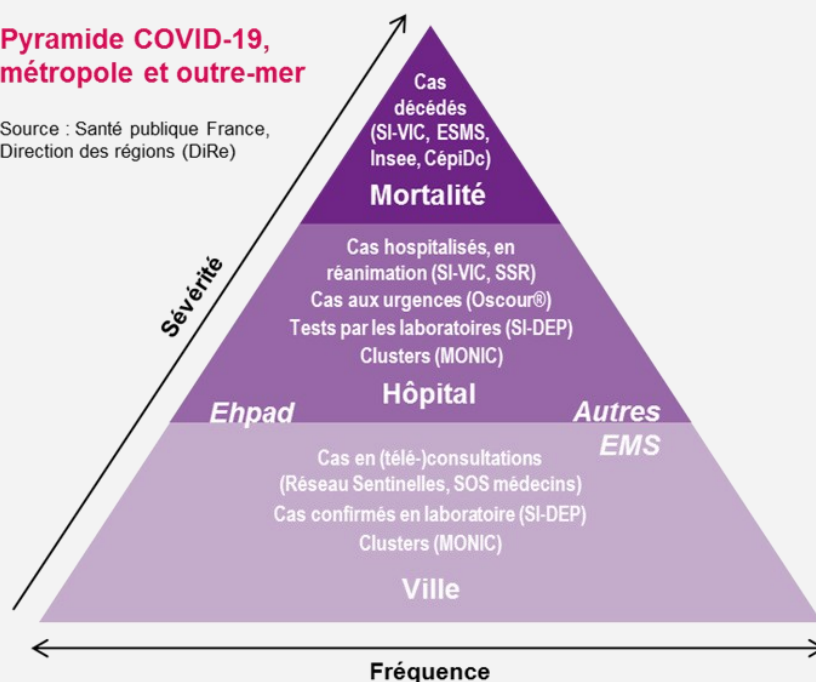
	NORMANDIE	CALVADOS	EURE	MANCHE	ORNE	SEINE-MARITIME
SOS : Nombre d'associations incluses	3/3	1/1	-	1/1	-	1/1
SOS : Taux de codage diagnostique	95,5%	95,7%	-	93,8%	-	97,3%
SU – Nombre de SU inclus	46/47	9/10	9/9	7/7	7/7	14/14
SU – Taux de codage diagnostique	69,3%	75,1%	33,2%	87,7%	70,9%	74,1%

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)



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

Retrouvez tous les [outils de prévention](#) destinés aux professionnels de santé et au grand public.



INFORMATION CORONAVIRUS COVID-19

QUE FAIRE DÈS LES PREMIERS SIGNES ?

Si vous avez de la fièvre, de la toux, mal à la gorge, le nez qui coule ou une perte du goût et de l'odorat :

- Consultez rapidement votre médecin pour qu'il décide si vous devez être testé
- En attendant les résultats, restez chez vous et évitez tout contact

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



INFORMATION CORONAVIRUS COVID-19

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES

- Se laver régulièrement les mains ou utiliser une solution hydro-alcoolique
- Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir
- Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter
- Eviter de se toucher le visage
- Respecter une distance d'au moins un mètre avec les autres
- Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades
- Porter un masque quand la distance d'un mètre ne peut pas être respectée et dans tous les lieux où cela est obligatoire

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

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

30/12/2020

Numéro vert 0 800 130 000

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

Sites associés :

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

