

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)

La semaine 46 est marquée par la baisse de nombreux indicateurs, suggérant que l'épidémie est en phase descendante dans la région. Ainsi, l'incidence du nombre de cas de Covid-19, le taux de positivité, le nombre de nouvelles hospitalisations ou le nombre de nouveaux épisodes signalés dans les établissements médicaux sociaux sont en diminution. Le taux de reproduction effectif, qui traduit la vitesse de propagation, est passé en dessous de 1.

Cependant, on observe toujours un pic de mortalité supérieur à l'attendu, le niveau d'excès de mortalité standardisé tous âges toutes causes est classé modéré depuis la semaine 43. Le nombre de décès parmi les patients hospitalisés pour Covid-19 continue d'augmenter.

Au 15 novembre 2020,

- Incidence des cas positifs en nette diminution (193,3 en S46 vs 321,0 en S45 cas/semaine/100 000 hab.) et diminution du taux de positivité (13,8% en S46 vs 16,7 % en S45)
- Diminution du nombre de reproduction effectif (R effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-COV-2, devenant inférieur à 1 : 0.82 (0.81-0.83)
- Données hospitalières : 1397 hospitalisations dont 155 en réanimation, le nombre de nouvelles hospitalisations est en baisse depuis la semaine 45.
- Clusters - Signalement à visée d'alerte des clusters :
 - depuis le 11 mai, 317 clusters (hors EHPAD) ont été enregistrés sur la région dont 107 sont en cours d'investigation
 - depuis le 11 mai, 125 clusters en EHPAD ont été enregistrés sur la région dont 100 sont en cours d'investigation

En semaine 46 :

- SOS Médecins : part d'activité pour suspicion de Covid-19 en diminution (8,0 % en S46 vs 10,4 % en S45)
- Urgences hospitalières (Oscour®) : diminution de la part d'activité pour Covid-19 (3.1% en S46 vs 4,2 % en S45)
- Episodes COVID-19 en établissement médico-social : nombre en diminution avec 57 signalements dont 55 avec des cas confirmés en S46 (vs 81 signalements dont 72 avec cas confirmés en S45)

Mortalité (page 8)

Depuis la semaine 43, le niveau de mortalité toutes causes standardisé tous âges en région Normandie est passé en excès modéré et une augmentation importante du nombre de décès est observée parmi les patients hospitalisés pour COVID-19.

Bronchiolite (page 10)

Reprise de la surveillance hivernale en semaine 40.

En semaine S46 : l'activité pour bronchiolite est stable et faible. Le virus respiratoire syncytial (VRS), responsable de la majorité des bronchiolites chez les moins de 2 ans, n'a pas encore été isolé dans les laboratoires des CHU normands. Les infections respiratoires actuelles sont principalement dues à des rhinovirus.

Covid-19 - Surveillance virologique

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 46, en Normandie, 46 373 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, et pour 6386 patients, les tests se sont avérés positifs. Le taux d'incidence régional était de 193,3 cas pour 100 000 habitants. Le taux de positivité hebdomadaire était de 13,8 % (calculé sur les tests valides). Ces taux sont en forte diminution par rapport à la semaine précédente S45 (respectivement 321,0/100.000 et 16,8 %) et dans tous les départements (Figure 1 et 2). Toutes les classes d'âges sont impactées. (Figure 3).

Dans l'attente de l'exploitation des données sur les tests antigéniques *via* SI-DEP, l'Assurance maladie transmet à Santé publique France, les cas de COVID-19 confirmés par test antigénique et enregistrés dans ContactCovid. En semaine 46, 543 tests antigéniques sont revenus positifs, amenant l'incidence régionale à 209,7 cas pour 100.000 habitants.

Figure 1. Evolution du nombre de personnes testées et positives pour le SARS-CoV-2, du taux de positivité (en %) et du taux d'incidence (pour 100 000 hab.) en région Normandie (du 16 mars au 15 novembre 2020, sources : laboratoires hospitaliers et de ville (réseau 3-labos) de la semaine 12 à 20 et SI-DEP depuis la semaine 21)

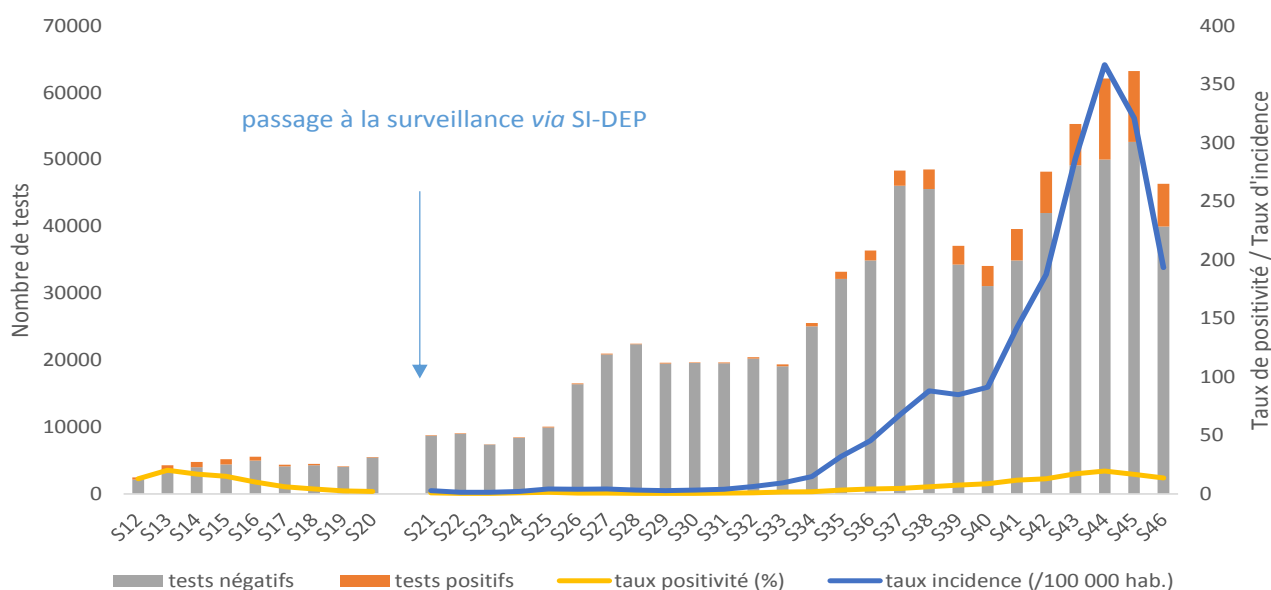


Figure 2. Evolution du taux d'incidence (pour 100 000 hab.) cumulé sur 7 jours par département, en région Normandie (du 19 mai au 17 novembre 2020, source : SI-DEP)

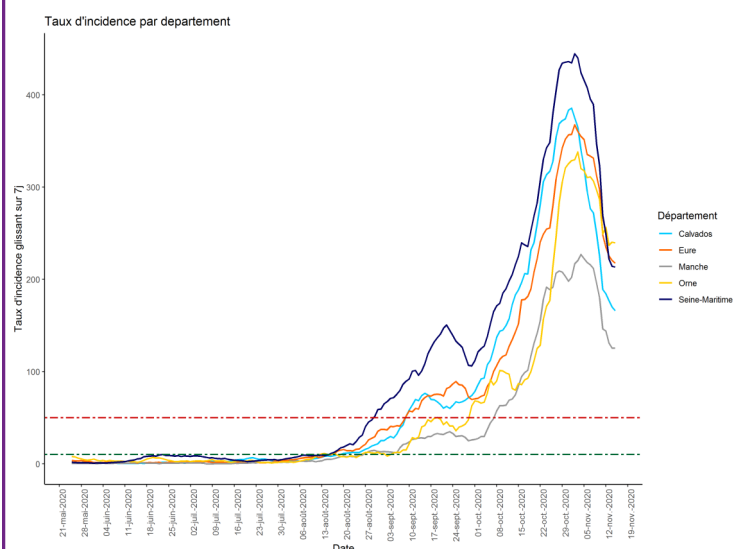
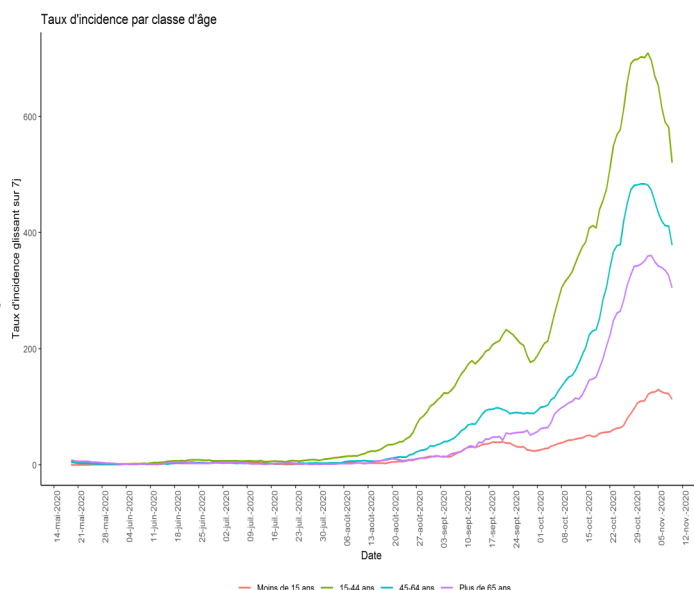


Figure 3. Evolution du taux d'incidence (pour 100 000 hab.) par classe d'âge en région Normandie (du 19 mai au 17 novembre 2020, source : SI-DEP)



Covid-19 - Signalement à visée de clusters

Clusters hors EHPAD et familiaux restreints

Au 15 novembre, 317 clusters (hors Ehpads et milieu familial restreint) ont été signalés dans la région depuis le déconfinement : 156 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), 54 maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas), 107 en cours d'investigation. Parmi les clusters encore en cours d'investigation :

- 20 clusters dans le Calvados (Crèches, EMS de personnes handicapées, Etablissements de santé, Milieux professionnels, rassemblement temporaire de personnes Autre, Milieux professionnels)
- 14 clusters dans l'Eure (EMS de personnes handicapées, Etablissements de santé, Milieux professionnels, Milieu scolaire et universitaire, Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion, Structure de l'aide sociale à l'enfance, Autre)
- 13 clusters dans la Manche (EMS de personnes handicapées, Etablissements de santé, milieux professionnels)
- 9 clusters dans l'Orne (EMS de personnes handicapées, Etablissements de santé, Autre)
- 51 clusters en Seine-Maritime (Crèches, EMS de personnes handicapées, Etablissements de santé, Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion, Milieux professionnels, Milieu scolaire et universitaire, Structure de l'aide sociale à l'enfance, Autre)

Les clusters les plus fréquemment signalés en Normandie sont des clusters dans les établissements de santé (Tableau 1).

Figure 6. Répartition hebdomadaire des signalements de cluster (hors Ehpads et milieu familial restreint) par département, entre le 9 mai et le 15 novembre 2020 (N=317) (Source MONIC)

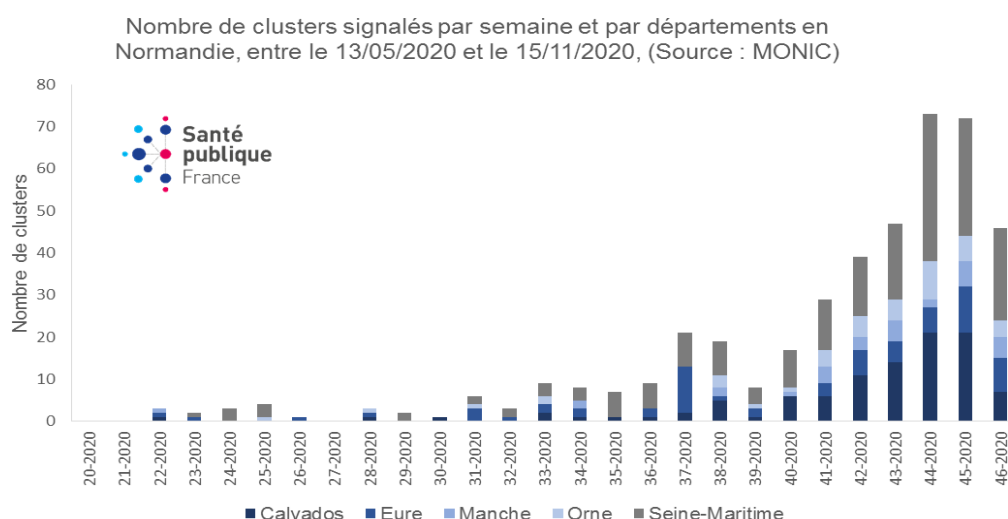


Tableau 1. Répartition par type de collectivité des clusters (hors Ehpads et milieu familial restreint) rapportés en Normandie, entre le 9 mai et le 15 novembre 2020 (N=317) (source MONIC, données actualisées au 16/11 à 16h)

Type de collectivités	N=317
Etablissements de santé	70
Milieux professionnels (entreprise)	64
Autre*	50
EMS de personnes handicapées	36
Milieu scolaire et universitaire	30
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	26
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	13
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	8
Crèches	7
Structure de l'aide sociale à l'enfance	5
Transport (avion, bateau, train)	3
Etablissement pénitentiaires	2
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	2
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc)	1

* Ces clusters concernent les salles et ou club de sport, restauration collective, congrégation religieuse, vacances, SSIAD.

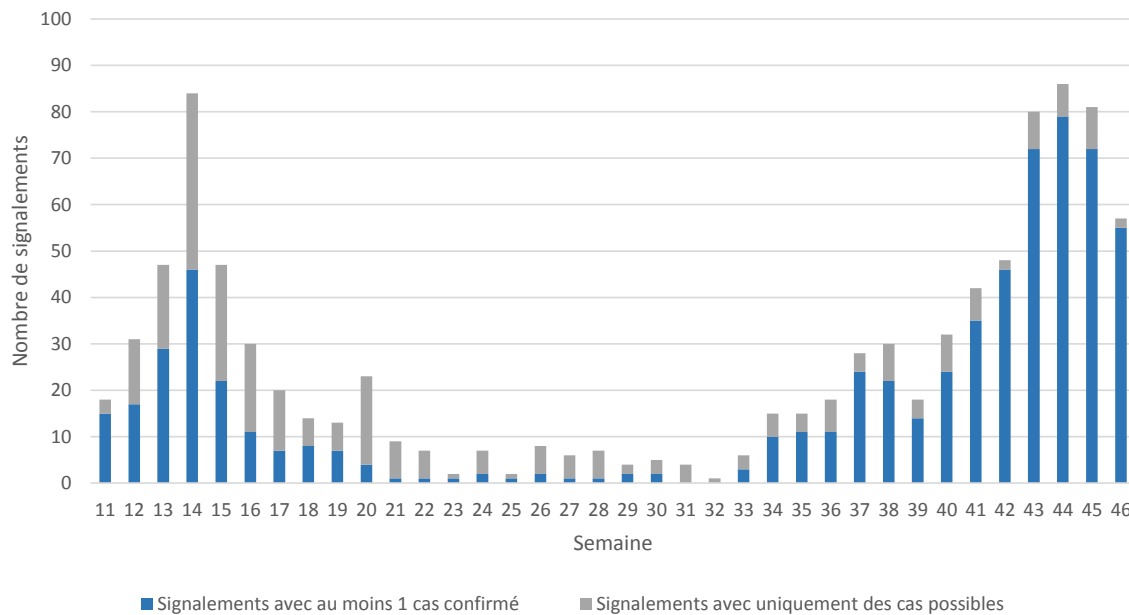
Covid-19 - Etablissements sociaux et médico-sociaux

• Surveillance ESMS dont EHPAD

Il est observé dans les établissements médico-sociaux (avec hébergement) une diminution importante du nombre d'épisodes de Covid-19 en semaine 46 par rapport à la semaine 45. Dans la majorité des cas, ces signalements comportent au moins 1 cas confirmé (Figure 7).

Depuis mars 2020, les EMS normands ont effectué 920 signalements via l'application Voozanoo, dont 495 depuis le 01/09/20. Ces signalements regroupent 4115 cas confirmés de Covid-19 (dont 3103 depuis le 01/09/20) et 590 décès (dont 287 depuis le 01/09/20).

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)

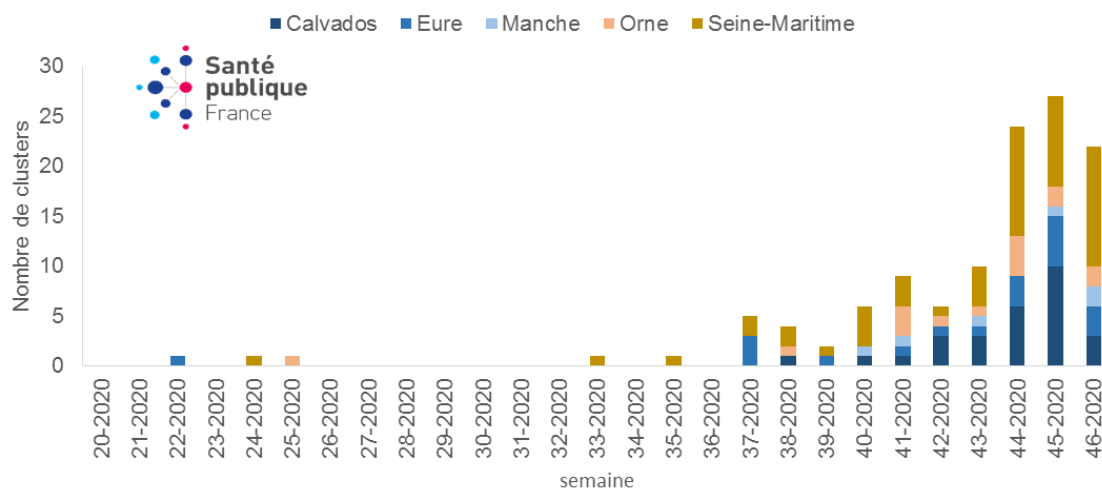


• Clusters en EHPAD

Au 16 novembre, 125 clusters en Ehpad ont été signalés dans la région depuis le déconfinement : 12 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), 100 en cours d'investigation. Parmi les clusters encore en cours d'investigation :

- 28 clusters dans le Calvados
- 14 clusters dans l'Eure
- 4 clusters dans la Manche
- 11 clusters dans l'Orne
- 43 clusters en Seine-Maritime

Figure 8. Répartition hebdomadaire des clusters en Ehpad par département, entre le 9 mai et le 15 novembre 2020 (N=125) (Source MONIC)

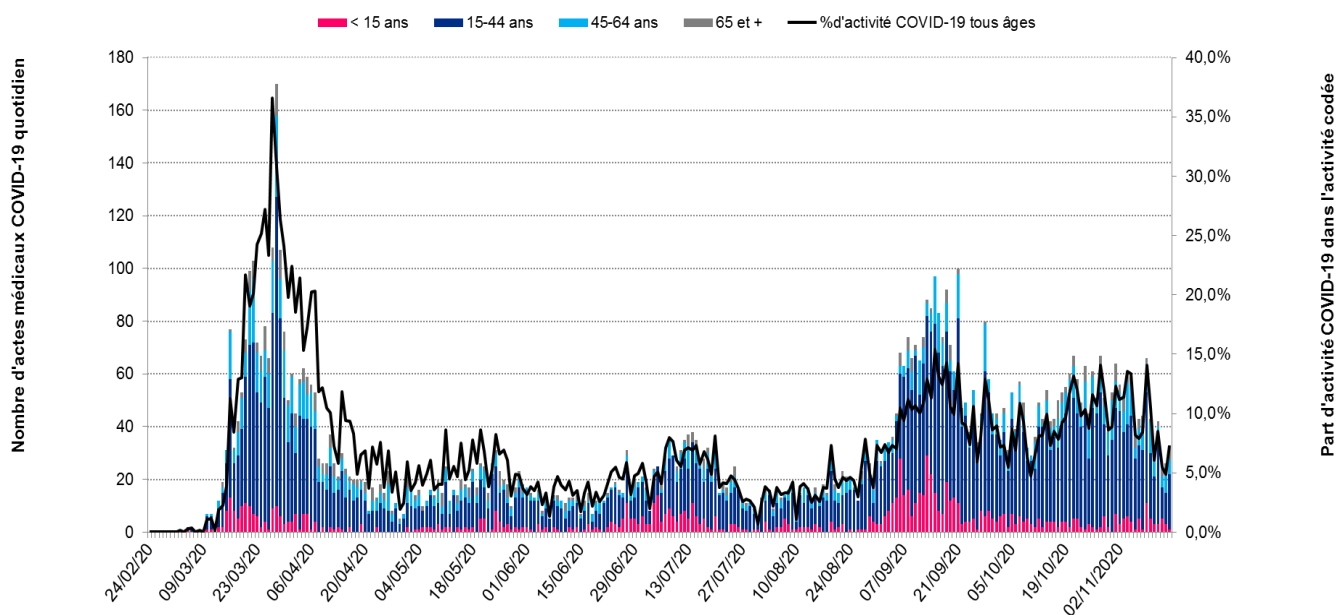


Covid-19 - Autres indicateurs

En semaine 46, les taux de passage aux urgences pour suspicion de Covid-19 ainsi que nombre de consultations SOS-Médecins pour suspicion de Covid-19 étaient en diminution par rapport à la semaine 45 (Figures 9 et 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.

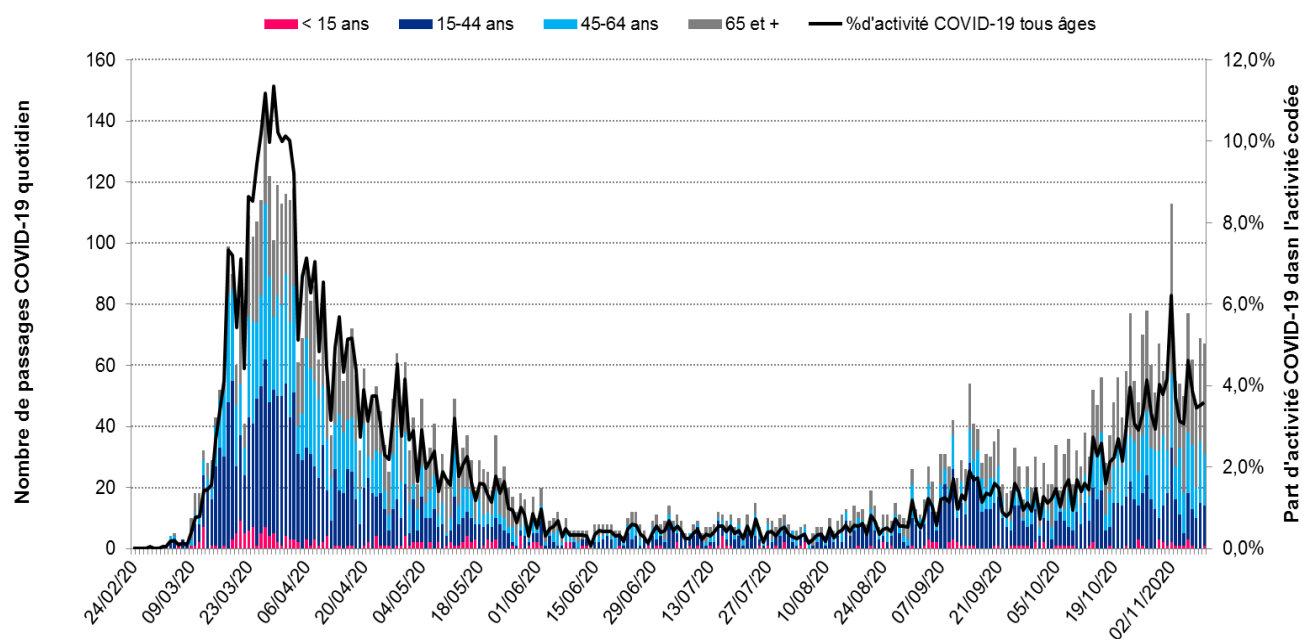
• Surveillance en ville

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 19/11/2020,

Source : SI-VIC, extraction du 19/11/2020 à 15h

Depuis le 01 mars 2020 (date des premières informations disponibles dans l'outil SI-VIC), 85 établissements ont déclaré au moins un cas.

Au 19 novembre 2020, 1397 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en Normandie dont 155 en réanimation d'après les données SI-VIC. Plus de 70 % des personnes hospitalisées avaient plus de 70 ans.

La majorité étaient hospitalisées en Seine-Maritime.

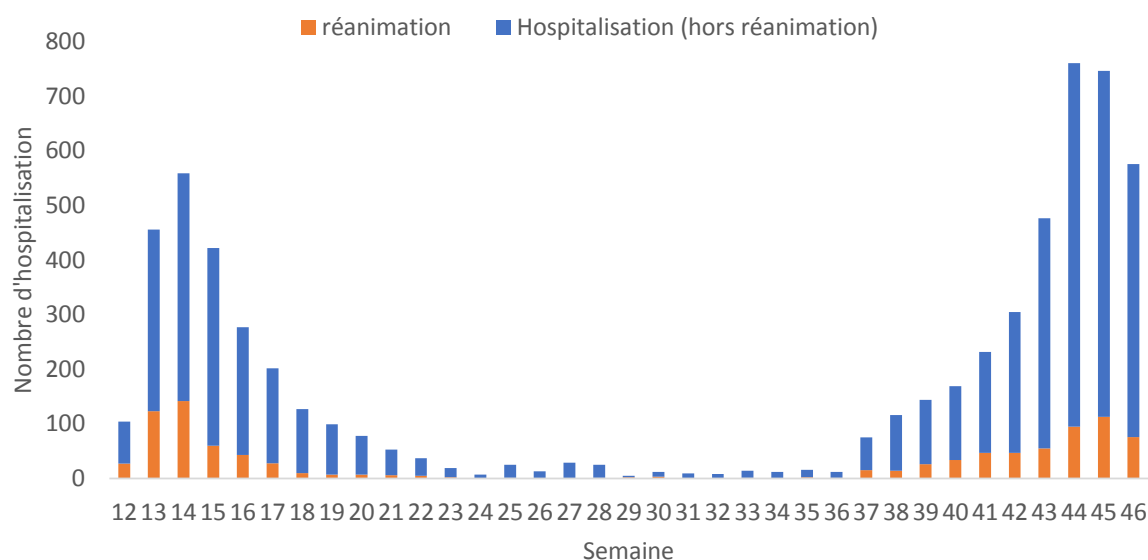
Classe d'âge	Hospitalisations N= 1397	Admissions en réanimation N=155
0-9 ans	6 (0,4%)	0 (0%)
10-19 ans	2 (0,1%)	0 (0%)
20-29 ans	6 (0,4%)	2 (1,29%)
30-39 ans	15 (1,1%)	0 (0%)
40-49 ans	36 (2,6%)	4 (2,58%)
50-59 ans	96 (6,9%)	19 (12,2%)
60-69 ans	227 (16,2%)	52 (33,5%)
70-79 ans	336 (24,0%)	64 (41,2%)
80-89 ans	471 (33,7%)	13 (8,38%)
90 ans et plus	192 (13,7%)	0 (0%)

Tableau 3. Nombre et part (en %) des personnes en hospitalisations et en réanimations pour COVID-19 au 19/11/2020, par département de prise en charge

Source : SI-VIC extraction du 19/11/2020 à 15h

département	Hospitalisations		Admissions en réanimation	
	N	%	N	%
Calvados	272	19,5%	37	23,9%
Eure	220	15,7%	10	6,5%
Manche	167	12,0%	14	9,0%
Orne	134	9,6%	11	7,1%
Seine-Maritime	604	43,2%	83	53,5%
Normandie	1397	100%	155	100%

Figure 11. Nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations et réanimations pour COVID-19 (Source : SI-VIC, extraction du 19/11/2020 à 15h)



Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 en Normandie était toujours en diminution en semaine 46 (500 hospitalisations vs 634 en S45).

Le nombre de cas de COVID-19 admis en réanimation quotidiennement était également en diminution en semaine 46 (76 hospitalisations en réanimation vs 113 en S45).

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 DROM. 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.

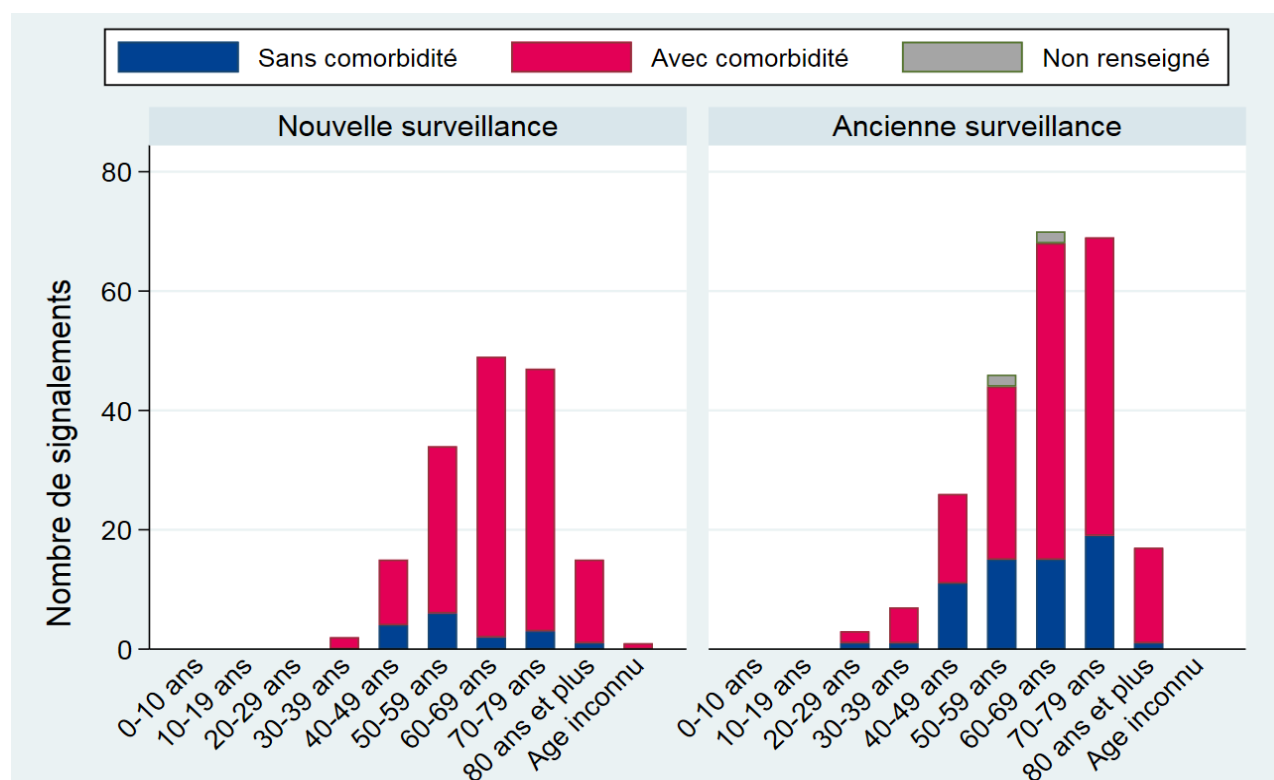
Entre le 01/09/2020 et le 17/11/2020 à 14h, 163 patients confirmés au SarsCov2 et admis dans les services de réanimation sentinelles ont été signalés.

L'âge médian des patients était de 68 ans (min : 38 - max : 93 ans) et 69 % 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 près de 60 % des patients. Les deux classes d'âge les plus représentées étaient les 45-64 ans (38%) et les 65-74 ans (33%).

Parmi les patients pour lesquels l'existence ou l'absence de comorbidité était documentée, 90% présentaient au moins une comorbidité. L'existence d'une obésité (IMC $\geq$ 30) et d'une hypertension artérielle (HTA) a été retrouvée chez respectivement 50% et 45% 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 28%, 21% et 29% d'entre eux.

La létalité était de 19% parmi les patients dont l'évolution était connue (N=17).

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 01/09/2020 au 17/11/2020 à 14H (« 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 17 novembre 2020 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, Normandie (n=163, données arrêtées le 17 novembre 2020)

	Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance		Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance
Cas admis en réanimation			Classe d'âge		
Nb signalements	163	238	0-14 ans	0 (0%)	0 (0%)
Répartition par sexe			15-44 ans	6 (4%)	15 (6%)
Homme	119	175	45-64 ans	62 (38%)	96 (40%)
Femme	43	63	65-74 ans	54 (33%)	92 (39%)
Inconnu	1	0	75 ans et plus	40 (25%)	35 (15%)
Ratio	2,8	2,8	Non renseigné	1	0
Age			Comorbidités		
Moyen	66,2	63,7	Aucune comorbidité	16 (10%)	63 (27%)
Médian	67,6	66,6	Au moins une comorbidité parmi :	147 (90%)	171 (73%)
Quartile 25	58,4	55,1	- Obésité (IMC>=30)	81 (50%)	47 (20%)
Quartile 75	74,8	72,9	- Hypertension artérielle	74 (45%)	75 (32%)
Délai entre début des signes et admission en réanimation			- Diabète	46 (28%)	41 (18%)
Moyen	8,1	9,2	- Pathologie cardiaque	48 (29%)	46 (20%)
Médian	8	9	- Pathologie pulmonaire	35 (21%)	46 (20%)
Quartile 25	6	6	- Immunodépression	7 (4%)	20 (9%)
Quartile 75	10	11	- Pathologie rénale	9 (6%)	17 (7%)
Région de résidence des patients			- Cancer*	7 (4%)	-
Hors région	8 (5%)	33 (14%)	- Pathologie neuromusculaire	3 (2%)	4 (2%)
Normandie	154 (95%)	205 (86%)	- Pathologie hépatique	3 (2%)	3 (1%)
Non renseigné	1	0	Non renseigné	0	4
			Evolution		
			Evolution renseignée	90 (55%)	218 (92%)
			- Transfert hors réanimation ou retour à domicile	73 (81%)	174 (80%)
			- Décès	17 (19%)	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	10 (6%)	67 (28%)
Mineur	15 (9%)	22 (9%)
Modéré	46 (28%)	81 (34%)
Sévère	22 (13%)	64 (27%)
Non renseigné	70	4
Type de ventilation**		
O2 (lunettes/masque)	1 (1%)	15 (7%)
VNI (Ventilation non invasive)	0 (0%)	2 (1%)
Oxygénothérapie à haut débit	81 (87%)	72 (32%)
Ventilation invasive	11 (12%)	132 (59%)
Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	0 (0%)	3 (1%)
Non renseigné	70	14
Durée de séjour		
Durée moyenne de séjour	9,3	15,6
Durée médiane de séjour	7	12
Durée quartile 25	4	5
Durée quartile 75	12,5	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, 990 sont décédées depuis le 1^{er} mars (+156 décès par rapport au bulletin de la semaine dernière). La semaine 46 est marquée par la poursuite de l'augmentation du nombre décès parmi les patients hospitalisés (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, 508 décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées. Les plus de 75 ans représentaient 77,2 % des décès. Des comorbidités étaient renseignées dans 338 certificats de décès.

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

Source : SI-VIC, au 19/11/2020 à 17h

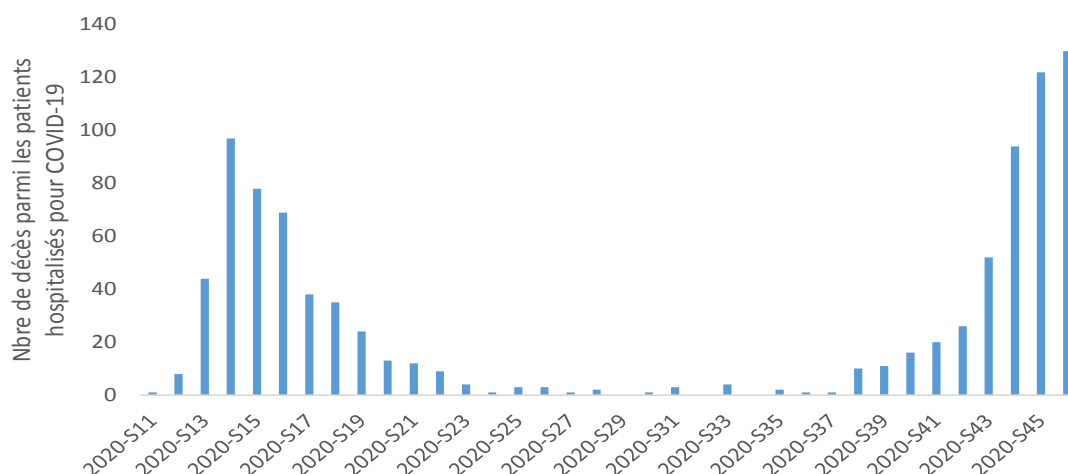


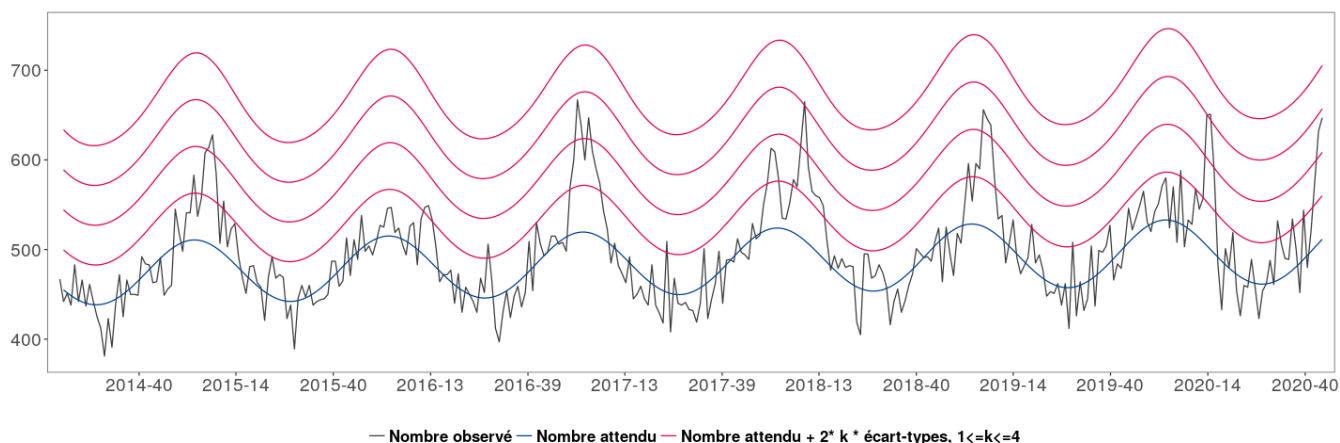
Tableau 5. Part (en %) par classe d'âge des cas de COVID-19 décédés au cours de leur hospitalisation (N = 990) Source : SI-VIC, au 19/11/2020 à 15h

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=990 (%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	1,6%	3,2%	11,4%	20,7%	40,8%	20,8%

Mortalité toutes causes en Normandie

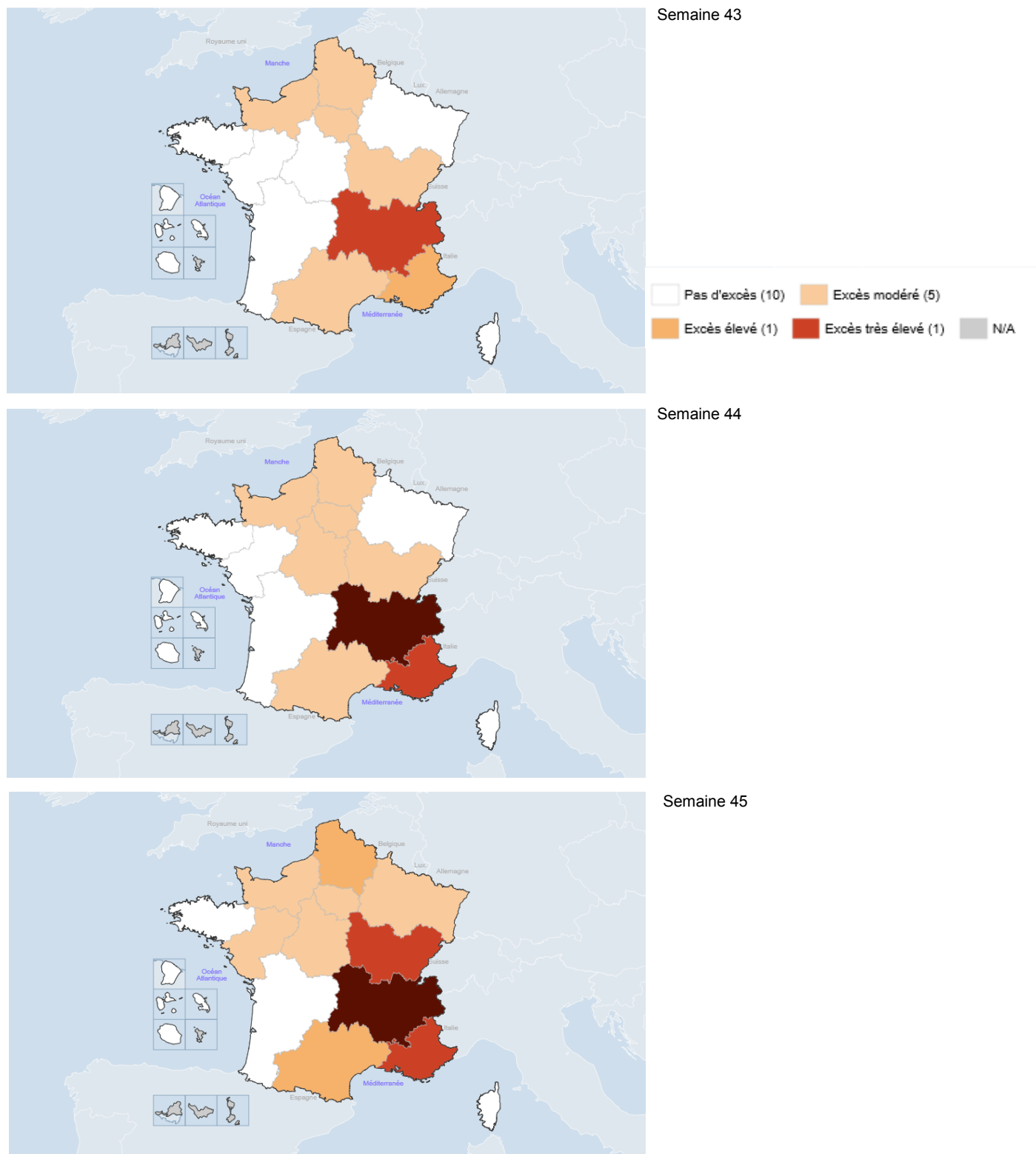
On observe depuis début octobre en Normandie un pic de mortalité d'amplitude élevé, supérieur à deux écart-types par rapport au nombre attendu.

Figure 12. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues (tous âges), jusqu'à la semaine 46-2020 (Source : Insee, au 19/11/2020 à 9h)



Mortalité toutes causes en Normandie

Figure 14. Niveaux d'excès de mortalité standardisé — tous âges — S43 44, 45 (Source : Santé publique France, Insee)



Le niveau de mortalité standardisé tous âges en région Normandie est passé en excès modéré depuis la semaine 43.

BRONCHIOLITE (chez les moins de 2 ans)

Synthèse des données disponibles

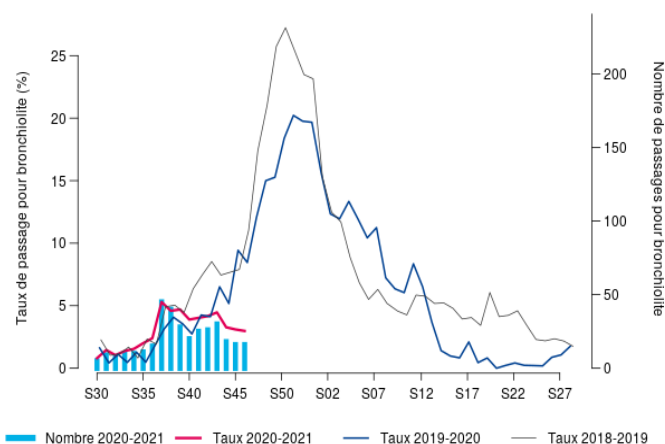
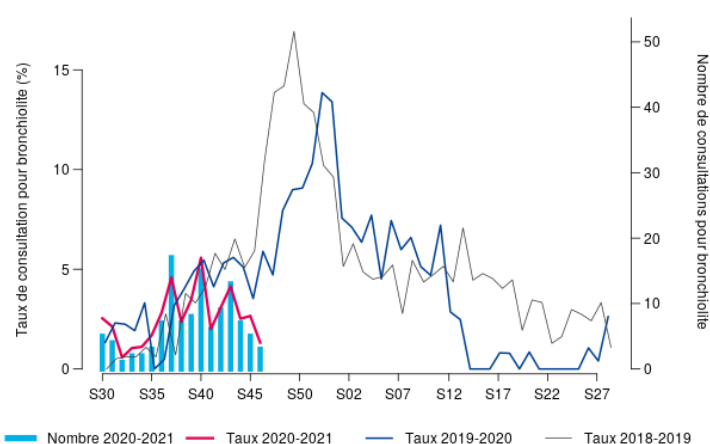
Phase non épidémique : L'activité pour bronchiolite est globalement stable et inférieure à celle observée les années précédentes. Pas de VRS isolés chez les patients hospitalisés au cours des semaines précédentes (données du CHU de Caen et Rouen). La majorité des virus isolés sont des Rhinovirus. Le week-end du 14 au 15 novembre 2020, 8 enfants ont été reçus et 10 séances de kinésithérapie ont été pratiquées durant le week-end (en baisse par rapport au week-end précédent).

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	3	1,3 %	faible	stable	Inférieur
SAU - réseau Oscour®	16	3,0%	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)

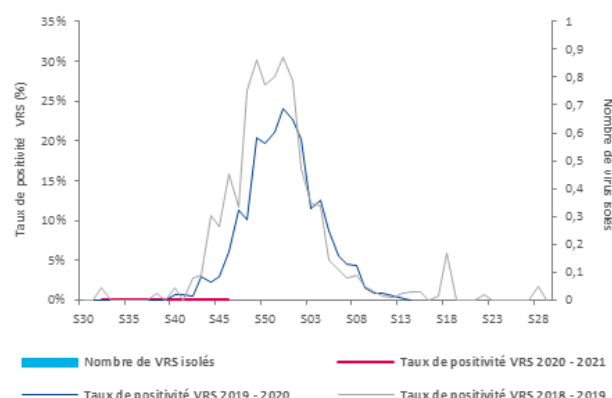


Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, SOS Médecins, Normandie, 2018-2021.

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-S45	3		4,35%
2020-S46	5	+ 66,7 %	7,64%

* 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](#)

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 ;

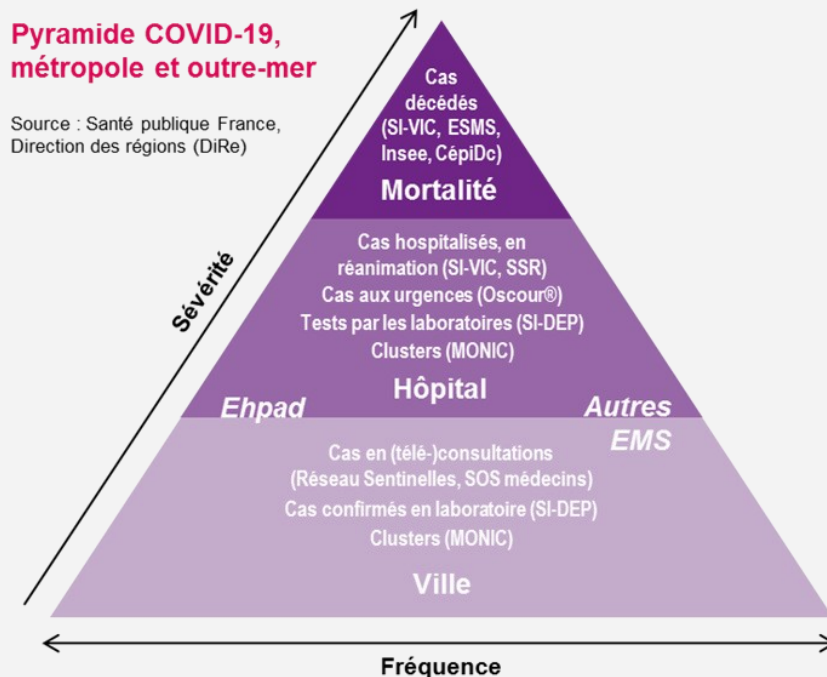
La définition des périodes épidémiques est basée sur la combinaison de méthodes statistiques appliquées à deux ou trois sources de données (SOS Médecins, Oscour® et, selon la pathologie, réseau Sentinelles). Pour chaque pathologie, un algorithme définit le niveau épidémique selon les alarmes statistiques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

Qualité des données SurSaUD® en semaine S46 :

	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	95,3%	95,7%	-	93,7%	-	96,2%
SAU – Nombre de SU inclus	43/45	8/10	9/9	6/6	6/6	14/14
SAU – Taux de codage diagnostique	69,2%	74,9%	35,5%	90,2%	78,5%	71,3%

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.



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

Rédacteur en chef

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

20/11/2020

Numéro vert 0 800 130 000

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

Sites associés :

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

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

GOUVERNEMENT.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

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

