

### Faits marquants

#### En collaboration avec :

Agence régionale de santé (ARS) Normandie, Médecins libéraux, SAMU Centre 15, SOS médecins, les établissements de santé (services de réanimation, services des urgences et autres services hospitaliers), laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, les établissements médico-sociaux, Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation et de médecine d'urgence

- En Normandie, depuis deux semaines, les indicateurs épidémiologiques ont évolués, entre la semaine 24 et 25, l'incidence a doublé et est restée à un taux proche de 4/100.000 habitants en semaine 26. De la même manière, le taux de positivité a augmenté en semaine 25 pour fléchir de nouveau en semaine 26 dû à une augmentation de l'offre de dépistage. Ces indicateurs sont fortement impactés par la Seine-Maritime, où plusieurs clusters sont en cours d'investigation et où une circulation du virus est observée dans l'agglomération de Rouen.
- Afin de casser la chaîne de transmission du COVID-19, une stratégie d'identification des cas, de dépistage de leurs contacts et d'isolement des personnes malades et des contacts à risque est mise en œuvre depuis le début de l'épidémie sur tout le territoire normand. L'objectif est de repérer très précocement l'apparition de nouveaux cas, et en particulier de nouveaux cas groupés, pour limiter la circulation virale sur le territoire.
- Dans ce cadre, à partir du vendredi 3 juillet, une [campagne de dépistage](#) massif sans prescription débutera ainsi à destination des habitants de la métropole Rouen Normandie.
- La semaine 26 est également marquée par une augmentation des actes SOS médecins pour suspicions COVID-19 notamment chez les enfants. Ce qui pourrait être en lien avec le retour en collectivité et en milieu scolaire qui a pour effet de relancer la contagiosité virale à l'origine de tableau ORL non spécifique (en conséquences, l'augmentation des prescriptions des PCR).
- A partir de la semaine 27, la surveillance Sentinelle des cas graves de COVID-19 admis en réanimation est suspendu. En effet, aucune nouvelle admission n'a été déclarée en Normandie depuis la semaine 22 .

### Indicateurs-clés

#### Surveillance en ville

- ▶ SOS Médecins : 469 actes pour suspicion COVID-19 pour 10 000 actes (S\*, 290 en S-1\*)
- ▶ Laboratoire (SIDEPA) : taux d'incidence régional et départementaux inférieur à 10/100 000 habitants

#### Cluster

- ▶ 7 clusters en cours d'investigation en Normandie
  - ▶ 6 en Seine-Maritime
  - ▶ 1 dans l'Eure

#### Surveillance dans les ESMS dont les Ehpad

- ▶ 1 955 cas dont 277 décès signalés au 01/07/2020 chez les résidents d'ESMS depuis le 1<sup>er</sup> mars

#### Surveillance à l'hôpital

- ▶ Réseau Oscour® : 37 passages pour suspicion COVID-19 pour 10 000 (S, 39 en S-1)

#### Surveillance de la mortalité

Aucun excès de mortalité n'a été observé en semaine 24 en Normandie

*\*S/S-1 : pour semaine S (du 22/06/2020 au 28/06/2020) et semaine S-1 (du 15/06/2020 au 21/06/2020)*

## Signalement à visée d'alerte des clusters (ou foyers de transmission)

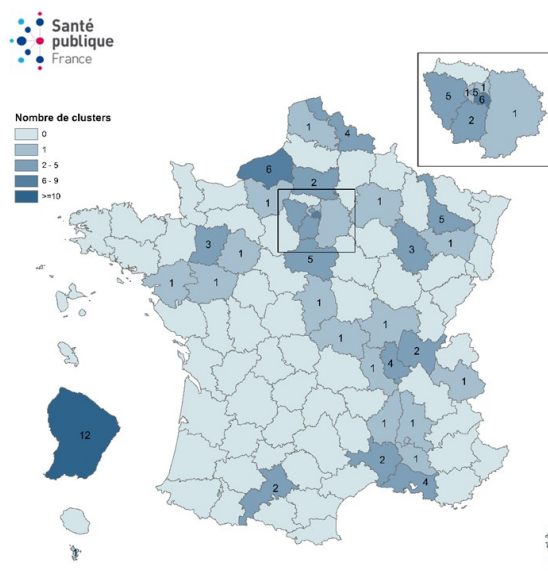
Depuis la levée du confinement, les ARS en lien avec les cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investissent les clusters détectés, selon le guide en vigueur [1]. Le traçage et le dépistage des personnes contacts permettent de contrôler ces foyers. Un cluster est défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, et qui appartiennent à une même communauté ou ont participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non. Le système d'information **MONIC**, développé par Santé publique France, permet de présenter ce bilan.

- **Au 1er juillet 2020**, le bilan s'élève à 304 clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) inclus depuis le 9 mai : 284 clusters en France métropolitaine et 20 dans les départements et régions d'outre-mer. Le nombre hebdomadaire de clusters signalés est stable sur les 4 dernières semaines (S23 - S26) et reste inférieur aux nombres observés sur S20 à S22. Au 1er juillet, 91 clusters sont en cours d'investigation (Figure 1).
- Les clusters concernent notamment des établissements de santé (25%), des entreprises (17% en entreprises privées et publiques, hors santé) et des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité (14% en établissements d'hébergement social et d'insertion et 5% en communautés vulnérables) (Tableau 1).
- La majorité (69%) des clusters comporte plus de 5 cas. Le nombre moyen de cas par cluster est de 15,6 cas (médiane = 7 cas). Au total, les 304 clusters rapportés sont à l'origine de 4 742 cas.

**Tableau 1. Répartition par type de collectivités des clusters, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés à Santé publique France entre le 9 mai et le 1er Juillet 2020 (N=304) - 1er Juillet 2020 (source MONIC)**

Type de collectivités	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation	
	N=304	%	N=91	%
Etablissements de santé	75	24,7	12	13,2
Entreprises privées et publiques (hors ES)	51	16,8	19	20,9
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	43	14,1	10	11,0
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	37	12,2	16	17,6
EMS de personnes handicapées	16	5,3	4	4,4
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	16	5,3	6	6,6
Milieu scolaire et universitaire	12	3,9	3	3,3
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	9	3,0	6	6,6
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	7	2,3	5	5,5
Etablissement pénitentiaires	5	1,6	1	1,1
Crèches	4	1,3	1	1,1
Transport (avion, bateau, train)	4	1,3	2	2,2
Structure de l'aide sociale à l'enfance	2	0,7	1	1,1
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	0,0	0	0,0
Autre	23	7,6	5	5,5

**Figure 2. Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) en cours d'investigation par département, inclus entre le 9 mai et le 1er juillet 2020 (N=91) (Source MONIC)**



Source : MONIC - Santé publique France

[1] Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19. Saint-Maurice : SpFrance. Version 25 mai 2020, 50 p. Disponible [ici](#)

[2] DGS-Urgent. Prise en charge par les médecins de ville des patients de covid-19 en phase de déconfinement. Disponible [ici](#)

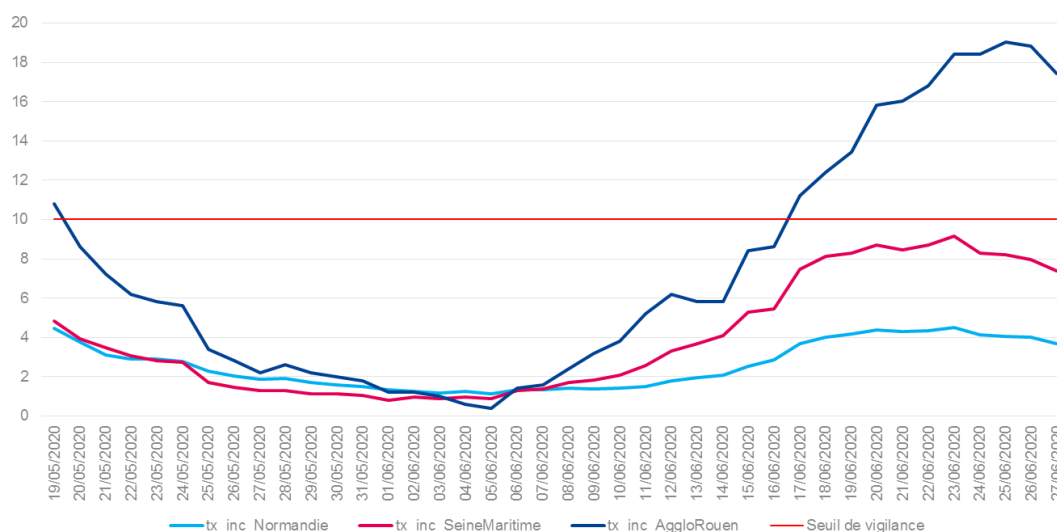
## Signalement à visée d'alerte des clusters (foyers de transmission)

En Normandie, au 1er juillet 2020, 15 clusters ont été investigués depuis le déconfinement (hors clusters intrafamiliaux et en EHPAD), 8 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), 1 maîtrisé (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas) et 7 en cours d'investigation (Figure 2). Parmi les clusters encore en cours d'investigation :

- ▶ 1 cluster dans l'Eure (cluster établissement de santé);
- ▶ 6 clusters en Seine-Maritime dont 2 en milieu professionnel, 2 en cluster familial élargi, 1 en cluster établissement public ou privé (rassemblements temporaires de personnes) et 1 cluster en unité géographique de petite taille.

Une augmentation du taux d'incidence est observée en Normandie depuis mi-juin. Cette tendance est due à la présence de plusieurs clusters en cours d'investigation en Seine-Maritime (n=6), plus particulièrement dans l'agglomération de Rouen dont un concerne un EHPAD (Figure 3). Au total, plus de 140 cas positifs ont été recensés dans l'agglomération rouennaise.

Figure 3. Taux d'incidence pour Covid-19 au 27 juin 2020 (Normandie, Seine maritime et agglomération de Rouen), pour 100 000 hab/7j glissants, (Source SI-DEP)



## Surveillance en ville : Actes pour suspicion de COVID-19

En semaine 26 (du 22 au 28 juin), le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 rapportés par les associations SOS Médecins était en augmentation de 66% par rapport à celui de la semaine précédente (128 en S26 versus 77 en S25).

La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale était aussi en augmentation (4,6 % en S26 versus 2,9 en S25).

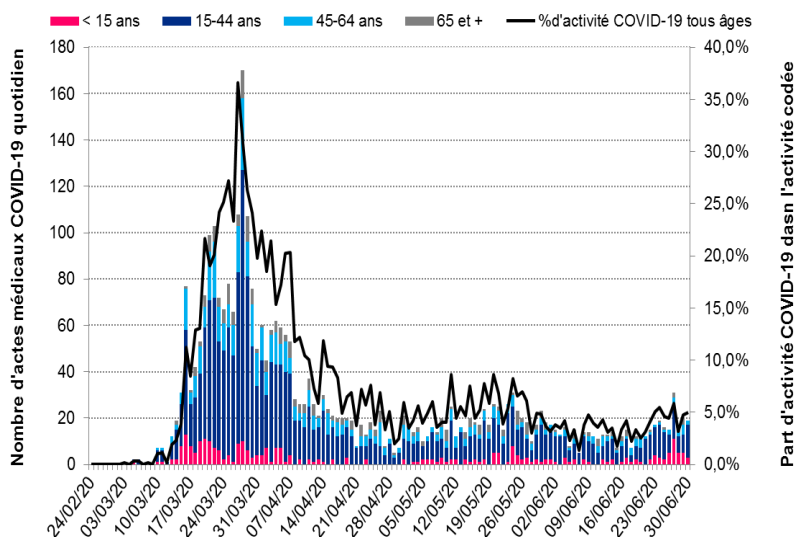
Parmi ces actes, 25 % ont été rapportés chez les moins de 15 ans, 60% chez les 15-44 ans, 10% chez les 44-65 ans et 5% chez les 65 ans et plus.

Au total, 3 186 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés depuis le 03 mars 2020.

L'augmentation des suspicions de COVID-19 chez les moins de 15 ans est en lien avec le retour en collectivité et le retour en milieu scolaire. Ceci a pour effet de relancer la contagiosité virale à l'origine de tableau ORL non spécifique et par conséquent une augmentation des demandes de dépistage de SARS-CoV-2.

Source : SOS Médecins, au 30/06/2020 à 10h

Figure 4. Nombre quotidien d'actes et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge semaine 26



## 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.

Jusqu'à ces dernières semaines, la surveillance virologique s'appuyait sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie) et par les laboratoires hospitaliers. Depuis la semaine 21, elle s'appuie sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage), opérationnel depuis le 13 mai 2020 et dont la montée en charge a été progressive. Ce nouveau système de surveillance vise au suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers. Actuellement, les données transmises concernent les tests RT-PCR réalisés.

Au 30 juin, la quasi-totalité des laboratoires (5 458 sites de prélèvements) a transmis des données. Des contrôles sont effectués afin d'améliorer la qualité et la complétude de ces données et de nouveaux laboratoires continuent à être intégrés dans le système.

En semaine 26, en Normandie, 16 346 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, et pour 128 patients, les tests se sont avérés positifs. Le taux de positivité hebdomadaire était de 0,8% (calculé sur les tests valides). Ce taux est en diminution par rapport à la semaine précédente S25 (1,4%) (Figure 7). Cette diminution est due à l'augmentation du taux de dépistage en Seine-Maritime en lien avec les clusters décrits dans la partie précédente.

Figure 5. Évolution hebdomadaire du nombre total de tests RT-PCR réalisés et du nombre de tests positifs pour Covid-19, Normandie au 01 juillet 2020 (source SI-DEP)

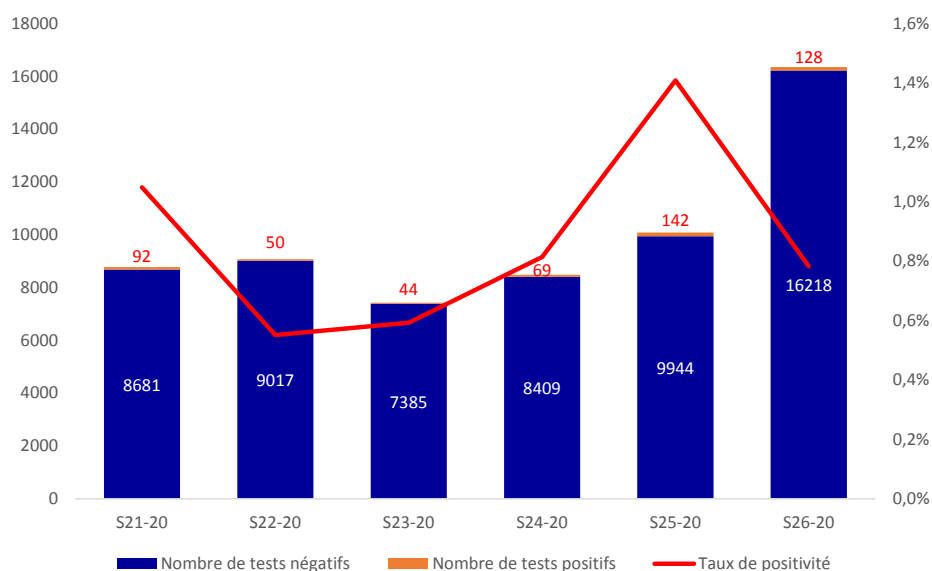
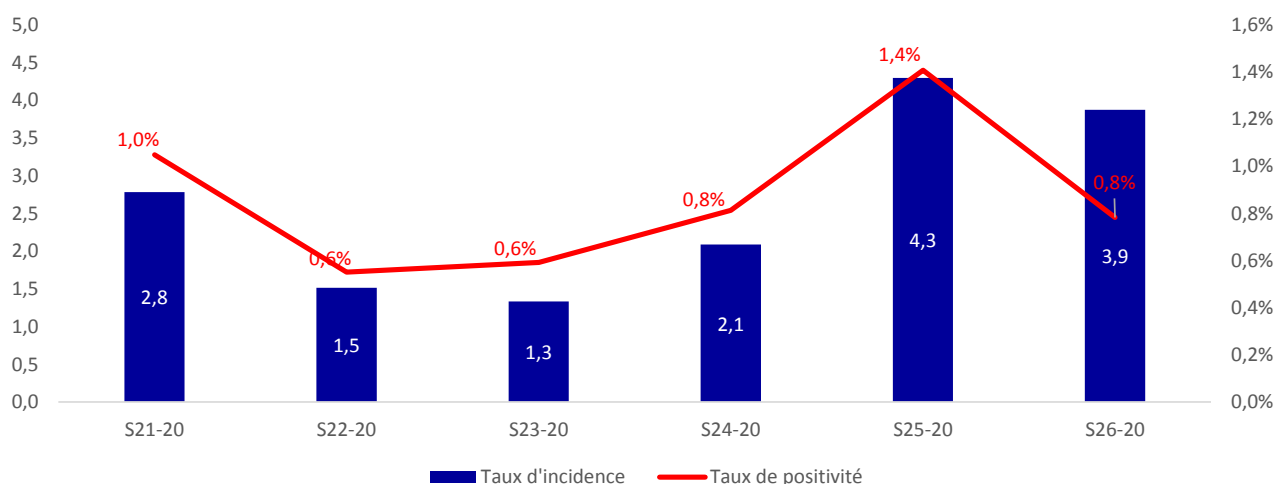


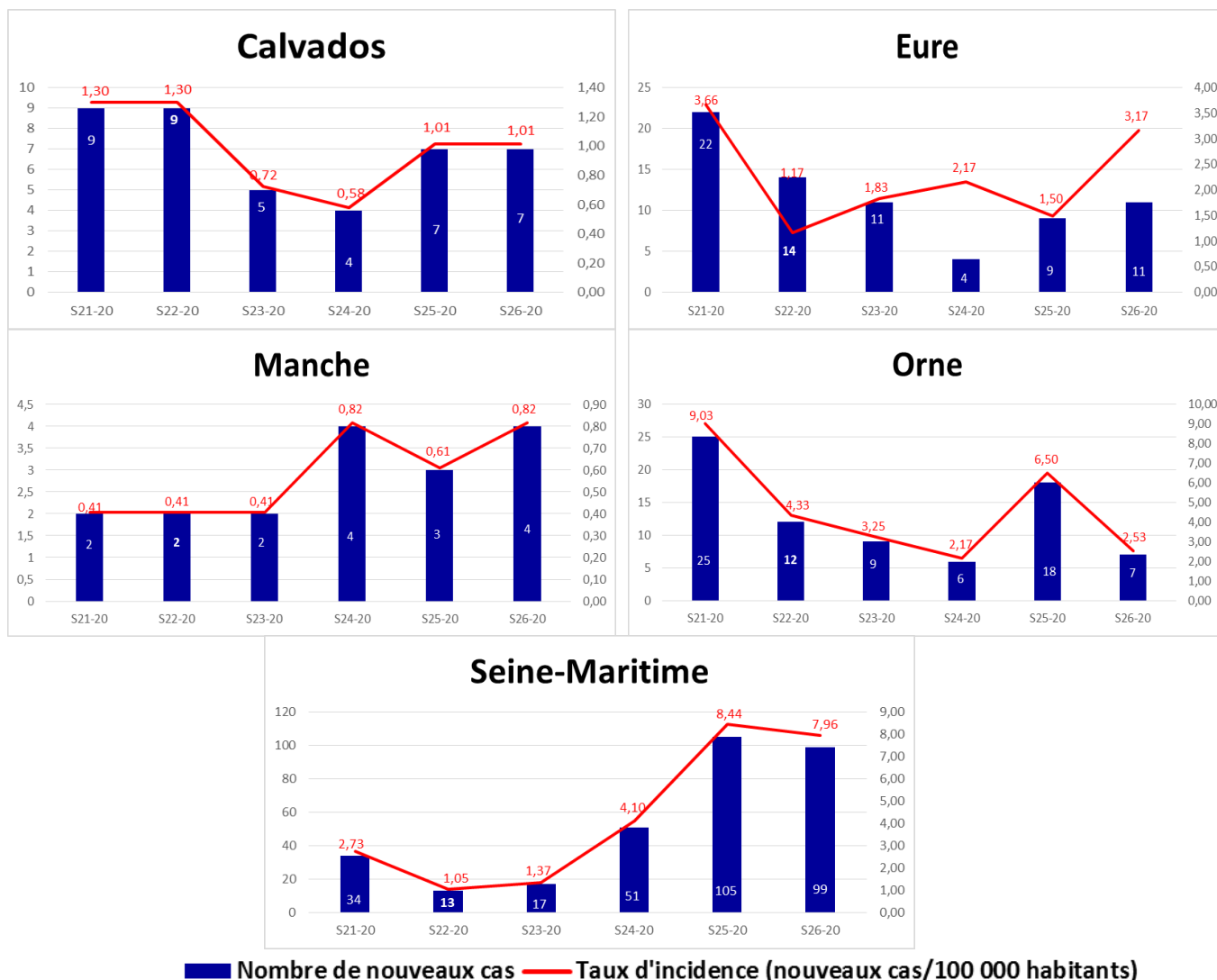
Figure 6. Évolution hebdomadaire du taux d'incidence (/100.000hab) et du taux de positivité pour Covid-19, Normandie au 01 juillet 2020 (source : SI-DEP)



Pour en savoir plus sur les données SI-DEP consulter : [GEODES](#)

## Surveillance virologique

Figure 7. Évolution hebdomadaire du taux d'incidence et du nombre de tests positifs pour Covid-19 depuis le 19 mai 2020 par département, Normandie (suite) (Source SI-DEP)



## Nombre de reproduction effectif—Reff

Le nombre de reproduction  $R$  (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé selon la méthode de Cori <sup>[1]</sup>, avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Une valeur supérieure à 1 est en faveur d'une tendance à l'augmentation du nombre de cas. Le nombre de reproduction estimé à partir de ces données est un indicateur de la dynamique de transmission du virus environ 1 à 2 semaines auparavant (délai entre infection et consultation aux urgences ou hospitalisation). Les valeurs de  $R$  ne doivent pas être interprétées de façon isolée, mais doivent être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles.

A partir de cette semaine, les estimations régionales sont produites à partir des données du dispositif SI-DEP (nombre quotidien de tests PCR positifs), en remplacement de l'indicateur  $R$  calculé à partir des passages aux urgences du Oscour®. L'avantage de cet indicateur est de reposer sur les données des cas confirmés de COVID-19 et s'appuie sur un recours au test qui a vocation à intervenir rapidement après la survenue des signes évocateurs de COVID-19.

**En Normandie**, le nombre de reproduction effectif, sur 7 jours glissants du 21 au 27 juin 2020 à partir nombre quotidien de tests PCR positifs, est estimé :  **$R$  effectif = 1,01 [IC95% : 0,84-1,20]**, non significativement supérieur à 1. Ce qui signifie qu'actuellement dans la région, une personne infectée en contamine en moyenne moins d'une autre et que, par conséquent l'épidémie est maîtrisée.

**Au niveau national**, le nombre de reproduction est de **0,90 [IC95% : 0,86-0,94]** et ne présente pas d'évolution depuis la semaine précédente ( $R$  effectif=0,92 ; [IC95%:0,89-0,96]). L'indicateur reste significativement inférieur à 1, ce qui signifie qu'une personne infectée en contamine moins d'une autre et que par conséquent l'épidémie continue de régresser sur le territoire métropolitain. Aucune région métropolitaine présente un  $R$  significativement supérieur à 1.

[1] Cori A, Ferguson NM, Fraser C, Cauchemez S. A new framework and software to estimate time-varying re-production numbers during epide-mics. *Am. J. Epidemiol.* 2013; 178, pp. 1505-1512

## Surveillance en établissements sociaux et médicaux

Depuis le 01 mars 2020 et jusqu'au 17 juin, 339 épisodes concernant un ou plusieurs cas liés au COVID-19 dans des établissements sociaux et médico-sociaux ont été signalés à Santé publique France via l'application disponible sur le portail national des signalements dans la région Normandie. Il s'agissait de 219 (64,6%) établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements) et 120 (35,4%) autres établissements médico-sociaux (EMS).

Au 17 juin, 264 de ces épisodes ont été clôturés (un épisode est clôturé lorsqu'il n'y a aucun signalement de nouveaux cas pendant 14 jours consécutifs).

Source : Surveillance dans les ESMS, au 01/07/2020 à 11h

**Tableau 2. 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 01/07**

		EHPA <sup>1</sup>	HPH <sup>2</sup>	Aide enfance <sup>3</sup>	Autres EMS <sup>4</sup>	Total
Chez les résidents	Signalements <sup>5</sup>	219	88	20	12	339
	Cas confirmés <sup>6</sup>	636	141	5	0	782
	Cas possibles <sup>7</sup>	998	134	22	19	1 173
	Nombre total de cas <sup>6,7</sup>	1 634	275	27	19	1 955
	Cas hospitalisés <sup>6,7</sup>	182	40	0	0	222
	Décès hôpitaux <sup>8</sup>	70	9	0	0	79
	Décès établissements <sup>8</sup>	198	0	0	0	198
Chez le personnel	Cas confirmés <sup>6</sup>	370	115	12	0	497
	Cas possibles <sup>7</sup>	561	111	23	13	708
	Nombre total de cas <sup>6,7</sup>	931	226	35	13	1 205

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

<sup>2</sup>Hébergement pour personnes handicapées (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)

<sup>3</sup>Aide sociale à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS)

<sup>4</sup>Autres établissements (LAM, LHSS, SCAPA avec hébergement)

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

<sup>6</sup>Cas 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

<sup>7</sup>Cas 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

<sup>8</sup>Cas possibles et confirmés décédés

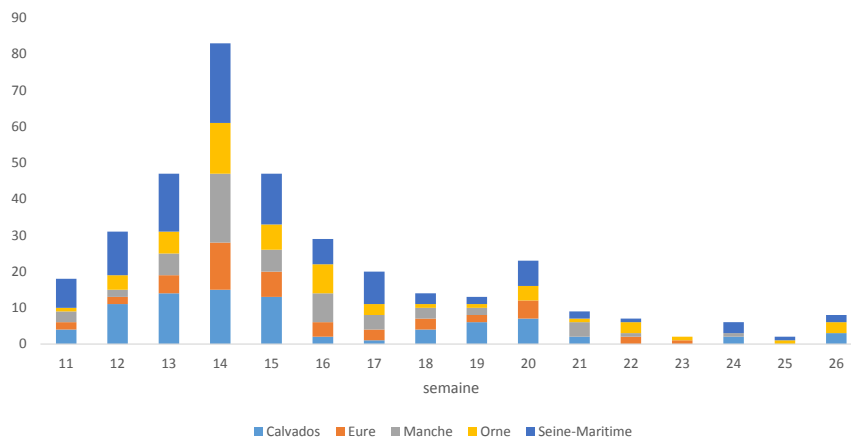
Source : Surveillance dans les ESMS, au 01/07/2020 à 11h

**Tableau 3. Nombre de signalements en établissements sociaux et médico-sociaux, de cas COVID-19 et de décès dans l'établissement chez les résidents et le personnel rapportés, par département, du 01/03 au 01/06**

Départements	Signalements	Cas parmi les résidents	Décès dans l'établissement parmi les résidents	Cas parmi le personnel
Calvados	78	235	5	153
Eure	48	467	77	226
Manche	58	151	13	154
Orne	53	159	9	187
Seine-Maritime	102	943	94	485
<b>Total région</b>	<b>339</b>	<b>1 955</b>	<b>198</b>	<b>1 205</b>

Source : Surveillance dans les ESMS, au 01/07/2020 à 12h

**Figure 10. Nombre de signalement par département selon la semaine de début des signes du 1<sup>er</sup> cas, du 09/03 au 01/07**



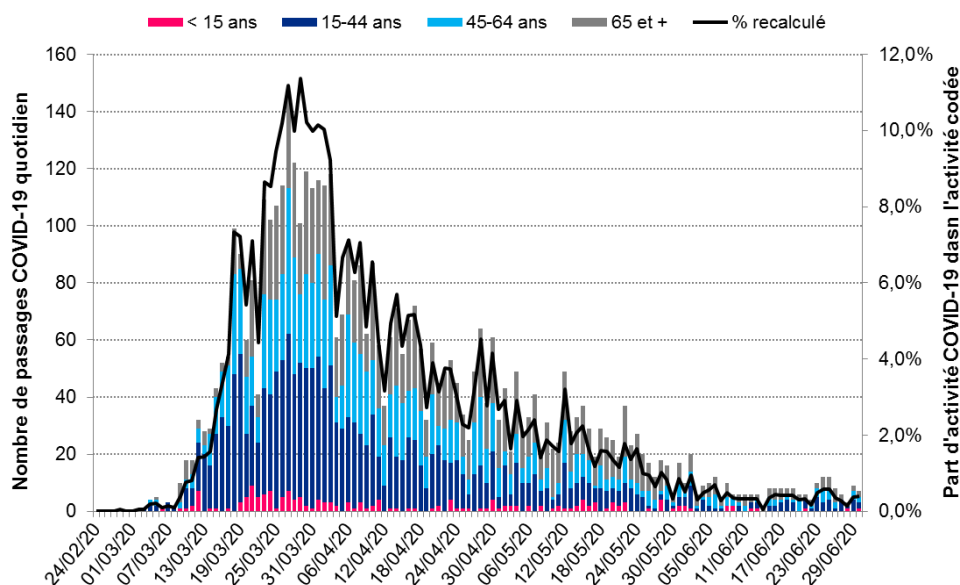
## Passages aux urgences

En semaine 26 (du 22 au 28 juin), 55 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par le réseau Oscour®, représentant 0,4% 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 est resté stable par rapport à la semaine précédente. Le taux d'hospitalisation tous âges après passage pour suspicion de COVID-19, indicateur de gravité à l'arrivée aux urgences, était stable (67% en semaine 26 et 71% en semaine 25) mais repose sur un nombre faible de cas.

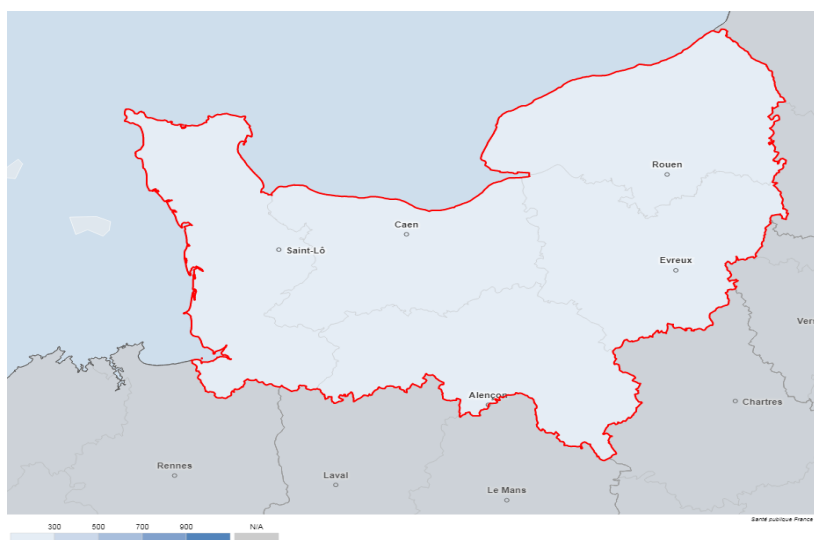
Source : réseau Oscour®, au 30/06/2020 à 10h

Figure 11. Nombres quotidiens de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge— semaine 26



Source : réseau Oscour®, au 30/06/2020 à 10h

Figure 12. Taux de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 en semaine 26/2020 (pour 10 000 passages)



La répartition, par classe d'âge, des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19, en semaine 26, était celle-ci :

- ▶ 1,8 % chez les moins de 15 ans
- ▶ 34,5 % chez les 15-44 ans
- ▶ 27,3 % chez les 45-64 ans
- ▶ 36,4 % chez les 65 ans et plus



## Surveillance à l'hôpital (suite)

### Hospitalisations, admissions en réanimation, retours à domicile

Source : SI-VIC, au 30/06/2020 à 14h

**Tableau 4. Part (en %) des classes d'âge parmi les hospitalisations pour COVID-19, les admissions en réanimation au 30/06/2020**

Classes d'âge	Hospitalisations Le 30/06/2020		Dont réanimations Le 30/06/2020	
	N	%	N	%
0-9 ans	0	0,0%	0	0,0%
10-19 ans	0	0,0%	0	0,0%
20-29 ans	1	0,5%	0	0,0%
30-39 ans	3	1,4%	0	0,0%
40-49 ans	7	3,2%	1	14,3%
50-59 ans	14	6,4%	2	28,6%
60-69 ans	33	15,0%	3	42,9%
70-79 ans	47	21,4%	1	14,3%
80-89 ans	75	34,1%	0	0,0%
90 ans et plus	39	17,7%	0	0,0%
Inconnu	1	0,5%	0	0
<b>Total Région</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>

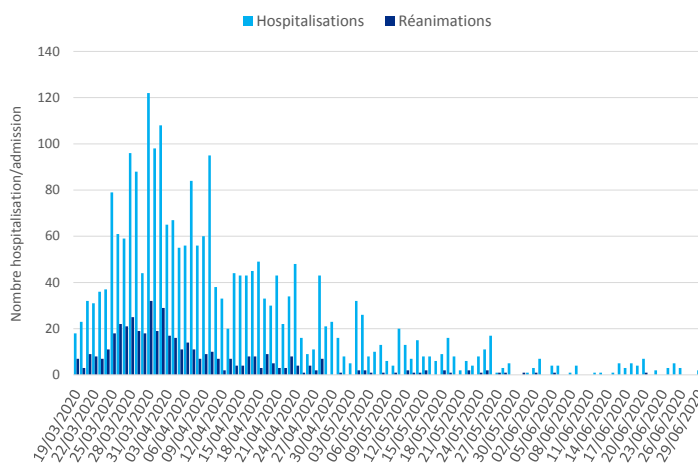
Depuis le 01 mars 2020 (date des premières informations disponibles dans l'outil SI-VIC), 65 établissements ont déclaré au moins un cas.

Le 30 juin 2020 à 14h, 220 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en Normandie dont 7 en réanimation d'après les données SI-VIC. Plus de 70% des personnes hospitalisées avaient plus de 70 ans.

Depuis le 01 mars 2020, 1 651 patients sont retournés à leur domicile.

Source : SI-VIC, au 30/06/2020 à 14h

**Figure 13. Nombre quotidien d'hospitalisations et réanimations pour COVID-19**



L'évolution des nouvelles hospitalisations pour COVID-19 était stable en semaine 24.

Depuis le 05 juin, seul un patient a été admis en réanimation pour COVID-19.

Source : SI-VIC au 30/06/2020 à 14h

**Tableau 5. Nombre et part (en %) des hospitalisations pour COVID-19, des admissions en réanimation au 30/06/2020, par département de prise en charge**

Départements	Hospitalisations		Admissions en réanimation	
	N	%	N	%
Calvados	87	39,5%	4	57,1%
Eure	21	9,5%	1	14,3%
Manche	32	14,5%	1	14,3%
Orne	45	20,5%	0	0,0%
Seine-Maritime	35	15,9%	1	14,3%
<b>Total Région</b>	<b>220</b>	<b>100,0%</b>	<b>7</b>	<b>100,0%</b>

Les départements de Seine-Maritime et de l'Eure sont ceux ayant rapporté les plus forts taux d'hospitalisation de patient COVID-19.

La Seine-Maritime et le Calvados étaient les premiers départements en Normandie à avoir recensé des clusters de COVID-19 au début de l'épidémie.



# Surveillance à l'hôpital (suite)

## Caractéristiques des cas admis en réanimation (services sentinelles)

Tableau 6. Description des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation. Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France, au 30/06/2020 à 16h30

	N	%		N	%
<b>Cas admis en réanimation</b>			<b>Co-infections</b>		
<b>Nombre de cas signalés</b>	<b>238</b>		<b>Prise en charge ventilatoire*</b>	<b>9</b>	<b>3,8%</b>
<b>Evolution</b>			Oxygénation (masque/lunette)	19	8,0%
Evolution Renseignée	218	91,6%	Ventilation non invasive	3	1,3%
Transfert hors réa. ou retour à domicile <sup>1</sup>	174	79,8%	O2 à haut débit	77	32,4%
Décès <sup>1</sup>	44	20,2%	Ventilation invasive	135	56,7%
<b>Répartition par sexe</b>			Assistance extracorporelle	3	1,3%
Hommes	175	73,5%	<b>Facteurs de risques (FDR)*</b>		
Femmes	63	26,5%	Aucun facteur de risque	60	25,2%
Sexe-Ratio H/F	2,8		Avec facteur de risque parmi :	175	73,5%
<b>Répartition par classe d'âge</b>			Diabète de type 1 et 2	41	17,2%
0-14 ans	0	0,0%	HTA** depuis le 6/04	60	55,0%
15-44 ans	15	6,3%	Pathologie pulmonaire	46	19,3%
45-64 ans	96	40,3%	Pathologie cardiaque	46	19,3%
65-74 ans	92	38,7%	Pathologie neuro-musculaire	4	1,7%
75 ans et plus	35	14,7%	Pathologie rénale	17	7,1%
<b>Région de résidence des patients</b>			Immunodéficience	20	8,4%
Normandie	205	86,1%	Pathologie hépatique**	3	1,3%
Hors Région	33	13,9%	Surpoids / Obésité (IMC≥25)***	68	28,6%
Inconnue	0	0,0%	- Surpoids (IMC [25 ; 29])	19	8,0%
<b>Délai entre début des signes et admission en réanimation</b>			- Obésité (IMC [30 ; 39])	30	12,6%
Délai moyen / médian en jours [min ; max]	9,2 / 9	[0 ; 35]	- Obésité morbide (IMC ≥ 40)	17	7,1%
<b>Syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA)</b>			- IMC non renseigné	2	0,8%
SDRA mineur	22	9,2%	Grossesse	0	0,0%
SDRA modéré	81	34,0%	Prématurité	0	0,0%
SDRA majeur	64	26,9%	Autres facteurs de risque	21	8,8%
SDRA - niveau non précisé	2	0,8%	NSP / Inconnu	3	1,3%

<sup>1</sup> Le % est calculé sur les déclarations dont l'évolution est renseignée

\* Un cas peut présenter plusieurs FDR et prises en charge ventilatoire

\*\* Analyse restreinte aux cas signalés à partir du 06/04 (recueil non systématique avant le 06/04)

\*\*\* Données potentiellement sous-estimées avant le 20/04 (recueil non systématique avant le 20/04).

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, 238 cas ont été rapportés par 13 services de réanimation participant à la surveillance sentinelle. La majorité des cas était des hommes (sex-ratio à 2,8). L'âge moyen des hommes était de 64 ans et 62 ans chez les femmes (14,7% des cas étaient âgés de 75 ans et plus).

La majorité des cas (73,5%) présentait au moins une comorbidité. Les principaux facteurs de risques identifiés étaient l'hypertension artérielle (55,0%), le surpoids/obésité (28,6%) et les pathologies pulmonaires et cardiaque (19,3%). Le délai médian d'admission en réanimation suite à l'apparition des premiers signes était de 9 jours. Parmi l'ensemble des cas signalés, le taux de décès était de 20,2%.

Figure 14. 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 30/06/2020 à 16h30)

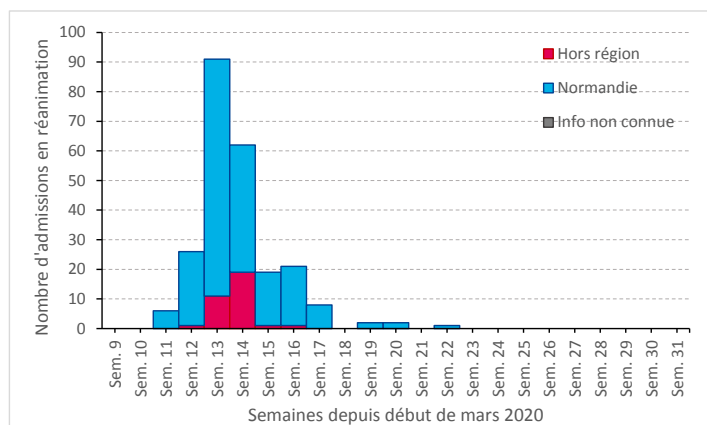
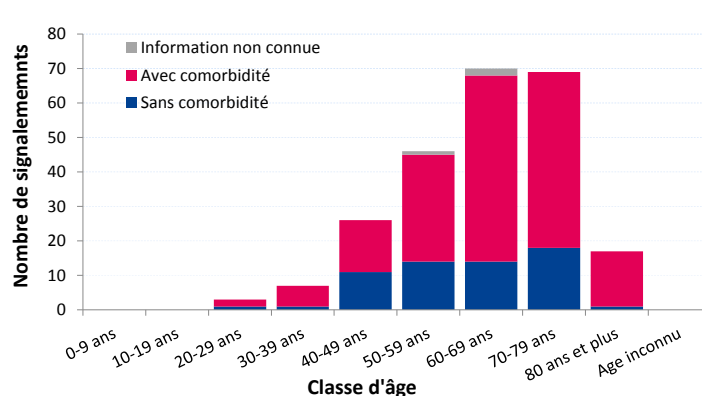


Figure 15. Distribution des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation, selon l'existence de comorbidités et par classe d'âge. Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France, au 30/06/2020 à 16h30



# Surveillance de la mortalité

## Mortalité spécifique au COVID

Source : SI-VIC, au 30/06/2020 à 14h

Tableau 8. Part (en %) par classe d'âge des cas de COVID-19 décédés au cours de leur hospitalisation (N = 433)

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=433 (%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	2,3%	3,9%	13,2%	21,9%	39,0%	19,2%

Source : Inserm-CépiDC, au 30/06/2020 à 14h

Tableau 9. Description des décès certifiés par voie électronique avec mention COVID-19 dans les causes médicales de décès (N=197)

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité <sup>1</sup>		Avec comorbidités <sup>1</sup>		Total <sup>2</sup>	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	0	0	0	0
15-44 ans	0	0	2	100	2	1
45-64 ans	5	22	18	78	23	12
65-74 ans	9	28	23	72	32	16
75 ans ou plus	50	36	90	64	140	71

Parmi les personnes ayant été hospitalisées, 433 sont décédés. L'âge médian de ces personnes était de 82 ans [min 30—max 102] ans (Tableau 8).

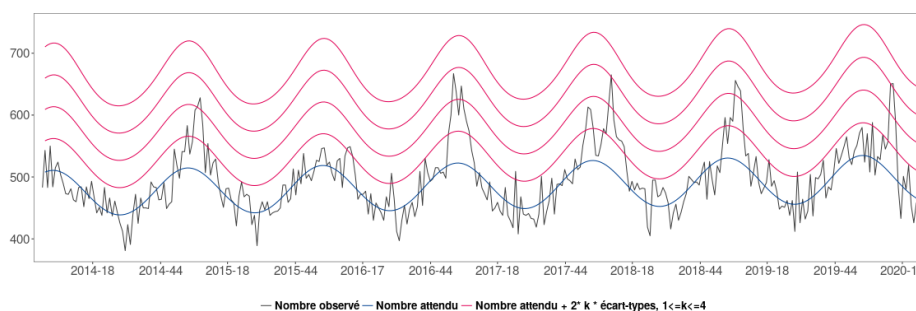
Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1er mars 2020, 197 décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées. Les plus de 75 ans représentaient 71 % des décès. Des comorbidités étaient renseignées dans 133 certificats de décès (Tableau 9).

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

## Mortalité toutes causes

Source : Insee, au 30/06/2020 à 14h

Figure 16. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues (tous âges), jusqu'à la semaine 24 2020



Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. La hausse ou la baisse de la mortalité observée dans ces régions peut être en lien avec l'épidémie de COVID-19, sans qu'il ne soit possible à ce jour d'en estimer la part attribuable précise.

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).
- ▶ **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).
- ▶ **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 permettant 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 26 :

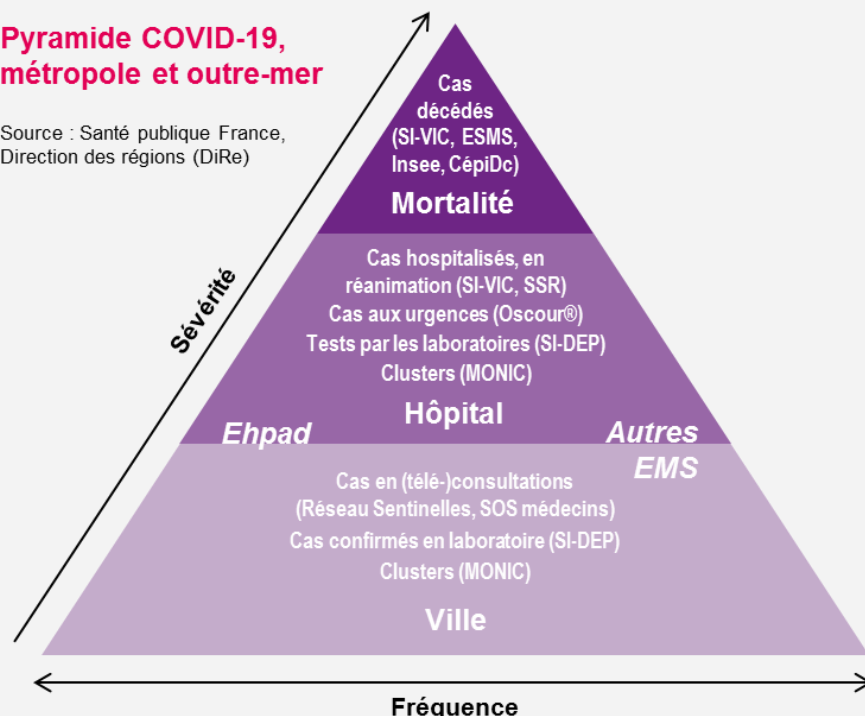
	NORMANDIE	CALVADOS	EURE	MANCHE	ORNE	SEINE-MARITIME
SOS : Nombre d'associations incluses	3/3	1/1	-	1/1	-	1/1
SOS : Taux de codage diagnostique	94,5%	94,8%	-	92,4%	-	96,7%
SAU – Nombre de SU inclus	44/45	9/10	9/9	6/6	6/6	14/14
SAU – Taux de codage diagnostique	68,1%	73,4%	39,1%	90,0%	60,7%	70,8%

## 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

#### 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](mailto:presse@santepubliquefrance.fr)

#### Diffusion Santé publique France

12 rue du Val d'Osne  
94415 Saint-Maurice Cedex  
[www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

#### Date de publication

02 juillet 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 SANTÉ 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 ?  
[GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS](http://GOUVERNEMENT.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 ?  
[GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS](http://GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS) 0 800 130 000 (appel gratuit)