

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 47 la majeure partie des indicateurs sont en baisse, confirmant le recul de l'épidémie dans la région Normandie. Ainsi, l'incidence du nombre de cas, le taux de positivité, le nombre de nouvelles hospitalisations (conventionnelles et réanimation) ou le nombre de clusters signalés sont en diminution. Le taux de reproduction effectif, qui traduit la vitesse de propagation, est passé en dessous de 1 depuis la semaine 46. Concernant la mortalité, le niveau d'excès de mortalité standardisé tous âges toutes causes est classé modéré depuis la semaine 43 mais semble diminuer (à confirmer dans les semaines à venir). Le nombre hebdomadaire de décès parmi les patients hospitalisés pour Covid-19 est en diminution pour la première fois depuis la semaine 37.

Au 22 novembre 2020,

- Incidence des cas positifs en diminution (135,8 en S47 vs 193,3 cas/semaine/100 000 hab. en S46) ainsi que le taux de positivité (12 % en S47 vs 13,9 % en S46)
- Diminution du nombre de reproduction effectif (R effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-COV-2 : 0.67 (0.66-0.69)
- Données hospitalières : 1310 personnes encore hospitalisées dont 132 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, 369 clusters (hors EHPAD) ont été enregistrés sur la région dont 101 sont en cours d'investigation
 - depuis le 11 mai, 132 clusters en EHPAD ont été enregistrés sur la région dont 108 sont en cours d'investigation

En semaine 47 :

- SOS Médecins : part d'activité pour suspicion de Covid-19 en diminution (6,9 % en S47 vs 8,1 % en S46)
- Urgences hospitalières (Oscour®) : diminution de la part d'activité pour Covid-19 (2,2% en S47 vs 3,1 % en S46)
- Episodes COVID-19 en établissement médico-social : nombre en forte diminution avec 22 signalements dont 21 avec des cas confirmés en S46 (vs 57 signalements dont 55 avec cas confirmés en S46)

Mortalité (page 10)

Depuis la semaine 43, le niveau de mortalité toutes causes standardisé tous âge en région Normandie est passé en excès modéré **mais semble diminuer (à confirmer dans les semaines à venir)**. Le nombre de décès observé parmi les patients hospitalisés pour COVID-19 est en forte diminution par rapport à la semaine précédente (57 en semaine 47 contre 130 en semaine 46).

Bronchiolite (page 12)

Reprise de la surveillance hivernale en semaine 40.

En semaine S46 : l'activité pour bronchiolite est faible et inférieure aux années précédentes. 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 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 47, en Normandie, 37 490 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2 par PCR, et pour 4 482 patients, les tests se sont avérés positifs. Le taux d'incidence régional était de 135,8 cas pour 100 000 habitants. Le taux de positivité hebdomadaire était de 12 % (calculé sur les tests valides). Ces taux sont en diminution par rapport à la semaine précédente S45 (respectivement 194,3/100 000 et 13,8 %). Toutes les classes d'âges sont impactées. (Figure 2).

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 47, 319 tests antigéniques sont revenus positifs ce qui amène le taux d'incidence régional à 143,7 cas pour 100 000 habitants.

Figure 1. Evolution du nombre de personnes positives pour le SARS-CoV-2 par PCR et tests antigéniques, et du taux d'incidence des tests PCR (pour 100 000 hab.) en région Normandie (13 mai au 22 novembre 2020, source : SI-DEP)

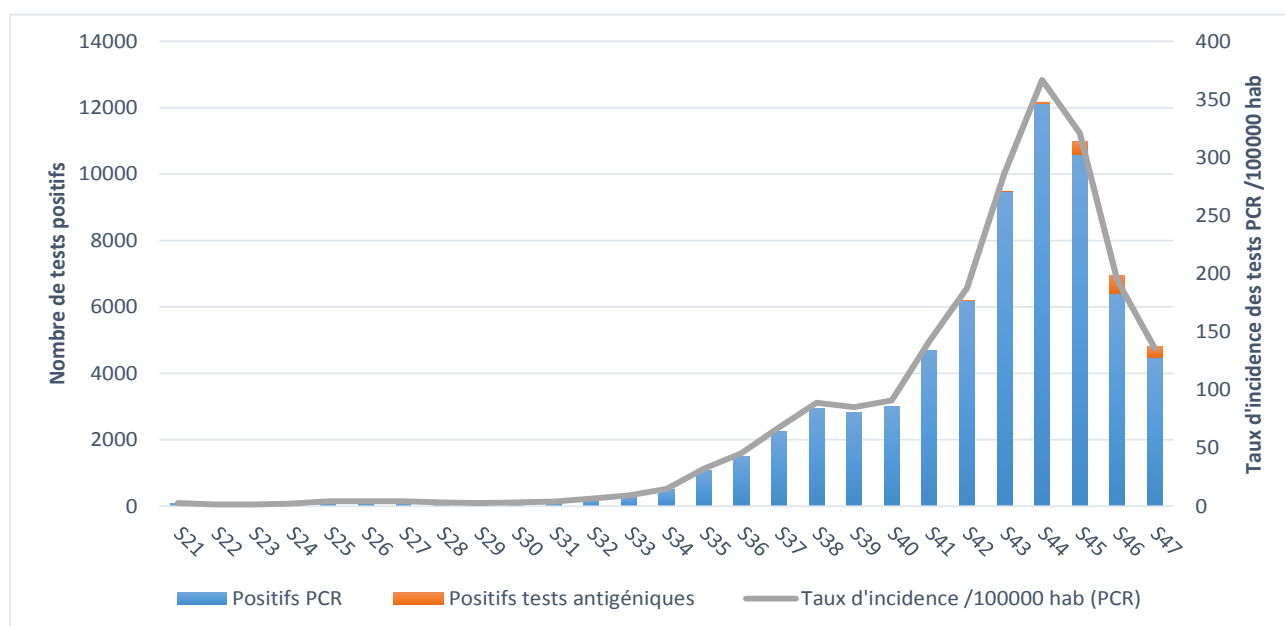
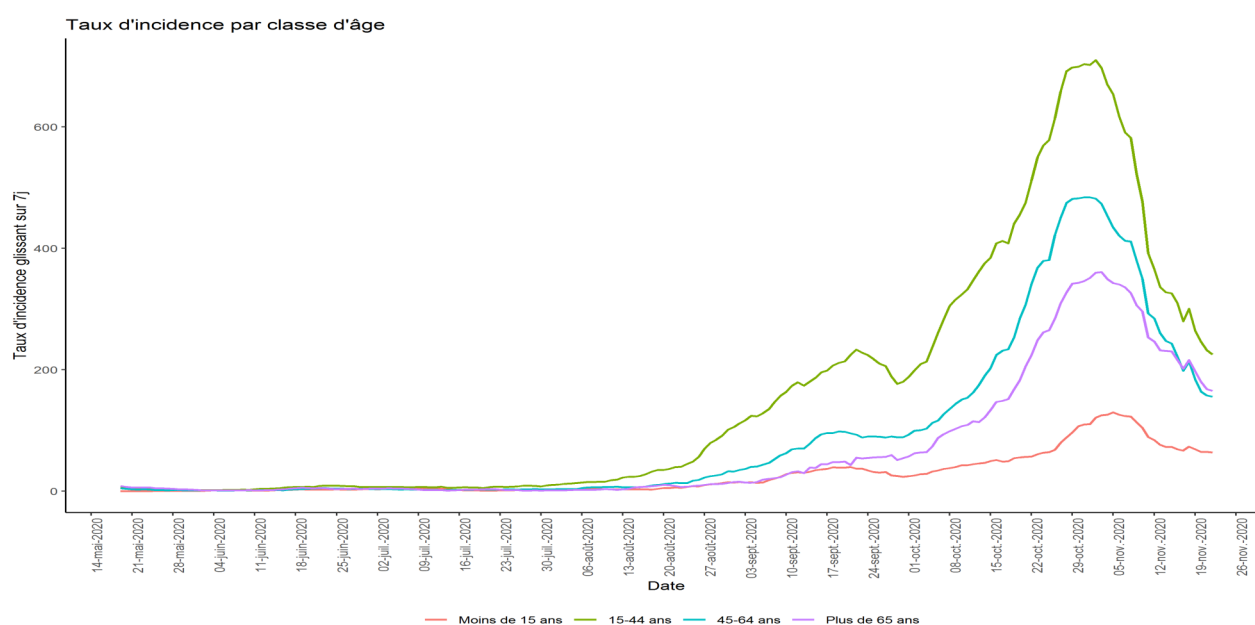


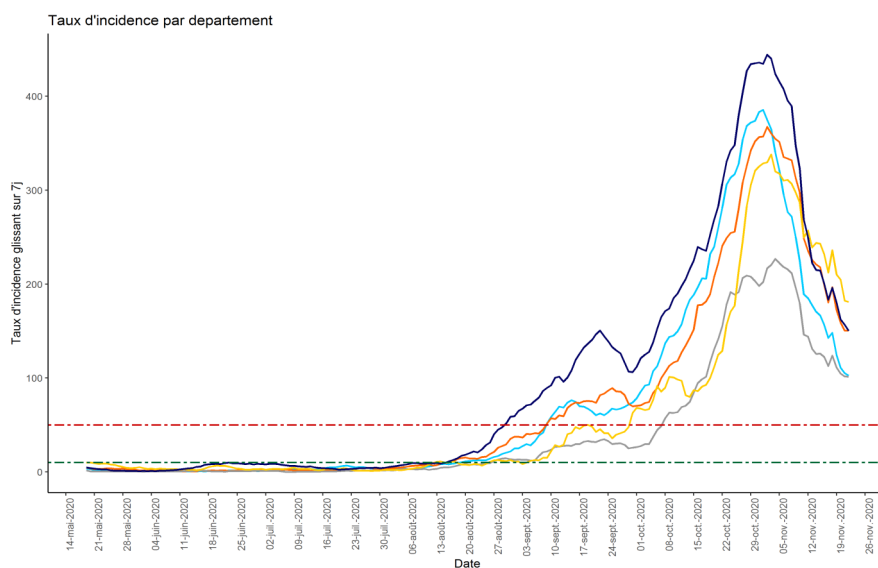
Figure 2. Evolution du taux d'incidence (pour 100 000 hab.) cumulé sur 7 jours par classe d'âge, en région Normandie (du 19 mai au 22 novembre 2020, source : SI-DEP)



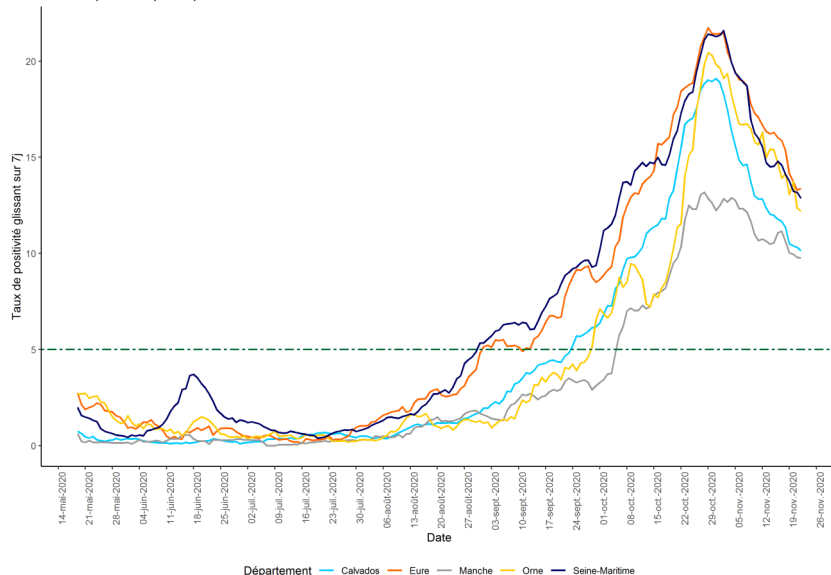
Covid-19 - Surveillance virologique départementale

Les taux d'incidence, de positivité et de dépistage sont en diminution dans tous les départements normands (Figures 3 à 5).

Figure 3. Evolution du taux d'incidence (pour 100 000 hab.) cumulé sur 7 jours par département, en région Normandie (du 19 mai au 22 novembre 2020, source : SI-DEP)



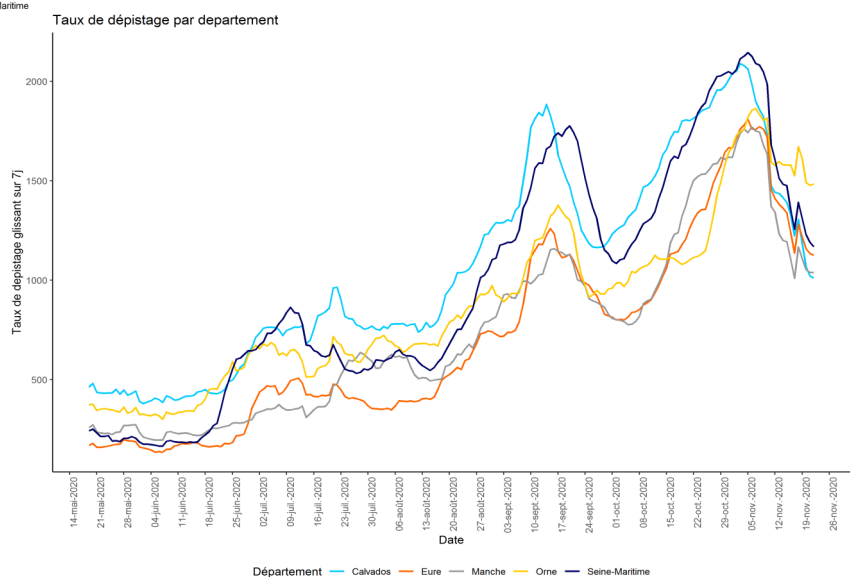
Taux de positivité par département



Département — Calvados — Eure — Manche — Orne — Seine-Maritime

Figure 4. Evolution du taux de positivité (%) par département en région Normandie (du 19 mai au 22 novembre 2020, 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 au 22 novembre 2020, source : SI-DEP)



Covid-19 - Signalement à visée de clusters

Clusters hors EHPAD et familiaux restreints

Au 22 novembre, 369 clusters (hors Ehpads et milieu familial restreint) ont été signalés dans la région depuis le déconfinement : 207 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), 61 maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas), 101 en cours d'investigation.

Parmi les clusters encore en cours d'investigation :

- 22 clusters dans le Calvados (EMS de personnes handicapées, Etablissements de santé, Milieux professionnels, Autre, Milieux professionnels, Communautés vulnérables, Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion, Milieu scolaire et universitaire)
- 18 clusters dans l'Eure (EMS de personnes handicapées, Etablissements de santé, Milieu scolaire et universitaire, Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion, Autre, Communautés vulnérables)
- 11 clusters dans la Manche (EMS de personnes handicapées, Etablissements de santé,)
- 17 clusters dans l'Orne (EMS de personnes handicapées, Etablissements de santé, Autre, Communautés vulnérables, Crèches, Milieu scolaire et universitaire)
- 33 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 22 novembre 2020 (N=369) (Source MONIC)

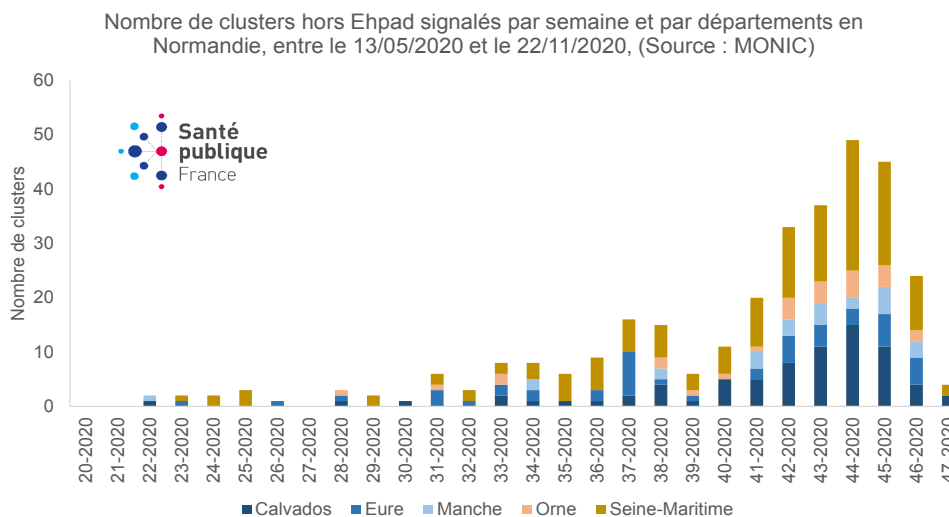


Tableau 1. Répartition par type de collectivité des clusters (hors Ehpads et milieu familial restreint) rapportés en Normandie, entre le 9 mai et le 22 novembre 2020 (N=369) (source MONIC, données actualisées au 23/11 à 16h)

Type de collectivités	N=396
Etablissements de santé	90
Milieux professionnels (entreprise)	67
Autre*	54
EMS de personnes handicapées	41
Milieu scolaire et universitaire	41
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	26
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	13
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	9
Crèches	10
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)	6

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

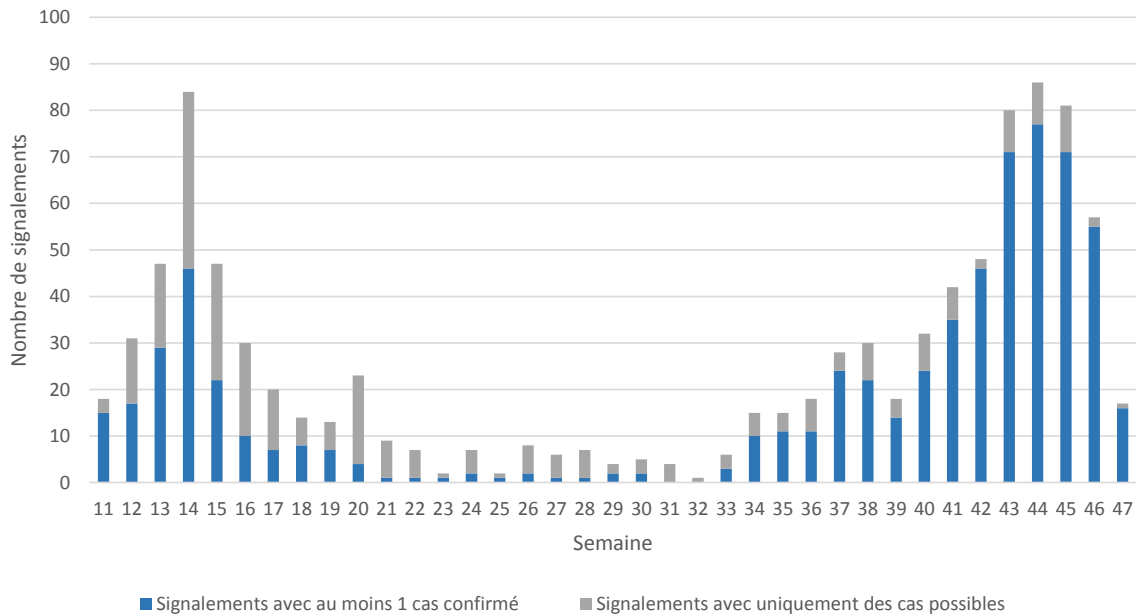
Covid-19 - Etablissements sociaux et médico-sociaux

• 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 47 par rapport à la semaine 46. Dans la majorité des cas, ces signalements comportent au moins 1 cas confirmé (Figure 7).

Depuis mars 2020, les EMS normands ont effectué 964 signalements via l'application Voozadoo, dont 547 depuis le 01/09/20. Ces signalements regroupent 4102 cas confirmés de Covid-19 (dont 3192 depuis le 01/09/20) et 607 décès (dont 306 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)

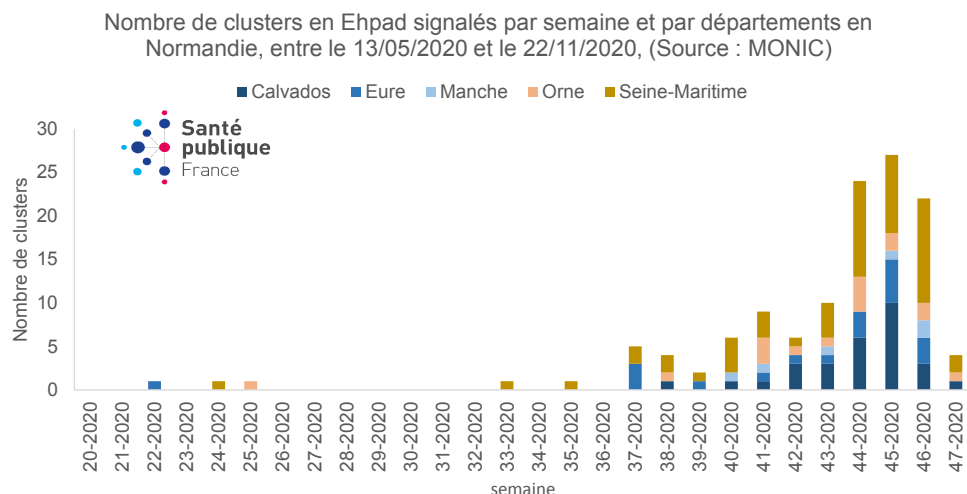


• Clusters en EHPAD

Au 23 novembre, 132 clusters en Ehpads 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), 12 maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas) et 108 en cours d'investigation. Parmi les clusters encore en cours d'investigation :

- 29 clusters dans le Calvados
- 18 clusters dans l'Eure
- 6 clusters dans la Manche
- 12 clusters dans l'Orne
- 43 clusters en Seine-Maritime

Figure 8. Répartition hebdomadaire des clusters en Ehpads par département, entre le 9 mai et le 22 novembre 2020 (N=132) (Source MONIC)

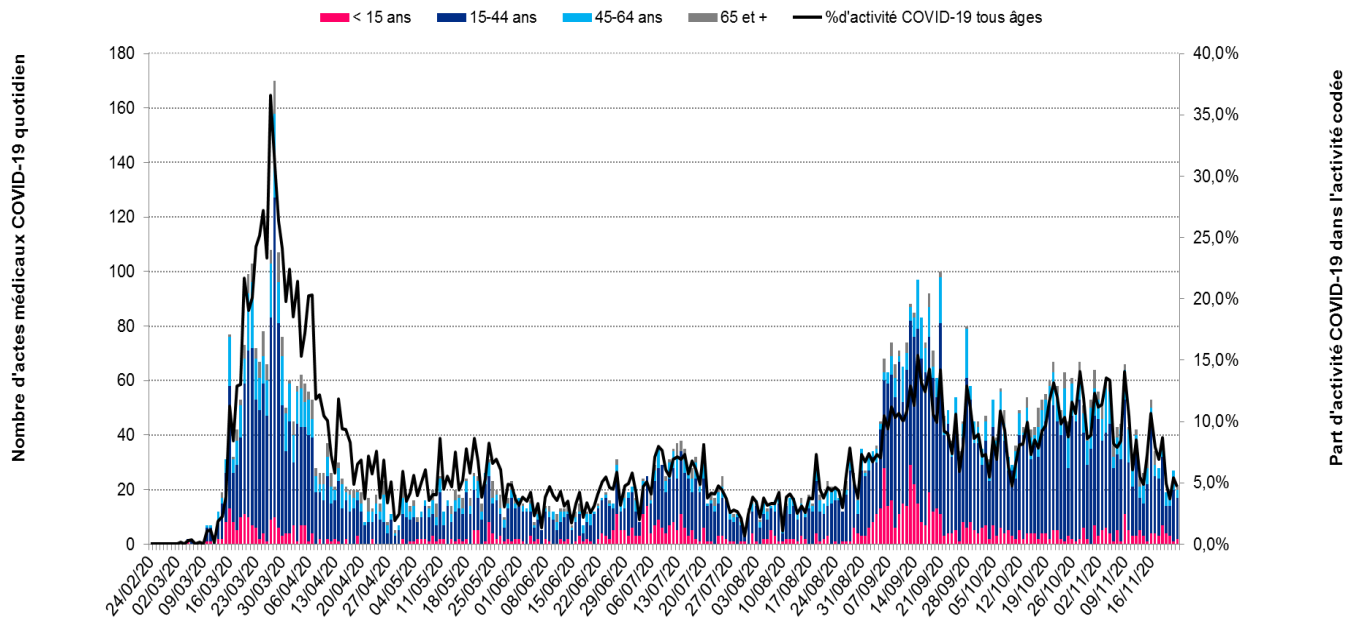


Covid-19 - Autres indicateurs

En semaine 47, 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 46 (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.

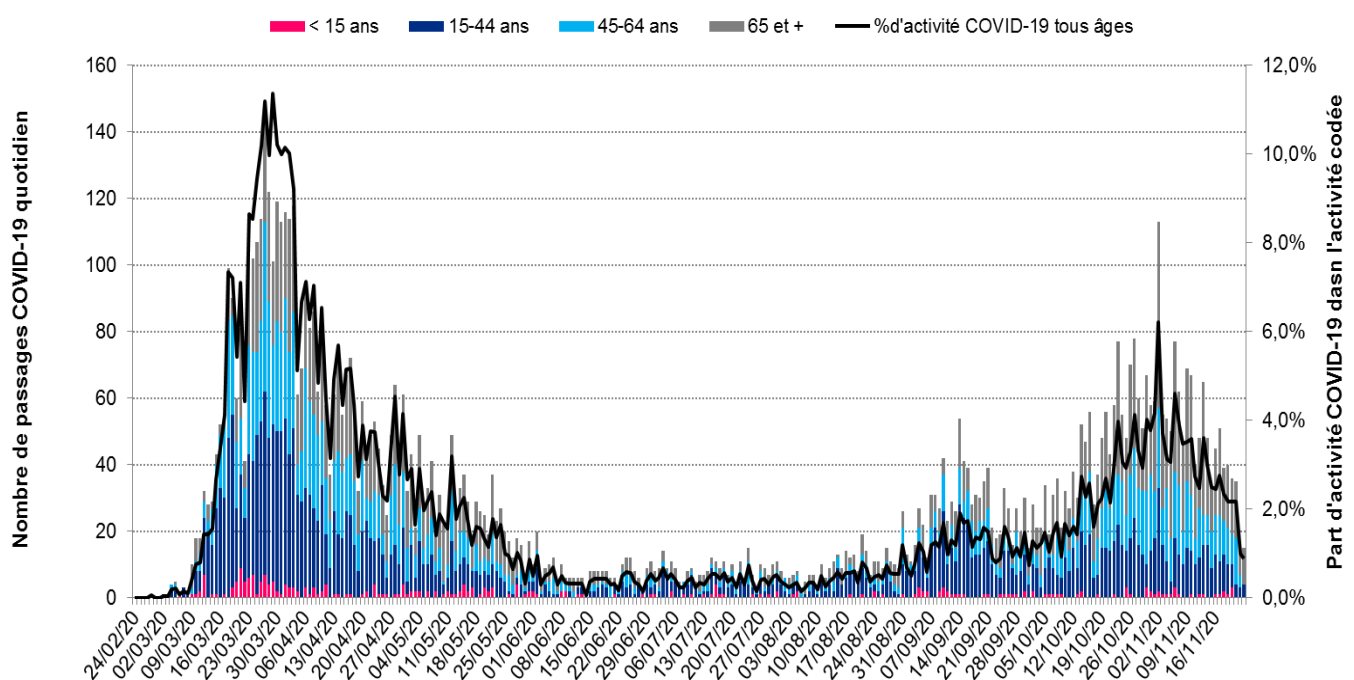
• Surveillance en ville

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, Norman-



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 25/11/2020,

Source : SI-VIC, extraction du 25/11/2020 à 15h

Depuis le 01 mars 2020 (date des premières informations disponibles dans l'outil SI-VIC), 86 établissements ont déclaré au moins un cas.

Au 25 novembre 2020, 1310 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en Normandie dont 132 en réanimation d'après les données SI-VIC. Plus de 70 % des personnes hospitalisées avaient plus de 70 ans.

La majorité était hospitalisée en Seine-Maritime.

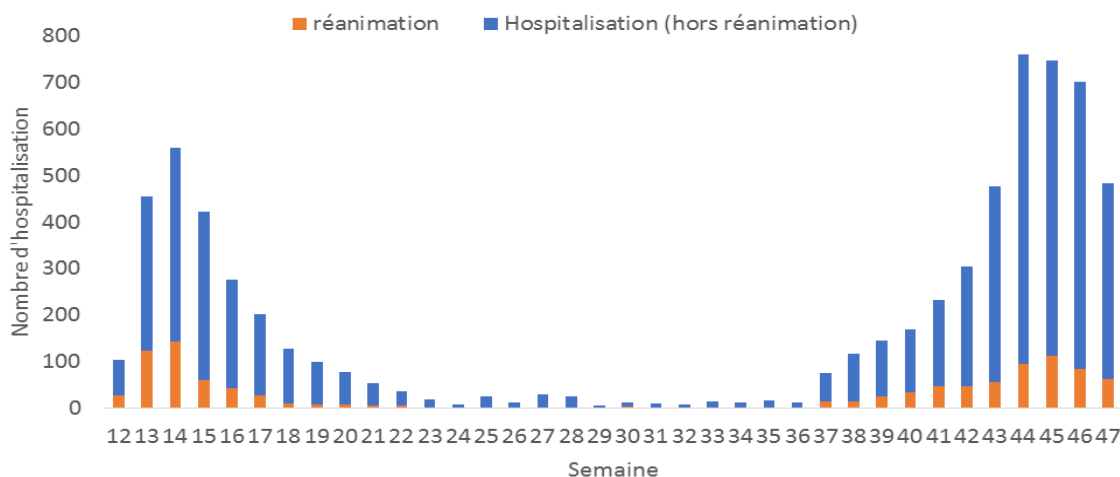
Classe d'âge	Hospitalisations N= 1310	Admissions en réanimation N=132
0-9 ans	6 (0,45%)	0 (0%)
10-19 ans	1 (0,07%)	0 (0%)
20-29 ans	8 (0,61%)	2 (1,51%)
30-39 ans	9 (0,68%)	0 (0%)
40-49 ans	35 (2,67%)	4 (3,03%)
50-59 ans	83 (6,33%)	22 (16,6%)
60-69 ans	191 (14,5%)	40 (30,3%)
70-79 ans	306 (23,3%)	54 (40,9%)
80-89 ans	456 (34,8%)	9 (6,81%)
90 ans et plus	206 (15,7%)	0 (0%)

Tableau 3. Nombre et part (en %) des personnes en hospitalisations et en réanimations pour COVID-19 au 26/11/2020, par département de prise en charge

Source : SI-VIC extraction du 25/11/2020 à 15h

département	Hospitalisations		Admissions en réanimation	
	N	%	N	%
Calvados	249	19,0%	29	22,0%
Eure	202	15,4%	8	6,1%
Manche	151	11,5%	15	11,4%
Orne	142	10,8%	10	7,6%
Seine-Maritime	566	43,2%	70	53,0%
Normandie	1310	100,0%	132	100,0%

Figure 11. Nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations et réanimations pour COVID-19 (Source : SI-VIC, extraction du 25/11/2020 à 15h)



Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 en Normandie poursuit sa diminution en semaine 47 (421 hospitalisations vs 616 en S46).

Le nombre de cas de COVID-19 admis en réanimation quotidiennement était également en diminution en semaine 47 (63 hospitalisations en réanimation vs 85 en S47).

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.

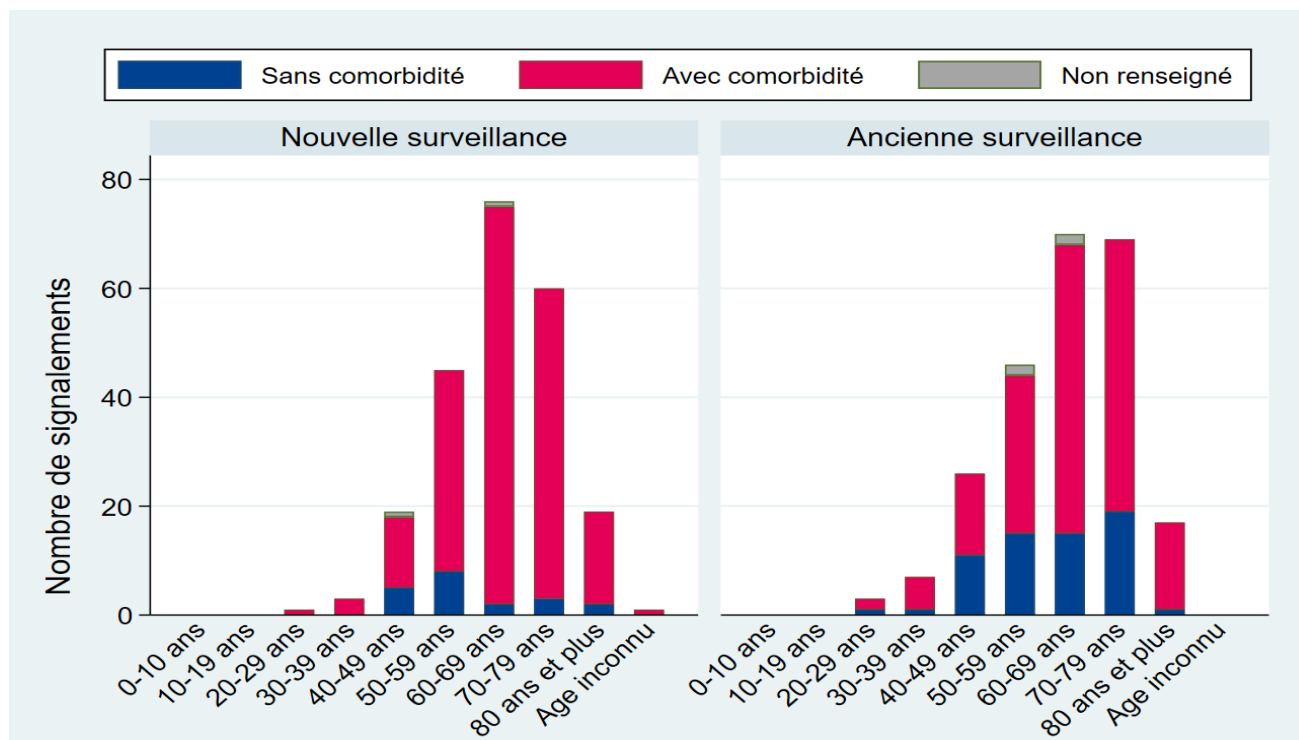
Entre le 01/09/2020 et le 24/11/2020 à 14h, 224 patients confirmés au SarsCov2 et admis dans les services de réanimation sentinelles ont été signalés.

L'âge médian des patients était de 67 ans (min : 24 - max : 93 ans) et 75 % 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 57% des patients. Les deux classes d'âge les plus représentées étaient les 45-64 ans (38%) et les 65-74 ans (34%).

Parmi les patients pour lesquels l'existence ou l'absence de comorbidité était documentée, 91% présentaient au moins une comorbidité. L'existence d'une obésité (IMC>=30) et d'une hypertension artérielle (HTA) a été retrouvée chez respectivement 49% et 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%, 20% et 25% d'entre eux.

La létalité était de 15% parmi les patients dont l'évolution était connue (N=24).

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 24/11/2020 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 24 novembre 2020 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, Normandie (n=224, données arrêtées le 24 novembre 2020)

	Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance		Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance
Cas admis en réanimation			Classe d'âge		
Nb signalements	224	238	0-14 ans	0 (0%)	0 (0%)
Répartition par sexe			15-44 ans	11 (5%)	15 (6%)
Homme	167	175	45-64 ans	84 (38%)	96 (40%)
Femme	57	63	65-74 ans	76 (34%)	92 (39%)
Inconnu	0	0	75 ans et plus	52 (23%)	35 (15%)
Ratio	2,9	2,8	Non renseigné	1	0
Age			Comorbidités		
Moyen	65,8	63,7	Aucune comorbidité	20 (9%)	63 (27%)
Médian	67,3	66,6	Au moins une comorbidité parmi :	202 (91%)	171 (73%)
Quartile 25	58,4	55,1	- Obésité (IMC>=30)	109 (49%)	47 (20%)
Quartile 75	74,5	72,9	- Hypertension artérielle	105 (47%)	75 (32%)
Délai entre début des signes et admission en réanimation			- Diabète	71 (32%)	41 (18%)
Moyen	8,7	9,7	- Pathologie cardiaque	55 (25%)	46 (20%)
Médian	8	9	- Pathologie pulmonaire	45 (20%)	46 (20%)
Quartile 25	6	6	- Immunodépression	10 (5%)	20 (9%)
Quartile 75	11	13	- Pathologie rénale	10 (5%)	17 (7%)
Région de résidence des patients			- Cancer*	16 (7%)	-
Hors région	11 (5%)	33 (14%)	- Pathologie neuromusculaire	4 (2%)	4 (2%)
Normandie	212 (95%)	205 (86%)	- Pathologie hépatique	3 (1%)	3 (1%)
Non renseigné	1	0	Non renseigné	2	4
			Evolution		
			Evolution renseignée	157 (70%)	218 (92%)
			- Transfert hors réanimation ou retour à domicile	133 (85%)	174 (80%)
			- Décès	24 (15%)	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	27 (16%)	67 (29%)
Mineur	22 (13%)	22 (9%)
Modéré	79 (47%)	81 (35%)
Sévère	40 (24%)	64 (27%)
Non renseigné	56	4
Type de ventilation**		
O2 (lunettes/masque)	5 (3%)	15 (7%)
VNI (Ventilation non invasive)	1 (1%)	2 (1%)
Oxygénothérapie à haut débit	125 (74%)	72 (32%)
Ventilation invasive	37 (22%)	132 (59%)
Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	2 (1%)	3 (1%)
Non renseigné	54	14
Durée de séjour		
Durée moyenne de séjour	9,8	15,6
Durée médiane de séjour	8	12
Durée quartile 25	5	5
Durée quartile 75	13	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, 1084 sont décédées depuis le 1^{er} mars (+94 décès par rapport au bulletin de la semaine dernière). La semaine 47 est marquée par une diminution significative du nombre de patients décédés au cours de leur hospitalisation, qui était en augmentation depuis la semaine 37. (Figure 13 et Tableau 5).

Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1er mars 2020, 565 décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées. Les plus de 75 ans représentaient 82,7 % des décès. Des comorbidités étaient renseignées dans 378 certificats de décès.

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

Source : SI-VIC, au 25/11/2020 à 10h

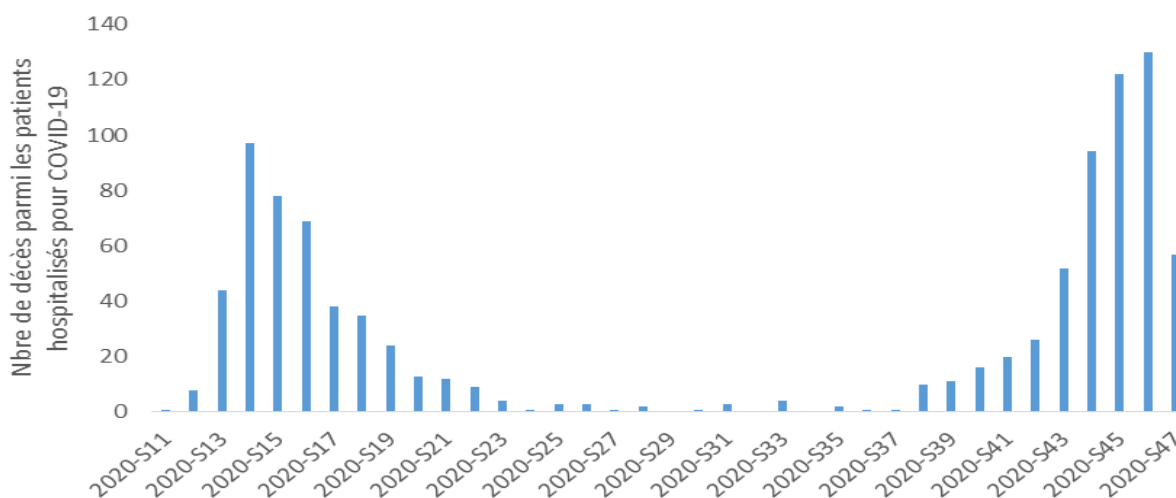


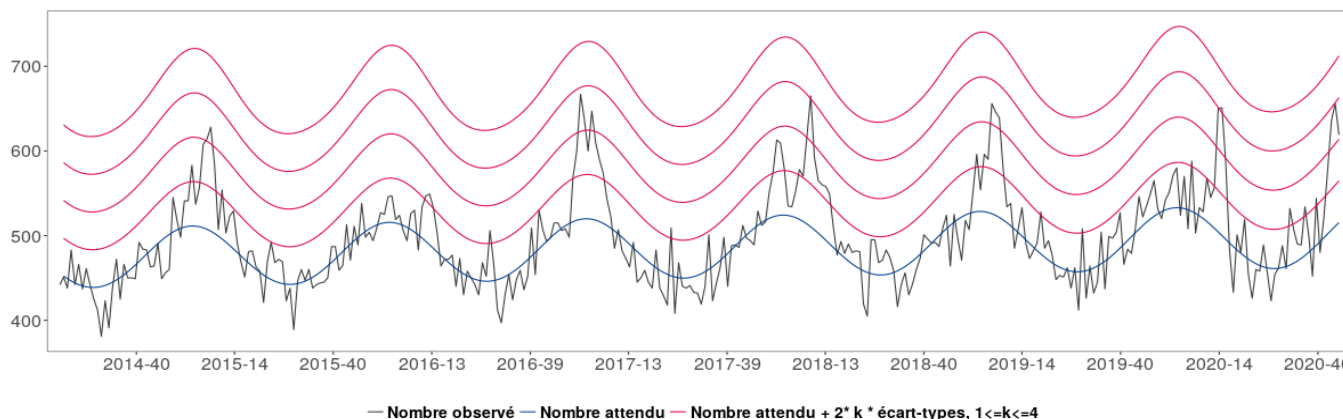
Tableau 5. Part (en %) par classe d'âge des cas de COVID-19 décédés au cours de leur hospitalisation (N = 1084) Source : SI-VIC, au 25/11/2020 à 15h

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=1084 (%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	1,6%	3,0%	12,2%	20,9%	39,7%	21,4%

Mortalité toutes causes en Normandie

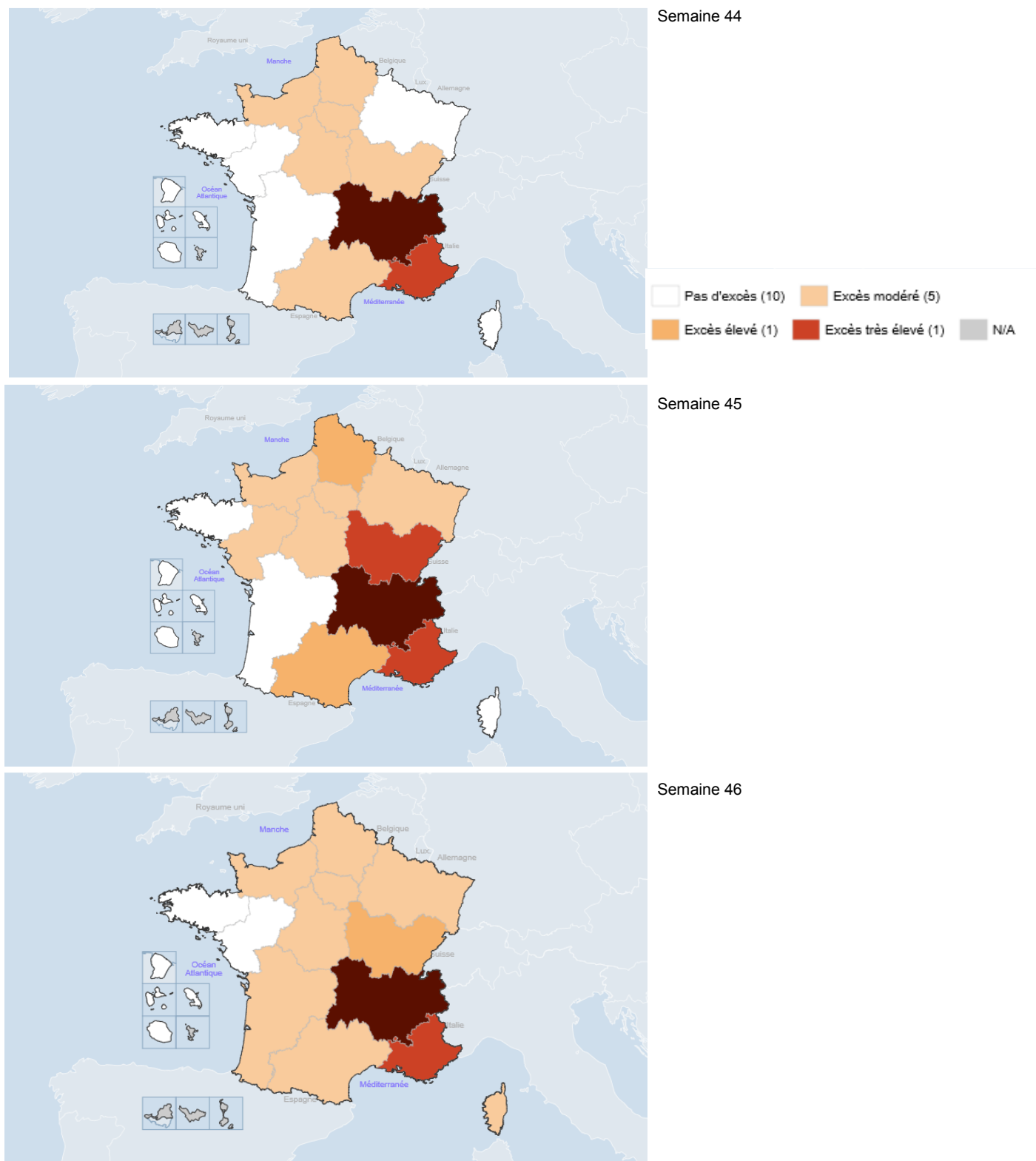
En semaine 47 le pic de mortalité démarré début octobre et ayant atteint 3 écarts type par rapport à l'attendu, semble avoir été dépassé.

Figure 12. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues (tous âges), jusqu'à la semaine 47-2020 (Source : Insee, au 25/11/2020 à 16h)



Mortalité toutes causes en Normandie

Figure 14. Niveaux d'excès de mortalité standardisé — tous âges — S44, 45, 46 (Source : Santé publique France, Insee)



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

BRONCHIOLITE (chez les moins de 2 ans)

Synthèse des données disponibles

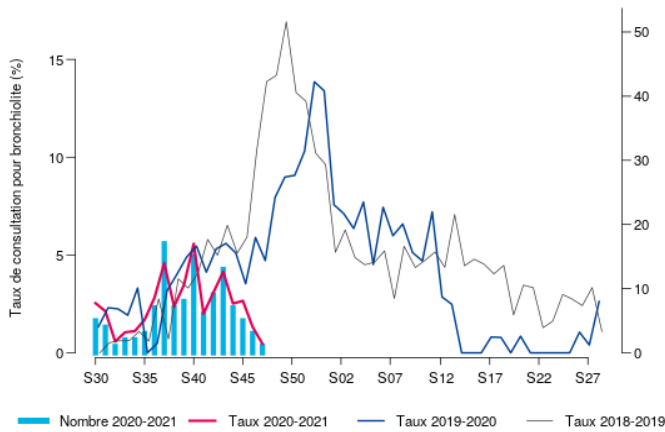
Phase non épidémique : On observe une légère augmentation des recours pour bronchiolite aux urgences et une diminution pour SOS Médecins à des niveaux faibles. L'activité pour bronchiolite est inférieure à celle observée les années précédentes. Pas de VRS isolés chez les patients hospitalisés au cours des semaines précédentes (données du CHU de Caen et Rouen). La majorité des virus isolés sont des Rhinovirus. Le week-end du 20 au 23 novembre 2020, 12 enfants ont été reçus et 20 séances de kinésithérapie ont été pratiquées (en légère augmentation par rapport au week-end précédent).

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

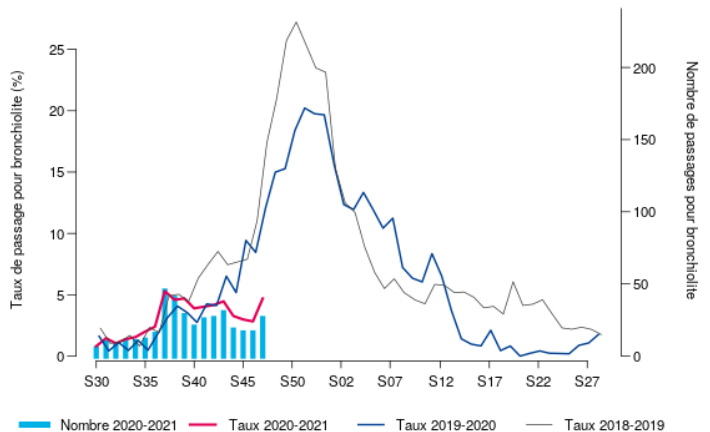
Consultations	Nombre*	Part d'activité**	Activité	Tendance à court terme	Comparaison à la même période de la saison précédente
SOS Médecins	1	0,5 %	Faible	Diminution	Inférieur
SAU - réseau Oscour®	26	4,7%	Faible	Légère augmentation	Inférieur

* 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)



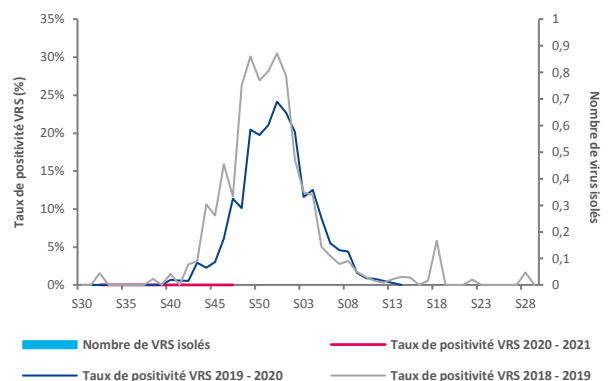
Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, SOS Médecins, Normandie, 2018-2021.



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-S46	5		7,35 %
2020-S47	12	+ 140 %	17,65 %

* 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.



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

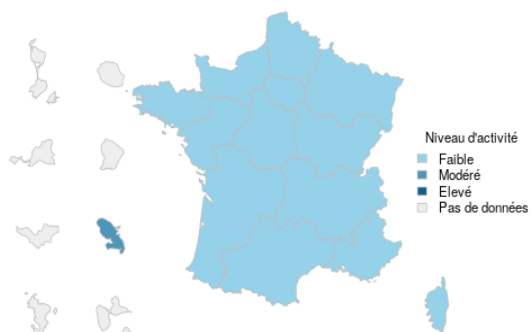
L'activité SOS Médecins et des structures d'urgences pour GEA est globalement stable et se situe à un niveau faible compris inférieurs à ceux observés les saisons précédentes. L'incidence de diarrhées aiguës estimée par le réseau Sentinelles est également inférieure à celle des années précédentes.

Recours aux soins d'urgence pour GEA

	Consultations	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
Tous âges	SOS Médecins	149	4,7 %	Faible	Stable
	SAU - réseau Oscour®	59	0,5 %	Faible	Stable
< 5 ans	SOS Médecins	18	3,8%	Faible	Diminution
	SAU - réseau Oscour®	25	2,3 %	Faible	Stable

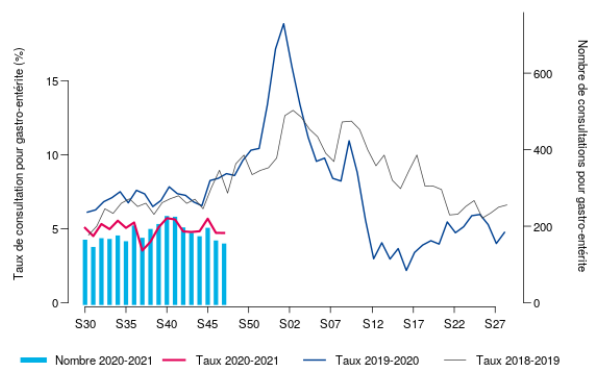
¹ Nombre de recours transmis et pour lesquels un diagnostic de GEA est renseigné ;

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

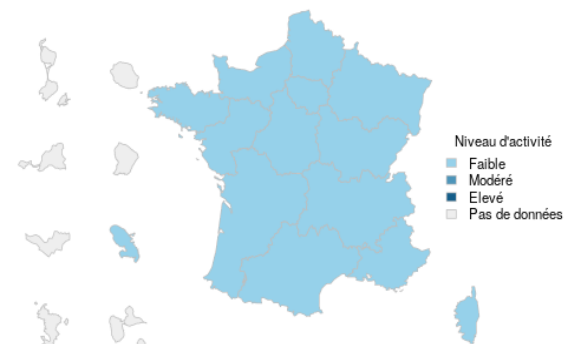


Source : SOS Médecins, Santé publique France, 2020

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

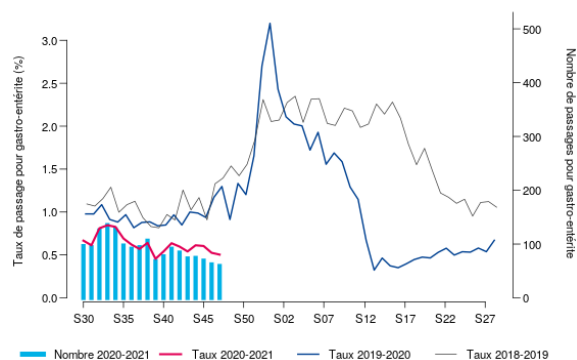


Évolution hebdomadaire du nombre d'actes (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, SOS Médecins, Normandie, 2018-2021.

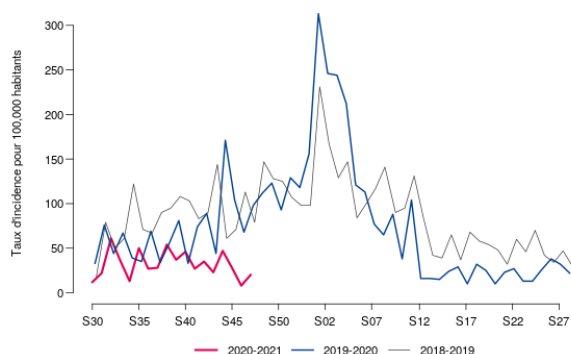


Source : SOS Médecins, Santé publique France, 2020

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 ;

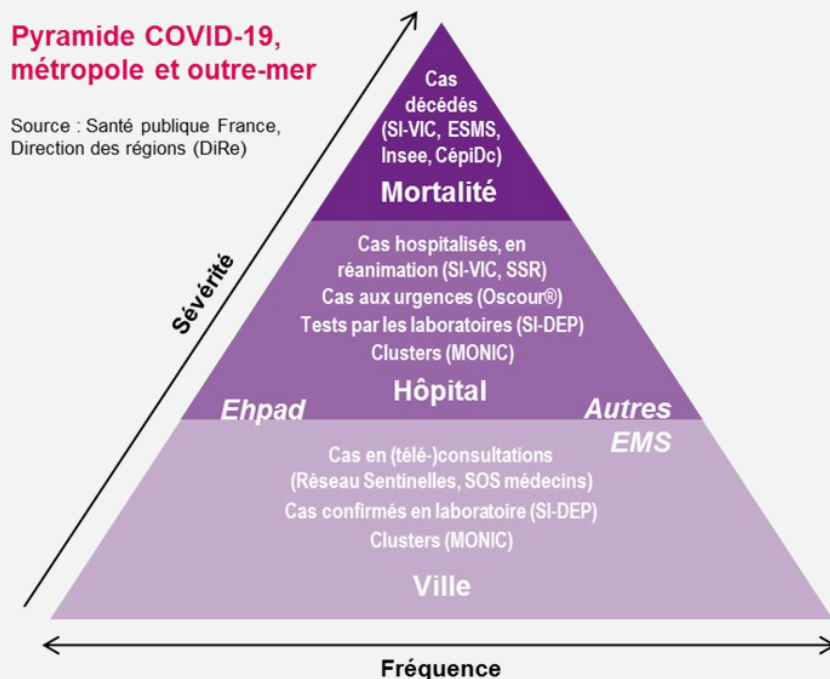
La définition des périodes épidémiques est basée sur la combinaison de méthodes statistiques appliquées à deux ou trois sources de données (SOS Médecins, Oscour® et, selon la pathologie, réseau Sentinelles). Pour chaque pathologie, un algorithme définit le niveau épidémique selon les alarmes statistiques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

Qualité des données SurSaUD® en semaine S47 :

	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	96,2%	95,6%	-	95,7%	-	98,6%
SAU – Nombre de SU inclus	41/45	8/10	9/9	5/6	5/6	14/14
SAU – Taux de codage diagnostique	67,9%	74,0%	33,4%	87,1%	75,4%	70,3%

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

27/11/2020

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

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
- Toussier 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)

