

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 48 la majeure partie des indicateurs poursuivent leur 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.

Au 29 novembre 2020,

- Incidence des cas positifs en diminution (87,5 en S48 vs 144,9 cas/semaine/100 000 hab. en S47) ainsi que le taux de positivité (8,9 % en S48 vs 11,9 % en S47)
- Diminution du nombre de reproduction effectif (R effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-COV-2 : 0,62 (0,61-0,63)
- Données hospitalières : 1 229 personnes encore hospitalisées dont 114 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, 389 clusters (hors EHPAD) ont été enregistrés sur la région dont 75 sont en cours d'investigation
 - depuis le 11 mai, 137 clusters en EHPAD ont été enregistrés sur la région dont 113 sont en cours d'investigation

En semaine 48 :

- SOS Médecins : diminution de la part d'activité pour suspicion de Covid-19 (4,6 % en S48 vs 6,9 % en S47)
- Urgences hospitalières (Oscour®) : diminution de la part d'activité pour suspicion de Covid-19 (1,2% en S48 vs 2,2% en S47)
- Episodes COVID-19 en établissement médico-social : nombre en diminution avec 19 signalements dont 16 avec des cas confirmés en S48 (vs 24 signalements dont 22 avec cas confirmés en S47)

Mortalité (page 10)

Depuis la semaine 43, le niveau de mortalité toutes causes standardisé tous âge en région Normandie est en excès modéré mais semble diminuer (à confirmer dans les semaines à venir). Le nombre de décès observés parmi les patients hospitalisés pour COVID-19 est stable par rapport à la semaine précédente.

Bronchiolite et Gastro-entérite (page 12 et 13)

En semaine S48 : l'activité pour bronchiolite est toujours 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. L'activité pour gastro-entérite est également faible en semaine S48.

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 48, en Normandie, 32 559 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2 par PCR, et pour 2 889 patients, les tests se sont avérés positifs dont 622 tests antigéniques. Le taux d'incidence régional était de 87,5 cas pour 100 000 habitants. Le taux de positivité hebdomadaire était de 8,9 % (calculé sur les tests valides). Ces taux sont en diminution par rapport à la semaine précédente S47 (respectivement 144,9/100 000 et 11,4 %). Toutes les classes d'âges sont impactées. (Figure 2).

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 29 novembre 2020, source : SI-DEP)

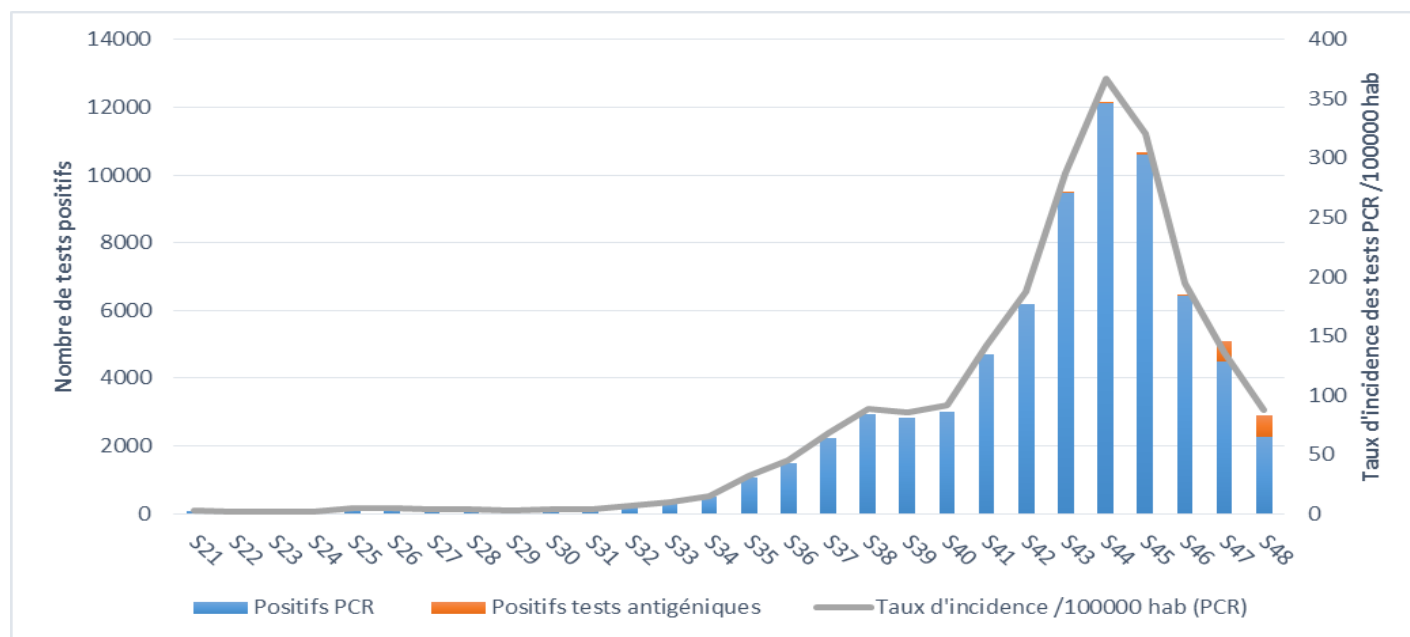
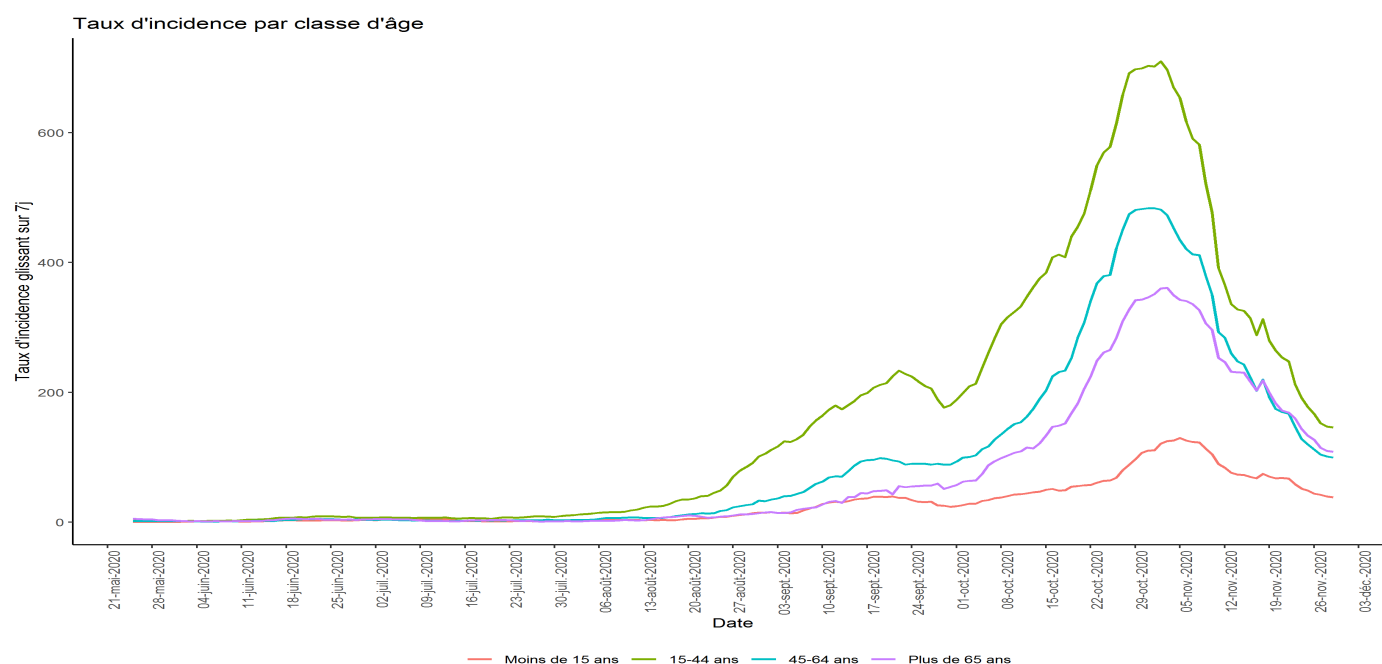


Figure 2. Evolution du taux d'incidence (pour 100 000 hab.) cumulé sur 7 jours par classe d'âge par TR-PCR, en région Normandie (du 19 mai au 29 novembre 2020, source : SI-DEP)



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 29 novembre 2020, source : SI-DEP)

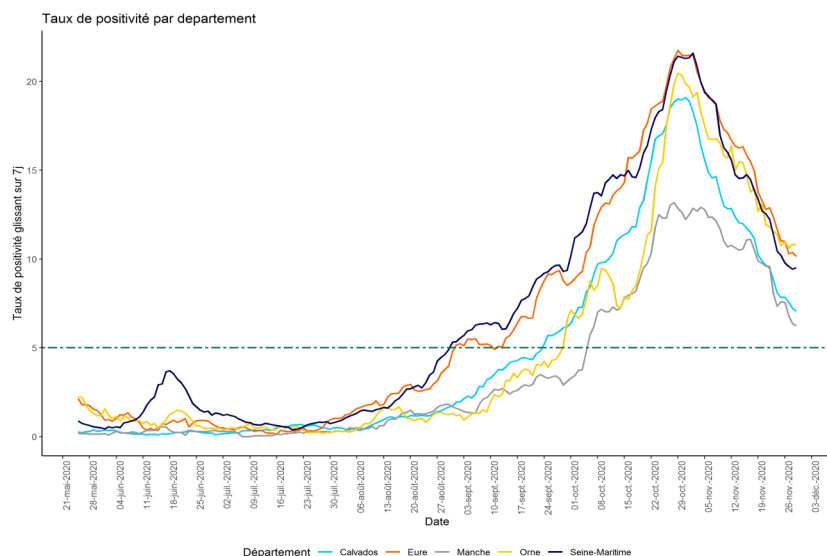
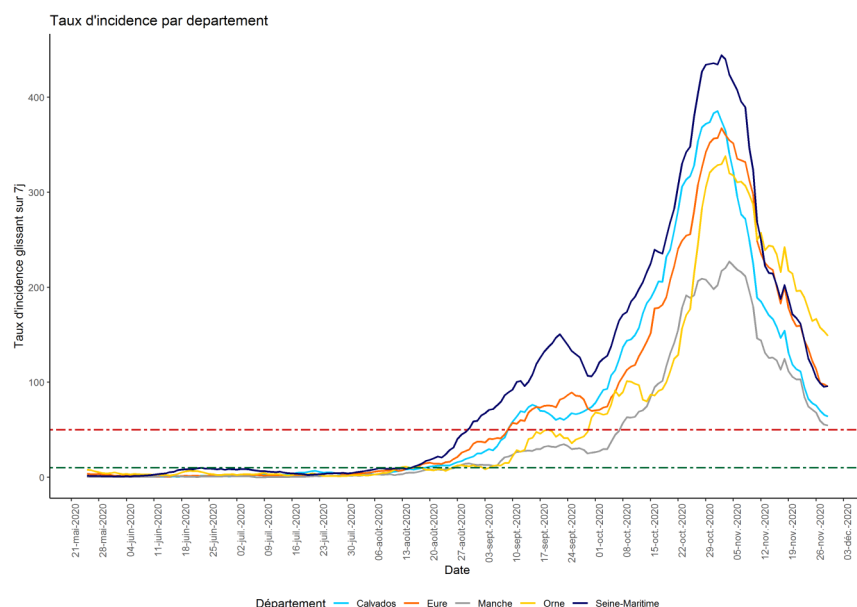
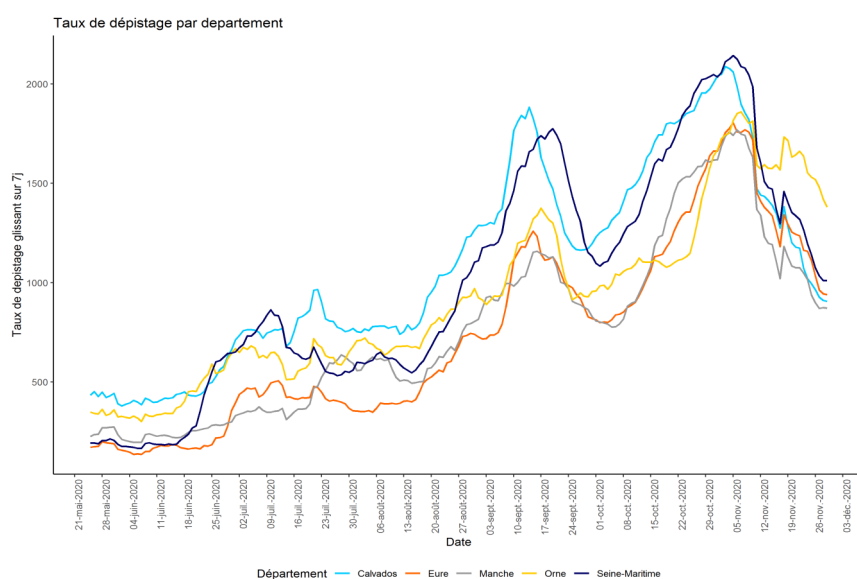


Figure 4. Evolution du taux de positivité (%) par département en région Normandie (du 19 mai au 29 novembre 2020, source : SI-DEP)

Figure 5. Evolution du taux de dépistage (pour 100 000 hab.) cumulé sur 7 jours par département, en région Normandie (du 19 mai au 29 novembre 2020, source : SI-DEP)



Covid-19 - Signalement à visée de clusters

Clusters hors EHPAD et familiaux restreints

Au 29 novembre, 389 clusters (hors Ehpads et milieu familial restreint) ont été signalés dans la région depuis le déconfinement de mai: 268 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), 46 maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas), 75 en cours d'investigation. Le nombre de nouveaux clusters signalés est en baisse en semaine S48.

Parmi les clusters encore en cours d'investigation :

- 15 clusters dans le Calvados (EMS de personnes handicapées, Etablissements de santé, Milieux professionnels, Communautés vulnérables, Milieu scolaire et universitaire, autre)
- 14 clusters dans l'Eure (EMS de personnes handicapées, Etablissements de santé, Milieu scolaire et universitaire, Milieux professionnels, Communautés vulnérables, Autre)
- 8 clusters dans la Manche (EMS de personnes handicapées, Etablissements de santé)
- 12 clusters dans l'Orne (EMS de personnes handicapées, Etablissements de santé, Milieu scolaire et universitaire, Autre)
- 26 clusters en Seine-Maritime (EMS de personnes handicapées, Etablissements de santé, Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion, Milieux professionnels, Milieu scolaire et universitaire, Autre)

Figure 6. Répartition hebdomadaire des signalements de cluster (hors Ehpads et milieu familial restreint) par département, entre le 9 mai et le 29 novembre 2020 (N=389) (Source MONIC)

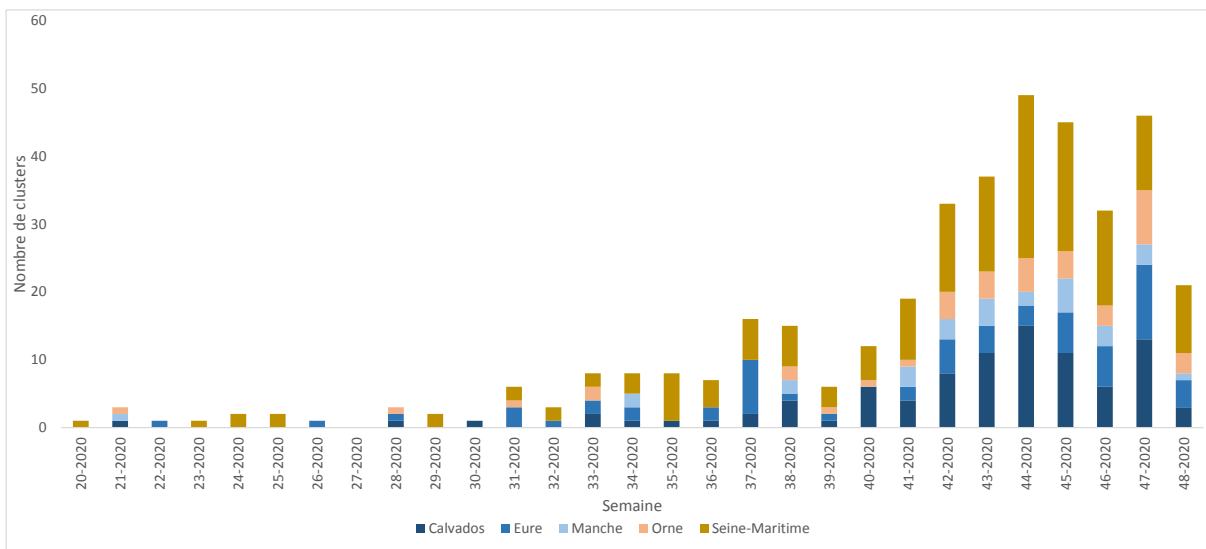


Tableau 1. Répartition par type de collectivité des clusters (hors Ehpads et milieu familial restreint) rapportés en Normandie, entre le 9 mai et le 29 novembre 2020 (N=389) (source MONIC, données actualisées au 3/12 à 16h)

Type de collectivités	N=389
Etablissements de santé	94
Milieux professionnels (entreprise)	70
Autre*	58
Milieu scolaire et universitaire	48
EMS de personnes handicapées	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	6
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)	7

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

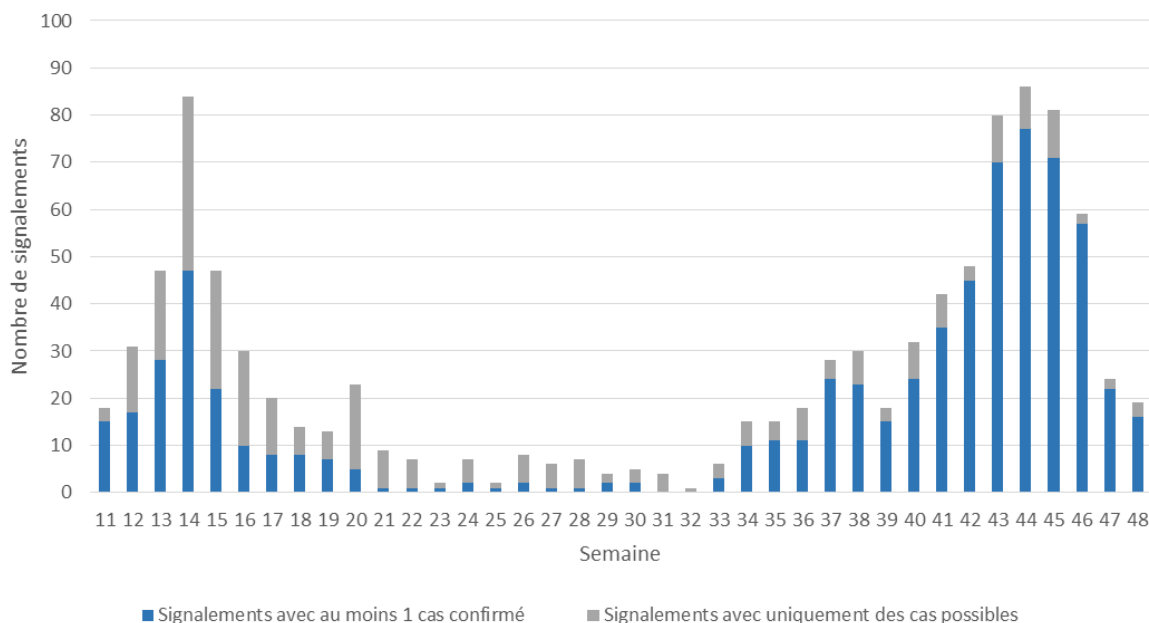
Covid-19 - Etablissements sociaux et médico-sociaux

• Surveillance ESMS dont EHPAD

En semaine 48, le nombre d'épisodes de Covid-19 est en diminution dans les établissements médico-sociaux (avec hébergement) par rapport à la semaine 47. Dans la majorité des cas, ces signalements comportent au moins 1 cas confirmé (Figure 7).

Depuis mars 2020, les EMS normands ont effectué 995 signalements via l'application Voozanoo, dont 578 depuis le 1^{er} septembre. Ces signalements regroupent 4620 cas confirmés de Covid-19 chez les résidents (dont 3587 depuis le 1/09/2020) et 703 décès (dont 393 depuis le 1/09/2020).

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

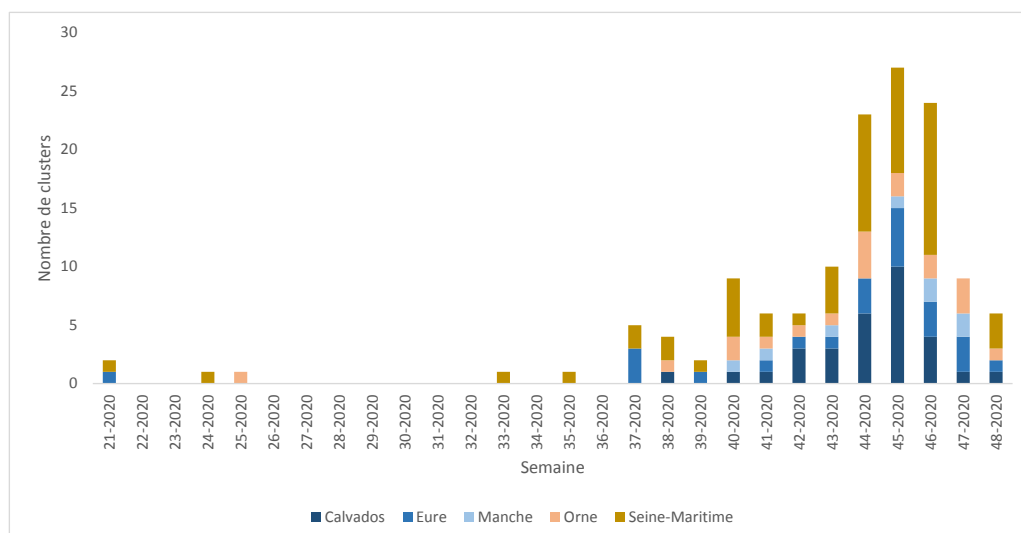


• Clusters en EHPAD

Au 29 novembre, 137 clusters en Ehpad ont été signalés dans la région depuis le déconfinement de mai : 18 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), 6 maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas) et 113 en cours d'investigation. Le nombre hebdomadaire de nouveaux clusters est en baisse. Parmi les clusters encore en cours d'investigation :

- 30 clusters dans le Calvados
- 19 clusters dans l'Eure
- 6 clusters dans la Manche
- 14 clusters dans l'Orne
- 44 clusters en Seine-Maritime

Figure 8. Répartition hebdomadaire des clusters en Ehpad par département, entre le 9 mai et le 29 novembre 2020 (N=137) (Source MONIC)

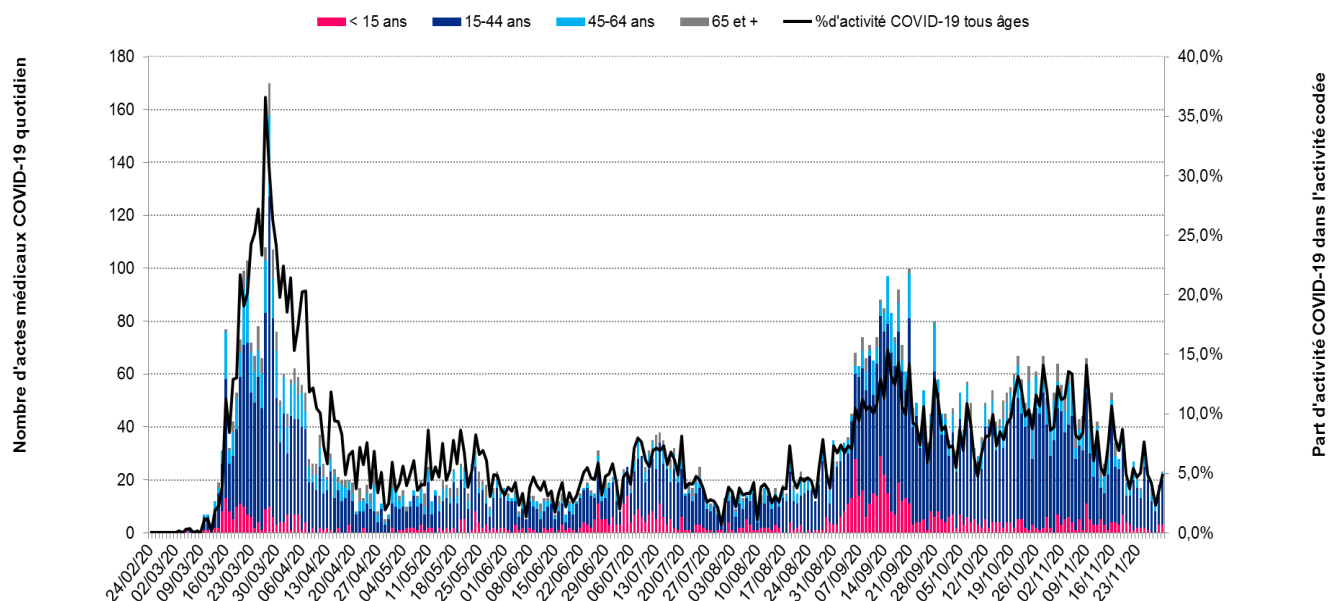


Covid-19 - Autres indicateurs

En semaine 48, les nombre et taux de passage aux urgences et d'actes de SOS-Médecins pour suspicion de Covid-19 étaient en diminution par rapport à la semaine 47 (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.

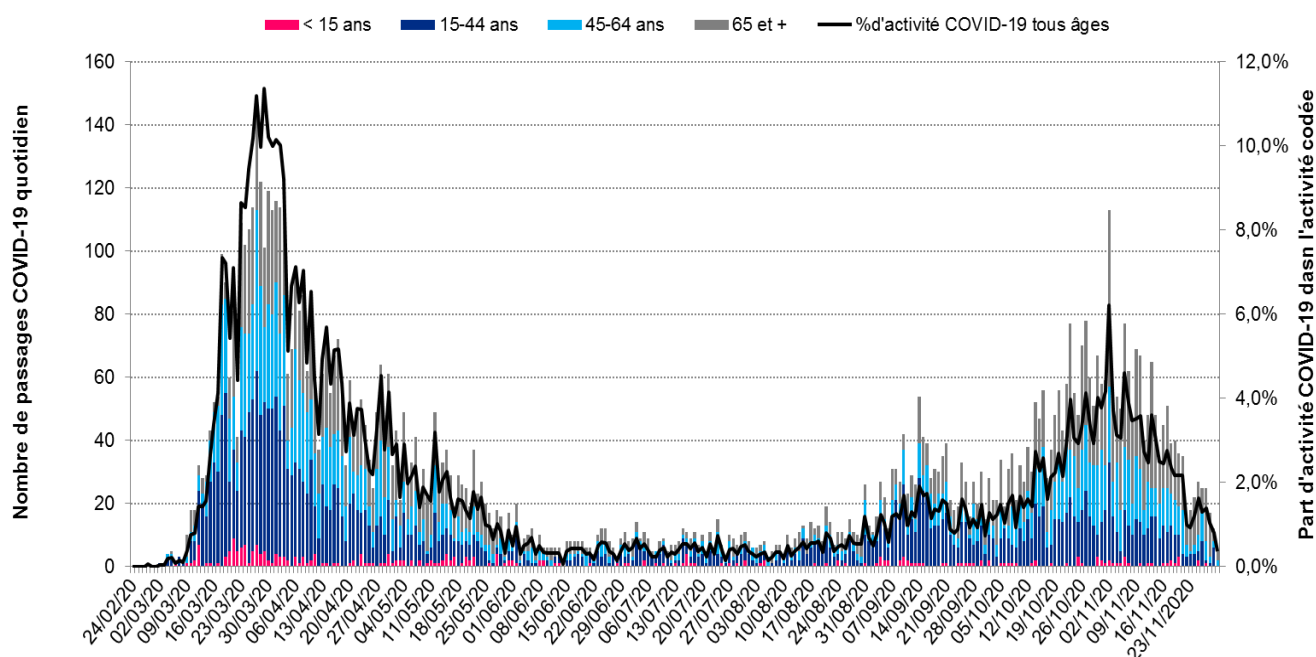
• Surveillance en ville

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 01/12/2020,

Source : SI-VIC extraction du 01/12/2020 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 1er décembre 2020, 1229 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en Normandie dont 114 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.

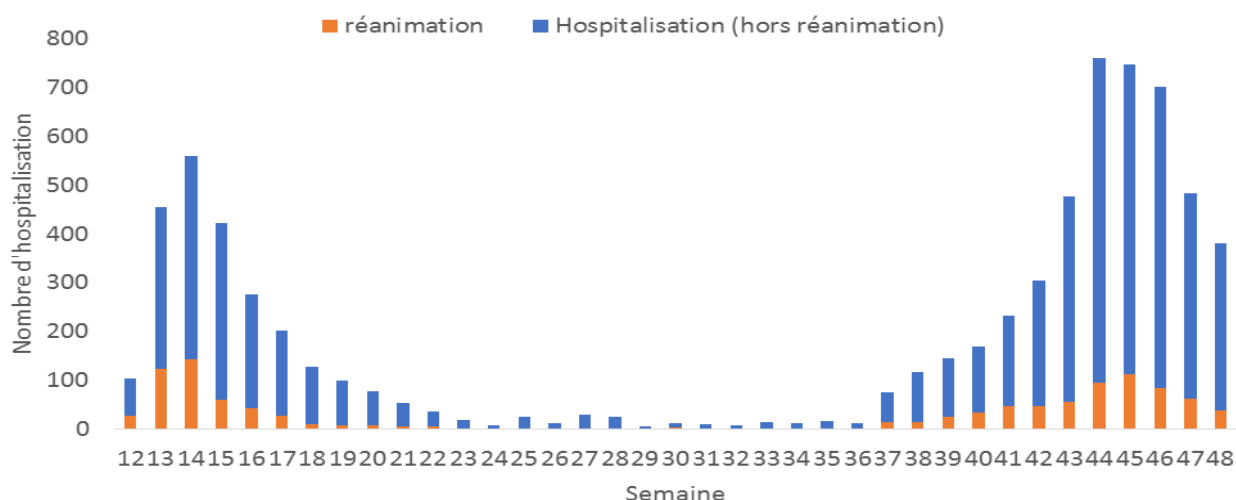
Classe d'âge	Hospitalisations N= 1229	Admissions en réanimation N=114
0-9 ans	2 (0,16%)	0 (0,0%)
10-19 ans	2 (0,16%)	0 (0,0%)
20-29 ans	8 (0,65%)	2 (1,75%)
30-39 ans	10 (0,81%)	1 (0,87%)
40-49 ans	26 (2,11%)	5 (4,38%)
50-59 ans	71 (5,77%)	18 (15,7%)
60-69 ans	171 (13,9%)	33 (28,9%)
70-79 ans	286 (23,2%)	44 (38,5%)
80-89 ans	443 (36,0%)	9 (7,89%)
90 ans et plus	201 (16,3%)	1 (0,87%)

Tableau 3. Nombre et part (en %) des personnes en hospitalisations et en réanimations pour COVID-19 au 01/12/2020, par département de prise en charge

Source : SI-VIC extraction du 01/12/2020 à 15h

département	Hospitalisations		Admissions en réanimation	
	N	%	N	%
Calvados	240	19,5%	23	20,2%
Eure	180	14,6%	7	6,1%
Manche	147	12,0%	14	12,3%
Orne	144	11,7%	11	9,6%
Seine-Maritime	518	42,1%	59	51,8%
Normandie	1229	100,0%	114	100,0%

Figure 11. Nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations et réanimations pour COVID-19 (Source : SI-VIC, extraction du 01/12/2020 à 15h)



Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 en Normandie poursuit sa diminution en semaine 48 (343 hospitalisations vs 421 en S47).

Le nombre de cas de COVID-19 admis en réanimation quotidiennement était également en diminution en semaine 48 (38 hospitalisations en réanimation vs 63 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.

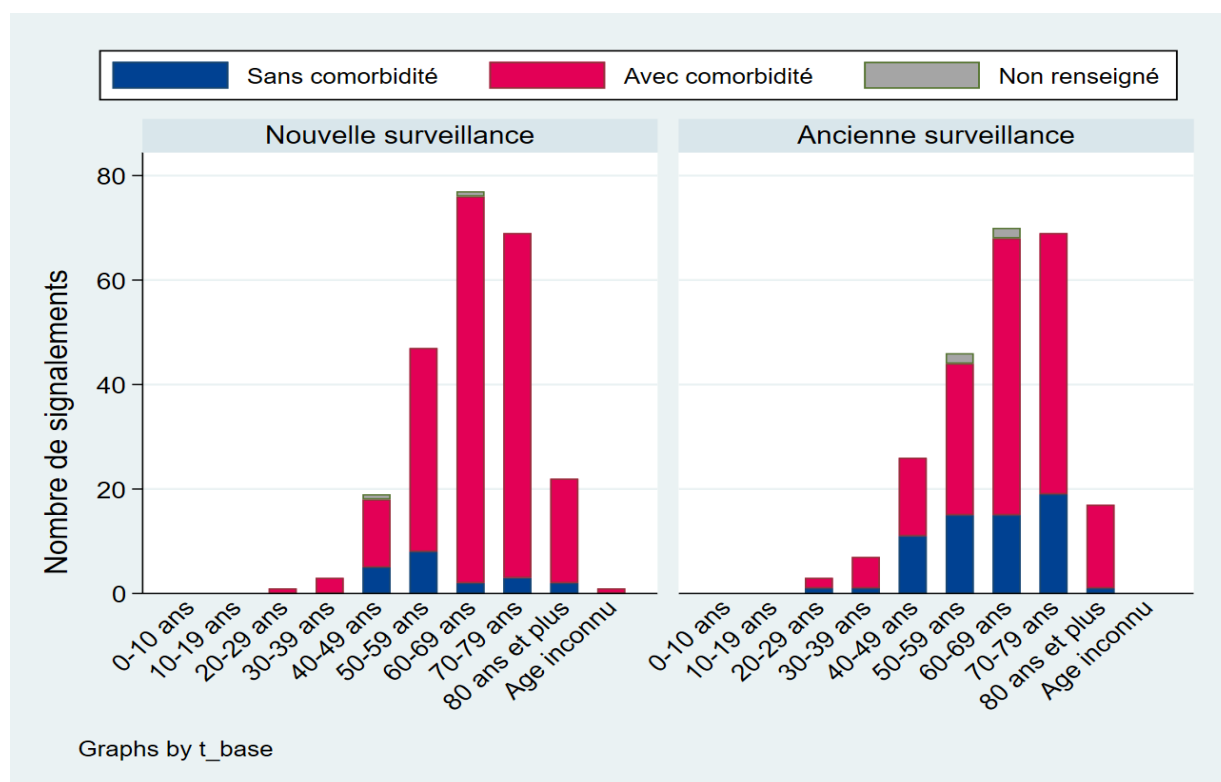
Entre le 01/09/2020 et le 01/12/2020 à 14h, 239 patients confirmés au SarsCov2 et admis dans les services de réanimation sentinelles ont été signalés.

L'âge médian des patients était de 68 ans (min : 24 - max : 93 ans) et 72 % 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 (37%) et les 65-74 ans (34%).

Parmi les patients pour lesquels l'existence ou l'absence de comorbidité était documentée, 92% présentaient au moins une comorbidité. L'existence d'une obésité (IMC \geq 30) et d'une hypertension artérielle (HTA) a été retrouvée chez respectivement 48% et 49% 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 18% parmi les patients dont l'évolution était connue (N=32/181).

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 01/12/2020 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=239, données arrêtées le 01 décembre 2020)

	Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance		Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance
Cas admis en réanimation			Classe d'âge		
Nb signalements	239	238	0-14 ans	0 (0%)	0 (0%)
Répartition par sexe			15-44 ans	11 (5%)	15 (6%)
Homme	176	175	45-64 ans	87 (37%)	96 (40%)
Femme	63	63	65-74 ans	81 (34%)	92 (39%)
Inconnu	0	0	75 ans et plus	59 (25%)	35 (15%)
Ratio	2,8	2,8	Non renseigné	1	0
Age			Comorbidités		
Moyen	66,3	63,7	Aucune comorbidité	20 (8%)	63 (27%)
Médian	67,7	66,6	Au moins une comorbidité parmi :	217 (92%)	171 (73%)
Quartile 25	58,6	55,1	- Obésité (IMC>=30)	114 (48%)	47 (20%)
Quartile 75	74,9	72,9	- Hypertension artérielle	115 (49%)	75 (32%)
Délai entre début des signes et admission en réanimation			- Diabète	76 (32%)	41 (18%)
Moyen	8,8	9,7	- Pathologie cardiaque	59 (25%)	46 (20%)
Médian	8	9	- Pathologie pulmonaire	48 (20%)	46 (20%)
Quartile 25	6	6	- Immunodépression	13 (5%)	20 (9%)
Quartile 75	11	13	- Pathologie rénale	11 (5%)	17 (7%)
Région de résidence des patients			- Cancer*	20 (8%)	-
Hors région	11 (5%)	33 (14%)	- Pathologie neuromusculaire	5 (2%)	4 (2%)
Normandie	227 (95%)	205 (86%)	- Pathologie hépatique	5 (2%)	3 (1%)
Non renseigné	1	0	Non renseigné	2	4
			Evolution		
			Evolution renseignée	181 (76%)	218 (92%)
			- Transfert hors réanimation ou retour à domicile	149 (82%)	174 (80%)
			- Décès	32 (18%)	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	31 (16%)	67 (29%)
Mineur	22 (11%)	22 (9%)
Modéré	87 (45%)	81 (35%)
Sévère	52 (27%)	64 (27%)
Non renseigné	47	4
Type de ventilation**		
O2 (lunettes/masque)	5 (3%)	15 (7%)
VNI (Ventilation non invasive)	1 (1%)	2 (1%)
Oxygénothérapie à haut débit	134 (69%)	72 (32%)
Ventilation invasive	51 (26%)	132 (59%)
Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	3 (2%)	3 (1%)
Non renseigné	45	14
Durée de séjour		
Durée moyenne de séjour	10,2	15,6
Durée médiane de séjour	8	12
Durée quartile 25	5	5
Durée quartile 75	14	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, 1157 sont décédées depuis le 1^{er} mars (+73 décès par rapport au bulletin de la semaine dernière). En semaine 48, le nombre de patients décédés au cours de leur hospitalisation était similaire à la semaine précédente. (Figure 13 et Tableau 5).

Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, 625 décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées. Les plus de 75 ans représentaient 75,7 % des décès. Des comorbidités étaient renseignées dans 419 certificats de décès.

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

Source : SI-VIC, au 30/11/2020 à 14h

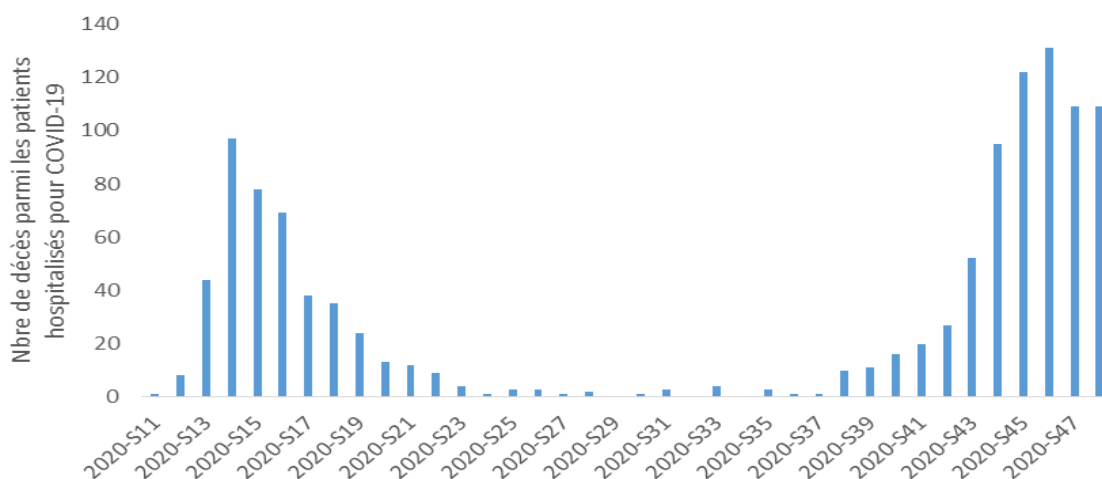


Tableau 5. repartition (en %) par classe d'âge des cas de COVID-19 décédés au cours de leur hospitalisation

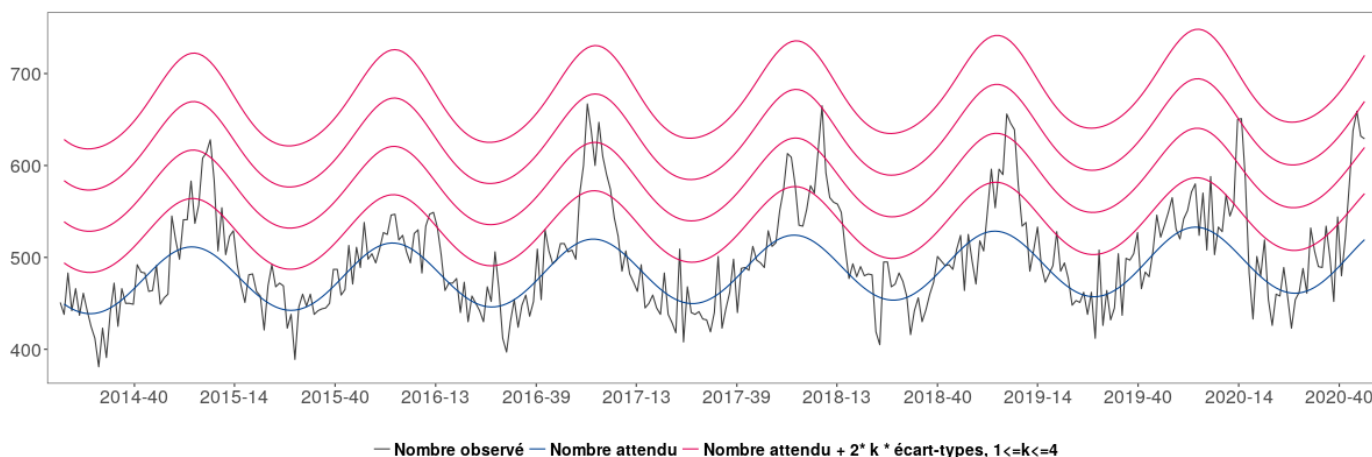
Source : SI-VIC, au 30/11/2020 à 14h

Classe d'âge	0-9 ans	10-19 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	80-89 ans	90 ans et +
Décédés N=1157 (%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	1,6%	3,1%	12,1%	21,0%	39,5%	21,6%

Mortalité toutes causes en Normandie

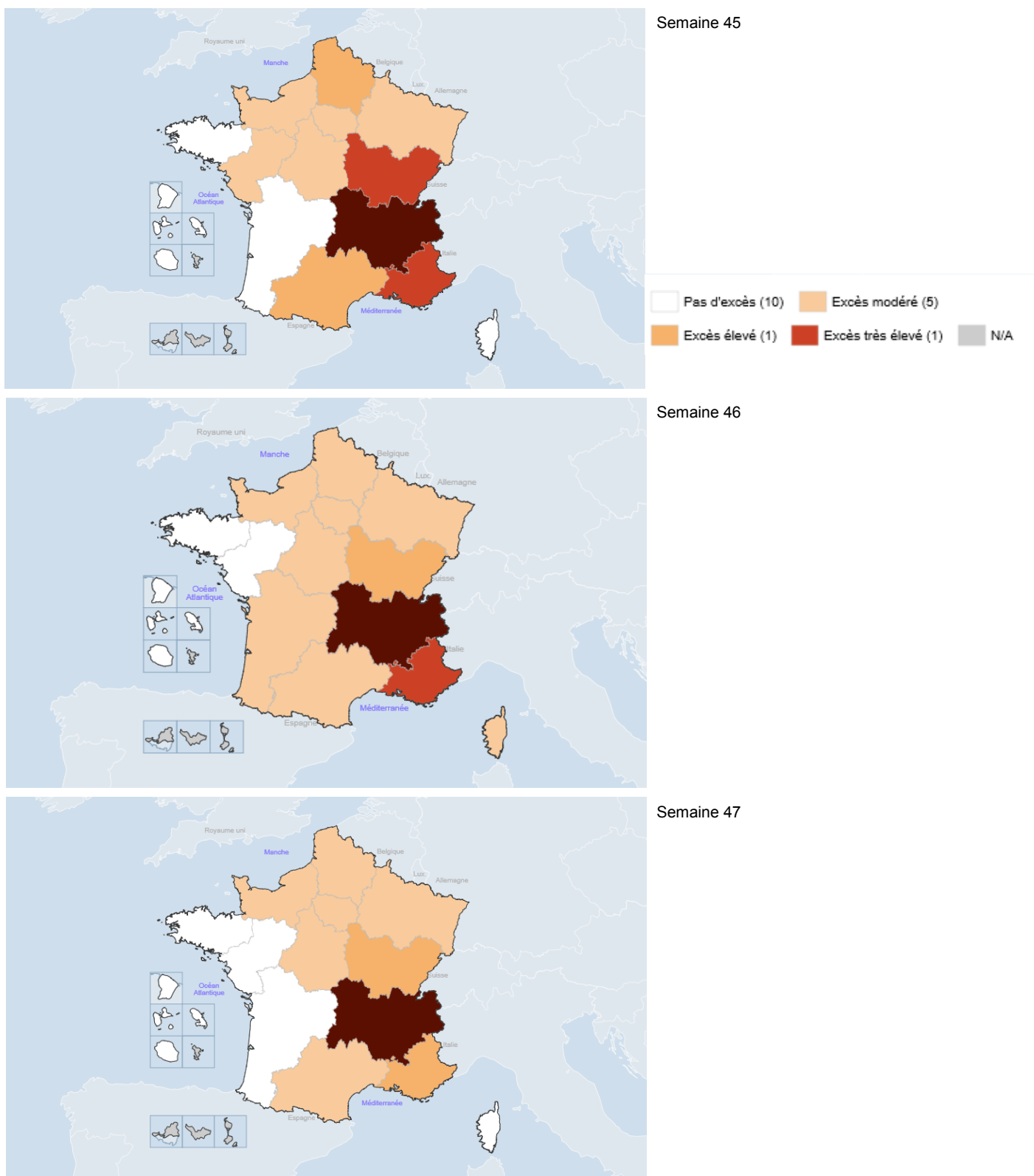
En semaine 48, le pic de mortalité démarré début octobre et ayant atteint 3 écarts type par rapport à l'attendu en semaine 45 est en phase descendante (données à consolider)

Figure 12. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues (tous âges), jusqu'à la semaine 48-2020 (Source : Insee, au 2/12/2020 à 16h)



Mortalité toutes causes en Normandie

Figure 14. Niveaux d'excès de mortalité standardisé — tous âges — S45, 46, 47 (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

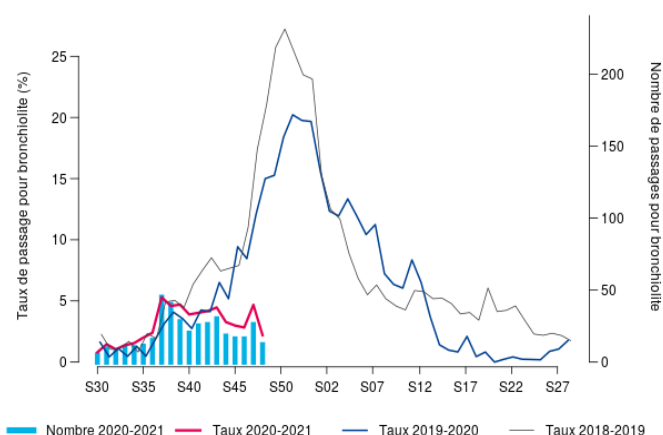
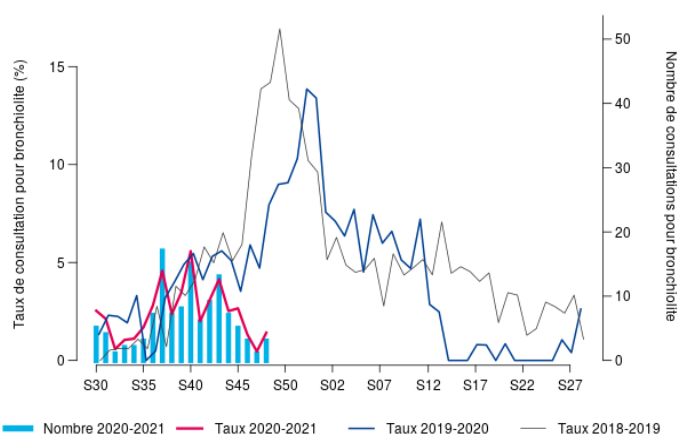
Phase non épidémique : On observe une diminution des recours pour bronchiolite aux urgences et une légère augmentation pour SOS Médecins à des niveaux faibles. L'activité pour bronchiolite est inférieure à celle observée les années précédentes. Aucun VRS n'a été isolé chez les patients hospitalisés au cours des semaines précédentes (données du CHU de Caen et Rouen). La majorité des virus isolés sont des Rhinovirus. Le week-end du 27 au 29 novembre 2020, 14 enfants ont été reçus par le Réseau Bronchiolite Normand et 19 séances de kinésithérapie ont été pratiquées (stable 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	1,4 %	Faible	Augmentation	Inférieur
SU - réseau Oscour®	12	2,2%	Faible	Diminution	Inférieur

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

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

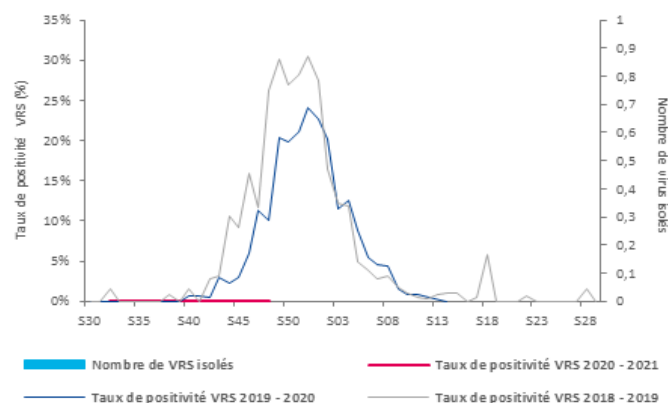


Évolution hebdomadaire du nombre d'actes (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, SOS Médecins, Normandie, 2018-2021.

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

Semaine	Nombre d'hospitalisations	Pourcentage de variation (S-1)	Part des hospitalisations totales (moins de 2 ans)
2020-S47	12		17,65 %
2020-S48	3	-75 %	4,8 %

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



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

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

Consulter les données nationales :

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

GASTRO –ENTERITES AIGUES

Synthèse des données disponibles

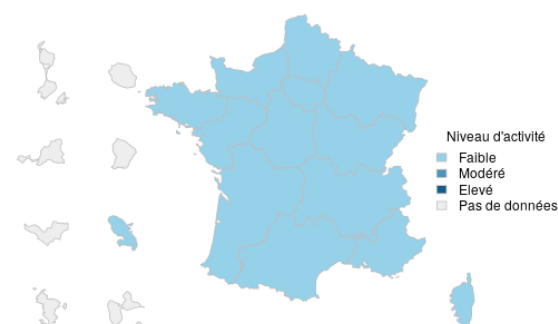
Les activités pour GEA de SOS Médecins et des services d'urgences sont globalement stables. Elles se situent à un niveau faible, inférieures à ceux observés les saisons précédentes. L'incidence de diarrhées aiguës estimée par le réseau Sentinelles est également inférieure à celle des années précédentes.

Recours aux soins d'urgence pour GEA

	Consultations	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
Tous âges	SOS Médecins	156	5,1 %	Faible	stable
	SU - réseau Oscour®	56	0,5 %	Faible	Stable
< 5 ans	SOS Médecins	24	5,2 %	Faible	Augmentation
	SU - réseau Oscour®	17	1,6 %	Faible	Diminution

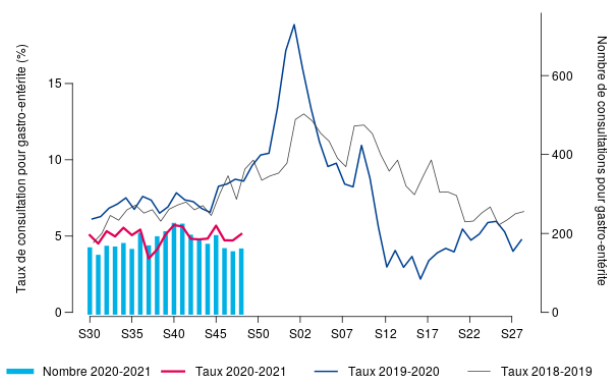
¹ Nombre de recours transmis et pour lesquels un diagnostic de GEA est renseigné ;

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

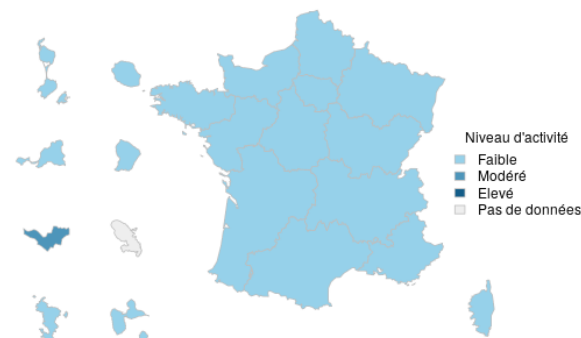


Source : SOS Médecins, Santé publique France, 2020

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

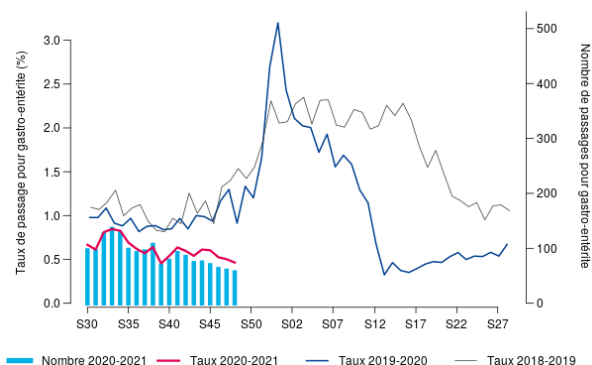


Évolution hebdomadaire du nombre d'actes (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, SOS Médecins, Normandie, 2018-2021.

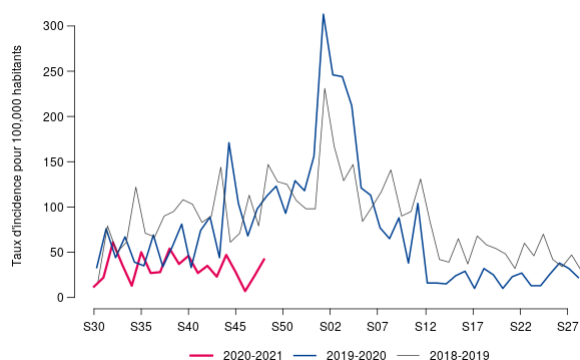


Source : Réseau Oscour, Santé publique France, 2020

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 S48 :

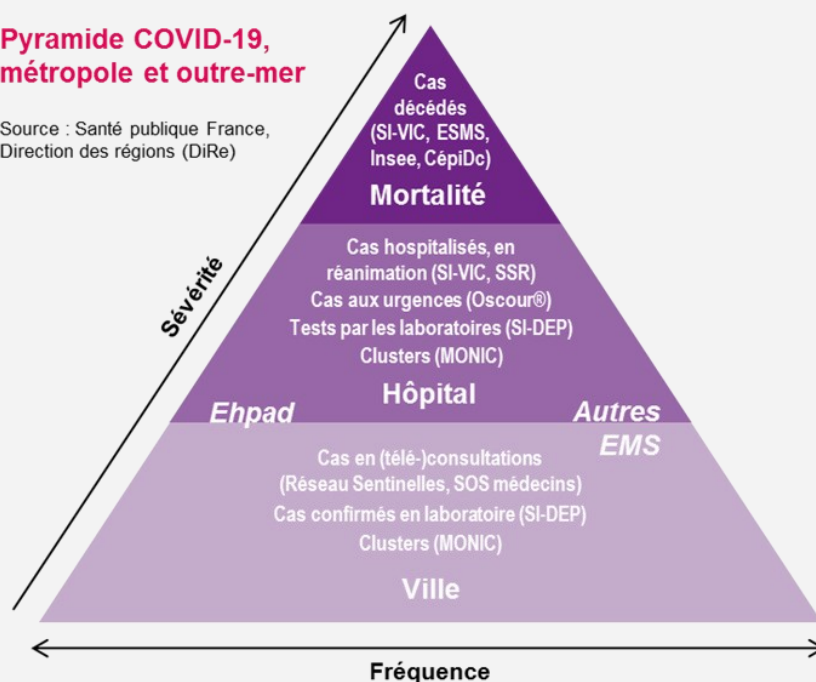
	NORMANDIE	CALVADOS	EURE	MANCHE	ORNE	SEINE-MARITIME
SOS : Nombre d'associations incluses	3/3	1/1	-	1/1	-	1/1
SOS : Taux de codage diagnostique	95,1 %	95,0 %	-	95,5 %	-	95,0 %
OSCOUR® – Nombre de SU inclus	41/45	9/10	9/9	5/6	4/6	14/14
OSCOUR® – Taux de codage diagnostique	69,2 %	75,8 %	34,5 %	88,8 %	75,3 %	71,0 %

Mission de Santé publique France

Surveiller, comprendre la dynamique de l'épidémie, anticiper les scénarii, mettre en place des actions pour prévenir et limiter la transmission du virus, mobiliser la réserve sanitaire. En région, coordonner la surveillance, investiguer, analyser les données, apporter l'expertise à l'ARS pour l'aide à la décision.

Pyramide COVID-19, métropole et outre-mer

Source : Santé publique France, Direction des régions (DiRe)



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

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

INFORMATION CORONAVIRUS COVID-19

QUE FAIRE DÈS LES PREMIERS SIGNES ?

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

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

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

INFORMATION CORONAVIRUS COVID-19

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES

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

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

Rédacteur en chef

Mélanie Martel

Equipe de rédaction

Santé publique France Normandie

Direction des régions (DiRe)

En collaboration à Santé publique France avec la Direction des maladies infectieuses (DMI), la Direction appui, traitements et analyse de données (Data)

Contact presse

presse@santepubliquefrance.fr

Diffusion Santé publique France

12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex
www.santepubliquefrance.fr

Date de publication

04/12/2020

Numéro vert 0 800 130 000

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

Sites associés :

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

