

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 50 plusieurs indicateurs sont en augmentation en région Normandie notamment le taux d'incidence, le taux de positivité et le taux de reproduction effectif (qui traduit la vitesse de propagation). L'augmentation du taux d'incidence pourrait s'expliquer en partie par une augmentation du nombre de dépistages et du nombre de clusters signalés et investigués, ce qui pourrait correspondre à une ré-intensification de l'épidémie.

Concernant la mortalité, le niveau de mortalité standardisé tous âges toutes causes est classé en excès modéré depuis la semaine 43. Le nombre hebdomadaire de décès parmi les patients hospitalisés pour Covid-19 est en diminution.

Au 13 décembre 2020,

- Incidence des cas positifs en augmentation (88,7 en S50 vs 74,6 cas/semaine/100 000 hab. en S49) ainsi que le taux de positivité (5,0 % en S50 vs 4,7 % en S49)
- Augmentation du nombre de reproduction effectif (R effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-COV-2 : 0,88 (0,86-0,91)
- Données hospitalières : 1 048 personnes encore hospitalisées dont 79 en réanimation, le nombre de nouvelles hospitalisations est en augmentation par rapport à la semaine 49.
- Clusters - Signalement à visée d'alerte des clusters :
 - depuis le 11 mai, 421 clusters (hors EHPAD) ont été enregistrés sur la région dont 48 sont en cours d'investigation
 - depuis le 11 mai, 151 clusters en EHPAD ont été enregistrés sur la région dont 44 sont en cours d'investigation

En semaine 50 :

- SOS Médecins : diminution de la part d'activité pour suspicion de Covid-19 (3,6 % en S50 vs 4.1 % en S49)
- Urgences hospitalières (Oscour®) : stabilité de la part d'activité pour suspicion de Covid-19 (0.96% en S50 vs 1% en S49)
- Episodes COVID-19 en établissement médico-social : nombre en diminution avec 19 signalements en S50, tous étant des cas confirmés (vs 26 signalements dont 25 avec cas confirmés en S49)

Mortalité (page 10)

Depuis la semaine 43, le niveau de mortalité toutes causes standardisé tous âges en région Normandie est en excès modéré . Le nombre de décès observés parmi les patients hospitalisés pour COVID-19 est en diminution par rapport à la semaine précédente.

Bronchiolite et Gastro-entérite (page 12 et 13)

En semaine S50 : 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 reste également faible en semaine S50, cependant le taux d'incidence atteint pour la première fois cette saison le niveau de l'année précédente.

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 50, en Normandie, 58 112 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2 (par PCR et par tests antigéniques), et pour 2 391 patients, les tests se sont avérés positifs. Le taux d'incidence régional était de 88,7 cas pour 100 000 habitants. Le taux de positivité hebdomadaire était de 5,0 % (calculé sur les tests valides). Ces taux sont en augmentation par rapport à la semaine précédente S49 (respectivement 74,6/100 000 et 4,7 %). La tranche d'âge des plus de soixante-cinq ans est la plus concernée par cette augmentation (Figure 2).

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

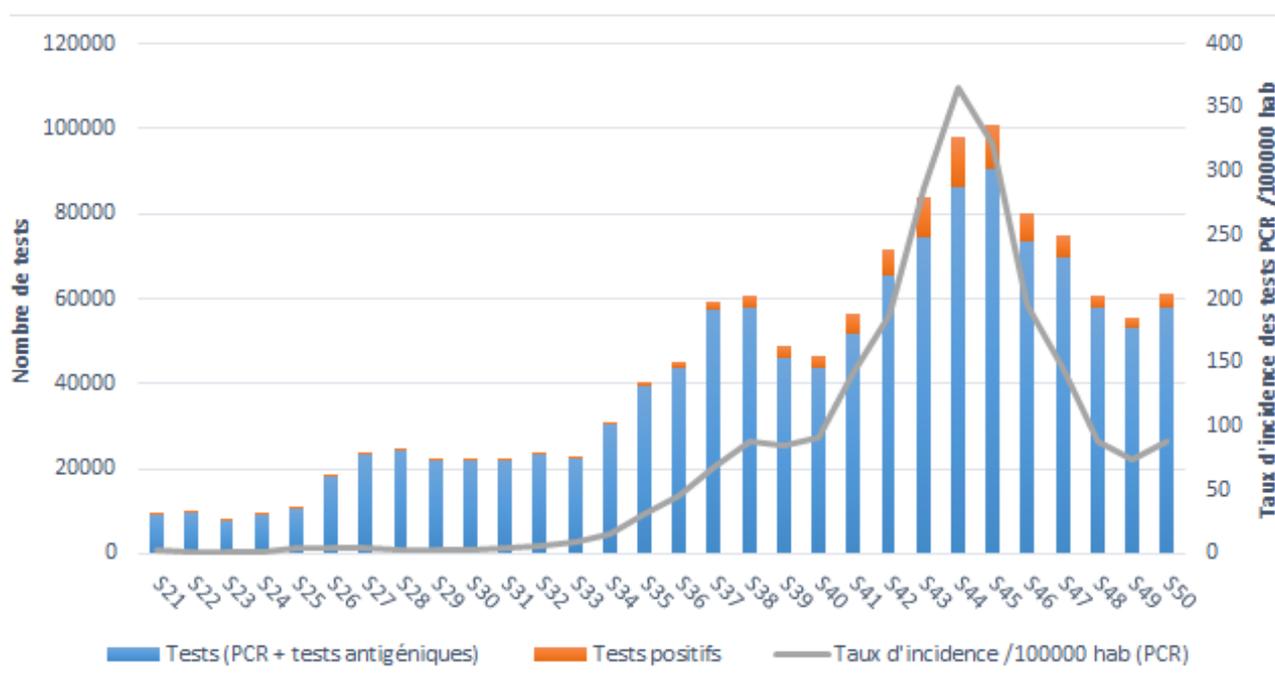
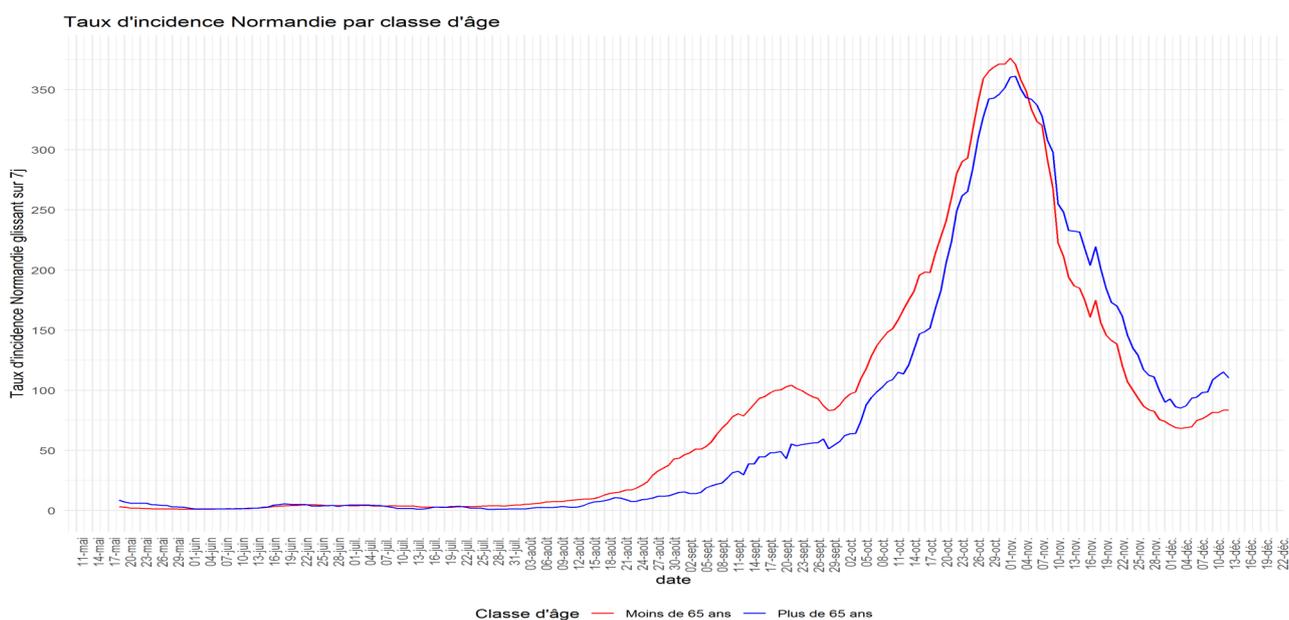


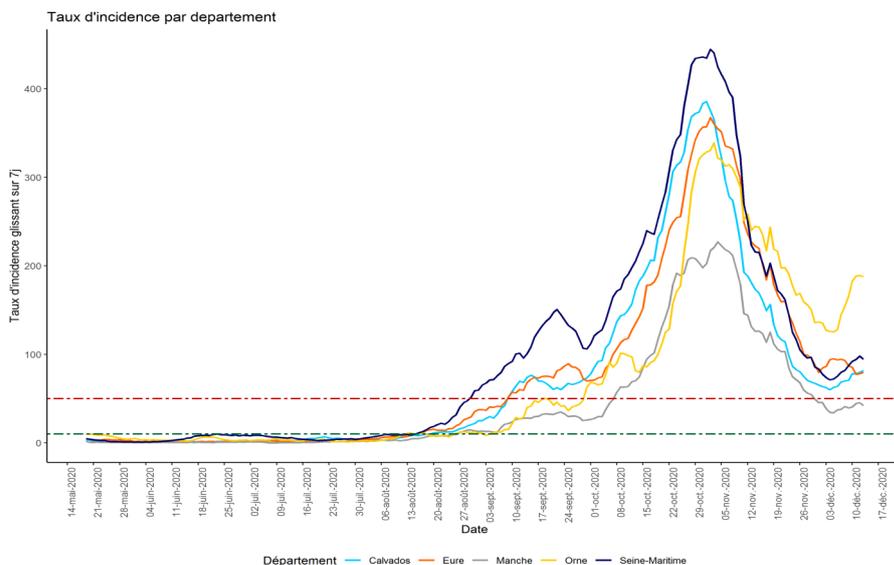
Figure 2. Evolution du taux d'incidence des tests (pour 100 000 hab.) cumulé sur 7 jours pour les plus et les moins de 65ans, en région Normandie (13 mai au 6 décembre 2020, source : SI-DEP)



Covid-19 - Surveillance virologique départementale

Les taux d'incidence et de positivité sont en augmentation dans tous les départements de Normandie à l'exception de l'Eure où les taux sont en diminution. L'augmentation est la plus marquée dans le département de l'Orne. Ces tendances sont conjointes d'une augmentation des taux de dépistages. (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 13 décembre 2020, source : SI-DEP)



Taux de positivité par département

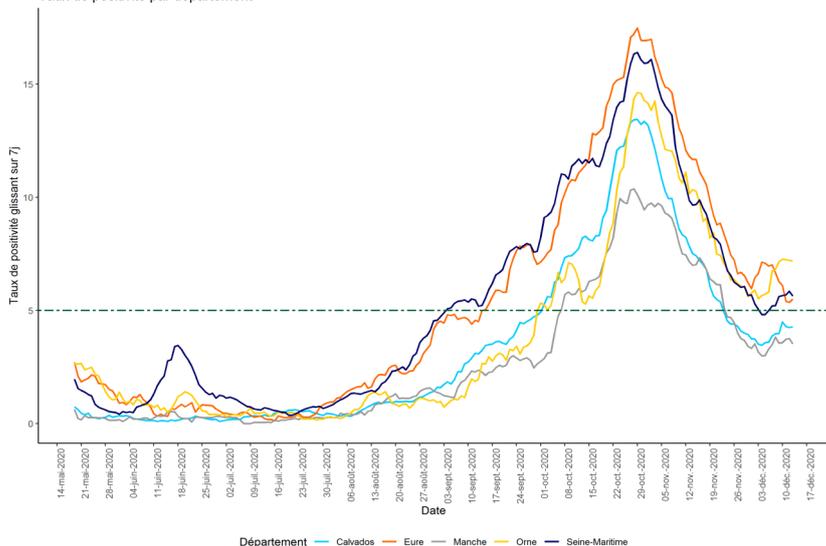
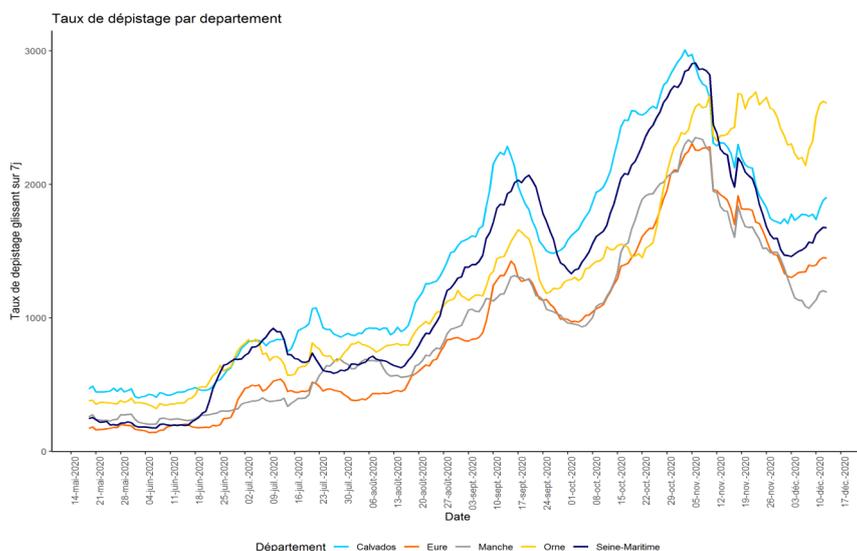


Figure 4. Evolution du taux de positivité (%) par département en région Normandie (du 19 mai au 13 décembre 2020, source : SI-DEP)

Figure 5. Evolution du taux de dépistage (pour 100 000 hab.) cumulé sur 7 jours par département, en région Normandie (du 19 mai au 13 décembre 2020, source : SI-DEP)



Covid-19 - Signalement à visée de clusters

Clusters hors EHPAD et familiaux restreints

Au 13 décembre 2020, 421 clusters (hors Ehpads et milieu familial restreint) ont été signalés dans la région depuis le déconfinement de mai : 331 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), 42 maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas) et 48 en cours d'investigation. Le nombre de nouveaux clusters signalés est en baisse en semaine S50.

Parmi les clusters encore en cours d'investigation :

- 14 clusters dans le Calvados (EMS de personnes handicapées, Etablissements de santé, Milieux professionnels, Communautés vulnérables, Milieu scolaire et universitaire, Etablissement sociaux d'hébergement et d'insertion, autre)
- 7 clusters dans l'Eure (EMS de personnes handicapées, Etablissements de santé, Milieu scolaire et universitaire, Milieux professionnels)
- 2 clusters dans la Manche (EMS de personnes handicapées, Etablissements de santé)
- 9 clusters dans l'Orne (Etablissement pénitentiaires, Milieux professionnels, Etablissements de santé, Autre)
- 16 clusters en Seine-Maritime (EMS de personnes handicapées, Etablissements de santé, Milieux professionnels, Milieu scolaire et universitaire, Structure de l'aide sociale à l'enfance)

Figure 6. Répartition hebdomadaire des signalements de cluster (hors Ehpads et milieu familial restreint) par département, entre le 9 mai et le 13 décembre 2020 (N=421) (Source MONIC)

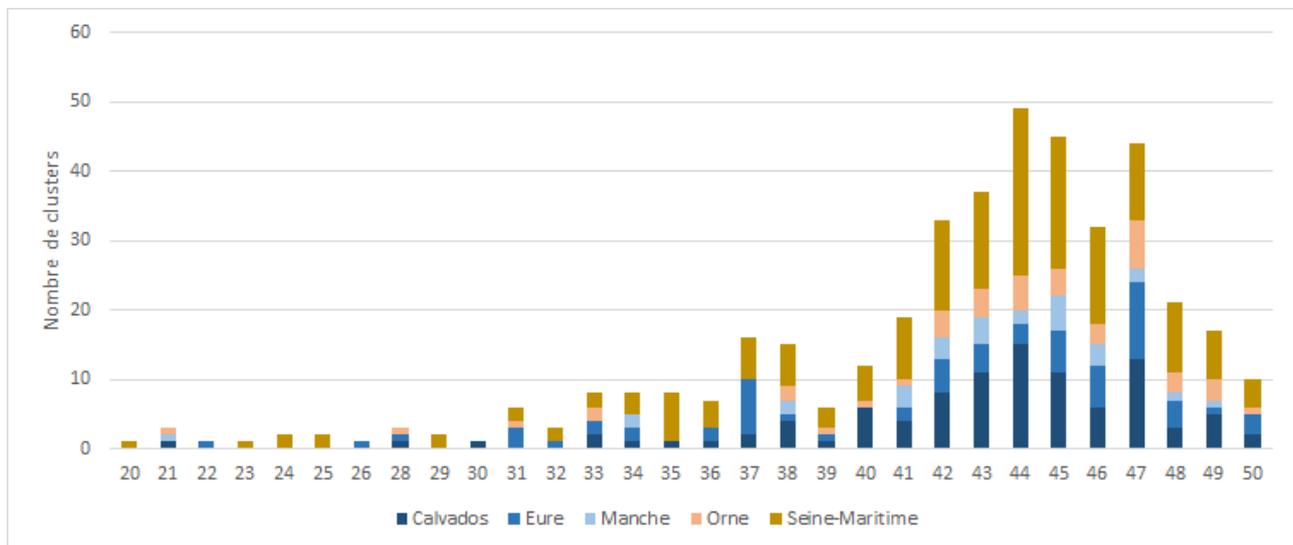


Tableau 1. Répartition par type de collectivité des clusters (hors Ehpads et milieu familial restreint) rapportés en Normandie, entre le 9 mai et le 13 décembre 2020 (N=421) (source MONIC, données actualisées au 18/12 à 14h)

Type de collectivités	N=421
Etablissements de santé	108
Milieux professionnels (entreprise)	76
Autre	59
Milieu scolaire et universitaire	54
EMS de personnes handicapés	43
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	26
Evènements publics ou privés : rassemblements temporaires de personnes	13
Crèches	10
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	10
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc)	7
Structure de l'aide sociale à l'enfance	7
Transport (avion, bateau, train)	3
Etablissement pénitentiaires	3
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	2

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

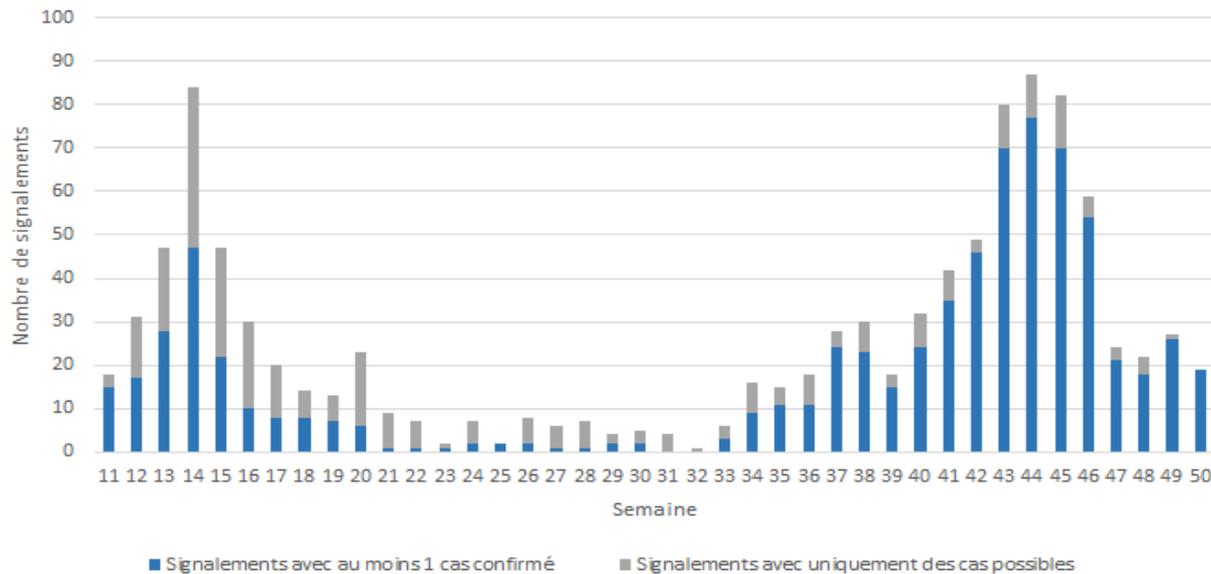
Covid-19 - Etablissements sociaux et médico-sociaux

Surveillance ESMS dont EHPAD

En semaine 50, le nombre d'épisodes de Covid-19 est en diminution dans les établissements médico-sociaux (avec hébergement) par rapport à la semaine 49. Dans la majorité des cas, ces signalements comportent au moins 1 cas confirmé (Figure 7).

Depuis mars 2020, les EMS normands ont effectué 1035 signalements via l'application Voozadoo, dont 618 depuis le 1^{er} septembre. Ces signalements regroupent 5233 cas confirmés de Covid-19 chez les résidents (dont 4113 depuis le 01/09/2020) et 776 décès (dont 459 depuis le 01/09/2020).

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

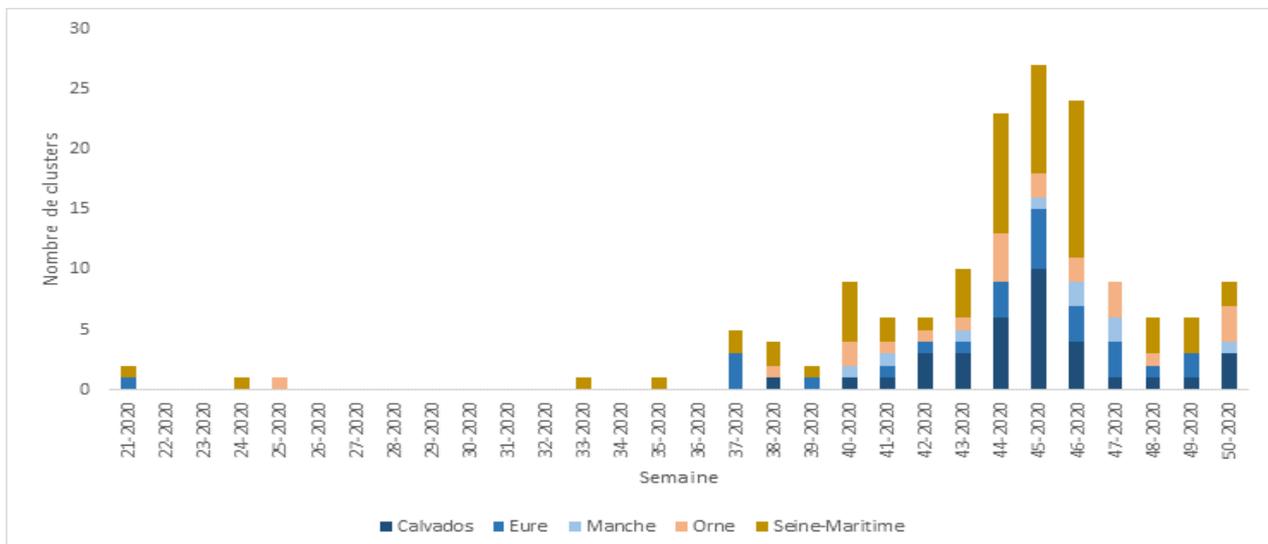


Clusters en EHPAD

Au 13 décembre 2020, 151 clusters en Ehpads ont été signalés dans la région depuis le déconfinement de mai : 73 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), 34 maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas) et 44 en cours d'investigation. Le nombre hebdomadaire de nouveaux clusters est en hausse. Parmi les clusters encore en cours d'investigation :

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

Figure 8. Répartition hebdomadaire des clusters en Ehpads par département, entre le 9 mai et le 13 décembre 2020 (N=151) (Source MONIC)



Zoom sur les clusters signalés en Normandie entre les deux confinements du 17 mai au 30 octobre 2020

A la suite de la 1^{ère} vague et du 1^{er} confinement, une stratégie de repérage des clusters a été mise en place, permettant de détecter rapidement d'autres cas et de casser les chaînes de transmission.
A partir de septembre 2020, le nombre de clusters a augmenté avec l'intensification de la circulation virale en Normandie jusqu'au second confinement.

Avec la levée de ce 2^{ème} confinement le 15 décembre, il semble important d'anticiper les clusters à risque de criticité élevé ou générant de nombreux cas de COVID-19.

Pour cela, une description a été faite de la typologie et de la criticité des clusters signalés entre les deux confinements en Normandie pour guider la priorisation des actions de prévention.

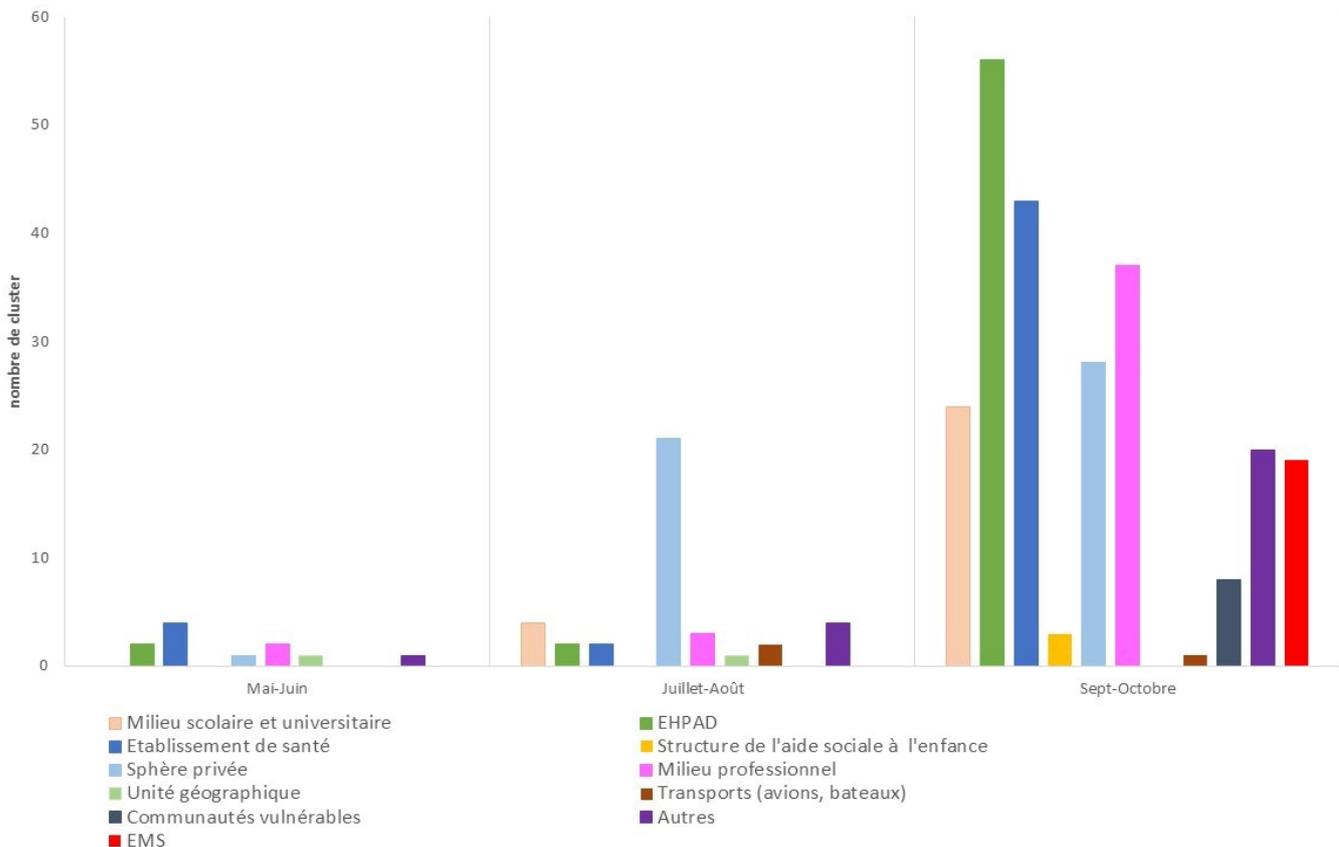
• Répartition temporelle des clusters

Entre mai et octobre 2020, 289 clusters ont été signalés, en particulier dans les établissements pour personnes âgées (21 %), dans les établissements de santé (17 %), dans la sphère privée (14 %) et en milieu professionnel (14%) (Tableau 2). Le nombre et la distribution ont changé au fil du temps (Figure 9).

Entre mai et juin 2020, à la suite de la levée du premier confinement, 9 clusters ont été signalés. Pendant les vacances d'été (juillet-août), le nombre de clusters a augmenté (n=39), principalement en raison de l'apparition de clusters dans la sphère privée, représentant plus de 50 % des clusters recensés sur cette période.

Au cours de la période suivante (septembre-octobre), le nombre de clusters a augmenté à un rythme plus rapide (n=239) en raison de l'émergence de clusters en EHPAD (23%), établissements de santé (18%), milieu professionnel (15%) et milieu scolaire (10%). Les clusters dans la sphère privée sont restés nombreux (12 %).

Figure 9. Distribution des clusters par type de communauté, de mai à octobre 2020, Normandie (source : MONIC)



• Criticité des clusters

Le nombre moyen de cas par cluster était de 20 cas mais ce nombre varie selon le type de collectivité (Tableau 2). Tous les clusters en EHPAD étaient classés en niveau de criticité élevée, du fait de la population exposée à risque. Cette proportion était de 74 % dans les clusters en EMS et de 37 % dans les clusters en établissement de santé.

La moitié des clusters en communautés vulnérables, en particulier dans les établissements sociaux d'hébergement et d'insertion, étaient en criticité élevée.

Dans les établissements d'enseignement, les proportions de clusters à criticité élevée étaient respectivement de 31 % et 29 % dans le secondaire et le post-secondaire. La criticité des clusters en milieu professionnel variait selon le secteur d'activité : le niveau de criticité était élevée pour plus de 30 % des clusters signalés dans le secteur administratif, la santé humaine et l'action sociale. Un nombre important de clusters (n=50) a été signalé dans la sphère privée et 56 % d'entre eux avaient un niveau de criticité élevée, notamment dans les activités sportives (77 %).

Tableau 2. Criticité des clusters selon les collectivités touchées , mai à octobre 2020, Normandie (source : MONIC)

Collectivités	Nombre clusters		Nb moyen cas	Niveau de criticité %		
	N	%		Limitée	Modérée	Elevée
EHPAD	60	20,8	40	0,0	0,0	100
Etablissement de santé	49	17,0	12	8,2	55,1	36,7
Structure de l'aide sociale à l'enfance	3	1,0	5	66,7	0,0	33,3
EMS	19	6,6	20	10,5	15,8	73,7
Communautés vulnérables	8	2,8	18	12,5	37,5	50,0
Etablissements sociaux d'hébergement	5	1,7	17	20,0	20,0	60,0
Centre pénitencier	2	0,7	6	0,0	100	0
Gens de voyage	1	0,3	49	0,0	0,0	100
Transports (avions, bateaux)	3	1,0	5	33,3	66,7	0
Sphère privée	50	17,3	21	14,0	30,0	56,0
Rencontres familiales	25	8,7	13	24,0	28,0	48,0
Activités sportives	13	4,5	15	7,7	15,4	76,9
Rassemblement social	12	4,2	35	0,0	50,0	50,0
Milieu scolaire et universitaire	28	9,7	19	28,6	42,8	28,6
Niveau supérieur	14	4,8	21	50,0	21,4	28,6
Niveau secondaire	13	4,5	9	7,7	61,5	30,8
Niveau primaire	1	0,3	4	0,0	100	0
Milieu professionnel	42	14,5	7	31,0	52,4	16,7
Administration	10	3,5	10	10,0	60,0	30
Commerce en gros et de détails	4	1,4	4	0,0	100	0
Autres services	2	0,7	8	100	0,0	0
Constructions	1	0,3	8	0,0	100	0
Activités spécialisées	12	4,2	7	25,0	58,3	16,7
Industries	5	1,7	5	100	0,0	0
Santé humaine et action sociale	3	1,0	12	33,3	33,3	33,3
Crèches	5	1,7	6	33,3	66,7	0
Unité géographique	2	0,7	182	0	0	100
Autres*	25	8,7	8	20,8	7,7	5,3
Total général	289	100	20	16,6	31,5	51,9

Sur la base de ces résultats, compte tenu de la levée du deuxième confinement, les actions de dépistage devraient se concentrer sur la mise en œuvre de campagnes de dépistage ciblant les communautés à risque avec un nombre élevé de clusters et une proportion importante du niveau de criticité élevée (structures de soins aux personnes âgées et établissements de santé).

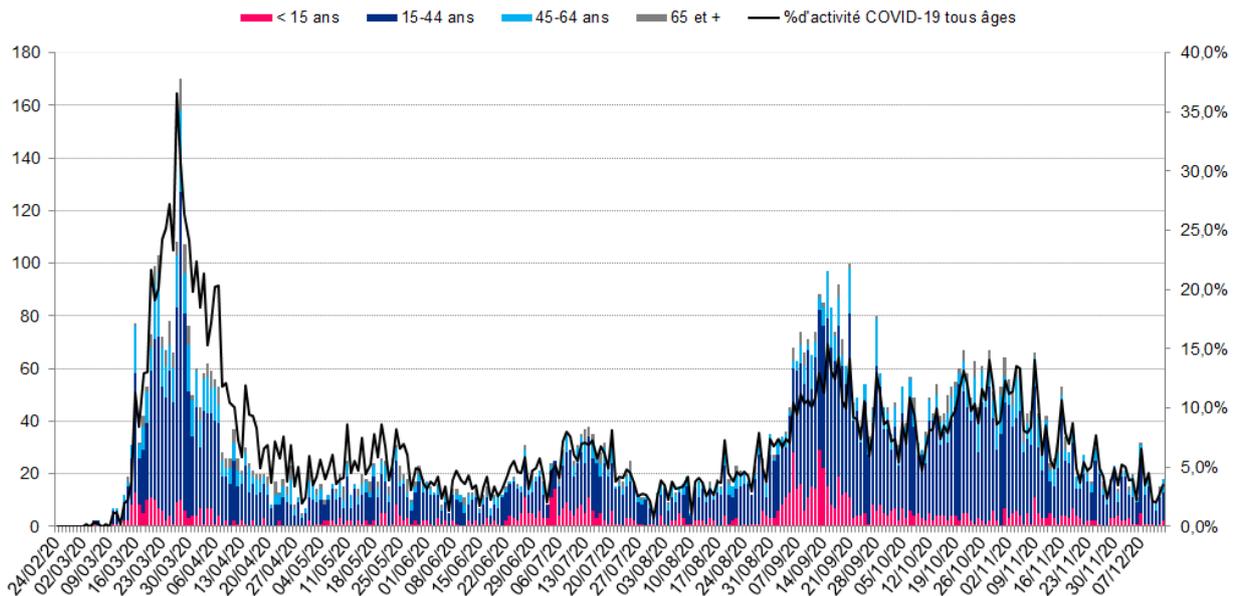
La détection précoce et l'isolement des cas (symptomatiques ou non) sont d'une importance primordiale pour limiter la propagation du virus et protéger ces communautés vulnérables. Les messages de prévention et les campagnes de sensibilisation devraient également cibler les communautés où un nombre élevé de contaminations a été observé, conduisant à un grand nombre de clusters, indépendamment du niveau de criticité (sphère privée, milieu professionnel).

Covid-19 - Autres indicateurs

En semaine 50, les nombre et taux de passages aux urgences et d'actes de SOS-Médecins pour suspicion de Covid-19 étaient stables par rapport à la semaine 49 (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.

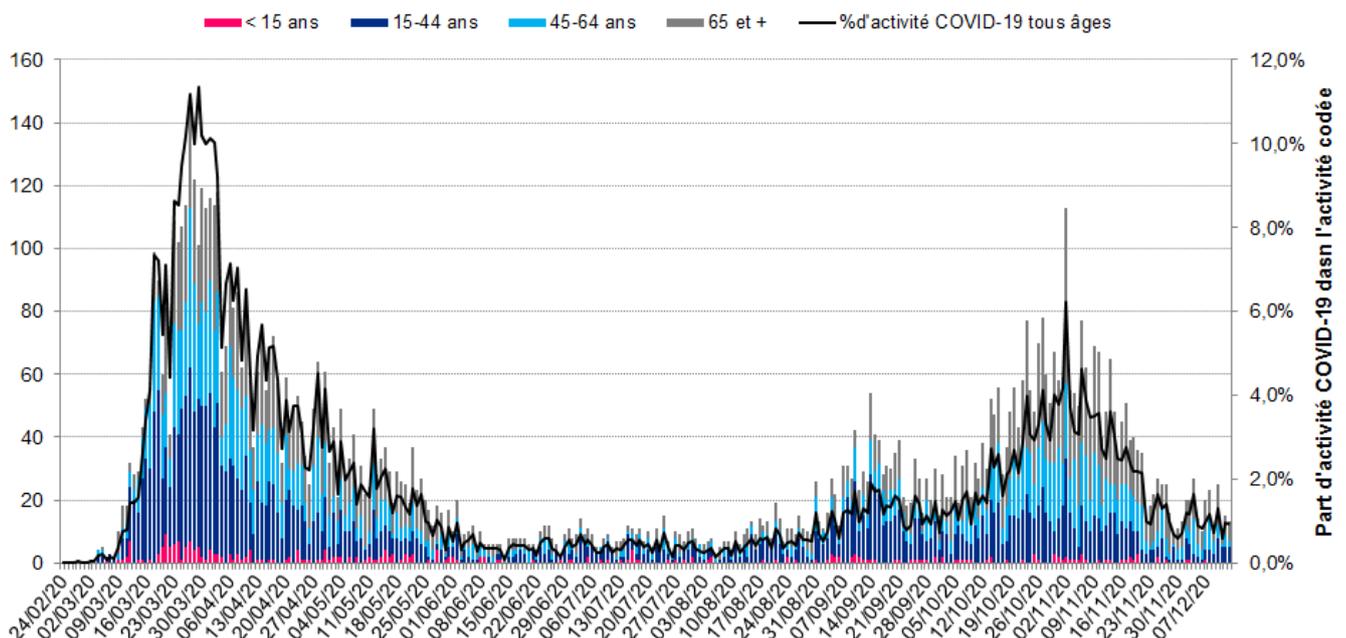
• Surveillance en ville

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 15/12/2020,

Source : SI-VIC extraction du 15/12/2020 à 16h

Depuis le 01 mars 2020 (date des premières informations disponibles dans l'outil SI-VIC), 87 établissements ont déclaré au moins un cas.

Au 15 décembre 2020, 1 048 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en Normandie dont 79 en réanimation d'après les données SI-VIC. Près de 75% des personnes hospitalisées avaient plus de 70 ans.

La majorité était hospitalisée en Seine-Maritime.

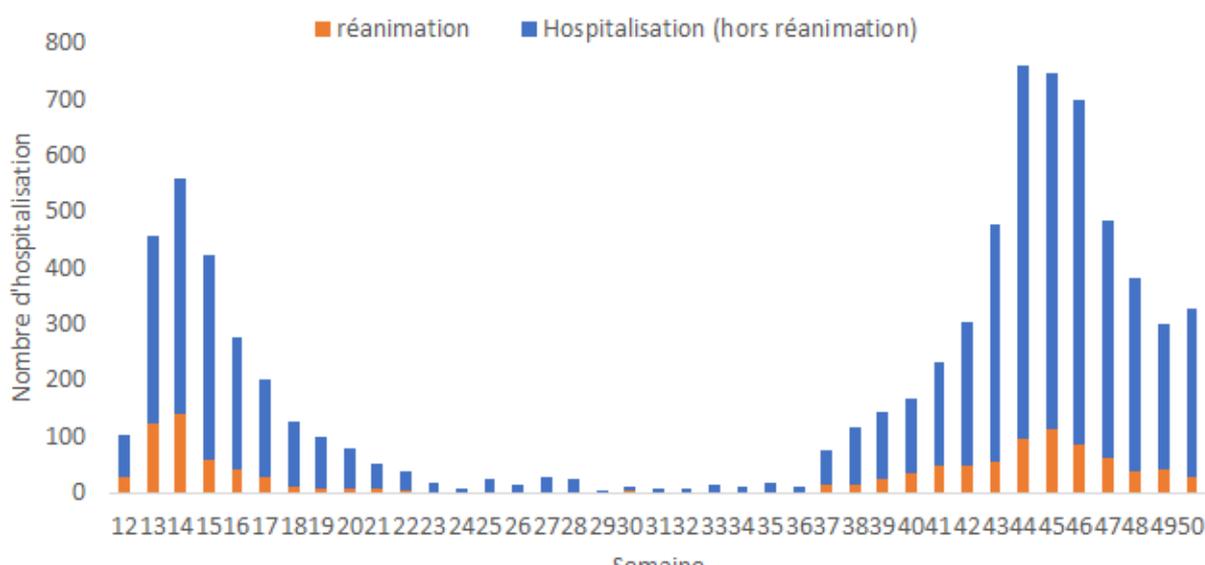
Classe d'âge	Hospitalisations N= 1048	Admissions en réanimation N=79
0-9 ans	2 (0,19%)	0 (0%)
10-19 ans	2 (0,19%)	0 (0%)
20-29 ans	7 (0,66%)	2 (2,53%)
30-39 ans	15 (1,43%)	1 (1,26%)
40-49 ans	19 (1,81%)	2 (2,53%)
50-59 ans	67 (6,39%)	13 (16,4%)
60-69 ans	139 (13,2%)	25 (31,6%)
70-79 ans	246 (23,4%)	27 (34,1%)
80-89 ans	358 (34,1%)	8 (10,1%)
90 ans et plus	185 (17,6%)	0 (0%)

Tableau 3. Nombre et part (en %) des personnes en hospitalisations et en réanimations pour COVID-19 au 15/12/2020, par département de prise en charge

Source : SI-VIC extraction du 15/12/2020 à 16h

département	Hospitalisations		Admissions en réanimation	
	N	%	N	%
Calvados	171	16,3%	15	19,0%
Eure	173	16,5%	2	2,5%
Manche	87	8,3%	6	7,6%
Orne	188	17,9%	6	7,6%
Seine-Maritime	429	40,9%	50	63,3%
Normandie	1048	100,0%	79	100,0%

Figure 11. Nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations et réanimations pour COVID-19 (Source : SI-VIC, extraction du 15/12/2020 à 16h)



Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 en Normandie est en augmentation en semaine 50 (299 hospitalisations vs 261 en S49). Le nombre de cas de COVID-19 admis en réanimation quotidiennement était quant à lui en diminution en semaine 50 (29 hospitalisations en réanimation vs 41 en S49).

Au total, le nombre de patients hospitalisés pour COVID-19 était en diminution en semaine 50 (1048 vs 1343 en S49), de même que le nombre de patients hospitalisés en service de réanimation (79 vs 84 en S49).

Description des cas graves de COVID-19 admis en réanimation

Surveillance sentinelle

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

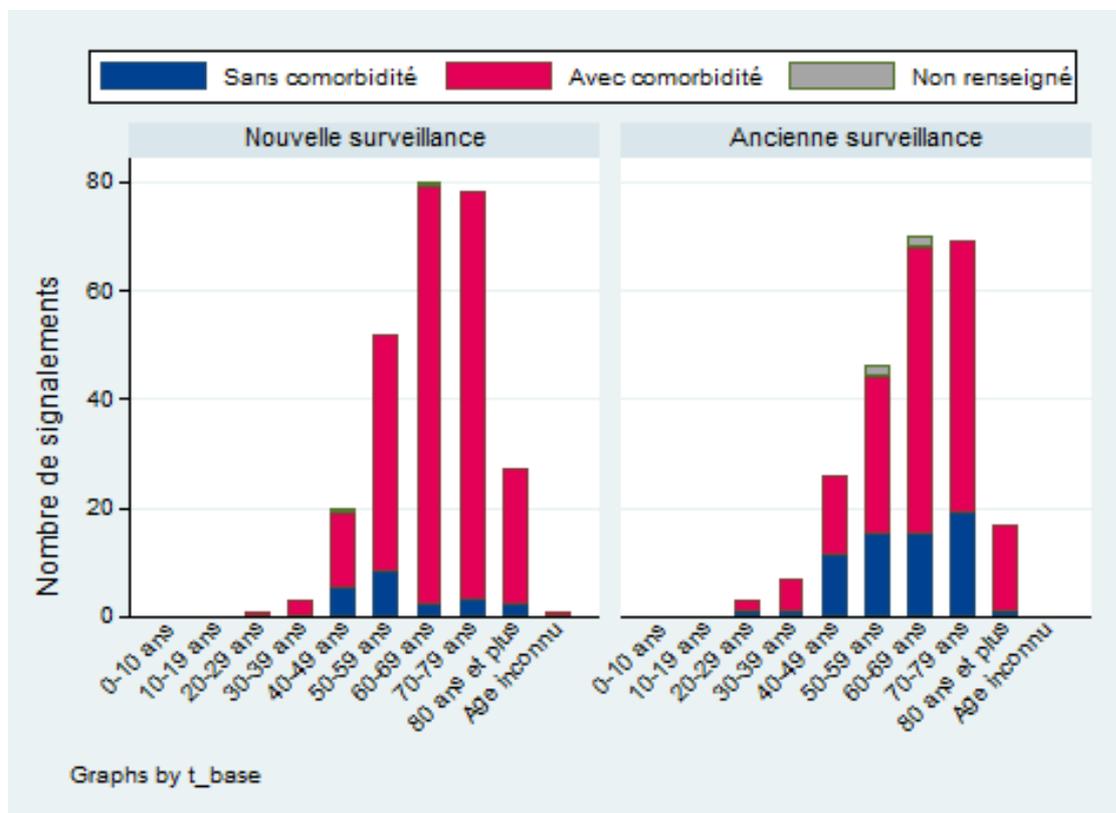
Entre le 01/09/2020 et le 15/12/2020 à 14h, 262 patients confirmés au SarsCov2 et admis dans les services de réanimation sentinelles ont été signalés.

L'âge médian des patients était de 67,9 ans (min : 24 - max : 93 ans) et 73 % 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 60% des patients. Les deux classes d'âge les plus représentées étaient les 45-64 ans (36%) et les 65-74 ans (35%).

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 48% des patients pour lesquels la présence ou l'absence d'une comorbidité était documentée. Un diabète, une pathologie pulmonaire et une pathologie cardiaque étaient observés respectivement chez 32%, 21% et 25% d'entre eux.

La létalité était de 19% parmi les patients dont l'évolution était connue (N=40/212).

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 16/12/2020 à 10H (« 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 1^{er} décembre 2020 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, Normandie (n=252, données arrêtées le 08 décembre 2020)

	Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance		Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance
Cas admis en réanimation			Classe d'âge		
Nb signalements	262	238	0-14 ans	0 (0%)	0 (0%)
Répartition par sexe			15-44 ans	12 (5%)	15 (6%)
Homme	191	175	45-64 ans	93 (36%)	96 (40%)
Femme	71	63	65-74 ans	91 (35%)	92 (39%)
Inconnu	0	0	75 ans et plus	65 (25%)	35 (15%)
Ratio	2,7	2,8	Non renseigné	1	0
Age			Comorbidités		
Moyen	66,5	63,7	Aucune comorbidité	20 (8%)	63 (27%)
Médian	67,9	66,6	Au moins une comorbidité parmi :	240 (92%)	171 (73%)
Quartile 25	58,9	55,1	- Obésité (IMC>=30)	126 (48%)	47 (20%)
Quartile 75	74,9	72,9	- Hypertension artérielle	124 (48%)	75 (32%)
Délai entre début des signes et admission en réanimation			- Diabète	82 (32%)	41 (18%)
Moyen	9,0	9,7	- Pathologie cardiaque	64 (25%)	46 (20%)
Médian	8	9	- Pathologie pulmonaire	55 (21%)	46 (20%)
Quartile 25	6	6	- Immunodépression	14 (5%)	20 (9%)
Quartile 75	11	13	- Pathologie rénale	14 (5%)	17 (7%)
Région de résidence des patients			- Cancer*	24 (9%)	-
Hors région	13 (5%)	33 (14%)	- Pathologie neuromusculaire	5 (2%)	4 (2%)
Normandie	248 (95%)	205 (86%)	- Pathologie hépatique	6 (2%)	3 (1%)
Non renseigné	1	0	Non renseigné	2	4
			Evolution		
			Evolution renseignée	212 (81%)	218 (92%)
			- Transfert hors réanimation ou retour à domicile	172 (81%)	174 (80%)
			- Décès	40 (19%)	44 (20%)

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

	Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance
Syndrome de détresse respiratoire aigüe**		
Pas de SDRA	35 (16%)	67 (29%)
Mineur	25 (11%)	22 (9%)
Modéré	97 (43%)	81 (35%)
Sévère	67 (30%)	64 (27%)
Non renseigné	38	4
Type de ventilation**		
O2 (lunettes/masque)	7 (3%)	15 (7%)
VNI (Ventilation non invasive)	2 (1%)	2 (1%)
Oxygénothérapie à haut débit	150 (67%)	72 (32%)
Ventilation invasive	63 (28%)	132 (59%)
Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	3 (1%)	3 (1%)
Non renseigné	37	14
Durée de séjour		
Durée moyenne de séjour	10,4	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, 1343 sont décédées depuis le 1^{er} mars (+ 77 décès par rapport au bulletin de la semaine dernière). En semaine 50, le nombre de patients décédés au cours de leur hospitalisation était inférieur 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, 730 décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées. Les plus de 75 ans représentaient 76% des décès. Des comorbidités étaient renseignées dans 505 certificats de décès.

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

Source : SI-VIC, au 16/12/2020 à 10h

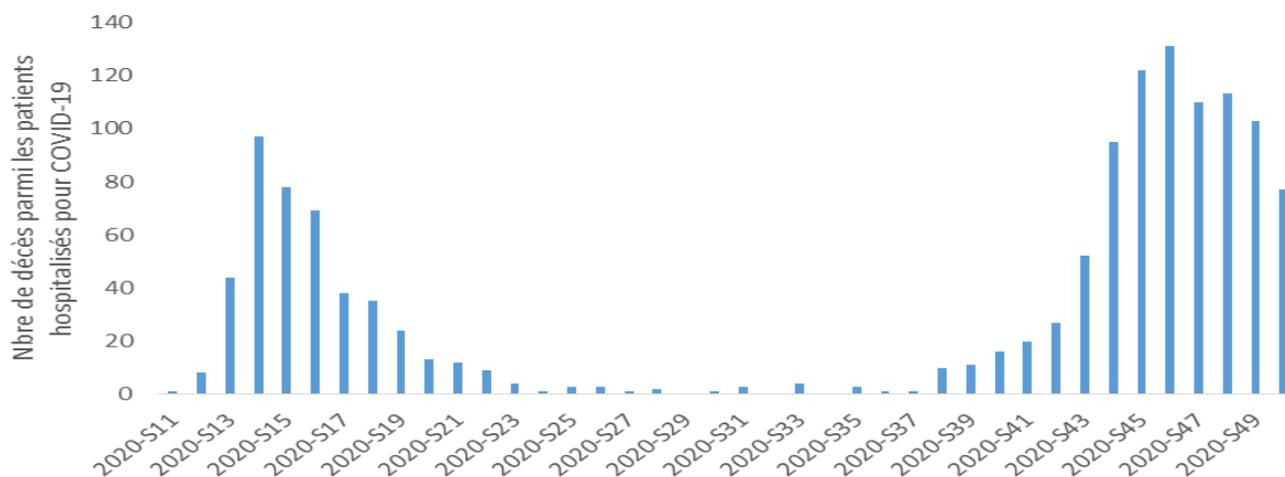


Tableau 5. répartition (en %) par classe d'âge des cas de COVID-19 décédés au cours de leur hospitalisation

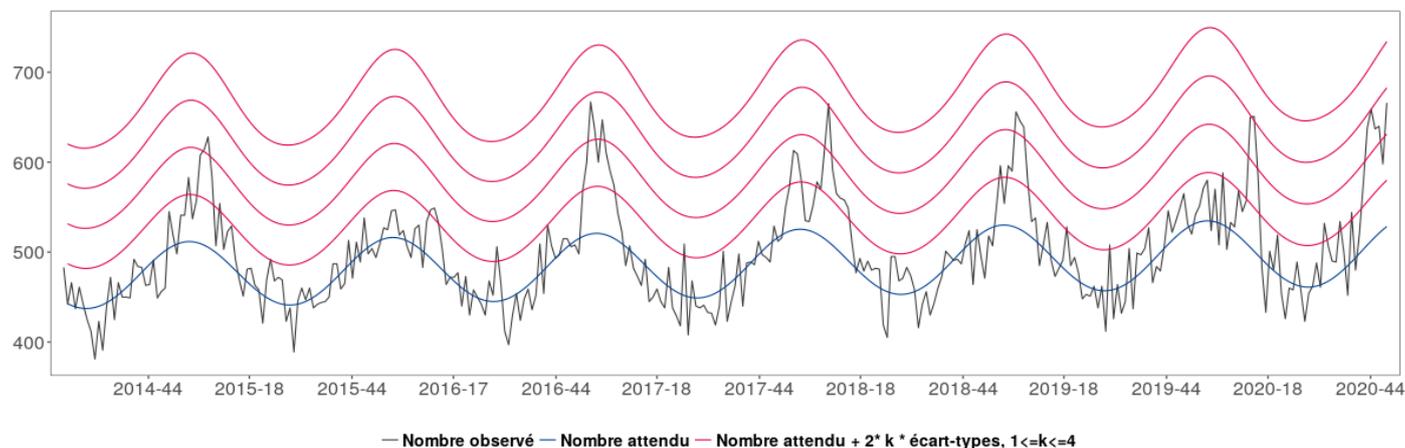
Source : SI-VIC, au 15/12/2020 à 16h

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=1276 (%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	1,4%	3,2%	11,6%	21,2%	39,4%	22,2%

Mortalité toutes causes en Normandie

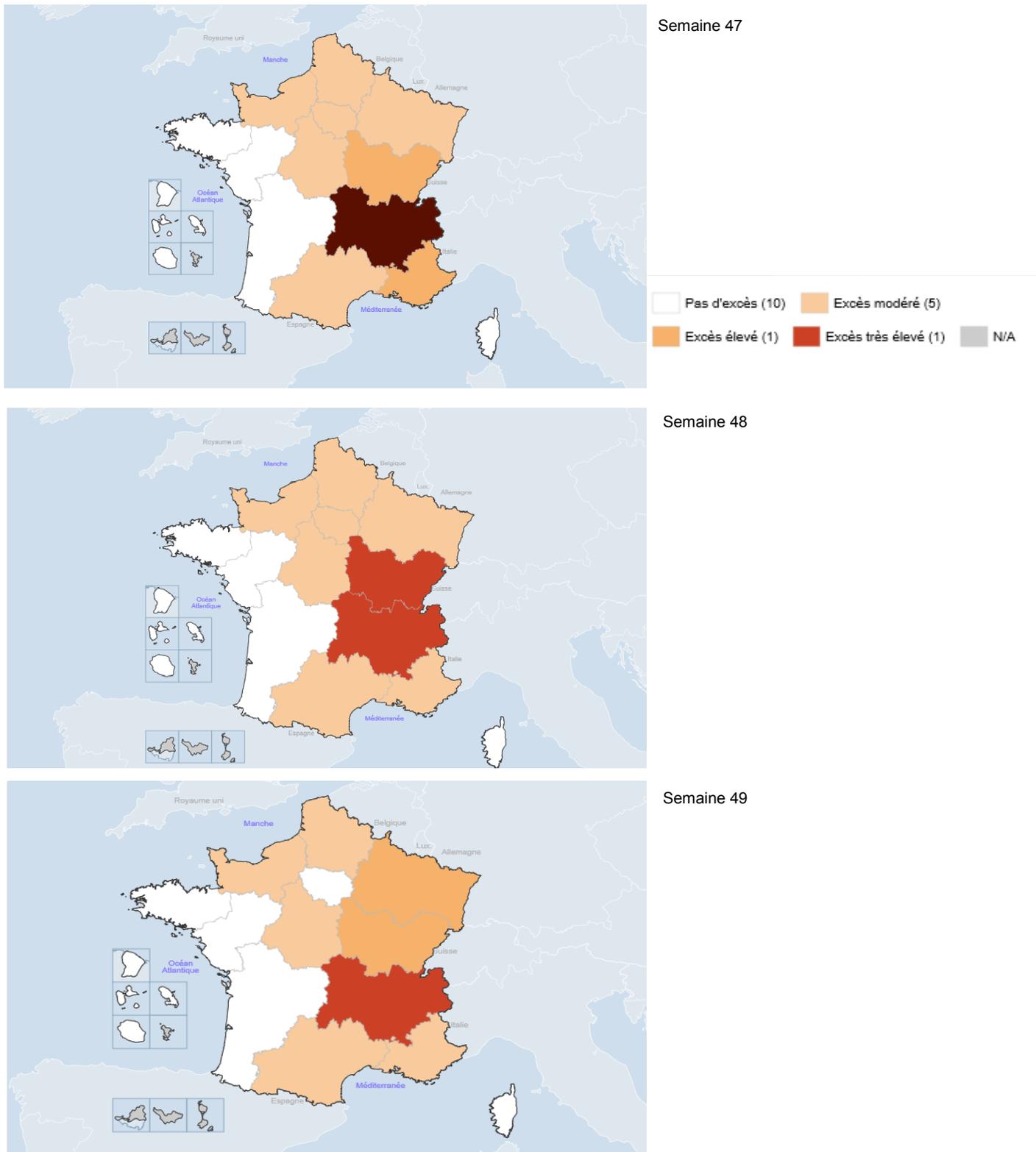
En semaine 50, on observe depuis octobre 2020 un niveau élevé de mortalité supérieur à 2 écarts type par rapport à l'attendu.

Figure 12. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues (tous âges), jusqu'à la semaine 50-2020 (Source : Insee, au 14/12/2020 à 15h)



Mortalité toutes causes en Normandie

Figure 14. Niveaux d'excès de mortalité standardisé — tous âges — S47, 48, 49 (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

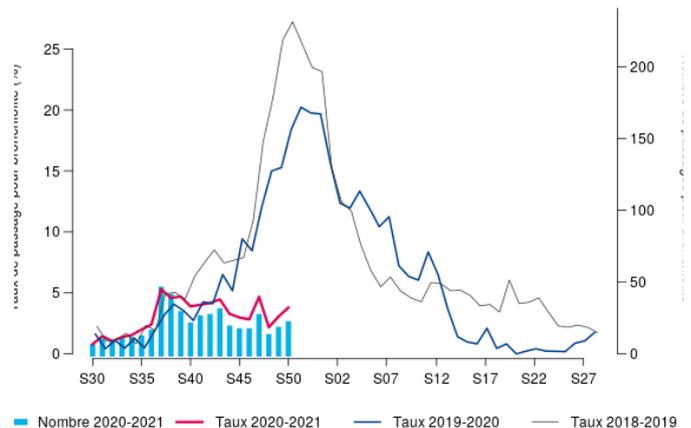
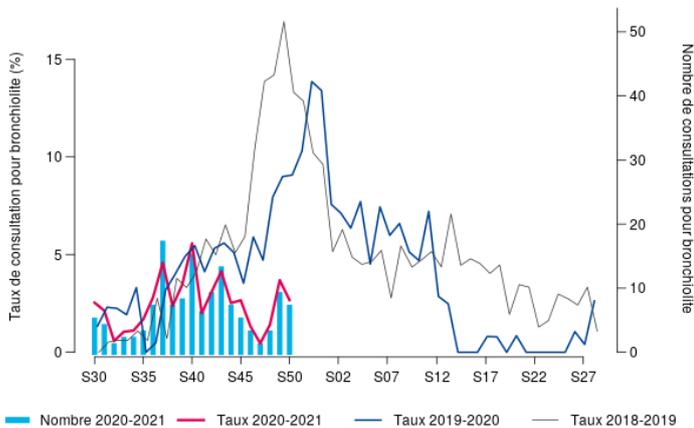
Phase non épidémique : On observe une augmentation des recours pour bronchiolite aux urgences et une diminution du nombre d'actes SOS Médecins à des niveaux faibles. L'activité pour bronchiolite est inférieure à celle observée les années précédentes. Aucun VRS n'a été isolé chez les patients hospitalisés au cours des semaines précédentes (données du CHU de Caen et Rouen). La majorité des virus isolés sont des Rhinovirus. Le week-end du 11 au 13 décembre 2020, 12 enfants ont été reçus par le Réseau Bronchiolite Normand et 15 séances de kinésithérapie ont été pratiquées (en diminution 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	7	2,8%	Faible	Diminution	Inférieur
SU - réseau Oscour®	21	3,8%	Faible	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)

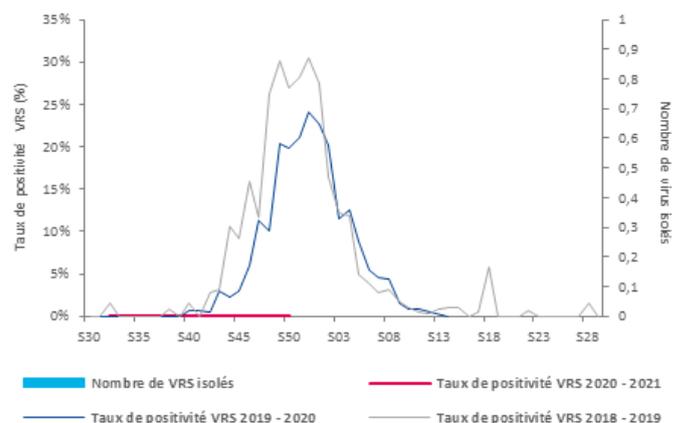


Évolution hebdomadaire du nombre d'actes (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, SOS Médecins, Normandie, 2018-2021.

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-S49	1		3 %
2020-S50	5	+500%	3,7 %

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



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

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

Consulter les données nationales :

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

GASTRO –ENTERITES AIGUES

Synthèse des données disponibles

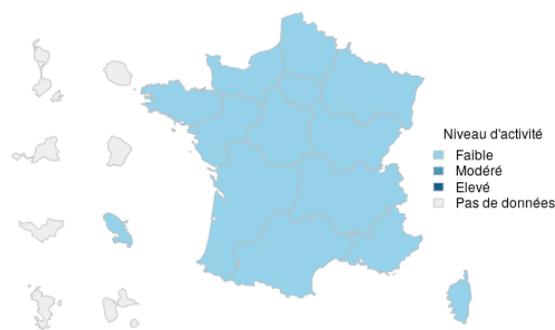
Les activités pour GEA de SOS Médecins et des services d'urgences sont en augmentation. Elles se situent à un niveau faible, inférieurs à ceux observés les saisons précédentes. L'incidence de diarrhées aiguës estimée par le réseau Sentinelles est en forte augmentation en semaine 50 atteignant pour la première fois cette saison le niveau de l'année précédente.

Recours aux soins d'urgence pour GEA

	Consultations	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
Tous âges	SOS Médecins	177	5,3 %	Faible	Augmentation
	SU - réseau Oscour®	82	0,7 %	Faible	Augmentation
< 5 ans	SOS Médecins	19	3,3 %	Faible	Diminution
	SU - réseau Oscour®	32	2,9 %	Faible	Augmentation

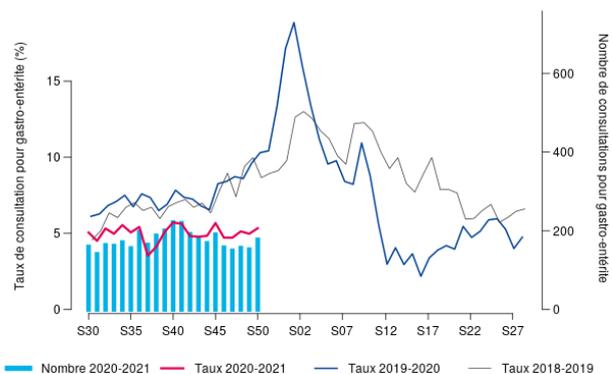
¹ Nombre de recours transmis et pour lesquels un diagnostic de GEA est renseigné ;

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.

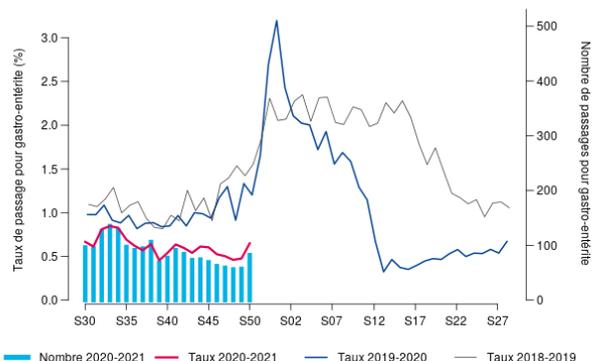


Évolution hebdomadaire du nombre d'actes (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, SOS Médecins, Normandie, 2018-2021.

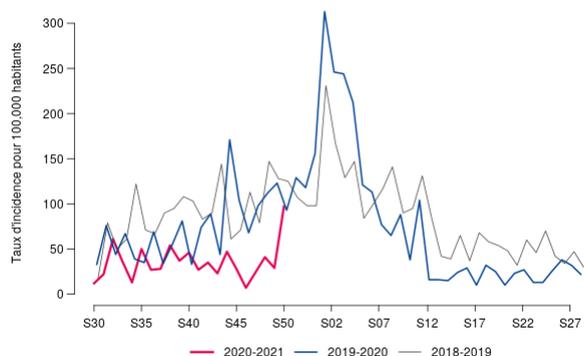


Source : Réseau Oscour, Santé publique France, 2020

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 ;

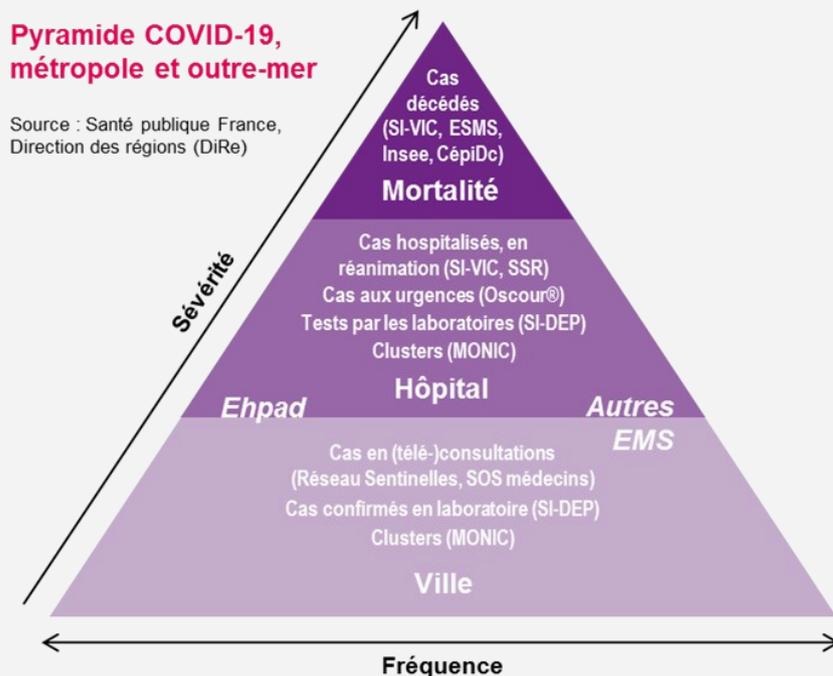
La définition des périodes épidémiques est basée sur la combinaison de méthodes statistiques appliquées à deux ou trois sources de données (SOS Médecins, Oscour® et, selon la pathologie, réseau Sentinelles). Pour chaque pathologie, un algorithme définit le niveau épidémique selon les alarmes statistiques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

Qualité des données SurSaUD® en semaine 50 :

	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	96,0%	95,7%	-	95,5%	-	97,5%
SAU – Nombre de SU inclus	42/45	9/10	9/9	5/6	5/6	14/14
SAU – Taux de codage diagnostique	68,9%	75,5%	34,4%	92,8%	71,9%	70,7%

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

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

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

11/12/2020

Numéro vert 0 800 130 000
7j/7 24h/24 (appel gratuit)

Sites associés :

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

