

### 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 51 plusieurs indicateurs sont en augmentation en région Normandie notamment le taux d'incidence et le taux de reproduction effectif (qui traduit la vitesse de propagation). Le taux de positivité des tests est en diminution par rapport à la semaine précédente. Ces indicateurs ont été influencés par la campagne de dépistage massif organisée dans la CU du Havre Seine Métropole du 14 au 19 décembre.

Concernant la mortalité, le niveau de mortalité standardisé tous âges toutes causes est classé en excès modéré depuis la semaine 43 hormis pour la semaine 49 où il était en excès élevé. Le nombre hebdomadaire de décès parmi les patients hospitalisés pour Covid-19 est en diminution.

#### Au 20 décembre 2020,

- Incidence des cas positifs en augmentation (102,0 vs 88,7 cas/semaine/100 000 hab. en S50)
- Diminution du taux de positivité (3,3% en S51 vs 5,0 % en S50)
- Augmentation du nombre de reproduction effectif (R effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-COV-2 : 1,09 (1,06-1,12)
- Données hospitalières : 1 128 personnes encore hospitalisées dont 89 en réanimation, le nombre de nouvelles hospitalisations est en augmentation par rapport à la semaine 50.
- Clusters - Signalement à visée d'alerte des clusters :
  - depuis le 11 mai, 425 clusters (hors EHPAD) ont été enregistrés sur la région dont 36 sont en cours d'investigation
  - depuis le 11 mai, 157 clusters en EHPAD ont été enregistrés sur la région dont 39 sont en cours d'investigation

#### En semaine 51 :

- SOS Médecins : augmentation de la part d'activité pour suspicion de Covid-19 (4,02% en S51 vs 3,6 % en S50)
- Urgences hospitalières (Oscour®) : légère augmentation de la part d'activité pour suspicion de Covid-19 (1,3% en S51 vs 0,96% en S50)
- Episodes COVID-19 en établissement médico-social : nombre stable avec 23 signalements en S51, dont 21 avec des cas confirmés (vs 23 signalements avec uniquement des cas confirmés en S50).

### Mortalité (page 10)

Depuis la semaine 43, le niveau de mortalité toutes causes standardisé tous âges en région Normandie est en excès modéré hormis pour la semaine 49 où il était en excès élevé. 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 S51 : l'activité pour bronchiolite est toujours faible et inférieure aux années précédentes. Un premier VRS a été isolé chez un patient hospitalisé en semaine 51 dans les laboratoires des CHU normands. Les infections respiratoires actuelles sont principalement dues à des rhinovirus.

L'activité pour gastro-entérite est en augmentation mais reste à un niveau faible en semaine S51.

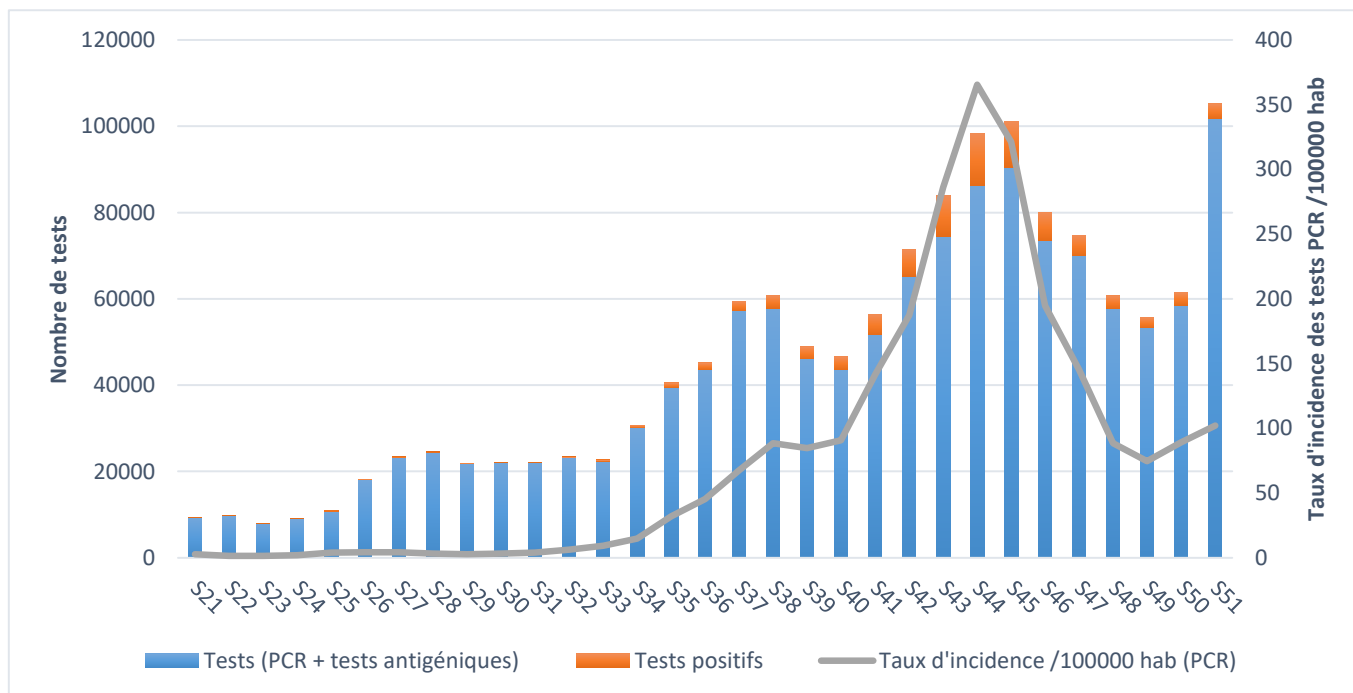
# Covid-19 - Surveillance virologique régionale

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.

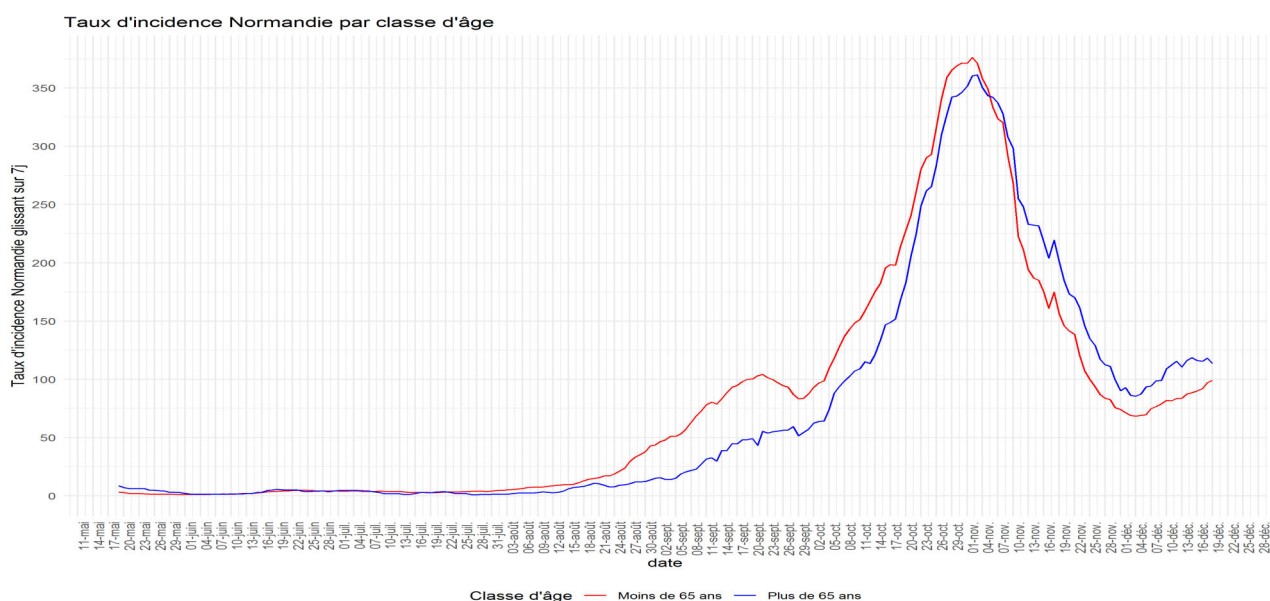
En semaine 51, en Normandie, 101 794 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2 (par PCR et par tests antigéniques), et pour 3 370 patients, les tests se sont avérés positifs. Le taux d'incidence régional était de 102,0 cas pour 100 000 habitants. Le taux de positivité hebdomadaire était de 3,3 % (calculé sur les tests valides). Le taux d'incidence est en augmentation par rapport à la semaine précédente S50 et le taux de positivité en diminution (respectivement 89,3/100 000 et 5,0%). Ces indicateurs ont été influencés par la campagne de dépistage massif organisée dans la CU du Havre Seine Métropole du 14 au 19 décembre.

La tranche d'âge des plus de soixante-cinq ans est la plus concernée par cette augmentation du fait de dépistages massifs organisés dans les EHPAD de la région. (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 19 décembre 2020, source : SI-DEP)**



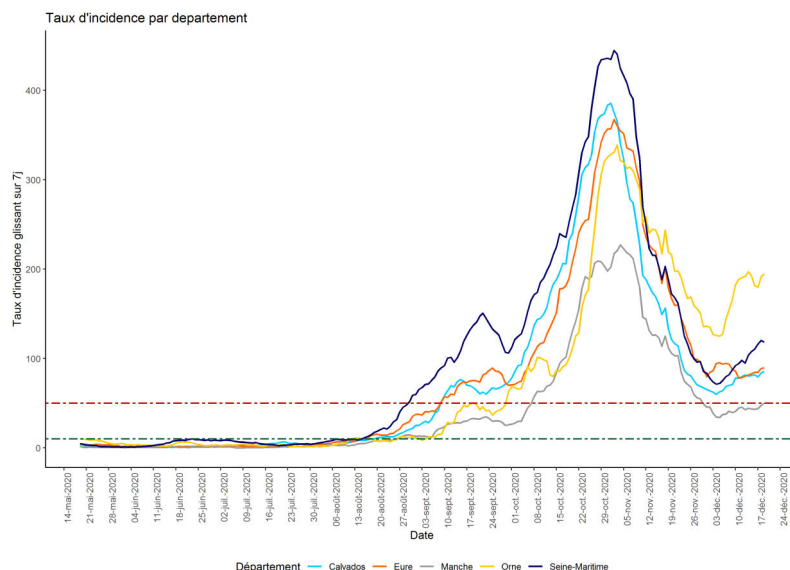
**Figure 2. Evolution du taux d'incidence des tests (pour 100 000 hab.) cumulé sur 7 jours pour les plus et les moins de 65ans, en région Normandie (13 mai au 19 décembre 2020, source : SI-DEP)**



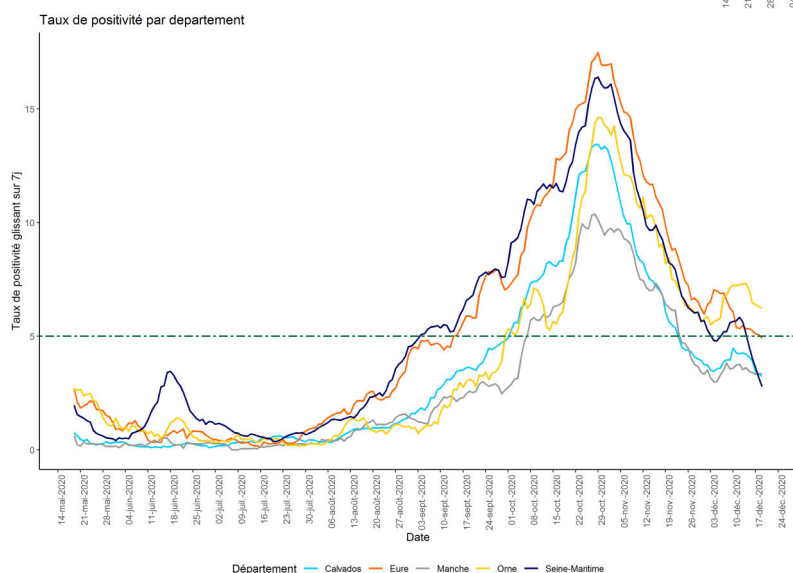
# Covid-19 - Surveillance virologique départementale

Du 14 au 19 décembre 2020, 30 780 tests ont été réalisés, dont 349 positifs, sur le Havre Seine Métropole faisant chuter le taux de positivité de la Seine-Maritime et fortement augmenter le taux de dépistage. Le taux d'incidence de la Seine-Maritime est en augmentation suivant la même dynamique que les autres départements normands (Figures 3 à 5). Parmi les cas positifs du Havre, 55,2% concernaient des patients asymptomatiques et 42,2% des patients présentant des symptômes depuis moins de 8 jours.

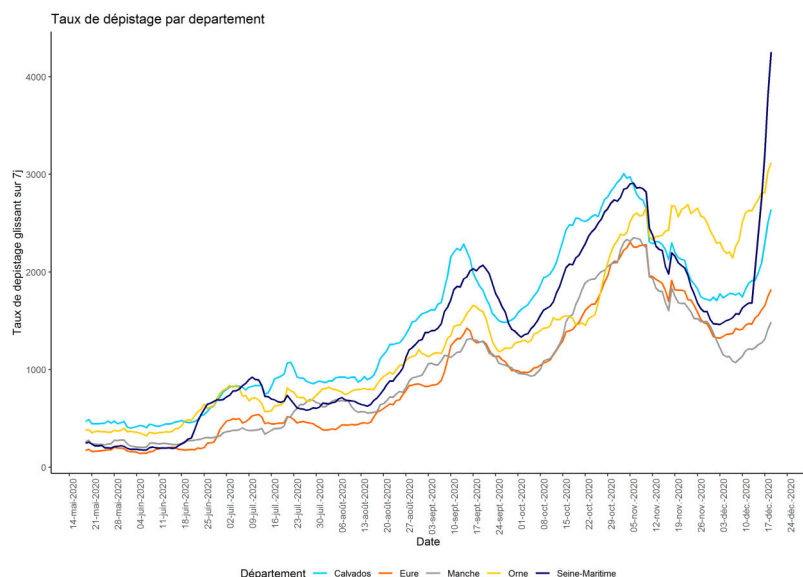
**Figure 3. Evolution du taux d'incidence (pour 100 000 hab.) cumulé sur 7 jours par département, en région Normandie (du 19 mai au 19 décembre 2020, source : SI-DEP)**



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



# Covid-19 - Signalement à visée de clusters

## • Clusters hors EHPAD et familiaux restreints

Au 20 décembre 2020, 425 clusters (hors Ehpads et milieu familial restreint) ont été signalés dans la région depuis le déconfinement de mai : 354 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), 35 maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas) et 36 en cours d'investigation.

Parmi les clusters encore en cours d'investigation :

- 7 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)
- 5 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)
- 8 clusters dans l'Orne (Etablissement pénitentiaires, Milieux professionnels, Etablissements de santé, Autre)
- 14 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 20 décembre 2020 (N=425) (Source MONIC)

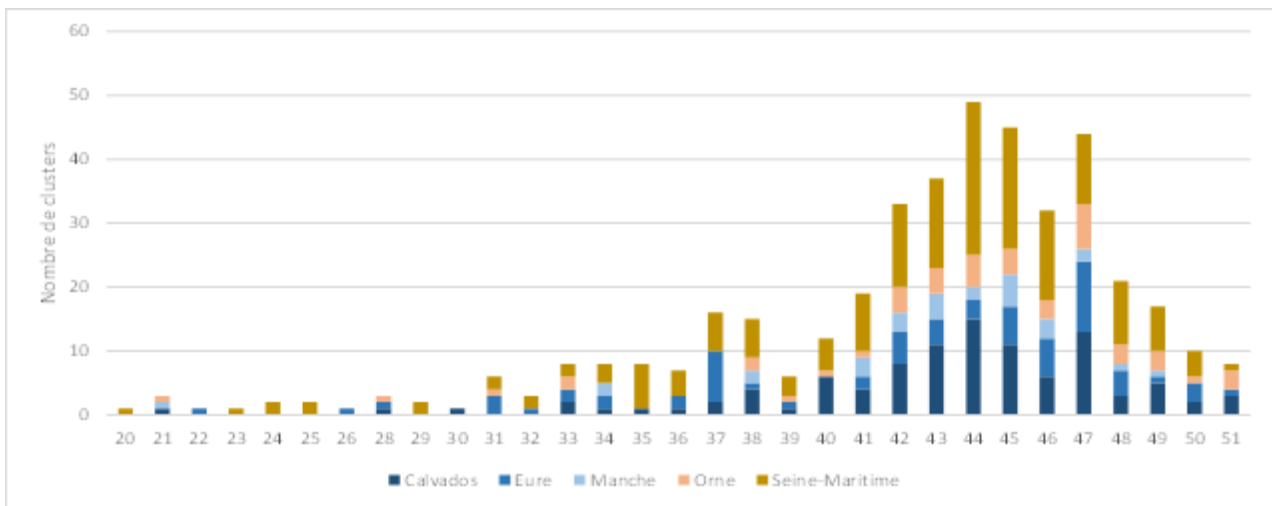


Tableau 1. Répartition par type de collectivité des clusters (hors Ehpads et milieu familial restreint) rapportés en Normandie, entre le 9 mai et le 20 décembre 2020 (N=425) (source MONIC, données actualisées au 22/12/2020 à 16h)

Type de collectivités	N=425
Etablissements de santé	110
Milieux professionnels (entreprise)	77
Autre*	59
Milieu scolaire et universitaire	55
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.

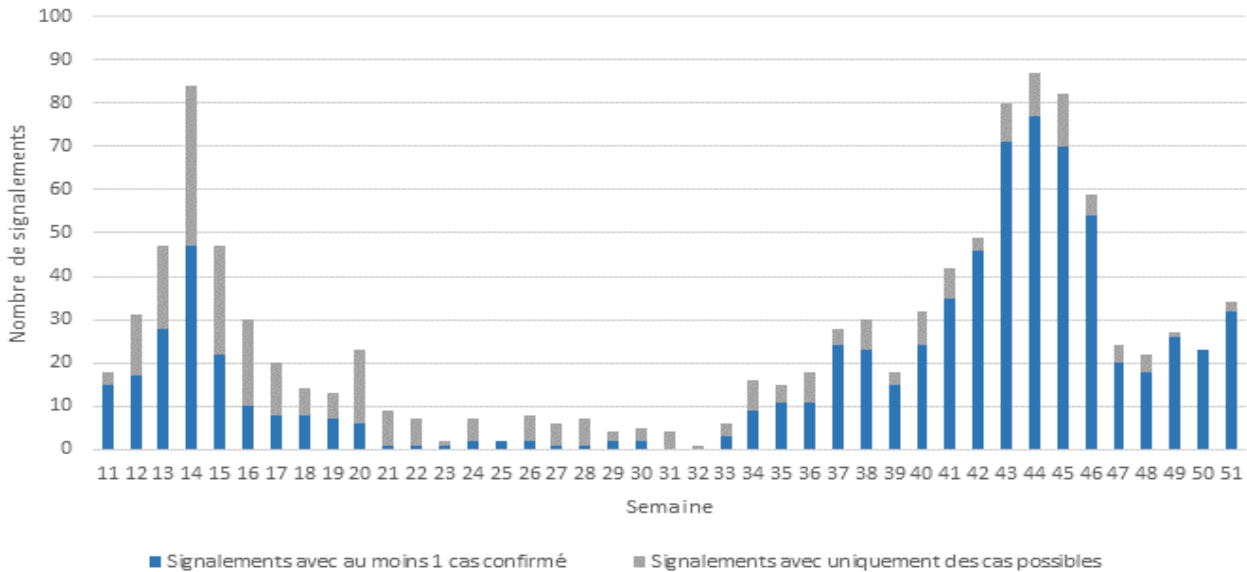
# Covid-19 - Etablissements sociaux et médico-sociaux

## • Surveillance ESMS dont EHPAD

En semaine 51, le nombre d'épisodes de Covid-19 est stable dans les établissements médico-sociaux (avec hébergement) par rapport à la semaine 50. Dans la majorité des cas, ces signalements comportent au moins 1 cas confirmé (Figure 7).

Depuis mars 2020, les EMS normands ont effectué 1069 signalements via l'application Voozoo, dont 652 depuis le 1<sup>er</sup> septembre. Ces signalements regroupent 5 523 cas confirmés de Covid-19 chez les résidents (dont 4400 depuis le 01/09/2020) et 827 décès (dont 510 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<sup>er</sup> malade, Normandie (source : VoozEhpadCovid-19, SpFrance)

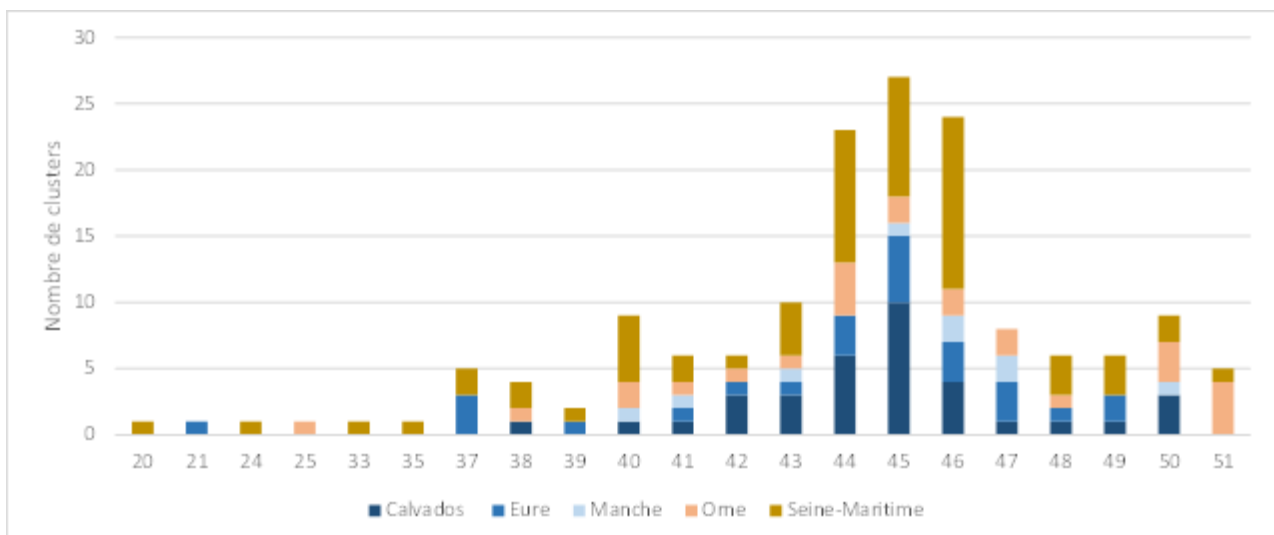


## • Clusters en EHPAD

Au 20 décembre 2020, 157 clusters en Ehpads ont été signalés dans la région depuis le déconfinement de mai : 94 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), 24 maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas) et 39 en cours d'investigation. Le nombre hebdomadaire de nouveaux clusters est en baisse. Parmi les clusters encore en cours d'investigation :

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

Figure 8. Répartition hebdomadaire des clusters en Ehpads par département, entre le 9 mai et le 20 décembre 2020 (N=157) (Source MONIC)

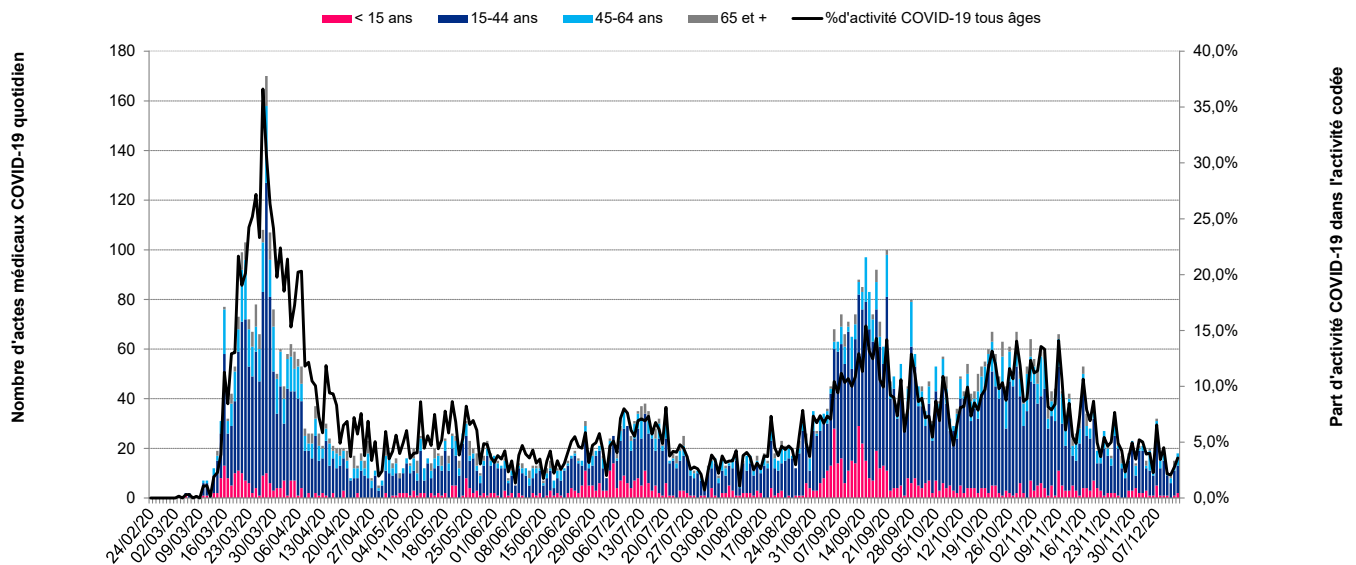


## Covid-19 - Autres indicateurs

En semaine 51, les nombre et taux d'actes de SOS-Médecins pour suspicion de Covid-19 étaient en augmentation par rapport à la semaine 50 (Figure 9). En revanche, le nombre et taux de passage aux urgences est stable par rapport à la semaine 50 (Figure 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.

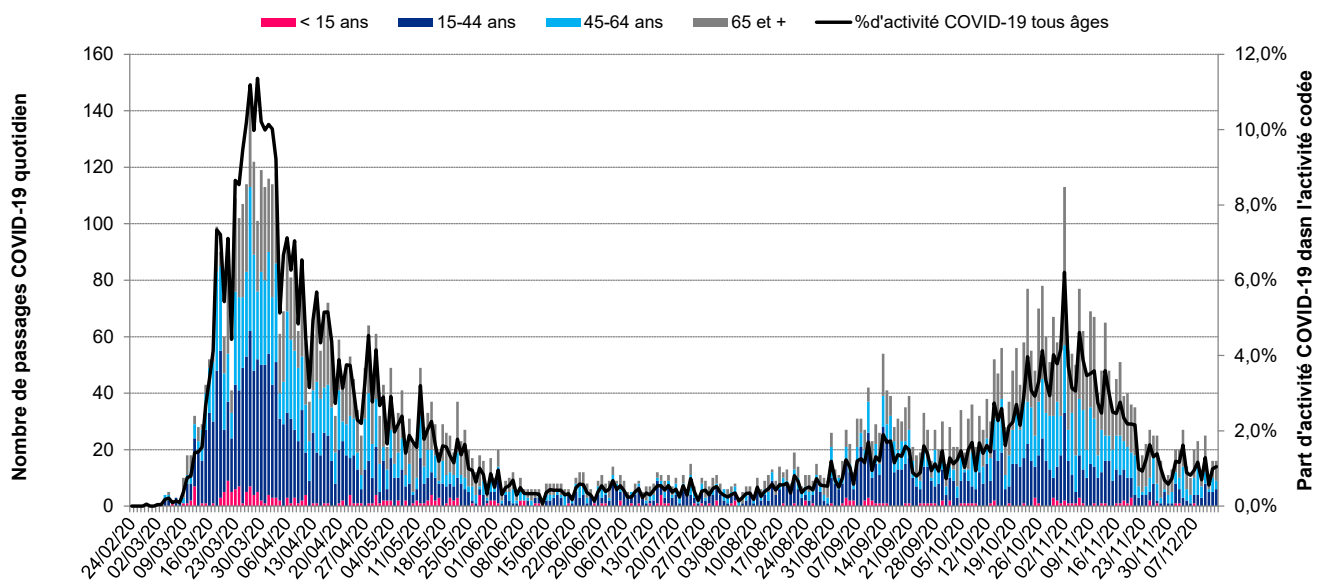
### • Surveillance en ville

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 22/12/2020,**

Source : SI-VIC extraction du 22/12/2020 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 22 décembre 2020, 1 128 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en Normandie dont 89 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.

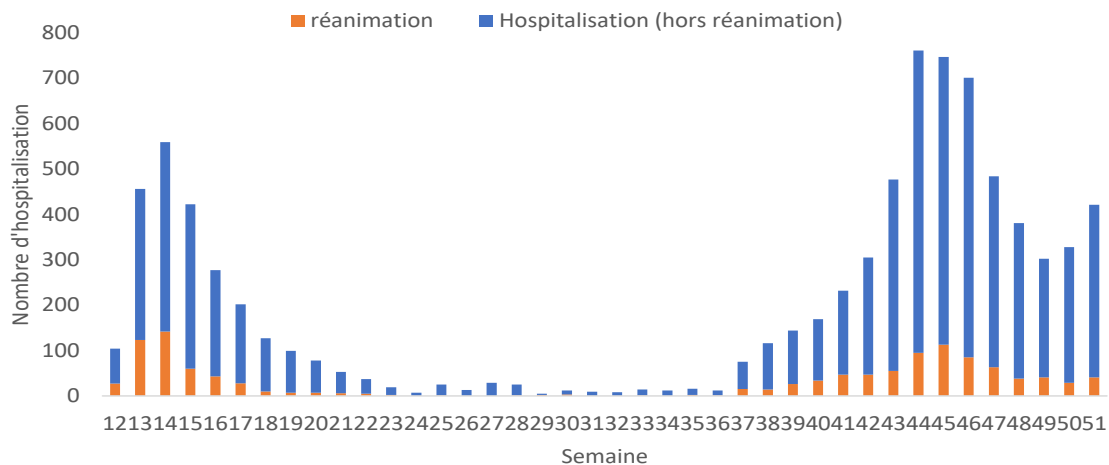
Classe d'âge	Hospitalisations N= 1128	Admissions en réanimation N=89
0-9 ans	2 (0,17%)	0 (0%)
10-19 ans	3 (0,26%)	0 (0%)
20-29 ans	7 (0,62%)	2 (2,24%)
30-39 ans	18 (1,59%)	3 (3,37%)
40-49 ans	26 (2,30%)	3 (3,37%)
50-59 ans	73 (6,47%)	17 (19,1%)
60-69 ans	146 (12,9%)	27 (30,3%)
70-79 ans	255 (22,6%)	30 (33,7%)
80-89 ans	387 (34,3%)	6 (6,74%)
90 ans et plus	203 (17,9%)	0 (0%)

**Tableau 3. Nombre et part (en %) des personnes en hospitalisations et en réanimations pour COVID-19 au 22/12/2020, par département de prise en charge**

Source : SI-VIC extraction du 22/12/2020 à 16h

département	Hospitalisations		Admissions en réanimation	
	N	%	N	%
Calvados	176	15,6%	19	21,3%
Eure	192	17,0%	6	6,7%
Manche	82	7,3%	6	6,7%
Ome	187	16,6%	13	14,6%
Seine-Maritime	491	43,5%	45	50,6%
<b>Normandie</b>	<b>1128</b>	<b>100,0%</b>	<b>89</b>	<b>100,0%</b>

**Figure 11. Nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations et réanimations pour COVID-19** (Source : SI-VIC, extraction du 22/12/2020 à 16h)



Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 en Normandie est en augmentation en semaine 51 (380 hospitalisations vs 299 hospitalisations). Le nombre de cas de COVID-19 admis en réanimation quotidiennement était également en augmentation en semaine 51 (41 hospitalisations en réanimation en S51 vs 29 en S50).

Au total, le nombre de patients hospitalisés pour COVID-19 était en augmentation en semaine 51 (1128 en S51 vs 1048 en S50), de même que le nombre de patients hospitalisés en service de réanimation (89 en S51 vs 79 en S50).

# 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.

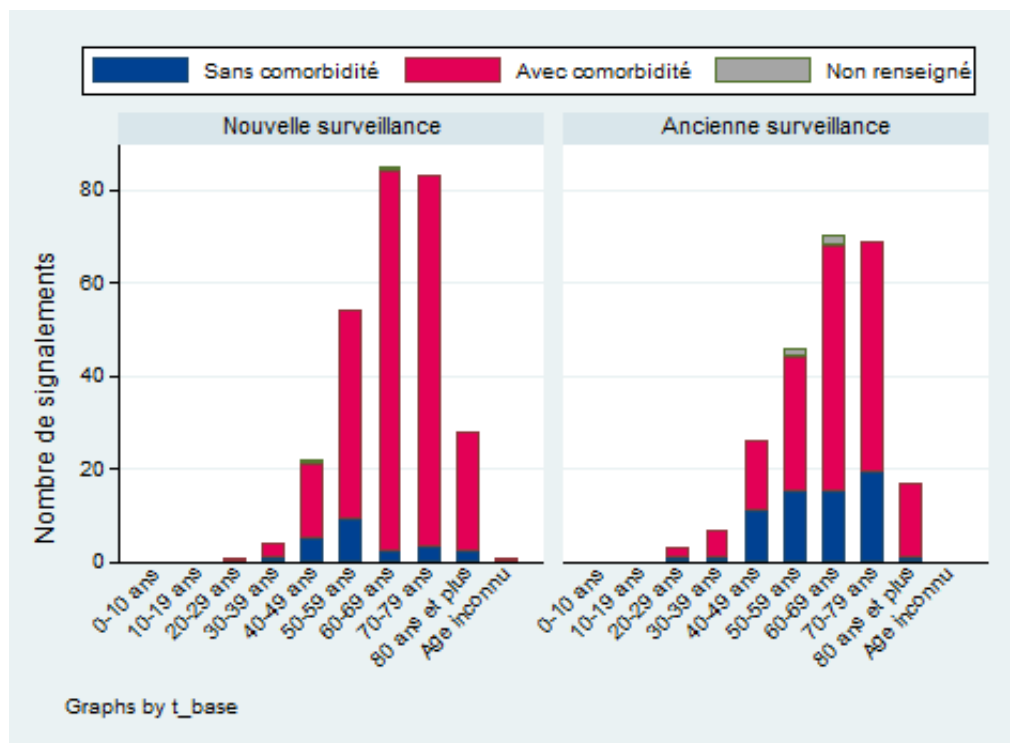
Entre le 01/09/2020 et le 22/12/2020 à 16h, 278 patients confirmés au SarsCov2 et admis dans les services de réanimation sentinelles ont été signalés.

L'âge médian des patients était de 67,8 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 60% des patients. Les deux classes d'âge les plus représentées étaient les 45-64 ans (35%) et les 65-74 ans (36%).

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>=30) a été retrouvée chez 49 % des patients et d'une hypertension artérielle (HTA) 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 33%, 21% et 26% d'entre eux.

La létalité était de 20% parmi les patients dont l'évolution était connue (N=46/234).

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 22/12/2020 à 16H (« nouvelle surveillance »), et durant la première vague épidémique de mars à juin 2020 (« ancienne surveillance ») (source : 8 services sentinelles de réanimation normands)



Graphs by t\_base

\* 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 22 décembre 2020 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, Normandie (n=278 données arrêtées au 22 décembre 2020)**

	Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance		Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance
<b>Cas admis en réanimation</b>			<b>Classe d'âge</b>		
Nb signalements	278	238	0-14 ans	0 (0%)	0 (0%)
<b>Répartition par sexe</b>			15-44 ans	14 (5%)	15 (6%)
Homme	200	175	45-64 ans	96 (35%)	96 (40%)
Femme	78	63	65-74 ans	99 (36%)	92 (39%)
Inconnu	0	0	75 ans et plus	68 (25%)	35 (15%)
Ratio	2,6	2,8	Non renseigné	1	0
<b>Age</b>			<b>Comorbidités</b>		
Moyen	66,4	63,7	Aucune comorbidité	22 (8%)	63 (27%)
Médian	67,8	66,6	Au moins une comorbidité	254 (92%)	171 (73%)
Quartile 25	58,6	55,1	- Obésité (IMC>=30)	135 (49%)	47 (20%)
Quartile 75	74,9	72,9	- Hypertension artérielle	133 (48%)	75 (32%)
<b>Délai entre début des signes et admission en réanimation</b>			- Diabète	91 (33%)	41 (18%)
Moyen	8,7	9,7	- Pathologie cardiaque	72 (26%)	46 (20%)
Médian	8	9	- Pathologie pulmonaire	59 (21%)	46 (20%)
Quartile 25	5	6	- Immunodépression	17 (6%)	20 (9%)
Quartile 75	11	13	- Pathologie rénale	17 (6%)	17 (7%)
<b>Région de résidence des patients</b>			- Cancer*	25 (9%)	-
Hors région	13 (5%)	33 (14%)	- Pathologie neuromus-	5 (2%)	4 (2%)
Normandie	264 (95%)	205 (86%)	- Pathologie hépatique	6 (2%)	3 (1%)
Non renseigné	1	0	Non renseigné	2	4
			<b>Evolution</b>		
			Evolution renseignée	234 (84%)	218 (92%)
			- Transfert hors réani-	188 (80%)	174 (80%)
			- Décès	46 (20%)	44 (20%)

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

	Nouvelle surveillance	Ancienne surveillance
<b>Syndrome de détresse respiratoire aigüe**</b>		
Pas de SDRA	37 (15%)	67 (29%)
Mineur	26 (10%)	22 (9%)
Modéré	110 (44%)	81 (35%)
Sévère	75 (30%)	64 (27%)
Non renseigné	30	4
<b>Type de ventilation**</b>		
O2 (lunettes/masque)	9 (4%)	15 (7%)
VNI (Ventilation non invasive)	2 (1%)	2 (1%)
Oxygénothérapie à haut débit	160 (64%)	72 (32%)
Ventilation invasive	75 (30%)	132 (59%)
Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	3 (1%)	3 (1%)
Non renseigné	29	14
<b>Durée de séjour</b>		
Durée moyenne de séjour	11,4	15,6
Durée médiane de séjour	9	12
Durée quartile 25	5	5
Durée quartile 75	15	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

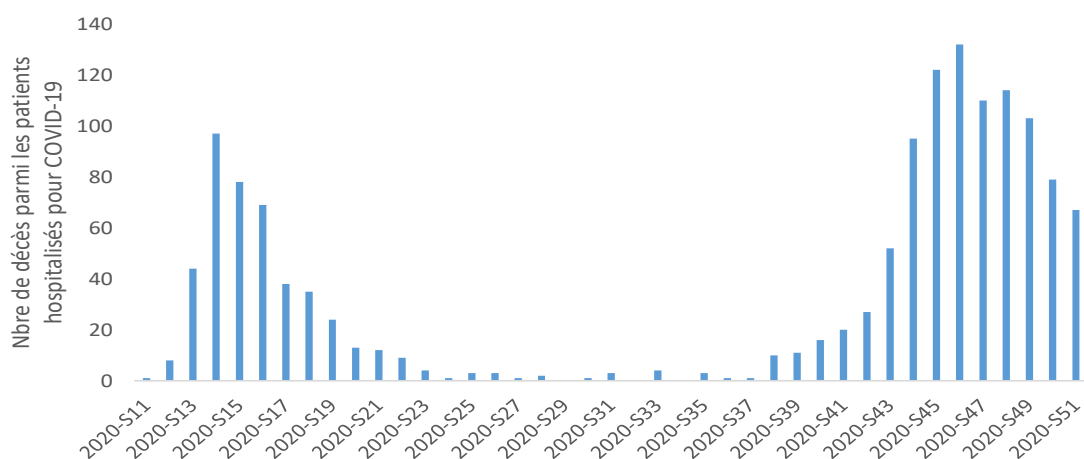
## Mortalité spécifique au COVID en Normandie

Parmi les personnes ayant été hospitalisées pour Covid-19, 1 425 sont décédées depuis le 1<sup>er</sup> mars (+ 82 décès par rapport au bulletin de la semaine dernière). En semaine 51, 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<sup>er</sup> mars 2020, 781 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 547 certificats de décès.

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

Source : SI-VIC, au 22/12/2020 à 16h



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

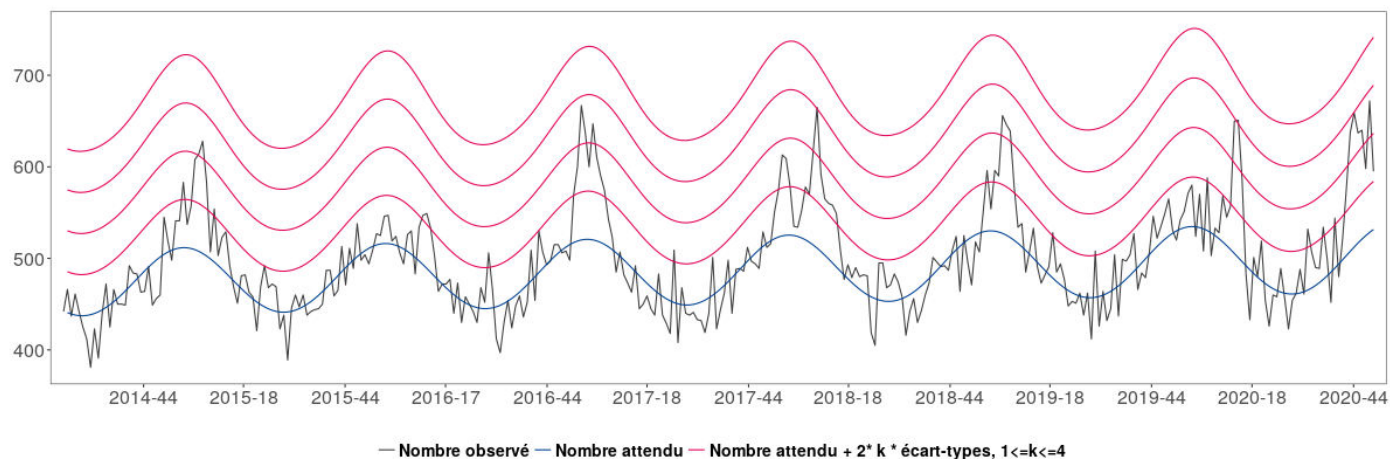
Source : SI-VIC, au 22/12/2020 à 16h

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=1 425 (%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	1,3%	3,4%	11,6%	21,1%	39,4%	22,2%

## Mortalité toutes causes en Normandie

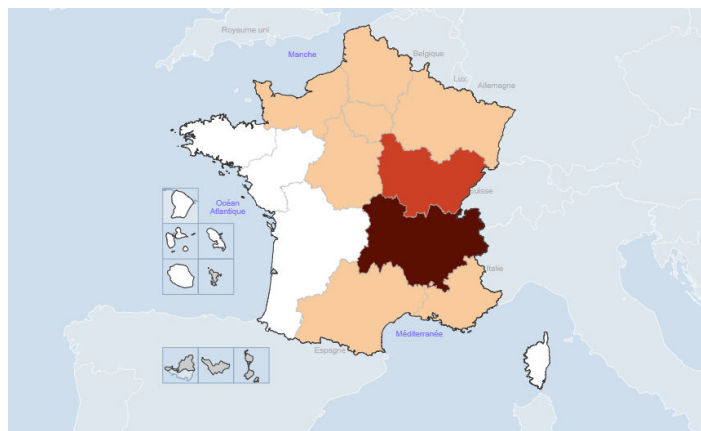
En semaine 51, on observe depuis octobre 2020 un niveau élevé de mortalité supérieur à 2 écarts type par rapport à l'attendu.

**Figure 12. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues (tous âges), jusqu'à la semaine 51-2020** (Source : Insee, au 22/12/2020 à 11h)

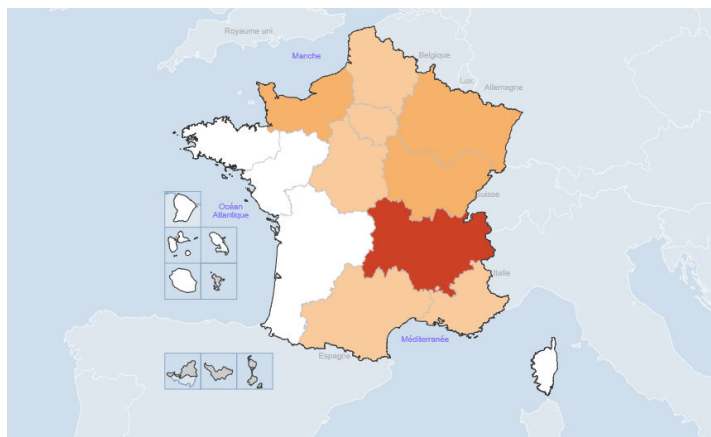


## Mortalité toutes causes en Normandie

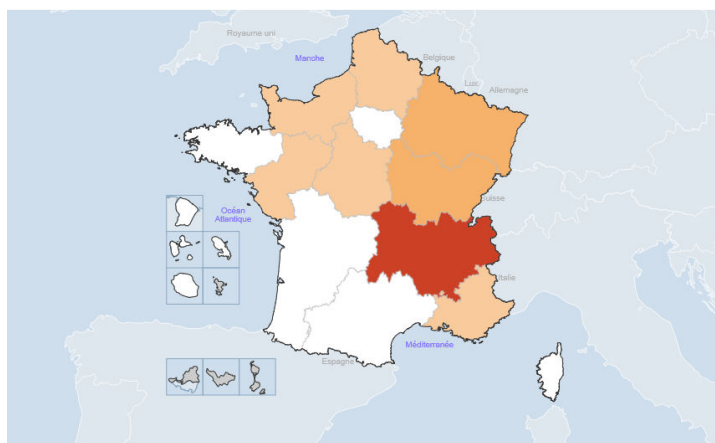
Figure 14. Niveaux d'excès de mortalité standardisé — tous âges — S48, 49, 50 (Source : Santé publique France, Insee)



Semaine 48



Semaine 49



Semaine 50

Le niveau de mortalité standardisé tous âges en région Normandie est en excès modéré en semaine 48 et 50. Il était en excès élevé en semaine 49.

# BRONCHIOLITE (chez les moins de 2 ans)

## Synthèse des données disponibles

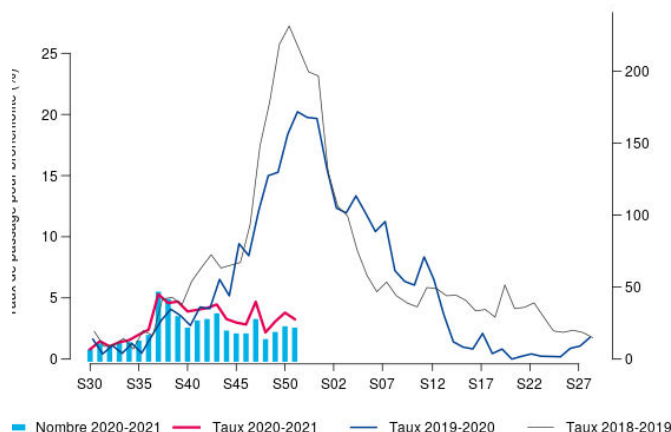
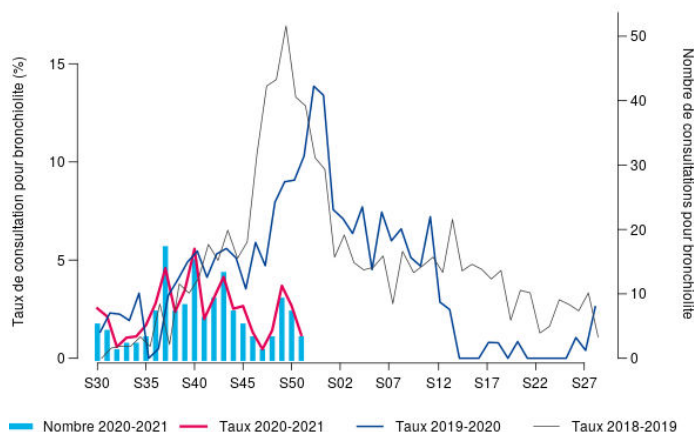
**Phase non épidémique** : On observe une diminution des recours pour bronchiolite aux urgences et du nombre d'actes SOS Médecins à des niveaux faibles. L'activité pour bronchiolite est inférieure à celle observée les années précédentes. Un premier VRS a été isolé chez un patient hospitalisé en semaine 51 (données du CHU de Caen et Rouen). La majorité des virus isolés sont des Rhinovirus. Le week-end du 18 au 20 décembre 2020, 18 enfants ont été reçus par le Réseau Bronchiolite Normand et 29 séances de kinésithérapie ont été pratiquées (en 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	3	1.2%	Faible	Diminution	Inférieur
SU - réseau Oscour®	20	3,3%	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)

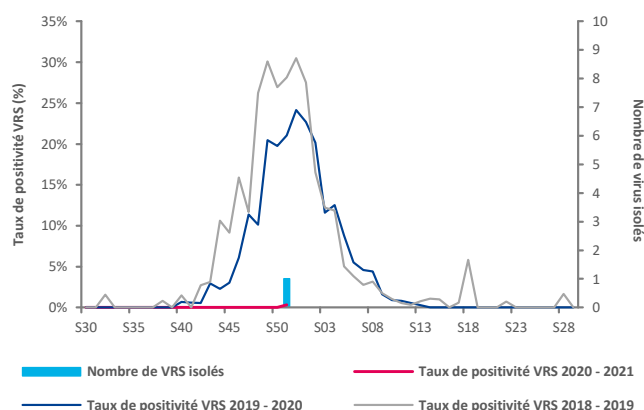


Évolution hebdomadaire du nombre d'actes (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, SOS Médecins, Normandie, 2018-2021.

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-S50	5		7,9 %
2020-S51	5	+ 0%	7,0 %

\* 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

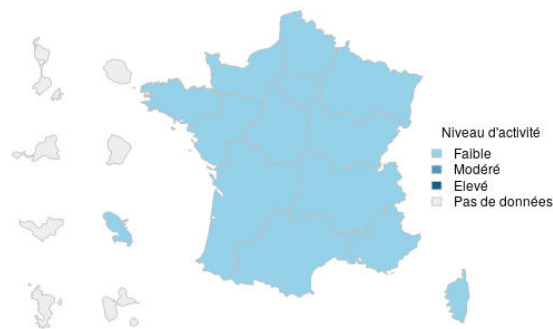
Les activités pour GEA de SOS Médecins et des services d'urgences sont en augmentation. Elles se situent à un niveau faible, inférieurs à ceux observés les saisons précédentes. L'incidence de diarrhées aiguës estimée par le réseau Sentinelles est en diminution et est inférieure au niveau de l'année précédente.

## Recours aux soins d'urgence pour GEA

	Consultations	Nombre <sup>1</sup>	Part d'activité <sup>2</sup>	Activité	Tendance à court terme
Tous âges	SOS Médecins	196	5,7 %	Faible	Augmentation
	SU - réseau Oscour®	103	0,8 %	Faible	Augmentation
< 5 ans	SOS Médecins	27	4,7 %	Faible	Augmentation
	SU - réseau Oscour®	49	3,9 %	Faible	Augmentation

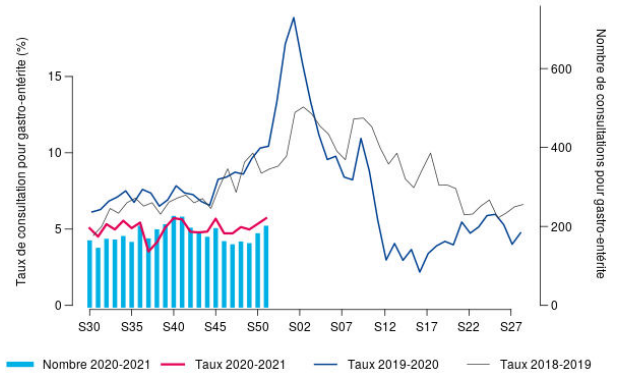
<sup>1</sup> Nombre de recours transmis et pour lesquels un diagnostic de GEA est renseigné ;

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

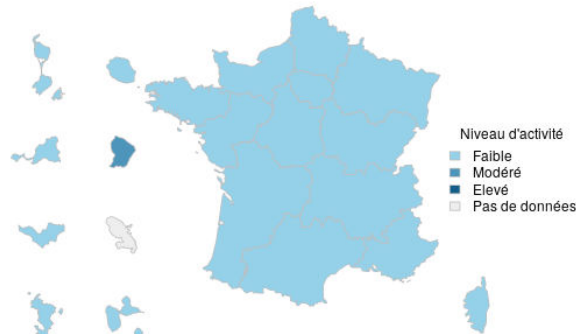


Source : SOS Médecins, Santé publique France, 2020

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

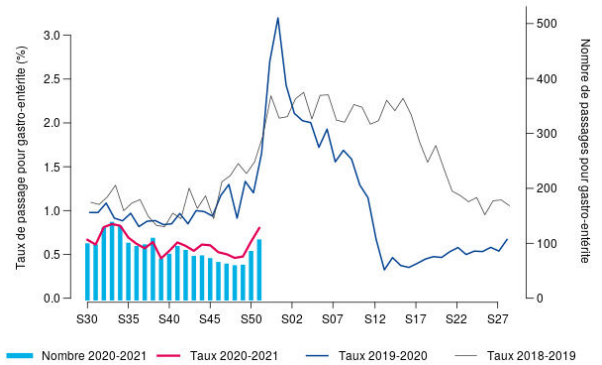


Évolution hebdomadaire du nombre d'actes (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, SOS Médecins, Normandie, 2018-2021.

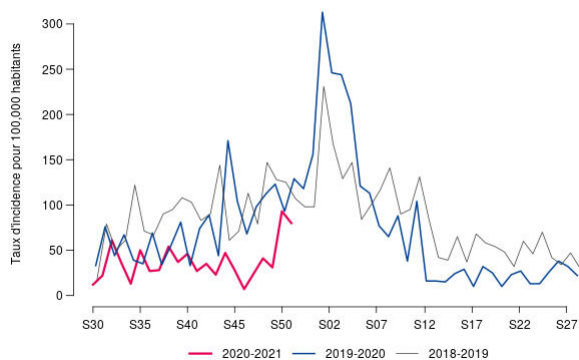


Source : Réseau Oscour, Santé publique France, 2020

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.

## Méthode - Qualité des données

### 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 suivi 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 ;

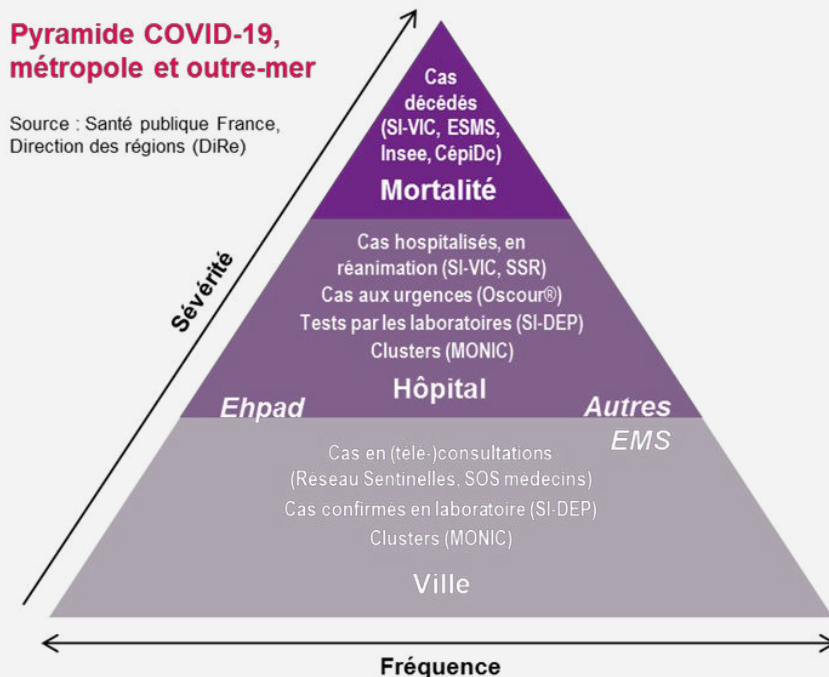
La définition des périodes épidémiques est basée sur la combinaison de méthodes statistiques appliquées à deux ou trois sources de données (SOS Médecins, Oscour® et, selon la pathologie, réseau Sentinelles). Pour chaque pathologie, un algorithme définit le niveau épidémique selon les alarmes statistiques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

### Qualité des données SurSaUD® en semaine 51 :

	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	96,1%	96,4%	-	94,8%	-	96,9%
SAU – Nombre de SU inclus	41/45	8/10	9/9	5/6	5/6	14/14
SAU – Taux de codage diagnostique	70,1%	78,2%	36,0%	88,5%	74,0%	72,0%

## 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.



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](mailto:presse@santepubliquefrance.fr)

**Diffusion Santé publique France**

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

**Date de publication**

24/12/2020

**Numéro vert 0 800 130 000**

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

**Sites associés :**

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

