

### En collaboration avec :

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

### Edito

La Normandie a été relativement épargnée par la première vague épidémique. Au 4 juin, l'ensemble des indicateurs retenus continue de montrer une absence de reprise communautaire de l'épidémie en Normandie. Cependant, des cas de COVID-19 sont toujours identifiés quotidiennement par les laboratoires de la région confirmant que le virus circule toujours, comme sur l'ensemble du territoire national. Le nombre de tests positifs remontant via la plateforme SI-DEP et le taux d'incidence calculé à partir de celui-ci sont également influencés par l'activité de dépistage.

### Identification des cas isolés et des clusters

Au 4 juin, la Normandie recensait 2 clusters encore en cours d'investigation (un en établissement de santé et un en milieu familial élargi). Le défi aujourd'hui est de circonscrire ces chaînes de transmission liées au contact des cas retournant à leurs activités avec la même efficacité qu'elles ont pu l'être pendant la période de confinement. La maîtrise de ces situations est cruciale pour la Normandie, du fait de la faible proportion de personnes ayant déjà contractées le virus et donc d'un potentiel de dissémination quasiment au même niveau qu'avant la phase de confinement.

### Interprétation quotidienne de la situation épidémiologique

La situation épidémiologique est suivie de près grâce à l'ensemble des acteurs de santé du territoire (associations SOS médecins, établissements de santé publiques et privés, laboratoires...), et aux multiples systèmes de surveillance qui ont été mis en place avec leur concours.

Chaque jour, une analyse contextuelle sur la vulnérabilité potentielle des territoires s'appuyant sur les données de ces systèmes est réalisée. Celle-ci permet de fournir quotidiennement aux autorités sanitaires une interprétation épidémiologique de la situation régionale afin de suivre l'évolution de l'épidémie de COVID-19.

L'Agence régionale de Santé de Normandie communique chaque jour pour prévenir, informer et accompagner les acteurs de santé et la population. Ce Point Epidémiologique hebdomadaire compile l'ensemble des indicateurs disponibles pour le suivi de l'épidémie de COVID-19.

### Indicateurs-clés

#### Surveillance en ville

- SOS Médecins : 500 actes pour suspicion COVID-19 pour 10 000 actes (S\*, 651 en S-1\*)
- Laboratoire (SIDEPA) : taux d'incidence inférieur à 10/100 000 habitants

#### Cluster

- 7 clusters depuis le déconfinement (hors Ehpad et cluster familiaux)
- 2 clusters encore en cours d'investigation

#### Surveillance dans les ESMS dont les Ehpad

- 1 933 cas dont 274 décès signalés au 03/06/2020 chez les résidents d'ESMS depuis le 1<sup>er</sup> mars

#### Surveillance à l'hôpital

- Réseau Oscour® : 79 passages pour suspicion COVID-19 pour 10 000 (S, 129 en S-1)

#### Surveillance de la mortalité

- Aucun excès de mortalité n'a été observé en semaine 21 en Normandie

\*S/S-1 : pour semaine S (du 25/05/2020 au 31/05/2020) et semaine S-1 (du 18/05/2020 au 24/05/2020)

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

Depuis la levée du confinement, le 11 mai 2020, les ARS en lien avec les Cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent les clusters (foyers de transmission ou épisodes de cas groupés) qui sont détectés, selon le guide en vigueur [1]. Le traçage et le dépistage des personnes contacts permettent de contrôler ces foyers. Un cluster est défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, et qui appartiennent à une même communauté ou ont participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non. Le système d'information **MONIC** (MONItorage des Clusters) permet de présenter ce bilan.

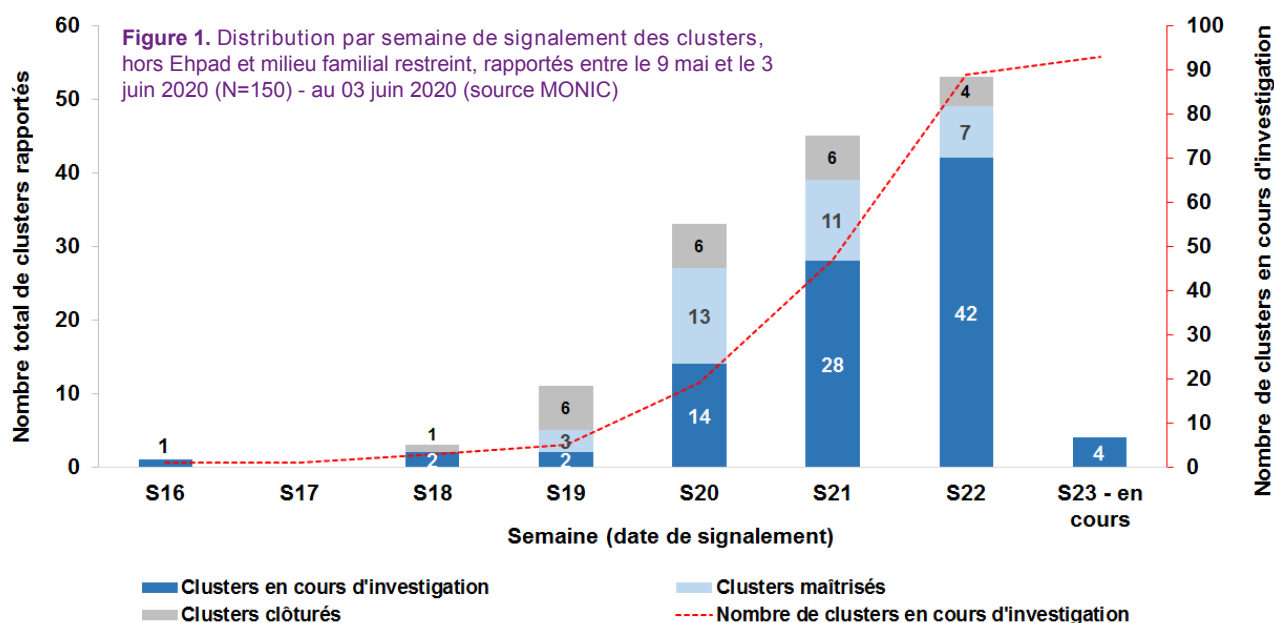
**Au 03 juin 2020**, avec le développement de la capacité diagnostique, un total de **150 clusters** (hors Ehpad et milieu familial restreint) a été rapporté à Santé publique France : 142 clusters en France métropolitaine et 8 dans les départements régions d'outre-mer. On note une augmentation du nombre de clusters détectés et investigués (Figure 1). Parmi ces clusters, 66 % ont plus de 5 cas. Ils concernent notamment des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité (17 % en établissements d'hébergement social et d'insertion, et 6 % en communautés vulnérables), des établissements de santé (27 %) et plus largement des entreprises (17 % entreprises privées et publiques hors établissements de santé) (Tableau 1).

En termes de criticité (potentiel de transmission ou critères de gravité), 77 % des clusters ont été évalués de criticité modérée (40 %) à élevée (37 %). La majorité des clusters est en cours d'investigation (62 %, N=93) (clusters actifs en termes de nouveaux cas avec mise en place de premières mesures de contrôle) (Figure 2), 23 % ont été maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7j après le dernier cas), 15 % sont clôturés (absence de nouveaux cas 14j après la date de début des signes du dernier cas ET la fin de la quatorzaine de tous les contacts). Parmi les clusters en cours d'investigation, 40 % ont une criticité élevée. **Aucune diffusion communautaire** (survenue de nouveaux cas hors de la collectivité et en lien avec le cluster) **non contrôlée n'est rapportée**.

Le signalement de ces clusters en phase de déconfinement n'est pas une situation inattendue du fait de la poursuite de la circulation du SARS-CoV-2 en France, de l'augmentation importante des capacités diagnostic et de la recherche active de cas autour de chaque patient infecté [2]. Leur identification résulte à la fois de signalements au niveau régional (point focal ARS), de l'identification et du suivi des contacts instauré sur le territoire, et des campagnes de dépistage. Pour l'ensemble de ces clusters, les mesures de contrôle sont en place et une forte vigilance est maintenue quant au risque de diffusion. Les clusters en Ehpad seront rapportés dans ce bilan des clusters dans le prochain Point épidémi.

**Tableau 1.** Répartition par type de collectivités des clusters, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés entre le 9 mai et le 3 juin 2020 (N=150) - au 03 juin 2020 (source MONIC)

Type de collectivités	n	%
Établissements de santé (ES)	40	27
Entreprises privées et publiques (hors ES)	26	17
Établissements sociaux d'hébergement et d'insertion	25	17
EMS de personnes handicapées	12	8
Milieu familial élargi (plusieurs foyers familiaux)	9	6
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	9	6
Milieu scolaire et universitaire	5	3
Établissement pénitentiaires	5	3
Événement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	2	1
Crèches	2	1
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	1	1
Structure de l'aide sociale à l'enfance	0	0
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	0
Transport (avion, bateau, train)	0	0
Autres	14	10

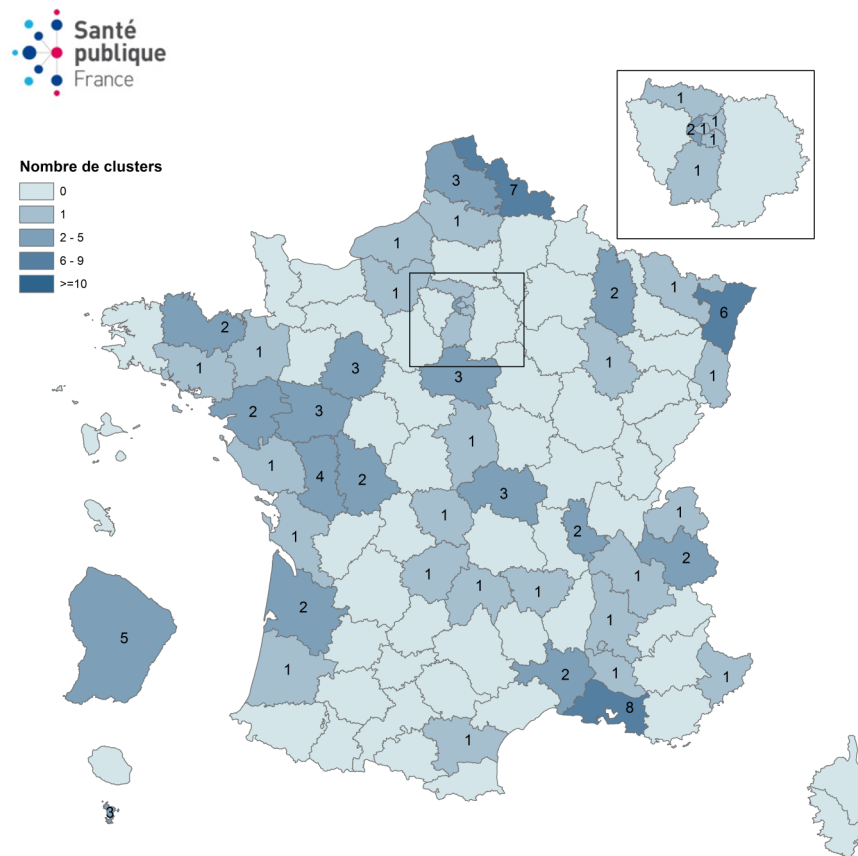


## Signalement à visée d'alerte des clusters (foyers de transmission)

En **Normandie**, 7 clusters ont été investigués depuis le déconfinement (hors clusters intrafamiliaux et en EHPAD), 2 sont encore en cours d'investigation, un dans un établissement de santé et un en milieu familial élargi (Figure 2).

Source : MONIC, au 03/06/2020

**Figure 2** : Répartition par département du nombre de clusters en cours d'investigation, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés à Santé publique France, entre le 9 mai et le 3 juin 2020 (N=93) - au 3 juin 2020 (source MONIC)



Source : Santé publique France

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

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

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

Source : SOS Médecins, au 03/06/2020 à 10h

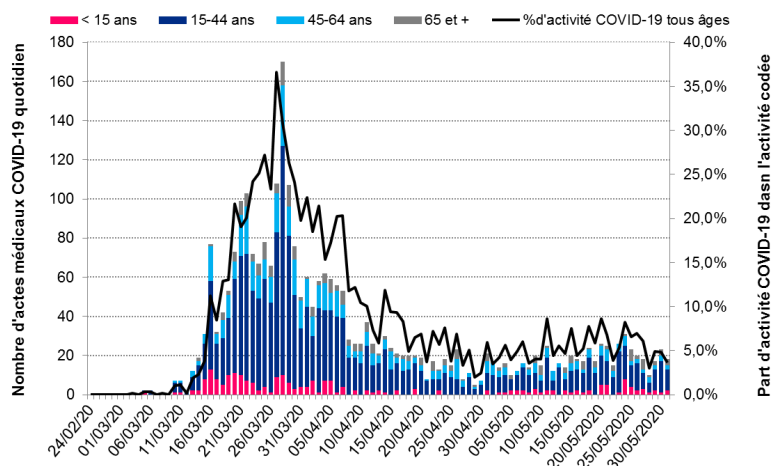
**Figure 3. Nombre quotidien d'actes et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge—semaine**

En semaine 22 (du 25 au 31 mai), le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 rapportés par les associations SOS Médecins était en diminution de 27 % par rapport à celui de la semaine précédente (129 en S22 versus 164 en S21).

La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale était stable.

Parmi ces actes, 12 % ont été rapportés chez les moins de 15 ans, 59% chez les 15-44 ans, 12% chez les 44-65 ans et 17% chez les 65 ans et plus.

Au total, 2 762 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés depuis le 03 mars 2020.



# Surveillance virologique

Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux de positivité des tests dans le temps par région ou département, ainsi que le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population (taux d'incidence). Les données sont consolidées dans le temps. Ces indicateurs permettent, associés aux autres indicateurs, de suivre la dynamique de l'épidémie.

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

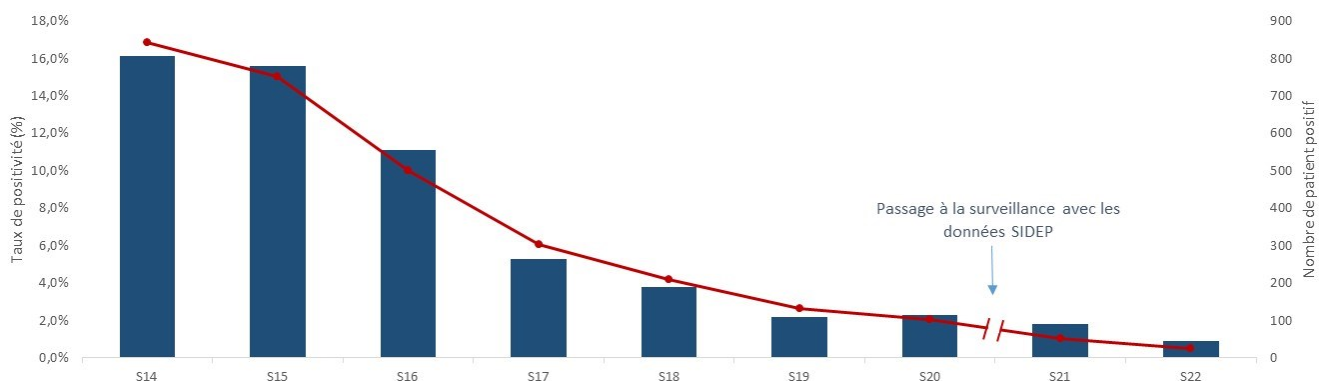
Au 02 juin à 11h, la quasi-totalité des laboratoires (4 840 sites de prélèvements) a transmis des données. Des contrôles sont effectués afin d'améliorer la qualité et la complétude de ces données et de nouveaux laboratoires continuent à être intégrés dans le système.

**Du 24 au 30 mai 2020, en Normandie, 8 452 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, et pour 44 patients, les tests se sont avérés positifs. Le taux de positivité hebdomadaire était de 0,52% (calculé sur les tests valides). Ce taux est en diminution par rapport à la semaine précédente 21 (1,1%) (Figure 4).**

En France métropolitaine, le taux de positivité était inférieur à 5% dans l'ensemble des départements (Figure 5). Le taux d'incidence (nombres de nouveaux cas rapportés à la population pour 100 000 habitants) était au niveau national de 5,25/100 000 habitants. Il était inférieur à 10/100 000 pour la très grande majorité des départements, dont la **Normandie**. Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans les départements du Loiret (14,5/100 000 habitants) la Creuse (13,8/100 000 h), le Nord (12,7/100 000 h), le Val d'Oise (12,2/100 000 h), le Gers (11,6 / 100 000 h), le Haut-Rhin (10,2 / 100 000 h) et le Val de Marne (10,4/ 100 000 h) (Figure 6).

Source : 3labo/laboratoires hospitaliers/SI-DEP

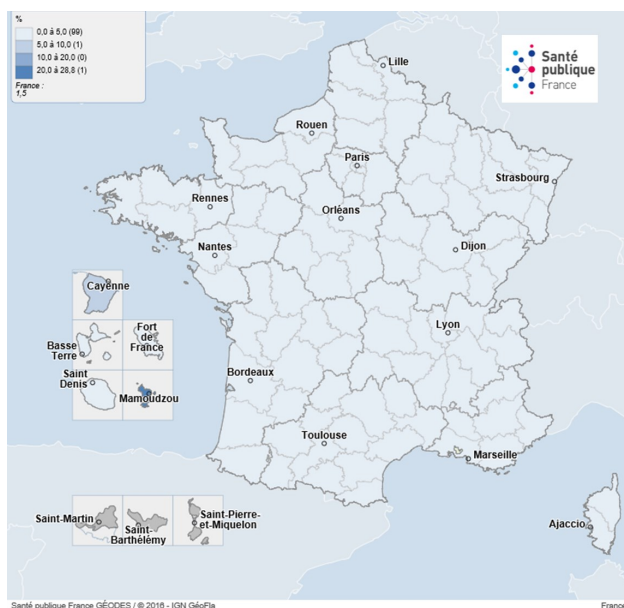
**Figure 4. Nombre de patient positif et taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2, Normandie**



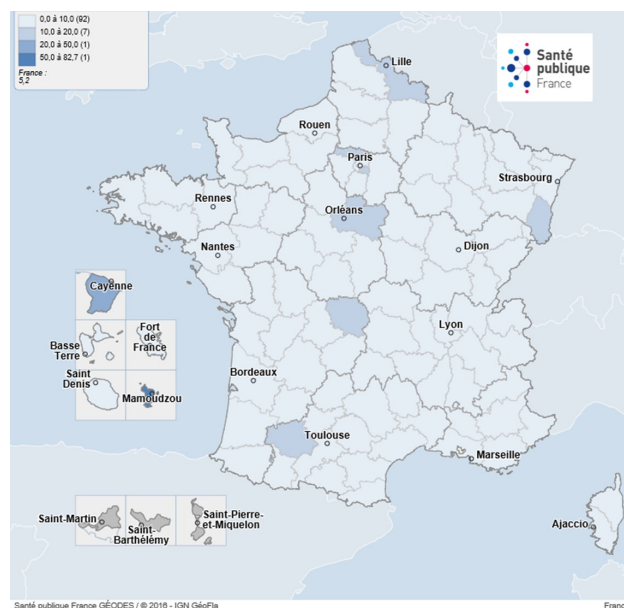
Source : SI-DEP, au 02/06/2020 11h

Source : SI-DEP, au 02/06/2020 11h

**Figure 5. Taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2 par département, France, semaine 22 (24 au 30 mai 2020)**



**Figure 6. Taux d'incidence de SARS-CoV-2 pour 100 000 habitant par département, France, semaine 22 (24 au 30 mai 2020)**



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

## Surveillance en établissements sociaux et médicaux

Depuis le 01 mars 2020 et jusqu'au 03 juin, 340 épisodes concernant un ou plusieurs cas liés au COVID-19 dans des établissements sociaux et médico-sociaux ont été signalés à Santé publique France via l'application disponible sur le portail national des signalements dans la région Normandie. Il s'agissait de 219 (64,4%) établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements) et 121 (35,7%) autres établissements médico-sociaux (EMS).

Au 03 juin, 219 de ces épisodes ont été clôturés (un épisode est clôturé lorsqu'il n'y a aucun signalement de nouveaux cas pendant 14 jours consécutifs).

Source : Surveillance dans les ESMS, au 03/06/2020 à 12h

**Tableau 2. Nombre de signalements en établissements sociaux et médico-sociaux, de cas COVID-19 et de décès chez les résidents et le personnel rapportés du 01/03 au 03/06**

		EHPA <sup>1</sup>	HPH <sup>2</sup>	Aide enfance <sup>3</sup>	Autres EMS <sup>4</sup>	Total
Chez les résidents	Signalements <sup>5</sup>	219	86	20	12	340
	Cas confirmés <sup>6</sup>	615	112	5	0	732
	Cas possibles <sup>7</sup>	1 021	139	22	19	1 201
	Nombre total de cas <sup>6,7</sup>	1 636	251	27	19	1933
	Cas hospitalisés <sup>6,7</sup>	187	40	0	0	227
	Décès hôpitaux <sup>8</sup>	70	9	0	0	79
	Décès établissements <sup>8</sup>	195	0	0	0	195
Chez le personnel	Cas confirmés <sup>6</sup>	363	103	12	0	478
	Cas possibles <sup>7</sup>	570	145	24	13	752
	Nombre total de cas <sup>6,7</sup>	933	248	36	13	1230

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

<sup>2</sup>Hébergement pour personnes handicapées (FAM, IME, autres établissements pour enfants (ITEP, EAAP, IEM, Instituts pour déficient auditifs et visuels), autre établissements pour adultes (foyer de vie, foyer d'hébergement))

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

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

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

<sup>6</sup>Cas confirmé COVID-19 : toute personne, symptomatique ou non, avec un prélèvement confirmant l'infection par le SARS-CoV-2 parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EHPA/EMS

<sup>7</sup>Cas possible COVID-19 : fièvre (ou sensation de fièvre) avec des signes respiratoires (comme la toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression thoracique) OU autre tableau clinique compatible avec le COVID-19 selon le médecin, parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EHPA/EMS

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

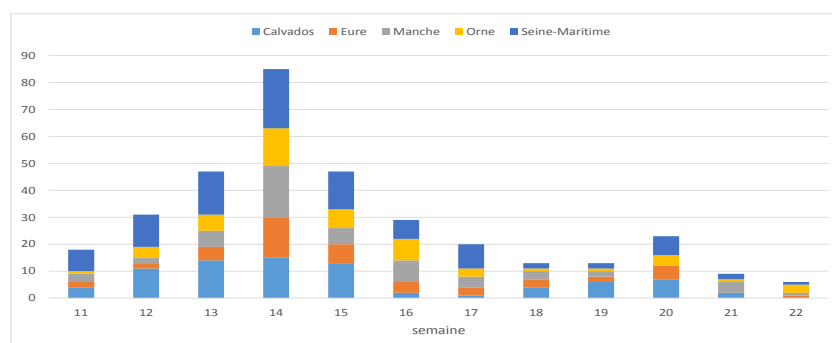
Source : Surveillance dans les ESMS, au 03/06/2020 à 12h

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

Départements	Signalements	Cas parmi les résidents	Décès dans l'établissement parmi les résidents	Cas parmi le personnel
Calvados	78	246	5	192
Eure	49	468	74	224
Manche	58	149	13	143
Orne	53	161	9	188
Seine-Maritime	102	909	94	483
<b>Total région</b>	<b>340</b>	<b>1 933</b>	<b>195</b>	<b>1 230</b>

Source : Surveillance dans les ESMS, au 03/06/2020 à 12h

**Figure 7. Nombre de signalement par département selon la semaine de début des signes du 1<sup>er</sup> cas, du 09/03 au 03/06**





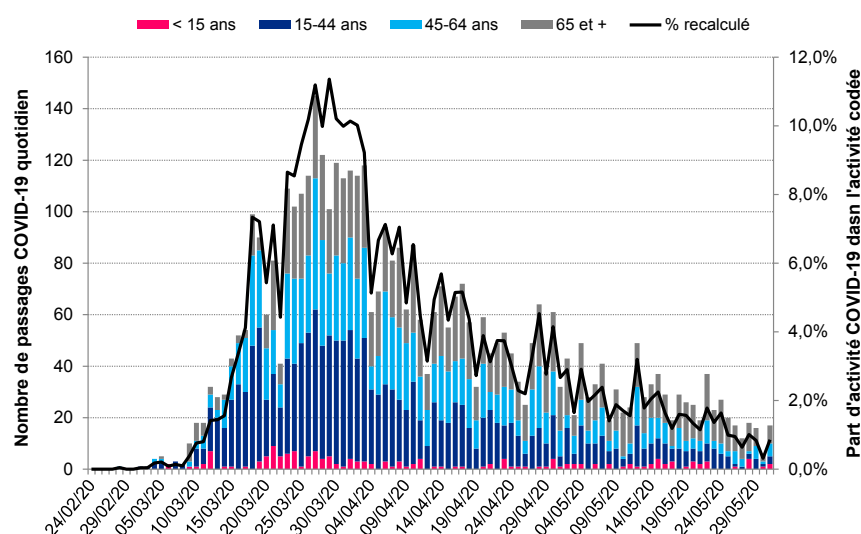
## Passages aux urgences

En semaine 22 (du 25 au 31 mai), 106 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par le réseau Oscour®, représentant 0,8% de l'activité totale.

Le nombre de passages ainsi que la part d'activité pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale des urgences était en diminution par rapport à la semaine précédente. Le taux d'hospitalisation tous âges après passage pour suspicion de COVID-19, indicateur de gravité à l'arrivée aux urgences, était en augmentation (68 % en semaine 22 et 61% en semaine 21) mais repose sur un nombre faible de cas.

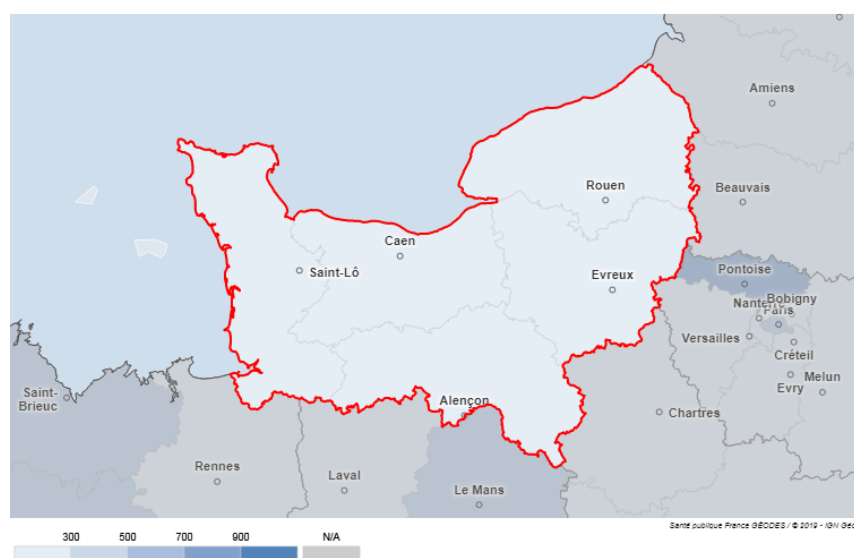
Source : réseau Oscour®, au 03/06/2020 à 10h

**Figure 7. Nombres quotidiens de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge— semaine 22**



Source : réseau Oscour®, au 03/06/2020 à 10h

**Figure 8. Taux de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 en semaine 22 2020 (pour 10 000 passages)**



La répartition, par classe d'âge, des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19, en semaine 22, était celle-ci :

- 7 % chez les moins de 15 ans
- 16 % chez les 15-44 ans
- 21 % chez les 45-64 ans
- 56 % chez les 65 ans et plus

## Surveillance à l'hôpital (suite)

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

Source : SI-VIC, au 03/06/2020 à 14h

**Tableau 4. Part (en %) des classes d'âge parmi les hospitalisations pour COVID-19, les admissions en réanimation au 04/06/2020**

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

Le 04 juin 2020 à 14h, 310 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en Normandie dont 19 en réanimation d'après les données SI-VIC. Plus de 70% des personnes hospitalisées avaient plus de 70 ans.

Depuis le 01 mars 2020, 1 509 patients sont retournés à leur domicile.

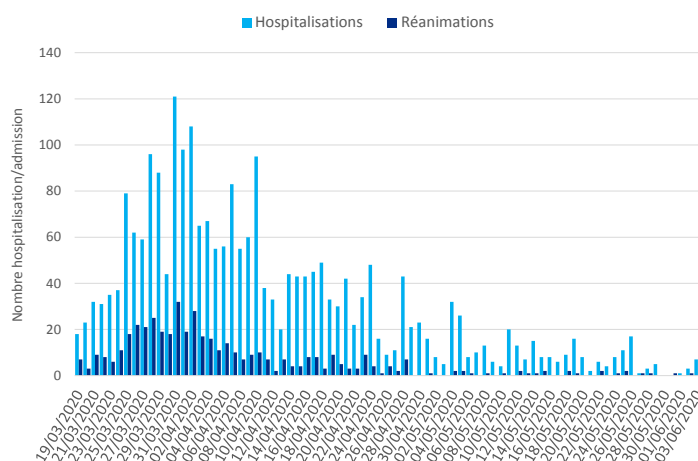
Classes d'âge	Hospitalisations Le 04/06/2020		Dont réanimations Le 04/06/2020	
	N	%	N	%
0-9 ans	0	0,0%	0	0,0%
10-19 ans	0	0,0%	0	0,0%
20-29 ans	1	0,3%	0	0,0%
30-39 ans	3	1,0%	0	0,0%
40-49 ans	11	3,5%	2	10,5%
50-59 ans	19	6,1%	3	15,8%
60-69 ans	47	15,2%	6	31,6%
70-79 ans	66	21,3%	7	36,8%
80-89 ans	98	31,6%	1	5,3%
90 ans et plus	64	20,6%	0	0,0%
Inconnu	1	0,3%	0	0
Total Région	310	100,0	19	100,0

Source : SI-VIC, au 03/06/2020 à 14h

**Figure 8. Nombre quotidien d'hospitalisations et réanimations pour COVID-19**

L'évolution des nouvelles hospitalisations pour COVID-19 était diminution en semaine 22.

Le nombre de cas de COVID-19 admis en réanimations quotidiennement en Normandie est faible et stable depuis la semaine 18.



Source : SI-VIC au 04/06/2020 à 14h

**Tableau 5. Nombre et part (en %) des hospitalisations pour COVID-19, des admissions en réanimation au 04/06/2020, par département de prise en charge**

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

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

Départements	Hospitalisations		Admissions en réanimation	
	N	%	N	%
Calvados	50	16,1%	1	5,3%
Eure	68	21,9%	2	10,5%
Manche	48	15,5%	4	21,1%
Orne	41	13,2%	4	21,1%
Seine-Maritime	103	33,2%	8	42,1%
Total Région	310	100,0%	19	100,0%

## Surveillance à l'hôpital (suite)

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

Tableau 6. Description des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation. Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France, au 02/06/2020 à 14h

	N	%
<b>Cas admis en réanimation</b>		
<b>Nombre de cas signalés</b>	<b>236</b>	
<b>Evolution</b>		
Evolution Renseignée	202	85,6%
Transfert hors réa. ou retour à domicile <sup>1</sup>	160	79,2%
Décès <sup>1</sup>	42	20,8%
<b>Répartition par sexe</b>		
Hommes	173	73,3%
Femmes	63	26,7%
Sexe-Ratio H/F	2,7	
<b>Répartition par classe d'âge</b>		
0-14 ans	0	0,0%
15-44 ans	15	6,4%
45-64 ans	95	40,3%
65-74 ans	91	38,6%
75 ans et plus	35	14,8%
<b>Région de résidence des patients</b>		
Normandie	203	86,0%
Hors Région	33	14,0%
Inconnue	0	0,0%
<b>Délai entre début des signes et admission en réanimation</b>		
Délai moyen / médian en jours [min ; max]	9,3 / 9	[0 ; 35]
<b>Syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA)</b>	<b>167</b>	<b>70,8%</b>
SDRA mineur	22	9,3%
SDRA modéré	81	34,3%
SDRA majeur	62	26,3%
SDRA - niveau non précisé	2	0,8%

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

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

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

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

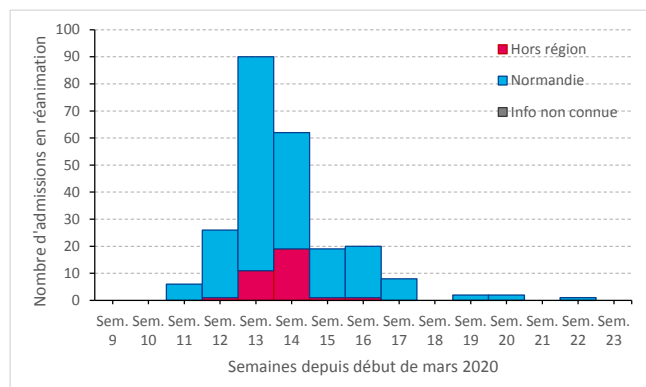
	N	%
<b>Co-infections</b>	<b>9</b>	<b>3,8%</b>
<b>Prise en charge ventilatoire*</b>		
Oxygénation (masque/lunette)	19	8,1%
Ventilation non invasive	3	1,3%
O2 à haut débit	77	32,6%
Ventilation invasive	133	56,4%
Assistance extracorporelle	3	1,3%
<b>Facteurs de risques (FDR)*</b>		
Aucun facteur de risque	60	25,4%
Avec facteur de risque parmi :	173	73,3%
Diabète de type 1 et 2	40	16,9%
HTA** depuis le 6/04	58	54,2%
Pathologie pulmonaire	46	19,5%
Pathologie cardiaque	46	19,5%
Pathologie neuro-musculaire	4	1,7%
Pathologie rénale	17	7,2%
Immunodéficience	20	8,5%
Pathologie hépatique**	3	1,3%
Surpoids / Obésité (IMC≥25)***	67	28,4%
- Surpoids (IMC [25 ; 29])	19	8,1%
- Obésité (IMC [30 ; 39])	30	12,7%
- Obésité morbide (IMC ≥ 40)	16	6,8%
- IMC non renseigné	2	0,8%
Grossesse	0	0,0%
Prématurité	0	0,0%
Autres facteurs de risque	21	8,9%
NSP / Inconnu	3	1,3%

Cette surveillance débutée le 16 mars est basée sur un réseau sentinelle de services de réanimation volontaires. Elle a pour objectif de documenter les caractéristiques des cas graves de COVID-19 admis en réanimation. Elle n'a pas vocation à dénombrer tous les cas graves de COVID-19 admis en réanimation.

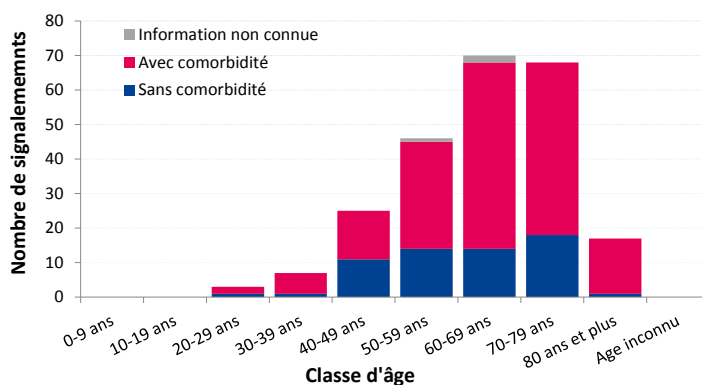
Depuis le 16/03/2020, 236 cas ont été rapportés par 13 services de réanimation participant à la surveillance sentinelle. La majorité des cas était des hommes (sex-ratio à 2,7). L'âge moyen des hommes était de 64 ans et 62 ans chez les femmes (14,8% des cas étaient âgés de 75 ans et plus).

La majorité des cas (73,3%) présentait au moins une comorbidité. Les principaux facteurs de risques identifiés étaient l'hypertension artérielle (54,2%), le surpoids/obésité (28,4%) et les pathologies pulmonaires et cardiaque (19,5%). Le délai médian d'admission en réanimation suite à l'apparition des premiers signes était de 9 jours. Parmi l'ensemble des cas signalés, le taux de décès était de 20,8%.

**Figure 9. Courbe épidémique des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation par semaine d'admission** (Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France, au 02/06/2020 à 14h)



**Figure 10. Distribution des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation, selon l'existence de comorbidités et par classe d'âge.** Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France, au 02/06/2020 à 14h





## Surveillance des professionnels des établissements de santé

Cette surveillance a été mise en place le 22 avril 2020 et a pour objectif de recenser les professionnels salariés d'un établissement de santé (ES) d'hospitalisation, public ou privé, ayant été infectés par le SARS-CoV-2 depuis le 1er mars 2020.

Les cas sont définis comme tout professionnel travaillant en établissement de santé dont l'infection par SARS-CoV-2 est confirmée par PCR, mais également les cas probables (clinique, historique de contact ou imageries évocatrices), reconnus comme infectés par la cellule « COVID19 » ou le référent infectiologue de l'ES. Ces professionnels font partie d'une population particulièrement exposée au SARS-CoV-2.

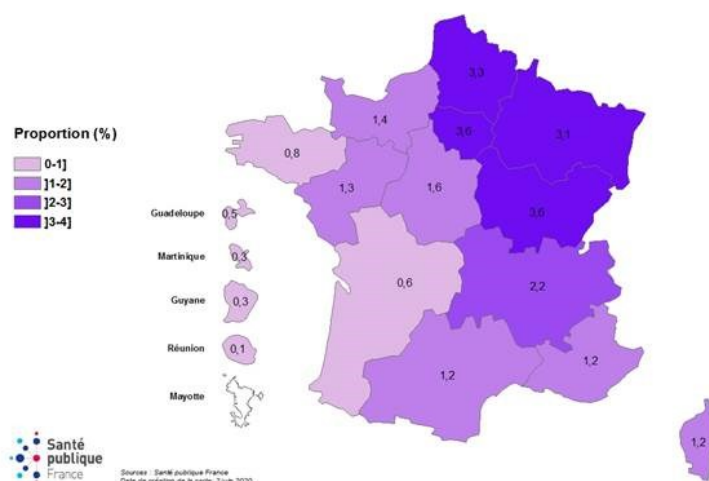
Voici les premiers résultats de cette enquête pour la région :

- ▶ Depuis le 1er mars, 1 038 cas ont été rapportés par 72 établissements en Normandie.
- ▶ Parmi ces cas, 859 (82,8%) étaient des professionnels de santé et 102 (9,8%) des professionnels non soignants. Pour 7,4 % des cas, la catégorie professionnelle n'était pas renseignée.
- ▶ Une grande partie des cas était des infirmiers (26,3%) ou des aides-soignants (26,6%) (Tableau 7).
- ▶ Parmi ces cas, aucun décès lié à l'infection à SARS-CoV-2 n'a été rapporté depuis le 1er mars 2020.

**Tableau 7. Répartition du nombre de professionnels COVID-19 déclarés, par catégorie professionnelle, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020, Normandie, données au 04/06/2020**

Catégorie professionnelle	Nombre de cas	%	Proportion (%) parmi les professionnels de la région
Infirmier	273	26,3	1,6
Aide-soignant	276	26,6	2,2
Médecin	96	9,2	2
Interne	35	3,4	1,7
Elève	19	1,8	-
Kinésithérapeute	9	0,9	1,7
Sage-Femme	3	0,3	0,4
Autre professionnel soignant	148	14,3	1,6
Autre professionnel non soignant	102	9,8	0,6
Inconnu	77	7,4	-
<b>Total</b>	<b>1 038</b>	<b>100</b>	<b>1,4</b>

**Figure 11. Proportion (%) de professionnels en ES déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des professionnels en ES (N=27 613), France\*.**



# Surveillance de la mortalité

## Mortalité spécifique au COVID

Source : SI-VIC, au 03/06/2020 à 14h

**Tableau 8. Part (en %) par classe d'âge des cas de COVID-19 décédés au cours de leur hospitalisation (N = 421)**

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=421 (%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	2,4%	3,8%	13,3%	22,1%	39,0%	19,0%

Source : Inserm-CépiDC, au 02/06/2020 à 14h

**Tableau 9. Description des décès certifiés par voie électronique avec mention COVID-19 dans les causes médicales de décès (N=195)**

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité <sup>1</sup>		Avec comorbidités <sup>1</sup>		Total <sup>2</sup>	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	0	0	0	0
15-44 ans	0	0	2	100	2	1
45-64 ans	5	23	17	77	22	11
65-74 ans	9	28	23	72	32	16
75 ans ou plus	50	36	89	64	139	71

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

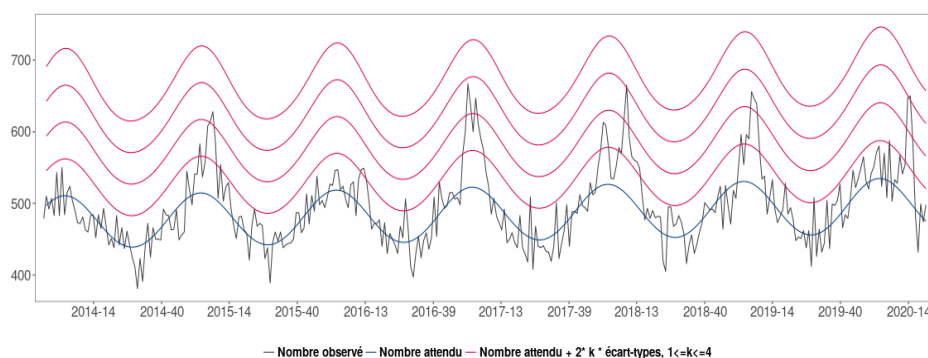
Parmi les personnes ayant été hospitalisées, 421 sont décédés. L'âge médian de ces personnes était de 82 ans [min 30—max 102] ans (Tableau 8).

Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020, 195 décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées. Les plus de 75 ans représentaient 71 % des décès. Des comorbidités étaient renseignées dans 131 certificats de décès (Tableau 9).

## Mortalité toutes causes

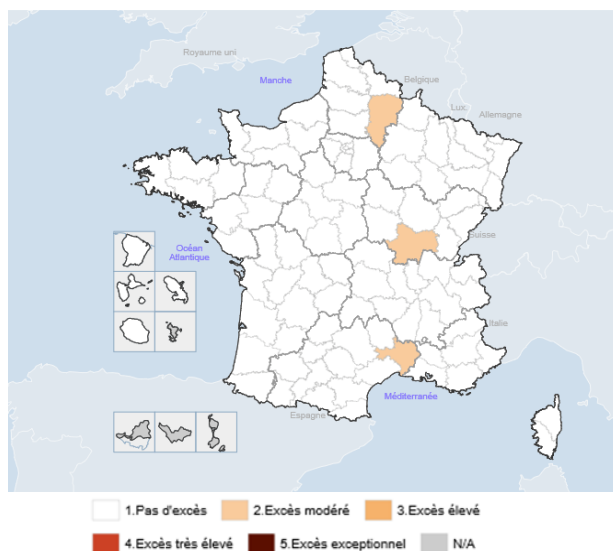
Source : Insee, au 03/06/2020 à 14h

**Figure 12. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues (tous âges), jusqu'à la semaine 21 2020**



Source : Insee, au 03/06/2020 à 14h

**Figure 13. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues (tous âges), sur la semaine 21 2020, par département**



L'analyse de la mortalité toutes causes confondues s'appuie sur les données d'état-civil. Ces données ne permettent pas de disposer des causes médicales de décès.

En semaine 21, aucun excès de mortalité pour la région Normandie n'a été observé.

La surveillance qui reposait sur le signalement individuel des cas confirmés, ne permettait plus de garantir des niveaux d'exhaustivité et de qualité suffisants pour suivre de manière satisfaisante la dynamique de l'épidémie. Un dispositif de surveillance en population à partir de plusieurs sources de données a été mis en place afin de documenter l'évolution de l'épidémie en médecine de ville, à l'hôpital (recours au soin et admission en réanimation) et des décès en complément d'une surveillance virologique à partir des laboratoires hospitaliers et de ville. Les objectifs de la surveillance sont de suivre la dynamique de l'épidémie et d'en mesurer l'impact en termes de morbidité et de mortalité. En phase 3, les systèmes de surveillance sont adaptés ou nouvellement déployés pour assurer la surveillance en population. La date de début effective de chaque surveillance est précisé ci-dessous (date de début).

- ▶ **SurSaUD® (OSCOUR® et SOS Médecins)** : les données de recours aux services d'urgences et aux associations SOS Médecins pour une suspicion d'infection à COVID-19 (utilisation de codes spécifiques) (depuis le 24 février).
- ▶ **SI-DEP (système d'information de dépistage)** : plateforme sécurisée avec enregistrement systématiquement des résultats des laboratoires de tests pour SARS-COV-2 (depuis le 13 mai).
- ▶ **SI-VIC (Système d'information pour le suivi des victimes)** : nombre d'hospitalisations pour COVID-19, patients en réanimation ou soins intensifs ainsi que les décès survenus pendant l'hospitalisation rapportés par les établissements hospitaliers (depuis le 13 mars).
- ▶ **Services de réanimation sentinelles**: données non exhaustive à visée de caractérisation en terme d'âge, sévérité, évolution clinique, des cas de COVID-19 admis en réanimation cas (depuis le 16 mars).
- ▶ **IRA en collectivités de personnes âgées** : nombres d'épisodes de cas groupés d'IRA et de cas groupés confirmés COVID-19 en Ehpad ainsi que le nombre de cas et décès par établissement. (depuis le 28 mars).
- ▶ **Données de mortalité (Insee)** : Nombre de décès toutes causes par âge avec estimation de l'excès par rapport à l'attendu par âge, département et région (2 à 3 semaines de délai pour consolidation).
- ▶ **Certification électronique des décès (CépiDC)** : décès certifiés de façon dématérialisée et permettant de connaître les causes médicales du décès.

Pour en savoir plus sur les méthodes : consulter la page [Santé publique France](#)

### Qualité des données SurSaUD® en semaine 22 :

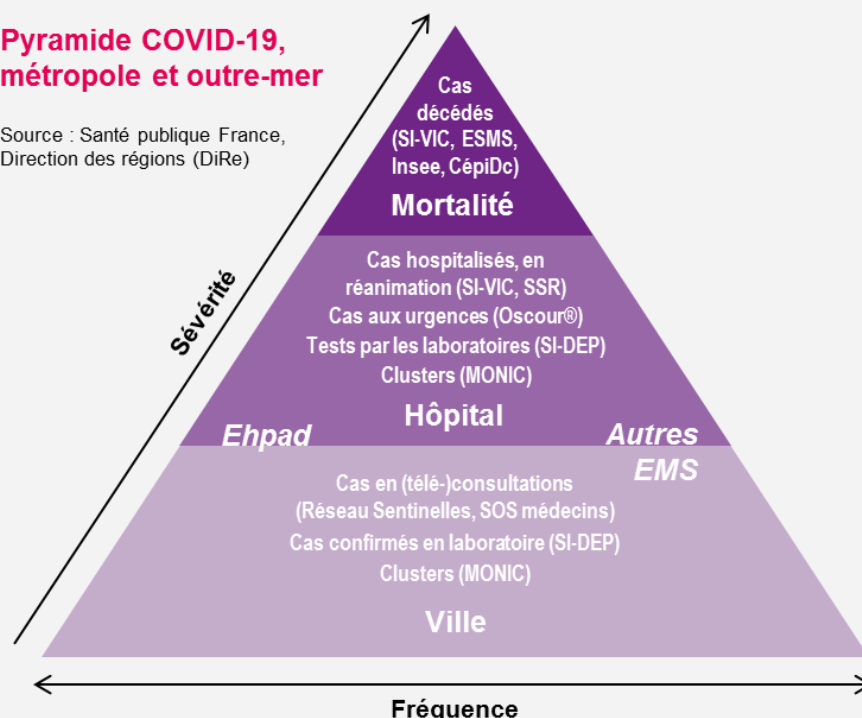
	NORMANDIE	CALVADOS	EURE	MANCHE	ORNE	SEINE-MARITIME
SOS : Nombre d'associations incluses	3/3	1/1	-	1/1	-	1/1
SOS : Taux de codage diagnostique	95,9%	95,7%	-	95,4%	-	97,3%
SAU – Nombre de SU inclus	41/45	8/10	9/9	6/6	5/6	13/14
SAU – Taux de codage diagnostique	66,4%	80,0%	34,7%	88,7%	61,5%	66,9%

## Mission de Santé publique France

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

### Pyramide COVID-19, métropole et outre-mer

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



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

#### Rédacteur en chef

Mélanie Martel

#### Equipe de rédaction

Santé publique France  
Normandie

Direction des régions (DiRe)

**En collaboration à Santé  
publique France** avec la  
Direction des maladies  
infectieuses (DMI), la Direc-  
tion 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

4 juin 2020

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

#### Sites associés :

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

#### GÉODES GÉO DONNÉES EN SANTÉ PUBLIQUE

