

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 (CHU de Rouen, CHU de Caen, Groupe Hospitalier du Havre et Centre Henri Becquerel) et de ville, les établissements médico-sociaux, Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation et de médecine d'urgence

Résumé

Qu'est-ce qui est déjà connu de la situation en Normandie ?

Une circulation active du virus SARS-CoV-2 en Normandie est observée depuis mi-mars 2020 avec les 5 départements touchés. Un dispositif de surveillance populationnelle a été progressivement mis en place à partir de plusieurs sources de données (page 8) afin de suivre l'évolution de la situation épidémiologique ([Surveillance épidémiologique du COVID-19](#)).

Qu'est-ce qui est nouveau dans ce Point pour la région ?

Après une forte augmentation initiale, nous constatons globalement une diminution des indicateurs depuis quatre semaines. Ces données sont en faveur, 7 semaines après le début du confinement, d'un ralentissement des nouvelles contaminations.

L'impact du SARS-CoV-2 dans les établissements sociaux et médico-sociaux continue d'être important mais le nombre de nouveaux établissements touchés est en baisse.

En semaine 18 (27 avril au 03 mai), la région ne présente aucun excès de la mortalité toutes causes et tous âges.

Quelles sont les implications de santé publique dans la région ?

Santé publique France Normandie, à travers ses multiples systèmes de surveillance, travaille étroitement avec l'ARS Normandie et les acteurs de santé locaux (hôpitaux, laboratoires, associations SOS Médecins, ESMS...) afin de décrire au mieux l'épidémie et produire de l'information épidémiologique utile pour la mise en place et le suivi des mesures de gestion permettant de limiter la propagation du virus.

Indicateurs-clés

Surveillance en ville

- SOS Médecins : 381 actes pour suspicion COVID-19 pour 10 000 actes (S*, 587 en S-1*)
- LABM (3 labos) : 3,9 % de tests positifs (S, 6,7% en S-1)

Surveillance dans les ESMS dont les Ehpad

- 1 780 cas dont 242 décès signalés au 05/05/2020

Surveillance à l'hôpital

- Réseau Oscour® : 336 passages pour suspicion COVID-19 pour 10 000 (S, 319 en S-1)
- Laboratoires hospitaliers : 4,4 % de tests positifs (S, 5,7 % en S-1)
- Services sentinelles de réanimation/soins intensifs : 54 % des cas âgés de 65 ans et plus, et 73% des cas avec au moins un facteur de risque

Surveillance de la mortalité

- *Aucun excès de mortalité n'a été observé en semaine 17 en Normandie*

**S/S-1 : pour semaine S (du 27/04/2020 au 03/05/2020) et semaine S-1 (du 20/04/2020 au 26/04/2020)*

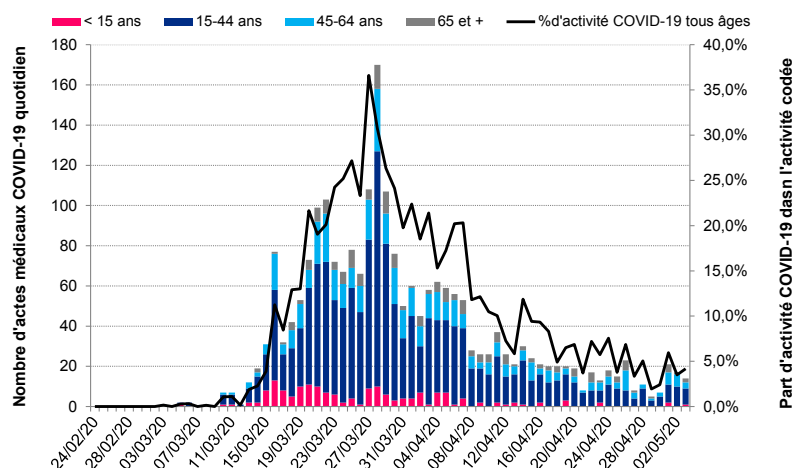
Actes/consultations pour suspicion de COVID-19

En semaine 18 (du 27 avril au 03 mai), le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 rapportés par les associations SOS Médecins était en baisse de 26 % par rapport à celui de la semaine précédente (83 en S18 versus 113 en S17). La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale était également en diminution.

Parmi ces actes 2% ont été rapportés chez les moins de 15 ans, 58% chez les 15-44 ans, 28% chez les 44-65 ans et 11% chez les 65 ans et plus. Au total, 2 244 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés depuis le 03 mars 2020.

Source : SOS Médecins, au 06/05/2020 à 10h

Figure 1. Nombre quotidien d'actes et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge



Source : Réseau Sentinelles, au 06/05/2020 à 10h

(depuis début 2020, la participation active de l'ensemble des médecins généralistes de la région à la surveillance continue est faible).

Taux estimés de (télé-)consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA)

- S17-2020 : 73 consultations /100 000 habitants [13; 133]*
- S18-2020 : 34 consultations /100 000 habitants [11 ; 57]

* Bornes inférieure et supérieure de l'intervalle de confiance à 95%

Ces résultats nécessitent d'être lus avec précaution car il s'agit de l'ensemble des IRA sans distinction de causalité. Ils nécessitent d'être consolidés et croisés avec les résultats virologiques du Réseau Sentinelles (analysés uniquement à l'échelle nationale) afin de disposer d'un taux d'incidence des cas d'IRA dus au SARS-CoV-2.

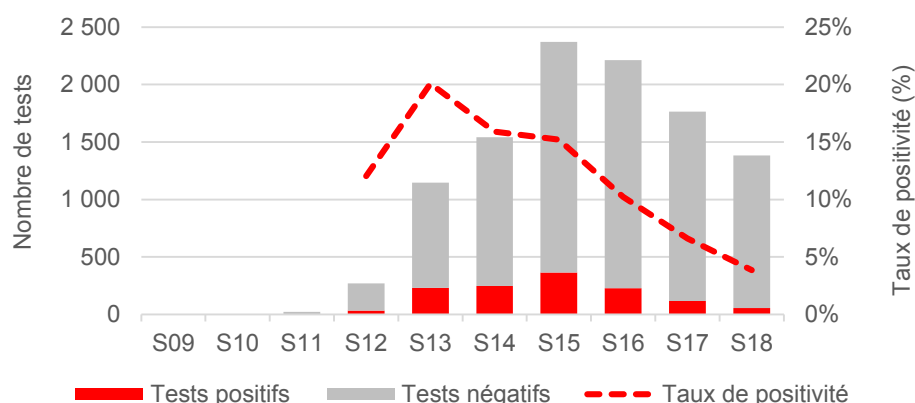
Tests virologiques

La remontée des données des laboratoires de ville repose sur les analyses réalisées par le réseau 3 labo (Cerba, Eurofins-Biomnis). Les premiers test de diagnostics SARS-CoV-2 ont été rendus disponible à compter du 9 mars 2020 dans les laboratoires de biologie médicale de ville.

En semaine 18, sur 1 398 tests réalisés, 54 étaient positifs pour le SARS-CoV-2, soit un taux de positivité de 3,9%. Le nombre de test positif et le taux de positivité étaient en diminution par rapport à celui de la semaine 17 (6,7%).

Source : Surveillance 3 labos - Eurofins-Biomnis et Cerba, au 05/05/2020 à 11h

Figure 2. Nombre de tests réalisés, nombre de tests positifs pour SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine



Surveillance en établissements sociaux et médicaux

Depuis le 01 mars 2020 et jusqu'au 4 mai, 292 établissements ont signalé un épisode concernant un ou plusieurs cas liés au COVID-19 à Santé publique France via l'application disponible sur le portail national des signalements dans la région Normandie. Il s'agissait de 191 (65%) établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements) et 101 (35%) autres établissements médico-sociaux (EMS).

L'ensemble des 292 signalements correspondait à un total de 1 780 cas de COVID-19 (672 cas confirmés et 1 108 cas possibles) chez les résidents, parmi lesquels 203 ont été hospitalisés. Parmi ces cas possibles et confirmés, 177 sont décédés dans les établissements et 65 sont décédés à l'hôpital (Tableau 1).

Chez le personnel des établissements sociaux et médico-sociaux, 445 cas confirmés et 669 cas possibles ont été rapportés dans la région (Tableau 1).

Les nombres de cas et décès chez les résidents ainsi que les nombres de cas chez le personnel sont détaillés par département dans le tableau 2. Les départements de Seine-Maritime et de l'Eure sont ceux présentant le plus de cas chez les résidents (respectivement 775 et 467 cas) ainsi que le plus de décès (respectivement 84 et 67 décès rapportés).

Le 05 mai, 151 épisodes concernant un ou plusieurs cas liés au COVID-19 ont été clôturés (un épisode est clôturé lorsqu'il n'y a aucun signalement de nouveau cas pendant 14 jours)

Source : Surveillance dans les ESMS, au 05/05/2020 à 12h

Tableau 1. 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 04/05

		EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres EMS ⁴	Total
Chez les résidents	Signalements ⁵	191	74	19	8	292
	Cas confirmés ⁶	557	110	5	0	672
	Cas possibles ⁷	945	124	22	17	1 108
	Nombre total de cas ^{6,7}	1 502	234	27	17	1 780
	Cas hospitalisés ^{6,7}	166	37	0	0	203
	Décès hôpitaux ⁸	57	8	0	0	65
	Décès établissements ⁸	177	0	0	0	177
Chez le personnel	Cas confirmés ⁶	333	100	12	0	445
	Cas possibles ⁷	511	121	24	13	669
	Nombre total de cas ^{6,7}	844	221	36	13	1 114

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

²Hébergement pour personnes handicapée (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)

³Aide social à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS)

⁴Autres établissements (LAM, LHSS, SCAPA avec hébergement)

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

⁶Cas 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

⁷Cas 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

⁸Cas possibles et confirmés décédés

Source : Surveillance dans les ESMS, au 05/05/2020 à 12h

Tableau 2. 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 04/05

Départements	Signalements	Cas parmi les résidents	Décès dans l'établissement parmi les résidents	Cas parmi le personnel
Calvados	65	229	6	201
Eure	41	467	67	200
Manche	52	159	11	155
Orne	46	150	9	176
Seine-Maritime	88	775	84	382
Total région	292	1 780	177	1 114

Surveillance à l'hôpital

Passages aux urgences

En semaine 18 (du 27 au 03 mai), 328 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par le réseau Oscour®, représentant 3 % 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. Le taux d'hospitalisation tout âges après passage pour suspicion de COVID-19, indicateur de gravité à l'arrivée aux urgences, était en diminution (44 % versus 53 % en semaine 17).

Source : réseau Oscour®, au 06/05/2020 à 10h

Source : réseau Oscour®, au 06/05/2020 à 10h

Figure 3. Nombres quotidiens de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge

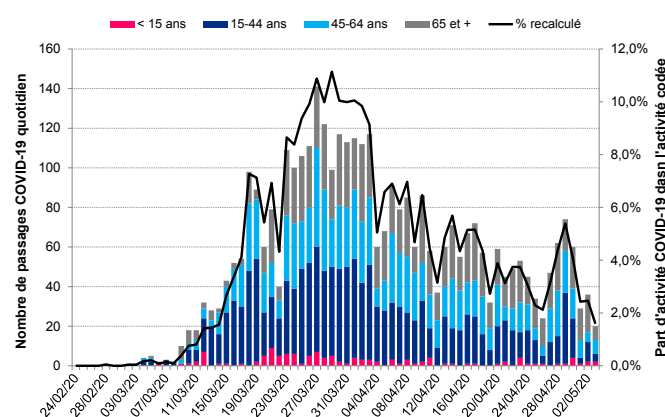
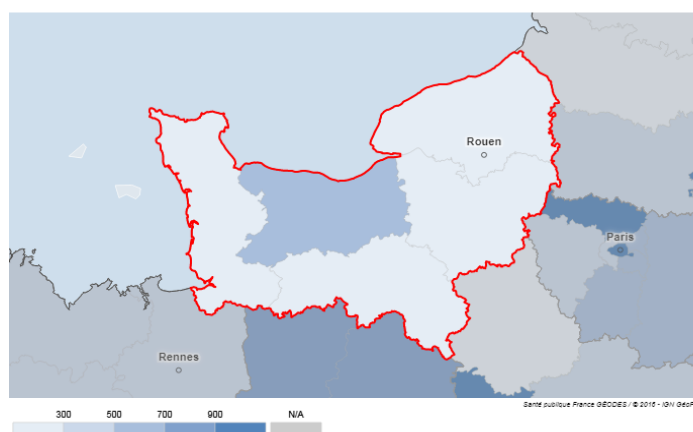


Figure 4. Taux de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 en semaine 16 2020 (pour 10 000 passages)



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

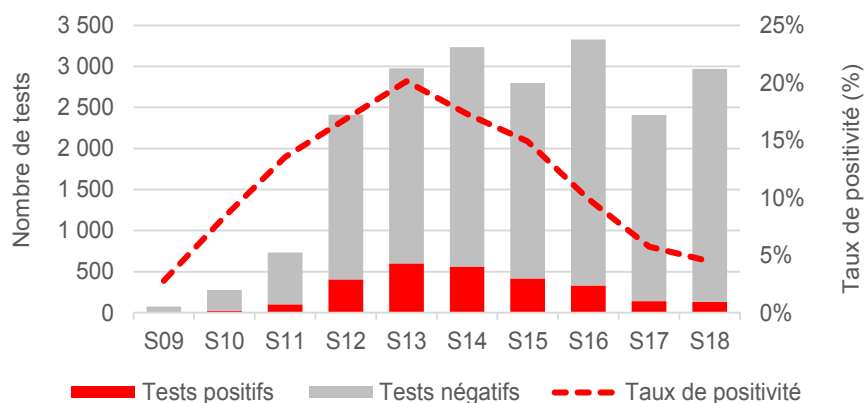
- ▶ 3 % chez les moins de 15 ans
- ▶ 30 % chez les 15-44 ans
- ▶ 29 % chez les 45-64 ans
- ▶ 37 % chez les 65 ans et plus

Tests virologiques

Du 24 février au 03 mai, les laboratoires hospitaliers normands ont réalisé 21 196 tests et 2 704 (12,8%) étaient positifs pour le SARS-CoV-2. Après une augmentation observée jusqu'en semaine 13, le nombre de tests positifs ainsi que le taux de positivité des tests étaient en baisse ces 4 dernières semaines (4,4 % en S18 et 5,7% en S17).

Source : laboratoires hospitaliers, au 05/05/2020 à 10h

Figure 5. Nombre de tests réalisés, nombre de tests positifs pour SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine



Surveillance à l'hôpital (suite)

Hospitalisations, admissions en réanimation, retours à domicile

Source : SI-VIC, au 06/05/2020 à 14h

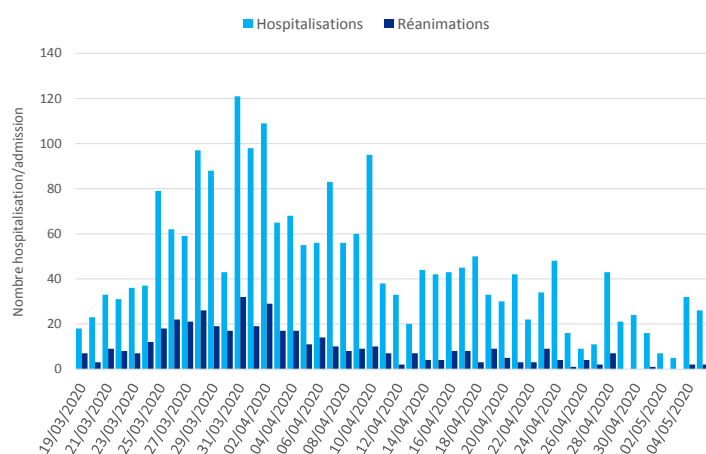
Tableau 3. Part (en %) des classes d'âge parmi les hospitalisations pour COVID-19, les admissions en réanimation au 05/05/2020

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

Le 05 mai 2020 à 14h, 562 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en Normandie dont 67 en réanimation d'après les données SI-VIC. Plus de 2/3 des personnes hospitalisées avaient plus de 70 ans.

Depuis le 01 mars 2020, 1 155 patients sont retournés à leur domicile.

Classes d'âge	Hospitalisations Le 05/05/2020		Dont réanimations Le 05/05/2020	
	N	%	N	%
0-9 ans	0	0,0	0	0,0
10-19 ans	1	0,2	0	0,0
20-29 ans	2	0,4	0	0,0
30-39 ans	7	1,2	1	1,5
40-49 ans	12	2,1	4	6,0
50-59 ans	43	7,7	14	20,9
60-69 ans	91	16,2	20	29,9
70-79 ans	125	22,2	19	28,4
80-89 ans	171	30,4	9	13,4
90 ans et plus	110	19,6	0	0,0
Total Région	562	100,0	67	100,0



Source : SI-VIC, au 06/05/2020 à 14h

Figure 6. Nombre quotidien d'hospitalisations et réanimations pour COVID-19

L'évolution des nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a montré une légère augmentation en fin de semaine 18.

Le nombre de cas de COVID-19 admis en réanimations en Normandie est en diminution.

Source : SI-VIC au 06/05/2020 à 14h

Tableau 4. Nombre et part (en %) des hospitalisations pour COVID-19, des admissions en réanimation au 05/05/2020, par département de prise en charge

Les départements de Seine-Maritime et du Calvados sont ceux ayant rapporté les plus forts taux d'hospitalisation de patient COVID-19. Ce sont 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	150	26,7	20	29,9
Eure	112	19,9	6	9,0
Manche	54	9,6	5	7,5
Orne	70	12,5	6	9,0
Seine-Maritime	176	31,3	30	44,8
Total Région	600	100,0	67	100,0

Surveillance à l'hôpital (suite)

Caractéristiques des cas admis en réanimation (services sentinelles)

Tableau 5. Description des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation. Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France, au 05/05/2020 à 12h

Cas admis en réanimation			Co-infections		8	3,5%				
Nombre de cas signalés			226							
Evolution			Prise en charge ventilatoire*							
Evolution Renseignée			167	73,9%	Oxygénation (masque/lunette)	18	8,0%			
Transfert hors réa. ou retour à domicile ¹			135	80,8%	Ventilation non invasive	3	1,3%			
Décès ¹			32	19,2%	O2 à haut débit	73	32,3%			
Répartition par sexe			Ventilation invasive				129	57,1%		
Hommes			166	73,5%	Assistance extracorporelle				3	1,3%
Femmes			60	26,5%	Facteurs de risques (FDR)*					
Sexe-Ratio H/F			2,8		Aucun facteur de risque				59	26,1%
Répartition par classe d'âge			Avec facteur de risque parmi :				165	73,0%		
0-14 ans			0	0,0%	Diabète de type 1 et 2				38	16,8%
15-44 ans			15	6,6%	HTA** depuis le 6/04				53	54,6%
45-64 ans			88	38,9%	Pathologie pulmonaire				45	19,9%
65-74 ans			89	39,4%	Pathologie cardiaque				44	19,5%
75 ans et plus			34	15,0%	Pathologie neuro-musculaire				4	1,8%
Région de résidence des patients			Pathologie rénale				16	7,1%		
Normandie			194	85,8%	Immunodéficience				20	8,8%
Hors Région			32	14,2%	Pathologie hépatique**				3	1,3%
Inconnue			0	0,0%	Surpoids / Obésité (IMC?25)***				62	27,4%
Délai entre début des signes et admission en réanimation			- Surpoids (IMC [25 ; 29])				19	8,4%		
Délai moyen / médian en jours [min ; max]			9,3 / 9	[0 ; 35]	- Obésité (IMC [30 ; 39])				27	11,9%
Syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA)			159	70,4%	- Obésité morbide (IMC ? 40)				15	6,6%
SDRA mineur			21	9,3%	- IMC non renseigné				1	0,4%
SDRA modéré			74	32,7%	Grossesse				0	0,0%
SDRA majeur			62	27,4%	Prématurité				0	0,0%
SDRA - niveau non précisé			2	0,9%	Autres facteurs de risque				19	8,4%
			NSP / Inconnu				2	0,9%		

¹ 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).

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, 226 cas ont été rapportés par 13 services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, dont aucun cas admis en semaine 18 (vs 8 cas en S17). La majorité des cas était des hommes (sex-ratio à 2,8). L'âge moyen des hommes était de 64 ans et 62 ans chez les femmes (15% des cas étaient âgés de 75 ans et plus).

La majorité des cas (73%) présentait au moins une comorbidité. Les principaux facteurs de risques identifiés étaient l'hypertension artérielle (55%), le surpoids/obésité (27%), les pathologies pulmonaires (20%), les pathologies cardiaques (19%) et le diabète (17%). 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 19,2%.

Figure 7. 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 05/05/2020 à 12h)

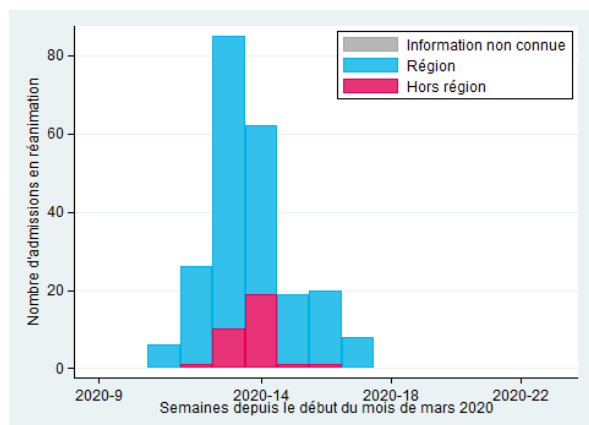
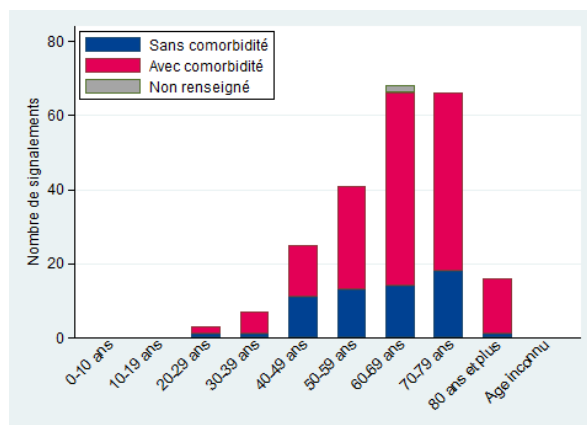


Figure 8. Distribution des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation, selon l'existence de comorbidités et par classe d'âge. Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France, au 05/05/2020 à 12h



Surveillance de la mortalité

Mortalité spécifique au COVID

Source : SI-VIC, au 06/05/2020 à 14h

Tableau 6. Part (en %) par classe d'âge des cas de COVID-19 décédés au cours de leur hospitalisation (N = 365)

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=365 (%)	0,0	0,0	0,0	0,3	2,7	3,8	14,5	21,9	38,9	17,8

Source : Inserm-CépiDC, au 05/05/2020 à 14h

Tableau 7. Description des décès certifiés par voie électronique avec mention COVID-19 dans les causes médicales de décès (N=110)

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	0	0	0	0
15-44 ans	0	0	1	100	1	1
45-64 ans	5	26	14	74	19	11
65-74 ans	9	29	22	71	31	18
75 ans ou plus	41	34	78	66	119	70

Parmi les personnes ayant été hospitalisées, 365 sont décédés. L'âge médian de ces personnes était de 82 ans [min 35—max 102] ans (Tableau 6).

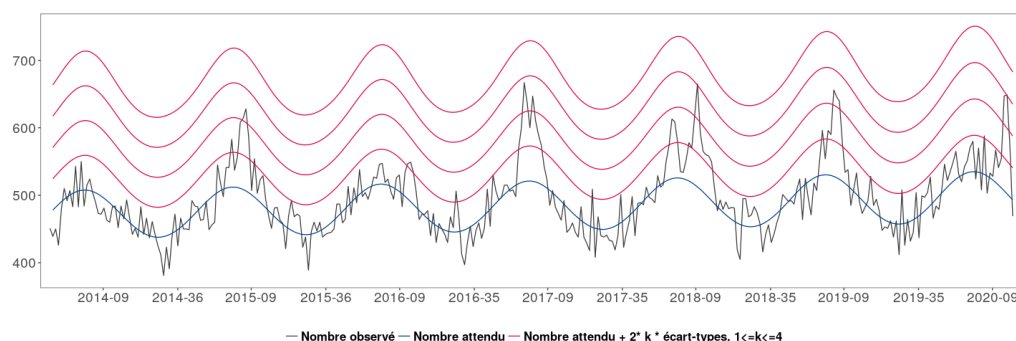
Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, 170 décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées. Les plus de 75 ans représentaient 70 % des décès. Des comorbidités étaient renseignées dans 115 certificats de décès (Tableau 7).

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

Mortalité toutes causes

Source : Insee, au 05/05/2020 à 14h

Figure 8. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues (tous âges), jusqu'à la semaine 17 2020

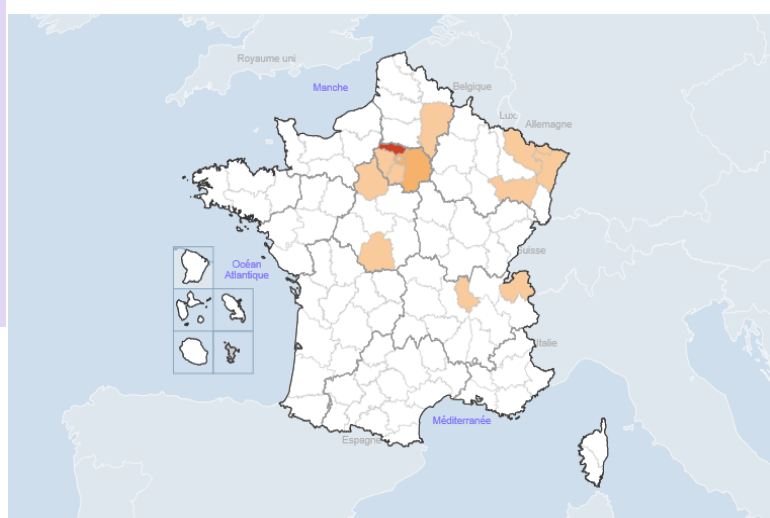


Source : Insee, au 05/05/2020 à 14h

Figure 9. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues (tous âges), sur la semaine 17 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 17, aucun excès de mortalité pour la région Normandie n'a été observé.



1. Pas d'excès 2. Excès modéré 3. Excès élevé
4. Excès très élevé 5. Excès exceptionnel N/A

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).
- ▶ **Laboratoires d'analyses biologiques de ville** (réseau 3 labo - Eurofins-Biomnis et Cerba) : nombre de tests réalisés et positifs pour diagnostic de SARS-CoV-2 par les laboratoires de ville (depuis le 18 mars).
- ▶ **Laboratoire d'analyse biologique hospitalier** : nombre de tests réalisés et positifs pour diagnostic de SARS-CoV-2 par les laboratoires hospitaliers (depuis le 24 février).
- ▶ **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 18 :

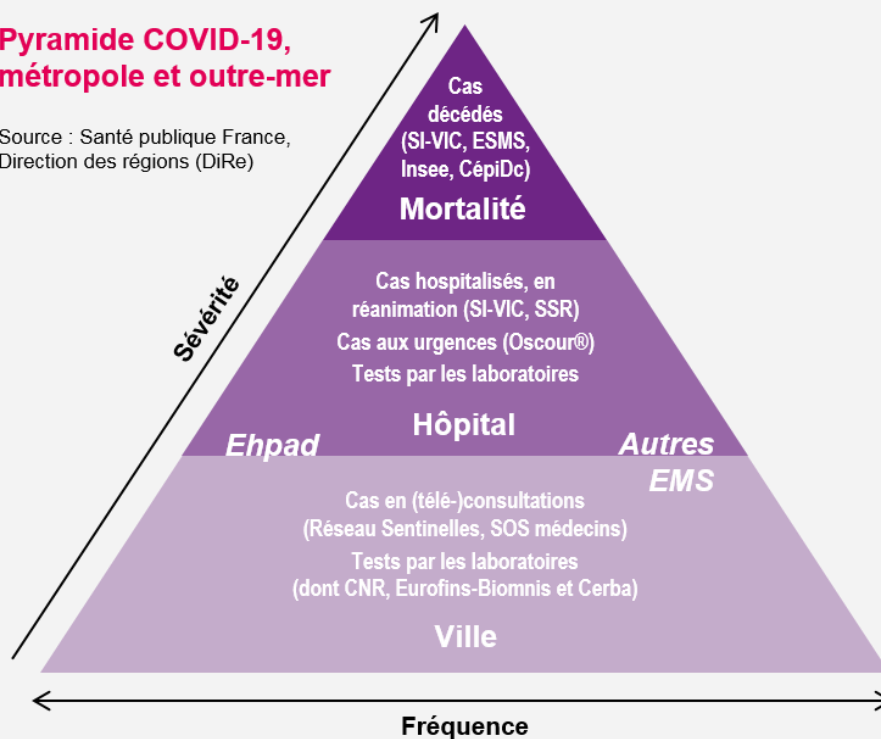
	NORMANDIE	CALVADOS	EURE	MANCHE	ORNE	SEINE-MARITIME
SOS : Nombre d'associations incluses	3/3	1/1	-	1/1	-	1/1
SOS : Taux de codage diagnostique	94,4%	94,8%	-	92,2%	-	95,8%
SAU – Nombre de SU inclus	44/45	9/10	9/9	6/6	6/6	14/14
SAU – Taux de codage diagnostique	65,6%	73,7%	39,3%	83,1%	53,2%	68,8%

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)



CNR : Centre national de référence ; 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 ; Oscour® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences ; SI-VIC : Système d'information des victimes ; SSR : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs

Rédacteur en chef

Mélanie Martel

Equipe de rédaction

Santé publique France Normandie

Direction des régions (DiRe)

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

Contact presse

presse@santepubliquefrance.fr

Diffusion Santé publique France

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

Date de publication

07 mai 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

ars
Agence Régionale de Santé

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

ecdc
EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL

World Health Organization

