

Les indicateurs clés

En collaboration avec :

Agence régionale de santé (ARS) Hauts-de-France, Médecins libéraux, SOS médecins, médecins urgentistes, réanimateurs, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, Observatoire Régional des Urgences—GIP Santé Numérique Hauts-de-France

► Nombre régional de cas et de reproduction estimés

15 961*
+ 708 cas confirmés depuis le 30/06/2020

* Cas confirmés de COVID-19 et d'infection à SARS-CoV2 dans les Hauts-de-France au 14/07/2020

R effectif = 1,06 [IC95% : 0,95 - 1,18]

Nombre de reproduction effectif sur 7 jours glissants (5 au 11 juillet) estimé à partir des données SI-DEP

► Taux de positivité et d'incidence

	TP* en %	TI* pour 100 000 personnes
Aisne	1,2	4,4
Nord	1,3	8,5
Oise	1,2	3,4
Pas-de-Calais	0,5	1,9
Somme	0,2	0,7
Hauts-de-France	1,0	5,1

* Taux de positivité (TP) et taux d'incidence (TI) sur 7 jours glissants, du 7 au 13 juillet

► Recours aux soins

Surveillance en ville	Semaine 26	Semaine 27	Semaine 28	Evolution sur 3 semaines
Nombre de (télé-)consultations pour Infection respiratoire aiguë (IRA) pour 100 000 habitants (Réseau Sentinelles)	10	4	33	
Nombre d'actes pour suspicion COVID-19 pour 10 000 actes (SOS Médecins)	143	220	273	
Surveillance à l'hôpital	Semaine 26	Semaine 27	Semaine 28	Evolution sur 3 semaines
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages (Oscour®)	45	29	45	

► Surveillance dans les EMS dont Ehpad

8 228

cas de COVID-19 parmi les résidents signalés jusqu'au 30 juin inclus

dont **712** décès en institutions

dont **532** décès à l'hôpital

► Pour en savoir plus :

Les bilans nationaux, régionaux sont disponibles sur santepubliquefrance.fr ainsi que [toutes les ressources et outils d'information pour se protéger et protéger les autres](#)

Synthèse des indicateurs

Les recours pour infection respiratoire ou suspicion de COVID-19 en médecine de ville (Réseau Sentinelles et SOS médecins) sont en augmentation ces 2 dernières semaines, en lien avec une recrudescence des infections respiratoires hautes chez les moins de 15 ans et les jeunes adultes.

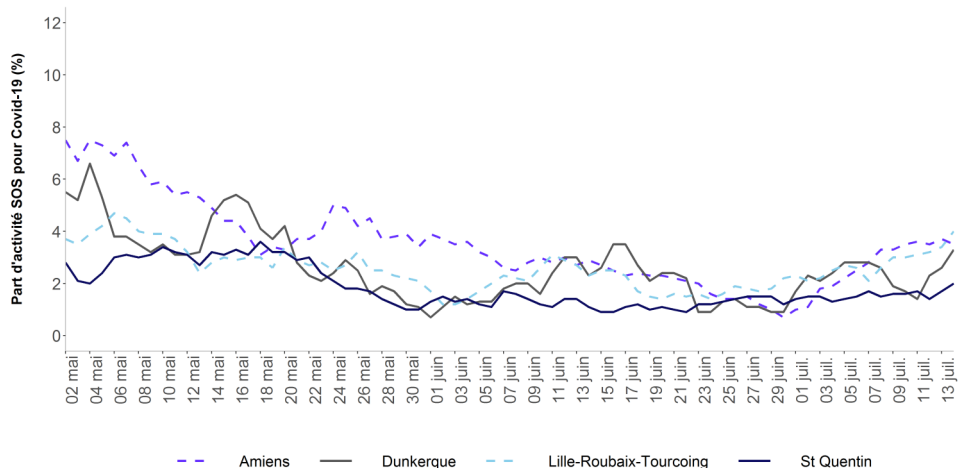
Chez les SOS-Médecins de ma région, la part d'activité pour suspicion de COVID-19 est en augmentation depuis la semaine 27 sur les agglomérations d'Amiens, Dunkerque, et la métropole lilloise. Elle est stable sur St Quentin (**Figure 1**). L'augmentation des recours pour infections respiratoires observée dans le Nord et la Somme est probablement liée à la circulation d'autres virus responsables de tableaux d'infections respiratoire (ex rhinovirus). Le taux de positivité des tests SARS-Cov2 effectués chez les patients reste très faible (<1%).

Le taux pour 100 000 habitants de (télé) consultations pour infection respiratoire aiguë, est estimé par le réseau Sentinelles en semaine 28 à 33 cas/100 000 habitants [min-max : 6-60](**Figure 2**).

Actes/consultations pour suspicion de COVID-19

Figure 1. Part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19. SOS médecins Hauts-de-France, du 2 mai au 14 juillet 2020.

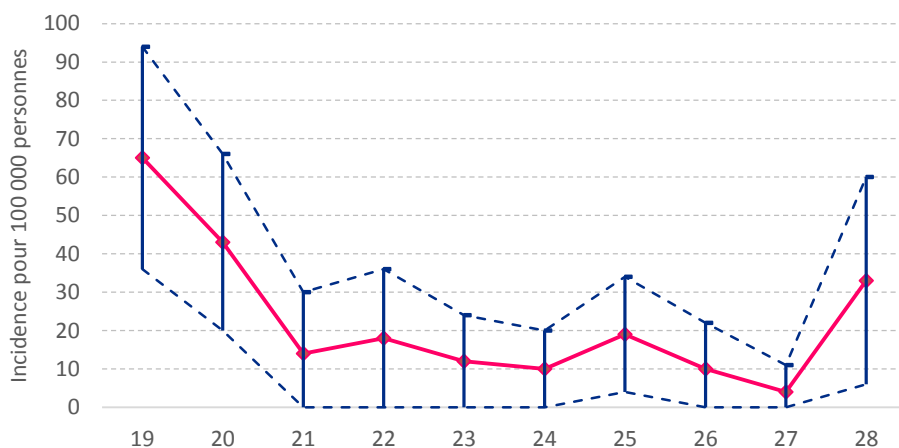
Source : SOS Médecins Dunkerque, Lille-Roubaix – Tourcoing, Saint-Quentin et Amiens (SurSaUD®, Santé publique France).



Surveillance des infections respiratoires aiguës par le réseau Sentinelles

Figure 2. Taux hebdomadaires estimés pour 100 000 habitants de (télé)consultations pour infection respiratoire aiguë, Hauts-de-France, du 22 mars au 12 juillet 2020.

Source : Réseau Sentinelles



Surveillance virologique (activité de dépistage, taux de positivité)

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.

Depuis le 13 mai, la surveillance s'appuie sur le système **SI-DEP (système d'information de dépistage)**, dispositif automatisé qui permet le suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers, connectés au système d'information. Actuellement, les données de suivi portent sur tests RT-PCR réalisés. Prochainement, les recherches et résultats sérologiques seront intégrés et exploités.

Dans les Hauts-de-France, le taux de dépistage continue d'augmenter dans tous les départements et particulièrement dans le Nord. A niveau régional, il est de 483 tests pour 100 000 habitants et varie de 280/10⁵ dans l'Oise à 680/10⁵ dans le département du Nord.

Sur la période du 7 au 13 juillet 2020, le **taux de positivité** régional demeure faible de 1,0 % et stable par rapport à la semaine précédente (1,1%). Il varie de 1,3 % dans le département de Nord à 0,2 % dans la Somme. Il est stable dans le Nord et la Somme, en augmentation dans l'Aisne (1,2 %) et l'Oise (1,2 %) et en diminution dans le Pas-de-Calais (0,5 %). (**Figures 3**).

En France métropolitaine, le taux de positivité national estimé continue de diminuer (1,1%).

Figures 3. Taux départementaux (glissant sur 7 jours) de dépistage et de positivité pour 100 000 habitants, depuis le 19 mai 2020. Source : SI-DEP.



Surveillance virologique (incidence des cas confirmés)

Le nombre de tests positifs remontant via SI-DEP et le taux d'incidence calculé à partir de celui-ci sont influencés par le renforcement des activités de dépistage. Les indicateurs virologiques issus de SI-DEP doivent être interprétés dans chaque territoire en prenant en compte le contexte local, en particulier les clusters et les activités de dépistage.

Dans les **Hauts-de-France**, le taux d'incidence régional, estimé au 13 juillet, est de 5,1 cas /100 000 habitants, supérieur au taux estimé du 6 au 12 juillet en **France métropolitaine** (4,3/10⁵) (**Figure 5**). Le taux d'incidence le plus élevé est observé dans le département du Nord (9,2 cas/10⁵), où plusieurs clusters signalés sont en cours d'investigation et le taux de dépistage le plus élevé avec des campagnes de grande ampleur en cours dans les Flandres et la vallée de la Lys.

Il est en augmentation dans le Nord (8,5/10⁵, l'Oise 3,4/10⁵ et l'Aisne 4,4/10⁵, stable dans la Somme (1,2/10⁵) et en diminution dans le Pas-de-Calais (1,8/10⁵). (**Figure 4**).

Figure 4. Taux départementaux d'incidence pour 100 000 habitants (glissant sur 7 jours) des cas confirmés de COVID-19 dans les Hauts-de-France depuis le 19 mai 2020. Source : SI-DEP.

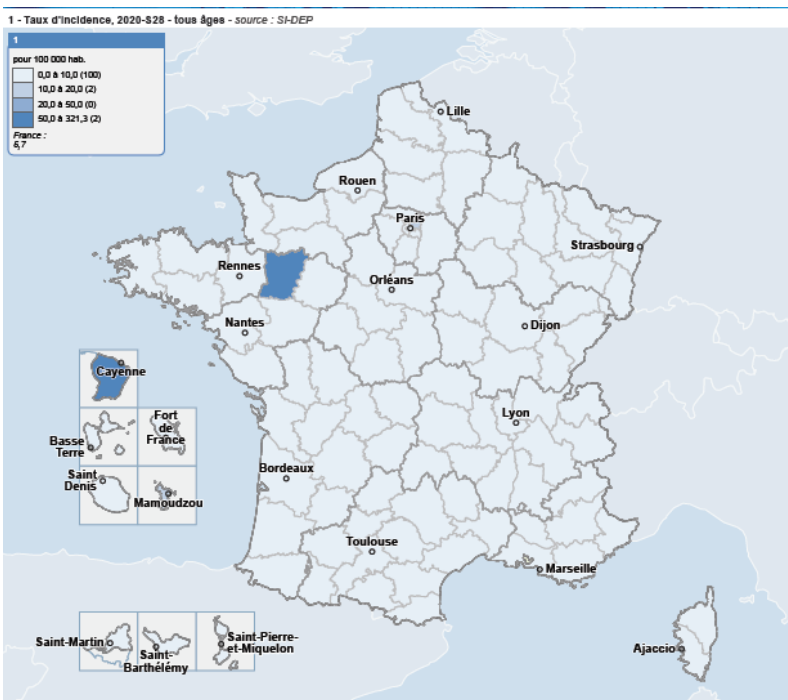
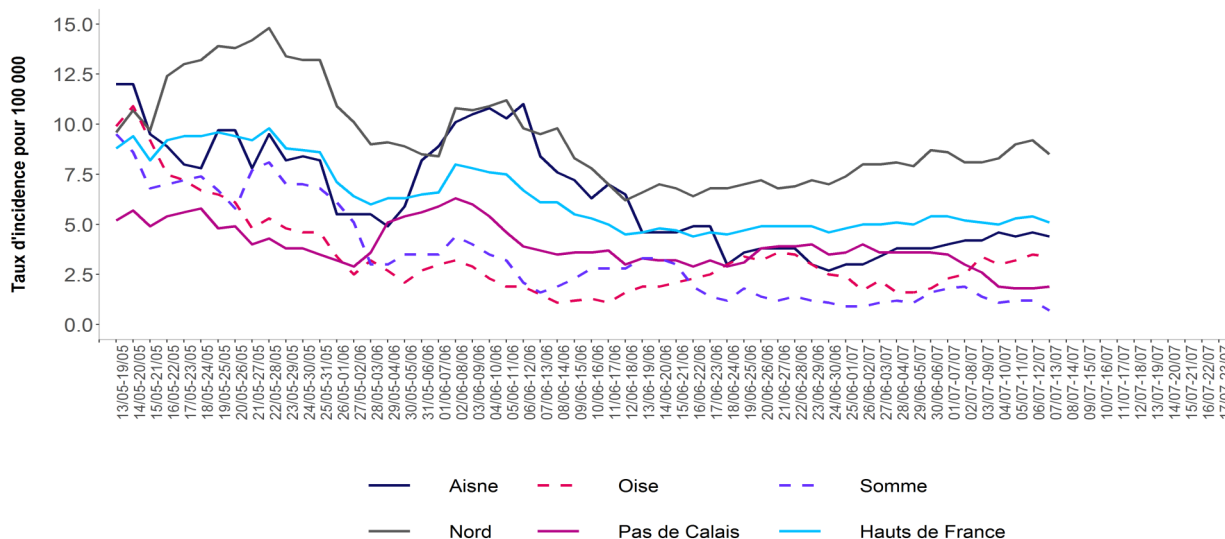


Figure 5. Taux d'incidence départementaux de SARS-CoV-2 pour 100 000 habitants, France, du 6 au 12 juillet.

Source : SI-DEP

Surveillance à l'hôpital

Synthèse des indicateurs

La part des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 enregistrés dans les hôpitaux participant au réseau OSCOUR® est à un niveau très faible dans la région (< 1%). Elle est en diminution ou stable à un niveau faible dans les 5 départements (Figure 6).

La moyenne, lissée sur 7 jours, des hospitalisations pour COVID-19 est aussi en diminution et à un niveau faible dans les 5 départements (Figure 7). Au total, depuis le début de l'épidémie, 9 794 patients ont été hospitalisés pour COVID-19 dans les hôpitaux des Hauts-de-France, dont 8 331 (85%) en hospitalisation conventionnelle et 1 463 (15%) en réanimation/soins intensifs. Au 14 juillet 2020, 823 patients étaient toujours hospitalisés pour COVID-19 dans les hôpitaux des Hauts-de-France dont 43 en services de réanimation/soins intensifs.

Passages aux urgences et hospitalisations

Figure 6. Part (en %) glissante sur 7 jours des recours aux urgences pour suspicions de COVID-19 dans les Hauts-de-France, au 15 juillet 2020. Source : Oscour®.

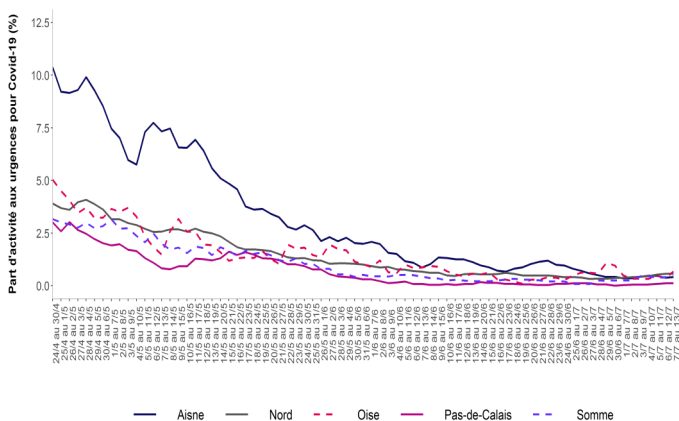
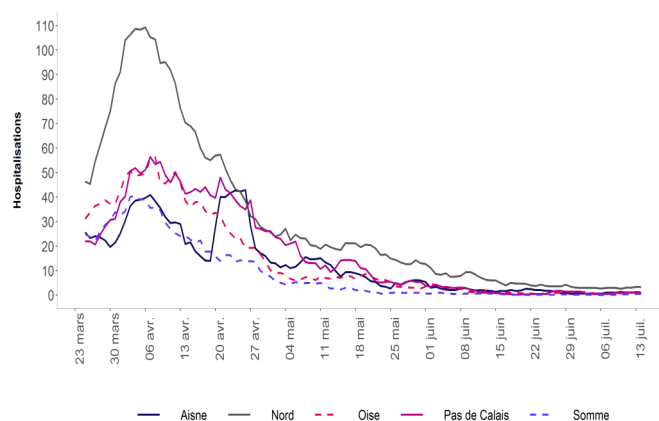


Figure 7. Moyenne glissante sur 7 jours des hospitalisations pour COVID-19 dans les Hauts-de-France, au 15 juillet 2020. Source : SI-VIC.



Estimation du nombre de reproduction effectif (R effectif)

Le nombre de reproduction R (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé par la méthode de Cori et coll. [1] à partir du nombre quotidien de nouveaux cas confirmés avec PCR positive. Le nombre R est un paramètre de suivi de la dynamique de transmission du virus au cours des 1 à 2 semaines auparavant (délai entre infection et consultation aux urgences ou hospitalisation). La valeur du R estimé est encadrée par un intervalle de confiance qui correspond à la fourchette dans laquelle se situe l'estimation et donne la précision et le degré de significativité de l'estimation. Si R est supérieur à 1, la tendance est à l'augmentation du nombre de cas. Si R est inférieur à 1, le nombre de cas diminue. Pour être significative, l'estimation du R doit être entourée d'un intervalle de confiance dont les bornes supérieure et inférieure excluent strictement la valeur 1. Les estimations de R sont réalisées sur une fenêtre de 7 jours glissants, plus sensible, ou sur 14 jours, plus robuste.

L'estimation du R est liée à l'évolution du nombre de cas confirmés. Elle doit donc être interprétée en perspective avec les autres indicateurs de surveillance et les informations contextuelles (investigation virologiques de clusters, campagnes de dépistages de masse...).

Dans les Hauts-de-France, le nombre de reproduction effectif R, estimé au 11 juillet, était de **1,06 [IC95% : 0,95 -1,18]** sur 7 jour glissants et **1,05 [IC95% : 0,97-1,13]** sur 14 jours. Quelle que soit la fenêtre utilisée, l'estimation n'est pas significativement supérieure à 1, ce qui signifie qu'actuellement l'épidémie reste maîtrisée au niveau régional.

Au niveau national, le nombre de reproduction a été estimé à **1,18 [IC95% : 1,13 - 1,22]** sur 7 jour glissants, significativement supérieur à 1; 6 régions métropolitaines présentent un R significativement supérieur à 1 : Rhône-Alpes, Bretagne, Pays de la Loire, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

[1] Cori A, Ferguson NM, Fraser C, Cauchemez S. A new framework and software to estimate time-varying re-production numbers during epidemics. *Am. J. Epidemiol.* 2013; 178, pp. 1505-1512

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

Méthode

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, selon le guide en vigueur, les clusters (foyers de transmission ou épisodes de cas groupés) détectés par le contact-tracing mis en œuvre systématiquement autour des cas confirmés. Un cluster est défini par la survenue, sur une période de 7 jours, d'au moins 3 cas confirmés ou probables, qui appartiennent à une même communauté ou ont participé à un même évènement/rassemblement, qu'ils se connaissent ou non. Le système d'information **MONIC** (MONItorage des Clusters) permet de réaliser ce bilan. Le traçage et le dépistage des personnes contacts, s'ils sont mis en œuvre précocement, permettent de contrôler ces foyers.

Dans les Hauts-de-France, 61 clusters dont 48 (hors Ehpad et milieu familial restreint) et 13 en Ehpad ont été identifiés entre le 9 mai et le 15 juillet 2020: 41 dans le Nord, 12 dans le Pas-de-Calais, 3 respectivement dans l'Aisne et l'Oise et 2 dans la Somme. Parmi ces 61 clusters, 37 (61%) ont été clôturés, 6 sont considérés comme maîtrisés (10%) et 18 (29%) sont actuellement en cours d'investigation/gestion. Parmi les 18 clusters en cours d'investigation/gestion, 14 sont dans le Nord, 1 dans le Pas-de-Calais, 1 dans l'Oise et 2 dans l'Aisne.

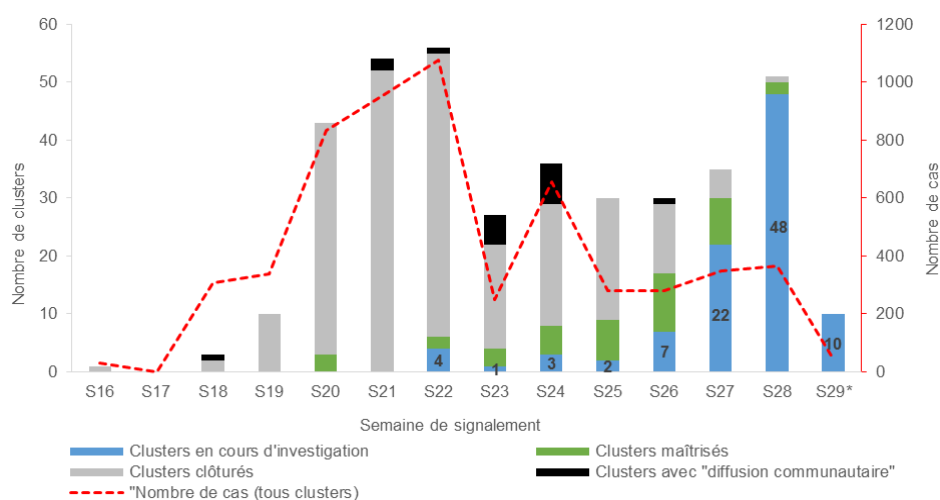
Parmi les 48 clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) identifiés dans les Hauts-de-France depuis le début de la surveillance : 27% concernent des établissements de santé, 23% des entreprises privées et publiques hors établissements de santé et 17% des communautés en situation de précarité et de vulnérabilité (établissements d'hébergement social et d'insertion, et communautés vulnérables) et 13% des situations de milieu familial élargi. La répartition typologique des clusters identifiés dans les Hauts-de-France est similaire à celle observée au niveau national. (**Tableau 1**).

Au niveau national, au 15 juillet 2020, un total de **386 clusters** (hors Ehpad et milieu familial restreint) a été rapporté à Santé publique France depuis le 9 mai, dont 366 clusters en France métropolitaine et 20 dans les départements d'outre-mer. Le nombre hebdomadaire de clusters signalés est en hausse importante en semaine 28 (51 clusters rapportés contre 35 en semaine 27) (**Figure 8**). Au 15 juillet, 97 clusters étaient toujours en cours d'investi-

Tableau 1. Typologie des clusters, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés dans les Hauts-de-France et en France entre le 9 mai et le 15 juillet 2020 - (source MONIC)

Type de collectivités	HdF		France entière	
	n	%	n	%
Établissements de santé (ES)	13	27,1%	82	21,2%
Entreprises privées et publiques (hors ES)	11	22,9%	72	18,7%
Établissements sociaux d'hébergement et d'insertion	7	14,6%	52	13,5%
Milieu familial élargi (plusieurs foyers familiaux)	6	12,5%	50	13,0%
EMS de personnes handicapées		0,0%	21	5,4%
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	1	2,1%	16	4,1%
Milieu scolaire et universitaire	3	6,3%	20	5,2%
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	4	8,3%	12	3,1%
Évènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	1	2,1%	16	4,1%
Etablissements pénitentiaires		0,0%	5	1,3%
Crèches		0,0%	5	1,3%
Transport (avion, bateau, train)		0,0%	4	1,0%
Structure de l'aide sociale à l'enfance	1	2,1%	2	0,5%
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	0,0%	0	0,0%
Autres	1	2,1%	29	7,5%

Figure 8. Distribution hebdomadaire des clusters, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés en France entre le 9 mai et le 15 juillet 2020 - (source : MONIC).



Surveillance en établissements et services médico-sociaux

Dans la région Hauts-de-France, depuis le 28 mars et jusqu'au 14 juillet 2020, 798 épisodes avec un ou plusieurs cas liés au COVID-19 ont été enregistrés dans l'application Voozanoo® de Santé publique France, accessible via le portail national des signalements. Il s'agissait de 471 épisodes (59%) survenus en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements) et 327 épisodes (41%) dans d'autres établissements médico-sociaux (EMS).

Un total de 8 228 cas de COVID-19 (3 737 confirmés et 4 491 possibles) ont été recensés chez les résidents dans ces 798 épisodes signalés dont 889 ont été hospitalisés. Parmi ces cas possibles et confirmés, 712 sont décédés dans les établissements et 532 à l'hôpital. La date de début des signes du premier cas était comprise entre le 26 février et le 9 juillet 2020 (**Figures 9 et 10**).

Chez le personnel des établissements et services médico-sociaux de la région Hauts-de-France, 1 862 cas confirmés et 2 315 cas possibles ont été rapportés (**Tableau 2**).

Tableau 2. Nombre de signalements d'épisodes, de cas et de décès COVID-19 chez les résidents et le personnel des EHPA et autres EMS rapportés dans l'application Voozanoo, Hauts-de-France.

Source : Surveillance Voozanoo dans les Ehpads/EMS, données arrêtées au 14 juillet 2020

		Ehpa ¹	Autres EMS ^{2,3,4}	Total
Chez les résidents	Signalements ⁵	471	327	798
	Cas confirmés ⁶	3421	316	3737
	Cas possibles ⁷	3690	801	4491
	Nombre total de cas ^{6,7}	7111	1117	8228
	Cas hospitalisés ^{6,7}	810	79	889
	Décès hôpitaux ⁸	500	32	532
	Décès établissements ⁸	704	8	712
Chez le personnel	Cas confirmés ⁶	1559	303	1862
	Cas possibles ⁷	1535	780	2315
	Nombre total de cas ^{6,7}	3094	1083	4177

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 EMS/EHPA.

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 EMS/EHPA.

⁸Cas possibles et confirmés décédés

Surveillance en établissements et services médico-sociaux (suite)

Figure 9. Distribution hebdomadaire des épisodes de COVID-19 survenus dans les EMS des Hauts-de-France, signalés dans Voozanoo entre le 28 mars et le 14 juillet 2020, selon la date de début des signes du 1^{er} cas et le type d'établissement (n=711).

Source : Voozanoo, Santé publique France

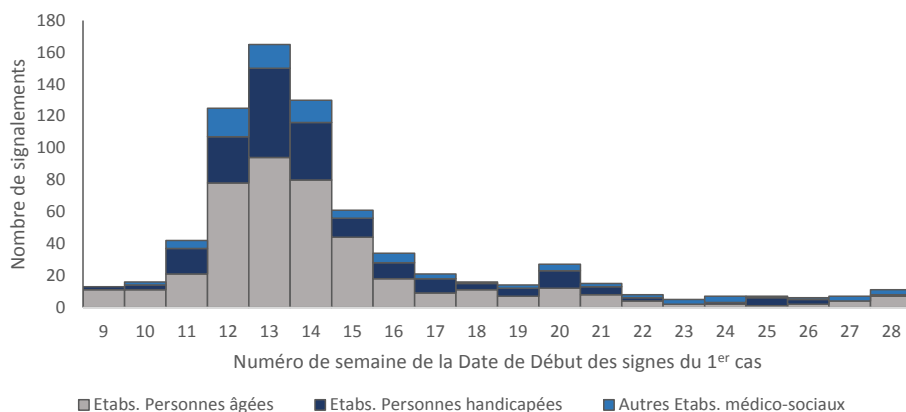
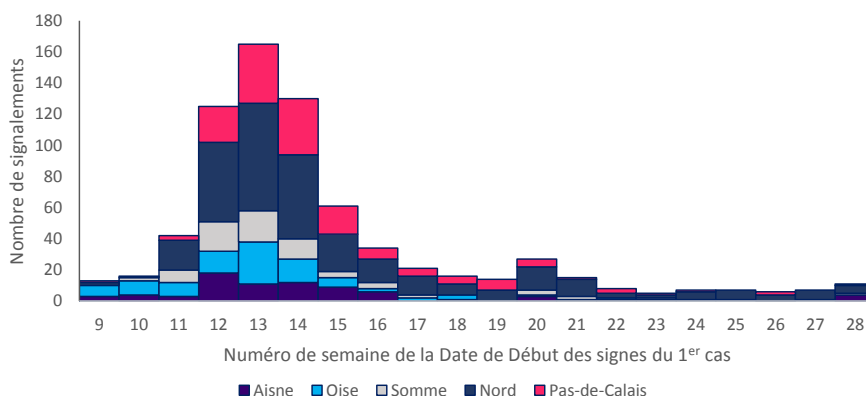


Figure 10. Distribution hebdomadaire des épisodes de COVID-19 survenus dans les EMS des Hauts-de-France, signalés dans Voozanoo entre le 28 mars et le 14 juillet 2020, selon de la date de début des signes du 1^{er} cas et le département de survenue (n=711).

Source : Voozanoo, Santé publique France



Source : Voozanoo COVID-19 EMS - Santé publique France

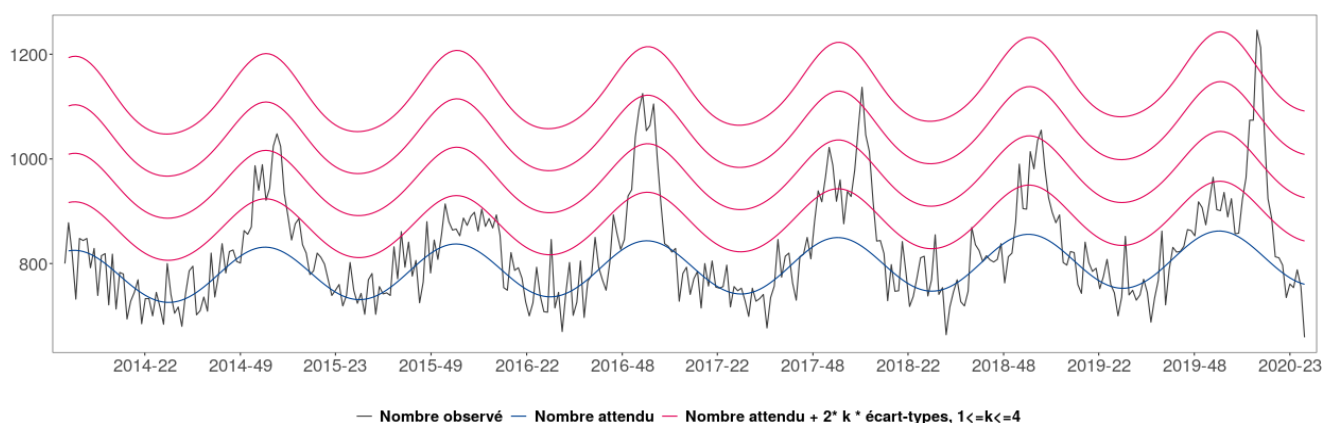
Surveillance de la mortalité

Mortalité spécifique au COVID-19 : Entre le 1^{er} mars et le 29 juin 2020, 2 638 décès de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France pour les Hauts-de-France, dont 1 926 décès chez des patients hospitalisés (SIVIC) et 712 en établissements (EHPAD et autres établissements médico-sociaux).

Mortalité non spécifique (toutes causes) (source Insee) :

Un pic de mortalité toutes causes a été observée en semaine 14 dans la région soit une semaine après le pic de recours aux soins pour COVID-19 et de circulation virale. La mortalité a amorcé une diminution constante à partir de la semaine 16 et, sous réserve de la consolidation des données, aucun excès significatif de mortalité n'a été observé depuis la semaine 18 (**Figure 11**).

Figure 11. Evolution de la mortalité hebdomadaire toutes causes, tous âges dans les Hauts-de-France, d'avril 2014 au 6 juillet 2020 (semaine 25). **Source :** Insee, services d'état-civil (Euromomo), au 6 juillet 2020.



Méthodes

Le dispositif de surveillance du COVID-19 en population est assuré à partir de plusieurs sources de données afin de documenter l'évolution de l'épidémie en médecine de ville et à l'hôpital : recours au soin, admissions en réanimation, surveillance virologique et décès. Les objectifs de la surveillance sont de suivre la dynamique de l'épidémie et d'en mesurer l'impact en terme de morbidité et de mortalité. Ci-dessous, une description succincte de chaque surveillance avec sa date de début.

Réseau Sentinelles : nombre de cas d'infections respiratoires aiguës liés au SARS-COV2 en consultation et téléconsultation en médecine générale et en pédiatrie permettant d'estimer le nombre de cas dans la communauté. Cette surveillance clinique est complétée par une surveillance virologique (début le 16 mars).

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-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).

IRA dans les établissements sociaux et médico sociaux (ESMS) : nombre d'épisodes de cas d'infection respiratoire aiguë basse (IRA) et de cas probables et confirmés de COVID-19 en ESMS 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).

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).

Taux de reproduction effectif « R » : (nombre moyen de personnes infectées par un cas) estimé selon la méthode de Cori, avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours permettant de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission (depuis le 28 mai).

Pour en savoir plus sur :

- ▶ **Les méthodes du système de surveillance** : consulter la page [Santé publique France](#)
- ▶ **Nos partenaires et les sources de données** :
[SurSaUD®](#) [OSCOUR®](#) [SOS Médecins](#) [Réseau Sentinelles](#) [SI-VIC](#) [CépiDC](#)

Pour en savoir plus sur l'épidémie de COVID-19

- ▶ **En France** : [Santé publique France](#) et [Ministère des Solidarités et de la Santé](#)
- ▶ **A l'international** : [OMS](#) et [ECDC](#)
- ▶ Un numéro vert **0 800 130 000** (appel gratuit) a été mis en place (7j/7 24h/24). Cette plateforme permet d'obtenir des informations sur le COVID-19 et des conseils.

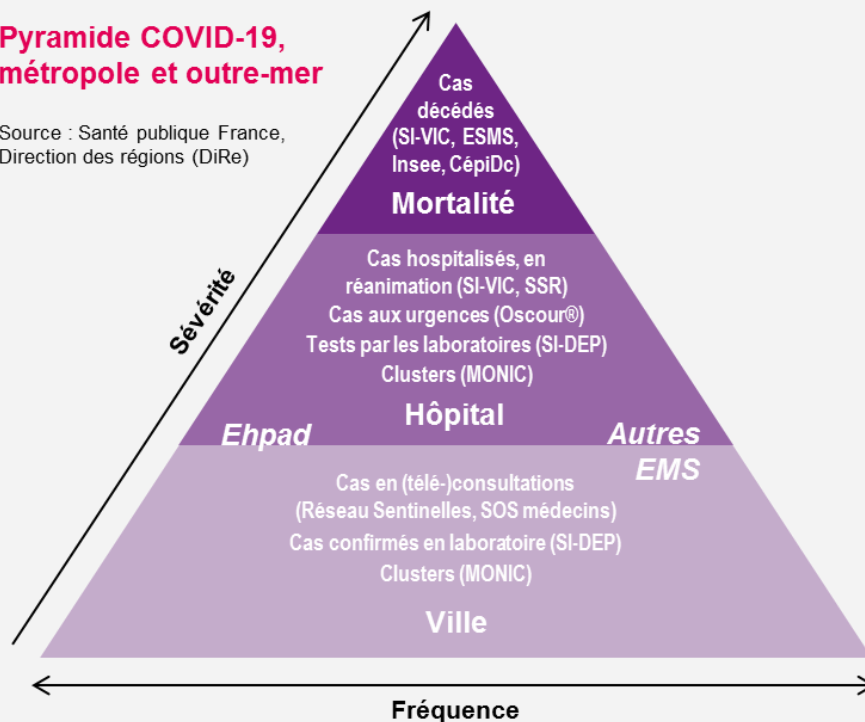
Retrouvez tous les [outils de prévention](#) destinés aux professionnels de santé et au grand public

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. Dans les Hauts-de-France, 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

Equipe de rédaction

Santé publique France
Hauts-de-France

HAEGHEBAERT Sylvie
HANON Jean-Baptiste
JEHANNIN Pascal
SHAIYKOVA Arnoo
MAUGARD Charlotte
N'DIAYE Bakhao
PONTIES Valérie
PROUVOST Héléne
VAN BOCKSTAEL Caroline
WYNDELS Karine

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

20 mai 2020

Número 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
Hauts-de-France

**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**
Liberté
Égalité
Fraternité

ecdc
EUROPEAN CENTRE FOR
DISEASE PREVENTION
AND CONTROL

**World Health
Organization**