

En collaboration avec :

Agence régionale de santé
(ARS) Hauts-de-France,
Médecins libéraux, SOS
médecins, médecins urgen-
tistes, réanimateurs, labora-
toires de biologie médicale
hospitaliers et de ville, Obser-
vatoire Régional des Ur-
gences—GIP Santé Numé-
rique Hauts-de-France

Edito

Qu'est-ce qui est déjà connu de la situation dans la région ?

La région a détecté ses premiers cas de transmission autochtone dans le département de l'Oise il y a trois mois. Le pic du nombre de cas a été enregistré fin mars suivi d'une décroissance continue, dans la région et au niveau national, après la mise en place du confinement. La pression maximale de la pandémie sur l'offre de soin a été enregistrée fin mars-début avril dans la région, suivie d'un retour lent et continu à la normale. Depuis début mai (semaine 19), l'évolution des indicateurs de surveillance montre une stabilisation de l'épidémie à un niveau faible mais avec une circulation persistante du virus dans la communauté.

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

Nous sommes dans la phase de vigilance renforcée de tout signe de reprise de l'épidémie dont les 3 piliers sont la surveillance et l'identification rapide des situations à risque de reprise épidémique, le diagnostic et la prise en charge précoces des nouveaux cas et des situations à risque et la montée en charge et le déploiement des capacités diagnostiques (tests et sérologies).

L'estimation récente (période du 23 au 29 mai) du nombre de reproduction effectif, estimé inférieur à 1 au niveau régional, illustre la maîtrise actuelle de l'épidémie. Pour autant, la détection de nouveaux clusters, si elle ne remet actuellement pas en question la situation épidémiologique régionale, doit inciter à la vigilance et au respect des gestes, mesures barrières et comportements prudents.

Nous avons pris le parti dans le bulletin de cette semaine, de présenter, quand c'était possible, des données de surveillance infra régionales (départementales) de recours au soins, de dépistage et d'évolution des taux d'incidence pour que chaque territoire puisse disposer des informations utiles au pilotage et à la gestion de l'épidémie.

Enfin, en page 11, sont présentées les résultats provisoires de l'enquête sur les contaminations professionnelles des personnels des établissements de soins qui montrent qu'à l'instar des régions Grand-Est, Ile-de-France, et Bourgogne-Franche Comté, dans les Hauts-de-France, nos soignants ont payé un lourd tribut à cette épidémie. Nous souhaitons les en remercier et les associer aux résultats encourageants présentés dans ce bulletin.

Quelles implications de santé publique pour la région ?

Après deux semaines de déconfinement, l'ensemble des indicateurs (en ville comme en établissements sanitaires/médico-sociaux) confirment la stabilisation de l'épidémie à un niveau faible, sans reprise actuellement perceptible dans la région.

Avec la reprise progressive des activités personnelles et professionnelles et des déplacements, le respect des gestes et mesures barrières demeure essentiel, tant au niveau individuel que collectif.

Santé publique France reste mobilisé pour la population, aux côtés des ARS et des acteurs locaux (professionnels de santé, établissements de santé, Assurance Maladie, administrations, collectivités et associations) pour fournir aux autorités régionales compétentes et au Ministère chargé de la santé les informations utiles au pilotage et à la maîtrise de l'épidémie.

Dans cet objectif, la coopération et la collaboration de tous sont essentielles, et nous vous en remercions à nouveau.

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](#)

Les indicateurs clés

Nombre régional de cas et de reproduction estimés

13 913*

Cas confirmés
de COVID-19 en
Hauts-de-France
au 03/06/2020

R effectif = 0,71 [0,63-0,79]

Nombre de reproduction effectif sur 7 jours glissants
du 23 au 29 mai 2020,
estimé à partir des données Oscour®

* Nombre estimé des cas confirmés survenus depuis le 17 janvier 2020

Surveillance en ville

	Semaine 20	Semaine 21	Semaine 22	Evolution sur 3 semaines
▶ Nombre de (télé-)consultations pour Infection respiratoire aiguë (IRA) pour 100 000 habitants (Réseau Sentinelles)	43	17	36	
▶ Nombre d'actes pour suspicion COVID-19 pour 10 000 actes (SOS Médecins)	327	282	183	

Surveillance dans les EMS dont les Ehpad

7 870

cas de COVID-19 parmi les
résidents signalés jusqu'au
27 mai inclus

dont **688** décès en institutions

dont **514** décès à l'hôpital

Surveillance à l'hôpital

Surveillance à l'hôpital	Semaine 20	Semaine 21	Semaine 22	Evolution sur 3 semaines
▶ Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages (Oscour®)	296	193	137	

Surveillance des cas graves

509

cas graves de COVID-19 signalés par les services sentinelles de réanimation/soins intensifs

52 %

âgés de **65 ans et plus**

80 %

Avec **au moins une comorbidité**

Surveillance de la mortalité

- ▶ Depuis mi mars, un excès de mortalité toutes causes a été observé au niveau régional avec un pic, fin mars-début avril. Ces 4 dernières semaines, un seul excès modéré a été observé dans le département de l'Aisne semaine 21.

Synthèse des indicateurs

Les recours pour suspicion de COVID-19 en médecine de ville sont stables ou en diminution ces 4 dernières semaines. Les indicateurs témoignent d'une circulation persistante, à un niveau faible, du SARS-COV2 dans la communauté.

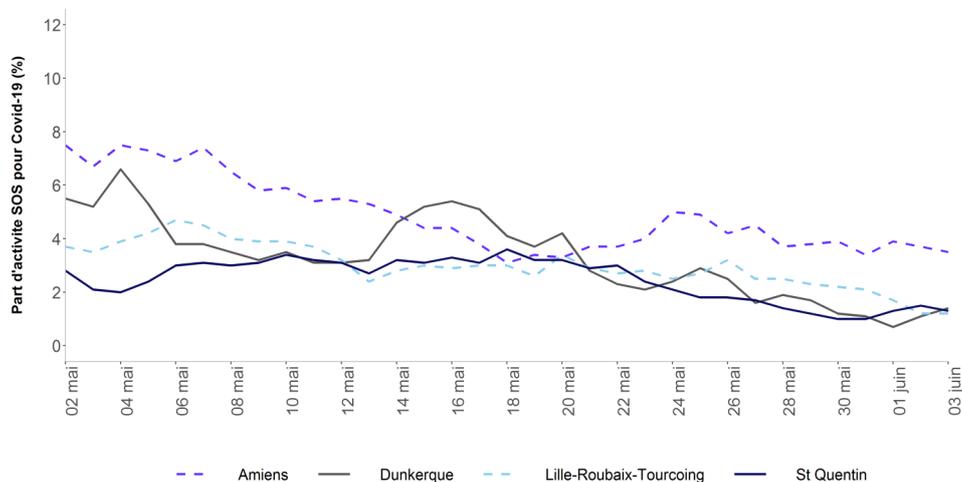
Chez SOS-Médecins, la part d'activité pour COVID-19 continue de diminuer en semaine 22 sur les agglomérations de Saint-Quentin (Aisne), du Dunkerquois et de la métropole lilloise (Nord) et demeure stable et plus élevée sur la métropole d'Amiens (Somme) (**Figure 1**).

Le taux pour 100 000 habitants de (télé) consultations pour infection respiratoire aiguë, estimé par le réseau Sentinelles reste faible en semaine 22, estimé à 36 cas/100 000 habitants (**Figure 2**).

Actes/consultations pour suspicion de COVID-19

Figure 1. Part glissante d'activité (en %) pour suspicions de COVID-19 chez les associations SOS médecins des Hauts-de-France, du 2 mai au 3 juin 2020

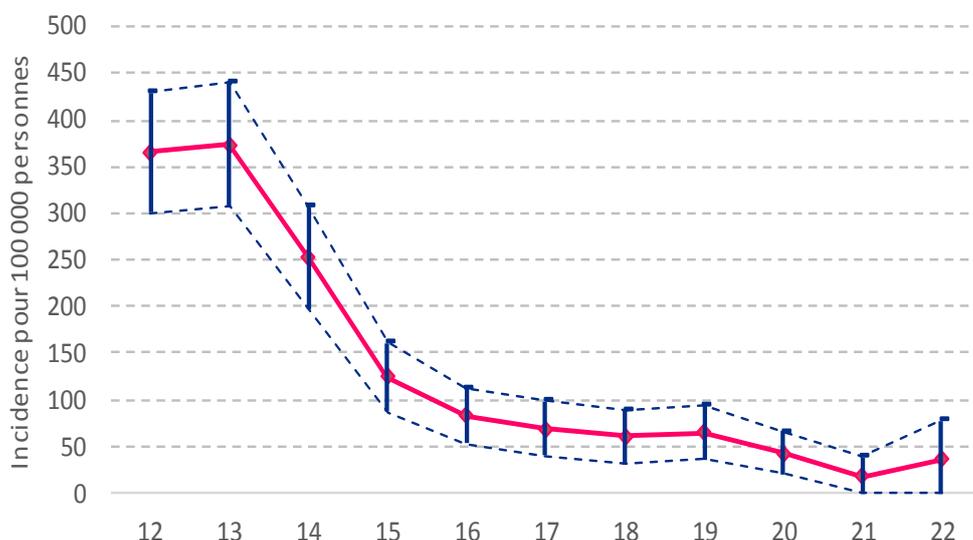
Source : SOS Médecins Dunkerque, Lille-Roubaix – Tourcoing, Saint-Quentin et Amiens (SurSaUD®, Santé publique France).



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 16 mars au 31 mai 2020.

Source : Réseau Sentinelles



Surveillance virologique (activité de dépistage, taux de positivité)

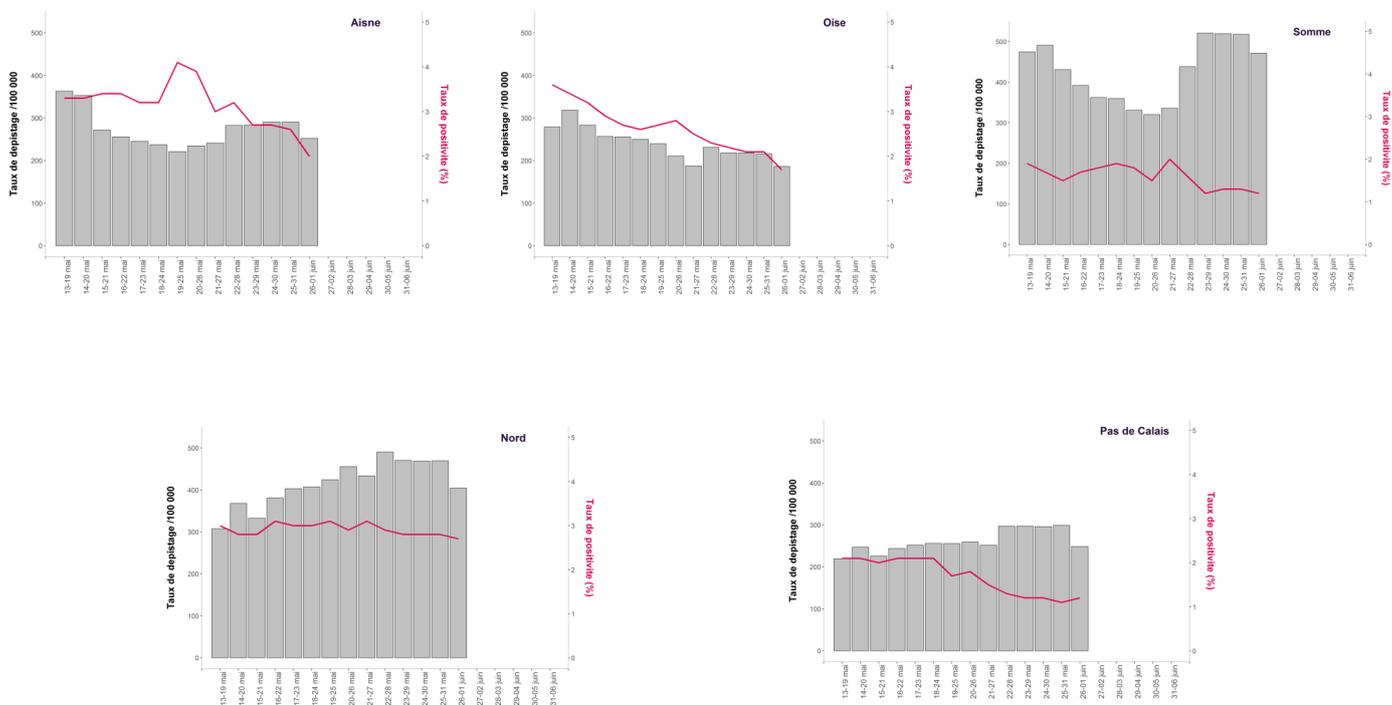
Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux de positivité des tests dans le temps par région ou département, ainsi que le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population (taux d'incidence). Les données sont consolidées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

Depuis le début de l'épidémie, 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 les laboratoires hospitaliers. Désormais, elle s'appuie sur le système **SI-DEP (système d'information de dépistage)**, opérationnel depuis le 13 mai 2020. Ce dispositif automatisé vise un 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 transmises concernent les tests RT-PCR réalisés. Prochainement, les recherches et résultats sérologiques seront également transmises.

Au 1er juin 2020, **dans les Hauts-de-France**, le taux glissant de positivité régional est inférieur à 2%. Il varie de 2,7% dans le département du Nord à 1,2% dans les départements du Pas-de-Calais et de la Somme. Il est en diminution dans les départements de l'Aisne, l'Oise et le Pas-de-Calais et demeure globalement stable, sur la période d'analyse, dans le Nord et la Somme (**Figures 3**).

En France métropolitaine, le taux de positivité nationale hebdomadaire était inférieur à 5 % dans l'ensemble des départements. Il était de 1,49% au niveau national (calculé sur les tests valides), en diminution par rapport à la semaine précédente 21 (1,9%) .

Figures 3. Taux glissant départementaux 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.

Au 31 mai, le taux d'incidence régional estimé dans les **Hauts-de-France** était de 8,2 cas confirmés/100 000 habitants, supérieur au taux national (5,25/10⁵). Il était inférieur à 10/10⁵ pour 4 des 5 départements. Le taux d'incidence le plus élevé est observé dans le département du Nord (12,7 cas/10⁵), où plusieurs clusters signalés sont en cours d'investigation et de campagne de dépistages de grande ampleur. Il était de 7,2/10⁵ dans l'Aisne, 4,5/10⁵ dans l'Oise, 6,3/10⁵ dans la Somme et 3,3/10⁵ dans le Pas-de-Calais (**Figures 4 et 5**).

En France métropolitaine, le taux d'incidence était au niveau national de 5,25/100 000 habitants. Il était inférieur à 10/10⁵ habitants pour la très grande majorité des départements. Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans les départements du Loiret (14,5/10⁵ habitants) la Creuse (13,8/10⁵), le Nord (12,7/10⁵), le Val d'Oise (12,2/10⁵), le Gers (11,6 /10⁵), le Haut-Rhin (10,2 / 10⁵) et le Val de Marne (10,4/ 10⁵) (**Figure 5**). En outre-mer, à Mayotte, le taux de positivité était de 28,8% et le taux d'incidence de 82,7/10⁵habitants.

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

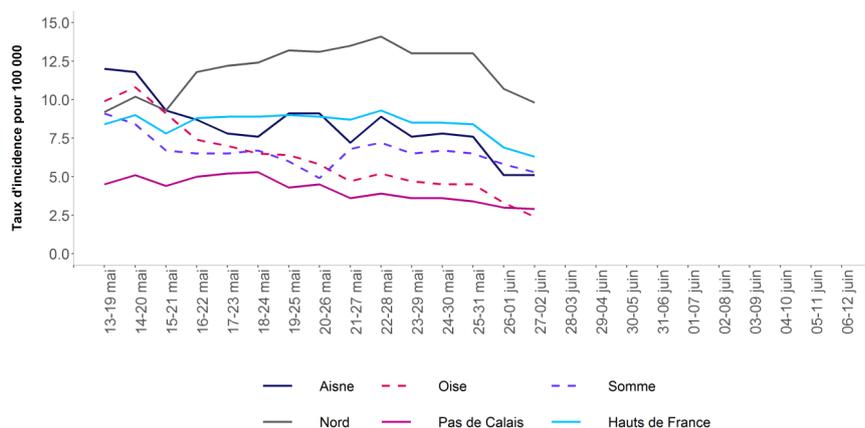
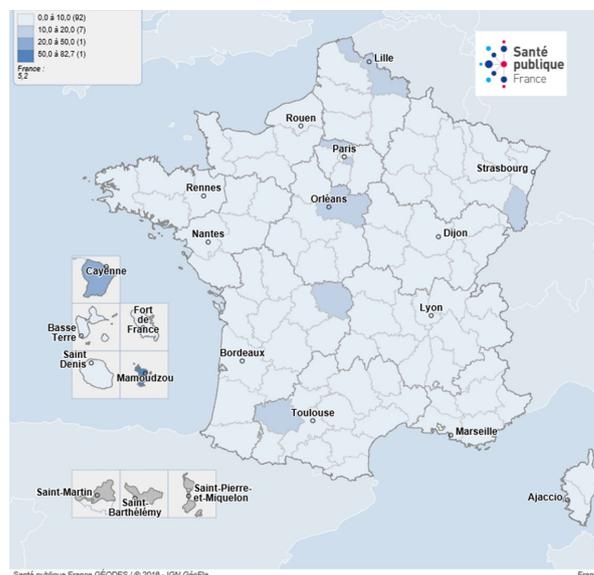


Figure 5. Taux d'incidence départementaux de SARS-CoV-2 pour 100 000 habitants, France,



Surveillance à l'hôpital

Synthèse des indicateurs

La part des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 enregistrés par les hôpitaux participant au réseau OSCOUR® est à un niveau faible dans la région (1,2%). Elle est en diminution ou stable à un niveau faible dans les 5 départements et varie de 2,3% dans l'Aisne à 0,6% dans le Pas-de-Calais (**Figure 6**).

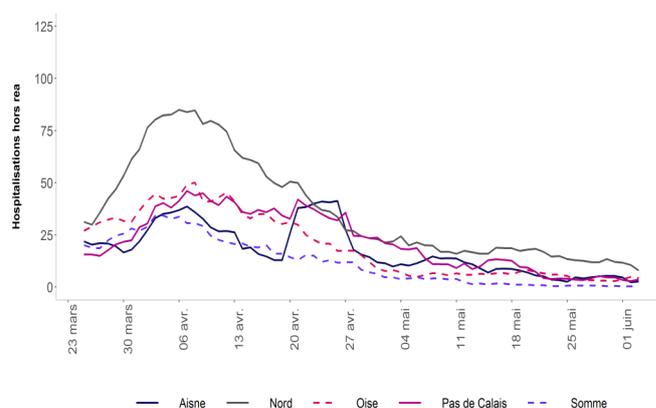
La moyenne glissante sur 7 jours des hospitalisations pour COVID-19 est aussi en diminution et à un niveau faible dans les 5 départements (**Figure 7**). Au total, depuis le début de l'épidémie, 9475 patients ont été hospitalisés pour COVID-19 dans les hôpitaux des Hauts-de-France, dont 8062 (85%) en hospitalisation conventionnelle et 1413 (15%) en réanimation/SI. Au 4 juin, 1334 patients étaient toujours hospitalisés pour COVID-19 dans les hôpitaux des Hauts-de-France dont 113 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 3 juin 2020. Source : Oscour®



Figure 7. Moyenne glissante sur 7 jours des hospitalisations pour COVID-19 dans les Hauts-de-France, au 3 juin 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 selon la méthode de Cori [1], avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Les estimations sont produites à partir des données du dispositif OSCOUR® (nombre quotidien de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19). Une valeur supérieure à 1 est en faveur d'une tendance à l'augmentation du nombre de cas. Le nombre de reproduction estimé à partir de ces données est un indicateur de la dynamique de transmission du virus environ 1 à 2 semaines auparavant (délai entre infection et consultation aux urgences ou hospitalisation). Les valeurs de R ne doivent pas être interprétées de façon isolée, mais doivent être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles.

Le nombre de reproduction effectif national calculé à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 est de 0,76 (intervalle de confiance (IC95%) : 0,74-0,78) et est donc inférieur à 1. Ceci signifie ainsi qu'une personne infectée en contamine en moyenne moins d'une autre et que par conséquent l'épidémie continue de régresser en France.

Le 15 mars 2020, soit quelques jours avant le pic de l'épidémie, le R effectif avait été estimé à 2,8. Il a ensuite diminué et, le 11 mai 2020, lors de la mise en place du déconfinement, il était de 0,8. Il est globalement stable depuis cette date.

Dans les Hauts-de-France, le nombre de reproduction effectif, estimé sur 7 jours glissants du 23 mai au 29 mai 2020, à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19, est : **R effectif = 0,71 [IC95% : 0,63-0,79]**, donc inférieur à 1. [Pour en savoir plus](#) sur les estimations régionales.

[1] Cori A, Ferguson NM, Fraser C, Cauchemez S. A new framework and software to estimate time-varying re-production numbers during epi-

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, 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. Le traçage et le dépistage des personnes contacts permettent de contrôler ces foyers. 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 événement/rassemblement, qu'ils se connaissent ou non. Le système d'information **MONIC** (MONItorage des Clusters) permet de réaliser 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 d'outre-mer. On note une augmentation du nombre de clusters détectés et investigués (**Figure 8**). Parmi ces clusters, 66 % sont constitués de plus de 5 cas. Ils concernent notamment des communautés 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**).

Dans les **Hauts-de-France**, 15 clusters ont été identifiés entre le 9 mai et le 3 juin : 2 ont été clôturés et 2 sont considérés comme maîtrisés. Parmi les 11 clusters en cours d'investigation/gestion, 7 se situent dans le Nord, 3 dans le Pas-de-Calais et 1 dans la Somme. Cinq clusters ont été signalés en milieu professionnel, 4 en établissements de santé, 3 en établissements sociaux d'hébergement et d'insertion ou communautés vulnérables, 1 en milieu scolaire et 1 sur une unité géographique limitée.

En terme 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/gestion (62 %, N=93) (clusters actifs en termes de nouveaux cas avec mise en place de premières mesures de contrôle) (**Figure 8**), 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 actuellement en cours d'investigation/gestion, 40% présentent une criticité élevée.

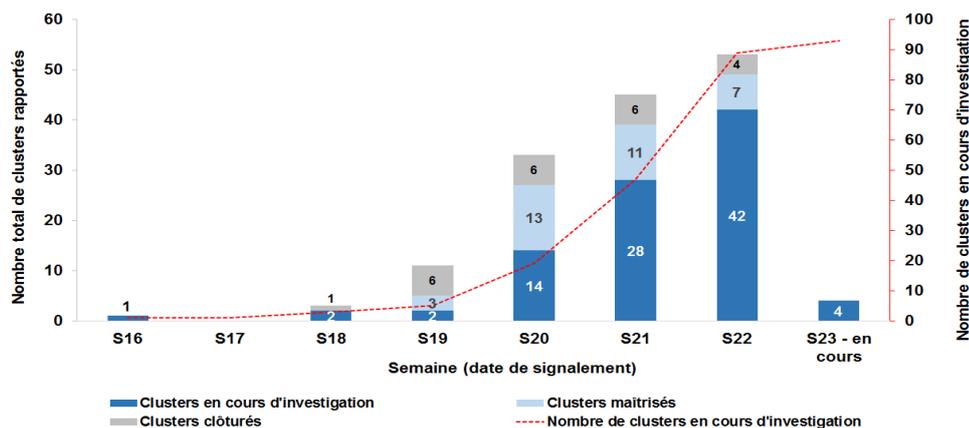
Aucune diffusion communautaire non contrôlée, définie par la survenue de nouveaux cas en dehors de la collectivité concernée ou en lien avec le cluster) **n'est actuellement rapportée**.

Le signalement de ces clusters en phase de déconfinement n'est pas une situation inattendue du fait de la poursuite, même faible, de la circulation communautaire du SARS-CoV-2 en France, de l'augmentation importante des capacités diagnostiques 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 rajoutés dans ce bilan dans le prochain bulletin hebdomadaire.

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

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

Figure 8. Distribution par semaine de signalement des clusters, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés en France entre le 9 mai et le 3 juin 2020 (N=150) - (source : MONIC, données au 03 juin 2020)



Surveillance en établissements sociaux et médicaux

Synthèse des indicateurs

Dans la région Hauts-de-France, entre le 28 mars et 2 juin 2020, 753 épisodes (+11 nouveaux épisodes depuis le dernier bilan publié dans le bulletin hebdomadaire) avec un ou plusieurs cas liés au COVID-19 ont été signalés via l'application Voozadoo de Santé publique France, disponible sur le portail national des signalements. Au total, 452 (60%) épisodes sont survenus en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements) et 301 (40%) dans d'autres établissements médico-sociaux (EMS) (**Tableau 2**).

Ces 753 signalements ont été à l'origine de 7 870 cas de COVID-19 signalés (3 567 cas confirmés et 4 303 cas possibles) chez les résidents, parmi lesquels 857 ont été hospitalisés. Parmi ces cas possibles et confirmés, 688 sont décédés dans les établissements et 514 à l'hôpital. La date de début des signes du premier cas de chaque épisode était comprise entre le 26 février et le 2 juin 2020.

Dans les **Hauts-de-France**, 1 741 cas confirmés et 2 078 cas possibles de COVID-19 ont été rapportés chez les personnels des établissements sociaux et médico-sociaux.

Sur la base de la date de début des signes du premier cas de chaque épisode (**Figure 9** et **Figure 10**), les courbes épidémiques mettent en évidence un pic d'épisodes en semaine 13, et un nombre de nouveaux épisodes en diminution jusqu'en semaine 19. A noter une légère recrudescence, en semaines 20 et 21, du nombre de nouveaux épisodes signalés, notamment dans le département du Nord, qui doit inciter à la vigilance.

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

Source : Surveillance Voozadoo dans les Ehpad/EMS, données arrêtées au 2 juin 2020

		Ehpa ¹	Autres EMS ^{2,3,4}	Total
Chez les résidents	Signalements ⁵	452	301	753
	Cas confirmés ⁶	3259	308	3567
	Cas possibles ⁷	3637	666	4303
	Nombre total de cas ^{6,7}	6896	974	7870
	Cas hospitalisés ^{6,7}	778	79	857
	Décès hôpitaux ⁸	482	32	514
Décès établissements ⁸	680	8	688	
Chez le personnel	Cas confirmés ⁶	1447	294	1741
	Cas possibles ⁷	1457	621	2078
	Nombre total de cas ^{6,7}	2904	915	3819

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 sociaux et médicaux (suite)

Figure 9. Distribution hebdomadaire des signalements d'épisodes de COVID-19 survenus dans les EMS des Hauts-de-France, signalés dans Voozadoo entre le 28 mars et le 02 juin 2020, en fonction de la date de début des signes du 1^{er} cas et du type d'établissement

Source : Voozadoo, Santé publique France

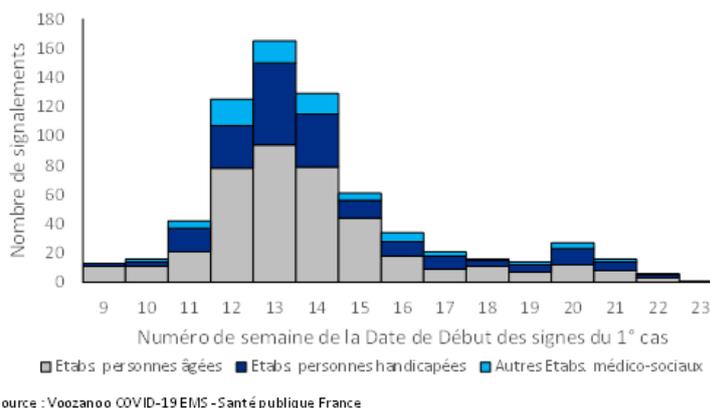
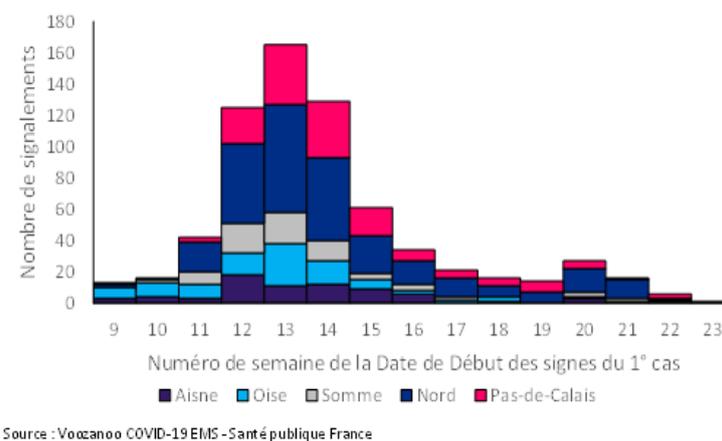


Figure 10. Distribution hebdomadaire des signalements d'épisodes de COVID-19 survenus dans les EMS des Hauts-de-France, signalés dans Voozadoo entre le 28 mars et le 02 juin 2020, en fonction de la date de début des signes du 1^{er} cas et du département de survenue

Source : Voozadoo, Santé publique France



Surveillance des cas grave de COVID-19 admis en réanimation (services sentinelles)

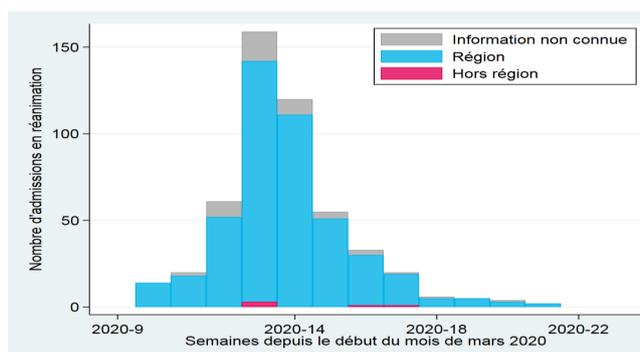
La surveillance des cas graves de COVID-19 hospitalisés en réanimation a débuté mi-mars 2020 et est animée par les Cellules régionales de Santé publique France. Cette surveillance s'appuie sur un réseau de services de réanimation, sentinelles et volontaires, et a pour objectif de décrire les caractéristiques des cas graves de COVID-19 admis en réanimation. Elle n'a pas vocation à recenser de façon exhaustive la totalité des cas graves de COVID-19 admis dans les services de réanimation dans la région.

Le protocole complet de cette surveillance est disponible sur le site internet de [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr).

Entre le 16 mars et le 2 juin 2020, 509 cas graves de COVID-19 admis dans un service de réanimation participant à la surveillance sentinelle ont été signalés dans la région Hauts-de-France. Aucun nouveau cas n'a été signalé par les services sentinelles ces 2 dernières semaines (**Figure 11**). La grande majorité des cas signalés (80%) présente au moins un facteur de risque potentiel de complication de COVID-19 et les 2 principales comorbidités rapportées sont le surpoids/obésité (40% des cas) et l'hypertension artérielle (39%).

Figure 11. Courbe épidémique des cas de COVID-19 selon la région de résidence, admis dans les services sentinelles de réanimation par semaine d'admission, Hauts-de-France, signalés entre le 16 mars et le 2 juin 2020.

Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France



Surveillance de la mortalité

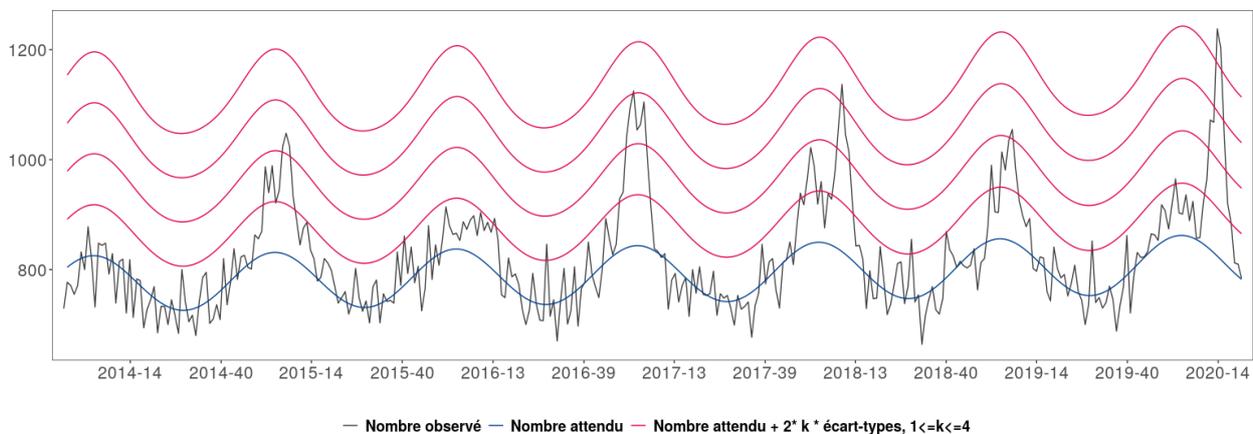
Synthèse des indicateurs

Mortalité spécifique au COVID-19 : Entre le 1^{er} mars et le 4 juin 2020, 2 452 décès de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France, dont 1 764 décès chez des patients hospitalisés (SI-VIC) et 688 en établissements (EHPAD et autres établissements médico-sociaux).

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

Un pic de mortalité toutes causes a été observé 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 nette diminution à partir de la semaine 16 et, sous réserve de la consolidation des données, aucun excès significatif n'est constaté depuis la semaine 18 (**Figure 12**).

Figure 12. Evolution de la mortalité hebdomadaire toutes causes, tous âges dans les Hauts-de-France, d'avril 2014 au 18 mai 2020 (semaine 20). **Source** : Insee, services d'état-civil (méthode Euromomo), au 25 mai 2020.



Résultats provisoires de l'enquête en cours sur les professionnels des établissements de santé contaminés par le COVID-19

Depuis le 22 avril 2020, Santé publique France en lien avec le [GERES](#) (Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux) et avec l'appui des CPIAS (Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins) a mis en place une surveillance afin de recenser les professionnels exerçant en établissements de santé publics ou privés infectés par le coronavirus Sars-CoV-2.

Dans les Hauts-de-France, au 2 juin, 142 établissements de santé ont participé à l'enquête et 4 293 cas de contaminations par le COVID-19 ont été signalés chez des personnels soignants ou non soignants travaillant dans ces établissements (**Tableau 3**).

La proportion d'infectés par catégorie professionnelle a été estimée en rapportant le nombre de cas déclarés au nombre total de professionnels travaillant en ES, issu de la SAE 2018 (données les plus récentes disponibles).

La répartition géographique de la proportion de professionnels en ES déclarés infectés par le SARS-CoV-2 est cohérente avec l'intensité et la pression épidémiques sur le système de soins (**Figure 13 et Tableau 5**).

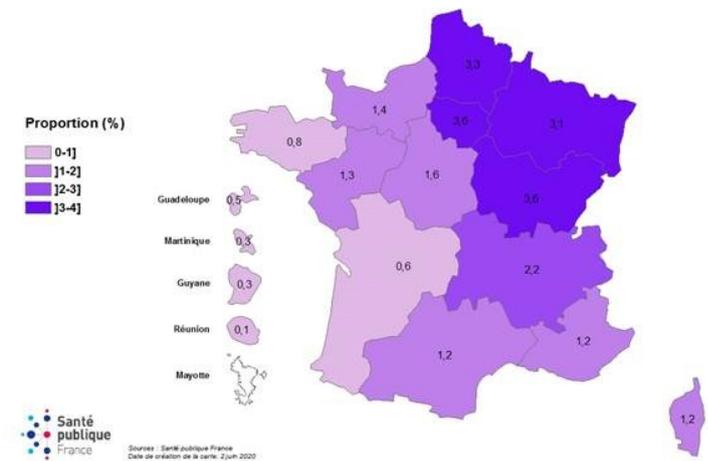
Tableau 3. Cas de contamination COVID-19 déclarés chez les personnels des établissements de santé.

Catégories professionnelles	Nombre de cas	%*	Décès
Infirmiers	1 292	32,4%	
Aides-soignants	1 140	28,6%	
Autres personnels soignants	548	13,8%	
Autres personnels non soignants	488	12,2%	
Médecins	322	8,1%	1
Elèves	86	2,2%	
Internes	71	1,8%	
Kinésithérapeutes	20	0,5%	
Sages-femmes	17	0,4%	
Inconnu	309		
Total	4 293		1

*Calculé sur les effectifs dont la catégorie professionnelle est connue (n=3984)

Figure 13. Proportion (%) de professionnels en ES déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des professionnels en ES (N=27 613), France*.

Source : Santé publique France/GERES, au 02/06/2020



*Source de données pour le nombre total de professionnels par catégorie professionnelle par région : SAE, données 2018 <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

NB : Les cas pour lesquels la profession était inconnue, et les élèves n'ont pas été pris en compte dans cette analyse, en l'absence de dénominateur

Tableau 5. Cas de contamination COVID-19 déclarés chez les personnels des établissements de santé.

Source : Santé publique France/GERES, au 26/05/2020.

REGION	Proportion (%) de professionnels infectés parmi les professionnels de la région								TOTAL
	infirmiers	aide-soignants	médecins	internes	masseurs-kinésithérapeutes	sages-femmes	autres professionnels de santé	autres non professionnels de santé	
Auvergne-Rhône-Alpes	2,5	3,6	2,6	2,8	2,8	1,3	2	1,2	2,2
Bourgogne-Franche-Comte	4,3	5,9	4,1	5,7	5,9	0,8	3	1,2	3,6
Bretagne	0,9	1,3	1,1	2,2	1,1	0,2	0,9	0,2	0,8
Centre-Val-de-Loire	1,8	2,9	1,8	0,6	2,4	0,2	1,7	0,6	1,6
Corse	0,9	2,6	1,8	4,2	0	0	1,2	0,2	1,2
Grand Est	3,6	4,3	3,9	3,5	4,1	2,5	3,6	1,5	3,1
Guadeloupe	0,4	0,5	2,7	0	0	0	0,2	0,2	0,5
Guyane	0,3	0	0,9	0	0	0	0	0,4	0,3
Hauts-de-France	4	5,4	3,3	2,3	2	1,1	3,4	1,5	3,3
Île-de-France	4,2	5,4	4,2	5,1	4,5	2,1	4,4	1,2	3,6
La Réunion	0	0	0,1	0	0	0	0	0	0
Martinique	0,4	0,4	0,5	0,3	0	2,7	0,1	0	0,3
Mayotte	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Normandie	1,6	2,2	2	1,7	1,7	0,4	1,6	0,6	1,4
Nouvelle-Aquitaine	0,8	0,8	0,8	1	1	0,5	0,6	0,3	0,6
Occitanie	1,5	1,3	1,8	3,2	1	0,3	1,2	0,7	1,2
Pays-de-la-Loire	1,7	2,1	1,1	1	1,8	1,3	1,4	0,5	1,3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,5	2	1,4	3,4	2,3	0,9	0,9	0,5	1,2
Total	2,5	3,2	2,7	3	2,5	1,1	2,3	0,9	2,2

Méthodes

En phase 3, 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 termes de morbidité et de mortalité. Ci-dessous, une description succincte de chaque surveillance avec sa date de début effectif :

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).

Laboratoires d'analyses biologiques de ville (3 labo - Biomnis/Cerba) : nombre de tests réalisés et positifs pour diagnostic de SARS-CoV-2 par les laboratoires de ville (depuis le 18 mars).

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 exhaustives à visée de caractérisation en termes d'âge, sévérité, évolution clinique, des cas de COVID-19 admis en réanimation (depuis le 16 mars).

Laboratoires hospitaliers : données concernant les tests diagnostiques (nombre total de tests réalisés et le nombre de tests négatifs et positifs.) transmises par les hôpitaux (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.

Surveillance psycho comportementale : évolution de l'adoption des mesures de protection et évolution de la santé mentale (niveau d'anxiété et de dépression (échelle HAD), niveau de satisfaction de vie actuelle).

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.

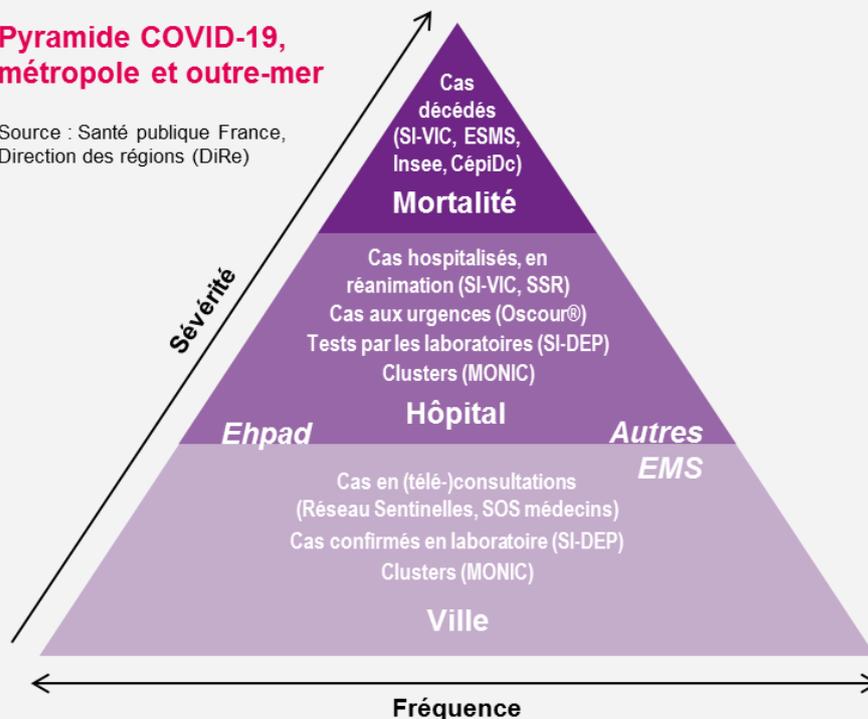
Retrouvez tous les [outils de prévention](#) destinés aux professionnels de santé et au grand public

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

ALERTE CORONAVIRUS POUR VOUS PROTÉGER ET PROTÉGER LES AUTRES, RESTEZ CHEZ VOUS.

Tout déplacement est interdit sauf muni d'une attestation pour :

- Aller travailler, si le télétravail est impossible
- Faire des courses de première nécessité
- Faire garder ses enfants ou aider des personnes vulnérables
- Aller chez un professionnel de santé si vous n'avez pas de signe de la maladie

L'attestation est téléchargeable sur le site du gouvernement. Elle peut être imprimée ou recopiée à la main.

Vous avez des questions sur le coronavirus ?
GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS 0 800 130 000 (appel gratuit)

ALERTE CORONAVIRUS POUR SE PROTÉGER ET PROTÉGER LES AUTRES

- Se laver très régulièrement les mains
- Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir
- Utiliser un mouchoir à usage unique et le jeter
- Saluer sans se serrer la main, arrêter les embrassades

Vous avez des questions sur le coronavirus ?
GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS 0 800 130 000 (appel gratuit)

Equipe de rédaction

Santé publique France
Hauts-de-France

DEGREDEL Maxime
 HAEGHEBAERT Sylvie
 JEHANNIN Pascal
 LEDUC Ghislain
 MAUGARD Charlotte
 N'DIAYE Bakhao
 PONTIES Valérie
 PROUVOST Héléne
 VAN BOCKSTAELE 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

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
Hauts-de-France

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

ecdc
EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL

World Health Organization