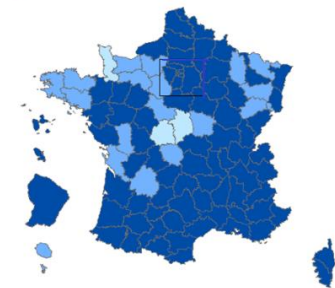


Cellule régionale
Hauts-de-France

Surveillance COVID-19



Source : Santé publique France

Évolution des indicateurs

Nouveaux cas en Hauts-de-France : ↗

- Aisne : ↗
- Nord : ↗
- Oise : ↗
- Pas-de-Calais : ↗
- Somme : ↗

En médecine libérale : →

En médecine hospitalière : ↗

- Services d'urgence : ↗
- Hospitalisation : ↗
- Services de réanimation : →

Niveau de vulnérabilité

- Elevé
- Modéré
- Limité

Évolution des indicateurs (sur la semaine écoulée par rapport à la semaine précédente) :

- ↗ En augmentation
- Stable
- ↘ En diminution

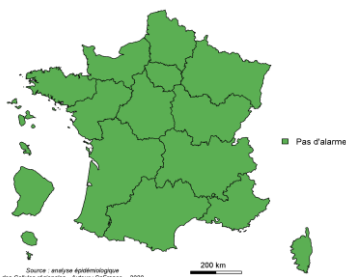
Surveillance des épidémies hivernales

Bronchiolite (moins de 2 ans)

Grippe et syndromes grippaux

Bilan de la saison grippale 2019-2020.

Reprise imminente de la surveillance



Source : analyse épidémiologique des Centres régionaux - Auteur : SpFrance - 2020

Évolution régionale : →

Phases épidémiques (bronchiolite / grippe et syndrome grippal uniquement) :

- Pas d'épidémie
- Pré ou post épidémie
- Épidémie

Évolution des indicateurs (sur la semaine écoulée par rapport à la précédente) :

- ↗ En augmentation
- Stable
- ↘ En diminution

Gastro-Entérite

- Évolution régionale : →
- En médecine libérale (association SOS médecins) : légère augmentation, faible
- En médecine hospitalière (services d'urgence) : stable, faible

→ Pour plus d'informations sur les virus hivernaux, voir sur le site internet de [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr)

Détail des indicateurs régionaux en pages :

COVID-19	2
Bronchiolite	4
Grippe	5
Gastro-entérite	6
Mortalité	7
Annexes	8

Autres surveillances régionales

Mortalité toutes causes (données Insee)

Après des pics observés durant la première vague épidémique de Covid-19 et durant la canicule du mois d'août 2020, les nombres de décès (tous âges et 65 ans et plus) ces dernières semaines étaient conformes aux valeurs attendues et aux valeurs observées les années précédentes à la même période. Compte-tenu des délais de consolidation des données, les dernières semaines doivent être interprétées avec prudence.

→ Pour plus d'informations, voir le bulletin national accessible [ici](#) et les publications régionales dans la rubrique « [L'info en région](#) »

Points d'actualités

Reprise de la surveillance épidémiologique nationale des épidémies hivernales

Un Point Epidémiologique national est réalisé chaque semaine pour la surveillance de la bronchiolite.

→ Pour plus d'informations sur les virus hivernaux, voir sur le site internet de [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr), rubrique « [Maladies hivernales](#) »

Reprise de la surveillance sentinelle des cas graves de grippe admis en réanimation

Depuis le lundi 5 octobre 2020, reprise de la surveillance des cas graves de grippe admis en réanimation, couplée à celle des cas de COVID-19 en réanimation

Annexe spéciale « clusters COVID-19 » en page 8 et 9 de ce point épidémiologique

Situation épidémiologique

En semaine 41, on observe une dégradation importante et générale des paramètres de suivi de l'évolution de l'épidémie dans la région des Hauts-de-France. Cette tendance, quelle que soit la source de données, est le reflet d'une progression communautaire de l'épidémie dans la région avec une augmentation des recours aux soins, des nouvelles hospitalisations. Le nombre d'admissions en services de réanimation était stable. A l'instar du taux d'incidence en population générale, le taux d'incidence chez les plus de 65 ans continue de progresser avec une forte augmentation observée (+48%) en semaine 41, associé à une progression importante du taux de positivité et du taux de dépistage pour cette classe d'âge. La plus grande vigilance doit être maintenue auprès des personnes à risque, notamment les personnes âgées, compte tenu de la fragilité de cette population dans laquelle survient le plus grand nombre de décès dus au SARS-CoV-2.

Depuis le 12 octobre, le département de l'Aisne est classé en niveau de vulnérabilité élevée, suite à l'évolution rapide, à la hausse, des indicateurs virologiques, en particulier chez les plus de 65 ans, et la diffusion géographique du virus en dehors de clusters signalés.

Afin de freiner la progression du virus SARS-CoV-2, il est important de maintenir la stratégie « Tester-Alerter-Protéger » : chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19, même légers, doit réaliser dans les plus brefs délais un test de diagnostic. Dans l'attente des résultats, les personnes doivent s'isoler et réduire leurs contacts au strict minimum. Les délais de diagnostic peuvent encore conduire à des mesures de contact tracing moins performantes du fait du retard à l'identification des cas et de leurs contacts et à la mise en place des mesures d'isolement et de quarantaine ; le raccourcissement récemment observé de ces délais est toutefois encourageant et doit se poursuivre.

Pour en savoir plus :

- Les bilans nationaux et régionaux ainsi que toutes les ressources et outils d'information pour se protéger et protéger les autres sont disponibles sur le site de [Santé publique France](#)
- [GEODES](#), l'observatoire cartographique de Santé publique France

Surveillance virologique

Le taux d'incidence en semaine 41 était en augmentation (231,6 cas/100 000 personnes) par rapport à la semaine précédente. Il était en augmentation dans toutes les classes d'âges. A l'échelle infrarégionale, le taux d'incidence continue d'augmenter dans les 5 départements de la région et varie de 103 cas/100 000 habitants dans l'Aisne à 344/10⁵ dans le département du Nord, où sa progression (+55% par rapport à la semaine 40) semble hors de contrôle. Il est supérieur au seuil de 250/10⁵ ha dans le département du Nord ; supérieur au seuil de 150/10⁵ ha dans le Pas-de-Calais et l'Oise et supérieur au seuil de 50/10⁵ dans la Somme et l'Aisne.

	Nouveaux cas/100000 personnes		Taux de positivité (%)		Test/100000 personnes	
	Semaine 40	Semaine 41	Semaine 40	Semaine 41	Semaine 40	Semaine 41
Aisne-02	51,1	103,0	6,4	9,6	805	1079
Nord-59	215,5	343,6	11,5	15,6	1879	2209
Oise-60	111,6	159,4	9,9	11,1	1125	1431
Pas-de-Calais-62	117,8	166,3	8,5	11,0	1390	1510
Somme-80	89,3	112,2	7,0	9,0	1275	1249
Hauts-de-France	150,8	231,6	10,0	13,3	1503	1740

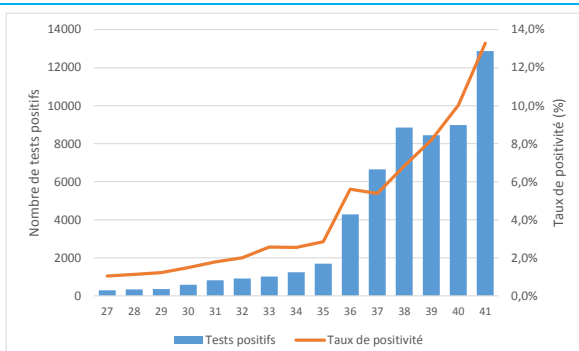


Figure 1 - Évolution hebdomadaire du nombre de tests SARS-Cov2 positifs (axe gauche) et du taux de positivité (axe droit), SI-DEP, Hauts-de-France, du 18 mai 2020 au 11 octobre 2020.

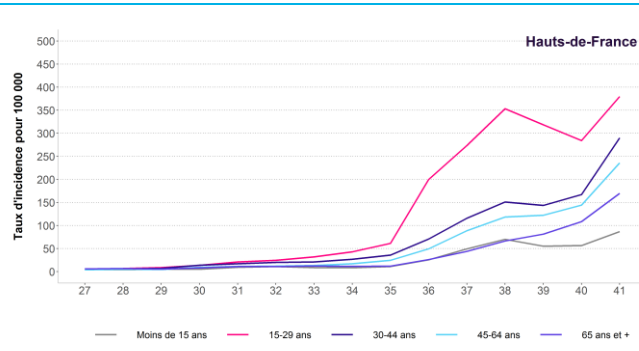


Figure 2 - Évolution hebdomadaire du taux d'incidence de tests positifs à SARS-Cov2 par classe d'âges, SI-DEP, Hauts-de-France, du 29 juin 2020 au 11 octobre 2020.

Surveillance en ville

Le taux régional de recours à SOS médecins pour suspicion de COVID-19 est stable (6,2 % versus 6,3 % en semaine 40). La part des recours pour suspicion Covid-19 est en augmentation sur le secteur du Dunkerquois. Elle demeure stable sur les secteurs du St Quentinois (Aisne) et de la métropole lilloise. Elle était en légère diminution ces 7 derniers jours sur le secteur d'Amiens. On observe une augmentation pour les recours pour infection respiratoire ou suspicion de Covid-19 en médecine de ville (Réseau sentinelles). Le nombre de (télé) consultations estimé par le réseau Sentinelles était de 87 pour 100 000 habitants en semaine 41.

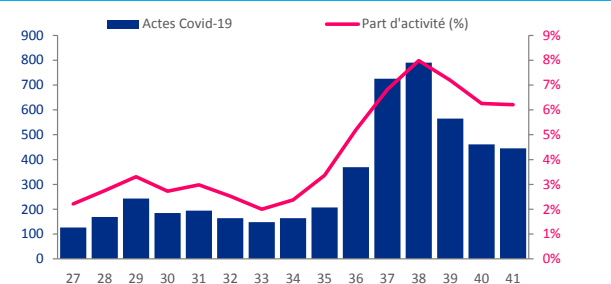


Figure 3 - Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe gauche) et proportion d'activité (axe droit) pour suspicion de Covid-19, SOS Médecins, Hauts-de-France, du 29 juin au 11 octobre 2020.

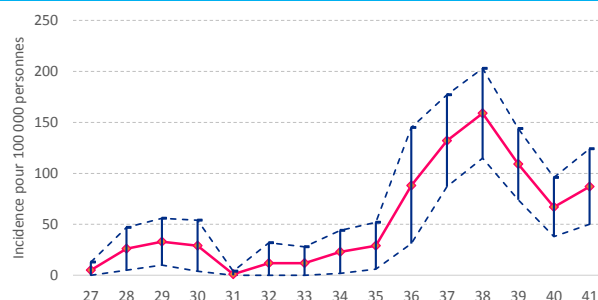


Figure 4 - Évolution hebdomadaire du taux d'incidence des syndromes grippaux, Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, du 29 juin au 11 octobre 2020

Surveillance en milieu hospitalier

Le taux régional de recours aux urgences pour suspicion de COVID-19 en semaine 41 (2,1 %) ainsi que le nombre de signalements de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 étaient en augmentation. Le nombre de nouvelles admissions en réanimation était stable. Le nombre de signalements de nouveaux décès à l'hôpital était en hausse en semaine 41 (50 nouveaux décès déclarés vs 29 semaine 40).

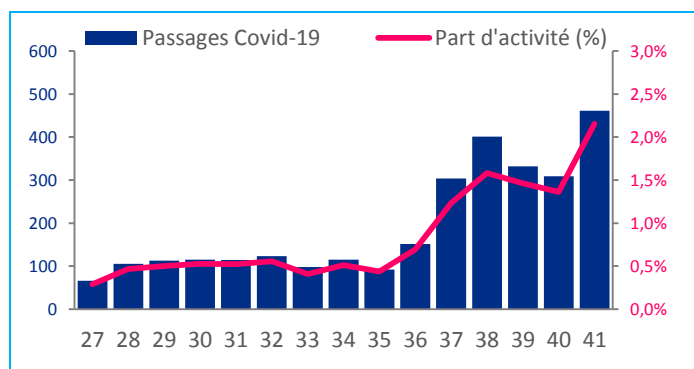


Figure 5 - Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe gauche) et proportion d'activité (axe droit) pour suspicions de Covid-19 dans les services d'urgences, Oscour®, Hauts-de-France, du 29 juin au 11 octobre 2020

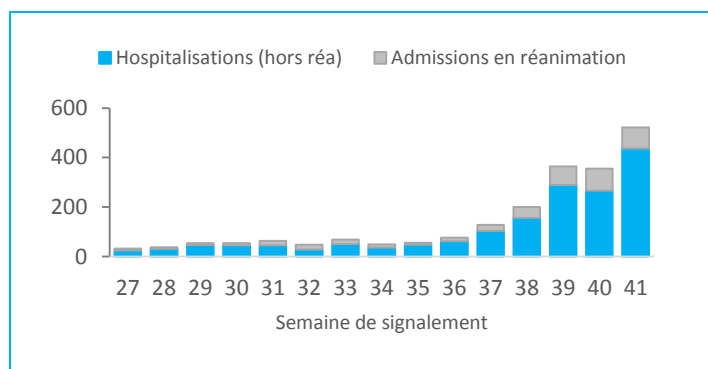


Figure 6 - Évolution hebdomadaire du nombre de signalement d'hospitalisation pour Covid-19 (dans les services de réanimation et en hospitalisations conventionnelles (hors réa), SIVIC, Hauts-de-France, du 29 juin au 11 octobre 2020

Surveillance en services et établissements médico-sociaux

En semaine 41, 83 nouveaux épisodes COVID-19 avec au moins un cas confirmé ont été signalés à l'ARS. Parmi les épisodes signalés en semaine 41, 35 concernaient des établissements d'hébergement de personnes âgées (EHPA), en augmentation par rapport à la semaine précédente (23 signalements en semaine 40). Depuis le 1er juillet, 384 épisodes avec au moins un cas confirmé de Covid-19 ont été signalés, pour un total de 1332 cas confirmés parmi les résidents et le personnel, 93 résidents ont été hospitalisés et 31 sont décédés.

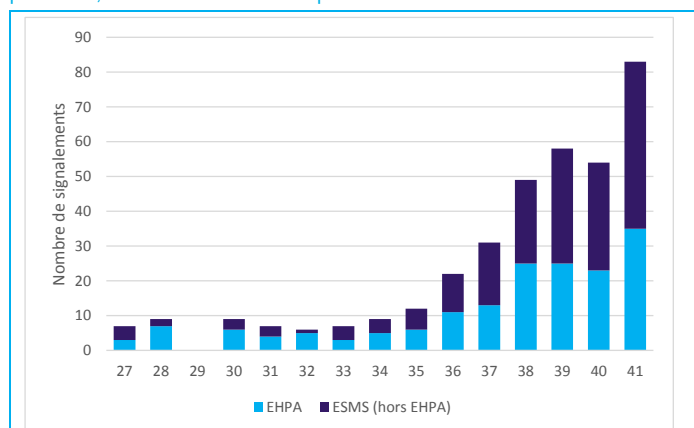


Figure 7 - Évolution hebdomadaire du nombre de signalements d'épisodes (avec au moins un cas confirmés) de cas de COVID-19 chez les résidents et le personnel des EHPA et autres ESMS, Voozanoo®, Hauts-de-France, du 29 juin au 11 octobre 2020

	EHPA	Autres EMS	ESMS
Signalements d'épisodes	193	191	384
Chez les résidents			
Cas confirmés	656	165	821
Cas hospitalisés	83	10	93
Décès hôpitaux	13	1	14
Décès établissements	17	0	17
Chez le personnel			
Cas confirmés	323	188	511

EHPA : établissement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements)
EMS : établissement médico-social
ESMS : regroupe les EHPA et EMS.

Tableau 1 - Nombre de signalements d'épisodes (avec au moins un cas confirmés), de cas, d'hospitalisation et de décès de COVID-19 chez les résidents et le personnel des EHPA et autres ESMS, Voozanoo®, Hauts-de-France, du 1er juillet au 11 octobre 2020

Surveillance des situations de cas groupés ou « clusters » de COVID-19

→ Voir annexe 1 spéciale « clusters » en pages 8 et 9.

Bronchiolite (chez les moins de 2 ans)

Synthèse des données disponibles

En phase non épidémique. L'activité pour bronchiolite se stabilisait en semaine S41 à SOS Médecins et demeure stable aux urgences, à un niveau modéré. Les taux de consultation pour bronchiolite sont similaires à ceux observés au cours des saisons précédentes sur la même période. L'activité du Réseau Bronchiolite 59-62, qui a repris ses gardes du week-end depuis le 3 octobre (semaine 2020-S40), était modérée et stable depuis deux semaines. Le nombre de VRS isolés chez des patients hospitalisés est pour le moment faible, alors que les rhinovirus et entérovirus isolés circulent activement ces dernières semaines.

Recours aux soins d'urgence pour bronchiolite en Hauts-de-France, semaine 2020-41

Consultations	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
SOS Médecins	12	2,26 %	Modérée	Stable
SU - réseau Oscour®	45	4,23 %	Modérée	Stable

¹ Nombre de recours transmis et pour lesquels un diagnostic de bronchiolite est renseigné ;

² Part des recours pour bronchiolite (¹) parmi l'ensemble des recours pour lesquels au moins un diagnostic est renseigné (cf. **Qualité des données**).

Consulter les données nationales :

- Surveillance des urgences et des décès SurSaUD® (Oscour, SOS Médecins, Mortalité) : [cliquez ici](#)
- Surveillance de la bronchiolite : [cliquez ici](#)

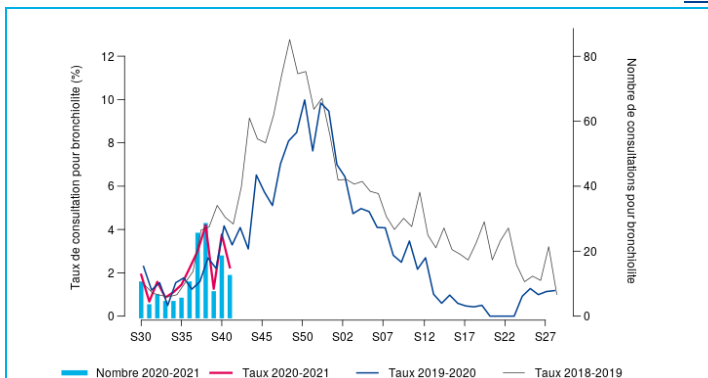


Figure 8 - Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2018-2020.

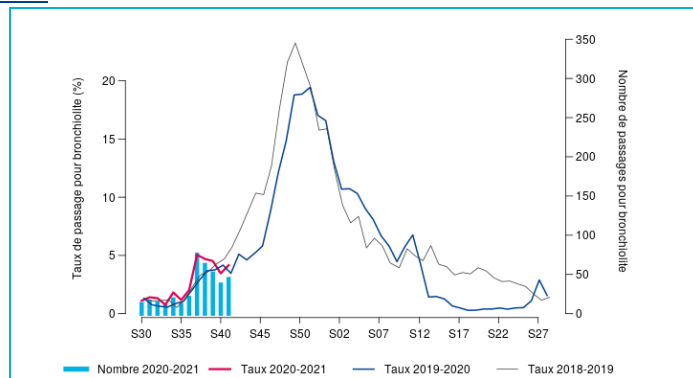


Figure 9 - Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, Oscour®, Hauts-de-France, 2018-2020.

Semaine	Nombre d'hospitalisations ¹	Pourcentage de variation (S-1)	Part des hospitalisations totales ²
2020-40	18	-18,2 %	12,6 %
2020-41 ³	12	-33,3 %	7,8 %

¹ Nombre d'hospitalisations à l'issue d'une consultation aux urgences pour bronchiolite

² Part des hospitalisations pour bronchiolite chez les moins de 2 ans parmi l'ensemble des hospitalisations chez les enfants de moins de 2 ans pour lesquelles au moins un diagnostic est renseigné.

³ Données à consolider pour la dernière semaine

Tableau 2 - Hospitalisations pour bronchiolite chez les moins de 2 ans*, Oscour®, Hauts-de-France, ces deux dernières semaines.

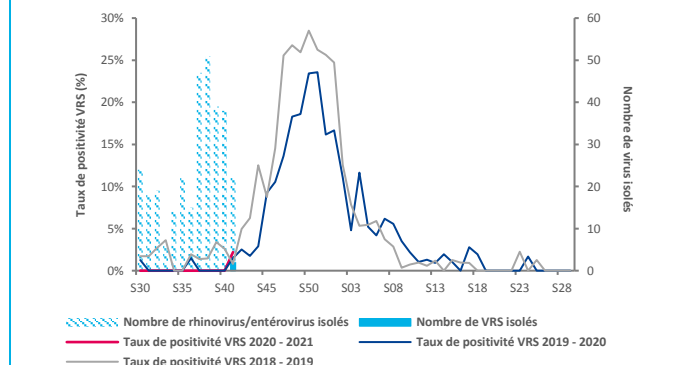


Figure 10 - Évolution hebdomadaire du nombre de VRS (axe droit) et proportion de prélèvements positifs pour le VRS (axe gauche), laboratoires de virologie du CHRU de Lille et du CHU d'Amiens, 2018-2020.

Prévention de la bronchiolite

La **bronchiolite** est une maladie respiratoire qui touche les enfants de moins de 2 ans. Elle est due à un virus, le plus souvent le virus respiratoire syncytial (VRS), qui se transmet facilement d'une personne à une autre par la salive, la toux et les éternuements, et peut rester sur les mains et les objets (comme sur les jouets, les tétines, les « doudous »).

La prévention de la bronchiolite repose sur les mesures d'hygiène :

- le lavage des mains de toute personne qui approche le nourrisson, surtout avant de préparer les biberons et les repas ;
- éviter autant que possible d'emmenager son enfant dans les lieux publics très fréquentés et confinés (centres commerciaux, transports en commun, hôpitaux, etc.)
- le nettoyage régulier des objets avec lesquels le nourrisson est en contact (jeux, tétines,...)
- l'aération régulière de la chambre
- éviter le contact avec les personnes enrhumées et les lieux enfumés.

➔ Recommandations sur les mesures de prévention : [cliquez ici](#)

Grippe et syndromes grippaux

Bilan de la saison grippale 2019-2020

Lors de la saison 2019-2020, la surveillance de la grippe a débuté comme habituellement début octobre 2019 (semaine 40) et s'est poursuivie jusqu'à mi-mars 2020. Elle a été interrompue en raison de la situation sanitaire exceptionnelle, afin d'être adaptée au suivi épidémiologique et virologique de la circulation du SARS-CoV-2. La surveillance de la grippe prenant habituellement fin mi-avril (semaine 15), le bilan de l'épidémie de grippe 2019-2020 présenté ici couvre une période incomplète.

Dans la région des Hauts-de-France, l'épidémie a débuté mi-janvier (semaine 2020-04). Cette épidémie a été tardive, d'une intensité inférieure aux deux saisons précédentes surtout en médecine ambulatoire (**figure 11 et figure 12**). Le pic de consultations pour syndromes grippaux chez SOS Médecins était à 11 % de part d'activité cette saison (versus 19 % la saison précédente) et le pic de consultations chez les médecins du réseau Sentinelles à 245 consultations/100 000 (versus 606/100 000 la saison précédente). A l'hôpital, un premier pic de recours aux urgences pour syndrome grippal a été atteint en semaine 07-2020 avec 2,2 % de part d'activité suivi d'une nouvelle recrudescence à partir de début mars, plus probablement en lien avec le démarrage de l'épidémie de COVID-19 sans qu'il soit possible, étant donné l'absence de spécificité de la symptomatologie de la grippe et du Covid-19, de déterminer la part de chaque étiologie dans l'augmentation.

Durant l'épidémie grippale 2019-2020, il n'a pas été observé d'excès significatif de mortalité toute cause à l'exception de la semaine 11-2020 (+14,5 %). Même si les virus grippaux circulaient encore de façon importante en France à ce moment-là, il est probable que cet excès de mortalité résulte en grande partie de l'impact sanitaire de l'intensification de l'épidémie de Covid-19 dans la région à partir de début mars 2020.

Consulter le bilan national : Surveillance de la grippe: [cliquez ici](#)

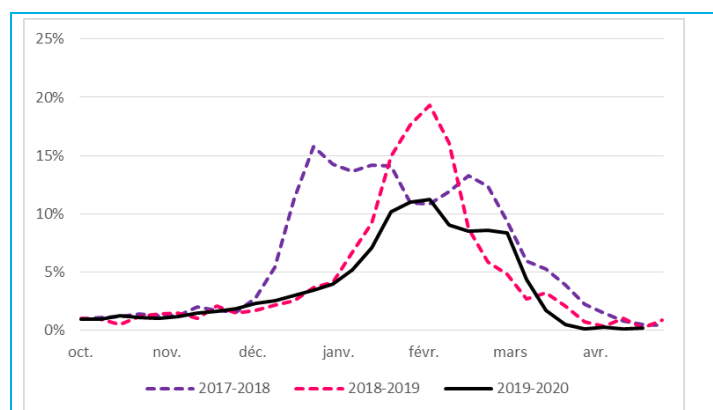


Figure 11 : Évolution du pourcentage hebdomadaire de syndromes grippaux parmi l'ensemble des diagnostics codés par les associations SOS Médecins. Hauts-de-France, octobre à avril, années 2017 à 2020 (source : dispositif SurSaUD®, Santé publique France).

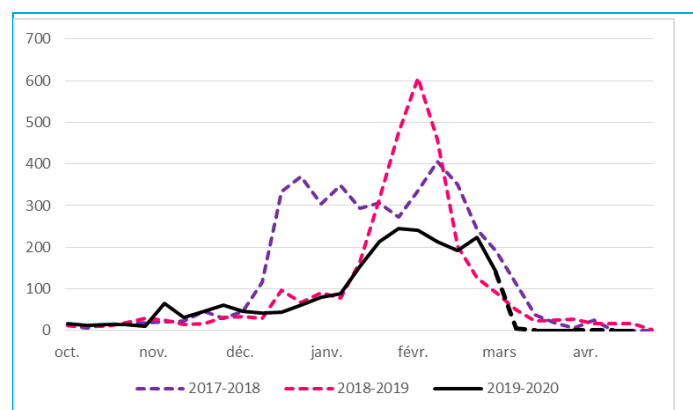


Figure 12 : Évolution du taux d'incidence des consultations en médecine de ville pour syndrome grippal (réseau Sentinelles)*. Hauts-de-France, octobre à avril, années 2017 à 2020 (source : dispositif SurSaUD®, Santé publique France ; réseau Sentinelles).

* La partie en pointillé de la courbe 2019-2020 indique la période à partir de laquelle la définition de cas utilisée dans le cadre de cette surveillance a changé en raison de l'épidémie de COVID-19

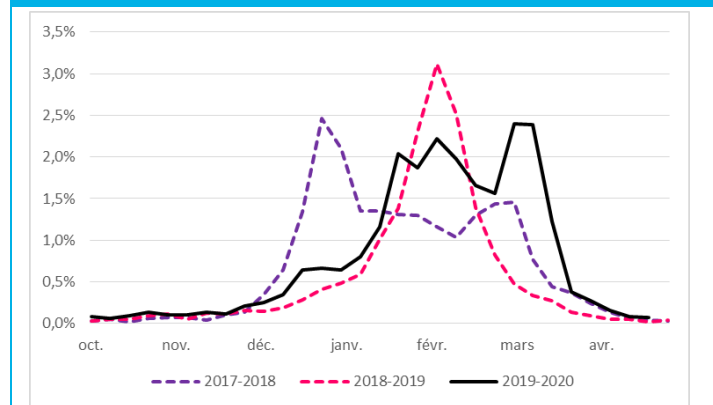


Figure 13 : Évolution de la part hebdomadaire de syndromes grippaux parmi l'ensemble des diagnostics codés par les services d'urgence. Hauts-de-France, octobre à avril, années 2017 à 2020 (source : dispositif SurSaUD®, Santé publique France)

La couverture vaccinale antigrippale des personnes pour qui la vaccination est recommandée, et bénéficiaires d'un bon de prise en charge adressé par l'Assurance Maladie, a été estimée à 48,7 % dans la région des Hauts-de-France. Elle était stable par rapport à la couverture vaccinale estimée lors de la saison 2018-2019 (48,9 %) et légèrement supérieure à celle estimée au niveau national (47,8 %). Elle était de 45,1 % dans l'Oise 48,5 %, dans le Nord, 49,5 % dans l'Aisne, 49,9 % dans le Pas-de-Calais et 50,4 % dans la Somme. Elle a été estimée à 53 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus et à 35 % chez les personnes âgées de moins de 65 ans pour qui la vaccination est recommandée, en raison de la présence d'une ou plusieurs comorbidités.

A l'heure actuelle, peu de données sont disponibles sur les potentielles interactions du SARS-CoV-2 avec les autres virus respiratoires, dont les virus de la grippe. Il est donc particulièrement important de renforcer la couverture vaccinale antigrippale chez les personnes à risque de complications liées à la grippe et les professionnels de santé lors de la campagne de vaccination 2020-2021, afin de limiter autant que faire se peut l'impact qu'une co-circulation de la grippe et du SARS-CoV-2 cet hiver qui générerait des tensions supplémentaires sur l'offre de soins et viendrait alourdir l'impact sanitaire.

Consulter le communiqué de presse sur la vaccination contre la grippe saison 2020-2021 : [Cliquer ici](#)

Gastro-entérites aiguës (GEA)

Synthèse des données disponibles

Activité faible. L'activité pour GEA était en légère augmentation à SOS Médecins, alors qu'elle demeurait stable aux urgences. La comparaison aux années précédentes montre que l'activité est nettement plus faible cette saison, ce qui est probablement dû aux mesures barrières en lien avec l'épidémie de COVID-19. L'incidence de diarrhées aiguës estimée par le réseau Sentinelles était en augmentation, à un niveau comparable aux saisons précédentes. Chez des patients hospitalisés, peu de virus entériques sont pour le moment isolés.

Recours aux soins d'urgence pour GEA en Hauts-de-France, semaine 2020-41

Consultations	Tous âges				Moins de 5 ans			
	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
SOS Médecins	354	4,94 %	Faible	En légère augmentation	45	3,99 %	Faible	En légère augmentation
SU - réseau Oscour®	126	0,59 %	Faible	Stable	38	1,93 %	Faible	Stable

¹ Nombre de recours transmis et pour lesquels un diagnostic de GEA est renseigné ;

² Part des recours pour GEA ⁽¹⁾ parmi l'ensemble des recours pour lesquels au moins un diagnostic est renseigné (cf. Qualité des données).

Consulter les données nationales :

- Surveillance des urgences et des décès SurSaUD® (Oscour, SOS Médecins, Mortalité) : [cliquez ici](#)
- Surveillance de la gastro-entérite : [cliquez ici](#)

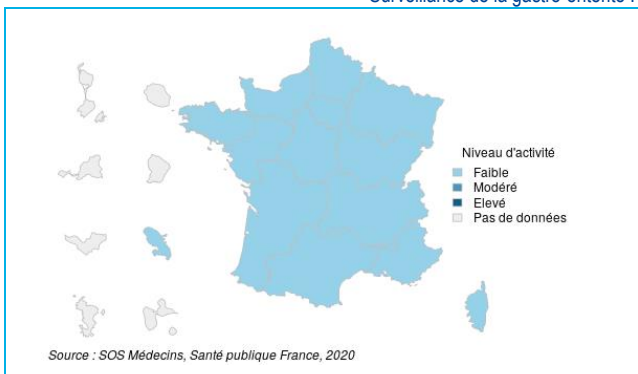


Figure 14 - Niveau d'activité hebdomadaire des SOS Médecins pour GEA selon la région, France entière, semaine 2020-40.

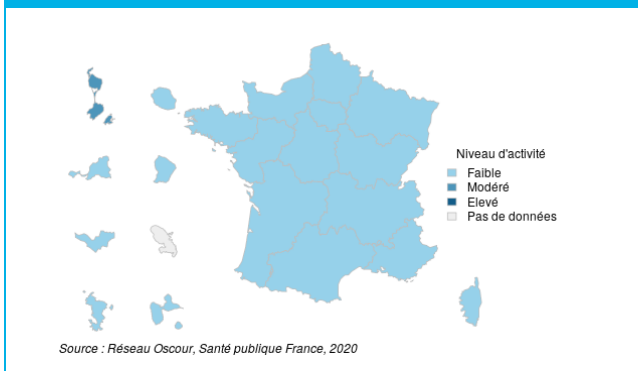


Figure 16 - Niveau d'activité hebdomadaire des services d'urgence pour GEA selon la région, France entière, semaine 2020-40.

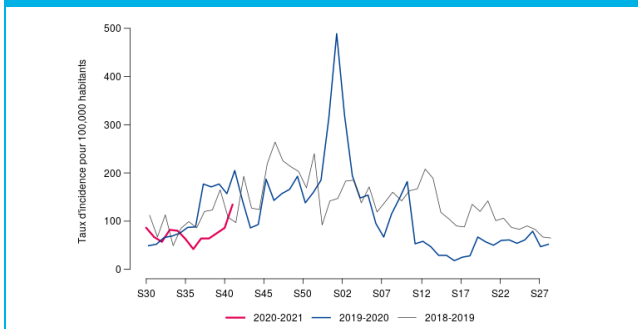


Figure 18 - Évolution hebdomadaire du taux d'incidence des diarrhées aiguës, Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, 2018-2020.

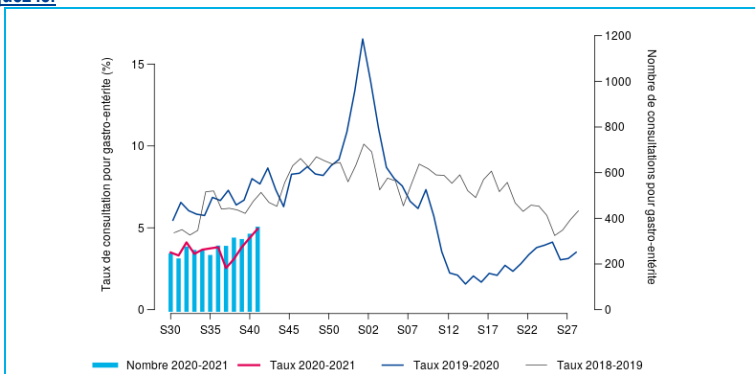


Figure 15 - Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2018-2020.

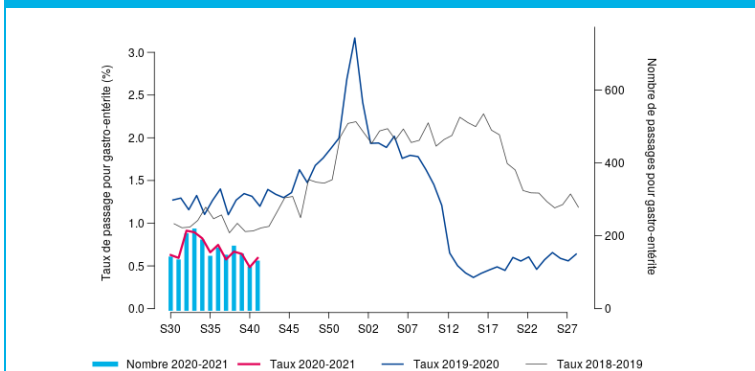


Figure 17 - Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, Oscour®, Hauts-de-France, 2018-2020.

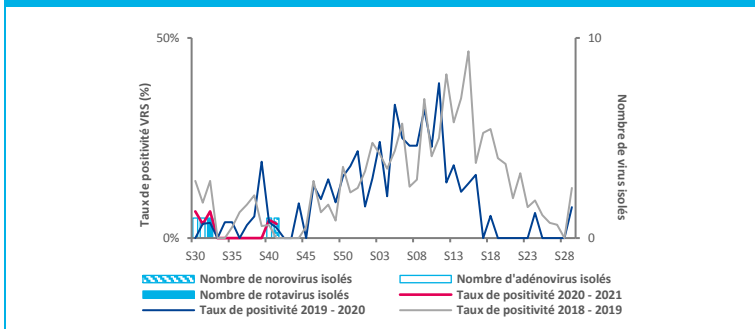


Figure 19 - Évolution hebdomadaire du nombre de virus entériques isolés (axe droit) et proportion de prélèvements positifs (axe gauche), laboratoires de virologie du CHRU de Lille et du CHU d'Amiens, 2018-2020 (données de la dernière semaine non consolidées).

Prévention de la gastro-entérite

Les GEA hivernales sont surtout d'origine virale. Elles se manifestent, après une période d'incubation variant de 24 à 72 heures, par de la diarrhée et des vomissements qui peuvent s'accompagner de nausées, de douleurs abdominales et parfois de fièvre. La durée de la maladie est généralement brève. La principale complication est la déshydratation aiguë qui survient le plus souvent aux âges extrêmes de la vie.

La prévention des GEA repose sur les mesures d'hygiène. Les mains constituent le vecteur le plus important de la transmission et nécessitent de ce fait un nettoyage au savon soigneux et fréquent. De même, certains virus (rotavirus et norovirus) étant très résistants dans l'environnement et présents sur les surfaces, celles-ci doivent être nettoyées soigneusement et régulièrement dans les lieux à risque élevé de transmission (services de pédiatrie, institutions accueillant les personnes âgées) (Guide HCSP 2010). L'application de mesures d'hygiène strictes avant la préparation des aliments et à la sortie des toilettes, en particulier dans les collectivités (Ehpad, services hospitaliers, crèches), ainsi que l'éviction des personnels malades permet d'éviter ou de limiter les épidémies d'origine alimentaire.

➔ Recommandations sur les mesures de prévention : [cliquez ici](#)

Mortalité toutes causes

Synthèse des données disponibles

Le nombre de décès enregistré en semaine 2020-S41 est stable par rapport à la semaine précédente et à un niveau conforme aux valeurs attendues en semaine 41. Une augmentation ponctuelle et modérée de la mortalité est habituellement observée à cette période de l'année.

Compte-tenu des délais habituels de transmission des données, les effectifs de mortalité observés ne sont pas encore consolidés pour les dernières semaines. Il convient donc de rester prudent dans l'interprétation des données les plus récentes.

Consulter les données nationales : Surveillance des urgences et des décès SurSaUD® (Oscour, SOS Médecins, Mortalité) : [cliquez ici](#)

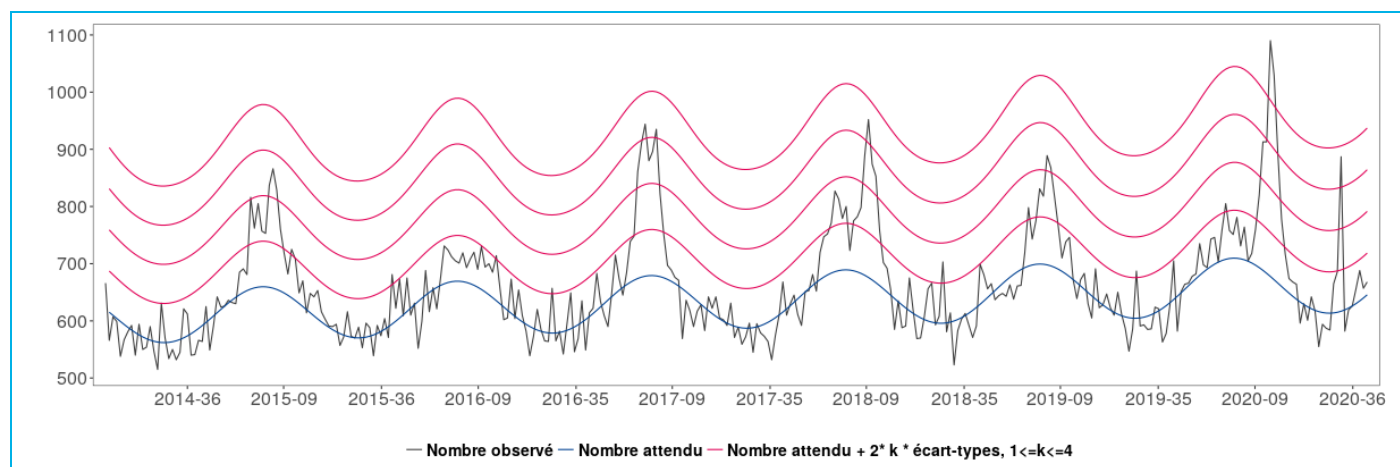


Figure 20 - Nombre hebdomadaire de décès toutes causes chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, Insee, Hauts-de-France, depuis 2014.

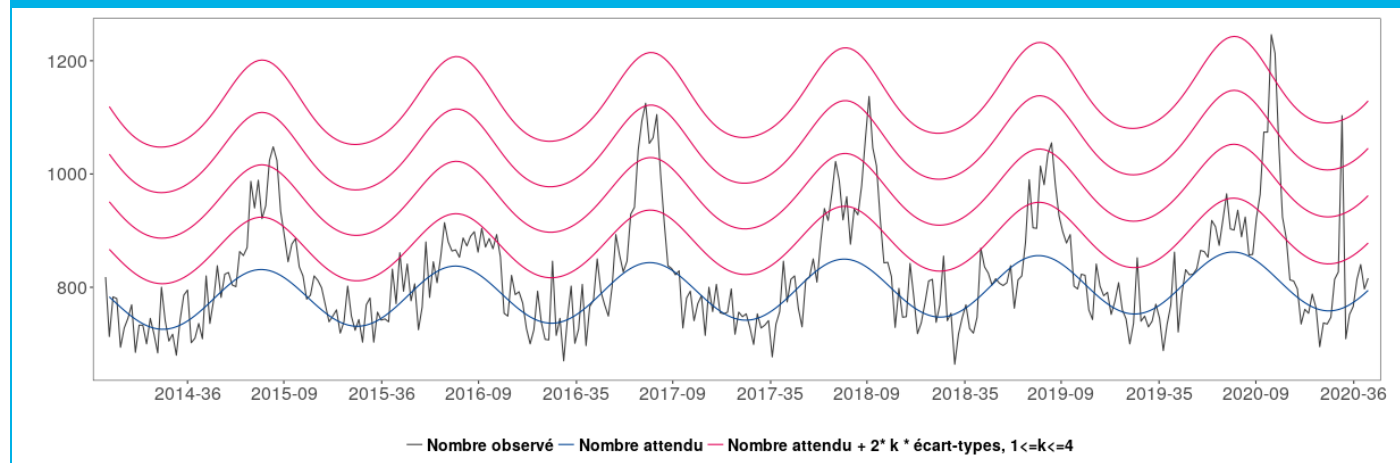


Figure 21 - Nombre hebdomadaire de décès toutes causes, tous âges, Insee, Hauts-de-France, depuis 2014

Annexe 1 : surveillance des situations de cas groupés ou « clusters » de COVID-19

Objectif et méthode de la surveillance :

La surveillance des situations de cas groupés ou « clusters » de COVID-19 a été mise en place par Santé publique France, en lien avec les Agences régionales de santé (ARS), dès le déconfinement le 11 mai 2020 et se poursuit depuis. L'objectif de cette surveillance est d'identifier le plus rapidement possible des situations ou des collectivités où le virus circule activement afin d'interrompre la transmission et de réduire la propagation du virus. L'ensemble des clusters signalés sont répertoriés dans une base de données informatique spécifique (SI-MONIC) gérée par Santé publique France. Une situation de cas groupés ou « cluster » de COVID-19 est définie par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, et qui appartiennent à une même communauté/collectivité ou qui ont participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non. Pour plus de détails, consulter le [Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas de COVID-19](#) de Santé publique France.

Situation épidémiologique au 11 octobre 2020 (fin de semaine 41) :

Depuis le début de la surveillance, 383 clusters ont été signalés à la Cellule régionale Hauts-de-France de Santé publique France (CR-SpF) par l'ARS via les activités de contact-tracing. Le nombre hebdomadaire de nouveaux clusters signalés est en augmentation en semaine 41 avec 80 nouveaux clusters signalés, nombre le plus élevé observé depuis le début de la surveillance. Parmi l'ensemble des clusters, plus de la moitié ont été clôturés (52 %), 8 % sont considérés comme maîtrisés, 39 % sont en cours d'investigation et de gestion et 4 d'entre eux (1 %) sont considérés comme étant en situation d'échappement ou de diffusion communautaire (**figure 22**). Cette dernière catégorie correspond à des clusters présentant une augmentation constante du nombre de nouveaux cas et de personnes-contacts, la persistance de chaînes de transmission non identifiées et un manque d'efficacité des mesures de contrôle pour limiter la propagation du virus. Ces clusters en situation d'échappement sont le reflet de la circulation communautaire active de l'épidémie observée actuellement dans la région Hauts-de-France.

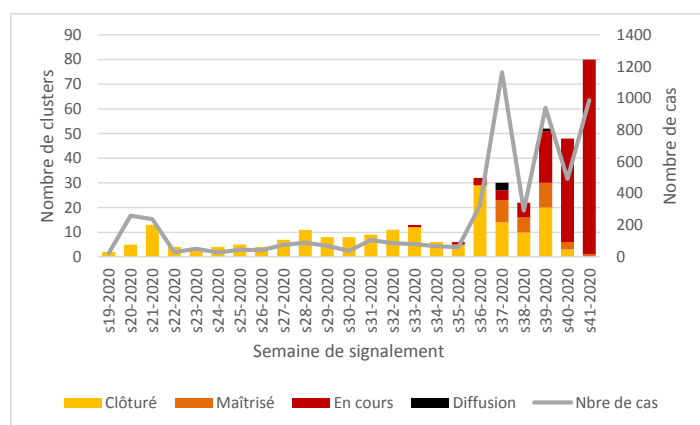


Figure 22 - Évolution hebdomadaire du nombre de clusters selon le statut (N=383) et évolution du nombre de cas inclus dans ces clusters, SI-MONIC, Hauts-de-France, du 11 mai au 11 octobre 2020.

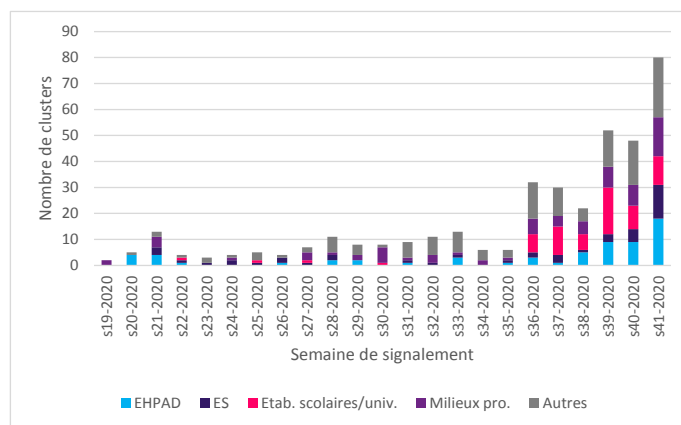


Figure 23 - Évolution hebdomadaire du nombre de clusters selon le type de collectivité (N=383), SI-MONIC, Hauts-de-France, du 11 mai au 11 octobre 2020.

Focus sur certaines collectivités sensibles : EHPAD et établissements de santé (ES)

Depuis la rentrée scolaire début septembre (semaine 36), et au cours des semaines qui ont suivi, de nombreux clusters en milieux scolaires ou universitaires ont été signalés dont certains étaient liés à des événements festifs (lycéens, étudiants) qui se sont déroulés en fin de vacances d'été ou à l'occasion de la rentrée. Le nombre hebdomadaire de nouveaux clusters signalés dans ce type de collectivité tend à se stabiliser depuis 2 semaines mais il est possible que cela soit dû au changement de la stratégie de contact-tracing et de signalement des clusters au sein des établissements scolaires, la tendance devra être confirmée dans les prochaines semaines (**figure 23**).

Ces 2 dernières semaines, une forte hausse du nombre de clusters signalés en EHPAD et ES a été observé. En semaine 41, 18 clusters en EHPAD et 13 clusters en ES ont été signalés, correspondant respectivement à 22,5 % et 16 % de l'ensemble des clusters signalés au cours de cette même semaine. Le nombre moyen de cas par cluster est particulièrement élevé dans les EHPAD et en nette augmentation depuis un mois. En effet, le nombre moyen de cas par cluster et par semaine est passé de 8 entre fin juin et mi-septembre à 21 ces 4 dernières semaines.

Sur les 44 clusters en ES signalés depuis le début de la surveillance, les services les plus fréquemment touchés sont les SSR (soins de suite et réadaptation) les services de court séjour gériatrique, les services ou établissements psychiatriques, les services de chirurgie orthopédique, les services d'hématologie ou oncologie, les services de néphrologie/dialyse ou encore certains services techniques au sein de ces établissements. Ces clusters concernaient principalement des soignants (69 % des cas inclus dans les clusters) mais aussi des patients (31 %).

Cette situation préoccupante au sein des EHPAD et des ES fait l'objet d'une attention particulière de la part de l'ensemble des acteurs régionaux prenant part aux investigations et à la gestion de ces situations (CR-SpF, ARS, Centre régional d'appui pour la prévention des infections associées aux soins [CPIas]).

Au total, depuis le début de la surveillance, 5 639 cas de COVID-19 ont été identifiés dans 383 clusters signalés, soit une moyenne de 15 cas par cluster (médiane = 7, min = 3, max = 584) (**tableau 3**). Le nombre moyen de cas par cluster est élevé au sein des milieux scolaire/universitaire et des EHPAD, mais cela s'explique par quelques clusters ayant un nombre de cas beaucoup plus important que les autres. Le nombre de cas médian par cluster en milieux scolaire/universitaire est de 9 et il est de 10 pour les EHPAD.

Tableau 3 – Nombre de clusters (N=383), nombre de clusters en cours d'investigation (N=149) et nombre de cas total, moyen, hospitalisés, décédés, par clusters, selon le type de collectivité, SI-MONIC, Hauts-de-France, du 11 mai au 11 octobre 2020.

Types de collectivité	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation		Nombre de cas (ensemble des clusters)			
	N	%	N	%	Total	Nb moyen de cas par cluster	Hospitalisés*	Décédés*
Milieux professionnels (privé et public)	73	19,1	23	15,4	587	8	4	0
Milieux scolaire et universitaire	66	17,2	27	18,1	2 007	30	0	0
Établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD)	64	16,7	36	24,1	1 248	20	87	78
Établissements de santé (ES)	44	11,5	22	14,8	599	14	186	1
Établissements sociaux d'hébergement et d'insertion	24	6,3	4	2,7	179	7	8	0
EMS de personnes handicapées	22	5,7	14	9,4	211	10	5	0
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	14	3,7	0	0	136	10	3	1
Évènement public ou privé : rassemblement temporaire de personnes	11	2,9	2	1,3	103	9	2	0
Crèches	9	2,3	6	4	39	4	0	0
Structures d'aide sociale à l'enfance	7	1,8	3	2	44	6	1	0
Unité géographique de petite taille (suggérant une exposition commune)	6	1,6	0	0	56	9	1	0
Transports (avion, bateau, train)	2	0,5	1	0,7	44	22	0	0
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	2	0,5	0	0	14	7	2	0
Structures de soins résidentielles pour personnes sans domicile fixe	1	0,3	0	0	11	11	0	0
Autres	38	9,9	11	7,4	361	10	10	1
Hauts-de-France	383	100	149	100	5 639	15	309	81

* Les nombres de cas hospitalisés et décédés sont ceux rapportés lors des investigations de clusters, et peuvent ne pas toujours être exhaustifs. Le nombre de cas hospitalisés dans les établissements de santé correspond au nombre de patients inclus dans ces clusters et testés positifs au décours de leur hospitalisation.

Répartition géographique des clusters :

Depuis le début de la surveillance, la grande majorité des clusters signalés se situent dans le département du Nord (63 %) et principalement dans la métropole lilloise (MEL) regroupant 40 % de l'ensemble des clusters de la région. Le nombre de clusters signalés est en augmentation dans le Nord, le Pas-de-Calais et l'Oise ; il est stable dans l'Aisne et la Somme (figure 24). Au 11 octobre 2020, 149 clusters sont en cours d'investigation et de gestion sur l'ensemble de la région. La majorité se situe dans le département du Nord qui compte 95 clusters en cours d'investigation dont plus de la moitié (52 %) sont de criticité élevée¹. Le 2^{ème} département le plus impacté par des clusters en cours d'investigation est le Pas-de-Calais, suivi de l'Oise, la Somme puis l'Aisne (figure 25).

Parmi les 64 clusters en cours d'investigation au sein de la MEL, 17 sont en EHPAD (27 %), 14 en milieu scolaire ou universitaire (22 %), 11 en ES (17 %) et 9 en milieux professionnels (14 %).

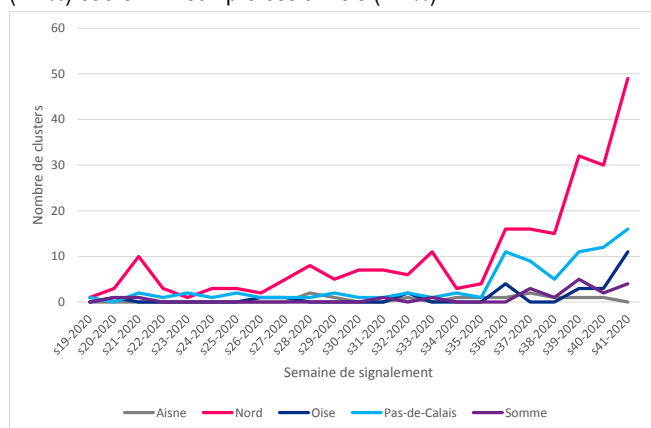


Figure 24 – Évolution hebdomadaire du nombre de clusters par département (N=383), SI-MONIC, Hauts-de-France, du 11 mai au 11 octobre 2020.

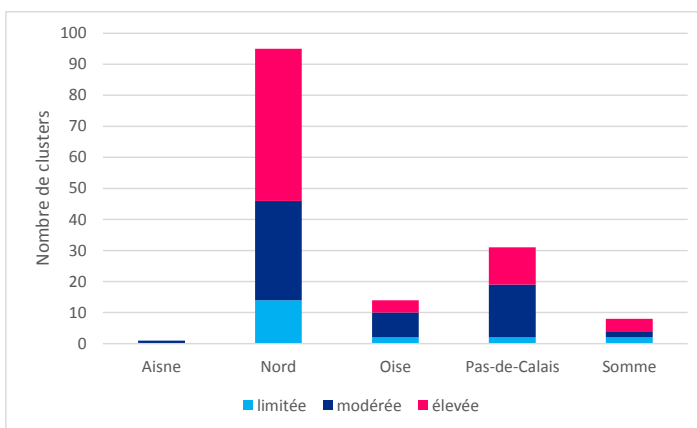


Figure 25 - Répartition par département des niveaux de criticité des clusters en cours d'investigation au 11 octobre 2020 (N=149) SI-MONIC, Hauts-de-France.

¹ Un cluster est classé en en criticité épidémiologique élevée lorsqu'au moins l'un des critères suivants est avéré : plus de 9 cas confirmés ou probables, ratio nombre de cas/taille de collectivité > 15 %, collectivité présentant un facteur de vulnérabilité sociale et médicale, plus de 5 cas hospitalisés et/ou décédés, plus de 14 jours entre date de début des signes et la date du signalement, risque élevé d'essaimage à distance. Pour plus de précisions, consulter le [Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas de COVID-19](#) de Santé publique France.

Le point épidémiolo

Remerciements à nos partenaires

- Services d'urgences du réseau Oscour® ;
- Associations SOS Médecins d'Amiens, Dunkerque, Lille, Roubaix-Tourcoing et Saint-Quentin ;
- Réseau Sentinelles ;
- Systèmes de surveillance spécifiques :
 - Réanimateurs (cas graves de grippe hospitalisés en réanimation) ;
 - Épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës en Ehpad ;
 - Analyses virologiques réalisées au CHRU de Lille et au CHU d'Amiens ;
 - Réseau Bronchiolite 59-62 et Réseau Bronchiolite Picard.
- Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIas) Hauts-de-France ;
- Agence régionale de santé (ARS) Hauts-de-France.

Méthode

- La mortalité « toutes causes » est suivie à partir de l'enregistrement des décès par les services d'Etat-civil dans les communes informatisées de la région (qui représente près 80 % des décès de la région) :
 - Un projet européen de surveillance de la mortalité, baptisé Euromomo (<http://www.euromomo.eu>), permet d'assurer un suivi de la mortalité en temps réel et de coordonner une analyse normalisée afin que les signaux entre les pays soient comparables. Les données proviennent des services d'état-civil et nécessitent un délai de consolidation de plusieurs semaines. Ce modèle permet notamment de décrire « l'excès » du nombre de décès observés pendant les saisons estivales et hivernales. Ces « excès » sont variables selon les saisons et sont à mettre en regard de ceux calculés les années précédentes.
- Le nombre de nouveaux cas de COVID-19, le taux de positivité et le taux de dépistage sont issus de 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) ;
- Les recours aux services d'urgence sont suivis pour les regroupements syndromiques suivants :
 - Suspicion d'infection à Sars-COV2 : codes B342, B972, U049, U071, U0710, U0711, U0712, U0714, U0715 ;
 - Pour la grippe ou syndrome grippal : codes J09, J10, J11 et leurs dérivés selon la classification CIM-10 de l'Organisation mondiale de la santé ;
 - Pour la bronchiolite : codes J210, J218 et J219, chez les enfants de moins de 2 ans ;
 - Pour les GEA : codes A08, A09 et leurs dérivés.
- Les hospitalisations (dont hospitalisation en service de réanimation) et décès à l'hôpital pour COVID-19 sont issus de SI-VIC (système d'information pour le suivi des victimes)
- Les signalements d'épisode d'infections respiratoires aiguës (IRA) dans les établissements sociaux et médico sociaux (ESMS) : nombre d'épisodes de cas d'IRA et de cas probables et confirmés de COVID-19 en ESMS ainsi que le nombre de cas et décès par établissement.
- Les recours à SOS Médecins sont suivis pour les définitions de cas suivantes :
 - Pour la grippe ou syndrome grippal : fièvre supérieure à 38,5°C d'apparition brutale, accompagnée de myalgies et de signes respiratoires ;
 - Pour la bronchiolite : enfant âgé de moins de 24 mois, présentant au maximum trois épisodes de toux/dyspnée obstructive au décours immédiat d'une rhinopharyngite, accompagnés de sifflements et/ou râles à l'auscultation ;
 - Pour les GEA : au moins un des 3 symptômes parmi diarrhée, vomissement et gastro-entérite.
- Les recours aux médecins du réseau Sentinelles sont suivis pour les définitions de cas suivantes :
 - Infections respiratoires aiguës (IRA), dont la définition est « apparition brutale de fièvre (ou sensation de fièvre) et de signes respiratoires ». Cet indicateur permet de suivre la dynamique de l'épidémie de COVID-19 en France métropolitaine, ainsi que celle des épidémies de grippe ;
 - Pour les GEA : au moins 3 selles liquides ou molles par jour datant de moins de 14 jours et motivant la consultation.
- Pour les regroupements syndromiques précédents, depuis la saison hivernale 2016-2017, la définition des périodes épidémiques est basée sur la combinaison de méthodes statistiques appliquées à deux ou trois sources de données (SOS Médecins, Oscour® et, selon la pathologie, le réseau Sentinelles). Sont appliquées jusqu'à trois méthodes statistiques, selon les conditions d'application : (i) un modèle de régression périodique (dit de « Serfling ») sur 5 ans d'historique avec écrêtage des journées présentant les valeurs les plus élevées (ii) un modèle de régression périodique « robuste » avec pondération des journées selon leur valeur et (iii) un modèle de Markov caché. Pour chaque pathologie, un algorithme définit le niveau épidémique selon les alarmes statistiques observées.

Qualité des données pour la semaine passée :

	Hauts-de-France	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme
SOS : Nombre d'associations incluses	5/5	1/1	3/3	0/0	0/0	1/1
SOS : Taux de codage diagnostique	100,0%	100,0%	100,0%	-	-	100,0%
SAU – Nombre de SU inclus	50/51	7/7	20/21	7/7	11/11	6/6
SAU – Taux de codage diagnostique	66,8%	80,4%	86,6%	28,6%	40,2%	72,2%



Equipe de rédaction

Santé publique France Hauts-de-France

HAEGHEBAERT Sylvie
HANON Jean-Baptiste
JEHANNIN Pascal
JUNKER Tatiana
MAUGARD Charlotte
N'DIAYE Bakhaoui
PONTIES Valérie
PROUVOST Hélène
RIDCHARSONS Ingrid
SHAIKOVA Arno
VANBOCKSTAELE 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)

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

Date de publication
02 octobre 2020

Contact
Cellule régionale Hauts-de-France
hautsdefrance@santepubliquefrance.fr
Contact presse
presse@santepubliquefrance.fr

Retrouvez nous sur :
santepubliquefrance.fr
Twitter : @sante-prevention