

Surveillance COVID-19

Évolution des indicateurs

- Nouveaux cas en Hauts-de-France : ↗
- Aisne : ↗
- Nord : ↗
- Oise : →
- Pas-de-Calais : ↗
- Somme : →

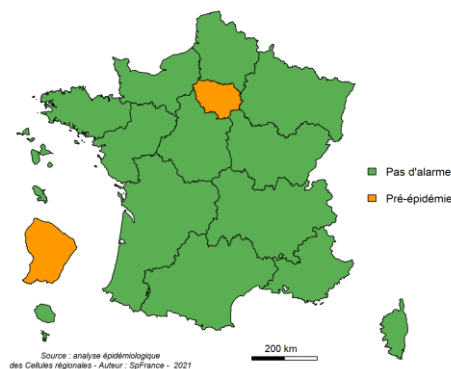
En médecine libérale : →

A l'hôpital :

- Services d'urgences : ↗
- Hospitalisations : ↗

Surveillance des épidémies hivernales

Bronchiolite (Moins de 2 ans)



Évolution régionale : ↗

- En médecine libérale (SOS médecins) : en légère augmentation, modéré
- A l'hôpital (services d'urgences) : en augmentation, modéré

Gastro-Entérites

Évolution régionale : →

- En médecine libérale (SOS médecins) : en diminution, faible
- A l'hôpital (services d'urgences) : stable, faible

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

Cette semaine, et en l'absence d'évolution significative des données de surveillance des virus syncytiaux, grippaux et entériques, notre Point Épidémiologique ne traitera que de l'évolution récente de l'épidémie de COVID-19 dans la région. Les autres surveillances font toujours l'objet d'un suivi épidémiologique hebdomadaire mais la restitution des données de surveillance dans le Point Épidémio sera bimensuelle.

Autres surveillances régionales

Mortalité toutes causes (données Insee)

A l'échelle régionale, un excès significatif de mortalité toutes causes, est observé depuis la semaine 43, tous âges et chez les personnes âgées de plus de 65 ans. A l'échelle infrarégionale, le nombre et l'excès de mortalité, toutes causes tous âges, restaient élevés et significatifs depuis la semaine 01, dans les départements du Nord et de l'Aisne

→ Plus d'informations dans le [bulletin national](#) et les publications régionales dans la rubrique « [L'info en région](#) »

Point d'actualité

Étude transversale des intentions de vaccination contre la grippe saisonnière et la Covid-19 des professionnels de santé : quels leviers pour la promotion vaccinale ? [BEH Covid-19 n°2](#)

Grippe et syndromes grippaux

Absence d'activité grippale aux niveaux régional et national

Dans le contexte actuel de l'épidémie de COVID-19, la surveillance de la grippe repose uniquement sur les diagnostics de grippe confirmés virologiquement.

Évolution régionale : →

- En médecine de ville (SOS médecins et Réseau Sentinelles) : niveau faible, stable
- A l'hôpital (services d'urgences) : niveau faible, stable

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

Détails des indicateurs régionaux en pages :
COVID-19.....2
Mortalité.....8
Méthodes.....11

Synthèse de la situation épidémiologique

Dans les Hauts-de-France, sur la période du 18 au 24 janvier 2021, le nombre de nouveaux cas continue d'augmenter et les paramètres de la dynamique épidémique confirment la progression épidémique significative à l'échelle régionale. En semaine 3, l'évolution régionale est hétérogène selon les territoires avec une progression constante et importante dans les départements de l'Aisne et du Pas-de-Calais alors qu'un léger recul est observé, pour la première fois depuis plusieurs semaines, dans le département de la Somme où la progression épidémique était très préoccupante ces dernières semaines. Enfin, on observe une évolution stable ou ralentie sur les départements de l'Oise et du Nord.

En semaine 3, le taux d'incidence régional marque le pas, à un niveau élevé chez les personnes de plus de 65 ans sauf dans les départements du Pas-de-Calais (+33%) et de l'Aisne (+24%). L'épidémie continue de progresser dans les autres classes d'âge.

La pression sur l'offre de soins augmente en semaine 3, conséquence attendue et différée de la forte dynamique épidémique des 2 premières semaines de janvier dans la région. Le nombre de nouveau décès de patients infectés par le SARS-CoV2, à un niveau élevé depuis plusieurs semaines est de nouveau en augmentation.

Contrairement à la 2ème vague qui avait démarré à partir des métropoles et touchait initialement plutôt les jeunes adultes et les actifs, les plus fortes progressions épidémiques sont actuellement observées sur des zones moins densément peuplées, où la population est peut-être moins sensibilisée au risque épidémique.

Dans ce contexte, il reste déterminant que chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 s'isole immédiatement et réalise un test diagnostique dans les plus brefs délais. L'utilisation des outils numériques (TousAntiCovid) est également recommandée pour renforcer les mesures de suivi des contacts et d'isolement rapide.

L'application des gestes barrière (port du masque, lavage des mains, distanciation physique..) est l'affaire de tous et plus que jamais d'actualité en attendant le déploiement progressif de la vaccination anti-COVID.

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 et sur Geodes](#), l'observatoire cartographique de Santé publique France.
- Les dernières données concernant l'adoption des mesures de prévention et santé mentale, issues de la vague 19 (14-16 décembre 2020) de l'enquête CoviPrev ont été publiées dans le [Point épidémiologique du 24 décembre 2020](#).

Situation régionale

Dans les Hauts-de-France, **12 429 nouveaux cas d'infection** à SARS-CoV2 ont été diagnostiqués du 18 au 24 janvier (vs **11 704 cas** sur la période du 11 au 17 janvier 2021), soit une augmentation de 6 % des nouveaux cas au cours de la semaine 3 de janvier 2021 (versus 9% en semaine 2). Le taux d'incidence (TI) a progressé la semaine dernière au niveau régional passant de 197/100 000 à **209/100 000 habitants**. Le taux de positivité est supérieur au seuil d'alerte de 5 % mais reste stable tout comme le taux de dépistage (+1 % au niveau régional par rapport à la semaine précédente) (Figure 1, Figure 2 et Tableau 1).

Sur les 7 derniers jours glissants, le taux de reproduction effectif régional, estimé à partir de l'évolution du nombre des nouveaux cas diagnostiqués, a légèrement diminué en S3-2021 mais demeure **significativement supérieur à 1 : R-eff = 1,09 [1,07-1,10]**. La valeur, significativement supérieure à 1, de ce paramètre de la dynamique épidémique confirme la reprise active de l'épidémie dans la région.

En semaine 3, on observe un ralentissement de la progression épidémique, tous âges et chez les plus de 65 ans, avec une augmentation de +6% du TI (versus +9% en semaine 2) (Figure 3).

Au 28 janvier 2021, 22 cas d'infections dus au nouveau variant britannique ont été identifiés chez des personnes résidant dans les Hauts-de-France et confirmés par le Centre Nationale de Référence (CNR) de la grippe et des virus respiratoires (Institut Pasteur, Paris). Les investigations mises en œuvre ont permis de retrouver un lien direct ou indirect avec le Royaume Uni (séjour ou contact à risque avec une personne de retour du Royaume Uni) pour 9 des 22 cas identifiés.

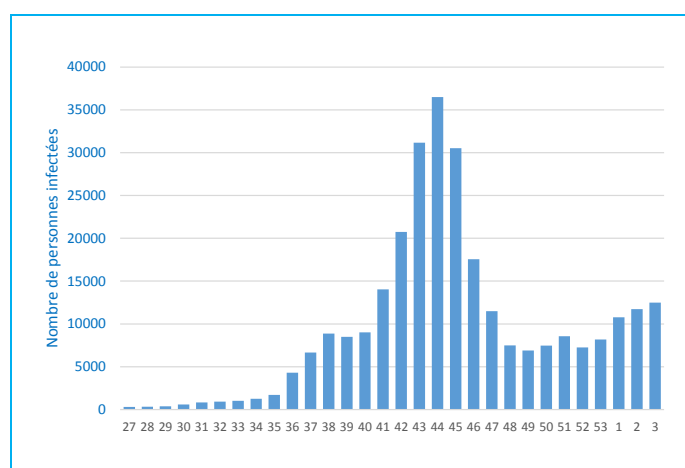


Figure 1 - Évolution hebdomadaire du nombre de tests SARS-CoV-2 positifs, SI-DEP, Hauts-de-France, du 6 juillet au 24 janvier 2021.

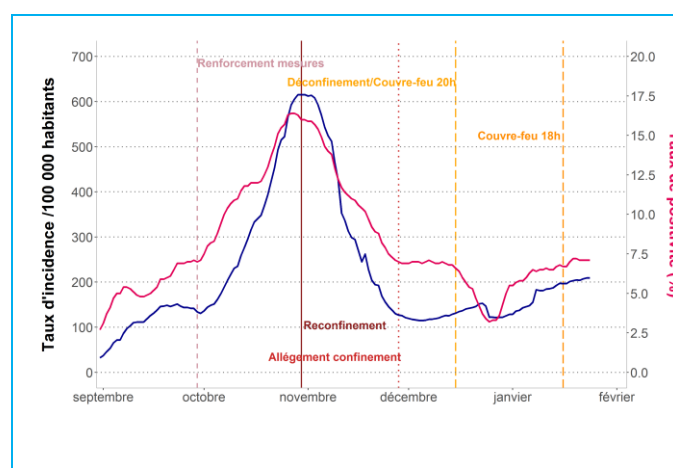


Figure 2 - Evolution des taux d'incidence (axe gauche) et de positivité (axe droite) régionaux des cas de COVID-19, du 31 août au 24 janvier 2021, Hauts-de-France

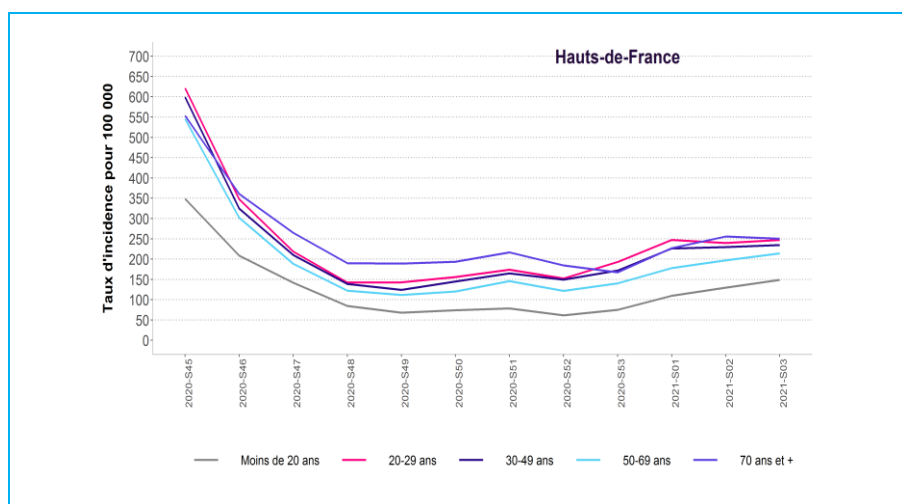


Figure 3 - Évolution régionale hebdomadaire des taux d'incidence par classes d'âges, SI-DEP, Hauts-de-France, du 21 décembre au 2020 au 24 janvier 2021.

Situation dans les départements

Les taux d'incidence départementaux demeurent élevés et sont en progression dans quatre des cinq départements. Dans la Somme, on observe une légère diminution du TI en semaine 3 (-6%). Les taux de positivité sont à un niveau élevé (>5%) dans tous les départements, en diminution dans la Somme, stables dans l'Oise et le Pas-de-Calais, et en augmentation dans l'Aisne et le Nord. En semaine 3, l'évolution régionale est hétérogène selon les territoires avec une progression constante et rapide dans les départements de l'Aisne et du Pas-de-Calais alors qu'un léger recul est observé, pour la première fois depuis plusieurs semaines, dans les départements de la Somme où la progression épidémique était très préoccupante ces dernières semaines (Tableau 1, Figure 4).

Tableau 1 : Évolution récentes (2 dernières semaines) des taux régional et départementaux d'incidence (TI), taux de positivité (TP) et taux de dépistage (TD)

	Nouveaux cas/100000 personnes			Taux de positivité (%)		Tests/100000 personnes	
	Semaine 2	Semaine 3	Tendance*	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 2	Semaine 3
Aisne-02	220 [207-233]	257 [244-271]	↗	8.4	9.2	2627	2803
Nord-59	176 [171-181]	189 [183-194]	↗	5.6	6.4	3165	2955
Oise-60	230 [220-241]	240 [230-251]	→	8.3	8.1	2769	2979
Pas-de-Calais-62	172 [166-179]	190 [183-197]	↗	6.6	6.7	2623	2816
Somme-80	282 [268-296]	264 [251-278]	→	9.2	8	3055	3305
Hauts-de-France	197 [193-200]	209 [206-213]	↗	6.7	7.1	2920	2945

* l'évolution est considérée comme étant significative (↗↘) lorsque les intervalles de confiance qui entourent les 2 estimations ne se chevauchent pas

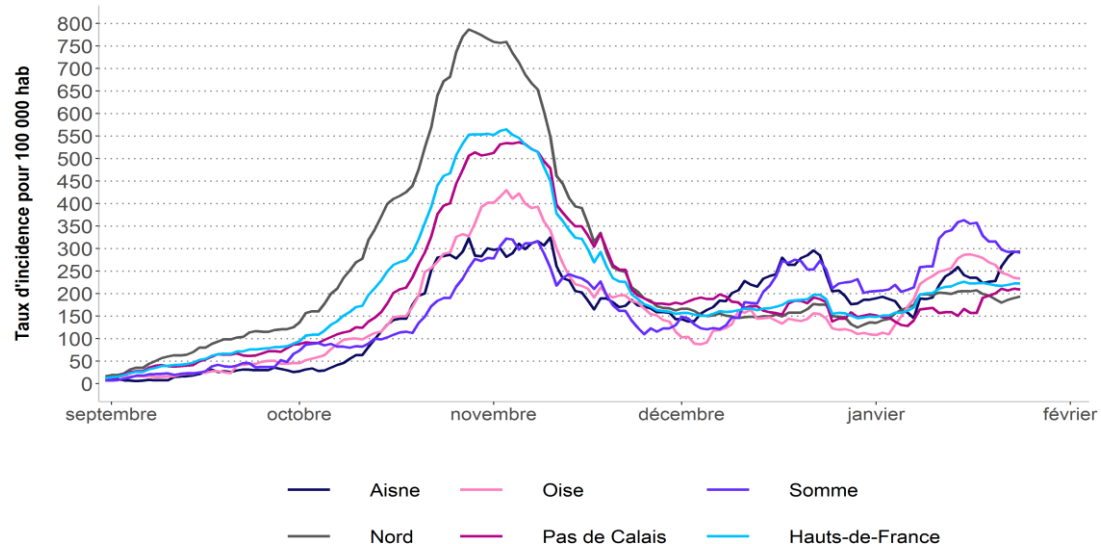


Figure 4 - Évolution sur 7 jours glissants des taux d'incidence de tests positifs à SARS-CoV-2 par département, SI-DEP, Hauts-de-France, du 31 août au 24 janvier 2020.

COVID-19 (3)

Situation épidémiologique des territoires

A l'échelle infra-départementale, sur la période du 18 au 24 janvier (semaine 3), la circulation virale s'intensifie avec 53 EPCI (57 %), soit plus de la moitié (58 %) de la population régionale exposée actuellement à des TI significativement supérieurs au seuil d'alerte renforcée (150/105) contre 47 % (46 EPCI) la semaine dernière. Vingt EPCI, dont 6 dans l'Oise et 6 dans la Somme, présentent actuellement des TI supérieurs au seuil d'alerte maximal (250/105). De plus, 2 EPCI contigus dans la partie occidentale du département de la Somme présentent toujours des TI supérieurs à 500 cas/100 000 habitants, soit 2 à 3 fois supérieurs au TI régional.

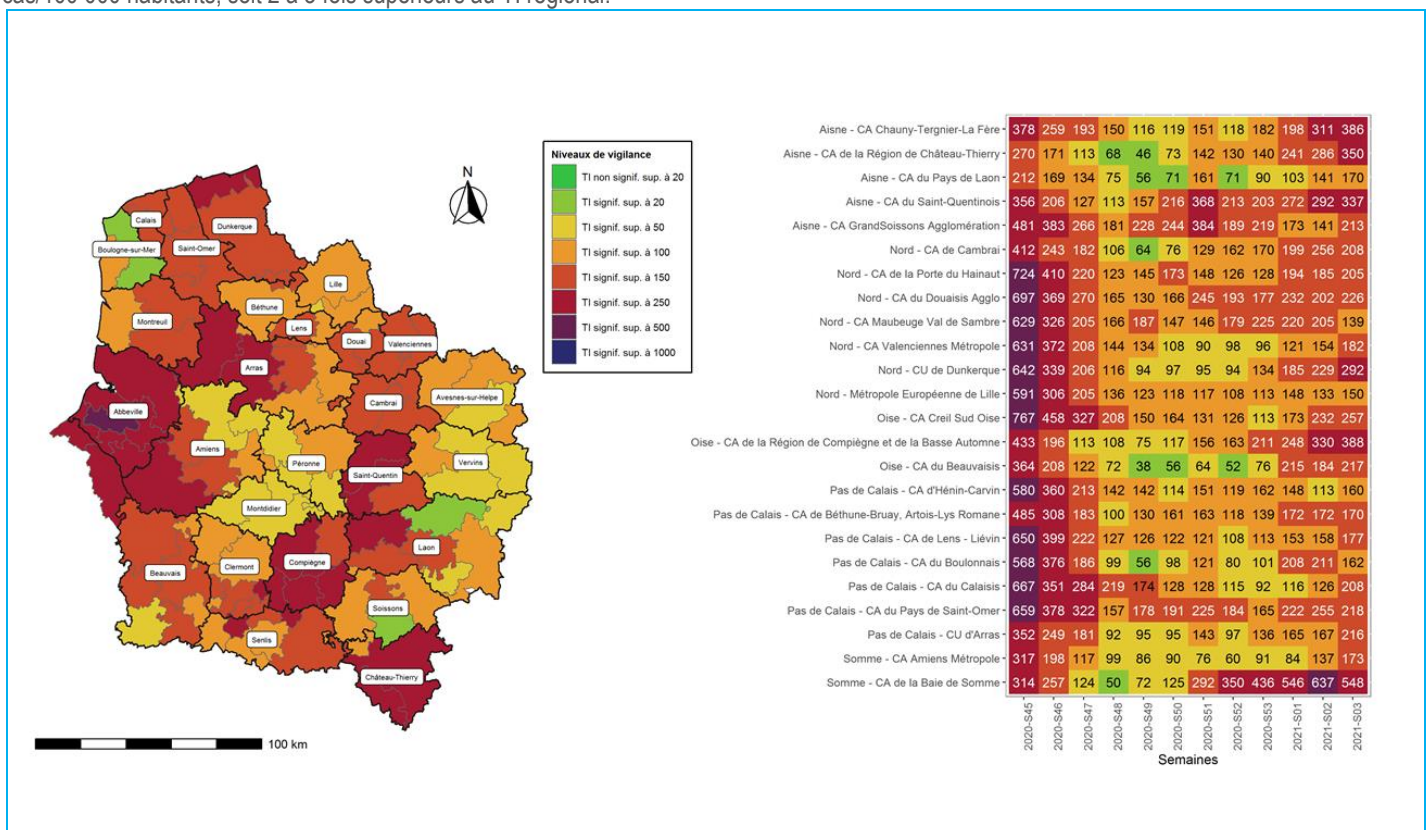


Figure 5 – Carte des taux d'incidence pour 100 000 habitants par EPCI, estimés en semaine 03-2021 (gauche) et évolution des taux d'incidence hebdomadaire sur les principaux EPCI de la région (droite), SI-DEP, Hauts-de-France, fond de carte (data.gouv.fr).

Impact de l'épidémie de COVID-19 sur l'offre de soins en ville

En ville, en semaine 03-2021, la part moyenne des recours à SOS médecins pour suspicion de COVID-19 était stable au niveau régional (Figure 6), mais en forte augmentation sur le secteur de St-Quentin et en diminution sur les autres secteurs couverts par des associations SOS Médecins. En médecine de ville (Réseau sentinelles), le taux de recours pour infections respiratoires aiguës (IRA) ou suspicion de COVID-19, estimé à 80 [28-132] consultations pour 100 000 habitants, continue d'augmenter ces 2 dernières semaines (Figure 7).

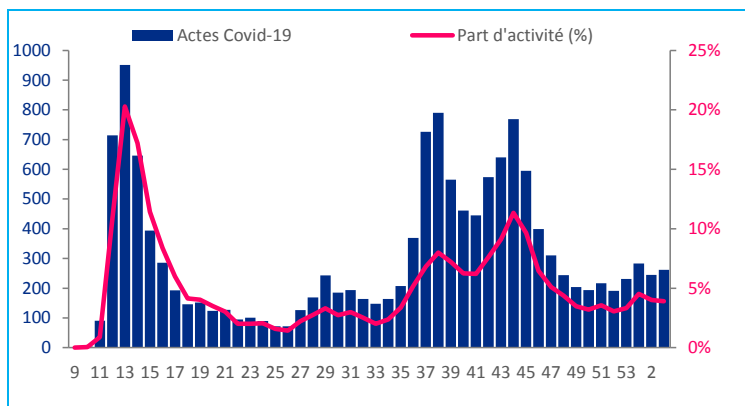


Figure 6 - Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe gauche) et proportion d'activité (axe droit) pour suspicion de COVID-19, SOS Médecins, Hauts-de-France, du 24 février au 24 janvier 2021.

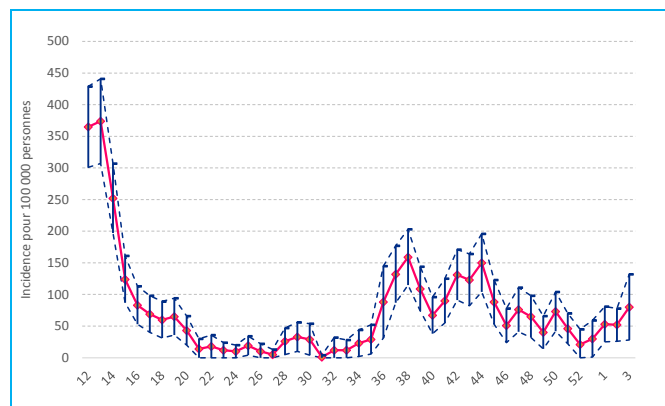


Figure 7 - Évolution hebdomadaire du nombre de recours pour IRA ou suspicion de COVID-19 (/100 000 habitants), Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, du 16 mars au 24 janvier 2021.

COVID-19 (4)

Impact de l'épidémie sur l'offre de soins à l'hôpital

La part régionale d'activité pour recours aux urgences pour suspicion de COVID-19 était en légère augmentation (2,8 % *versus* 2,3 % pour la semaine précédente) (Figure 8). La part des hospitalisations après passage aux urgences pour suspicion de COVID-19 est aussi en légère augmentation à 5,9 % (vs 5,4 % en semaine 2).

Le nombre de nouvelles hospitalisations et admissions en réanimation pour Covid-19 est de nouveau en augmentation ces 3 dernières semaines au niveau régional (Figure 9). Les plus fortes progressions sont observées dans les départements du Nord, de l'Aisne et du Pas-de-Calais, où l'activité épidémique continue de progresser fortement dans toutes les classes d'âges.

Avec 200 nouveaux décès hospitaliers de patients infectés par le SARS-CoV2, le nombre de nouveaux décès hospitaliers de patients infectés par le SARS-COV2 demeure élevé et en augmentation par rapport la semaine précédente. (Figure 9).

Au total depuis le début de la pandémie, 5 082 patients infectés par le SARS-CoV-2 sont décédés dans les hôpitaux des Hauts-de-France.

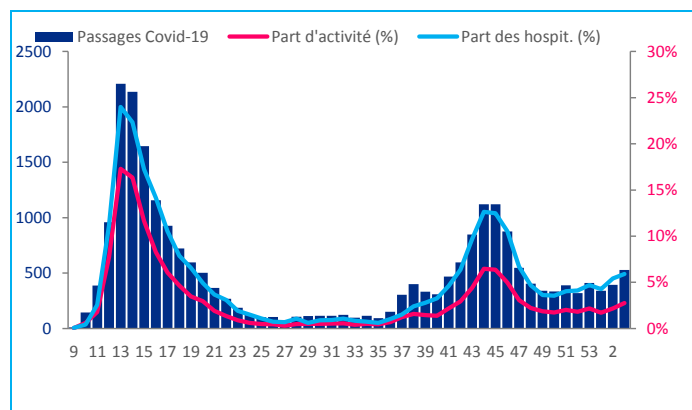


Figure 8 - Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe gauche) et proportion d'activité (axe droit) pour suspicions de COVID-19 dans les services d'urgences, Oscour®, Hauts-de-France, du 29 juin au 24 janvier 2021.

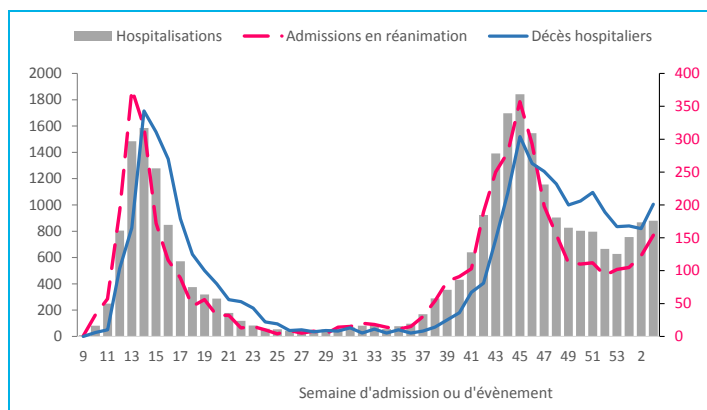
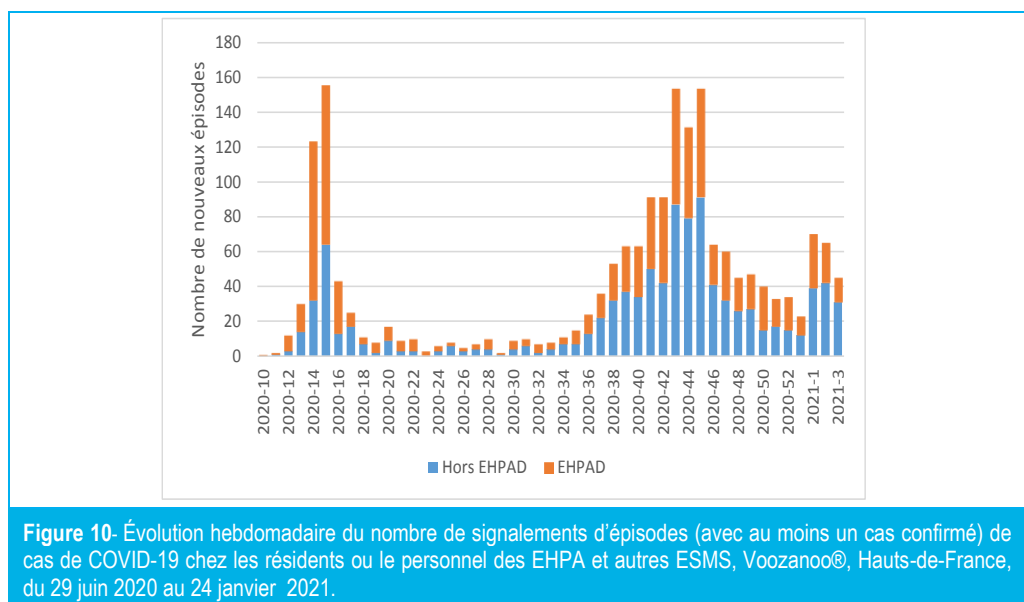


Figure 9 - Évolution hebdomadaire du nombre de décès et d'hospitalisations pour COVID-19 déclarés par les services de réanimation et d'hospitalisation conventionnelle (hors réa), SIVIC, Hauts-de-France, du 29 juin au 24 janvier 2021.

Impact de l'épidémie dans les EHPAD et autres établissements et services médico-sociaux (ESMS)

En semaine 03-2021, 45 nouveaux épisodes de COVID-19, touchant des établissements ou services médico-sociaux ont été déclarés dans l'application Voozadoo (Santé publique France). Sous réserve de consolidation des données, le nombre de nouveaux épisodes signalés est en diminution après une forte augmentation les 2 dernières semaines. Parmi les 45 nouveaux épisodes signalés la semaine dernière, 15 (33%) concernaient des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).



Caractéristiques clinico-épidémiologiques des cas graves de COVID 19 admis en réanimation (surveillance sentinelle) en région Hauts-de-France

Objectif et méthode de la surveillance :

La surveillance sentinelle des cas graves de COVID-19 hospitalisés en réanimation, animée par les Cellules régionales de Santé publique France, est basée sur un réseau de services de réanimation volontaires (20 services pour la région Hauts-de-France, répartis dans 10 établissements de santé de la région) et a pour objectif de documenter les caractéristiques des cas graves de COVID-19 admis en réanimation. Elle n'a pas vocation à dénombrer de façon exhaustive la totalité des cas graves de COVID-19 admis en réanimation dans la région, le décompte de l'ensemble des cas de COVID-19 hospitalisés en réanimation étant réalisé via l'outil SIVIC (Système d'information pour le suivi des victimes). La surveillance avait été interrompue fin juin 2020 compte tenu du faible nombre de nouveaux cas signalés, en accord avec la dynamique de l'épidémie, et a été réactivée dans la région Hauts-de-France dès le 1er août face à la recrudescence de l'épidémie de COVID-19. Depuis le 5 octobre 2020, le dispositif a évolué et permet désormais d'inclure les patients admis en réanimation avec un diagnostic de grippe. Les données présentées ci-après correspondent aux signalements reçus depuis le 1er août 2020.

Le protocole complet de cette surveillance, ainsi que la fiche de signalement, sont disponibles sur le site internet de [Santé publique France](https://santepubliquefrance.fr), ou auprès de la Cellule régionale Hauts-de-France de Santé publique France : hautsdefrance@santepubliquefrance.fr.

La **définition des cas** à signaler par les services de réanimation sentinelles est la suivante : patients présentant une confirmation biologique de grippe ou d'infection à SARS-CoV2 nécessitant une prise en charge en réanimation du fait de l'infection ou du fait de ses conséquences (décompensation de pathologie sous-jacente, surinfection bactérienne) – hors cas de syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique lié à SARS-CoV-2 (Paediatric Inflammatory multisystem syndrome – PIMS).

Points clés

- Entre le 1er août 2020 et le 24 janvier 2021, 793 cas graves de COVID-19 admis dans un service de réanimation participant à la surveillance ont été rapportés dans la région Hauts-de-France. Le nombre de nouveaux cas signalés ces dernières semaines reste stable (figure 11) mais nécessitera d'être consolidé dans les prochaines semaines. Aucun cas grave de grippe en réanimation n'a été rapporté jusqu'à présent.
- L'âge moyen des cas admis en réanimation depuis le 1er août est de 65 ans (médiane 67 ans, minimum 1 mois et maximum 91 ans) et 58 % sont âgés de 65 ans ou plus. L'évolution du nombre de patients par classes d'âge (figure 12), sous réserve d'une consolidation dans les prochains jours, met en évidence en semaine 03-2021 une légère diminution des cas âgés de 45 à 64 ans et de 65 à 74 ans, alors que les cas âgés de plus de 75 ans ont réaugmenté depuis la semaine 02-2021.
- Pour la grande majorité des cas (87 %), au moins une comorbidité est rapportée. Les comorbidités rapportées, non mutuellement exclusives pour un même patient, demeurent, à l'instar de la 1ère vague (mars à juin 2020), l'hypertension artérielle (HTA) (49 % de l'ensemble des cas), l'obésité définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m² (41 %) et le diabète (36 %), (tableau 4). Parmi les 793 cas signalés dans la région depuis le 1er août, 55 patients âgés de moins de 65 ans n'ont pas de comorbidité rapportée (7 %) ce qui demeure plus faible que lors de la 1ère vague où la part de ces patients était de 11 %.
- Parmi les 793 cas de COVID-19 admis dans les services de réanimation sentinelles depuis le 1er août, 160 décès ont été rapportés, soit une létalité de 20 % à ce jour qui demeure stable. Bien que les données d'évolution des patients doivent encore être consolidées, la létalité observée actuellement reste en-dessous de celle observée lors de la 1ère vague qui était de 24 %. Les cas décédés lors de cette deuxième vague sont plus âgés que l'ensemble des cas, avec une moyenne d'âge de 71 ans (médiane 71 ans, minimum 30 ans, maximum 91 ans) et 76 % étaient des hommes. La très grande majorité des cas décédés lors de cette deuxième vague (91 %) présentait au moins une comorbidité. La durée moyenne de séjour en réanimation avant décès était de 15 jours, plus élevée que pour les cas dont l'état de santé s'est amélioré et a permis la sortie de réanimation (12 jours).
- Pour l'ensemble des cas signalés depuis le 1er août 2020, et pour lesquels l'évolution a été documentée, la durée moyenne de séjour en réanimation est de 13 jours. La durée moyenne entre l'hospitalisation initiale du patient et le transfert en réanimation est de 3 jours. Lorsque la date de début des signes était renseignée, le délai moyen entre le début des signes et l'hospitalisation initiale est de 6,5 jours et de 8,5 jours entre le début des signes et l'admission en réanimation.
- En comparaison avec la première vague (période de mars à juin 2020), on observe chez les patients hospitalisés en réanimation depuis le 1er août 2020 :
 - Une prévalence plus importante de comorbidités (87 % versus 78 %) et notamment une prévalence plus importante de l'obésité, de l'HTA et du diabète (données probablement sous-estimées lors de la 1ère vague car non recueillies systématiquement en tout début d'épidémie).
 - Un recours moins fréquent à la ventilation invasive, et plus fréquent à la ventilation non invasive (VNI) au cours du séjour en réanimation (données probablement sous-estimées actuellement car cette information n'est à fournir qu'à la sortie du patient de réanimation).
 - Une prévalence moins importante de syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) (72 % versus 83 %).
 - Une durée moyenne de séjour en réanimation plus courte (13 jours versus 20 jours) pouvant s'expliquer d'une part par le fait que les cas de COVID-19 admis en réanimation actuellement sont « moins graves » que lors de la 1ère vague, et d'autre part par l'amélioration de la prise en charge des patients et des nouveaux protocoles thérapeutiques. Néanmoins, pour les patients de la seconde vague, ce calcul ne prend pas en compte les patients qui ne sont pas encore sortis de réanimation (ou information non encore renseignée) et qui pourraient avoir une durée plus longue de séjour. Cette durée moyenne de séjour peut donc être sous-estimée mais est réévaluée régulièrement lors de la consolidation des données.

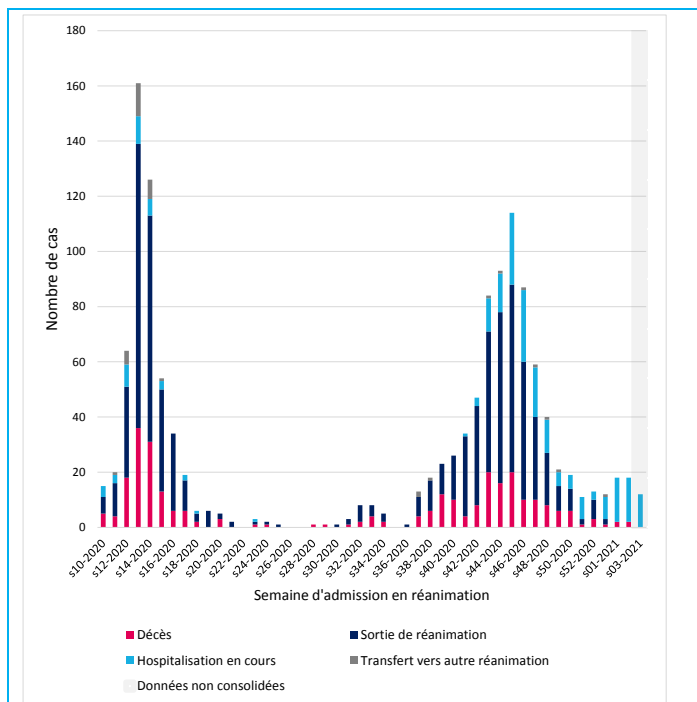


Figure 11 – Courbe épidémique des cas graves de COVID-19 signalés par les services de réanimation sentinelles de la région Hauts-de-France selon la semaine d'admission en réanimation, du 2 mars 2020 au 24 janvier 2021.

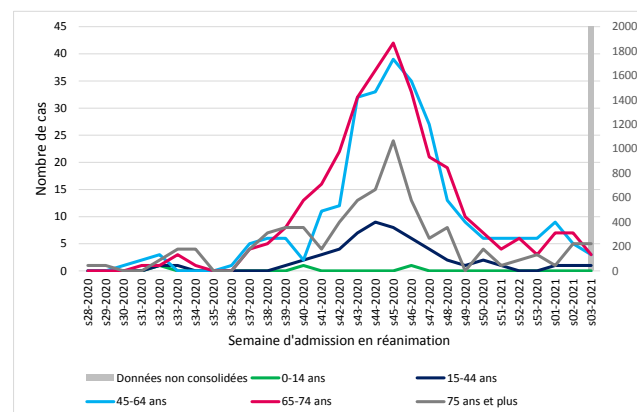


Figure 12 – Évolution par classes d'âge des cas graves de COVID-19 signalés par les services de réanimation sentinelles de la région Hauts-de-France, selon la semaine d'admission en réanimation, du 1^{er} août 2020 au 24 janvier 2021.

	Depuis le 1 ^{er} août 2020		Mars à juin 2020	
	N	% ¹	N	% ¹
Cas admis dans les services sentinelles de réanimation				
Nombre total de cas signalés	793		517	
Évolution				
Hospitalisation en cours ou évolution non renseignée	188	23,7%	37	7,2%
Transfert vers un autre service de réanimation	10	1,3%	26	5,0%
Sortie de réanimation ou retour à domicile	435	54,9%	328	63,4%
Décès	160	20,2%	126	24,4%
Répartition par sexe				
Hommes	570	71,9%	374	72,3%
Femmes	222	28,0%	143	27,7%
Non renseigné	1	0,1%	0	0,0%
Sexe-Ratio H/F	2,6		2,6	
Répartition par classe d'âge				
0-14 ans	3	0,4%	4	0,8%
15-44 ans	55	6,9%	40	7,7%
45-64 ans	278	35,1%	204	39,5%
65-74 ans	305	38,5%	189	36,6%
75 ans et plus	152	19,2%	80	15,5%
Non renseigné	0	0,0%	0	0,0%
Age moyen / médian [min ; max]	65 / 67	[0 ; 91]	63 / 66	[0 ; 90]
Région de résidence des patients				
Hauts-de-France	717	90,4%	463	89,6%
Hors Région	10	1,3%	6	1,2%
Inconnue	66	8,3%	48	9,3%
Caractéristiques patients et facteurs de risque				
Professionnel de santé	17	2,1%	22	4,3%
Vit en établissement médico-social (ex : EHPAD,...) ⁴	8	1,0%	-	-
Grossesse en cours	4	0,5%	2	0,4%
Fumeur actuel ⁵	6	0,8%	-	-
Motif d'admission en réanimation^{4,6}				
Infection respiratoire aiguë virale ou IRA ⁵	463	58,4%	-	-
Décompensation de pathologie sous-jacente	27	3,4%	-	-
Surinfection bactérienne	12	1,5%	-	-
Autre	62	7,8%	-	-
Non renseignée	282	35,6%	-	-
Comorbidités²				
Aucune	86	10,8%	91	17,6%
Au moins une comorbidité	687	86,6%	404	78,1%
Obésité (IMC ≥ 30) ³	324	40,9%	153	29,6%
Hypertension artérielle	387	48,8%	161	31,1%
Diabète	286	36,1%	127	24,6%
Pathologie cardiaque	189	23,8%	113	21,9%
Pathologie pulmonaire	174	21,9%	83	16,1%
Immunodépression	46	5,8%	35	6,8%
Pathologie rénale	70	8,8%	34	6,6%
Cancer ⁴	53	6,7%	-	-
Pathologie neuromusculaire	19	2,4%	19	3,7%
Pathologie hépatique	18	2,3%	6	1,2%
Autre	152	19,2%	70	13,5%
Non renseigné	20	2,5%	22	4,3%
Type de ventilation le plus invasif au cours du séjour en réanimation				
O2 (lunettes/masque)	42	5,3%	31	6,0%
VNI (Ventilation non invasive)	154	19,4%	36	7,0%
Oxygénothérapie à haut débit	140	17,7%	91	17,6%
Ventilation invasive	168	21,2%	303	58,6%
Assistance extracorporelle (ECCO2R) ⁶	12	1,5%	20	3,9%
Non renseigné	277	34,9%	36	7,0%
SDRA⁷ et sévérité maximale atteinte au cours du séjour en réanimation				
Présence d'un SDRA	571	72,0%	427	82,6%
Mineur	45	5,7%	53	10,3%
Modéré	157	19,8%	143	27,7%
Sévère	364	45,9%	215	41,6%
Pas de SDRA	129	16,3%	80	15,5%
Non renseigné	93	11,7%	10	1,9%
Délai entre début des signes et admission en réanimation				
Délai moyen / médian en jours [min ; max]	8,5 / 8	[0 ; 58]	8 / 8	[0 ; 34]
Durée moy/méd de séjour en réanimation en jours [min ; max]				
Ensemble des cas avec évolution renseignée	13 / 9	[0 ; 84]	20 / 14	[0 ; 123]
Cas sortis de réanimation	12 / 8	[0 ; 84]	21 / 15	[0 ; 119]
Cas décédés	15 / 12	[0 ; 75]	18 / 13	[0 ; 123]

¹ Les pourcentages sont calculés sur l'ensemble des patients

² Un patient peut présenter plusieurs comorbidités parmi celles listées dans le tableau

³ La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients pour lesquels l'IMC est renseigné ou pour lesquels la notion d'obésité morbide (IMC ≥ 40) était renseignée lors de la première vague. Donnée sous-estimée lors de la première vague car le recueil de l'IMC n'était pas systématique en tout début de surveillance.

⁴ Données recueillies qu'à partir du 5/10

⁵ IRA : insuffisance respiratoire aiguë

⁶ ECCO2R : oxygénation par membrane extracorporelle ; ECCO2R : épuration extracorporelle du CO₂

⁷ SDRA : syndrome de détresse respiratoire aiguë

⁸ Plusieurs motifs d'admission possibles pour un même patient

Tableau 4 – Caractéristiques des cas graves de COVID-19 hospitalisés dans les services sentinelles de réanimation de la région Hauts-de-France, signalés de mars à juin 2020 puis d'août 2020 au 24 janvier 2021.

Mortalité toutes causes

Mortalité toutes causes

A l'échelle régionale, un excès significatif de mortalité toutes causes, est observé depuis la semaine 43, tous âges et chez les personnes âgées de plus de 65 ans (Figure 13 et 14). A l'échelle infrarégionale, le nombre et l'excès de mortalité, toutes causes tous âges, restaient élevés et significatifs depuis la semaine 01, dans les départements du Nord, de l'Aisne (Figure 15).

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](#)

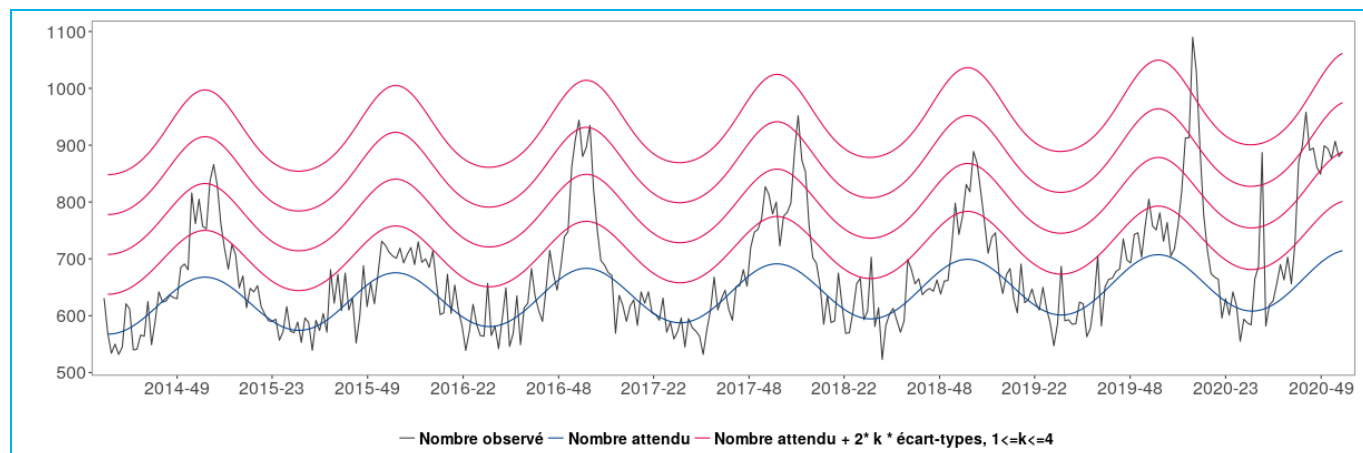


Figure 13- Nombre hebdomadaire de décès toutes causes chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, Insee, Hauts-de-France, depuis 2014.

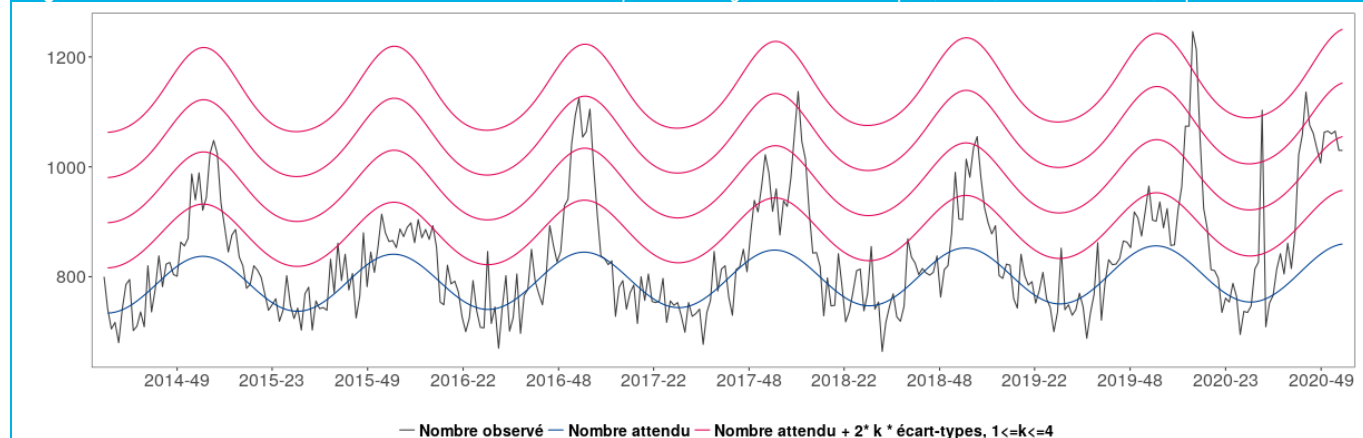


Figure 14- Nombre hebdomadaire de décès toutes causes, tous âges, Insee, Hauts-de-France, depuis 2014

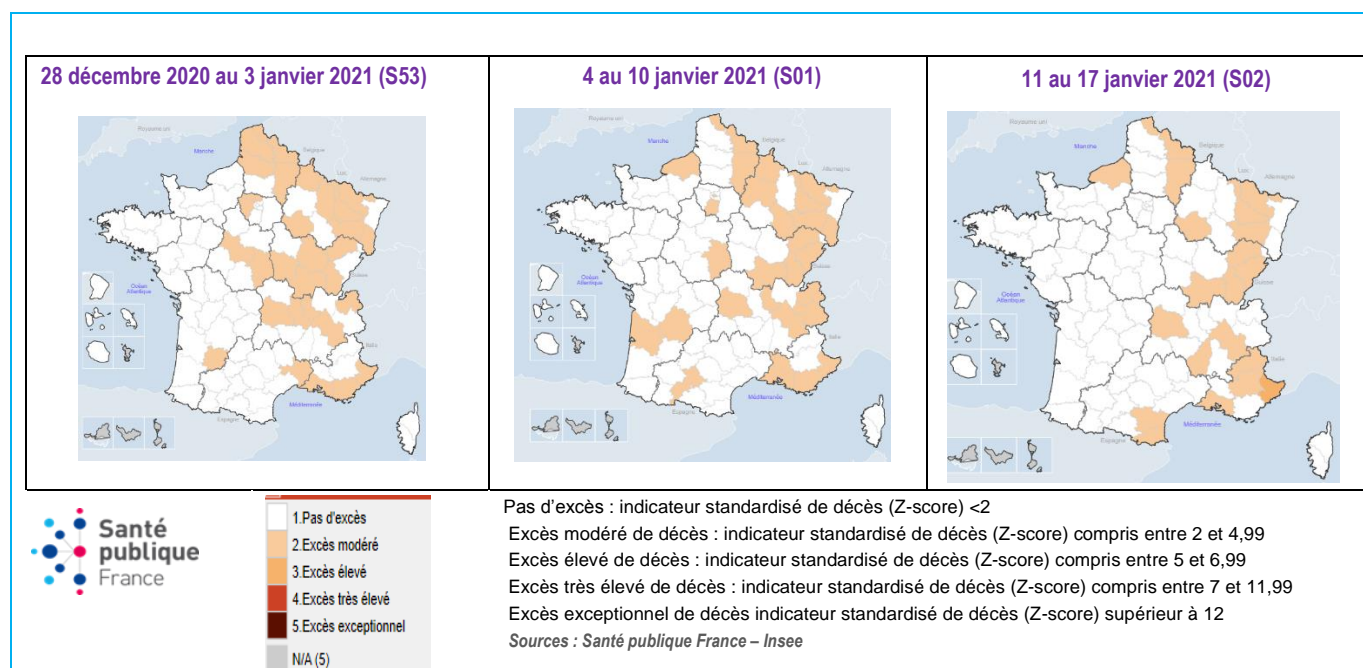


Figure 1511: Niveaux de surmortalité, toutes causes et tous âges, observés par département, France, 21 décembre 2020 au 10 janvier 2021 Source : Insee, données des services d'état-civil (méthode Euromomo)

Vaccination contre la COVID-19

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Elle est désormais ouverte à l'ensemble des personnes appartenant aux catégories suivantes : les personnes âgées en EHPAD ou en unité de soin de longue durée, les professionnels de santé, y compris libéraux, les sapeurs-pompiers et les aides à domicile âgés de plus de 50 ans et/ou atteints de comorbidités, les personnes handicapées vulnérables prises en charge dans les foyers d'accueil médicalisés et les maisons d'accueil spécialisées et les personnels y exerçant âgés de 50 ans et plus et/ou atteints de comorbidités, les personnes vulnérables à très haut risque et les personnes âgées de plus de 75 ans.

La campagne de vaccination s'accompagne du suivi des nombres de personnes vaccinées ainsi que des couvertures vaccinales. Le système d'information Vaccin Covid, permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19, a été mis en œuvre le 04 janvier 2021. Il est administré par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et alimenté par les professionnels de santé réalisant les vaccinations. À compter du 27 janvier 2021, l'estimation des nombres de personnes vaccinées en France contre la COVID-19 est issue de cette source de données.

Pendant la période intermédiaire, les données présentées étaient issues des remontées d'informations transmises par les Agences régionales de Santé (ARS) et recueillies quotidiennement auprès des établissements pour personnes âgées (vaccination des résidents et des professionnels des établissements) et des centres de vaccination (vaccination des professionnels de santé).

Au 26 janvier 2021 (données du 27 janvier 2021), **1 130 753 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France** dont **93 769 dans les Hauts-de-France** (données par date d'injection, données Vaccin Covid Cnam, exploitation Santé publique France).

Il est ainsi estimé qu'à cette date, 1,7% de la population française a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19.

La répartition des personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 présentée par région figure dans le Tableau 5.

Régions	Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale (%)
Auvergne - Rhône - Alpes	122 407	1,5%
Bourgogne - Franche-Comté	71 510	2,6%
Bretagne	60 840	1,8%
Centre-Val de Loire	50 374	2,0%
Corse	7 245	2,1%
Grand - Est	101 741	1,8%
Hauts-de-France	93 769	1,6%
Ile de France	143 108	1,2%
Normandie	83 121	2,5%
Nouvelle - Aquitaine	128 176	2,1%
Occitanie	118 105	2,0%
Pays de la Loire	64 241	1,7%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	80 819	1,6%
France métropolitaine	1 125 456	1,7%
Guadeloupe	413	0,1%
Guyane	749	0,3%
La Réunion	2 406	0,3%
Martinique	1 645	0,5%
Mayotte	83	0,0%
Saint-Barthélemy	1	0,0%
France entière	1 130 753	1,7%

Tableau 5 : Nombre de personnes ayant reçu au moins 1 dose de vaccin contre la COVID-19 en France et couverture vaccinale (% de la population), par région (données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France)

Les nombres de personnes vaccinées par au moins une dose sont accessibles depuis le 27 janvier 2021 en accès libre en open data sur la plateforme [Géodes](#) ainsi que sur [data.gouv.fr](#). Les données sont présentées au niveau national, régional ainsi que par âge et sexe. Les données disponibles seront enrichies dans les semaines à venir.

La liste des centres de vaccination est disponible à l'adresse : <https://sante.fr/carte-vaccination-covid>

Afin de faciliter l'accès aux supports d'information et aux connaissances disponibles, les données actualisées sur le vaccin contre la COVID-19 sont disponibles sur le site [vaccination-info-service.fr](#), accessible au [grand public](#) comme aux [professionnels de santé](#).

Pour en savoir + sur la vaccination : [Vaccination info service](#) ; [Point épidémiologique national du 28 janvier 2021](#)

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.

Méthodes

- 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	94,0 %	98,6 %	89,0 %	-	-	99,7 %
SAU – Nombre de SU inclus	51/51	7/7	21/21	5/7	11/11	6/6
SAU – Taux de codage diagnostique	66,5 %	83,4 %	87,3 %	29,6 %	30,9 %	72,6 %



Equipe de rédaction

Santé publique France Hauts-de-France

ELDIN Camille
 HAEGHEBAERT Sylvie
 LAVALETTE Céline
 MAUGARD Charlotte
 N'DIAYE Bakhaou
 PONTIES Valérie
 PROUVOST Hélène
 RIDCHARSONS Ingrid
 SHAIKOVA Arnoo
 VANBOCKSTAELE Caroline
 WYNDELIS 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
 21 janvier 2021

Contact

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

Contact presse

presse@santepubliquefrance.fr

Retrouvez nous sur :
[@sante-prevention](https://twitter.com/sante-prevention)

Twitter : @sante-prevention