

Surveillance COVID-19

Évolution des indicateurs

Nouveaux cas en Hauts-de-France : ↗

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

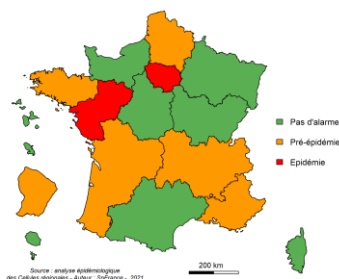
En médecine libérale : ↗

A l'hôpital :

- Services d'urgences : ↗
- Hospitalisations : →

Surveillance des épidémies hivernales

Bronchiolite (Moins de 2 ans)



Évolution régionale : ↗

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

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

Les indicateurs nationaux de surveillance pour bronchiolite pour la semaine S07-2021 sont accessibles dans le [bulletin national bronchiolite](#).

Syndromes grippaux

Évolution régionale : →

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

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.

Gastro-Entérites

Évolution régionale : ↗

En médecine libérale : en augmentation, faible à SOS Médecins ; stable, modéré au Réseau Sentinelles.

- A l'hôpital (services d'urgences) : en augmentation, faible

→ Pour plus d'informations sur les virus hivernaux, voir sur le site internet de [Santé publique France](#)

Sommaire :

COVID-19.....	2
Bronchiolite.....	14
Mortalité.....	15
Méthodes.....	16

Autres surveillances régionales

Mortalité toutes causes (données Insee)

A l'échelle régionale, un excès significatif de mortalité toutes causes, est observé depuis la semaine S43-2020, chez les personnes âgées, tous âges et chez les personnes de plus de 65 ans. A l'échelle infrarégionale, en semaine S06-2021, l'excès significatif de mortalité persiste dans le département du Nord.

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

Synthèse de la situation épidémiologique régionale

Dans les Hauts-de-France, sur la période du 15 au 21 février (semaine 7), **18 134 nouveaux cas** d'infection à SARS-COV2 ont été diagnostiqués (*versus* 14 381 cas sur la période du 8 au 14 février). Depuis la semaine dernière, on observe une **très forte accélération de la progression épidémique (+26%)** par rapport aux semaines précédentes (+7% en semaine 6 et +4% en semaine 5). La circulation du SARS-CoV-2 dans la région s'intensifie très rapidement dans un contexte **d'augmentation de la prévalence des variants** sous surveillance renforcée, notamment le variant V1 identifié la semaine dernière dans plus de la moitié des PCR positives criblées.

A l'échelle infra départementale et territoriale, on observe en semaine 7 une **progression épidémique et une intensification de la circulation virale dans tous les départements et la plupart des territoires**. Dans les départements du Pas-de-Calais et du Nord, on observe une intensification plus importante de la circulation du SARS-Cov2 et une extension géographique très rapide sur la totalité des territoires avec un **foyer épidémique hors de contrôle sur la partie nord des Flandres et le secteur du Dunkerquois**.

L'augmentation des recours aux soins et des paramètres de la dynamique témoigne de la **pression épidémique élevée et croissante sur l'offre hospitalière de soins**. La forte progression récente du nombre de cas risque d'impacter significativement et à très court terme l'offre de soins.

La **dégradation** des indicateurs virologiques touche particulièrement **les classes d'âge les plus actives et les plus vulnérables (65 ans et plus)**, notamment dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.

L'exploitation régionale des vagues 19 (mi-décembre 2020) et 20 (mi-janvier 2021) de l'enquête *CoviPrev*, amène au **constat d'une évolution défavorable des comportements de protection individuelle et collective**. Dans le contexte des regroupements familiaux des fêtes de fin d'année, de la reprise des activités scolaires, socio-professionnelles début janvier et des conditions hivernales, cela a probablement contribué au maintien du niveau très élevé de circulation du SARS-CoV2 et de l'augmentation de la prévalence des nouveaux variants dans la région.

La situation épidémiologique régionale appelle à la mobilisation de tous et au renforcement des mesures individuelles et collectives de protection et de lutte contre l'épidémie afin de freiner l'évolution épidémique actuellement alarmante.

Dans ce contexte, il reste déterminant que toute 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 aussi recommandée pour renforcer les mesures de suivi des contacts et d'isolement rapide.

L'application des mesures et gestes barrière (port du masque, lavage des mains, distanciation physique...) et la limitation des contacts est l'affaire de tous et plus que jamais d'actualité en complément du déploiement régional 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 internet 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 21 (15-17 février 2021) de l'enquête CoviPrev ont été publiées dans le [Point Epidémiologique national du 25 février 2021](#).

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](#)

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



Situation régionale

Dans les Hauts-de-France, sur la période du 15 au 21 février (semaine 7), **18 134 nouveaux cas** d'infection à SARS-CoV2 ont été diagnostiqués (versus 14 381 cas sur la période du 8 au 14 février), soit un taux d'incidence (TI) régional estimé à **304 cas/100 000 habitants**. En semaine 7, on observe une **très forte accélération de la progression épidémique (+26%) par rapport aux semaines précédentes** (+7% en semaine 6 et +4% en semaine 5). Le taux de positivité (8%) est aussi en augmentation et très supérieur au seuil d'alerte de 5 % dans un contexte de progression du taux de dépistage (+13%) au niveau régional et particulièrement dans les départements du Nord (+18%) et du Pas-de-Calais (+20%) (Figure 1, Figure 2, Tableau 1). En semaine 7, la circulation du SARS-CoV-2 dans les Hauts-de-France s'est intensifiée très rapidement dans un contexte d'augmentation de la prévalence des variants sous surveillance renforcée, notamment le variant V1 identifié la semaine dernière dans plus de la moitié des PCR positives criblées.

La progression épidémique touche particulièrement les classes d'âge les plus actives (20-59 ans) mais aussi les plus vulnérables (65 ans et plus) (Figures 3).

C'est dans les Hauts-de-France que la **progression épidémique a été la plus forte** en semaine 7, avec un **taux de reproduction significativement supérieur à 1 (R-eff^{Sidep} : 1,21 [1,19-1,23])** et le plus élevé de France métropolitaine où 5 régions présentaient, en semaine 7, des taux de reproduction significativement supérieurs à 1 : Hauts-de-France, Ile-de-France, Normandie, Bretagne et Pays de la Loire.

Le taux de reproduction R-eff^{Sidep} est un paramètre de la dynamique épidémique, estimé à partir des nouveaux cas confirmés d'infection à SARS-CoV2. Sa valeur significativement supérieure confirme la dynamique ascendante de l'épidémie.

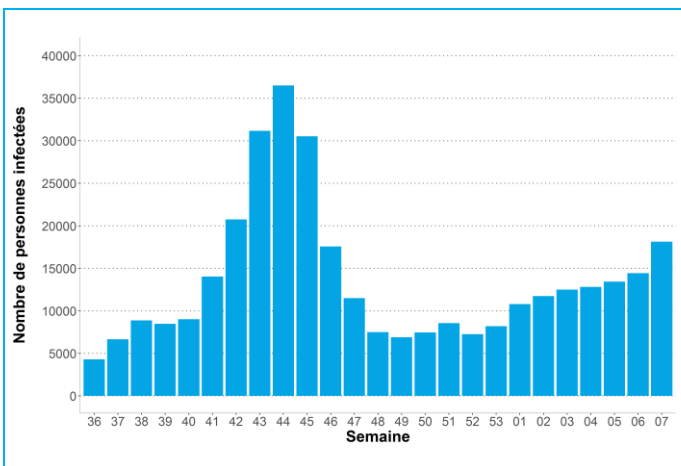


Figure 1 - Évolution hebdomadaire du nombre de tests SARS-CoV-2 positifs, SI-DEP, Hauts-de-France, du 29 juin 2020 au 21 février 2021.

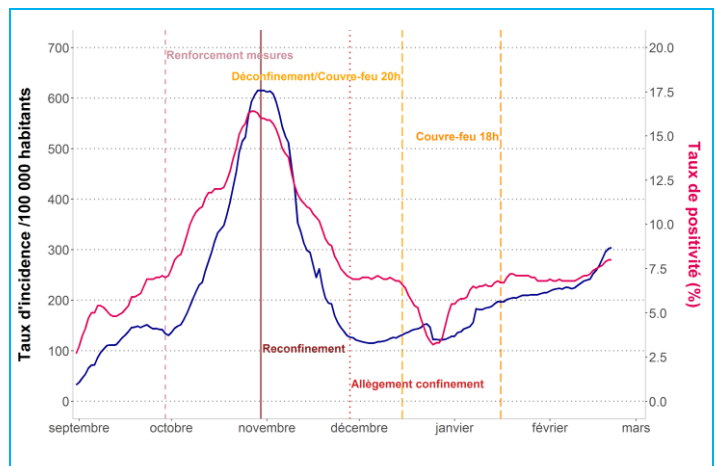
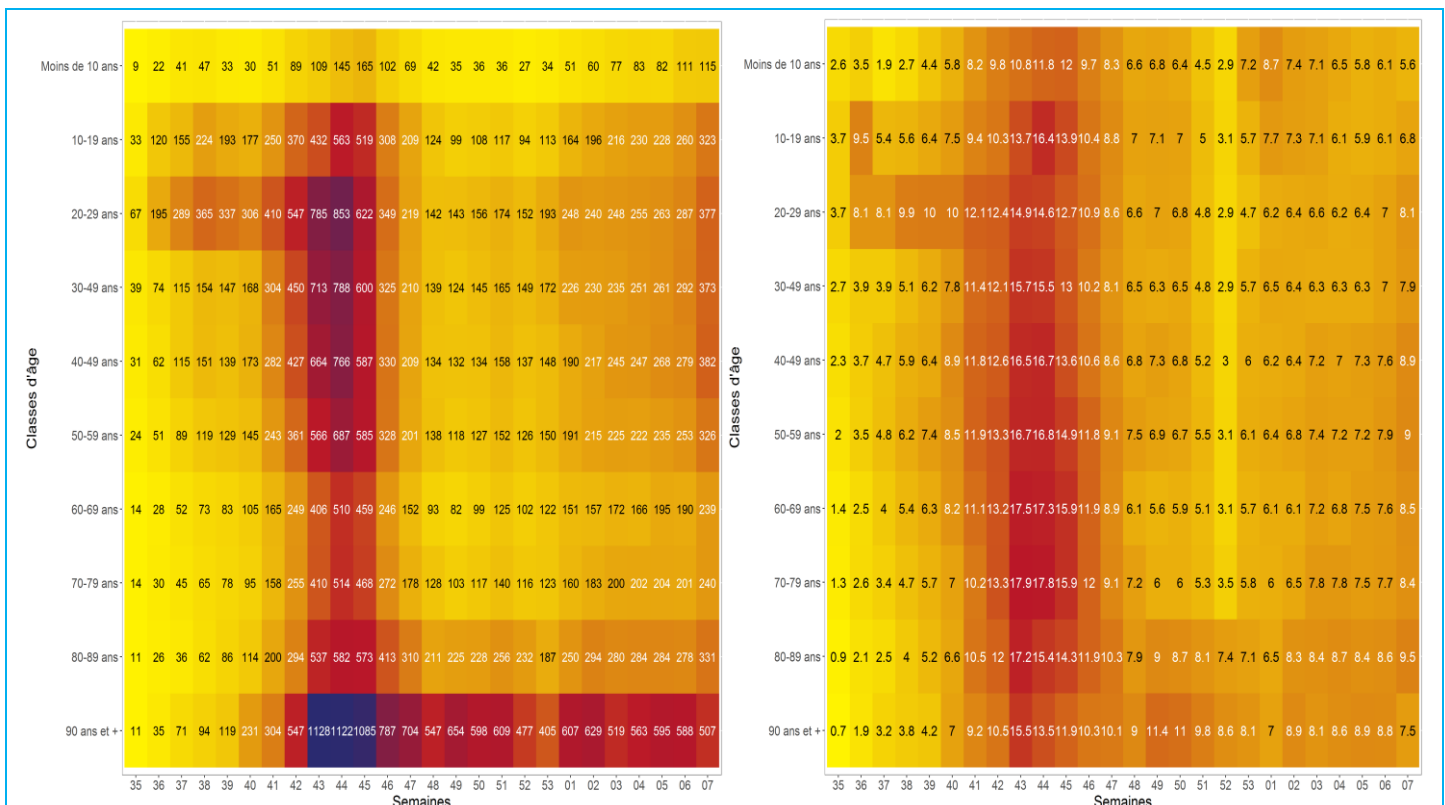


Figure 2 - Évolution des taux d'incidence (axe gauche) et de positivité (axe droit) régionaux des cas d'infection à SARS-Cov2, du 31 août 2020 au 21 février 2021, Hauts-de-France.



Figures 3 - Évolution régionale hebdomadaire des taux d'incidence (figure gauche) et taux de positivité (figure droite) par classes d'âges, SI-DEP, Hauts-de-France, du 31 août 2020 au 21 février 2021.

Surveillance des variants d'intérêt : analyse des résultats des tests de criblage saisis dans SI-DEP

De nombreux variants du SARS-Cov-2 circulent aujourd'hui sur le territoire, dont certains qualifiés de « variants d'intérêt » du fait de leur potentiels en termes de transmissibilité, virulence ou échappement immunitaire potentiel qui justifient une surveillance et des mesures de gestion spécifiques renforcées tant au niveau national que régional, dans l'objectif de freiner leur progression.

Afin de faciliter ce suivi, l'application SI-DEP a évolué depuis le 25 janvier 2021 et intègre dorénavant les résultats des tests RT-PCR de criblage, qui disposent d'amorces spécifiques permettant la détection des principales mutations qui caractérisent les variants. Ces tests de criblage sont réalisés en seconde intention, sur les échantillons testés positifs en RT-PCR classique de première intention et pour lesquels on observe une discordance sur les 3 cibles de la RT-PCR classique.

Les techniques PCR de criblage mises en œuvre permettent d'orienter sur la présence d'un variant 20I/501Y.V1 (Royaume-Uni), 20H/501Y.V2 (Afrique du Sud) ou 20J/501Y.V3 (Brésil) (sans distinction) ou de conclure à l'absence d'un variant d'intérêt.

- Au niveau national, en semaine 07, sur les 161 739 tests de première intention positifs (test RT-PCR et antigéniques) enregistrés dans SI-DEP, 50,8% étaient associés à un test de criblage lui aussi enregistré dans SI-DEP (soit 82 096 tests positifs criblés). Parmi ces tests positifs criblés, **49%** (40 444 tests) correspondaient à des suspicions de variant **20I/501Y.V1** (UK) et **5,6%** (4 010 tests) à des suspicions de variants **20H/501Y.V2** (ZA) ou **20J/501Y.V3** (BR).
- Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités géographiques. Pour les 95 départements métropolitains avec des données interprétables, 70 départements présentaient une proportion supérieure à 30% de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK), dont 33 départements avec une proportion supérieure à 50%. Cette proportion était comprise entre 10% et 30% pour 25 départements (**Figure 4**).
- En métropole, 11 départements présentaient une proportion supérieure à 10% de suspicions de variants 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR). Cette proportion était particulièrement élevée en Moselle (53,7%), en Meurthe-et-Moselle (26,7%) et dans la Meuse (21,6%) (**Figure 5**).
- Au niveau national, la plus forte proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) était observée chez les 0-9 ans (57,3%) puis chez les 10-19 ans (52,7%). Cette proportion diminuait ensuite avec l'âge pour atteindre 31,3% chez les 90 ans et plus. La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) était plus élevée chez les 10-19 ans (6,5%) et les 20-29 ans (6,4%). Cette proportion était plus faible chez les personnes âgées de 70 ans et plus (entre 4,2% et 4,1%).
- **Dans les Hauts-de-France, en semaine 7**, le variant 20I/501Y.V1 a été identifié dans 57 % des tests criblés (contre 45 % la semaine précédente) et les variants 20I/501Y.V2 et 20I/501Y.V3 dans 2,6% des tests criblés (contre 1,5 % la semaine précédente). Les départements du Nord, du Pas-de-Calais et l'Oise présentent les plus fortes proportions de variant 20I/501Y.V1 au niveau régional (supérieure à 50 %), suivis par l'Aisne et la Somme où les proportions sont actuellement comprises entre 30 et 50 %.

Pour plus d'info consulter le [la page "variants" du Point épidémiologique national du 25 février 2021](#)

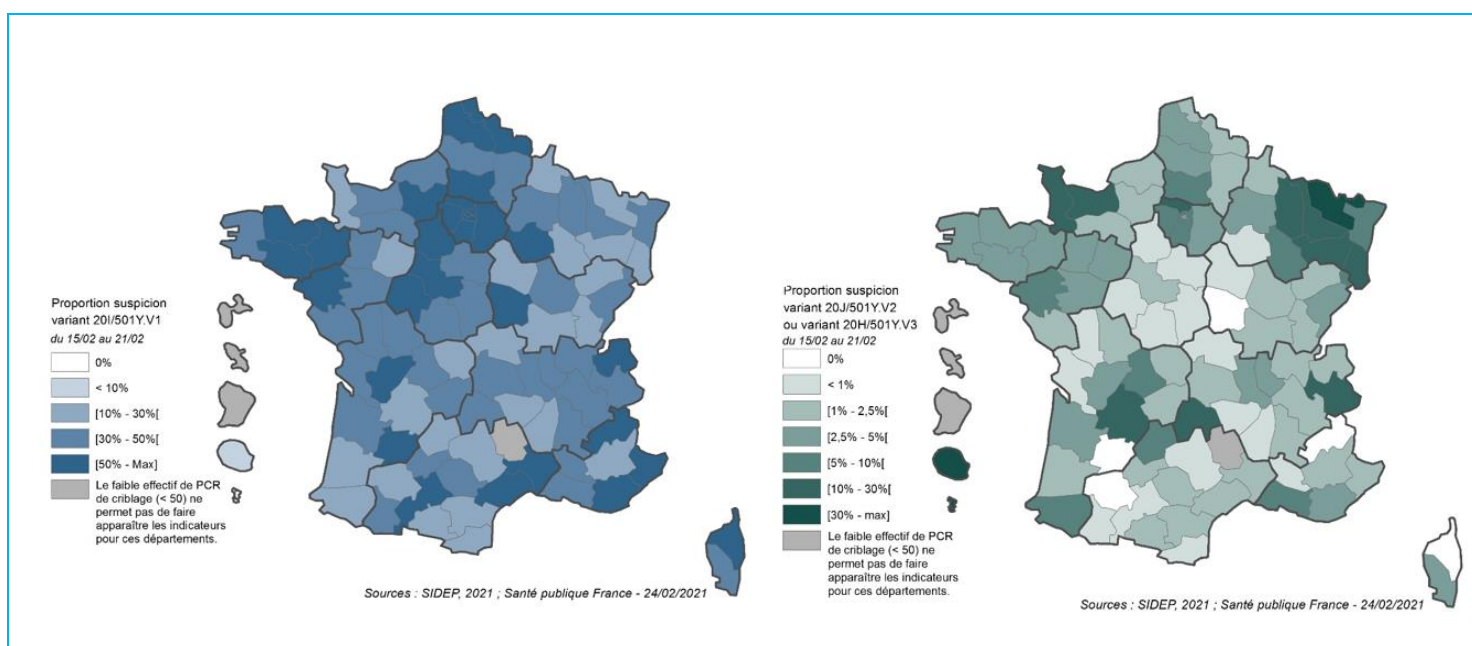


Figure 4 : Proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (Royaume-Uni) parmi les tests de criblage positifs, par département, France (données au 24 février 2021).

Figure 5 : Proportion de suspicions de variants 20H/501Y.V2 (Afrique du Sud) ou 20J/501Y.V3 (Brésil) parmi les tests de criblage positifs, par département, France (données au 24 février 2021).

Situation dans les départements

A l'échelle départementale, on observe, en semaine 7, une progression épidémique rapide avec une intensification de la circulation virale dans tous les départements des Hauts-de-France. Les taux d'incidence départementaux sont notamment en augmentation significative dans quatre des cinq départements, particulièrement rapide dans les départements du Pas-de-Calais (+ 39%) et du Nord (+29 %). Les taux de positivité départementaux demeurent élevés (>5 %) ; ils sont en augmentation dans tous les départements sauf dans l'Aisne. Le taux de dépistage a particulièrement progressé dans le Pas-de-Calais (+ 20 %) et le Nord (+ 15 %) (**Tableau 1, Figure 6**). L'augmentation de l'incidence, tous âges, s'accompagne d'une progression significative du taux d'incidence chez les personnes âgées de plus de 65 ans, au niveau régional et dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais où la progression épidémique communautaire est la plus forte (**Tableau 2**).

Tableau 1 : Évolution récentes (2 dernières semaines) des taux régional et départementaux d'incidence (TI) des infections à SARS-Cov2, taux de positivité (TP) et taux de dépistage (TD), tous âges dans les Hauts-de-France.

Territoire	Nouveaux cas/100 000 hab.			Taux de positivité (%)		Tests/100 000 hab.	
	2021-S06	2021-S07	Tendance*	2021-S06	2021-S07	2021-S06	2021-S07
Aisne	264 [251-279]	237 [224-250]	↘	8,2	7,9	3230	2983
Nord	236 [230-242]	304 [297-311]	↗	6,8	7,4	3489	4115
Oise	221 [211-231]	267 [256-279]	↗	7,4	8,7	2984	3081
Pas-de-Calais	254 [246-262]	352 [343-362]	↗	7,5	8,7	3392	4056
Somme	251 [238-264]	297 [283-312]	↗	7,1	8,3	3526	3569
Hauts-de-France	242 [238-246]	304 [300-309]	↗	7,2	8	3376	3805

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

Tableau 2 : Évolution récentes (2 dernières semaines) des taux régional et départementaux d'incidence (TI) des infections à SARS-Cov2, taux de positivité (TP) et taux de dépistage (TD) chez les personnes âgées de plus de 65 ans des Hauts-de-France.

Territoire	Nouveaux cas/100 000 hab.			Taux de positivité (%)		Tests/100 000 hab.	
	2021-S06	2021-S07	Tendance*	2021-S06	2021-S07	2021-S06	2021-S07
Aisne	314 [282-349]	253 [225-285]	→	10,1	8,9	3105	2832
Nord	218 [204-232]	273 [258-288]	↗	7,3	7,8	2970	3510
Oise	166 [146-188]	181 [160-204]	→	6,1	6,8	2735	2680
Pas-de-Calais	246 [228-265]	328 [307-349]	↗	8,7	10,4	2821	3158
Somme	266 [238-298]	294 [264-327]	→	8,7	10,2	3063	2884
Hauts-de-France	233 [224-242]	275 [265-285]	↗	8	8,7	2924	3177

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

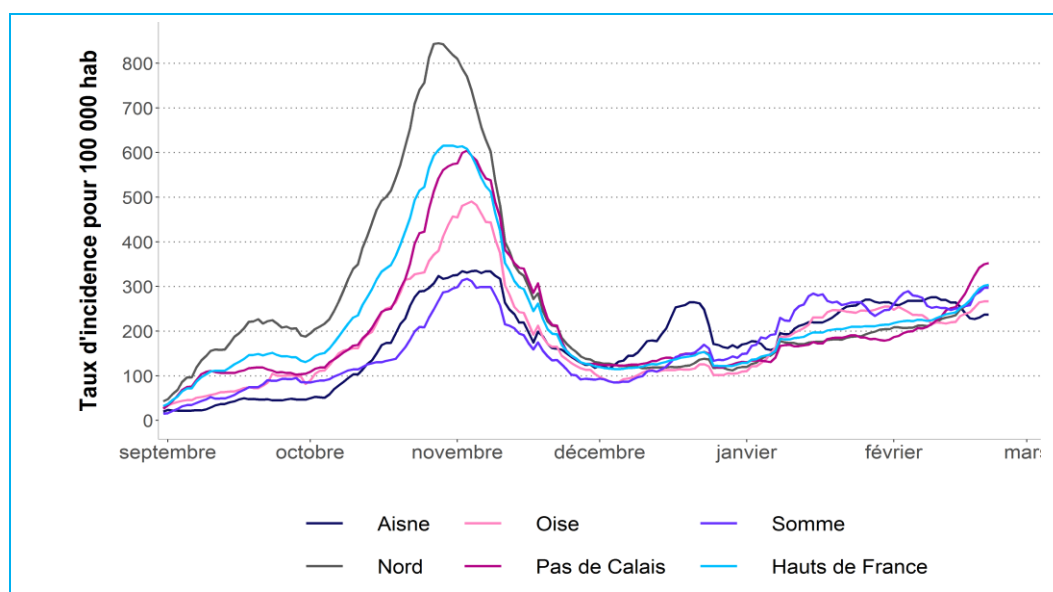
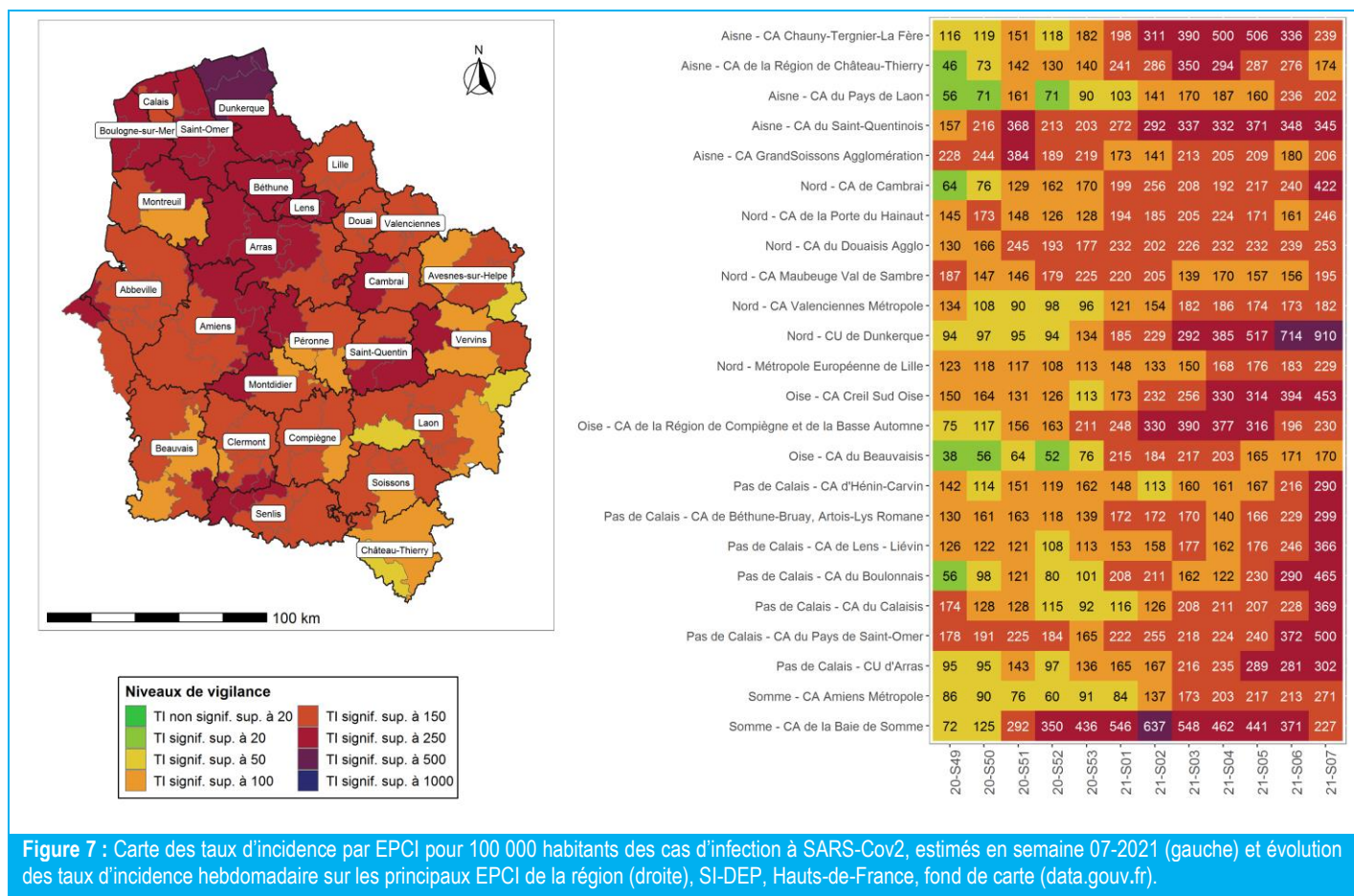


Figure 6 : Évolution sur 7 jours glissants des taux d'incidence de tests positifs à SARS-CoV-2 par département, SI-DEP, Hauts-de-France, du 31 août 2020 au 24 février 2021.

Situation épidémiologique dans les territoires

A l'échelle infra départementale et territoriale, on observe en semaine 7 une progression épidémique et une intensification de la circulation virale dans tous les départements et la plupart des territoires à l'origine de nombreux clusters actifs avec une présence importante du variant 20I/501Y.V1 (Figure 7):

- Dans l'Aisne, l'Oise et la Somme, on observe une accélération de l'épidémie sur la quasi-totalité des territoires avec des foyers d'intensité supérieure à la moyenne départementale à l'ouest d'Amiens dans la Somme, sur le St-Quentinois et les principales agglomérations de l'Aisne, et le secteur de Creil dans l'Oise ;
- Dans les départements du Pas-de-Calais et du Nord, on observe une intensification de la circulation du SARS-Cov2 et une extension géographique très rapide sur la totalité des territoires avec un foyer épidémique hors de contrôle sur la zone nord des Flandres et sur le secteur du Dunkerquois.



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

En ville, en semaine 7, la part moyenne des recours à SOS médecins pour suspicion de COVID-19 était en légère augmentation au niveau régional (Figure 8). A l'échelle départementale, on observe une hausse de la part des recours pour suspicion de Covid-19 sur 3 des 4 secteurs couverts par des associations SOS Médecins, en particuliers sur le Dunkerquois, l'Amiénois et la métropole lilloise. La part des recours sur le secteur du St-Quentinois dans l'Aisne était stable en semaine 7. En médecine générale (Réseau sentinelles), le taux de recours pour infections respiratoires aiguës (IRA) ou suspicion de COVID-19, estimé à 90 [47-133] consultations pour 100 000 habitants, poursuit son augmentation (Figure 9).

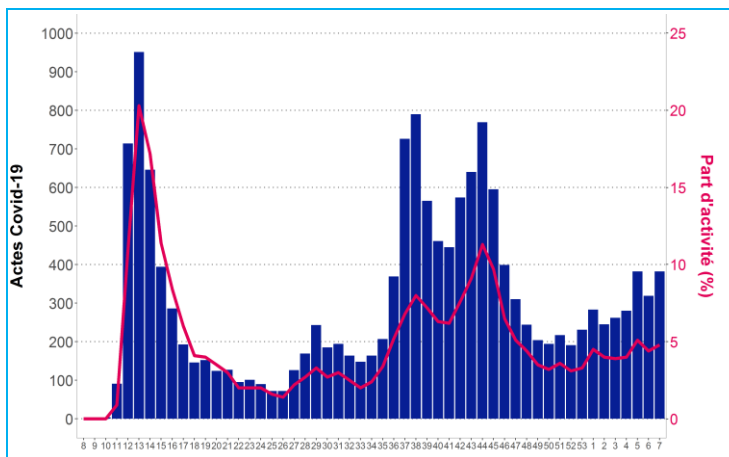


Figure 8 - Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe gauche) et proportion d'activité (axe droit) pour suspicion de Covid-19, SOS Médecins, Hauts-de-France, du 17 février 2020 au 21 février 2021.

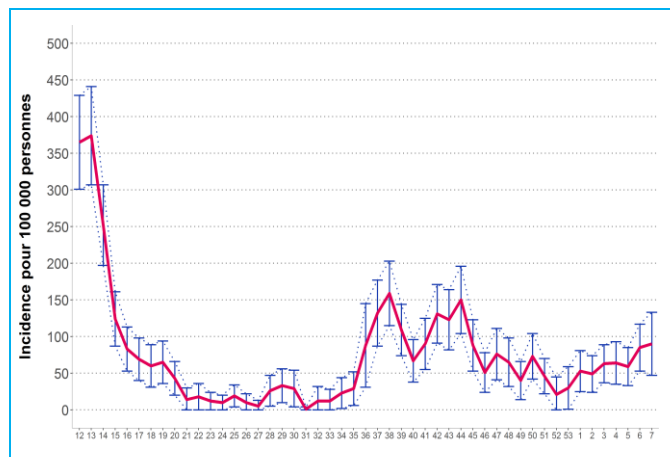


Figure 9 - Évolution hebdomadaire du nombre de recours pour IRA ou suspicion de Covid-19 (/100 000 habitants), Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, du 16 mars 2020 au 21 février 2021.

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 est en augmentation en semaine 7 (2,8 % vs 2,4 % pour la semaine précédente) (Figure 10). La part des hospitalisations après passage aux urgences pour suspicion de COVID-19 augmente fortement au niveau régional (7,9 % vs 5,4 % en semaine 6).

Sous réserve de consolidation des données les plus récentes, avec 928 nouvelles hospitalisations et 221 nouvelles admissions pour Covid-19 en réanimation, la pression sur l'offre de soins hospitalière reste élevée et en augmentation pour la réanimation (+11%) au niveau régional (Figure 11). A l'échelle départementale, le nombre de nouvelles hospitalisations est en forte progression dans les départements du Pas-de-Calais (+23%) et de l'Oise (+17%).

Le nombre de nouvelles admissions en unités de réanimation/soins intensifs et soins continus a fortement progressé dans le Nord (+20%) et dans le Pas-de-Calais (+25%). Il reste globalement stable, à un niveau élevé dans les 3 départements du sud de la région.

En semaine 7, le nombre de nouveaux décès hospitaliers a progressé de 10% au niveau régional, particulièrement dans les départements du Nord (+17%) et du Pas-de-Calais (+30%).

Au total depuis le début de la pandémie, 6 028 patients infectés par le SARS-CoV-2 sont décédés dans les hôpitaux des Hauts-de-France.

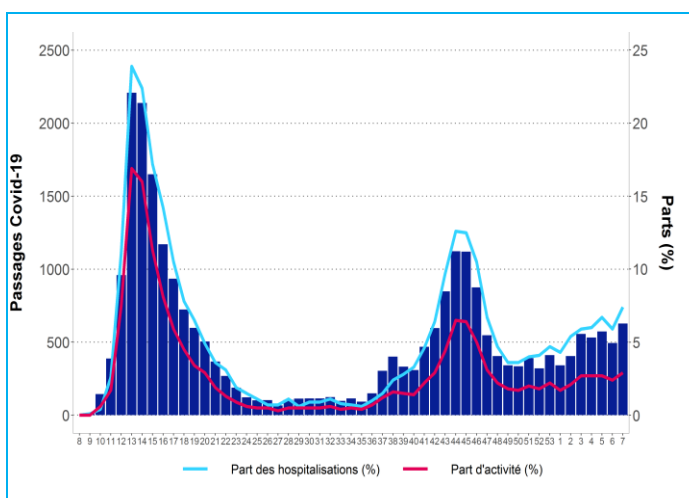


Figure 10 - Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe gauche) et proportion d'activité (axe droit) pour suspicions de Covid-19 dans les services d'urgences, Oscour®, Hauts-de-France, du 23 mars 2020 au 21 février 2021.

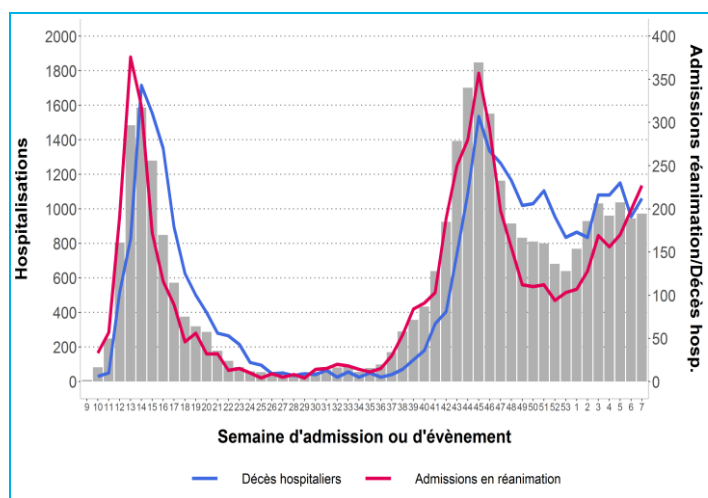


Figure 11 - Évolution hebdomadaire du nombre de décès, d'hospitalisations pour Covid-19 déclarés par les services de réanimation et d'hospitalisation conventionnelle (hors réa), SIVIC, Hauts-de-France, du 24 février 2020 au 21 février 2021.

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 de COVID-19 admis en réanimation dans la région, ce décompte étant réalisé via l'outil SIVIC (Système d'information pour le suivi des victimes). La surveillance sentinelle, en place depuis le mois de mars 2020, avait été interrompue fin juin 2020 compte tenu du faible nombre de nouveaux cas signalés et en accord avec la dynamique de l'épidémie puis a été réactivée dans la région Hauts-de-France dès le 1^{er} 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 1^{er} août 2020, mais un focus est à présent réalisé sur les cas admis en réanimation depuis le 15 décembre 2020, date d'identification des premiers cas d'infections à de nouvelles variantes du SARS-CoV-2 en France. Différentes périodes d'analyse des données sont présentées : la première période correspond aux cas de la première vague admis en réanimation entre mars et juin 2020, la deuxième période va du 1^{er} août au 15 décembre 2020 (2^{ème} vague) et la troisième correspond aux cas admis en réanimation depuis le 15 décembre 2020 à aujourd'hui.

Le protocole complet de cette surveillance, ainsi que la fiche de signalement, sont disponibles sur le site internet de [Santé publique France](https://www.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).

Les résultats au 23 février 2021

- Entre le 15 décembre 2020 et le 23 février 2021, 291 nouveaux cas graves de COVID-19 admis dans un service de réanimation participant à la surveillance sentinelle ont été rapportés dans la région Hauts-de-France. Le nombre de nouveaux cas signalés, déjà en augmentation depuis le début de l'année 2021, a continué de progresser en semaines 6 et 7 avec une moyenne de 40 cas signalés par semaine (**Figure 12**). Aucun cas grave de grippe en réanimation n'a été rapporté jusqu'à présent dans la région Hauts-de-France.
- L'âge moyen des cas admis en réanimation depuis le 15 décembre 2020 est de 64 ans (médiane 66 ans, minimum 20 ans et maximum 88 ans), qui reste stable par rapport à la période précédente du 1^{er} août au 15 décembre 2020 où la moyenne d'âge était de 65 ans (médiane 67 ans). Cependant, lorsque l'on regarde la répartition par classe d'âge, on observe actuellement une part plus importante des cas âgés de 45-64 ans (39 %) en comparaison avec la période précédente où cette part était de 34 % (**Tableau 3**). L'évolution du nombre de patients admis en réanimation par classes d'âge (**Figure 13**) montre en effet une augmentation constante de la classe d'âge des 45-64 ans depuis début 2021, ainsi qu'une augmentation des 65-74 ans mais qui tend actuellement à se stabiliser. L'évolution des 75 ans et plus reste quant à elle stable ces dernières semaines, tout comme la part de cette classe d'âge sur les 2 périodes étudiées (19 %).
- Pour la grande majorité des cas admis en réanimation depuis le 15 décembre 2020 (86 %), au moins une comorbidité a été rapportée. Cette proportion est stable par rapport à la période précédente où elle était de 87 %. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées, non mutuellement exclusives pour un même patient, demeurent, à l'instar de la 1^{ère} et de la 2^{ème} vague, l'hypertension artérielle (HTA) (45 % de l'ensemble des cas), l'obésité définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m² (42 %) et le diabète (27 %). Viennent ensuite les pathologies cardiaques et les pathologies pulmonaires (22 %) (**Tableau 3**). La part des patients souffrant de diabète semble actuellement diminuer (27 % actuellement contre 37 % du 1^{er} août au 15 décembre 2020), alors que celle des cas ayant un antécédent de cancer est en légère augmentation (10 % actuellement contre 7 % précédemment). Parmi les 291 cas signalés dans la région depuis le 15 décembre 2020, 29 patients âgés de moins de 65 ans n'ayant aucune comorbidité ont été rapportés, soit 10 % des cas, ce qui est supérieur à ce qui était observé lors de la 2^{ème} vague où la part de ces patients était de 7 %, mais stable par rapport à la première vague (11 %).
- Sur l'ensemble des cas admis en réanimation depuis le 15 décembre 2020, 77 % d'entre eux ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), ce qui est légèrement supérieur à ce qui était observé sur la période précédente où cette part était de 73 %.
- Parmi les 291 cas de COVID-19 admis dans les services de réanimation sentinelles depuis le 15 décembre, 30 décès ont été rapportés, soit une létalité de 10 %. Bien que les données d'évolution des patients doivent encore être consolidées, la létalité observée actuellement reste en-dessous de celle observée lors des périodes précédentes. Les cas décédés sur la période actuelle étaient toujours plus âgés que le reste des cas admis en réanimation, avec une moyenne d'âge de 72 ans (médiane 73 ans, minimum 52 ans, maximum 87 ans) et 77 % étaient des hommes. La très grande majorité (97 %) des cas décédés sur la période actuelle présentait au moins une comorbidité. La durée moyenne de séjour en réanimation avant décès est actuellement de 9 jours, plus élevée que pour les cas dont l'état de santé s'est amélioré et a permis la sortie de réanimation (7 jours). Ces durées d'hospitalisation sont plus courtes que celles observées lors des vagues précédentes (**Tableau 3**).

- Pour l'ensemble des cas signalés depuis le 15 décembre, et pour lesquels l'évolution a été documentée, la durée moyenne de séjour en réanimation est de 8 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 jours et il est de 8 jours entre le début des signes et l'admission en réanimation.
- En comparaison avec la période du 1^{er} août au 15 décembre 2020, on observe actuellement chez les patients hospitalisés en réanimation en Hauts-de-France :
 - Une augmentation des cas âgés de 45-64 ans depuis début 2021 ;
 - Une prévalence moins importante de diabète parmi les comorbidités décrites chez les patients ;
 - Une prévalence de SDRA légèrement plus importante mais un recours toujours moins fréquent à la ventilation invasive ;
 - Une durée moyenne de séjour en réanimation toujours plus courte (8 jours *versus* 13 jours) mais qui nécessitera d'être réévaluée une fois les données d'évolution des patients consolidées.

Figure 12 – 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, de mars 2020 à février 2021.

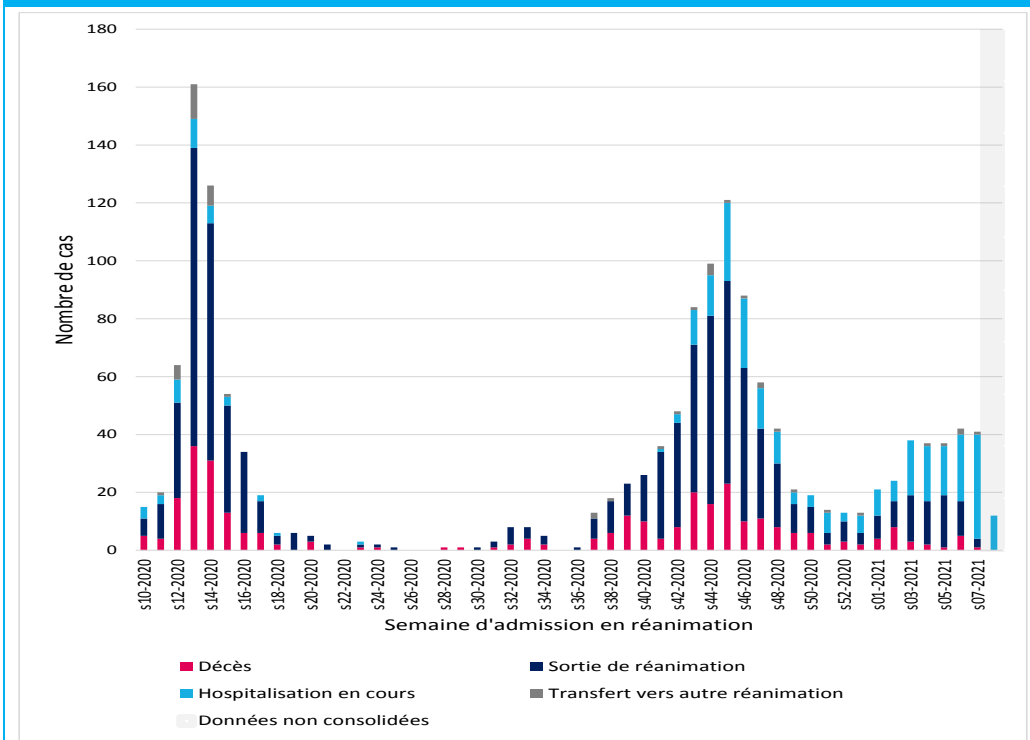
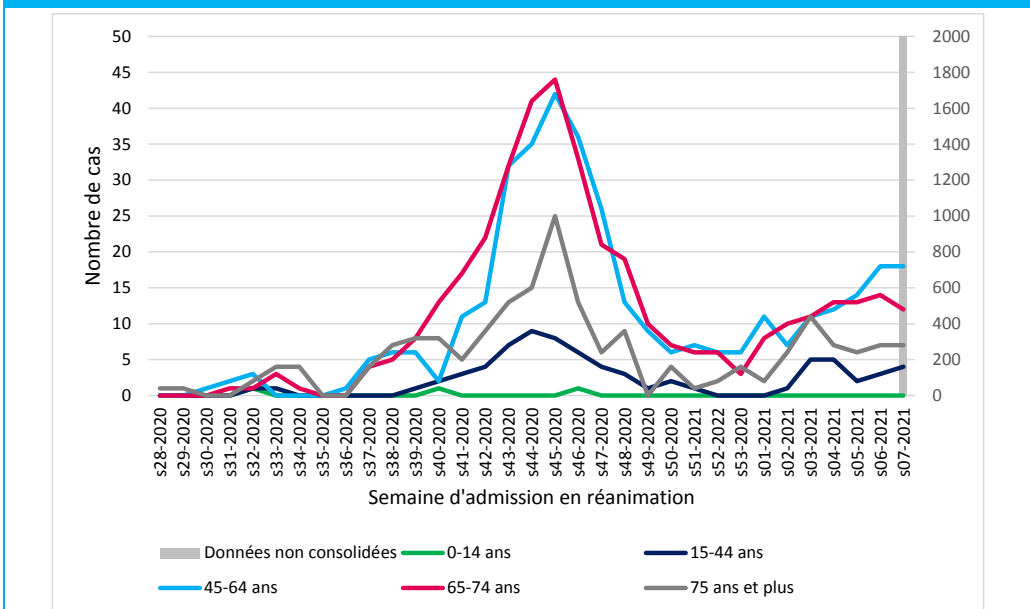


Figure 13 – Évolution par classes d'âge des cas graves de COVID-19 signalés par les services de réanimation sentinelles de la région Hauts-de-France, selon la semaine d'admission en réanimation, d'août 2020 à février 2021.



	Depuis mi-décembre 2020		Août à mi-décembre 2020		Mars à juin 2020		Depuis mi-décembre 2020		Août à mi-décembre 2020		Mars à juin 2020	
	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹
Cas admis dans les services sentinelles de réanimation												
Nombre total de cas signalés	291		725		517							
Évolution												
Hospitalisation en cours ou évolution non renseignée	158	54,3%	114	15,7%	37	7,2%						
Transfert vers un autre service de réanimation	7	2,4%	16	2,2%	26	5,0%						
Sortie de réanimation ou retour à domicile	96	33,0%	439	60,6%	328	63,4%						
Décès	30	10,3%	156	21,5%	126	24,4%						
Répartition par sexe												
Hommes	201	69,1%	515	71,0%	374	72,3%						
Femmes	90	30,9%	209	28,8%	143	27,7%						
Non renseigné	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%						
Sexe-Ratio H/F	2,2		2,5		2,6							
Répartition par classe d'âge												
0-14 ans	0	0,0%	3	0,4%	4	0,8%						
15-44 ans	21	7,2%	52	7,2%	40	7,7%						
45-64 ans	113	38,8%	249	34,3%	204	39,5%						
65-74 ans	100	34,4%	283	39,0%	189	36,6%						
75 ans et plus	57	19,6%	138	19,0%	80	15,5%						
Non renseigné	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%						
Age moyen / médian [min ; max]	64 / 66 [20 ; 88]		65 / 67 [0 ; 91]		63 / 66 [0 ; 90]							
Région de résidence des patients												
Hauts-de-France	269	92,4%	659	90,9%	463	89,6%						
Hors Région	8	2,7%	6	0,8%	6	1,2%						
Inconnue	14	4,8%	60	8,3%	48	9,3%						
Caractéristiques patients et facteurs de risque												
Professionnel de santé	6	2,1%	14	1,9%	22	4,3%						
Vit en établissement médico-social (ex : EHPAD,...) ⁴	4	1,4%	8	1,1%	-	-						
Grossesse en cours	2	0,7%	3	0,4%	2	0,4%						
Fumeur actuel ⁵	4	1,4%	5	0,7%	-	-						
Motif d'admission en réanimation^{4,6}												
Infection respiratoire aiguë virale ou IRA ⁵	237	81,4%	415	57,2%	-	-						
Décompensation de pathologie sous-jacente	8	2,7%	27	3,7%	-	-						
Surinfection bactérienne	10	3,4%	9	1,2%	-	-						
Autre	35	12,0%	56	7,7%	-	-						
Non renseignée	23	7,9%	267	36,8%	-	-						
Comorbidités²												
Aucune	38	13,1%	76	10,5%	91	17,6%						
Au moins une comorbidité	250	85,9%	631	87,0%	404	78,1%						
Obésité (IMC ≥ 30) ³	123	42,3%	294	40,6%	153	29,6%						
Hypertension artérielle	131	45,0%	362	49,9%	161	31,1%						
Diabète	79	27,1%	268	37,0%	127	24,6%						
Pathologie cardiaque	65	22,3%	175	24,1%	113	21,9%						
Pathologie pulmonaire	63	21,6%	160	22,1%	83	16,1%						
Immunodépression	12	4,1%	46	6,3%	35	6,8%						
Pathologie rénale	28	9,6%	62	8,6%	34	6,6%						
Cancer ⁴	29	10,0%	50	6,9%	-	-						
Pathologie neuromusculaire	11	3,8%	20	2,8%	19	3,7%						
Pathologie hépatique	6	2,1%	17	2,3%	6	1,2%						
Autre	62	21,3%	132	18,2%	70	13,5%						
Non renseigné	3	1,0%	18	2,5%	22	4,3%						
Type de ventilation le plus invasif au cours du séjour en réanimation												
O2 (lunettes/masque)	17	5,8%	48	6,6%	31	6,0%						
VNI (Ventilation non invasive)	79	27,1%	155	21,4%	36	7,0%						
Oxygénothérapie à haut débit	103	35,4%	136	18,8%	91	17,6%						
Ventilation invasive	50	17,2%	158	21,8%	303	58,6%						
Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R) ⁶	8	2,7%	11	1,5%	20	3,9%						
Non renseigné	34	11,7%	217	29,9%	36	7,0%						
SDRA⁷ et sévérité maximale atteinte au cours du séjour en réanimation												
Présence d'un SDRA	224	77,0%	526	72,6%	427	82,6%						
Mineur	15	5,2%	53	7,3%	53	10,3%						
Modéré	99	34,0%	207	28,6%	143	27,7%						
Sévère	110	37,8%	259	35,7%	215	41,6%						
Pas de SDRA	32	11,0%	128	17,7%	80	15,5%						
Non renseigné	35	12,0%	71	9,8%	10	1,9%						
Délai entre début des signes et admission en réanimation												
Délai moyen / médian en jours [min ; max]	8 / 8	[0 ; 59]	9 / 8	[0 ; 58]	8 / 8	[0 ; 34]						
Durée moy/méd de séjour en réanimation en jours [min ; max]												
Ensemble des cas avec évolution renseignée	8 / 6	[0 ; 26]	13 / 9	[0 ; 84]	20 / 14	[0 ; 123]						
Cas sortis de réanimation	7 / 6	[0 ; 26]	12 / 8	[0 ; 84]	21 / 15	[0 ; 119]						
Cas décédés	9 / 7	[1 ; 24]	16 / 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 ECMO : 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 3 – 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 à février 2021.

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

Sous réserve de consolidation des données les plus récentes, le nombre de nouveaux épisodes de Covid-19 déclarés en EHPAD et établissements médico-sociaux est stable avec 53 nouveaux signalements en semaine 7 (versus 52 signalements en semaine 6), dont 36 % en EHPAD (versus 40 et 47% respectivement en semaines 6 et 5) (**Figure 14**).

Au total, depuis le début de la pandémie, 2517 décès sont survenus dans les Hauts-de-France chez des résidents des établissements médico-sociaux dont 1 075 survenus à l'hôpital et 1 442 en institution. En semaine 7, le nombre de nouveaux décès de résidents, à l'hôpital ou en établissements médico-sociaux, était stable par rapport à la semaine précédente.

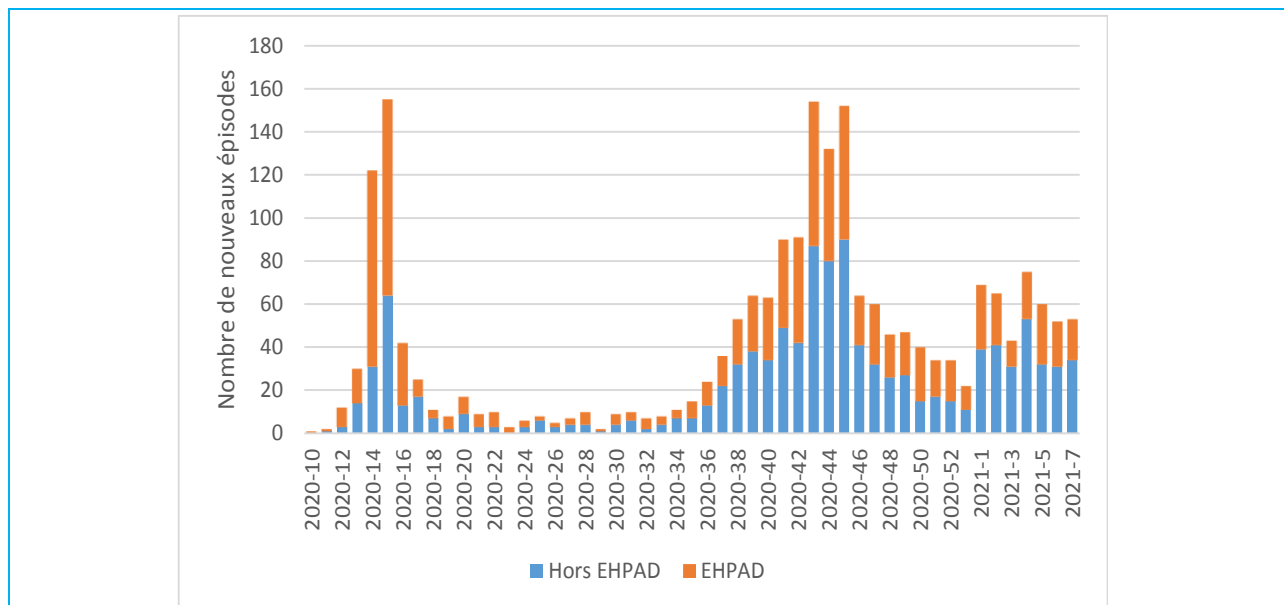


Figure 14- Évolution hebdomadaire du nombre de signalements d'épisodes (avec au moins un cas confirmé) de cas de COVID-19 chez les résidents ou le personnel des EHPA et autres ESMS, Voozanoo®, Hauts-de-France, du 2 mars 2020 au 21 février 2021.

Suivi de la campagne vaccinations 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 soins de longue durée (USLD), les professionnels de santé, y compris libéraux, les sapeurs-pompiers et les aides-à domicile 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 soignants 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.

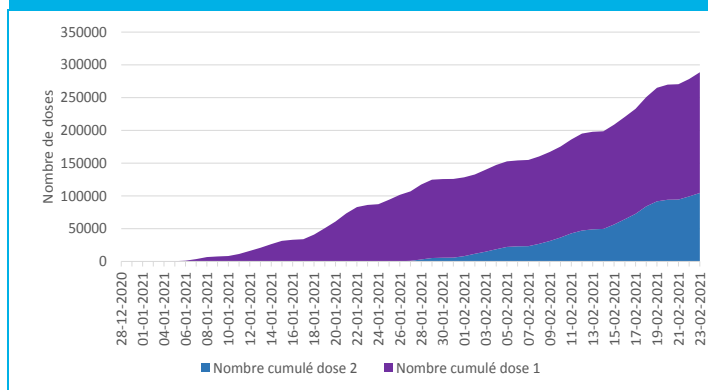
Les données régionales de suivi du nombre de personnes vaccinées et des couvertures vaccinales spécifiques sont présentées ci-dessous. Les résultats sont issus de l'analyse des données disponibles dans le système d'information Vaccin Covid, permettant le suivi de la vaccination contre la Covid-19 depuis le 4 janvier 2021. Vaccin Covid 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 du nombre de personnes vaccinées contre la Covid-19 en France est réalisé à partir de cette source de données (cf. partie Méthode).

Dans les Hauts-de-France, au 23 février 2021, 184 237 personnes avaient reçu au moins une dose de vaccin contre la Covid-19 et 104 497 personnes avaient reçu deux doses et sont considérées complètement vaccinées (Tableau 4). A cette date, la couverture vaccinale (CV) régionale, en augmentation (Figure 15), est estimée à 3,1 % pour 1 dose et 1,8% pour 2 doses et demeure en deçà de la CV nationale (CV^{1 dose} : 4% et CV^{2 doses} : 2%).

Tableau 4 : Nombres de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la Covid-19 en France et couvertures vaccinales (% de la population), par département, Hauts-de-France, au 23 février 2021 (données par date d'injection - Source Vaccin Covid Cnam, exploitation Santé publique France)

Département	1 dose		2 doses	
	Nombre de personnes vaccinées	CV (%)	Nombre de personnes vaccinées	CV (%)
2 Aisne	19683	3,7%	11585	2,2%
59 Nord	80614	3,1%	44926	1,7%
60 Oise	21873	2,7%	12179	1,5%
62 Pas-de-Calais	39862	2,7%	23723	1,6%
80 Somme	22205	3,9%	12084	2,1%
Hauts-de-France	184237	3,1%	104497	1,8%

Figure 15 : Nombre cumulé de personnes ayant reçu au moins 1 dose et 2 doses de vaccin contre la Covid-19, Hauts-de-France, données au 23 février 2021. Source Vaccin Covid Cnam, exploitation Santé publique France



Les résidents en EHPAD ou en USLD, particulièrement touchés et vulnérables, comptent parmi les personnes prioritaires pour la vaccination contre la Covid-19. Au 23 février 2021, 35 800 résidents en EHPAD ou en USLD dans les Hauts-de-France avaient reçu au moins une dose de vaccin contre la Covid-19 dans la région soit une CV^{1 dose} estimée à 72,9 % et CV^{2 doses} à 43% dans cette population, en deçà de celle estimée en France métropolitaine (80,3 % CV^{1 dose} et 50,8% CV^{2 doses}). A l'échelle infra régionale, la CV^{1 dose} varie de 70,4 % dans l'Aisne à 77,7% dans la Somme. La CV^{2 doses} des résidents en EHPAD ou en USLD varie de 32,6% dans le département du Nord à 61,7 % dans la Somme (Figure 16).

Au 23 février, la couverture vaccinale régionale des professionnels exerçant en EHPAD ou en USLD est estimée à 37,2 pour 1 dose et 19,2% pour 2 doses, en deçà des estimations nationales : CV^{1 dose} (38,7%) et CV^{2 doses} (21,6%).

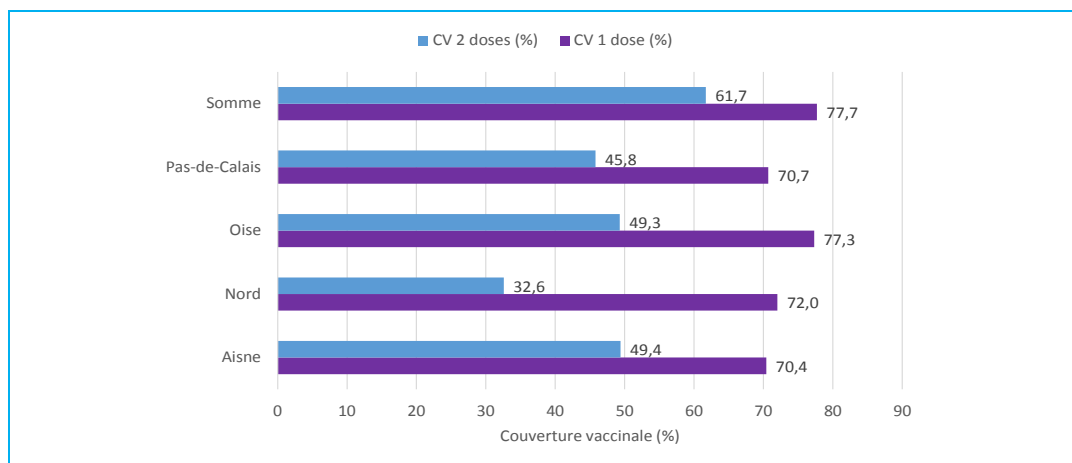


Figure 16 : Couvertures vaccinales 1 et 2 doses de vaccins contre la COVID-19 chez les résidents en EHPAD par départements, Hauts-de-France, au 23 février 2021 (données par date d'injection, Source Vaccin Covid Cnam, exploitation Santé publique France).

Les données de couverture vaccinale contre la COVID-19 sont disponibles en open data sur la plateforme [Géodes](#) ainsi que sur [data.gouv.fr](#) et sont mises à jour quotidiennement. Les données sont présentées aux niveaux national et régional ainsi que par âge et sexe. Les données disponibles seront enrichies dans les semaines à venir.

Evolution récente des comportements de protection individuelle et collective (adhésion aux mesures et gestes barrières) chez les participants des Hauts-de-France à l'enquête CoviPrev

Depuis le 23 mars 2020, Santé publique France a lancé, avec le groupe BVA, l'enquête **CoviPrev** en population générale pour suivre et comprendre l'évolution des comportements (gestes barrières, confinement, consommation d'alcool et de tabac, alimentation et activité physique) et de la santé mentale (bien-être, troubles) au cours de l'épidémie de Covid-19.

L'étude **CoviPrev** s'appuie sur des enquêtes quantitatives répétées sur des échantillons indépendants de personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine. Les personnes participant à l'enquête renseignent en ligne un questionnaire auto-administré permettant de :

- ▶ suivre l'évolution de l'adhésion aux mesures barrières pendant les périodes de confinement et de déconfinement;
- ▶ recueillir les informations nécessaires à l'orientation et à l'ajustement des mesures de prévention;

Au niveau régional, on observe au cours des 2 dernières vagues 19 (14 au 16 décembre 2020) et 20 (18 au 20 janvier 2021) de l'enquête CoviPrev, un relâchement global des comportements de prudence avec une diminution continue de l'adoption des gestes et mesures barrières chez les participants des Hauts-de-France (**Figures 17**).

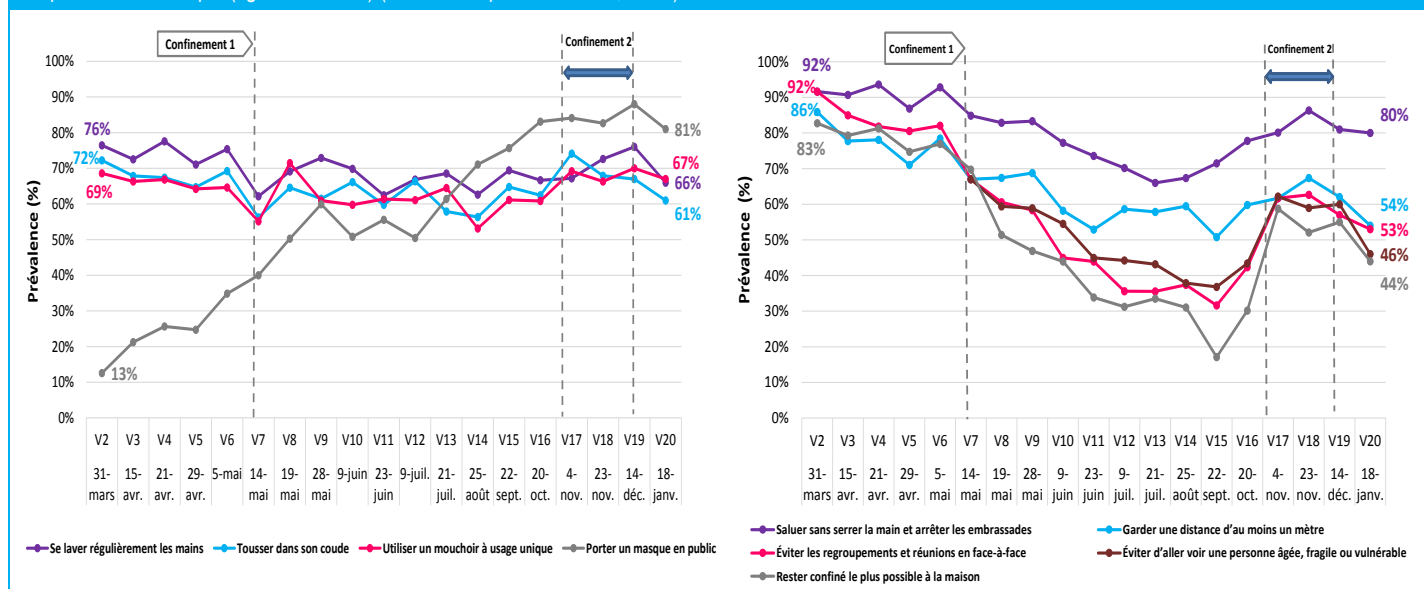
Depuis fin novembre, les plus fortes diminutions concernent :

- le respect de la distanciation physique (-13 points),
- le fait d'éviter les réunions en face à face et les rassemblements festifs (-10 points),
- le fait d'éviter de rendre visite à des personnes âgées, fragiles ou vulnérables (-13 points),
- aérer son logement (- 11 points),
- saluer sans serrer la main et éviter les embrassades (- 6 points),
- même le port systématique du masque en public a diminué de 7 points entre mi-décembre et mi-janvier.

L'exploitation régionale des vagues 19 (mi-décembre 2020) et 20 (mi-janvier 2021) de l'enquête **CoviPrev**, amène au constat d'une évolution défavorable des comportements de protection individuelle et collective. Dans le contexte des regroupements familiaux des fêtes de fin d'année, de la reprise des activités scolaires, socio-professionnelles début janvier et des conditions hivernales (froid intense), ce relâchement des comportements aura probablement contribué, entre autres, au maintien du niveau très élevé de circulation du SARS-CoV2 et à l'augmentation de la prévalence des nouveaux variants dans la région.

La situation épidémiologique régionale actuelle nécessite le renforcement des mesures individuelles et collectives de protection et de lutte contre l'épidémie afin de freiner l'évolution épidémique alarmante.

Figures 17 : Evolution des fréquences d'adoption déclarée par les participants des Hauts-de-France, des mesures d'hygiène (figure de gauche), des comportements à risque (figure de droite) (source : enquête CoviPrev, 2020)



Pour en savoir plus sur l'enquête CoviPrev et tous les résultats, rendez-vous sur : [Santé publique France](#) et [Géodes](#) (> Indicateurs: cartes, données, graphiques > Covid-19 > données CoviPrev)

Et retrouvez tous les [outils d'information, de prévention](#) destinés aux professionnels de santé, au grand public et aux personnes vulnérables.

Bronchiolite (chez les moins de 2 ans)

Synthèse des données disponibles

En phase pré-épidémique. En semaine S07-2021, les recours à SOS Médecins (Figure 18) pour bronchiolite étaient en augmentation importante par rapport à la semaine précédente. L'activité aux urgences et le nombre d'hospitalisations pour bronchiolites augmentent depuis plusieurs semaines (Figure 19, Tableau 5). Le nombre de VRS isolés chez des patients hospitalisés est aussi en augmentation (Figure 20), tout comme l'activité des Réseaux Bronchiolite de manière modérée.

Ainsi, après plus de 14 semaines de retard du démarrage habituel de l'épidémie, probablement attribuable en partie au renforcement et à l'adhésion aux mesures barrières recommandées dans le cadre de l'épidémie de Covid-19, on observe depuis la semaine S07-2021, une nette augmentation des recours aux soins pour bronchiolite, qui conduit au classement de la région en phase pré-épidémique. La part d'activité pour bronchiolites devrait s'accroître en raison des vacances d'hiver et des modalités différentes de recours aux soins durant ces périodes de congés. La survenue différée de plusieurs mois de l'épidémie de bronchiolites a été décrite dans l'hémisphère sud (Australie) dans les suites de la vague épidémique de Covid qui avait touché le pays.

Recours aux soins d'urgence pour bronchiolite en Hauts-de-France, semaine 2021-07

Consultations	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
SOS Médecins	38	4,89 %	Modérée	En augmentation
SU - réseau Oscour®	114	8,14 %	Modérée	En augmentation

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](#)

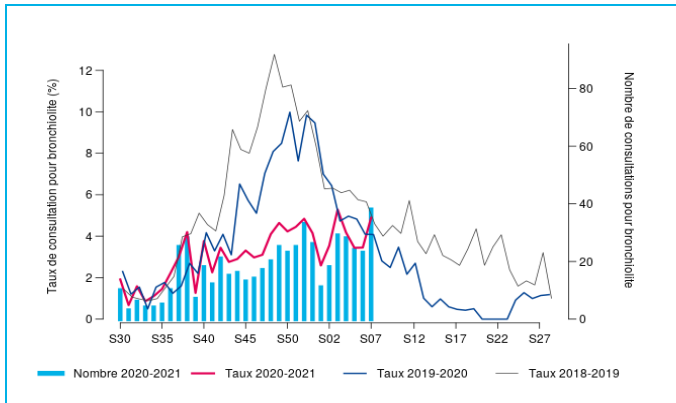


Figure 18 - Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2018-2021.

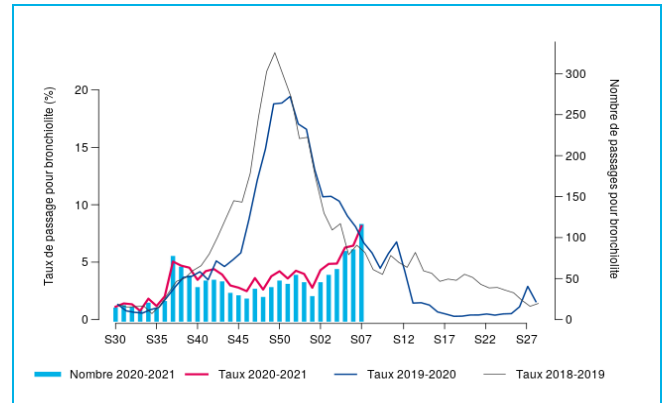


Figure 19 - Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, Oscour®, Hauts-de-France, 2018-2021.

Semaine	Nombre d'hospitalisations ¹	Pourcentage de variation (S-1)	Part des hospitalisations totales ²
2021-06	18	- 45,5 %	10,7 %
2021-07 ³	43	+138,9 %	19,6 %

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 en cours de consolidation pour la dernière semaine

Tableau 5 - Hospitalisations pour bronchiolite chez les moins de 2 ans*, Oscour®, Hauts-de-France.

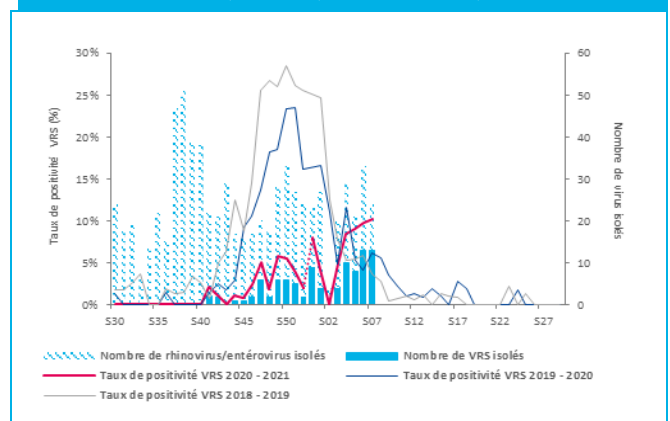


Figure 20 - Évolution hebdomadaire du nombre de VRS (axe droit) et taux de positivité pour le VRS (axe gauche), laboratoires de virologie du CHU de Lille et du CHU d'Amiens, 2018-2021.

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

Mortalité toutes causes

Depuis la semaine S43-2020, à l'échelle régionale, un excès significatif de mortalité toutes causes est observé tous âges et chez les personnes âgées de plus de 65 ans (Figure 21, 22, 23). A l'échelle infrarégionale, en semaine S06-2021, un excès significatif de mortalité est observé chez les plus de 65 ans dans le département du Nord.

Compte-tenu des délais 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](#)

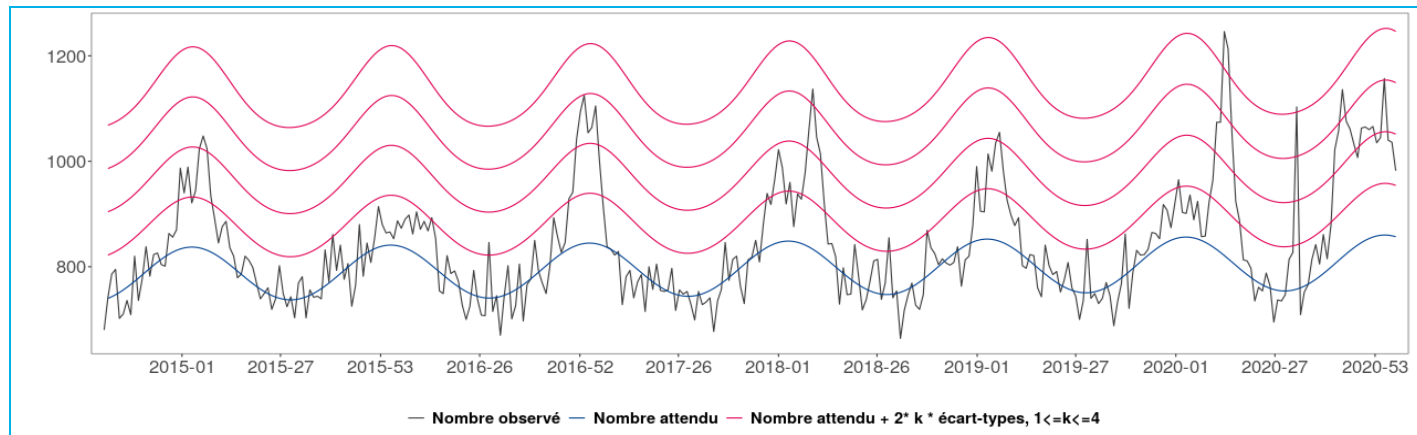


Figure 21- Nombre hebdomadaire de décès toutes causes chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, Insee, Hauts-de-France, depuis 2014.

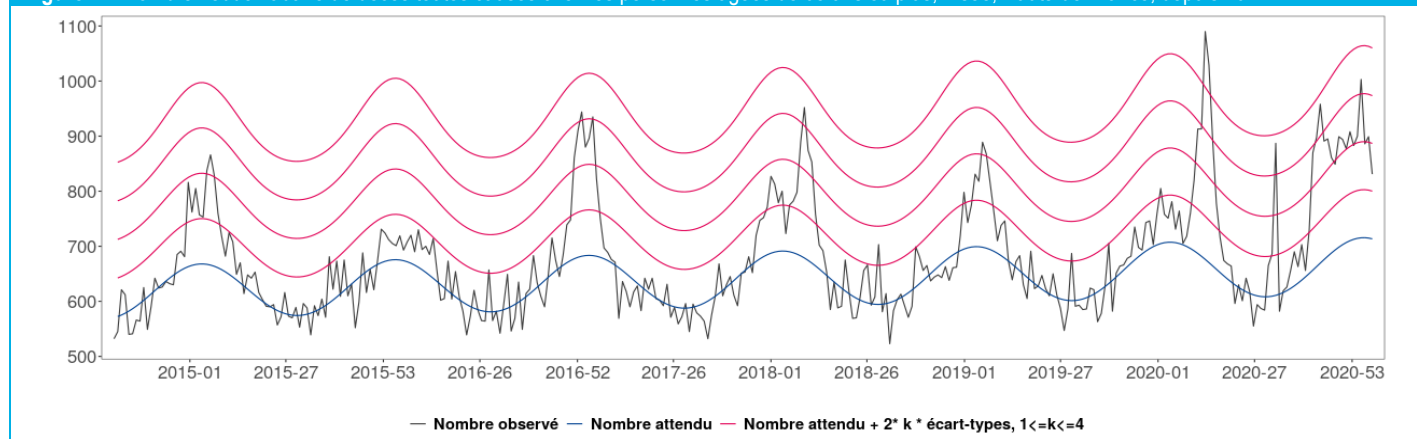


Figure 22- Nombre hebdomadaire de décès toutes causes, tous âges, Insee, Hauts-de-France, depuis 2014.

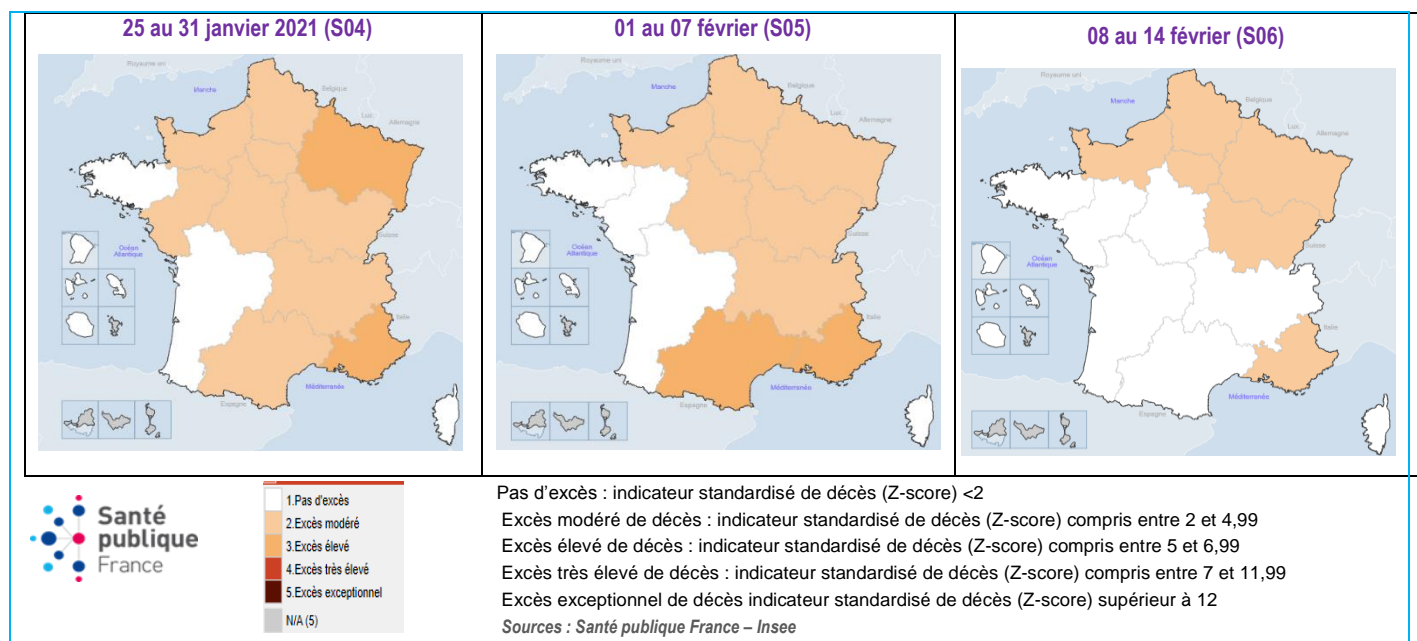


Figure 23 : Niveaux de surmortalité, toutes causes et tous âges, observés par région, France, 25 janvier au 14 février 2021 Source : Insee, données des services d'état-civil (méthode Euromomo).

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 de 80 % des décès de la région) :
 - Un projet européen de surveillance de la mortalité, 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'urgences** 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.
- **A l'hôpital** : les hospitalisations (dont hospitalisations 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.
- **La couverture vaccinale** est estimée à partir du 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 de l'assurance maladie (Cnam) et alimenté par les professionnels de santé réalisant les vaccinations. Depuis le 27 janvier 2021, l'estimation des nombres de personnes vaccinées en France contre la COVID-19 est issue de cette source de données. Les résidents en Ehpad ou en USLD ainsi que les professionnels travaillant en Ehpad ou en USLD, qu'ils soient professionnels de santé ou non ne peuvent pas être identifiés en tant que tels dans la base Vaccin Covid. Les indicateurs ainsi définis présentent des limites, avec des risques de sous-estimation en cas d'erreur de codage sur le lieu de la vaccination, si des résidents ou les professionnels ont été vaccinés dans un autre service (ex : transfert d'un patient) ou si le résident est âgé de moins de 65 ans ou le professionnel de plus de 65 ans. À l'inverse, des surestimations sont possibles notamment si des personnes non-résidentes d'Ehpad ou d'USLD et âgées de 65 ans et plus ont été vaccinées dans ces structures ou si des personnes non professionnelles de l'Ehpad ou de l'USLD ont été vaccinées dans l'Ehpad. L'estimation de couverture vaccinale sera également surestimée si des personnels intérimaires ou personnels de société de sous-traitance, stagiaires ou intervenants occasionnels âgés de moins de 65 ans ont été vaccinés en Ehpad ou en USLD, car ils ne sont pas pris en compte dans les dénominateurs utilisés pour la couverture vaccinale).
Sont ainsi définis comme :
 - Résidents en Ehpad ou en USLD vaccinés contre la COVID-19 :
 - des personnes vaccinées dans un Ehpad ou dans un USLD et âgées de 65 ans ou plus, ou
 - des personnes vaccinées et identifiées a priori par la Cnam comme résidant en Ehpad ou en USLD.
 - Professionnels travaillant en Ehpad ou en USLD :
 - des personnes vaccinées dans un Ehpad ou dans un USLD et âgées de moins de 65 ans ;
 - des personnes vaccinées et identifiées a priori par la Cnam comme professionnel exerçant en Ehpad ou en USLD.



Équipe de rédaction

Santé publique France Hauts-de-France

ELDIN Camille
HAEGHEBAERT Sylvie
LAVALETTE Céline
MAUGARD Charlotte
N'DIAYE Bakhao
PONTIES Valérie
PROUVOST Héléne
RICHARSONS Ingrid
SHAIYKOVA Arno
VANBOCKSTAEL 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
26 février 2021

Contact

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

Contact presse

presse@santepubliquefrance.fr

Retrouvez nous sur :
santepubliquefrance.fr

Twitter : @sante-prevention

- **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	95,4 %	99,0 %	91,7 %	-	-	99,8 %
SAU – Nombre de SU inclus	51/51	7/7	21/21	7/7	11/11	6/6
SAU – Taux de codage diagnostique	69,7 %	88,4 %	86,2 %	35,2 %	45,0 %	72,2 %