

Surveillance COVID-19

Évolution des indicateurs

Nouveaux cas en Hauts-de-France : ↗

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

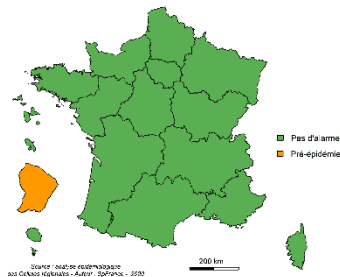
En médecine libérale : →

A l'hôpital : →

- Services d'urgences : →
- Hospitalisations : →

Surveillance des épidémies hivernales

Bronchiolite (Moins de 2 ans)



Évolution régionale : →

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

Gastro-Entérites

Évolution régionale : →

- En **médecine libérale** (SOS médecins) : stable, 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](http://santepubliquefrance.fr)

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 en augmentation
- **A l'hôpital** (services d'urgences) : niveau faible et en diminution

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
Bronchiolite.....	5
Grippe.....	6
Gastro-entérite.....	7
Mortalité.....	8
Annexe.....	9
Méthode.....	11

Autres surveillances régionales

Mortalité toutes causes (données Insee)

A l'échelle régionale, un excès significatif de mortalité est observé depuis la semaine S43. A l'échelle infrarégionale, la surmortalité reste significative en semaines S49 dans le département du Nord. L'intensité et l'ampleur de l'excès de mortalité, actuellement observé, seront déterminées par la consolidation des données des prochaines semaines et doivent faire l'objet d'une vigilance renforcée.

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

Surveillance sentinelles des cas de Covid-19 hospitalisés en réanimation (Annexe)

Point d'actualité

Étude ComCor sur les lieux de contamination au SARS-CoV-2 : où les Français s'infectent-ils ?

L'Institut Pasteur, en partenariat avec la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam), Santé publique France, et l'institut IPSOS, présente les résultats de l'étude épidémiologique ComCor sur les circonstances et les lieux de contamination par le virus SARS-CoV-2. Retrouvez les [premiers résultats de l'étude ComCor](#) sur le site internet de Santé publique France.

Situation épidémiologique

Dans les Hauts-de-France, on observe, pour la première fois depuis plusieurs semaines, une reprise épidémique avec une hausse significative, depuis la semaine dernière, du taux d'incidence régional et des paramètres de la dynamique épidémique. La situation évolue défavorablement et rapidement dans les 3 départements situés au sud de la région (Aisne, Oise et Somme), moins touchés par la 2ème vague de l'épidémie et peut-être moins vigilants. Elle demeure stable et très précaire avec des taux d'incidence très élevés sur la plupart des secteurs très urbanisés du Nord et du Pas-de-Calais. Le taux de positivité demeure supérieur à 5% dans tous les départements dans un contexte de hausse globale du taux de dépistage. Au niveau départemental, on observe également une hausse significative des taux d'incidence dans les départements de l'ex-Picardie (Aisne, Oise, Somme).

La circulation virale demeure élevée mais stable chez les plus jeunes (<30 ans) et chez les plus de 65 ans. En revanche, elle augmente significativement dans les classes d'âge intermédiaires actives (30-49 ans et 50-69 ans).

Une sensibilisation à l'évolution défavorable de la situation épidémiologique et la nécessité de renforcer les mesures de prudence, notamment à l'approche des fêtes de fin d'année, a été réalisée au niveau régional par l'ARS Hauts-de-France. [Consultez le communiqué de presse](#)

Une attention particulière doit être portée à la situation épidémiologique qui s'améliore très lentement dans les Ehpad et autres établissements médico-sociaux, très sévèrement touchés par cette 2ème vague.

Si l'amélioration de ces dernières semaines avait permis de lever la pression sur l'offre de soins, le niveau élevé de circulation virale dans les Hauts-de-France et la reprise épidémique dans le sud de la région doit inciter à la plus grande vigilance car, avec la levée du confinement et dans la perspective des regroupements familiaux des fêtes de fin d'année, la dégradation actuelle de la situation épidémiologique doit être considérée à haut risque de redémarrage rapide de l'épidémie.

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.

Surveillance virologique

En semaine 50, 7451 nouveaux cas d'infection à SARS-COV2 ont été confirmés dans la région par RT-PCR ou tests antigéniques. Ce nombre est en augmentation (+ 11 %) pour la première fois depuis 5 semaines. Le taux d'incidence (nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes) est en augmentation dans l'Aisne, l'Oise et la Somme (Figure 2). Il est à nouveau significativement supérieur au seuil d'alerte renforcée (150 cas /100 000 habitants) dans l'Aisne. La proximité de ce département avec le département des Ardennes, qui présente en semaine 50 un taux d'incidence très élevé (329 /100 000 hab) contribue aussi probablement à l'augmentation de la vulnérabilité de la zone limitrophe. Les taux d'incidence sont actuellement stables mais demeurent à un niveau élevé (>100 cas/100 000 hab) dans le Nord et le Pas-de-Calais. Les taux de positivité régionaux et départementaux, supérieurs au seuil d'alerte de 5 %, se stabilisent globalement sauf dans l'Aisne où l'augmentation se poursuit (Tableau 1, Figure 2).

Tableau 1 : Evolution 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 49	Semaine 50	Tendance*	Semaine 49	Semaine 50	Semaine 49	Semaine 50
Aisne-02	134 [124-144]	177 [166-189]	↗	8.5	9.4	1579	1878
Nord-59	122 [117-126]	118 [114-123]	→	6.8	6.1	1780	1950
Oise-60	92 [86-99]	108 [102-116]	↗	6.5	6.9	1434	1572
Pas-de-Calais-62	122 [117-128]	134 [128-140]	→	7.4	7.6	1650	1746
Somme-80	87 [79-95]	109 [100-118]	↗	5.9	6.3	1481	1731
Hauts-de-France	116 [113-118]	125 [122-128]	↗	7	6.9	1654	1820

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

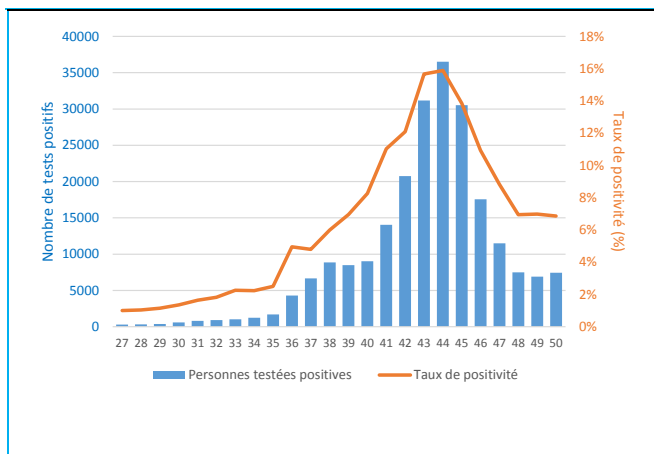


Figure 1 - Évolution hebdomadaire du nombre de tests SARS-Cov2 positifs (axe gauche) et du taux de positivité (axe droit), SI-DEP, Hauts-de-France, du 6 juillet au 13 décembre 2020.

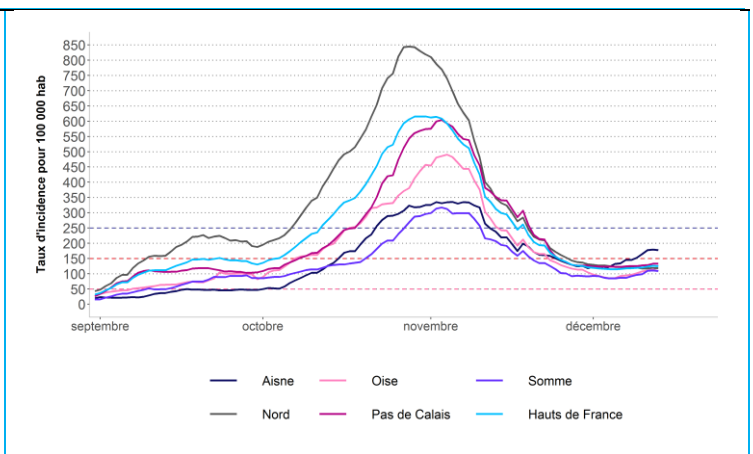


Figure 2 - Évolution sur 7 jours glissants du taux d'incidence de tests positifs à SARS-Cov2 par département, SI-DEP, Hauts-de-France, du 31 Août 13 décembre 2020.

Situation des territoires

À l'échelle infra-départementale, la circulation virale s'intensifie dans de nombreux secteurs de la région. Sur la période d'analyse, plus d'1/3 des EPCI et plus de la moitié de la population régionale sont actuellement exposés à des taux d'incidence (TI) significativement supérieurs à 100 cas/105 habitants. En semaine 50, 13 EPCI (14 %) présentent des TI significativement supérieurs au seuil d'alerte renforcée (150/10⁵), dont 1 significativement supérieurs au seuil d'alerte maximal (250/10⁵).

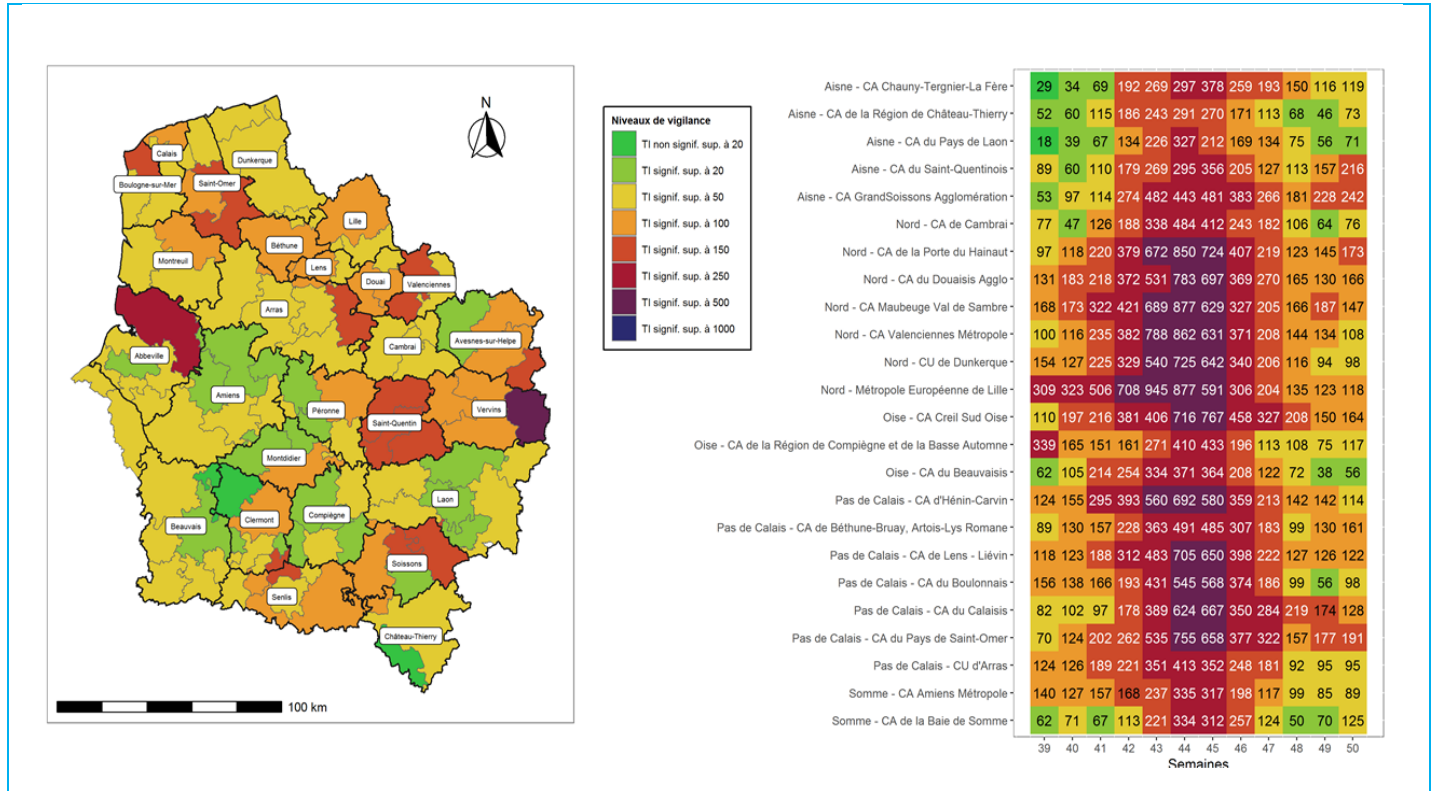


Figure 3 - Taux d'incidence pour 100 000 habitants par EPCI estimés en semaine 50 (gauche) et évolution du taux d'incidence hebdomadaire pour les principales EPCI de la région (droite), SI-DEP, Hauts-de-France, fond de carte (data.gouv.fr).

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

En ville, la part moyenne d'activité des SOS médecins pour suspicion de Covid-19 était globalement stable sur les secteurs de la métropole lilloise (Nord) et du Saint-Quentinois (Aisne) mais en augmentation sur les secteurs d'Amiens (Somme) et du dunkerquois (Nord), où la part d'activité est en forte augmentation cette semaine (4 % versus 2,1 % en semaine 49).

En médecine de ville (Réseau sentinelles), le taux de recours pour infection respiratoire ou suspicion de Covid-19, estimé à 73 [31-115] consultations pour 100 000 habitants (Figure 5), était stable.

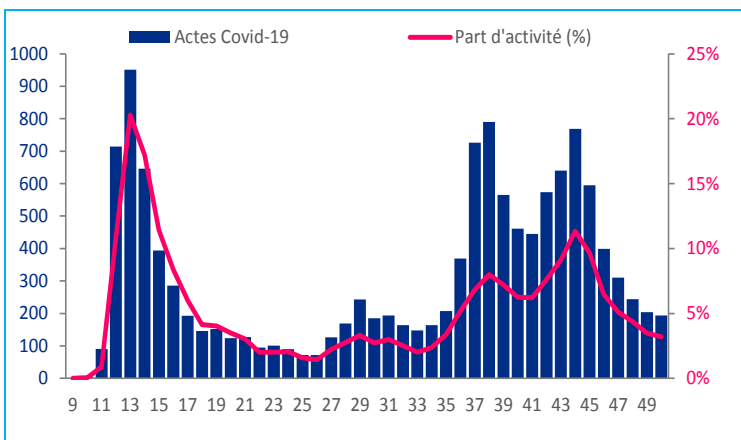


Figure 4 - Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe gauche) et proportion d'activité (axe droit) pour suspicion de Covid-19, SOS Médecins, Hauts-de-France, du 24 février au 13 décembre 2020.

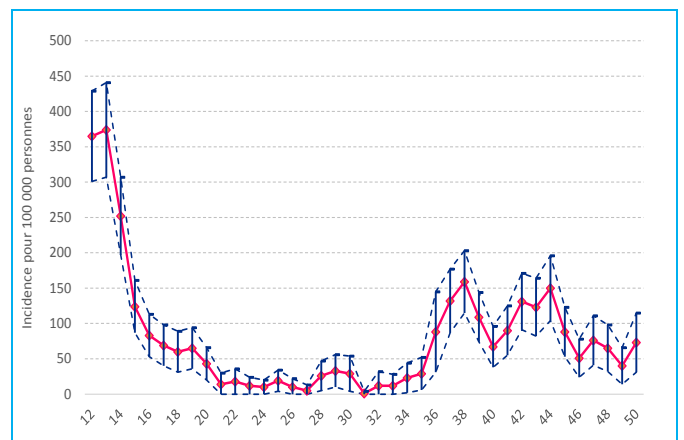


Figure 5 - Évolution hebdomadaire du taux d'incidence des syndromes grippaux, Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, du 16 mars au 13 décembre 2020

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

La part régionale des recours aux urgences pour suspicion de Covid-19 était stable en semaine 50 (1,7 % *versus* 1,8 % en semaine précédente). Il a augmenté dans l'Aisne mais reste actuellement stable dans les autres départements. La part des hospitalisations pour suspicion de Covid-19 représente 3,6 % des hospitalisations après passage aux urgences, toutes causes. Elle est stable en semaine 50 (Fig.6).

Le nombre de nouvelles hospitalisations pour Covid-19 était stable en semaine 50 dans la région après deux semaines de faible diminution. La même tendance est observée pour les nouvelles admissions en réanimation avec 127 admissions déclarées en semaine 50 versus 122 en semaine 49 (Fig. 7).

Le nombre de décès hospitaliers de patients infectés par le SARS-COV2, stable en semaine 50, reste élevé avec 209 nouveaux décès déclarés par les hôpitaux de la région. Au total depuis le début de la pandémie, 3 898 personnes infectées par le SARS-COV2 sont décédées dans les hôpitaux des Hauts-de-France.

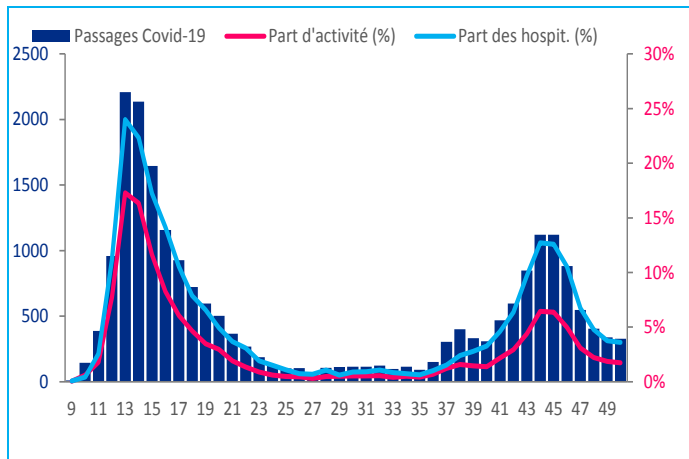


Figure 6 - Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe gauche) et proportion d'activité (axe droit) pour suspicions de Covid-19 dans les services d'urgences, Oscour®, Hauts-de-France, du 29 juin au 13 décembre 2020.

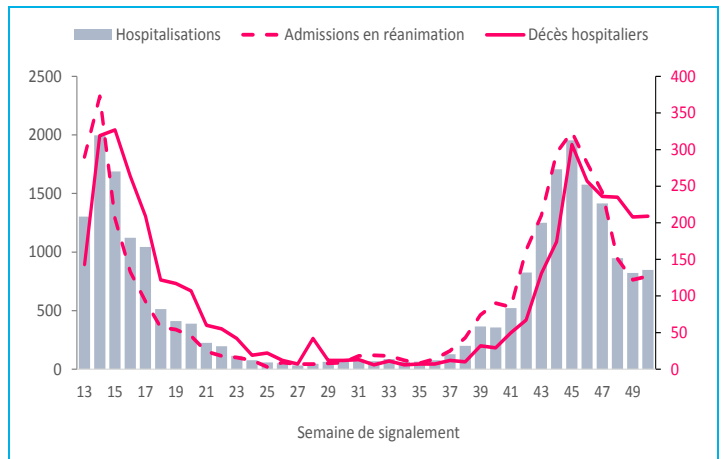


Figure 7 - Évolution hebdomadaire du nombre de décès et d'hospitalisations pour Covid-19 déclarés par les services de réanimation et d'hospitalisation conventionnelle (hors réa), SIVIC, Hauts-de-France, du 29 juin au 13 décembre 2020.

Impact de l'épidémie dans les Ehpad et autres établissements médico-sociaux (EMS)

En semaine 50, 27 nouveaux épisodes de Covid-19 avec au moins un cas confirmé, touchant des établissements médico-sociaux ont été déclarés dans l'application Voozancoo (Santé publique France). Sous réserve de consolidation des données, le nombre de nouveaux épisodes signalés est stable par rapport à la semaine précédente. Parmi les nouveaux épisodes signalés, 16 concernaient des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA).

En revanche, le nombre de nouveaux cas qui continuent de survenir chez les résidents des institutions touchées demeure important, témoignant d'une transmission toujours active au sein des établissements et des difficultés à rompre les chaînes de transmission.

Depuis le 1er juillet, au total 1 122 épisodes avec au moins un cas confirmé de Covid-19 ont été signalés, pour un total de 7 432 cas confirmés parmi les résidents et 4 020 chez le personnel. Chez les résidents, 640 patients ont été hospitalisés et 614 sont décédés, dont 346 dans les établissements et 268 à l'hôpital.

Un travail de consolidation des données est en cours et passe par une validation (recherche de signalements rattachés à d'anciens épisodes à la place de la création d'un nouvel épisode, validation du nombre de résidents et personnels touchés) directement auprès des structures. Une centaine d'établissements sont en cours de rappel. Cette consolidation pourra entraîner une modification du nombre d'épisodes et du nombre de cas en ESMS (Tableau 2) mais ne devrait pas avoir d'impact significatif sur les tendances présentées (Figure 8).

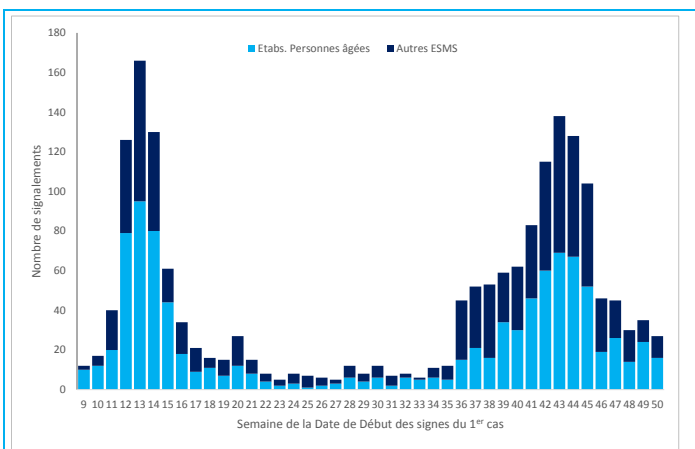


Figure 8 - Évolution hebdomadaire du nombre de signalements d'épisodes (avec au moins un cas confirmés) de cas de COVID-19 chez les résidents ou le personnel des EHPA et autres ESMS, Voozancoo®, Hauts-de-France, du 24 février au 13 décembre 2020

	EHPAD	EHPA	Autres EMS	ESMS
Signalements d'épisodes	484	100	538	1122
Cas confirmés	5639	558	1235	7432
Chez les résidents				
Cas hospitalisés	500	88	52	640
Décès hôpitaux	244	18	6	268
Décès établissements	325	20	1	346
Chez le personnel				
Cas confirmés	2908	159	953	4020

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
 EHPA : Autres établissements pour personnes âgées
 EMS : Établissement médico-social
 ESMS : Regroupe les EHPAD, EHPA et EMS.

Tableau 2 - Nombre d'épisodes (avec au moins un cas confirmés), de cas, d'hospitalisation et de décès de COVID-19 signalés chez les résidents ou le personnel des ESMS, Voozancoo®, Hauts-de-France, du 1^{er} juillet au 13 décembre 2020

Bronchiolite (chez les moins de 2 ans)

Synthèse des données disponibles

Phase non épidémique. En semaine S-50, l'activité pour bronchiolite était en légère diminution chez les SOS Médecins et en légère augmentation dans les services d'urgences, à un niveau modéré pour les deux sources. Six virus respiratoires syncytiaux (VRS) ont été isolés chez des patients hospitalisés au CHU d'Amiens, aucun au CHRU de Lille. La circulation des autres virus respiratoires (rhinovirus et entérovirus) était stable en semaine 50, à un niveau faible. L'activité des deux Réseaux Bronchiolite de la région, au cours du week-end des 12-13 décembre, était en légère augmentation à un niveau modéré, nettement inférieur aussi à celui observé au cours des années précédentes à la même période. Le renforcement et l'adhésion aux mesures barrières actuellement en vigueur dans le cadre de l'épidémie de COVID-19 contribuent aussi à la diminution de la transmission des autres virus respiratoires.

Recours aux soins d'urgence pour bronchiolite en Hauts-de-France, semaine 2020-50

Consultations	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
SOS Médecins	23	4,21 %	Modérée	En légère diminution
SU - réseau Oscour®	45	4,26 %	Modérée	En légère 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](#)

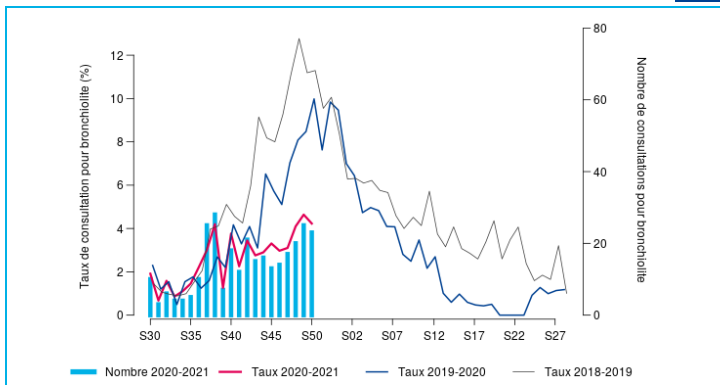


Figure 9 - Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2018-2020.

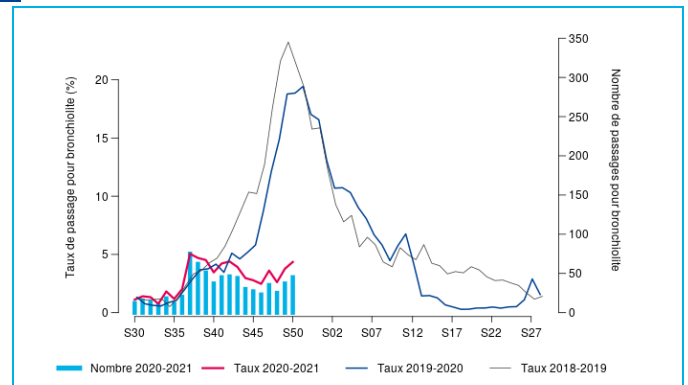


Figure 10 - Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, Oscour®, Hauts-de-France, 2018-2020.

Semaine	Nombre d'hospitalisations ¹	Pourcentage de variation (S-1)	Part des hospitalisations totales ²
2020-49	19	+72,7 %	13,1 %
2020-50 ³	15	-21,1 %	9,4 %

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

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

³ Données à consolider pour la dernière semaine

Tableau 3 - Hospitalisations pour bronchiolite chez les moins de 2 ans*, Oscour®, Hauts-de-France.

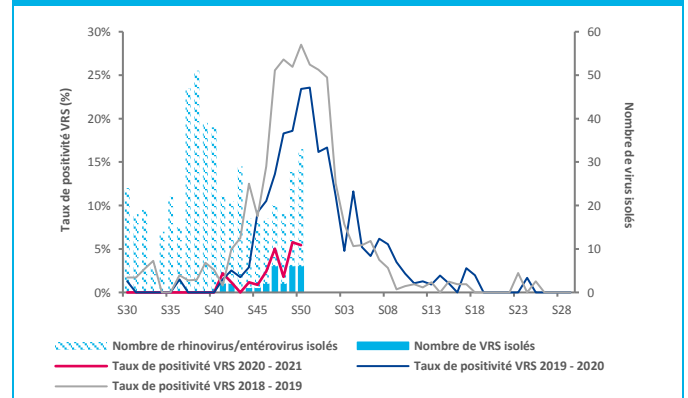


Figure 11 - Évolution hebdomadaire du nombre de VRS (axe droit) et taux de positivité pour le VRS (axe gauche), laboratoires de virologie du CHRU de Lille et du CHU d'Amiens, 2018-2020.

Prévention de la bronchiolite

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

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

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

Grippe et syndromes grippaux

Synthèse des données disponibles

Phase non épidémique. Depuis la reprise de la surveillance de la grippe, les recours pour syndromes grippaux à SOS Médecins et aux urgences sont à un niveau faible et stable, inférieur à celui observé à la même période au cours des saisons précédentes. L'incidence des syndromes grippaux estimée par le réseau Sentinelles reste stable en semaine S-50. Aucun virus grippal n'a été pour le moment été isolé chez les patients hospitalisés aux CHU d'Amiens et CHRU de Lille. La campagne de vaccination antigrippale est en cours et, étant donné l'absence d'activité grippale actuellement en France métropolitaine et dans la région, il est toujours temps, pour les personnes éligibles à la vaccination, de se faire vacciner.

Recours aux soins d'urgence pour syndromes grippaux en Hauts-de-France, semaine 2020-50

Consultations	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
SOS Médecins	25	0,41 %	Faible	En légère augmentation
SU - réseau Oscour®	4	0,02 %	Faible	En légère diminution

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

² Part des recours pour syndromes grippaux (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 grippe: [cliquez ici](#)

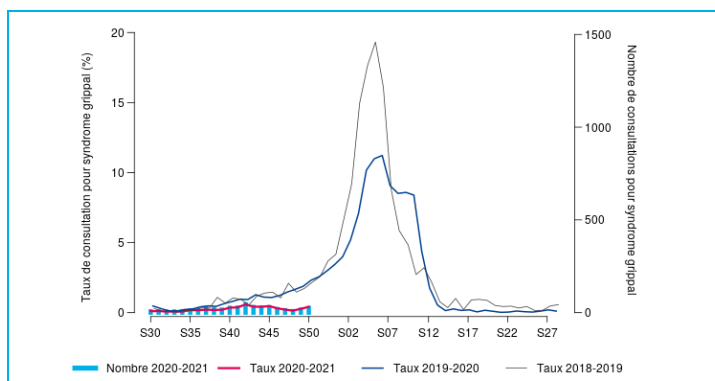


Figure 12 - Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour syndromes grippaux, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2018-2020.

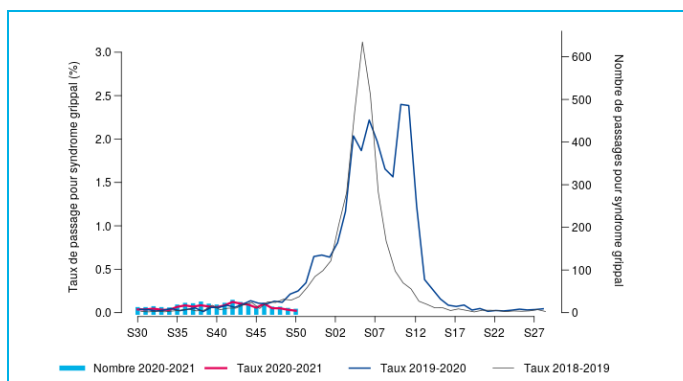


Figure 13 - Évolution hebdomadaire du nombre de passages aux urgences (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour syndromes grippaux, Oscour®, Hauts-de-France, 2018-2020.

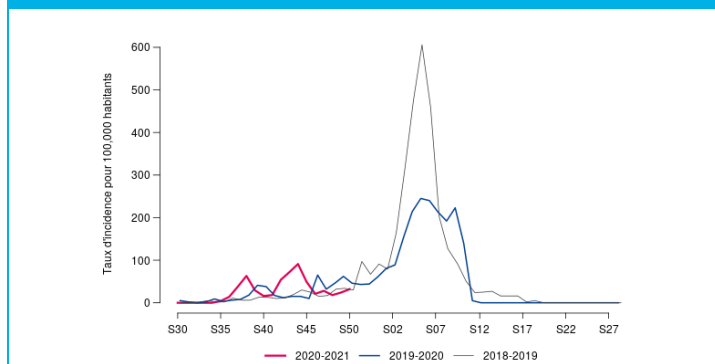


Figure 14 - Évolution hebdomadaire du taux d'incidence des syndromes grippaux, Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, 2018-2020.

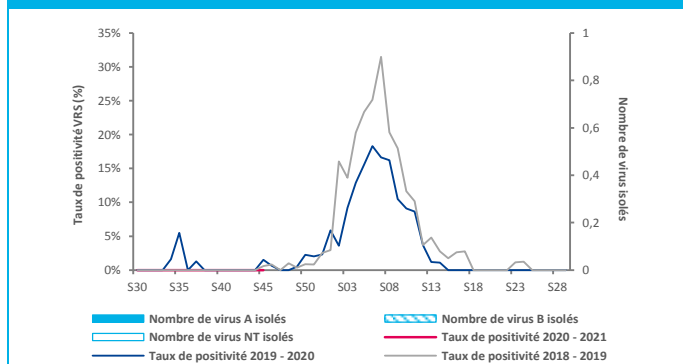


Figure 15 - Évolution hebdomadaire du nombre de virus grippaux isolés (axe droit) et taux de positivité (axe gauche), laboratoires de virologie du CHRU de Lille et du CHU d'Amiens, 2018-2020

Prévention de la grippe et des syndromes grippaux

La grippe est une infection respiratoire aiguë, contagieuse, due aux virus Influenzae. Les virus grippaux se répartissent essentiellement entre deux types : A et B, se divisant eux-mêmes en sous-types (A(H3N2) et A(H1N1)) ou lignage (B/Victoria et B/Yamagata). Les virus de la grippe se transmettent de personne à personne par les sécrétions respiratoires à l'occasion d'éternuements ou de toux. Ils peuvent également se transmettre par contact à travers des objets contaminés. Les lieux confinés et très fréquentés (métro, bus, collectivités scolaires...) sont propices à la transmission de ces virus. La période d'incubation varie de 1 à 3 jours.

La prévention de la grippe repose sur la vaccination (un délai de 15 jours après la vaccination est nécessaire pour être protégé) ainsi que sur des mesures d'hygiène simples pouvant contribuer à limiter la transmission de personne à personne.

Concernant le malade, dès le début des symptômes, il lui est recommandé de :

- limiter les contacts avec d'autres personnes et en particulier les personnes à risque ;
- se couvrir la bouche à chaque fois qu'il tousse ou éternue ;
- se moucher et ne cracher que dans des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle recouverte d'un couvercle.

Tous ces gestes doivent être suivis d'un lavage des mains à l'eau et au savon ou à défaut, avec des solutions hydro-alcooliques. Concernant l'entourage du malade, il est recommandé de :

- éviter les contacts rapprochés avec les personnes malades, en particulier quand on est une personne à risque ;
- se laver les mains à l'eau et au savon après contact avec le malade ou le matériel utilisé par le malade ;
- nettoyer les objets couramment utilisés par le malade.

➔ Pour plus d'informations sur les mesures de prévention, les symptômes de la grippe, sa transmission ou les mesures de prévention : [cliquez ici](#)

Gastro-entérites aiguës (GEA)

Synthèse des données disponibles

Activité faible. En semaine S-50, l'activité pour GEA reste faible et globalement stable dans les recours aux d'urgences et à SOS Médecins. Comparé aux saisons précédentes, le niveau des recours pour GEA est nettement inférieur, ce qui est peut être mis au crédit du renforcement des mesures d'hygiène dans le cadre de l'épidémie de Covid-19. L'incidence des diarrhées aiguës estimée par le réseau Sentinelles est en nette augmentation. En semaine S-50, un seul virus entérique a été isolé chez des patients hospitalisés au CHU d'Amiens et aucun au CHRU de Lille.

Recours aux soins d'urgence pour GEA en Hauts-de-France, semaine 2020-50

Consultations	Tous âges				Moins de 5 ans			
	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
SOS Médecins	258	4,30 %	Faible	Stable	36	3,00 %	Faible	En légère augmentation
SU - réseau Oscour®	109	0,58 %	Faible	Stable	43	2,09 %	Faible	Stable

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

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

Consulter les données nationales :

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

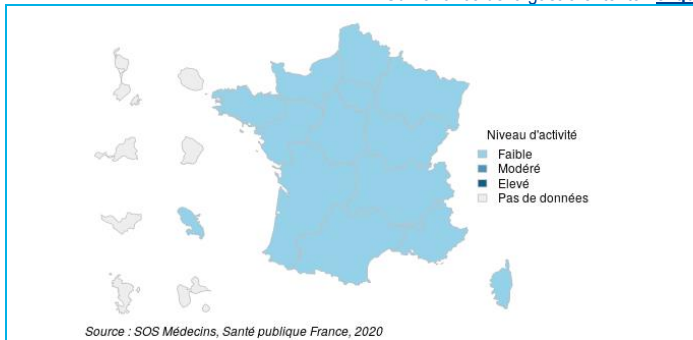


Figure 16 - Niveau d'activité hebdomadaire des SOS Médecins pour GEA selon la région. France entière, semaine 2020-50.

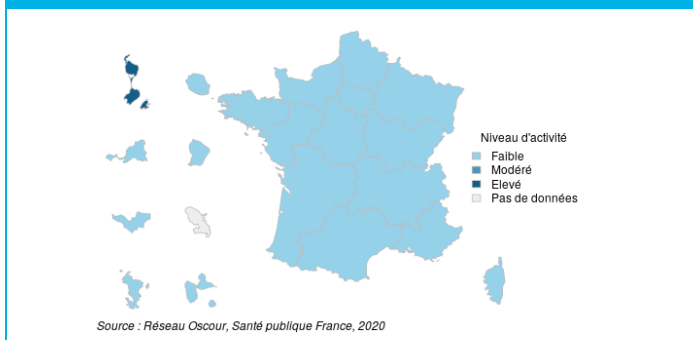


Figure 18 - Niveau d'activité hebdomadaire des services d'urgence pour GEA selon la région. France entière, semaine 2020-50.

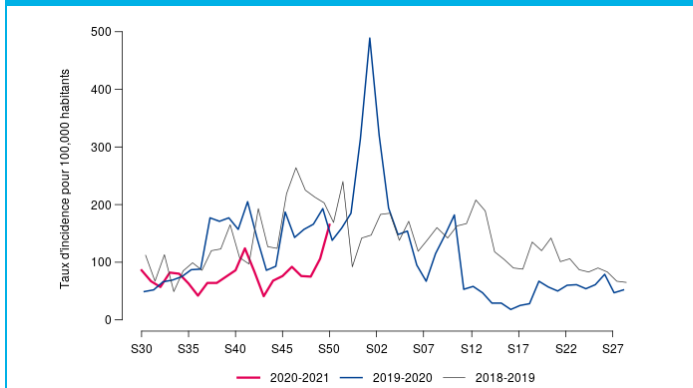


Figure 20 - Évolution hebdomadaire du taux d'incidence des diarrhées aiguës, Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, 2018-2020.

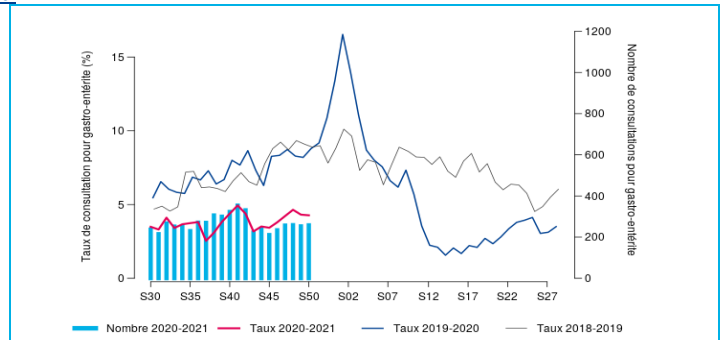


Figure 17 - Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2018-2020.



Figure 19 - Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, Oscour®, Hauts-de-France, 2018-2020.

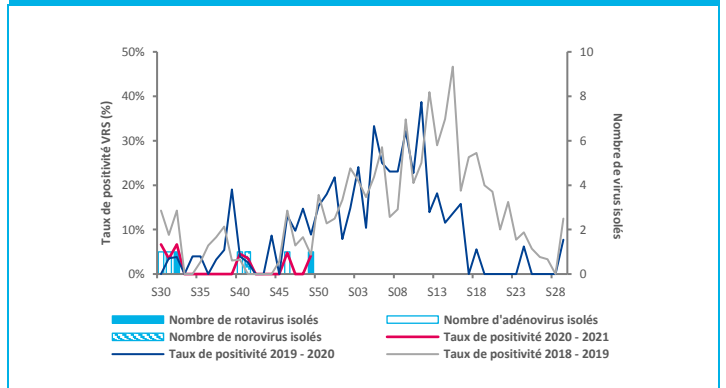


Figure 21 - Évolution hebdomadaire du nombre de virus entériques isolés (axe droit) et proportion de prélèvements positifs (axe gauche), laboratoires de virologie du CHRU de Lille et du CHU d'Amiens, 2018-2020 (données de la dernière semaine non consolidées).

Prévention de la gastro-entérite

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

La prévention des GEA repose sur les mesures d'hygiène.

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

Mortalité toutes causes

Mortalité toutes causes

A l'échelle régionale, un excès significatif de mortalité toutes causes, est observé depuis la semaine S43, tous âges et chez les personnes âgées de plus de 65 ans. A l'échelle infrarégionale, l'excès de mortalité, tous âges, persiste en semaine S-49 dans le département du Nord. L'intensité et l'ampleur des excès observés depuis plusieurs semaines seront déterminées avec la consolidation des données au cours des prochaines semaines.

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](#)

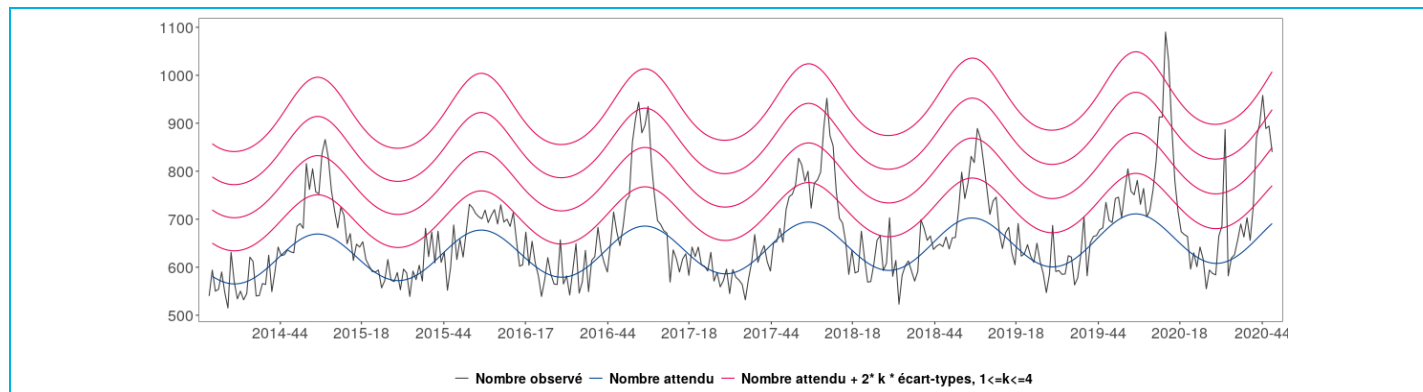


Figure 22 - Nombre hebdomadaire de décès toutes causes chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, Insee, Hauts-de-France, depuis 2014.

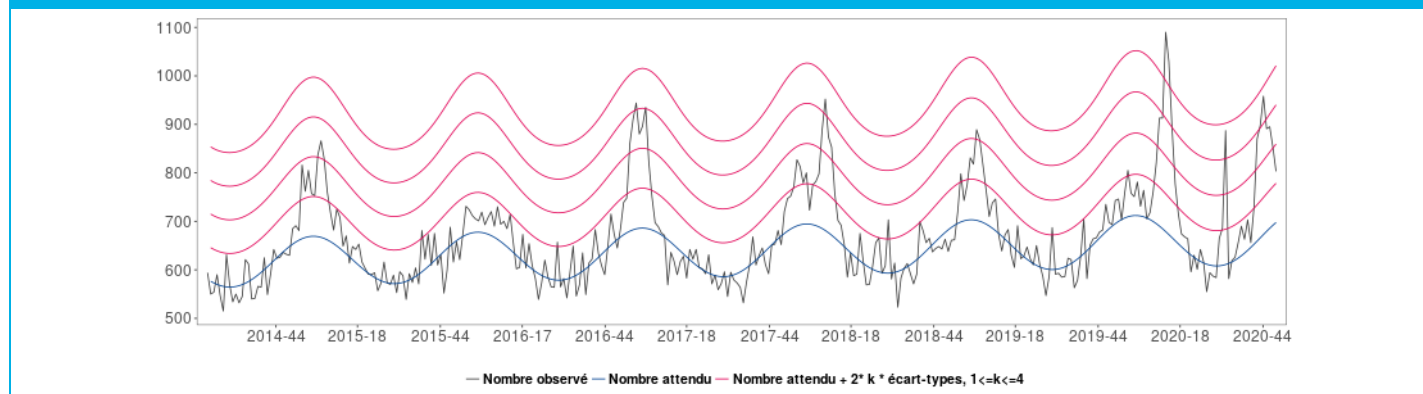


Figure 23 - Nombre hebdomadaire de décès toutes causes, tous âges, Insee, Hauts-de-France, depuis 2014

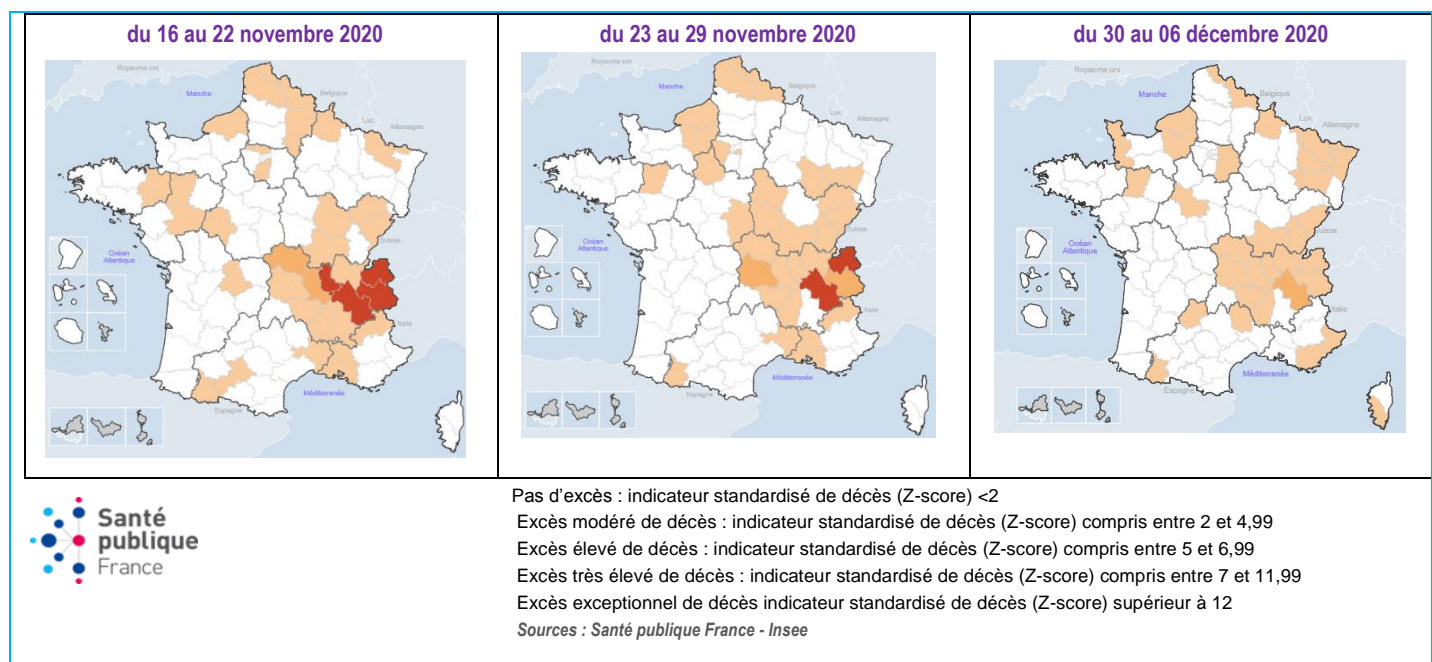


Figure 24 : Niveaux de surmortalité, toutes causes et tous âges, observés par département, France, 16 novembre au 6 décembre 2020. Source : Insee, données des services d'état-civil (méthode Euromomo)

Annexe

Caractéristiques clinico-épidémiologiques des cas graves de COVID-19 admis en réanimation (surveillance sentinelle) dans les 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 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.

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 1^{er} août 2020 et le 13 décembre 2020, 679 cas graves de COVID-19, admis dans les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, ont été rapportés dans la région Hauts-de-France. Le nombre de nouveaux cas signalés avait fortement augmenté en semaines 43 à 45 au moment du pic épidémique mais a commencé diminuer début novembre, après la mise du 2^{ème} confinement national (**Figure 24**). Aucun cas grave de grippe en réanimation n'a été rapporté jusqu'à présent.
- L'âge moyen des cas, admis en réanimation depuis le 1^{er} 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 met en évidence un pic des admissions en semaine 45 quel que soit l'âge (**Figure 25**).
- 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 1^{ère} vague (mars à juin 2020), l'hypertension artérielle (HTA) (50 % de l'ensemble des cas), l'obésité définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m² (40 %) et le diabète (37 %), (**Tableau 4**). Parmi les 679 cas signalés dans la région depuis le 1^{er} août, 45 patients âgés de moins de 65 ans n'avaient pas de comorbidité rapportée (7 %) ce qui demeure plus faible que lors de la 1^{ère} vague (11 %).
- Parmi les 679 cas de COVID-19 admis dans les services de réanimation sentinelles depuis le 1^{er} août, 123 décès ont été rapportés, soit une létalité de 18 % à ce jour. Bien que les données d'évolution des patients doivent encore être consolidées, la létalité reste inférieure à celle observée lors de la 1^{ère} vague (23 %). Les cas décédés lors de la deuxième vague sont plus âgés que l'ensemble des cas (âge moyen 72 ans (médiane 73 ans, minimum 30 ans, maximum 87 ans) et 74 % sont des hommes. La grande majorité des patients décédés lors de cette deuxième vague (89 %) présentait au moins une comorbidité. La durée moyenne du séjour en réanimation, avant décès, était de 13,5 jours, plus élevée que pour les cas dont l'état de santé s'est amélioré (11 jours).
- Pour l'ensemble des cas de la deuxième vague dont l'évolution a été documentée, la durée moyenne de séjour en réanimation est de 11,5 jours. La durée moyenne entre l'hospitalisation initiale du patient et le transfert en réanimation est de 2 jours. Lorsque la date de début des signes était renseignée, le délai moyen entre le début des signes et l'hospitalisation initiale était de 7 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 actuellement chez les patients hospitalisés en réanimation :
 - Une prévalence plus importante de comorbidités (87 % *versus* 78 %) et notamment, de l'obésité, de l'HTA et du diabète (données probablement sous-estimées lors de la 1^{ère} vague car non recueillies systématiquement en tout début d'épidémie).
 - Un recours moins fréquent à une 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 plus faible du syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) (71 % *versus* 83 %).
 - Une durée moyenne de séjour en réanimation plus courte (11,5 jours *versus* 20 jours) pouvant s'expliquer, d'une part par le fait que des cas de COVID-19, actuellement admis en réanimation sont « moins graves » que lors de la 1^{ère} vague, et d'autre part, du fait de l'amélioration de la prise en charge des patients et des protocoles thérapeutiques. Ces estimations ne prennent pas en compte les patients actuellement toujours hospitalisés en réanimation (ou information non encore renseignée) et qui pourraient avoir des durées plus longues de séjour. La durée moyenne de séjour peut donc être pour l'instant sous-estimée et sera réévaluée lors de la consolidation des données.

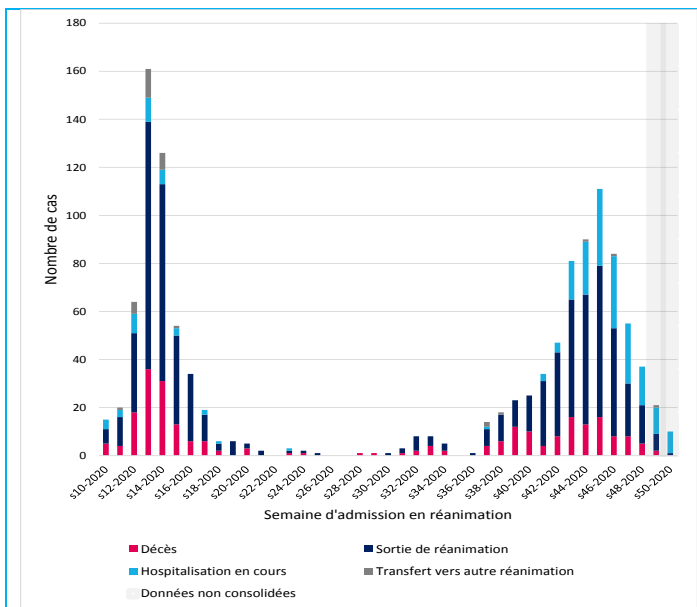


Figure 24 : Courbe épidémique des cas graves de COVID-19 signalés par les services de réanimation sentinelles de la région Hauts-de-France selon la semaine d'admission en réanimation, de mars à mi-décembre 2020.

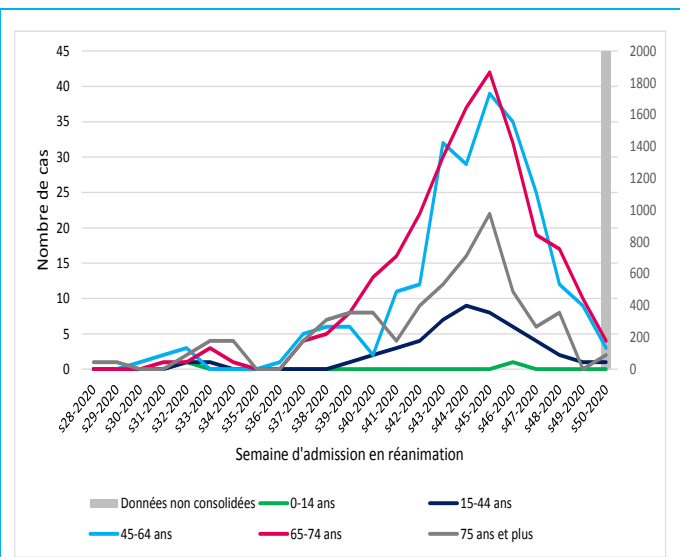


Figure 25- Évolution par classes d'âge des cas graves de COVID-19 signalés par les services de réanimation sentinelles de la région Hauts-de-France, selon la semaine d'admission en réanimation, du 1^{er} août au 13 décembre 2020.

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 (première vague) puis d'août à mi-décembre 2020 (deuxième vague).

	Depuis le 1 ^{er} août 2020		Mars à juin 2020			Depuis le 1 ^{er} août 2020		Mars à juin 2020	
	N	% ¹	N	% ¹		N	% ¹	N	% ¹
Cas admis dans les services sentinelles de réanimation					Comorbidités²				
Nombre total de cas signalés	679		517		Aucune	73	10,8%	91	17,6%
Évolution					Au moins une comorbidité	588	86,6%	404	78,1%
Hospitalisation en cours ou évolution non renseignée	170	25,0%	37	7,2%	Obésité (IMC ≥ 30) ³	274	40,4%	153	29,6%
Transfert vers un autre service de réanimation	6	0,9%	26	5,0%	Hypertension artérielle	338	49,8%	161	31,1%
Sortie de réanimation ou retour à domicile	380	56,0%	328	63,4%	Diabète	249	36,7%	127	24,6%
Décès	123	18,1%	126	24,4%	Pathologie cardiaque	167	24,6%	113	21,9%
Répartition par sexe					Pathologie pulmonaire	149	21,9%	83	16,1%
Hommes	483	71,1%	374	72,3%	Immunodépression	43	6,3%	35	6,8%
Femmes	193	28,4%	143	27,7%	Pathologie rénale	56	8,2%	34	6,6%
Non renseigné	3	0,4%	0	0,0%	Cancer ⁴	42	6,2%	-	-
Sexe-Ratio H/F	2,5		2,6		Pahologie neuromusculaire	15	2,2%	19	3,7%
Répartition par classe d'âge					Pathologie hépatique	17	2,5%	6	1,2%
0-14 ans	2	0,3%	4	0,8%	Autre	127	18,7%	70	13,5%
15-44 ans	50	7,4%	40	7,7%	Non renseigné	18	2,7%	22	4,3%
45-64 ans	233	34,3%	204	39,5%	Type de ventilation le plus invasif au cours du séjour en réanimation				
65-74 ans	265	39,0%	189	36,6%	O2 (lunettes/masque)	40	5,9%	31	6,0%
75 ans et plus	129	19,0%	80	15,5%	VNI (Ventilation non invasive)	138	20,3%	36	7,0%
Non renseigné	0	0,0%	0	0,0%	Oxygénothérapie à haut débit	127	18,7%	91	17,6%
Age moyen / médian [min ; max]	65 / 67	[0 ; 91]	63 / 66	[0 ; 90]	Ventilation invasive	128	18,9%	303	58,6%
Région de résidence des patients					Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R) ⁶	10	1,5%	20	3,9%
Hauts-de-France	616	90,7%	463	89,6%	Non renseigné	236	34,8%	36	7,0%
Hors Région	6	0,9%	6	1,2%	SDRA⁷ et sévérité maximale atteinte au cours du séjour en réanimation				
Inconnue	57	8,4%	48	9,3%	Présence d'un SDRA				
Caractéristiques patients et facteurs de risque					Mineur	43	6,3%	53	10,3%
Professionnel de santé	14	2,1%	22	4,3%	Modéré	140	20,6%	143	27,7%
Vit en établissement médico-social (ex : EHPAD,...) ⁴	7	1,0%	-	-	Sévère	293	43,2%	215	41,6%
Grossesse en cours	5	0,7%	2	0,4%	Pas de SDRA				
Fumeur actuel ⁵	11	1,6%	-	-	Non renseigné	75	11,0%	10	1,9%
Motif d'admission en réanimation^{4,8}					Délai entre début des signes et admission en réanimation				
Infection respiratoire aiguë virale ou IRA ⁵	381	56,1%	-	-	Délai moyen / médian en jours [min ; max]				
Décompensation de pathologie sous-jacente	25	3,7%	-	-	8,5 / 8 [0 ; 58]				
Surinfection bactérienne	8	1,2%	-	-	Durée moy/méd de séjour en réanimation en jours [min ; max]				
Autre	42	6,2%	-	-	Ensemble des cas avec évolution renseignée				
Non renseignée	259	38,1%	-	-	11,5 / 9 [0 ; 75]				
					Cas sortis de réanimation				
					11 / 8 [0 ; 61]				
					Cas décédés				
					13,5 / 11 [0 ; 75]				
					18 / 13 [0 ; 123]				

¹ Les pourcentages sont calculés sur l'ensemble des patients (N=517 première vague et N=579 deuxième vague)

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 (N=204 première vague et N=541 deuxième vague) ou pour lesquels la notion d'obésité morbide (IMC≥40 était renseignée lors de la première vague (N=27)). 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

Le point épidémiologique

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, 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	94,6 %	98,9 %	90,1 %	-	-	98,1 %
SAU – Nombre de SU inclus	50/51	7/7	19/21	7/7	11/11	6/6
SAU – Taux de codage diagnostique	68,5 %	83,3 %	86,7 %	29,5 %	41,8 %	78,5 %



Equipe de rédaction

Santé publique France Hauts-de-France

HAEGHEBAERT Sylvie
HANON Jean-Baptiste
MAUGARD Charlotte
N'DIAYE Bakhao
PONTIES Valérie
PROUVOST Hélène
RIDCHARSONS Ingrid
SHAIYKOVA Arnoo
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
10 décembre 2020

Contact

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

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