

Surveillance COVID-19

Évolution des indicateurs

Nouveaux cas en Hauts-de-France : ↘

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

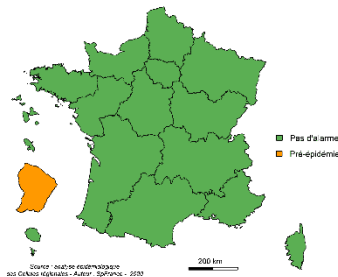
En médecine libérale : →

A l'hôpital : →

- Services d'urgences : →
- Hospitalisations : →

Surveillance des épidémies hivernales

Bronchiolite (Moins de 2 ans)



Évolution régionale : →

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

Gastro-Entérites

Évolution régionale : →

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

→ Pour plus d'informations sur les virus hivernaux, voir sur le site internet de [Santé publique France](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, stable
- A l'hôpital (services d'urgences) : niveau faible, stable

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

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

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

- ↗ En augmentation
- Stable
- ↘ En diminution

Détails des indicateurs régionaux en pages :

COVID-19.....	2
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 S51 dans les départements du Pas-de-Calais et 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 (Cf. Annexe p.9)

Point d'actualité

Vaccination COVID-19 : quel rôle pour Santé publique France ?

En France, la COVID-19 a provoqué plus de 245 000 hospitalisations et plus de 62 000 décès entre fin janvier et le 26 décembre 2020. Les personnes les plus sévèrement touchées sont les personnes de plus de 65 ans et les personnes obèses ou fragilisées par certaines maladies chroniques. Au-delà des mesures barrières, la possibilité de prévenir la morbidité sévère et la mortalité liées au virus repose sur les traitements et les vaccins. Dimanche 27 décembre a débuté la première phase de vaccination.

→ Plus d'informations cliquez [ICI](#)

Situation épidémiologique

Dans les Hauts-de-France, en semaine 52, on observe une diminution significative du taux d'incidence en région et également des taux d'incidence des départements de l'Aisne et du Pas-de-Calais. L'Aisne et la Somme présentaient en semaine 52 des taux d'incidence significativement supérieurs au taux régional. Bien qu'en diminution, le taux d'incidence de l'Aisne demeure toujours supérieur au seuil d'alerte renforcée (150 cas/10⁵ habitants). Les taux d'incidence des autres départements restent également à un niveau élevé. Les taux de positivité sont en baisse au niveau régional et départemental. La circulation virale est élevée chez les jeunes (20-29 ans) et chez les plus de 65 ans.

Compte tenu des modalités inhabituelles de recours au dépistage à l'approche des fêtes de fin d'années (fort recours au dépistage en prévision d'un déplacement ou d'un regroupement familial, augmentation de la part des asymptomatiques parmi les personnes testées), il convient de rester prudent quant à l'évolution à la baisse des indicateurs virologiques et d'attendre la confirmation de ces tendances au cours des prochaines semaines.

La pression sur l'offre de soin est actuellement moindre du fait de l'amélioration de la situation épidémiologique durant le confinement de novembre, mais les niveaux de circulation communautaire du virus restent élevés et **les mesures de prévention et de distanciation physique restent essentielles, notamment lors de regroupements familiaux, pour protéger les personnes les plus vulnérables vis-à-vis de la COVID-19. Ces mesures, associées aux mesures collectives**, sont actuellement les seuls moyens de protection permettant de freiner la circulation du virus SARS-CoV-2 et d'en réduire l'impact sur le système de soins et la mortalité.

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

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 52, 7 230 nouveaux cas d'infection à SARS-CoV-2 ont été confirmés dans la région Hauts-de-France, par RT-PCR ou test antigénique. Ce nombre est en diminution (- 15 %) par rapport à la semaine 51. Au niveau départemental, bien qu'ils demeurent élevés, une baisse significative des taux d'incidence est observée dans les départements de l'Aisne et du Pas-de-Calais (Figure 2). Les taux de positivité aux niveaux régional et départemental, également en baisse, sont désormais inférieurs à 5 %, dans un contexte de hausse continue du taux de dépistage (+36 % en semaine 52) (Tableau 1, Figure 2).

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

	Nouveaux cas/100000 personnes			Taux de positivité (%)		Tests/100000 personnes	
	Semaine 51	Semaine 52	Tendance*	Semaine 51	Semaine 52	Semaine 51	Semaine 52
Aisne-02	265 [251-279]	163 [153-175]	↘	8,9	4,9	2978	3300
Nord-59	123 [119-128]	117 [114-122]	→	4,2	2,8	2948	4230
Oise-60	114 [107-122]	101 [95-108]	→	4,9	3,4	2332	2950
Pas-de-Calais-62	149 [143-155]	118 [113-124]	↘	6,2	3,6	2429	3293
Somme-80	149 [139-159]	135 [126-145]	→	5,9	3,9	2512	3487
Hauts-de-France	143 [140-146]	121 [119-124]	↘	5,3	3,3	2697	3672

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

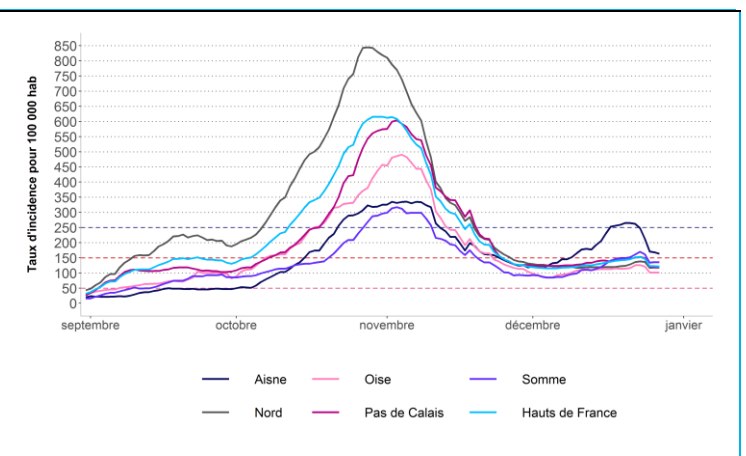
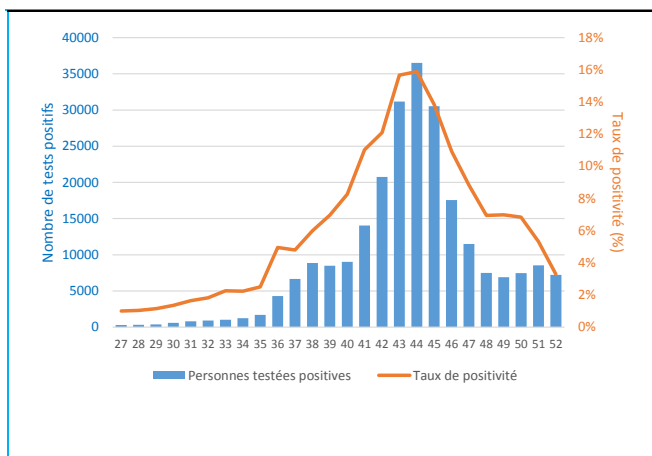


Figure 1 - Évolution hebdomadaire du nombre de tests SARS-CoV-2 positifs (axe gauche) et du taux de positivité (axe droit), SI-DEP, Hauts-de-France, du 6 juillet au 27 décembre 2020.

Figure 2 - Évolution sur 7 jours glissants du taux d'incidence de tests positifs à SARS-CoV-2 par département, SI-DEP, Hauts-de-France, du 31 août au 27 décembre 2020.

Situation des territoires

A l'échelle infra-départementale, la circulation virale diminue en semaine 52 mais demeure à un niveau élevé. Plus de la moitié (51 %) de la population régionale (soit 38 % des EPCI) est actuellement exposée à des taux d'incidence (TI) significativement supérieurs à 100 cas/10⁵ habitants. En semaine 52, 15 EPCI (16 %) présentent des TI significativement supérieurs au seuil d'alerte renforcée (150/10⁵ habitants) contre 24 EPCI (26 %) en semaine 51. Trois EPCI, dont 2 sont situés dans le département de la Somme, présentent des TI au-dessus du seuil d'alerte maximal (250/10⁵).

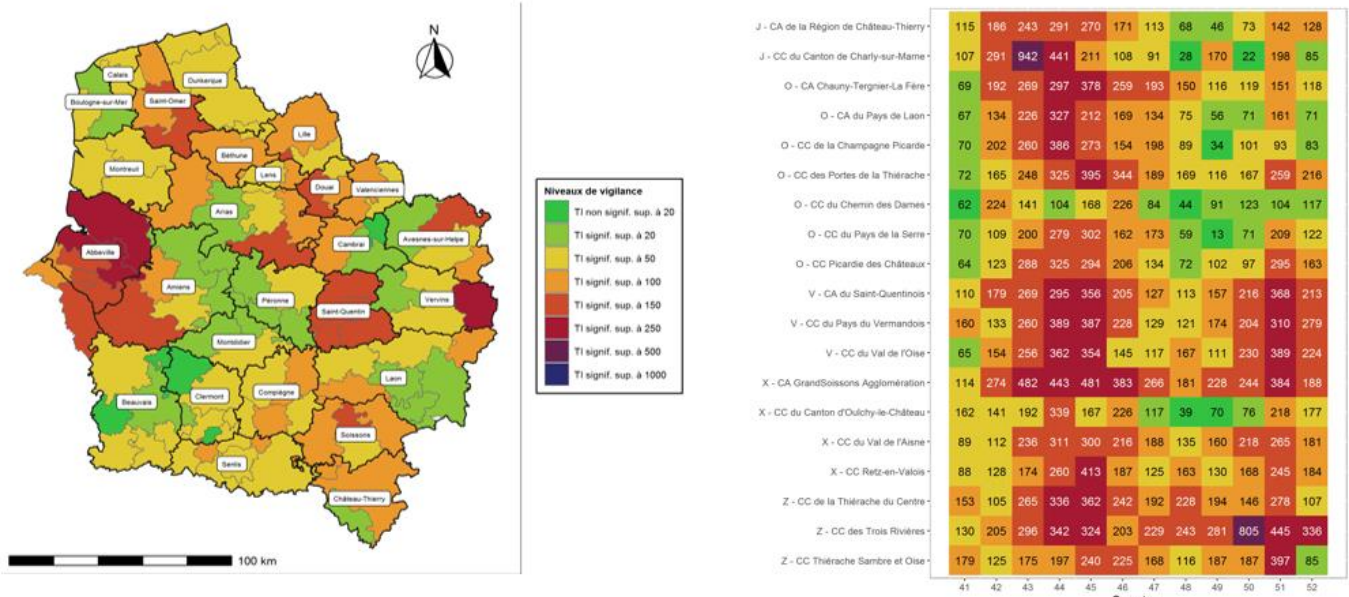


Figure 3 - Taux d'incidence pour 100 000 habitants par EPCI estimés en semaine 51 (gauche) et évolution du taux d'incidence hebdomadaire pour les principales EPCI de la région (droite), SI-DEP, Hauts-de-France, fond de carte (data.gouv.fr).

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

En ville, en semaine 52, la part moyenne d'activité des SOS médecins pour suspicion de COVID-19 était stable au niveau régional (Figure 4). Elle était en augmentation sur la métropole Lilloise.

En médecine de ville (Réseau sentinelles), le taux de recours pour infection respiratoire aiguë (IRA) ou suspicion de COVID-19, estimé à 10 [0-26] consultations pour 100 000 habitants, était en diminution en semaine 52 (Figure 5).

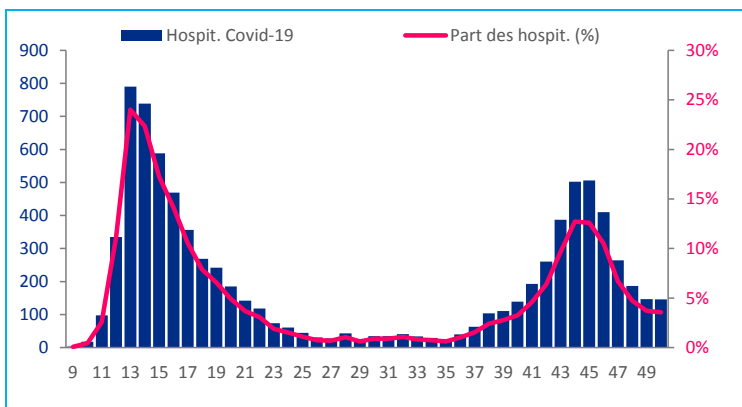


Figure 4 - Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe gauche) et proportion d'activité (axe droit) pour suspicion de COVID-19, SOS Médecins, Hauts-de-France, du 24 février au 27 décembre 2020.

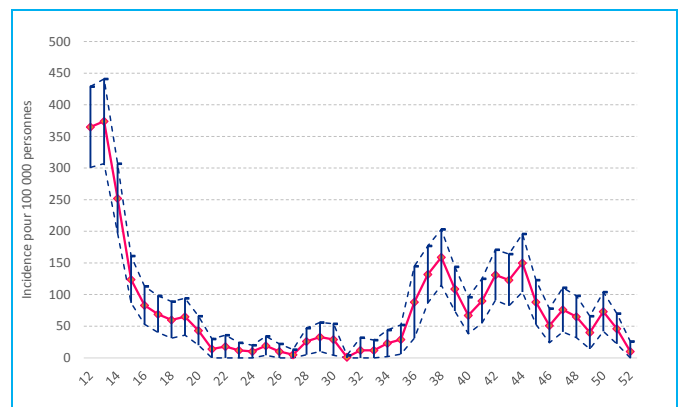


Figure 5 - Évolution hebdomadaire du nombre de recours pour IRA ou suspicion de COVID-19 (/100 000 habitants), Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, du 16 mars au 27 décembre 2020.

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

La part d'activité régionale des recours aux urgences pour suspicion de COVID-19 était stable en semaine 52 (1,8 % *versus* 2,0 % en semaine précédente). Elle a augmenté dans l'Oise et l'Aisne où elle reste élevée par rapport aux autres départements de la région. La part des hospitalisations pour suspicion de COVID-19 représente 4,6 % des hospitalisations après passage aux urgences, toutes causes. Elle est stable en semaine 52 (Figure 6).

En semaine 52, le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 était stable dans la région, tandis que le nombre de nouvelles admissions en réanimation était en légère augmentation (106 versus 94 en semaine 51) (Figure 7).

Le nombre de décès hospitaliers de patients infectés par le SARS-CoV-2, en augmentation en semaine 52, restait élevé avec 226 nouveaux décès déclarés par les hôpitaux de la région. Au total depuis le début de la pandémie, 4 328 personnes infectées par le SARS-CoV-2 sont décédées dans les hôpitaux des Hauts-de-France.

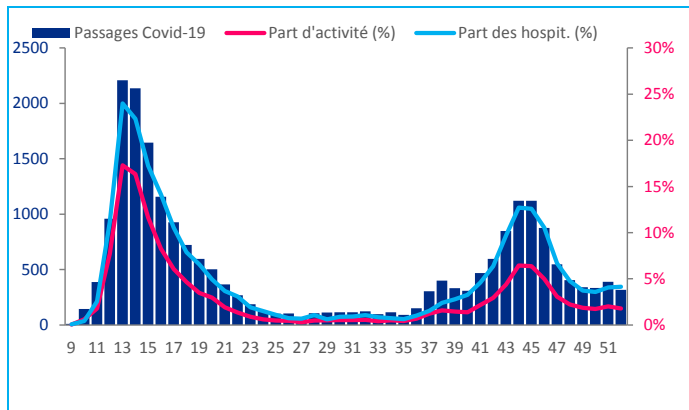


Figure 6 - Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe gauche) et proportion d'activité (axe droit) pour suspicions de COVID-19 dans les services d'urgences, Oscour®, Hauts-de-France, du 29 juin au 27 décembre 2020.

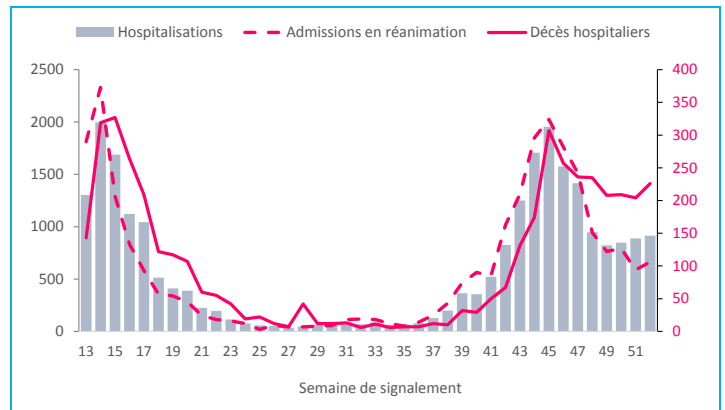


Figure 7 - Évolution hebdomadaire du nombre de décès et d'hospitalisations pour COVID-19 déclarés par les services de réanimation et d'hospitalisation conventionnelle (hors réa), SIVIC, Hauts-de-France, du 29 juin au 27 décembre 2020.

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

En semaine 52, 19 nouveaux épisodes de COVID-19 avec au moins un cas confirmé, touchant des établissements ou services médico-sociaux ont été déclarés dans l'application Voozаноо (Santé publique France). Sous réserve de consolidation des données, le nombre de nouveaux épisodes signalés est en diminution par rapport à la semaine précédente. Parmi ces 19 nouveaux épisodes signalés, 12 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, et témoigne d'une transmission toujours active au sein des établissements et des difficultés à rompre les chaînes de transmission.

Depuis le 1er juillet 2020, un total de 1 185 épisodes avec au moins un cas confirmé de COVID-19 ont été signalés. Ces épisodes ont concerné un total de 8 186 cas confirmés parmi les résidents et 4 426 cas confirmés chez le personnel. Chez les résidents, 735 cas ont été hospitalisés et 733 sont décédés, dont 410 dans les établissements et 323 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).

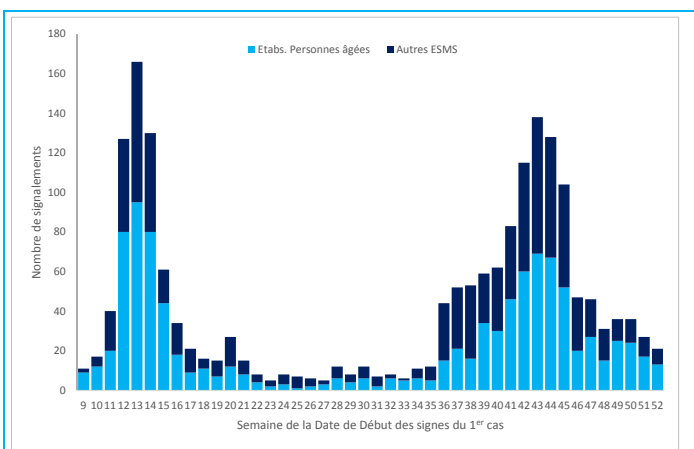


Figure 8 - Évolution hebdomadaire du nombre de signalements d'épisodes (avec au moins un cas confirmé) de cas de COVID-19 chez les résidents ou le personnel des EHPA et autres ESMS, Voozаноо®, Hauts-de-France, du 24 février au 27 décembre 2020.

		EHPA	Autres EMS	Total
Signalements d'épisodes		628	557	1185
Chez les résidents	Cas confirmés	6903	1283	8186
	Cas hospitalisés	676	61	737
	Décès hôpitaux	317	6	323
Chez le personnel	Décès établissements	409	1	410
	Cas confirmés	3413	1013	4426

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 confirmé), de cas, d'hospitalisations et de décès de COVID-19 signalés chez les résidents ou le personnel des ESMS, Voozаноо®, Hauts-de-France, du 1er juillet au 27 décembre 2020.

Bronchiolite (chez les moins de 2 ans)

Synthèse des données disponibles

Phase non épidémique. En semaine 52, l'activité pour bronchiolite était en légère augmentation chez les SOS Médecins et en légère diminution dans les services d'urgences, à un niveau modéré pour les deux sources. Aucun virus respiratoire syncytial (VRS) n'a été isolé chez des patients hospitalisés au CHU de Lille (données du CHU d'Amiens non disponibles en semaine 52). La circulation des autres virus respiratoires (rhinovirus et entérovirus) était en augmentation en semaine 52, à un niveau modéré. Au cours du week-end des 26 et 27 décembre, le niveau d'activité des deux Réseaux Bronchiolites (RB) demeurait nettement inférieur à celui observé au cours des années précédentes à la même période. L'activité du RB Picard était stable à un niveau faible, tandis que l'activité du RB 59-62 était stable à un niveau modéré. 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 2020-52

Consultations	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
SOS Médecins	33	4,84 %	Modérée	En légère augmentation
SU - réseau Oscour®	52	4,25 %	Modérée	Stable

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

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

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

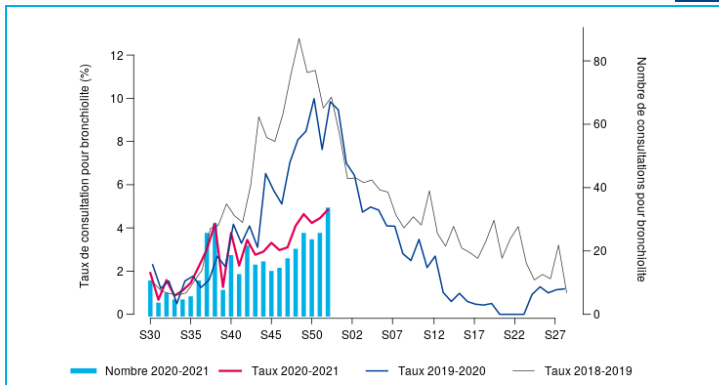


Figure 9 - Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2018-2020.

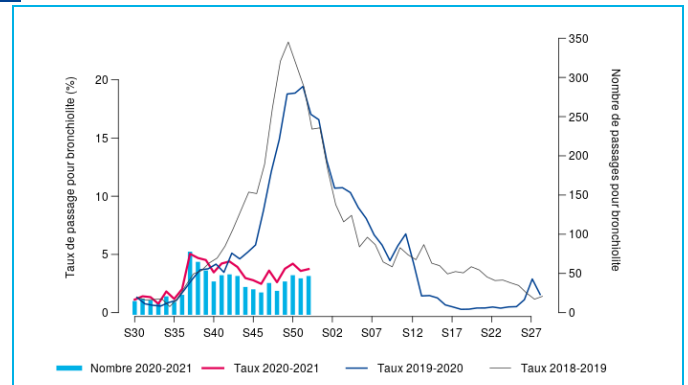


Figure 10 - Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, Oscour®, Hauts-de-France, 2018-2020.

Semaine	Nombre d'hospitalisations ¹	Pourcentage de variation (S-1)	Part des hospitalisations totales ²
2020-51	16	+6,7 %	8,4 %
2020-52 ³	17	+6,2 %	12,4 %

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.

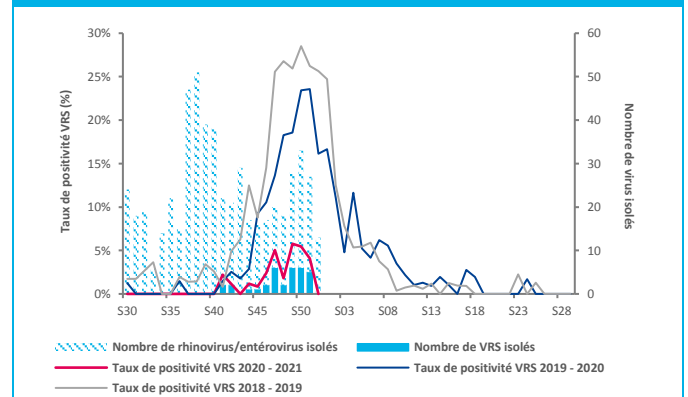


Figure 11 - Évolution hebdomadaire du nombre de VRS (axe droit) et taux de positivité pour le VRS (axe gauche), laboratoires de virologie du CHU de Lille et du CHU d'Amiens, 2018-2020.

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 est en diminution en semaine 52. Aucun virus grippal n'a été pour le moment isolé chez les patients hospitalisés CHU de Lille (données du CHU d'Amiens non disponibles en semaine 52). **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 2020-52

Consultations	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
SOS Médecins	25	0,40 %	Faible	Stable
SU - réseau Oscour®	6	0,02 %	Faible	Stable

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](#)

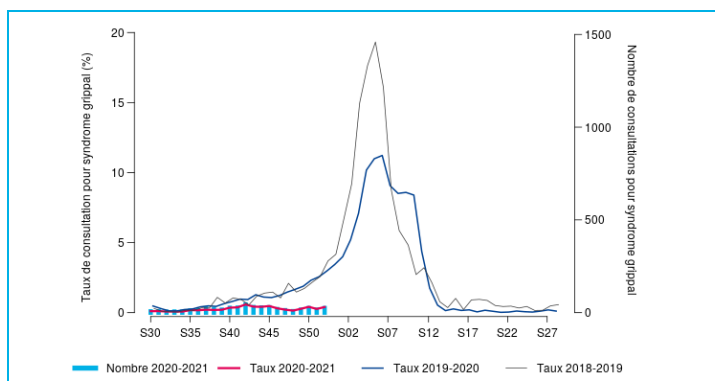


Figure 12 - Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour syndromes grippaux, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2018-2020.

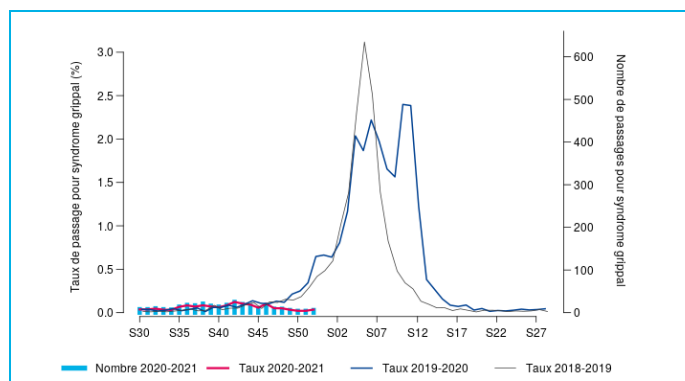


Figure 13 - Évolution hebdomadaire du nombre de passages aux urgences (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour syndromes grippaux, Oscour®, Hauts-de-France, 2018-2020.

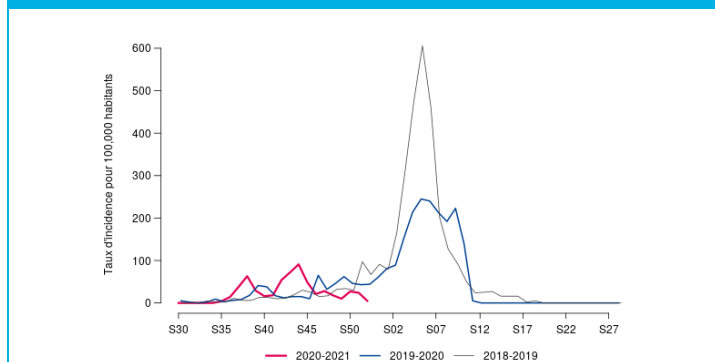


Figure 14 - Évolution hebdomadaire du taux d'incidence des syndromes grippaux, Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, 2018-2020.

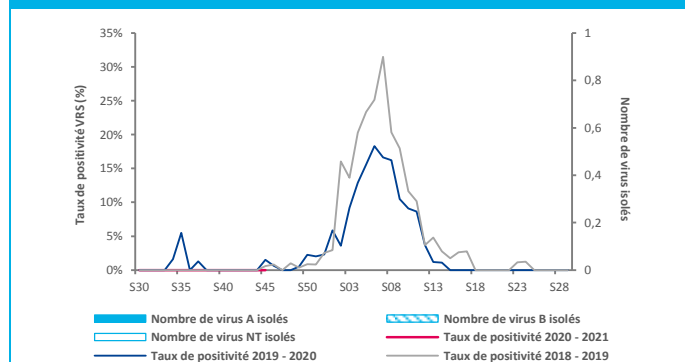


Figure 15 - Évolution hebdomadaire du nombre de virus grippaux isolés (axe droit) et taux de positivité (axe gauche), laboratoires de virologie du CHU de Lille et du CHU d'Amiens, 2018-2020

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 52, l'activité pour GEA était en légère diminution à SOS Médecins et stable dans les services d'urgences, à un niveau toujours faible. Les niveaux de recours aux soins pour GEA sont actuellement nettement inférieurs à ceux observés les années précédentes. Cela peut probablement 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 diminution en semaine 52. Aucun virus entérique n'a été isolé chez des patients hospitalisés au CHU de Lille en semaine 52 (données du CHU d'Amiens non disponibles en semaine 52).

Recours aux soins d'urgence pour GEA en Hauts-de-France, semaine 2020-52

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	179	2,86 %	Faible	En légère diminution	49	3,35 %	Faible	En légère augmentation
SU - réseau Oscour®	117	0,64 %	Faible	stable	44	2,02 %	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](#)

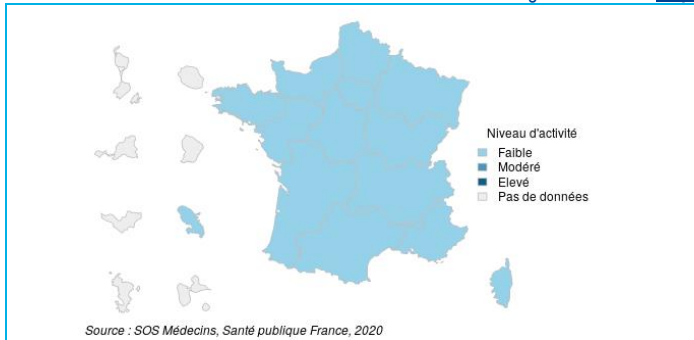


Figure 16 - Niveau d'activité hebdomadaire des SOS Médecins pour GEA selon la région. France entière, semaine 2020-52.

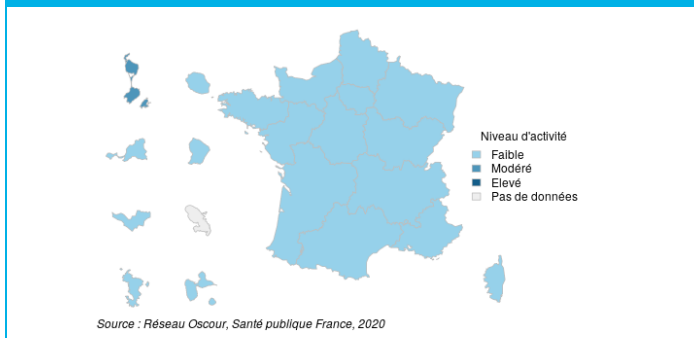


Figure 18 - Niveau d'activité hebdomadaire des services d'urgence pour GEA selon la région. France entière, semaine 2020-52.

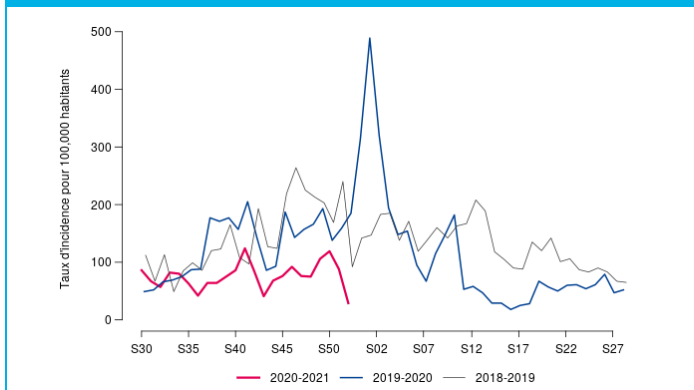


Figure 20 - Évolution hebdomadaire du taux d'incidence des diarrhées aiguës, Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, 2018-2020.

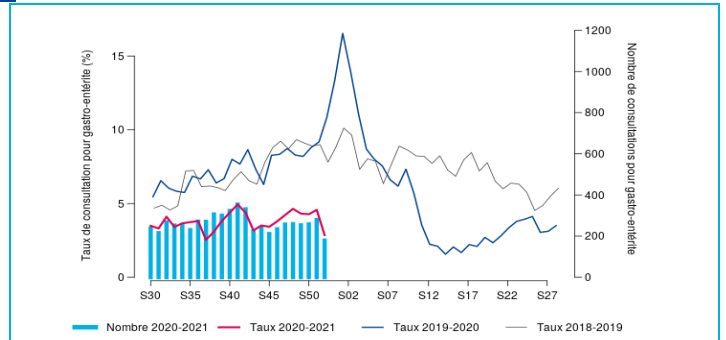


Figure 17 - Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2018-2020.



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

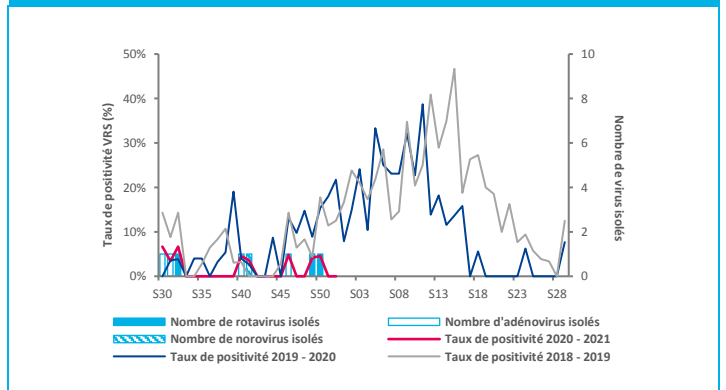


Figure 21 - Évolution hebdomadaire du nombre de virus entériques isolés (axe droit) et proportion de prélèvements positifs (axe gauche), laboratoires de virologie du CHU de Lille et du CHU d'Amiens, 2018-2020 (données de la dernière semaine non consolidées).

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 43, tous âges et chez les personnes âgées de plus de 65 ans. A l'échelle infrarégionale, en semaine 51, l'excès de mortalité chez les plus de 65 ans et tous âges, concerne les départements du Pas-de-Calais et 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](#)

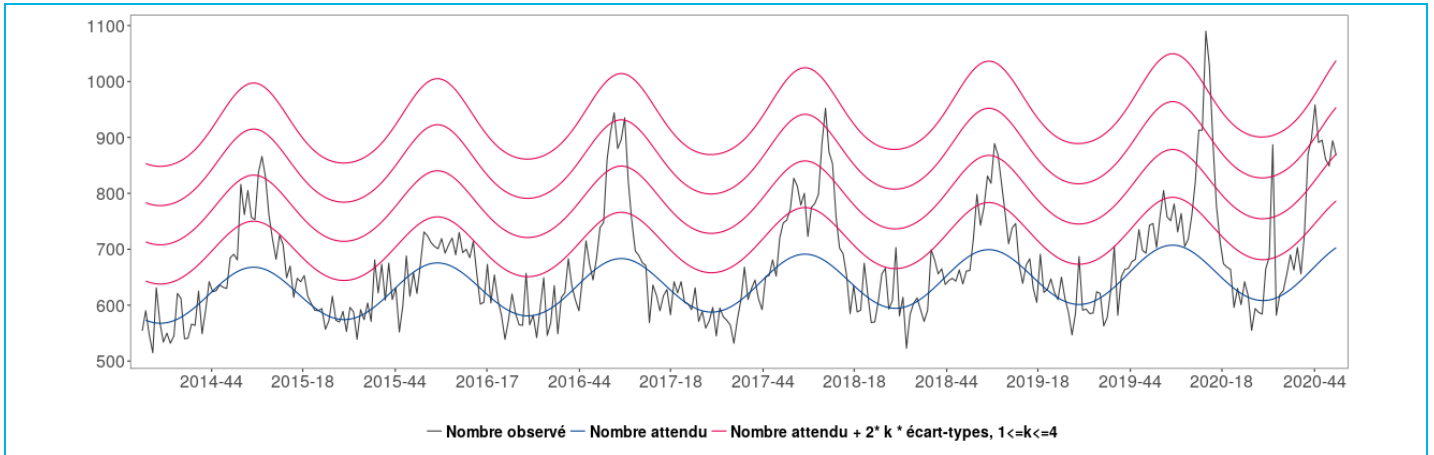


Figure 22 - Nombre hebdomadaire de décès toutes causes chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, Insee, Hauts-de-France, depuis 2014.

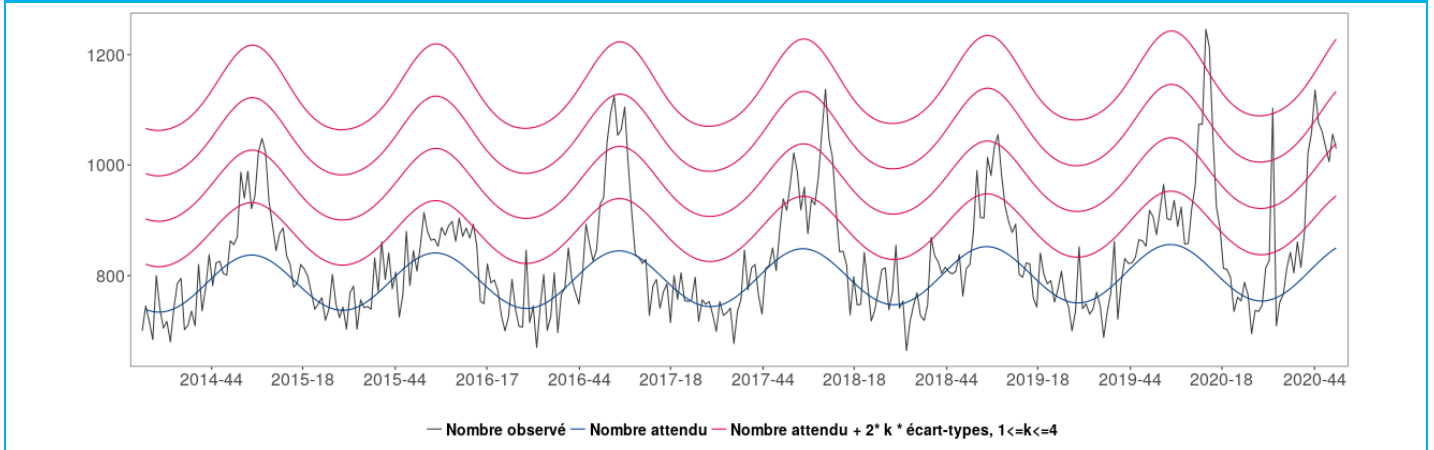


Figure 23 - Nombre hebdomadaire de décès toutes causes, tous âges, Insee, Hauts-de-France, depuis 2014



Pas d'excès : indicateur standardisé de décès (Z-score) <2
 Excès modéré de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 2 et 4,99
 Excès élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 5 et 6,99
 Excès très élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 7 et 11,99
 Excès exceptionnel de décès indicateur standardisé de décès (Z-score) supérieur à 12
 Sources : Santé publique France – Insee

Figure 24 : Niveaux de surmortalité, toutes causes et tous âges, observés par département, France, 23 novembre au 13 décembre 2020. Source : Insee, données des services d'état-civil (méthode Euromomo)

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

Objectif et méthode de la surveillance

La surveillance sentinelle des cas graves de COVID-19 hospitalisés en réanimation, animée par les Cellules régionales de Santé publique France, est basée sur un réseau de services de réanimation volontaires (20 services pour la région Hauts-de-France, répartis dans 10 établissements de santé de la région) et a pour objectif de documenter les caractéristiques des cas graves de COVID-19 admis en réanimation. Elle n'a pas vocation à dénombrer de façon exhaustive la totalité des cas graves de COVID-19 admis en réanimation dans la région, le décompte de l'ensemble des cas de COVID-19 hospitalisés en réanimation étant réalisé via l'outil SIVIC (Système d'information pour le suivi des victimes). La surveillance avait été interrompue fin juin 2020 compte tenu du faible nombre de nouveaux cas signalés, en accord avec la dynamique de l'épidémie, et a été réactivée dans la région Hauts-de-France dès le 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 et le 29 décembre 2020, 705 cas graves de COVID-19 admis dans un service de réanimation participant à la surveillance ont été rapportés dans la région Hauts-de-France. Le nombre de nouveaux cas signalés avait fortement augmenté en semaines 43 à 45 au moment du pic épidémique mais a commencé diminuer dès début novembre après la mise du 2^{ème} confinement national (**figure 24**). Les données des dernières semaines doivent encore être consolidées, le faible nombre de cas signalés pouvant être dû aux vacances de fin d'année. 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 (**figure 25**) met en évidence un pic des admissions en semaine 45 dans toutes les classes d'âges (au moment du pic épidémique) et une légère ré-augmentation des cas âgés de 65 à 74 ans en semaine 52 (données encore non totalement consolidées).
- Pour la grande majorité des cas (86 %), 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 705 cas signalés dans la région depuis le 1^{er} août, 49 patients âgés de moins de 65 ans n'ont pas de comorbidité rapportée (7 %) ce qui demeure plus faible que lors de la 1^{ère} vague où la part de ces patients était de 11 %.
- Parmi les 705 cas de COVID-19 admis dans les services de réanimation sentinelles depuis le 1^{er} août, 134 décès ont été rapportés, soit une létalité de 19 %, à ce jour. Bien que les données d'évolution des patients doivent encore être consolidées, la létalité reste en-dessous de celle observée lors de la 1^{ère} vague qui était de 23 %. Les cas décédés lors de cette deuxième vague sont plus âgés que l'ensemble des cas, avec une moyenne d'âge de 72 ans (médiane 73 ans, minimum 30 ans, maximum 87 ans) et 75 % étaient des hommes. La grande majorité des cas décédés lors de cette deuxième vague (90 %) présentait au moins une comorbidité. La durée moyenne de séjour en réanimation avant décès était de 15 jours, plus élevée que pour les cas dont l'état de santé s'est amélioré (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 12 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 est 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 (86 % *versus* 78 %) et notamment une prévalence plus importante 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 la ventilation invasive, et plus fréquent à la ventilation non invasive (VNI) au cours du séjour en réanimation (données probablement sous-estimées actuellement car cette information n'est à fournir qu'à la sortie du patient de réanimation).
 - Une prévalence moins importante de syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) (72 % *versus* 83 %).
 - Une durée moyenne de séjour en réanimation plus courte (12 jours *versus* 20 jours) pouvant s'expliquer d'une part par le fait que les cas de COVID-19 admis en réanimation actuellement sont « moins graves » que lors de la 1^{ère} vague, et d'autre part par l'amélioration de la prise en charge des patients et des nouveaux protocoles thérapeutiques. Néanmoins, pour les patients de la seconde vague, ce calcul ne prend pas en compte les patients qui ne sont pas encore sortis de réanimation (ou information non encore renseignée) et qui pourraient avoir une durée plus longue de séjour. Cette durée moyenne de séjour peut donc être pour l'instant sous-estimée et sera réévaluée lors de la consolidation des données.

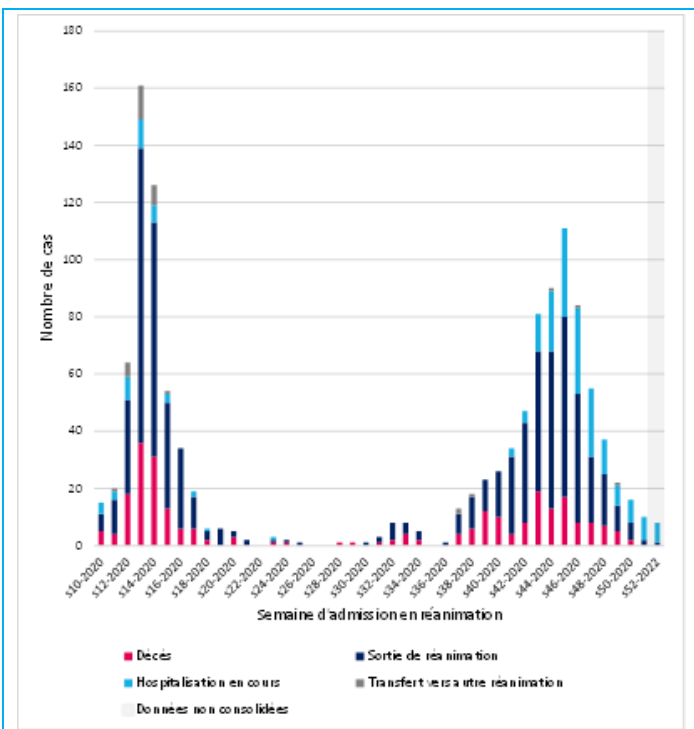


Figure 24 – Courbe épidémique des cas graves de COVID-19 signalés par les services de réanimation sentinelles de la région Hauts-de-France selon la semaine d'admission en réanimation, de mars à fin décembre 2020.

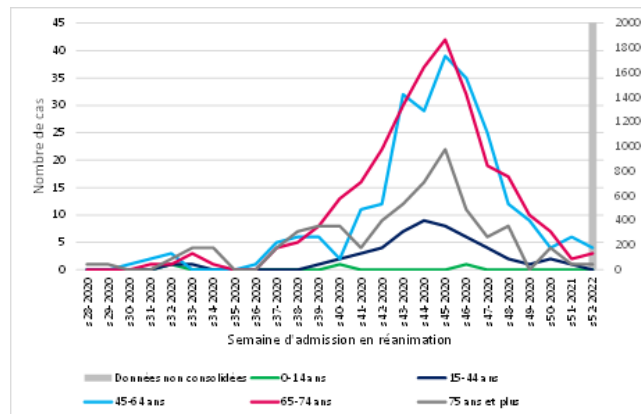


Figure 25 – Évolution par classes d'âge des cas graves de COVID-19, signalés par les services de réanimation sentinelles de la région Hauts-de-France, selon la semaine d'admission en réanimation, du 1^{er} août à fin décembre 2020.

	Depuis le 1 ^{er} août 2020		Mars à juin 2020	
	N	% ¹	N	% ¹
Cas admis dans les services sentinelles de réanimation				
Nombre total de cas signalés	705		517	
Évolution				
Hospitalisation en cours ou évolution non renseignée	170	24,1%	37	7,2%
Transfert vers un autre service de réanimation	6	0,9%	26	5,0%
Sortie de réanimation ou retour à domicile	395	56,0%	328	63,4%
Décès	134	19,0%	126	24,4%
Répartition par sexe				
Hommes	505	71,6%	374	72,3%
Femmes	199	28,2%	143	27,7%
Non renseigné	1	0,1%	0	0,0%
Sexe-Ratio H/F	2,5		2,6	
Répartition par classe d'âge				
0-14 ans	3	0,4%	4	0,8%
15-44 ans	52	7,4%	40	7,7%
45-64 ans	244	34,6%	204	39,5%
65-74 ans	273	38,7%	189	36,6%
75 ans et plus	133	18,9%	80	15,5%
Non renseigné	0	0,0%	0	0,0%
Age moyen / médian [min ; max]	65 / 67	[0 ; 91]	63 / 66	[0 ; 90]
Région de résidence des patients				
Hauts-de-France	639	90,6%	463	89,6%
Hors Région	8	1,1%	6	1,2%
Inconnue	58	8,2%	48	9,3%
Caractéristiques patients et facteurs de risque				
Professionnel de santé	15	2,1%	22	4,3%
Vit en établissement médico-social (ex : EHPAD,...) ⁴	8	1,1%	-	-
Grossesse en cours	5	0,7%	2	0,4%
Fumeur actuel ⁵	12	1,7%	-	-
Motif d'admission en réanimation^{4,8}				
Infection respiratoire aiguë virale ou IRA ⁶	396	56,2%	-	-
Décompensation de pathologie sous-jacente	25	3,5%	-	-
Surinfection bactérienne	8	1,1%	-	-
Autre	49	7,0%	-	-
Non renseignée	259	36,7%	-	-

	Depuis le 1 ^{er} août 2020		Mars à juin 2020	
	N	% ¹	N	% ¹
Comorbidités²				
Aucune	77	10,9%	91	17,6%
Au moins une comorbidité	609	86,4%	404	78,1%
Obésité (IMC ≥ 30) ³	282	40,0%	153	29,6%
Hypertension artérielle	349	49,5%	161	31,1%
Diabète	257	36,5%	127	24,6%
Pathologie cardiaque	169	24,0%	113	21,9%
Pathologie pulmonaire	153	21,7%	83	16,1%
Immunodépression	43	6,1%	35	6,8%
Pathologie rénale	58	8,2%	34	6,6%
Cancer ⁴	45	6,4%	-	-
Pathologie neuromusculaire	15	2,1%	19	3,7%
Pathologie hépatique	18	2,6%	6	1,2%
Autre	132	18,7%	70	13,5%
Non renseigné	19	2,7%	22	4,3%
Type de ventilation le plus invasif au cours du séjour en réanimation				
O2 (lunettes/masque)	41	5,8%	31	6,0%
VNI (Ventilation non invasive)	144	20,4%	36	7,0%
Oxygénothérapie à haut débit	132	18,7%	91	17,6%
Ventilation invasive	142	20,1%	303	58,6%
Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R) ⁶	11	1,6%	20	3,9%
Non renseigné	235	33,3%	36	7,0%
SDRA⁷ et sévérité maximale atteinte au cours du séjour en réanimation				
Présence d'un SDRA	504	71,5%	427	82,6%
Mineur	43	6,1%	53	10,3%
Modéré	144	20,4%	143	27,7%
Sévère	312	44,3%	215	41,6%
Pas de SDRA	122	17,3%	80	15,5%
Non renseigné	79	11,2%	10	1,9%
Délai entre début des signes et admission en réanimation				
Délai moyen / médian en jours [min ; max]	8,5 / 8	[0 ; 58]	8 / 8	[0 ; 34]
Durée moy/méd de séjour en réanimation en jours [min ; max]				
Ensemble des cas avec évolution renseignée	12 / 9	[0 ; 75]	20 / 14	[0 ; 123]
Cas sortis de réanimation	11 / 7	[0 ; 61]	21 / 15	[0 ; 119]
Cas décédés	15 / 12	[0 ; 75]	18 / 13	[0 ; 123]

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 décembre 2020 (deuxième vague).

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	94,2 %	98,9 %	90,4 %	-	-	99,0 %
SAU – Nombre de SU inclus	50/51	7/7	20/21	5/7	11/11	6/6
SAU – Taux de codage diagnostique	67,6 %	82,6 %	86,8 %	25,1 %	41,8 %	74,9 %

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
31 décembre 2020

Contact

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

Contact presse

presse@santepubliquefrance.fr

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