




## SURVEILLANCE COVID-19 – CHIFFRES CLÉS

Évolution des indicateurs virologiques à l'échelle régionale – Source SI-DEP

Nombre de nouveaux cas	Taux d'incidence	Taux de positivité	Taux de dépistage
75 684 ↗	1 269 cas pour 100 000 hab. ↗	15,1 % ↗	8 415 tests pour 100 000 hab. ↗

Recours aux soins en ville et à l'hôpital à l'échelle régionale – Source Sursaud

 Services d'urgences	 SOS Médecins	 Réseau Sentinelles
Hospitalisations après recours pour COVID-19 4,4 % →	Part moyenne d'activité pour COVID-19 6,0 % ↗	Taux d'incidence des cas d'infections respiratoires aiguës 85 cas pour 100 000 hab. →

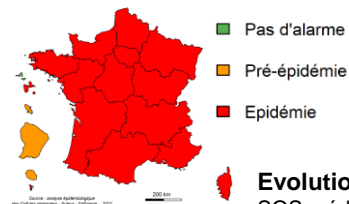
Vaccination contre la COVID-19 en région Hauts-de-France – Source Vaccin Covid Cnam

Population générale ≥ 12 ans – données au 04 janvier 2022			
≥ 12 ans			65 ans et +
Au moins 1 dose	Schéma complet	Dose de rappel (éligibles)	Dose de rappel (éligibles)
91,4 %	90,1 %	56,8 %	82,0 %



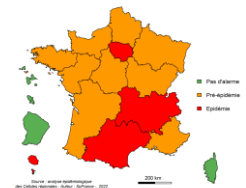
## SURVEILLANCE DES EPIDEMIES HIVERNALES

### Bronchiolite (Moins de 2 ans)



### Grippes et syndromes grippaux

**Evolution régionale**  
SOS médecins : →  
Services d'urgences : →



### Gastro-Entérites

**Evolution régionale**  
SOS médecins : ↗  
Services d'urgences : ↘

Les indicateurs nationaux de la semaine S52-2021 sont accessibles dans le [bulletin national bronchiolite](#) et dans le [bulletin national grippe](#). Pour plus d'informations sur les virus hivernaux, voir sur le site internet de [Santé publique France](#).

## AUTRES SURVEILLANCES REGIONALES

**Mortalité toutes causes** – Source Insee

Un excès significatif de mortalité, tous âges et chez les plus de 65 ans, est observé depuis début décembre à l'échelle régionale. A l'échelle infra régionale, l'excès est significatif depuis fin novembre dans le département du Nord.

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

**Mortalité issue de la certification électronique des décès (CertDc)** – Source Inserm-Cépi-DC

Avec un taux de dématérialisation estimé à 24 %, en octobre 2021 dans les Hauts-de-France, près de 12 % des décès certifiés électroniquement faisaient l'objet d'une mention de Covid-19 en S52.

→ Plus d'informations sur le déploiement de la certification électronique dans la région Hauts-de-France dans le [PE spécial CertDc du 5 octobre 2021](#)

## POINTS D'ACTUALITES

[Etude de couverture vaccinale contre la grippe et la COVID-19 dans les établissements médico-sociaux et établissements de santé, saison 2021-2022](#)

[Quelle est la couverture vaccinale contre la COVID-19 chez des professionnels exerçant dans le domaine de la santé et des résidents en ESMS. Point au 23 décembre 2021.](#)

# Surveillance de la COVID-19

## Synthèse de la situation épidémiologique régionale

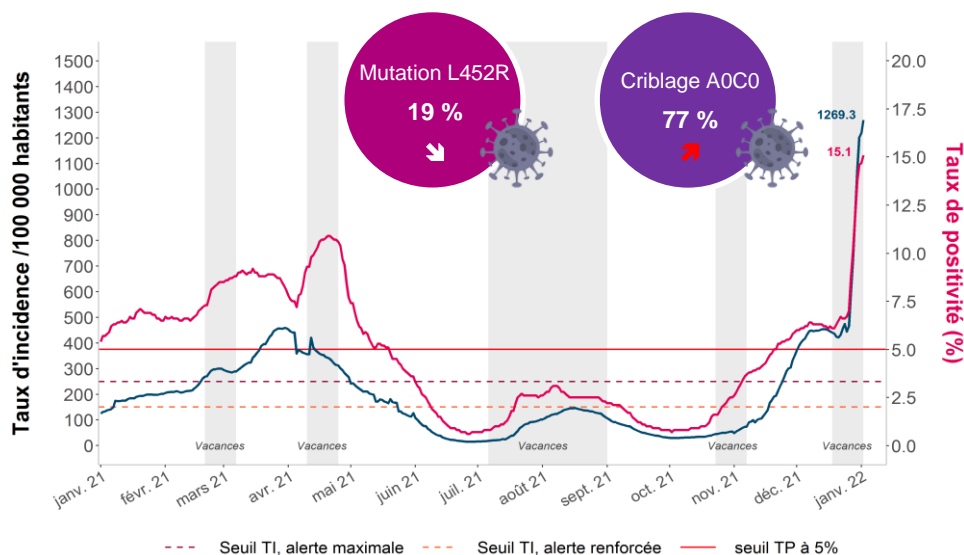
Dans les Hauts-de-France, à l'instar des autres régions métropolitaines, on observe une accélération extrêmement marquée de la circulation du SARS-CoV-2 en semaine 52, avec une incidence qui a presque triplée à l'échelle régionale. En S52, la proportion du variant delta continue de diminuer alors que la circulation des variants présentant un résultat de criblage A0C0 (dont Omicron) continue de croître et est majoritaire dans la région. En ville comme à l'hôpital, on observe également une hausse des recours pour suspicion de Covid-19, plus marquée dans l'Aisne et l'Oise pour les recours pour Covid-19 dans les services d'urgences. Sous réserve de consolidation des données, le nombre de nouvelles hospitalisations dans la région reste stable mais à l'échelle départementale, on observe une hausse du taux d'hospitalisation pour Covid-19, principalement dans l'Aisne et l'Oise en semaine 52 par rapport à la semaine 51. Dans les établissements sociaux et médico-sociaux, le nombre d'épisodes de SARS-CoV-2 signalés a doublé par rapport à la semaine précédente.

Avec la reprise des activités socio-professionnelles, scolaires et universitaires, dans un contexte où l'incidence subit une accélération très importante, l'impact déjà observé sur l'offre régionale de soins fait craindre une dégradation de la situation sanitaire. Il est urgent et indispensable de réduire la circulation virale actuelle et de conforter la campagne de rappel vaccinal en complément de l'application stricte des gestes et mesures barrières qui restent primordiale pour lutter contre la transmission virale entre les personnes.

Pour consulter le nouveau tableau de bord pour suivre l'épidémie de COVID-19 : [InfoCovidFrance](https://info-covid.fr)

Pour en savoir plus sur la vaccination : <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/COVID-19>

### Coronavirus : il existe des gestes simples pour vous protéger et protéger votre entourage



Données : SI-DEP. Traitement : Santé publique France

Figure 1 : Evolution des taux d'incidence (axe gauche) et taux de positivité (axe droit) régionaux, SI-DEP, Hauts-de-France, du 1<sup>er</sup> janvier au 2 janvier 2022

## Indicateurs virologiques

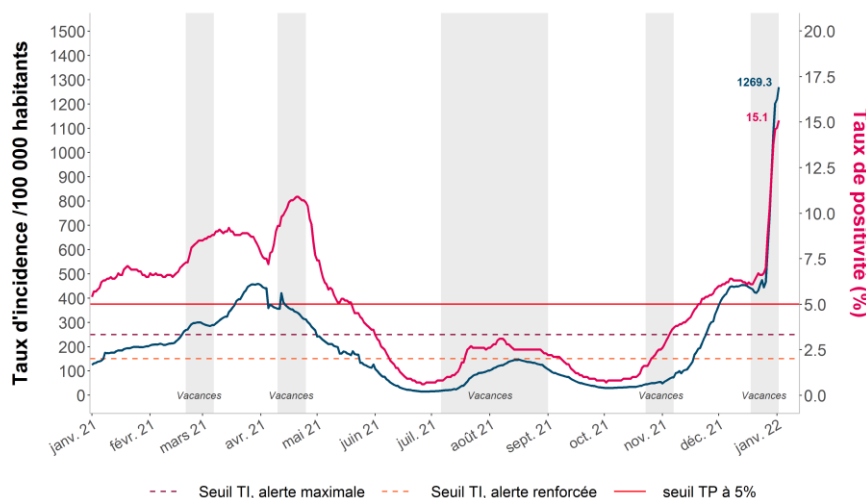
Dans les Hauts-de-France, l'activité épidémique est en forte hausse en semaine 52 avec un taux d'incidence estimé à 1 269 cas/100 000 habitants (*versus* 466 cas/100 000 habitants en semaine 51). Dans un contexte d'augmentation du recours au dépistage, le taux de positivité continue de progresser, témoignant de l'intensité de la circulation virale dans la région. Ces tendances défavorables sont observées dans toutes les classes d'âge et notamment chez les plus de 65 ans, plus vulnérables. Sur la période du 26 décembre 2021 au 1<sup>er</sup> janvier 2022, le R-effectif SIDEPE est en hausse importante et de nouveau significativement supérieur à 1 et estimé à 1,72 [1,70 ; 1,73] (*versus* 1,00 [0,99 ; 1,01] du 19 au 25 décembre 2021), confirmant la forte progression épidémique.

*Des écarts ont été constatés au niveau départemental entre les données SIDEPE reçues par Santé publique France ces derniers jours et celles à disposition des ARS. Les indicateurs épidémiologiques (taux d'incidence, taux de positivité et taux de dépistage) à l'échelle départementale sont donc momentanément indisponibles. Les indicateurs régionaux sont peu impactés, à l'exception des régions Bourgogne-Franche-Comté et Martinique, et permettent d'avoir une visibilité sur la dynamique de l'épidémie en région. Les indicateurs nationaux ne sont pas impactés. Tous les acteurs sont mobilisés pour une résolution dans les meilleurs délais.*

Tableau 1 : Evolution des taux d'incidence, de positivité et de dépistage, tous âges et 65 ans et +, Hauts-de-France – données arrêtées à J-4, source SI-DEP

Classe d'âge	Nouveaux cas/100 000 hab.			Taux de positivité (%)		Tests/100 000 hab.	
	S51-2021	S52-2021	Tendance	S51-2021	S52-2021	S51-2021	S52-2021
65 ans+	170 [163-178]	553 [539-567]	↗	3,7	9,1	4 635	6 050
Tous âges	466 [461-472]	1 269 [1260-1278]	↗	7,0	15,1	6 640	8 415

Données : SI-DEP ; Traitement : Santé Publique France



Données : SI-DEP. Traitement : Santé publique France

Figure 2 : Evolution des taux d'incidence (taux moyen sur 7 jours glissants), tous âges, à l'échelle régionale et départementale dans les Hauts-de-France – données en semaines glissantes, arrêtées à J-4, source SI-DEP

## Variants du SARS-CoV-2

La stratégie de criblage déployée en France vise à détecter de manière réactive des mutations permettant de suspecter la présence de certains variants du SARS-CoV-2 dont les mutations modifient certaines caractéristiques de pathogénicité, en termes de transmissibilité, de gravité ou d'échappement immunitaire potentiel. Depuis juin 2021, les mutations E484K (A), E484Q (B) et L452R (C) étaient recherchées par la stratégie de criblage des tests positifs. Depuis l'émergence du variant Omicron, le suivi des résultats de criblage a été renforcé pour repérer les prélèvements suspects du fait de l'absence des trois mutations ci-dessus, caractérisant Omicron entre autres (renforcé profil codé A0B0C0). Ce profil n'est pas spécifique à Omicron car d'autres variants (par exemple B.1.640) ont ce même profil en criblage. C'est pourquoi [la stratégie de criblage](#) a été adaptée depuis le 20 décembre 2021 avec une modification des kits de criblage utilisés par les laboratoires identifier, en complément, d'autres mutations plus spécifiques d'Omicron (comme la délétion 69/70 et les substitutions K417N, S371L-S373P et Q493R), avec ajout d'un nouveau code (D) dans SIDEPE pour enregistrer ces résultats. [Plus d'informations sur le variant Omicron dans l'analyse de risque variants du 15/12/2021.](#)

En S52, le taux de tests positifs criblés était en légère diminution au niveau régional (38,7% vs 44,0% en S51). La proportion de prélèvements positifs criblés avec la mutation L452R (portée principalement par le variant Delta) continue de diminuer rapidement, avec 18,9% en S52 (vs 53,9% en S51). Dans le même temps, la proportion de prélèvements A0C0 a fortement progressé (77% soit 22 211 résultats, vs 41% en S51).

L'analyse des résultats concernant les mutations spécifiques d'Omicron (code D) doit actuellement rester très prudente compte tenu du déploiement progressif de la nouvelle stratégie de criblage dans les laboratoires, ce d'autant que ces mutations ont été initialement recherchées en deux temps (de manière privilégiée sur des prélèvements A0C0) dans certains laboratoires; leur proportion peut être surestimée mais les tendances peuvent être informatives. Ainsi, 25 963 résultats indiquaient en S52 la présence

d'une des mutations cibles d'Omicron (codée D1), soit 81,2% des résultats interprétables (vs 47,7% en S51). L'ensemble de ces indicateurs suggère donc une forte accélération de la diffusion d'Omicron.

Dans l'enquête Flash, les résultats de séquençage en S51 sont concordants avec les données de criblage et en faveur d'une circulation majoritaire du variant Omicron dans la région Hauts-de-France, identifié dans 58,1% des 31 séquences interprétables de l'enquête Flash du 20/12 (données non consolidées). Cependant, du fait du très faible volume de tests séquencés dans la région lors de cette enquête Flash, la proportion du variant Omicron parmi l'ensemble de ces tests séquencés est à interpréter avec précaution. [Plus d'informations sur les enquêtes Flash.](#)

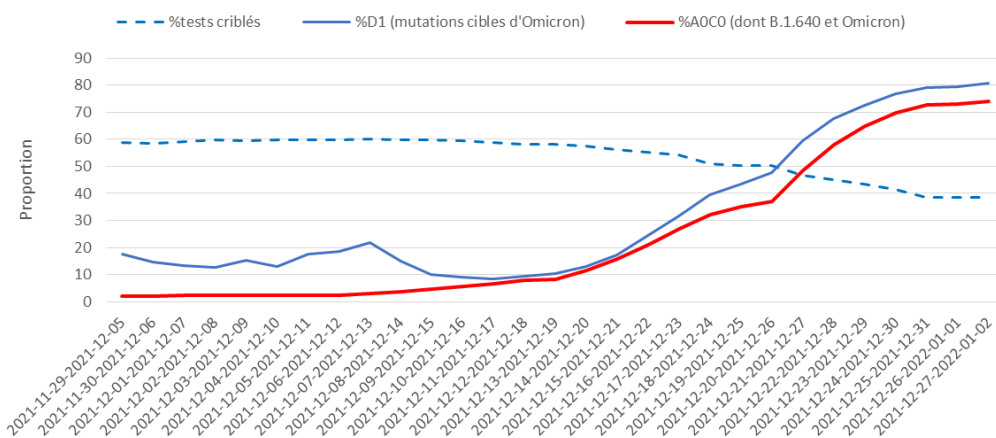
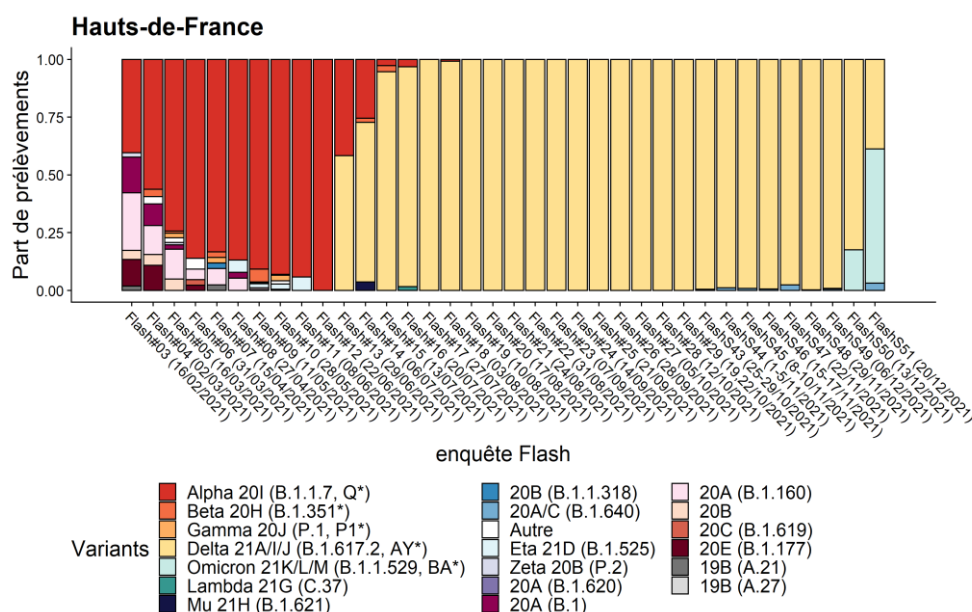


Figure 3 : Proportion de tests criblés et proportion de résultats indiquant la présence de la délétion 69/70, des substitutions K417N, N501Y, S371L-S373P ou Q493R (= %D1) et proportion de résultats indiquant l'absence des mutations E484K et L452R (= %A0C0), depuis le 29 novembre 2021, 7 jours glissants, Hauts-de-France.

Le **variant Delta** était encore identifié dans 38,7% des 31 séquences interprétables de l'enquête Flash S51 (données non consolidées) mais cette proportion diminuait rapidement puisqu'elle était de 77% lors de l'enquête Flash S50 (du 13/12, sur 61 séquences interprétables) et 86,4% lors de l'enquête Flash S49 (du 06/12, sur 389 séquences interprétables). Alors que la région Hauts-de-France présentait une des plus forte incidence de **variant B.1.640** (classé VUM\*), sa circulation est en diminution dans la région depuis l'[analyse de risque du 12/11/2021](#) avec aucun B.1.640 identifié dans l'enquête Flash S50 et seulement 3,2% (N=1) dans l'enquête Flash S51 (données non consolidées).



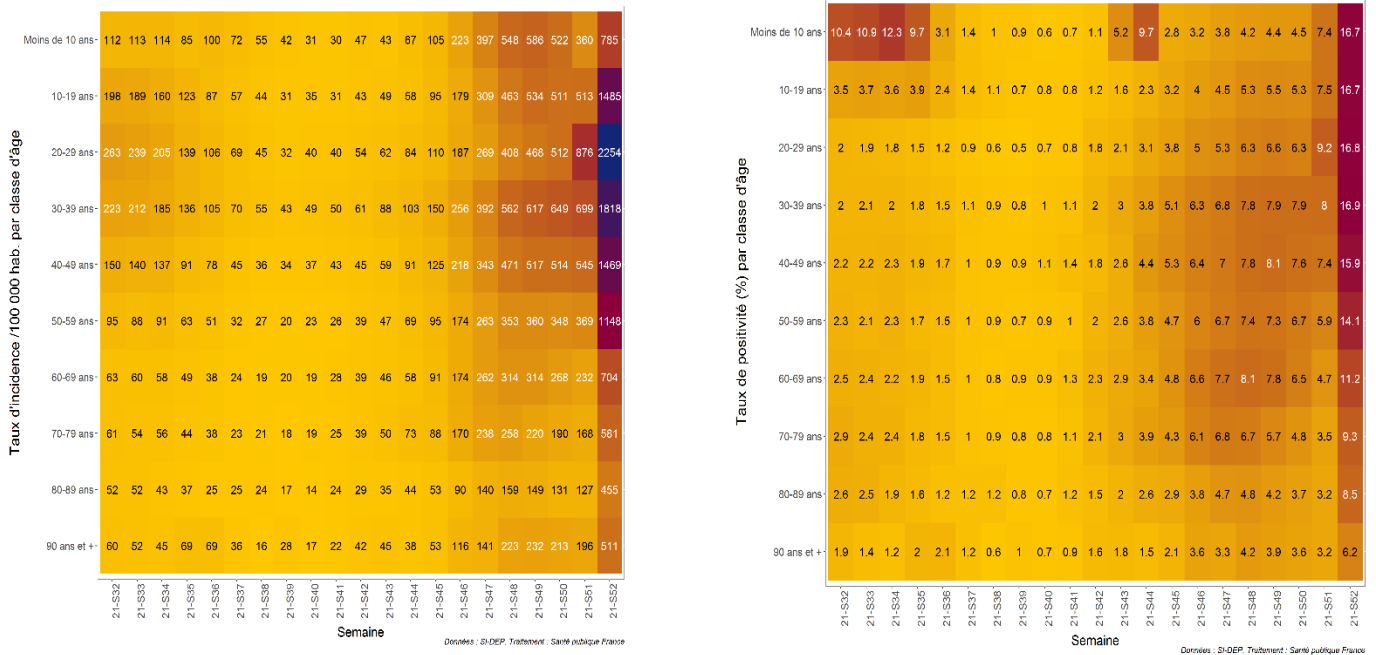
Source : base de données EMERGEN;  
exploitation Santé publique France

\*VOC : variant préoccupant ; VOI : variant d'intérêt ; VUM : variant sous surveillance.

Figure 4 : Proportion de tests criblés et proportion de résultats indiquant la présence de la délétion 69/70, des substitutions K417N, N501Y, S371L-S373P ou Q493R (= %D1) et proportion de résultats indiquant l'absence des mutations E484K et L452R (= %A0C0), depuis le 29 novembre 2021, 7 jours glissants, Hauts-de-France

## Situation épidémiologique par classes d'âge

En semaine 52, on observe toujours des taux d'incidence très élevés et en hausse dans toutes les classes d'âges (> 500 cas/100 000 hab.), en particulier chez les jeunes adultes de 20-29 ans (TI > 2 200 cas/100 000 hab.). Chez les personnes de plus de 65 ans, l'incidence a fortement augmenté aussi (553 cas/100 000 hab.) et la tendance observée en semaine 51 se confirme avec une progression significative de circulation virale (TI, TP).



Figures 5 : Évolution régionale hebdomadaire des taux d'incidence (à gauche) et du taux de positivité (à droite) par classes d'âges décennales, SI-DEP, Hauts-de-France, du 26 juillet 2021 au 2 janvier 2022

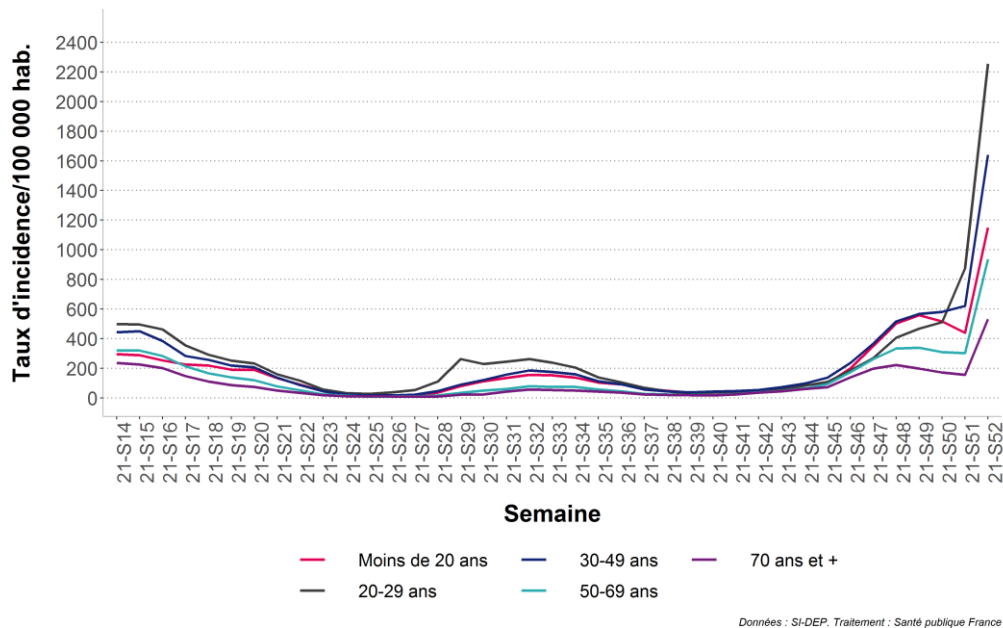
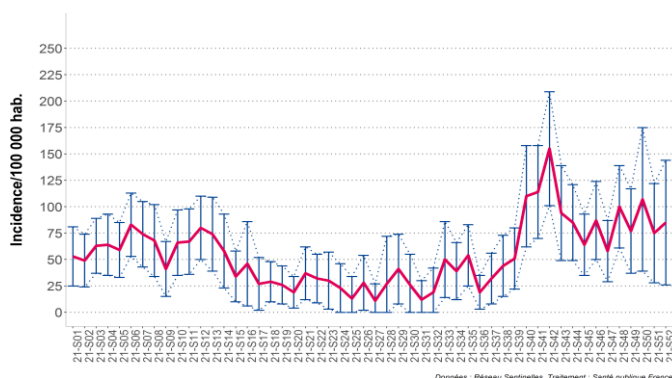


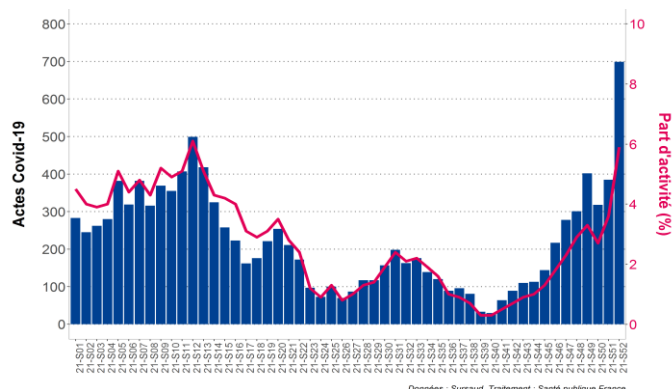
Figure 6 : Évolution hebdomadaire de l'incidence régionale par classe d'âge, SI-DEP, Hauts-de-France

## Impact de l'épidémie de COVID-19 sur l'offre de soins en ville et à l'hôpital

En ville, les recours à SOS médecins pour suspicion de Covid-19 sont en forte augmentation à l'échelle régionale, dépassant même le pic observé au cours de la 3<sup>ème</sup> vague épidémique de mars-avril 2021. Cette augmentation touche les quatre associations de SOS médecins de la région avec une part d'activité pour Covid-19 la plus importante observée sur les 2 métropoles lilloise et amiénoise. L'incidence des infections respiratoires aiguës (Covid-19 et autres IRA) chez les médecins du Réseau Sentinelles est globalement stable.



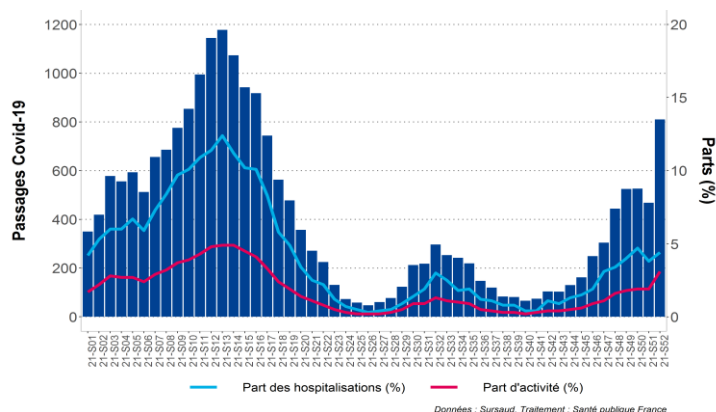
Données : Réseau Sentinelles. Traitement : Santé publique France



Données : Sursaud. Traitement : Santé publique France

Figure 7 : Évolution hebdomadaire du nombre de recours pour IRA ou suspicion de COVID-19 (/100 000 habitants), Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, du 4 janvier 2021 au 2 janvier 2022

Figure 8 : Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe gauche) et proportion d'activité (axe droit) pour suspicion de COVID-19, SOS Médecins, Hauts-de-France, du 4 janvier 2021 au 2 janvier 2022



Données : Sursaud. Traitement : Santé publique France

Figure 9 : 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 4 janvier 2021 au 2 janvier 2022

A l'hôpital, dans les services d'urgences de la région, les parts d'activité pour suspicion de Covid-19 et d'hospitalisation après recours sont en forte augmentation. Cette hausse est particulièrement marquée dans les départements de l'Oise et de l'Aisne. Dans le département de l'Aisne, l'augmentation des taux de recours aux urgences pour Covid-19 est plus sensible que dans les autres départements de la région et reflète aussi des modalités différentes de recours dans les services d'urgences hospitaliers (SAU) avec une offre de soins de ville moindre et une attractivité importante des services d'urgences situés au sud du département (Château-Thierry) pour les populations de Seine et Marne (Ile-de-France). Sur la période du 26 décembre 2021 au 1er janvier 2022, le R-effectif Oscour, caractérisant la dynamique des passages aux urgences pour suspicion de Covid-19, était en progression de façon importante estimé à 1,37 [1,28 ; 1,47] (versus 0,96 [0,87 ; 1,05] sur la période du 19 au 25 décembre 2021), et significativement supérieur à 1.

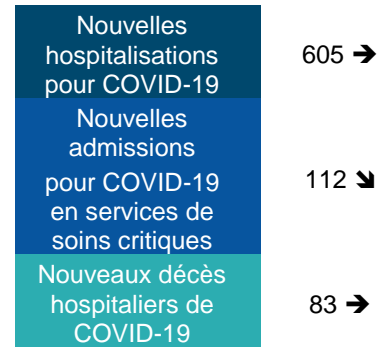
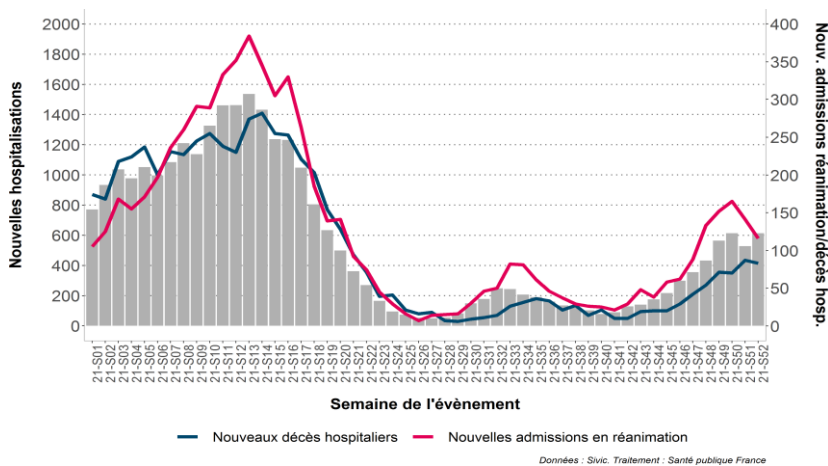


Figure 10 : Évolution hebdomadaire du nombre de décès et d'hospitalisations pour COVID-19 admis en services de réanimation et d'hospitalisation conventionnelle (hors réa), SI-VIC, Hauts-de-France, du 4 janvier 2021 au 2 janvier 2022

Figure 11 : Evolution des indicateurs hospitaliers en région Hauts-de-France, SI-VIC, du 27 décembre 2021 au 2 janvier 2022

Sous réserve de consolidation des données les plus récentes, le nombre de nouvelles hospitalisations pour Covid-19 est stable depuis les 4 dernières semaines, les admissions en soins critiques sont en baisse et le nombre de nouveaux décès hospitaliers de Covid-19 est stable. **A l'échelle départementale, on observe une hausse du taux d'hospitalisation pour Covid-19, principalement dans l'Aisne et l'Oise en semaine 52 par rapport à la semaine 51.** Dans l'Oise, cette dynamique est probablement en perspective avec, la progression constante au cours des 3 dernières semaines de la circulation virale contrairement aux autres départements de la région qui ont connu un ralentissement de la progression épidémique avant les fêtes de fin d'année. **Dans le département du Nord, où le TI était aussi très élevé ces dernières semaines, le taux d'hospitalisation reste élevé.** Sur la période du 26 décembre 2021 au 1<sup>er</sup> janvier 2022, les R-effectif SIVIC, caractérisant la dynamique des hospitalisations pour Covid-19, restent inférieurs à 1. Néanmoins, **la prévalence des cas actuellement pris en charge pour Covid-19 dans les services d'hospitalisation conventionnelle et de soins critiques continue d'augmenter dans la région.** Si les premières données sur Omicron semblent indiquer que les risques de forme grave de COVID-19 sont plus faibles qu'avec le variant Delta, cela n'impliquent pas nécessairement une réduction de la charge hospitalière par rapport à la vague épidémique actuelle, étant donné le taux de croissance plus élevés observés avec Omicron.

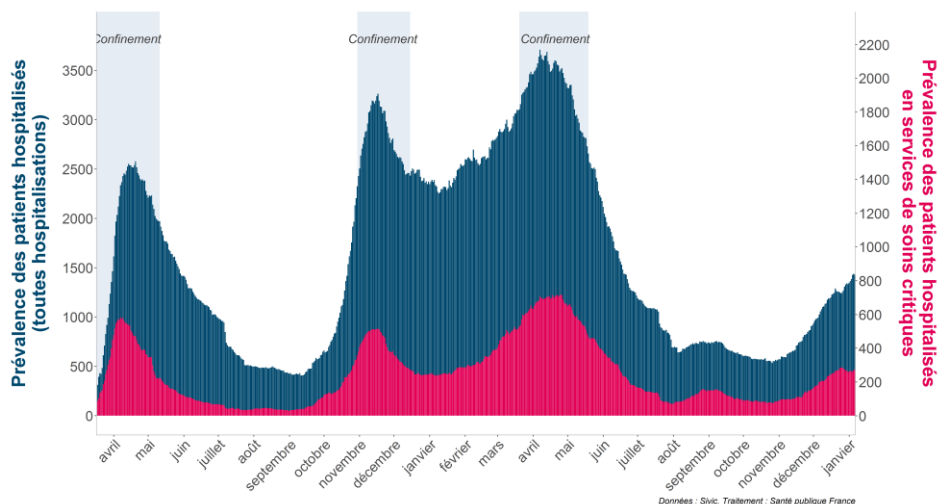


Figure 12 : Prévalence des patients hospitalisés dans les hôpitaux des Hauts-de-France, SI-VIC, du 18 mars 2020 au 4 janvier 2022

## Impact de l'épidémie de COVID-19 en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

En semaine 52, sous réserve de consolidation des données les plus récentes, le nombre de nouveaux épisodes de SARS-CoV2 signalés dans les ESMS a doublé par rapport à la semaine 51. La majorité des épisodes déclarés concerne toujours des EHPAD (64 %). Le nombre de cas confirmés signalés parmi les résidents et les soignants des ESMS a aussi légèrement progressé ces deux dernières semaines mais reste à un niveau faible si l'on considère les effectifs enregistrés lors des vagues précédentes de l'automne 2020 et du printemps 2021. Le nombre de décès déclarés parmi les résidents est stable à un niveau faible.

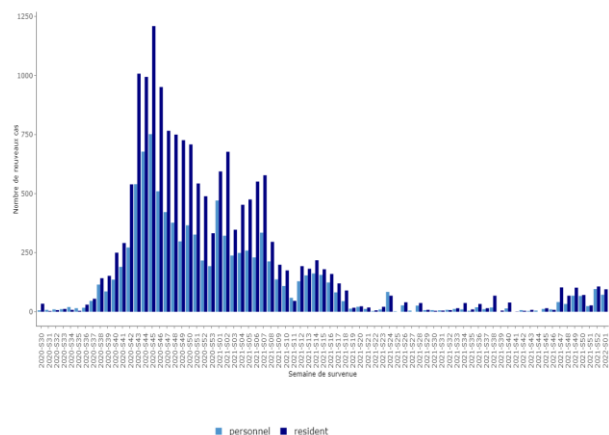
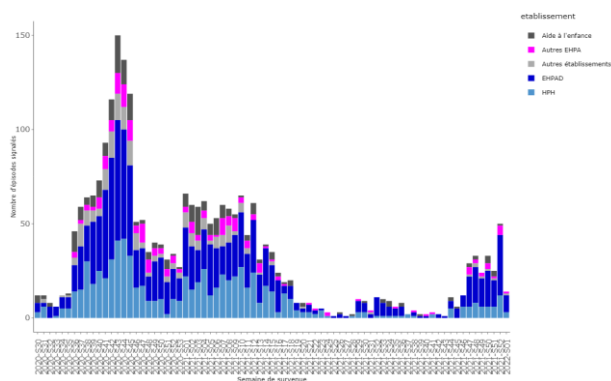


Figure 13 : Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19 en ESMS, par semaine calendaire (dernière semaine non consolidée), et par type d'établissement, entre le 20 juillet 2020 et au 3 janvier 2022, Hauts-de-France

Figure 14 : Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine calendaire (dernière semaine non consolidée), et par type d'établissement, entre le 20 juillet 2020 et au 3 janvier 2022, Hauts-de-France

## Caractéristiques clinico-épidémiologiques des cas graves de COVID-19 admis en réanimation (services de réanimation sentinelles)

La surveillance des cas graves de COVID-19 hospitalisés en réanimation a débuté mi-mars 2020 et est animée par les Cellules régionales de Santé publique France. Cette surveillance s'appuie sur un réseau de services de réanimation, sentinelles et volontaires, et a pour objectif de décrire les caractéristiques des cas graves de COVID-19 admis en réanimation. Elle n'a pas vocation à recenser de façon exhaustive la totalité des cas graves de COVID-19 admis dans les services de réanimation dans la région. Le protocole complet de cette surveillance est disponible sur le site internet de [Santé publique France](#).

Après une pause estivale, la surveillance a été réactivée le 16/08/2021 du fait de l'augmentation de la circulation virale dans la région. Parmi les 238 cas graves signalés par les services sentinelles au second semestre 2021, on observe, par rapport au premier semestre 2021, un sexe ratio H/F et un âge médian équivalent, avec cependant une part un peu plus élevée des 15-44 ans (Tableau 2). Bien que la majorité des cas (85 %) présente au moins une comorbidité, la part des cas sans aucune comorbidité (15 %) est plus élevée qu'au semestre précédent (10 %) et on observe également une part moins importante de cas avec obésité ou hypertension artérielle. La part des cas nécessitant une ventilation invasive (31 %) est légèrement plus faible qu'au semestre précédent (35 %) alors que la part des cas présentant un SDRA sévère reste plus importante (57 % versus 51 %, données non consolidées). Concernant le statut vaccinal, 60 % des cas ne sont pas vaccinés (données déclaratives). Pour plus d'informations sur le statut vaccinal des cas admis dans les services de réanimation sentinelles au niveau national, consulter le [Point épidémiologique national du 2 décembre 2021](#).

Quelques cas graves de grippe A ont également été signalés au mois de décembre 2021 par certains services sentinelles de réanimation

Tableau 2 : Caractéristiques des cas graves de COVID-19 hospitalisés dans les services sentinelles de réanimation de la région Hauts-de-France signalés aux premier et second semestres 2021.

	2021-S2		2021-S1			2021-S2		2021-S1	
	N	%	N	%		N	%	N	%
<b>Cas admis dans les services sentinelles de réanimation</b>					<b>Comorbidités</b>				
Nombre de cas signalés	238	-	1 155	-	Aucune	35	15%	110	10%
<b>Répartition par sexe</b>					Au moins une comorbidité	193	85%	985	90%
Homme	150	63%	736	64%	Obésité (IMC ≥ 30)	96	42%	536	49%
Femme	88	37%	418	36%	Hypertension artérielle	93	41%	513	47%
Inconnu	0	-	1	-	Diabète	54	24%	305	28%
Sexe-ratio H/F	1,7	-	1,8	-	Pathologie cardiaque	54	24%	222	20%
<b>Âge des cas</b>					Pathologie pulmonaire	37	16%	245	22%
Âge moyen / médian [min ; max]	60 / 63	[0 ; 87]	62 / 64	[0 ; 88]	Immunodépression	18	8%	60	5%
0-14 ans	2	1%	2	0%	Pathologie rénale	21	9%	83	8%
15-44 ans	33	14%	120	10%	Cancer *	21	9%	92	8%
45-64 ans	97	41%	499	43%	Pathologie neuromusculaire	6	3%	30	3%
65-74 ans	78	33%	389	34%	Pathologie hépatique	5	2%	31	3%
75 ans et plus	28	12%	145	13%	Non renseigné	10	-	60	-
Non renseigné	0	-	0	-	<b>Syndrome de détresse respiratoire aigue (SDRA) **</b>				
<b>Région de résidence des patients</b>					Présence d'un SDRA	116	84%	682	90%
Hors région	7	3%	11	1%	Mineur	13	9%	42	6%
Hauts-de-France	208	97%	1 104	99%	Modéré	24	17%	251	33%
Non renseigné	23	-	40	-	Sévère	79	57%	389	51%
<b>Évolution des cas</b>					Pas de SDRA	22	16%	75	10%
Évolution renseignée	123	52%	911	79%	Non renseigné	100	-	398	-
Décès	29	24%	226	25%	<b>Type de ventilation **</b>				
Cas sortis de réanimation	94	76%	685	75%	O2 (lunettes/masque)	11	5%	45	4%
<b>Délai entre début des signes et admission en réanimation (en jours)</b>					VNI (Ventilation non invasive)	13	6%	42	4%
Délai moyen	8,5		8,8		Oxygénothérapie à haut débit	130	57%	616	55%
Délai médian	9,0		8,0		Ventilation invasive	70	31%	389	35%
<b>Durée de séjour (en jours)</b>					Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	4	2%	22	2%
Durée moyenne de séjour	10,8		12,6		Non renseigné	10	-	41	-
Durée médiane de séjour	8,0		8,0						

\* Comorbidité non recherchée lors de la première phase de la surveillance  
 \*\* Niveau de sévérité maximal observé et modalité de prise en charge la plus invasive

## Suivi de la campagne de vaccination contre la COVID-19

Au 4 janvier 2022, l'estimation de la couverture vaccinale à partir de Vaccin Covid pour les habitants des Hauts de France âgés de plus de 12 ans était de 90,1 % pour la primo-vaccination complète\* et de 46,3 % pour la dose de rappel\*\*. Chez les 18 ans et plus, 50,8 % avaient reçu une dose de rappel et 60,5 % de ceux qui étaient éligibles au rappel à cette date l'avaient effectivement reçu. Parmi les 65 ans et plus, 73,7 % ont bénéficié de leur rappel vaccinal et 82,0 % de ceux qui étaient éligibles au rappel à cette date l'avaient reçu.

Les nouvelles estimations de couvertures vaccinales (CV) rapportées au lieu de résidence montrent que la CV « schéma complet » est globalement homogène sur l'ensemble du territoire des Hauts-de-France mais reste légèrement inférieure à la moyenne régionale dans l'Oise (87,8 %).

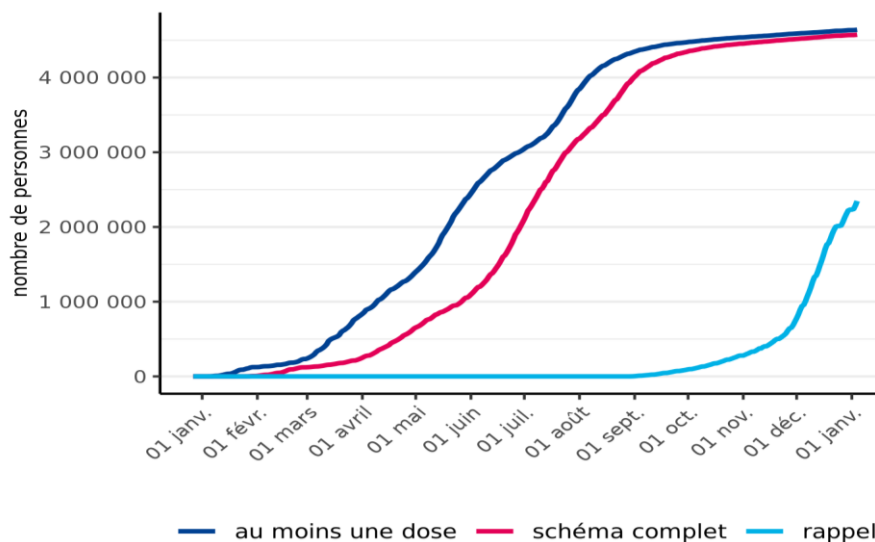
\*Sont définies comme ayant reçu une primo-vaccination complète, les personnes vaccinées par deux doses par les vaccins nécessitant deux doses pour la primo-vaccination (vaccins Pfizer, Moderna ou AstraZeneca), les personnes vaccinées par une dose par les vaccins nécessitant une seule dose pour la primo-vaccination (vaccin Janssen), les personnes vaccinées par une dose en cas d'antécédents de COVID-19, les personnes vaccinées par trois doses hors dose de rappel (notamment immunodéprimées).

\*\*Les objectifs et modalités de calcul des deux indicateurs couverture vaccinale de la dose de rappel et pourcentage de personnes éligibles à la dose de rappel et ayant reçu cette dose de rappel ont été précédemment décrits. Depuis le 28 décembre 2021, la dose de rappel est préconisée trois mois après une primo-vaccination complète pour les personnes ayant reçu les vaccins Pfizer-BioNTech, Moderna ou AstraZeneca, et après quatre semaines pour les personnes ayant reçu une dose de vaccin Janssen (rappel avec vaccin à ARNm). Afin de laisser le temps aux personnes éligibles de s'organiser pour faire leur injection, le point de mesure est réalisé au moins quatre mois après la dernière injection d'une primo-vaccination complète pour les personnes ayant été vaccinées avec les vaccins Pfizer-BioNTech, Moderna et AstraZeneca et au moins deux mois après une dose de vaccin Janssen. Du fait de la prise en compte de ce délai réduit à partir de cette semaine, les pourcentages obtenus ne peuvent être comparés à ceux estimés précédemment (délai de 6 mois et 2 mois).

Tableau 3 : Nombre de personnes vaccinées contre la COVID-19 (au moins une 1 dose, « schéma complet » et dose de rappel) et couvertures vaccinales (% de la population vaccinée) au 4 janvier 2022, données par date d'injection, VAC-SI, Hauts-de-France

Classe âge	au moins 1 dose		schéma complet		dose de rappel	
	Nombre de personnes	CV (%)	Nombre de personnes	CV (%)	Nombre de personnes	CV (%)
12-17 ans	409 526	86,3 %	397 339	83,7 %	13 995	2,9 %
18-49 ans	2 133 435	90,3 %	2 101 453	88,9 %	845 480	35,8 %
50-64 ans	1 050 029	93,4 %	1 041 298	92,6 %	669 892	59,6 %
65-74 ans	608 563	96,1 %	603 831	95,4 %	480 734	75,9 %
75 ans et plus	435 181	91,3 %	427 712	89,7 %	337 280	70,7 %
autres âges ou non renseigné	110		23		4	
<b>Population ≥ 12 ans</b>	<b>4 636 734</b>	<b>91,4 %</b>	<b>4 571 633</b>	<b>90,1 %</b>	<b>2 347 381</b>	<b>46,3 %</b>

: Vaccin Covid Cnam ; Exploitation : Santé publique France



Source : VAC-SI, traitement : Santé publique France

Figure 15 : Évolution du nombre quotidien cumulé de personnes vaccinées, suivant l'avancée du schéma vaccinal contre la Covid-19, données par date d'injection au 4 janvier 2022, VAC-SI, Hauts-de-France

# Surveillance de la Bronchiolite (chez les moins de 2 ans)

## Synthèse des données disponibles

**En phase épidémique pour la 12<sup>ème</sup> semaine consécutive.** En S52-2021, la baisse de l'activité pour bronchiolites se poursuit chez les SOS Médecins (Figure 2) et dans les services d'urgences de la région (Figure 3). Les niveaux d'activité restent élevés pour les deux sources en S52. Pour le premier week-end du mois de janvier, l'activité des deux Réseaux Bronchiolite de la région était en nette baisse. Les nombres de VRS et de rhinovirus/entérovirus isolés chez des patients hospitalisés aux CHU d'Amiens et de Lille étaient également en diminution en semaine 52. (Figure 4).

## Recours aux soins d'urgence pour bronchiolite en Hauts-de-France, semaine S52-2021

Consultations	Nombre <sup>1</sup>	Part d'activité <sup>2</sup>	Activité	Tendance à court terme
SOS Médecins	60	5,95 %	Forte	En diminution
SU - réseau Oscour®	258	11,21 %	Forte	En diminution

<sup>1</sup> Nombre de recours transmis et pour lesquels un diagnostic de bronchiolite est renseigné ;

<sup>2</sup> Part des recours pour bronchiolite <sup>(1)</sup> 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® \(Oscour, SOS Médecins, Mortalité\)](#)  
- [Surveillance de la bronchiolite](#)

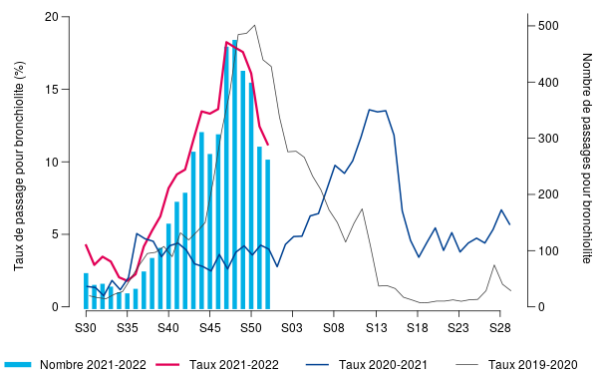
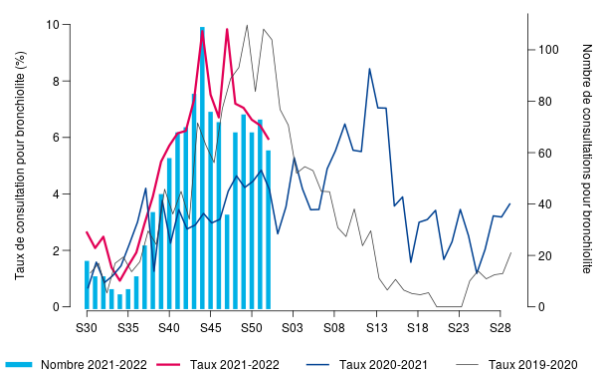


Figure 2 : Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2019-2021

Figure 3 : 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, 2019-2021

Semaine	Nombre d'hospitalisations <sup>1</sup>	Pourcentage de variation (S-1)	Part des hospitalisations totales <sup>2</sup>
51 - 2021	87	-28,9 %	23,2 %
52 <sup>3</sup> - 2021	85	-2,3 %	23,1 %

<sup>1</sup> Nombre d'hospitalisations à l'issue d'une consultation aux urgences pour bronchiolite

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Données à consolider pour la dernière semaine

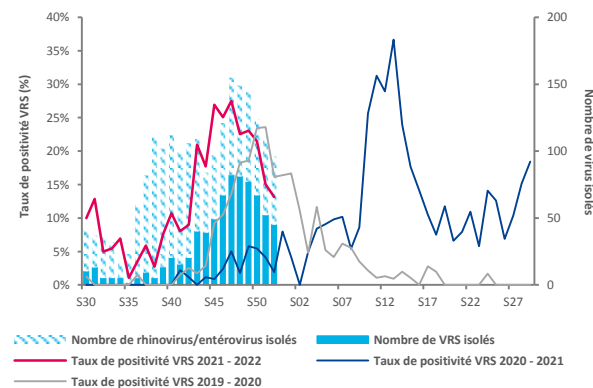


Figure 4 : Évolution hebdomadaire du nombre de VRS (axe droit) et taux de positivité pour le VRS (axe gauche), laboratoires de virologie du CHU de Lille et du CHU d'Amiens, 2019-2021

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

## Prévention de la bronchiolite

**La bronchiolite** est une maladie respiratoire qui touche les enfants de moins de 2 ans. Elle est le plus souvent due au 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. La prévention de la bronchiolite repose sur les mesures d'hygiène. Retrouvez les **recommandations sur les mesures de prévention sur le site de Santé publique France.**

# Grippe et syndromes grippaux

## Synthèse des données disponibles

**Phase pré-épidémique.** Après une nette augmentation observée en semaine 51, le nombre de recours aux soins pour syndromes grippaux s'est stabilisé, en semaine 52, chez les SOS Médecins (Figure 5) et dans les services d'urgences de la région (Figure 6). Le taux d'incidence des syndromes grippaux estimé par le réseau Sentinelles était en augmentation en S52 (Figure 7). Le nombre de virus grippaux isolés dans les laboratoires des CHU d'Amiens et de Lille a légèrement diminué en S52 (Figure 8).

Ces dernières semaines, la tendance régionale à la hausse des indicateurs de recours aux soins doit inciter à la vigilance dans le contexte de progression significative de l'activité grippale dans plusieurs régions de France et notamment en Ile-de-France, en phase épidémique en semaine 52.

### Recours aux soins d'urgence pour syndromes grippaux en Hauts-de-France, semaine S52-2021

Consultations	Nombre <sup>1</sup>	Part d'activité <sup>2</sup>	Activité	Tendance à court terme
SOS Médecins	216	1,84 %	Faible	Stable
SU - réseau Oscour®	167	0,64 %	Modérée	Stable

<sup>1</sup> Nombre de recours transmis et pour lesquels un diagnostic de syndrome grippal est renseigné ;

<sup>2</sup> Part des recours pour syndromes grippaux <sup>(1)</sup> 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® \(Oscour, SOS Médecins, Mortalité\)](#)  
- [Surveillance de la grippe](#)

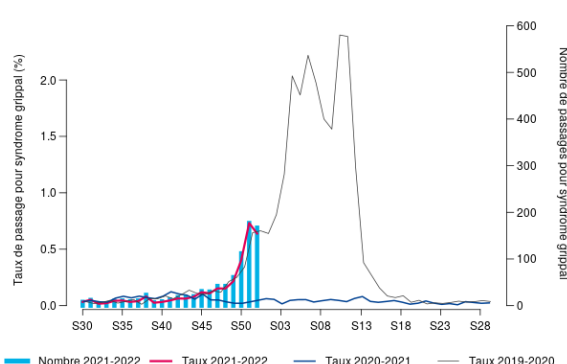
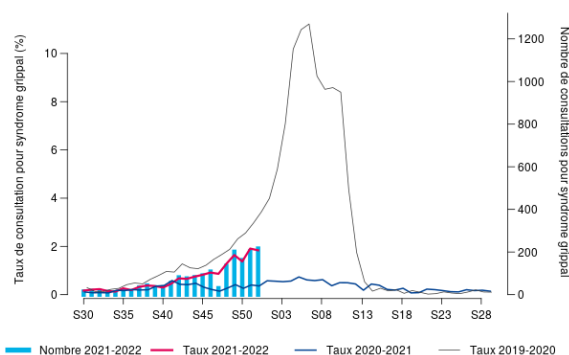


Figure 5 : Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour syndromes grippaux, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2019-2021

Figure 6 : Évolution hebdomadaire du nombre de passages aux urgences (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour syndromes grippaux, Oscour®, Hauts-de-France, 2019-2021

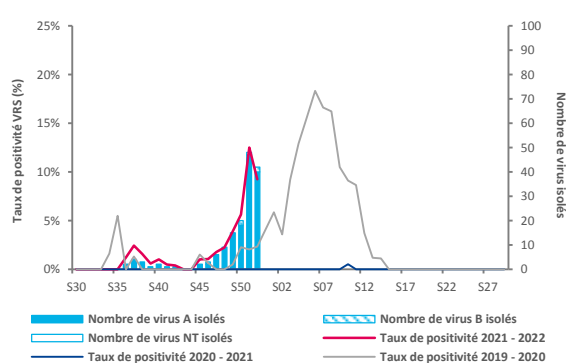
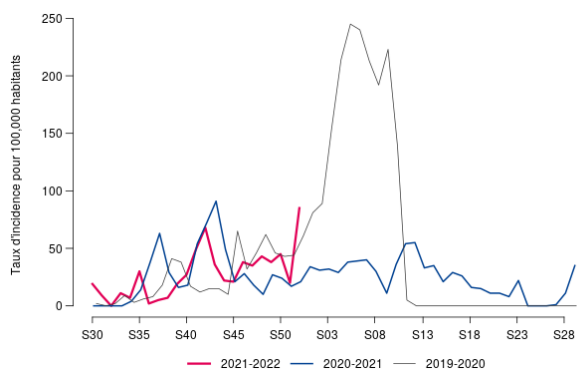


Figure 7 : Évolution hebdomadaire du taux d'incidence des syndromes grippaux, Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, 2019-2021

Figure 8 : 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, 2019-2021

## 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.

➔ 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

En S52-2021, les recours aux soins pour GEA étaient en augmentation chez SOS Médecins (Figure 9) et en diminution dans les services d'urgences (Figure 12). L'incidence des diarrhées aiguës estimée par le réseau Sentinelles était en diminution en S52 (Figure 13). Le nombre de virus entériques isolés parmi les patients hospitalisés au CHU de Lille et d'Amiens était en augmentation ces 2 dernières semaines (Figure 14).

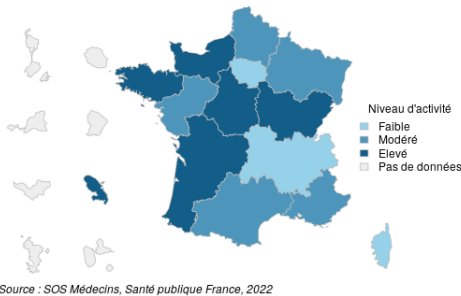
### Recours aux soins d'urgence pour GEA en Hauts-de-France, semaine S52-2021

Consultations	Tous âges				Moins de 5 ans			
	Nombre <sup>1</sup>	Part d'activité <sup>2</sup>	Activité	Tendance à court terme	Nombre <sup>1</sup>	Part d'activité <sup>2</sup>	Activité	Tendance à court terme
<b>SOS Médecins</b>	959	8,16 %	Modérée	En augmentation	233	11,14 %	Forte	En augmentation
<b>SU - réseau Oscour®</b>	702	2,69 %	Forte	En diminution	446	11,70 %	Forte	En diminution

<sup>1</sup> Nombre de recours transmis et pour lesquels un diagnostic de GEA est renseigné ;

<sup>2</sup> Part des recours pour GEA <sup>(1)</sup> 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® \(Oscour, SOS Médecins, Mortalité\)](#)  
- [Surveillance de la gastro-entérite](#)



Source : SOS Médecins, Santé publique France, 2022

Figure 9 : Niveau d'activité hebdomadaire des SOS Médecins pour GEA selon la région. France entière, semaine S52-2021

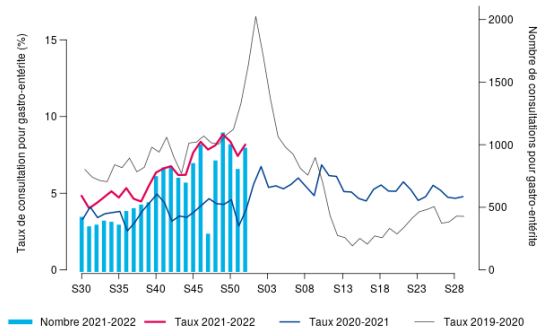
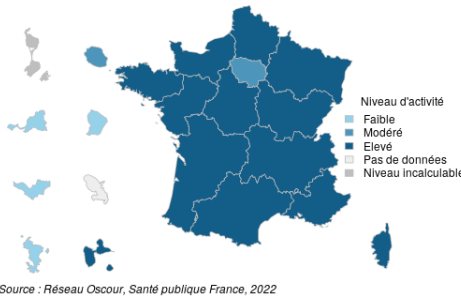


Figure 10 : Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2019-2021



Source : Réseau Oscour, Santé publique France, 2022

Figure 11 : Niveau d'activité hebdomadaire des services d'urgence pour GEA selon la région, France entière, semaine S52-2021

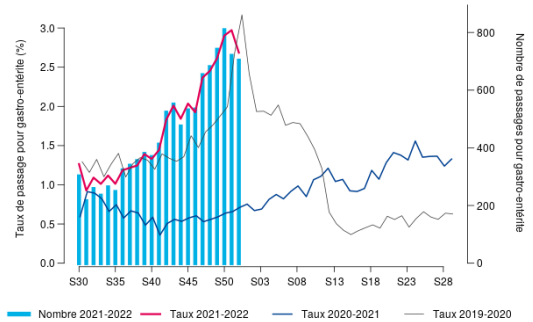


Figure 12 : Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, Oscour®, Hauts-de-France, 2019-2021

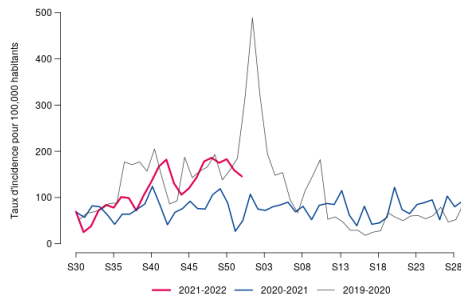


Figure 13 : Évolution hebdomadaire du taux d'incidence des diarrhées aiguës, Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, 2019-2021

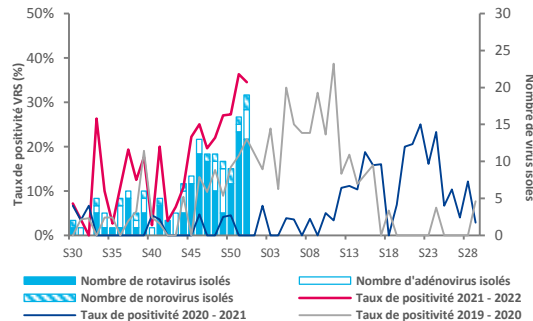


Figure 14 : Évolution hebdomadaire du nombre de virus entériques isolés (axe droit) et proportion de prélèvements positifs (axe gauche), laboratoires de virologie des CHU de Lille et d'Amiens, 2019-2021 (données de la dernière semaine non consolidées)

## 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](#)

# Surveillance de la mortalité

## Mortalité toutes causes

Sous réserve de consolidation des données les plus récentes, un excès significatif de mortalité toutes causes, tous âges et chez les plus de 65 ans, est observé au niveau régional depuis début décembre (semaine 48) (figure 14). A l'échelle infra régionale, cet excès significatif est retrouvé dans le département du Nord depuis la semaine 47.

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](#)

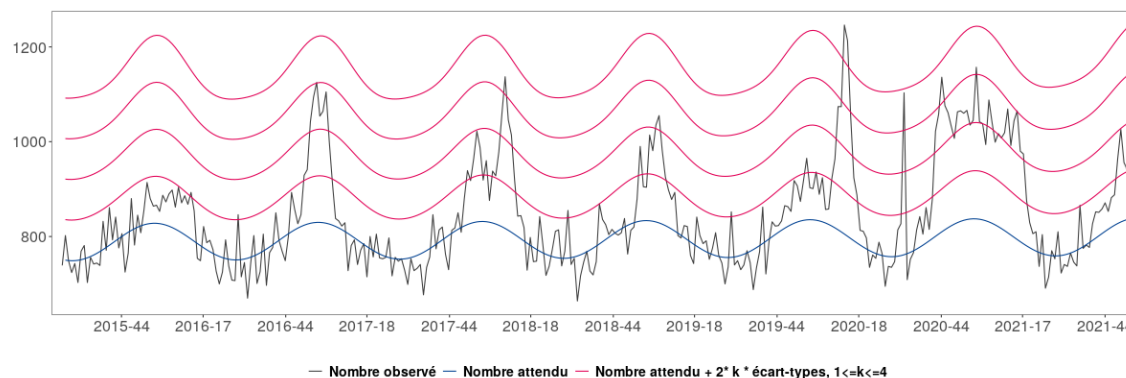


Figure 15 : Nombre hebdomadaire de décès toutes causes, tous âges, Insee, Hauts-de-France, depuis 2015

## Mortalité issue de la certification électronique des décès (CertDc)

La dématérialisation des certificats de décès permet de connaître les causes médicales de décès et ainsi de quantifier dans les plus brefs délais la part attribuable de la mortalité aux événements sanitaires. *Pour en savoir plus sur la certification électronique des décès, consulter le site [Inserm-CépiDC](#).*

Le taux de dématérialisation dans la région continue de progresser légèrement avec 24,0 % de décès déclarés électroniquement en octobre 2021 (*estimation provisoire*). Les meilleurs taux de couverture étaient observés dans les départements du Nord et de la Somme avec plus d'un décès sur 3 déclarés électroniquement en octobre 2021. *Pour en savoir plus sur la certification électronique des décès dans la région Hauts-de-France, consulter le [PE Surveillance de la mortalité en région Hauts-de-France - Mortalité issue de la certification électronique de décès \(CertDc\)](#).*

En S52-2022, 273 décès toutes causes ont été certifiés électroniquement, stable par rapport à la semaine précédente ; 12 % de certificats électroniques faisaient l'objet d'une mention de Covid-19, en légère diminution par rapport à S51 (Figure 16).

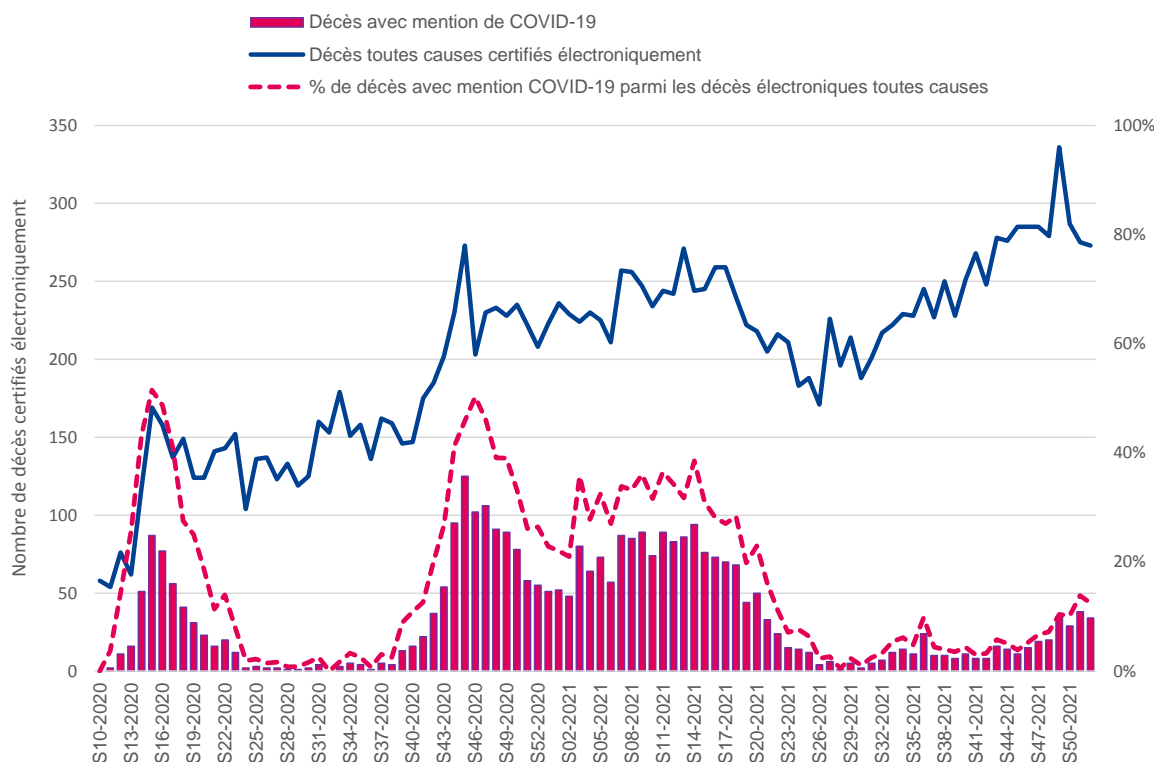


Figure 16 : Nombre hebdomadaire de décès certifiés par voie électronique toutes causes et avec une mention de Covid-19 dans les causes médicales de décès, de la semaine S10-2020 à S52-2021, Hauts-de-France (données au 28/12/2021), source Santé publique France, Inserm-Cépi-DC.

## 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) ;
  - Personnels des Ehpad et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) : épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) en Ehpad ;
  - Laboratoires d'analyses et de biologie médicales et Centre national de Référence des virus respiratoires, Institut Pasteur, Paris ;
  - Analyses virologiques réalisées au CHU 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) des Hauts-de-France.

## Méthodes

- Le nombre de nouveaux cas de Covid-19, les taux de positivité et de dépistage et la proportion de variants d'intérêt sont issus de SI-DEP (système d'information de dépistage).
- 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)
- La couverture vaccinale est estimée, pour les résidents et les professionnels en Ehpad ou USLD identifiés a priori par la Cnam dans Vaccin Covid. Les personnes ciblées sont issues de la base Residehpad tenant compte des personnes résidant en Ehpad ou USLD au 1er mars 2021 et des professionnels en Ehpad ou USLD identifiés par recherche de l'employeur essentiellement via le versement d'indemnités journalières au cours des 12 derniers mois. Pour les personnels libéraux identifiés a priori par la Cnam dans Vaccin Covid sur les critères suivants : une inscription au FNPS, des catégories de professionnels en activité (médecin, dentiste, sage-femme, infirmière, masseur kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste, orthoptiste) et dont l'exercice en cabinet est l'activité principale.
- Les recours aux services d'urgence sont suivis pour les regroupements syndromiques suivants :
  - Grippe ou syndrome grippal : codes J09, J10, J11 et leurs dérivés selon la classification CIM-10 de l'OMS;
  - Bronchiolite : codes J210, J218 et J219, chez les enfants de moins de 2 ans ;
  - GEA : codes A08, A09 et leurs dérivés.
- Les recours à SOS Médecins sont suivis pour les définitions de cas suivantes :
  - Grippe ou syndrome grippal : fièvre supérieure à 38,5°C d'apparition brutale, accompagnée de myalgies et de signes respiratoires ;
  - 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 ;
  - 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 :
  - IRA, dont la définition est « apparition brutale de fièvre (ou sensation de fièvre) et de signes respiratoires ».
  - 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.
- La mortalité « toutes causes » est suivie à partir de l'enregistrement des décès par les services d'Etat-civil dans les communes informatisées de la région (qui représente près 80 % des décès de la région). Un projet européen de surveillance de la mortalité, baptisé Euromomo (<http://www.euromomo.eu>), permet d'assurer un suivi de la mortalité en temps réel et de coordonner une analyse normalisée afin que les signaux entre les pays soient comparables. Les données proviennent des services d'état-civil et nécessitent un délai de consolidation de plusieurs semaines. Ce modèle permet notamment de décrire « l'excès » du nombre de décès observés pendant les saisons estivales et hivernales. Ces « excès » sont variables selon les saisons et sont à mettre en regard de ceux calculés les années précédentes.

## 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	96,1 %	98,3 %	93,1 %	-	-	99,7 %
SAU – Nombre de SU inclus	51/51	7/7	20/20	7/7	11/11	6/6
SAU – Taux de codage diagnostique	73,2 %	94,0 %	91,8 %	39,4 %	42,6 %	84,6 %



### Équipe de rédaction

#### Santé publique France Hauts-de-France

CHENT Souhaila  
HAEGHEBAERT Sylvie  
MAUGARD Charlotte  
N'DIAYE Bakhao  
PONTIES Valérie  
PROUVOST Héléne  
RICHARSONS Ingrid  
SHAIYKOVA Arnoo  
VANBOCKSTAEL Caroline  
WYNDELS Karine

### Direction des régions (DiRe)

En collaboration à Santé publique France avec la Direction des maladies infectieuses (DMI) et 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](http://www.santepubliquefrance.fr)

Date de publication  
07 janvier 2022

### Contact

Cellule régionale Hauts-de-France  
[hautsdefrance@santepubliquefrance.fr](mailto:hautsdefrance@santepubliquefrance.fr)

### Contact presse

[presse@santepubliquefrance.fr](mailto:presse@santepubliquefrance.fr)

Retrouvez nous sur :  
[www.santepublicitefrance.fr](http://www.santepublicitefrance.fr)

Twitter : @sante-prevention