




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
92 527 ↗	1 552 cas pour 100 000 hab. ↗	31,2 % →	4 972 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
Part moyenne d'activité pour COVID-19 2,4 % ↗	Part moyenne d'activité pour COVID-19 <i>Données incomplètes en S13-2022</i>	Taux d'incidence des cas d'infections respiratoires aiguës 388 cas pour 100 000 hab. ↗

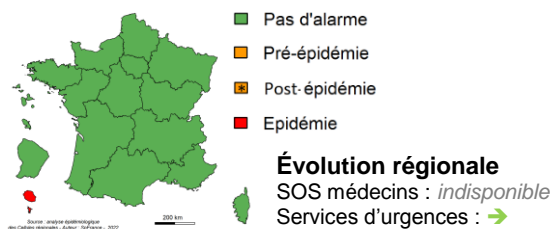
Vaccination contre la COVID-19 en région Hauts-de-France – Source Vaccin Covid Cnam

Population générale ≥ 12 ans – données au 5 avril 2022			
12 ans et +	18 ans et +	65 ans et +	80 ans et +
<i>Schéma complet</i>	<i>1^{ère} Dose de rappel</i>	<i>1^{ère} Dose de rappel</i>	<i>2^{ème} Dose de rappel</i>
91,8 %	76,2 %	84,2 %	6,5 %



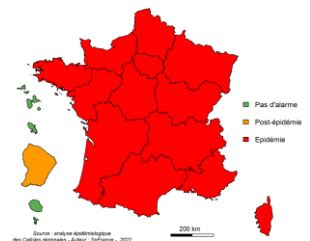
SURVEILLANCE DES ÉPIDÉMIES HIVERNALES

Bronchiolite (Moins de 2 ans)



Grippes et syndromes grippaux

Évolution régionale
SOS médecins : *indisponible*
Services d'urgences : ↗



Gastro-Entérites

Évolution régionale
SOS médecins : *indisponible*
Services d'urgences : ↘

Les indicateurs nationaux de la semaine S13-2022 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](#).

Surveillance de la mortalité

Mortalité toutes causes – Source Insee

En S12 et sous réserve de la consolidation des données, la mortalité toutes causes et tous âges était stable dans la région, mais un nouvel excès significatif de mortalité est observé dans le 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 de décès (CertDC) – Source Inserm-Cépi-DC

Le taux de dématérialisation dans la région en février 2022 est de 26,2 % (estimation provisoire). Environ 15 % des décès certifiés par voie électronique faisaient l'objet d'une mention de Covid-19 en S13. Depuis S40-2021, 24 décès déclarés par voie électronique présentaient une mention de grippe, dont la majorité survenue au cours des trois dernières semaines.

POINTS D'ACTUALITES

[Infections à *Campylobacter* : données épidémiologiques 2020](#)

[Retrait-rappel de produits de la marque Kinder en raison d'une suspicion d'infection à *Salmonella Typhimurium*](#)

Synthèse de la situation épidémiologique régionale

Covid-19

Dans les Hauts-de-France, la dégradation de la situation épidémique se poursuit en semaine 13 pour la 4^{ème} semaine consécutive, bien que l'on observe actuellement un ralentissement de la hausse des indicateurs. L'activité épidémique régionale continue de croître, dans la plupart des classes d'âges. Chez les plus de 65 ans, pour lesquels l'efficacité vaccinale est réduite avec une dernière dose vaccinale datant pour la plupart de la fin d'année 2021, les indicateurs virologiques sont toujours en hausse. A l'échelle infrarégionale, la circulation du SARS-CoV-2 ralentit sur certains territoires (Flandres, littoral) alors qu'elle s'accélère sur d'autres, en particulier au sud de la région. Les taux d'incidence (TI) les plus élevés sont toujours observés au Nord-Est de la région, ainsi que sur la partie Est de l'Aisne tandis que les TI les plus faibles sont majoritairement observés dans l'Oise et dans l'Aisne, sur des secteurs où les taux de dépistage sont également parmi les plus faibles. Enfin, en ville comme à l'hôpital, la pression des recours pour infections respiratoires aiguës (suspensions de Covid-19 et autres IRA dont la grippe) sur l'offre de soins continue de s'accroître en semaine 13.

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

Autres épidémies hivernales

Grippe : en phase épidémique pour la 4^{ème} semaine consécutive, les recours en ville comme en milieu hospitalier continuent d'augmenter fortement. Ainsi, il est important de rester vigilant dans un contexte de co-circulation de virus grippaux A(H1N1) et A(H3N2), de relâchement des mesures barrières et d'une couverture vaccinale antigrippale des personnes à risque estimée à un niveau insuffisant ([Etude de couverture vaccinale contre la grippe et la Covid-19 dans les EMS, saison 2021-2022](#)).

Asthme et Allergie

En semaine 13, les recours aux urgences pour asthme et allergie étaient stables et conformes aux fluctuations habituelles attendues en cette saison. A noter que, depuis début mars, la région connaît des épisodes de pollution aux particules, concomitants au retour des pollens (indice de risque allergique à un niveau moyen pour la semaine en cours) et à la circulation de virus respiratoires, qui sont autant de facteurs de déclenchement d'épisodes d'exacerbations de l'asthme.

Retrouvez les mesures et recommandations en cas d'épisode de pollution sur le site de l'[ARS Hauts-de-France](#).

Alors que l'activité grippale est toujours en hausse et à un niveau épidémique très élevé dans la région, dépassant même les niveaux atteints lors des saisons précédentes et, que la circulation du SARS-CoV-2 demeure à un niveau très élevé, l'impact croissant sur l'offre de soins régionale est préoccupant et fait l'objet d'une attention particulière. Ainsi, le maintien des gestes barrières à titre individuel demeure fortement encouragé, en particulier en cas de symptômes, de test positif ou de contact à risque (port du masque dans les espaces mal ventilés ou de promiscuité importante, lavage des mains, aération des lieux clos), pour protéger les plus fragiles. De plus, l'effort de vaccination envers les plus âgés doit dorénavant intégrer la deuxième dose de rappel chez les personnes éligibles.

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

COVID-19 Il existe des gestes simples pour vous protéger et protéger votre entourage



Se laver les mains très régulièrement



Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir



Utiliser des mouchoirs à usage unique

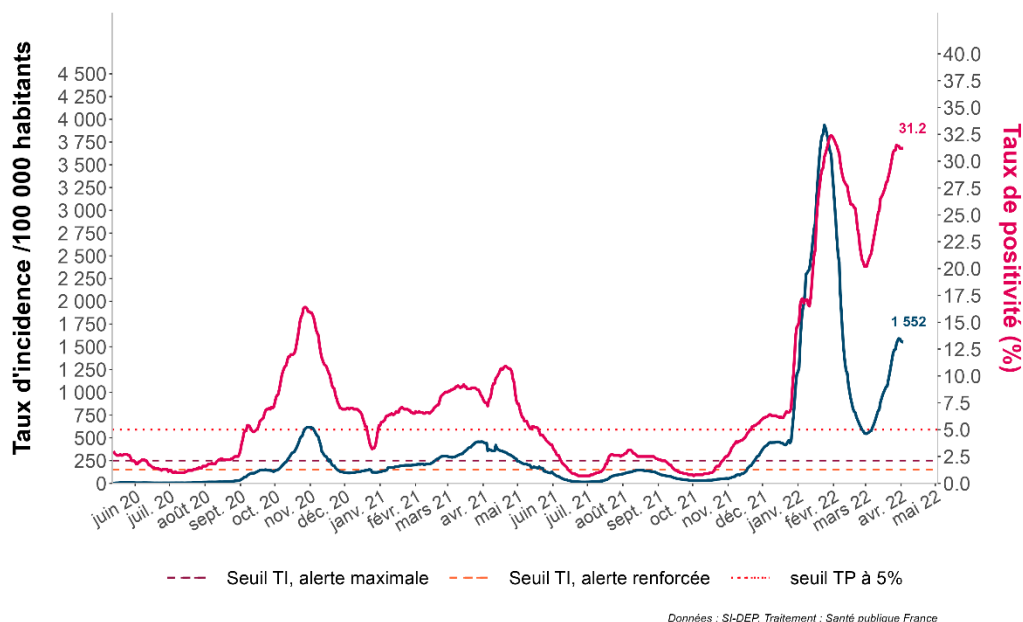


Saluer sans se serrer la main, éviter les embrassades

Surveillance de la COVID-19

Indicateurs virologiques aux échelles régionale et infrarégionale

Dans les Hauts-de-France, la situation épidémique continue de se dégrader en semaine 13 avec un taux d'incidence (TI) estimé à 1 552 cas/100 000 habitants, en hausse de 6 % par rapport à la semaine 12 (versus hausse de 37 % en semaine 12). La tendance très récente du ralentissement de l'activité épidémique régionale reste hétérogène au niveau régional et ne suffit pas à inverser la tendance de cette semaine qui reste globalement défavorable. Le R-effectif SIDEP est toujours significativement supérieur à 1 bien qu'en légère baisse : 1,18 [1,18 ; 1,19] sur la période du 27 mars au 2 avril, indiquant que la circulation virale continue de progresser. Le taux de positivité (TP) est stable, tandis que le taux de dépistage (TD) est en légère hausse. Au niveau départemental, les TI sont en hausse significative dans les 3 départements du sud de la région et stables dans le Nord et le Pas-de-Calais. Le TI le plus élevé est toujours observé dans le Pas-de-Calais (1 758 cas/100 000 hab. en S13), suivi de la Somme (Figure 3, Tableau 1).



Données : SI-DEP, Traitement : Santé publique France

Figure 1 : Évolution des taux régionaux d'incidence et de positivité (taux lissés sur 7 jours glissants), tous âges, dans les Hauts-de-France – données arrêtées au 3 avril, source SI-DEP

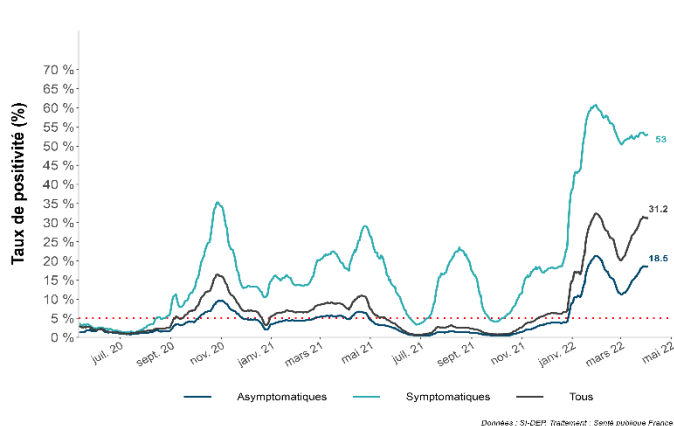


Figure 2 : Évolution des taux de positivité sur 7 jours glissants, tous âges, chez les personnes se déclarant symptomatiques, asymptomatiques et l'ensemble des personnes testées, à l'échelle régionale dans les Hauts-de-France – données arrêtées au 3 avril, source SI-DEP

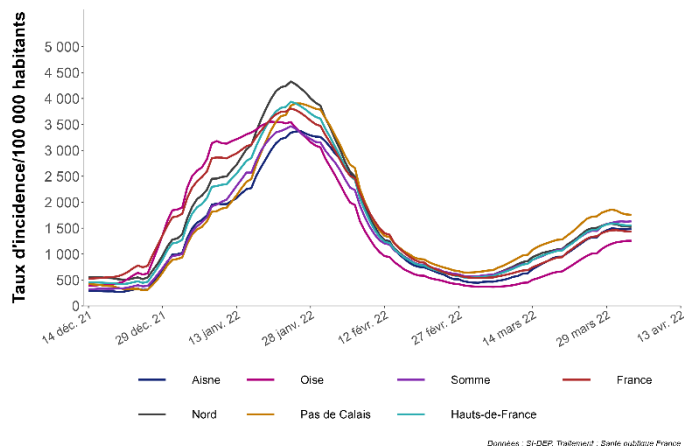


Figure 3 : Évolution de l'incidence aux échelles nationale, régionale et départementale (taux lissés sur 7 jours glissants), Hauts-de-France – données arrêtées au 3 avril, source SI-DEP

Tableau 1 : Évolution des taux régionaux et départementaux d'incidence, de positivité et de dépistage, **tous âges**, Hauts-de-France – données arrêtées au 3 avril, source SI-DEP

Territoire	Nouveaux cas/100 000 hab.			Taux de positivité (%)		Tests/100 000 hab.	
	21/03-27/03	28/03-03/04	Tendance*	21/03-27/03	28/03-03/04	21/03-27/03	28/03-03/04
Aisne	1 322 [1 291-1 354]	1 483 [1 450-1 516]	↗	33,9	35,5	3 904	4 170
Nord	1 506 [1 491-1 521]	1 527 [1 512-1 542]	→	29,3	28,7	5 132	5 327
Oise	1 011 [990-1 033]	1 256 [1 232-1 280]	↗	28,8	31,5	3 513	3 985
Pas-de-Calais	1 728 [1 706-1 749]	1 758 [1 736-1 779]	→	34,4	33,8	5 023	5 194
Somme	1 445 [1 414-1 476]	1 631 [1 598-1 665]	↗	30,3	32,9	4 770	4 959
Hauts-de-France	1 469 [1 460-1 479]	1 552 [1 542-1 562]	↗	31	31,2	4 739	4 972

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

Données : SI-DEP. Traitement : Santé publique France.

A l'échelle infrarégionale, la circulation virale reste intense sur l'ensemble des territoires avec la totalité des EPCI (99 %) présentant des taux d'incidence supérieurs à 1 000 cas/100 000 hab. en semaine 13 (versus 91 % en S12). Sur les EPCI où l'on observe les TI les plus faibles, le recours au dépistage est aussi plus faible, notamment sur la communauté d'agglomération de Creil Sud Oise. **Les taux d'incidence les plus élevés sont toujours observés sur les territoires des Flandres et les territoires les plus au Nord du Pas-de-Calais au niveau du littoral ainsi que sur la partie Est de l'Aisne.** Néanmoins, par rapport à la semaine 12, sous réserve de la consolidation des données les plus récentes, on remarque une circulation virale en légère diminution sur certains secteurs des Flandres (CC Flandre Lys et Hauts de Flandres) et les territoires du littoral comme le Dunkerquois. **Par ailleurs, l'intensification de la circulation du SARS-CoV-2 se poursuit de façon plus marquée sur les territoires de la moitié sud de la région. Ainsi, sur la période d'analyse, on observe toujours une progression de l'incidence sur la métropole d'Amiens (+18 %) tandis que le TI reste stable sur la métropole de Lille.**

Indicateurs virologiques par classes d'âges

A l'échelle régionale, en semaine 13, les TI sont toujours en hausse chez les plus de 20 ans et en diminution chez les moins de 20 ans pour lesquels les TD sont stables. Les TI les plus élevés sont observés chez les 30-49 ans et chez les 11-17 ans (Figure 4, Figure 5). Chez les plus de 65 ans, les indicateurs virologiques (TI, TP) sont toujours en hausse avec un TI désormais estimé à 1 337 cas/100 000 habitants (*versus* 1 209 cas/100 000 habitants en semaine 12), soit une hausse de 11 % de l'incidence et un TP en hausse de 1,1 pt par rapport à la semaine 12. En semaine 13, on observe une hausse de l'incidence des plus de 65 ans dans la plupart des départements à l'exception du Pas-de-Calais, avec une hausse d'au moins 30 % sur les 3 départements du sud de la région, concomitante à une hausse plus marquée des TD dans ces départements pour cette tranche d'âge. Le TI le plus élevé de la région chez les plus de 65 ans est observé dans le Pas-de-Calais en semaine 13 (1 509 cas/100 000 hab.) (Tableau 2).

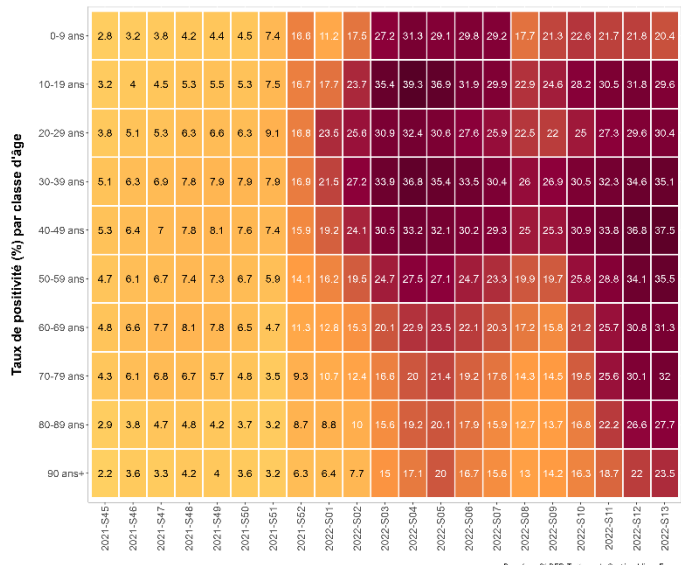
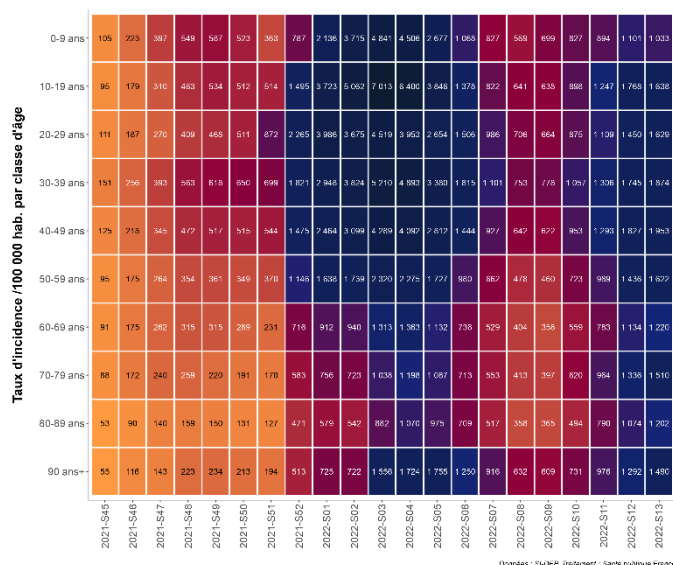


Figure 4 : Évolution régionale hebdomadaire des taux d'incidence par classe d'âge décennale, Hauts-de-France – données arrêtées au 3 avril, source SI-DEP

Figure 5 : Évolution régionale hebdomadaire des taux de positivité par classe d'âge décennale, Hauts-de-France – données arrêtées au 3 avril, source SI-DEP

Tableau 2 : Évolution des taux régionaux et départementaux d'incidence, de positivité et de dépistage, chez les 65 ans et +, Hauts-de-France – données arrêtées au 3 avril, source SI-DEP

Territoire	Nouveaux cas/100 000 hab.			Taux de positivité (%)		Tests/100 000 hab.	
	21/03-27/03	28/03-03/04	Tendance*	21/03-27/03	28/03-03/04	21/03-27/03	28/03-03/04
Aisne	846 [793-901]	1 101 [1 040-1 164]	↗	27	29,5	3 130	3 726
Nord	1 306 [1 273-1 339]	1 375 [1 341-1 410]	↗	28,5	29,2	4 577	4 706
Oise	744 [700-789]	984 [934-1 036]	↗	23,4	27,5	3 178	3 577
Pas-de-Calais	1 479 [1 434-1 524]	1 508 [1 463-1 554]	→	31,8	31,3	4 644	4 813
Somme	1 114 [1 054-1 177]	1 445 [1 376-1 515]	↗	29,4	32,8	3 794	4 408
Hauts-de-France	1 209 [1 189-1 230]	1 337 [1 316-1 359]	↗	28,9	30	4 182	4 454

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

Données : SI-DEP. Traitement : Santé publique France.

Variants

En semaine 13, le taux de tests positifs criblés est stable à 27,0 % au niveau régional. Cette semaine, la quasi-totalité (99,98 %) des 34 948 prélèvements positifs criblés étaient caractérisés par l'absence des mutations E484K et L452R (criblage « A0C0 »), ce qui correspond à une suspicion de variant Omicron. **Dans le même temps, un résultat de criblage indiquant la présence d'une des mutations cibles d'Omicron (codée D1, forte suspicion d'Omicron) a été identifié dans 33 289 prélèvements en semaine 13, soit 99,5 % des résultats interprétables.**

À ce jour, cinq sous-lignages du variant Omicron ont été détectés en Hauts-de-France : BA.1, avec ses sous-lignages BA.1.1, BA.1.13, BA.1.15, et BA.2. **Le sous-lignage le plus détecté dans la région en S12*, sous réserve de la consolidation des données, était BA.2 (85,5 % des 145 séquences Omicron de l'enquête Flash S12* versus 73,3 % pour l'enquête Flash S11*) suivi du BA.1.1 (12,4 % versus 22,4 % en S11*), confirmant la tendance observée ses dernières semaines** (Figure 6). D'après la base de données EMERGEN, aucune séquence correspondant à BA.3 n'a été identifiée dans les Hauts-de-France au 4 avril 2022.

Depuis le 18 février 2022, **un recombinant Delta/Omicron nommé XD** fait l'objet d'un suivi renforcé par Santé publique France et le CNR Virus des infections respiratoires. La majorité de son génome correspond au variant Delta (sous-lignage AY.4), mais une large portion du gène S (codant pour la protéine Spike) correspond au variant Omicron (sous-lignage BA.1). **Au 4 avril, 19 séquences de ce recombinant ont été signalées en Hauts-de-France.** Ces séquences correspondent à des prélèvements réalisés depuis début janvier 2022, ce qui suggère une circulation de celui-ci à des niveaux faibles depuis plusieurs semaines. À ce jour, très peu de données sont disponibles sur les caractéristiques de ce recombinant et des investigations sont en cours.

Plus d'informations sont disponibles dans l'[analyse de risque variants du 23/03/2022](#).

* Suite à une maintenance de la base de données de séquençage EMERGEN, le nombre de séquences obtenues au cours de la semaine 13 est globalement plus faible qu'à l'accoutumée. Des problèmes bio-informatiques d'un des laboratoires séquenceurs ont aussi impacté négativement les volumes de séquençage de la dernière semaine.

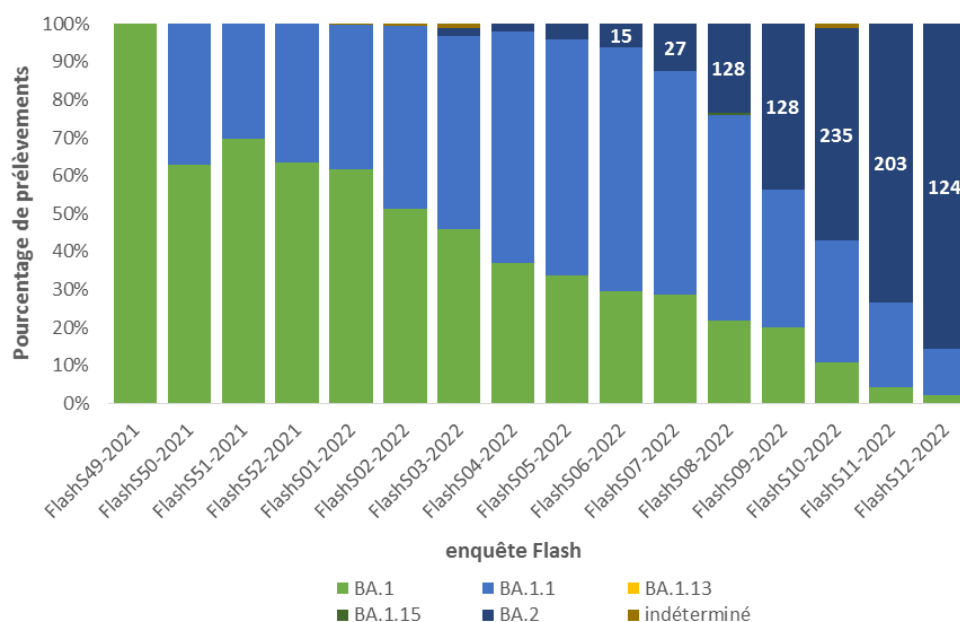


Figure 6 : Évolution du nombre de prélèvements par sous-lignages d'Omicron, données des Enquêtes Flash, actualisées au 4 avril 2022, source EMERGEN, Hauts-de-France

En savoir plus sur [la surveillance de la circulation des variants du SARS-CoV-2](#).

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

En ville, en semaine 13, d'après les données des médecins du Réseau Sentinelles, l'incidence des infections respiratoires aigües (Covid-19, syndromes grippaux et autres IRA) est de nouveau en forte hausse, avec un niveau supérieur à celui observé lors des pics des saisons précédentes (Figure 7). Les données des SOS médecins étant incomplètes, elles ne permettent pas de conclure sur les tendances régionales. Cependant, sur le secteur de Saint-Quentin, les recours aux SOS médecins pour suspicion de Covid-19 restent stables en semaine 13 alors que l'on observe une légère baisse de ces recours sur le secteur d'Amiens.

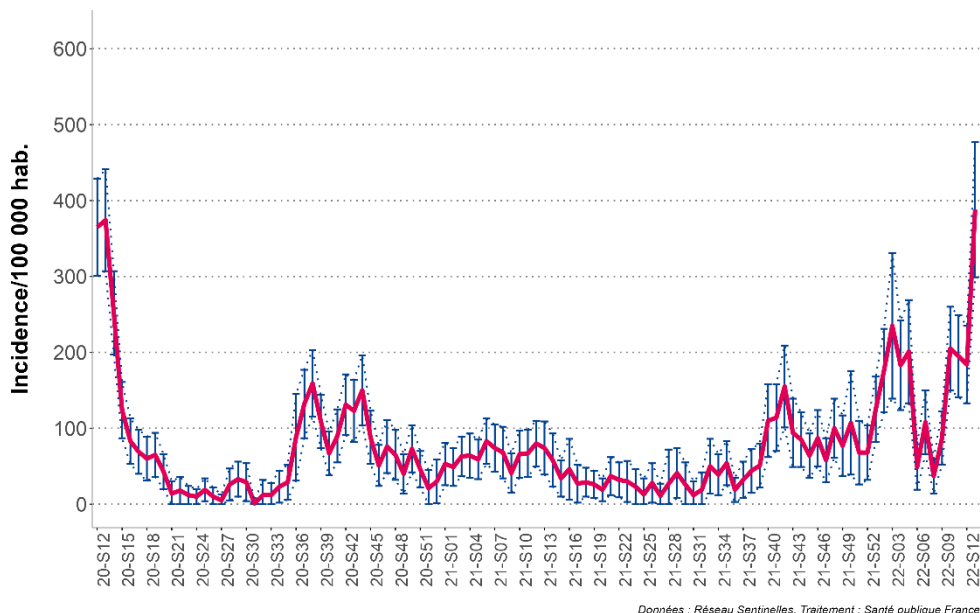


Figure 7 : Évolution hebdomadaire du nombre de recours pour IRA ou suspicion de COVID-19 (/100 000 habitants), Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, du 14 mars 2020 au 3 avril 2022

A l'hôpital, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 (+17 %) et la part des hospitalisations après recours aux urgences pour suspicion de Covid-19 (+5 %) sont en hausse (Figure 8). Le R-effectif Oscour, caractérisant la dynamique des passages aux urgences pour suspicion de Covid-19, demeure stable et significativement supérieur à 1 (1,14 [1,06 ; 1,23] sur la période du 27 mars au 2 avril).

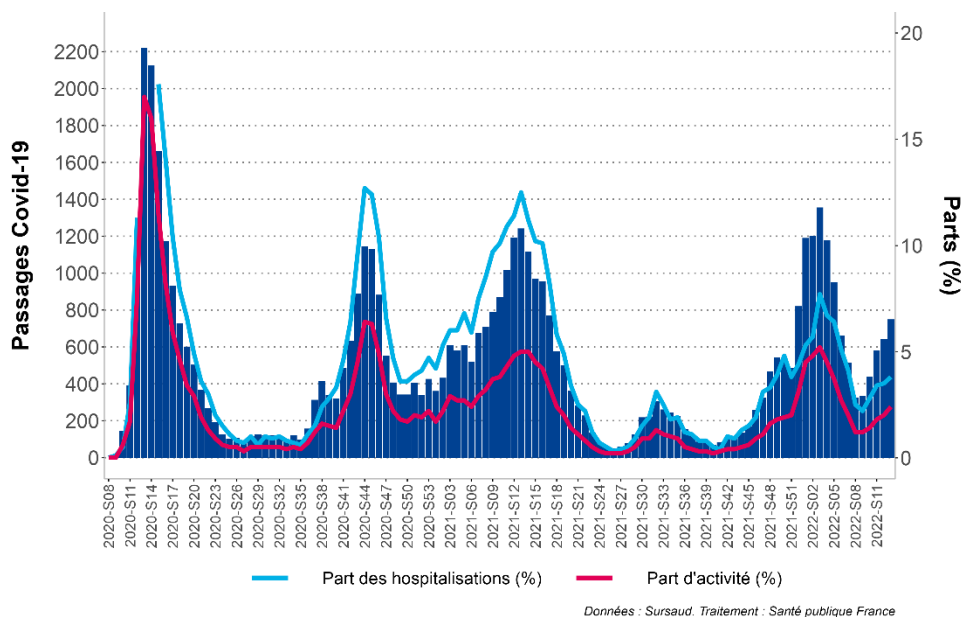
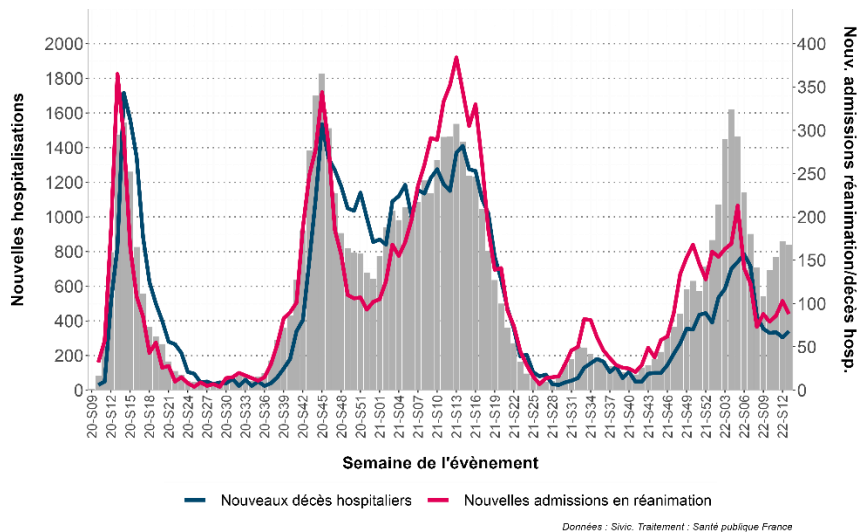


Figure 8 : Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe gauche) et proportion d'activité (axe droit) pour suspicions de COVID-19 dans les services d'urgences, Oscour®, Hauts-de-France, du 17 février 2020 au 3 avril 2022

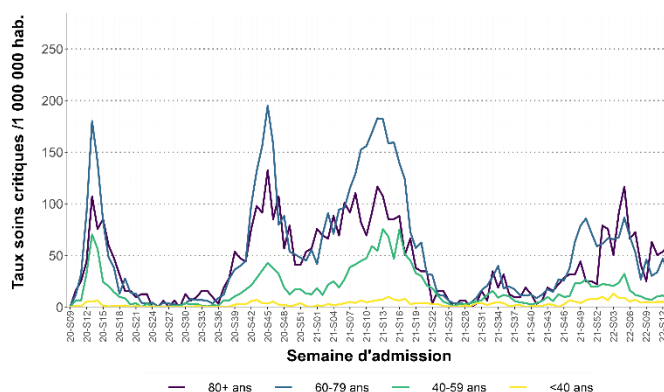
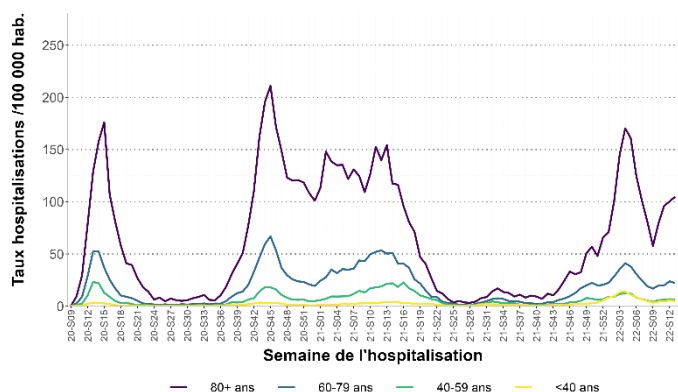
Dans les hôpitaux de la région, le nombre de nouvelles hospitalisations pour des patients infectés par le SARS-CoV-2 est stable en semaine 13, bien qu'une **tendance à la hausse soit observée depuis plusieurs semaines, visible cette semaine dans l'Aisne, le Pas-de-Calais et l'Oise** (Figure 9, Tableau 3). **Les taux de nouvelles hospitalisations et de nouvelles admissions en services de soins critiques pour Covid-19 sont toujours très élevés et de nouveau à la hausse en S13 chez les plus de 80 ans** (Figures 10). Par ailleurs, **dans les services de soins critiques, une légère baisse des nouvelles admissions a été observée en semaine 13 par rapport à la semaine 12 alors qu'une tendance à la hausse était observable sur les dernières semaines, cette tendance sera à confirmer dans les prochaines semaines.** Le nombre de nouveaux décès hospitaliers pour Covid-19 est quant à lui stable au niveau régional mais en hausse en semaine 13 dans le département de l'Oise.



	S12-2022	S13-2022	Évolution
Nouvelles hospitalisations conventionnelles de patients infectés par le SARS-CoV-2	859	840	→
Nouvelles admissions en services de soins critiques de patients infectés par le SARS-CoV-2	103	88	↘
Nouveaux décès hospitaliers de patients infectés par le SARS-CoV-2	61	68	→

Figure 9 : Évolution hebdomadaire du nombre de décès et d'hospitalisations de patients infectés par la COVID-19 et admis en services de réanimation et d'hospitalisation conventionnelle (hors réa), SI-VIC, Hauts-de-France, du 24 février 2020 au 3 avril 2022

Tableau 3 : Évolution des indicateurs hospitaliers concernant les patients infectés par le Sars-Cov2 en région Hauts-de-France, SI-VIC, du 21 mars au 3 avril 2022



Figures 10 : Évolution hebdomadaire des taux d'hospitalisations, toutes hospitalisations (à gauche) et en services de soins critiques (à droite), de patients infectés par la COVID-19 par classe d'âge, SI-VIC, Hauts-de-France, du 24 février 2020 au 3 avril 2022

Enfin, en semaine 13, on observe une stabilisation par rapport à la semaine précédente de la prévalence des patients infectés par le virus du SARS-CoV-2 dans les hôpitaux de la région (toutes hospitalisations dont soins critiques), qui reste toutefois à un niveau élevé. La part des patients hospitalisés pour Covid-19 *versus* ceux hospitalisés pour d'autres motifs et positifs au SARS-CoV-2 demeure stable pour l'ensemble des hospitalisations (64 %) et dans les services de soins critiques (Figure 11, Figure 12).

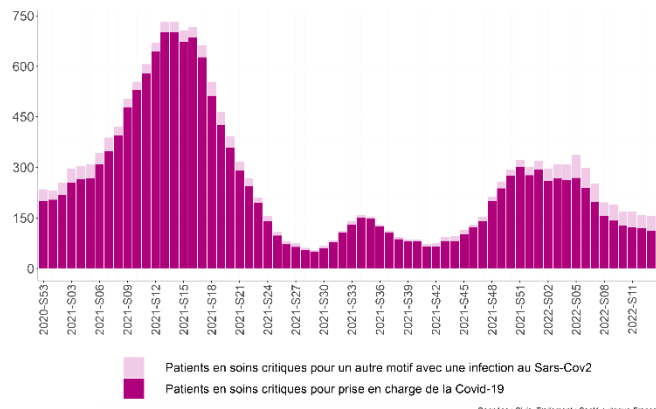
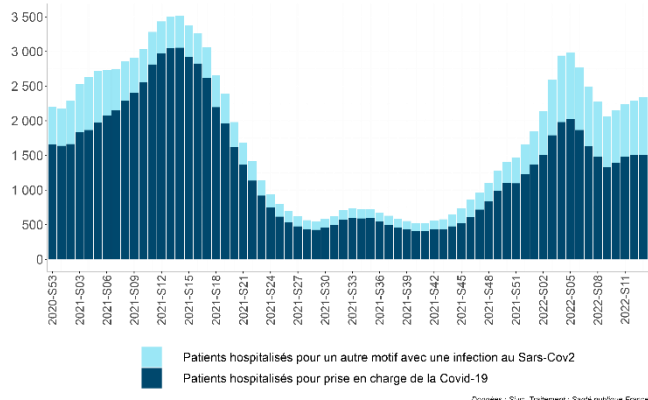


Figure 11 : Évolution hebdomadaire du nombre de patients hospitalisés pour prise en charge de la Covid-19 ou pour un autre motif avec une infection au SARS-CoV-2 (toutes hospitalisations), dans les hôpitaux des Hauts-de-France, données arrêtées au 3 avril 2022

Figure 12 : Évolution hebdomadaire du nombre de patients hospitalisés en services de soins critiques pour prise en charge de la Covid-19 ou pour un autre motif avec une infection au SARS-CoV-2, dans les hôpitaux des Hauts-de-France, données arrêtées au 3 avril 2022

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. Dès le début de la saison hivernale 2020, la grippe a été intégrée. 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](https://www.santepubliquefrance.fr).

Depuis le 1^{er} janvier 2022, **168 cas graves de Covid-19 ont été signalés** par les services sentinelles de réanimation de la région. Le principal motif d'admission en service de réanimation est l'infection respiratoire aiguë due au SARS-CoV-2 (77 % des cas pour lesquels le motif d'admission est renseigné), tandis que 17 % des patients signalés sont entrés en réanimation pour une autre raison médicale mais présentaient une infection à la Covid-19 concomitante.

Le sexe ratio H/F des cas déclarés est de 2,1 (deux fois plus d'hommes que de femmes) et l'âge médian des cas est de 65 ans. La durée moyenne de séjour en service de réanimation est de 10 jours. Dans la continuité des semestres précédents, la grande majorité des cas présente au moins une comorbidité (93 %). L'obésité (45 %) et l'hypertension artérielle (39 %) restent les principales comorbidités rapportées. Une ventilation invasive a été mise en œuvre pour 35 % des patients signalés (Tableau 4).

L'information sur le **type de variant identifié** par criblage ou séquençage est disponible pour 62 des 168 cas admis en réanimation depuis début 2022 (soit 37 %). Plus des deux tiers (73 %) des infections avec variant renseigné sont à ce jour attribuables au variant Omicron, et 27 % au variant Delta (pour des cas signalés en janvier). Depuis fin janvier 2022, tous les cas signalés pour lesquels le type de variant est renseigné sont dû au variant Omicron, en cohérence avec la circulation de ce virus observée à travers les données de laboratoires (SIDEF).

Concernant la **vaccination**, parmi les 137 cas admis en réanimation depuis le 1^{er} janvier 2022 pour lesquels le statut vaccinal est renseigné, un peu moins de la moitié (45 %) n'est pas vaccinée. Parmi les cas vaccinés, la majorité l'a été avec 3 doses (41 %).

Tableau 4 : Caractéristiques des cas graves de Covid-19 hospitalisés dans les services sentinelles de réanimation de la région Hauts-de-France signalés au second semestre 2021 et au premier semestre 2022

	2022-S1		2021-S2			2022-S1		2021-S2	
	N	%	N	%		N	%	N	%
Cas admis dans les services sentinelles de réanimation					Comorbidités				
Nombre de cas signalés	168	-	247	-	Aucune	11	7%	36	15%
Répartition par sexe					Au moins une comorbidité	141	93%	201	85%
Homme	113	67%	157	64%	Obésité (IMC ≥ 30)	60	39%	99	42%
Femme	55	33%	90	36%	Hypertension artérielle	68	45%	95	40%
Inconnu	0	-	0	-	Diabète	40	26%	55	23%
Sexe-ratio H/F	2,1	-	1,7	-	Pathologie cardiaque	31	20%	54	23%
Âge des cas					Pathologie pulmonaire	37	24%	40	17%
Âge moyen / médian [min ; max]	60 / 65	[0 ; 100]	61 / 64	[0 ; 87]	Immunodépression	12	8%	18	8%
0-14 ans	6	4%	1	0%	Pathologie rénale	23	15%	21	9%
15-44 ans	21	13%	34	14%	Cancer	20	13%	21	9%
45-64 ans	61	36%	101	41%	Pathologie neuromusculaire	10	7%	8	3%
65-74 ans	50	30%	81	33%	Pathologie hépatique	6	4%	5	2%
75 ans et plus	30	18%	30	12%	Non renseigné	16	-	10	-
Non renseigné	0	-	0	-	Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) *				
Région de résidence des patients					Présence d'un SDRA	99	80%	145	86%
Hors région	6	4%	7	3%	Mineur	15	12%	16	9%
Hauts-de-France	154	96%	216	97%	Modéré	30	24%	32	19%
Non renseigné	8	-	24	-	Sévère	54	44%	97	57%
Évolution des cas					Pas de SDRA	25	20%	24	14%
Évolution renseignée	132	79%	222	90%	Non renseigné	44	-	78	-
Décès	32	24%	54	24%	Type de ventilation *				
Cas sortis de réanimation	99	75%	154	69%	O2 (lunettes/masque)	13	8%	12	5%
Délai entre début des signes et admission en réanimation (en jours)					VNI (Ventilation non invasive)	5	3%	11	5%
Délai moyen	11,3		8,5		Oxygénothérapie à haut débit	77	50%	130	54%
Délai médian	8,0		8,0		Ventilation invasive	54	35%	82	34%
Durée de séjour (en jours)					Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	5	3%	4	2%
Durée moyenne de séjour	10,2		14,8		Non renseigné	14	-	8	-
Durée médiane de séjour	7,0		10,0		Variants (identifiés par criblage ou séquençage)				
Vaccination anti-Covid-19					Omicron	45	73%	2	2%
Non vacciné	62	45%	133	60%	Delta	17	27%	104	94%
Vacciné au moins une dose	75	55%	87	40%	Autres	0	0%	5	5%
Non renseigné	31	-	27	-	Non renseigné	106	-	136	-

* Niveau de sévérité maximal observé et modalité de prise en charge la plus invasive au cours du séjour en réanimation

Impact de l'épidémie de Covid-19 dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

Depuis le 24 octobre 2021 (S43-2021) et jusqu'au 3 avril 2022 (S13-2022), 939 épisodes de Covid-19 survenus dans les ESMS des Hauts-de-France ont été signalés dans l'application Voozanoo ESMS Covid-19 (Figure 13), dont 60 % concernent des Ehpad. Une augmentation du nombre d'épisodes est observée actuellement (essentiellement en Ehpad et hébergements pour personnes handicapées) ainsi qu'une augmentation du nombre de cas confirmés ces dernières semaines (Figure 14). Le nombre de décès signalés reste stable à un niveau faible par rapport au nombre de décès signalés lors des vagues précédentes (Figure 15), avec un total de 121 décès signalés depuis le 24 octobre 2021.

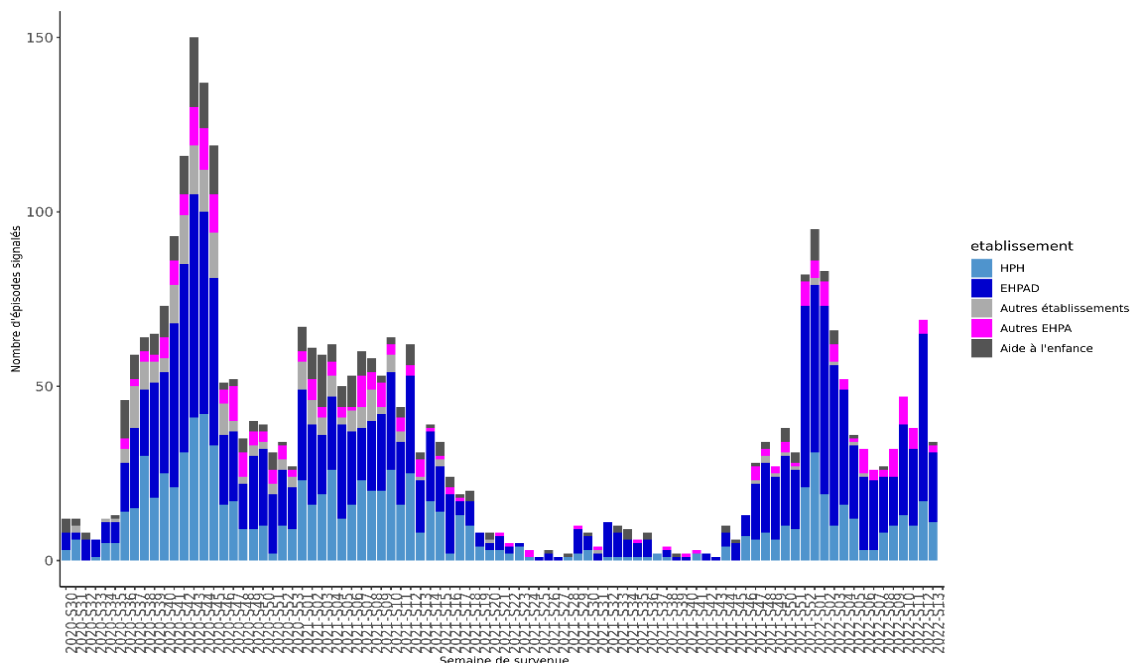


Figure 13 : Nombre de signalements d'épisodes avec au moins un cas (possible ou confirmé) de Covid-19 en ESMS par semaine calendaire et par type d'établissement, entre le 20 juillet 2020 et le 3 avril 2022, Source Voozanoo ESMS Covid-19, Hauts-de-France

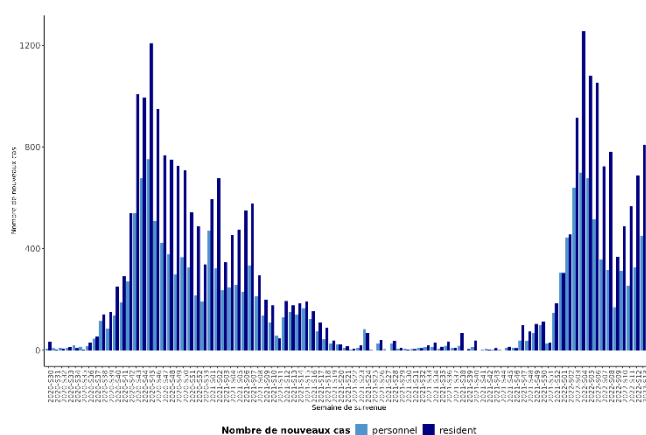


Figure 14 : Nombre de cas confirmés de Covid-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine calendaire, entre le 20 juillet 2020 et le 3 avril 2022, Source Voozanoo ESMS Covid-19, Hauts-de-France

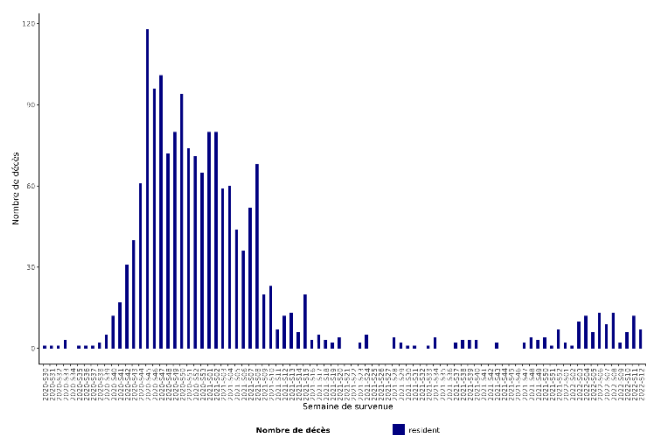


Figure 15 : Nombre de nouveaux décès hebdomadaires de Covid-19 chez les résidents et le personnel en ESMS, par date de survenue du décès, rapportés entre le 15 juillet 2020 et le 3 avril 2022, Source Voozanoo ESMS Covid-19, Hauts-de-France

Suivi de la campagne de vaccination contre la Covid-19

Au 5 avril 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 91,8 % pour la primo-vaccination complète* et de 70,9 % pour la 1^{ère} dose de rappel** (Tableau 5, Figure 16). Chez les 18 ans et plus, 76,2 % ont reçu leur dose de rappel et 84,2 % chez les 65 ans et plus (Figure 17). Pour autant, chez ces derniers, le rappel vaccinal datant de la fin de l'année 2021, l'efficacité vaccinale diminue dans le contexte actuel de ré-intensification de la circulation virale. **La deuxième dose de rappel est donc à présent recommandée et au 5 avril, seuls 6,5 % des 80 ans et plus avaient reçu cette dose de rappel, et 4,1 % chez les résidents en EHPAD.**

Les estimations de couvertures vaccinales pour une primo-vaccination complète rapportées au lieu de résidence, pour les habitants des Hauts-de-France âgés de plus de 12 ans, sont globalement homogènes sur l'ensemble de la région, variant de 89,9 % dans l'Oise à 95,0 % dans le Pas-de-Calais. Pour la dose de rappel, on retrouve les mêmes tendances avec une CV variant de 66,8 % dans l'Oise à 75,1 % dans le Pas-de-Calais.

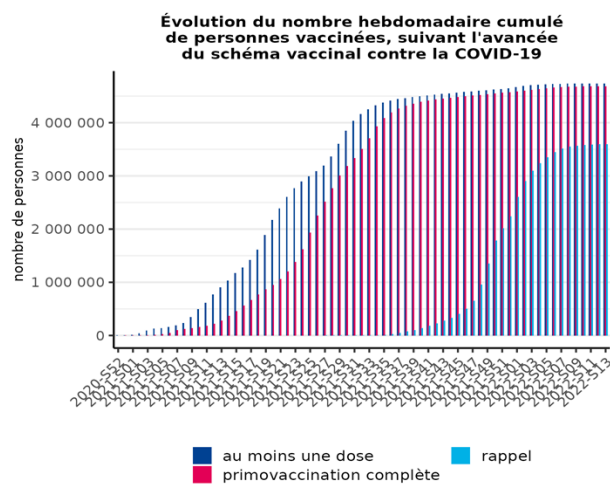
*La définition d'une primo-vaccination complète a précédemment été [publiée](#).

**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 ont été précédemment [décrits](#). Le pourcentage de personnes éligibles à la dose de rappel ne tient pas compte des personnes récemment infectées et pour lesquelles la dose de rappel est reportée.

Tableau 5 : 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 5 avril 2022, données par date d'injection, VAC-SI, Hauts-de-France

Classe âge	au moins 1 dose		primo-vaccination complète		dose de rappel	
	Nombre de personnes	CV (%)	Nombre de personnes	CV (%)	Nombre de personnes	CV (%)
5-11 ans	33 222	6,0 %	26 669	4,8 %	292	0,1 %
12-17 ans	423 544	89,3 %	415 200	87,5 %	95 222	20,1 %
18-49 ans	2 172 242	91,9 %	2 151 067	91,0 %	1 638 538	69,4 %
50-64 ans	1 056 945	94,0 %	1 051 962	93,5 %	928 698	82,6 %
65-74 ans	610 498	96,4 %	607 438	96,0 %	556 766	88,0 %
75 ans et plus	437 149	91,7 %	431 399	90,5 %	377 526	79,2 %
autres âges ou non renseigné	117		27		6	
Population ≥ 12 ans	4 700 378	92,7 %	4 657 066	91,8 %	3 596 750	70,9 %

Source : Vaccin Covid Cnam ; Exploitation : Santé publique France



Source : VAC-SI, traitement : Santé publique France

Figure 16 : Évolution du nombre hebdomadaire cumulé de personnes vaccinées, suivant l'avancée du schéma vaccinal contre la Covid-19, données par date d'injection au 5 avril 2022, VAC-SI, Hauts-de-France

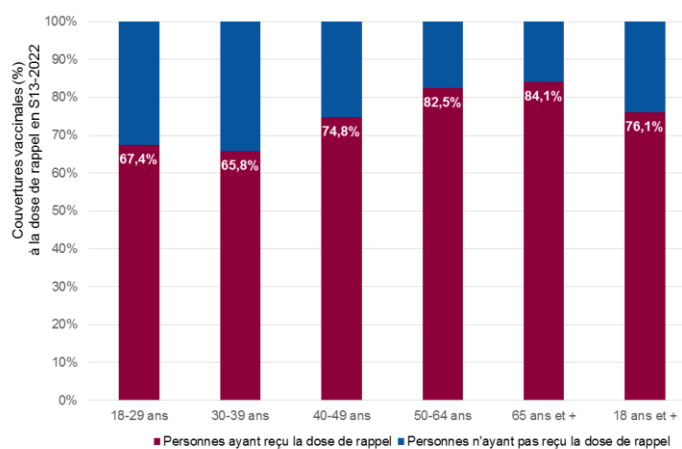


Figure 17 : Couvertures vaccinales (%) à la dose de rappel, suivant l'avancée du schéma vaccinal contre la Covid-19, données par date d'injection en S13-2022, VAC-SI, Hauts-de-France

Les données départementales de couvertures vaccinales contre le Covid-19 chez les résidents en Ehpads ou USLD sont disponibles sur [Géodes](#).

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

Synthèse des données disponibles

Phase non épidémique. En S13-2022, la part d'activité pour bronchiolite, toujours à un niveau modéré, était stable dans les services d'urgences (Figure 19). En raison d'un incident de transmission, les données de trois des cinq associations SOS Médecins de la région sont indisponibles depuis le 16 février. Les données des deux autres associations de la région sont bien intégrées mais ne permettent pas de conclure sur les tendances régionales (Figure 18). L'activité du Réseau Bronchiolite Picard était stable à un niveau faible pour le week-end du 2 - 3 avril. D'après les données des laboratoires de virologie des CHU de Lille et d'Amiens, quelques VRS ont été isolés chez des patients hospitalisés au CHU de Lille (Figure 20).

Recours aux soins d'urgence pour bronchiolite en Hauts-de-France, semaine S13-2022

Consultations	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
SOS Médecins	9	Données incomplètes en raison d'un incident technique		
SU - réseau Oscour®	68	3,20 %	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® \(Oscour, SOS Médecins, Mortalité\)](#)
- [Surveillance de la bronchiolite](#)

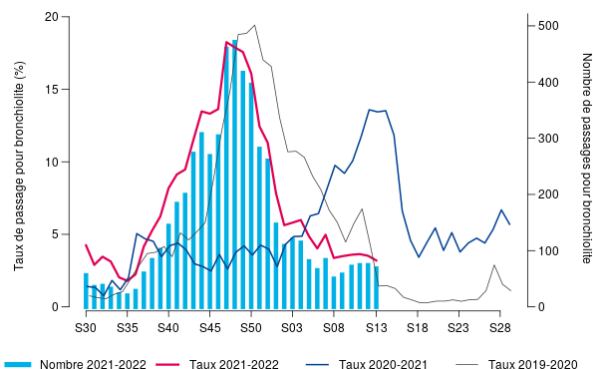
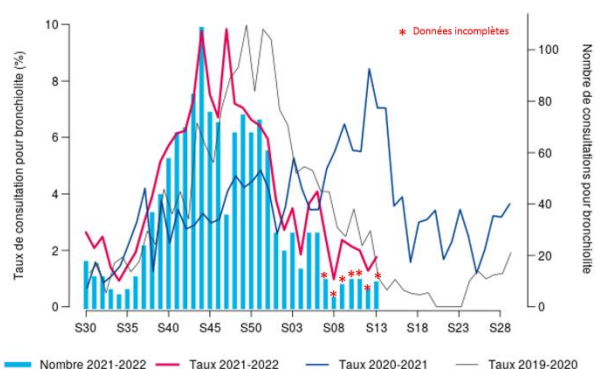


Figure 18 : Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2019-2022

Figure 19 : Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, Oscour®, Hauts-de-France, 2019-2022

Semaine	Nombre d'hospitalisations ¹	Variation par rapport à S-1 (%)	Part des hospitalisations totales ²
12 - 2022	20	+11,8 %	6,4 %
13 ³ - 2022	15	-25 %	5,6 %

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

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

³ Données à consolider pour la dernière semaine

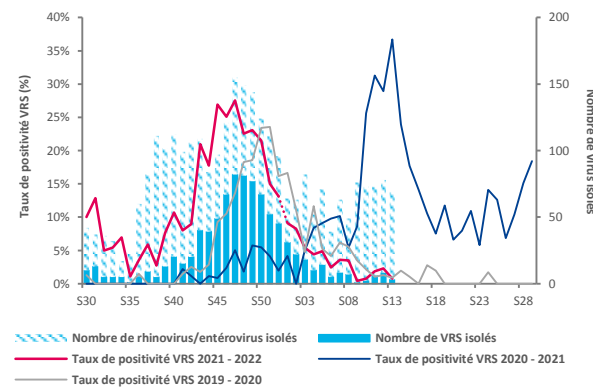


Figure 20 : Évolution hebdomadaire du nombre de VRS (axe droit) et taux de positivité pour le VRS (axe gauche), laboratoires de virologie du CHU de Lille et du CHU d'Amiens, 2019-2022

Tableau 6 : 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

En phase épidémique pour la 4^{ème} semaine. En S13, les recours pour syndromes grippaux continuaient d'augmenter fortement dans les services d'urgences, avec un niveau d'activité élevé dépassant les niveaux des saisons précédentes (avant l'épidémie de Covid-19) (Figure 22). Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences pour syndrome grippal était également en augmentation par rapport à la semaine précédente (+31 %). *En raison d'un incident de transmission, les données de trois des cinq associations SOS Médecins de la région sont indisponibles depuis le 16 février.* Les données des deux autres associations de la région ne permettent pas de conclure sur les tendances régionales mais témoignent d'une forte hausse de recours pour syndromes grippaux dans les secteurs de Saint-Quentin et d'Amiens ces dernières semaines (Figure 21). Le taux d'incidence des syndromes grippaux, estimé par le réseau Sentinelles, continuait d'augmenter fortement en S13 (Figure 23). Le nombre de virus grippaux isolés dans les laboratoires des CHU de Lille et d'Amiens était stable à un niveau élevé, justifiant le renforcement de la vigilance dans la région (Figure 24). Une augmentation des cas graves de grippe signalés par les services sentinelles de réanimation de la région est observée ces dernières semaines (cf. page suivante).

Recours aux soins d'urgence pour syndromes grippaux en Hauts-de-France, semaine S13-2022

Consultations	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
SOS Médecins	1 233	Données incomplètes en raison d'un incident technique		
SU - réseau Oscour®	1 035	3,30 %	Forte	En augmentation

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® \(Oscour, SOS Médecins, Mortalité\)](#)
- [Surveillance de la grippe](#)

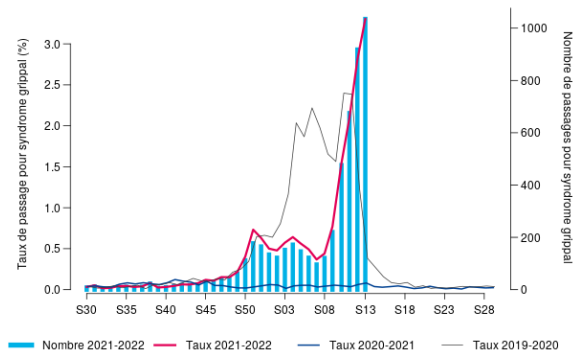
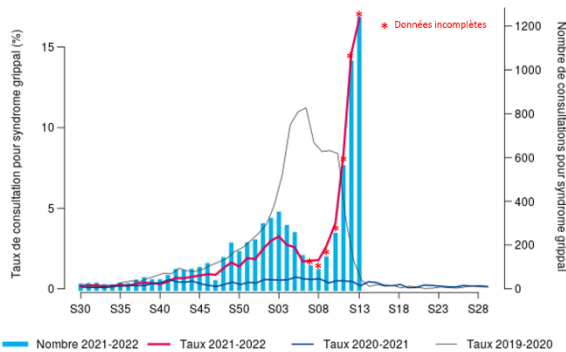


Figure 21 : Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour syndromes grippaux, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2019-2022

Figure 22 : Évolution hebdomadaire du nombre de passages aux urgences (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour syndromes grippaux, Oscour®, Hauts-de-France, 2019-2022

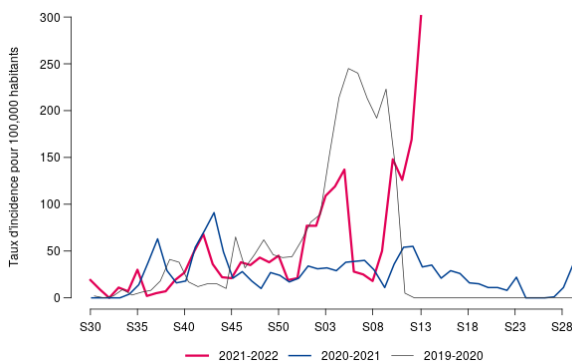


Figure 23 : Évolution hebdomadaire du taux d'incidence des syndromes grippaux, Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, 2019-2022

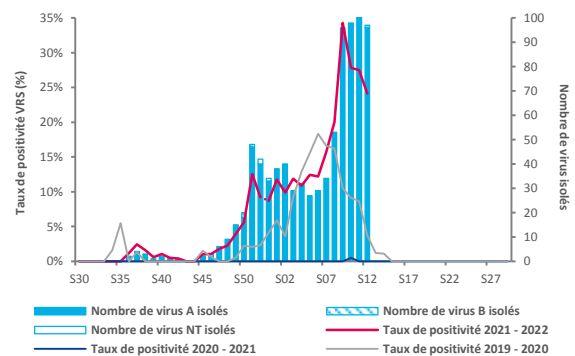


Figure 24 : Évolution hebdomadaire du nombre de virus grippaux isolés (axe droit) et taux de positivité (axe gauche), laboratoires de virologie du CHU de Lille et du CHU d'Amiens, 2019-2022

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.** → [Retrouvez toutes les informations utiles ici](#)

Caractéristiques clinico-épidémiologiques des cas graves de grippe 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. Dès le début de la saison hivernale 2020, la grippe a été intégrée. 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.

Entre février et mars 2022, près d'une trentaine de cas graves de grippe ont été signalés par les services sentinelles de réanimation de la région Hauts-de-France, avec une nette augmentation des signalements ces dernières semaines. Il s'agit principalement de cas adultes (âge médian de 62 ans, un seul enfant de moins de 15 ans signalé) présentant au moins une comorbidité (92 %), le plus souvent pulmonaire (48 %). Le principal motif d'admission en réanimation était une infection respiratoire aiguë (92 % des cas). Le type de virus grippal décrit était majoritairement de type A (95 %).

Une surinfection bactérienne à pneumocoque a été observée pour 3 cas ; et pour 3 autres, une co-infection au SARS-CoV-2 a été décrite. Une ventilation invasive a été mise en œuvre pour 33 % des cas déclarés (Tableau 7).

Tableau 7 : Caractéristiques des cas graves de grippe hospitalisés dans les services sentinelles de réanimation de la région Hauts-de-France signalés au premier semestre 2022.

2022-S1			2022-S1		
	N	%		N	%
Cas admis dans les services sentinelles de réanimation			Comorbidités **		
Nombre de cas signalés	26	-	Aucune	2	8%
Répartition par sexe			Au moins une comorbidité	23	92%
Homme	17	65%	Obésité (IMC ≥ 30)	5	20%
Femme	9	35%	Hypertension artérielle	12	48%
Inconnu	0	-	Diabète	5	20%
Sexe-ratio H/F	1,9	-	Pathologie cardiaque	7	28%
Âge des cas			Pathologie pulmonaire	12	48%
Âge moyen / médian [min ; max]	60 / 62	[13 ; 81]	Immunodépression	3	12%
0-14 ans	1	4%	Pathologie rénale	4	16%
15-44 ans	4	15%	Cancer	1	4%
45-64 ans	9	35%	Pathologie neuromusculaire	1	4%
65-74 ans	6	23%	Pathologie hépatique	3	12%
75 ans et plus	6	23%	Non renseigné	1	-
Type de ventilation *			Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) *		
O2 (lunettes/masque)	3	13%	Présence d'un SDRA	6	50%
VNI (Ventilation non invasive)	4	17%	Mineur	2	17%
Oxygénothérapie à haut débit	9	38%	Modéré	1	8%
Ventilation invasive	8	33%	Sévère	3	25%
Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	0	0%	Pas de SDRA	6	50%
Non renseigné	2	-	Non renseigné	14	-
Type de virus grippal			Co-infections documentées		
Grippe A	18	95%	Covid-19	3	12%
A non sous-typé	11	58%	Surinfection à pneumocoque	3	12%
A (H1N1)	5	26%	Région de résidence des patients		
A (H3N2)	2	11%	Hors région	0	0%
Grippe B	1	5%	Hauts-de-France	25	100%
B non sous-typé	1	5%	Non renseigné	1	-
Évolution des cas			Motif d'admission en réanimation **		
Évolution renseignée	11	42%	Infection respiratoire aiguë	24	92%
Décès	2	18%	Décompensation pathologie chronique	5	19%
Cas sortis de réanimation	9	82%	Surinfection bactérienne	7	27%
Vaccination anti-grippale			Sans lien avec l'infection grippale	0	0%
Patient vacciné	5	19%	Non renseigné	0	0%

* Niveau de sévérité maximal observé et modalité de prise en charge la plus invasive au cours du séjour en réanimation

** Plusieurs comorbidités et/ou motifs d'admission possibles pour un même patient

Gastro-entérites aiguës (GEA)

Synthèse des données disponibles

En S13, les recours aux soins pour GEA, tous âges confondus, étaient en diminution dans les services d'urgences (Figure 28). En raison d'un incident de transmission, les données de trois des cinq associations SOS Médecins de la région sont indisponibles depuis le 16 février (Figure 26). L'incidence des diarrhées aiguës estimée par le réseau Sentinelles était stable (Figure 29). Le nombre de virus entériques isolés dans les laboratoires des CHU de Lille et d'Amiens était stable à un niveau élevé, témoignant d'une importante circulation des rotavirus, depuis plusieurs semaines, chez des patients hospitalisés pour GEA (Figure 30).

Recours aux soins d'urgence pour GEA en Hauts-de-France, semaine S13-2022

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	588	Données incomplètes en raison d'un incident technique			147	Données incomplètes en raison d'un incident technique		
SU - Oscour®	777	2,5 %	Forte	En diminution	532	12,24 %	Forte	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® \(Oscour, SOS Médecins, Mortalité\)](#)
- [Surveillance de la gastro-entérite](#)

Tendances régionales indisponibles

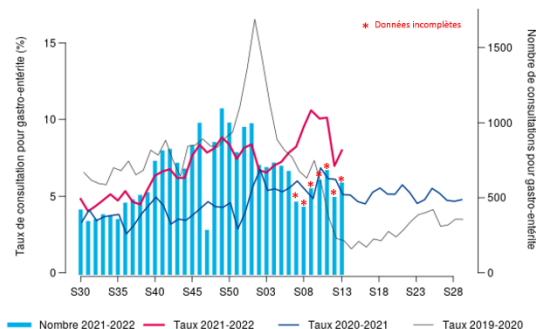


Figure 25 : Niveau d'activité hebdomadaire des SOS Médecins pour GEA selon la région. France entière, semaine S13-2022

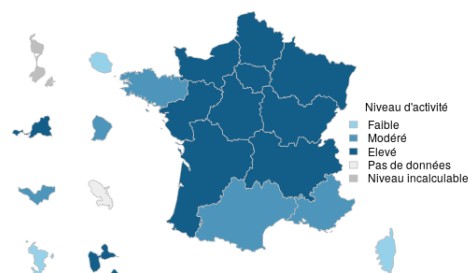


Figure 26 : Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2019-2022

Source : Réseau Oscour, Santé publique France, 2022

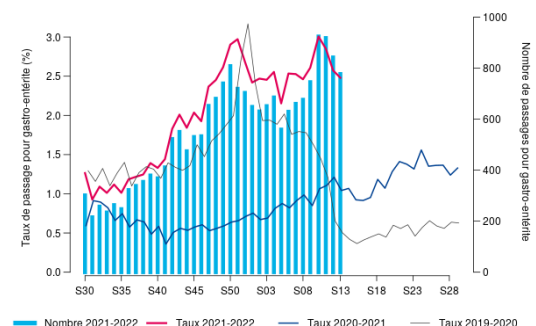


Figure 27 : Niveau d'activité hebdomadaire des services d'urgence pour GEA selon la région, France entière, semaine S13-2022

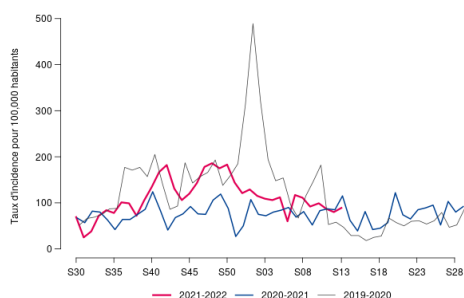


Figure 28 : Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, Oscour®, Hauts-de-France, 2019-2022

Figure 29 : Évolution hebdomadaire du taux d'incidence des diarrhées aiguës, Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, 2019-2022

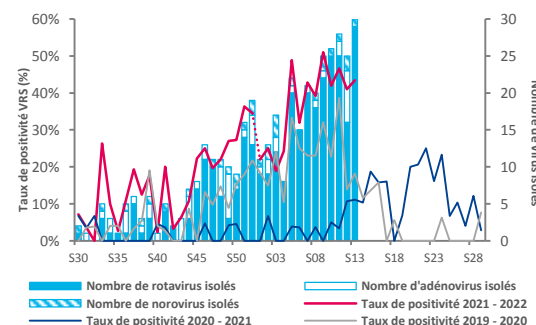


Figure 30 : Évolution hebdomadaire du nombre de virus entériques isolés (axe droit) et proportion de prélèvements positifs (axe gauche), laboratoires de virologie des CHU de Lille et d'Amiens, 2019-2022 (données de la dernière semaine non consolidées)

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

A l'échelle régionale, un excès de mortalité toutes causes a été observé, tous âges et chez les personnes âgées de plus de 65 ans, durant près de trois mois, de la semaine 48-2021 à la semaine 08-2022 (Figure 31). A l'échelle infrarégionale, cet excès, toutes causes tous âges et chez les plus de 65 ans, était significatif dans le département du Nord. En S12 et sous réserve de la consolidation des données les plus récentes, la mortalité toutes causes et tous âges était stable à l'échelle régionale mais un excès de mortalité est de nouveau observé dans le département du Nord.

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](#)

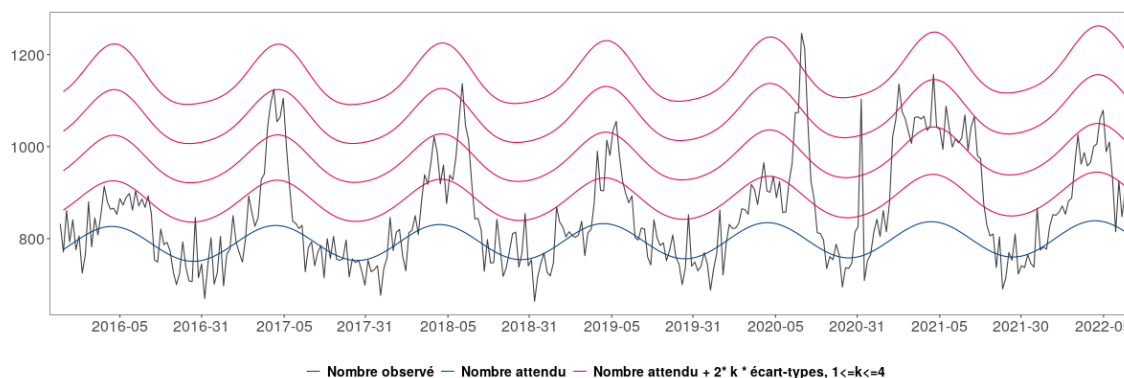


Figure 31 : Nombre hebdomadaire de décès toutes causes, tous âges, Insee, Hauts-de-France, depuis 2015

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 lentement avec 27,1 % et 26,2 % de décès déclarés électroniquement en janvier et février 2022 (*estimations provisoires*) contre 20,8 % l'année précédente. Les meilleurs taux de couverture sont observés dans les départements du Nord et de la Somme avec respectivement 30,0 % et 43,3 % des décès déclarés électroniquement en février 2022. *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 \(CertDc\)](#), publié en octobre 2021.*

En S13, 316 décès toutes causes ont été certifiés électroniquement, chiffre stable par rapport à la semaine précédente ; et 47 décès faisaient l'objet d'une **mention de Covid-19** dans le certificat, représentant 15 % de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique.

Depuis la semaine 40-2021, 24 décès déclarés en Hauts-de-France par certificat électronique présentaient une **mention de grippe** comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès. La majorité de ces décès (n=20) a été déclarée au cours des trois dernières semaines.

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)
- Les recours aux services d'urgence sont suivis pour les regroupements syndromiques suivants :
 - Covid-19 : codes B342, B972, U71 et ses dérivés selon la classification CIM-10 de l'OMS ;
 - 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 :
 - Covid-19 : suspicion d'infection à Covid-19 et Covid-19 confirmé biologiquement (codage spécifique depuis le 24/02/2020) ;
 - 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

A noter que les données de trois des cinq associations SOS Médecins ne sont pas disponibles depuis le 16 février en raison d'un incident de transmission.

	Hauts-de-France	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme
SOS : Nombre d'associations incluses	5/5	1/1	0/3	0/0	0/0	1/1
SOS : Taux de codage diagnostique	98,6 %	98 %	-	-	-	99,6 %
SAU – Nombre de SU inclus	50/50	7/7	19/19	7/7	11/11	6/6
SAU – Taux de codage diagnostique	75,5 %	95,4 %	89,2 %	43,9 %	54 %	87 %



Équipe de rédaction

Santé publique France Hauts-de-France

CHENT Souhaila
HAEGHEBAERT Sylvie
MAUGARD Charlotte
N'DIAYE Bakhao
OTELE Christine
PONTIÈS Valérie
PROUVOST Héléne
RICHARSONS Ingrid
RUSHYIZEKERA Melissa
SHAIKOVA Arnoo
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

Date de publication
8 avril 2022

Contact

Cellule régionale Hauts-de-France

hautsdefrance@santepubliquefrance.fr

Contact presse

presse@santepubliquefrance.fr

Retrouvez nous sur :
www.santepubliquefrance.fr

Twitter : @sante-prevention