

Surveillance COVID-19

Évolution des indicateurs

Nouveaux cas en Hauts-de-France : ↗

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

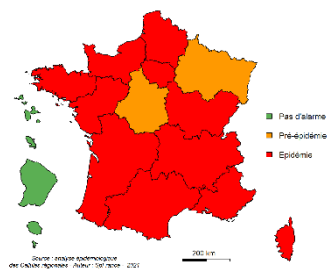
En médecine libérale : →

A l'hôpital :

- Services d'urgences : ↗
- Hospitalisations : ↗

Surveillance des épidémies hivernales

Bronchiolite (Moins de 2 ans)



Évolution régionale : ↗

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

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

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

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

- ↗ En augmentation
- Stable
- ↘ En diminution

Les indicateurs nationaux de surveillance pour bronchiolite pour la semaine S11-2021 sont accessibles dans le [bulletin national bronchiolite](#).

Syndromes grippaux

Évolution régionale : →

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

Absence d'activité grippale aux niveaux régional et national

Dans le contexte actuel de l'épidémie de COVID-19, la surveillance de la grippe repose uniquement sur les diagnostics de grippe confirmés virologiquement.

Détails des indicateurs
régionaux en pages :

COVID-19.....	2
Bronchiolite.....	11
Mortalité.....	12
Méthodes.....	13

Gastro-Entérites

Évolution régionale : ↗

- En médecine libérale :

en diminution à SOS Médecins ; en augmentation au Réseau Sentinelles.

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

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

Autres surveillances régionales

Mortalité toutes causes (données Insee)

A l'échelle régionale, un excès significatif de mortalité toutes causes, est observé depuis la semaine S43-2020, chez les personnes âgées de plus de 65 ans et tous âges. A l'échelle infrarégionale, un excès significatif de mortalité est observé depuis la S10-2021 dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais chez les plus de 65 ans et tous âges.

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

Points d'actualité

Hospitalisation pour Covid-19 au 1^{er} semestre 2020 chez les personnes traitées pharmacologiquement pour un diabète en France, [Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 23 mars 2021, n°4 - série Covid-19](#)

Bilan annuel de surveillance des toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) : augmentation de 9% de TIAC déclarées en 2019 par rapport à l'année précédente. A retrouver sur le [site de Santé publique France](#).

Synthèse de la situation épidémiologique

Un incident technique a été détecté le 19 mars par les équipes de Santé publique France (SpFrance) dans la chaîne de transmission de données vers l'Agence. Les premières investigations conduites par SpFrance et ses partenaires ont permis d'identifier une problématique de géocodage des adresses des personnes testées en amont (SpFrance n'ayant pas accès à l'adresse des patients, ni à aucune information nominative en application de la réglementation sur la protection des données personnelles). L'investigation de cet incident a permis de montrer que les données nationales n'étaient pas affectées mais que le problème concernait leur répartition sur certains territoires. Après résolution de cette problématique de géocodage en amont de SpFrance, l'ensemble des données de SI-DEP a été revu et renvoyé corrigé par les partenaires. Ces corrections ont eu pour conséquence l'intégration d'un nombre légèrement supérieur de tests. Mais elles n'impactent pas l'analyse de la dynamique globale de l'épidémie. Des investigations se poursuivent avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la chaîne de production des données dans l'objectif de corriger définitivement cette anomalie.

Dans les Hauts-de-France, sur la période du 15 au 21 mars 2021 (semaine 11), le nombre de nouveaux cas d'infection au SARS-COV2 est à nouveau en augmentation par rapport à la semaine précédente et le variant 20I/501Y.V1 est maintenant majoritaire dans la région. La progression épidémique s'observe particulièrement dans les classes d'âges de 10 à 59 ans avec une augmentation des taux d'incidence de dépistage, et des taux de positivité qui se stabilisent à un niveau élevé. Chez les plus de 65 ans, on observe une stabilisation des taux d'incidence et des taux de positivité sur la même période d'analyse.

A l'échelle départementale, en semaine 11, les taux d'incidence (TI) tous âges sont à nouveau en augmentation significative dans le Nord, l'Oise, le Pas-de-Calais et la Somme.

A l'échelle infra-départementale, la circulation virale est toujours très importante avec 80 % des territoires qui présentent des TI supérieurs à 250 cas/100 000 habitants. Sur le secteur du littoral (Dunkerquois et Calaisis) et des Flandres (Nord) au Montreuillois (Pas-de-Calais) les taux d'incidence sont toujours élevés. Dans le sud du département du Nord, on observe également une dégradation rapide de la situation épidémique sur l'arrondissement de Cambrai avec un taux d'incidence à plus de 500 cas/100 000 habitants pour les agglomérations de Cambrai et du Caudrésis/Catésis. Dans les départements de l'Oise (Creillois, Beauvaisis, Compiégnois) et de l'Aisne (Saint-Quentinois et secteur de Château-Thierry), on observe une dégradation progressive de la situation épidémiologique. L'évolution des indicateurs dans le sud de l'Oise est souvent liée à l'évolution des indicateurs en Ile-de-France, région où la circulation virale est actuellement plus importante qu'en Hauts-de-France.

La progression épidémique importante de ces dernières semaines maintient une pression importante sur l'offre régionale de soins et de prise en charge hospitalière. Les recours aux urgences et le nombre de nouvelles hospitalisations et admissions en réanimation pour COVID-19 sont en augmentation. Le nombre de patients actuellement pris en charge dans les services de réanimation de la région est supérieur à ceux observés aux pics des deux premières vagues (avril et novembre 2020), nécessitant des évacuations sanitaires de patients sur d'autres régions. Le nombre de nouveaux décès hospitaliers se maintient également à un niveau très élevé, avec à nouveau plus de 200 décès enregistrés en semaine 11.

Des mesures de freinage renforcées (confinements partiels les week-ends) ont été mises en place fin février début mars, sur les secteurs les plus touchés de la région (Dunkerquois et département du Pas-de-Calais). En semaine 11, le recul épidémique sur le Dunkerquois semble se maintenir. Depuis le 20 mars, toute la région Hauts-de-France fait l'objet de nouvelles mesures de freinage massives de l'épidémie. La mise en place de ces mesures est trop récente pour voir dès maintenant un impact dans la région.

Face au haut niveau de circulation régionale du virus et aux fortes tensions sur le système de soins, l'adhésion aux mesures de prévention individuelles et le respect des mesures de freinage collectives ainsi que l'accélération de la vaccination anti-COVID sont des enjeux majeurs pour faire face au niveau élevé de circulation du virus et à la forte pression hospitalière.

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

Pour en savoir plus :

- Les bilans nationaux et régionaux ainsi que toutes les ressources et outils d'information pour se protéger et protéger les autres sont disponibles sur le site internet de [Santé publique France et sur Geodes](#), l'observatoire cartographique de Santé publique France.
- Les données régionales concernant l'évolution des **comportements de prévention** et l'impact de l'épidémie de Covid 19 sur la **santé mentale déclarée** par les participants des **Hauts-de-France** aux enquêtes **CoviPrev** sont disponibles dans le [Point épidémiologique régional spécial CoviPrev](#), le [Point Epidémiologique national](#) et dans ce bulletin pour les dernières tendances de la santé mentale régionale.

La liste des centres de vaccination est disponible à l'adresse : <https://sante.fr/carte-vaccination-covid>

Afin de faciliter l'accès aux supports d'information et aux connaissances disponibles, les données actualisées sur le vaccin contre la COVID-19 sont disponibles sur le site [vaccination-info-service.fr](#), accessible au [grand public](#) comme aux [professionnels de santé](#).

Pour en savoir + sur la vaccination : [Vaccination info service](#)

Situation régionale

Dans les Hauts-de-France, du 15 au 21 mars 2021 (semaine 11), 26 429 nouveaux cas d'infection à SARS-CoV2 ont été diagnostiqués (versus 23 206 cas sur la période du 8 au 14 mars), soit un taux d'incidence (TI) régional estimé à 443 cas/100 000 habitants. En semaine 11, le TI régional continue d'augmenter (+14% par rapport à la semaine précédente) parallèlement à une augmentation du taux de dépistage (+20 %). Le taux de positivité (9,6%), est toujours très élevé (**Figure 1 ; Figure 2 ; Tableau 1**).

La progression épidémique s'observe particulièrement dans les classes d'âges de 10 à 59 ans avec une augmentation des taux d'incidence et de positivité, concomitante à une augmentation des taux de dépistage (**Figures 3**). Chez les plus de 65 ans, les taux d'incidence demeurent très élevés au niveau régional à un niveau stable entre la semaine 10 et la semaine 11 (**Tableau 2**).

Au 20 mars 2021, le taux de reproduction R-effectif en région Hauts-de-France est de nouveau supérieur à 1 de façon significative à partir des données virologiques (SI-DEP) : 1,14 (IC95% [1,12-1,15]). Il est également significativement supérieur à 1 à partir des données de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) : 1,11 (IC95% [1,04-1,19]) et à partir des données d'hospitalisation pour COVID-19 (SI-VIC) 1,07 (IC95% [1,02-1,13]). Le R-effectif au niveau de la France métropolitaine est lui aussi supérieur à 1 significativement à partir des 3 sources de données et confirme la progression épidémique à l'échelle régionale et nationale.

Le taux de reproduction $R\text{-eff}^{\text{SIdép}}$ est un paramètre de la dynamique épidémique, estimé à partir des nouveaux cas confirmés d'infection à SARS-CoV-2. Sa valeur significativement supérieure confirme la dynamique ascendante de l'épidémie.

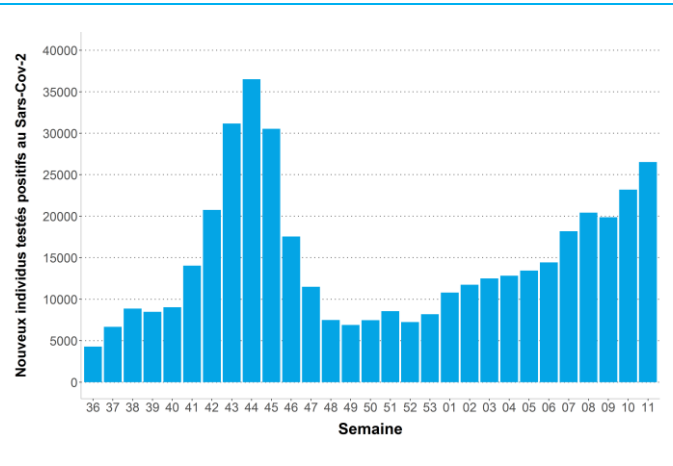


Figure 1 - Évolution hebdomadaire du nombre de tests SARS-CoV-2 positifs, SI-DEP, Hauts-de-France, du 29 juin 2020 au 21 mars 2021.

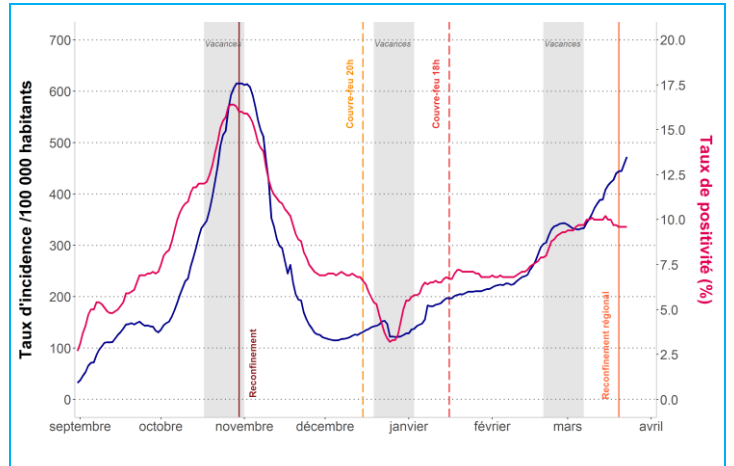
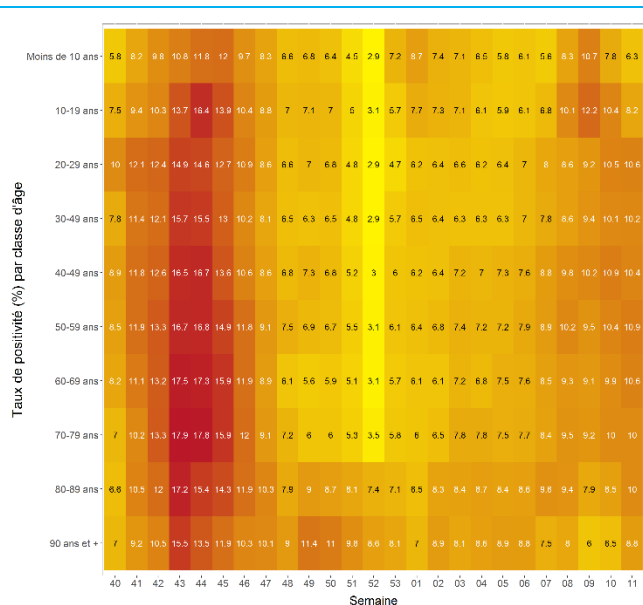
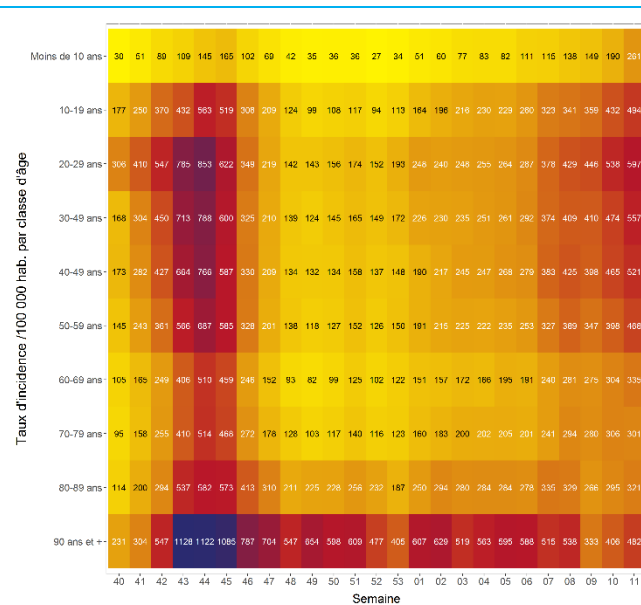


Figure 2 - Évolution des taux d'incidence (axe gauche) et de positivité (axe droit) régionaux des cas de COVID-19, du 31 août 2020 au 21 mars 2021, Hauts-de-France.



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

Surveillance des variants d'intérêt : analyse des résultats des tests de criblage (SI-DEP)

Dans les Hauts-de-France en semaine 11 (15 au 21 mars 2021), sur l'ensemble des tests de première intention positifs (tests RT-PCR et antigéniques) enregistrés sur la plateforme SI-DEP, 65 % étaient associés à un test de criblage lui aussi enregistré dans SI-DEP.

Le variant 20I/501Y.V1 a été identifié dans 78 % des tests criblés (contre 75 % la semaine précédente) et les variants 20I/501Y.V2 et 20I/501Y.V3 dans 2,0 % des tests criblés (contre 1,7 % la semaine précédente). Les départements du Nord (79 %), l'Aisne (80 %) et de l'Oise (83 %) présentent les plus fortes proportions de variant 20I/501Y.V1 dans la région, suivis par le Pas-de-Calais (77 %) et la Somme (71 %) (Figure 4 ; Figure 5).

Données disponibles sur [Géodes](#)

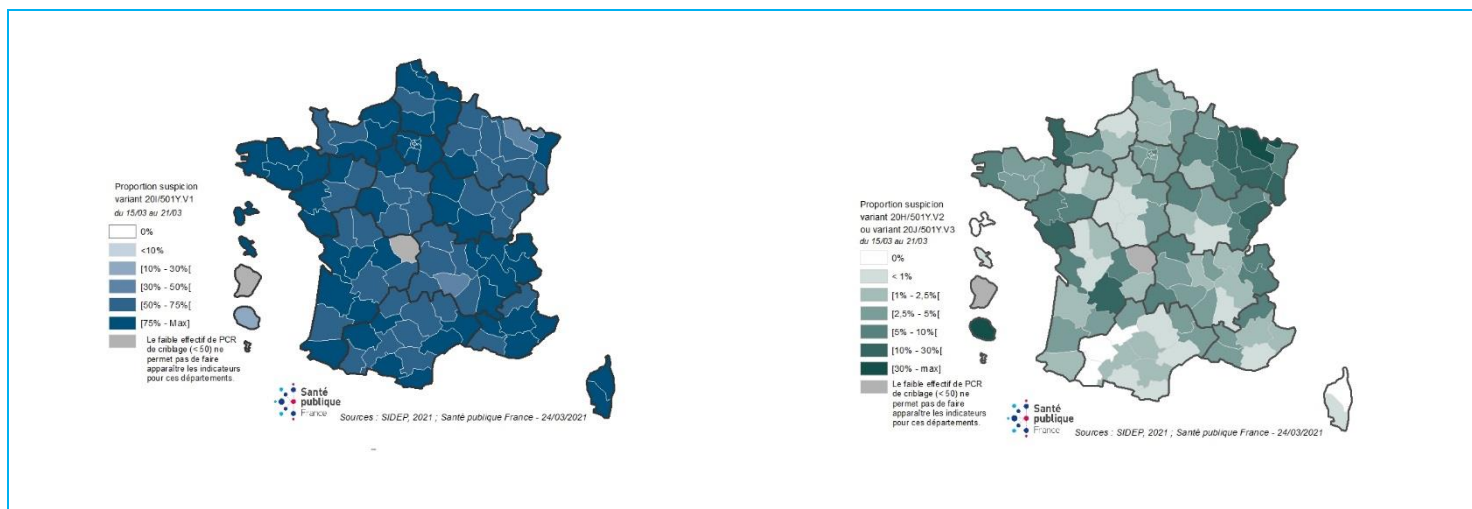


Figure 4 : Proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (Royaume-Uni) parmi les tests de criblage positifs, par département, France (semaine 11 : 15 au 21 mars 2021).

Figure 5 : Proportion de suspicions de variants 20H/501Y.V2 (Afrique du Sud) ou 20J/501Y.V3 (Brésil) parmi les tests de criblage positifs, par département, France (semaine 11 : 15 au 21 mars 2021).

Situation épidémiologique dans les départements

A l'échelle départementale, en semaine 11, les taux d'incidence, tous âges, étaient élevés et à en augmentation significative dans le Nord, l'Oise, le Pas-de-Calais et dans la Somme, et à la limite de la significativité dans l'Aisne. Les taux de positivité départementaux restent supérieurs à 8 % dans tous les départements sur la période d'analyse, en diminution dans l'Aisne, le Nord et la Somme, et stables dans le Pas-de-Calais et l'Oise. Les taux de dépistage sont en augmentation dans l'ensemble des départements (Tableau 1 ; Figure 6).

Chez les personnes âgées de plus de 65 ans, les taux d'incidence départementaux sont stables dans l'ensemble des départements entre la semaine 10 et la semaine 11 (Tableau 2) mais en légère augmentation dans les départements du Nord, de l'Oise et du Pas-de-Calais sur les 4 dernières semaines.

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

Territoire	Nouveaux cas/100 000 hab.			Taux de positivité (%)		Tests/100 000 hab.	
	2021-S10	2021-S11	Tendance*	2021-S10	2021-S11	2021-S10	2021-S11
Aisne	328 [313-344]	360 [344-377]	→	10,5	9,3	3108	3879
Nord	391 [384-399]	438 [430-447]	↗	9,6	9,1	4063	4826
Oise	377 [364-390]	449 [435-464]	↗	10,4	10,3	3636	4368
Pas-de-Calais	436 [426-447]	495 [484-507]	↗	10,5	10,5	4135	4724
Somme	335 [320-351]	400 [384-417]	↗	9,8	8,6	3424	4642
Hauts-de-France	389 [384-394]	443 [438-449]	↗	10	9,6	3876	4636

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

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

Territoire	Nouveaux cas/100 000 hab.			Taux de positivité (%)		Tests/100 000 hab.	
	2021-S10	2021-S11	Tendance*	2021-S10	2021-S11	2021-S10	2021-S11
Aisne	273 [243-305]	228 [201-258]	→	10,4	8,7	2616	2637
Nord	299 [283-315]	317 [301-334]	→	8,5	9,4	3515	3371
Oise	288 [261-317]	285 [258-313]	→	9,1	9,7	3176	2920
Pas-de-Calais	360 [338-383]	394 [371-418]	→	10,1	11,7	3577	3362
Somme	244 [216-274]	269 [240-300]	→	9	8,9	2713	3013
Hauts-de-France	305 [294-315]	318 [308-329]	→	9,2	10	3312	3198

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

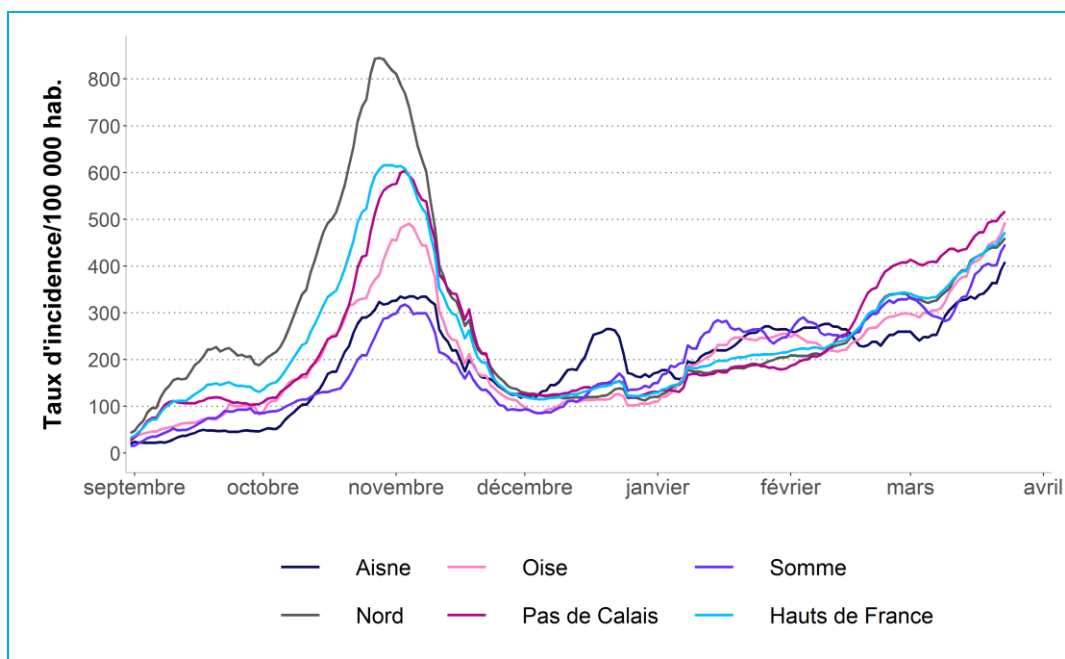


Figure 6 - Évolution sur 7 jours glissants des taux d'incidence de cas infectés au SARS-CoV-2 par département, SI-DEP, Hauts-de-France, du 31 août 2020 au 21 mars 2021.

Situation épidémiologique des territoires

A l'échelle infra départementale et territoriale, l'épidémie reste très active sur les principaux territoires et agglomérations de la région :

A l'échelle infra-départementale, on observe toujours une circulation virale très importante sur l'ensemble des territoires avec près de 80 % des EPCI qui présentent des TI supérieurs à 250 cas/100 000 habitants. En semaine 11, on observe une progression épidémique notamment dans le Nord, avec une dégradation rapide de la situation épidémique observée sur l'arrondissement de Cambrai et dans les départements de l'Oise (Creillois, Beauvaisis, Compiégnois) et de l'Aisne (Saint-Quentinois et secteur de Château-Thierry), où on observe une progressive dégradation de la situation épidémiologique, à surveiller de très près, d'autant que l'évolution des indicateurs dans le sud de l'Oise est souvent liée à l'évolution des indicateurs en Ile-de-France, région où la circulation virale est actuellement plus importante qu'en Hauts-de-France.

Sur le littoral Nord (Dunkerquois et zone nord des Flandres), bien qu'en diminution, on observe toujours des taux d'incidence supérieurs à 500 cas/100 000 habitants. Dans le Pas-de-Calais, les taux d'incidence dans les EPCI demeurent à des niveaux toujours très élevés cette semaine et en progression modérée à l'exception du secteur de Calais où le taux d'incidence est en forte progression. Par ailleurs, il faut rester également très vigilant quant à la progression constante et non négligeable du TI sur la Métropole Lilloise et sur le Douaisis, bassins très dense en termes de population.

*Un incident technique a été détecté le 19 mars par les équipes de Santé publique France (SpFrance) dans la chaîne de transmission de données vers l'Agence. Les premières investigations conduites par SpFrance et ses partenaires ont permis d'identifier une problématique de géocodage des adresses des personnes testées en amont (SpFrance n'ayant pas accès à l'adresse des patients, ni à aucune information nominative en application de la réglementation sur la protection des données personnelles). L'investigation de cet incident a permis de montrer que les données nationales n'étaient pas affectées mais que le problème concernait leur répartition sur certains territoires. Après résolution de cette problématique de géocodage en amont de SpFrance, l'ensemble des données de SI-DEP a été revu et renvoyé corrigé par les partenaires. Ces corrections ont eu pour conséquence l'intégration d'un nombre légèrement supérieur de tests. Mais elles n'impactent pas l'analyse de la dynamique globale de l'épidémie. Des investigations se poursuivent avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la chaîne de production des données dans l'objectif de corriger définitivement cette anomalie. **Les indicateurs virologiques à l'échelle territoriale ne sont donc pas présentés dans le Point Épidémiologique cette semaine***

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

En ville, en semaine 11, le taux des recours à SOS médecins pour suspicion de COVID-19 était stable dans la région (**Figure 7**). En médecine générale (Réseau sentinelles), le taux de recours pour infections respiratoires aiguës (IRA) ou suspicion de COVID-19, estimé à 64 [27-101] consultations pour 100 000 habitants, était stable également (**Figure 8**).

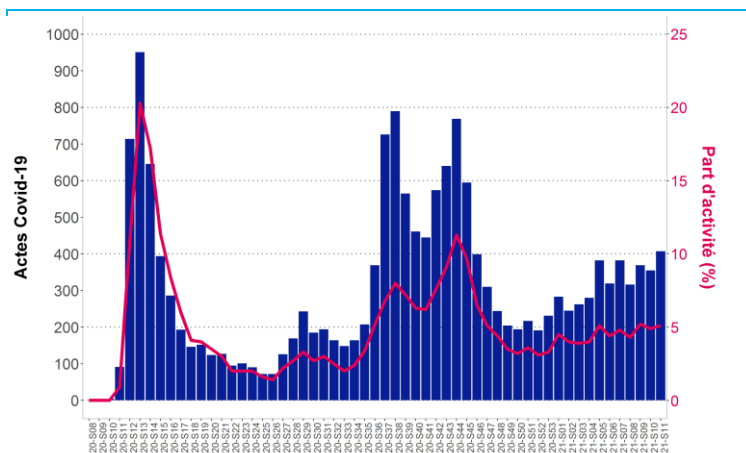


Figure 7 - Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe gauche) et proportion d'activité (axe droit) pour suspicion de COVID-19, SOS Médecins, Hauts-de-France, du 17 février 2020 au 21 mars 2021.

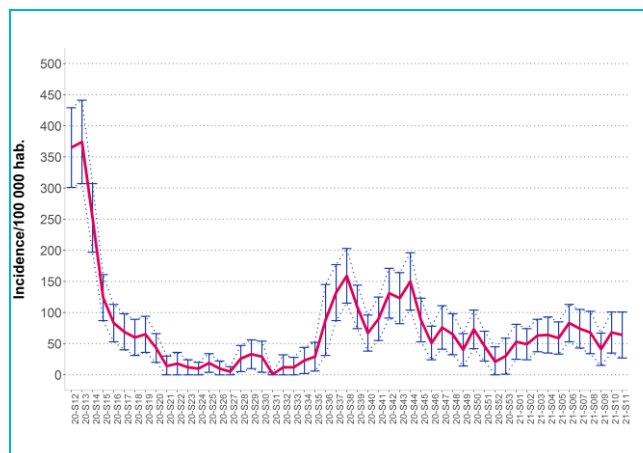


Figure 8 - Évolution hebdomadaire du nombre de recours pour IRA ou suspicion de COVID-19 (/100 000 habitants), Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, du 16 mars 2020 au 21 mars 2021.

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

La part régionale des recours aux urgences pour suspicion de COVID-19 est toujours sur une tendance globale à la hausse depuis 5 semaines (4,2 % en semaine 11 vs 3,8 % en semaine 10) (**Figure 9**). La part des hospitalisations après passage aux urgences pour suspicion de COVID-19 (10,8 %) est en forte augmentation au niveau régional, s'approchant des niveaux observés au cours du pic épidémique du mois de novembre 2020. Sous réserve de consolidation des données les plus récentes, avec 1 347 nouvelles hospitalisations et 319 nouvelles admissions pour COVID-19 en service de réanimation en semaine 11, la pression de l'épidémie sur l'offre de soins hospitalière reste très importante au niveau régional (**Figure 11**). Le nombre de nouveaux décès à l'hôpital reste stable à un niveau très élevé avec plus de 200 nouveaux décès dans la région en semaine 11.

Au 21 mars 2021, 6 907 patients infectés par le SARS-CoV-2 sont décédés dans les hôpitaux des Hauts-de-France depuis le début de la pandémie.

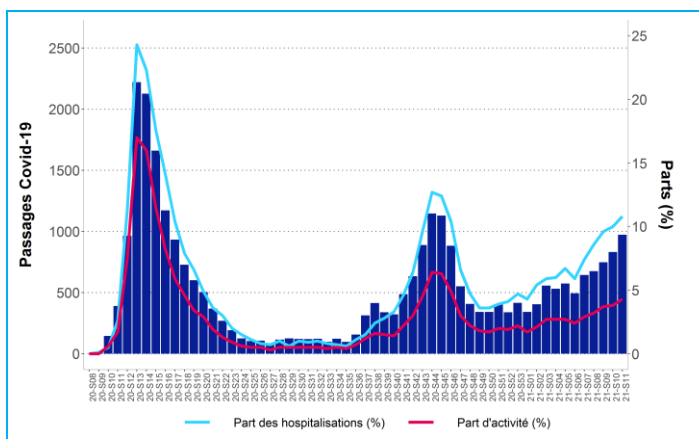


Figure 9 : Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe gauche) et proportion d'activité (axe droit) pour suspicions de COVID-19 dans les services d'urgences, Oscour®, Hauts-de-France, du 23 mars 2020 au 21 mars 2021.

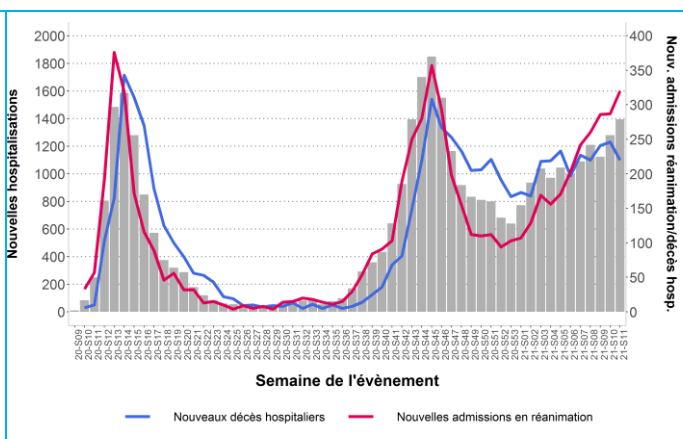


Figure 10 : Évolution hebdomadaire du nombre de décès, d'hospitalisations pour COVID-19 déclarés par les services de réanimation et d'hospitalisation conventionnelle (hors réa), SIVIC, Hauts-de-France, du 24 février 2020 au 21 mars 2021.

Sous réserve de consolidation des données les plus récentes, après plusieurs semaines de diminution, on observe en semaine 11, une augmentation des taux d'admission en hospitalisation conventionnelle chez les personnes âgées de plus de 80 ans (**Figure 11**). Les taux d'hospitalisation et d'admission en réanimation sont en augmentation depuis le début de l'année chez les moins de 60 ans, chez qui l'activité épidémique est particulièrement active et en augmentation ces dernières semaines (**Figure 12**).

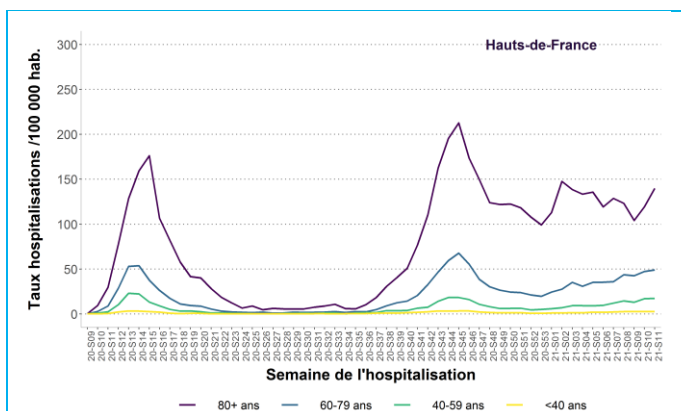


Figure 11 : Évolution hebdomadaire des taux d'hospitalisations pour COVID-19 par classes d'âge dans les services d'hospitalisation conventionnelle (hors réa), SI-VIC, Hauts-de-France, du 24 février 2020 au 21 mars 2021.

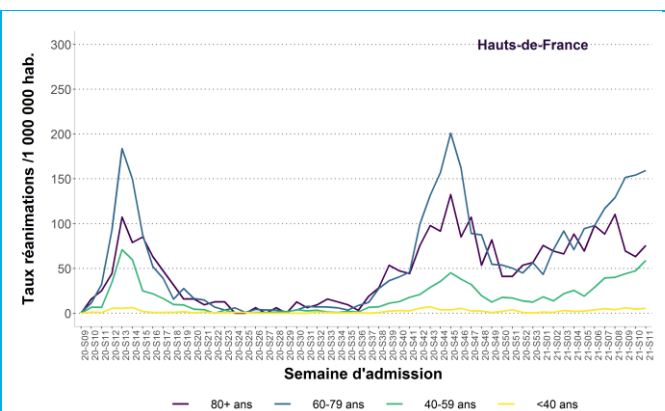


Figure 12 : Évolution hebdomadaire des taux d'admission en réanimation pour COVID-19 par classe d'âge, SI-VIC, Hauts-de-France, du 24 février 2020 au 21 mars 2021.

Suivi de la campagne vaccinations contre la COVID-19 (au 23 mars 2021)

Dans les Hauts-de-France, au 23 mars 2021, 624 595 personnes avaient reçu au moins une dose de vaccin contre la Covid-19 et 173 755 avaient reçu deux doses et sont considérées complètement vaccinées (Tableau 3). A cette date, la couverture vaccinale (CV) régionale, en augmentation (Figure 14), est estimée à 10,5 % pour 1 dose et 2,9 % pour 2 doses. Avec l'accélération de la campagne de vaccination régionale, les deux dernières semaines pour l'administration de la 1^{ère} dose, la couverture vaccinale 1 dose dans la région est maintenant légèrement supérieure à celle observée au niveau national (CV¹ dose : 9,9 %). [Les indicateurs Vaccination sont disponibles sur Géodes](#)

Les résidents en EHPAD ou en USLD, particulièrement touchés et vulnérables, comptent parmi les personnes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19. Au 23 mars 2021, 43 093 résidents en EHPAD ou en USLD dans les Hauts-de-France avaient reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 soit une CV¹ dose estimée à 88 % et CV² doses à 66 %, en deçà de la couverture vaccinale nationale pour cette population estimée à 91 % pour 1 dose et 71 % pour 2 doses. A l'échelle infra régionale, la CV¹ dose varie de 77,7 % dans l'Aisne à 91,4 % dans l'Oise. La CV² doses des résidents en EHPAD ou en USLD varie de 62 % dans le Pas-de-Calais à 70 % dans la Somme (Figure 15).

La couverture vaccinale régionale des professionnels exerçant en EHPAD ou en USLD est estimée à 53 % pour 1 dose et 35 % pour 2 doses.

Tableau 3 : Nombres de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la Covid-19 et couvertures vaccinales départementales au 23 mars 2021 (% de la population vaccinée), Hauts-de-France, (données par date d'injection - Source Vaccin Covid Cnam, exploitation Santé publique France)

Classe age	au moins 1 dose		2 doses	
	Nombre de personnes vaccinées	CV (%)	Nombre de personnes	CV (%)
18-49 ans	71664	3,0%	19370	0,8%
50-64 ans	151011	13,4%	36351	3,2%
65-74 ans	136831	21,6%	18387	2,9%
75 ans et plus	264993	55,6%	99635	20,9%
Non renseigné	96		12	
Total	624595	10,5%	173755	2,9%

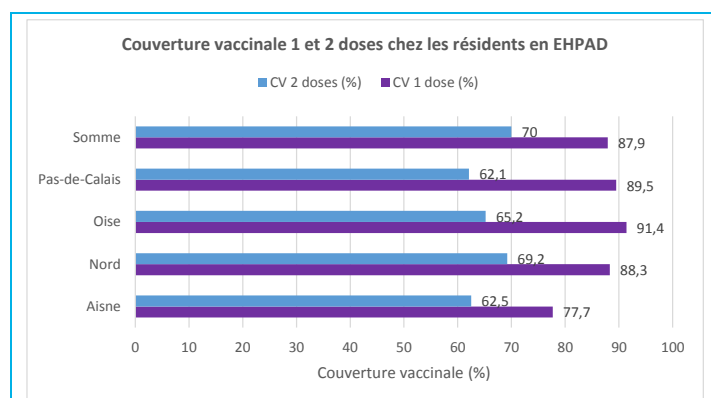


Figure 13 : Couvertures vaccinales 1 et 2 doses de vaccins contre la COVID19 chez les résidents en Ehpads par départements, Hauts-de-France, au 23 mars 2021 (données par date d'injection, Source Vaccin Covid Cnam, exploitation Santé publique France).

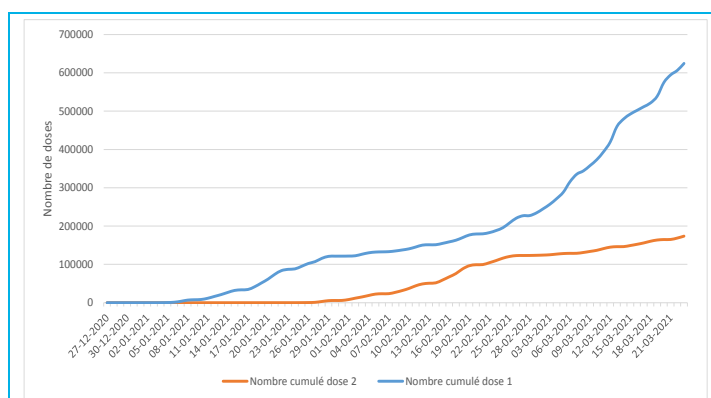


Figure 14 : Evolution du nombre quotidien cumulé de personnes ayant reçu au moins 1 dose et 2 doses de vaccin contre la Covid-19, Hauts-de-France, données au 23 mars 2021. Source : Vaccin Covid Cnam, exploitation Santé publique France

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

Objectif et méthode de la surveillance :

La surveillance sentinelle des cas graves de COVID-19 hospitalisés en réanimation, animée par les Cellules régionales de Santé publique France, est basée sur un réseau de services de réanimation volontaires (20 services pour la région Hauts-de-France, répartis dans 10 établissements de santé de la région) et a pour objectif de documenter les caractéristiques des cas graves de COVID-19 admis en réanimation. Elle n'a pas vocation à dénombrer de façon exhaustive la totalité des cas de COVID-19 admis en réanimation dans la région, ce décompte étant réalisé via l'outil SIVIC (Système d'information pour le suivi des victimes).

Le protocole complet de cette surveillance, ainsi que la fiche de signalement, sont disponibles sur le site internet de [Santé publique France](https://santepubliquefrance.fr), ou auprès de la Cellule régionale Hauts-de-France de Santé publique France : hautsdefrance@santepubliquefrance.fr.

Bilan au 23 mars 2021 :

Entre le 15 décembre 2020 et le 23 mars 2021, 510 cas graves de COVID-19 admis dans un service de réanimation participant à la surveillance sentinelle ont été rapportés dans la région Hauts-de-France. Bien que non exhaustif, le nombre de nouveaux cas signalés chaque semaine continue sa progression, montrant une pression toujours importante sur l'offre de soins en réanimation dans la région. Aucun cas grave de grippe en réanimation n'a été rapporté jusqu'à présent.

L'âge moyen des cas admis en réanimation depuis le 15 décembre 2020 est de 64 ans (médiane 66 ans, minimum 18 ans et maximum 88 ans), stable par rapport à la période précédente du 1er août au 14 décembre 2020, mais en diminution pour le mois de mars 2021 (**Figure 15**). En effet, les cas de COVID-19 admis en réanimation depuis le début du mois de mars sont âgés en moyenne de 62 ans (médiane 64 ans, minimum 34 ans et maximum 91 ans). Cela vient confirmer la tendance déjà observée depuis quelques semaines d'une diminution de prise en charge réanimatoire des patients âgés de 65 ans et plus en faveur d'une part plus importante de patients plus jeunes, avec une augmentation de la classe d'âge des 45-64 ans et de celle des 15-44 ans dans une moindre mesure (**Figure 16**).

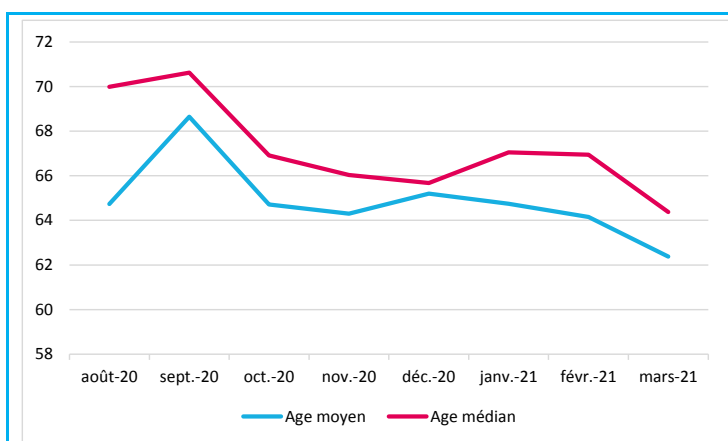


Figure 15 : Évolution de l'âge moyen et médian des cas graves de COVID-19 signalés par les services de réanimation sentinelles de la région Hauts-de-France, selon le mois d'admission en réanimation, d'août 2020 à mars 2021.

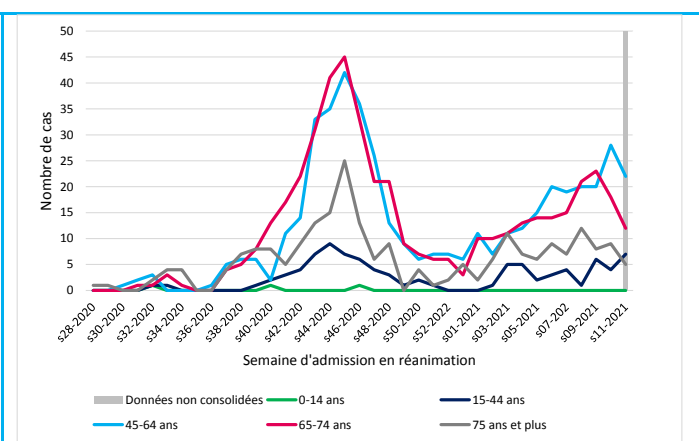


Figure 16 : Évolution par classes d'âge des cas graves de COVID-19 signalés par les services de réanimation sentinelles de la région Hauts-de-France, selon la semaine d'admission en réanimation, d'août 2020 à mars 2021.

Le principal motif d'admission en réanimation pour les patients atteints de la COVID-19 est une infection respiratoire aiguë virale ou une insuffisance respiratoire aiguë (84 %), suivi d'une surinfection bactérienne (3,5 %) et d'une décompensation d'une pathologie sous-jacente (3 %). La notion d'infection nosocomiale, recueillie depuis début janvier 2021, a été mentionnée pour 22 patients, soit pour 5 % des patients admis en réanimation depuis cette date (**Tableau 4**).

La grande majorité des cas admis en réanimation depuis le 15 décembre 2020 (84 %), présente au moins une comorbidité. Cette proportion est en légère diminution ces dernières semaines (au 9 mars 2021, la part des cas avec comorbidités était de 86 %) ; et elle est également plus faible que celle rapportée lors de la période du 1er août au 14 décembre 2020 (87 %). Les comorbidités les plus fréquemment rapportées, non mutuellement exclusives pour un même patient, demeurent, à l'instar des périodes précédentes, l'hypertension artérielle (HTA) (45 % de l'ensemble des cas), l'obésité définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m² (42,5 %) et le diabète (29 %). Viennent ensuite les pathologies cardiaques (23 %) et les pathologies pulmonaires (20 %). La part des patients souffrant de diabète semble actuellement diminuer (29 % actuellement contre 37 % du 1er août au 15 décembre 2020). Parmi les 510 cas signalés dans la région depuis le 15 décembre 2020, 51 patients âgés de moins de 65 ans n'ayant aucune comorbidité ont été rapportés, soit 10 % des cas.

Sur l'ensemble des cas admis en réanimation depuis le 15 décembre 2020, 76 % d'entre eux ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), en légère augmentation par rapport à ce qui était observé sur la période précédente (72 %).

Pour l'ensemble des cas admis dans les services de réanimation sentinelles depuis le 1er août 2020, la proportion de décès augmente avec l'âge (Figure 3). Sur la période du 15 décembre 2020 au 23 mars 2021, 55 décès ont été rapportés, soit une létalité de 11 %. Bien que les données d'évolution des patients doivent encore être consolidées, la létalité observée actuellement reste en-dessous de celle observée lors des périodes précédentes. Les cas décédés sur la période actuelle étaient toujours plus âgés que le reste des cas admis en réanimation, avec une moyenne d'âge de 73 ans (médiane 74 ans, minimum 50 ans, maximum 87 ans) ; et 76 % d'entre eux étaient des hommes. La très grande majorité (96 %) des cas décédés sur la période actuelle présentait au moins une comorbidité. La durée moyenne de séjour en réanimation avant décès est actuellement de 10 jours, plus élevée que pour les cas dont l'état de santé s'est amélioré et a permis la sortie de réanimation (8 jours). Ces durées d'hospitalisation sont plus courtes que celles observées lors des périodes précédentes (Tableau 4).

Pour l'ensemble des cas signalés depuis le 15 décembre, et pour lesquels l'évolution a été documentée, la durée moyenne de séjour en réanimation est de 8 jours. La durée moyenne entre l'hospitalisation initiale du patient et le transfert en réanimation est de 3 jours. Lorsque la date de début des signes était renseignée, le délai moyen entre le début des signes et l'hospitalisation initiale est de 6,5 jours et il est de 8 jours entre le début des signes et l'admission en réanimation.

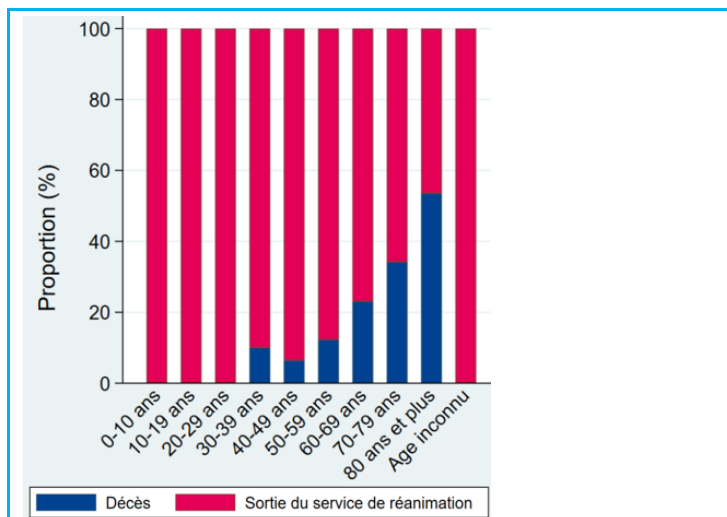


Figure 17: Proportion de décès et de sortie par classe d'âge, chez les cas graves de COVID-19 hospitalisés dans les services sentinelles de réanimation de la région Hauts-de-France, signalés d'août 2020 à mars 2021.

Tableau 4 – Caractéristiques des cas graves de COVID-19 hospitalisés dans les services sentinelles de réanimation de la région Hauts-de-France, signalés de mars à juin 2020, d'août 2020 à mi-décembre 2020, puis depuis de mi-décembre 2020 à mars 2021.

	Depuis mi-décembre 2020		Août à mi-décembre 2020		Mars à juin 2020		Depuis mi-décembre 2020		Août à mi-décembre 2020		Mars à juin 2020	
	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹
Cas admis dans les services sentinelles de réanimation												
Nombre total de cas signalés	510		727		517							
Décès	55	10,8%	183	25,2%	126	24,4%						
Sexe-Ratio H/F	2,2		2,5		2,6							
Répartition par classe d'âge												
0-14 ans	0	0,0%	3	0,4%	4	0,8%						
15-44 ans	39	7,6%	51	7,0%	40	7,7%						
45-64 ans	205	40,2%	251	34,5%	204	39,5%						
65-74 ans	176	34,5%	284	39,1%	189	36,6%						
75 ans et plus	90	17,6%	138	19,0%	80	15,5%						
Non renseigné	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%						
Age moyen / médian [min ; max]	64 / 66 [18 ; 88]		65 / 67 [0 ; 91]		63 / 66 [0 ; 90]							
Motifs d'admission en réanimation^{4,8} et infections nosocomiales⁹												
Infection respiratoire aiguë virale ou IRA ⁵	428	83,9%	417	57,4%	-	-						
Décompensation de pathologie sous-jacente	14	2,7%	27	3,7%	-	-						
Surinfection bactérienne	18	3,5%	9	1,2%	-	-						
Autre	47	9,2%	56	7,7%	-	-						
Non renseignée	23	4,5%	267	36,7%	-	-						
Infection nosocomiale	22	4,3%	-	-	-	-						
Délai entre début des signes et admission en réanimation												
Délai moyen / médian en jours [min ; max]	8 / 8 [0 ; 59]		8,5 / 8 [0 ; 58]		8 / 8 [0 ; 34]							
Durée moy/méd de séjour en réanimation en jours [min ; max]												
Ensemble des cas avec évolution renseignée	8 / 6 [0 ; 47]		14 / 10 [0 ; 88]		20 / 14 [0 ; 123]							
Cas sortis de réanimation	8 / 6 [0 ; 47]		13 / 9 [0 ; 88]		21 / 15 [0 ; 119]							
Cas décédés	10 / 8 [1 ; 27]		17 / 13 [0 ; 81]		18 / 13 [0 ; 123]							
Comorbidités²												
Aucune	77	15,1%	76	10,5%	91	17,6%						
Au moins une comorbidité	430	84,3%	633	87,1%	404	78,1%						
Obésité (IMC ≥ 30) ³	217	42,5%	295	40,6%	153	29,6%						
Hypertension artérielle	231	45,3%	364	50,1%	161	31,1%						
Diabète	147	28,8%	268	36,9%	127	24,6%						
Pathologie cardiaque	117	22,9%	175	24,1%	113	21,9%						
Pathologie pulmonaire	103	20,2%	161	22,1%	83	16,1%						
Immunodépression	18	3,5%	47	6,5%	35	6,8%						
Pathologie rénale	41	8,0%	65	8,9%	34	6,6%						
Cancer ⁴	43	8,4%	50	6,9%	-	-						
Pathologie neuromusculaire	16	3,1%	21	2,9%	19	3,7%						
Pathologie hépatique	8	1,6%	17	2,3%	6	1,2%						
Autre	100	19,6%	132	18,2%	70	13,5%						
Non renseigné	3	0,6%	18	2,5%	22	4,3%						
Type de ventilation le plus invasif au cours du séjour en réanimation												
O2 (lunettes/masque)	25	4,9%	48	6,6%	31	6,0%						
VNI (Ventilation non invasive)	158	31,0%	155	21,3%	36	7,0%						
Oxygénothérapie à haut débit	167	32,7%	136	18,7%	91	17,6%						
Ventilation invasive	103	20,2%	159	21,9%	303	58,6%						
Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R) ⁶	10	2,0%	11	1,5%	20	3,9%						
Non renseigné	47	9,2%	218	30,0%	36	7,0%						
SDRA⁷ et sévérité maximale atteinte au cours du séjour en réanimation												
Présence d'un SDRA	388	76,1%	527	72,5%	427	82,6%						
Mineur	19	3,7%	53	7,3%	53	10,3%						
Modéré	176	34,5%	206	28,3%	143	27,7%						
Sévère	193	37,8%	261	35,9%	215	41,6%						
Pas de SDRA	55	10,8%	128	17,6%	80	15,5%						
Non renseigné	67	13,1%	72	9,9%	10	1,9%						

¹ Les pourcentages sont calculés sur l'ensemble des patients ; ² Un patient peut présenter plusieurs comorbidités parmi celles listées dans le tableau ; ³ Données recueillies qu'à partir du 5/10/2020

⁴ La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients pour lesquels l'IMC est renseigné ou pour lesquels la notion d'obésité morbide (IMC≥40 était renseignée lors de la première vague). Donnée sous-estimée lors de la première vague car le recueil de l'IMC n'était pas systématique en tout début de surveillance.

⁵ IRA : insuffisance respiratoire aiguë ; ⁶ ECMO : oxygénation par membrane extracorporelle ; ECCO2R : épuration extracorporelle du CO2

⁸ Plusieurs motifs d'admission possibles pour un même patient ; ⁹ Notion d'infection nosocomiale recueillie depuis début janvier 2021

Surveillance dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

Le dispositif de surveillance des cas et des décès de COVID-19 en ESMS parmi les résidents et le personnel, mis en place par Santé publique France le 27 mars 2020, a évolué le 19 mars 2021 (l'ancienne application a été fermée à partir du 16/03/2021, jusqu'à la mise en production de la nouvelle application le 19/03/2021, permettant l'intégration des données historiques). De ce fait, de nombreux établissements sociaux et médico-sociaux sont actuellement en train de mettre à jour leurs données ou leur authentification pour accéder à la nouvelle application. Ainsi, les données issues de la surveillance ESMS COVID-19 cette semaine ne sont pas consolidées.

En France, du 1er mars 2020 au 22 mars 2021, 28 895 signalements d'un ou plusieurs cas de COVID-19 biologiquement confirmés ou non ont été déclarés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) à Santé publique France via le portail national des signalements du ministère de la Santé. Il s'agissait de 17 543 (61 %) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 11 338 (39 %) dans les autres ESMS (hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS).

Parmi les 28 895 signalements en ESMS, 200 350 cas confirmés de COVID-19 ont été rapportés chez les résidents. Parmi les 25 963 décès survenus dans les établissements, 25 712 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Au niveau national, entre le 19 et le 22 mars 2021, 441 utilisateurs ont accédé à la nouvelle application et 280 nouveaux épisodes COVID-19 dans les ESMS ont été signalés (données non consolidées).

Evolution de l'application

La nouvelle version de l'application ESMS comporte les évolutions et améliorations suivantes :

- Une définition de cas tenant compte des évolutions de la surveillance (déclaration uniquement des cas confirmés, notification de l'ensemble des décès attribués au COVID-19).
- Des critères de signalement simplifiés
- Une description plus précise des décès
- Une notification des personnes vaccinées contre la COVID-19
- Une actualisation des demandes en matière de gestion auprès des Agences Régionales de Santé (ARS)
- Une amélioration de l'ergonomie pour effectuer les signalements de cas et de décès de COVID-19 (plusieurs onglets thématiques, augmentation des contrôles à la saisie pour réduire les risques d'erreur de saisie, création de comptes utilisateurs sécurisés par un login et un mot de passe individuel permettant à l'utilisateur un accès à l'historique de ses données pour consultation/modification)
- Un rapport automatisé des principaux indicateurs de la surveillance et de la gestion du COVID-19 en ESMS pour le niveau national avec des déclinaisons régionales. Les informations seront mises à disposition des gestionnaires des Agences Régionales de Santé (ARS) et des Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS).

Ces évolutions ont pour objectifs d'améliorer la qualité des données et l'harmonisation des indicateurs produits sur le territoire national.

Pour rappel, le signalement sur la nouvelle application, doit être réalisé systématiquement et sans délai par la direction de l'ESMS dès le 1er cas confirmé COVID-19 survenu dans l'établissement.

La nouvelle version de l'application est accessible à partir du portail de signalements des événements sanitaires indésirables disponible sur le lien suivant : [COVID-19 EHPAD/ESMS v2](#)

Un guide de signalement expliquant le dispositif et les modalités d'utilisation de la nouvelle application est disponible sur le site de Santé publique France à l'URL suivante : <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/covid-19-outils-pour-les-professionnels-de-sante>

Bronchiolite (chez les moins de 2 ans)

Synthèse des données disponibles

En phase épidémique pour la 3ème semaine consécutive. En semaine 11-2021, l'activité pour bronchiolites dans les services d'urgences continuait d'augmenter tandis qu'elle se stabilisait chez les SOS Médecins. L'activité des deux Réseaux Bronchiolites était également en augmentation pour le week-end du 20-21 mars. Le nombre de VRS isolés chez des patients hospitalisés dans les CHU de Lille et d'Amiens était en forte augmentation les deux dernières semaines. Ainsi, avec plus de 14 semaines de retard, l'épidémie de bronchiolite a démarré la semaine 08 dans les Hauts-de-France et dans plusieurs autres régions de France métropolitaine. Ce démarrage différé est probablement lié à l'épidémie de Covid-19 et au renforcement et l'adhésion aux mesures barrières.

Recours aux soins d'urgence pour bronchiolite en Hauts-de-France, semaine 11-2021

Consultations	Nombre ¹	Part d'activité ²	Tendance à court terme
SOS Médecins	39	5,50 %	Stable
SU - réseau Oscoreur®	168	11,68 %	En augmentation

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

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

Consulter les données nationales :

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

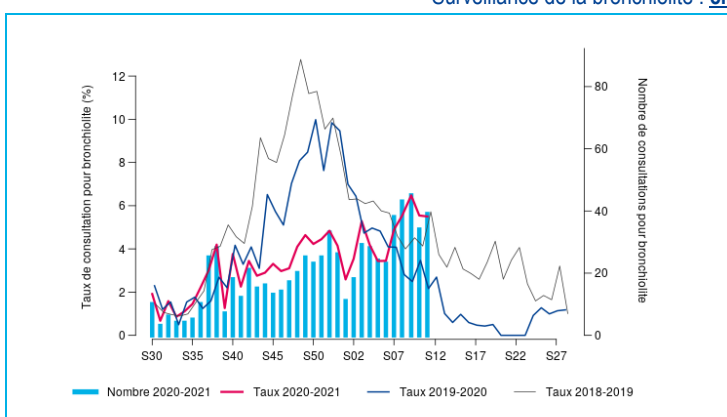


Figure 18 - Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2018-2021.

Semaine	Nombre d'hospitalisations ¹	Pourcentage de variation (S-1)	Part des hospitalisations totales ²
10 - 2021	46	-17,9 %	20,9 %
11 ³ - 2021	56	+21,7 %	25,0 %

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

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

³ Données à consolider pour la dernière semaine

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

Prévention de la bronchiolite

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

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

- le lavage des mains de toute personne qui approche le nourrisson, surtout avant de préparer les biberons et les repas ;
- éviter autant que possible d'emmener son enfant dans les lieux publics très fréquentés et confinés (centres commerciaux, transports en commun, etc.) ;
- le nettoyage régulier des objets avec lesquels le nourrisson est en contact (jeux, tétines, ...) ;
- l'aération régulière de la chambre ;
- éviter le contact avec les personnes enrhumées et les lieux enfumés.

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

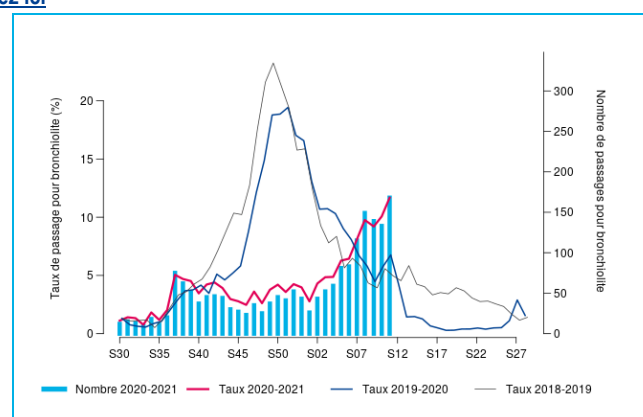


Figure 19 - Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, Oscoreur®, Hauts-de-France, 2018-2021.

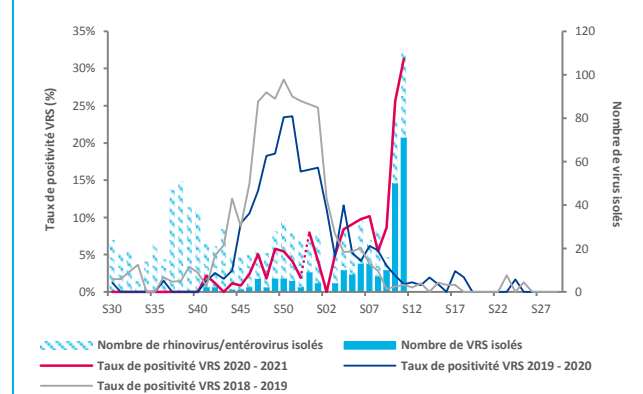


Figure 20 - Évolution hebdomadaire du nombre de VRS (axe droit) et taux de positivité pour le VRS (axe gauche), laboratoires de virologie du CHU de Lille et du CHU d'Amiens, 2018-2021.

Mortalité toutes causes

Mortalité toutes causes

A l'échelle régionale, un excès significatif de mortalité toutes causes, est observé depuis la semaine 2020-43, tous âges et chez les personnes âgées de plus de 65 ans (Figure 21 ; Figure 22)

A l'échelle infrarégionale depuis la semaine 2021-08, cet excès toutes causes, chez les plus de 65 ans et tous âges, reste élevé et demeure significatif dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais (Figure 23).

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](#)

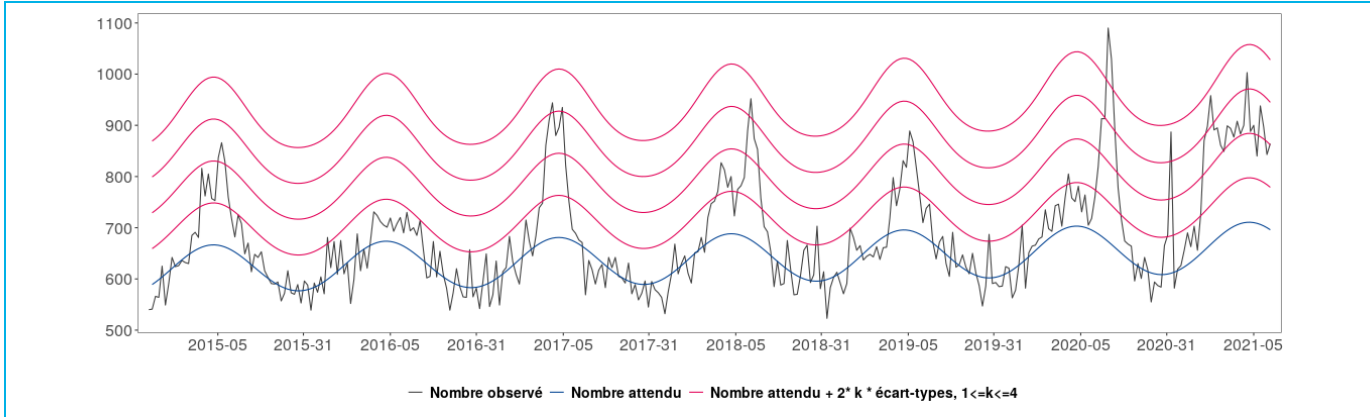


Figure 21- Nombre hebdomadaire de décès toutes causes chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, Insee, Hauts-de-France, depuis 2014.

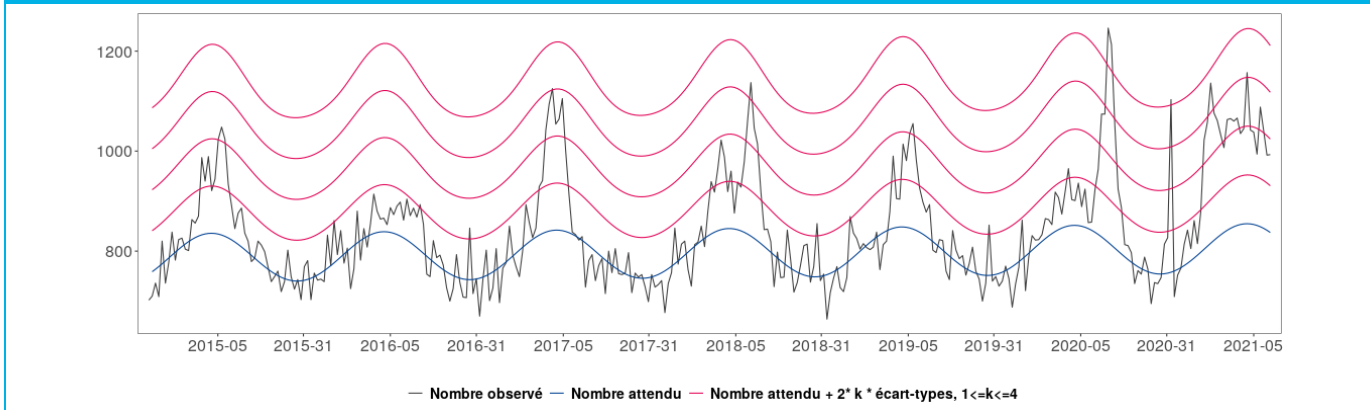
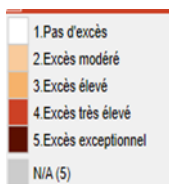
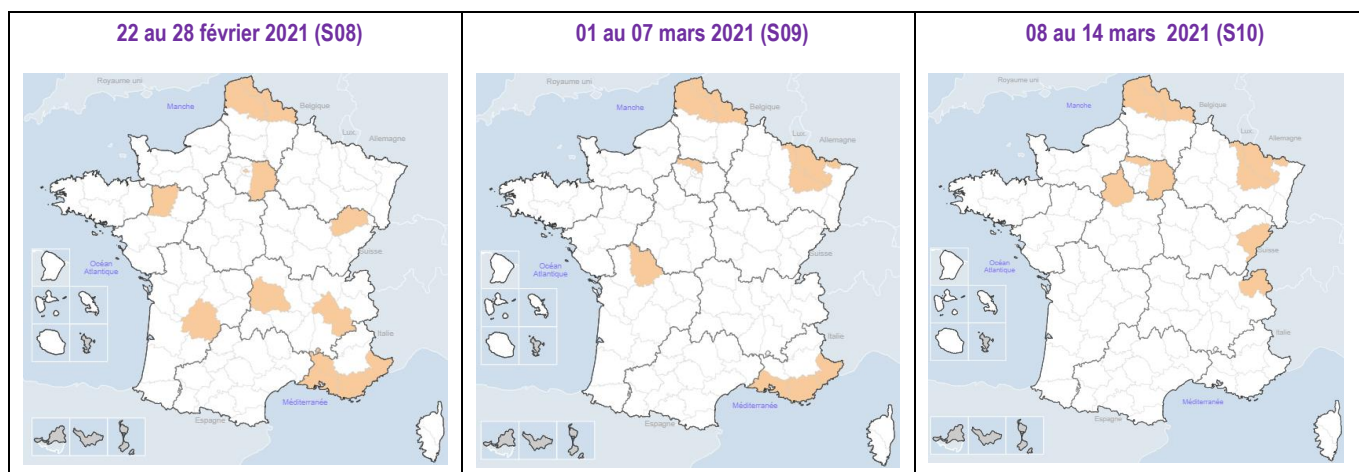


Figure 22- Nombre hebdomadaire de décès toutes causes, tous âges, Insee, Hauts-de-France, depuis 2014



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

Figure 23: Niveaux de surmortalité, toutes causes et tous âges, observés par département, France, 22 février au 14 mars 2021 Source : Insee, données des services d'état-civil (méthode Euromomo)

Remerciements à nos partenaires

- Services d'urgences du réseau Oscour® ;
- Associations SOS Médecins d'Amiens, Dunkerque, Lille, Roubaix-Tourcoing et Saint-Quentin ;
- Réseau Sentinelles ;
- Systèmes de surveillance spécifiques :
 - Réanimateurs (cas graves de grippe hospitalisés en réanimation) ;
 - Personnels des Ehpad et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) : épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) en Ehpad ;
 - 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) Hauts-de-France.

Méthodes

- La mortalité « toutes causes » est suivie à partir de l'enregistrement des décès par les services d'Etat-civil dans les communes informatisées de la région (qui représente près 80 % des décès de la région). Un projet européen de surveillance de la mortalité, baptisé Euromomo (<http://www.euromomo.eu>), permet d'assurer un suivi de la mortalité en temps réel et de coordonner une analyse normalisée afin que les signaux entre les pays soient comparables. Les données proviennent des services d'état-civil et nécessitent un délai de consolidation de plusieurs semaines. Ce modèle permet notamment de décrire « l'excès » du nombre de décès observés pendant les saisons estivales et hivernales. Ces « excès » sont variables selon les saisons et sont à mettre en regard de ceux calculés les années précédentes.
- Le nombre de nouveaux cas de Covid-19, le taux de positivité et le taux de dépistage et la proportion de variants d'intérêt sont issus de SI-DEP (système d'information de dépistage) ;
- Les recours aux services d'urgence sont suivis pour les regroupements syndromiques suivants :
 - Suspicion d'infection à Sars-COV2 : codes B342, B972, U049, U071, U0710, U0711, U0712, U0714, U0715;
 - 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 hospitalisations (dont hospitalisation en service de réanimation) et décès à l'hôpital pour COVID-19 sont issus de SI-VIC (système d'information pour le suivi des victimes)
- Les signalements d'IRA dans les ESMS : nombre d'épisodes de cas d'IRA et de cas probables et confirmés de COVID-19 en ESMS ainsi que le nombre de cas et décès par établissement.
- La [couverture vaccinale](#) est estimée à partir du système d'information Vaccin Covid, administré par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)
- 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.
- [Surveillance des cas graves de grippe ou Covid-19](#) admis en réanimation est basé sur un réseau de services de réanimation volontaires

Équipe de rédaction

Santé publique France Hauts-de-France

ELDIN Camille
 HAEGHEBAERT Sylvie
 LAVALETTE Céline
 MAUGARD Charlotte
 N'DIAYE Bakhao
 PONTIES Valérie
 PROUVOST Héléne
 RICHARSONS Ingrid
 SHAIYKOVA Amoo
 VANBOCKSTAELE Caroline
 WYNDELS Karine

Direction des régions (DiRe)

En collaboration à Santé publique France avec la Direction des maladies infectieuses (DMI), la Direction appui, traitements et analyse de données (Data)

Diffusion Santé publique France
 12 rue du Val d'Osne
 94415 Saint-Maurice Cedex
www.santepubliquefrance.fr

Date de publication
 26 Mars 2021

Contact

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

Contact presse

presse@santepubliquefrance.fr

Retrouvez nous sur :

santepubliquefrance.fr

Twitter : @sante-prevention

Qualité des données pour la semaine passée

	Hauts-de-France	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme
SOS : Nombre d'associations incluses	5/5	1/1	3/3	0/0	0/0	1/1
SOS : Taux de codage diagnostique	95,1 %	98,2 %	91,7 %	-	-	99,5 %
SAU – Nombre de SU inclus	51/51	7/7	21/21	7/7	11/11	6/6
SAU – Taux de codage diagnostique	71,7 %	96,0 %	87,7 %	36,1 %	44,4 %	75,5 %