




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
11 514 ↗	193 pour 100 000 hab. ↗	5 % ↗	3 838 pour 100 000 hab. ↗

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

 Services d'urgences	 SOS Médecins	 Réseau Sentinelles
Hospitalisations après recours pour COVID-19 2,0 % ↗	Part moyenne d'activité pour COVID-19 1,8 % ↗	Taux d'incidence des cas d'infections respiratoires aiguës 158 pour 100 000 hab. ↗

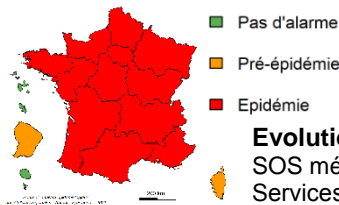
Vaccination contre la COVID-19 en région Hauts-de-France – Source Vaccin Covid Cnam

Population générale – données au 23 novembre 2021		
Tous âges		65 ans et +
Au moins 1 dose	Schéma complet	Dose de rappel
76,3 %	74,7 %	36,2 %



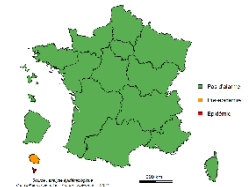
SURVEILLANCE DES EPIDEMIES HIVERNALES

Bronchiolite (Moins de 2 ans)



Grippes et syndromes grippaux

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



Gastro-Entérites

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

Les indicateurs nationaux de la semaine S46-2021 sont accessibles dans le [bulletin national bronchiolite](#) et dans le [bulletin national grippe](#). Pour plus d'informations sur les virus hivernaux, voir sur le site internet de [Santé publique France](#).

AUTRES SURVEILLANCES REGIONALES

Mortalité toutes causes – Source Insee

Le nombre de décès (tous âges et 65 ans et plus) demeure conforme aux valeurs attendues.

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

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

Le taux de dématérialisation dans la région en septembre 2021 est de 23,3 % (estimation provisoire). En semaine 46, 5 % des décès certifiés par voie électronique faisaient l'objet d'une mention de Covid-19.

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

POINTS D'ACTUALITES

[InfoCovidFrance](#) : le nouveau tableau de bord de Santé publique France pour suivre l'épidémie de COVID-19

[Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 23 novembre 2021, n°13 - série Covid-19](#) - Évolution des symptomatologies anxieuses et dépressives et leurs facteurs associés chez les actifs occupés en France métropolitaine en 2020

Surveillance de la COVID-19

Synthèse de la situation épidémiologique

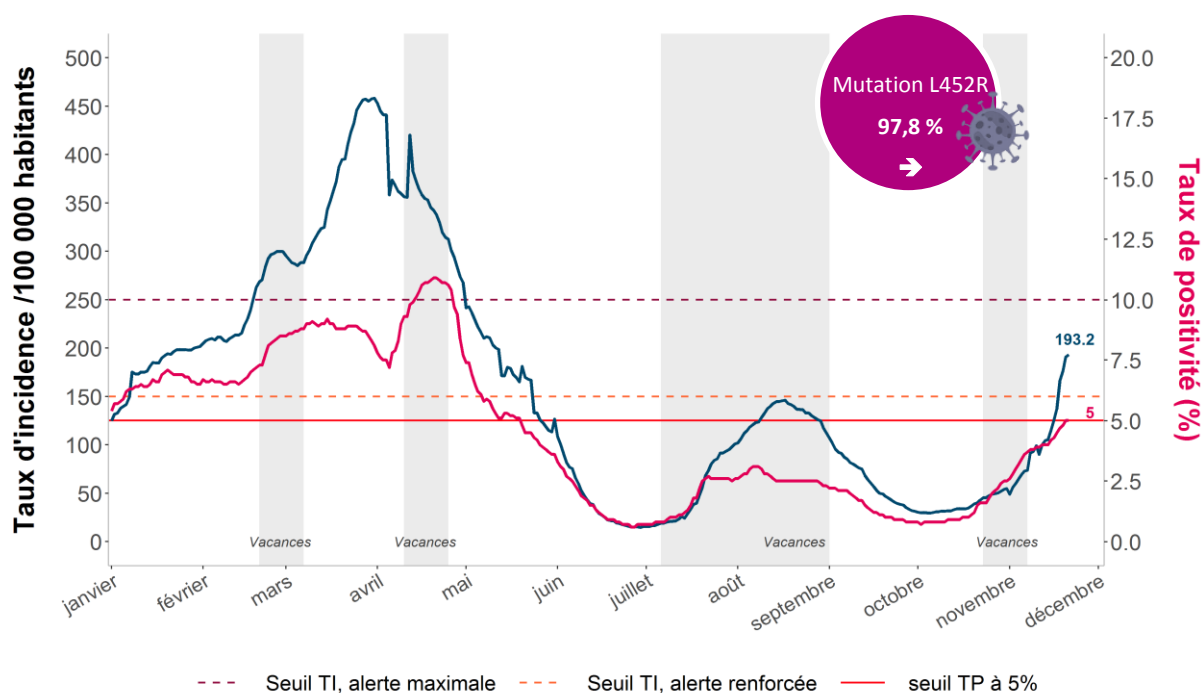
En semaine 46, l'activité épidémique progresse toujours très rapidement (+84 %) à l'échelle régionale avec un taux d'incidence (TI) à 193 cas/100 000 habitants (versus 105 cas/100 000 hab. en semaine 45), bien au-delà du seuil d'alerte renforcée (150 cas/100 000 habitants) et du TI enregistré au pic de la vague d'août 2021 (146 cas/100 000 habitants en semaine 37). Le taux de positivité (TP) régional, également en hausse (+1 pt), atteint le seuil d'alerte (5%) dans un contexte de nouvelle progression du recours au dépistage (TD). **L'augmentation du TP (18,2 % en semaine 46) est portée par près d'1 personne sur 5 testées se déclarant symptomatique ce qui témoigne de l'intensification de la circulation virale dans la région.** Sur la période du 14 au 20 novembre, le R-eff, toujours en hausse et significativement supérieur à 1 pour la 6^{ème} semaine consécutive (1,63 [1,60-1,66]), confirme cette progression épidémique continue. L'augmentation de l'activité épidémique est observée dans la plupart des classes d'âge, et est plus rapide chez les jeunes enfants (6-10 ans), chez qui le TI (350 cas/100 000 habitants) a plus que doublé par rapport à la semaine précédente et chez les 30-49 ans chez qui le TI est proche du seuil d'alerte maximum (250 cas/100 000 habitants). Chez les personnes âgées de plus de 65 ans, le TI (149 cas/100 000 hab.), proche des niveaux observés à la fin du printemps 2021, a doublé depuis la semaine dernière et le TP (5,6 %) est aussi en progression.

A l'échelle départementale, en semaine 46, la circulation virale s'intensifie dans tous les départements où les TI sont désormais significativement supérieurs ou proche du seuil d'alerte renforcée. Dans le département du Nord, avec un TI estimé à 247 cas/100 000 hab. en semaine 46, l'épidémie continue de progresser rapidement sur tous les secteurs urbains à forte densité de population (Métropole lilloise, Valenciennois, Maubeugeois, Douaisis, Porte du Hainaut) et les zones limitrophes avec la Belgique où le TI est estimé à 1 591 cas/100 000 hab. sur les 14 derniers jours (Source Sciensano, <https://epistat.wiv-isp.be/covid/>). Dans le département du Pas-de-Calais, on note une forte progression sur les secteurs les plus urbains de l'Arrageois, de l'Hénilinois, du Béthunois, du Lensois et de St Omer. Dans l'Aisne, la plus forte progression épidémique est observée au niveau de l'arrondissement de Vervins, limitrophe de la Belgique. Dans le département de l'Oise, la circulation virale s'intensifie sur les arrondissements de Beauvais, Compiègne et Senlis et dans la Somme, sur le secteur d'Amiens. Chez les plus de 65 ans, la hausse du TI observée à l'échelle régionale est portée par tous les départements avec, dans la Somme, une incidence très basse ces dernières semaines et qui a très rapidement triplée dans cette classe d'âge en semaine 46 par rapport à la semaine 45.

En ville, les recours pour suspicion de Covid-19 chez les SOS médecins sont en augmentation, de même que les recours pour infections respiratoires aiguës chez les médecins du Réseau Sentinelles. **A l'hôpital**, la part des hospitalisations après recours aux urgences pour suspicion de Covid-19 est en légère augmentation à l'échelle régionale, de même que le nombre de nouvelles hospitalisations pour Covid-19 par rapport à la semaine 45. Le nombre de nouvelles admissions en services de soins critiques est relativement stable par rapport à la semaine précédente. **En ESMS**, en semaine 46, le nombre de nouveaux épisodes de SARS-CoV-2 signalés reste faible.

Dans les Hauts-de-France, l'activité épidémique continue de progresser rapidement, notamment sur les secteurs urbains à forte densité de population dans tous les départements. La reprise épidémique concerne toutes les classes d'âge et plus particulièrement les personnes âgées de plus de 65 ans, plus vulnérables, nécessitant de renforcer l'application stricte des gestes barrières afin de freiner la circulation virale communautaire et permettre aux plus vulnérables (personnes âgées de plus de 65 ans) de pouvoir conforter rapidement leur protection vaccinale avec l'administration de la dose de rappel.

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



Données : SI-DEP. Traitement : Santé publique France

Figure 1 : Evolution des taux d'incidence (axe gauche) et taux de positivité (axe droit) régionaux, SI-DEP, Hauts-de-France, du 1^{er} janvier au 21 novembre 2021

Situation épidémiologique dans les départements

Tableau 1 : Évolutions récentes (2 dernières semaines) des taux d'incidence, de positivité et de dépistage régional et départementaux, tous âges, SI-DEP, Hauts-de-France

Territoire	Nouveaux cas/100 000 hab.			Taux de positivité (%)		Tests/100 000 hab.	
	2021-S45	2021-S46	Tendance*	2021-S45	2021-S46	2021-S45	2021-S46
Aisne	78 [71-86]	144 [134-154]	↗	3,7	4,7	2119	3062
Nord	139 [134-143]	247 [241-253]	↗	4,7	5,6	2971	4406
Oise	74 [68-80]	130 [122-138]	↗	3	4	2480	3215
Pas-de-Calais	94 [89-99]	178 [172-185]	↗	4	4,8	2324	3716
Somme	52 [46-59]	122 [113-131]	↗	2,3	3,8	2262	3192
Hauts-de-France	105 [103-108]	193 [190-197]	↗	4	5	2603	3838

*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.

Tableau 2 : Évolutions récentes (2 dernières semaines) des taux d'incidence, de positivité et de dépistage régional et départementaux, chez les personnes âgées de plus de 65 ans, SI-DEP, Hauts-de-France

Territoire	Nouveaux cas/100 000 hab.			Taux de positivité (%)		Tests/100 000 hab.	
	2021-S45	2021-S46	Tendance*	2021-S45	2021-S46	2021-S45	2021-S46
Aisne	84 [68-103]	106 [88-127]	→	4,6	4,5	1840	2335
Nord	87 [78-96]	170 [158-183]	↗	4,3	6,1	2022	2802
Oise	63 [51-77]	114 [97-132]	↗	2,9	4,5	2177	2514
Pas-de-Calais	81 [71-92]	149 [135-164]	↗	4,2	5,5	1913	2726
Somme	47 [36-62]	150 [128-174]	↗	3	6,8	1576	2217
Hauts-de-France	78 [73-83]	149 [142-156]	↗	4	5,6	1950	2636

*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.

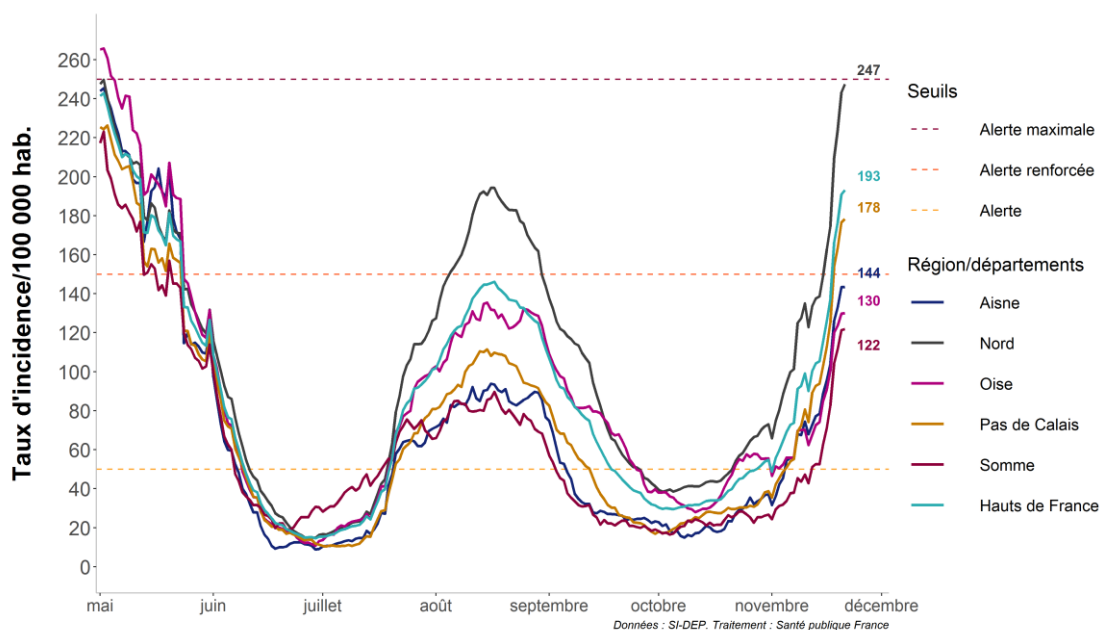


Figure 2 : Évolution sur 7 jours glissants des taux d'incidence de cas infectés au SARS-CoV-2 par département et pour la région Hauts-de-France, SI-DEP, du 1^{er} mai au 21 novembre 2021

Situation épidémiologique à l'échelle infra-départementale

Période d'analyse : 08 novembre au 14 novembre 2021

Période d'analyse : 15 novembre au 21 novembre 2021

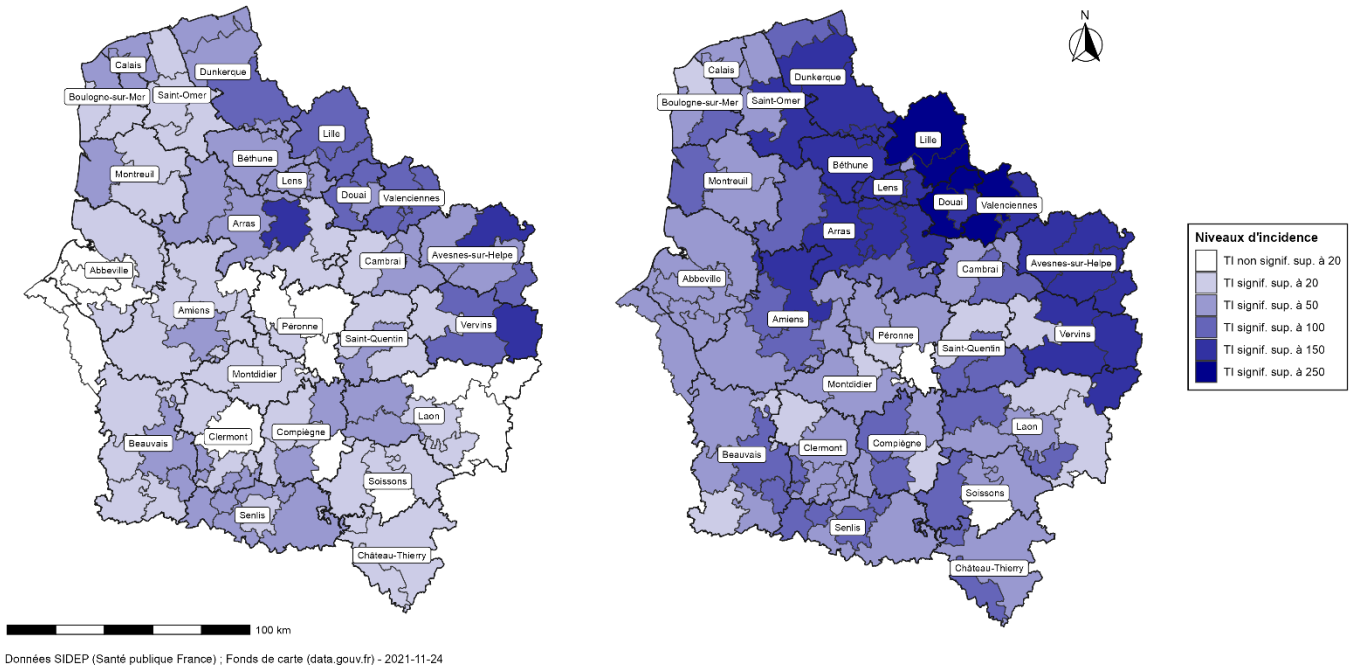


Figure 3 : Évolution hebdomadaire des niveaux d'incidence de cas infectés au SARS-CoV-2 sur les deux dernières semaines à l'échelle des établissements public de coopération intercommunale (EPCI), SI-DEP, Hauts-de-France

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

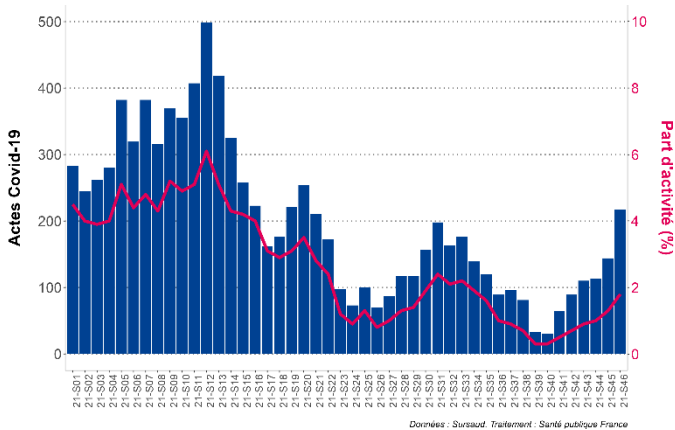


Figure 4 : Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe gauche) et proportion d'activité (axe droit) pour suspicion de COVID-19, SOS Médecins, Hauts-de-France, du 4 janvier au 21 novembre 2021

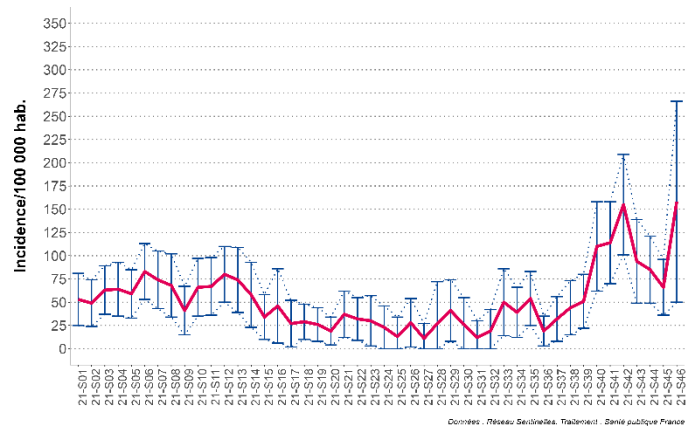


Figure 5 : Évolution hebdomadaire du nombre de recours pour IRA ou suspicion de COVID-19 (/100 000 habitants), Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, du 4 janvier au 21 novembre 2021

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

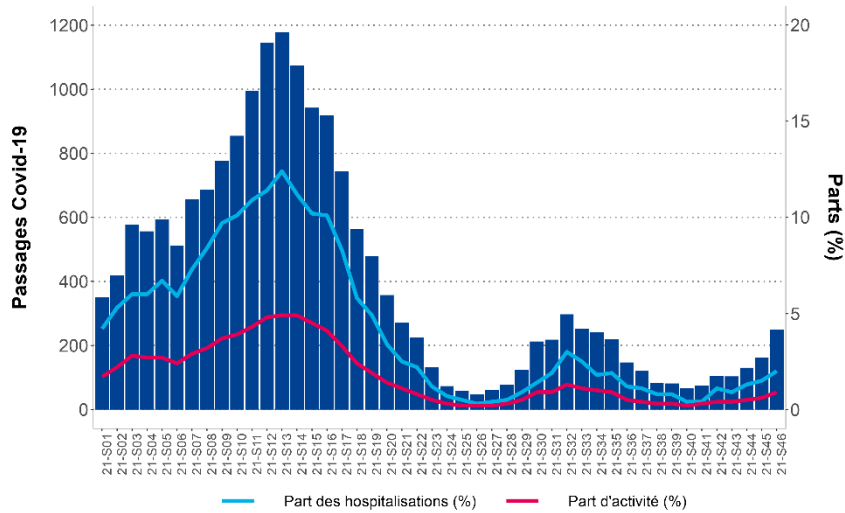


Figure 6 : Évolution hebdomadaire du nombre de passages COVID-19 (axe gauche) et proportion d'activité (axe droit) pour suspicions de COVID-19 dans les services d'urgences, Oscour®, Hauts-de-France, du 4 janvier au 21 novembre 2021

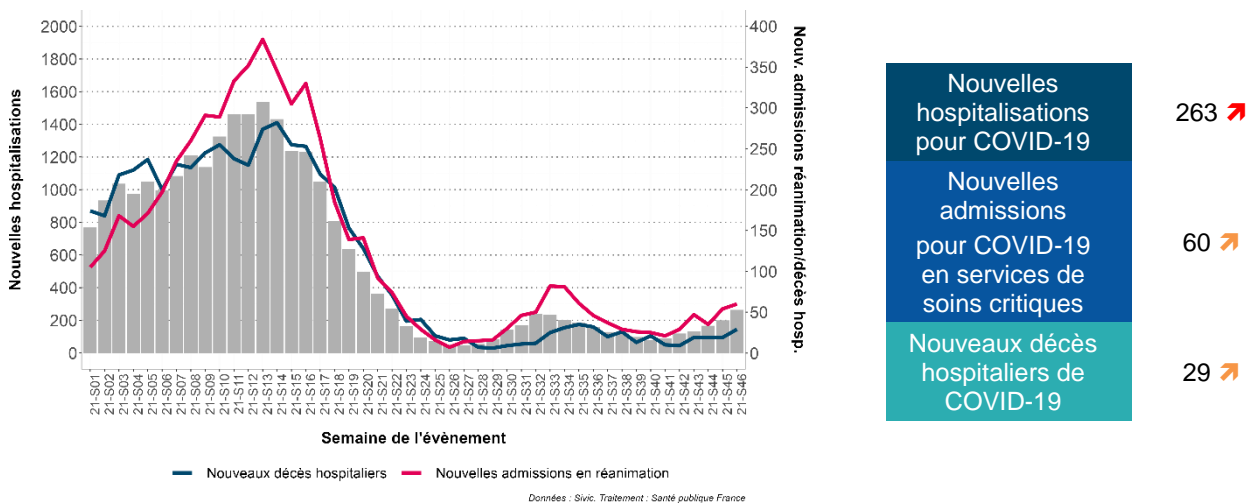


Figure 7 : Évolution hebdomadaire du nombre de décès et d'hospitalisations pour COVID-19 admis en services de réanimation et d'hospitalisation conventionnelle (hors réa), SI-VIC, Hauts-de-France, du 4 janvier au 21 novembre 2021

Figure 8 : Evolution des indicateurs hospitaliers en région Hauts-de-France, SI-VIC, du 15 au 21 novembre 2021

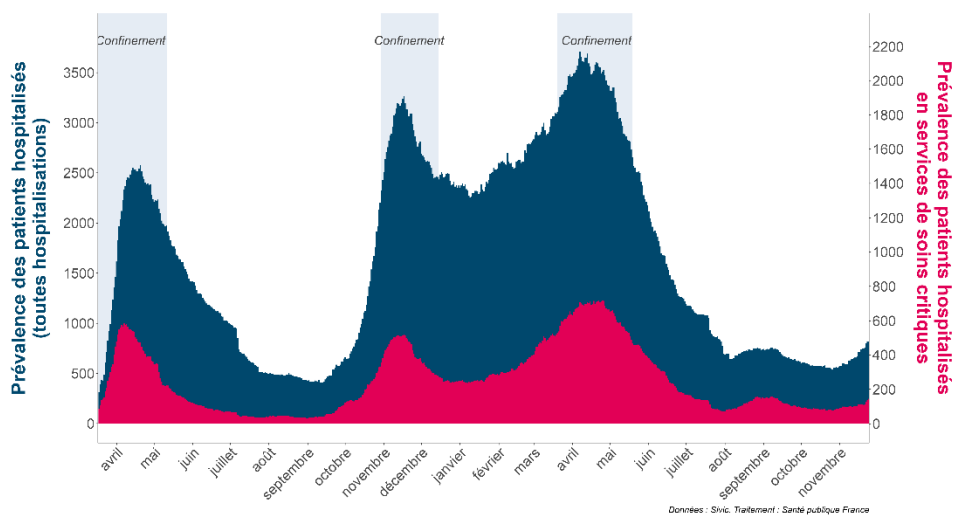


Figure 9 : Prévalence des patients hospitalisés dans les hôpitaux des Hauts-de-France, SI-VIC, du 18 mars 2020 au 23 novembre 2021

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

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

La surveillance sentinelle des cas graves de grippe et de COVID-19 en réanimation a repris le 16 août 2021. Depuis cette date, et jusqu'au 23 novembre 2021, 104 cas graves de COVID-19 admis dans un service de réanimation participant à la surveillance sentinelle ont été signalés dans la région Hauts-de-France. Un seul cas grave de grippe a été signalé, admis dans un des services sentinelles en septembre 2021, il s'agissait d'un cas de grippe A(H3N2) importé d'Inde.

L'âge moyen des cas de COVID-19 admis en réanimation depuis le 16 août 2021 est de 60 ans (médiane 61 ans, minimum 15 ans et maximum 85 ans), en diminution par rapport aux semestres précédents (âges médians 64 et 67 ans, respectivement lors des deux semestres de surveillance précédents). Ce rajeunissement des cas admis en services de soins critiques est probablement à mettre au crédit des taux de couverture vaccinale très élevés dans les classes d'âge les plus âgées.

Le sexe ratio hommes/femmes est de 1,8, stable par rapport au premier semestre 2021. Concernant les femmes enceintes admises en réanimation pour COVID-19, à ce jour, 1 seul cas a été signalé depuis le 16 août, qui n'était pas vacciné.

La grande majorité (70 %) des cas signalés était non-vaccinée. Parmi les cas vaccinés 2 doses, seuls 10 (moins d'un tiers) correspondaient à la définition d'un échec vaccinal* dont 3 présentaient une immunodépression. Parmi les 4 cas ayant reçu 3 doses de vaccin, 3 étaient immunodéprimés.

Comme lors des semestres précédents, la grande majorité des cas signalés (80 %) présente au moins un facteur de risque potentiel de complication de COVID-19 et les deux principales comorbidités rapportées restent le surpoids/obésité (38 % des cas) et l'hypertension artérielle (34 %).

Un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) est rapporté pour la très grande majorité des cas déclarés par le réseau des services de réanimation sentinelles (82 %), sévère pour près de la moitié des cas. La moitié des cas (48 %) a nécessité une oxygénothérapie haut-débit et 29 % une ventilation invasive.

La recherche des variants et des mutations du SARS-CoV-2, par PCR de criblage ou par séquençage, est développée sur l'ensemble du territoire français. A ce jour, le variant le plus fréquemment retrouvé chez les cas graves admis en réanimation est le variant Delta, porteur de la mutation L452R, en cohérence avec la circulation qui est observée sur le territoire métropolitain et dans la région.

Depuis le 16 août 2021, 12 décès ont été rapportés parmi les cas admis dans un service sentinelle de réanimation, soit une létalité de 11,5 %. Ces cas étaient plus âgés que l'ensemble des cas admis en réanimation depuis le 16 août (de 56 à 85 ans, moyenne 71 ans) et 80 % présentaient au moins une comorbidité.

Chez les cas pour lesquels l'évolution est documentée, la durée moyenne de séjour en réanimation de 11 jours (médiane 10 jours) est légèrement plus élevée qu'au semestre précédent et tend à se rapprocher des durées observées l'an dernier à la même période (moyenne 14, médiane 10). Le délai moyen entre la date de début de signes - lorsqu'elle est renseignée - et l'hospitalisation initiale est de 6 jours et il est de 9 jours entre le début des signes et l'admission en réanimation.

*Échec vaccinal : infection symptomatique au SARS-CoV-2 confirmée biologiquement et survenant au moins :

- 14 jours suivant l'injection de la deuxième dose des vaccins ARNm Moderna ou Comirnaty (1 dose si antécédent d'infection au SARS-Cov-2) ou
- 21 jours suivant l'injection de la deuxième dose du vaccin Vaxzevria (AstraZeneca) (1 dose si antécédent d'infection au SARS-Cov-2) ou de la dose unique du vaccin de Janssen

Tableau 3 : Caractéristiques des cas graves de COVID-19 hospitalisés dans les services sentinelles de réanimation de la région Hauts-de-France signalés entre le 16 août et le 23 novembre 2021

2021-S2			2021-S2		
	N	% ¹	N	% ¹	
Cas admis dans les services sentinelles de réanimation			Comorbidités²		
Nombre total de cas signalés	104		Aucune	12	11,5%
Décès	12	11,5%	Au moins une comorbidité	83	79,8%
Cas sortis de réanimation	31	29,8%	Obésité (IMC ≥ 30) ³	39	37,5%
Sexe-Ratio HF	1,8		Hypertension artérielle	35	33,7%
Répartition par classe d'âge et âge moyen / médian [min ; max] des cas			Diabète	21	20,2%
0-14 ans	0	0,0%	Pathologie cardiaque	18	17,3%
15-44 ans	16	15,4%	Pathologie pulmonaire	16	15,4%
45-64 ans	43	41,3%	Immunodépression	7	6,7%
65-74 ans	31	29,8%	Pathologie rénale	9	8,7%
75 ans et plus	14	13,5%	Cancer ⁴	5	4,8%
Non renseigné	0	0,0%	Pathologie neuromusculaire	2	1,9%
Ensemble des cas	60 / 61	[15 ; 85]	Pathologie hépatique	3	2,9%
Cas sortis de réanimation	55 / 57	[17 ; 77]	Autre	34	32,7%
Cas décédés	71 / 70	[56 ; 85]	Non renseigné	9	8,7%
Motifs d'admission en réanimation^{4,8}			Type de ventilation le plus invasif au cours du séjour en réanimation		
Infection respiratoire aiguë virale ou IRA ⁵	83	79,8%	O2 (lunettes/masque)	7	6,7%
Décompensation de pathologie sous-jacente	3	2,9%	VNI (Ventilation non invasive)	11	10,6%
Surinfection bactérienne	6	5,8%	Oxygénothérapie à haut débit	50	48,1%
Autre	12	11,5%	Ventilation invasive	30	28,8%
Non renseigné	12	11,5%	ECMO/ECCO2R ⁶	1	1,0%
Infections nosocomiales⁹ et diagnostic de TVP¹⁰ ou d'embolie pulmonaire¹¹			Non renseigné	5	4,8%
Infection nosocomiale	1	1,0%	SDRA⁷ et sévérité maximale atteinte au cours du séjour en réanimation		
TVP ou embolie pulmonaire	2	1,9%	Présence d'un SDRA	85	82%
Vaccination anti-COVID-19¹³ et anti-grippale			Mineur	6	5,8%
Patients non vaccinés	69	70,4%	Modéré	27	26,0%
Patients vaccinés au moins 1 dose	29	29,6%	Sévère	52	50,0%
Vaccination anti-COVID-19 - 1 dose	7	7,1%	Pas de SDRA	2	1,9%
Vaccination anti-COVID-19 - 2 doses	17	17,3%	Non renseigné	17	16,3%
Vaccination anti-COVID-19 - 3 doses	4	4,1%	Variants et mutations du SARS-CoV-2 identifiés par PCR de criblage ou séquençage¹²		
Patients vaccinés contre la grippe saison 2021-2022	0	0,0%	Mutation L452R ou variant Delta	40	
Délai moyen et médian entre début des signes (DDS) et admission en réanimation, en jours			Mutation L452R + E484K	1	
Ensemble des cas avec évolution renseignée	9 / 8		Non renseigné	63	
Cas sortis de réanimation	10 / 9		Grossesses		
Cas décédés	11 / 10		Femmes enceintes admises en réanimation	1	
Délai entre DDS et hospitalisation initiale, puis hospitalisation et admission en réanimation, en jours					
Délai moy/méd entre DDS et hospit. initiale	6 / 6				
Délai moy/méd entre hospit. initiale et adm. en réa.	3 / 1				
Durée moyenne et médiane de séjour en réanimation, en jours [min ; max]					
Ensemble des cas avec évolution renseignée	11 / 10	[1 ; 46]			
Cas sortis de réanimation	10 / 8	[1 ; 39]			
Cas décédés	13 / 10	[1 ; 29]			

¹ Les pourcentages sont calculés sur l'ensemble des patients sauf pour la partie vaccination ; 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 ; ⁷ Plusieurs motifs d'admission possibles pour un même patient

⁸ Notion d'infection nosocomiale recueillie depuis début janvier 2021 ; ¹⁰ TVP : thrombose veineuse profonde ; ¹¹ Diagnostic de thrombose ou d'embolie pulmonaire recueilli depuis octobre 2020

¹² Les notions de variants du SARS-CoV-2 sont recueillies depuis le mois de mars 2021

¹³ Les pourcentages sont calculés sur les cas pour lesquels le statut vaccinal anti-COVID-19 est renseigné

Suivi de la campagne de vaccination contre la COVID-19

Les personnes pour lesquelles le schéma vaccinal est considéré comme complet sont les personnes ayant reçu deux doses de vaccin anti-COVID et pour les personnes avec antécédent de COVID-19, celles ayant bénéficié d'au moins une dose de vaccin.

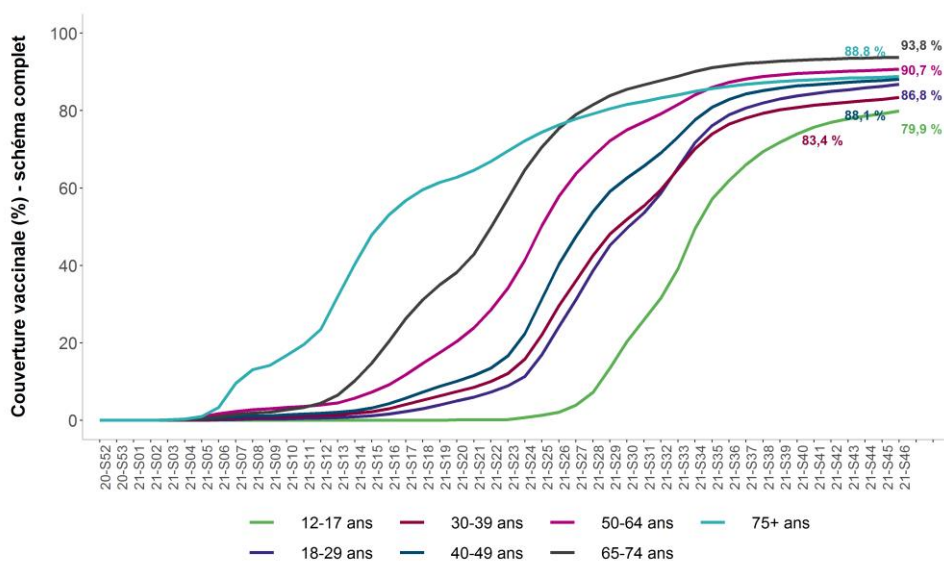
Au 23 novembre 2021, 3 habitants des Hauts-de-France sur 4 (74,7 %) ont complété leur schéma vaccinal 2 doses. La CV^{2doses} reste très inférieure à la moyenne régionale dans l'Oise (67,5 %) et dans une moindre mesure dans l'Aisne (72,8 %). **Chez les plus de 65 ans*, 9 personnes sur 10 (91,7 %) ont complété leur schéma vaccinal 2 doses mais, actuellement, seul un tiers de cette population (36,2 % ; soit +5,8 points par rapport à S45) a bénéficié du rappel vaccinal.**

Il est estimé que 74,7 % des personnes âgées de 65 ans et plus qui étaient éligibles à la dose de rappel au 23 novembre 2021 l'avaient effectivement reçue (versus 73,3% au niveau national). A l'échelle départementale, cette proportion est plus élevée dans le Nord (75,4%) et la Somme (74,2%). Elle est inférieure à la moyenne régionale dans le Pas-de-Calais (73,9%), l'Aisne (73,6%) et l'Oise (71,0%). Cette estimation permet de suivre la dynamique de la campagne de rappel pour les personnes pouvant en bénéficier. Ce pourcentage peut théoriquement diminuer si le nombre de personnes éligibles évolue plus rapidement que le nombre de personnes ayant reçu la dose de rappel. Pour les personnes de 65 ans et plus, la dose de rappel est préconisée 6 mois après un cycle vaccinal complet pour celles qui ont reçu les vaccins Pfizer-BioNTech, Moderna et AstraZeneca. Ce délai est réduit à 4 semaines pour les personnes ayant reçu une dose de vaccin Janssen. Afin de laisser le temps aux personnes éligibles de s'organiser pour faire leur rappel, le point de mesure de cet indicateur est réalisé à au moins 7 mois après la dernière injection d'une vaccination complète pour les personnes ayant été vaccinées avec les vaccins Pfizer-BioNTech, Moderna et AstraZeneca et à au moins 2 mois après une dose de vaccin Janssen.

Tableau 4 : 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 23 novembre 2021, données par date d'injection, VAC-SI, Hauts-de-France

Classe âge	au moins 1 dose		schéma complet		dose de rappel	
	Nombre de personnes	CV (%)	Nombre de personnes	CV (%)	Nombre de personnes	CV (%)
12-17 ans	394 240	83,1 %	379 704	80,0 %	284	0,1 %
18-49 ans	2 089 588	88,4 %	2 036 024	86,2 %	37 386	1,6 %
50-64 ans	1 031 175	91,7 %	1 020 217	90,7 %	88 815	7,9 %
65-74 ans	600 397	94,8 %	594 126	93,9 %	177 984	28,1 %
75 ans et plus	431 453	90,5 %	423 588	88,8 %	223 511	46,9 %
autres âges ou non renseigné	1 715		1 331		9	
Population totale	4 548 568	76,3 %	4 454 990	74,7 %	527 989	8,9 %

Source : Vaccin Covid Cnam ; Exploitation : Santé publique France



Données : VAC-SI. Traitement : Santé publique France

Figure 10 : Évolution des couvertures vaccinales « schéma complet » par classe d'âge au 23 novembre 2021, données par date d'injection, VAC-SI, Hauts-de-France

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

Enquête CoviPrev : adoption des mesures barrières

Depuis le 23 mars 2020, Santé publique France a lancé, avec le groupe BVA, l'enquête **CoviPrev** en population générale pour suivre et comprendre l'évolution des comportements (gestes barrières, confinement, consommation d'alcool et de tabac, alimentation et activité physique) et de la santé mentale (bien-être, troubles) au cours de l'épidémie de Covid-19. Les personnes participant à l'enquête renseignent en ligne un questionnaire auto-administré permettant de suivre l'évolution de l'adhésion des répondants aux mesures barrières, de recueillir les informations nécessaires à l'orientation et à l'ajustement des mesures de prévention et de surveiller les inégalités de santé.

A l'instar des autres régions métropolitaines, dans les **Hauts-de-France, la prévalence d'adoption déclarée pour chacune des mesures et gestes barrières est en baisse importante et continue depuis le printemps 2021.**

Dans un contexte de reprise épidémique, moins d'1 répondant des Hauts-de-France sur 3 (31 %), interrogés lors de la vague 29 (28 octobre au 5 novembre 2021), déclarait éviter les regroupements et réunions en face à face, soit 16 points de moins qu'au printemps 2021 (47 % en vague 24). Environ la moitié des répondants (55 %) déclaraient se laver régulièrement les mains, saluer sans se serrer la main ou éviter les embrassades, soit 12 points de moins qu'en vague 24. Enfin, moins de 7 répondants sur 10 déclaraient porter systématiquement un masque en public (86 % en vague 24 *versus* 68 % en vague 29).

Ce relâchement des comportements doit inciter à la vigilance dans le contexte actuel de forte reprise de l'épidémie sur la plupart territoires de la région. Il reste primordial de continuer à promouvoir l'application stricte des gestes barrière, seule mesure efficace pour se protéger et protéger les autres de la transmission du SARS-CoV2 et des autres virus respiratoires qui circulent aussi activement cet automne. Avec la baisse des températures, le confinement des locaux constitue un facteur de risque supplémentaire et l'aération régulière des locaux reste efficace et nécessaire.

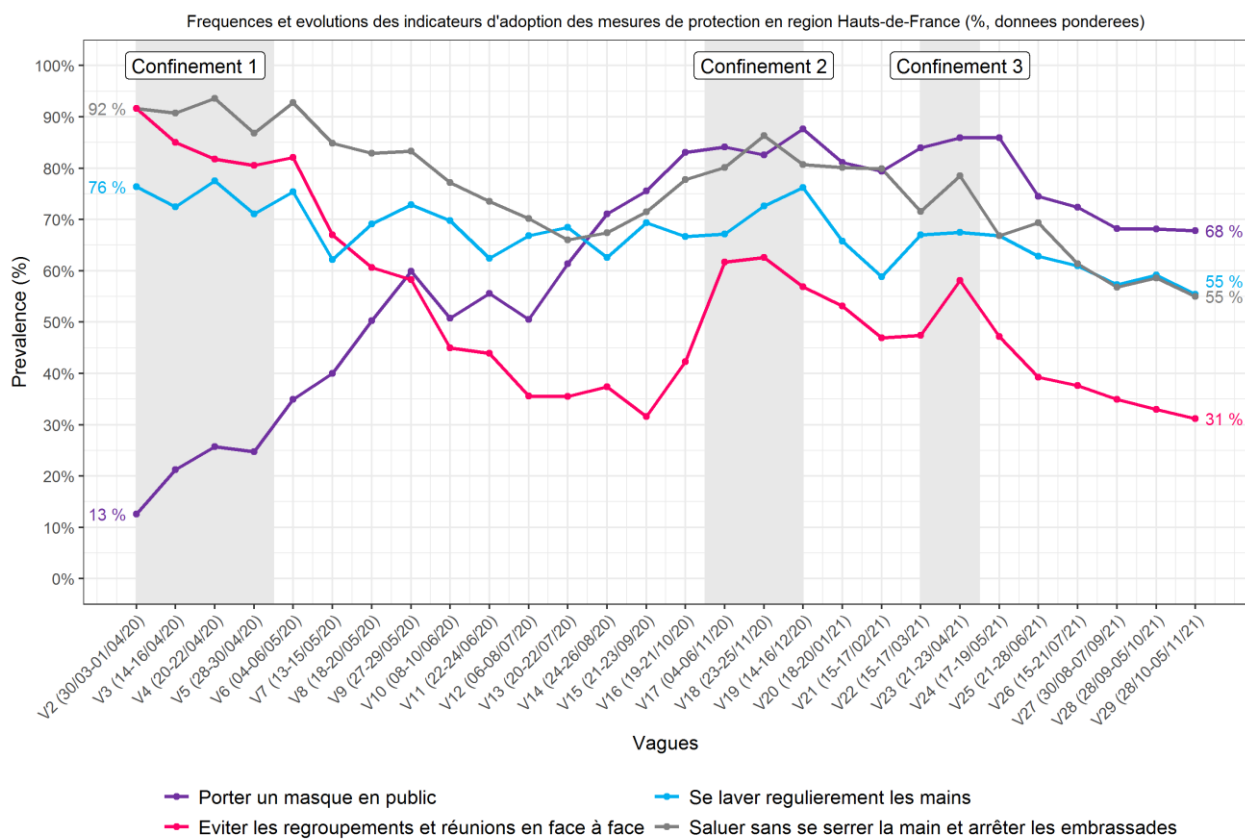


Figure 11 : Evolution des prévalences d'adoption des mesures, déclarées par les participants des Hauts-de-France à l'enquête CoviPrev, vagues d'enquête 2 (mars/avril-2021) à 29 (oct/nov-2021)

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

Synthèse des données disponibles

En phase épidémique pour la 6^{ème} semaine consécutive. En S46-2021, l'activité pour bronchiolites continuait de diminuer légèrement chez les SOS Médecins (Figure 12) et restait stable dans les services d'urgences de la région (Figure 13), tandis que le nombre d'hospitalisations chez les enfants de moins de 2 ans était en augmentation. L'activité des deux Réseaux Bronchiolite de la région était en légère augmentation le week-end du 20-21 novembre. Le taux de positivité de VRS isolés chez des patients hospitalisés aux CHU d'Amiens et de Lille était en légère diminution par rapport à S45-2021 (Figure 14). Le nombre de rhinovirus/entérovirus isolés demeure élevé en S46-2021.

Recours aux soins d'urgence pour bronchiolite en Hauts-de-France, semaine S46-2021

Consultations	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
SOS Médecins	71	6,7 %	Forte	En diminution
SU - réseau Oscour®	278	13,2 %	Forte	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](#)

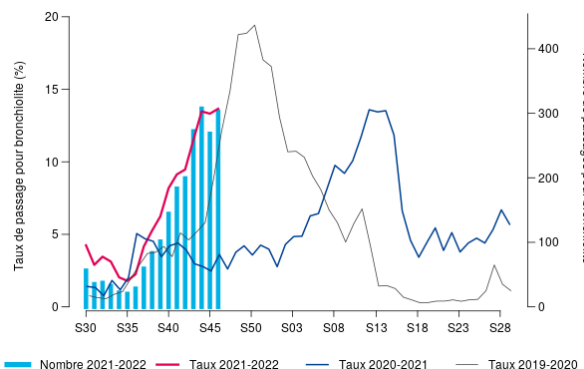
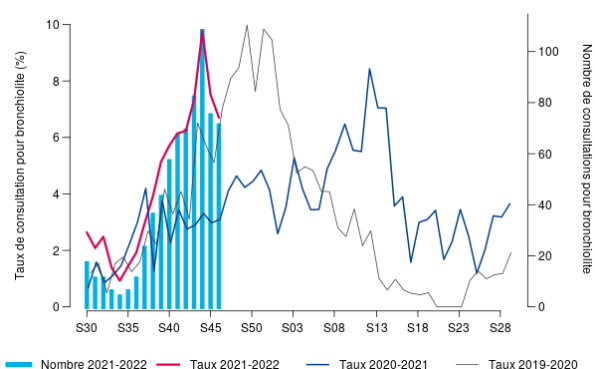


Figure 12 : Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2019-2021

Figure 13 : Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, Oscour®, Hauts-de-France, 2019-2021

Semaine	Nombre d'hospitalisations ¹	Pourcent age de variation (S-1)	Part des hospitalisations totales ²
45 - 2021	88	-12,9 %	28,9 %
46 ³ - 2021	112	+27,3 %	31,6 %

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

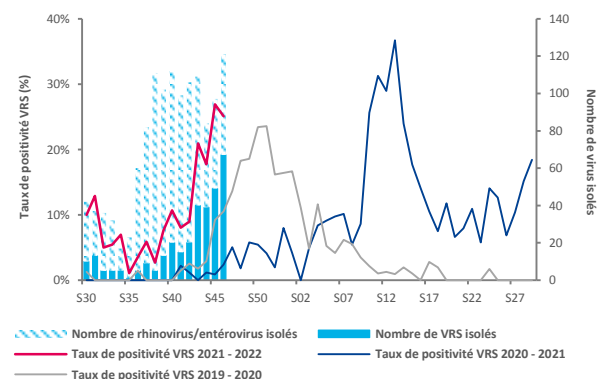


Figure 14 : Évolution hebdomadaire du nombre de VRS (axe droit) et taux de positivité pour le VRS (axe gauche), laboratoires de virologie du CHU de Lille et du CHU d'Amiens, 2019-2021

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

Prévention de la bronchiolite

La bronchiolite est une maladie respiratoire qui touche les enfants de moins de 2 ans. Elle est le plus souvent due au virus respiratoire syncytial (VRS), qui se transmet facilement d'une personne à une autre par la salive, la toux et les éternuements, et peut rester sur les mains et les objets. La prévention de la bronchiolite repose sur les mesures d'hygiène. Retrouvez les **recommandations sur les mesures de prévention sur le site de Santé publique France.**

Grippe et syndromes grippaux

Synthèse des données disponibles

Phase non épidémique. Les recours aux soins pour syndromes grippaux sont en légère augmentation chez les SOS Médecins et stable aux urgences (Figure 15, Figure 16), à des niveaux faibles habituellement observés durant les saisons précédentes. Le taux d'incidence des syndromes grippaux estimé par le réseau Sentinelles est en forte augmentation en S46-2021 (Figure 17) mais cette augmentation est liée au contexte épidémique actuel de Covid-19, ainsi que l'augmentation de la circulation d'autres virus respiratoires saisonniers (VRS, rhinovirus). Seuls quelques virus grippaux ont été isolés dans les laboratoires des CHU d'Amiens et de Lille depuis début septembre, dont trois (2 virus de type A et 1 virus de type B) en S46-2021 au CHU de Lille (Figure 18).

Recours aux soins d'urgence pour syndromes grippaux en Hauts-de-France, semaine S46-2021

Consultations	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
SOS Médecins	108	0,92 %	Faible	En légère augmentation
SU - réseau Oscour®	28	0,10 %	Faible	Stable

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

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

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

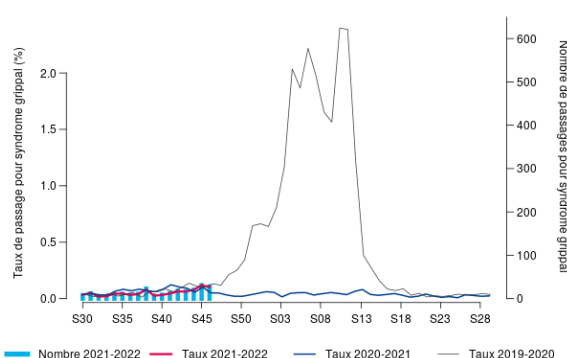
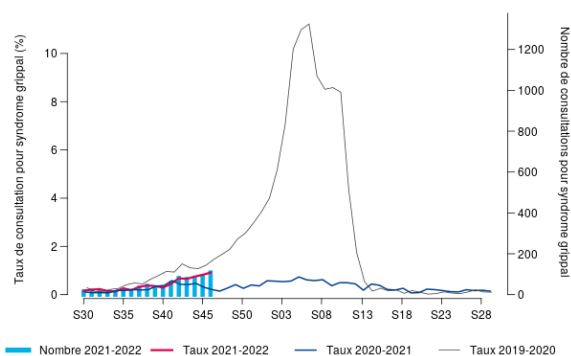


Figure 15 : Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour syndromes grippaux, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2019-2021

Figure 16 : Évolution hebdomadaire du nombre de passages aux urgences (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour syndromes grippaux, Oscour®, Hauts-de-France, 2019-2021

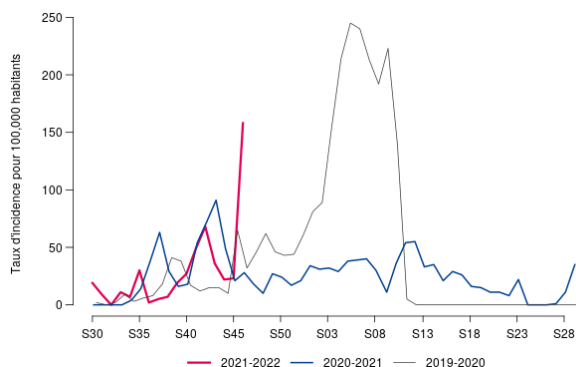


Figure 17 : Évolution hebdomadaire du taux d'incidence des syndromes grippaux, Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, 2019-2021

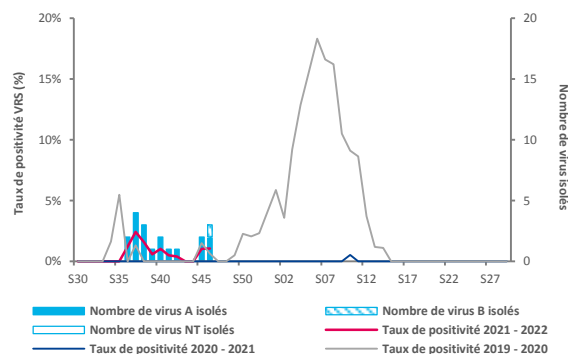


Figure 18 : Évolution hebdomadaire du nombre de virus grippaux isolés (axe droit) et taux de positivité (axe gauche), laboratoires de virologie du CHU de Lille et du CHU d'Amiens, 2019-2021

Prévention de la grippe et des syndromes grippaux

La grippe est une infection respiratoire aiguë, contagieuse, due aux virus Influenzae. Les virus grippaux se répartissent essentiellement entre deux types : A et B, se divisant eux-mêmes en sous-types (A(H3N2) et A(H1N1)) ou lignage (B/Victoria et B/Yamagata). Les virus de la grippe se transmettent de personne à personne par les sécrétions respiratoires à l'occasion d'éternuements ou de toux. Ils peuvent également se transmettre par contact à travers des objets contaminés. Les lieux confinés et très fréquentés (métro, bus, collectivités scolaires...) sont propices à la transmission de ces virus. La période d'incubation varie de 1 à 3 jours. La prévention de la grippe repose sur la vaccination (un délai de 15 jours après la vaccination est nécessaire pour être protégé) ainsi que sur des mesures d'hygiène simples pouvant contribuer à limiter la transmission de personne à personne.

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

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

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

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

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

Gastro-entérites aiguës (GEA)

Synthèse des données disponibles

En S46-2021, les recours aux soins pour GEA étaient en augmentation chez les SOS Médecins (Figure 20) et stables aux urgences (Figure 22). L'incidence des diarrhées aiguës estimée par le réseau Sentinelles était en augmentation en S46-2021 à un niveau similaire à celui observé lors des saisons précédentes (hors saison 2020-2021) (Figure 23). Le nombre de virus entériques isolés par les laboratoires de virologie des CHU d'Amiens et de Lille chez des patients hospitalisés était également en augmentation en S46-2021 (Figure 24).

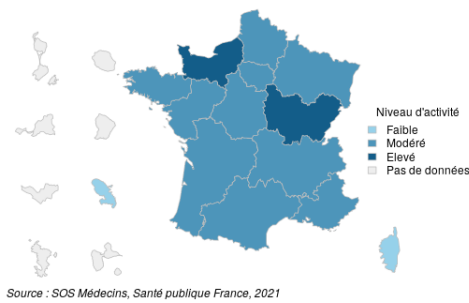
Recours aux soins d'urgence pour GEA en Hauts-de-France, semaine S46-2021

	Tous âges				Moins de 5 ans				
	Consultations	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
SOS Médecins		986	8,35 %	Modérée	En augmentation	263	9,84 %	Modérée	En augmentation
SU - réseau Oscoreur®		510	1,86 %	Modérée	Stable	348	8,90 %	Modérée	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® \(Oscoreur, SOS Médecins, Mortalité\)](#)
- [Surveillance de la gastro-entérite](#)



Source : SOS Médecins, Santé publique France, 2021

Figure 19 : Niveau d'activité hebdomadaire des SOS Médecins pour GEA selon la région. France entière, semaine S46-2021

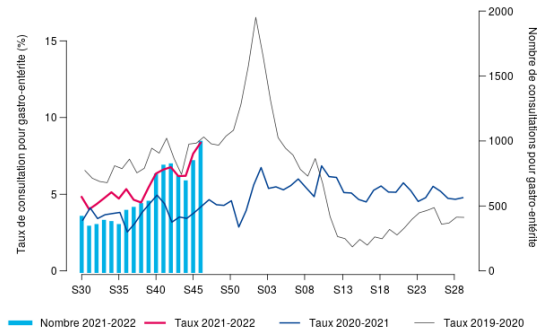
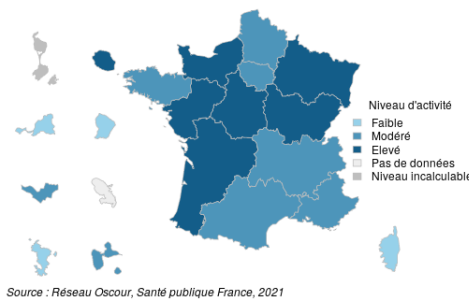


Figure 20 : Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2019-2021



Source : Réseau Oscoreur, Santé publique France, 2021

Figure 21 : Niveau d'activité hebdomadaire des services d'urgence pour GEA selon la région, France entière, semaine S46-2021

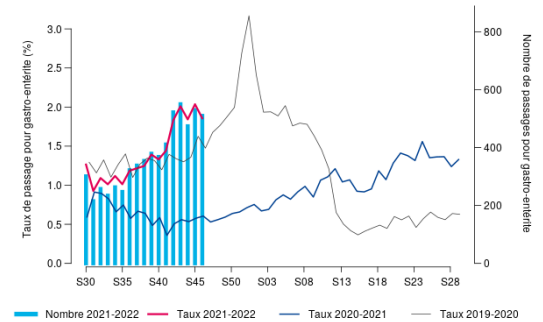


Figure 22 : Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, Oscoreur®, Hauts-de-France, 2019-2021

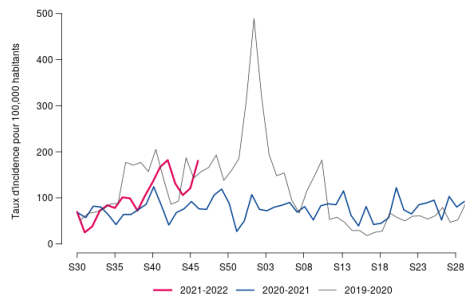


Figure 23 : Évolution hebdomadaire du taux d'incidence des diarrhées aiguës, Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, 2019-2021

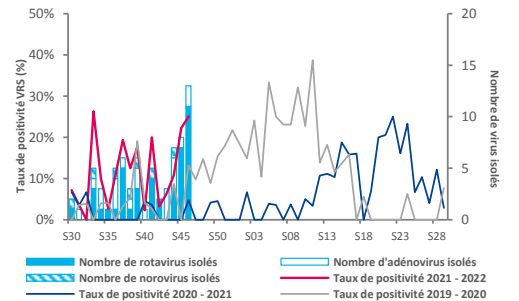


Figure 24 : Évolution hebdomadaire du nombre de virus entériques isolés (axe droit) et proportion de prélèvements positifs (axe gauche), laboratoires de virologie du CHRU de Lille et du CHU d'Amiens, 2019-2021 (données de la dernière semaine non consolidées)

Prévention de la gastro-entérite

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

La prévention des GEA repose sur les mesures d'hygiène. → [Recommandations sur les mesures de prévention : cliquez ici](#)

Surveillance de la mortalité

Mortalité toutes causes

Le nombre de décès (tous âges et 65 ans et plus) demeure conforme aux valeurs attendues (Figure 25).

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](#)

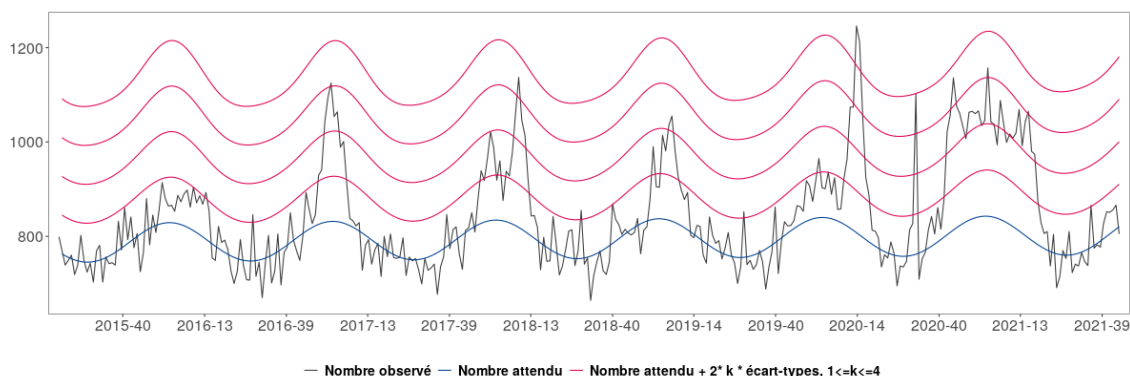


Figure 25 : Nombre hebdomadaire de décès toutes causes, tous âges, Insee, Hauts-de-France, depuis 2015

Mortalité issue de la certification électronique des décès (CertDc)

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

Le taux de dématérialisation dans la région continue de progresser légèrement avec 23,3 % de décès déclarés électroniquement en septembre 2021 (*estimation provisoire*). Les meilleurs taux de couverture étaient observés dans les départements du Nord et de la Somme avec plus d'un décès sur 3 déclarés électroniquement en septembre 2021. *Pour en savoir plus sur la certification électronique des décès dans la région Hauts-de-France, consulter le [PE Surveillance de la mortalité en région Hauts-de-France - Mortalité issue de la certification électronique de décès \(CertDc\)](#).*

En S46-2021, 284 décès toutes causes ont été certifiés électroniquement, ce chiffre était stable par rapport à la semaine précédente ; 15 décès faisaient l'objet d'une mention de Covid-19 dans le certificat, représentant 5 % de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 26).

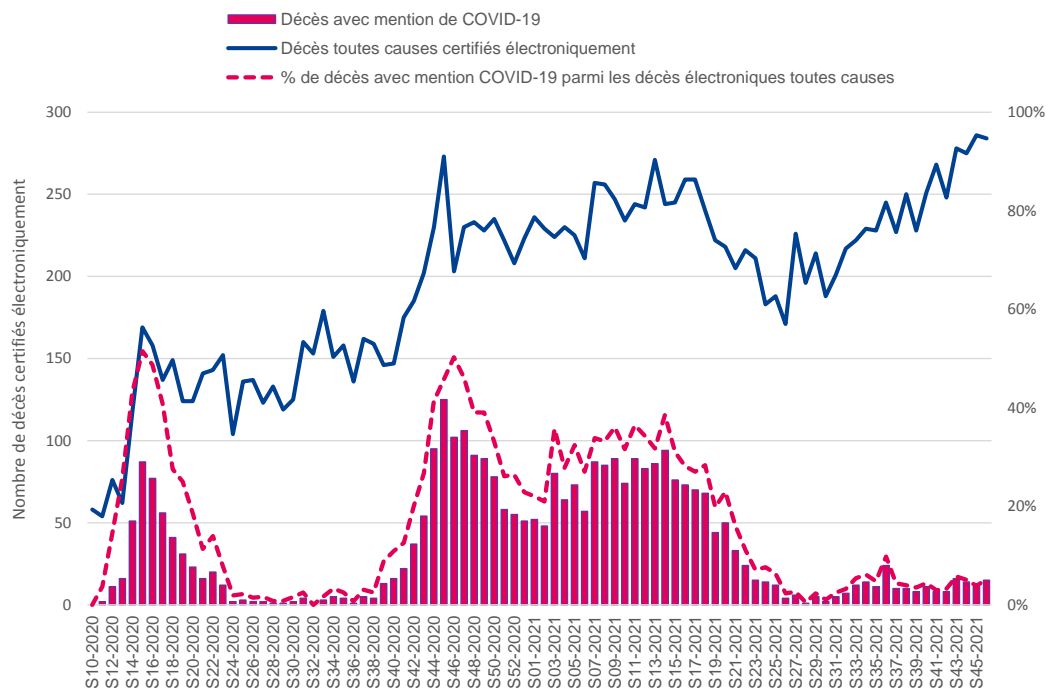


Figure 26 : Nombre hebdomadaire de décès certifiés par voie électronique toutes causes et avec une mention de Covid-19 dans les causes médicales de décès, de la semaine S10-2020 à S46-2021, Hauts-de-France (données au 23/11/2021), source Santé publique France, Inserm-Cépi-DC.

Remerciements à nos partenaires

- Services d'urgences du réseau Oscour® ;
- Associations SOS Médecins d'Amiens, Dunkerque, Lille, Roubaix-Tourcoing et Saint-Quentin ;
- Réseau Sentinelles ;
- Systèmes de surveillance spécifiques :
 - Réanimateurs (cas graves de grippe hospitalisés en réanimation) ;
 - Personnels des Ehpad et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) : épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) en Ehpad ;
 - Laboratoires d'analyses et de biologie médicales et Centre national de Référence des virus respiratoires, Institut Pasteur, Paris ;
 - Analyses virologiques réalisées au CHU de Lille et au CHU d'Amiens ;
 - Réseau Bronchiolite 59-62 et Réseau Bronchiolite Picard ;
- Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPias) Hauts-de-France ;
- Agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France.

Méthodes

- Le nombre de nouveaux cas de Covid-19, les taux de positivité et de dépistage et la proportion de variants d'intérêt sont issus de SI-DEP (système d'information de dépistage).
- Les hospitalisations (dont hospitalisation en service de réanimation) et décès à l'hôpital pour COVID-19 sont issus de SI-VIC (système d'information pour le suivi des victimes)
- La couverture vaccinale est estimée, pour les résidents et les professionnels en Ehpad ou USLD identifiés a priori par la Cnam dans Vaccin Covid. Les personnes ciblées sont issues de la base Residehpad tenant compte des personnes résidant en Ehpad ou USLD au 1er mars 2021 et des professionnels en Ehpad ou USLD identifiés par recherche de l'employeur essentiellement via le versement d'indemnités journalières au cours des 12 derniers mois. Pour les personnels libéraux identifiés a priori par la Cnam dans Vaccin Covid sur les critères suivants : une inscription au FNPS, des catégories de professionnels en activité (médecin, dentiste, sage-femme, infirmière, masseur kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste, orthoptiste) et dont l'exercice en cabinet est l'activité principale.
- Les recours aux services d'urgence sont suivis pour les regroupements syndromiques suivants :
 - Grippe ou syndrome grippal : codes J09, J10, J11 et leurs dérivés selon la classification CIM-10 de l'OMS;
 - Bronchiolite : codes J210, J218 et J219, chez les enfants de moins de 2 ans ;
 - GEA : codes A08, A09 et leurs dérivés.
- Les recours à SOS Médecins sont suivis pour les définitions de cas suivantes :
 - Grippe ou syndrome grippal : fièvre supérieure à 38,5°C d'apparition brutale, accompagnée de myalgies et de signes respiratoires ;
 - Bronchiolite : enfant âgé de moins de 24 mois, présentant au maximum trois épisodes de toux/dyspnée obstructive au décours immédiat d'une rhinopharyngite, accompagnés de sifflements et/ou râles à l'auscultation ;
 - GEA : au moins un des 3 symptômes parmi diarrhée, vomissement et gastro-entérite.
- Les recours aux médecins du réseau Sentinelles sont suivis pour les définitions de cas suivantes :
 - IRA, dont la définition est « apparition brutale de fièvre (ou sensation de fièvre) et de signes respiratoires ».
 - GEA : au moins 3 selles liquides ou molles par jour datant de moins de 14 jours et motivant la consultation.
- Pour les regroupements syndromiques précédents, depuis la saison hivernale 2016-2017, la définition des périodes épidémiques est basée sur la combinaison de méthodes statistiques appliquées à deux ou trois sources de données (SOS Médecins, Oscour® et, selon la pathologie, le réseau Sentinelles). Sont appliquées jusqu'à trois méthodes statistiques, selon les conditions d'application : (i) un modèle de régression périodique (dit de « Serfling ») sur 5 ans d'historique avec écrêtage des journées présentant les valeurs les plus élevées (ii) un modèle de régression périodique « robuste » avec pondération des journées selon leur valeur et (iii) un modèle de Markov caché. Pour chaque pathologie, un algorithme définit le niveau épidémique selon les alarmes statistiques observées.
- La mortalité « toutes causes » est suivie à partir de l'enregistrement des décès par les services d'Etat-civil dans les communes informatisées de la région (qui représente près 80 % des décès de la région). Un projet européen de surveillance de la mortalité, baptisé Euromomo (<http://www.euromomo.eu>), permet d'assurer un suivi de la mortalité en temps réel et de coordonner une analyse normalisée afin que les signaux entre les pays soient comparables. Les données proviennent des services d'état-civil et nécessitent un délai de consolidation de plusieurs semaines. Ce modèle permet notamment de décrire « l'excès » du nombre de décès observés pendant les saisons estivales et hivernales. Ces « excès » sont variables selon les saisons et sont à mettre en regard de ceux calculés les années précédentes.

Qualité des données pour la semaine passée

	Hauts-de-France	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme
SOS : Nombre d'associations incluses	5/5	1/1	3/3	0/0	0/0	1/1
SOS : Taux de codage diagnostique	95,3 %	98,3 %	91,8 %	-	-	99,9 %
SAU – Nombre de SU inclus	51/51	7/7	20/20	7/7	11/11	6/6
SAU – Taux de codage diagnostique	71,0 %	93,9 %	87,9 %	42,1 %	40,0 %	82,9 %



Équipe de rédaction

Santé publique France Hauts-de-France

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

Direction des régions (DiRe)

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

Diffusion Santé publique France

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

Date de publication
 26 novembre 2021

Contact

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

Contact presse

presse@santepubliquefrance.fr

Retrouvez nous sur :
www.santepublicitefrance.fr

Twitter : @sante-prevention