

En collaboration avec :

Agence régionale de santé
(ARS) Hauts-de-France,
Médecins libéraux, SOS
médecins, médecins urgen-
tistes, réanimateurs, labora-
toires de biologie médicale
hospitaliers et de ville, Obser-
vatoire Régional des Ur-
gences—GIP Santé Numé-
rique Hauts-de-France

Edito

Qu'est-ce qui est nouveau dans ce Point pour la région ?

Ces dernières semaines, au fil des différentes phases du déconfinement, l'épidémie est restée sous contrôle dans la région avec un nombre de reproduction qui demeure inférieur à 1 au niveau régional, ce qui veut dire qu'une personne contaminée en contamine, actuellement, moins d'une autre en moyenne. Ce paramètre est important à surveiller dans toute épidémie car il renseigne sur le niveau de maîtrise de la transmission d'un agent infectieux transmissible.

L'ensemble des indicateurs régionaux (en ville comme en établissements sanitaires/médico-sociaux) confirment la stabilisation et la maîtrise actuelle de l'épidémie dans les Hauts-de-France.

Pour autant, il ne faut pas croire que le virus a disparu. Il continue de circuler dans la population comme en attestent les nouveaux cas qui continuent de survenir. Son potentiel de transmission a juste diminué parce la majorité d'entre nous continue d'appliquer les gestes et mesures de prévention. Mais nous devons continuer à tous nous mobiliser pour contenir la transmission parce que ce virus est toujours aussi virulent, comme en attestent les foyers de transmission (clusters) qui continuent de survenir en milieu professionnel, familial ou amical.

Dans certains pays comme en Iran, Turquie, Corée du Sud, Chine, Portugal, Allemagne, Royaume Uni, on assiste à des reprises épidémiques d'ampleur variable depuis la reprise des activités socio-économiques, l'assouplissement des mesures de contrôle et le constat d'un relâchement des gestes barrières, obligeant les autorités à renforcer strictement les mesures.

Nous devons donc rester vigilants et continuer de respecter et d'appliquer les recommandations de protection individuelles et collectives, ce d'autant que la période estivale est assimilée à une période de relâchement qui va aussi donner lieu à des mouvements et brassages importants des populations.

Quelles implications de santé publique pour la région ?

L'ARS Hauts-de-France lance cette semaine avec les Caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM) du territoire et la Mutualité sociale agricole (MSA) une campagne grand public de tests virologiques (tests PCR) et sérologiques du Covid-19, dans deux zones ciblées de la région.

Cette campagne s'organise sur la base du volontariat avec l'envoi de « bons » par mail ou courrier à l'ensemble des assurés de l'Assurance maladie et adhérents à la MSA des territoires concernés. Les porteurs de ces « bons », même s'ils n'ont pas de symptômes, pourront réaliser gratuitement et sans avance de frais ces 2 tests dans le laboratoire de leur choix.

L'opération vise dans un premier temps les territoires de la Vallée de la Lys et de Flandre intérieure dans le Nord, soit un bassin de 300 000 assurés. Ces premières zones géographiques ont été choisies en raison d'une circulation du virus constatée ces dernières semaines globalement supérieure au reste de la région. Le dispositif a vocation être étendu à d'autres territoires par la suite. [Détails de l'opération sur le site internet de l'ARS Hauts-de-France.](#)

Pour en savoir plus

> Les bilans nationaux, régionaux sont disponibles sur santepubliquefrance.fr ainsi que [toutes les ressources et outils d'information pour se protéger et protéger les autres.](#)

Les indicateurs clés

Nombre régional de cas et de reproduction estimés

15 253*
+ 308 cas confirmés depuis le
23/06/2020

R effectif = 0,94 [IC95% : 0,84 - 1,06]

Nombre de reproduction effectif sur 7 jours glissants
(21 au 27 juin) estimé à partir des données SI-DEP

* Cas confirmés de COVID-19 et d'infection à SARS-CoV2 dans les Hauts-de-France au 30/06/2020

Surveillance virologique

| | TP* en % | TI* pour 100 000 personnes |
|-----------------|----------|----------------------------|
| Aisne | 1,2 | 3,8 |
| Nord | 1,7 | 6,8 |
| Oise | 1,4 | 3,4 |
| Pas-de-Calais | 1,1 | 3,7 |
| Somme | 0,4 | 1,4 |
| Hauts-de-France | 1,4 | 4,8 |

* Taux de positivité (TP) et taux d'incidence (TI) sur 7 jours glissants, du 22 au 28 juin

Surveillance en ville

| | Semaine 24 | Semaine 25 | Semaine 26 | Evolution sur 3 semaines |
|---|------------|------------|------------|--------------------------|
| ► Nombre de (télé-)consultations pour Infection respiratoire aiguë (IRA) pour 100 000 habitants (Réseau Sentinelles) | 10 | 19 | 12 | |
| ► Nombre d'actes pour suspicion COVID-19 pour 10 000 actes (SOS Médecins) | 204 | 157 | 143 | |

Surveillance à l'hôpital

| | Semaine 24 | Semaine 25 | Semaine 26 | Evolution sur 3 semaines |
|--|------------|------------|------------|--------------------------|
| ► Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages (Oscour®) | 60 | 47 | 46 | |

Surveillance sentinelle des cas graves en réanimation

| | | |
|---|--|---|
| 517 cas graves de COVID-19 signalés par les services sentinelles de réanimation/soins intensifs | 52 % âgés de 65 ans et plus | 81 % Avec au moins une comorbidité |
|---|--|---|

Surveillance dans les EMS dont les Ehpad

| | |
|---|---------------------------------------|
| 8 152 cas de COVID-19 parmi les résidents signalés jusqu'au 30 juin inclus | dont 710 décès en institutions |
| | dont 529 décès à l'hôpital |

Synthèse des indicateurs

Les recours pour suspicion de COVID-19 en médecine de ville sont stables ou en diminution ces 4 dernières semaines. Les indicateurs témoignent d'une circulation persistante, à un niveau faible, du SARS-COV2 dans la communauté.

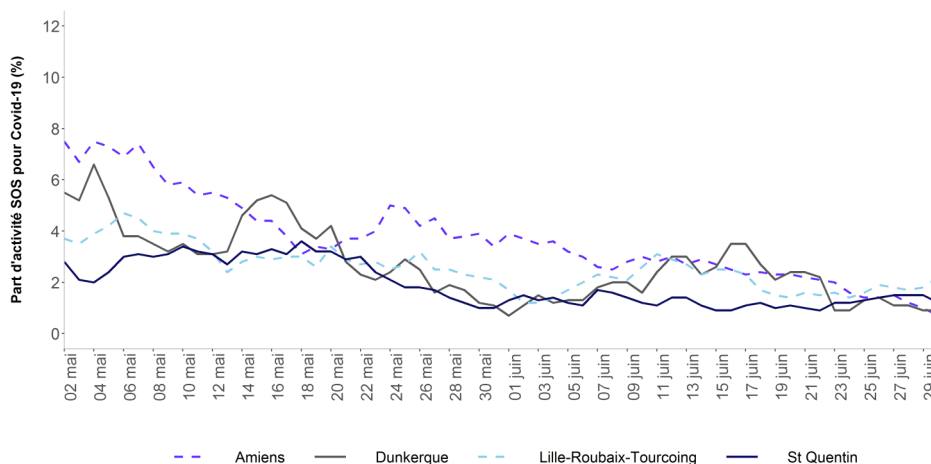
Chez SOS-Médecins, la part d'activité pour COVID-19 est stable en semaine 26 sur les 4 agglomérations, Saint-Quentin (Aisne), Dunkerque (Nord), Amiens (Somme) et la métropole lilloise (Nord) (**Figure 1**).

Le taux pour 100 000 habitants de (télé) consultations pour infection respiratoire aiguë, estimé par le réseau Sentinelles reste faible en semaine 26, estimé à 12 cas/100 000 habitants (**Figure 2**).

Actes/consultations pour suspicion de COVID-19

Figure 1. Part glissante d'activité (en %) pour suspicions de COVID-19 chez les associations SOS médecins des Hauts-de-France, du 2 mai au 29 juin 2020.

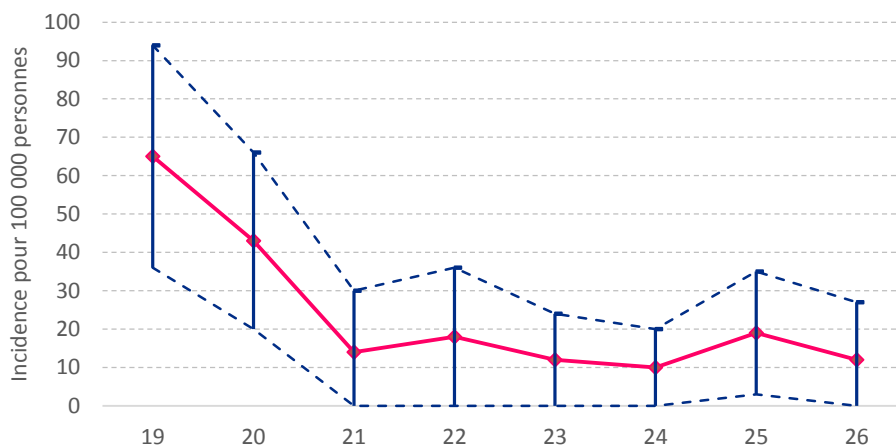
Source : SOS Médecins Dunkerque, Lille-Roubaix – Tourcoing, Saint-Quentin et Amiens (SurSaUD®, Santé publique France).



Surveillance des infections respiratoires aiguës par le réseau Sentinelles

Figure 2. Taux hebdomadaires estimés pour 100 000 habitants de (télé)consultations pour infection respiratoire aiguë, Hauts-de-France, du 22 mars au 28 juin 2020.

Source : Réseau Sentinelles



Surveillance virologique (activité de dépistage, taux de positivité)

Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux de positivité des tests dans le temps par région ou département, ainsi que le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population (taux d'incidence). Les données sont consolidées dans le temps. Ces indicateurs permettent, associés aux autres indicateurs, de suivre la dynamique de l'épidémie.

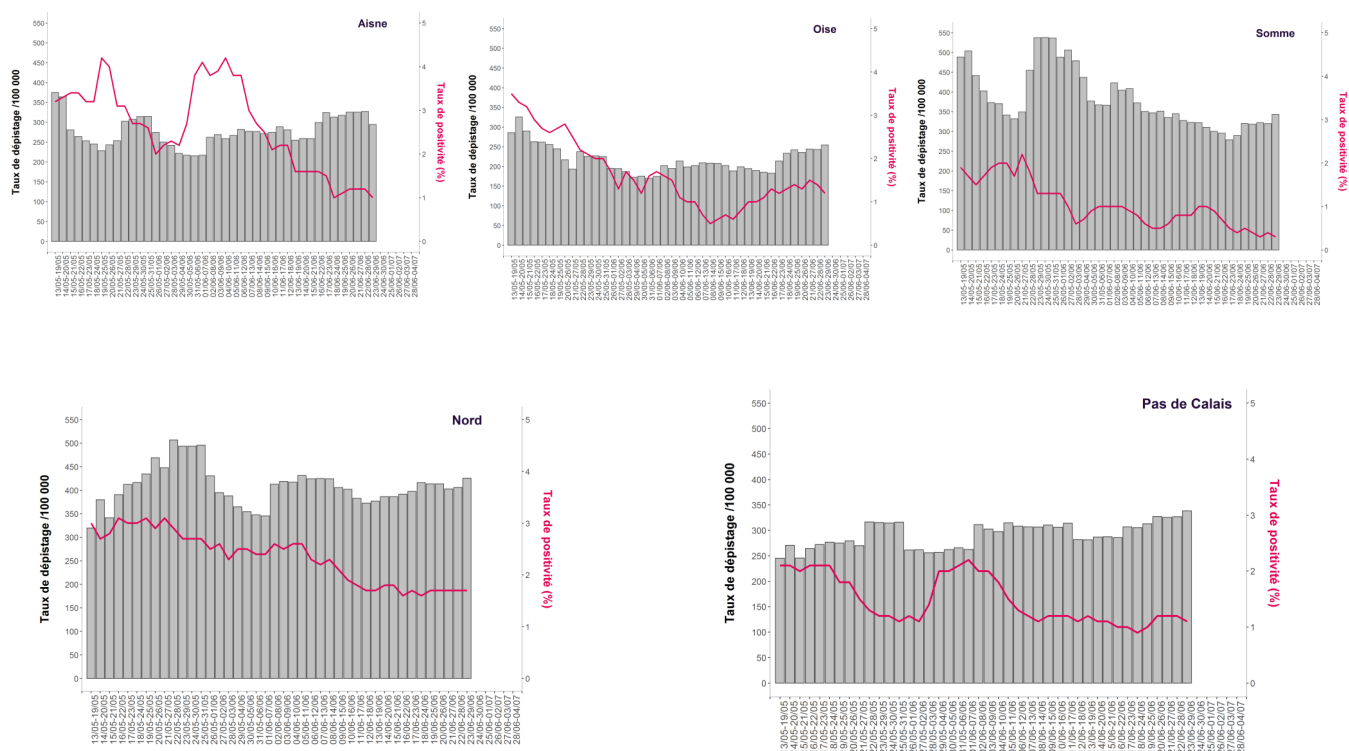
Au début de l'épidémie, la surveillance virologique s'appuyait sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie) et les laboratoires hospitaliers. Désormais, elle s'appuie sur le système **SI-DEP (système d'information de dépistage)**, opérationnel depuis le 13 mai 2020. Ce dispositif automatisé vise un suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers, connectés au même système d'information. Actuellement, les données transmises concernent les tests RT-PCR réalisés. Prochainement, les recherches et résultats sérologiques seront également transmis.

Dans les Hauts-de-France, sur la période du 22 au 28 juin 2020, le taux de positivité régional est de 1,4%, égal au taux national (1,4%). Il est stable par rapport à la semaine précédente. Il varie de 1,7% dans le département de Nord à 0,4% dans la Somme. Il est en diminution dans les départements de l'Aisne (1,2%), la Somme (0,4%), demeure stable dans le Nord (1,7%) et le Pas-de-Calais (1,1%) et est en légère augmentation dans le département de l'Oise (1,4%) (**Figures 3**).

En France métropolitaine, le taux de positivité national estimé continue de diminuer. Sur la période du 21 au 27 juin, il était de 1,4%, inférieur à 5 % dans l'ensemble des départements.

Dans les Hauts-de-France, du 21 au 27 juin 2020, le taux de dépistage (nombre de patients testés pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) est de 347 pour 100 000 habitants similaire au taux national (347/10⁵ h). Il varie de 403/10⁵ h dans le Nord à 244/10⁵ h dans l'Oise. Il est de l'ordre de 325/10⁵ h dans les départements de la Somme, de l'Aisne et du Pas-de-Calais (**Figures 3**).

Figures 3. Taux glissant départementaux sur 7 jours de dépistage et de positivité pour 100 000 habitants, depuis le 19 mai 2020. Source : SI-DEP.



Surveillance virologique (incidence des cas confirmés)

Le nombre de tests positifs remontant via SI-DEP et le taux d'incidence calculé à partir de celui-ci sont influencés par le renforcement des activités de dépistage. Les indicateurs virologiques issus de SI-DEP doivent être interprétés dans chaque territoire en prenant en compte le contexte local, en particulier les clusters et les activités de dépistage.

Dans les **Hauts-de-France**, le taux d'incidence régional estimé au 28 juin est de 4,8 cas confirmés/10⁵ habitants, similaire au taux national (4,9/10⁵ h). Le taux d'incidence le plus élevé est observé dans le département du Nord (6,8 cas/10⁵ h), où plusieurs clusters signalés sont en cours d'investigation et des campagnes de dépistage de grande ampleur engagées.

Il est en diminution dans l'Aisne (3,8/10⁵) et la Somme (1,4/10⁵), stable dans le Nord (6,8 cas/10⁵) et le Pas-de-Calais (3,7/10⁵) et en légèrement augmentation dans l'Oise, (3,4/10⁵) (**Figure 4**).

En France métropolitaine, le taux d'incidence (nombre de nouveaux cas rapportés à la population pour 100 000 habitants) est de **3,1/100 000 habitants**. Il est inférieur à 10/10⁵ dans tous les départements métropolitains (**Figure 5**).

Figure 4. Taux départementaux d'incidence glissante (sur 7 jours) pour 100 000 habitants des cas confirmés de COVID-19 identifiés dans les Hauts-de-France depuis le 19 mai 2020. Source : SI-DEP.

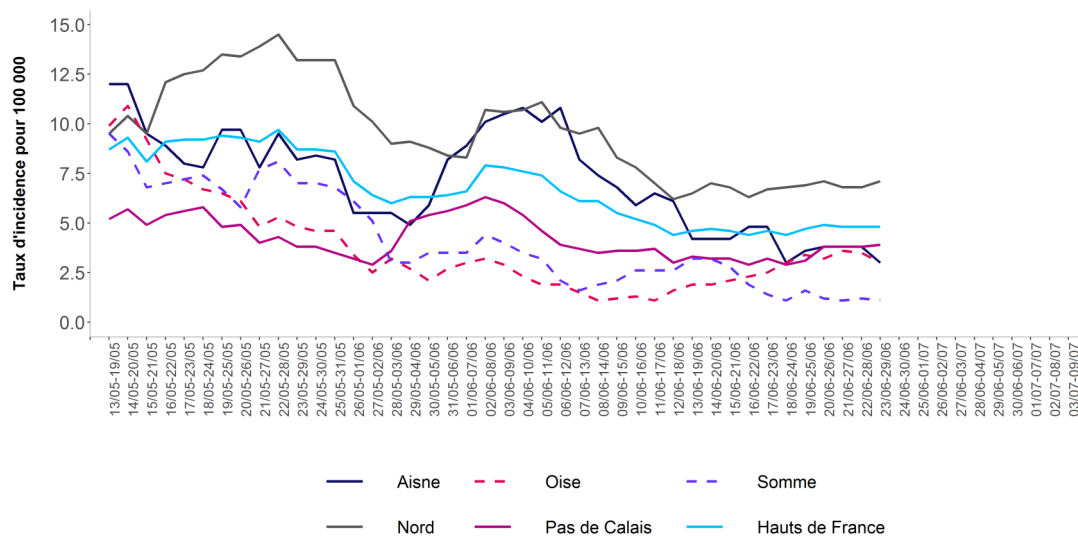
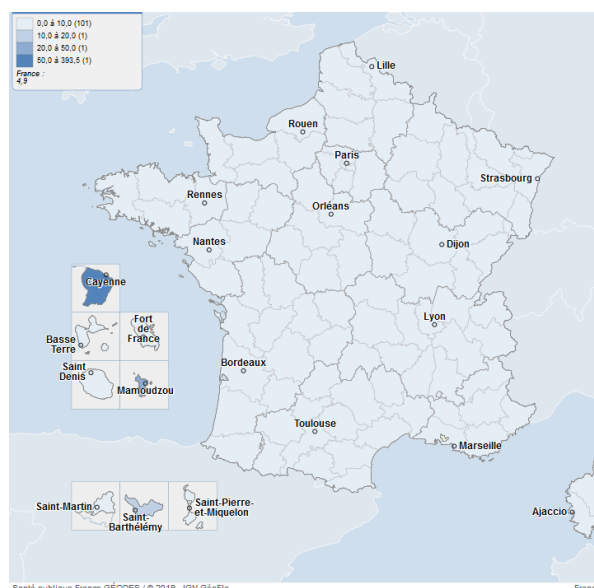


Figure 5. Taux d'incidence départementaux de SARS-CoV-2 pour 100 000 habitants, France, du 21 au 27 juin 2020.

Source : SI-DEP



Surveillance à l'hôpital

Synthèse des indicateurs

La part des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 enregistrés par les hôpitaux participant au réseau OSCOUR® est à un niveau faible dans la région (inférieur à 1%). Elle est en diminution ou stable à un niveau faible dans les 5 départements et varie de 1% dans l'Aisne à moins de 0,1% dans la Somme (**Figure 6**).

La moyenne glissante sur 7 jours des hospitalisations pour COVID-19 est aussi en diminution et à un niveau faible dans les 5 départements (**Figure 7**). Au total, depuis le début de l'épidémie, 9 714 patients ont été hospitalisés pour COVID-19 dans les hôpitaux des Hauts-de-France, dont 8 267 (85%) en hospitalisation conventionnelle et 1 447 (15%) en réanimation/soins intensifs. Au 30 juin 2020, 1 001 patients étaient toujours hospitalisés pour COVID-19 dans les hôpitaux des Hauts-de-France dont 68 en services de réanimation/soins intensifs.

Passages aux urgences et hospitalisations

Figure 6. Part (en %) glissante sur 7 jours des recours aux urgences pour suspicions de COVID-19 dans les Hauts-de-France, au 30 juin 2020. Source : Oscour®.

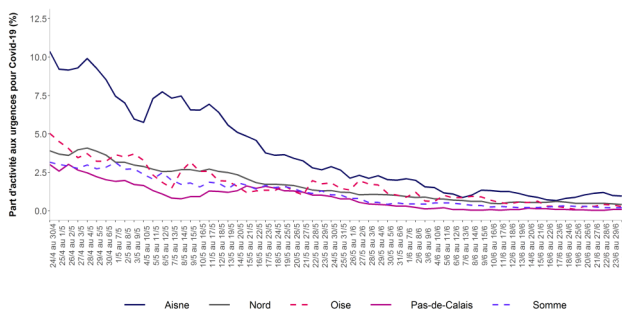
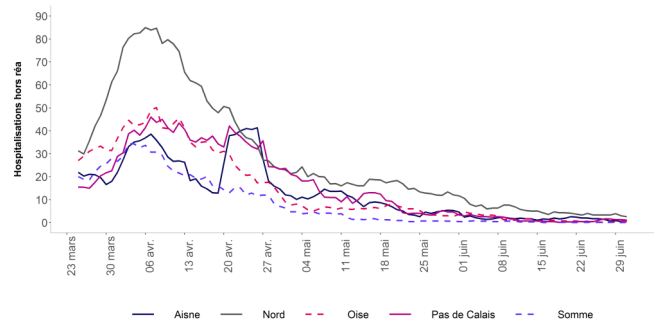


Figure 7. Moyenne glissante sur 7 jours des hospitalisations pour COVID-19 dans les Hauts-de-France, au 30 juin 2020. Source : SI-VIC.



Estimation du nombre de reproduction effectif (R effectif)

Le nombre de reproduction R (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé selon la méthode de Cori [1], avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Une valeur supérieure à 1 est en faveur d'une tendance à l'augmentation du nombre de cas. Le nombre de reproduction estimé à partir de ces données est un indicateur de la dynamique de transmission du virus environ 1 à 2 semaines auparavant (délai entre infection et consultation aux urgences ou hospitalisation). Les valeurs de R ne doivent pas être interprétées de façon isolée, mais doivent être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles.

Dans les Hauts-de-France, le nombre de reproduction effectif, sur 7 jours glissants du 21 au 27 juin 2020 à partir du nombre quotidien de tests PCR positifs, est estimé : **R effectif = 0,94 [IC95% : 0,84-1,06]**, donc inférieur à 1, ce qui signifie qu'actuellement dans la région, une personne infectée en contamine en moyenne moins d'une autre et que, par conséquent l'épidémie est maîtrisée.

Au niveau national, le nombre de reproduction est estimé à **0,90 [IC95% : 0,86-0,94]**.

Aucune région métropolitaine ne présente un R significativement supérieur à 1. Les régions Auvergne-Rhône-Alpes (1,10; IC95% : 0,97-1,25), Bretagne (1,22; IC95% : 0,82-1,69), Normandie (1,01; IC95% : 0,84-1,20) et La Réunion (1,23; IC95% : 0,68-1,95) ont des estimations légèrement supérieures à 1 mais non significativement supérieures (valeur « 1 » comprise dans l'intervalle de confiance).

Le nombre de reproduction estimé en Guyane est toujours élevé (R=1,42 (IC95% : 1,34-1,50), mais en diminution par rapport à la semaine précédente avec R = 2,50).

[1] Cori A, Ferguson NM, Fraser C, Cauchemez S. A new framework and software to estimate time-varying re-production numbers during epidemics. *Am. J. Epidemiol.* 2013; 178, pp. 1505-1512

Signalement à visée d'alerte des clusters (foyers de transmission)

Depuis la levée du confinement, le 11 mai 2020, les ARS en lien avec les Cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent, selon le guide en vigueur, les clusters (foyers de transmission ou épisodes de cas groupés) détectés par le contact-tracing mis en œuvre systématiquement autour des cas confirmés. Le traçage et le dépistage des personnes contacts permettent de contrôler ces foyers. Un cluster est défini par la survenue, sur une période de 7 jours, d'au moins 3 cas confirmés ou probables, qui appartiennent à une même communauté ou ont participé à un même évènement/rassemblement, qu'ils se connaissent ou non. Le système d'information **MONIC** (MONItorage des Clusters) permet de réaliser ce bilan.

Au niveau national, au 1er juillet 2020, un total de **304 clusters** (hors Ehpad et milieu familial restreint) a été rapporté à Santé publique France depuis le 9 mai, dont 284 clusters en France métropolitaine et 20 dans les départements d'outre-mer. Moins d'un tiers (N=91) de ces clusters sont en cours d'investigation (**Figure 8** qui rapporte le statut de la gestion à la date d'analyse). La majorité des clusters rapportés (69 %) concernent plus de 5 cas. Parmi les clusters rapportés depuis le début de la surveillance, 25 % concernent des établissements de santé, 19 % des communautés en situation de précarité et de vulnérabilité (établissements d'hébergement social et d'insertion, et communautés vulnérables) et 17 % des salariés d'entreprises privées et publiques hors établissements de santé. (**Tableau 1**).

Au niveau national, au 1er juillet 2020, 101 clusters en EHAPD ont aussi été inclus depuis le 9 mai dans le système d'information MONIC. [Voir PE national pour plus de détails.](#)

Dans les Hauts-de-France, 32 clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) ont été identifiés entre le 9 mai et le 1er juillet.

Parmi ces 32 clusters, 17 ont été clôturés, 8 sont considérés comme maîtrisés et 7 sont actuellement en cours d'investigation. Parmi les 7 clusters en cours d'investigation/gestion, 4 se situent dans le Nord, 1 dans le Pas-de-Calais et 2 dans l'Oise.

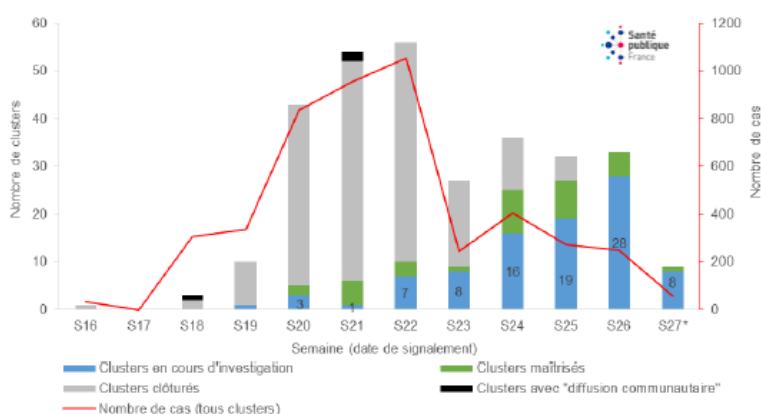
Parmi les 32 clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) rapportés depuis le début de la surveillance : 34% concernent des établissements de santé, 19% des salariés d'entreprises privées et publiques hors établissements de santé et 16% des communautés en situation de précarité et de vulnérabilité (établissements d'hébergement social et d'insertion, et communautés vulnérables).

Depuis le 9 mai, 10 clusters en Ehpad ont été identifiées dans les Hauts-de-France : 3 sont clôturés, 5 sont considérés comme maîtrisés et 2 sont actuellement en cours d'investigation

Tableau 1. Répartition par type de collectivités des clusters, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés en France entre le 9 mai et le 1er juillet 2020 (N=304) - (source MONIC)

| Type de collectivités | n | % |
|--|----|------|
| Établissements de santé (ES) | 75 | 24,7 |
| Entreprises privées et publiques (hors ES) | 51 | 16,8 |
| Établissements sociaux d'hébergement et d'insertion | 43 | 14,1 |
| Milieu familial élargi (plusieurs foyers familiaux) | 37 | 12,2 |
| EMS de personnes handicapées | 16 | 5,3 |
| Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.) | 16 | 5,3 |
| Milieu scolaire et universitaire | 12 | 3,9 |
| Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune) | 9 | 3,0 |
| Évènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes | 7 | 2,3 |
| Etablissements pénitentiaires | 5 | 1,6 |
| Crèches | 4 | 1,3 |
| Transport (avion, bateau, train) | 4 | 1,3 |
| Structure de l'aide sociale à l'enfance | 2 | 0,7 |
| Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe | 0 | 0 |
| Autres | 23 | 7,6 |

Figure 8. Distribution par semaine de signalement des clusters, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés en France entre le 9 mai et le 1er juillet 2020 (N=304) - (source : MONIC).



Surveillance en établissements et services médico-sociaux

Synthèse des indicateurs

Dans la région Hauts-de-France, depuis le 28 mars et jusqu'au 30 juin 2020, 779 épisodes avec un ou plusieurs cas liés au COVID-19 ont été signalés via l'application Voozanoo de Santé publique France disponible sur le portail national des signalements. Il s'agissait de 460 (59%) épisodes survenus en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements) et 319 (41%) survenus dans d'autres établissements médico-sociaux (EMS).

L'ensemble des 779 signalements correspondait à un total de 8 152 cas de COVID-19 (3 701 cas confirmés et 4 451 cas possibles) chez les résidents, parmi lesquels 889 ont été hospitalisés. Parmi ces cas possibles et confirmés, 710 sont décédés dans les établissements et 529 sont décédés à l'hôpital (**Tableau 1**). La date de début des signes du premier cas était comprise entre le 26 février et le 29 juin 2020.

Chez le personnel des établissements et services médico-sociaux de la région Hauts-de-France, 1 852 cas confirmés et 2 262 cas possibles ont été rapportés (**Tableau 2**).

Tableau 2. Nombre de signalements d'épisodes, de cas et de décès COVID-19 chez les résidents et le personnel des EHPA et autres EMS rapportés dans l'application Voozanoo, Hauts-de-France.

Source : Surveillance Voozanoo dans les Ehpad/EMS, données arrêtées au 30 juin 2020

| | | Ehpa ¹ | Autres EMS ^{2,3,4} | Total |
|---------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------------------------|-------|
| Chez les résidents | Signalements ⁵ | 460 | 319 | 779 |
| | Cas confirmés ⁶ | 3387 | 314 | 3701 |
| | Cas possibles ⁷ | 3664 | 787 | 4451 |
| | Nombre total de cas ^{6,7} | 7051 | 1101 | 8152 |
| | Cas hospitalisés ^{6,7} | 811 | 78 | 889 |
| | Décès hôpitaux ⁸ | 497 | 32 | 529 |
| | Décès établissements ⁸ | 702 | 8 | 710 |
| Chez le personnel | Cas confirmés ⁶ | 1548 | 304 | 1852 |
| | Cas possibles ⁷ | 1499 | 763 | 2262 |
| | Nombre total de cas ^{6,7} | 3047 | 1067 | 4114 |

¹Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements-EHPA, résidences autonomie, résidences seniors)

²Hébergement pour personnes handicapée (FAM, IME, autres établissements pour enfants (ITEP, EAAP, IEM, Instituts pour déficient auditifs et visuels), autre établissements pour adultes (foyer de vie, foyer d'hébergement)

³Aide social à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS)

⁴Autres établissements (LAM, LHSS, SCAPA avec hébergement)

⁵Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible.

⁶Cas confirmé COVID-19 : toute personne, symptomatique ou non, avec un prélèvement confirmant l'infection par le SARS-CoV-2 parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EMS/EHPA.

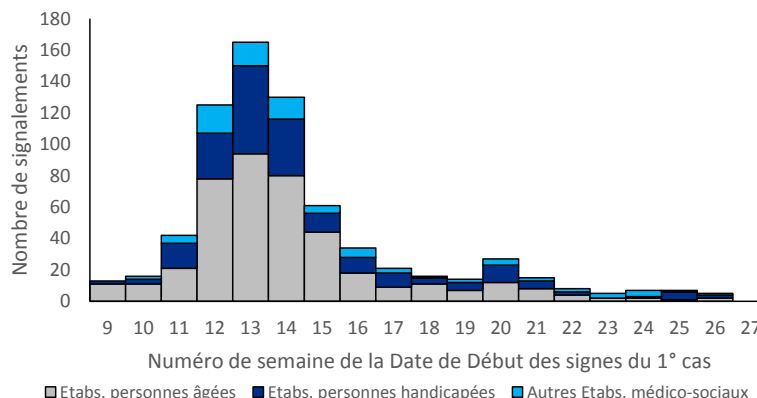
⁷Cas possible COVID-19 : fièvre (ou sensation de fièvre) avec des signes respiratoires (comme la toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression thoracique) OU autre tableau clinique compatible avec le COVID-19 selon le médecin, parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EMS/EHPA.

⁸Cas possibles et confirmés décédés

Surveillance en établissements et services médico-sociaux (suite)

Figure 9. Distribution hebdomadaire des signalements d'épisodes de COVID-19 survenus dans les EMS des Hauts-de-France, signalés dans Voozadoo entre le 28 mars et le 30 juin 2020, en fonction de la date de début des signes du 1° cas et du type d'établissement (n=711).

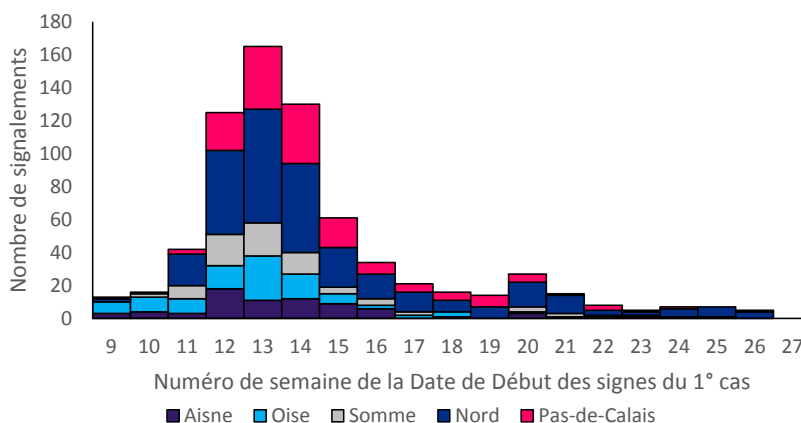
Source : Voozadoo, Santé publique France



Source : Voozadoo COVID-19 EMS - Santé publique France

Figure 10. Distribution hebdomadaire des signalements d'épisodes de COVID-19 survenus dans les EMS des Hauts-de-France, signalés dans Voozadoo entre le 28 mars et le 30 juin 2020, en fonction de la date de début des signes du 1° cas et du département de survenue (n=711).

Source : Voozadoo, Santé publique France



Source : Voozadoo COVID-19 EMS - Santé publique France

Surveillance sentinelle des cas graves de COVID-19 admis en réanimation

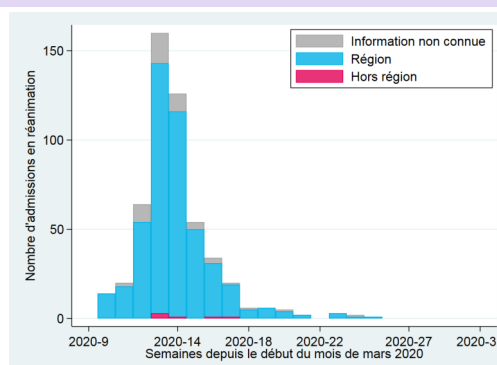
La surveillance sentinelle des cas graves de COVID-19 hospitalisés en réanimation a débuté mi-mars 2020 et s'est terminée le 1er juillet. Elle est animée par les Cellules régionales de Santé publique France et s'appuie sur un réseau de services de réanimation, sentinelles et volontaires. L'objectif de cette surveillance est de décrire les caractéristiques des cas graves de COVID-19 admis en réanimation. Elle n'a pas vocation à recenser de façon exhaustive la totalité des cas graves de COVID-19 admis dans les services de réanimation dans la région.

Le protocole complet de cette surveillance est disponible sur le site internet de [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr).

Entre le 16 mars et le 30 juin 2020, 517 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. Le nombre de nouveaux cas admis en réanimation ces dernières semaines reste très faible (**Figure 11**). La grande majorité des cas signalés (81 %) présente au moins un facteur de risque potentiel de complication de COVID-19 et les 2 principales comorbidités rapportées sont le surpoids/obésité (39 % des cas) et l'hypertension artérielle (31 %).

Figure 11. Courbe épidémique des cas de COVID-19 selon la région de résidence, admis dans les services sentinelles de réanimation par semaine d'admission, Hauts-de-France, signalés entre le 16 mars et le 30 juin 2020.

Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France



Surveillance sentinelle des cas graves de COVID-19 admis en réanimation (suite)

Figure 12. Distribution des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation, selon l'existence de comorbidités et par classe d'âge, Hauts-de-France, signalés entre le 16 mars et le 30 juin 2020.

Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France.

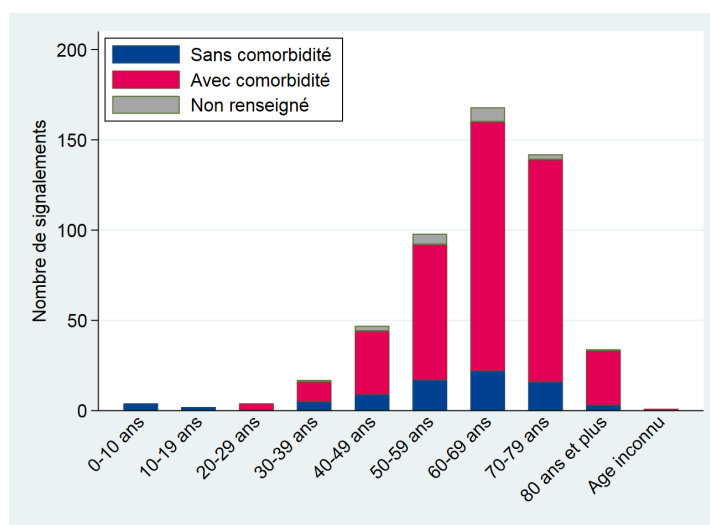


Tableau 3. Description des cas graves de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation, Hauts-de-France, signalés entre le 16 mars et le 30 juin 2020.

Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France.

| | N | % | | N | % |
|--|------------|-----------|--|-----|-------|
| Cas admis en réanimation | | | Co-infections | 32 | 6,2% |
| Nombre de cas signalés | 517 | | Prise en charge ventilatoire sur l'ensemble du séjour en réanimation* | | |
| Évolution | | | Oxygénation (masque/lunette) | 73 | 14,1% |
| Évolution renseignée | 236 | 45,6% | Ventilation non invasive | 44 | 8,5% |
| Transfert hors réa. ou retour à domicile ¹ | 166 | 70,3% | O2 à haut débit | 139 | 26,9% |
| Décès ¹ | 70 | 29,7% | Ventilation invasive | 317 | 61,3% |
| Répartition par sexe | | | Assistance extracorporelle | 20 | 3,9% |
| Hommes | 375 | 72,5% | Facteurs de risques (FDR)* | | |
| Femmes | 142 | 27,5% | Aucun facteur de risque | 78 | 15,1% |
| Sexe-Ratio H/F | 2,6 | | Avec facteur de risque parmi : | 417 | 80,7% |
| Répartition par classe d'âge | | | Diabète de type 1 et 2 | 127 | 24,6% |
| 0-14 ans | 4 | 0,8% | HTA** | 108 | 38,0% |
| 15-44 ans | 40 | 7,7% | Pathologie pulmonaire | 83 | 16,1% |
| 45-64 ans | 204 | 39,5% | Pathologie cardiaque | 113 | 21,9% |
| 65-74 ans | 188 | 36,4% | Pathologie neuro-musculaire | 19 | 3,7% |
| 75 ans et plus | 80 | 15,5% | Pathologie rénale | 34 | 6,6% |
| Région de résidence des patients | | | Immunodéficience | 35 | 6,8% |
| Hauts-de-France | 461 | 89,2% | Pathologie hépatique** | 6 | 1,2% |
| Hors Région | 6 | 1,2% | Surpoids / Obésité (IMC≥25)*** | 206 | 39,8% |
| Inconnue | 50 | 9,7% | - Surpoids (IMC [25 ; 29]) | 51 | 9,9% |
| Délai entre début des signes et admission en réanimation | | | - Obésité (IMC [30 ; 39]) | 81 | 15,7% |
| Délai moyen / médian en jours [min ; max] | 8,2 / 8 | [-2 ; 34] | - Obésité morbide (IMC ≥ 40) | 72 | 13,9% |
| Syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA) sur l'ensemble du séjour en réanimation | 427 | 82,6% | - IMC non renseigné | 2 | 0,4% |
| SDRA mineur | 51 | 9,9% | Grossesse | 2 | 0,4% |
| SDRA modéré | 142 | 27,5% | Prématurité | 0 | 0,0% |
| SDRA majeur | 218 | 42,2% | Autres facteurs de risque | 71 | 13,7% |
| SDRA - niveau non précisé | 16 | 3,1% | NSP / Inconnu | 22 | 4,3% |

¹ Le % est calculé sur les déclarations dont l'évolution est renseignée

* Un cas peut présenter plusieurs FDR et prises en charge ventilatoire

** Analyse restreinte aux cas signalés à partir du 06/04 (recueil non systématique avant le 06/04)

*** Données potentiellement sous-estimées avant le 20/04 (recueil non systématique avant le 20/04).

Surveillance de la mortalité

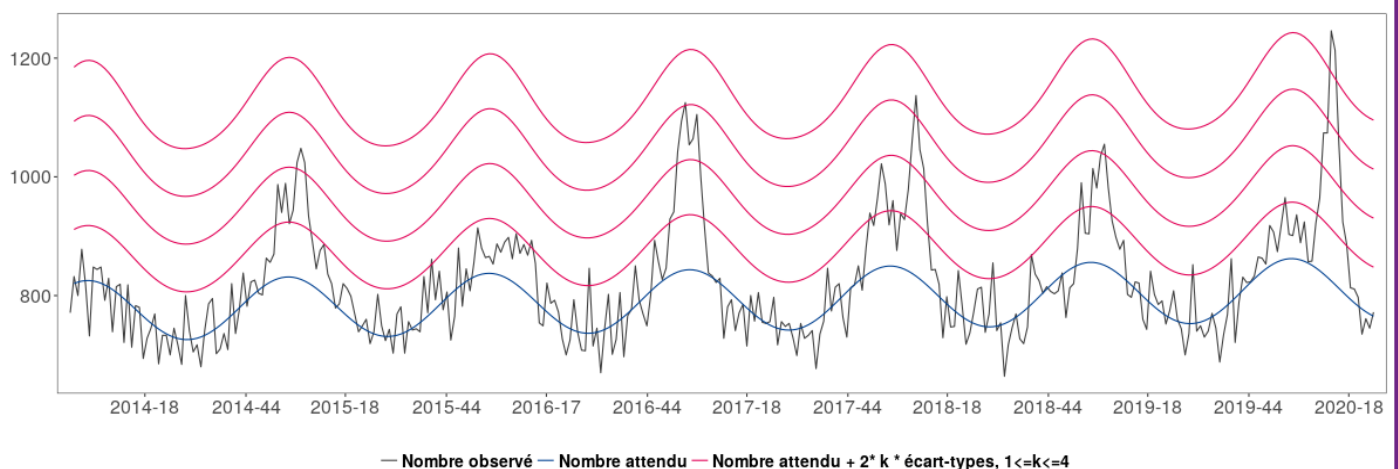
Synthèse des indicateurs

Mortalité spécifique au COVID-19 : Entre le 1^{er} mars et le 29 juin 2020, 2 581 décès de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France pour les Hauts-de-France, dont 1 871 décès chez des patients hospitalisés (SI-VIC) et 710 en établissements (EHPAD et autres établissements médico-sociaux).

Mortalité non spécifique (toutes causes) (source Insee) :

Un pic de mortalité toutes causes a été observée en semaine 14 dans la région soit une semaine après le pic de recours aux soins pour COVID-19 et de circulation virale. La mortalité a amorcé une nette diminution à partir de la semaine 16 et, sous réserve de la consolidation des données, aucun excès significatif n'est constaté depuis la semaine 18 (**Figure 12**).

Figure 12. Evolution de la mortalité hebdomadaire toutes causes, tous âges dans les Hauts-de-France, d'avril 2014 au 22 juin 2020 (semaine 25). **Source** : Insee, services d'état-civil (méthode Euromomo), au 22 juin 2020.



Méthodes

En phase 3, le dispositif de surveillance du COVID-19 en population est assuré à partir de plusieurs sources de données afin de documenter l'évolution de l'épidémie en médecine de ville et à l'hôpital : recours au soin, admissions en réanimation, surveillance virologique et décès. Les objectifs de la surveillance sont de suivre la dynamique de l'épidémie et d'en mesurer l'impact en termes de morbidité et de mortalité. Ci-dessous, une description succincte de chaque surveillance avec sa date de début effectif :

Réseau Sentinelles : nombre de cas d'infections respiratoires aiguës liés au SARS-COV2 en consultation et téléconsultation en médecine générale et en pédiatrie permettant d'estimer le nombre de cas dans la communauté. Cette surveillance clinique est complétée par une surveillance virologique (début le 16 mars).

SurSaUD® (OSCOUR® et SOS Médecins) : les données de recours aux services d'urgences et aux associations SOS Médecins pour une suspicion d'infection à COVID-19 (utilisation de codes spécifiques) (depuis le 24 février).

Laboratoires d'analyses biologiques de ville (3 labo - Biomnis/Cerba) : nombre de tests réalisés et positifs pour diagnostic de SARS-CoV-2 par les laboratoires de ville (depuis le 18 mars).

SI-VIC (Système d'information pour le suivi des victimes) : nombre d'hospitalisations pour COVID-19, patients en réanimation ou soins intensifs ainsi que les décès survenus pendant l'hospitalisation rapportés par les établissements hospitaliers (depuis le 13 mars).

Services de réanimation sentinelles: données non exhaustives à visée de caractérisation en termes d'âge, sévérité, évolution clinique, des cas de COVID-19 admis en réanimation (depuis le 16 mars).

Laboratoires hospitaliers : données concernant les tests diagnostiques (nombre total de tests réalisés et le nombre de tests négatifs et positifs.) transmises par les hôpitaux (depuis le 16 mars).

IRA en collectivités de personnes âgées : nombres d'épisodes de cas groupés d'IRA et de cas groupés confirmés COVID-19 en Ehpad ainsi que le nombre de cas et décès par établissement (depuis le 28 mars).

Données de mortalité (Insee) : Nombre de décès toutes causes par âge avec estimation de l'excès par rapport à l'attendu par âge, département et région (2 à 3 semaines de délai pour consolidation).

Certification électronique des décès (CépiDC) : décès certifiés de façon dématérialisée et permettant de connaître les causes médicales du décès.

Surveillance psycho comportementale : évolution de l'adoption des mesures de protection et évolution de la santé mentale (niveau d'anxiété et de dépression (échelle HAD), niveau de satisfaction de vie actuelle).

Pour en savoir plus sur :

- ▶ **Les méthodes du système de surveillance** : consulter la page [Santé publique France](#)
- ▶ **Nos partenaires et les sources de données** :
[SurSaUD®](#) [OSCOUR®](#) [SOS Médecins](#) [Réseau Sentinelles](#) [SI-VIC](#) [CépiDC](#)

Pour en savoir plus sur l'épidémie de COVID-19

- ▶ **En France** : [Santé publique France](#) et [Ministère des Solidarités et de la Santé](#)
- ▶ **A l'international** : [OMS](#) et [ECDC](#)
- ▶ Un numéro vert **0 800 130 000** (appel gratuit) a été mis en place (7j/7 24h/24). Cette plateforme permet d'obtenir des informations sur le COVID-19 et des conseils.

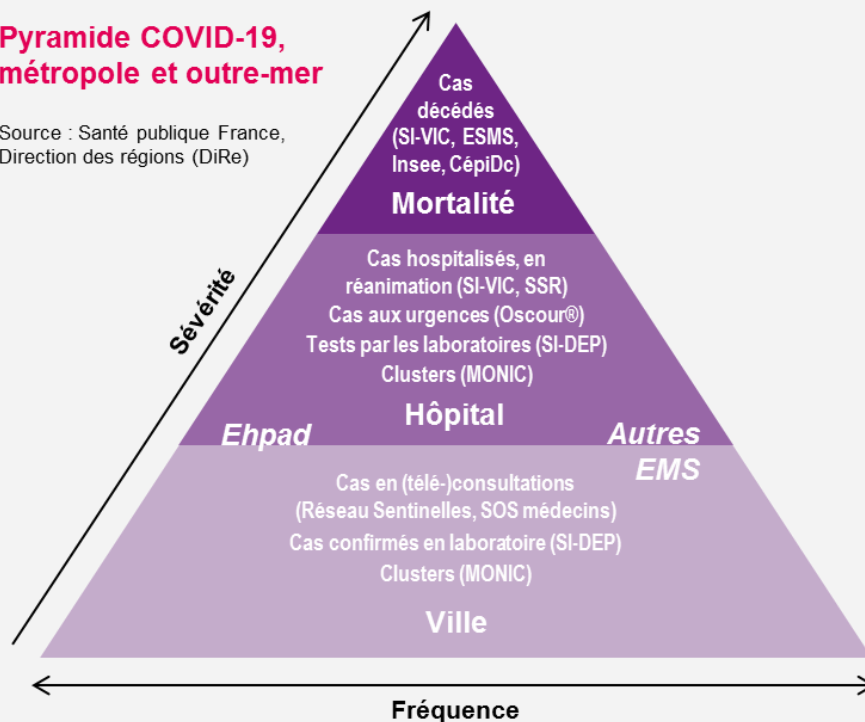
Retrouvez tous les [outils de prévention](#) destinés aux professionnels de santé et au grand public

Mission de Santé publique France

Surveiller, comprendre la dynamique de l'épidémie, anticiper les scénarii, mettre en place des actions pour prévenir et limiter la transmission du virus, mobiliser la réserve sanitaire. Dans les Hauts-de-France, coordonner la surveillance, investiguer, analyser les données, apporter l'expertise à l'ARS pour l'aide à la décision.

Pyramide COVID-19, métropole et outre-mer

Source : Santé publique France, Direction des régions (DiRe)



CépiDc-Inserm : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ; Ehpad : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; EMS : Etablissement médico-social ; ESMS : Etablissement social et médico-social ; Insee : Institut national de la statistique et des études économiques ; MONIC : Système d'information de monitoring des clusters ; Oscour® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences ; SI-DEP : Système d'informations de dépistage ; SI-VIC : Système d'information des victimes ; SSR : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs

Equipe de rédaction

Santé publique France
Hauts-de-France

DEGREDEL Maxime
HAEGHEBAERT Sylvie
JEHANNIN Pascal
LEDUC Ghislain
MAUGARD Charlotte
N'DIAYE Bakhao
PONTIES Valérie
PROUVOST Héléne
VAN BOCKSTAEEL 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)

Contact presse

presse@santepubliquefrance.fr

Diffusion Santé publique France

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

Date de publication

20 mai 2020

Número vert 0 800 130 000

7j/7 24h/24 (appel gratuit)

Sites associés :

- ▶ [SurSaUD@](#)
- ▶ [OSCOUR@](#)
- ▶ [SOS Médecins](#)
- ▶ [Réseau Sentinelles](#)
- ▶ [SI-VIC](#)
- ▶ [CépiDC](#)

GÉODES
GÉO DONNÉES EN SANTÉ PUBLIQUE

ars
Agence Régionale de Santé
Hauts-de-France

**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**
Liberté
Égalité
Fraternité

ecdc
EUROPEAN CENTRE FOR
DISEASE PREVENTION
AND CONTROL

**World Health
Organization**