

Surveillance COVID-19

Évolution des indicateurs

Nouveaux cas en Hauts-de-France : ↘

- Aisne : ↘
- Nord : ↘
- Oise : ↘
- Pas-de-Calais : ↘
- Somme : ↘

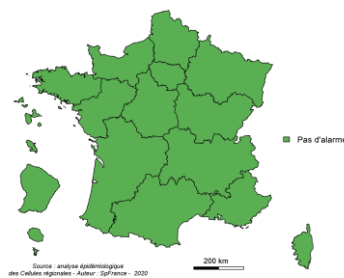
En médecine libérale : ↘

A l'hôpital : ↘

- Services d'urgence : ↘
- Hospitalisation : ↘

Surveillance des épidémies hivernales

Bronchiolite (Moins de 2 ans)



Évolution régionale : ➔

Grippe et syndromes grippaux

Absence d'activité grippale au niveau 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.

Évolution régionale : ➔

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

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

Détails des indicateurs régionaux en pages :

COVID-19.....	2
Bronchiolite.....	5
Grippe.....	6
Gastro-entérite.....	7
Mortalité.....	8
Annexe.....	9

Gastro-Entérites

Évolution régionale : ➔

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

➔ Pour plus d'informations sur les virus hivernaux, voir sur le site internet de [Santé publique France](http://www.santepubliquefrance.fr)

Autres surveillances régionales

Mortalité toutes causes (données Insee)

A l'échelle régionale, un excès significatif de mortalité est observé depuis la semaine S43. A l'échelle infrarégionale, la surmortalité est significative dans les départements du Nord depuis la semaine 43, de l'Aisne et du Pas-de-Calais depuis la semaine 45. L'intensité et l'ampleur de l'excès de mortalité, actuellement observé, seront déterminées par la consolidation des données des prochaines semaines et doivent faire l'objet d'une vigilance renforcée.

➔ Pour plus d'informations, voir le bulletin national accessible [ici](http://www.insee.fr) et les publications régionales dans la rubrique « [L'info en région](#) »

Point d'actualité

Semaine mondiale pour un bon usage des antimicrobiens

Consommation d'antibiotiques et antibiorésistance en France en 2019 <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/consommation-d-antibiotiques-et-antibiorésistance-en-france-en-2019>

Premiers résultats des estimations des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine entre 1989 et 2018 à retrouver via le site de Santé Publique France <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-nouvelles-estimations-pour-la-période-1989-2018-en-france-métropolitaine>

Situation épidémiologique

Dans les Hauts-de-France, l'épidémie est en recul depuis 2 semaines au niveau régional et territorial. L'évolution concordante des indicateurs virologiques témoigne d'une diminution continue et importante, ces 2 dernières semaines, des nouvelles contaminations.

L'amélioration de la situation virologique a été à l'origine, depuis la semaine dernière, d'une diminution perceptible de la pression épidémique sur l'offre de soins avec une diminution des recours aux soins pour suspicion de Covid-19, des nouvelles hospitalisations et admissions en réanimation et du nombre de nouveaux décès. Cependant, même si l'évolution est actuellement favorable, les indicateurs restent à un niveau élevé avec des taux d'incidence toujours supérieurs au seuil d'alerte maximale (250 cas/100 000 habitants) dans 2 des 5 départements, près de 300 nouvelles hospitalisations et 250 nouveaux décès cette semaine.

Les résultats sont néanmoins encourageants et les efforts fournis doivent être confortés.

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 de [Santé publique France GEODES](#), l'observatoire cartographique de Santé publique France.
- Depuis deux semaines, les données d'incidence, de positivité et de dépistage à l'échelle **infra départementale** (grandes métropoles, EPCI, communes et IRIS) ont été mises à la consultation de tous sur le portail [GEODES](#). [Pour en savoir plus](#)

Surveillance virologique

En semaine 46, 17 369 nouveaux cas d'infection à SARS-COV2 ont été confirmés dans la région par RT-PCR. Le taux d'incidence (nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes) était à nouveau en diminution (Figure 1). Les 3 départements de l'ex-Picardie sont repassés sous le seuil d'alerte maximale (taux d'incidence > 250 pour 100 000). Les taux de dépistage et de positivité étaient aussi en diminution. Cette diminution concerne les adultes quelle que soit la tranche d'âge depuis 2 semaines et les moins de 15 ans depuis la semaine 46. Elle est plus marquée dans les tranches d'âges où l'incidence était la plus élevée (jeunes adultes et population active), directement ciblées par les mesures de freinage (interdiction des rassemblements, couvre-feux et confinement,...)

Actuellement, les données transmises et analysées ici concernent les tests RT-PCR réalisés. Les tests antigéniques réalisés hors laboratoires de biologie médicale (TROD) sont saisis depuis le 16 novembre dans SI-DEP et pourront être intégrés prochainement dans cette partie. Dans l'attente de l'exploitation des données sur les tests antigéniques via SI-DEP, l'Assurance maladie transmet à Santé publique France, les cas de COVID-19 confirmés par test antigénique et enregistrés dans ContactCovid. Le cumul des cas confirmés par RT-PCR (SI-DEP) et par test antigénique (ContactCovid) doit être interprété avec prudence. En effet il n'est pas possible à ce stade d'identifier les patients ayant un test RT-PCR positif et un test antigénique positif, du fait de l'impossibilité de croiser les bases SI-DEP et ContactCovid, il n'est pas non plus possible d'évaluer l'exhaustivité de la remontée des tests antigéniques dans la base ContactCovid.

En Hauts de France, la prise en compte conjointe des TA et des RT-PCR (vs. RT-PCR seuls) contribuerait à augmenter, en semaine 46, l'incidence de 7% en comparaison à une analyse avec les RT-PCR seuls (incidence de 312/100 000 vs 292) mais ne modifierait cependant pas la tendance qui reste globalement en diminution entre S45 et S46.

Tableau 1 : Evolution récentes (2 dernières semaines) des taux régional et départementaux d'incidence (TI), taux de positivité (TP) et taux de dépistage (TD)

	Nouveaux cas/100000 personnes			Taux de positivité (%)		Tests/100000 personnes	
	Semaine 45	Semaine 46	Tendance*	Semaine 45	Semaine 46	Semaine 45	Semaine 46
Aisne-02	332 [317-348]	218 [205-230]	↘	16,3	14,5	2042	1502
Nord-59	600 [590-609]	320 [314-327]	↘	20,3	17	2951	1880
Oise-60	442 [428-457]	240 [229-251]	↘	19,9	15,6	2217	1535
Pas-de-Calais-62	537 [525-549]	337 [328-347]	↘	18,3	16,7	2934	2018
Somme-80	295 [281-309]	188 [177-200]	↘	14,3	12,5	2054	1500
Hauts-de-France	508 [503-514]	292 [287-296]	↘	18,9	16,2	2693	1796

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

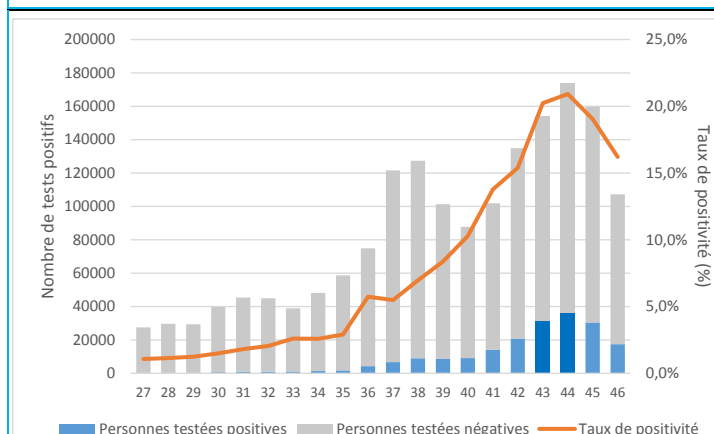


Figure 1 - Évolution hebdomadaire du nombre de tests SARS-Cov2 positifs (axe gauche) et du taux de positivité (axe droit), SI-DEP, Hauts-de-France, du 6 juillet au 15 novembre 2020.

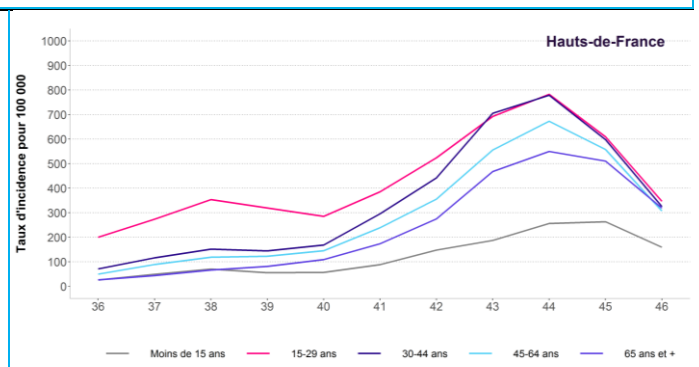


Figure 2 - Évolution hebdomadaire du taux d'incidence de tests positifs à SARS-Cov2 par classe d'âges, SI-DEP, Hauts-de-France, du 31 Août au 15 novembre 2020.

Situation des territoires

A l'échelle infra-départementale, la situation s'améliore globalement avec 30% des EPCI de la région où les taux d'incidence (TI) restaient, supérieurs au seuil d'alerte maximal (250 cas/100 000 habitants) en semaine 46 (9 au 15 novembre) contre 74% en semaine 45 (2 au 8 novembre). Au Nord de la région, l'évolution de la situation épidémiologique doit être suivie de très près dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais où l'activité épidémique demeure très élevée avec environ 70% des EPCI avec des TI supérieurs au seuil d'alerte maximale en semaine 46 contre 97% en semaine 45.

Taux d'incidence (TI) pour 100 000 habitants par EPCI* en Hauts-de-France
Données SIDEP (Santé publique France) ; Fonds de carte (data.gouv.fr) - 2020-11-15

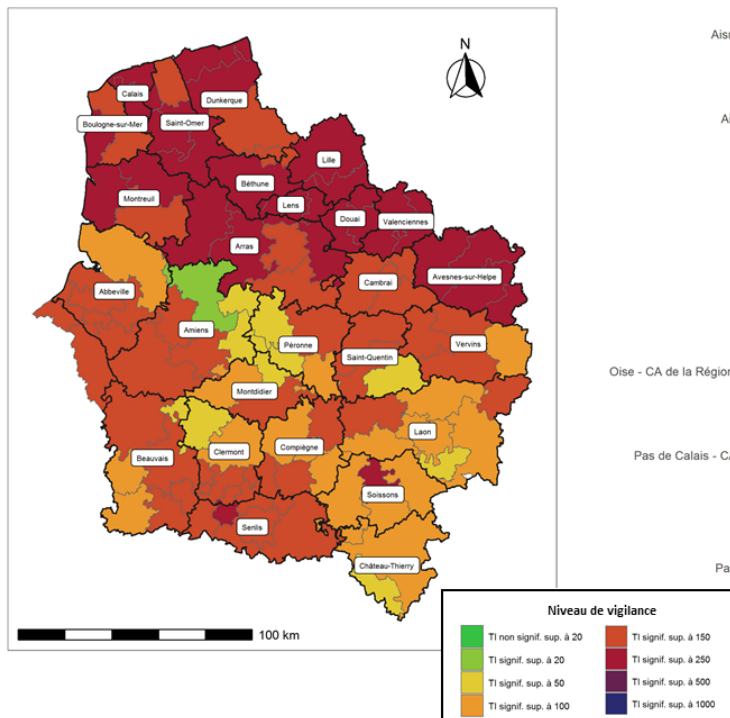


Figure 3 - Taux d'incidence des EPCI estimés en semaine 46, SI-DEP, Hauts-de-France.

Taux d'incidence pour 100 000 habitants par EPCI en Hauts-de-France
Données SIDEP (Santé publique France) - 2020-11-16

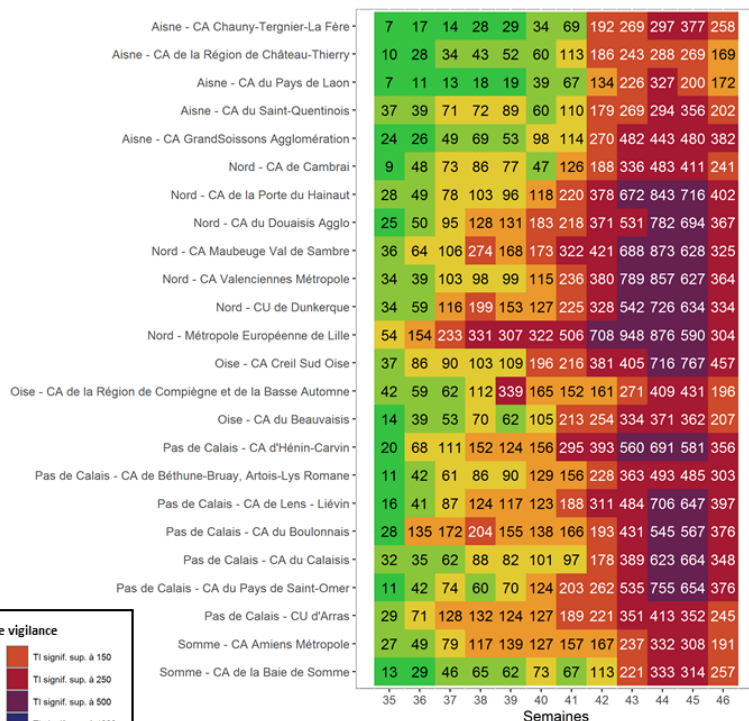


Figure 4 - Evolution des taux d'incidence hebdomadaires des EPCI, sièges des principales agglomérations des Hauts-de-France, 3 août au 15 novembre 2020.

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

En ville, la part moyenne d'activité des SOS médecins pour suspicion de Covid-19 était en diminution sur les secteurs du Nord de l'Aisne et du Pas-de-Calais et stable dans la Somme. Les parts d'activité COVID-19 des 4 secteurs, couverts par les SOS-Médecins, sont du même ordre et proches de 6 %.

Le taux régional de recours pour suspicion de Covid-19 à SOS médecins reste inférieur à celui enregistré fin mars 2020 au pic de la 1ère vague (Figure 5).

En médecine de ville (Réseau sentinelles), le taux de recours pour infection respiratoire ou suspicion de Covid-19, estimé à 35 [5-65] consultations pour 100 000 habitants (Figure 6) était aussi en diminution dans la région pour la troisième semaine consécutive.

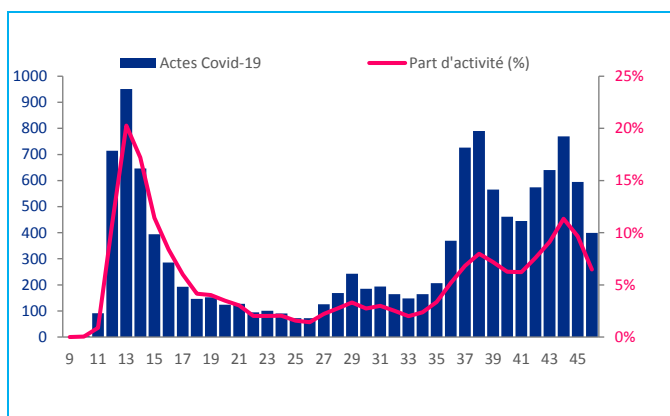


Figure 5 - Evolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe gauche) et proportion d'activité (axe droit) pour suspicion de Covid-19, SOS Médecins, Hauts-de-France, du 24 février au 15 novembre 2020.

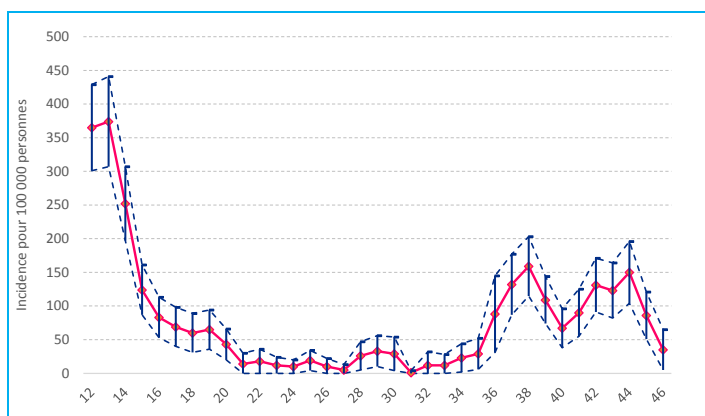


Figure 6 - Evolution hebdomadaire du taux d'incidence des syndromes grippaux, Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, du 16 mars au 15 novembre 2020

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

La part régionale des recours aux urgences pour suspicion de Covid-19 était en diminution en S46, pour la première fois depuis la reprise de l'épidémie. Le taux régional reste élevé mais très inférieur au taux maximal, enregistré fin mars au pic de la première vague de l'épidémie. La part des hospitalisations pour suspicion de Covid-19 représente 11 % des hospitalisations après passage aux urgences, toutes causes. Elle est aussi en diminution et inférieure au niveau atteint lors de la 1^{ère} vague. (Figure 7). Ces niveaux plus faibles des recours et hospitalisations pour suspicion de Covid-19, observés lors de la 2^{ème} vague, sont liés au maintien du niveau habituel des recours aux urgences et hospitalisations de patients pour d'autres motifs, ce qui n'était pas le cas lors de la première vague où une inquiétante diminution des recours aux soins, toutes causes, avait été observée durant plusieurs semaines.

Le nombre de nouvelles hospitalisations pour covid-19 était en diminution en semaine 46. La même tendance est observée pour les admissions en réanimation avec 282 admissions en service de réanimation/soins intensifs déclarées en semaine 46 versus 324 en semaine 45. Le nombre d'admissions en réanimation/SI demeure élevé et comparable à celui observé au cours de la première vague (Figure 8).

Le nombre de décès hospitaliers de patients infectés par le SARS-COV2 était en diminution en S46 mais demeure élevé avec nouveaux 257 décès déclarés par les hôpitaux de la région. Au total depuis le début de la pandémie, 3 010 personnes infectées par le SARS-COV2 sont décédées dans les hôpitaux des Hauts-de France.

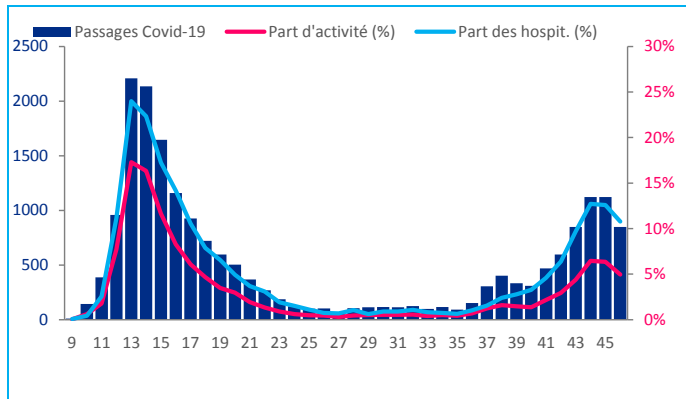


Figure 7 - Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe gauche) et proportion d'activité (axe droit) pour suspicions de Covid-19 dans les services d'urgences, Oscour®, Hauts-de-France, du 29 juin au 15 novembre 2020.

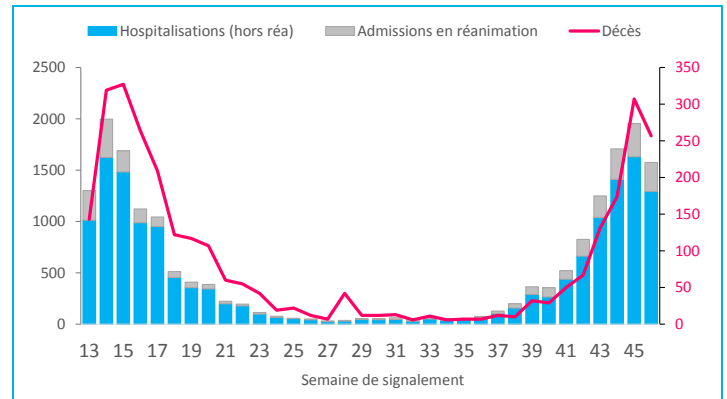


Figure 8 - Évolution hebdomadaire du nombre de décès et d'hospitalisations pour Covid-19 déclarés par les services de réanimation et d'hospitalisation conventionnelle (hors réa), SIVIC, Hauts-de-France, du 29 juin au 15 novembre 2020..

Surveillance « sentinelle » des cas graves de Covid-19 pris en charge en réanimation

[Voir annexe](#)

Impact de l'épidémie dans les Ehpad et autres établissements médico-sociaux (EMS)

En semaine 46, 36 nouveaux épisodes de Covid-19 avec au moins un cas confirmé, touchant des établissements médico-sociaux ont été déclarés dans l'application Voozadoo (Santé publique France). Ce nombre est en diminution par rapport à la semaine précédente mais les données sont provisoires. Parmi les nouveaux épisodes signalés, 14 concernaient des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA).

Depuis le 1^{er} juillet, au total 951 épisodes avec au moins un cas confirmé de Covid-19 ont été signalés, pour un total de 4 887 cas confirmés parmi les résidents et 2812 chez le personnel. Chez les résidents, 400 ont été hospitalisés et 330 sont décédés dont 183 dans les établissements et 147 à l'hôpital.

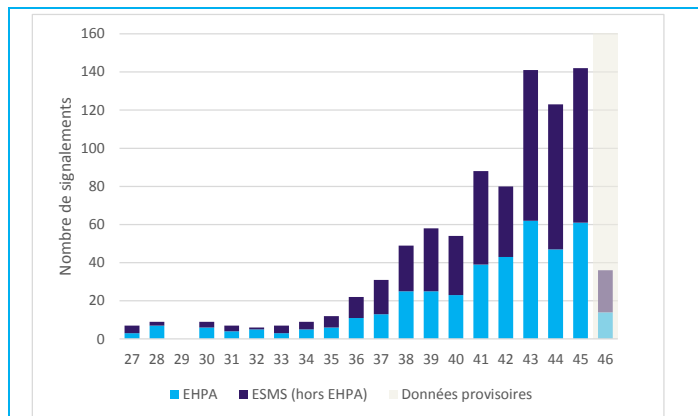


Figure 9 - Évolution hebdomadaire du nombre de signalements d'épisodes (avec au moins un cas confirmé) de cas de COVID-19 chez les résidents ou le personnel des EHPA et autres ESMS, Voozadoo®, Hauts-de-France, du 29 juin au 15 novembre 2020

	EHPAD	EHPA	Autres EMS	ESMS
Signalements d'épisodes	405	77	469	951
Cas confirmés	3491	447	949	4887
Chez les résidents				
Cas hospitalisés	292	69	39	400
Décès hôpitaux	131	12	4	147
Décès établissements	167	15	1	183
Chez le personnel				
Cas confirmés	1949	125	738	2812

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
 EHPA : Autres établissements pour personnes âgées
 EMS : Établissement médico-social
 ESMS : Regroupe les EHPAD, EHPA et EMS.

Tableau 2 - Nombre d'épisodes (avec au moins un cas confirmé), de cas, d'hospitalisation et de décès de COVID-19 signalés chez les résidents ou le personnel des ESMS, Voozadoo®, Hauts-de-France, du 1^{er} juillet au 15 novembre 2020

Clusters

Depuis le début de la surveillance et jusqu'à la semaine 46, 1 262 clusters de niveau 3 ont été signalés à la Cellule régionale Hauts-de-France de Santé publique France par l'ARS via les activités de contact-tracing. Le nombre hebdomadaire de nouveaux clusters était en diminution en semaine 46 (73 signalements) par rapport à la semaine précédente (150 signalements).

Bronchiolite (chez les moins de 2 ans)

Synthèse des données disponibles

En phase non épidémique. L'activité pour bronchiolite, en semaine S46, était en diminution dans les associations SOS Médecins et les services d'urgences, à un niveau modéré pour les deux sources. Les taux de recours pour bronchiolite à SOS médecins et dans les services d'urgences sont nettement inférieurs à ceux observés au cours des saisons précédentes à la même période où l'on observe généralement un début de phase épidémique. Très peu de virus respiratoire syncytial (VRS) ont été isolés chez des patients hospitalisés au CHU d'Amiens, aucun au CHRU de Lille, la circulation des rhinovirus et entérovirus reste faible aussi. L'activité des deux Réseaux Bronchiolite de la région, durant les gardes du 11 novembre et du week-end, était stable et à un niveau modéré, nettement inférieur à celui observé au cours des années précédentes à la même période. Le renforcement et l'adhésion aux mesures barrières actuellement en vigueur dans le cadre de l'épidémie de COVID-19 contribuent aussi à la diminution de la transmission des autres virus respiratoires.

Recours aux soins d'urgence pour bronchiolite en Hauts-de-France, semaine 2020-46

	Consultations	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
SOS Médecins		14	2,97 %	Modérée	En diminution
SU - réseau Oscour®		22	2,43 %	Modérée	En diminution

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) : [cliquez ici](#)
- Surveillance de la bronchiolite : [cliquez ici](#)

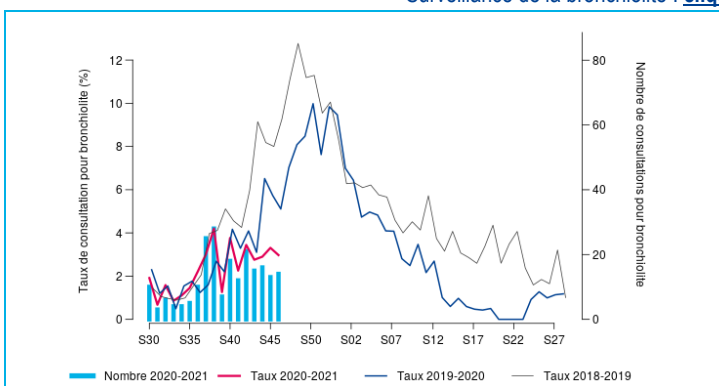


Figure 10 - Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2018-2020.

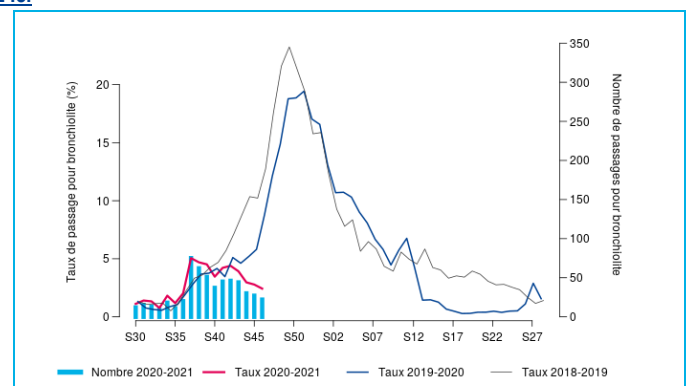


Figure 11 - Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, Oscour®, Hauts-de-France, 2018-2020.

Semaine	Nombre d'hospitalisations ¹	Pourcentage de variation (S-1)	Part des hospitalisations totales ²
2020-45	7	-53,3 %	4,7 %
2020-46 ³	8	+14,3 %	6,2 %

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 3 - Hospitalisations pour bronchiolite chez les moins de 2 ans*, Oscour®, Hauts-de-France.

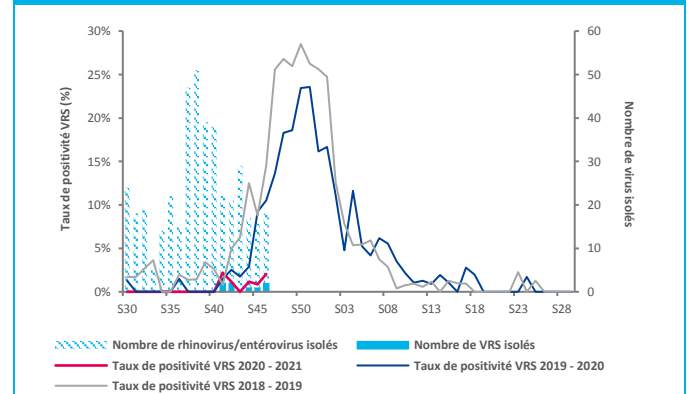


Figure 12 - Évolution hebdomadaire du nombre de VRS (axe droit) et taux de positivité pour le VRS (axe gauche), laboratoires de virologie du CHRU de Lille et du CHU d'Amiens, 2018-2020.

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 :

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

Grippe et syndromes grippaux

Synthèse des données disponibles

Phase non épidémique. Depuis la reprise de la surveillance de la grippe en semaine S-40, les recours pour syndromes grippaux à SOS Médecins et aux urgences sont stables, à un niveau faible et inférieur à celui observé au cours des saisons précédentes à la même période pour les recours à SOS-Médecins. L'incidence des syndromes grippaux estimée par le réseau Sentinelles continuait à diminuer en semaine S46. Depuis la reprise de la surveillance, aucun virus grippal n'a été isolé chez les patients hospitalisés aux CHU d'Amiens et CHRU de Lille. La campagne de vaccination antigrippale est en cours et, étant donné l'absence d'activité grippale actuellement en France métropolitaine et dans la région, il est encore largement temps pour les personnes éligibles à la vaccination de se faire vacciner.

Recours aux soins d'urgence pour syndromes grippaux en Hauts-de-France, semaine 2020-46

Consultations	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
SOS Médecins	19	0,31 %	Faible	En légère diminution
SU - réseau Oscour®	18	0,11 %	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) : [cliquez ici](#)
- Surveillance de la grippe: [cliquez ici](#)

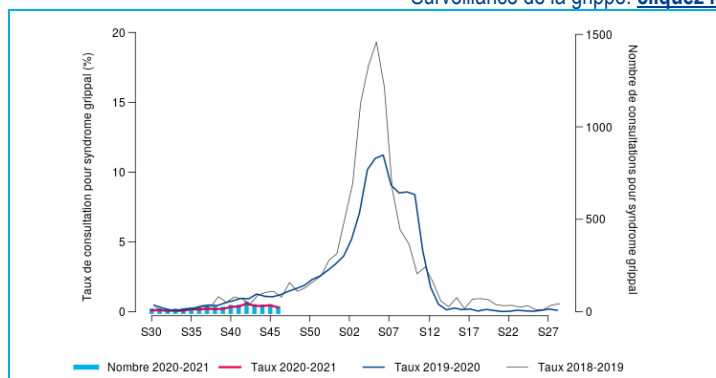


Figure 13 - Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour syndromes grippaux, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2018-2020.

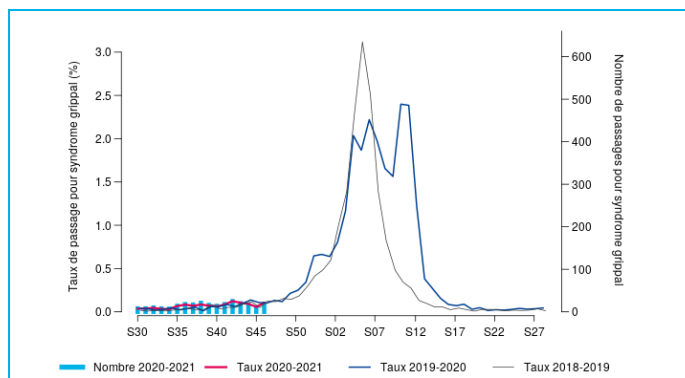


Figure 14 - Évolution hebdomadaire du nombre de passages aux urgences (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour syndromes grippaux, Oscour®, Hauts-de-France, 2018-2020.

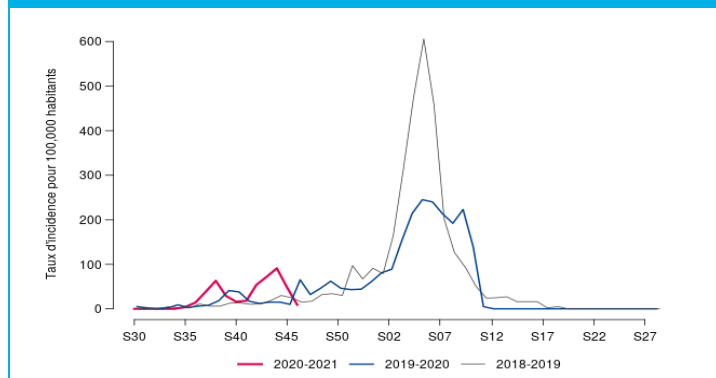


Figure 15 - Évolution hebdomadaire du taux d'incidence des syndromes grippaux, Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, 2018-2020.

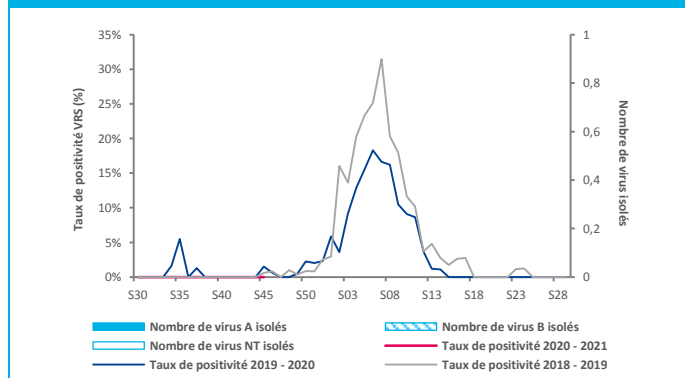


Figure 16 - Évolution hebdomadaire du nombre de virus grippaux isolés (axe droit) et taux de positivité (axe gauche) dans les laboratoires de virologie du CHRU de Lille et du CHU d'Amiens, 2018-2020

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

Activité faible. En semaine S46, l'activité pour GEA était en légère augmentation mais reste à un niveau faible à SOS Médecins et services d'urgences. Comparé aux saisons précédentes, le niveau des recours pour GEA est nettement inférieur, ce qui est peut être mis au crédit du renforcement des mesures barrières dans le cadre de l'épidémie de Covid-19. L'incidence des diarrhées aiguës estimée par le réseau Sentinelles reste à un niveau faible et inférieur aux saisons précédentes. Un seul virus entérique a été isolé chez des patients hospitalisés au CHRU de Lille ou CHU d'Amiens en semaine S46.

Recours aux soins d'urgence pour GEA en Hauts-de-France, semaine 2020-46

Consultations	Tous âges				Moins de 5 ans			
	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme	Nombre ¹	Part d'activité ²	Activité	Tendance à court terme
SOS Médecins	234	3,79 %	Faible	En légère augmentation	47	4,38 %	Faible	Stable
SU - réseau Oscour®	101	0,59 %	Faible	En légère augmentation	37	2,14 %	Faible	Stable

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

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

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

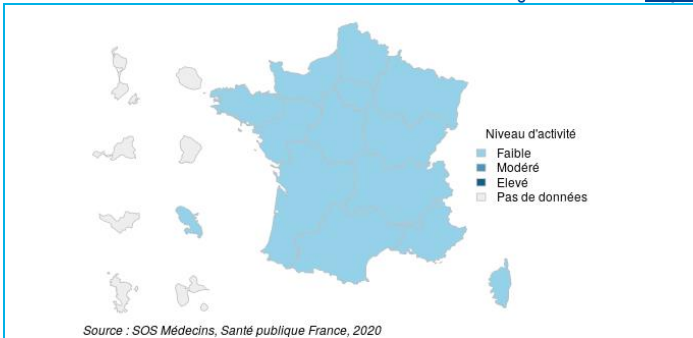


Figure 17 - Niveau d'activité hebdomadaire des SOS Médecins pour GEA selon la région. France entière, semaine 2020-46.

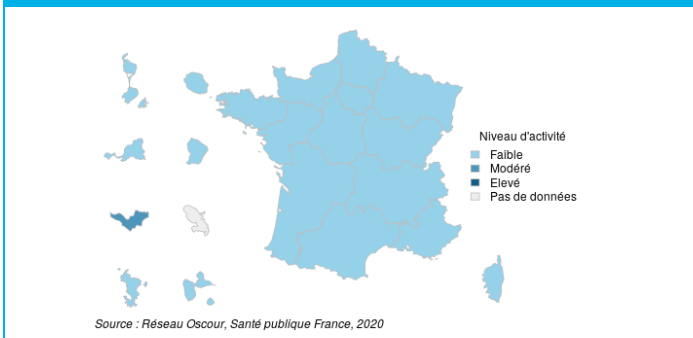


Figure 19 - Niveau d'activité hebdomadaire des services d'urgence pour GEA selon la région, France entière, semaine 2020-46.

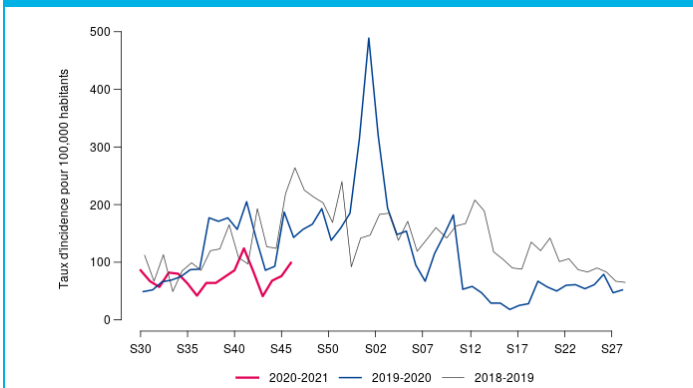


Figure 21 - Évolution hebdomadaire du taux d'incidence des diarrhées aiguës, Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, 2018-2020.

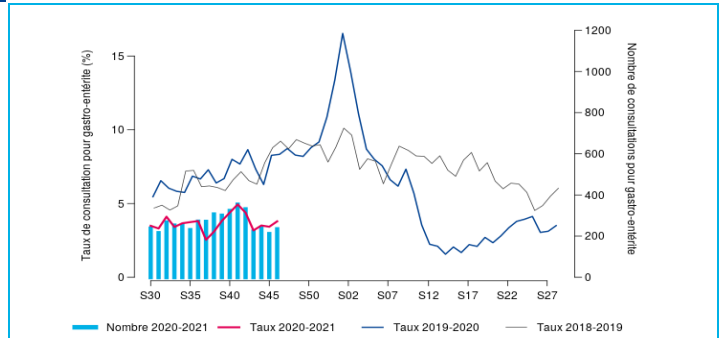


Figure 18 - Évolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2018-2020.

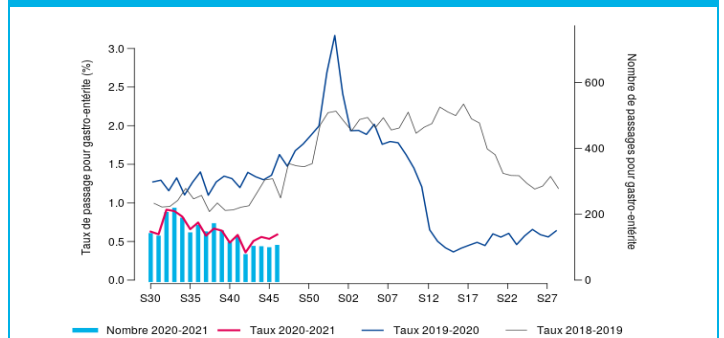


Figure 20 - Évolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, Oscour®, Hauts-de-France, 2018-2020.

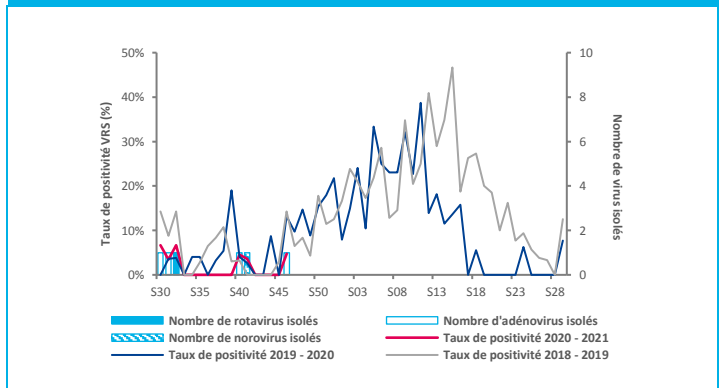


Figure 22 - Évolution hebdomadaire du nombre de virus entériques isolés (axe droit) et proportion de prélèvements positifs (axe gauche), laboratoires de virologie du CHRU de Lille et du CHU d'Amiens, 2018-2020 (données de la dernière semaine non consolidées).

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](#)

Mortalité toutes causes

Mortalité toutes causes

A l'échelle régionale, un excès significatif de mortalité toutes causes, est observé depuis la semaine S43 chez les plus de 65 ans et tous âges.

A l'échelle infrarégionale, cette surmortalité, toutes causes chez les 65 ans et plus et tous âges, concerne très majoritairement et de façon significative le département du Nord, depuis la semaine 43. En semaine S45, l'excès de mortalité, toutes causes chez les plus de 65 ans et tous âges, est considéré comme très élevé dans le département du Nord et modéré dans l'Aine et le Pas-de-Calais. L'intensité et l'ampleur de ces excès de mortalité seront déterminées avec la consolidation des données des prochaines semaines.

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](#)

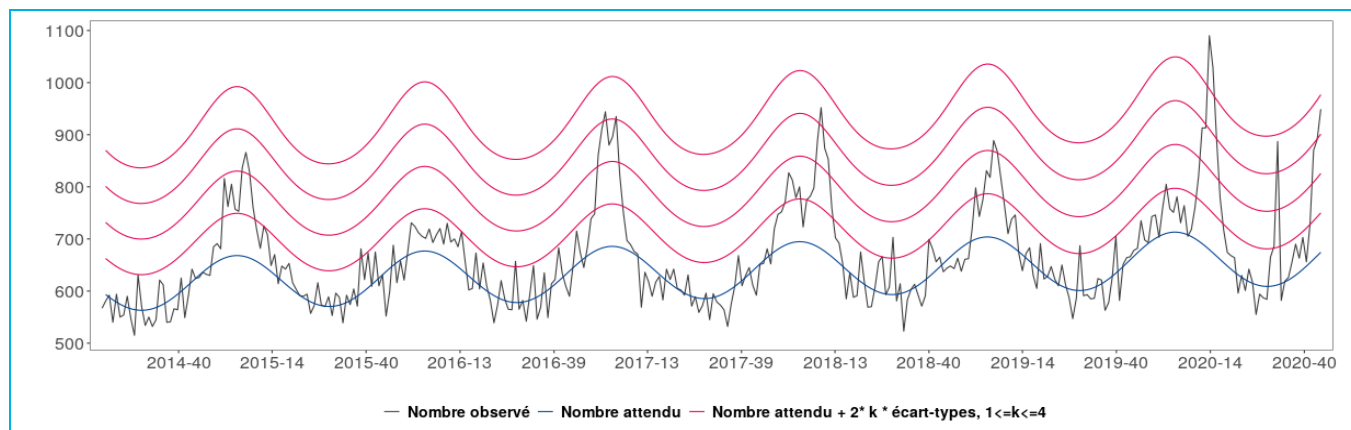


Figure 23 - Nombre hebdomadaire de décès toutes causes chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, Insee, Hauts-de-France, depuis 2014.

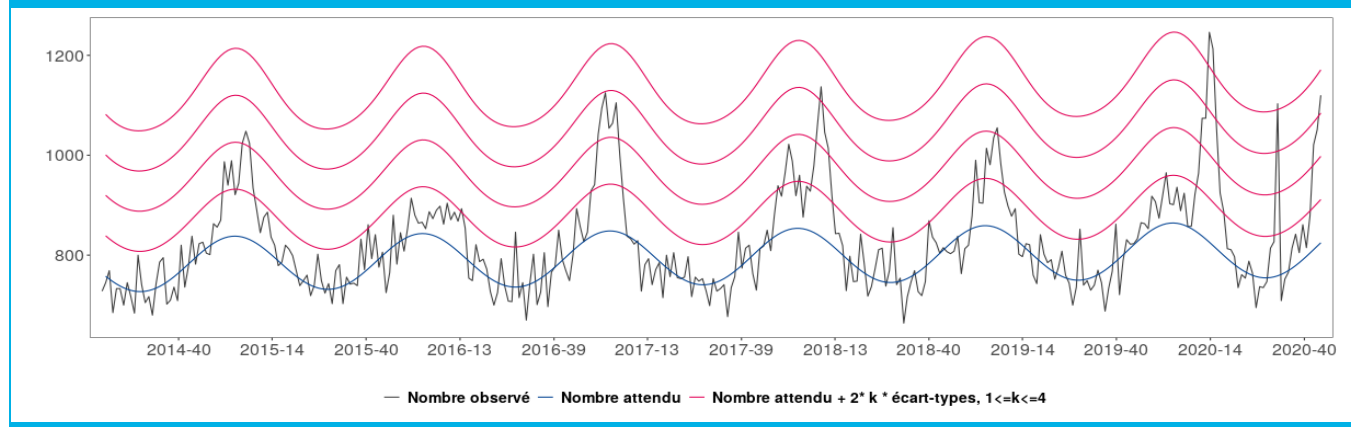


Figure 24 - Nombre hebdomadaire de décès toutes causes, tous âges, Insee, Hauts-de-France, depuis 2014

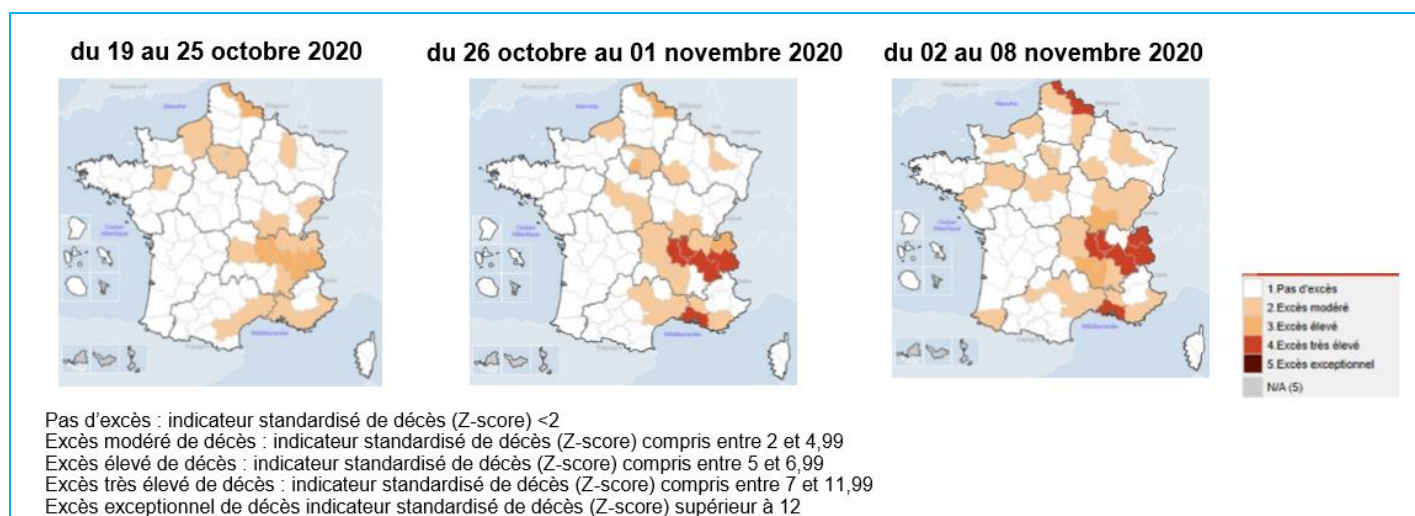


Figure 25 : Niveaux de surmortalité toutes causes et tous âges, par région, France, 19 octobre au 8 novembre 2020. Source : Insee, données des services d'état-civil (méthode Euromomo),

Annexe

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 graves de COVID-19 admis en réanimation dans la région, le décompte de l'ensemble des cas de COVID-19 hospitalisés en réanimation étant réalisé via l'outil SIVIC (Système d'information pour le suivi des victimes). La surveillance avait été interrompue fin juin 2020 compte tenu du faible nombre de nouveaux cas signalés, en accord avec la dynamique de l'épidémie, et a été réactivée dans la région Hauts-de-France dès le 1^{er} août face à la recrudescence de l'épidémie de COVID-19. Depuis le 5 octobre 2020, le dispositif a évolué et permet désormais d'inclure les patients admis en réanimation avec un diagnostic de grippe. Les données présentées ci-après correspondent aux signalements reçus depuis le 1^{er} août 2020.

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.

La **définition des cas** à signaler par les services de réanimation sentinelles est la suivante : patients présentant une confirmation biologique de grippe ou d'infection à SARS-CoV2 nécessitant une prise en charge en réanimation du fait de l'infection ou du fait de ses conséquences (décompensation de pathologie sous-jacente, surinfection bactérienne) – hors cas de syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique lié à SARS-CoV-2 (Paediatric Inflammatory multisystem syndrome – PIMS).

De nombreuses comparaisons sont faites entre les variables observées lors de la « première vague » épidémique versus la « deuxième vague » actuelle. La première vague correspond à la surveillance menée sur la période de mi-mars 2020 à fin juin 2020. La deuxième vague correspond à la période depuis reprise de la surveillance dans la région Hauts-de-France, le 1^{er} août 2020 jusqu'à aujourd'hui.

Une consolidation des données est faite régulièrement grâce à l'outil SIVIC, notamment pour avoir les données d'évolution des patients. L'utilisation des données SIVIC, effective depuis le mois d'octobre 2020, a permis de consolider les données de la première vague épidémique.

Description des cas de COVID-19 admis en réanimation entre le 1er août et le 16 novembre

Depuis le 1^{er} août 2020, et jusqu'au 16 novembre 2020, 527 cas graves de COVID-19 admis dans un service de réanimation participant à la surveillance ont été rapportés dans la région Hauts-de-France. Le nombre de nouveaux cas signalés a fortement augmenté en semaines 43 à 45 mais semble diminuer en semaine 46 (les données de cette dernière semaine doivent encore être consolidées). Le nombre de cas signalés par semaine n'a pas atteint celui de la première vague épidémique (**figure 1**). La diminution observée en semaine 46 demande à être consolidée dans les prochaines semaines, reflétant peut-être un retard au signalement par les services de réanimation fortement sollicités en ce moment. Le nombre de nouveaux décès signalés parmi les patients reste stable, mais cette tendance devra également être confirmée lors des prochaines semaines avec la consolidation des données d'évolution des patients. Aucun cas grave de grippe en réanimation n'a été rapporté jusqu'à présent.

Principales caractéristiques clinico-épidémiologiques

L'âge moyen des cas admis en réanimation lors de la deuxième vague est de 66 ans (médiane 67 ans, minimum 1 mois et maximum 91 ans) et 59 % sont âgés de 65 ans ou plus. Ce pourcentage, stable depuis 2 semaines, est plus faible que celui observé mi-octobre (67 %). L'évolution du nombre de patients par classes d'âge (**Figure 2**) met en évidence un pic des admissions en semaine 45 dans toutes les classes d'âges.

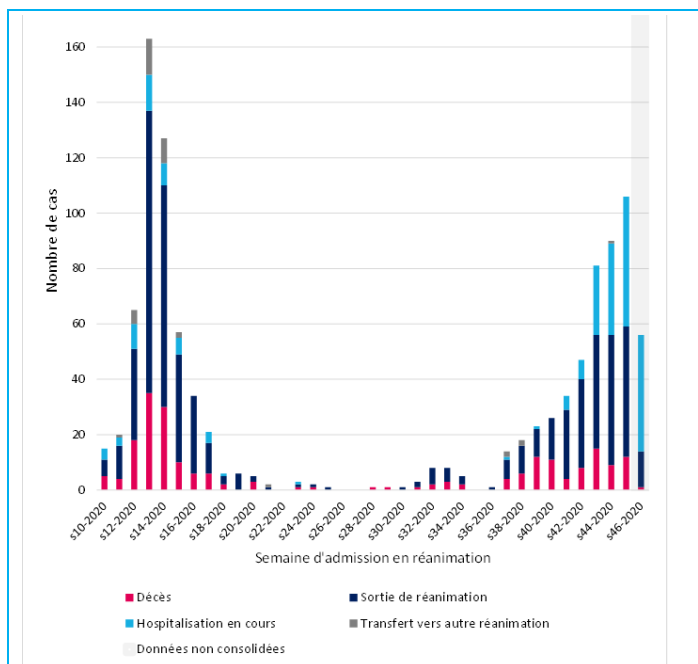


Figure 1 – Courbe épidémique des cas graves de COVID-19 signalés par les services de réanimation sentinelles de la région Hauts-de-France selon la semaine d'admission en réanimation, de mars à novembre 2020

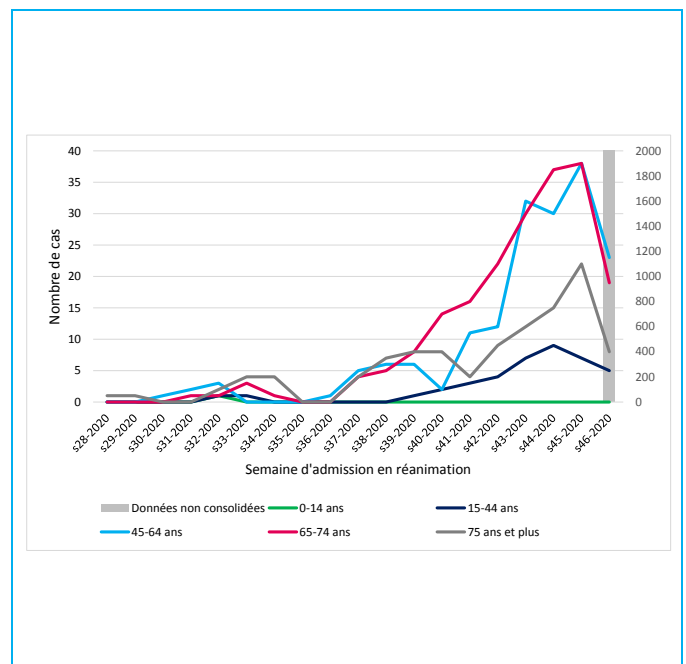


Figure 2 Évolution par classes d'âge des cas graves de COVID-19 (N=522, les cas admis en semaine 47 ne sont pas inclus) signalés par les services de réanimation sentinelles de la région Hauts-de-France, selon la semaine d'admission en réanimation, du 1^{er} août au 15 novembre 2020.

La diminution observée en semaine 46 doit encore être consolidée. La part des 45-64 ans est actuellement de 33 %, inférieure à celle observée au cours de la 1^{er} vague (40 %) et celle des 65-74 ans est de 38 %, du même ordre que celle observée lors de la 1^{ère} vague (36 %) (Tableau 3).

A l'instar de la première vague, la majorité des cas signalés sont des hommes (70 %). Deux cas pédiatrique âgés de moins de 15 ans ont été rapportés au dispositif de surveillance (rétablis à ce jour et sortis de réanimation). Parmi l'ensemble des cas rapportés depuis le 1er août 2020, 11 (2 %) sont des professionnels de santé et 5 d'entre eux (1 %) sont des femmes enceintes (Tableau 3).

	Deuxième vague ¹		Première vague ¹			Deuxième vague ¹		Première vague ¹	
	N	% ²	N	% ²		N	% ²	N	% ²
Cas admis dans les services sentinelles de réanimation					Comorbidités³				
Nombre total de cas signalés					Aucune				
527					58 11,0%				
Évolution					Au moins une comorbidité				
517					453 86,0%				
Hospitalisation en cours ou évolution non renseignée	165	31,3%	39	7,5%	Obésité (IMC ≥ 30) ⁴	222	42,1%	153	29,6%
Transfert vers un autre service de réanimation	5	0,9%	31	6,0%	Hypertension artérielle	267	50,7%	161	31,1%
Sortie de réanimation ou retour à domicile	265	50,3%	326	63,1%	Diabète	198	37,6%	127	24,6%
Décès	92	17,5%	121	23,4%	Pathologie cardiaque	124	23,5%	113	21,9%
Répartition par sexe					Pathologie pulmonaire				
Hommes					119 22,6%				
367 69,6%					374 72,3%				
Femmes					33 6,3%				
159 30,2%					37 7,0%				
Non renseigné					25 4,7%				
1 0,2%					0 0,0%				
Sexe-Ratio H/F					Pathologie neuromusculaire				
2,3					14 2,7%				
Répartition par classe d'âge					Pathologie hépatique				
0-14 ans					11 2,1%				
2 0,4%					89 16,9%				
15-44 ans					70 13,5%				
40 7,6%					16 3,0%				
45-64 ans					Non renseigné				
175 33,2%					22 4,3%				
65-74 ans					201 38,1%				
201 38,1%					188 36,4%				
75 ans et plus					109 20,7%				
109 20,7%					80 15,5%				
Non renseigné					0 0,0%				
0 0,0%					0 0,0%				
Age moyen / médian [min ; max]					Type de ventilation le plus invasif au cours du séjour en réanimation				
65 / 67 [0 ; 91]					63 / 66 [0 ; 90]				
Région de résidence des patients					O2 (lunettes/masque)				
Hauts-de-France					28 5,3%				
477 90,5%					99 18,8%				
Hors Région					114 21,6%				
6 1,1%					98 18,6%				
Inconnue					8 1,5%				
44 8,3%					20 3,9%				
Caractéristiques patients et facteurs de risque					Non renseigné				
Professionnel de santé					180 34,2%				
11 2,1%					36 7,0%				
Vit en établissement médico-social (ex : EHPAD,...) ⁵					119 22,6%				
4 0,8%					143 27,7%				
Grossesse en cours					217 41,2%				
5 0,9%					215 41,6%				
Fumeur actuel ⁵					100 19,0%				
5 0,9%					80 15,5%				
Motif d'admission en réanimation⁵					SDRA⁶ et sévérité maximale atteinte au cours du séjour en réanimation				
Infection respiratoire aiguë virale ou IRA ⁶					Présence d'un SDRA				
274 52,0%					374 71,0%				
Décompensation de pathologie sous-jacente					33 6,3%				
14 2,7%					53 10,3%				
Surinfection bactérienne					119 22,6%				
5 0,9%					143 27,7%				
Autre					217 41,2%				
28 5,3%					215 41,6%				
Non renseignée					100 19,0%				
206 39,1%					80 15,5%				
					53 10,1%				
					10 1,9%				
					Délai entre début des signes et admission en réanimation				
					Délai moyen / médian en jours [min ; max]				
					8 / 8 [0 ; 58]				
					8 / 8 [0 ; 34]				
					Durée moy/méd de séjour en réanimation en jours [min ; max]				
					Ensemble des cas avec évolution renseignée				
					11 / 7 [0 ; 61]				
					19 / 14 [0 ; 129]				
					Cas sortis de réanimation				
					10 / 7 [0 ; 61]				
					21 / 15 [0 ; 129]				
					Cas décédés				
					13 / 12 [0 ; 43]				
					17 / 13 [0 ; 93]				

Tableau 3 – 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 (première vague, données consolidées) puis d'août à novembre 2020 (deuxième vague).

Pour la grande majorité des cas (88 %), au moins une comorbidité est rapportée. Ce pourcentage est supérieur à celui de la première vague qui était de 78 %. Les comorbidités rapportées, non mutuellement exclusives pour un même patient, demeurent, à l'instar de la 1^{ère} vague, l'hypertension artérielle (51 % de l'ensemble des cas), l'obésité définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m² (42 %) et le diabète (38 %), (tableau 3). Parmi les 527 cas signalés dans la région, 35 patients âgés de moins de 65 ans n'avaient pas de comorbidité rapportée (7 %), ce qui demeure un peu plus faible que lors de la 1^{ère} vague (11 %) (les données de la première vague ont été consolidées récemment).

Évolution des caractéristiques du parcours des patients (durées de séjour en réanimation et durée de symptomatologie avant hospitalisation)

Sur les 527 cas de COVID-19 admis dans les services de réanimation sentinelles depuis le 1er août, 92 décès ont été rapportés, soit une létalité de 17,5 %, à ce jour. Bien que les données d'évolution des patients doivent encore être consolidées, la létalité reste en-dessous de celle observée lors de la 1^{ère} vague épidémique (entre mars et juin 2020) qui était de 23 %. Les cas décédés lors de la deuxième vague sont plus âgés que l'ensemble des cas avec une moyenne d'âge de 73 ans (médiane 74 ans, minimum 30 ans, maximum 87 ans) et 77 % étaient des hommes. La grande majorité des cas décédés lors de cette deuxième

vague (90 %) présentait au moins une comorbidité. La durée moyenne de séjour en réanimation avant décès était de 13 jours, plus élevée que pour les cas dont l'état de santé s'est amélioré.

A ce jour, une amélioration de l'état clinique est rapportée chez 265 patients (50,0 %), âgés en moyenne de 62 ans (médiane 65 ans, minimum 1 mois et maximum 89 ans), et sortis de réanimation (transférés dans un autre service ou bien retournés à domicile). Ces patients sont en moyenne plus jeunes que les cas décédés. La durée moyenne d'hospitalisation en réanimation avant amélioration de l'état clinique est de 10 jours.

Soixante-dix-huit pour cent des cas décédés lors de la deuxième vague ont développé un SDRA (syndrome de détresse respiratoire aiguë) nécessitant une prise en charge ventilatoire invasive ou une assistance extracorporelle, versus 68% chez les patients avec amélioration clinique et sortis de réanimation. Au total, 40 % des patients décédés avaient nécessité une prise en charge ventilatoire invasive ou une assistance extracorporelle contre 14 % des patients, avec amélioration clinique et sortis de réanimation.

Pour l'ensemble des cas de la deuxième vague dont l'évolution a été documentée, la durée moyenne du séjour en réanimation est de 10 jours. Le délai moyen entre l'hospitalisation initiale du patient et le transfert en réanimation était de 2 jours. Lorsque la date de début des signes était renseignée, le délai moyen entre le début des signes et l'hospitalisation initiale était de 7 jours et de 8 jours entre le début des signes et l'admission en réanimation.

Durée de séjour en réanimation et gravité des cas en comparaison avec la 1^{ère} vague épidémique

En comparaison avec la 1^{ère} vague épidémique, on observe actuellement une diminution de la durée moyenne de séjour en réanimation pour l'ensemble des cas graves de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation de la région Hauts-de-France : actuellement 11 jours contre 19 jours lors de la première vague. Cette diminution s'observe notamment pour les cas dont l'état de santé s'est amélioré avec, actuellement, une durée moyenne de séjour en réanimation de 10 jours contre 21 jours lors de la première vague. Pour les cas décédés, la durée moyenne de séjour est également inférieure à celle observée lors de la 1^{ère} vague épidémique (17 jours contre 13 actuellement).

Cette évolution des durées de séjour, observée entre la 1^{ère} et la 2^{ème} vague, peut s'expliquer d'une part par le fait que les cas de COVID-19 admis en réanimation actuellement sont « moins graves » que lors de la 1^{ère} vague, et d'autre part par l'amélioration de la prise en charge des patients et des nouveaux protocoles thérapeutiques. La part des patients présentant un SDRA lors de leur séjour en réanimation est actuellement de 71 % contre 83 % lors de la 1^{ère} vague. La part des patients nécessitant une ventilation invasive ou une assistance extracorporelle est actuellement de 20 % contre 62 % lors de la 1^{ère} vague.

Ces nouvelles caractéristiques de la prise en charge des cas de COVID-19 en réanimation observées dans la région Hauts-de-France sont cohérentes avec les récentes observations publiées¹ à l'échelle européenne et reflètent l'évolution des modalités et protocoles thérapeutiques depuis le début de la 1^{ère} vague.

¹ COVID-ICU group, for the REVA network and the COVID-ICU investigators. Clinical Characteristics and Day-90 Outcomes of 4,244 critically ill adults with COVID-19: a prospective cohort study. *Intensive Care Medicine* (2020); DOI: 10.1007/s00134-020-06294-x. Disponible en prépublication sur le site internet de la [Société européenne de réanimation](#), et à paraître dans la revue *Intensive Care Medicine*.

Le point épidémiologique



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) ;
 - Épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës en Ehpad ;
 - Analyses virologiques réalisées au CHRU 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 de 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 sont issus de SI-DEP (système d'information de dépistage) : plateforme sécurisée avec enregistrement systématiquement des résultats des laboratoires de tests pour SARS-COV-2 (depuis le 13 mai) ;
- 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 ;
 - Pour la grippe ou syndrome grippal : codes J09, J10, J11 et leurs dérivés selon la classification CIM-10 de l'Organisation mondiale de la santé ;
 - Pour la bronchiolite : codes J210, J218 et J219, chez les enfants de moins de 2 ans ;
 - Pour les 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'épisode d'infections respiratoires aiguës (IRA) dans les établissements sociaux et médico-sociaux (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.
- Les recours à SOS Médecins sont suivis pour les définitions de cas suivantes :
 - Pour la grippe ou syndrome grippal : fièvre supérieure à 38,5°C d'apparition brutale, accompagnée de myalgies et de signes respiratoires ;
 - Pour la 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 ;
 - Pour les 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 :
 - Infections respiratoires aiguës (IRA), dont la définition est « apparition brutale de fièvre (ou sensation de fièvre) et de signes respiratoires ». Cet indicateur permet de suivre la dynamique de l'épidémie de COVID-19 en France métropolitaine, ainsi que celle des épidémies de grippe ;
 - Pour les 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.

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	94,2%	98,3%	90,7%	-	-	97,7%
SAU – Nombre de SU inclus	50/51	7/7	20/21	7/7	11/11	6/6
SAU – Taux de codage diagnostique	68,0%	83,2%	87,5%	27,4%	39,9%	78,2%

Equipe de rédaction

Santé publique France Hauts-de-France

HAEGHEBAERT Sylvie
HANON Jean-Baptiste
JEHANNIN Pascal
JUNKER Tatiana
MAUGARD Charlotte
N'DIAYE Bakhao
PONTIES Valérie
PROUVOST Héliène
RIDCHARSONS Ingrid
SHAIYKOVA Arno
VANBOCKSTAEL 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
20 novembre 2020

Contact

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

Contact presse

presse@santepubliquefrance.fr

Retrouvez nous sur :
santepubliquefrance.fr
Twitter : @sante-prevention