

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 déjà connu de la situation dans la région ?

La région a détecté ses premiers cas de transmission autochtone dans le département de l'Oise il y a trois mois. Le pic du nombre de cas a été enregistré fin mars suivi d'une décroissance continue, dans la région et au niveau national, après la mise en place du confinement. La pression maximale de la pandémie sur l'offre de soin a été enregistrée fin mars-début avril dans la région, suivie d'un retour lent et continu à la normale. Depuis début mai (semaine 19), l'évolution des indicateurs de surveillance montre une stabilisation de l'épidémie à un niveau faible mais avec une circulation persistante du virus dans la communauté.

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

Nous entrons dans une nouvelle phase de la surveillance et de la gestion de l'épidémie dont les 3 piliers sont la surveillance et l'identification rapide des situations à risque de reprise épidémique, le diagnostic et la prise en charge précoces des nouveaux cas et des situations à risque et la montée en charge et le déploiement des capacités diagnostiques (tests et sérologies).

L'évolution des modalités de la surveillance fait l'objet de 2 nouveaux chapitres dans le bulletin de cette semaine.

Le premier (pages 5-6) concerne la surveillance virologique *via* le système d'information SI-DEP (système d'information de dépistage), auquel la plupart des laboratoires hospitaliers et de ville sont maintenant connectés. C'est dorénavant à partir de SI-DEP que sera effectué le suivi de la capacité diagnostique, du taux de positivité des tests et de l'incidence des nouveaux cas.

L'autre (pages 7-8) présente les premiers résultats de la surveillance des foyers de transmission ou épisodes de cas groupés (« clusters »), hors Ehpad et établissements médico-sociaux, qui peuvent constituer des situations à risque de dissémination communautaire du virus et de reprise de l'épidémie. Ces clusters sont identifiés par le contact-tracing autour des cas confirmés. Ils font l'objet d'une évaluation de leur niveau de criticité, variable selon les circonstances et la taille du foyer. Leur détection et la précocité des mesures de contrôle mises en place (dépistage et isolements des personnes contact) doivent permettre d'en contrôler l'évolution.

Quelles implications de santé publique pour la région ?

Après deux semaines de déconfinement, l'ensemble des indicateurs (en ville comme en établissements sanitaires/médico-sociaux) confirment la stabilisation de l'épidémie à un niveau faible, sans reprise actuellement perceptible dans la région.

Avec la reprise progressive des activités personnelles et professionnelles et des déplacements, le respect des gestes et mesures barrières demeure essentiel, tant au niveau individuel que collectif.

Santé publique France reste mobilisé pour la population, aux côtés des ARS et des acteurs locaux (professionnels de santé, établissements de santé, Assurance Maladie, administrations, collectivités et associations) pour fournir aux autorités régionales compétentes et au Ministère chargé de la santé les informations utiles au pilotage et à la maîtrise de l'épidémie.

Dans cet objectif, la coopération et la collaboration de tous sont essentielles, et nous vous en remercions à nouveau.

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

Surveillance en ville

Surveillance en ville	Semaine 19	Semaine 20	Semaine 21	Evolution sur 3 semaines
► Nombre de (télé-)consultations pour Infection respiratoire aiguë (IRA) pour 100 000 habitants (Réseau Sentinelles)	65	45	13	
► Nombre d'actes pour suspicion COVID-19 pour 10 000 actes (SOS Médecins)	403	349	304	

Surveillance dans les EMS dont les Ehpad

7 779 cas de COVID-19 parmi les résidents signalés jusqu'au 27 mai inclus

dont **675** décès en institutions

dont **510** décès à l'hôpital

Surveillance à l'hôpital

Surveillance à l'hôpital	Semaine 19	Semaine 20	Semaine 21	Evolution sur 3 semaines
► Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages (Oscour®)	347	296	193	

Surveillance des cas graves

499 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 de la mortalité

- Depuis mi mars, un excès de mortalité toutes causes a été observé au niveau régional avec un pic, fin mars-début avril. Ces 4 dernières semaines, aucun excès n'a été observé dans les 5 départements de la région.

Synthèse des indicateurs

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

Chez SOS-Médecins, la part d'activité pour COVID-19 était en légère diminution à 3 % en semaine 21 (**Figure 1**). Depuis le début de l'épidémie, 60 % des recours pour COVID-19 concernent des personnes âgées de 15 à 44 ans (**Figure 2**). En revanche, seuls 10 % des recours concernent des patients âgés de moins 15 ans alors que cette classe d'âge représente habituellement plus d'1/3 des recours à SOS Médecins.

Le taux pour 100 000 habitants de (télé) consultations pour infection respiratoire aiguë, estimé par le réseau Sentinelles, est très faible en semaine 21 (estimation 13 cas/100 000) (**Figure 2**).

Actes/consultations pour suspicion de COVID-19

Figure 1. Nombre hebdomadaire d'actes SOS Médecins et part d'activité (en %) pour suspicions de COVID-19, Hauts-de-France, du 25 février au 24 mai 2020.

Source : SOS Médecins (dispositif SurSaUD, Santé publique France).

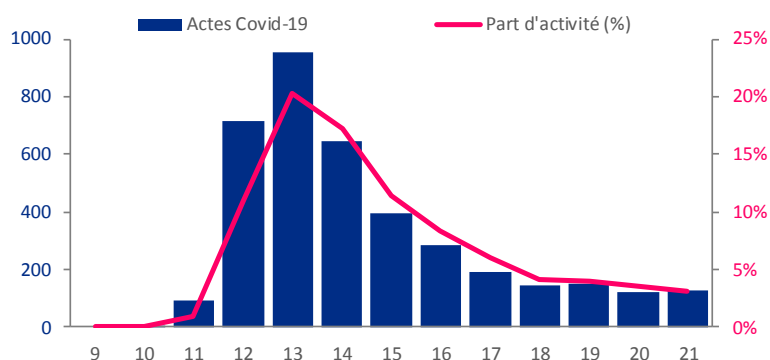
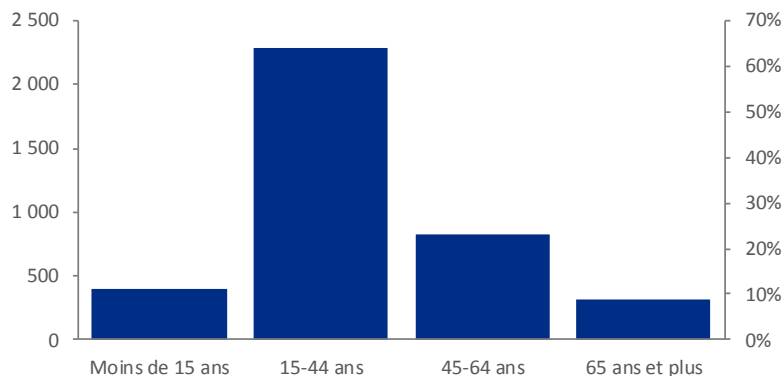


Figure 2. Distribution des actes SOS Médecins pour suspicion de Covid-19 par classes d'âge, Hauts-de-France, du 25 février au 24 mai 2020

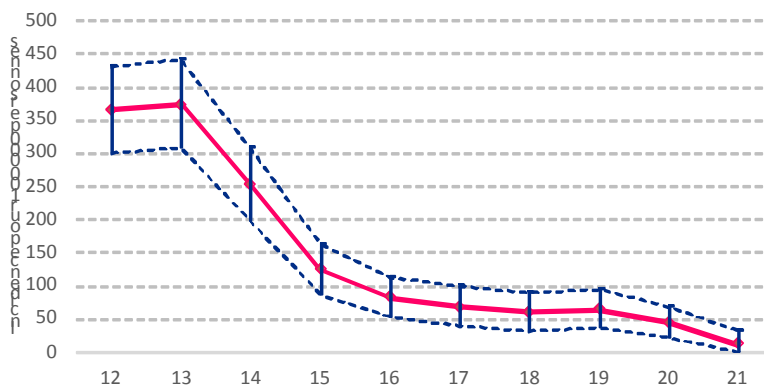
Source : SOS Médecins (dispositif SurSaUD, Santé publique France)



Surveillance des infections respiratoires aiguës par le réseau Sentinelles

Figure 3. Taux hebdomadaires estimés pour 100 000 habitants de (télé)consultations pour infection respiratoire aiguë, Hauts-de-France, du 16 mars au 24 mai 2020.

Source : Réseau Sentinelles



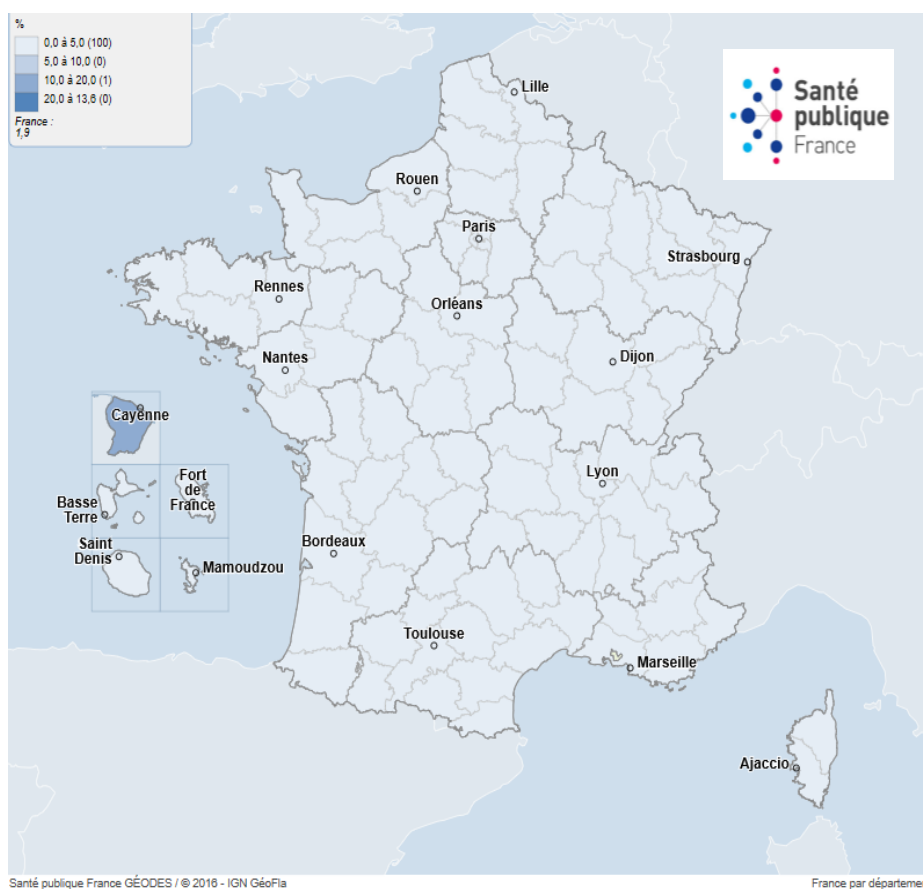
Surveillance virologique

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). Des données sont consolidées dans le temps. Ces indicateurs permettent, associés aux autres indicateurs, de suivre la dynamique de l'épidémie.

Jusqu'à ces dernières semaines, 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 par les laboratoires hospitaliers. Désormais, elle s'appuie sur le système **SI-DEP (système d'information de dépistage)**, opérationnel depuis le 13 mai 2020 et dont la montée en charge a été progressive. Ce nouveau système de surveillance vise au suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers. Actuellement, les données transmises concernent les tests RT-PCR réalisés. Prochainement, les données des sérologies seront également transmises.

Au 27 mai 2020 11h, la quasi-totalité des laboratoires (4 700 sites de prélèvements) a transmis des données. Des contrôles sont effectués afin d'améliorer la qualité et la complétude de ces données et de nouveaux laboratoires continuent à être intégrés dans le système. Au cours de la semaine 21 (18 au 24 mai 2020), 216 891 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, et pour 4 119 patients, les tests se sont avérés positifs. **Le taux de positivité national hebdomadaire était de 1,9 %** (calculé sur les tests valides). Ce taux est comparable aux taux de positivité des semaines 19 et 20 (3 % et 2 %) issus des données du réseau 3 labo.

En France métropolitaine et dans les Hauts-de-France, le taux de positivité était inférieur à 5 % dans l'ensemble des départements (Figure 4).



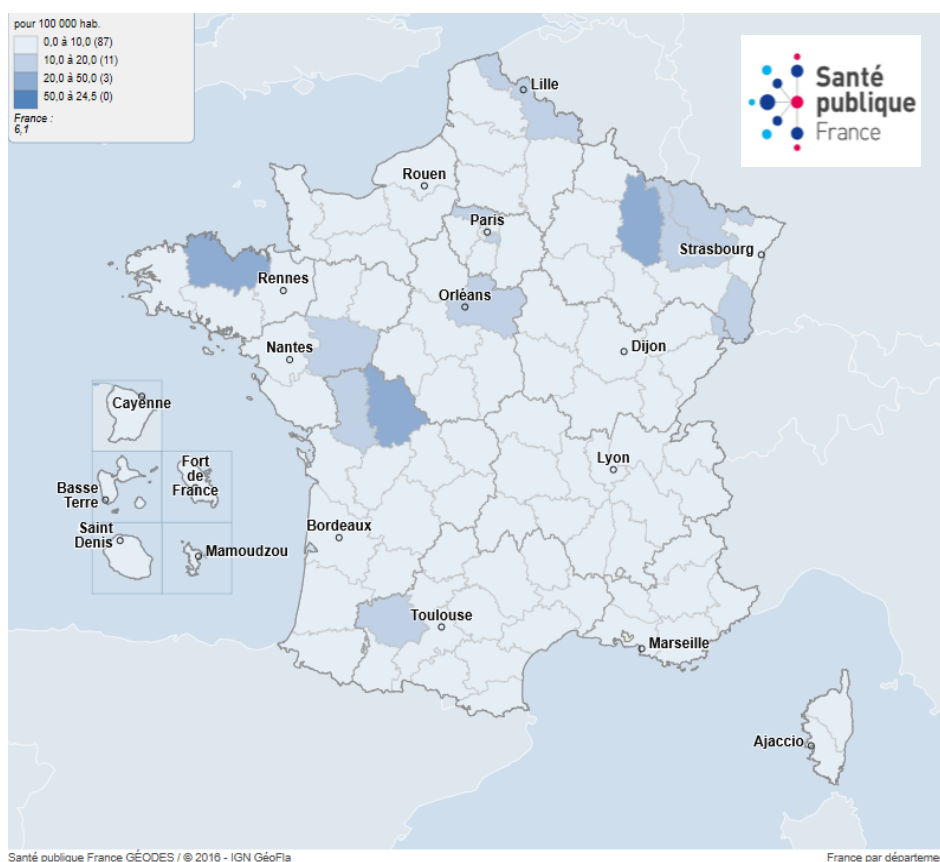
Surveillance virologique

En France métropolitaine, le taux d'incidence (nombres de nouveaux cas rapportés à la population pour 100 000 habitants) était de 6,1/100 000 habitants. Il était inférieur à 10/100 000 pour la très grande majorité des départements. Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans la Vienne (24,7/100 000 habitants), les Côtes d'Armor (21,0/100 000 habitants) et la Meuse (22,6/100 000 habitants), départements où des clusters sont en cours d'investigation (Figure 6). **En outre-mer**, le taux de positivité en Guyane était de 14 %, département où des clusters sont également en cours d'investigation. Les données de Mayotte ne sont pas encore interprétables du fait d'une transmission de données encore trop partielle (données du 27 mai 2020 11h).

En semaine 21, dans les **Hauts-de-France**, le taux d'incidence était de **8,1 cas confirmés / 100 000 habitants**, légèrement supérieur au taux national (6,1/10⁵). Il était inférieur à 10/100 000 pour 4 des 5 départements. Le taux d'incidence le plus élevé a été observé dans le département du Nord (10,9 cas/10⁵), où plusieurs clusters signalés sont en cours d'investigation et de dépistage de grande ampleur. Il était de 8,0/10⁵ dans l'Aisne, 7,3 / 10⁵ dans l'Oise, 6,5/10⁵ dans la Somme et 4,9/10⁵ dans le Pas-de-Calais (Figure 5).

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 départements ayant mis en place des actions de dépistage notamment dans le cadre de la gestion de cluster où dans des collectivités (EHPAD, entreprises...) auront donc tendance à avoir un taux d'incidence estimé dans SI-DEP plus élevé transitoirement du fait du dépistage. Les indicateurs épidémiologiques issus de SI-DEP dans un territoire donné doivent donc être interprétés en prenant en compte le contexte local, en particulier les clusters et les activités de dépistage comme cela est le cas, en semaine 21, dans le département du Nord.

Figure 5. Taux d'incidence départementaux de SARS-CoV-2 pour 100 000 habitants, France, semaine 21 (18 au 24 mai 2020) (source SI-DEP)



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

Depuis la levée du confinement, le 11 Mai 2020, les Agences régionales de santé (ARS) en lien avec les Cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent les clusters (ou foyers de transmission, ou épisodes de cas groupés) qui sont identifiés. Le contact-tracing et le dépistage des personnes contact permettent de les contrôler. Un cluster est défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, et qui appartiennent à une même communauté ou ont participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non.

Au 27 mai 2020, avec le développement de la capacité diagnostique, un total de **109 clusters** (hors Ehpad et milieu familial restreint) a été rapporté à Santé publique France : 104 clusters en France métropolitaine et 5 dans les départements régions d'outre-mer. On note une nette augmentation du nombre de clusters détectés et investigués (Figure 6). Parmi ces clusters, 64 % ont plus de 5 cas. Ils concernent notamment des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité (19 % en établissements d'hébergement social et d'insertion, et 6 % en communautés vulnérables), des établissements de santé (22 %) et plus largement des entreprises (20 % entreprises privées et publiques hors établissements de santé) (Tableau 1)

En termes d'évaluation de la criticité (potentiel de transmission ou critères de gravité), 75 % des clusters sont considérés de niveau modéré (37 %) à élevé (38 %). La majorité est en cours d'investigation/gestion (80 %, N=87) (clusters actifs en termes de nouveaux cas avec mise en place de mesures de contrôle) (Figure 7), 13 % ont été maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7j après le dernier cas), 7 % sont clôturés (absence de nouveaux cas 14j après la date de début des signes du dernier cas ET la fin de la quatorzaine de tous les contacts)..

Aucune diffusion communautaire (survenue de nouveaux cas hors de la collectivité et en lien avec le cluster) non contrôlée n'est rapportée.

Le signalement de ces clusters en phase de déconfinement n'est pas une situation inattendue du fait de la poursuite de la circulation du SARS-CoV-2 en France, de l'augmentation importante des capacités diagnostic et de la recherche active de cas autour de chaque patient infecté. Leur identification résulte à la fois de signalements au niveau régional (point focal ARS), de l'identification et du suivi des contacts instauré sur le territoire, et des campagnes de dépistage. Pour l'ensemble de ces clusters, les mesures de contrôle sont en place et une forte vigilance est maintenue quant au risque de diffusion.

Figure 6. Distribution par semaine de signalement des clusters, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés à

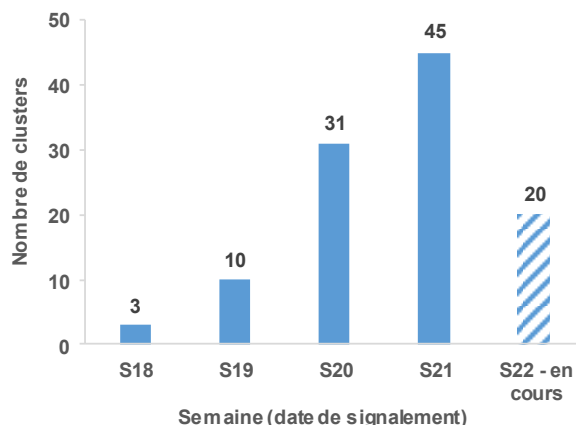


Tableau 1. Répartition par type de collectivités des clusters, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés à Santé publique France entre le 9 et le 27 mai 2020 (N=109) - au 27 Mai 2020

Type de collectivités	n	%
Etablissements de santé (ES)	24	22
Entreprises privées et publiques (hors ES)	22	20
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	21	19
EMS de personnes handicapées	11	10
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	7	6
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	6	6
Milieu scolaire et universitaire	3	3
Etablissement pénitentiaires	3	3
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	2	2
Crèches	1	1
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	1	1
Structure de l'aide sociale à l'enfance	0	0
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	0
Transport (avion, bateau, train)	0	0
Autres	8	7

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

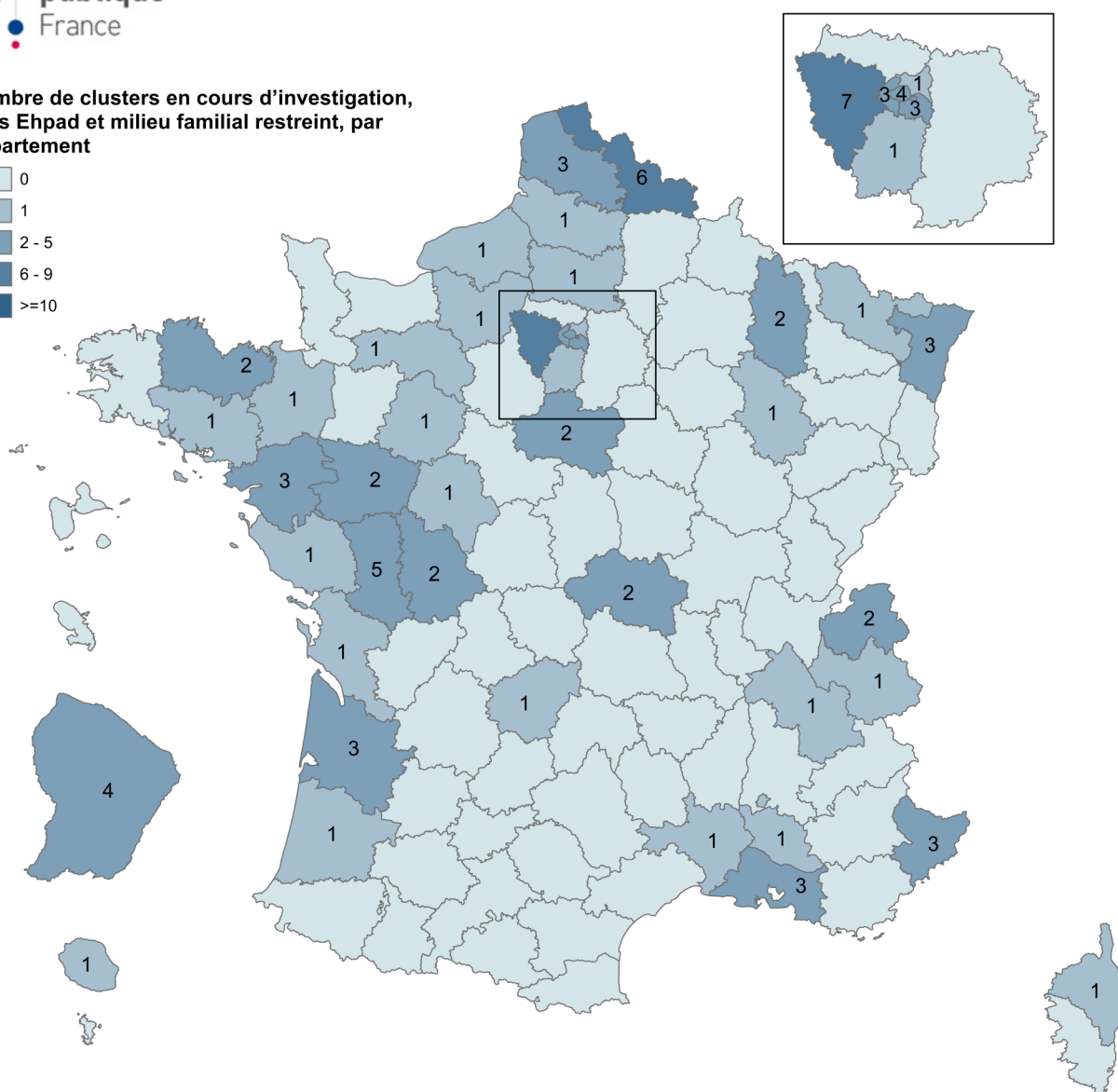
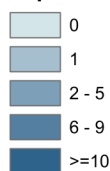
Dans les **Hauts-de-France**, 11 clusters font actuellement l'objet d'investigations et mesures de gestion: 6 dans le Nord, 3 dans le Pas-de-Calais et 1 respectivement dans l'Oise et la Somme. (Figure 7)

Quatre clusters ont été signalés en milieu professionnel, 3 en établissements de santé, 1 en établissement social d'hébergement et d'insertion, 1 au sein d'une communauté vulnérable en situation précaire, 1 sur une unité géographique limitée et le dernier au sein d'une autre structure de soins.

Figure 7: Répartition par département des clusters en cours d'investigation/gestion, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés à Santé publique France, entre le 9 et le 27 mai 2020 (N=87)



Nombre de clusters en cours d'investigation, hors Ehpad et milieu familial restreint, par département



Source : Santé publique France

Surveillance en établissements sociaux et médicaux

Synthèse des indicateurs

Dans la région Hauts-de-France, entre le 28 mars et le 26 mai 2020, 742 épisodes avec un ou plusieurs cas liés au COVID-19 ont été signalés via l'application Voozadoo de Santé publique France, disponible sur le portail national des signalements. Au total, 444 (60%) épisodes sont survenus en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements) et 298 (40%) dans d'autres établissements médico-sociaux (EMS) (**Tableau 2**).

Ces 742 signalements ont été à l'origine de 7 779 cas de COVID-19 signalés (3408 cas confirmés et 4046 cas possibles) chez les résidents, parmi lesquels 841 ont été hospitalisés. Parmi ces cas possibles et confirmés, 675 sont décédés dans les établissements et 510 à l'hôpital. La date de début des signes du premier cas de chaque épisode était comprise entre le 26 février et le 23 mai 2020.

Dans la région Hauts-de-France, 1 712 cas confirmés et 2 070 cas possibles de COVID-19 ont été rapportés chez les personnels des établissements sociaux et médico-sociaux.

Sur la base de la date de début des signes du premier cas de chaque épisode (**Figure 8** et **Figure 9**), les courbes épidémiques mettent en évidence un pic d'épisodes en semaine 13, et un nombre de nouveaux épisodes en diminution jusqu'en semaine 19. A noter une légère recrudescence, en semaines 20 et 21, du nombre de nouveaux épisodes signalés, notamment dans le département du Nord, qui doit inciter à la vigilance.

Tableau 2. Nombre de signalements d'épisodes, de cas et décès COVID-19 chez les résidents et le personnel des EHPA et autres EMS rapportés dans l'application Voozadoo, Hauts-de-France, au 26 mai 2020.

Source : Surveillance Voozadoo dans les Ehpads/EMS, données arrêtées au 26 mai 2020

		Ehpa ¹	Autres EMS ^{2,3,4}	Total
Chez les résidents	Signalements ⁵	444	298	742
	Cas confirmés ⁶	3210	299	3509
	Cas possibles ⁷	3729	541	4270
	Nombre total de cas ^{6,7}	6939	840	7779
	Cas hospitalisés ^{6,7}	760	81	841
	Décès hôpitaux ⁸	478	32	510
	Décès établissements ⁸	669	6	675
Chez le personnel	Cas confirmés ⁶	1427	285	1712
	Cas possibles ⁷	1559	511	2070
	Nombre total de cas ^{6,7}	2986	796	3782

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), autres établissements pour adultes (foyer de vie, foyer d'hébergement)

³Aide sociale 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.

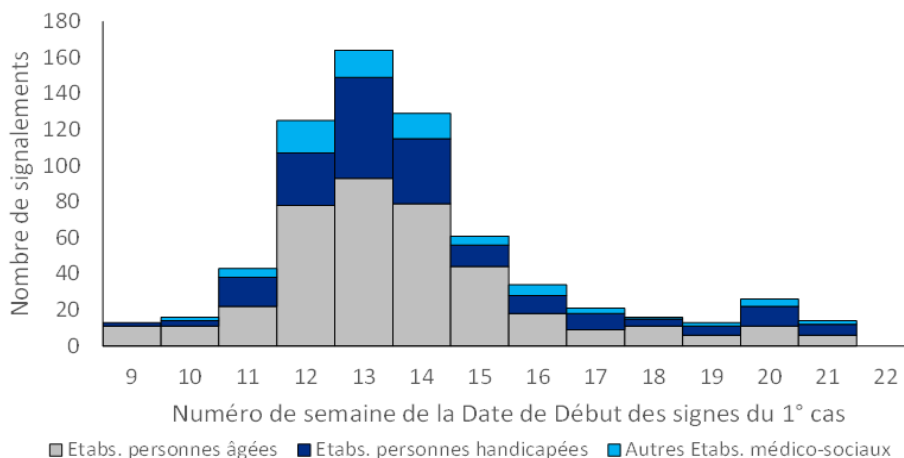
⁷Cas possible COVID-19 : fièvre (ou sensation de fièvre) avec des signes respiratoires (comme la toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression thoracique) OU autre tableau clinique compatible avec le COVID-19 selon le médecin, parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EMS/EHPA.

⁸Cas possibles et confirmés décédés

Surveillance en établissements sociaux et médicaux (suite)

Figure 8. Distribution hebdomadaire des signalements d'épisodes de COVID-19 survenus dans les EMS des Hauts-de-France, signalés dans Voozanoo entre le 28 mars et le 26 mai 2020, en fonction de la date de début des signes du 1^{er} cas et du type d'établissement (N=675)

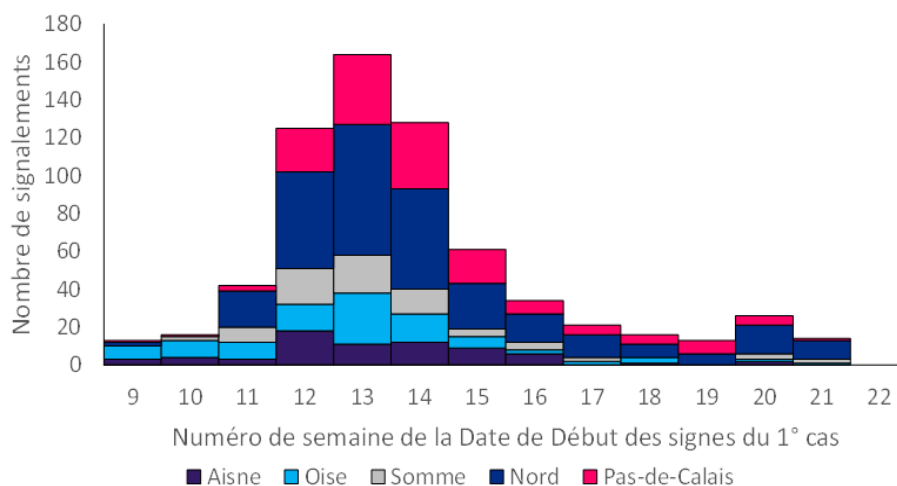
Source : Voozanoo, Santé publique France



Source : Voozanoo COVID-19 EMS - Santé publique France

Figure 9. Distribution hebdomadaire des signalements d'épisodes de COVID-19 survenus dans les EMS des Hauts-de-France, signalés dans Voozanoo entre le 28 mars et le 26 mai 2020, en fonction de la date de début des signes du 1^{er} cas et du département (N=673)

Source : Voozanoo, Santé publique France



Source : Voozanoo COVID-19 EMS - Santé publique France

Synthèse des indicateurs

En semaine 21, les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 enregistrés par le réseau OSCOUR® continuent de diminuer et passent en semaine 21 sous la barre des 2% de l'activité totale (**Figure 10**). Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences pour suspicion de COVID-19 augmente avec l'âge et atteint 62 % chez les plus de 65 ans (**Figure 11**), à l'instar des admissions pour COVID-19 en réanimation qui concernent majoritairement (75 %) des personnes âgées de plus de 60 ans (**Figure 12**, Données SI-VIC,).

Le 24 mai, d'après les données SI-VIC, 1 679 personnes atteintes de COVID-19 étaient toujours hospitalisées dans les Hauts-de-France dont 169 en réanimation. Le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 en unités conventionnelles et en réanimation/soins intensifs continue de diminuer (**Figure 13**). Au total, depuis le 1er mars, 9 279 patients ont été hospitalisés pour COVID-19 dont 1 392 en réanimation. Plus d'un tiers (35%) des patients ont été pris en charge dans des établissements hospitaliers du département du Nord (**Tableau 3**).

Passages aux urgences

Figure 10. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19, Hauts-de-France, du 25 février au 24 mai 2020.

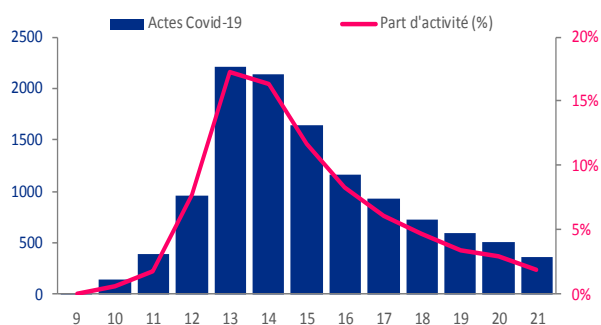
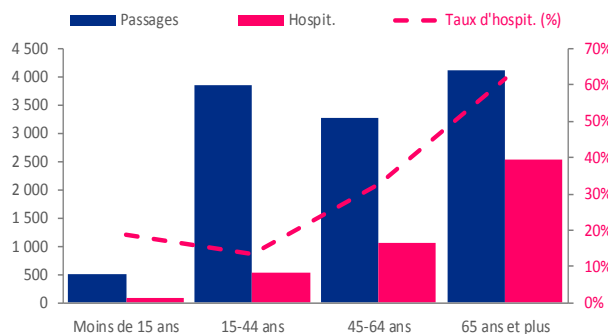


Figure 11. Distribution des passages aux urgences et des hospitalisations pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge, et taux d'hospitalisation par classes d'âge, Hauts-de-France, du 25 février au 24 mai 2020.



Hospitalisations, admissions en réanimation

Figure 12. Distribution par classes d'âge des cas actuellement hospitalisés et en réanimation/soins intensifs pour COVID-19, Hauts-de-France, du 26 mars au 24 mai 2020.

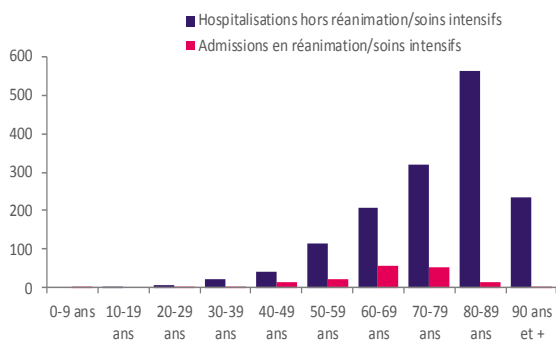
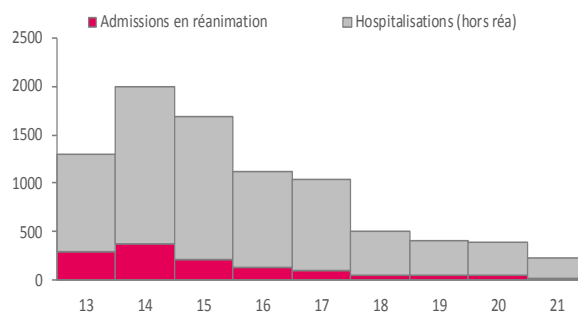


Figure 13. Nombre hebdomadaire d'hospitalisations en unités conventionnelles et en réanimation/soins intensifs pour COVID-19, Hauts-de-France, du 19 mars au 24 mai 2020.

Source : SI-VIC.



Surveillance à l'hôpital (suite)

Tableau 3. Nombre et part (en %) d'hospitalisations pour COVID-19 et d'admissions en réanimation depuis le 19/03/2020, par département de prise en charge, Hauts-de-France, du 19 mars au 27 mai 2020.

Source : SI-VIC.

	Hospitalisations totales		Hospitalisations (hors réa.)		Admissions en réanimation	
	N	%	N	%	N	%
Aisne	1427	15%	1305	17%	122	9%
Nord	3254	35%	2635	33%	619	44%
Oise	1635	18%	1461	19%	174	13%
Pas-de-Calais	1893	20%	1585	20%	308	22%
Somme	1070	12%	901	11%	169	12%
Hauts-de-France	9279		7887		1392	

Caractéristiques clinico-épidémiologiques des cas admis en réanimation (services sentinelles)

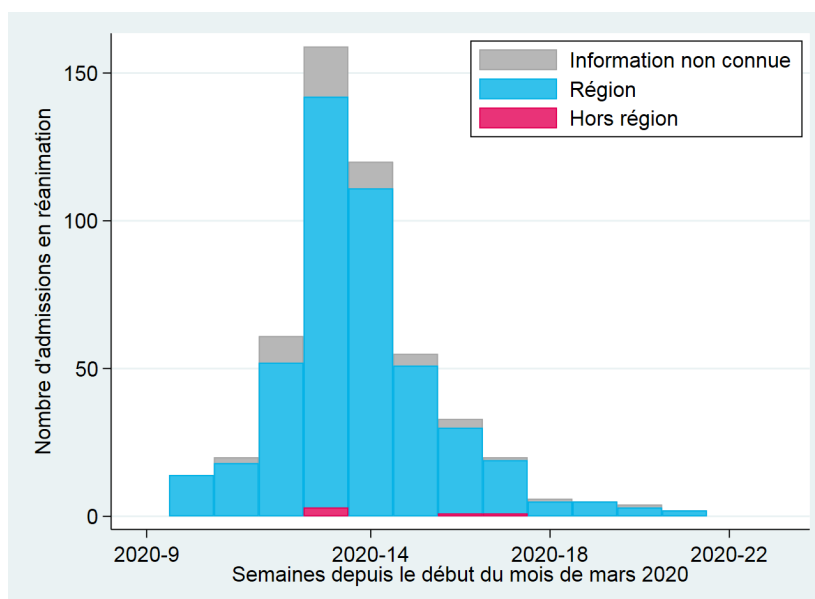
La surveillance des cas graves de COVID-19 hospitalisés en réanimation a débuté mi-mars 2020 et est animée par les Cellules régionales de Santé publique France. Cette surveillance s'appuie sur un réseau de services de réanimation, sentinelles et volontaires, et a pour objectif de décrire les caractéristiques 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](https://www.santepubliquefrance.fr).

Entre le 16 mars et le 26 mai 2020, 499 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 de COVID-19 admis dans les services participant à la surveillance est à un niveau faible depuis 4 semaines (**Figure 14**). La grande majorité des cas signalés (80,6 %) présente au moins un facteur de risque potentiel de complication de COVID-19 (**Figure 15**) et les 2 principales comorbidités rapportées sont le surpoids/obésité (39,1 % des cas) et l'hypertension artérielle (38,7 %) (**Tableau 4**).

Figure 14. 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 26 mai 2020.

Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France, au 26/05/2020 à 12h.



Surveillance à l'hôpital (suite)

Figure 15. 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 au 26 mai 2020.

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

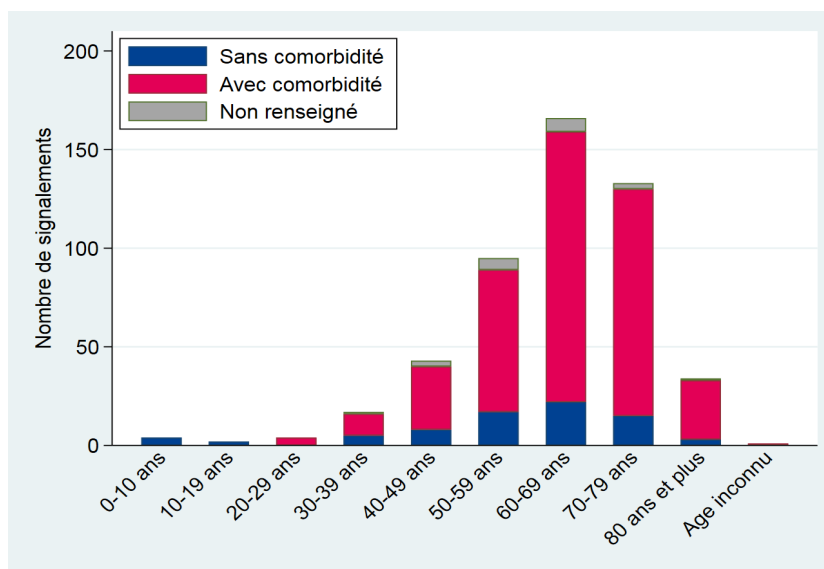


Tableau 4. Description des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation, Hauts-de-France, signalés entre le 16 mars et le 26 mai 2020.

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

	N	%		N	%
Cas admis en réanimation			Co-infections	31	6,2%
Nombre de cas signalés	499		Prise en charge ventilatoire sur l'ensemble du séjour en réanimation*		
Evolution			Oxygénation (masque/lunette)	66	13,2%
Evolution renseignée	200	40,1%	Ventilation non invasive	40	8,0%
Transfert hors réa. ou retour à domicile ¹	135	67,5%	O2 à haut débit	135	27,1%
Décès ¹	65	32,5%	Ventilation invasive	304	60,9%
Répartition par sexe			Assistance extracorporelle	20	4,0%
Hommes	362	72,5%	Facteurs de risques (FDR)*		
Femmes	120	27,5%	Aucun facteur de risque	76	15,2%
Sexe-Ratio H/F	2,6		Avec facteur de risque parmi :	402	80,6%
Répartition par classe d'âge			Diabète de type 1 et 2	123	24,6%
0-14 ans	4	0,8%	HTA**	103	38,7%
15-44 ans	39	7,8%	Pathologie pulmonaire	80	16,0%
45-64 ans	196	39,3%	Pathologie cardiaque	110	22,0%
65-74 ans	182	36,5%	Pathologie neuro-musculaire	19	3,8%
75 ans et plus	77	15,4%	Pathologie rénale	32	6,4%
Région de résidence des patients			Immunodéficience	31	6,2%
Hauts-de-France	447	89,6%	Pathologie hépatique**	6	1,2%
Hors Région	5	1,0%	Surpoids / Obésité (IMC≥25)***	195	39,1%
Inconnue	47	9,4%	- Surpoids (IMC [25 ; 29])	49	9,8%
Délai entre début des signes et admission en réanimation			- Obésité (IMC [30 ; 39])	75	15,0%
Délai moyen / médian en jours [min ; max]	8,2 / 8	[-23 ; 34]	- Obésité morbide (IMC ≥ 40)	69	13,8%
Syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA) sur l'ensemble du séjour en réanimation	412	82,6%	- IMC non renseigné	2	0,4%
SDRA mineur	52	10,4%	Grossesse	2	0,4%
SDRA modéré	140	28,1%	Prématurité	0	0,0%
SDRA majeur	205	41,1%	Autres facteurs de risque	70	14,0%
SDRA - niveau non précisé	15	3,0%	NSP / Inconnu	21	4,2%

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

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

** 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).

Synthèse des indicateurs

Mortalité spécifique au COVID-19 : La mortalité spécifique due au COVID-19 est estimée à partir des décès survenus chez des patients hospitalisés pour COVID-19 dans des hôpitaux de la région (données SI-VIC, disponibles depuis le 1er mars, 130 établissements hospitaliers déclarant à ce jour dans la région Hauts-de-France) et des décès survenus en institution, dans un contexte clinique évocateur de COVID-19, chez des résidents des établissements sociaux et médico-sociaux des Hauts-de-France.

Entre le 1^{er} mars et le 27 mai 2020, 2 391 décès de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France, dont 1 716 décès chez des patients hospitalisés et 675 en établissements (EHPAD et autres établissements médico-sociaux).

Quatre personnes sur 5 (81 %) décédées à l'hôpital étaient âgées de plus de 70 ans (Figure 15).

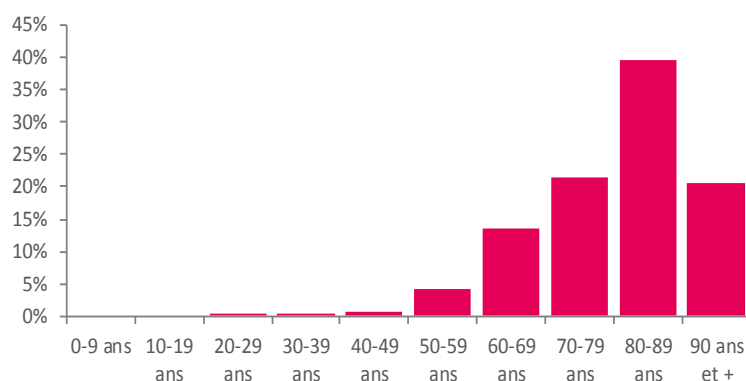
Mortalité non spécifique (toutes causes) : La surveillance de la mortalité toutes causes confondues s'appuie sur les données transmises par les services de l'état-civil des communes de la région, et couvre environ 80 % de la mortalité régionale. Ce dispositif ne permet pas de disposer des causes médicales de décès.

Un pic de mortalité toutes causes a été observé en semaine 14 dans la région, soit la semaine suivant le pic observé via les recours aux soins pour COVID-19 et la circulation virale (Figure 16). La mortalité a amorcé une nette

Mortalité spécifique au Covid-19 chez les personnes hospitalisés

Figure 15. Distribution par classes d'âge des cas de COVID-19 décédés au cours de leur hospitalisation, Hauts-de-France, du 19 mars au 27 mai 2020.

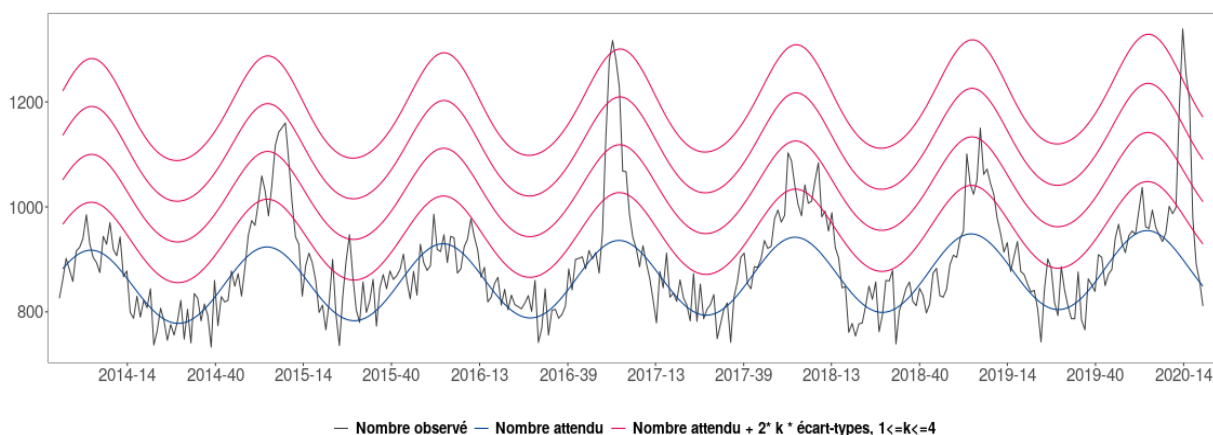
Source : SI-VIC.



Mortalité toutes causes

Figure 16. Evolution de la mortalité hebdomadaire toutes causes, tous âges dans les Hauts-de-France, d'avril 2014 au 18 mai 2020 (semaine 20).

Source : Insee, données des services d'état-civil (méthode Euromomo), au 27 mai 2020.



Premiers résultats provisoires de l'enquête en cours sur les professionnels des établissements de santé des Hauts-de-France, contaminés par le COVID-19

Depuis le 22 avril 2020, Santé publique France en lien avec le [GERES](#) (Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux) et avec l'appui des CPIAS (Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins) a mis en place une surveillance afin de recenser les professionnels exerçant en établissements de santé publics ou privés infectés par le coronavirus Sars-CoV-2.

Dans les Hauts-de-France, au 19 mai 2020, 143 établissements de santé ont participé à l'enquête et 3 961 cas de contaminations par le COVID-19 ont été signalés chez des personnels soignants ou non soignants travaillant dans ces établissements (**Tableau 5**).

[Pour en savoir plus les modalités du signalement, de l'enquête et plus de résultats.](#)

Tableau 5. Cas de contamination COVID-19 déclarés chez les personnels des établissements de santé.

Source : Santé publique France/GERES, au 26/05/2020.

Catégories professionnelles	Nombre de cas	%*	Décès
Infirmiers	1 284	32,4%	
Aides-soignants	1 136	28,7%	
Autres personnels soignants	546	13,8%	
Autres personnels non soignants	484	12,2%	
Médecins	319	8,1%	1
Elèves	85	2,1%	
Internes	71	1,8%	
Kinésithérapeutes	19	0,5%	
Sages-femmes	16	0,4%	
Inconnu	1		
Total	3 961		1

*Calculé sur les effectifs dont la catégorie professionnelle est connue (n=3960)

Enquêtes pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant le confinement

Depuis le 23 mars 2020, Santé publique France a lancé l'enquête CoviPrev en population générale afin de suivre 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). L'objectif est de ces enquêtes est de :

- suivre l'adhésion aux mesures de protection et de la santé de la population pendant la période de confinement et de déconfinement
- recueillir les informations nécessaires à l'orientation et à l'ajustement des mesures de prévention
- surveiller les inégalités de santé

Et ce, afin de capitaliser des connaissances utiles à la gestion de futures pandémies.

[Pour en savoir plus sur ces enquêtes et leurs résultats](#)

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.

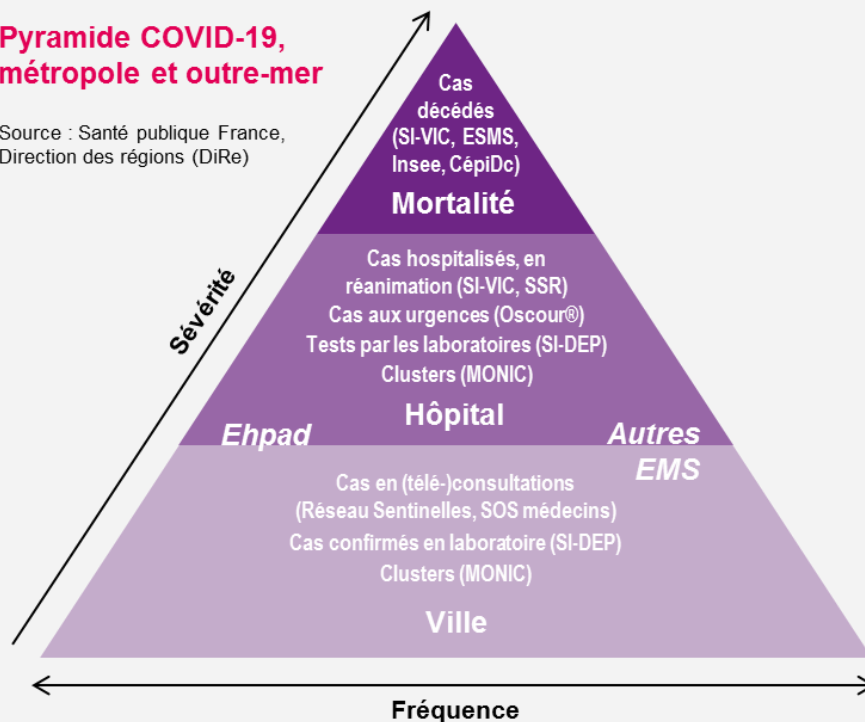
Retrouvez tous les [outils de prévention](#) destinés aux professionnels de santé et au grand public

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 BOCKSTAELE 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**