

Actualités

► Points clés dans les Hauts-de-France

Le nombre de nouveaux cas confirmés d'infection à SARS-CoV2 et les taux d'incidence hebdomadaire poursuivaient leurs augmentations, avec 904 nouveaux cas dépistés en semaine 32 (TI de 15,2/10⁵) *versus* 809 (TI de 13,6/10⁵) la semaine précédente pour un taux de dépistage comparable.

En semaine 32, les taux d'incidence les plus élevés étaient observés chez les 15-45 ans (22,0/10⁵) et chez les plus de 75 ans (14,1/10⁵). Le taux de positivité, en légère augmentation par rapport à la semaine précédente, atteignait le seuil d'attention de 2 %.

Parmi les 12 clusters en cours d'investigation/gestion dans la région, la majorité se situe dans le département du Nord (10).

► Le département de l'Oise a été classé en niveau de vulnérabilité modéré le 11 août 2020, rejoignant, au niveau régional, le département du Nord, classé en niveau de vulnérabilité modéré depuis le 24 juillet

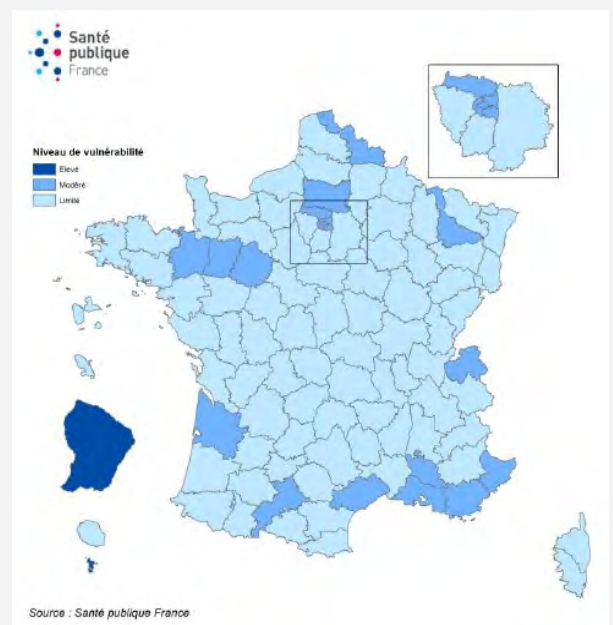
En semaine 32, sur les départements du Pas-de-Calais, de l'Aisne et de la Somme (classés en vulnérabilité limitée), la caractérisation de la situation épidémiologique restait en faveur d'une circulation virale communautaire maîtrisée avec des taux de positivité inférieurs à 2 % et des taux d'incidence inférieurs à 10 cas / 100 000 habitants. Le département du Nord était maintenu en niveau de vulnérabilité modérée au vu de l'évolution des indicateurs qui confirmait une circulation active du virus en particulier sur la métropole lilloise.

Focus sur le département de l'Oise

Dans l'Oise, le taux d'incidence a rapidement augmenté en semaine 32 avec 11,3 cas pour 100 000 hab vs 7,9 en semaine 31.

Cette augmentation d'incidence accompagnée d'une augmentation du taux de positivité (2,1% en S32 vs 1,5% en S31), alors que le taux de dépistage restait relativement stable et qu'il n'était pas possible d'associer les nouveaux cas à des clusters identifiés, reflétait une accélération de la circulation du virus dans la communauté justifiant le classement du département en niveau de vulnérabilité modéré.

En semaine 32, dans l'Oise, le taux d'incidence le plus élevé était observé chez les 15-44 ans (19,1/10⁵) et plus particulièrement chez les 20-30 ans (32,2/10⁵).



Niveau de vulnérabilité par département, France, au 11 août 2020 (Source : Santé publique France)

En collaboration avec :

Agence régionale de santé (ARS) Hauts-de-France, Médecins libéraux, SOS médecins, médecins urgentistes, réanimateurs, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, Observatoire Régional des Urgences—GIP Santé Numérique Hauts-de-France

Les indicateurs clés

► Nombre régional de cas et de reproduction estimés

18 656*
+ 904 cas confirmés entre le
03/082020 et le 09/082020

R effectif = 1,16 [IC95% : 1,09 - 1,24]



Nombre de reproduction effectif sur 7 jours glissants (02 au 08 août)
estimé à partir des données SI-DEP

* Cas confirmés de COVID-19 et d'infection à
SARS-CoV2 dans les Hauts-de-France au
10/08/2020


► Taux de positivité et d'incidence

	Taux de positivité en %		TI pour 100000 personnes	
	Semaine 31	Semaine 32	Semaine 31	Semaine 32
Aisne-02	0,8	1,4	3,2	5,5
Nord-59	2,3	2,4	23,0	24,7
Oise-60	1,5	2,0	7,9	11,3
Pas-de-Calais-62	1,1	1,3	7,2	7,7
Somme-80	0,7	1,1	3,9	5,3
Hauts-de-France	1,8	2,0	13,6	15,2

► Recours aux soins

Surveillance en ville	Semaine 30	Semaine 31	Semaine 32	Evolution sur 3 semaines
Nombre de (télé-)consultations pour Infection respiratoire aiguë (IRA) pour 100 000 habitants (Réseau Sentinelles)	29	1*	13	
Nombre d'actes pour suspicion COVID-19 pour 10 000 actes (SOS Médecins)	267	292	225	

*Données à interpréter avec précaution : peu de médecins ont participé au réseau Sentinelles en semaine 31

Surveillance à l'hôpital	Semaine 30	Semaine 31	Semaine 32	Evolution sur 3 semaines
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages (Oscour®)	53	52	56	

► Surveillance dans les EMS dont Ehpad

8238

cas de COVID-19 parmi les résidents signalés jusqu'au 10 août 2020 répartis en 839 épisodes

dont **714** décès en institutions

dont **532** décès à l'hôpital

► 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](#)

Estimation du nombre de reproduction effectif (R effectif)

Le nombre de reproduction R (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé à partir du nombre quotidien de nouveaux cas confirmés avec PCR positive. Le nombre R est un paramètre de suivi de la dynamique de transmission du virus au cours des 1 à 2 semaines auparavant (délai entre infection et consultation aux urgences ou hospitalisation). La valeur du R estimé est encadrée par un intervalle de confiance qui correspond à la fourchette dans laquelle se situe l'estimation et donne la précision et le degré de significativité de l'estimation. L'estimation du R est liée à l'évolution du nombre de cas confirmés. Elle doit donc être interprétée en perspective avec les autres indicateurs de surveillance et les informations contextuelles (investigation virologiques de clusters, campagnes de dépistages de masse...).

Dans les Hauts-de-France, le nombre de reproduction effectif R , estimé à partir de SI-DEP sur la période du 02 au 08 août, était de **1,16 [IC95% : 1,09-1,24]** sur 7 jours, l'estimation est significativement supérieure à 1, ce qui indique que l'épidémie est en progression au niveau régional. Au niveau national, le nombre de reproduction a été estimé à **1,33 [IC95% : 1,30 - 1,35]** sur 7 jours glissants, significativement supérieur à 1; 11 régions métropolitaines présentent un R significativement supérieur à 1 (cf. [PE national](#))

Surveillance en ville

Les recours pour infection respiratoire ou suspicion de COVID-19 en médecine de ville (Réseau Sentinelles et SOS médecins) sont globalement stables.

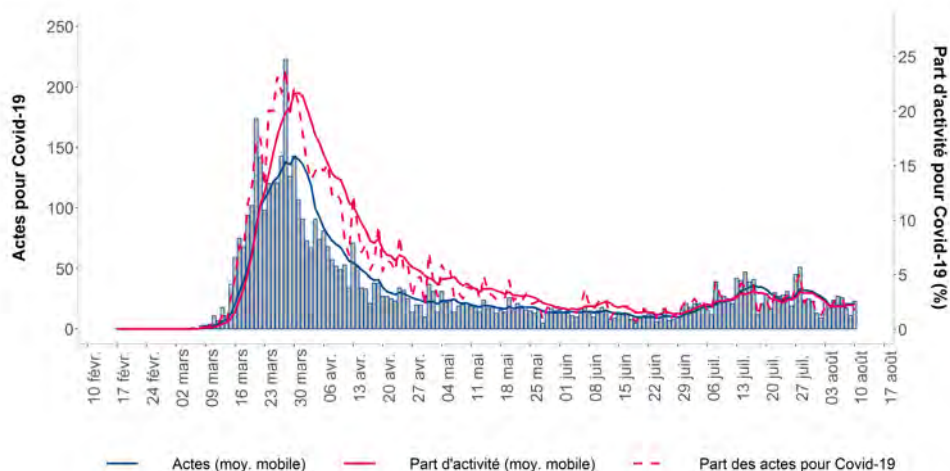
Chez les SOS-Médecins de la région, la part d'activité pour suspicion de COVID-19 demeure stable début août après l'augmentation observée de fin juin à fin juillet (**Figure 1**), où l'activité était à un niveau un peu plus élevé qu'au moment de la sortie du confinement (autour de 3 % en juillet *versus* 1,5 % à 2 % en mai-juin). Cette augmentation des recours pour infections respiratoires est probablement aussi en partie liée à la circulation d'autres virus responsables de tableaux d'infections respiratoire (ex : rhinovirus).

Le taux pour 100 000 habitants de (télé) consultations pour infection respiratoire aiguë, était estimé par le réseau Sen-

Actes/consultations SOS médecins pour suspicion de COVID-19

Figure 1. Part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19. SOS médecins Hauts-de-France, du 2 mai au 10 août 2020.

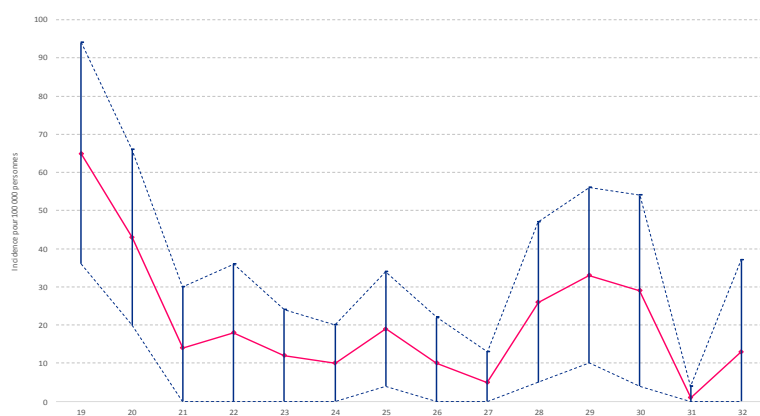
Source : SOS Médecins Dunkerque, Lille-Roubaix –Tourcoing, Saint-Quentin et Amiens (SurSaUD®, Santé publique France).



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

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.

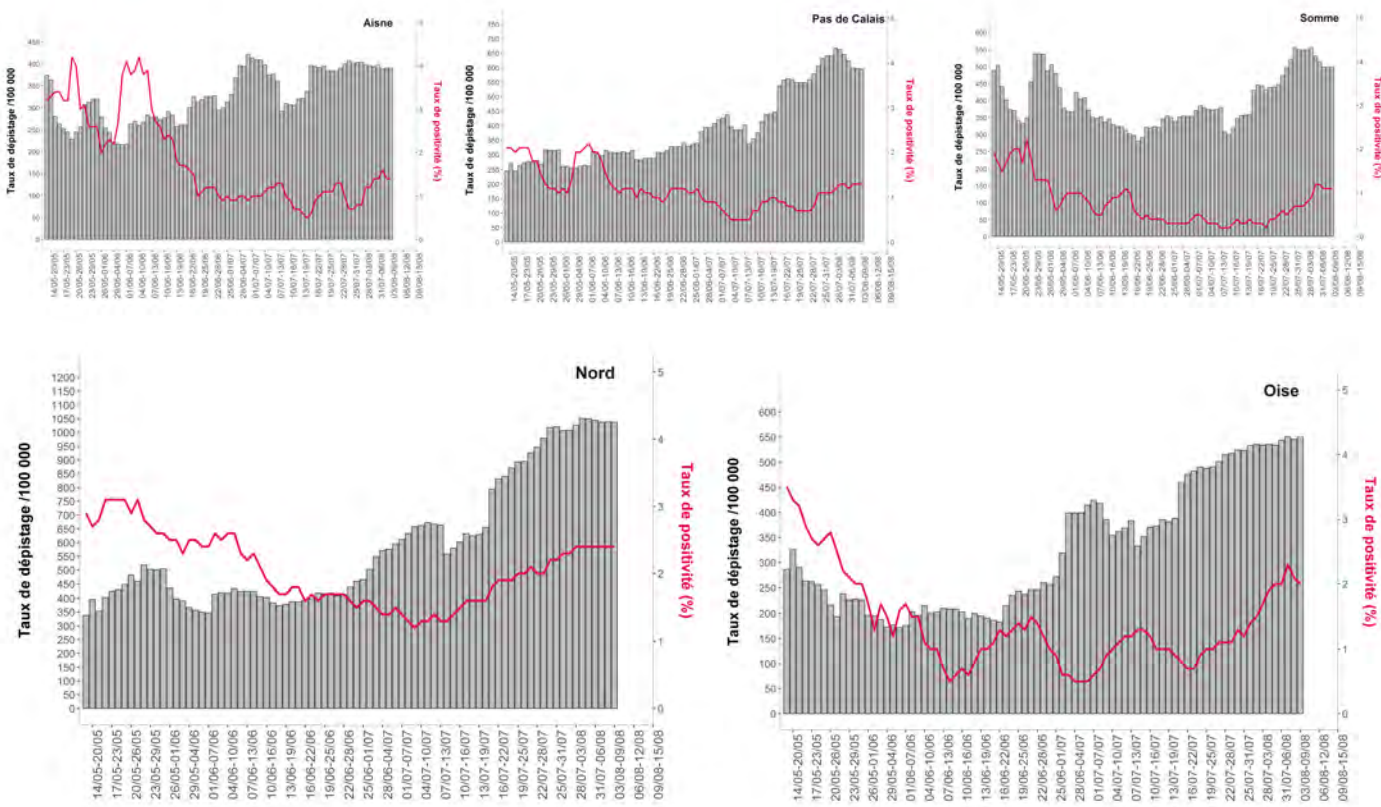
Activité de dépistage et taux de positivité

Dans les Hauts-de-France en semaine 32, le **taux de dépistage** demeure globalement stable après plusieurs semaines d'augmentation. Au niveau régional, il était de 754 tests pour 100 000 habitants — proche de celui observé en France (797/100 000 habitants) — et variait de 391/10⁵ dans l'Aisne à 1037/10⁵ dans le département du Nord.

Sur la période du 03 au 09 août 2020, le **taux de positivité** régional est en augmentation pour la quatrième semaine consécutive (2 % versus 1,8 % la semaine précédente). Il variait de 1,1 % dans la Somme à 2,4 % dans le département de Nord. Il était en augmentation dans les départements de l'Oise (2 % versus 1,5 % en semaine 31) de l'Aisne (1,4 % versus 0,8 % en semaine 2020-31) et de la Somme (1,1 % versus 0,7 % en semaine 31) et stable dans le Pas-de-Calais (1,3%) et le Nord (2,4%) (**Figures 3**).

En France métropolitaine, le taux de positivité national hebdomadaire était de 2,1 % (calculé sur les tests valides) en forte augmentation par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (1,56 % en S31).

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



Incidence des cas confirmés

Dans les Hauts-de-France, le **taux d'incidence** régional, en semaine 32, était de 15,2 cas /100 000 habitants, proche du taux estimé en **France métropolitaine (16,4/10⁵)** (Figure 5).

Le **taux d'incidence** le plus élevé était observé dans le département du Nord (24,7 cas/10⁵), en augmentation pour la 7^{ème} semaine consécutive. La métropole lilloise est particulièrement touchée avec un taux d'incidence de 40/10⁵.

Le **taux d'incidence** a fortement augmenté dans le département de l'Oise, il est passé de 7,9/10⁵ en semaine 31 à 11,3/10⁵ en semaine 32. Il demeure globalement stable dans les autres départements (5,5/10⁵ dans l'Aisne, 7,7/10⁵ dans le Pas-de-Calais et 5,3/10⁵ dans Somme) (Figure 4).

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

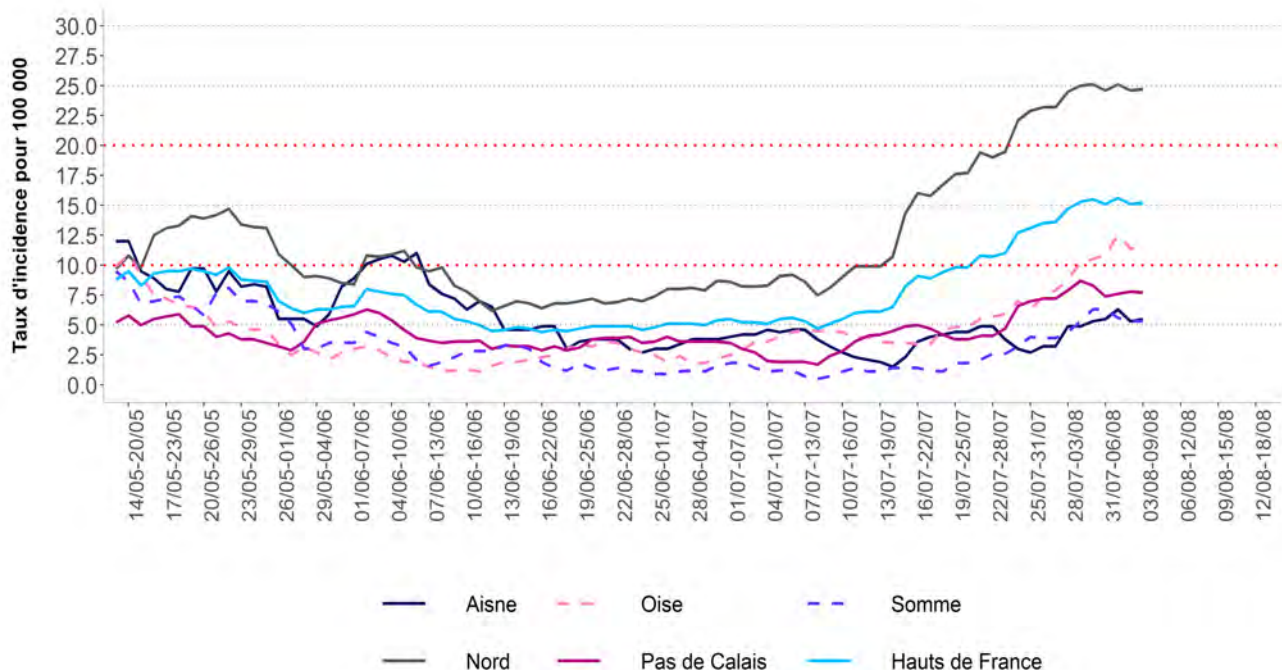
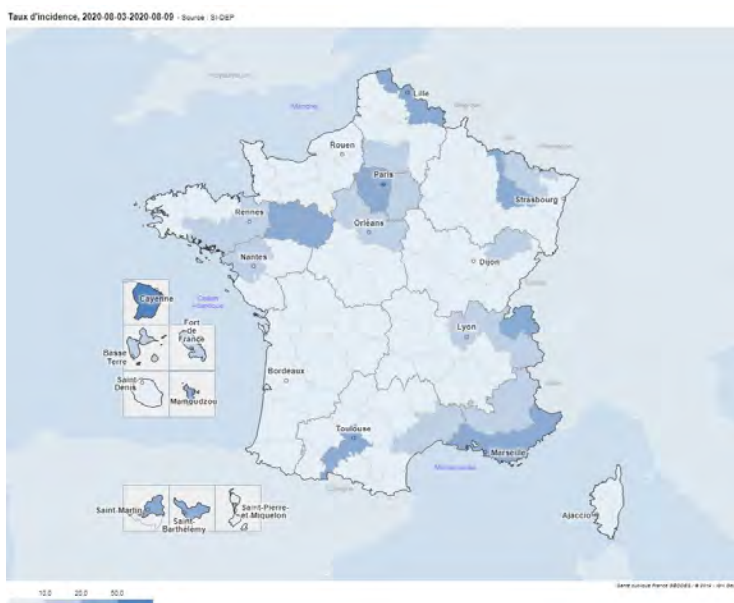


Figure 5. Taux d'incidence départementaux de SARS-CoV-2 pour 100 000 habitants, France, du 03 au 09 août 2020

Source : SI-DEP (disponible sur Géodes – Santé publique France)



Surveillance à l'hôpital

La part des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 enregistrés dans les hôpitaux participant au réseau OSCOUR® demeure à un niveau faible dans la région (< 1%) excepté dans le département de l'Aisne (1,2 %) (Figure 6).

La moyenne, lissée sur 7 jours, des hospitalisations pour COVID-19 demeure globalement stable à un niveau faible dans la région (Figure 7). Le nombre régional de nouvelles admissions en réanimation (19) a augmenté de 9 en semaine 30 à 19 nouvelles admissions en semaine 32.

Au total, depuis le début de l'épidémie, 10091 patients ont été hospitalisés pour COVID-19 dans les hôpitaux des Hauts-de-France, dont 8 567 (85%) en hospitalisation conventionnelle et 1 524 (15%) en réanimation/soins intensifs. Au 12 août 2020, 489 patients sont hospitalisés pour COVID-19 dans les hôpitaux des Hauts-de-France dont 46 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 11 août 2020. Source :

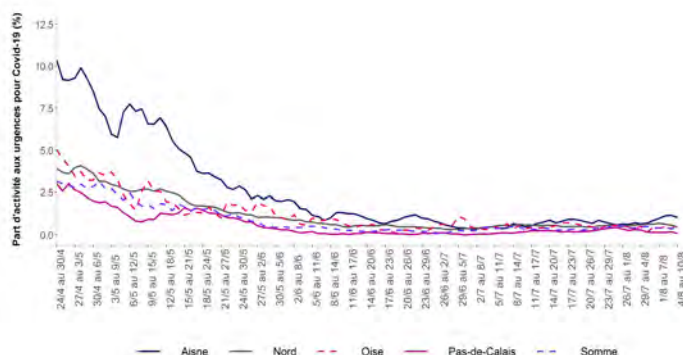
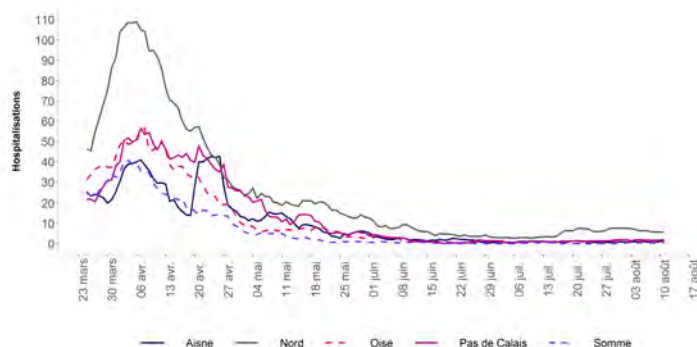


Figure 7. Moyenne glissante sur 7 jours des hospitalisations pour COVID-19 dans les Hauts-de-France, au 11 août 2020. Source : SI-VIC.



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

La surveillance sentinelle des cas graves de COVID-19 hospitalisés en réanimation, animée par les Cellules régionales de Santé publique France, a débuté mi-mars 2020 et s'est arrêtée début juillet. Face à la hausse des indicateurs épidémiologiques et le placement de 2 départements de la région Hauts-de-France en vulnérabilité modérée (le Nord depuis le 24 juillet et de le département de l'Oise, le 11 août), il a été décidé de reprendre cette surveillance. 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](#).

Entre le 16 mars et le 30 juin 2020 (date de fin de la surveillance), 517 cas graves de COVID-19 admis dans un service de réanimation participant à la surveillance sentinelle avaient été signalés dans la région Hauts-de-France. **Depuis la reprise de la surveillance le 1^{er} août, et jusqu'au 12 août 2020, 9 nouveaux cas ont été signalés pour des personnes admises en réanimation entre le 2 et le 11/08.** Cela porte à 526 le nombre total de cas signalés depuis le début la surveillance (Figure 8). Concernant les 9 nouveaux cas signalés, ils ont débuté leurs signes cliniques entre le 25/07 et le 8/08, la moyenne d'âge est de 53 ans (dont 1 enfant de moins de 15 ans), les deux tiers résident dans le département du Nord, et 2 d'entre eux n'ont aucun facteur de risque rapporté.

Sur l'ensemble des 526 cas signalés depuis le début de la surveillance, la grande majorité (80,6 %) présente au moins un facteur de risque potentiel de complication de COVID-19 et les 2 principales comorbidités rapportées sont le surpoids/obésité (39,9 % des cas) et l'hypertension artérielle (37,9 %) (Tableau 1).

Tableau 1 : Description des cas graves de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation, Hauts-de-France, au 12 août 2020.

	N	%		N	%
Cas admis en réanimation			Co-infections	33	6,3%
Nombre de cas signalés	526		Prise en charge ventilatoire*		
Evolution			Oxygénation (masque/lunette)	73	13,9%
Evolution Renseignée	244	46,4%	Ventilation non invasive	45	8,6%
Transfert hors réa. ou retour à domicile ¹	171	70,1%	O2 à haut débit	145	27,6%
Décès ¹	73	29,9%	Ventilation invasive	320	60,8%
Répartition par sexe			Assistance extracorporelle	20	3,8%
Hommes	380	72,2%	Facteurs de risques (FDR)*		
Femmes	146	27,8%	Aucun facteur de risque	80	15,2%
Sexe-Ratio H/F	2,6		Avec facteur de risque parmi :	424	80,6%
Répartition par classe d'âge			Diabète de type 1 et 2	133	25,3%
0-14 ans	5	1,0%	HTA** depuis le 6/04	111	37,9%
15-44 ans	41	7,8%	Pathologie pulmonaire	84	16,0%
45-64 ans	208	39,5%	Pathologie cardiaque	114	21,7%
65-74 ans	189	35,9%	Pathologie neuro-musculaire	20	3,8%
75 ans et plus	82	15,6%	Pathologie rénale	37	7,0%
Région de résidence des patients			Immunodéficience	36	6,8%
Hauts-de-France	470	89,4%	Pathologie hépatique**	6	1,1%
Hors Région	6	1,1%	Surpoids / Obésité (IMC>25)***	210	39,9%
Inconnue	50	9,5%	- Surpoids (IMC [25 ; 29])	51	9,7%
Délai entre début des signes et admission en réanimation			- Obésité (IMC [30 ; 39])	85	16,2%
Délai moyen / médian en jours [min ; max]	8,1 / 8	[-2 ; 34]	- Obésité morbide (IMC ≥ 40)	72	13,7%
Syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA)	433	82,3%	- IMC non renseigné	2	0,4%
SDRA mineur	51	9,7%	Grossesse	2	0,4%
SDRA modéré	146	27,8%	Prématurité	0	0,0%
SDRA majeur	219	41,6%	Autres facteurs de risque	71	13,5%
SDRA - niveau non précisé	17	3,2%	NSP / Inconnu	22	4,2%

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

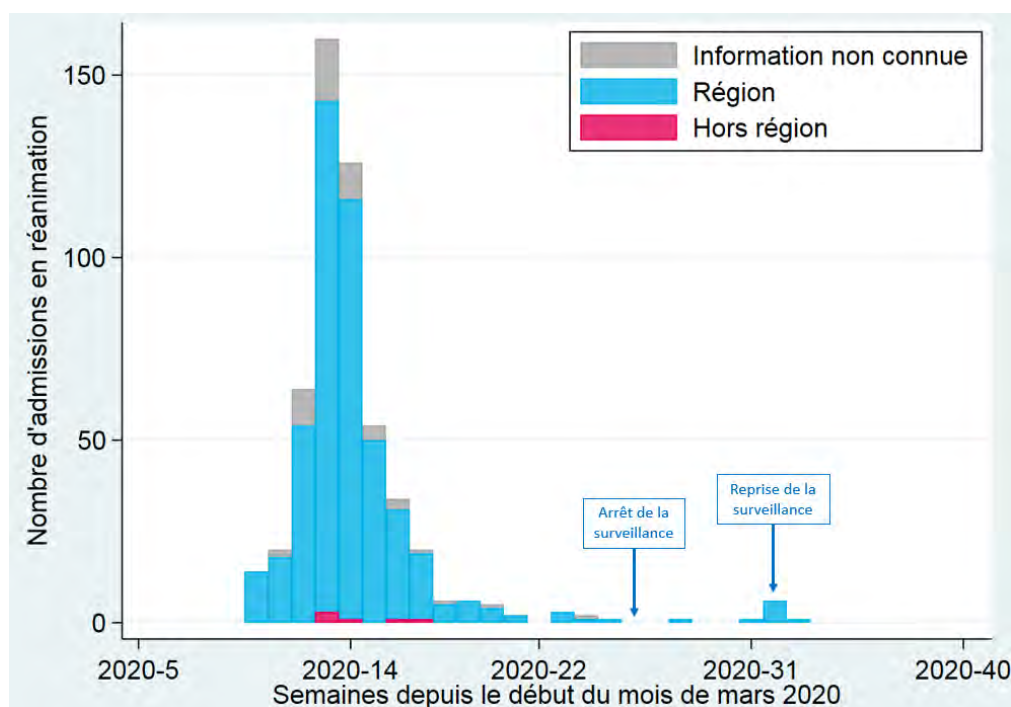
* Un cas peut présenter plusieurs FDR et prises en charge ventilatoire

** 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).

Figure 8. 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 12 août 2020.

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



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

Dans les Hauts-de-France, **98 clusters** dont 16 en EHPAD ont été identifiés entre le 9 mai et le 12 août 2020 : 67 dans le Nord, 18 dans le Pas-de-Calais, 5 dans l'Oise et 4 respectivement dans l'Aisne et la Somme.

Parmi ces 98 clusters, 74 ont été clôturés, 12 sont considérés comme maîtrisés et 12 sont actuellement en cours d'investigation/gestion, dont 2 en EHPAD.

Parmi les **12 clusters en cours d'investigation/gestion** au 12 août 2020 (dont les clusters en EHPAD), 10 sont dans le Nord, 1 est dans le Pas-de-Calais et 1 est dans la Somme.

Les clusters (hors EHPAD et milieu familial restreint) identifiés dans les Hauts-de-France depuis le début de la surveillance concernent principalement des entreprises privées et publiques (28 %), des établissements de santé (20 %) ou des situations en milieu familial élargi (15 %). La répartition typologique des clusters identifiés dans les Hauts-de-France est proche de celle observée au niveau national. (**Tableau 2**).

Au niveau national, au 11 août 2020, un total de **746 clusters** (hors EHPAD et milieu familial restreint) a été rapporté à Santé publique France depuis le 9 mai, dont 94 % en France métropolitaine.

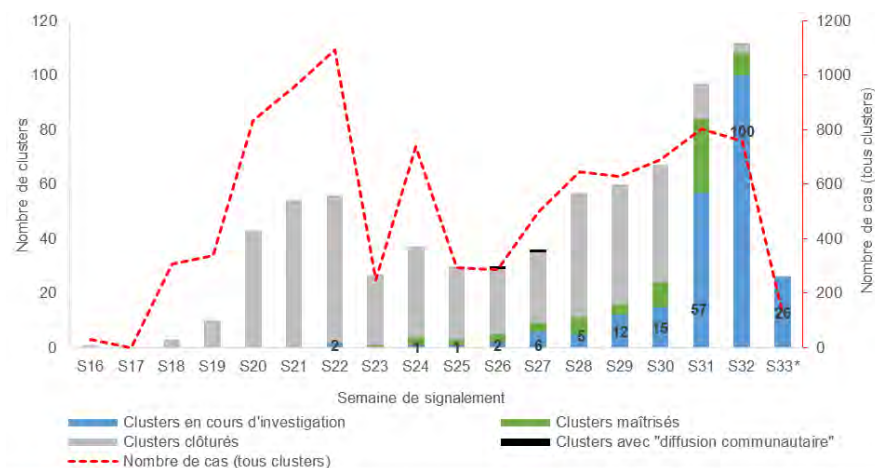
Au 11 août 2020, **au niveau national**, la **tendance hebdomadaire à la hausse des clusters depuis juillet s'est accentuée**, avec 112 clusters signalés en S32 (**Figure 9**), mais le fardeau moyen de cas par cluster semble moindre en juillet (10 cas par cluster contre 19 en mai-juin). ([cf. PE national pour plus de détails](#)).

Tableau 2. Typologie des clusters, hors Ehpads et milieu familial restreint, rapportés dans les Hauts-de-France et en France entre le 9 mai et le 11 août 2020 - (source MONIC)

Type de collectivités (hors EHPAD et milieu familial restreint)	Hauts-de-France		France	
	N=82	%	N=746	%
Entreprises privées et publiques (hors ES)	23	28	182	24
Etablissements de santé	16	20	116	16
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	12	15	108	14
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	9	11	60	8
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	3	4	67	9
EMS de personnes handicapées	0	-	29	4
Milieu scolaire et universitaire	4	5	25	3
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	2	2	27	4
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	5	6	19	3
Crèches	1	1	19	3
Etablissement pénitentiaires	0	-	9	1
Transport (avion, bateau, train)	0	-	7	1
Structures de l'aide sociale à l'enfance	1	1	4	1
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	-	0	-
Autres *	6	7	74	10

* dont 3 en centres de loisirs sans hébergement

Figure 9. Distribution hebdomadaire des clusters, hors Ehpads et milieu familial restreint, rapportés en France entre le 9 mai et le 11 août 2020 - (source : MONIC).



* données provisoires

Surveillance en établissements et services médico-sociaux

Dans la région Hauts-de-France, depuis le 28 mars et jusqu'au 10 août 2020, 839 épisodes avec un ou plusieurs cas liés au COVID-19 ont été enregistrés dans l'application Voozanoo® de Santé publique France, accessible via le portail national des signalements. Il s'agissait de 489 épisodes (58%) survenus en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements) et 350 épisodes (42%) dans d'autres établissements médico-sociaux (EMS).

Un total de 8 238 cas de COVID-19 (3 800 confirmés et 4 438 possibles) ont été recensés chez les résidents dans ces épisodes dont 903 ont été hospitalisés. Parmi ces cas possibles et confirmés, 714 sont décédés dans les établissements et 532 à l'hôpital. La date de début des signes du premier cas était comprise entre le 26 février et le 09 août 2020 (**Figures 10 et 11**).

Chez le personnel des établissements et services médico-sociaux de la région Hauts-de-France, 1 900 cas confirmés et 2 265 cas possibles ont été rapportés (**Tableau 3**).

Tableau 3. 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 Ehpads/EMS, données arrêtées au 10 août 2020

		Ehpa ¹	Autres EMS ^{2,3}	Total
Chez les résidents	Signalements ⁵	489	350	839
	Cas confirmés ⁶	3458	342	3800
	Cas possibles ⁷	3610	828	4438
	Nombre total de cas ^{6,7}	7068	1170	8238
	Cas hospitalisés ^{6,7}	823	80	903
	Décès hôpitaux ⁸	500	32	532
	Décès établissements ⁸	706	8	714
Chez le personnel	Cas confirmés ⁶	1580	320	1900
	Cas possibles ⁷	1445	820	2265
	Nombre total de cas ^{6,7}	3025	1140	4165

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 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.

Surveillance en établissements et services médico-sociaux (suite)

Figure 10. Distribution hebdomadaire des épisodes de COVID-19 survenus dans les EMS des Hauts-de-France, signalés dans Voozanoo entre le 26 mars et le 10 août 2020, selon la date de début des signes du 1^{er} cas et le type d'établissement (n=770). **Source :** Voozanoo, Santé publique France

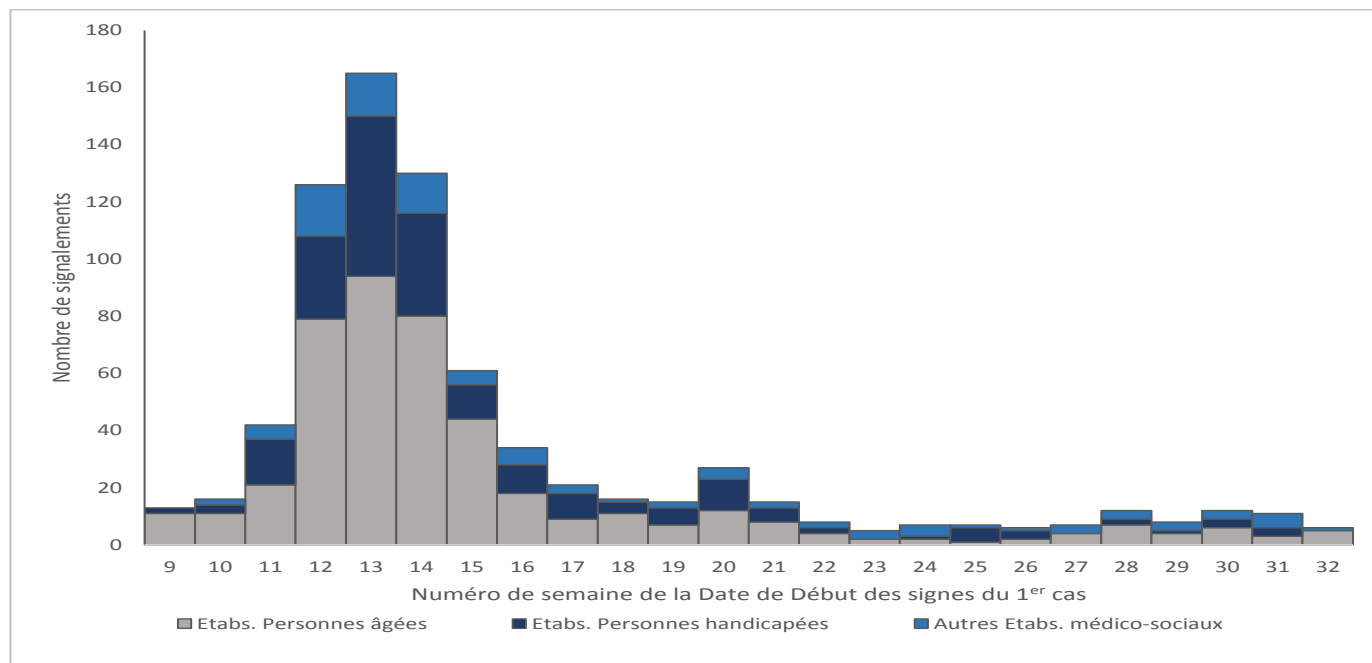
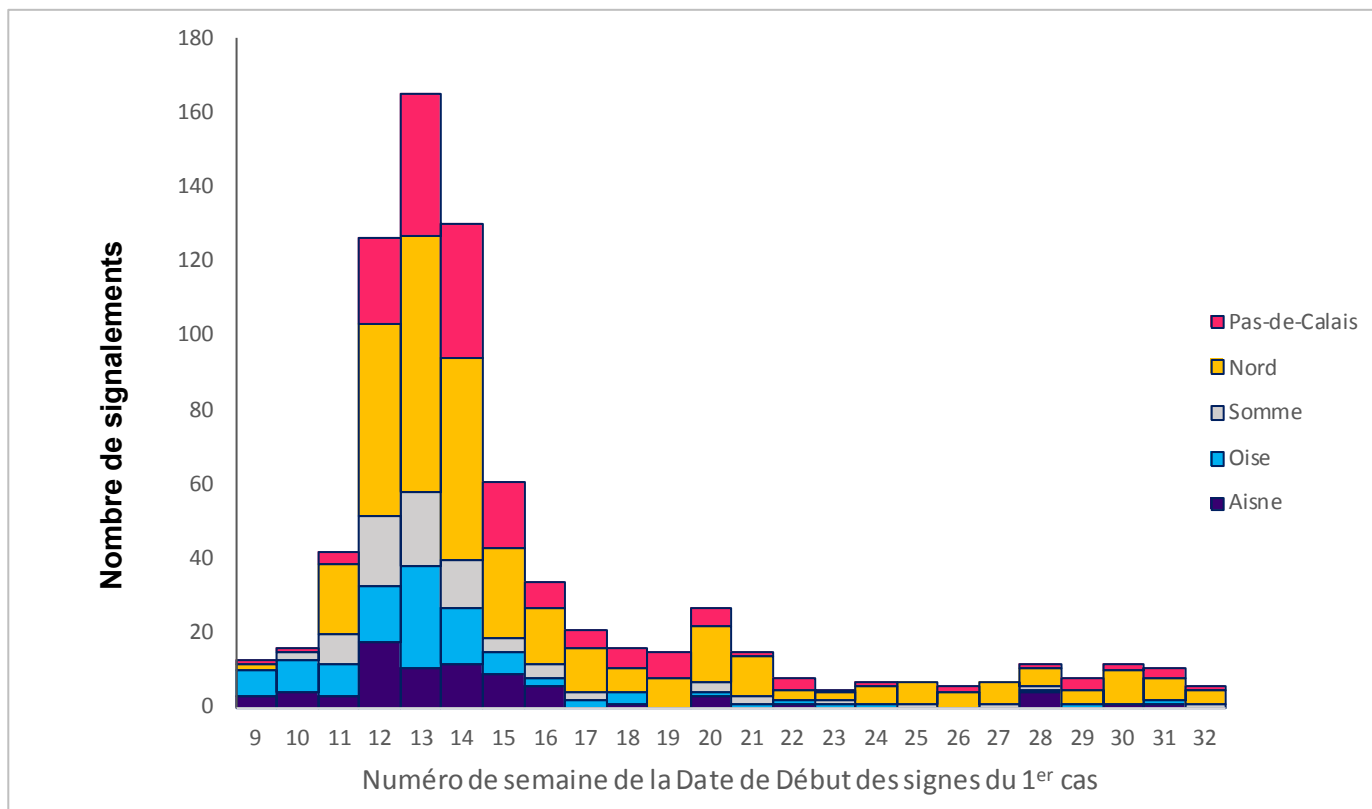


Figure 11. Distribution hebdomadaire des épisodes de COVID-19 survenus dans les EMS des Hauts-de-France, signalés dans Voozanoo entre le 28 mars et le 10 août 2020, selon de la date de début des signes du 1^{er} cas et le département de survenue (n=770). **Source :** Voozanoo, Santé publique France

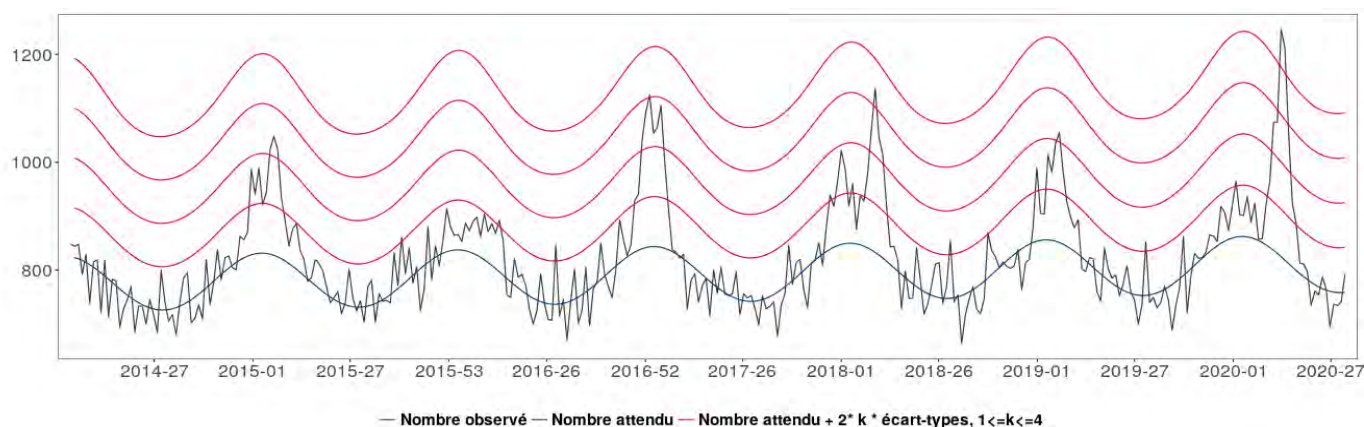


Surveillance de la mortalité

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 diminution constante à partir de la semaine 16 et, sous réserve de la consolidation des données, aucun excès significatif de mortalité n'a été observé 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 19 juillet 2020 (semaine 29). **Source :** Insee, services d'état-civil (Euromomo), au 3 août 2020.



Méthodes

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 terme de morbidité et de mortalité. Ci-dessous, une description succincte de chaque surveillance avec sa date de début.

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).

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).

IRA dans les établissements sociaux et médico sociaux (ESMS) : nombre d'épisodes de cas d'infection respiratoire aiguë basse (IRA) et de cas probables et confirmés de COVID-19 en ESMS 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).

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).

Taux de reproduction effectif « R » : (nombre moyen de personnes infectées par un cas) estimé selon la méthode de Cori, avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours permettant de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission (depuis le 28 mai).

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.

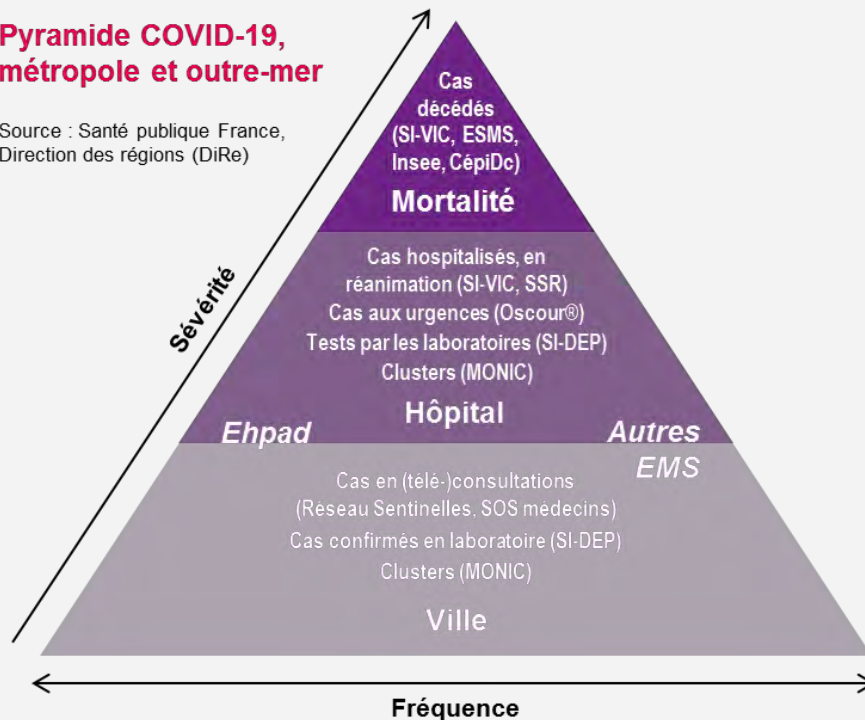
Retrouvez tous les [outils de prévention](#) destinés aux professionnels de santé et au grand public

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)



CèpiDc-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

HAEGHEBAERT Sylvie
HANON Jean-Baptiste
JEHANNIN Pascal
SHAIKOVA Arnoo
MAUGARD Charlotte
N'DIAYE Bakhao
PONTIES Valérie
PROUVOST Héléne
VAN BOCKSTAEL 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

13 août 2020

Numéro vert 0 800 130 000

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

Sites associés :

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

GÉODES
GÉO DONNÉES EN SANTÉ PUBLIQUE

ars
Agence Régionale de Santé
Hauts-de-France

**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

ecdc
EUROPEAN CENTRE FOR
DISEASE PREVENTION
AND CONTROL

**World Health
Organization**