

Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19 : médecins libéraux, SAMU Centre 15, médecins hospitaliers, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence, Cnam, Inserm.

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance, d'alerte et de prévention, analyse et publie les données concernant la COVID-19 issues de son réseau de partenaires et de ses propres études et enquêtes. **Ce bilan est basé sur les données rapportées à Santé publique France jusqu'au 23 décembre 2020.**

► Points clés

En semaine 51, poursuite de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé

- Augmentation du nombre de cas confirmés (+23%)
- Très forte augmentation de l'activité de dépistage (+74%) principalement chez les personnes asymptomatiques
- Stabilisation des nouvelles hospitalisations et admissions en réanimation à un niveau élevé
- Régions les plus touchées : Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est

Mortalité

- Mortalité élevée en France, avec un excès de mortalité très élevé en Auvergne-Rhône-Alpes

Prévention (Étude CoviPrev, mi-décembre 2020)

- Baisse de l'intention de vaccination contre la COVID-19
- Diminution de l'application des mesures de réduction des contacts

Santé mentale (Étude CoviPrev, mi-décembre 2020)

- Maintien à un niveau élevé des états anxieux et dépressifs dans la population

► Maintien nécessaire des mesures de prévention individuelles et de réduction des contacts

► En cas de symptômes, nécessité d'un isolement immédiat et réalisation d'un test dans les plus brefs délais

► Faciliter l'accès à l'information sur la vaccination contre la COVID-19

► Chiffres clés

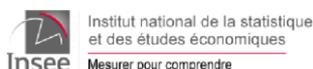
Indicateurs hebdomadaires semaine 51 (du 14 au 20 décembre 2020)

| | S51* | S50 | Évolution |
|--|--------|--------|-------------------|
| Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP) | 98 280 | 80 104 | +23% |
| Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP) | 4,3% | 6,1% | -1,8 point |
| Taux de dépistage (/100 000 habitants) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP) | 3 385 | 1 944 | +74% |
| Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 | 2 302 | 2 203 | +4% |
| Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®) | 5 108 | 4 630 | +10% |
| Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC) | 8 672 | 8 608 | +1% |
| Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC) | 1 156 | 1 146 | +1% |
| Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès en hospitalisation et I décès en EHPA et autres EMS) | 2 226 | 2 878 | Non consolidée |

* Données non consolidées

Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 22 décembre 2020

| | |
|--|---------|
| Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC) | 253 775 |
| Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS) | 61 702 |



► Point de situation en semaine 51 (du 14 au 20 décembre 2020)

En semaine 51 (du 14 au 20 décembre 2020), **la circulation du SARS-CoV-2 se poursuit à un niveau élevé. La situation, à la veille des fêtes de fin d'année, reste préoccupante, laissant craindre une reprise de l'épidémie dans les semaines à venir.**

Au cours de la semaine 51, le nombre de tests a fortement augmenté et environ 14 000 nouveaux cas ont été confirmés, en moyenne, chaque jour en France. Parmi ces derniers, la moitié ne présentaient pas de symptômes.

En milieu hospitalier, les nombres de nouvelles hospitalisations et d'admissions en réanimation étaient stables pour la 2^e semaine consécutive, mais le nombre de patients hospitalisés pour COVID-19 restait à un niveau élevé. **Le 22 décembre 2020**, 24 964 personnes atteintes de COVID-19 étaient hospitalisées en France, dont 2 728 en réanimation.

Le nombre de **nouveaux décès liés à la COVID-19, incluant les décès survenus à l'hôpital et en établissements médico-sociaux, restait également très élevé en semaine 51**. Ce nombre était stable en semaine 50, après consolidation des données. L'évolution des décès de la semaine 51 reste à confirmer du fait du délai de consolidation plus long des données de mortalité, notamment pour les décès survenus en établissements médico-sociaux. En semaine 50, le nombre des décès survenus en milieu hospitalier était en diminution.

Par ailleurs, à la veille du déploiement de la vaccination contre la COVID-19, il est important de **faciliter l'accès à l'information sur cette vaccination dans le but d'augmenter l'adhésion de la population.**

Les mesures de prévention individuelles et de distanciation sociale restent essentielles, notamment lors des regroupements familiaux, pour protéger les personnes vulnérables vis-à-vis de la COVID-19. Associées aux mesures collectives, ces mesures sont actuellement les seuls moyens permettant de freiner la circulation du virus SARS-CoV-2 et d'en réduire l'impact sur le système de soins et la mortalité.

Il reste enfin déterminant que chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 s'isole immédiatement et réalise un test diagnostique dans les plus brefs délais. L'utilisation des outils numériques (TousAntiCovid) est également recommandée pour renforcer les mesures de suivi des contacts et d'isolement rapide.

Un nouveau variant du SARS-CoV-2 a été détecté mi-décembre au Royaume-Uni (VUI-202012/01 pour *Variant Under Investigation*, année 2020, mois 12, variant 01). En France, des mesures sont en cours de déploiement afin d'identifier la présence et la circulation de ce nouveau variant au travers des données de séquençage des virus, et des conduites à tenir sont en cours de diffusion auprès des différents acteurs impliqués dans la lutte contre l'épidémie.

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE | 4 |
| SURVEILLANCE VIROLOGIQUE | 6 |
| ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS | 14 |
| SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX..... | 19 |
| PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®) | 22 |
| NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif » | 23 |
| SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER | 25 |
| SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ..... | 33 |
| SITUATION INTERNATIONALE..... | 39 |
| PRÉVENTION | 42 |
| SYNTHÈSE | 47 |
| SOURCES DES DONNÉES | 51 |

Les données de « **Surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques** », « **Surveillance des professionnels en établissements de santé** » et « **Signalement d'infections à SARS-CoV-2 nosocomiales** » sont présentées une semaine sur deux.

Bilan des clusters : Le nombre de clusters a augmenté de façon importante depuis la mise en place du système d'information « Monic » (SI-Monic). Cependant, ce nombre est actuellement fortement sous-estimé. Depuis plusieurs semaines, la notification des clusters et leur saisie dans SI-Monic sont priorisés de façon hétérogène selon les régions et les décisions prises par les Agences régionales de santé, la priorité pouvant être donnée à la criticité des clusters ou à certaines collectivités. Il n'est donc pas possible actuellement de produire des indicateurs nationaux de qualité à partir de la base de données issue du SI-Monic. Le SI-Monic constituera à nouveau un outil pertinent si les niveaux de transmission du SARS-CoV-2 atteignent ceux ayant justifié sa mise en place à la sortie du premier confinement en mai 2020.

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE

► Réseau Sentinelles

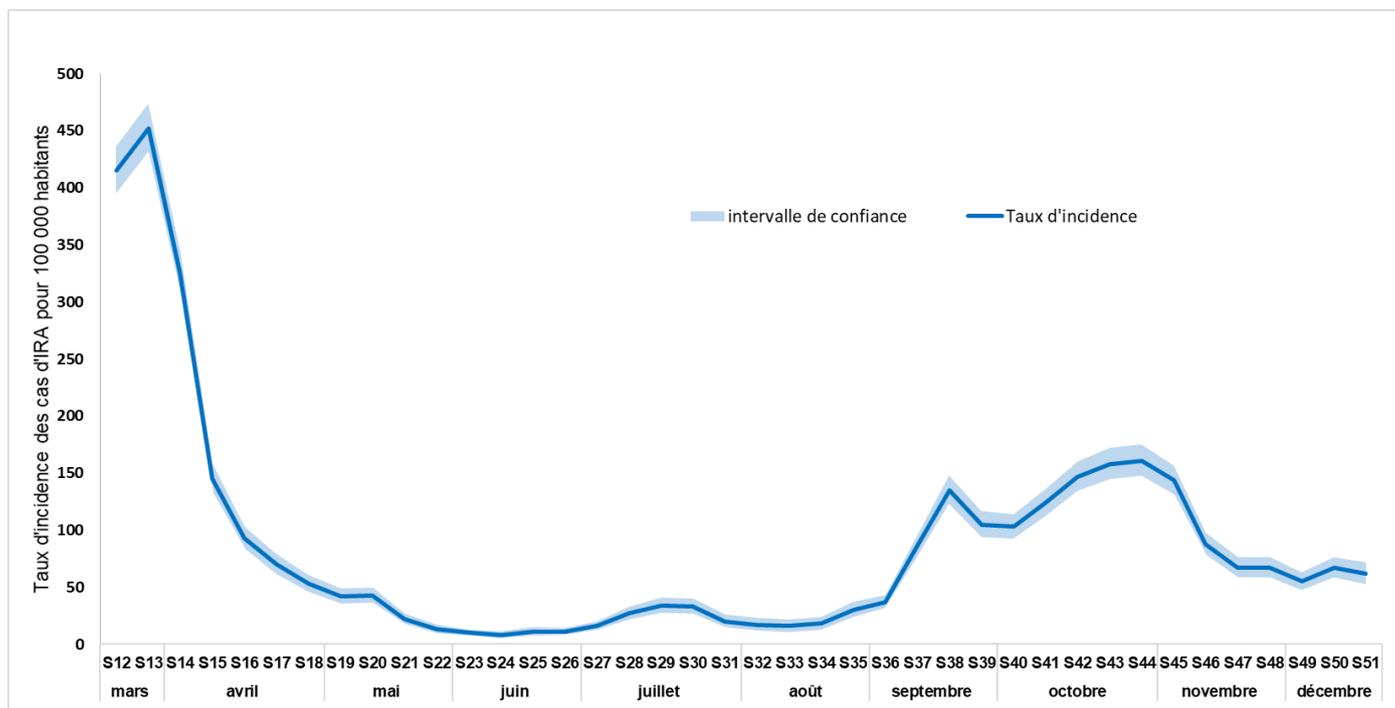
La surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale par le Réseau Sentinelles permet d'estimer leur incidence en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées, depuis le 13 septembre 2020, par une surveillance virologique pour une partie des personnes chez lesquelles sont réalisés des prélèvements. Les résultats des deux dernières semaines seront consolidés dans les prochaines semaines.

• **En semaine 51** (du 14 au 20 décembre 2020), le **taux d'incidence de consultations pour une IRA a été estimé à 61/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [51-71]) en France métropolitaine, stable par rapport à celui de la semaine 50 : 67/100 000 habitants (IC95% : [58-76]) (Figure 1).

• **En semaine 51**, sur les 23 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA, aucun ne s'est avéré positif pour le SARS-CoV-2, 8 étaient positifs pour un rhinovirus. Aucun n'était positif pour un virus grippal.

• Depuis la semaine 37, sur les 500 prélèvements effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés sur prélèvement nasopharyngé, 94 (19%) étaient positifs pour le SARS-CoV-2, 211 (42%) pour un rhinovirus, 1 pour un virus respiratoire syncytial (VRS) et 4 pour un métapneumovirus. Un prélèvement s'est avéré positif pour un virus grippal de type B Victoria en semaine 49.

Figure 1. Taux d'incidence (/100 000 habitants) des cas d'IRA vus en médecine générale, par semaine, depuis la semaine 12 (du 16 au 22 mars 2020), France métropolitaine



Semaine 51 : données non consolidées

Source : Réseau Sentinelles

► Associations SOS Médecins

- Depuis le 03 mars 2020, **158 217 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 21 décembre 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

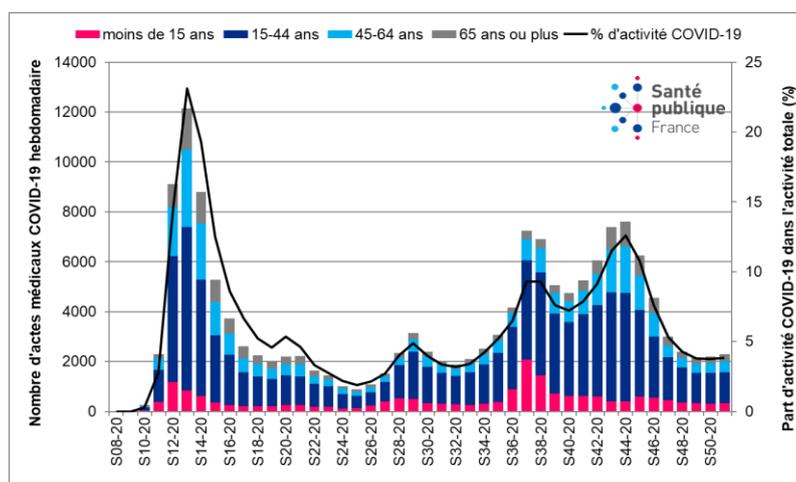
- **En semaine 51 (du 14 au 20 décembre 2020), 2 302 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. La majorité des actes étaient enregistrés en Île-de-France (15%), Auvergne-Rhône-Alpes (13%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (13%), Nouvelle-Aquitaine (11%), Grand Est (10%) et Hauts-de-France (10%).

- Une augmentation du **nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19** est observée en **S51**, avec une évolution de +4,5% (vs +2,8% en S50) (2 302 en S51 vs 2 203 en S50 – données consolidées).

- Cette hausse était proportionnellement plus importante chez les enfants (+14% soit +42 actes) que chez les adultes (+3% soit +52 actes). Elle s'observait dans plus de la moitié des régions : Corse (+86% soit +6 actes), Bretagne (+66% soit +47 actes), Occitanie (+40% soit +29 actes), Pays de Loire (+28% soit +24 actes), Normandie (+5% soit +14 actes), Hauts-de-France (+14% soit +28 actes), Nouvelle-Aquitaine (+11% soit +25 actes). Dans les autres régions, les recours étaient stables ou en baisse.

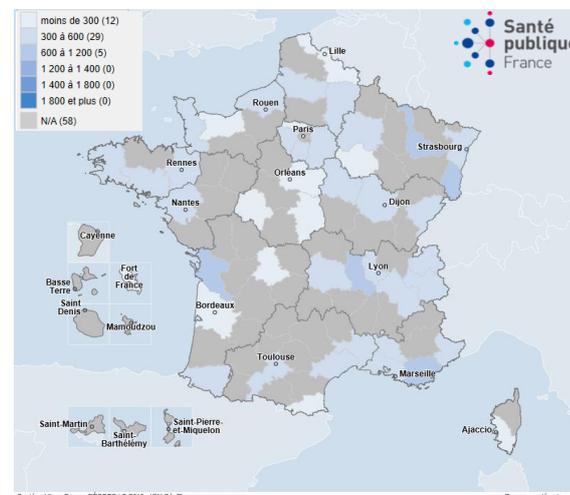
- La **part des actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était stable à 3,9% (vs 3,8% en S50) (Figure 2).

Figure 2. Nombre hebdomadaire d'actes SOS Médecins et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par classe d'âge, depuis le 26 février 2020, France



Source : SOS Médecins

Figure 3. Taux hebdomadaire d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 actes médicaux SOS Médecins, par département, semaine 51/2020, France



Source : SOS Médecins

Pour en savoir + sur les données SOS Médecins consulter [GEODES](#)

SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

La surveillance virologique basée sur les laboratoires permet de déterminer et suivre l'évolution, dans le temps et par région ou département, des taux d'incidence (nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population), des taux de positivité (nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 rapporté au nombre de personnes testées) et des taux de dépistage (nombre de personnes dépistées rapporté à la population).

Jusqu'au 12 mai 2020, cette surveillance s'est appuyée sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 Labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie) et par les laboratoires hospitaliers. Depuis le 13 mai, elle repose sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage), dont la montée en charge a été progressive.

SI-DEP vise au suivi exhaustif de toutes les personnes testées en France pour le diagnostic et le dépistage de la COVID-19 dans les laboratoires de ville, les laboratoires hospitaliers et par les autres professionnels de santé.

Sont actuellement pris en compte dans les indicateurs SI-DEP les tests RT-PCR, les tests antigéniques réalisés en laboratoire (TDR, depuis le 17 octobre) ainsi que ceux réalisés hors laboratoire (TROD, depuis le 16 novembre).

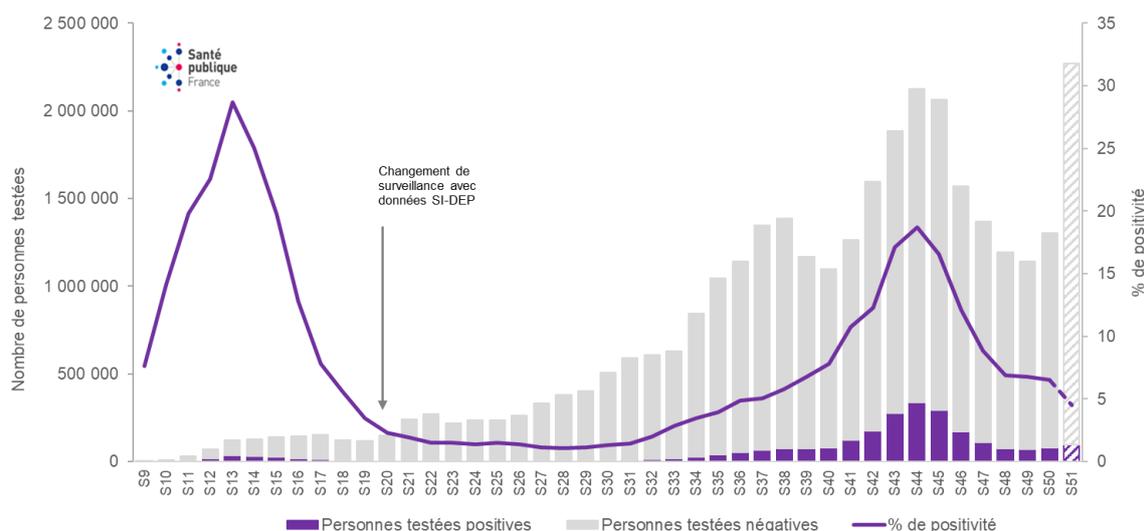
Lorsque le code postal de la personne testée est disponible, les données sont attribuées au département et région de résidence ; lorsqu'il ne l'est pas, les données ne sont prises en compte que pour les analyses nationales (région et département non disponibles).

Cas confirmé de COVID-19 : une personne présentant une infection par SARS-CoV-2 confirmée par test RT-PCR ou test antigénique, que cette personne soit symptomatique ou asymptomatique (voir [définition de cas](#)).

► Au niveau national : cas confirmés, taux d'incidence, de positivité et de dépistage

● Au niveau national, en semaine 51, 2 272 074 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 1 304 856 en S50, soit +74 %). En S51, **98 280 nouveaux cas confirmés** ont été rapportés, **nombre en augmentation** par rapport à celui de la semaine 50 où 80 104 nouveaux cas avaient été rapportés, soit +23%. Au 23 décembre 2020, **un total de 2 505 875 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020 (Figures 4 et 5).

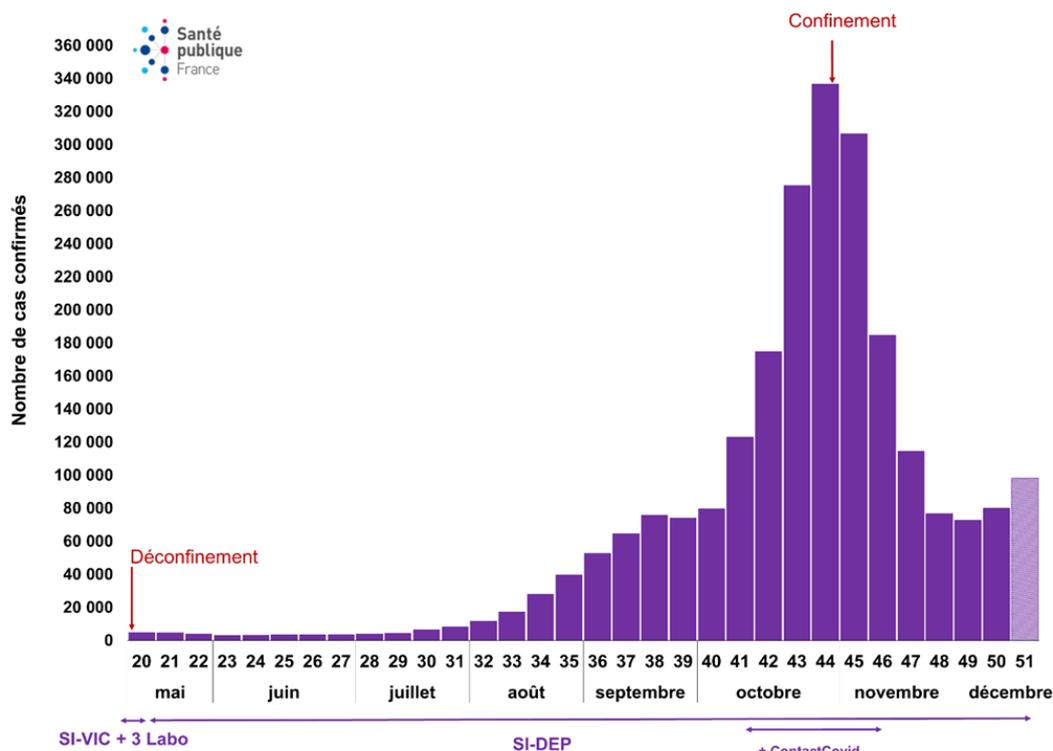
Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine, France (données au 23 décembre 2020)



Semaine 51 : données non consolidées

Source S9-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20 : SI-DEP

Figure 5. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement), rapportés à Santé publique France du 11 mai au 20 décembre 2020, France (données au 23 décembre 2020)



Semaine 51 : données non consolidées

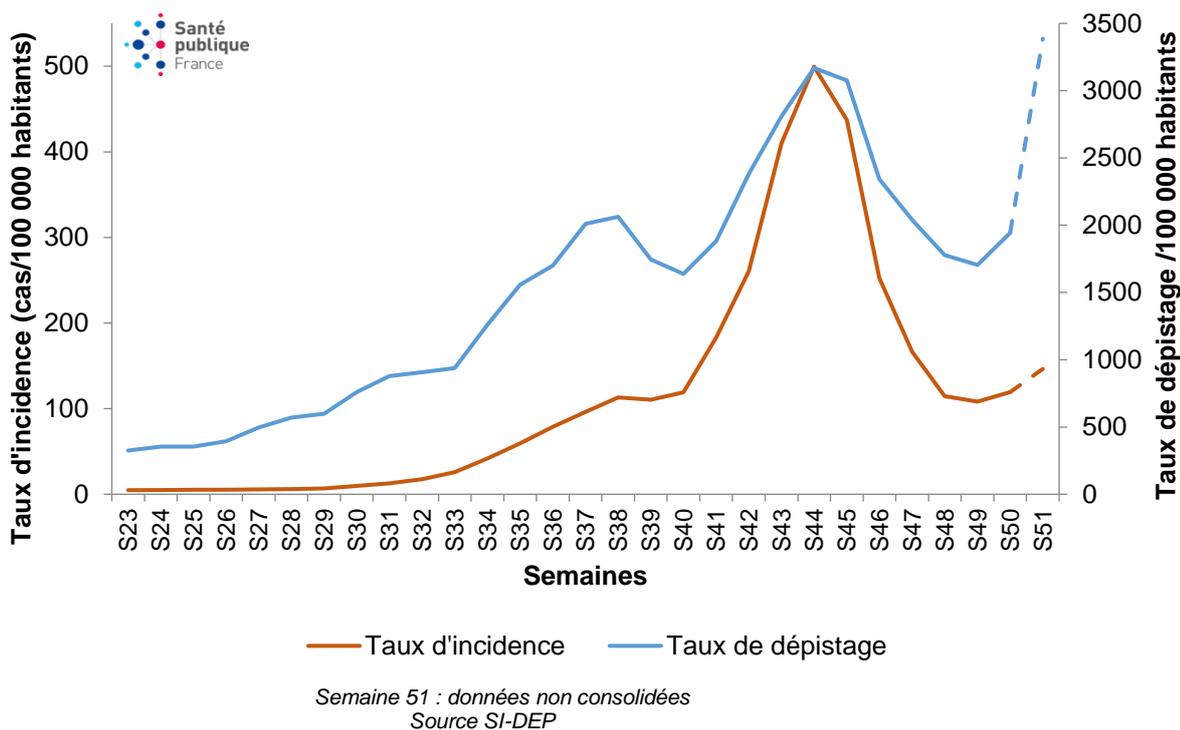
Note : Du 21 janvier au 25 mars 2020, 25 233 cas de COVID-19 ont été signalés à Santé publique France via l'application GoData ou par transmission des cellules régionales de Santé publique France. Entre le 26 mars et le 12 mai 2020, 115 010 cas confirmés ont été rapportés (cas incidents hospitaliers et cas positifs en laboratoire) par les remontées des données de laboratoires de biologie médicale (source 3 Labo) et des patients hospitalisés pour COVID-19 (source SI-VIC). Pendant cette période toutes les personnes présentant des signes de COVID-19 n'ont pas systématiquement bénéficié d'un test biologique pour confirmer une infection (recommandations ministérielles du 13 mars 2020). Le nombre réel de cas de COVID-19 en France était donc supérieur au nombre estimé de cas confirmés pendant cette période.

Depuis le 13 mai 2020, les cas de COVID-19 testés par RT-PCR sont rapportés par le Système d'information de dépistage (SI-DEP).

Du fait de l'intégration incomplète des TA TROD dans la base SI-DEP au cours des premières semaines, ont été pris en compte dans le calcul des cas confirmés les cas de COVID-19 confirmés par TA et transmis par l'Assurance maladie par la base ContactCovid (soit 41 291 cas jusqu'au 19 novembre 2020). Les données intégrées dans le système SI-DEP permettent théoriquement d'estimer le nombre réel de cas de COVID-19 en France. Ce nombre peut cependant être sous-estimé du fait de l'absence de dépistage systématique de personnes infectées symptomatiques ou asymptomatiques.

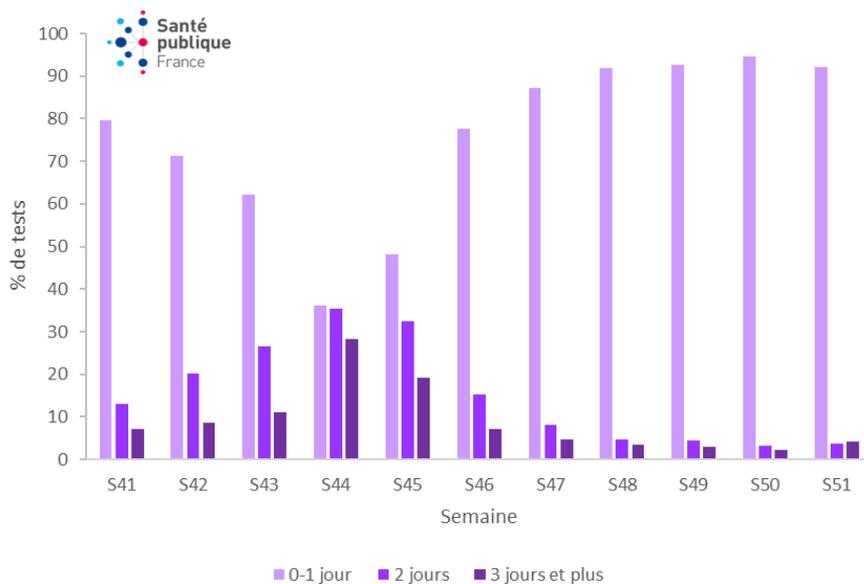
- En S51, **Le taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **4,3%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), en diminution par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (6,1% en S50) (Figure 4).
- **Le taux national d'incidence** des cas confirmés (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de **146 cas /100 000 habitants** en S51 et **en augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (119 cas /100 000 hab. en S50, +23%) (Figure 6).
- **Le taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **3 385/100 000 habitants**, **en forte augmentation** par rapport à la semaine 50 (1 944/100 000 hab., +74%) (Figure 6).

Figure 6. Évolution des taux d'incidence et taux de dépistage par semaine, depuis la semaine 23/2020, France (données au 23 décembre 2020)



• La proportion des tests effectués en S51 et intégrés dans la base SI-DEP de Santé publique France le jour même où le lendemain du prélèvement était de 92%, en légère diminution par rapport à la semaine précédente (95% en S50) (Figure 7).

Figure 7. Délai entre la date de prélèvement et l'intégration des données dans la base SI-DEP, S41 à S51/2020, France (données au 23 décembre 2020)

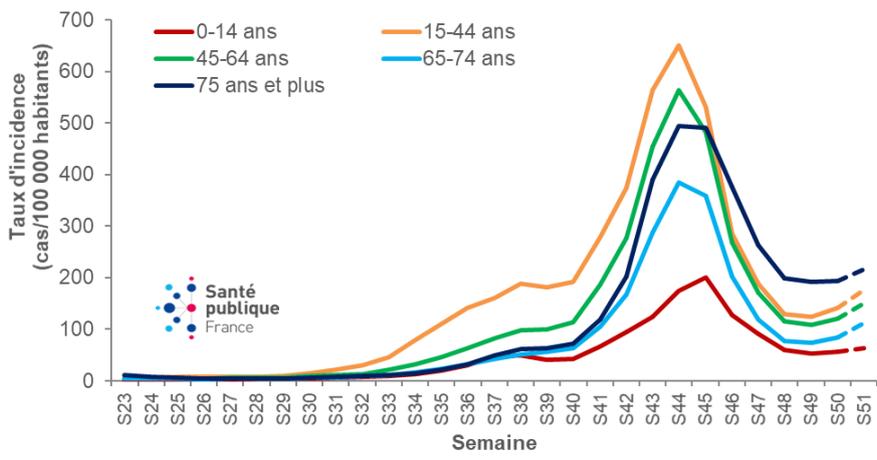


Analyse par classes d'âge

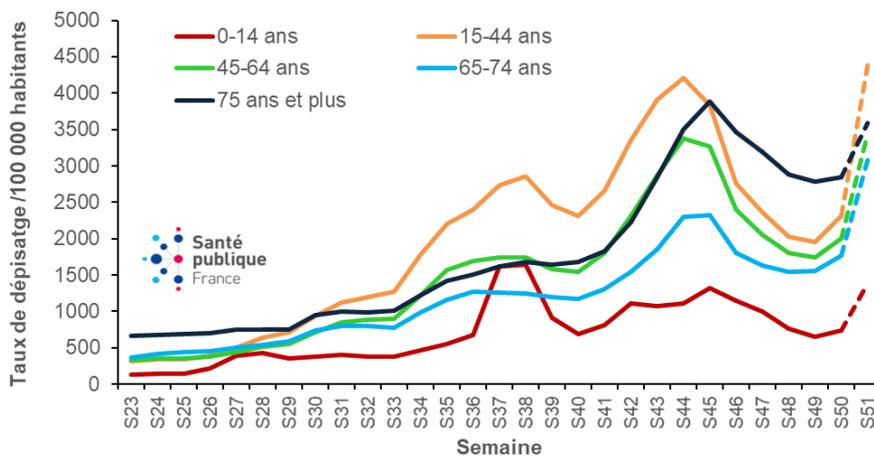
- En semaine 51, au niveau national, le **taux d'incidence** (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 64 chez les 0-14 ans, 177 chez les 15-44 ans, 150 chez les 45-64 ans, 112 chez les 65-74 ans et 216 chez les 75 ans et plus (Figure 8a).
- En semaine 51, le **taux d'incidence a augmenté par rapport à la S50 dans toutes les classes d'âge**. L'augmentation la plus marquée était observée chez les 65-74 ans (+33%) suivi par les 15-44 ans (+26%), les 45-64 ans (+24%), les 0-14 ans (+15%) et les 75 ans et plus (+12%) (Figure 8a).
- En semaine 51, par rapport à la S50, le **taux de dépistage était en forte augmentation dans toutes les classes d'âge**. L'augmentation la plus marquée était observée chez les 15-44 ans (+90%), suivi par les 0-14 ans (+87%), les 65-74 ans (+74%), les 45-64 ans (+71%) et les 75 ans et plus (+26%) (Figure 8b).
- En semaine 51, le **taux de positivité** des personnes testées était en diminution dans l'ensemble des classes d'âge par rapport à la S50 : chez les 0-14 ans (-2,9 points), les 15-44 ans (-2,1 points), les 45-64 ans (-1,7 point), les 65-74 ans (-1,1 point) et les 75 ans et plus (-0,7 point) (Figure 8c).

Figure 8. Évolution des taux d'incidence (8a), de dépistage (8b) et de positivité (8c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (données au 23 décembre 2020)

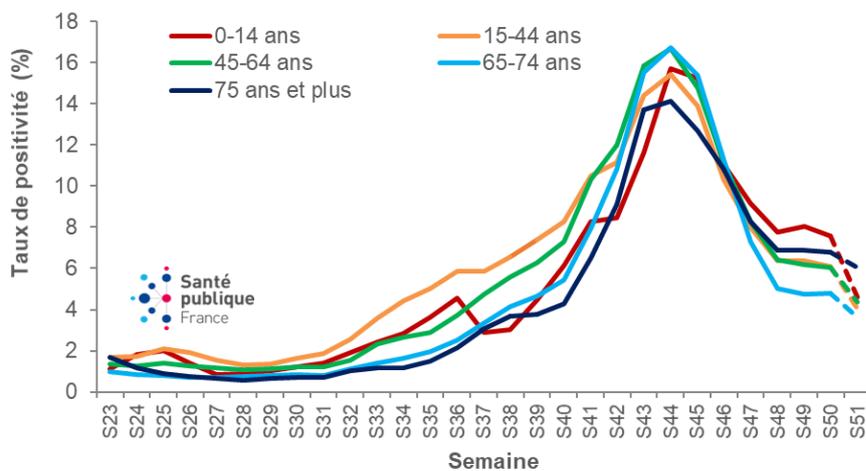
8a



8b



8c



Semaine 51 : données non consolidées
Source : SI-DEP

Dépistage selon la présence de symptômes

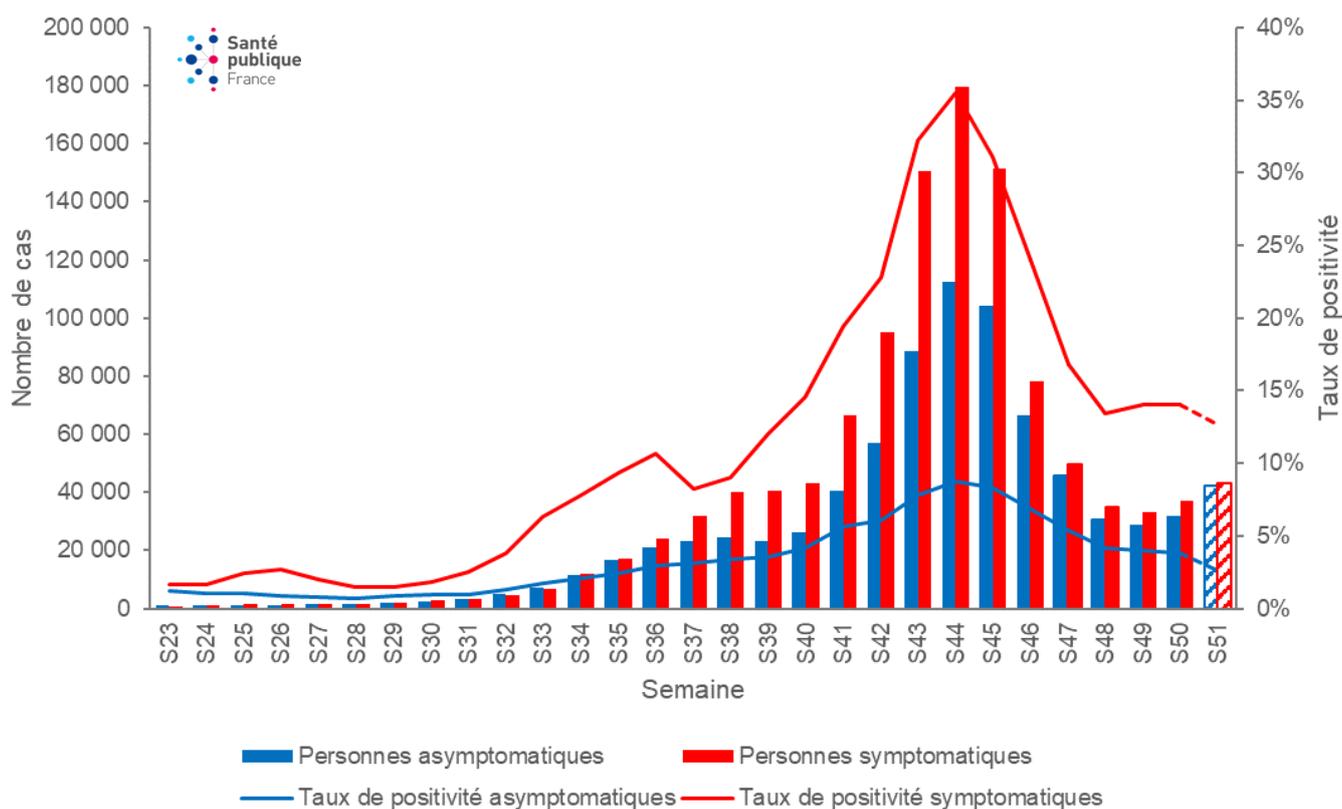
- **Parmi l'ensemble des personnes testées en S51** (quel que soit le résultat du test), 83% se déclaraient sans symptôme, proportion en augmentation par rapport à la S50 (76%). Le nombre de personnes testées a augmenté en S51 par rapport à la S50, à la fois chez les personnes symptomatiques (340 236 en S51 vs 263 740 en S50, soit +29%) et chez les personnes non symptomatiques (1 635 920 en S51 vs 831 336 en S50, soit +97%).

- **La moitié des cas positifs (50,4%) présentaient des symptômes** (données disponibles pour 85 240 cas). Cette proportion était stable par rapport à la S50 (53,9%) (Figure 9).

- En S51, par rapport à la S50, **une hausse des nombres de cas était observée chez les personnes testées symptomatiques** (42 961 vs 37 144 en S50, soit +15,7%) **et chez les personnes testées asymptomatiques** (42 279 vs 31 824 en S50, soit +32,9%) (Figure 9).

- En S51, le **taux de positivité était de 12,6% chez les personnes symptomatiques, en diminution par rapport à la S50** (14,1%). Il était de **2,6% chez les asymptomatiques** (vs 3,8% en S50) (Figure 9).

Figure 9. Évolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 et du taux de positivité selon la présence ou non de symptômes (1 981 874 cas décrits), par semaine depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (données au 23 décembre 2020)



Semaine 51 : données non consolidées
Source : SI-DEP

► Au niveau régional

Pour plus d'information, les données régionales détaillées sont accessibles sur [GEODES](#) et sont mises en perspective dans les [points épidémiologiques régionaux](#).

En métropole

- **En France métropolitaine**, 96 656 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 51, en hausse par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S50 avec 78 843 nouveaux cas, +23%). **Le taux de positivité** était de 4,3% en S51, en diminution par rapport à la S50 (6,2% en S50). **Le taux d'incidence** des cas confirmés **a augmenté** en S51 avec **149 cas/100 000 habitants** (vs 121/100 000 en S50, +23%). **Le taux de dépistage** était de **3 433/100 000 habitants** en S51, **en augmentation** par rapport à la semaine précédente (1 964/100 000 en S50, +75%).

- **Au niveau départemental**, le **taux d'incidence** des cas confirmés **était, en semaine 51, au-dessus du seuil d'alerte de 100/100 000 habitants dans 67 départements métropolitains (64 départements en S50)**. Les départements présentant les taux d'incidence (/100 000 habitants) les plus élevés étaient la Haute-Marne (336), les Vosges (333), les Ardennes (325), la Meuse (320), le Doubs (306) et le Jura (300), taux en augmentation par rapport à la S50 (Figure 10a).

- **Le taux de positivité** n'était supérieur à 10% dans aucun département en S51 (6 en S50). Les taux de positivité les plus élevés étaient rapportés dans la Haute-Marne (9,9%), le Jura (9,5%), le Doubs (9,2%), l'Aisne (8,9%) et les Vosges (8,8%) (Figure 10b).

- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage (/100 000 habitants)** en S50 étaient le Cantal (6 907), Paris (6 625), l'Allier (6 131), la Savoie (6 062), le Rhône (5 975) et le Puy-de-Dôme (5 963) (Figure 10c).

En outre-mer

- **À Saint-Martin**, les indicateurs SI-DEP étaient en diminution en S51, avec un taux d'incidence de 108/100 000 habitants (159 en S50) et un taux de positivité de 4,7% (vs 9% en S50).

- **En Guyane**, les indicateurs étaient en hausse en semaine 50, le taux d'incidence était de 190/100 000 habitants en S51 (135 en S50) et le taux de positivité était de 7,5% en S51 (vs 7,4 % en S50).

- **En Guadeloupe**, les indicateurs étaient **en légère hausse** en S51 : le taux d'incidence était de 19/100 000 habitants (12 en S50) et le taux de positivité était de 2,4% (vs 2,1% en S50).

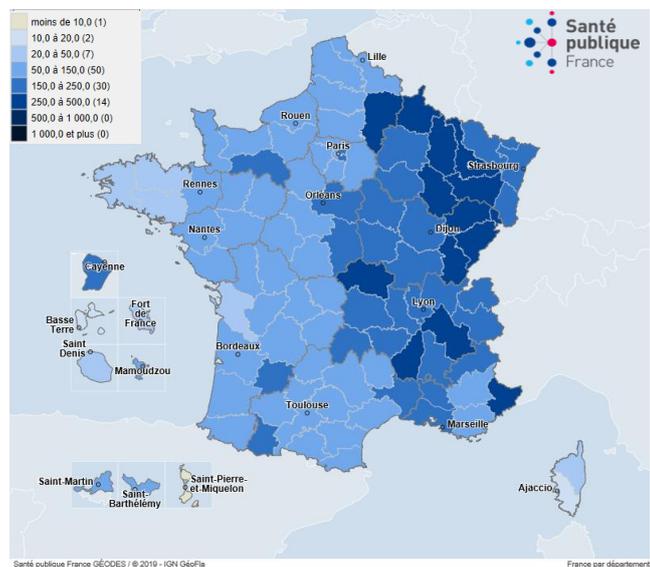
- **En Martinique**, les indicateurs SI-DEP étaient **légère augmentation** en S51, avec un taux d'incidence de 26/100 000 habitants (18 en S50) et un taux de positivité de 2,6% (2,4% en S50).

- **À Mayotte**, les indicateurs SI-DEP étaient **quasiment stables** en S51 : le taux d'incidence était de 53/100 000 habitants (51 en S50) et le taux de positivité de 6% (5,8% en S50).

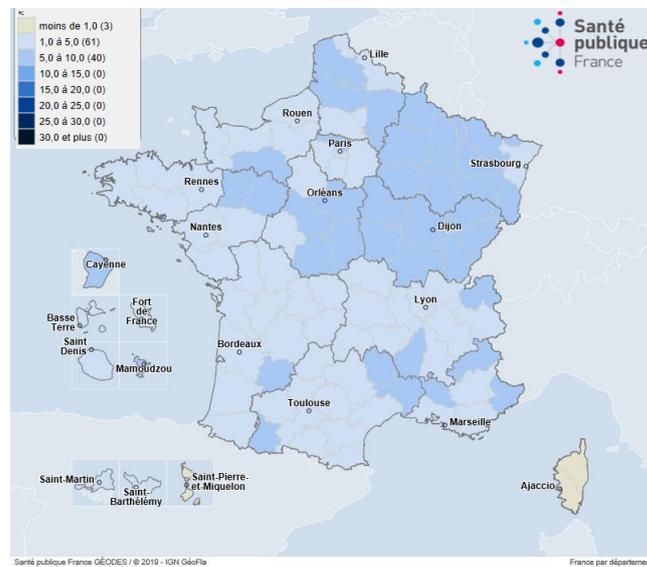
- **À La Réunion**, les indicateurs SI-DEP étaient **stables** en S51 : le taux d'incidence était de 30/100 000 habitants (28 en S50) et le taux de positivité de 2,1% (2,4% en S49).

Figure 10. Taux d'incidence (/100 000 habitants) (10a), de positivité (10b) et de dépistage (nombre de tests/100 000 habitants) (10c) pour le SARS-CoV-2 du 14 au 20 décembre, par département, France (données au 23 décembre 2020)

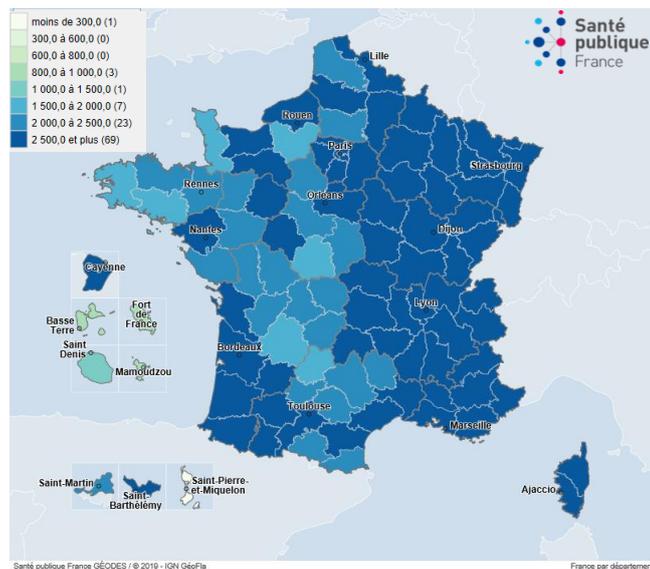
10a



10b



10c



Source : SI-DEP

Pour en savoir + sur les données SI-DEP consulter [GEODES](#)

ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

Le suivi des personnes contacts des personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 vise à : 1- limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas ; 2 - détecter et briser prospectivement les chaînes de transmission le plus rapidement possible par l'identification des personnes-contacts à risque et leur isolement ; 3- repérer d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle. Cette stratégie repose sur une organisation en trois niveaux mobilisant les professionnels de santé de médecine de ville et des établissements de santé, l'Assurance maladie et les Agences régionales de santé en lien avec les cellules régionales de Santé publique France. Les données recueillies par la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie) dans le cadre des actions de suivi des contacts (base de données ContactCovid) permettent de s'assurer de l'efficacité de ce dispositif de suivi et complètent les données de surveillance pour évaluer la situation épidémiologique.

Les indicateurs sont produits à partir de ContactCovid, base de données individuelles anonymisées, selon la méthodologie présentée dans le Point épidémiologique du 17 septembre 2020. La définition des contacts à risque est disponible sur le site de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/media/files/01-maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/definition-de-cas-16-11-20>

L'année de naissance des personnes (cas et contacts) enregistrées dans la base ContactCovid est transmise à Santé publique France depuis le 22 octobre 2020, avec des données rétrospectives jusqu'au mois de juillet 2020.

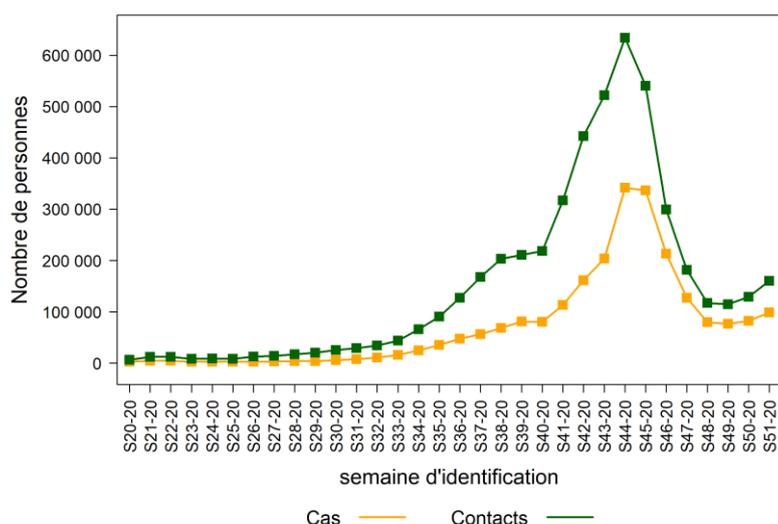
► Évolution du nombre de cas et de personnes-contacts à risque identifiés

- Au cours de la semaine 51 on observe, **pour la deuxième semaine consécutive, une hausse du nombre de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts**, avec 98 589* nouveaux cas confirmés (vs 82 670 en S50, soit +19%) et 160 151 nouvelles personnes-contacts à risque (vs 129 071 en S50, soit +24%) (Figure 11).

- En semaine 51, on constate une forte augmentation de la part des diagnostics réalisés par test antigénique, avec **25,8% des nouveaux cas diagnostiqués par tests antigéniques** (vs 20,2% en S50). Au niveau régional, cet indicateur était le plus élevé à Mayotte (57,5%), en Île-de-France (38,4%), Auvergne-Rhône-Alpes (32,9%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (30,4%) et Guadeloupe (29,9%), et le plus faible à La Réunion (5,1%), en Martinique (8,1%), Guyane (10,7%), Bretagne (11,1%) et Nouvelle-Aquitaine (16,1%).

- Une **augmentation de la part des cas asymptomatiques parmi les cas diagnostiqués par tests antigéniques** est observée en S51 (42% vs 36% en S50).

Figure 11. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine du 13 mai au 20 décembre 2020, France



*Le nombre de cas enregistré diffère des données de surveillance issues de SI-DEP du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid.

En semaine 43, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique.

Source : ContactCovid – Cnam

- En semaine 51, la moyenne d'âge des cas confirmés était de 45 ans, un chiffre stable sur les dernières semaines (46 ans depuis S48). De même, l'âge moyen des personnes-contacts à risque identifiées était stable, avec une valeur de 34 ans en S51 (vs 33 ans en S50). Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus a augmenté très légèrement (8,2% vs 7,8% en S50).

► Proportion des cas et des personnes-contacts à risque investigués

Tous les cas confirmés de COVID-19 signalés à l'Assurance maladie reçoivent en premier lieu un message SMS leur demandant de préparer un entretien téléphonique et d'établir la liste de leurs personnes-contacts à risque. Ces personnes-contacts sont informées par SMS contenant un lien cliquable qui renvoie vers un site internet présentant leurs droits et l'ensemble des informations portant sur les mesures sanitaires à respecter. Les personnes-contacts qui ne vont pas au bout de la démarche sur le site internet ou celles pour lesquelles l'Assurance maladie ne dispose pas de numéro de téléphone portable continuent à être appelées.

Ainsi, une personne-contact prise en charge par l'Assurance maladie pour ce suivi correspond soit à une personne ayant reçu un SMS et ayant été au bout du processus sur le site internet, soit à une personne contactée par téléphone.

● **En semaine 51, la proportion de cas et de personnes-contacts à risque ayant pu être investigués par l'Assurance maladie a diminué d'un point par rapport à S50 (93% pour les cas et 97% pour les personnes-contacts)** (Tableau 1). Treize pour cent des personnes-contacts ont été informées sans appel car ayant été au bout de la démarche sur le site internet (vs 12% en S50).

● **La proportion de cas ayant pu être investigués était plus importante chez les personnes âgées de moins de 65 ans.** Elle était de 95% pour les moins de 14 ans, 94% pour les 15-44 ans, 95% pour les 45-64 ans, **et toujours plus faible pour les plus âgés** : 92% pour les 65-74 ans et 86% pour les personnes de 75 ans et plus.

Tableau 1. Nombre et proportion de cas et de personnes-contacts à risque suivis par l'Assurance maladie pour le contact-tracing du 13 mai au 20 décembre 2020 et pendant la semaine 51, par région, France

| Territoires/régions | Depuis la levée du 1 ^{er} confinement du 13/05 au 20/12 | | | | Semaine 51 du 14/12 au 20/12 | | | |
|------------------------------|---|-----|-------------------|----|---------------------------------|----|-------------------|----|
| | Cas* | | Contacts à risque | | Cas* | | Contacts à risque | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| France entière | 2 305 307** | 95 | 4 796 793 | 98 | 98 589 | 93 | 160 151 | 97 |
| France métropolitaine | 2 261 172 | 95 | 4 683 336 | 98 | 97 391 | 93 | 157 367 | 97 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 432 677 | 100 | 853 986 | 99 | 18 581 | 98 | 31 313 | 99 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 106 126 | 93 | 222 204 | 97 | 7 241 | 94 | 12 126 | 96 |
| Bretagne | 53 369 | 99 | 167 606 | 99 | 1 738 | 95 | 3 700 | 96 |
| Centre-Val de Loire | 65 157 | 100 | 147 238 | 99 | 3 492 | 98 | 5 912 | 98 |
| Corse | 6 971 | 95 | 16 122 | 96 | 81 | 90 | 132 | 98 |
| Grand Est | 170 775 | 99 | 366 782 | 98 | 12 880 | 94 | 21 388 | 97 |
| Hauts-de-France | 230 462 | 97 | 475 392 | 98 | 8 370 | 90 | 13 463 | 97 |
| Île-de-France | 508 002 | 89 | 849 450 | 99 | 16 975 | 85 | 20 894 | 97 |
| Normandie | 83 903 | 97 | 209 960 | 99 | 3 491 | 96 | 6 585 | 99 |
| Nouvelle-Aquitaine | 133 593 | 96 | 370 849 | 98 | 5 291 | 94 | 11 455 | 97 |
| Occitanie | 178 937 | 99 | 403 669 | 99 | 5 707 | 94 | 9 608 | 97 |
| Pays de la Loire | 88 805 | 100 | 265 198 | 99 | 3 722 | 98 | 7 821 | 98 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 202 395 | 92 | 334 880 | 95 | 9 822 | 91 | 12 970 | 94 |
| France ultra-marine | | | | | | | | |
| La Réunion | 8 980 | 93 | 27 550 | 98 | 297 | 84 | 1 016 | 94 |
| Martinique | 5 505 | 99 | 12 735 | 98 | 86 | 98 | 164 | 99 |
| Mayotte | 2 573 | 64 | 4 463 | 80 | 74 | 11 | 32 | 75 |
| Guadeloupe | 9 067 | 93 | 13 480 | 99 | 107 | 82 | 189 | 98 |
| Guyane | 8 898 | 93 | 15 213 | 99 | 569 | 91 | 1 221 | 89 |
| Région indéterminée | 9 105 | 73 | 40 001 | 61 | 65 | 72 | 162 | 76 |

* Les cas correspondent à l'ensemble des cas confirmés par RT-PCR ainsi qu'aux cas probables tels que définis dans la définition de cas du 07/05/2020, ou confirmés par un test antigénique utilisé dans les conditions prévues par l'avis de la HAS du 24 septembre 2020.

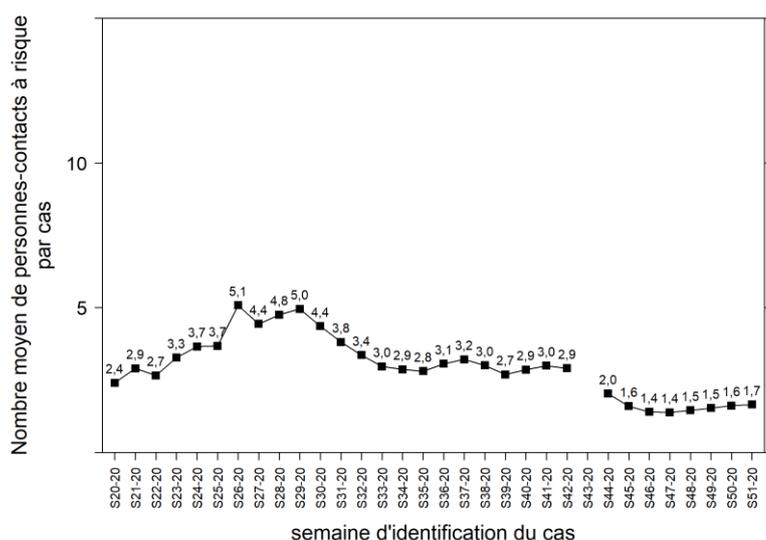
** La base de données ContactCovid est une base dynamique dont les informations relatives aux cas ou aux personnes-contacts peuvent évoluer d'une semaine sur l'autre pour une même personne en raison des investigations épidémiologiques. Ainsi, le nombre total pour la semaine en cours ne peut se déduire en additionnant le nombre total de la semaine précédente et le nombre de personnes identifiées durant la semaine en cours.

Source : ContactCovid – Cnam

► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas **a légèrement augmenté** par rapport à la semaine précédente, tout en restant **à un niveau bas avec 1,7 personnes-contacts à risque par cas en semaine 51** (1,6 en S50 ; Figure 12). En S51, 49% des cas ne rapportaient aucune personne-contact à risque (vs 51% en S50).
- Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas était le plus faible chez les cas âgés de 75 ans et plus (0,4), et le plus élevé chez les cas âgés de 15 à 44 ans (2,1). Malgré un niveau faible, c'est **parmi les personnes âgées de 65 à 74 ans que le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas a le plus fortement augmenté** (1,0 en S51 vs 0,9 en S50 vs 0,8 en S49 ; +25% entre S51 et S49).

Figure 12. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas par semaine, du 13 mai au 20 décembre 2020, France

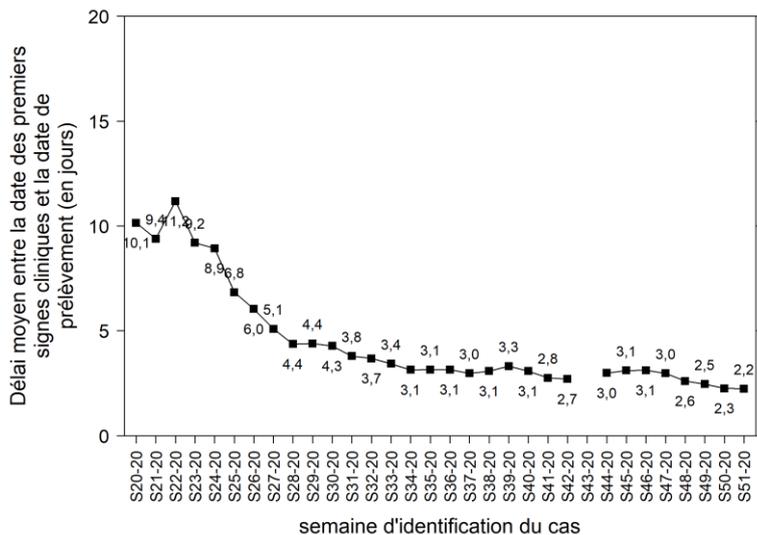


Note : indicateur non estimable pour la semaine 43
Source : ContactCovid – Cnam

► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

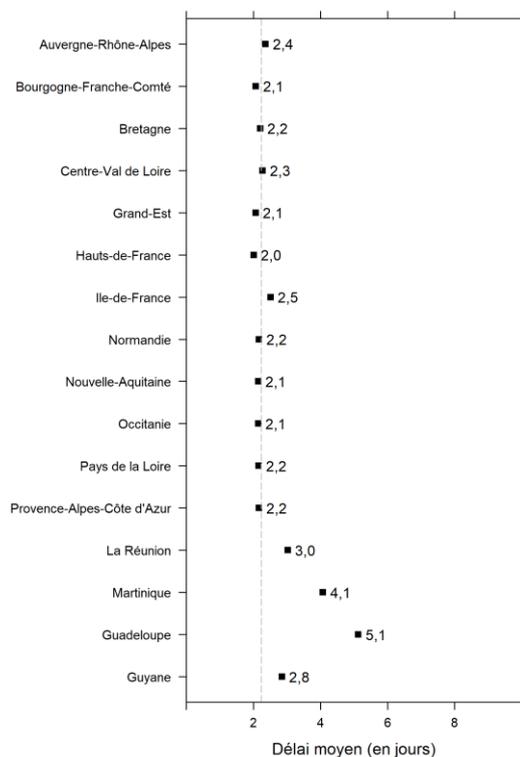
- **En semaine 51**, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour dépistage par RT-PCR ou test antigénique renseignés (n=46 646), **le délai moyen de dépistage était stable à 2,2 jours** (vs 2,3 jours en S50) (Figure 13). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.
- **Les délais de dépistage restent toujours plus élevés dans les régions ultra-marines, notamment en Guadeloupe et Martinique**, que dans les régions métropolitaines (Figure 14). Si ce délai a fortement diminué en Martinique (4,1 jours vs 8,4 jours en S50), il a augmenté en Guadeloupe (5,1 jours vs 4,4 jours en S50). Cependant, ces chiffres ont été calculés sur un nombre limité de cas (55 et 42 cas pour la Guadeloupe et la Martinique respectivement), et sont donc sujets à de fortes variations individuelles.
- Le délai moyen de dépistage était légèrement plus court pour les cas diagnostiqués par test antigénique, avec 2,1 jours vs 2,3 jours pour les RT-PCR (valeurs similaires par rapport à la semaine précédente).
- **Le délai moyen de dépistage restait plus long chez les 65 ans et plus** (2,8 jours pour les 65-74 ans et 2,5 jours pour les 75 ans et plus), sans amélioration par rapport à la semaine précédente (respectivement 2,9 et 2,5 jours). Chez les moins de 65 ans, ce délai variait de 1,9 jours pour les moins de 15 ans à 2,3 jours pour les 45-64 ans.

Figure 13. Délai moyen (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement parmi les cas symptomatiques, par semaine, du 13 mai au 20 décembre 2020, France



Note : le délai est calculé chez les cas confirmés avec une date de premiers signes cliniques et de prélèvement renseignées. En semaine 51, cela représente 47% des cas identifiés. Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un point épidémiologique à l'autre. Indicateur non estimable pour la semaine 43. Source : ContactCovid – Cnam

Figure 14. Délai moyen (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement parmi les cas symptomatiques pour la semaine 51 (du 14 au 20 décembre 2020), par région, France

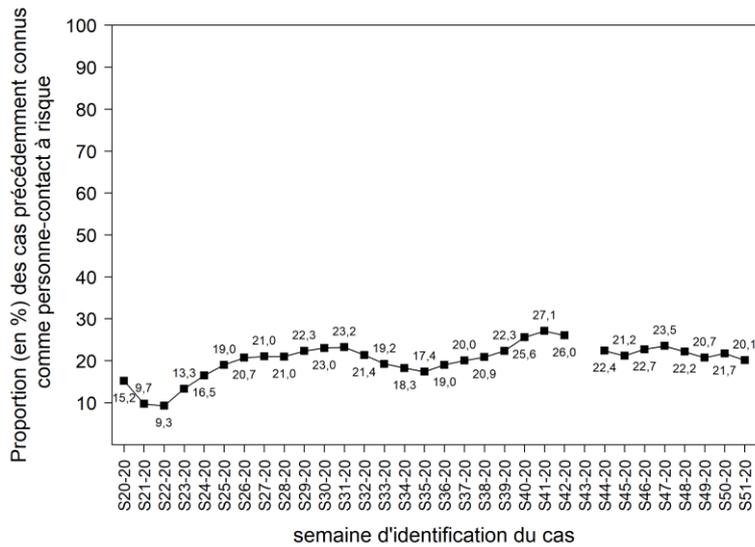


Note : délai moyen en jours calculé quand au moins 30 cas avec l'information. La ligne verticale correspond à la moyenne nationale. Source : ContactCovid – Cnam

► Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque

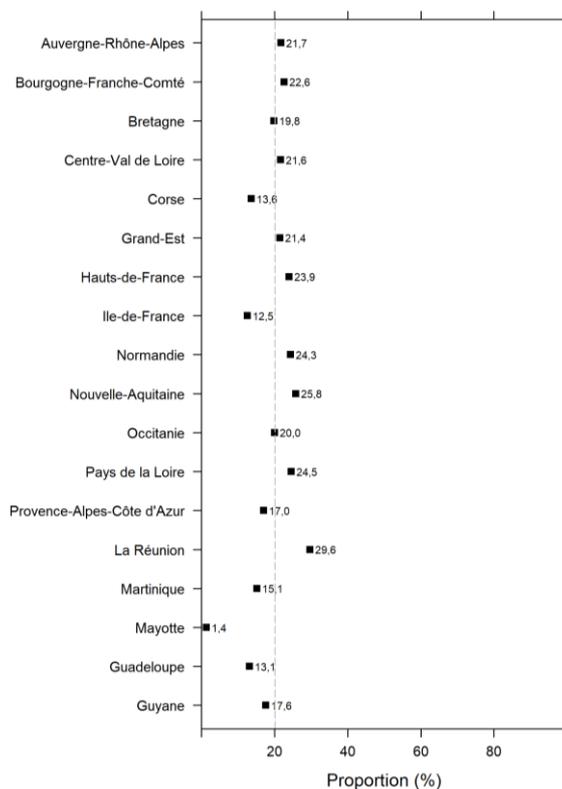
• En semaine 51, 20,1% des nouveaux cas identifiés étaient précédemment connus comme personne-contact à risque d'un autre cas. Cette valeur est la plus basse observée depuis la S37 (du 07 au 13 septembre) (Figure 15). Des **disparités importantes entre régions métropolitaines** sont observées tant dans le niveau de l'indicateur que dans son évolution. La proportion de cas précédemment connus comme personne-contact à risque était la plus faible en Île-de-France (12,5%) et la plus élevée en Nouvelle-Aquitaine (25,8%) (Figure 16). Les régions Auvergne-Rhône-Alpes et Bretagne étaient celles présentant les diminutions les plus importantes de l'indicateur par rapport à la semaine précédente (respectivement 22% vs 27% et 20% vs 24%). Dans les régions ultramarines, cette proportion variait de 1,4% pour Mayotte à 29,6% à La Réunion.

Figure 15. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque par semaine, du 13 mai au 20 décembre 2020, France



Note : les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un Point épidémiologique à l'autre. Indicateur non estimable en semaine 43. Source : ContactCovid – Cnam

Figure 16. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque durant la semaine 51 (du 14 au 20 décembre 2020), par région, France



Note : délai moyen calculé quand au moins 30 cas avec l'information. La ligne verticale correspond à la moyenne nationale. Source : ContactCovid – Cnam

Note : Proportion calculée quand au moins 30 cas.

► Âge des personnes-contacts à risque suivant l'âge des cas

- En semaine 51 comme la semaine précédente, **les cas de moins de 65 ans avaient peu de personnes-contacts à risque de 65 ans et plus ($\leq 10\%$)**. Pour les cas âgés de moins de 45 ans, cet indicateur restait en dessous de 5%. Parmi les personnes-contacts des cas âgés de 65 ans et plus, 37% avait aussi plus de 65 ans (vs 35% en S50).

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

► Données cumulées depuis début mars 2020

- Du 1^{er} mars au 20 décembre 2020, **21 874** signalements d'un ou plusieurs cas de COVID-19 biologiquement confirmés ou non ont été déclarés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) à Santé publique France *via* le portail national des signalements du ministère de la Santé (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>) (Tableau 2).
- Il s'agissait de **13 536** (62%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 8 338 (38%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 2).
- Parmi les **13 536 signalements en EHPA**, 10 848 (80%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.
- Parmi les 21 874 signalements en ESMS, **140 766 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents (Tableau 2). Parmi les **19 195 décès survenus dans les établissements**, 19 026 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Tableau 2. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'ESMS, chez les résidents et le personnel, rapportés entre le 1^{er} mars et le 20 décembre 2020, France

| | EHPA ¹ | HPH ² | Aide enfance ³ | Autres ⁴ | Total |
|-----------------------------------|-------------------|------------------|---------------------------|---------------------|----------------|
| Signalements ⁵ | 13 536 | 5 951 | 973 | 1 414 | 21 874 |
| Chez les résidents | | | | | |
| Cas confirmés ⁶ | 122 305 | 15 252 | 954 | 2 255 | 140 766 |
| Décès ⁷ hôpitaux | 7 332 | 314 | 0 | 33 | 7 679 |
| Décès ⁷ établissements | 19 026 | 127 | 0 | 42 | 19 195 |
| Chez le personnel | | | | | |
| Cas confirmés ⁶ | 59 335 | 11 958 | 1 065 | 1 188 | 73 546 |

¹Établissement d'hébergement pour personnes âgées

²Établissement d'hébergement pour personnes handicapées

³Établissement de l'Aide sociale à l'enfance

⁴Autres établissements

⁵Signalement d'au moins un cas de COVID-19 confirmé ou possible

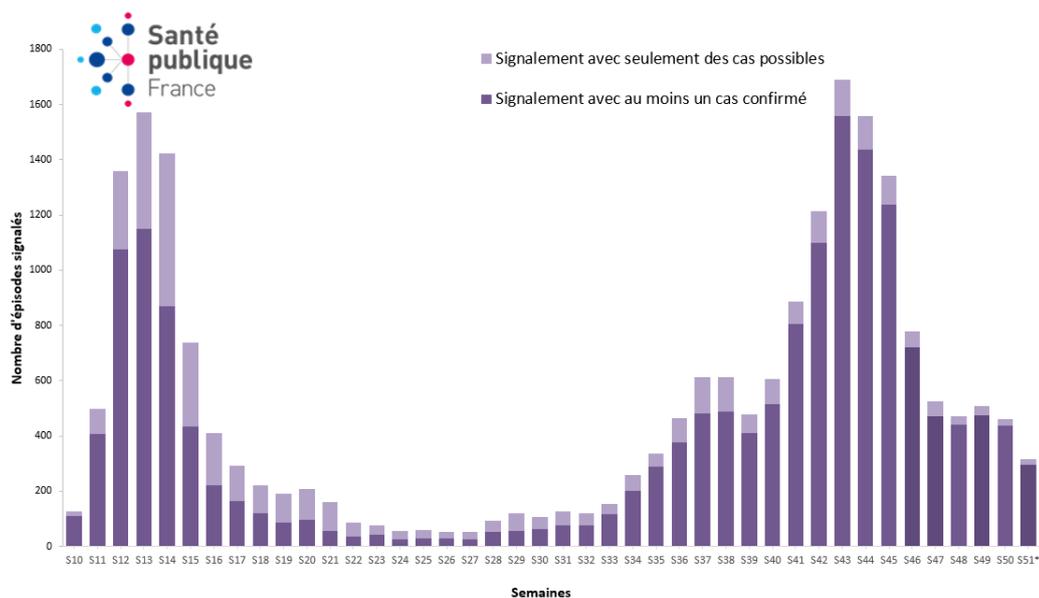
⁶Cas de COVID-19 biologiquement confirmé

⁷Cas possibles et confirmés décédés

► Données recueillies depuis début juillet 2020

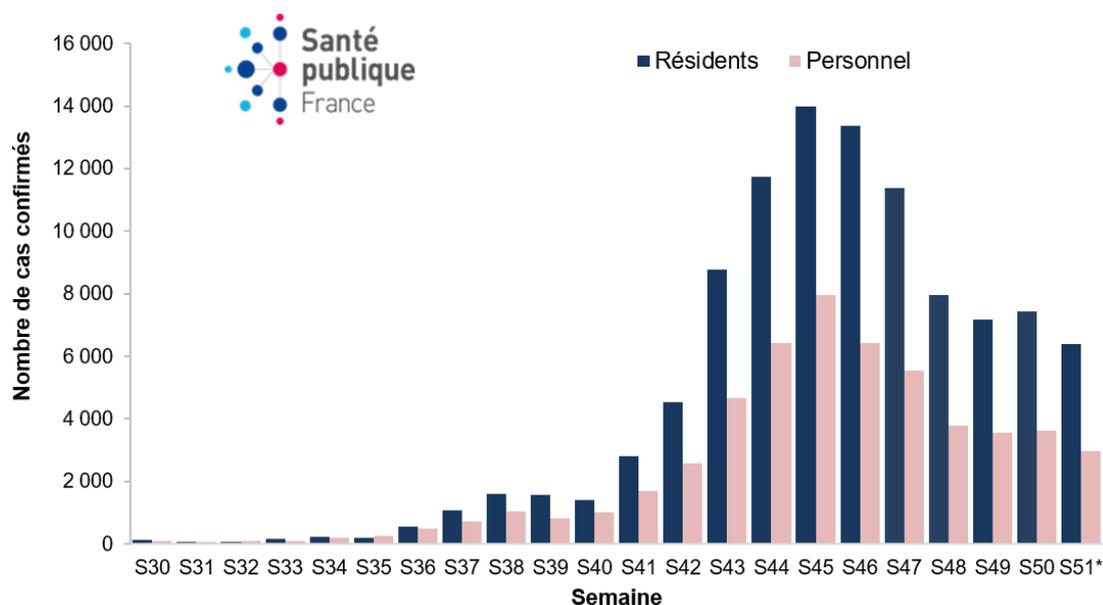
- Depuis début juillet, le **nombre de signalements de cas de COVID-19** dans les ESMS a augmenté, pour atteindre un pic en semaine 43 avec **1 691** signalements enregistrés (Figure 17). Le nombre de signalements a diminué entre les semaines 44 et 48, puis s'est stabilisé les semaines suivantes. Les données de la semaine 51 (317 signalements) sont encore provisoires.
- La proportion d'EHPA par région ayant signalé au moins un nouvel épisode en semaine 51 est homogène sur le territoire métropolitain : entre 0% et 5%.
- Depuis le 20 juillet, parmi les 10 446 EHPA, 5 502 (53%) ont déclaré au moins un épisode. Parmi les 8 844 établissements d'hébergement pour personnes handicapées, 2 410 (27%) ont déclaré au moins un épisode.
- Depuis fin juillet, le nombre de cas confirmés de COVID-19 a augmenté, pour atteindre un pic en semaine 45 (21 949 cas), puis il a **diminué jusqu'en semaine 49 (10 739 cas)**. Le nombre de cas confirmés s'est depuis stabilisé, avec **11 042 cas enregistrés en semaine 50 et 9 348 cas en semaine 51**. À noter que les données de la semaine 51 doivent être consolidées (Figure 18).

Figure 17. Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19 en ESMS, par date de début des signes du premier cas, entre le 1^{er} mars et le 20 décembre 2020, France



* Semaine 51 : données non consolidées

Figure 18. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine, entre le 20 juillet et le 20 décembre 2020, France

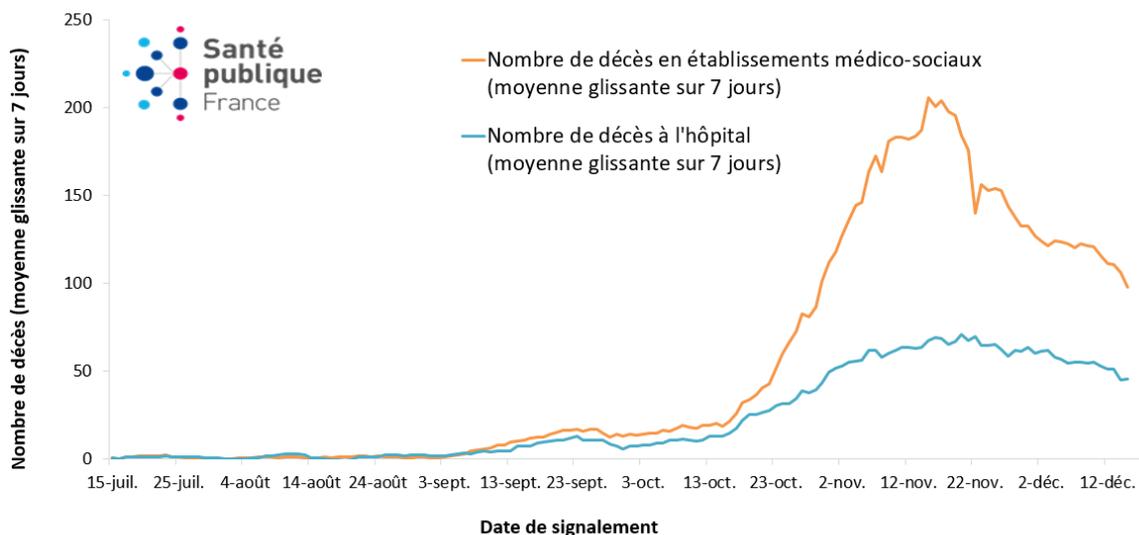


* Semaine 51 : données non consolidées

• Après être resté stable de la semaine 29 à la semaine 36, **le nombre de décès en établissement d'accueil dans les ESMS a augmenté de la semaine 37 à la semaine 46 (1 490 décès), puis a diminué jusqu'en semaine 48** et semble se stabiliser depuis. En **semaine 51, 407 décès** ont été enregistrés (données non consolidées).

Le nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès dans l'ensemble des ESMS semble se stabiliser **pour les décès à l'hôpital** les dernières semaines (Figure 19). Les décès en établissement devront être consolidés pour pouvoir en analyser la tendance.

Figure 19. Nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents en ESMS, par date de signalement du décès, rapportés entre le 15 juillet et le 20 décembre 2020, France



*Semaine 51 : données non consolidées
Dernières données de décès le 15 décembre 2020.*

PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®)

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **310 359 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 22 décembre 2020, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- En semaine 51 (du 14 au 20 décembre 2020), **5 108 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** (représentant 2,2% de l'activité totale des services d'urgence OSCOUR®) ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période.

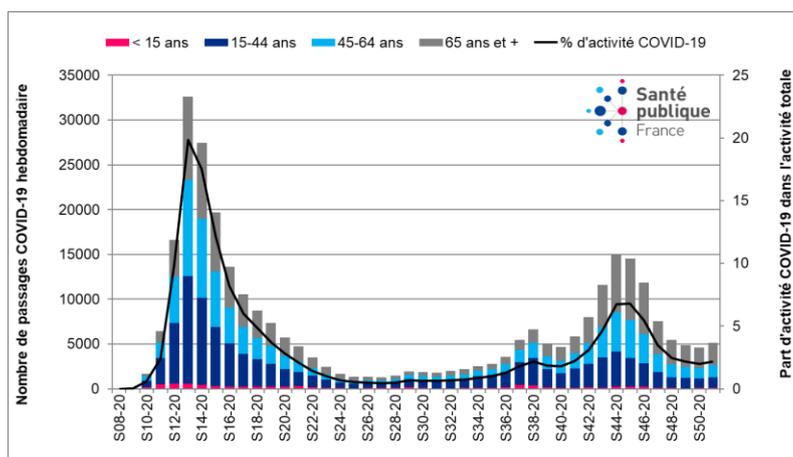
- Le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 est en hausse de 10% en S51 (vs -6% en S50) (5 108 en S51 vs 4 630 en S50). Cette hausse est observée après 6 semaines consécutives de baisse. La part d'activité était également en légère hausse (2,2% vs 2,0% en S50). Les hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 étaient stables à 53%.

- En semaine 51, les passages pour suspicion de COVID-19 étaient en hausse chez les moins de 2 ans (+100% soit +16 passages) et les 15-74 ans (+15% soit +442 passages), tandis qu'ils étaient en légère baisse chez les 2-14 ans (-16% soit -12 actes) et stables chez les 75 ans et plus (+2% soit +32 passages). Les enfants ne représentaient que 2% des passages pour suspicion de COVID-19 enregistrés en S51 (Figure 20).

- En région, la hausse s'observait dans la majorité des régions : Auvergne-Rhône-Alpes (+10% soit +73 passages), Centre-Val de Loire (+24% soit +33 passages), Grand Est (+36% soit +195 passages), Guadeloupe (+114% soit +8 passages), Hauts-de-France (+18% soit +57 passages), Île-de-France (+8% soit +66 passages), Normandie (+36% soit +44 passages), Occitanie (+17% soit +39 passages) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (+8% soit +38 passages). Dans les autres régions, les passages étaient stables ou en baisse. Les baisses s'échelonnaient de -3% en Bourgogne-Franche-Comté à -33% à La Réunion.

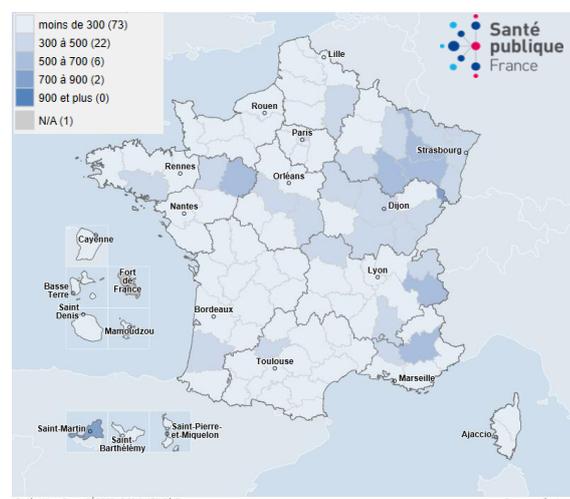
- En semaine 51, comme les précédentes semaines, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, la majorité des actes étaient enregistrés en Île-de-France (17%), Auvergne-Rhône-Alpes (15%), Grand Est (14%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (10%).

Figure 20. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par classe d'âge, depuis le 26 février 2020, France



Source : OSCOUR®

Figure 21. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 51/2020, France



Source : OSCOUR®

Pour en savoir + sur les données OSCOUR® consulter [GEODES](#)

NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »

Le nombre de reproduction R (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé selon la méthode de Cori [1], avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Les estimations régionales sont produites à partir des données virologiques du dispositif SI-DEP (nombre quotidien de tests RT-PCR et antigéniques positifs), des passages aux urgences (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC. Le R -effectif estimé à partir de ces données est un indicateur de la dynamique de transmission du virus environ 1 à 2 semaines auparavant (intégrant le délai entre la contamination et le test, et le fait que le calcul est effectué sur une période de 7 jours). L'indicateur SI-DEP peut être instable, notamment lorsque l'incidence est faible car il est influencé par les actions locales de dépistage. Les indicateurs calculés à partir des données de passages aux urgences et des hospitalisations sont plus stables, mais montrent des tendances plus tardives. Une valeur supérieure à 1 est en faveur d'une tendance à l'augmentation du nombre de cas.

Les valeurs de R ne doivent donc pas être interprétées de façon isolée, mais être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse fine de la situation locale.

- L'estimation du nombre de reproduction effectif au 19 décembre **est supérieure à 1 de façon significative (1,16, IC95% [1,15-1,17]) en France métropolitaine à partir des données virologiques (tests PCR et tests antigéniques) SI-DEP**. À partir des **passages aux urgences (OSCOUR®)** pour suspicion de COVID-19, l'estimation du nombre de reproduction au 19 décembre est également significativement supérieure à 1 : **1,04** (IC95% [1,01-1,07]). En revanche, à partir **des données d'hospitalisations (SI-VIC)**, l'estimation au 20 décembre reste inférieure à 1 : **0,94** (IC95% [0,92-0,96]).

- **Ces trois nombres de reproduction sont en hausse par rapport aux estimations de la semaine précédente**, de façon plus marquée à partir des données virologiques SI-DEP et des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) (Figure 22).

- Au 19 décembre, les estimations des R -effectif à partir des données virologiques SI-DEP sont significativement supérieures à 1 dans 11 régions métropolitaines : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie, Occitanie, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur (Tableau 3). Elle est supérieure à 1, mais de façon non significative, en Nouvelle-Aquitaine.

- À partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), les estimations du nombre de reproduction au 19 décembre sont significativement supérieures à 1 dans le Grand Est et en Normandie. Elles sont supérieures à 1 mais de façon non significative dans 7 régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Centre-Val de Loire, Hauts-de-France, Île-de-France, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

- À partir des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC, les estimations du nombre de reproduction sont supérieures à 1 mais de façon non significative dans 3 régions métropolitaines : Grand Est, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur. Elles sont inférieures à 1 dans les autres régions.

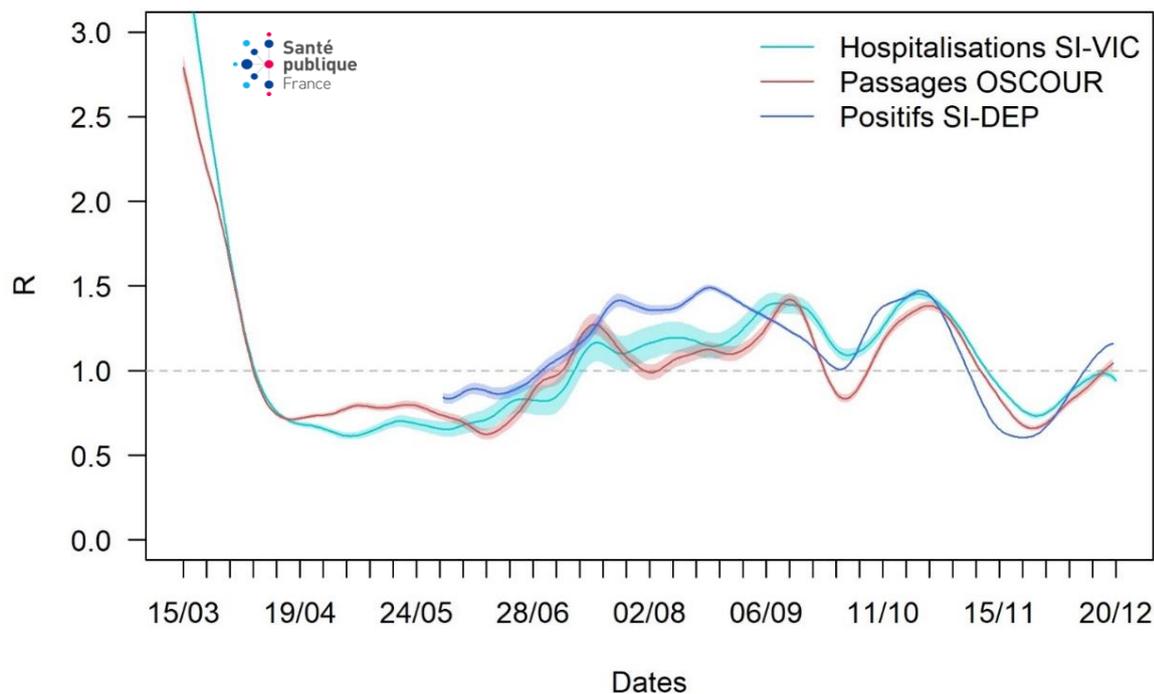
- **En Outre-mer**, les estimations du nombre de reproduction à partir des données virologiques SI-DEP sont significativement supérieures à 1 en Guadeloupe, Martinique et Guyane. L'estimation du R -effectif est supérieure à 1 de façon non significative en Guyane à partir des deux autres sources de données.

À La Réunion, l'estimation du R -effectif à partir des données virologiques SI-DEP est supérieure à 1 non significativement, mais reste inférieure à 1 dans les deux autres sources de données.

Les estimations à partir des données virologiques SI-DEP doivent toutefois être interprétées avec précaution, car elles peuvent affectées par les déplacements entre ces territoires et la métropole en cette période de fin d'année.

[1] Cori A, Ferguson NM, Fraser C, Cauchemez S. A new framework and software to estimate time-varying reproduction numbers during epidemics. *Am J Epidemiol* 2013;178:1505-12.

Figure 22. Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests RT-PCR et antigéniques positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP), des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), du 15 mars au 20 décembre 2020, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 3. Nombre de reproduction effectif du 19 décembre 2020 à partir des tests RT-PCR et antigéniques positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP) et des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), et nombre de reproduction effectif du 20 décembre à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC) par région, France

| Territoire | Régions | R-effectif (Intervalle de confiance à 95%) | | |
|-----------------------|------------------------------|--|-------------------------|-------------------------|
| | | SI-DEP | OSCOUR® | SI-VIC |
| France métropolitaine | Auvergne-Rhône-Alpes | 1,24 (1,22-1,25) | 1,00 (0,93-1,07) | 0,92 (0,87-0,98) |
| | Bourgogne-Franche-Comté | 1,16 (1,13-1,18) | 0,97 (0,88-1,06) | 0,95 (0,88-1,03) |
| | Bretagne | 1,09 (1,04-1,14) | 1,06 (0,92-1,21) | 0,91 (0,76-1,06) |
| | Centre-Val de Loire | 1,12 (1,08-1,16) | 1,04 (0,88-1,20) | 0,91 (0,80-1,02) |
| | Corse | 0,96 (0,77-1,18) | NC | NC |
| | Grand Est | 1,23 (1,21-1,25) | 1,20 (1,11-1,29) | 1,04 (0,98-1,10) |
| | Hauts-de-France | 1,11 (1,09-1,13) | 1,05 (0,95-1,16) | 0,84 (0,77-0,90) |
| | Ile-de-France | 1,13 (1,12-1,15) | 1,06 (0,99-1,13) | 0,85 (0,80-0,91) |
| | Normandie | 1,12 (1,09-1,16) | 1,19 (1,01-1,38) | 0,95 (0,84-1,06) |
| | Nouvelle-Aquitaine | 1,00 (0,97-1,03) | 0,99 (0,89-1,10) | 0,95 (0,86-1,05) |
| | Occitanie | 1,13 (1,10-1,16) | 1,03 (0,91-1,15) | 1,09 (0,99-1,20) |
| | Pays de la Loire | 1,09 (1,05-1,12) | 0,97 (0,85-1,09) | 0,98 (0,87-1,09) |
| | Provence-Alpes-Côte d'Azur | 1,24 (1,22-1,27) | 1,03 (0,94-1,12) | 1,01 (0,94-1,09) |
| | France métropolitaine | 1,16 (1,15-1,17) | 1,04 (1,01-1,07) | 0,94 (0,92-0,96) |
| France ultra-marine | Guadeloupe | 1,28 (1,00-1,60) | NC | NC |
| | Guyane | 1,34 (1,23-1,45) | 1,24 (0,77-1,81) | 1,40 (0,94-1,94) |
| | La Réunion | 1,00 (0,88-1,13) | 0,70 (0,40-1,09) | 0,87 (0,50-1,33) |
| | Martinique | 1,25 (1,01-1,52) | NA | NC |
| | Mayotte | 0,98 (0,83-1,14) | NC | NC |

Note : Pour les territoires ultra-marins, les estimations à partir des données virologiques SI-DEP doivent être interprétées avec précaution, car elles peuvent être affectées par les déplacements entre ces territoires et la métropole en cette période de fin d'année.

NC : le nombre de reproduction n'est pas estimable de façon fiable en raison d'un nombre de cas insuffisant sur les 7 derniers jours ;

NA : données non disponibles pour cette région ; NE: données non exploitables.

Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER

► Hospitalisations, admissions en réanimation, retours à domicile (données SI-VIC)

• Depuis le 1^{er} mars 2020, **1 941** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

- Parmi les **253 775 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars (Tableau 4) :
 - l'âge médian des patients est de 73 ans et 53% sont des hommes ;
 - **42 507** patients sont **décédés** : 74% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes ;
 - **186 058** patients sont retournés à domicile.

• Le **22 décembre 2020, 24 964 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France, dont 2 728 en réanimation.**

Tableau 4. Nombre de personnes hospitalisées (dont en réanimation) pour COVID-19 le 22 décembre 2020 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars 2020, par classe d'âge et par région, France

| | Le 22 décembre 2020 | | | | Depuis le 01 mars 2020 | | | |
|----------------------------|---------------------|----|-------------------|----|------------------------|----|---------------|----|
| | Hospitalisations | | Dont Réanimations | | Retours à domicile | | Décès | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Total | 24 964 | | 2 728 | | 186 058 | | 42 507 | |
| Classes d'âge * | | | | | | | | |
| Total | 24 758 | | 2 701 | | 184 692 | | 42 270 | |
| 0-14 ans | 55 | <1 | 11 | <1 | 2 389 | 1 | 4 | <1 |
| 15-44 ans | 806 | 3 | 108 | 4 | 24 117 | 13 | 337 | 1 |
| 45-64 ans | 3 529 | 14 | 801 | 30 | 49 013 | 27 | 3595 | 9 |
| 65-74 ans | 5 022 | 20 | 1 071 | 40 | 36 461 | 20 | 7067 | 17 |
| 75 et + | 15 346 | 62 | 710 | 26 | 72 712 | 39 | 31267 | 74 |
| Régions * | | | | | | | | |
| Total | 24 932 | | 2 719 | | 186 027 | | 42 481 | |
| Métropole | | | | | | | | |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 4 271 | 17 | 450 | 17 | 26 748 | 14 | 6 375 | 15 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 1 780 | 7 | 171 | 6 | 9 237 | 5 | 2 426 | 6 |
| Bretagne | 589 | 2 | 50 | 2 | 3 186 | 2 | 671 | 2 |
| Centre-Val de Loire | 934 | 4 | 100 | 4 | 5 202 | 3 | 1 255 | 3 |
| Corse | 18 | <1 | 5 | <1 | 500 | <1 | 115 | <1 |
| Grand Est | 3 011 | 12 | 280 | 10 | 20 178 | 11 | 5 629 | 13 |
| Hauts-de-France | 2 495 | 10 | 256 | 9 | 16 901 | 9 | 4 208 | 10 |
| Ile-de-France | 4 778 | 19 | 594 | 22 | 53 292 | 29 | 11 807 | 28 |
| Normandie | 1 128 | 5 | 89 | 3 | 5 493 | 3 | 1 425 | 3 |
| Nouvelle-Aquitaine | 1 218 | 5 | 152 | 6 | 7 415 | 4 | 1 609 | 4 |
| Occitanie | 1 287 | 5 | 183 | 7 | 9 765 | 5 | 2 015 | 5 |
| Pays de la Loire | 937 | 4 | 77 | 3 | 5 800 | 3 | 1 242 | 3 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 2 319 | 9 | 287 | 11 | 18 028 | 10 | 3 338 | 8 |
| Outre-Mer | | | | | | | | |
| La Réunion | 49 | <1 | 8 | <1 | 696 | <1 | 51 | <1 |
| Martinique | 26 | <1 | 7 | <1 | 358 | <1 | 42 | <1 |
| Mayotte | 8 | <1 | 3 | <1 | 538 | <1 | 39 | <1 |
| Guadeloupe | 54 | <1 | 4 | <1 | 759 | <1 | 167 | <1 |
| Guyane | 30 | <1 | 3 | <1 | 1 931 | 1 | 67 | <1 |

* L'information sur l'âge n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

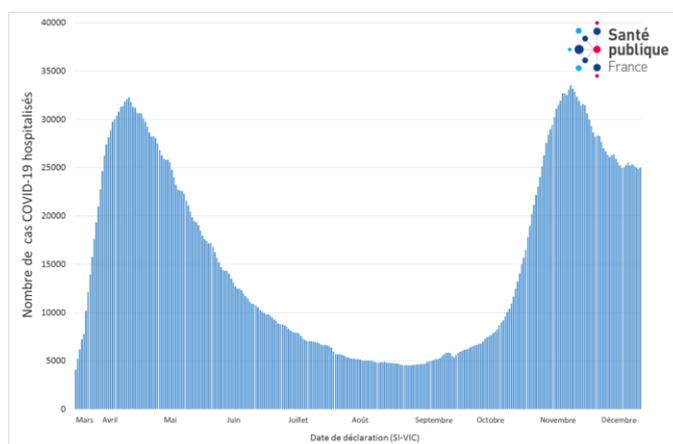
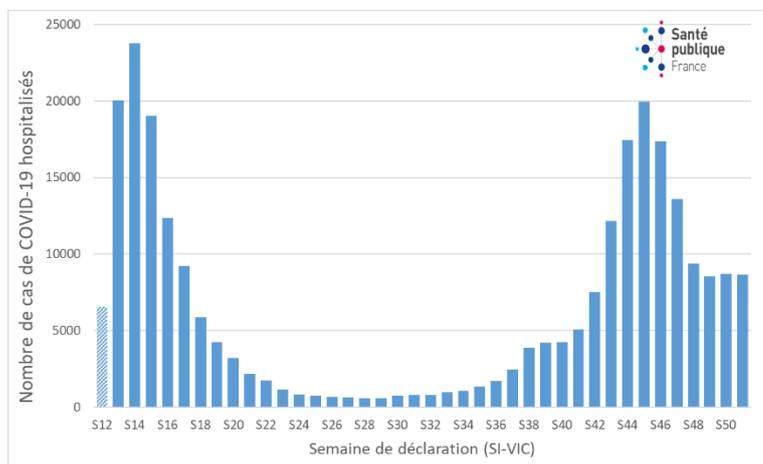
Source : SI-VIC

● Après avoir diminué entre les semaines 46 et 49, le nombre de déclarations de **nouvelles hospitalisations pour COVID-19 s'est stabilisé** : **8 672** nouvelles hospitalisations ont été déclarées en S51 contre 8 608 en S50 et 8 424 en S49, soit +1% entre S50 et S51 (Figure 23a).

Le **taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 s'est stabilisé** en S51 (+1% : **12,9/100 000 habitants** vs 12,8 en S50).

Figure 23a. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 20 décembre)

Figure 23b. Nombre de cas de COVID-19 en cours d'hospitalisation, par jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 20 décembre)



S12 : Données incomplètes car démarrage de SI-VIC en cours de semaine
Source : SI-VIC

Source : SI-VIC

● L'évolution du taux d'hospitalisations était variable selon les régions. Ce taux était en hausse en **Corse**, (+50%), **Normandie** (+26%), **Grand Est** (+22%), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (+8%), **Pays de la Loire** (+5%), **Hauts-de-France** (+4%) et **Auvergne-Rhône-Alpes** (+3%).

L'évolution du taux d'hospitalisations était en baisse en **Occitanie** (-2%), **Bretagne** (-5%), **Bourgogne-Franche-Comté** (-8%), **Île-de-France** (-8%), **Centre-Val de Loire** (-14%) et **Nouvelle-Aquitaine** (-26%).

● Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** en S51 ont été enregistrés en **Bourgogne-Franche-Comté** (25,8/100 000 habitants), **Grand Est** (24,0), **Auvergne-Rhône-Alpes** (16,7) et **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (16,5) (Figure 24).

● Dans les **régions d'outre-mer**, en S51, le **plus fort taux d'hospitalisations** était observé en **Guyane** avec 8,9/100 000 habitants, en augmentation par rapport à la S50 (5,2/100 000). Une forte augmentation a été également observée en **Guadeloupe** (2,4 vs 0,8).

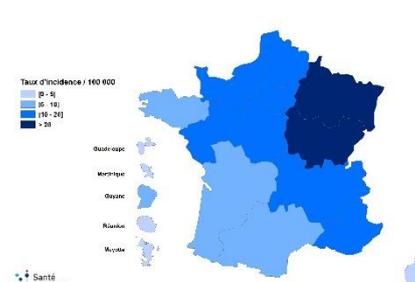
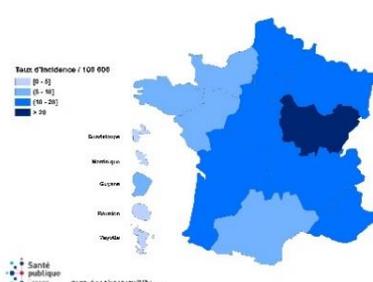
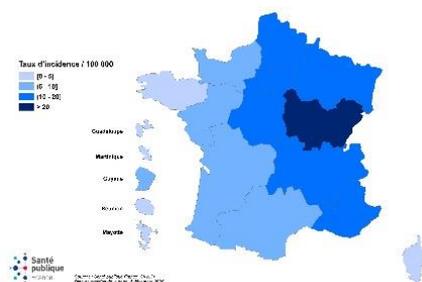
Le **taux hebdomadaire d'hospitalisations a diminué** à **Mayotte** (2,9 vs 4,3/100 000 habitants en semaine 50), en **Martinique** (0,6 vs 2,0) et à **La Réunion** 1,5 vs 2,3/100 000 habitants).

Figure 24. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 30 novembre et le 20 décembre 2020 (S49 à S51), France

du 30 novembre au 06 décembre 2020

du 07 au 13 décembre 2020

du 14 au 20 décembre 2020



Taux d'incidence / 100 000
[0 - 5]
(5 - 10]
(10 - 20]
> 20

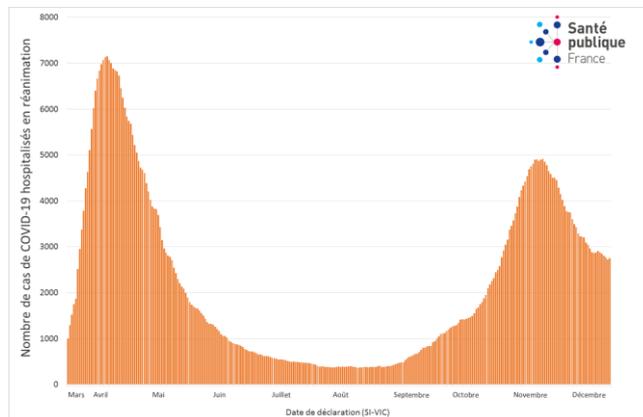
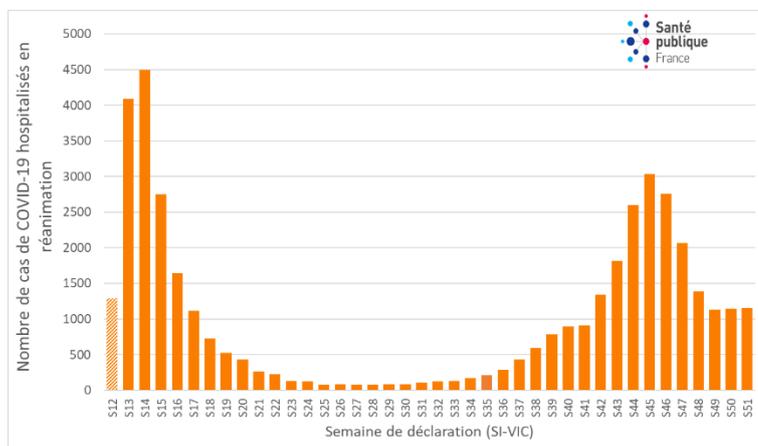
Source : SI-VIC

● Après avoir fortement diminué entre les semaines 46 et 49, le nombre de **nouvelles admissions en réanimation s'est stabilisé** : **1 156** nouvelles admissions en réanimation ont été déclarées en S51 vs **1 146** en S50, soit +1% (Figure 25a).

Le taux de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation s'est également stabilisé autour de 1,7/100 000 habitants en S51 (+1% par rapport à la S50).

Figure 25a. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 20 décembre)

Figure 25b. Nombre de cas de COVID-19 en réanimation, selon le jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 20 décembre)



S12 : Données incomplètes car démarrage de SI-VIC en cours de semaine
Source : SI-VIC

Source : SI-VIC

● En semaine 51, le taux de nouvelles admissions en réanimation a **augmenté** dans 8 régions de France métropolitaine (de +4% en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** à +111% en **Bretagne**) et **s'est stabilisé en Bourgogne-Franche-Comté**. Une diminution a été observée en **Île-de-France** (-3%), **Auvergne-Rhône-Alpes** (-12%), **Centre-Val de Loire** (-14%) et **Hauts-de-France** (-25%).

● Les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en réanimation** étaient rapportés en **Bourgogne-Franche-Comté** (3,0/100 000 habitants), **Grand Est** (2,7), **Auvergne-Rhône-Alpes** (2,3), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (2,3) et **Île-de-France** (2,1). Les autres régions de France métropolitaine rapportaient des taux inférieurs à 2,0 pour 100 000 habitants (Figure 26).

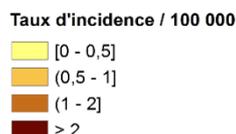
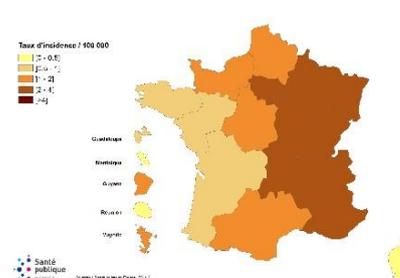
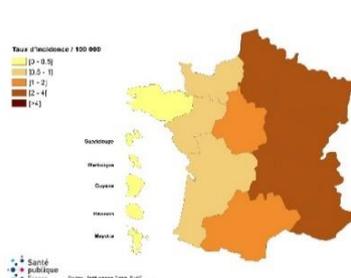
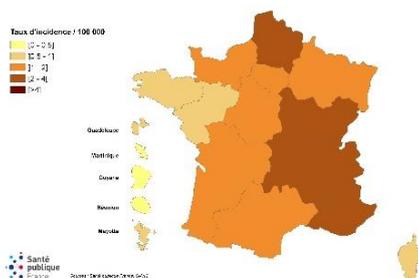
● Dans les **régions d'outre-mer**, en semaine 51, le **plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 était observé en **Guyane** (1,7/100 000 habitants). Les taux d'admissions en réanimation étaient en **forte augmentation** en S51 par rapport à la semaine précédente à **Mayotte** (1,1 vs 0,4/100 000 habitants), en **Guadeloupe** (0,8 vs 0/100 000 habitants) et **Guyane** (1,7 vs 0). Ce taux était stable à **La Réunion**. Une diminution a été observée en **Martinique**.

Figure 26. Évolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 30 novembre et le 20 décembre (S49 à S51) 2020, France

du 30 novembre au 06 décembre 2020

du 07 au 13 décembre 2020

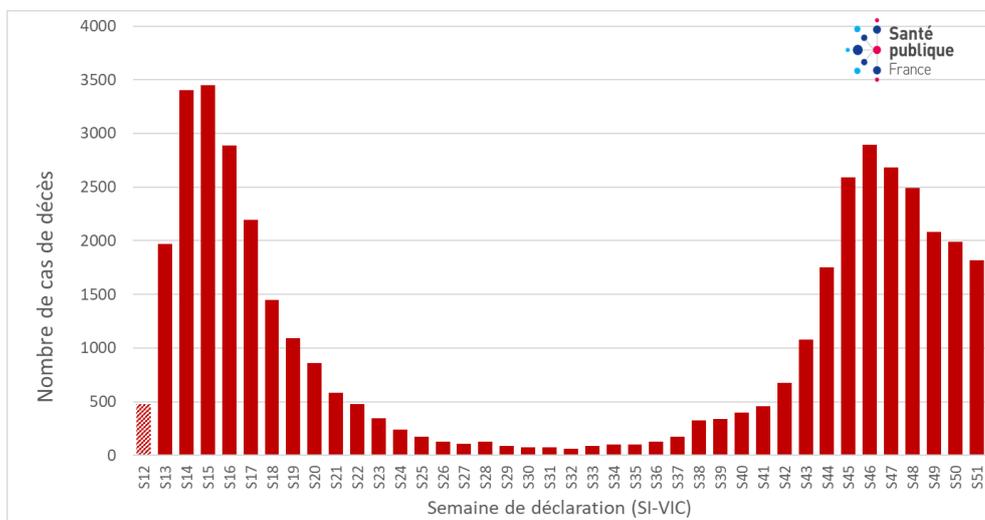
du 14 au 20 décembre 2020



Source : SI-VIC

- La diminution du nombre de déclarations de décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19, observée depuis la S46, se poursuit en S51 (**1 819 nouveaux décès vs 1 992 en S50**, soit -9%) (Figure 27).

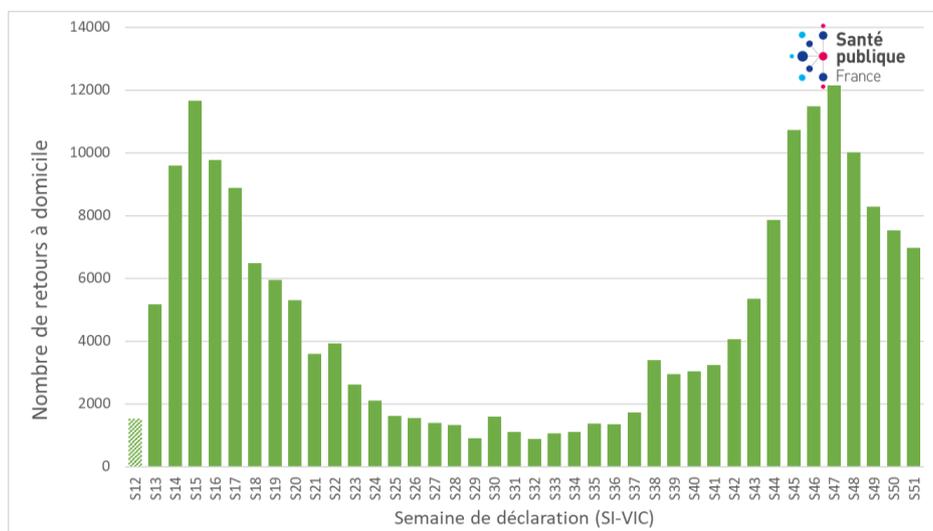
Figure 27. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 20 décembre 2020)



S12 : Données incomplètes car démarrage de SI-VIC en cours de semaine
Source : SI-VIC

- La **diminution** des déclarations de **retours à domicile** survenus après une hospitalisation pour COVID-19 observée depuis la S48 se poursuit en S51, passant de 7 516 en S50 à 6 969 en S51, soit -7% (Figure 28).

Figure 28. Nombre hebdomadaire de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 20 décembre 2020)

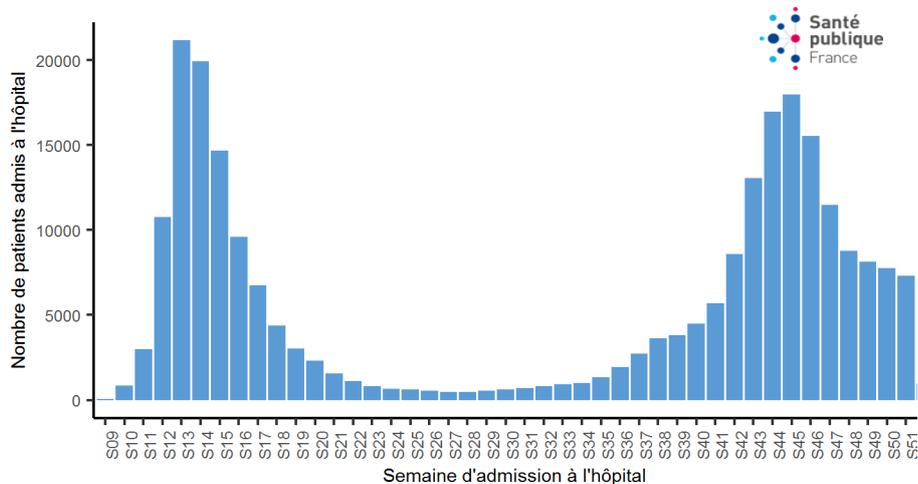


S12 : Données incomplètes car démarrage de SI-VIC en cours de semaine
Source : SI-VIC

NB. Un délai entre la date d'admission à l'hôpital, en réanimation ou le décès d'un patient COVID-19 et la date de déclaration ou de mise à jour du statut du patient dans le système SI-VIC est fréquent. Ce délai peut être particulièrement important dans le cas de rattrapage de déclaration d'anciens dossiers de patients. Ce délai entraîne un retard dans l'observation des tendances et peut aboutir à une sur-estimation des incidences si des événements anciens sont comptabilisés au cours de la semaine de déclaration.

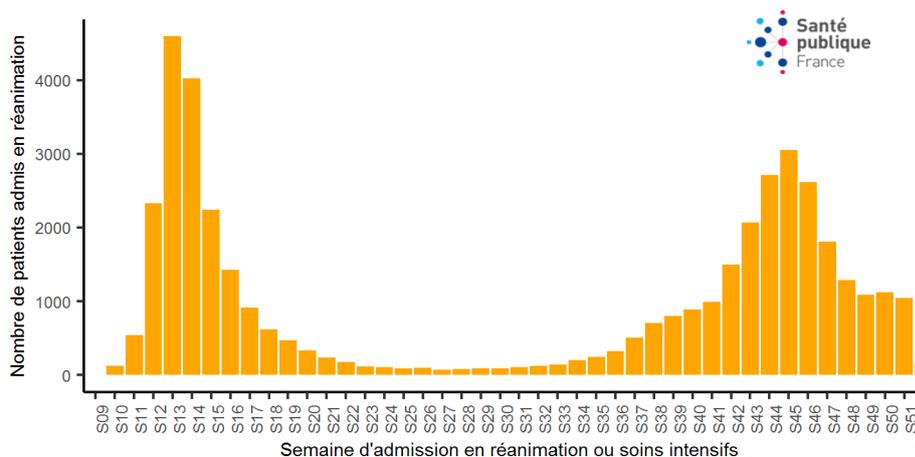
• Les graphiques précédents (Figures 23a, 25a, 27, 28) sont présentés par date de déclaration. Afin de préciser les tendances, les statuts des patients hospitalisés sont aussi présentés par date d'admission des patients à l'hôpital (Figures 29 et 30) ou par date de décès (Figure 31). Toutefois, les données de la S51 ne sont pas encore consolidées.

Figure 29. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 admis à l'hôpital, par semaine d'admission à l'hôpital, depuis le 24 février 2020, France (données au 22 décembre 2020)



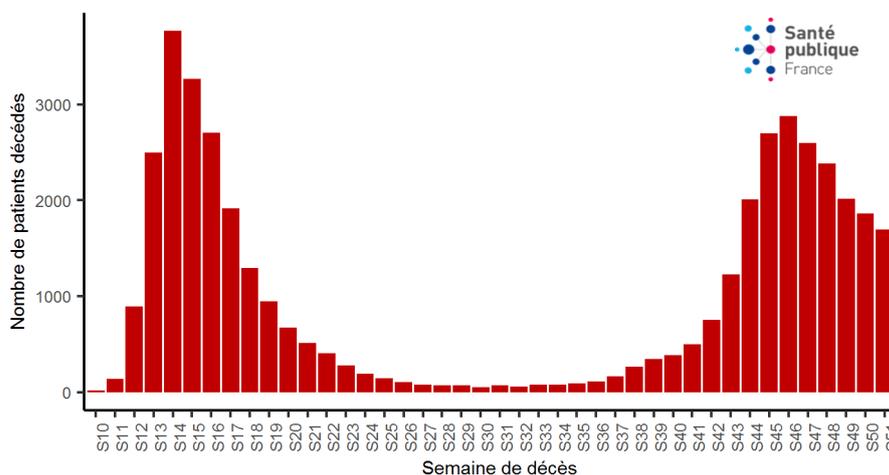
Semaine 51 : données non consolidées / Source : SI-VIC

Figure 30. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 admis en service de réanimation pendant leur hospitalisation, par semaine d'admission en réanimation, depuis le 24 février 2020, France (données au 22 décembre 2020)



Semaine 51 : données non consolidées / Source : SI-VIC

Figure 31. Nombre hebdomadaire de décès à l'hôpital de patients COVID-19 par semaine de décès, depuis le 02 mars 2020, France (données au 22 décembre 2020)



Semaine 51 : données non consolidées / Source : SI-VIC

► Caractéristiques des cas graves de COVID-19 admis en réanimation

La surveillance des cas graves de COVID-19 repose sur un réseau sentinelle de 226 services de réanimation situés en France métropolitaine et dans les DROM. Cette surveillance a été réactivée le 05 octobre avec une nouvelle définition de cas, qui s'étend désormais aux patients admis en réanimation avec un diagnostic confirmé de grippe. Elle a pour objectif de décrire les caractéristiques des cas graves de COVID-19 ou de grippe admis en réanimation mais n'a pas vocation à les dénombrer. [Le protocole de la surveillance et la fiche de recueil](#) sont disponibles sur le site de Santé publique France. Les données de surveillance des cas graves de grippe sont disponibles dans le [bulletin grippe hebdomadaire](#). À noter que dans les points épidémiologiques régionaux, la période d'inclusion des données peut différer d'une région à l'autre afin de tenir compte de l'évolution de la surveillance dans la région.

- Entre le 05 octobre et le 22 décembre, parmi les **4 249 patients signalés avec un diagnostic confirmé de COVID-19**, **71% étaient des hommes** ; l'âge médian des patients était de **68 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [60-75]) et 63% étaient âgés de 65 ans et plus ; 56 étaient des professionnels de santé.

- **89% des patients admis en réanimation présentaient au moins une comorbidité** et cette proportion était de **84% parmi ceux âgés de moins de 65 ans**. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'**obésité** (IMC \geq 30kg.m⁻²) (45% des cas signalés dont l'IMC était renseigné), l'**hypertension artérielle** (45%) et le **diabète** (31%) (Tableau 5).

- Parmi les 3 104 patients pour lesquels l'information était renseignée, 45% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 3 339 patients ; 47% d'entre eux ont bénéficié d'une oxygénothérapie à haut débit, 42% d'une ventilation invasive et 3% d'une assistance extracorporelle (ECMO/ECCO₂R) au cours de leur séjour en réanimation.

- **724 décès** ont été rapportés à ce jour, dont 2 chez des professionnels de santé. **L'âge médian des personnes décédées était de 74 ans** (IIQ : [68-79]) ; 83% des personnes décédées étaient âgées de 65 ans et plus. L'information sur les comorbidités était disponible pour 706 patients ; parmi eux, 668 (95%) présentaient au moins une comorbidité. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (54%), l'obésité (41% des cas décédés dont l'IMC était renseigné) et les pathologies cardiaques (37%) (Tableau 5). Entre le 05 octobre et le 22 décembre, **2 267 sorties de réanimation** ont été rapportées.

Tableau 5. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre au 22 décembre 2020 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle (n=4 249), France (données au 22 décembre 2020)

| Classe d'âge | Ensemble des cas (n=4 249) | | Cas décédés en réanimation (n=724) | |
|--------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------|----------------|
| | n | % | n | % |
| 0-14 ans | 15 | <1 | 0 | - |
| 15-44 ans | 247 | 6 | 15 | 2 |
| 45-64 ans | 1 320 | 31 | 110 | 15 |
| 65-74 ans | 1 582 | 37 | 269 | 37 |
| 75 et + | 1 063 | 25 | 329 | 46 |
| Non renseigné | 22 | | 1 | |
| Comorbidités ¹ | n | % ² | n | % ² |
| Aucune | 463 | 11 | 38 | 5 |
| Au moins une comorbidité | 3 678 | 89 | 668 | 95 |
| Obésité (IMC \geq 30) ³ | 1 686 | 45 | 259 | 41 |
| Hypertension artérielle | 1 849 | 45 | 379 | 54 |
| Diabète | 1 291 | 31 | 223 | 32 |
| Pathologie cardiaque | 1 023 | 25 | 258 | 37 |
| Pathologie pulmonaire | 880 | 21 | 182 | 26 |
| Immunodépression | 325 | 8 | 84 | 12 |
| Pathologie rénale | 352 | 9 | 92 | 13 |
| Cancer | 281 | 7 | 86 | 12 |
| Pathologie neuromusculaire | 127 | 3 | 37 | 5 |
| Pathologie hépatique | 94 | 2 | 31 | 4 |
| Autre | 683 | 16 | 123 | 17 |
| Non renseigné | 108 | | 18 | |

¹Un patient peut présenter plusieurs comorbidité(s) parmi celles listées dans le tableau.

²Les pourcentages sont calculés pour les patients pour lesquels l'information sur les comorbidités est renseignée.

³La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients pour lesquels l'IMC est renseigné (n=3 743 et n=626).

► Signalement d'infections à SARS-CoV-2 nosocomiales

Depuis 2001, le signalement externe des infections nosocomiales permet aux établissements de santé (ES) d'alerter l'Agence régionale de Santé (ARS), le Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) et Santé publique France de la survenue d'infections émergentes et/ou épidémiques lorsqu'elles sont associées aux soins. Depuis 2012, ce signalement est dématérialisé via l'outil e-SIN. Les cellules régionales de Santé publique France ont également accès à ces signalements. Depuis mars 2020, les ES peuvent signaler des cas (isolés ou groupés) de COVID-19 nosocomiaux, c'est-à-dire survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un ES.

- Entre le 1^{er} janvier et le 20 décembre 2020, 2 547 signalements de COVID-19 nosocomiaux ont impliqué 15 623 patients (134 décès liés), 10 793 professionnels et 10 visiteurs. Parmi ces signalements, 1 696 correspondaient à des cas groupés (au moins 3 cas liés).

- La dynamique des signalements suit celle de l'épidémie en population générale. Depuis la semaine 46, le nombre de signalements de cas groupés diminue (Tableau 6).

Tableau 6. Description des signalements de cas nosocomiaux de COVID-19 reçus, par semaine du premier cas, depuis le 1^{er} janvier et au cours des semaines 48, 49, 50 et 51 de 2020, France

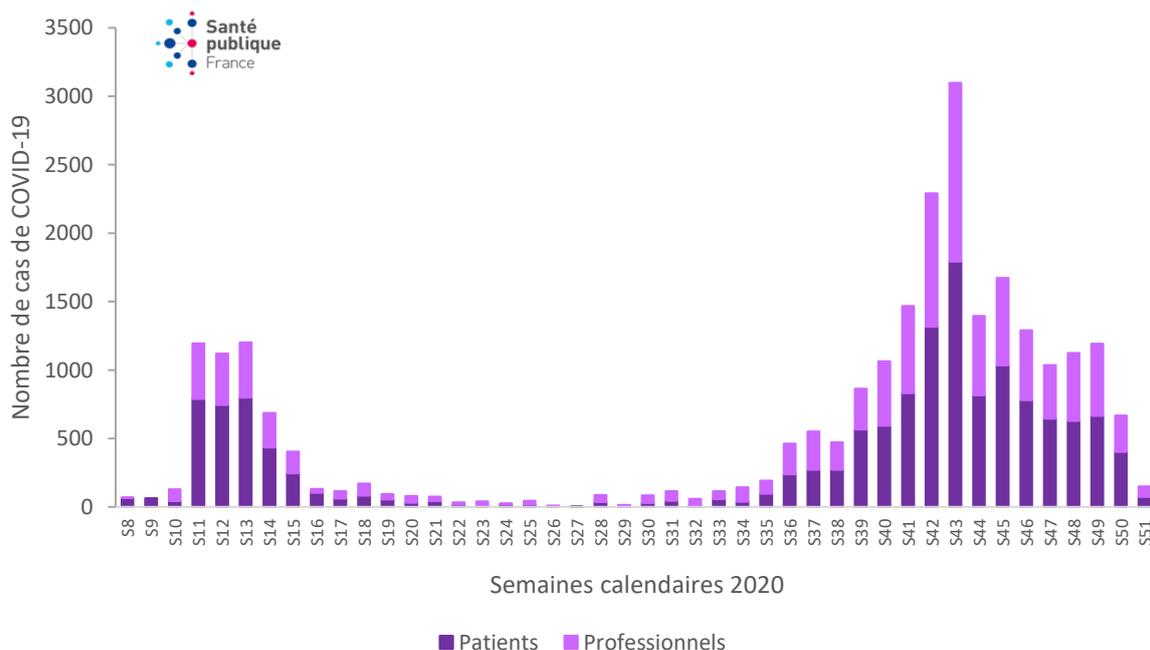
| | S48 | S49 | S50 | S51* | Total depuis le 01/01/2020 |
|--|-----|-----|-----|------|----------------------------|
| Nombre d'ES ayant signalé | 84 | 88 | 60 | 25 | 848 |
| Nombre de SIN de COVID-19 nosocomiaux | 113 | 102 | 82 | 26 | 2 547 |
| Nombre de décès liés à l'infection nosocomiale par la COVID-19 | 0 | 2 | 0 | 0 | 134 |
| Nombre de SIN de cas groupés | 80 | 79 | 59 | 17 | 1 696 |

* Données non consolidées

SIN : signalement d'infection nosocomiale

- Parmi les signalements de cas groupés survenus en établissements de santé (n=1 696), la part des professionnels est stable dans le temps, représentant en moyenne 40% de l'ensemble des cas. L'évolution du nombre de signalements (Figure 32) suit la dynamique de l'épidémie en France.

Figure 32. Nombre de patients et de professionnels positifs dans les signalements d'infections nosocomiales de COVID-19, par semaine du premier cas, entre le 17 février et le 20 décembre 2020, France



Semaine 51 : données non consolidées

- Parmi les cas groupés, lorsque l'information est disponible (n=1 688 signalements), le cas index est un patient (n=710, 42% des cas), un professionnel (n=507, 30%) ou un visiteur/la famille (n=90, 5%). L'origine du cluster est parfois multifactorielle.
- Parmi les 1 165 signalements pour lesquels l'information est disponible, les hypothèses évoquées pour expliquer les contaminations peuvent être multiples et sont principalement : la découverte fortuite d'un cas (n=445, 22%), le non-respect strict des mesures barrières (n=396, 20%), les pauses et transmissions entre les personnels (n=266, 13%), les visiteurs/les familles (n=238, 12%). Les autres causes sont présentes dans moins de 10% des signalements.
- Sur 1 487 signalements pour lesquels l'information est disponible, les principales mesures correctives décrites sont le dépistage (n=1 119, 43%), le renforcement des mesures barrières (n=744, 29%) et la mise en place de précautions complémentaires et de secteurs d'isolement (n=256, 10%).

SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

► Mortalité lors d'une hospitalisation pour COVID-19 et en ESMS

- Entre le 1^{er} mars et le 22 décembre 2020, **61 702 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **42 507** décès étaient survenus au cours d'une hospitalisation et **19 195** décès parmi des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements médico-sociaux (EMS) (données au 20 décembre).

- **93% des cas de COVID-19 décédés étaient âgés de 65 ans ou plus.**

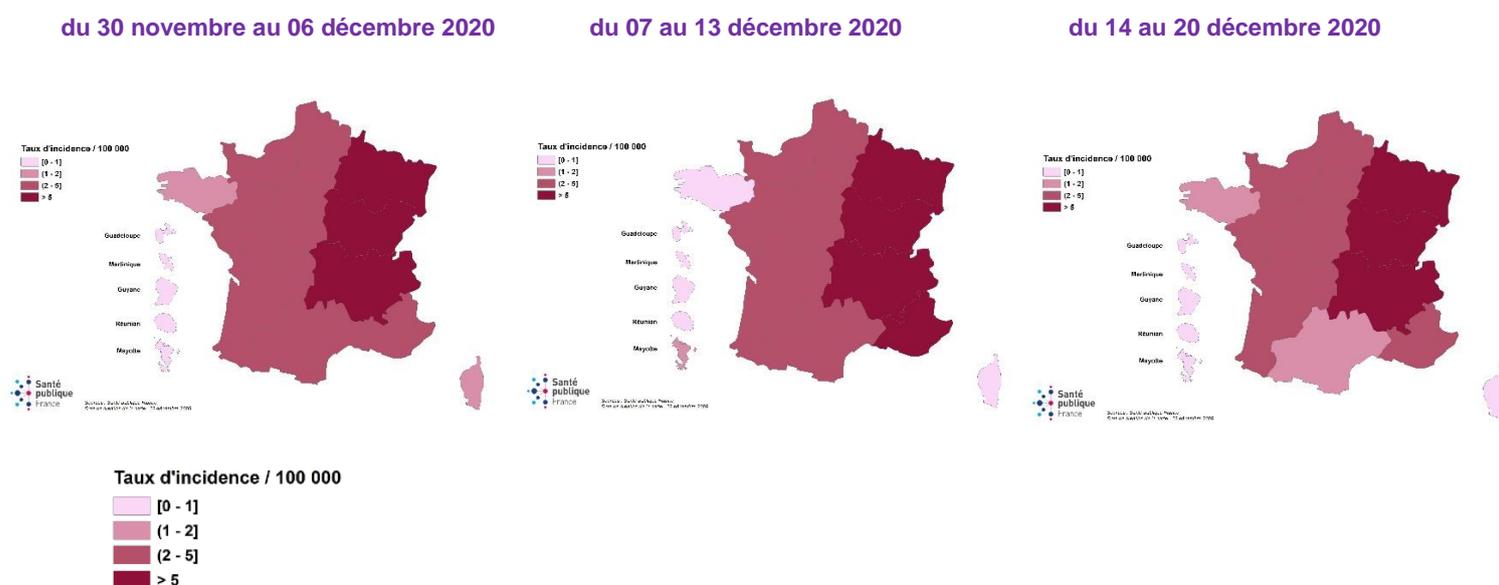
- Au niveau national, après consolidation des données, **le nombre hebdomadaire de décès s'était stabilisé en semaine 50**, avec 2 878 décès vs 2 880 en S49 (-0,1%, données consolidées). En semaine 51, **2 226 décès ont été recensés**, mais les données n'étant pas consolidées, cette tendance ne peut pas encore être interprétée. En S50, étaient constatées une diminution pour les décès survenus en hospitalisation (-4,5%) mais une augmentation pour les décès survenus en ESMS (+11,4%). En S51, les décès survenus à l'hôpital ont diminué (-8,7%, données consolidées). L'évolution des décès en ESMS entre les semaines 50 et 51 ne peut pas être décrite, car les données ne sont pas encore consolidées.

- Le **taux hebdomadaire de décès** à l'échelle nationale était de **3,32 pour 100 000 habitants** en S51 (vs **4,29 en S50** et en S49 – données consolidées pour S49 et S50).

- En semaine 51, les **plus forts taux de décès** de patients COVID-19 **par région** rapportés à la population étaient observés en Bourgogne-Franche-Comté (7,2/100 000 habitants), Grand Est (6,1) et Auvergne-Rhône-Alpes (5,3) (Figure 33).

- Entre les semaines 50 et 51, malgré des données encore non consolidées pour la S51, le taux de décès déclarés en métropole n'a pas diminué en Bretagne.

Figure 33. Taux hebdomadaires de décès dus à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 30 novembre au 20 décembre (S49 à S51), par région, France



Semaine 51 : données non consolidées pour les EHPA et autres ESMS
Source :SI-VIC et ESMS

► Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, 25 752 certificats contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 7).

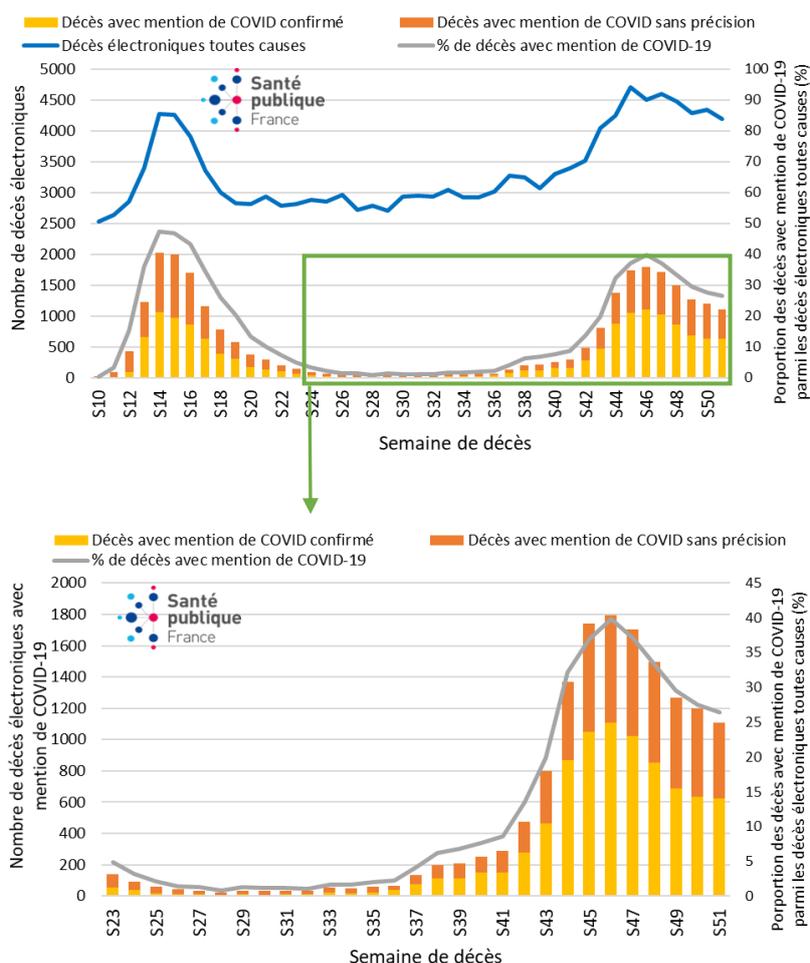
- L'âge médian au décès était de 85 ans et 92% avaient 65 ans et plus.
- Les hommes représentaient 55% de ces décès.
- Des comorbidités étaient renseignées pour 16 724 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention d'hypertension artérielle était indiquée pour 22% de ces décès et une mention de pathologie cardiaque pour 35%.

- Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 2,2% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité (ou pas de comorbidité renseignée) et étaient âgées de moins de 65 ans.

- **Pour la semaine 51 (du 14 au 20 décembre 2020), 1 109 décès contenaient une mention de COVID-19 dans le certificat, représentant 26,5% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 34). Ce nombre de décès est en légère diminution par rapport à la semaine précédente (-87 décès, soit -7%, par rapport à la semaine 50).**

- Parmi les 1 109 personnes décédées sur la semaine écoulée avec une mention de COVID-19 dans le certificat, 879 (79,3%) étaient âgées de 75 ans et plus, 154 (13,9%) étaient âgées de 65 à 74 ans et 73 (6,6%) étaient âgées de 45 à 64 ans. On note le décès de 3 personnes âgées de 15 à 44 ans.

Figure 34. Nombre hebdomadaire de décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars au 20 décembre 2020, France (données au 22 décembre 2020)



Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc

Tableau 7. Description des décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars au 21 décembre 2020, France (données au 22 décembre 2020)

| Sexe | n | % | | | | |
|-------------|----------|----------|--|--|--|--|
| Hommes | 14 071 | 55 | | | | |
| Femmes | 11 680 | 45 | | | | |

| Cas selon la classe d'âge | Sans comorbidité ou non renseigné¹ | | Avec comorbidités¹ | | Total² | |
|----------------------------------|--|-----------|--------------------------------------|-----------|--------------------------|------------|
| | n | % | n | % | n | % |
| 0-14 ans | 0 | 0 | 3 | 100 | 3 | 0 |
| 15-44 ans | 56 | 35 | 105 | 65 | 161 | 1 |
| 45-64 ans | 523 | 29 | 1 291 | 71 | 1 814 | 7 |
| 65-74 ans | 1 129 | 30 | 2 608 | 70 | 3 737 | 15 |
| 75 ans ou plus | 7 320 | 37 | 12 717 | 63 | 20 037 | 78 |
| Tous âges | 9 028 | 35 | 16 724 | 65 | 25 752 | 100 |

| Description des comorbidités | n | % |
|-------------------------------------|----------|----------|
| Obésité | 950 | 6 |
| Diabète | 2 695 | 16 |
| Pathologie respiratoire | 2 190 | 13 |
| Pathologie cardiaque | 5 773 | 35 |
| Hypertension artérielle | 3 741 | 22 |
| Pathologies neurologiques * | 1 425 | 9 |
| Pathologie rénale | 2 113 | 13 |
| Immunodéficience | 384 | 2 |

* Ce groupe inclut les pathologies neuro-vasculaires et neuro-musculaires

¹ % présentés en ligne ; ² % présentés en colonne

► Mortalité toutes causes

L'analyse de la mortalité toutes causes confondues s'appuie sur les données d'état civil d'environ 3 000 communes françaises, enregistrant 77% de la mortalité nationale. Ces données ne permettent pas de disposer des causes médicales de décès.

● **Au niveau national, le nombre de décès tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40** (du 28 septembre au 04 octobre), avec une hausse plus marquée de la semaine 43 (du 19 au 25 octobre) à la semaine 45 (du 02 au 08 novembre) (Figure 35). Une diminution s'est amorcée en semaine 46 (du 09 au 15 novembre) et se poursuit sur les semaines 47 à 50 (du 23 novembre au 13 décembre). Elle semble toutefois ralentir à partir de la semaine 49.

L'excès de mortalité, au niveau national, était compris entre +6% et +8% sur les semaines 40 à 42, +21% sur la semaine 43, +26% en semaine 44, +33% en semaine 45, +31% en semaine 46, +25% en semaine 47, +20% en semaine 48 et +19% en semaine 49. L'excès sur les semaines 45 et 46 a atteint un niveau exceptionnel. Du fait du délai habituel de transmission des données, l'estimation de l'excès de décès pour la semaine 50 sera précisée la semaine prochaine.

● **Au niveau régional** (Figure 36), la dynamique du nombre de décès sur les dernières semaines est hétérogène selon les régions. Alors que la diminution des effectifs de décès depuis la semaine 46 s'est poursuivie jusqu'en semaine 50 en Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France et Normandie (depuis S49), le nombre de décès s'est stabilisé, voire a progressé à nouveau entre les semaines 49 et 50 en Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Hauts-de-France, Centre-Val de Loire, Pays de la Loire et Nouvelle-Aquitaine.

● Bien qu'en diminution, les effectifs de décès en semaine 50 en Auvergne-Rhône-Alpes restent très élevés. L'excès de mortalité dans cette région a atteint un niveau d'excès exceptionnel entre les semaines 44 et 48 et reste à un niveau d'excès très élevé en semaines 49 et 50.

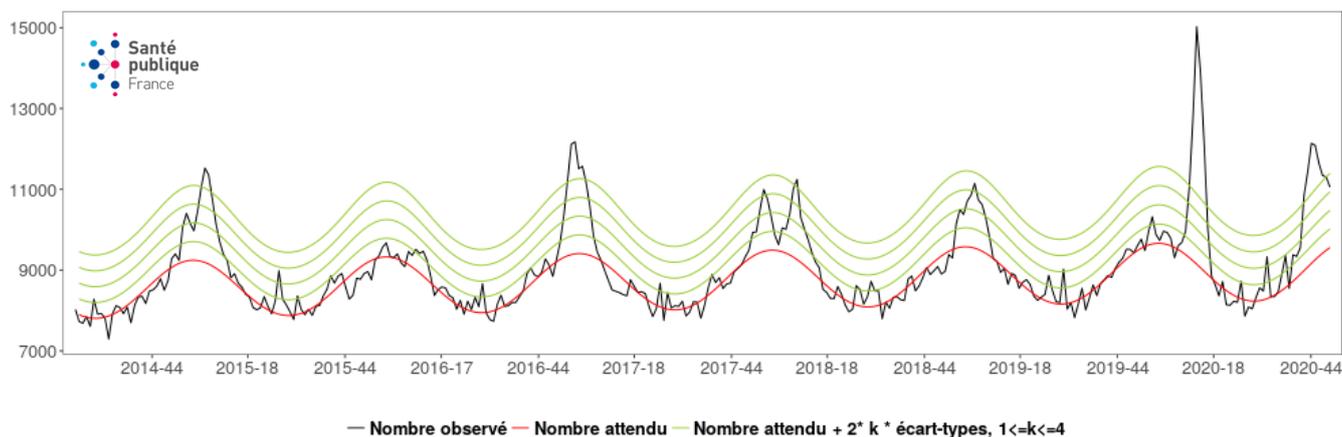
● Au total, le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu en semaine 41 dans 2 régions, en semaine 42 dans 4 régions, en semaine 43 dans 8 régions, en semaines 44 et 45 dans 10 régions, en semaine 46 dans 12 régions, en semaine 47 dans 11 régions, en semaine 48 et 49 dans 9 régions et **en semaine 50 dans 8 régions** : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire.

● **À l'échelon départemental**, 33 départements présentaient un excès de mortalité par rapport à la mortalité attendue en semaine 43, 31 départements en semaine 44, 48 départements en semaine 45, 47 départements en semaine 46, 36 départements en semaine 47, 39 départements en semaine 48, 37 départements en semaine 49 et **27 départements en semaine 50** (Figure 37).

● Ces excès concernent principalement **les personnes de 65 ans ou plus.**

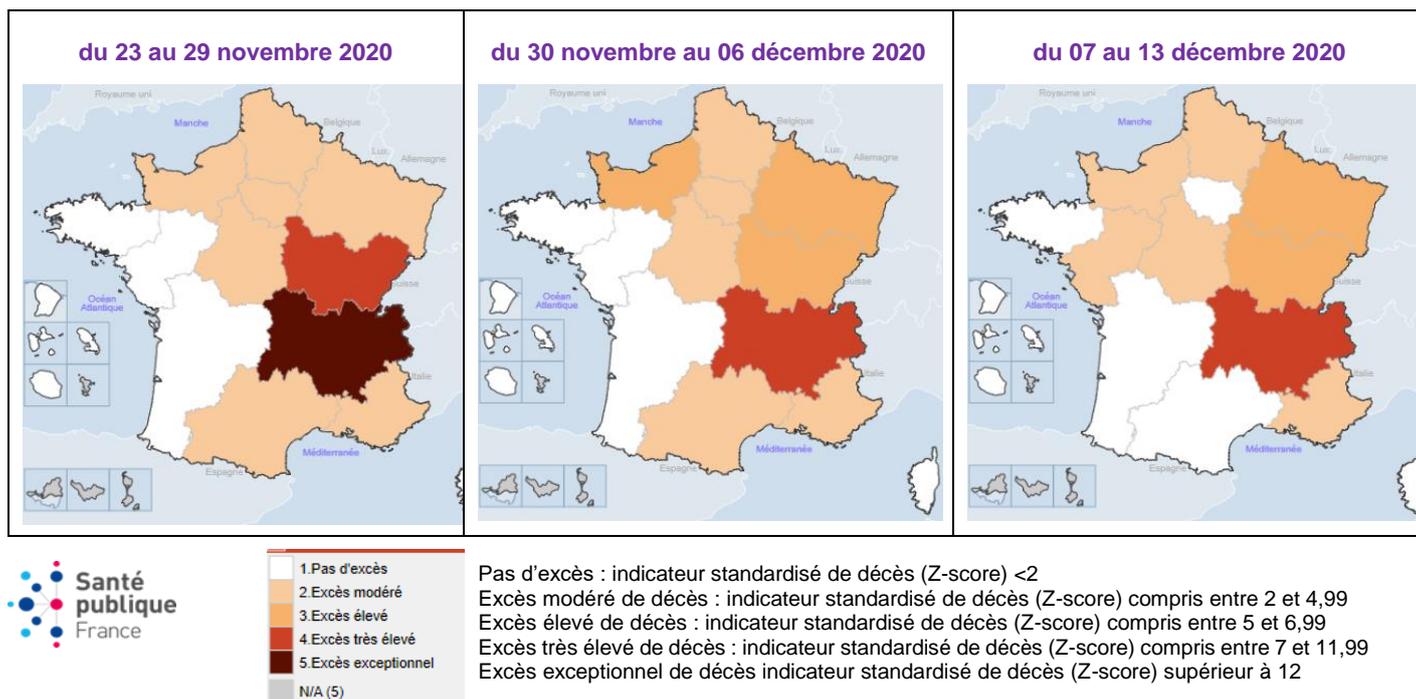
NB. Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. **En l'absence d'information sur les causes médicales de décès, il n'est pas possible d'estimer la part attribuable à l'épidémie de COVID-19.**

Figure 35. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 17-2014 à la semaine 50-2020, France



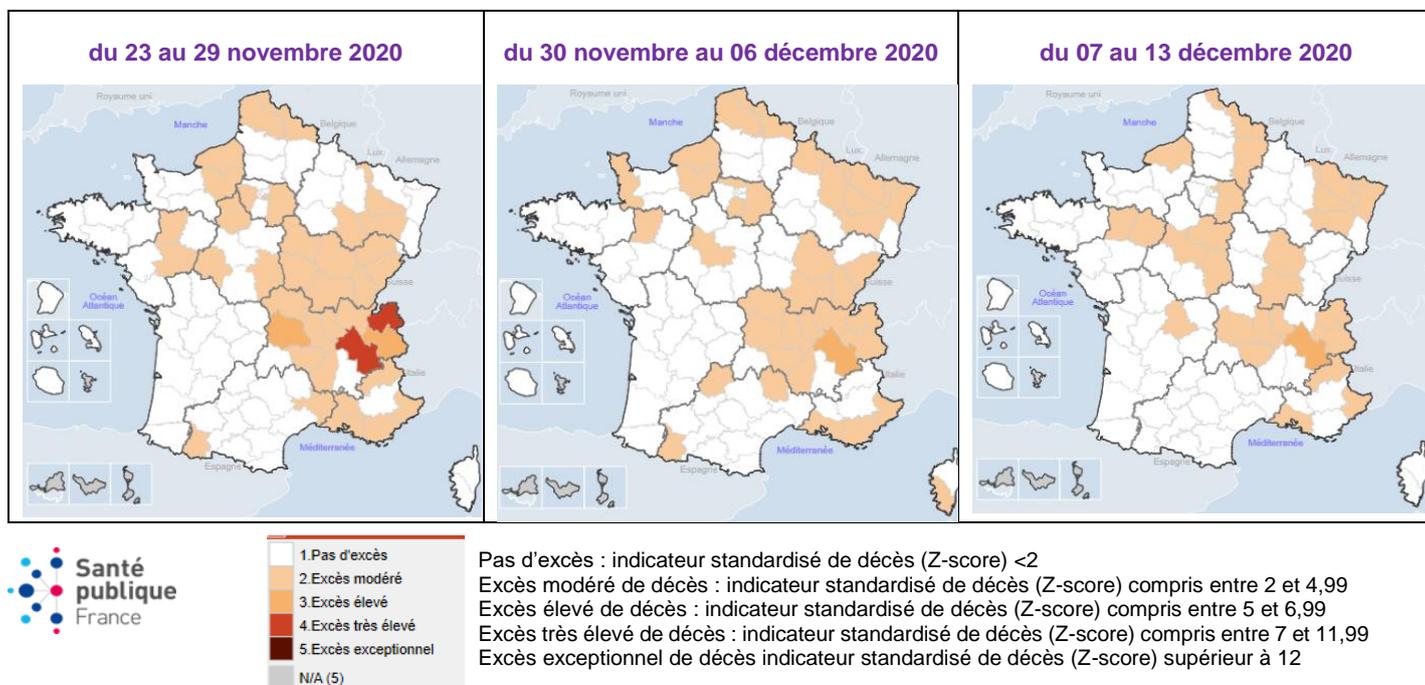
Sources : Santé publique France – Insee

Figure 36. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 48, 49 et 50 de 2020, par région, France (données au 22 décembre 2020)



Sources : Santé publique France - Insee

Figure 37. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 48, 49 et 50 de 2020, par département, France (données au 22 décembre 2020)



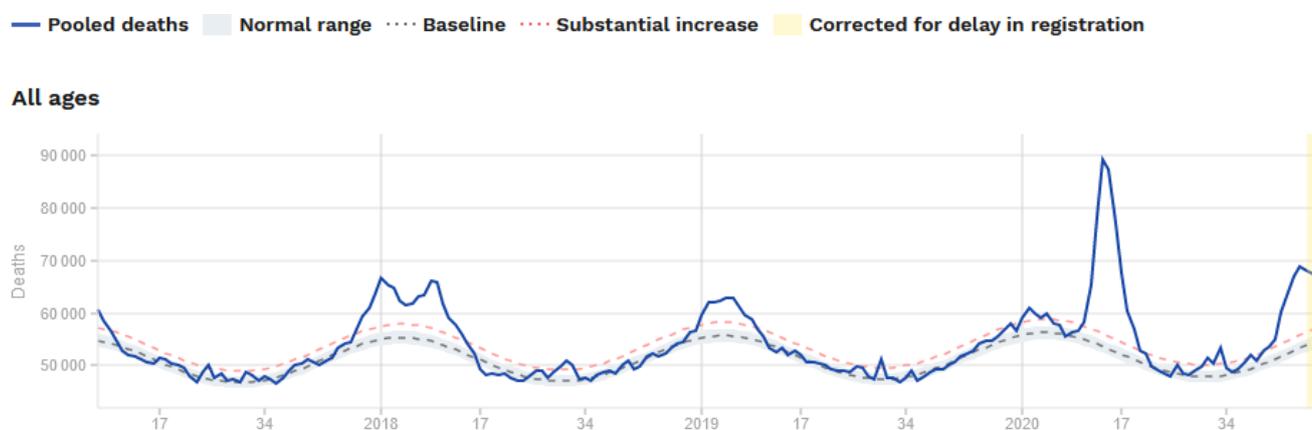
Sources : Santé publique France - Insee

► Mortalité à l'échelle européenne

À l'échelle européenne, parmi les 26 pays ou régions qui participent au consortium EuroMOMO (<https://www.euromomo.eu/>) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, une hausse de la mortalité est notée depuis le début du mois d'octobre 2020 et s'est accrue à partir de la semaine 43 jusqu'en semaine 46 (Figure 38). Le nombre de décès a amorcé une diminution en semaine 47, qui se poursuit jusqu'en semaine 50. Les effectifs de décès restent significativement supérieurs à ceux attendus en semaine 50.

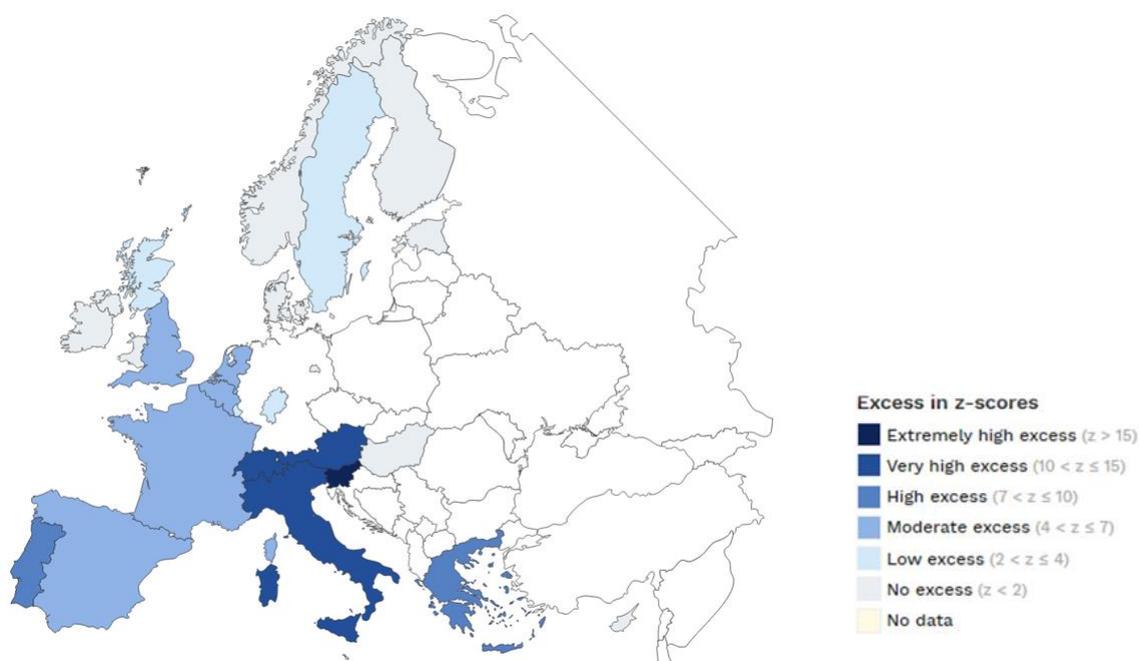
Un excès de mortalité était observé dans quinze pays/régions en semaines 46 et 47, dans seize pays/régions en semaine 48 et dans quinze pays en semaine 49 (Angleterre, Ecosse, Suède, Pays-Bas, Belgique, Luxembourg, Allemagne (Hesse), France, Italie, Grèce, Autriche, Suisse, Slovénie, Portugal et Espagne) (Figure 39).

Figure 38 . Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 26 pays/régions européens, de la semaine 03-2017 à la semaine 50-2020 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 16 décembre 2020)



Source : EuroMOMO

Figure 39. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 49-2020 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 16 décembre 2020)

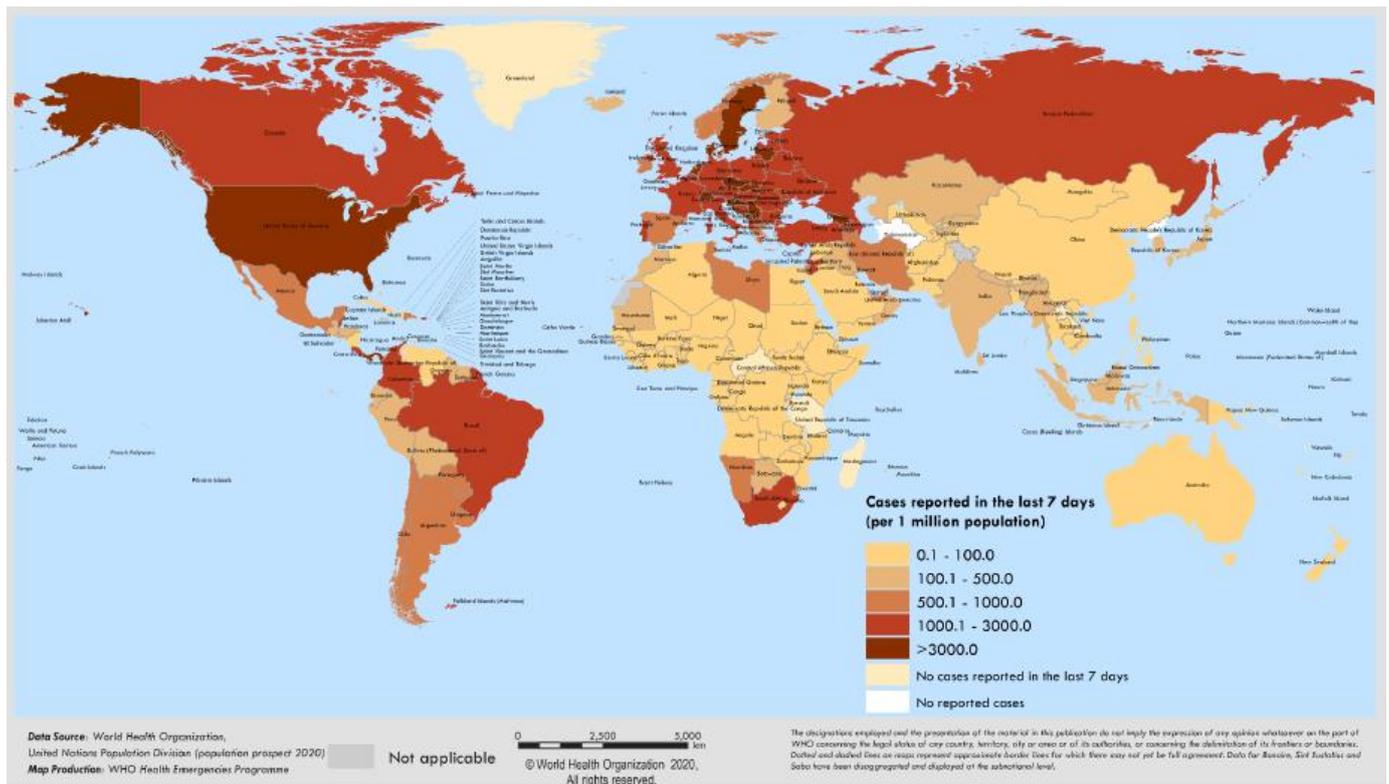


Source : EuroMOMO

SITUATION INTERNATIONALE

● Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **76 250 431 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés **dans le monde - dont 1 699 230 décès** - au 22 décembre 2020. Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans la zone **Amériques** et en **Europe**, à l'origine respectivement de 50% et 37% des cas de COVID-19 rapportés, et de 41% et 46% des décès par COVID-19 en semaine 51 (données OMS ; Figure 40). Les pays qui décrivent le plus grand nombre de cas sur cette période sont : les États-Unis (+1 666 736 nouveaux cas), le Brésil (+326 751), la Turquie¹ (+194 476), la Russie (+194 449), l'Inde (+174 184), suivis de l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Italie, la France, la Pologne et les Pays-Bas.

Figure 40. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde sur les 7 derniers jours pour 1 million d'habitants, données du 14 au 20 décembre 2020 (semaine 51)



Source : OMS

● Dans la zone **Amériques**, une hausse du nombre de nouveaux cas (+13%) et des décès par COVID-19 (+9%) est décrite en semaine 51. L'épidémie reste en phase ascendante aux États-Unis (+1 666 736 nouveaux cas, +18 021 décès) qui concentrent 78% des décès par COVID-19 en Amérique du Nord en S51. Au Canada, le nombre de nouveaux cas (+46 505) est relativement stable avec néanmoins de fortes disparités régionales. La dynamique épidémique se poursuit au Brésil (+326 751 cas en semaine 51) et en Colombie (+73 163), repart à la hausse dans plusieurs pays d'Amérique latine (Argentine, Chili, Bolivie, Pérou, Paraguay et Uruguay), et est stable depuis plusieurs semaines au Mexique (+72 167). Pour plus de détails sur la zone Amériques, [cliquez ici](#).

● En **Asie**, les indicateurs de l'épidémie sont en déclin depuis mi-septembre. L'Inde reste le pays le plus affecté de la région (-17% de cas et -13% de décès en S51). L'épidémie reste en phase ascendante au Japon (+18 593 nouveaux cas) et en Corée du Sud (+6 899). Pour plus de détails sur l'Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).

¹ L'augmentation du nombre de cas rapportés en Turquie depuis plusieurs semaines est liée à des changements de critères de notification intervenus le 26/11.

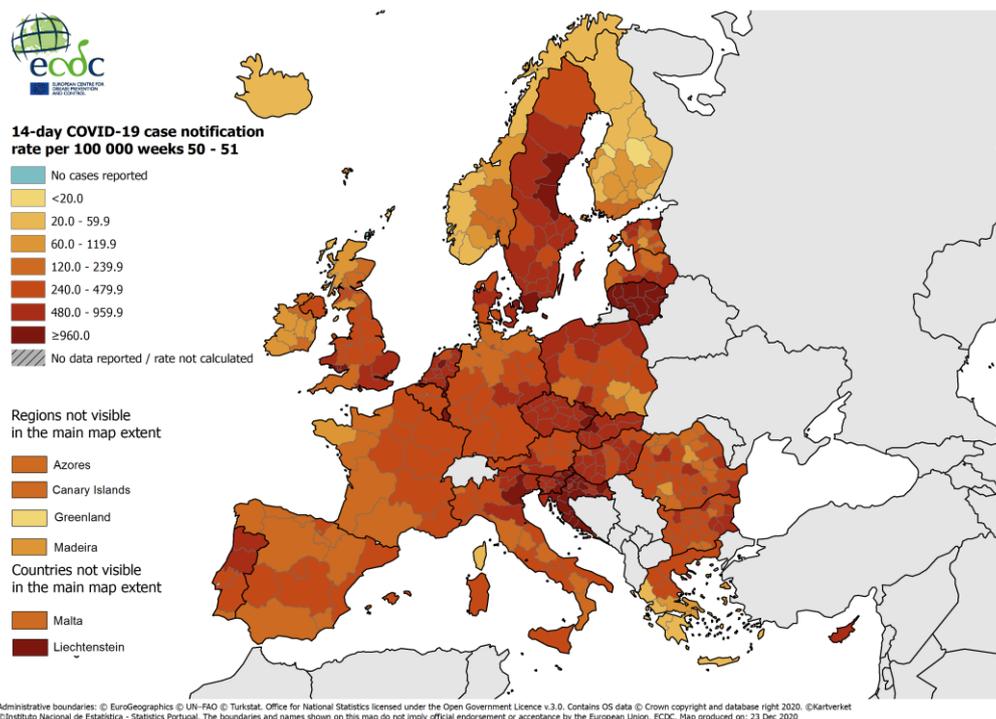
● En **Océanie**, l'épidémie est maîtrisée en Nouvelle-Zélande et en Australie. En Nouvelle-Galles du Sud (banlieue de Sydney), l'investigation d'un cluster d'une trentaine de cas a permis de mettre en évidence un lien spatio-temporel entre une centaine de cas de COVID-19 liés à ce même foyer. En Polynésie française, l'épidémie poursuit sa décroissance depuis plusieurs semaines : 564 nouveaux cas de COVID-19 sont rapportés en semaine 51 (vs 510 en semaine 50) mais le taux d'occupation des lits de réanimation reste élevé. Pour plus de détails sur l'Océanie, [cliquez ici](#).

● Au **Moyen-Orient**, l'épidémie reflue depuis un mois avec une situation contrastée : l'épidémie augmente à nouveau au Liban (+11 325 nouveaux cas en semaine 51), en Israël depuis cinq semaines (+16 748 en S51), et tend à se stabiliser dans les Territoires palestiniens (+14 104 nouveaux cas). La situation est stable aux Émirats arabes unis, à Oman et au Qatar et le nombre de cas de COVID-19 baisse dans les autres pays du Golfe (Bahreïn, Koweït et Arabie saoudite). L'épidémie continue sa décroissance en Iran et en Jordanie. Pour plus de détails sur le Moyen-Orient, [cliquez ici](#).

● L'**Afrique** cumule 2% des cas récents de COVID-19 dans le monde en semaine 51 ; 63% de ces cas et 77% des décès par COVID-19 sont concentrés en Afrique du Sud (+59 512 cas), confrontée à une résurgence de la circulation du SARS-CoV-2 depuis deux mois. La Namibie, pays frontalier de l'Afrique du Sud, décrit une augmentation du nombre de cas récents de COVID-19, multiplié par 2 en S51 par rapport à la S50 (2 340 vs 1 147). Au Maghreb, l'épidémie poursuit une phase décroissante au Maroc, en Libye et en Algérie mais augmente à nouveau en Tunisie (+8 758 cas) en S51. Pour plus de détails sur l'Afrique, [cliquez ici](#).

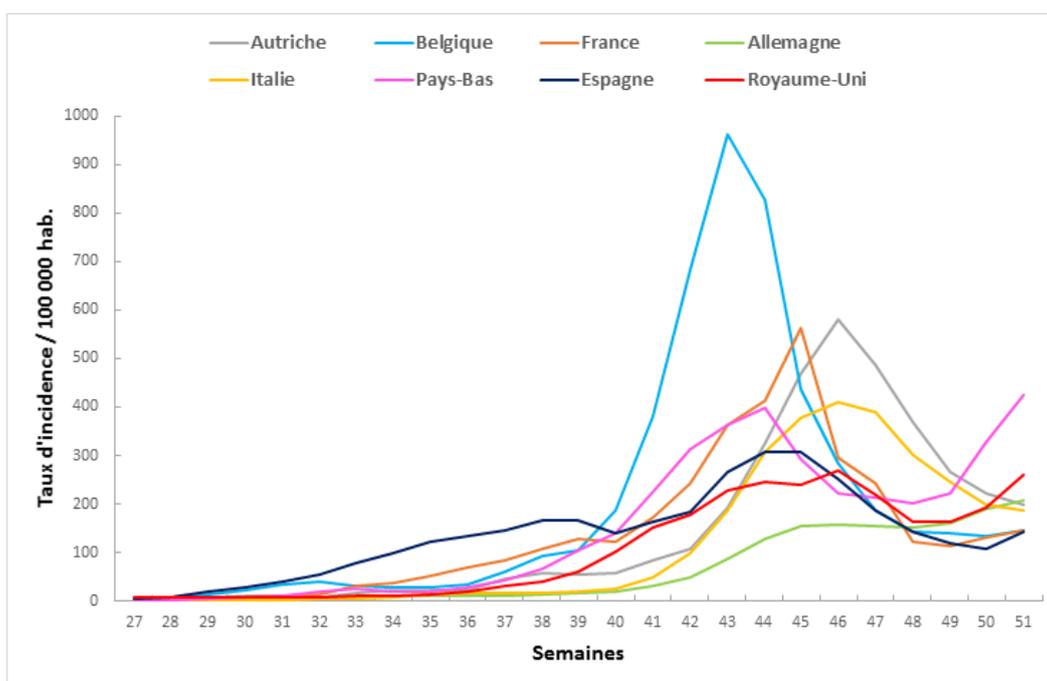
● En **Europe**, plusieurs pays de l'**UE/EEA** et le **Royaume-Uni** rapportent une augmentation significative du nombre de cas de COVID-19 en semaine 51. Cette augmentation est à mettre en regard du nombre d'habitants de chacun de ces pays (Figures 41 et 42) : Royaume-Uni (+173 263 cas en S51 ; +39% par rapport à la semaine précédente), Pays-Bas (+73 449 cas ; +38%), Danemark (+24 490 cas ; +34%), République tchèque (+45 061 cas ; +29%), Lettonie (+5 251 cas ; +23%), Slovaquie (+18 352 ; +23%), Allemagne (+173 293 ; +16%), France (+98 280 ; +23%) et Estonie (+3 501 ; +9%). La situation est stable au Portugal (+26 087 cas) et en très légère baisse en Italie (+112 308). D'autres pays décrivent une baisse plus ou moins importante du nombre de cas en semaine 51 (entre -11% et -35%) mais documentent des taux d'incidence qui demeurent élevés (entre 120 et 502 cas/100 000 hab.) : Croatie, Slovénie, Hongrie, Autriche, Roumanie, Bulgarie. Une légère baisse (-5%) est décrite en Suède (+38 630 cas en semaine 51) où le taux d'incidence reste élevé (378 cas/100 000 hab.), à l'instar du Danemark (422/100 000), des Pays-Bas (425/100 000) et des pays baltes (de 264 à 689 cas/100 000 hab.). Un nouveau variant du SARS-CoV-2 a été identifié dans le Sud-Est et l'Est de l'Angleterre (variant VUI 202012/01 : *Variant under investigation*, année 2020, mois 12, variant 01). Un renforcement de la surveillance virologique (séquençage génomique) et des investigations sont en cours. La situation est suivie avec attention par les autorités sanitaires ([résumé d'évaluation d'ECDC du 20 décembre](#)). **Hors zone UE/EEA**, l'épidémie tend à se stabiliser en Russie (+194 449 cas en semaine 51) et baisse en Ukraine. Les taux d'incidence restent élevés dans les pays du Caucase et dans les Balkans bien que l'épidémie tende à y refluer. La dynamique de transmission du SARS-CoV-2 reste active en Suisse (309 cas/100 000 hab.) malgré une baisse du nombre de nouveaux cas rapportés en S51 (+26 394 cas). Pour plus de détails sur l'Europe, [cliquez ici](#).

Figure 41. Taux d'incidence sur 14 jours des cas de COVID-19 pour 100 000 habitants pour les semaines 50-51/2020 dans les pays de l'UE/EEA et le Royaume-Uni



Source : ECDC

Figure 42. Taux d'incidence des cas de COVID-19 sur 7 jours pour 100 000 habitants dans les principaux pays* limitrophes à la France, du 5 juillet au 20 décembre 2020 (semaines 27 à 51)



* Pays comparables à la France en termes de nombre d'habitants et de système de surveillance épidémiologique.
Sources : données ECDC (semaines 27-50), OMS (semaine 51)

NB. Les données présentées ne tiennent pas compte des spécificités des systèmes de surveillance et des capacités diagnostiques des différents pays.

Pour en savoir + sur la situation internationale :

- en Europe : [ECDC - Weekly Surveillance Report \(semaine 51\), 24 décembre 2020](#)
- dans le monde : [OMS - Weekly Epidemiological Update \(semaine 51\), 22 décembre 2020](#)

PRÉVENTION

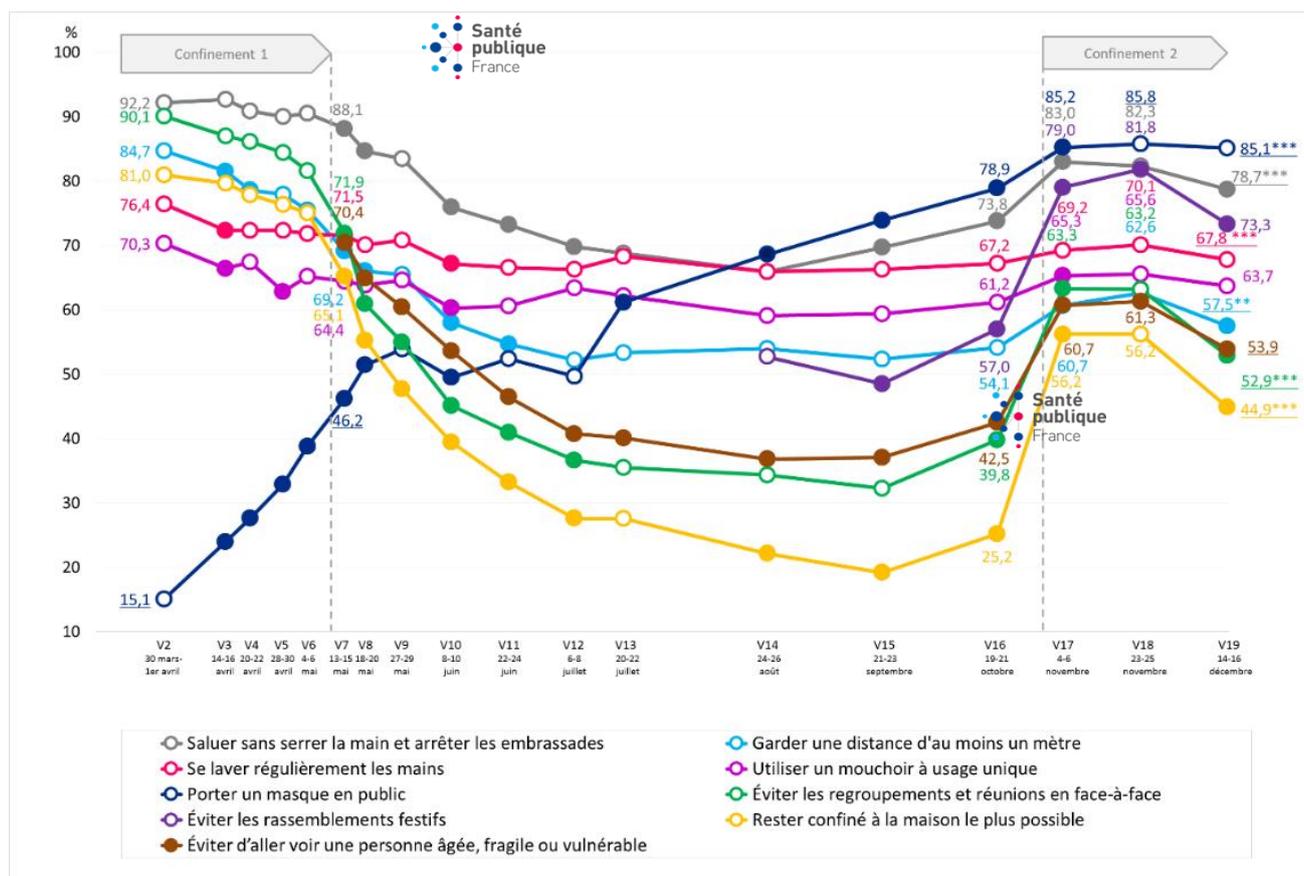
► Adoption des mesures de prévention

Les données proviennent de l'Enquête Santé publique France CoviPrev, enquêtes Internet répétées auprès d'échantillons indépendants non probabilistes de personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine (Access panel), de mars à novembre 2020. La vague 19 a été réalisée au moment du deuxième déconfinement.

• **En vague 19 de l'enquête (14-16 décembre), l'adoption systématique de toutes les mesures en lien avec la limitation de l'interaction sociale était moindre** qu'en vague 18 (23-25 novembre) (Figure 43). L'adoption systématique du masque en public était élevée (85%) et stable depuis le début du deuxième confinement.

• **Des différences sont observées en fonction de la classe d'âge.** Elles sont **significatives chez les 35-49 ans** qui ont moins souvent adopté, en vague 19 par rapport à la vague 18, chacune des mesures suivantes : se laver les mains (68% vs 76%), tousser dans son coude (64% vs 70%), saluer sans se serrer les mains et éviter les embrassades (78% vs 84%), garder une distance d'au moins 1 mètre (52% vs 60%), éviter les regroupements et les réunions en face à face (54% vs 68%), éviter les rassemblements festifs (74% vs 83%), éviter d'aller voir une personne âgée, fragile ou vulnérable (59% vs 65%) porter un masque systématiquement (81% vs 87%) et rester confiné à la maison le plus possible (45% vs 58%).

Figure 43. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés). Enquête CoviPrev, décembre 2020, France métropolitaine



Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 19) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 2), test de Wald ajusté, * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; lorsqu'elle est soulignée, cette proportion est significativement différente de celle de la première vague de la période post-confinement (vague 7), test de Wald ajusté, $p < 0,05$

- Les populations adoptant moins systématiquement les mesures de prévention sont le plus souvent **les hommes**, les personnes **ne présentant pas de risque de développer une forme grave de la COVID-19** et les personnes avec un **faible niveau de littératie en santé**. Les personnes ayant une **CSP-** adoptent moins souvent les mesures de distanciation physique, le port systématique du masque et le fait de rester confiné à la maison le plus possible (Tableau 8).

Tableau 8. Variables sociodémographiques associées à une moindre adoption des mesures de prévention. Enquête CoviPrev (vague 19 : 14-16 décembre 2020), France métropolitaine

| | Moindre nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées parmi 4 ¹ | Moindre nombre de mesures de distanciation systématiquement adoptées parmi 4 ² | Moindre pourcentage d'adoption systématique du port du masque en public | Moindre pourcentage d'adoption systématique de la mesure "rester confiné à la maison le plus possible " |
|---|--|---|---|---|
| Sexe | Hommes | Hommes | Hommes | Hommes |
| Classe d'âge (en 5 classes) | -- | 18-24/25-34 ans | 35-49 ans | -- |
| Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés) | -- | CSP- | CSP- | CSP- |
| Littératie en santé ^a | Faible | Faible | Faible | Faible |
| Situation financière perçue | Bonne situation | -- | -- | -- |
| Présente un risque de développer une forme grave de COVID-19 ^b | Non | Non | Non | Non |

Notes de lecture. Les associations entre chacun des 4 indicateurs d'adoption systématique des mesures de prévention et les variables sociodémographiques ont été testées grâce à des analyses bivariées (test de Wald ajusté, $p < 0,05$). Sont présentées les modalités des variables sociodémographiques associées à une moindre adoption, en comparaison de l'ensemble des autres modalités de la variable. -- : aucune modalité de la variable sociodémographique n'est associée à une moindre adoption pour l'indicateur considéré.

^a La littératie en santé désigne la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information pour prendre des décisions concernant leur santé (échelle Health Literacy Questionnaire, Dimension 5).

^b Facteurs de risque de développer une forme grave de COVID-19 : diabète ; hypertension artérielle ; problème respiratoire ou pulmonaire ; problème cardiaque ou cardiovasculaire ; problème rénal ; cancer avec traitement en cours ; obésité (IMC > 30).

¹ 4 mesures d'hygiène : se laver régulièrement les mains ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique ; aérer le logement au moins 2 fois par jour pendant 10 à 15 minutes.

² 4 mesures de distanciation physique : saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades ; garder une distance d'au moins un mètre ; éviter les regroupements et réunions en face-à-face avec des proches qui n'habitent pas avec moi ; éviter les rassemblements festifs.

► Prévention et fêtes de fin d'année

- En vague 19, **83% des personnes interrogées ont déclaré qu'elles allaient fêter Noël avec au maximum 6 adultes**, tout comme 92% au Nouvel an. Le nombre de convives ne change pas selon la catégorie socio-professionnelle, la taille du foyer, le nombre d'enfants, ni l'état de santé général. Les moins de 35 ans seraient moins nombreux à respecter les consignes (75% fêteront Noël à 6 adultes ou moins et 82% le Nouvel an).

- En moyenne, les personnes interrogées ont déclaré prévoir 5 adultes à table à Noël et environ 4 au Nouvel an.

- Enfin, 7% des personnes déclarent qu'elles passeront Noël seules et 13% le Nouvel an.

► Acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19 en population générale

• En vague 19, moins de la moitié des personnes interrogées (40%) répondait vouloir certainement ou probablement se faire vacciner contre la COVID-19. Ce résultat est en diminution par rapport à la vague 17 (04-06 novembre), quand 53% disaient avoir l'intention de le faire. L'évolution entre les deux vagues est plus marquée chez ceux qui répondaient vouloir certainement se faire vacciner, moins nombreux en vague 19 (25% en vague 17 vs 16% en vague 19) et ceux répondant ne certainement pas vouloir se faire vacciner, plus nombreux en vague 19 (24% en vague 17 vs 32% en vague 19). **La baisse est également plus forte chez les femmes** (44% en vague 17 vs 29% en vague 19). Elle affecte **toutes les classes d'âge** mais est moins marquée chez les 25-34 ans (33% vs 27%) ; elle touche aussi les personnes âgées, même si leur adhésion reste la plus élevée (72% en vague 17 vs 61% en vague 19).

• Les hommes, les CSP+ et les personnes les plus âgées restent les plus enclins à se faire vacciner (Tableau 9).

Tableau 9. Intentions de se faire vacciner contre la COVID-19 selon l'âge, le sexe et la catégorie socioprofessionnelle (CSP). Enquête CoviPrev (vague 19 : 14-16 décembre 2020), France métropolitaine

| | Sexe | | Âge (année) | | | | | CSP en 3 classes | | |
|-----------------------------------|-------|-------|-------------|-------|-------|-------|-----|------------------|------|----------|
| | Homme | Femme | 18-24 | 25-34 | 35-49 | 50-64 | ≥65 | CSP+ | CSP- | Inactifs |
| N (100%) | 952 | 1 048 | 202 | 310 | 510 | 502 | 476 | 990 | 769 | 240 |
| Oui, certainement ou probablement | 53% | 29% | 28% | 27% | 31% | 42% | 61% | 50% | 30% | 31% |

• Parmi les 1 194 personnes (60%) qui ne souhaitent pas être vaccinées, les raisons citées le plus souvent pour ne pas le faire étaient : « **les nouveaux vaccins ne sont pas sûrs** » (82%) ; « *je préfère d'autres moyens de prévention comme les gestes barrières* » (26%) ; « *je suis contre la vaccination en général* » (16%). *A contrario*, dans ce même groupe, les raisons qui pousseraient à le faire étaient : « *des informations qui prouvent l'efficacité et la sûreté des vaccins* » (42%), « *la protection de mes proches* » (21%) et 36% déclaraient : « *aucune raison ne me ferait changer d'avis* ». En comparaison avec les réponses données en juillet, la sûreté du vaccin a été plus largement mise en avant comme une raison de non-vaccination (82% vs 67%).

Pour en savoir + sur la vaccination, consulter [Vaccination Info Service](#)

► Santé mentale

• **En vague 19 (14-16 décembre), aucune évolution statistiquement significative des indicateurs (anxiété, dépression, satisfaction de vie, problèmes de sommeil) n'a été observée par rapport à la vague précédente (vague 18, 23-25 novembre) (Figure 44).**

• **Les états dépressifs se maintiennent à un niveau élevé** depuis la vague 17 (04-06 novembre) (supérieur à 20% vs 10% selon les données du Baromètre santé 2017) (Figure 44). La prévalence a été multipliée par près de deux entre fin septembre (11% en vague 15) et mi-décembre (20,5% en vague 19). Les hausses les plus importantes sont observées chez les moins de 50 ans (+12 points en moyenne), les étudiants et les inactifs (+18 points), les personnes déclarant une situation financière très difficile (+14 points) et celles déclarant vivre dans un logement surpeuplé (+16 points).

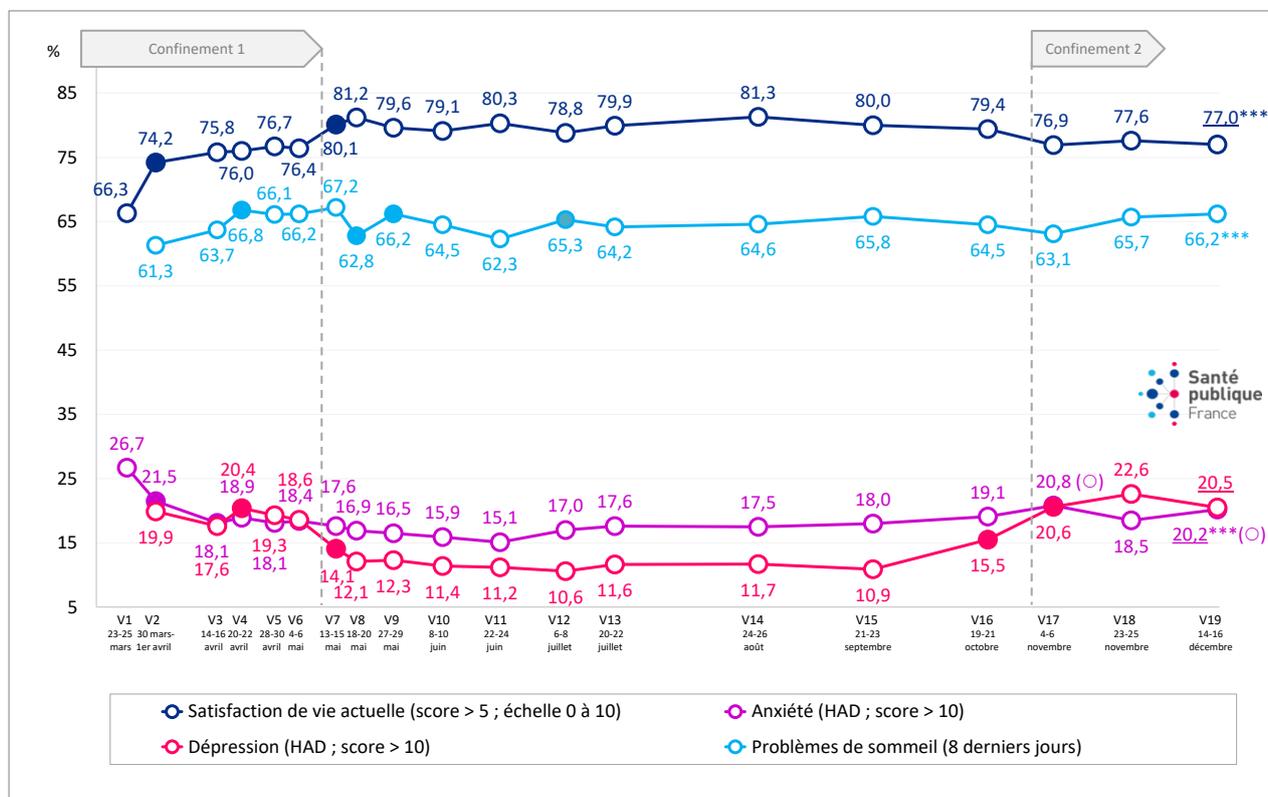
• **Les états anxieux se maintiennent également à un niveau élevé** (supérieur à 20% vs 13,5% dans le Baromètre santé 2017) (Figure 44).

• **En vague 19, 30% des personnes interrogées présentaient un état anxieux ou un état dépressif** (9% un état anxieux seulement, 11% un état dépressif seulement et 10% un état à la fois dépressif et anxieux).

• **Les problèmes de sommeil** continuent de présenter un niveau supérieur à celui observé au début du premier confinement (vague 2, 30 mars-1^{er} avril) et se maintiennent à un niveau élevé (supérieur à 65% vs 49% selon les données du Baromètre santé 2017) (Figure 44).

• **La satisfaction de vie est supérieure à celle observée au début du premier confinement (vague 1, 23-25 mars) mais reste inférieure à celle observée hors épidémie** (-8 points par rapport au Baromètre santé 2017) (Figure 44).

Figure 44. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés). Enquête CoviPrev, 2020, France métropolitaine



Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 19) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 1 ou 2 selon l'indicateur), test de Wald ajusté, * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; lorsqu'elle est soulignée, cette proportion est significativement différente de celle de la première vague de la période post-confinement (vague 7), test de Wald ajusté, $p < 0,05$. HAD : Hospital Anxiety and Depression scale.

- **En vague 19**, les profils de population ayant **une santé mentale plus dégradée** étaient (Tableau 10) :
 - les personnes déclarant **des antécédents de trouble psychologique**, celles déclarant une **situation financière très difficile** et **les femmes** pour les trois indicateurs : anxiété, dépression, problèmes de sommeil ;
 - les **18-24 ans** et les **personnes ayant ou ayant eu des symptômes de COVID-19** pour les états anxieux et les problèmes de sommeil ;
 - **les inactifs** pour les états dépressifs et anxieux ;
 - **les étudiants, chômeurs et catégories socioprofessionnelles inférieures (CSP-)** pour les états anxieux ;
 - **les actifs occupés** pour les problèmes de sommeil ;
 - **les personnes vivant dans un logement surpeuplé** pour la dépression et l'anxiété.

Tableau 10. Variables sociodémographiques associées à l'anxiété, à la dépression et aux problèmes de sommeil. Enquête CoviPrev (vague 19 : 14-16 décembre 2020), France métropolitaine

| | Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD ^a) | Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ^a) | Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours) |
|---|--|---|---|
| Sexe | Femmes | Femmes | Femmes |
| Classe d'âge (en 5 classes) | 18-24 ans / 35-49 ans | -- | 18-24 ans |
| Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés) | CSP- / Inactifs | Inactifs | -- |
| Situation professionnelle | Etudiants / Chômeurs | -- | Actifs occupés |
| Situation financière perçue | Très difficile | Très difficile | Juste / Très difficile |
| Présente un risque de développer une forme grave de COVID-19^b | -- | -- | -- |
| Vivre dans un logement surpeuplé^c | Oui | Oui | -- |
| Avoir ou avoir eu des symptômes de COVID-19 | Oui | -- | Oui |
| Antécédents de trouble psychologique | Oui | Oui | Oui |

Note de lecture : Les associations entre chacun des trois indicateurs présentés (anxiété, dépression, problèmes de sommeil) et les variables sociodémographiques ont été testées grâce à des analyses bivariées (test de Wald ajusté, $p < 0,05$). Sont présentées les modalités des variables sociodémographiques associées à un trouble plus élevé, en comparaison de l'ensemble des autres modalités de la variable. -- signifie qu'aucune modalité de la variable sociodémographique n'est associée au trouble considéré.

^aHAD : Hospital Anxiety and Depression scale. ^bFacteurs de risque de développer une forme grave de COVID-19 : diabète ; hypertension artérielle ; problème respiratoire ou pulmonaire ; problème cardiaque ou cardiovasculaire ; problème rénal ; cancer avec traitement en cours ; obésité (IMC > 30).

^cSelon la définition de l'Insee : logement avec moins de 18 m² par personne ou moins de 25 m² si la personne vit seule.

En cas de signes de dépression (tristesse, perte d'intérêt, d'énergie) ou d'anxiété (tension, irritabilité), il est important de s'informer et d'en parler afin d'être conseillé sur les aides et les solutions disponibles. Pour plus d'information sur la santé mentale et les ressources disponibles : <https://www.psycom.org/> ; <https://www.santepubliquefrance.fr/coronavirus/sante-mentale>

SYNTHÈSE

► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 51 (du 14 au 20 décembre 2020), **les indicateurs épidémiologiques de suivi de l'épidémie de la COVID-19 montraient une poursuite de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé en France.**

Au niveau national, en semaine 51, le taux d'incidence des cas confirmés de COVID-19 était de 146 pour 100 000 habitants (vs 119 en S50). **Le nombre de nouveaux cas confirmés était de 98 280, soit une augmentation de 23%** par rapport à la semaine précédente (80 104 cas en S50). Cette augmentation est observée depuis deux semaines (+10% entre S50 et S49) et s'inscrit, cette semaine, dans le cadre d'une très forte augmentation du recours au dépistage.

Les personnes âgées de 75 ans et plus restent les plus touchées par le SARS-CoV-2 (incidence de 216/100 000 en S51), suivies de celles âgées de 15-44 ans (174) puis de 45-64 ans (150). L'augmentation d'incidence la plus importante a été observée chez les 65-74 ans (+33% entre S50 et S51) et les 15-44 ans (+26%). Cette augmentation a été observée pour les cas symptomatiques (+16%) comme pour les asymptomatiques (+33%).

En semaine 51, on observe une **très forte augmentation de l'activité de dépistage**, avec 2 272 074 personnes testées (vs 1 304 856, soit +74%). Le taux de dépistage était de 3 385 pour 100 000 habitants. Il était plus élevé chez les 15-44 ans (4 386) et chez les personnes âgées de 75 ans et plus (3 583) que dans les autres classes d'âge. Le taux de dépistage a fortement augmenté dans toutes les classes d'âge, notamment chez les 15-44 ans (+90%). Chez les 75 ans et plus où le recours aux tests est plus fréquemment pratiqué du fait de leur vulnérabilité, cette augmentation est moindre (+26%).

L'augmentation du nombre de personnes testées est plus faible chez les personnes symptomatiques (+29%) que chez les personnes sans aucun symptôme (+97%).

En semaine 51, le **taux de positivité au niveau national était de 4,3%, en baisse** par rapport à celui de la semaine précédente (6,1%, soit -1,8 point), et ce dans toutes les classes d'âge, notamment chez les plus jeunes où le recours aux tests a fortement augmenté.

Ces résultats sur l'activité de dépistage s'inscrivent dans le contexte des fêtes de fin d'année familiales et de la perspective d'une augmentation des interactions sociales.

En médecine générale, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles était stable en comparaison à celui de la semaine précédente (61/100 000 habitants en S51 vs 67 en S50).

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était en légère augmentation en semaine 51 (+4,5% entre S50 et S51).

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), incluant les établissements d'accueil pour personnes âgées, le nombre de cas confirmés, après avoir augmenté jusqu'en semaine 45, puis diminué entre les semaines 46 et 48, s'est stabilisé chez les résidents comme chez le personnel les deux dernières semaines. Une tendance à la diminution est observée en semaine 51 ; cependant, les données ne sont pas consolidées.

Le nombre de nouveaux décès liés à la COVID-19 survenus chez les résidents était en diminution depuis la semaine 46 et semble se stabiliser ces dernières semaines. Il est nécessaire d'attendre la consolidation des données des dernières semaines pour confirmer cette tendance.

Le nombre de **passages pour suspicion de COVID-19 aux urgences** était en augmentation en semaine 51 (+10% entre S50 et S51), contrairement à la baisse observée la semaine précédente (-6% entre S49 et S50).

En milieu hospitalier, après une baisse observée de la semaine 46 à la semaine 49, **le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 est resté stable pour la 2^e semaine consécutive** (+1% entre S50 et S51 ; +2% entre S49 et S50).

Cette même tendance est observée pour le **nombre de nouvelles admissions en réanimation, qui avait fortement diminué entre S46 et S49 et était resté stable ces deux dernières semaines** (+1% entre S50 et S51 ; +2% entre S49 et S50, soit près de 1 150 patients hospitalisés en réanimation chaque semaine).

Au 22 décembre 2020, les nombres de patients hospitalisés en France pour COVID-19 restaient conséquents, avec 24 964 cas de COVID-19 hospitalisés, dont 2 728 en réanimation.

Les estimations du R-effectif (R-eff) permettent de décrire la dynamique de l'épidémie : lorsque le R-eff est significativement supérieur à 1, ceci signifie que l'épidémie est en progression, lorsqu'il est égal à 1, l'épidémie se stabilise, lorsqu'il est inférieur à 1, l'épidémie régresse. Les valeurs de R-eff ne doivent pas être interprétées de façon isolée, mais être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse de la situation locale.

En France métropolitaine, l'estimation du R-eff calculée à partir des nombres de nouveaux cas confirmés (SI-DEP) était significativement supérieure à 1 (1,16 IC95% [1,15-1,17]).

Les estimations des R-eff issues des données de passage aux urgences (OSCOUR®) étaient également significativement supérieures à 1 (1,04 (IC95% [1,01-1,07])), marquant **une augmentation de la circulation virale**. En revanche, l'estimation à partir des données d'hospitalisations (SI-VIC) (0,94 (IC95% [0,92-0,96])) restait significativement inférieure à 1, mais en légère augmentation par rapport à la semaine précédente.

Le nombre hebdomadaire de décès estimé à partir des décès survenus en milieu hospitalier et dans les établissements médico-sociaux (décès survenus à domicile non inclus), après consolidation des données, était stable en semaine 50 en comparaison de la S49 (2 878 décès vs 2 880 décès en S49). Cependant, cette stabilité était le résultat d'une diminution des décès survenus à l'hôpital et une augmentation des décès en ESMS. En semaine 51, 2 226 décès ont été recensés mais les données des décès en ESMS étant non consolidées, cette tendance ne peut pas encore être interprétée.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre 2020). Une diminution s'est amorcée en semaine 46 et s'est poursuivie sur les semaines 47 à 50. Au niveau national, l'excès de mortalité a atteint un niveau exceptionnel en semaine 45 (+33%) et en semaine 46 (+31%). L'excès était de +25% en semaine 47, +20% en S48 et +19% en S49. Du fait des délais de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, l'estimation de l'excès de décès pour la semaine 50 sera précisée la semaine prochaine.

► Indicateurs épidémiologiques régionaux

Régions métropolitaines

La majorité des régions métropolitaines était toujours fortement touchée par l'épidémie en semaine 51. Les plus forts taux d'incidence étaient observés dans l'Est de la France dans les **régions les plus impactées** par cette 2^e vague : **Bourgogne-Franche-Comté** (250/100 000 habitants), **Auvergne-Rhône-Alpes** (238) et **Grand Est** (231).

Les estimations des R-eff à partir des données virologiques SI-DEP étaient significativement supérieures à 1 dans toutes les régions métropolitaines excepté en Nouvelle-Aquitaine et Corse, montrant ainsi que la circulation virale restait très active.

En semaine 51, les tendances du taux d'hospitalisations étaient variables selon les régions : en baisse dans 6 régions et en hausse dans les 7 autres. **Les taux d'hospitalisations les plus élevés** étaient enregistrés dans les mêmes régions que la semaine précédente : **Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes**.

En semaine 51, les taux des admissions en réanimation ont augmenté dans 8 des 13 régions. **Les plus forts taux hebdomadaires d'admissions en réanimation** ont été rapportés en **Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Île-de-France**.

Les taux de décès survenus au cours d'une hospitalisation ou parmi les résidents en ESMS étaient en diminution dans toutes les régions, excepté en Bretagne ; cependant, une confirmation de ces tendances sera effectuée avec la consolidation des données dans les prochaines semaines. En semaine 51, les plus forts taux de décès de patients COVID-19 par région rapportés à la population ont été observés en **Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes**.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus était supérieur à celui attendu en semaine 50 dans 8 régions : **Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays-de-la-Loire**.

L'excès de mortalité est resté plus particulièrement marqué en Auvergne-Rhône-Alpes, qui avait atteint un niveau d'excès exceptionnel entre les semaines 44 et 48 et restait à un niveau d'excès très élevé en semaine 49 et 50.

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

- **En Guyane, depuis 3 semaines, une augmentation** du taux d'incidence des cas confirmés est observée (+41% en semaine 51). Le taux de dépistage est en augmentation et le taux de positivité est stable (+0,1 point). Le taux d'hospitalisation était en augmentation (8,9/100 000 habitants en S51 vs 5,2 en S50).
- **En Guadeloupe**, les indicateurs étaient en légère hausse mais le taux d'incidence reste bas (19 pour 100 000 habitants en S51 vs 12 en S50). Une augmentation du taux d'hospitalisation a été observée en Guadeloupe (faibles effectifs : 9 patients en S51 vs 3 en S50).
- **En Martinique**, après plusieurs semaines de diminution, les indicateurs étaient en légère augmentation.
- **À La Réunion** les indicateurs étaient stables.
- **À Mayotte**, le taux d'incidence des cas confirmés et le taux de positivité étaient relativement stables ces deux dernières semaines.

Pour en savoir + les données régionales détaillées sont accessibles sur [GEODES](#) et sont mises en perspective dans les [points épidémiologiques régionaux](#)

► Surveillances spécifiques et populationnelles

Les personnes les plus gravement touchées par cette épidémie restaient les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que celles présentant des comorbidités. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 66% des personnes hospitalisées en réanimation et 91% des personnes décédées de COVID-19 à l'hôpital depuis le début de l'épidémie.

La surveillance spécifique des cas graves de COVID-19 admis en réanimation indiquait une proportion élevée d'hommes (71%) et de cas présentant une comorbidité (89%), dont les plus fréquentes étaient l'obésité, l'hypertension artérielle et le diabète. Pour 42% des patients hospitalisés en réanimation pour COVID-19, un recours à la ventilation invasive avait été nécessaire.

Les enfants sont très peu représentés chez les patients hospitalisés pour COVID-19 et parmi les décès (moins de 1%). Une surveillance des nouveaux cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS) permet d'estimer l'incidence de ces cas en lien avec la COVID-19. Une mise à jour de ces données est prévue dans le prochain point épidémiologique.

La surveillance spécifique des **professionnels travaillant dans les établissements de santé (PES)** a été mise en place depuis le 1^{er} mars et rapportait, au 30 novembre 2020, 54 058 cas d'infections au SARS-CoV-2, dont 18 décès en lien avec cette infection. Une synthèse de ces données est disponible dans le [point épidémiologique de la semaine précédente](#). Les professionnels de santé libéraux peuvent, s'ils ont été atteints par la COVID-19, participer à l'enquête proposée sur le site du Geres (<https://geres-covid.voozanoo.net/geres#!>), ouverte à tous les professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, et visant à documenter les circonstances de leur contamination.

Entre le 1^{er} janvier et le 20 décembre 2020, 2 547 signalements **de cas de COVID-19 nosocomiaux**, survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un établissement de santé (ES) ont été enregistrés. Étaient impliqués 15 623 patients, 10 793 professionnels et 10 visiteurs, et 134 décès liés au COVID-19 chez des patients ont été rapportés. Parmi ces signalements, 1 696 correspondaient à des cas groupés (au moins 3 cas liés). **Une diminution du nombre de cas groupés** signalés est observée ces dernières semaines.

Pour la 2^e semaine consécutive, on observe une augmentation du nombre de cas confirmés et de personnes-contacts à risque. Dans ce contexte, **la légère diminution observée de la proportion de cas et de personnes-contacts ayant pu être investigués** doit être considérée avec attention, d'autant que dans les semaines à venir certaines personnes pourraient être moins facilement joignables en raison des déplacements liés aux fêtes de fin d'année.

On observe cette semaine **une évolution des indicateurs concernant le dépistage des cas confirmés**, avec une augmentation de la proportion des diagnostics réalisés par test antigénique et une augmentation de la part des cas asymptomatiques parmi ceux testés par test antigénique. Cette évolution peut être le reflet d'une augmentation des dépistages individuels en amont des fêtes de fin d'année et/ou des campagnes de dépistage massif. Les données actuellement collectées lors de l'activité de suivi des contacts ne permettent cependant pas d'évaluer la contribution de ces campagnes à l'évolution des indicateurs.

Aucune évolution n'est observée pour les délais de dépistage des cas symptomatiques par rapport à la semaine précédente. Les délais moyens entre la survenue des premiers signes cliniques et la date de prélèvement restent **plus élevés dans les départements ultra-marins**, notamment en Martinique et en Guadeloupe. Dans ces départements, il semble nécessaire de renforcer les messages pour inciter les personnes symptomatiques à se faire tester le plus rapidement possible et améliorer également l'accès aux tests, avec notamment le déploiement des tests antigéniques. En effet, dans ces départements, le recours aux tests antigéniques pour le diagnostic est moindre qu'en métropole.

Au niveau national, la proportion de nouveaux cas identifiés et précédemment connus comme personne-contact à risque est la plus faible observée depuis début septembre, décrivant une **moins bonne identification des chaînes de transmission**. Des disparités sont observées au niveau régional et une attention particulière doit être portée aux régions où la proportion de cas précédemment connus comme personne-contact à risque est la plus faible et à celles où des diminutions importantes ont été observées : Île-de-France, Corse, Bretagne, Auvergne-Rhône-Alpes et les régions ultra-marines, à l'exception de La Réunion.

Les cas de 65 ans et plus, jugés plus à risque, restent moins fréquemment investigués que les cas plus jeunes et les délais de tests restent plus longs. Cette observation incite à mettre en place des mesures afin d'améliorer l'accès au test diagnostique des personnes les plus âgées, particulièrement en institution, et de faciliter également la complétude des résultats de ces tests dans les bases de surveillance. Parallèlement, même si le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas reste moins important chez les cas de 65 ans et plus, cet indicateur est en augmentation dans cette tranche d'âge. Cette évolution est d'autant plus critique que les cas les plus âgés sont ceux dont les personnes-contacts à risque sont également les plus âgées.

► Prévention

Les résultats de la dernière enquête CoviPrev réalisée mi-décembre en population générale (vague 19) montrent que **le port systématique du masque en public est resté stable à un niveau élevé**, contrairement à l'application des autres mesures en lien avec l'interaction sociale qui ont diminué, même si elles restent supérieures aux valeurs observées avant le 2^e confinement (fin octobre).

Même sans valeurs de référence, **la majorité des personnes interrogées semblent vouloir respecter la limite du nombre de convives pour les fêtes de fin d'année**, notamment au Nouvel an.

Les résultats de l'enquête CoviPrev montrent que **40% des personnes interrogées répondaient vouloir certainement ou probablement se faire vacciner contre la COVID-19**. Ce pourcentage est en baisse par rapport aux données de fin novembre (53% vague 17). Même si l'adhésion est en baisse chez les personnes âgées de 65 ans et plus (61% en vague 19 vs 72% en vague 17), elle reste majoritaire dans cette tranche d'âge.

Les résultats largement disponibles concernant l'efficacité du vaccin contre la COVID-19, ainsi que la tolérance et la sécurité d'emploi des essais cliniques des deux premiers vaccins ne semblent pas convaincre les personnes interrogées. Il est donc primordial de **renforcer l'accès à l'information sur la vaccination** (notamment, stratégie vaccinale, sécurité et tolérance des vaccins). La mise à disposition rapide d'un vaccin efficace et bien toléré contre la COVID-19 est une avancée majeure dans la lutte contre l'épidémie. S'il reste des interrogations sur de potentiels effets indésirables rares ou sur la durée de protection, le rapport bénéfice/risque est en faveur du bénéfice, notamment de ceux qui sont les plus à risque de formes graves.

Pour en savoir + sur la vaccination : [Vaccination Info Service](#)

► Santé mentale

La santé mentale des personnes interrogées reste dégradée (enquête CoviPrev du 14 au 16 décembre 2020), avec un niveau élevé d'états anxieux et dépressifs, notamment chez les femmes, les jeunes, les étudiants et les personnes en situation de précarité.

La situation épidémique et les mesures prises pour la contrôler affectent de façon importante la santé mentale de la population, en particulier en termes de symptomatologie anxio-dépressive.

Rappelons qu'en présence de signes de dépression (tristesse, perte d'intérêt, d'énergie) ou d'anxiété (tension, irritabilité), il est important de s'informer et d'en parler afin d'être conseillé sur les aides et les solutions disponibles. Il ne faut pas hésiter à prendre conseil auprès de son médecin ou à appeler le 0 800 130 000 pour demander à être orienté vers une écoute ou un soutien psychologique.

Pour plus d'informations sur la santé mentale et les ressources disponibles :

<https://www.psycom.org/>

<https://www.santepubliquefrance.fr/coronavirus/sante-mentale>

► Nouveau variant identifié au Royaume-Uni

Un **nouveau variant du SARS-CoV-2 a été détecté mi-décembre au Royaume-Uni**. Dénommé VUI-202012/01 (pour *Variant Under Investigation*, année 2020, mois 12, variant 01), il est défini par de multiples variations des gènes codant pour les protéines de spicule (S) ainsi que par des variations d'autres régions génomiques.

Les données des enquêtes épidémiologiques et virologiques britanniques suggèrent une transmissibilité plus importante du variant dans le Sud-Est de l'Angleterre, qui aurait progressivement remplacé les autres virus circulants. Rien n'indique toutefois à ce stade que le nouveau variant entraîne une augmentation de la gravité de l'infection.

Ce nouveau variant semble être détecté dans plusieurs autres pays européens (quelques cas ont été signalés à ce jour au Danemark, aux Pays-Bas et en Belgique) [document disponible sur le site de l'ECDC](#).

En France, des mesures sont en cours de déploiement afin d'identifier la présence et la circulation de ce nouveau variant au travers des données de séquençage des virus.

Des conduites à tenir sont en cours de diffusion auprès des différents acteurs de la prise en charge des patients et du diagnostic pour faire face à cette situation.

Plus d'informations pourront être données dans les prochains points épidémiologiques à partir du système de surveillance en cours de mise en place en France.

SOURCES DES DONNÉES

Le suivi de l'épidémie de COVID-19 en population est effectué à partir de plusieurs sources qui permettent 1- de suivre l'évolution de l'épidémie en France au moyen d'indicateurs issus des données de médecine de ville et d'établissements hospitaliers ou sociaux et médico-sociaux (recours aux soins, admissions en réanimation, surveillance virologique, décès ...); les objectifs de ces surveillances sont de suivre la dynamique de l'épidémie et d'en mesurer l'impact en termes de morbidité et de mortalité; 2- de mesurer, au moyen d'enquêtes répétées en population générale et dans certaines populations spécifiques, l'évolution les comportements en matière de prévention individuelle, l'impact de l'épidémie sur la santé mentale et les intentions de recours à la vaccination.

Ci-après une description succincte de chacune de ces sources de données.

Réseau Sentinelles : nombre d'infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale et en pédiatrie. Surveillance clinique complétée par une surveillance virologique (France métropolitaine, depuis mars 2020).

OSCOUR® et SOS Médecins : nombre de recours aux services d'urgences et aux associations SOS Médecins pour une suspicion d'infection à COVID-19 (codée de manière spécifique) (depuis le 24 février 2020).

SI-VIC (Système d'information pour le suivi des victimes) : nombre de patients hospitalisés pour COVID-19, admis en réanimation, en soins intensifs ou en unités de surveillance continue, ainsi que les décès survenus pendant l'hospitalisation rapportés par les établissements hospitaliers (depuis le 13 mars 2020).

SI-DEP (Système d'information de dépistage) : plateforme sécurisée avec enregistrement systématique des résultats des laboratoires de tests pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le SARS-CoV-2 (depuis le 13 mai 2020).

ContactCovid : système d'information géré par l'Assurance maladie, incluant les données de suivi des contacts autour des cas de COVID-19 (depuis le 13 mai 2020).

Établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) : nombre de cas probables et confirmés de COVID-19 signalés, via le portail des signalements du ministère de la Santé, chez les résidents et le personnel, ainsi que le nombre de décès (depuis le 28 mars 2020).

Taux de reproduction effectif « R-eff » : 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 2020).

Cas probables et confirmés de COVID-19 et décès parmi les professionnels d'un établissement de santé public ou privé : données déclaratives hebdomadaires par établissement (depuis le 22 avril 2020, avec données rétrospectives depuis le 1^{er} mars).

Signalements e-SIN : signalements d'infections associées aux soins liées au SARS-CoV-2, saisis par les établissements de santé dans l'application sécurisée d'enregistrement e-SIN (depuis le 3 mars 2020).

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 2020).

Signalement des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS) : signalement par les pédiatres hospitaliers des cas de PIMS possiblement en lien avec la COVID-19 (depuis le 30 avril 2020).

Enquête CoviPrev : [enquêtes Internet](#) par vagues répétées auprès d'échantillons en population générale de personnes âgées de 18 ans et plus. Elles permettent de mesurer et de suivre les tendances évolutives de l'adoption des mesures de prévention et protection individuelle vis-à-vis de la COVID-19, d'indicateurs de la santé mentale (niveau d'anxiété et de dépression, niveau de satisfaction de vie actuelle) et de l'acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19 (France métropolitaine, depuis mars 2020).

Enquête Professionnels de santé, prévention et COVID-19 : enquête répétée auprès de 1 509 professionnels de santé libéraux représentatifs pour mesurer et suivre les tendances évolutives de leurs opinions / attitudes à l'égard de la vaccination contre la COVID-19 (France métropolitaine, depuis le 13 octobre 2020).

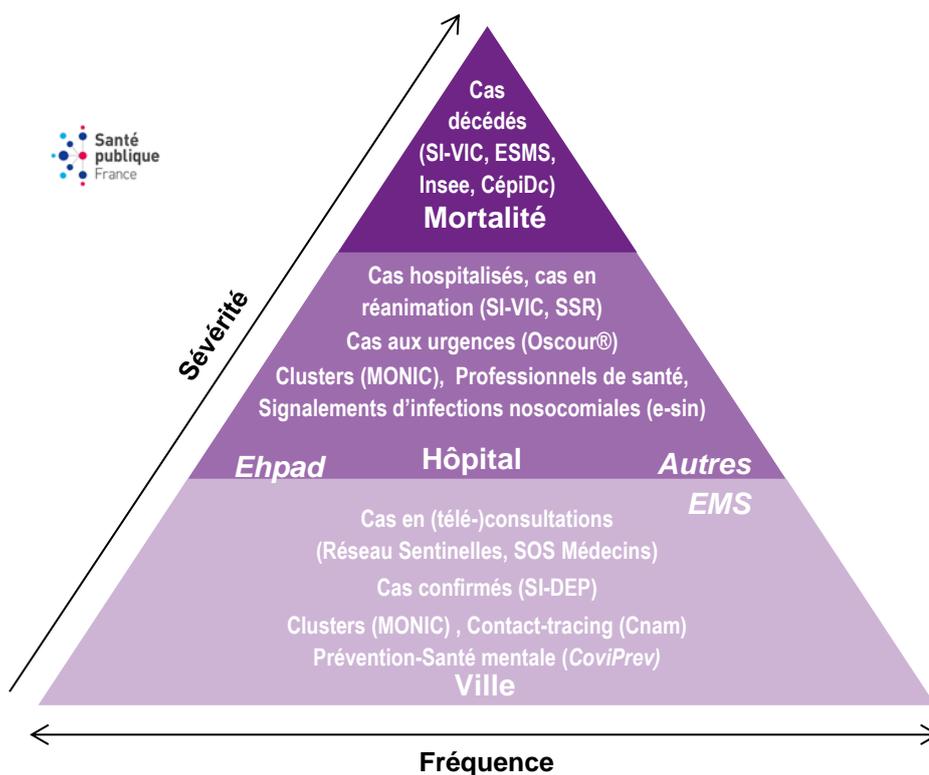
Mortalité toutes causes (Insee) : nombre de décès toutes causes par âge, avec estimation de l'excès par rapport à l'attendu par âge, département et région (2 à 3 semaines de délai pour consolidation).

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

Pour en savoir + sur les méthodes du système de surveillance : consulter la page [Santé publique France](#)

Pour en savoir + sur nos partenaires et les sources de données : consulter les pages de [SurSaUD®](#) | [OSCOUR®](#) | [SOS Médecins](#) | [Réseau Sentinelles](#) | [SI-VIC](#) | [CépiDc](#) | [Assurance Maladie](#)

Schéma de la surveillance de la COVID-19 coordonnée par Santé publique France



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. Cnam: Caisse nationale d'assurance maladie

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | | | | |
| Se laver régulièrement les mains ou utiliser une solution hydro-alcoolique | Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir | Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter | Éviter de se toucher le visage | Respecter une distance d'au moins un mètre avec les autres |
| | | | | |
| Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades | Porter un masque quand la distance d'un mètre ne peut pas être respectée et dans tous les lieux où cela est obligatoire | Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum) | Aérer les pièces 10 minutes, 3 fois par jour | Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid) |

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

- En France : [Santé publique France](#) et [Ministère des Solidarités et de la Santé](#)
- À l'international : [OMS](#) et [ECDC](#)
- Retrouvez sur notre site [tous les outils de prévention](#) destinés aux professionnels de santé et au grand public.
- [Vaccination Info Service](#)

Directrice de publication

Pr Geneviève Chêne

Directrice adjointe de publication

Pr Laëtitia Huiart

Contributeurs

Coordination : Christine Campèse, Claire Sauvage, Nicolas Méthy, Judith Benrekassa, Didier Che.

Systèmes de surveillance : Fatima Aït Belghiti, Jonathan Bastard, Anne Berger Carbonne, Christophe Bonaldi, Isabelle Bonmarin, Mathias Bruyand, Edouard Chatignoux, Costas Danis, Julien Durand, Myriam Fayad, Julie Figoni, Laure Fonteneau, Anne Fouillet, Scarlett Georges, Laetitia Gouffé-Benadiba, Katia Hamdad, Zoé Héritage, Imene Horrigue, Yu Jin Jung, Camille Le Gal, Audrey Léon, Christophe Léon, Yann Le Strat, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Camille Pelat, Elisabeth Pinto, Isabelle Pontais, Isabelle Pujol, Enguerrand du Roscoät, Julian Rozenberg, Alexandra Septfons, Sophan Soing-Altrach, Cécile Sommen, Marie-Michèle Thiam, Pierre-Etienne Toulemonde, Agnès Verrier.

Avec l'ensemble des équipes de Santé publique France aux niveaux national et régional

Contact presse

Vanessa Lemoine

Tél : +33 (0)1 55 12 53 36 / presse@santepubliquefrance.fr

Diffusion

Santé publique France

12 rue du Val d'Osne 94415 Saint-Maurice

Tél : +33 (0)1 41 79 67 00 / www.santepubliquefrance.fr

Date de publication

24 décembre 2020