

Point épidémiologique COVID-19 du 13 janvier 2021

La circulation du SARS-CoV-2 continue de progresser fortement ; la tension sur la prise en charge hospitalière s'accroît

En semaine 01 (du 3 au 9 janvier 2022), la circulation du SARS-CoV-2 a fortement progressé, avec un taux d'incidence supérieur à 2 000 cas pour 100 000 habitants dans l'ensemble des régions métropolitaines et d'outre-mer. La hausse du nombre d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques accentue sensiblement la tension sur la prise en charge hospitalière. La progression des admissions à l'hôpital est toutefois moins marquée lors de cette vague, relativement à l'augmentation de l'incidence. Cette observation est liée à une moindre sévérité de l'infection par Omicron, variant qui est largement majoritaire sur le territoire avec 89% des tests de criblage compatibles en semaine 01. Le taux d'incidence était le plus élevé chez les 20-29 ans (+44%) et chez les 10-19 ans (+104%). Au 11 janvier, 77,6% de la population totale avait reçu une primo-vaccination complète. Parmi les personnes de 18 ans et plus, 55,7% avait reçu une dose de rappel (76,4% parmi les 65 ans et plus). Dans ce contexte de forte circulation virale et d'augmentation des hospitalisations, l'adhésion rigoureuse à l'ensemble des mesures barrières, dont le port du masque et la réduction des contacts, ainsi que l'aération fréquente des lieux clos et le télétravail sont plus que jamais nécessaires pour tenter de ralentir le nombre de contaminations et protéger les plus vulnérables. L'intensification de la vaccination, y compris le rappel dès trois mois, et le respect de l'ensemble des mesures préconisées en cas de symptôme, de test positif ou de contact à risque sont indispensables pour limiter les répercussions sur le système de soins.

Près d'un test sur 5 positif au SARS-CoV-2

Au niveau national, le taux d'incidence a atteint 2 811 cas pour 100 000 habitants (vs 1 917 en S52, soit +47%), ce qui représentait en moyenne plus de 269 500 cas par jour. Il dépassait les 2 000 cas pour 100 000 habitants chez les moins de 60 ans et restait le plus élevé chez les 20-29 ans (5 208, +44%). Il a le plus fortement progressé chez les 0-9 ans (+132%) et chez les 10-19 ans (+104%), tout comme le taux de dépistage (respectivement +241% et +87%), en lien avec la rentrée et la reprise des dépistages scolaires. Tous âges confondus, le taux de dépistage a augmenté de +26%. Le taux de positivité était à 19,8% soit +2,7 points.

En France métropolitaine, le taux d'incidence dépassait les 2 000 dans toutes les régions et était le plus élevé en Île-de-France (+30%) et en Auvergne-Rhône-Alpes (+47%). Il était en hausse sur l'ensemble du territoire, excepté en Corse où il restait stable (+2%). En Outre-mer, le taux d'incidence était en hausse et supérieur à 2 000 dans l'ensemble des régions. Il augmentait de 284% en Guyane et de 194% en Guadeloupe.

Les nouvelles admissions à l'hôpital et en soins critiques continuent d'augmenter

Au niveau national, le nombre de nouvelles hospitalisations (+17%) et celui des admissions en soins critiques (+7%) ont tous deux augmenté cette semaine (données non consolidées). Chez les enfants, ces hausses s'observaient principalement chez les moins de 1 an, sans signal de gravité accrue à ce jour. La part des 0-17 ans parmi les patients COVID-19 hospitalisés est restée stable (entre 3% et 5%).

Situation épidémiologique liée à la COVID-19 chez les 0-17 ans

L'évolution de l'incidence des cas pédiatriques de COVID-19 hospitalisés est en cohérence avec la dynamique de l'épidémie en population générale. Les données SI-VIC montrent que les cas pédiatriques hospitalisés représentent entre 3% et 5% du nombre total des cas de COVID-19 hospitalisés, sans augmentation de cette proportion au cours des dernières semaines.

Le nombre de cas pédiatriques hospitalisés pour Covid-19 en soins critiques, dont la réanimation, reste peu élevé, mais on observe une nette augmentation du nombre de ces cas au cours des 3 dernières semaines, marquée chez les nourrissons de moins d'un an. L'identification de cas co-infectés VRS et SARS-Cov-2 chez ces jeunes enfants peut rendre difficile l'imputabilité de la sévérité à l'un ou l'autre des virus. **L'analyse qualitative des cas pédiatriques n'est pas en faveur d'une gravité accrue de la COVID-19 chez les enfants, à ce jour.**

Pour en savoir plus consultez [« Le Point Sur »](#)

Par ailleurs, quel que soit l'âge, la proportion de cas symptomatiques admis à l'hôpital pour prise en charge de la COVID-19 était plus faible que lors des vagues précédentes. Parmi les patients admis pour prise en charge de la COVID-19 (tous types d'hospitalisation), 52 % étaient porteurs du variant Omicron. Cette proportion était plus faible chez les patients présentant des formes graves ayant nécessité une admission en soins critiques (dont services de réanimation). **Au 11 janvier, 23 437**

patients COVID-19 étaient hospitalisés, dont 3 982 en soins critiques. En France métropolitaine, les nouvelles hospitalisations et admissions en soins critiques ont augmenté dans la plupart des régions. En Outre-Mer, les taux de nouvelles hospitalisations les plus hauts étaient observés en Guyane, à Mayotte et à La Réunion.

Pourquoi observe-t-on une proportion plus faible d'hospitalisation par rapport aux vagues 2 et 3 ?

Une augmentation très marquée du nombre de cas de COVID-19 a été observée depuis l'arrivée du variant Omicron. Les indicateurs hospitaliers restaient inférieurs à ceux observés au cours des vagues 2 et 3, mais des tensions hospitalières persistent dans plusieurs régions. Plusieurs facteurs contribuent à la faible proportion de cas admis à l'hôpital : une moindre sévérité de l'infection par le variant Omicron, comme l'indiquent les investigations sur les premiers cas détectés en France et les données internationales ; la progression de la campagne de rappel qui a contribué à la réduction de l'apparition de cas graves ; enfin, la circulation plus importante du virus chez les plus jeunes, moins à risque de forme grave.

Remplacement rapide de Delta par Omicron en France

En semaine 01, la proportion de prélèvements ayant un résultat de criblage AOC0 (absence des mutations E484K et L452R, suspectant Omicron) continuait d'augmenter : 89% en semaine 01 vs 75% en S52. En France métropolitaine, la proportion de AOC0 était supérieure à 80% dans toutes les régions, avec un minimum de 81% en Provence-Alpes-Côte d'Azur (vs 55% en S52) et un maximum de 95% en Île-de-France (vs 90% en S52). La proportion de AOC0 avait aussi dépassé les 80% en Martinique (84%), en Guyane (88%) et à Mayotte (99%). En revanche, ce n'était pas le cas en Guadeloupe et à La Réunion, où la proportion de AOC0 était respectivement de 68% et 65%. Un résultat de criblage indiquant la présence d'une des mutations cibles d'Omicron (codée D1, forte suspicion d'Omicron) a été identifié dans 88% des résultats interprétables (vs 77% en S52). Inversement, la diminution de la proportion de prélèvements positifs criblés avec la mutation L452R (portée principalement par Delta) se poursuivait : elle était de 11% vs 25% en semaine 52. Ces différents indicateurs sont cohérents et illustrent la poursuite du remplacement rapide de Delta par Omicron.

Par ailleurs, les données de séquençage confirment également une augmentation rapide de la diffusion d'Omicron en France métropolitaine : 41% et 65% des séquences interprétables dans les enquêtes Flash S51 et S52. Pour en savoir plus : [analyse de risque variants du 05/01/2022](#).

Le variant B.1.640 est à présent classé VOI (variant à suivre) sur la base de la poursuite de sa circulation en France métropolitaine à des niveaux faibles (0,1% et 0,2% pour les enquêtes Flash S51 et S52) et des données préliminaires *in vitro* indiquant un possible échappement à la réponse immunitaire.

Plus de 4 français sur 10 ont reçu leur dose de rappel

Au 11 janvier 2022, l'estimation de la couverture vaccinale en population générale à partir de Vaccin Covid était de 77,6% pour une primo-vaccination complète¹ et de 44,0% pour la dose de rappel. Parmi les 18 ans et plus, 55,7% avaient reçu une dose de rappel et 66,8% de ceux qui étaient éligibles au rappel² à cette date l'avaient effectivement reçu. Parmi les 65 ans et plus, 76,4% avaient reçu une dose de rappel et 85,5% de ceux qui étaient éligibles à cette date l'avaient reçu. En outre, 4,2% des enfants âgés de 10 à 11 ans avaient reçu une première dose de vaccin (1,3% pour les 5 à 9 ans).

Par ailleurs, Santé publique France publie la mise à jour de la [Surveillance des cas de COVID-19 chez les professionnels en établissements de santé](#)

InfoCovidFrance

Chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le monde

Contacts presse

Santé publique France - presse@santepubliquefrance.fr

Vanessa Lemoine : 01 55 12 53 36 - Cynthia Bessarion : 01 71 80 15 66 - Stéphanie Champion : 01 41 79 67 48

Marie Delibéros : 01 41 79 69 61 - Charline Charbuy : 01 41 79 68 64



¹ La définition d'une primo-vaccination complète a précédemment été [publiée](#).

² Les objectifs et modalités de calcul des deux indicateurs couverture vaccinale de la dose de rappel et pourcentage de personnes éligibles à la dose de rappel et ayant reçu cette dose ont été précédemment [décrits](#). Depuis le 28 décembre 2021, la dose de rappel est préconisée trois mois après un cycle vaccinal complet pour les personnes ayant reçu les vaccins Pfizer-BioNTech, Moderna ou AstraZeneca, et après quatre semaines pour les personnes ayant reçu une dose de vaccin Janssen (rappel avec vaccin à ARNm). Afin de laisser le temps aux personnes éligibles de s'organiser pour faire leur injection, le point de mesure est réalisé au moins quatre mois après la dernière injection d'une primo-vaccination complète pour les personnes ayant été vaccinées avec les vaccins Pfizer-BioNTech, Moderna et AstraZeneca et au moins deux mois après une dose de vaccin Janssen. Du fait de la prise en compte de ce délai réduit, les pourcentages obtenus ne peuvent être comparés à ceux estimés précédemment (délais de 6 mois et 2 mois).