

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, Insee.

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 30 décembre 2020.**

► Points clés

En semaine 52, poursuite de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé

- Maintien du nombre de cas confirmés à un niveau élevé
- Augmentation de l'activité de dépistage, notamment chez les personnes asymptomatiques (+39%)
- Maintien des nouvelles hospitalisations et des admissions en réanimation à un niveau élevé
- Régions les plus touchées : Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Hauts-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Auvergne-Rhône-Alpes

Mortalité

- Mortalité liée à la COVID-19 élevée

Prévention

- 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 52 (du 21 au 27 décembre 2020)

	S52*	S51	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	82 457	98 717	-16%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	2,9%	4,3%	-1,4 point
Taux de dépistage (/100 000 habitants) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	4 291	3 415	+26%
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 087	2 310	-10%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	5 253	5 156	+2%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	7 715	8 672	-11%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 118	1 156	-3%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	2 170	2 421	Non consolidée

* Données non consolidées et semaine incluant un jour férié

Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 29 décembre 2020

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	261 123
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	64 078



► Point de situation en semaine 52 (du 21 au 27 décembre 2020)

En semaine 52 (du 21 au 27 décembre 2020), **la circulation du SARS-CoV-2 s'est poursuivie à un niveau élevé. Dans le contexte des fêtes de fin d'année, cette situation reste très préoccupante et appelle à la plus grande vigilance, du fait d'une possible flambée épidémique dans les semaines à venir.**

Au cours de la semaine 52, le nombre de tests a continué d'augmenter et 11 780 cas confirmés ont été rapportés en moyenne chaque jour en France. Sur les quatre premiers jours de la semaine, le nombre moyen de cas était de 17 348 par jour et de 4 356 sur les trois derniers jours. Parmi ces cas confirmés, plus de la moitié ne présentaient pas de symptômes.

En milieu hospitalier, les nombres de nouvelles hospitalisations et d'admissions en réanimation se maintenaient à un niveau élevé. Le 29 décembre 2020, 24 776 personnes atteintes de COVID-19 étaient hospitalisées, dont 2 675 en réanimation.

Le nombre de **nouveaux décès liés à la COVID-19, incluant les décès survenus à l'hôpital et en établissements médico-sociaux (décès survenus à domicile non inclus), restait également très élevé.** Ce nombre a diminué en semaine 51 ; cependant, la période des congés peut contribuer à rallonger le délai de consolidation des données. Cette évolution méritera d'être confirmée. L'évolution des décès de la semaine 52 ne peut être interprétée.

Deux cas du nouveau variant du SARS-CoV-2 détecté au Royaume-Uni ont été rapportés en France, ainsi qu'un cas du nouveau variant détecté en Afrique du Sud. Des mesures ont été prises pour identifier la présence et la circulation de ces variants en France au travers des données de séquençage des virus, et des conduites à tenir ont été diffusées auprès des professionnels de santé.

Les mesures de prévention et de distanciation sociale restent essentielles, notamment dans les regroupements familiaux, pour protéger les personnes vulnérables vis-à-vis de la COVID-19. Ces mesures, associées aux mesures collectives, sont actuellement les principaux 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.

Dans le contexte du déploiement de la vaccination contre la COVID-19, dont l'impact pourra commencé à être mesuré dans les prochaines semaines, il est important de **faciliter l'accès à l'information sur cette vaccination dans le but d'augmenter l'adhésion de la population.**

Santé publique France travaille à la mise en place des indicateurs de couverture et d'efficacité vaccinales qui feront l'objet de publications et de données librement accessibles en open data.

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 DES CAS DE SYNDROMES INFLAMMATOIRES MULTI-SYSTÉMIQUES PÉDIATRIQUES.....	31
SURVEILLANCE DES PROFESSIONNELS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	33
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ.....	35
ESTIMATION DE LA SÉROPRÉVALENCE DES INFECTIONS À SARS-CoV-2.....	41
PRÉVENTION	43
SITUATION INTERNATIONALE.....	44
APPARITION DE NOUVEAUX VARIANTS DU SARS-CoV-2.....	47
SYNTHÈSE	49
SOURCES DES DONNÉES.....	54

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

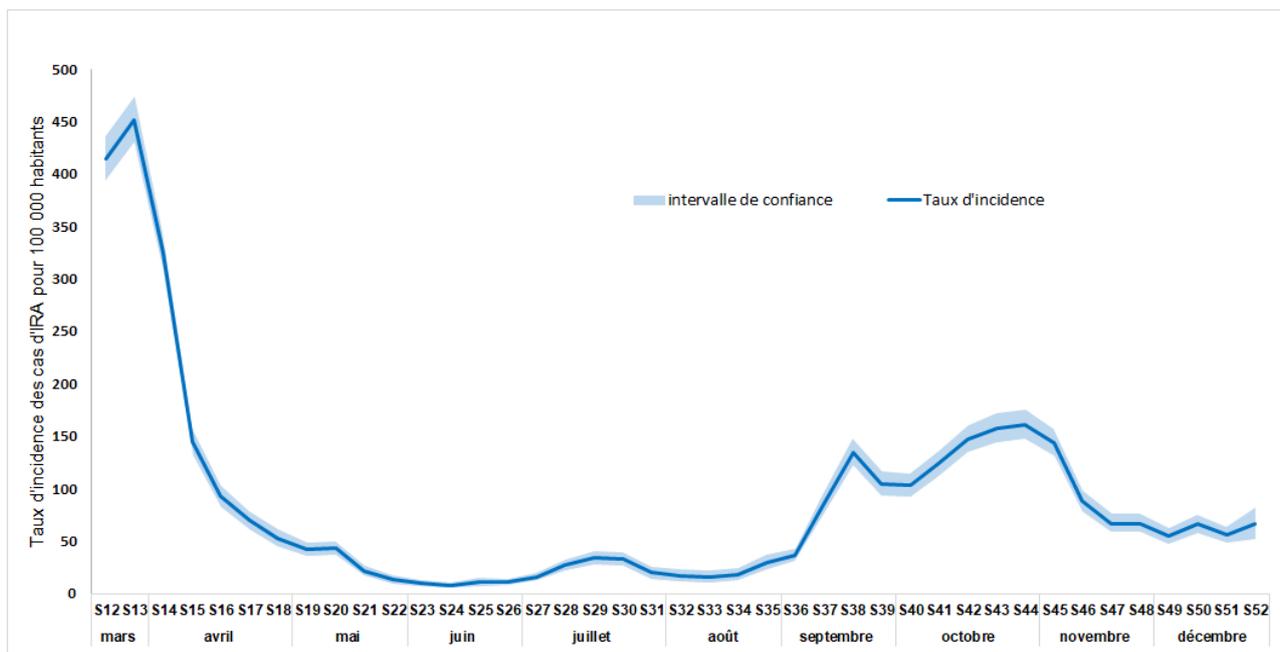
La surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale par le Réseau Sentinelles permet d'estimer leur incidence en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées, depuis le 13 septembre 2020, par une surveillance virologique pour une partie des personnes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

• **En semaine 52** (du 21 au 27 décembre 2020), le **taux d'incidence de consultations pour une IRA a été estimé à 67/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [52-82]) en France métropolitaine, stable par rapport à celui de la semaine 51 : 56/100 000 habitants (IC95% : [48-64]) (Figure 1).

• **En semaine 52**, sur les 13 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA, 2 se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2, aucun n'était positif pour un rhinovirus ou pour un virus grippal.

• Depuis la semaine 37, sur les 520 prélèvements effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés sur prélèvement nasopharyngé, 211 (42%) étaient positifs pour un rhinovirus, 98 (19%) pour le SARS-CoV-2, 4 pour un métapneumovirus et 1 pour un virus respiratoire syncytial (VRS). 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 52 : données non consolidées

Source : Réseau Sentinelles

► Associations SOS Médecins

- Depuis le 03 mars 2020, **160 315 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 28 décembre 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

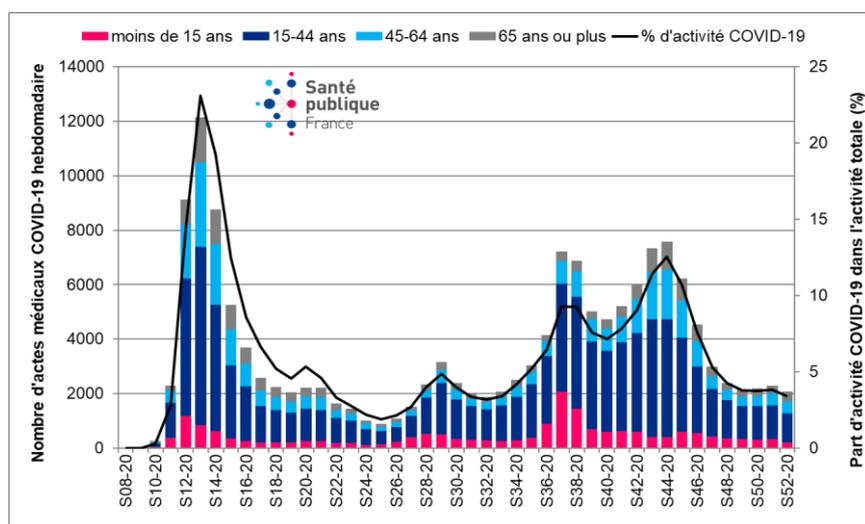
- **En semaine 52 (du 21 au 27 décembre 2020), 2 087 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. La majorité des actes étaient enregistrés en Île-de-France (17%), Auvergne-Rhône-Alpes (14%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (13%), Grand Est (12%), Nouvelle-Aquitaine (10%) et Hauts-de-France (9%).

- En semaine 52, après la hausse observée la semaine dernière, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 tous âges était à nouveau en baisse avec 2 087 actes enregistrés (vs 2 310 actes en S51, soit -10%, données consolidées).

- Cette baisse était proportionnellement plus importante chez les enfants de 2-14 ans (-43% soit -136 actes) et les adultes de 15-74 ans (-8% soit -138 actes). Chez les personnes âgées de 75 ans et plus, on observait une hausse modérée des effectifs (+28% soit +47 actes). Au niveau régional, les actes médicaux pour suspicion de COVID-19 étaient stables ou en baisse dans la quasi-totalité des régions excepté dans le Grand Est (+10% soit +22 actes). Les baisses s'échelonnaient de -5% en Bourgogne-Franche-Comté (soit -5 actes) à -42% en Bretagne (soit -50 actes).

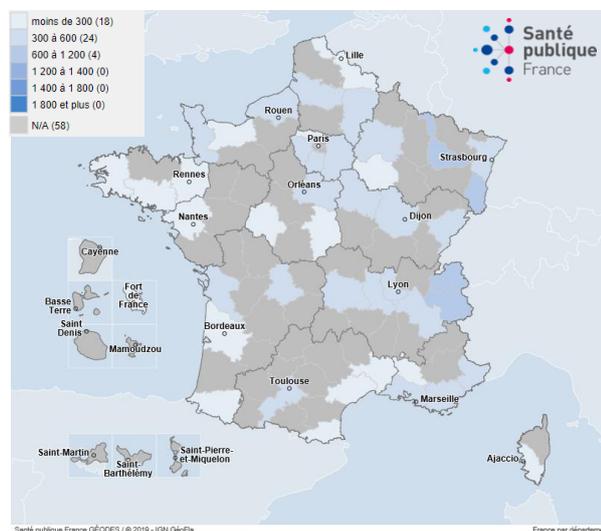
- La **part des actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était en légère baisse à 3,5% (vs 3,9% en S51) (Figure 2).

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 52/2020, 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). Dans cette partie, les tests RT-LAMP sont assimilés à des tests RT-PCR.

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

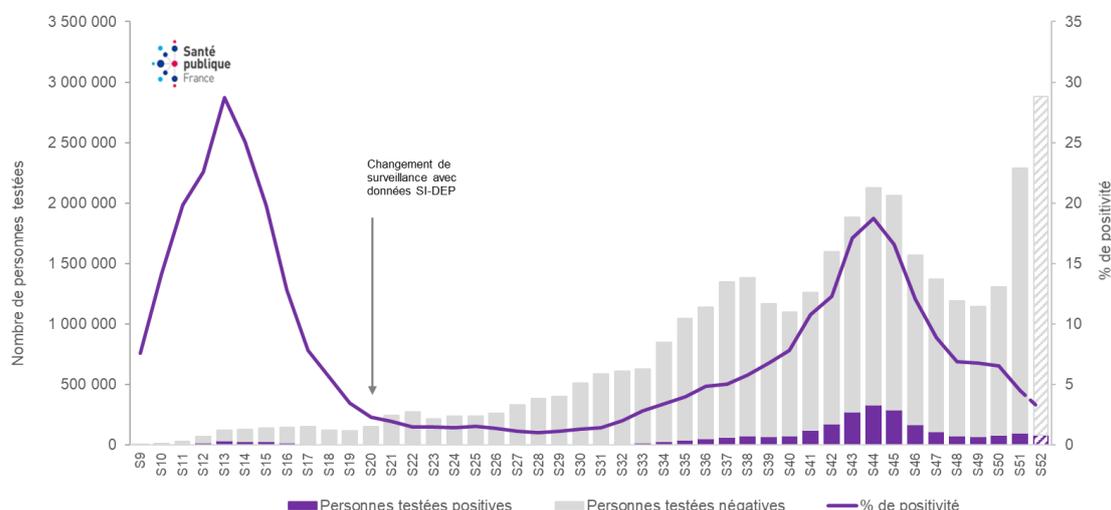
- Au niveau national, en semaine 52, 2 880 164 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 2 291 680 en S51, soit +26%). En S52, **82 457 nouveaux cas confirmés** ont été rapportés, **nombre en diminution** par rapport à celui de la semaine 51 où 98 717 nouveaux cas avaient été rapportés, soit -16,5%. (Figures 4 et 5).

- Au 30 décembre 2020, **un total de 2 600 498 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

- **Deux cas d'infection au nouveau variant VOC 202012/01** (variant identifié au Royaume-Uni) ont été confirmés en France métropolitaine les 25 et 30 décembre 2020, chez des personnes ayant séjourné au Royaume-Uni.

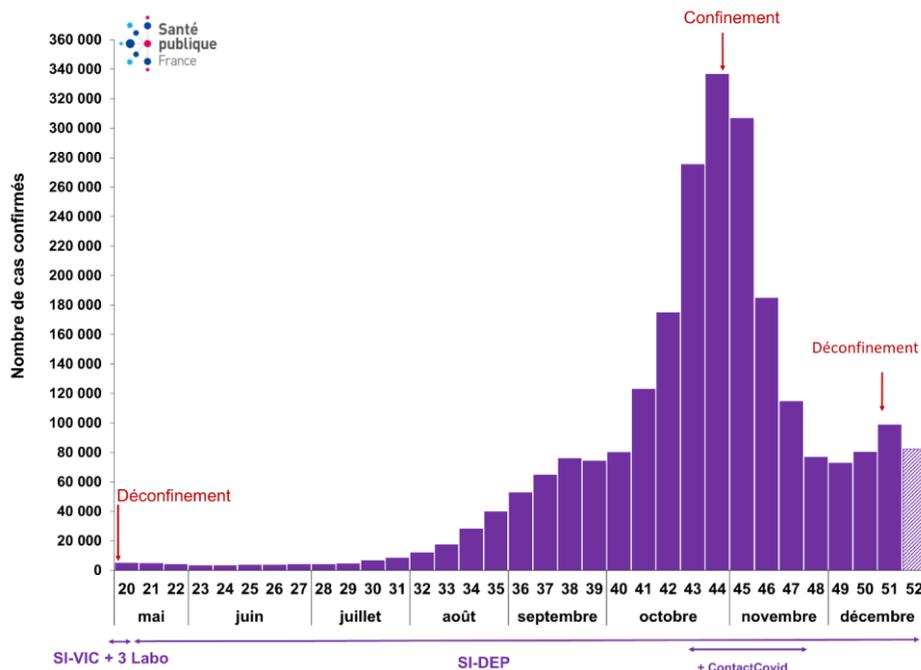
- **Un premier cas d'infection au nouveau variant 501.V2** (variant identifié en Afrique du Sud) a été confirmé en France métropolitaine le 30 décembre 2020, chez une personne ayant séjourné en Afrique du Sud.

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 30 décembre 2020)



Semaine 52 : 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 27 décembre 2020, France (données au 30 décembre 2020)



Semaine 52 : données non consolidées

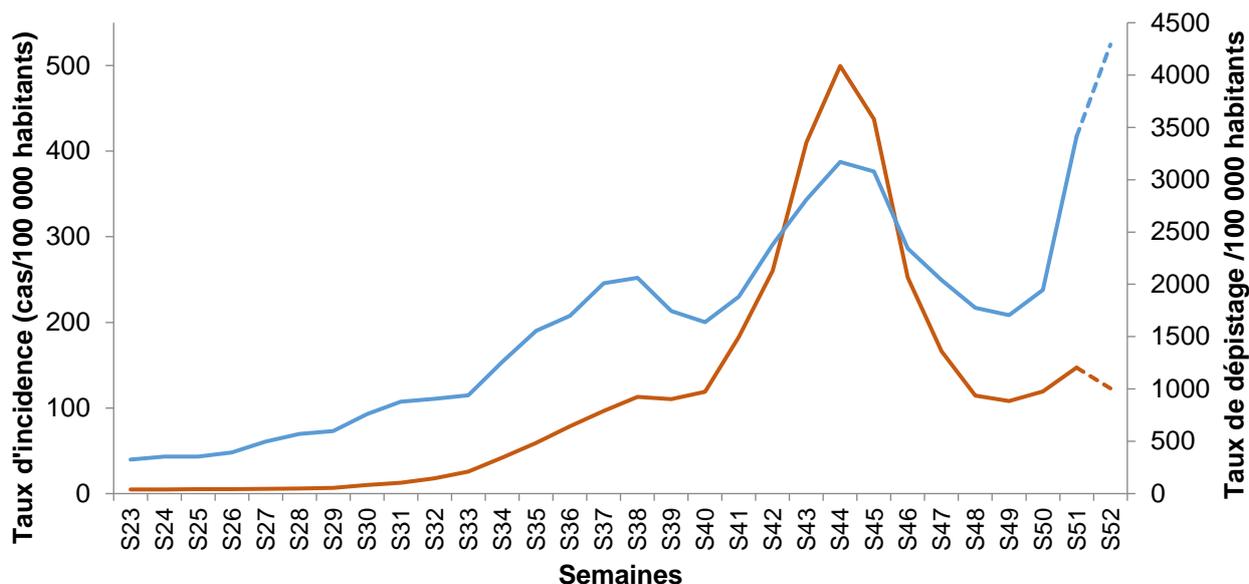
Note : Du 21 janvier au 25 mars 2020, 25 233 cas de COVID-19 ont été signalés à Santé publique France via l'application GoData ou par transmission des cellules régionales de Santé publique France. Entre le 26 mars et le 12 mai 2020, 115 010 cas confirmés ont été rapportés (cas incidents hospitaliers 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 S52, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **2,9%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), en diminution par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (4,3% en S51) (Figure 4).
- Le **taux national d'incidence** des cas confirmés (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de **123 cas/100 000 habitants** en S52 et **en diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (147 cas/100 000 hab. en S51, -16,5%) (Figure 6).
- Le **taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **4 291/100 000 habitants**, **en augmentation** par rapport à la semaine 51 (3 415/100 000 hab., +26%) (Figure 6).

Figure 6. Évolution des taux d'incidence et taux de dépistage par semaine, depuis la semaine 23/2020, France (données au 30 décembre 2020)

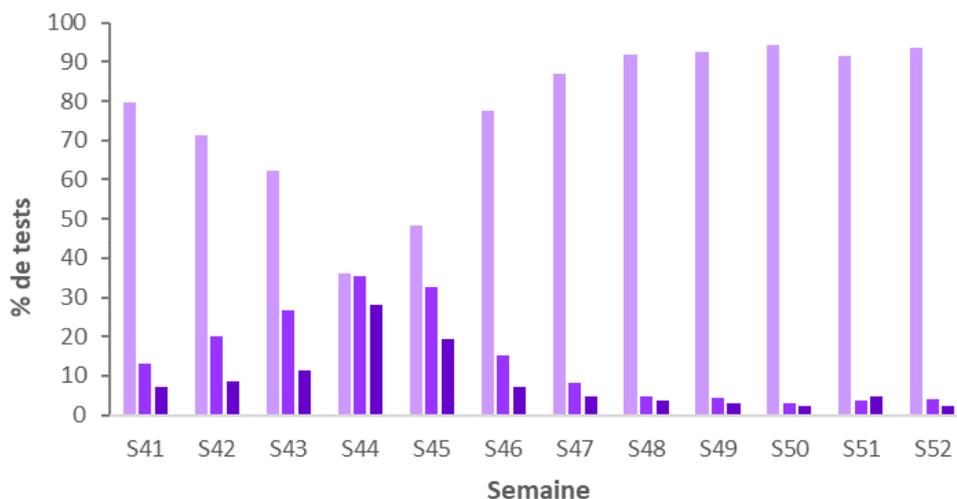


— Taux d'incidence — Taux de dépistage

Semaine 52 : données non consolidées
Source SI-DEP

• La proportion des tests effectués en S52 et intégrés dans la base SI-DEP de Santé publique France le jour même ou le lendemain du prélèvement était de 94%, en légère augmentation par rapport à la semaine précédente (91% en S51) (Figure 7).

Figure 7. Délai entre la date de prélèvement et l'intégration des données dans la base SI-DEP, S42 à S52 2020, France (données au 30 décembre 2020)



■ 0-1 jour ■ 2 jours ■ 3 jours et plus

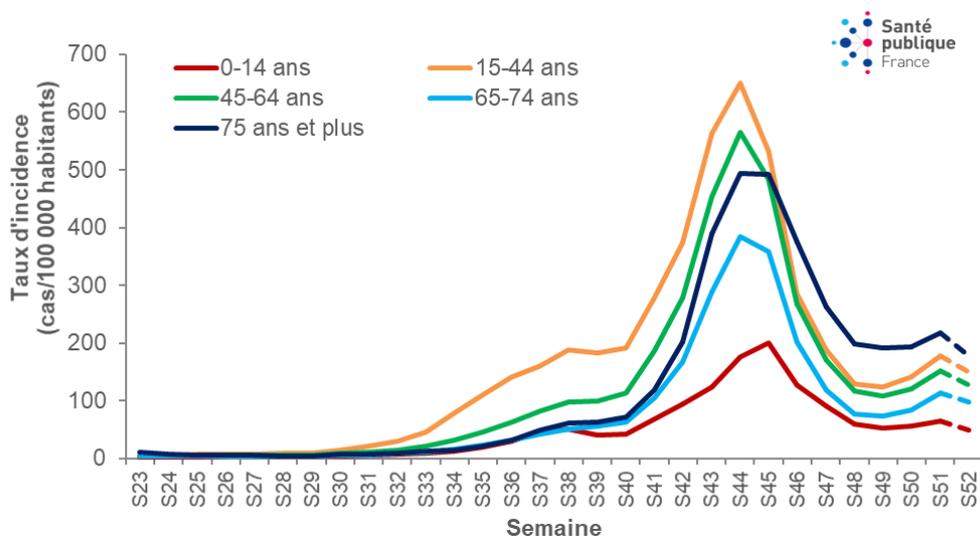
Semaine 52 : données non consolidées
Source : SI-DEP

Analyse par classes d'âge

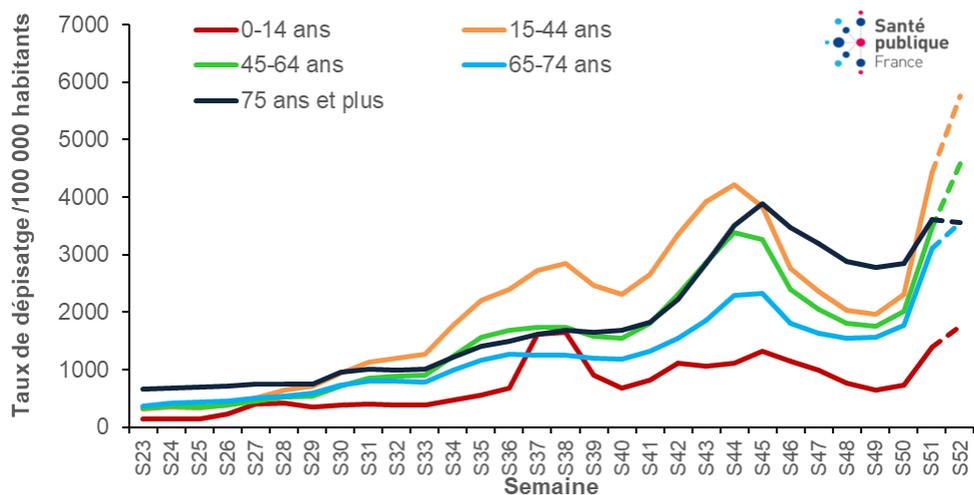
- En semaine 52, au niveau national, le **taux d'incidence** (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 48 chez les 0-14 ans, 150 chez les 15-44 ans, 127 chez les 45-64 ans, 97 chez les 65-74 ans et 178 chez les 75 ans et plus (Figure 8a).
- En semaine 52, **le taux d'incidence a diminué par rapport à la S51 dans toutes les classes d'âge**. La diminution la plus marquée était observée chez les 0-14 ans (-25%) suivis par les 75 ans et plus (-18%), les 45-64 ans (-16%), les 15-44 ans (-15%) et les 65-74 ans (-14%) (Figure 8a).
- En semaine 52, par rapport à la S51, le **taux de dépistage** était **en augmentation dans toutes les classes d'âge sauf chez les 75 ans et plus où ce taux était stable**. L'augmentation la plus marquée était observée chez les 45-64 ans (+32%), suivis par les 15-44 ans (+30%), les 0-14 ans (+25%) et les 65-74 ans (+15%) (Figure 8b).
- En semaine 52, le **taux de positivité** des personnes testées était en diminution dans l'ensemble des classes d'âge par rapport à la S51 : chez les 0-14 ans (-1,8 point), les 15-44 ans (-1,4 point), les 45-64 ans (-1,6 point), les 65-74 ans (-0,9 point) et les 75 ans et plus (-1 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 30 décembre 2020)

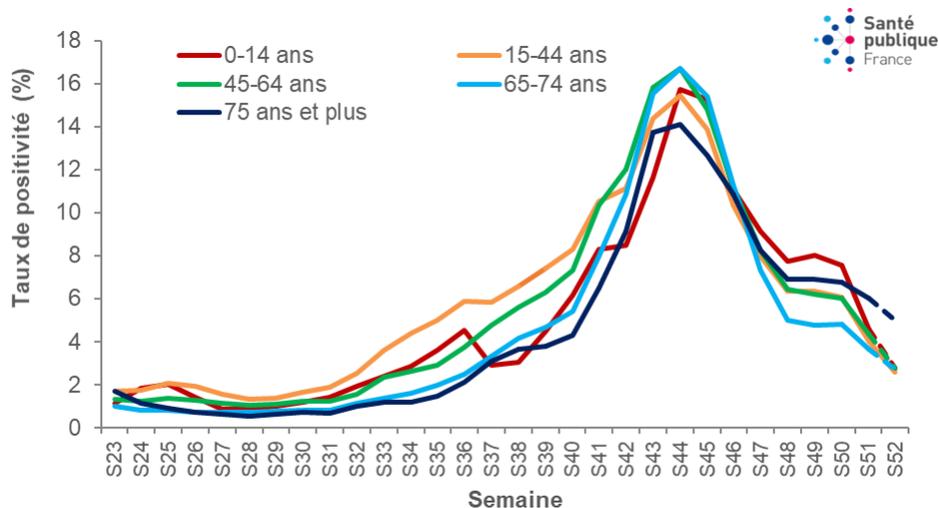
8a



8b



8c



Semaine 52 : données non consolidées
Source : SI-DEP

Dépistage selon la présence de symptômes

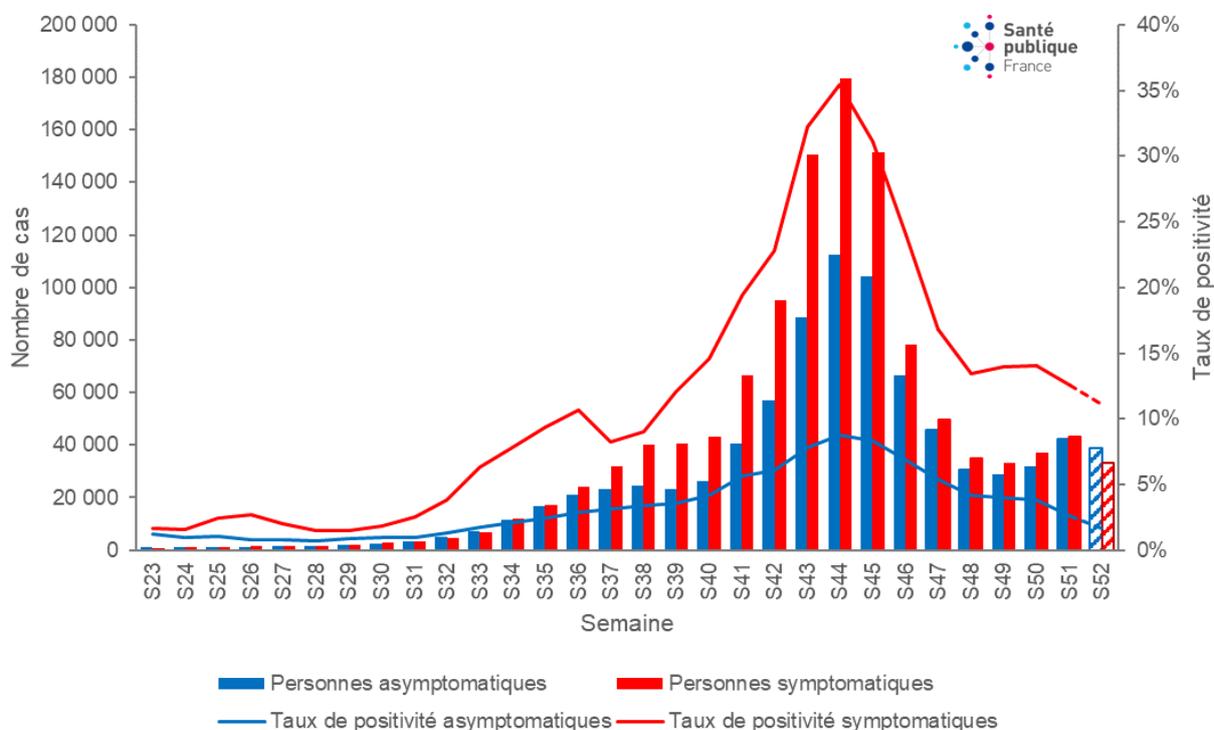
- **Parmi l'ensemble des personnes testées en S52** (quel que soit le résultat du test), 88% se déclaraient sans symptôme, proportion en augmentation par rapport à la S51 (83%). Le nombre de personnes testées a augmenté en S52 par rapport à la S51 chez les personnes non symptomatiques (2 293 322 en S52 vs 1 651 262 en S51, soit +39%) et a diminué chez les personnes symptomatiques (298 581 en S52 vs 342 252 en S51, soit -13%).

- **En S52, 46% des cas positifs présentaient des symptômes** (données disponibles pour 71 891 cas). Cette proportion est en légère diminution par rapport à la S51, où elle était de 50% (Figure 9).

- En S52, par rapport à la S51, **une diminution des nombres de cas était observée chez les personnes testées symptomatiques** (33 254 vs 43 109 en S51, soit -23%) **et chez les personnes testées asymptomatiques** (38 637 vs 42 482 en S51, soit -9%) (Figure 9).

- **En S52, le taux de positivité était de 11,1% chez les personnes symptomatiques, en diminution par rapport à la S51 (12,6%).** Il était de 1,7% **chez les asymptomatiques** (vs 2,6% en S51) (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 (2 054 205 cas décrits), par semaine depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (données au 30 décembre 2020)



Semaine 52 : 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**, 81 209 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 52, en baisse par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S51 avec 97 081 nouveaux cas, -16%). **Le taux de positivité** était de 2,9% en S52, en diminution par rapport à la S51 (4,3% en S51). **Le taux d'incidence** des cas confirmés a diminué en S52 avec **125 cas/100 000 habitants** (vs 150/100 000 en S51, -16%). **Le taux de dépistage** était de **4 372/100 000 habitants** en S52, en **augmentation** par rapport à la semaine précédente (3 462/100 000 en S51, +26%).

- **Au niveau départemental**, le **taux d'incidence** des cas confirmés **était, en semaine 52, au-dessus du seuil d'alerte de 100/100 000 habitants dans 62 départements métropolitains (67 départements en S51)**. Les départements présentant les taux d'incidence (/100 000 habitants) les plus élevés étaient les Alpes-Maritimes (297), les Ardennes (281), le Doubs (271), la Meuse (258), le Jura (256), la Meurthe-et-Moselle (253), taux en diminution par rapport à la S51 sauf dans les Alpes-Maritimes où ce taux a légèrement augmenté (270 en S51) (Figure 10a).

- **Le taux de positivité** n'était supérieur à 10% dans aucun département en S52 (comme en S51). Les taux de positivité les plus élevés étaient rapportés dans le Jura (6,4%), Haute-Marne (6,1%), Haute-Saône (6,1%), Hautes-Alpes (6,0%), Doubs (6,0%) et Territoire de Belfort (5,9%) (Figure 10b).

- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage (/100 000 habitants)** en S52 étaient Paris (8 742), les Ardennes (7 143), le Puy-de-Dôme (6 677), les Hauts-de-Seine (6 436), le Cantal (6 266) et les Alpes-Maritimes (6 182) (Figure 10c).

En outre-mer

- **À Saint-Martin**, en S52, le taux d'incidence était de 91/100 000 habitants, en **diminution** par rapport à la S51 (108), et le taux de positivité était de 5,8%, en **augmentation** par rapport à la S51 (vs 4,7%).

- **En Guyane**, les indicateurs étaient en **diminution** en semaine 52, le taux d'incidence était de 134/100 000 habitants en S52 (192 en S51) et le taux de positivité était de 7,2% en S52 (vs 7,4% en S51).

- **En Guadeloupe**, les indicateurs étaient **quasiment stables** en S52 : le taux d'incidence était de 18/100 000 habitants (19 en S51) et le taux de positivité était de 2,9% (vs 2,4% en S51).

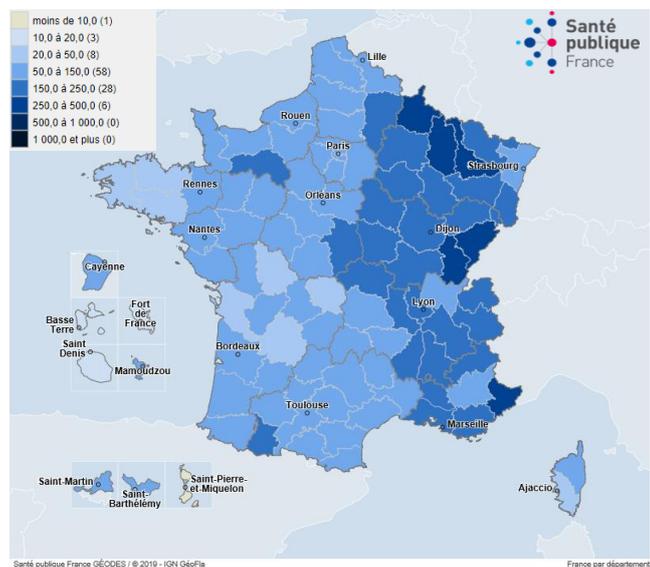
- **En Martinique**, les indicateurs SI-DEP étaient en **diminution** en S52, avec un taux d'incidence de 12/100 000 habitants (26 en S51) et un taux de positivité de 1,7% (2,6% en S51).

- **À Mayotte**, les indicateurs SI-DEP étaient **quasiment stables** en S52 : le taux d'incidence était de 51/100 000 habitants (53 en S51) et le taux de positivité de 6,9% (6% en S51).

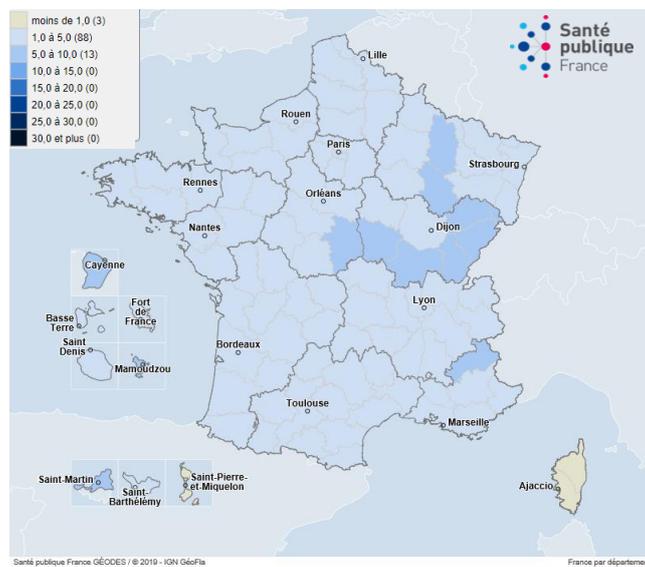
- **À La Réunion**, les indicateurs SI-DEP étaient en **diminution** en S52 : le taux d'incidence était de 16/100 000 habitants (30 en S51) et le taux de positivité de 1,5% (2,1% en S51).

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 21 au 27 décembre, par département, France (données au 30 décembre 2020)

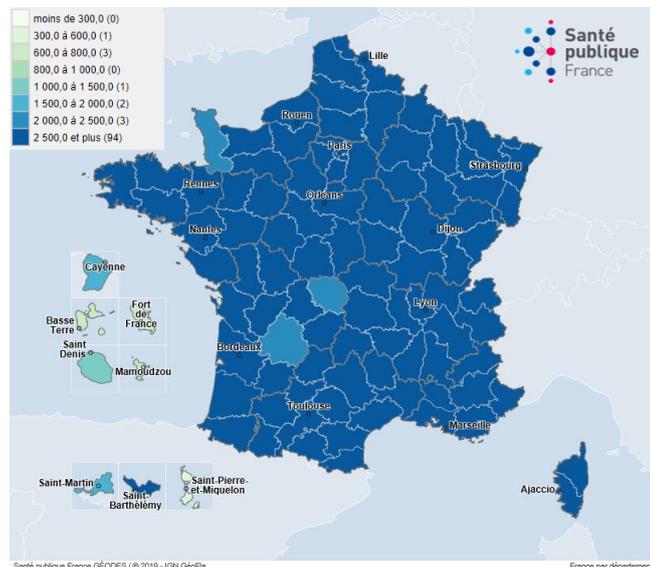
10a



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>

Dans cette partie, les tests RT-LAMP sont assimilés à des tests RT-PCR.

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.

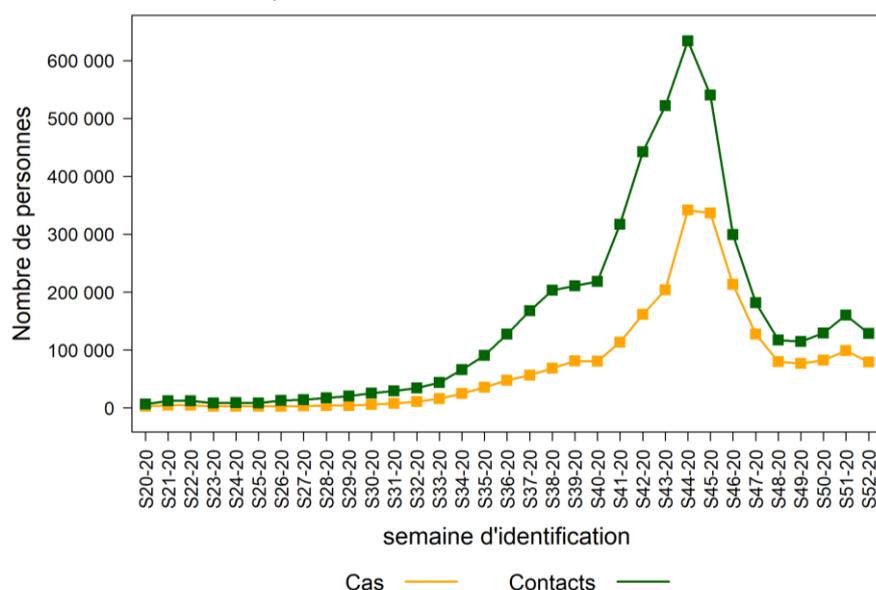
► Évolution du nombre de cas et de personnes-contacts à risque identifiés

- Au cours de la semaine 52, le nombre de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts à risque a diminué : 79 093* nouveaux cas confirmés (vs 98 589 en S51, soit -20%) et 128 385 nouvelles personnes-contacts à risque (vs 160 151 en S51, soit -20%) (Figure 11). Cette baisse est particulièrement marquée vendredi 25 et samedi 26 décembre par rapport aux vendredis et samedis des semaines précédentes.

- En S52, **33% des nouveaux cas** ont été diagnostiqués par un test antigénique (vs 26% en S51 et 20% en S50). Au niveau régional, la majorité des cas diagnostiqués par un test antigénique l'ont été en Île-de-France (25% du total national), Auvergne-Rhône Alpes (19%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (13%). La plupart des régions ont réalisé plus de RT-PCR que de tests antigéniques, mais ces derniers représentaient 64% des diagnostics confirmés à Mayotte, 49% en Guadeloupe et 45% en Île-de-France durant cette semaine.

- En S52, la majorité des cas diagnostiqués par tests antigéniques étaient symptomatiques (54%).

Figure 11. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine du 13 mai au 27 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 S52, l'âge moyen était de 46 ans chez les cas (stable depuis S48) et de 34 ans chez les personnes-contacts (identique à S51). Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus a poursuivi son augmentation (9,5% en S52 vs 8,2% en S51 et 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 S52, la proportion de cas et de personnes-contacts à risque ayant pu être investigués par l'Assurance maladie était stable (92% pour les cas et 98% pour les personnes-contacts) (Tableau 1).

● La proportion de cas ayant pu être investigués était légèrement plus importante chez ceux âgés de moins de 65 ans (94%) que chez ceux âgés de 65 ans et plus (88%).

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 27 décembre 2020 et pendant la semaine 52 de 2020 par région, France

Territoires/régions	Depuis la levée du 1 ^{er} confinement du 13/05 au 27/12/2020				Semaine 52 du 21/12 au 27/12/2020			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%	N	%
France entière	2 384 396**	95	4 925 176	98	79 093**	92	128 385	98
France métropolitaine	2 339 431	95	4 810 161	98	78 252	93	126 804	98
Auvergne-Rhône-Alpes	445 602	100	876 364	99	12 927	100	22 379	100
Bourgogne-Franche-Comté	112 020	93	231 440	97	5 889	94	9 234	95
Bretagne	54 705	98	171 036	99	1 339	93	3 428	97
Centre-Val de Loire	67 741	100	151 793	99	2 585	96	4 558	99
Corse	7 107	95	16 370	96	136	98	248	99
Grand Est	181 058	100	383 444	98	10 281	97	16 656	98
Hauts-de-France	237 195	97	486 158	98	6 735	90	10 770	98
Île-de-France	522 409	88	867 312	99	14 399	84	17 854	97
Normandie	87 026	97	216 028	99	3 121	95	6 056	99
Nouvelle-Aquitaine	137 656	96	379 174	98	4 067	94	8 338	96
Occitanie	183 806	99	412 327	99	4 868	92	8 661	96
Pays de la Loire	91 780	100	271 862	99	2 977	97	6 662	98
Provence-Alpes-Côte d'Azur	211 326	92	346 853	95	8 928	90	11 960	98
France ultra-marine								
La Réunion	9 124	94	27 999	98	145	88	449	98
Martinique	5 535	99	12 802	98	30	100	67	100
Mayotte	2 684	62	4 491	80	111	12	28	79
Guadeloupe	9 165	93	13 640	99	100	90	162	99
Guyane	9 275	93	15 898	100	378	94	683	95
<i>Région indéterminée</i>	9 182		40 185		77		192	

* Les cas correspondent à l'ensemble des cas confirmés par RT-PCR ou tests antigéniques, ainsi qu'aux cas probables tels que définis dans la définition de cas du 16/11/2020.

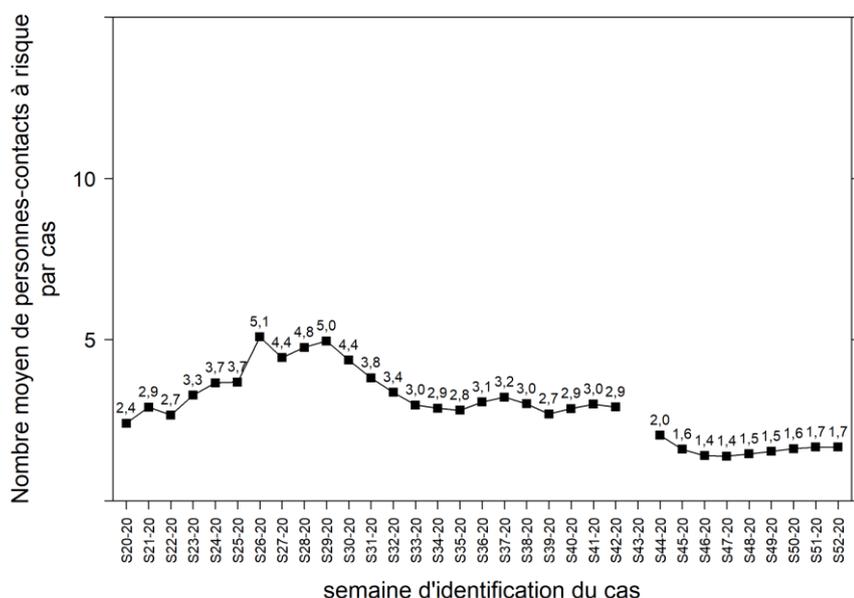
** La base de données ContactCovid est une base dynamique dont les informations relatives aux cas ou aux personnes-contacts peuvent évoluer d'une semaine sur l'autre pour une même personne en raison des investigations épidémiologiques. Ainsi, le nombre total pour la semaine en cours ne peut se déduire 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 **est inchangé, à 1,7 personnes-contacts à risque par cas en S52** (Figure 12), et 51% des cas ne rapportaient aucune personne-contact à risque (vs 49% en S51).
- Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas restait le plus faible chez les cas âgés de 75 ans et plus (0,4 personne-contact à risque par cas), et le plus élevé chez les cas âgés de 15 à 44 ans (2,1 personnes-contacts à risque par cas).

Figure 12. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas par semaine, du 13 mai au 27 décembre 2020, France

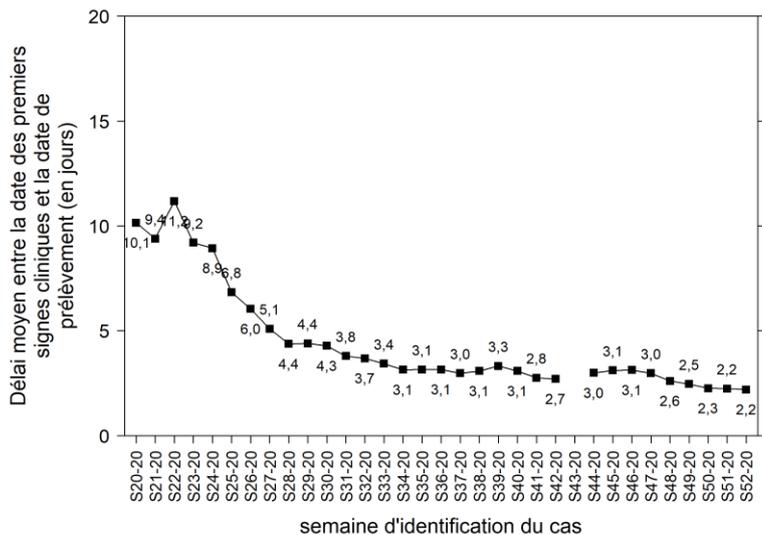


Note : indicateur non estimable pour la semaine 43
Source : ContactCovid – Cnam

► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

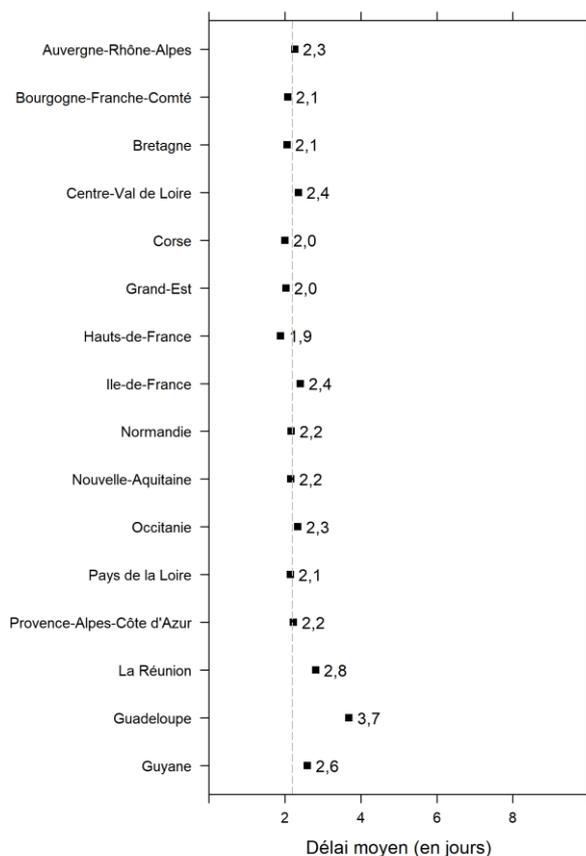
- **En semaine 52**, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour diagnostic par RT-PCR ou tests antigéniques renseignés (n=35 253), **le délai moyen de diagnostic est inchangé à 2,2 jours** (Figure 13). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.
- Les délais de diagnostic pour les régions ultra-marines, notamment en Guadeloupe et Martinique, restaient supérieurs à la métropole mais étaient néanmoins raccourcis, en particulier en Guadeloupe (3,7 jours en S52 vs 5,1 en S51) (Figure 14). Le nombre de cas très faible dans les départements d'outre-mer rend cependant cet indicateur très volatile et sujet à des variations importantes.
- Le délai de diagnostic moyen était légèrement plus court pour les cas diagnostiqués par tests antigéniques, avec 2,1 jours vs 2,3 jours pour les RT-PCR (valeurs similaires à celles de la semaine précédente).

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 27 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 52, cela représente 45% 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 52 (du 21 au 27 décembre 2020), par région, France

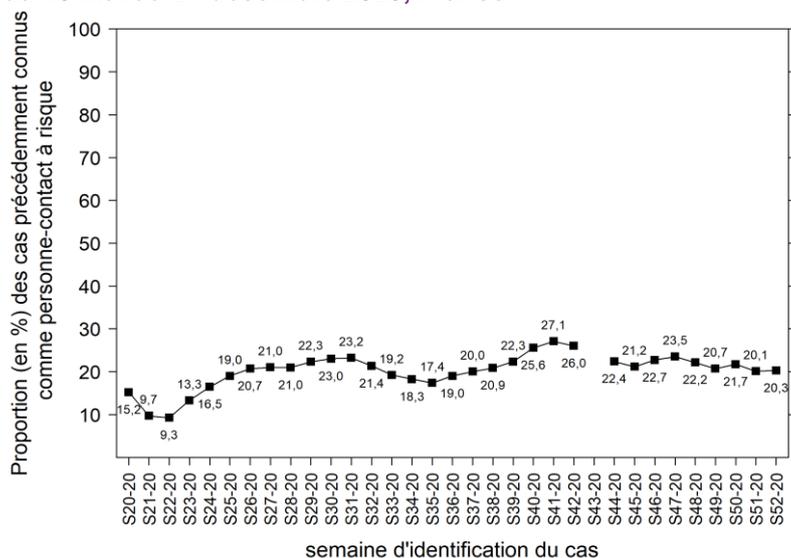


Note : délai moyen en jours calculé quand au moins 30 cas avec l'information. La ligne verticale correspond à la moyenne nationale. Source : ContactCovid – Cnam

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

• En semaine 52, la proportion des nouveaux cas précédemment connus comme personne-contact à risque d'un autre cas est quasiment inchangée à 20,3%. Autrement dit, seul un cas sur 5 est issu d'une chaîne de transmission connue et monitorée (Figure 15). La proportion de cas précédemment connus comme personne-contact à risque est la plus faible à Mayotte (1%), en Guadeloupe (10%) et en Île-de-France (12%) (Figure 16).

Figure 15. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque par semaine, du 13 mai au 27 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 52 (du 21 au 27 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

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

• En semaine 52, les cas de moins de 65 ans avaient peu de personnes-contacts à risque de 65 ans et plus ($\leq 10\%$). Parmi les personnes-contacts des cas âgés de 65 ans et plus, un tiers avait également plus de 65 ans (32% pour les 64-74 ans et 34% pour les plus de 74 ans).

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

► Données cumulées depuis début mars 2020

- Du 1^{er} mars au 27 décembre 2020, **22 297** 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 **13 820** (62%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 8 477 (38%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 2).
- Parmi les **13 820 signalements en EHPA**, 11 125 (80%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.
- Parmi les 22 297 signalements en ESMS, **145 914 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents (Tableau 2). Parmi les **19 780 décès survenus dans les établissements**, 19 613 (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 27 décembre 2020, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	13 820	6 057	985	1 435	22 297
Cas confirmés ⁶	126 964	15 649	976	2 325	145 914
Chez les résidents					
Décès ⁷ hôpitaux	7 597	318	0	33	7 948
Décès ⁷ établissements	19 613	125	0	42	19 780
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	61 311	12 221	1 093	1 207	75 832

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

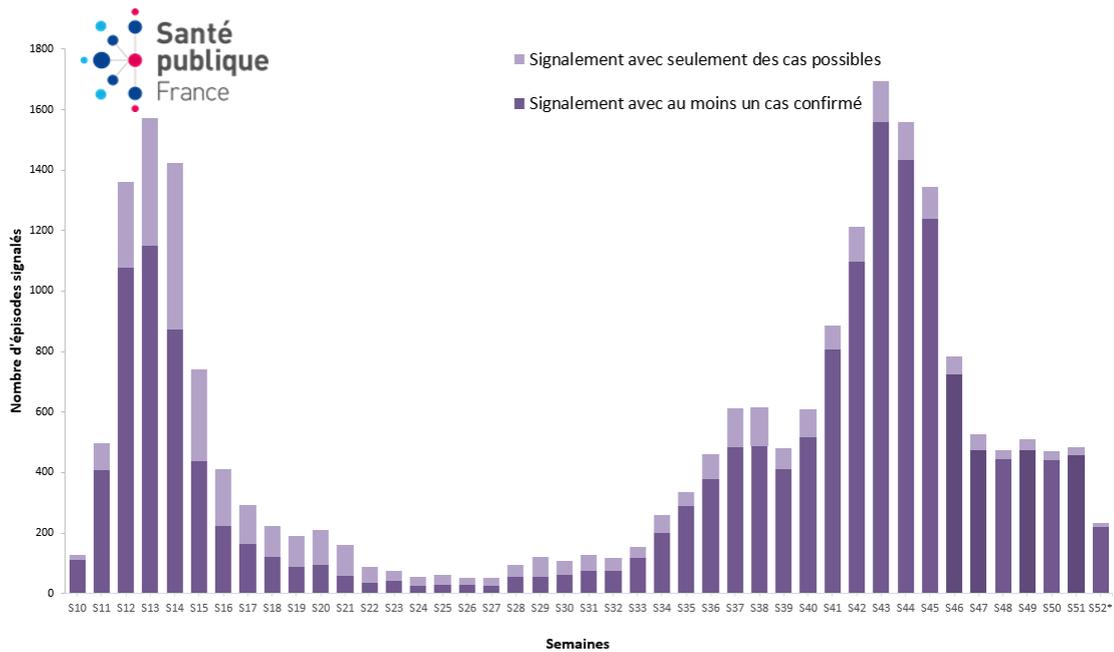
⁶Cas de COVID-19 biologiquement confirmé

⁷Cas possibles et confirmés décédés

► Données recueillies depuis début juillet 2020

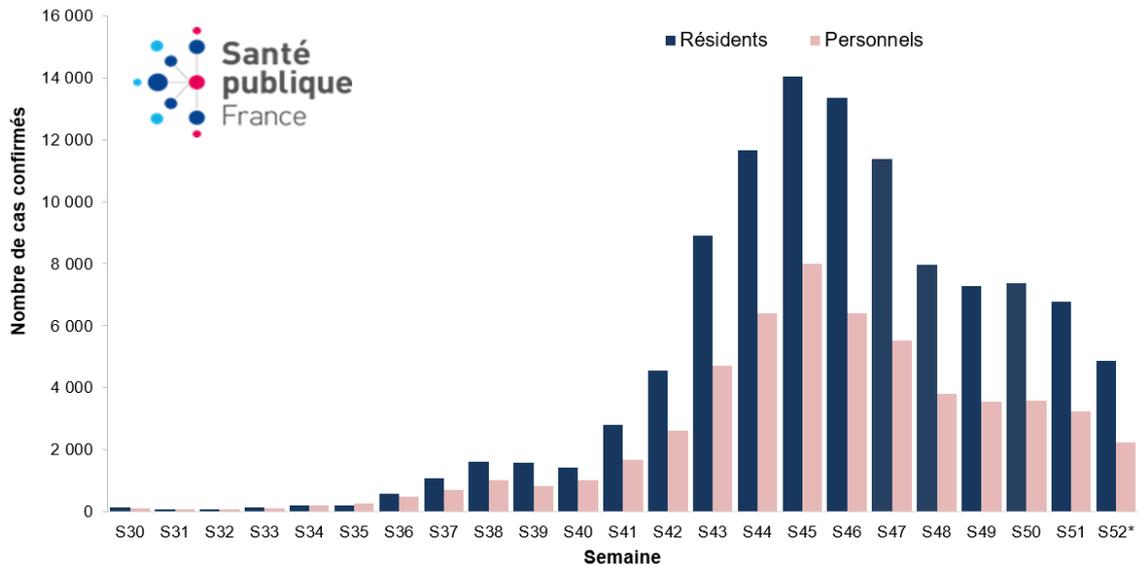
- Depuis début juillet, le **nombre de signalements de cas de COVID-19 dans les ESMS a augmenté**, pour atteindre un pic en semaine 43 avec **1 693** signalements enregistrés (Figure 17). Le nombre de signalements a diminué entre les semaines 44 et 48, puis s'est stabilisé les semaines suivantes. Les données de la semaine 52 (233 signalements) sont encore provisoires.
- La proportion d'EHPA par région ayant signalé au moins un nouvel épisode en semaine 52 sur le territoire métropolitain est comprise entre 0 et 6%.
- Depuis le 20 juillet, parmi les 10 446 EHPA, 5 617 (54%) ont déclaré au moins un épisode. Parmi les 8 844 établissements d'hébergement pour personnes handicapées, 2 435 (28%) ont déclaré au moins un épisode.
- Depuis fin juillet, le **nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS a augmenté**, pour atteindre un pic en semaine 45 (22 027 cas), puis il a diminué jusqu'en semaine 49 (10 838 cas). Le nombre de cas confirmés s'est depuis stabilisé, avec **10 982 cas enregistrés en semaine 50, 10 024 cas en semaine 51 et 7 097 en semaine 52**. À noter que les données de la semaine 52 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 27 décembre 2020, France



* Semaine 52 : 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 27 décembre 2020, France

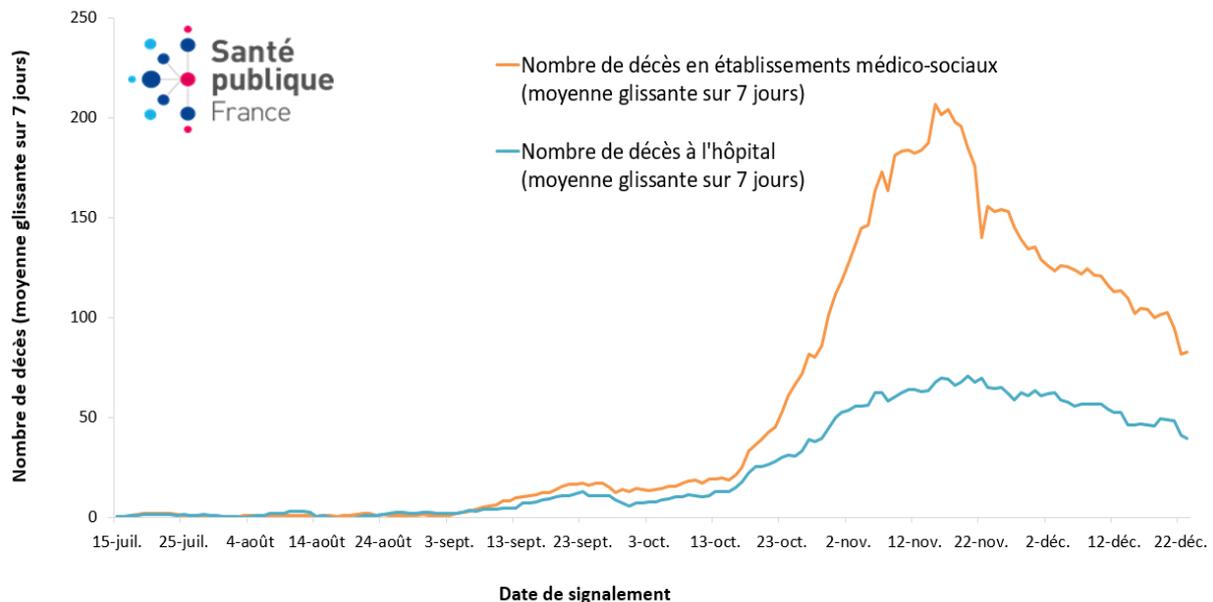


* Semaine 52 : données non consolidées

● 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 52, 384 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 **diminuer pour les décès en établissement et rester stable pour les décès à l'hôpital** (Figure 19). La consolidation des données permettra de confirmer l'évolution observée.

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 27 décembre 2020, France



*Semaine 52 : données non consolidées
Dernières données de décès le 23 décembre 2020 pour l'estimation de la moyenne glissante sur 7 jours*

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

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **315 783 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 29 décembre 2020, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- **En semaine 52** (du 21 au 27 décembre 2020), **5 253 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** (représentant 2,4% de l'activité totale des services d'urgence OSCOUR®) ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période.

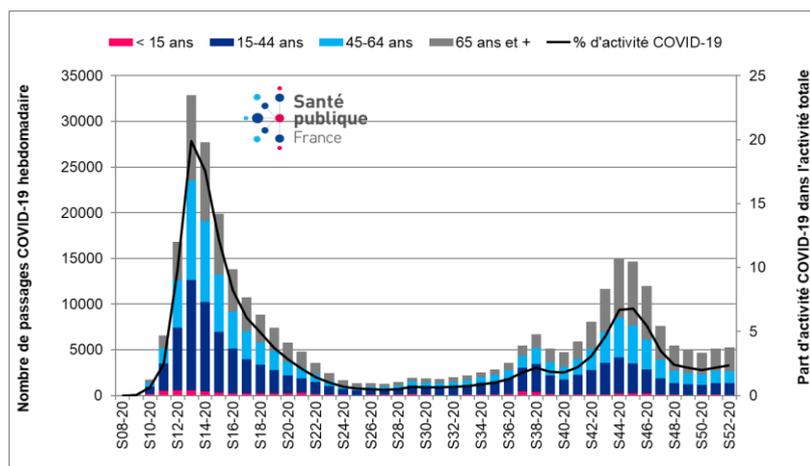
- **Le nombre de passages pour suspicion de COVID-19** était en légère hausse pour la 2^e semaine consécutive, hausse cependant plus modérée qu'en S51 (+2% vs +10% en S51) (5 253 en S52 vs 5 156 en S51). La part d'activité était également en légère hausse (2,4% vs 2,2% en S51). Les hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 étaient stables à 53%.

- **En semaine 52**, les passages pour suspicion de COVID-19 étaient en hausse chez les personnes âgées de 75 ans et plus (+5% soit +88 passages). Dans les autres classes d'âges, les passages étaient en baisse chez les moins de 15 ans (-24% soit -23 passages) et stables chez les 15-74 ans (Figure 20).

- **Au niveau régional**, les passages pour suspicion de COVID-19 étaient en hausse en Provence-Alpes-Côte d'Azur (+41% soit +208 passages), Île-de-France (+8% soit +73 passages), Bourgogne-Franche-Comté (+10% soit +40 passages), Nouvelle-Aquitaine (+7% soit +22 passages), Guyane (+48% soit +10 passages). Les passages étaient stables dans le Grand Est et en Occitanie, en baisse dans les autres régions (de -4% en Auvergne-Rhône-Alpes à -31% en Bretagne).

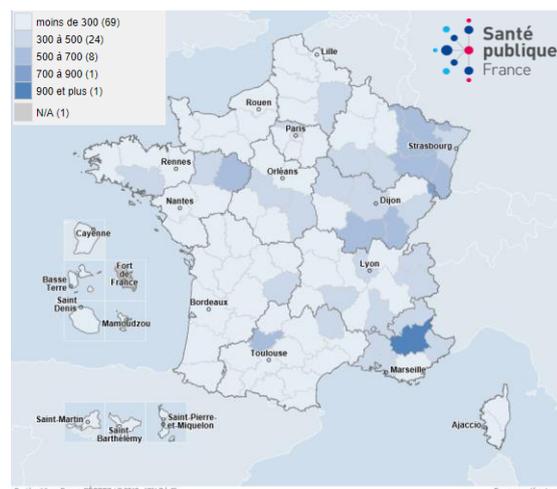
- En semaine 51, comme les précédentes semaines, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, la majorité des actes étaient enregistrés en Île-de-France (18%), Auvergne-Rhône-Alpes (14%), Grand Est (14%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (14%).

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 52/2020, 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, incluant les tests RT-LAMP, 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 26 décembre **est inférieure à 1 (0,91, IC95% [0,90-0,91]) 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 26 décembre est supérieure à 1, mais de façon non significative : **1,02** (IC95% [0,99-1,05]). En revanche, à partir **des données d'hospitalisations (SI-VIC)**, l'estimation au 27 décembre est inférieure à 1 : **0,86** (IC95% [0,84-0,88]).

- Les nombres de reproduction estimés à partir des données virologiques SI-DEP et des hospitalisations rapportées dans SI-VIC sont en diminution par rapport aux estimations de la semaine précédente, alors que celui estimé à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) reste stable (Figure 22).

- Au 26 décembre, les estimations des R -effectif à partir des données virologiques SI-DEP sont significativement supérieures à 1 dans 2 régions métropolitaines : Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Tableau 3). Elles sont inférieures à 1 dans les autres régions.

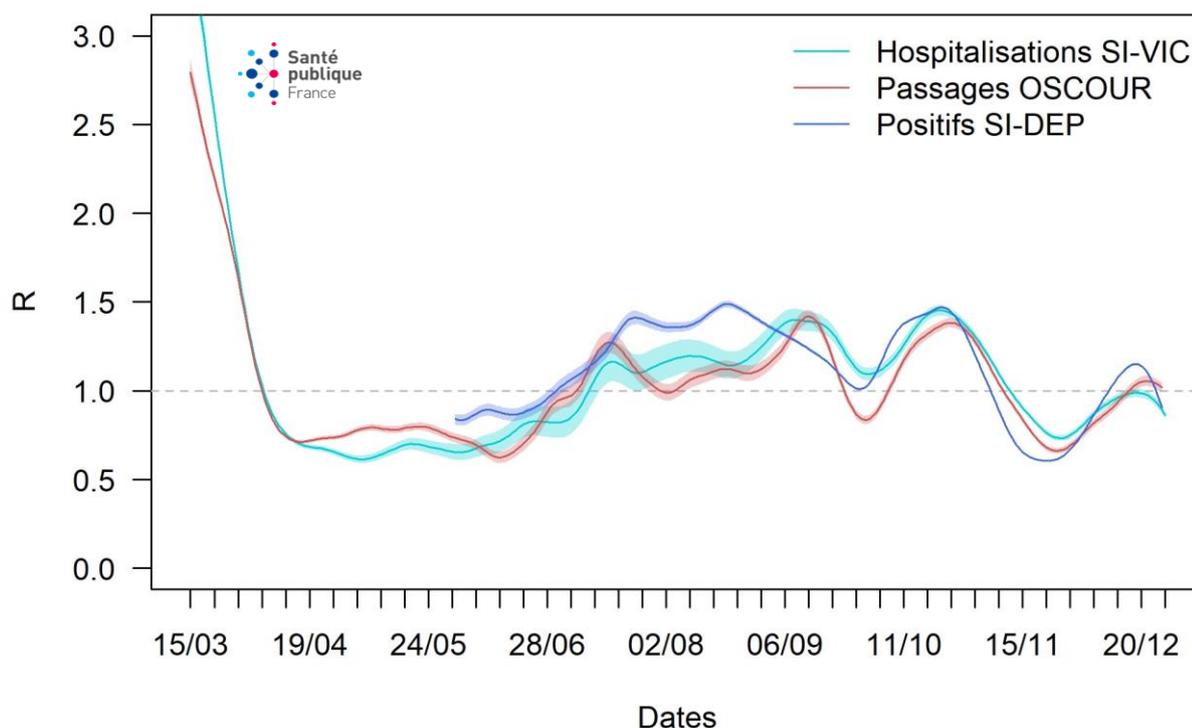
- À partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), les estimations du nombre de reproduction au 26 décembre sont significativement supérieures à 1 dans 3 régions : Grand Est, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Elles sont supérieures à 1 mais de façon non significative dans 3 autres régions : Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire et Nouvelle-Aquitaine.

- À partir des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC, les estimations du nombre de reproduction au 27 décembre sont inférieures à 1 dans toutes les régions métropolitaines, à l'exception de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, où l'estimation est supérieure à 1 de façon non significative.

- **En Outre-mer**, les estimations du nombre de reproduction à partir des données virologiques SI-DEP sont significativement inférieures à 1 dans toutes les régions. Les estimations du nombre de reproduction sont supérieures à 1 de façon non significative en Guyane à partir des deux autres sources de données. À La Réunion et à Mayotte, l'estimation du R -effectif à partir des hospitalisations rapportées dans SI-VIC est supérieure à 1 mais non significativement.

[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 26 décembre 2020, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 3. Nombre de reproduction effectif du 26 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 27 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	0,85 (0,84-0,87)	0,97 (0,90-1,04)	0,86 (0,81-0,92)
	Bourgogne-Franche-Comté	0,88 (0,86-0,91)	1,03 (0,93-1,12)	0,92 (0,84-1,00)
	Bretagne	0,88 (0,83-0,92)	0,69 (0,57-0,81)	0,77 (0,63-0,93)
	Centre-Val de Loire	0,86 (0,83-0,89)	1,00 (0,85-1,16)	0,82 (0,71-0,93)
	Corse	1,52 (1,29-1,77)	NC	NC
	Grand Est	0,89 (0,87-0,91)	1,08 (1,00-1,16)	0,86 (0,81-0,92)
	Hauts-de-France	0,89 (0,87-0,91)	0,88 (0,78-0,98)	0,79 (0,73-0,86)
	Ile-de-France	0,93 (0,92-0,95)	1,07 (1,01-1,14)	0,81 (0,76-0,86)
	Normandie	0,95 (0,92-0,98)	0,95 (0,80-1,11)	0,82 (0,71-0,93)
	Nouvelle-Aquitaine	0,84 (0,81-0,86)	1,05 (0,94-1,16)	0,87 (0,77-0,97)
	Occitanie	0,95 (0,93-0,98)	0,98 (0,87-1,10)	0,83 (0,74-0,92)
	Pays de la Loire	0,91 (0,88-0,95)	0,91 (0,79-1,03)	0,88 (0,77-0,99)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,03 (1,01-1,05)	1,19 (1,11-1,29)	1,03 (0,95-1,10)
	France métropolitaine	0,91 (0,90-0,91)	1,02 (0,99-1,05)	0,86 (0,84-0,88)
France ultra-marine	Guadeloupe	NE	NC	NC
	Guyane	0,83 (0,75-0,92)	1,32 (0,89-1,84)	1,03 (0,71-1,41)
	La Réunion	0,62 (0,52-0,73)	NC	1,11 (0,64-1,72)
	Martinique	0,60 (0,44-0,78)	NA	NC
	Mayotte	0,88 (0,74-1,03)	NC	1,37 (0,67-2,31)

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, **1 946** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

• Parmi les **261 123 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 ;
- **44 298** patients sont décédés : **74%** étaient âgés de 75 ans et plus et **59%** étaient des hommes ;
- **191 806** patients sont retournés à domicile.

• Le **29 décembre 2020**, **24 776 cas de COVID-19** étaient hospitalisés en France, dont **2 675 en réanimation**.

Tableau 4. Nombre de personnes hospitalisées (dont en réanimation) pour COVID-19 le 29 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 29 décembre 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	24 776		2 675		191 806		44 298	
Classes d'âge *								
Total	24 596		2 652		190 351		44 042	
0-14 ans	54	<1	11	<1	2 430	1	4	<1
15-44 ans	801	3	116	4	24 597	13	348	1
45-64 ans	3 409	14	779	29	50 219	26	3 705	8
65-74 ans	4 996	20	1 025	39	37 552	20	7 350	17
75 et +	15 336	62	721	27	75 553	40	32 635	74
Régions *								
Total	24 743		2 666		191 775		44 272	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	4 179	17	418	16	27 708	14	6 630	15
Bourgogne-Franche-Comté	1 840	7	179	7	9 626	5	2 593	6
Bretagne	539	2	39	1	3 298	2	714	2
Centre-Val de Loire	869	4	106	4	5 438	3	1 310	3
Corse	16	<1	1	<1	506	<1	115	<1
Grand Est	3 037	12	295	11	20 931	11	5 924	13
Hauts-de-France	2 376	10	246	9	17 621	9	4 410	10
Ile-de-France	4 870	20	567	21	54 211	28	12 072	27
Normandie	1 123	5	90	3	5 725	3	1 500	3
Nouvelle-Aquitaine	1 131	5	162	6	7 718	4	1 699	4
Occitanie	1 204	5	175	7	10 107	5	2 103	5
Pays de la Loire	935	4	70	3	5 996	3	1 332	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 475	10	296	11	18 545	10	3 501	8
Outre-Mer								
La Réunion	43	<1	6	<1	715	<1	51	<1
Martinique	20	<1	5	<1	364	<1	43	<1
Mayotte	8	<1	2	<1	543	<1	41	<1
Guadeloupe	50	<1	3	<1	765	<1	167	<1
Guyane	28	<1	6	<1	1 958	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.

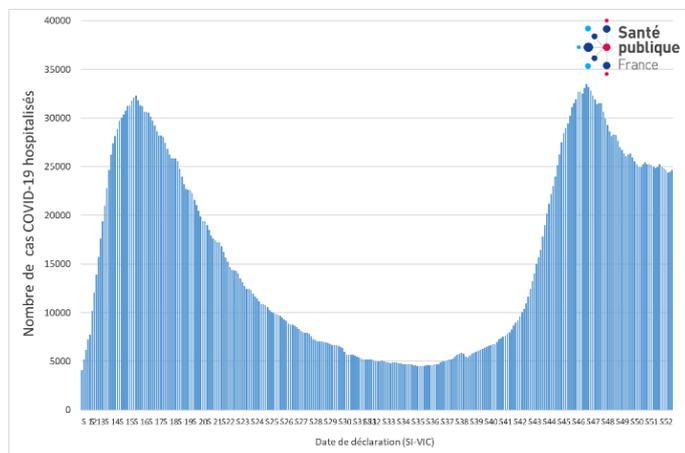
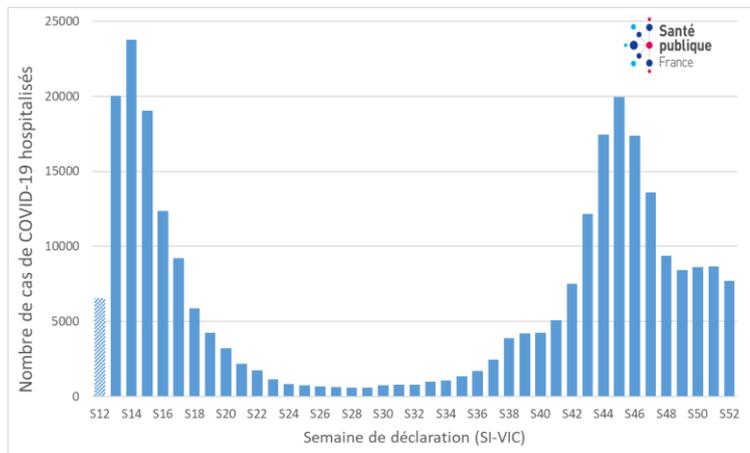
Source : SI-VIC

● Après s'être stabilisé en semaines 50 et 51, le nombre de déclarations de **nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a diminué en semaine 52** : 7 715 nouvelles hospitalisations ont été déclarées en S52 contre 8 672 en S51, soit -11% (Figure 23a).

Le **taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19** était de **11,5/100 000 habitants** en S52 vs **12,9** en S51.

Figure 23a. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 27 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 27 décembre)



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

Source : SI-VIC

● En semaine 52, le **taux hebdomadaire d'hospitalisations** était en diminution dans toutes les régions de France métropolitaine, excepté en **Hauts-de-France (+3%)**, **Provence-Alpes-Côte-D'azur (+0%)**, **Corse (+0%)** et **Occitanie (- 2%)** où il est resté stable.

● Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** en S52 ont été enregistrés en **Bourgogne-Franche-Comté (23,6/100 000 habitants)**, **Grand Est (19,9)**, **Provence-Alpes-Côte d'Azur (16,5)** et **Hauts-de-France (15,2)** (Figure 24).

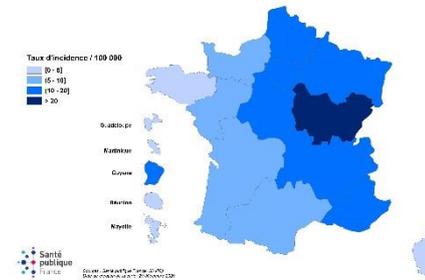
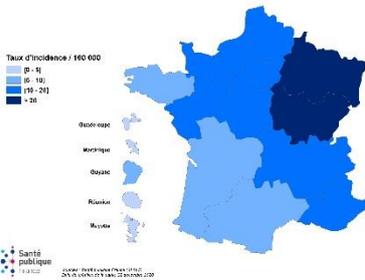
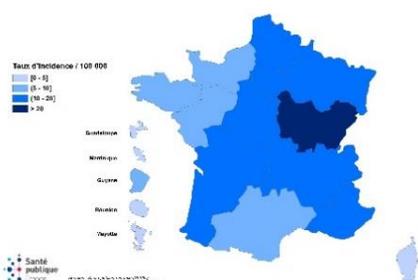
● Dans les **régions d'outre-mer**, en S52, le **plus fort taux d'hospitalisations** était observé en **Guyane** avec 12,4/100 000 habitants, en augmentation par rapport à la S51 (8,9). Une tendance à la **stabilisation** était observée en **Martinique (0,8 en S52 vs 0,6 en S51)**, à la **Réunion (1,6 vs 1,5)** et à **Mayotte (2,5 vs 2,9)**. Le taux d'hospitalisations **diminuait** en **Guadeloupe (1,3 en S52 vs 2,4 en S51)**.

Figure 24. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 07 et le 27 décembre 2020 (S50 à S52), France

du 07 au 13 décembre 2020

du 14 au 20 décembre 2020

du 21 au 27 décembre 2020



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

Source : SI-VIC

● Après avoir diminué entre les semaines 46 et 49, le nombre de **nouvelles admissions en réanimation s'est stabilisé depuis la semaine 50** : **1 118** nouvelles hospitalisations ont été déclarées en S52 contre 1 156 en S51 et 1 146 en S50, soit -3,3% entre S51 et S52 (Figure 25a). **Le taux hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation reste à 1,7/100 000 habitants en S52.**

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 27 décembre)

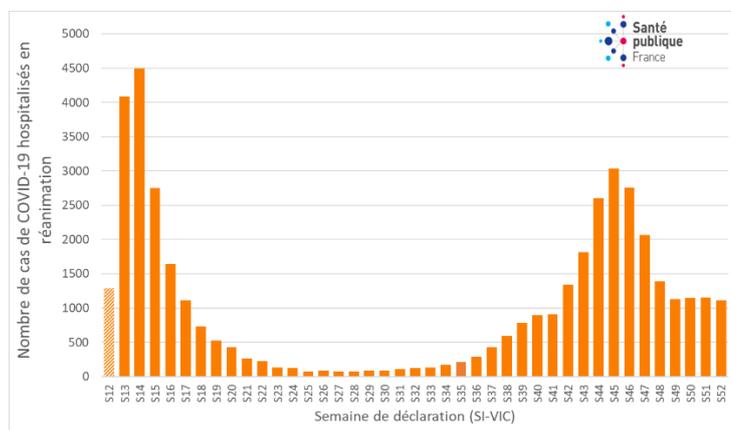
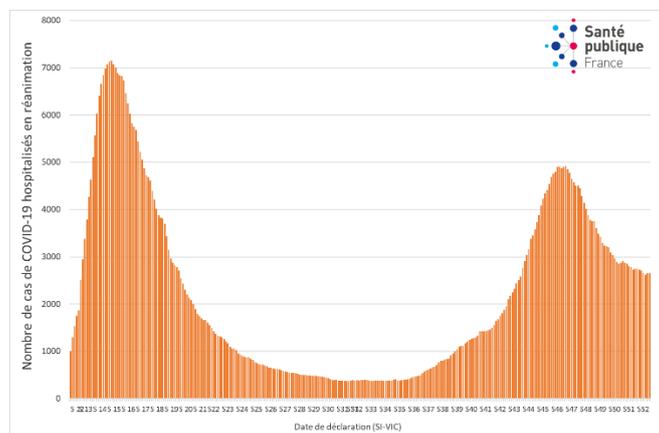


Figure 25b. Nombre de cas de COVID-19 en réanimation, selon le jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 27 décembre)



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

Source : SI-VIC

● En semaine 52, le **taux hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation a augmenté en Hauts-de-France (+14%), Pays de la Loire (+11%), Bourgogne-Franche-Comté (+7%), Grand Est (+6%) et Occitanie (+4%)**. Il s'est **stabilisé en Corse et en Provence-Alpes-Côte d'Azur**. Il a diminué dans les autres régions de France métropolitaine.

● Les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en réanimation** étaient rapportés en **Bourgogne-Franche-Comté (3,2/100 000 habitants), Grand Est (2,9), Provence-Alpes-Côte d'Azur (2,3) et Auvergne-Rhône-Alpes (2,1)**. Les autres régions de France métropolitaine rapportaient des taux inférieurs à 2,0 pour 100 000 habitants (Figure 26).

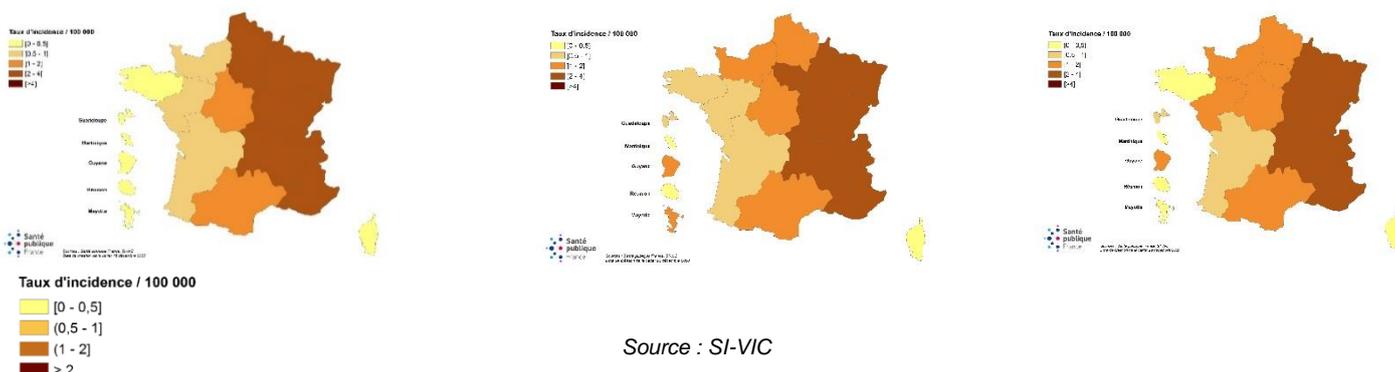
● Dans les **régions d'outre-mer**, en S52, le **plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 était observé en **Guyane (1,4/100 000 habitants)**, en légère diminution par rapport à S51 (1,7). Les taux d'admissions en réanimation étaient en **légère augmentation** en S52 par rapport à la semaine précédente à **la Réunion (0,5 vs 0,3/100 000 habitants)** et en **Martinique (0,3 vs 0)**. Une diminution était observée à **Mayotte (0,4 en S52 vs 1,1 en S51)**.

Figure 26. Évolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 07 et le 27 décembre (S50 à S52) 2020, France

du 07 au 13 décembre 2020

du 14 au 20 décembre 2020

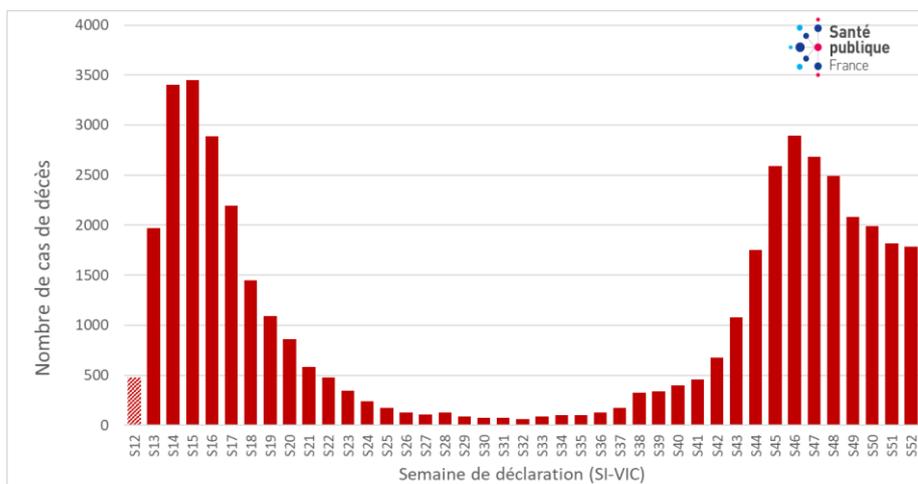
du 21 au 27 décembre 2020



Source : SI-VIC

- Après avoir diminué entre les semaines 46 et 51, le nombre de **déclarations de décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 s'est stabilisé en semaine 52** : 1 786 décès ont été déclarés en S52 contre 1 819 en S51, soit -1,8% (Figure 27).

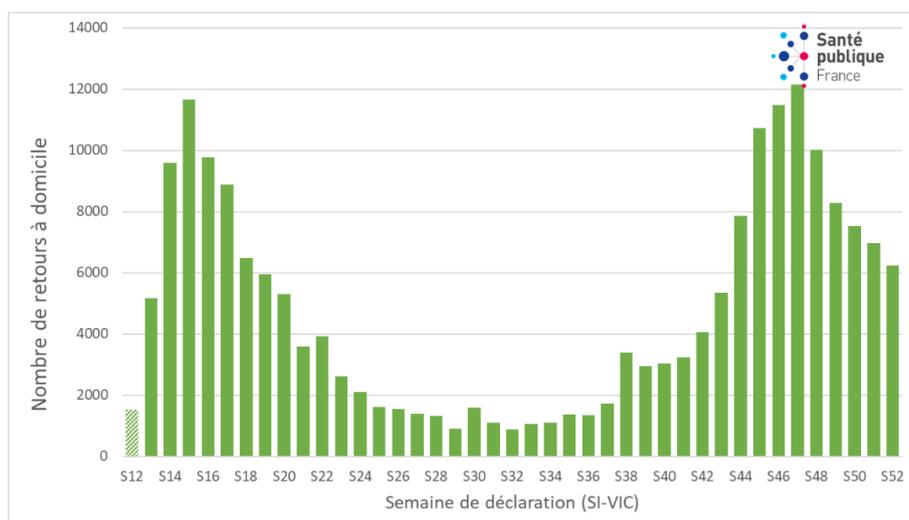
Figure 27. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 27 décembre 2020)



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 S52, passant de 6 969 en S51 à 6 234 en S52, soit -11% (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 27 décembre 2020)

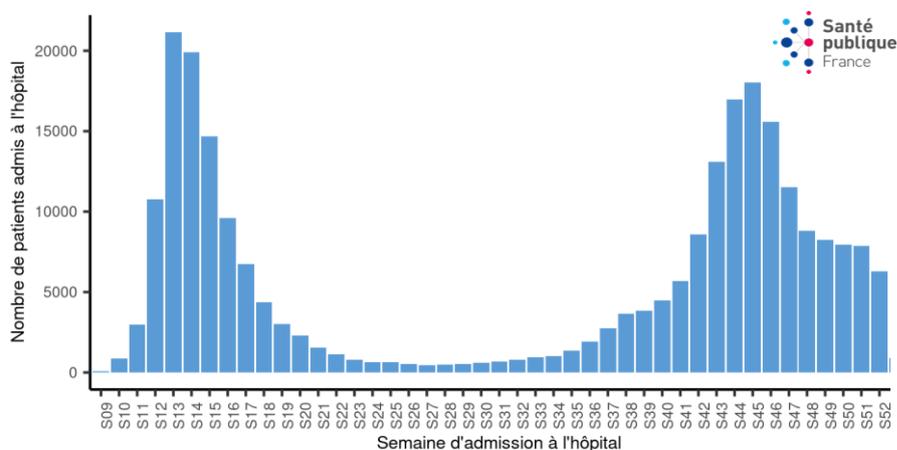


S12 : Données incomplètes car démarrage de SI-VIC en cours de semaine
Source : SI-VIC

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.

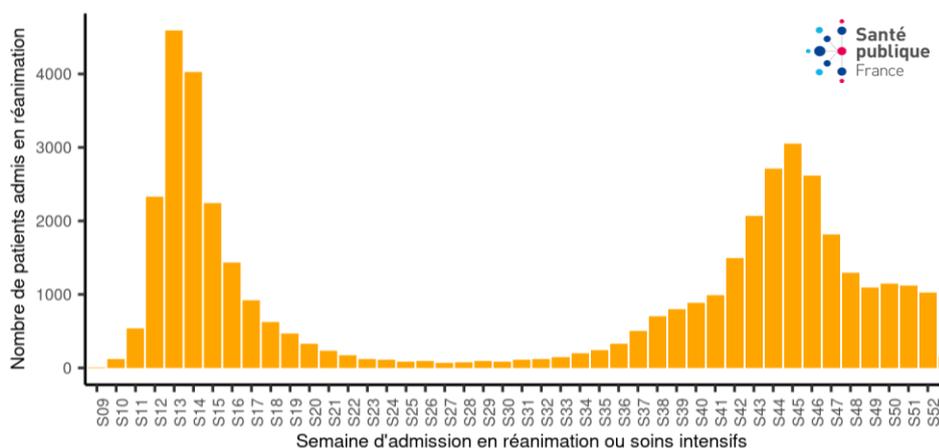
• Les graphiques précédents (Figures 23a, 25a, 27, 28) sont présentés par date de déclaration. Afin de préciser les tendances, les statuts des patients hospitalisés sont aussi présentés par date d'admission des patients à l'hôpital (Figures 29 et 30) ou par date de décès (Figure 31). Toutefois, les données de la S52 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 29 décembre 2020)



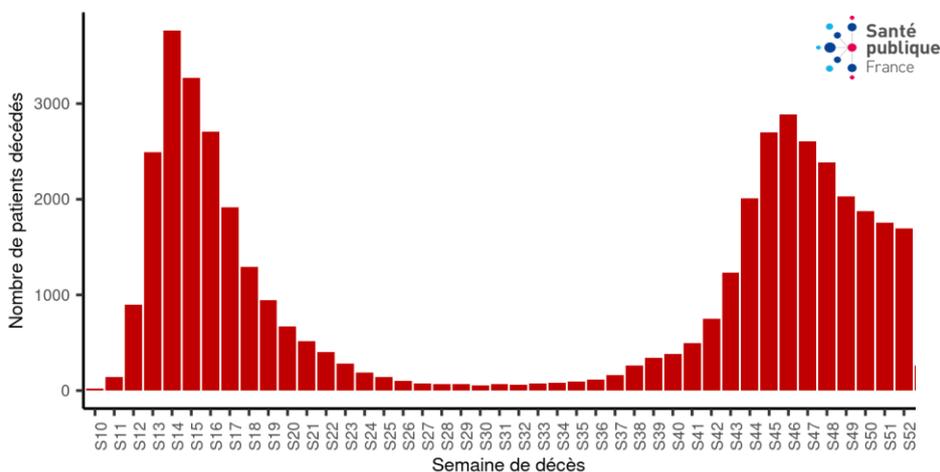
Semaine 52 : données non consolidées / Source : SI-VIC

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 29 décembre 2020)



Semaine 52 : 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 29 décembre 2020)



Semaine 52 : 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 29 décembre, parmi les **4 411 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 62% étaient âgés de 65 ans et plus ; 58 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 3 245 patients pour lesquels l'information était renseignée, 46% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 3 479 patients ; 46% 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.

- **770 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]) ; 82% des personnes décédées étaient âgées de 65 ans et plus. L'information sur les comorbidités était disponible pour 752 patients ; parmi eux, 709 (94%) présentaient au moins une comorbidité. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (53%), l'obésité (41% des cas décédés dont l'IMC était renseigné) et les pathologies cardiaques (36%) (Tableau 5). Entre le 05 octobre et le 29 décembre, 2 364 sorties de réanimation ont été rapportées.

Tableau 5. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre au 29 décembre 2020 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle (n=4 411), France (données au 29 décembre 2020)

Classe d'âge	Ensemble des cas (n=4 411)		Cas décédés en réanimation (n=770)	
	n	%	n	%
0-14 ans	15	<1	0	-
15-44 ans	258	6	19	2
45-64 ans	1 380	31	120	16
65-74 ans	1 637	37	283	37
75 et +	1 100	25	347	45
Non renseigné	21		1	
Comorbidités ¹	n	% ²	n	% ²
Aucune	484	11	43	6
Au moins une comorbidité	3 819	89	709	94
Obésité (IMC \geq 30) ³	1 749	45	272	41
Hypertension artérielle	1 923	45	400	53
Diabète	1 342	31	241	32
Pathologie cardiaque	1 069	25	274	36
Pathologie pulmonaire	913	21	192	26
Immunodépression	337	8	90	12
Pathologie rénale	373	9	96	13
Cancer	294	7	90	12
Pathologie neuromusculaire	134	3	40	5
Pathologie hépatique	98	2	33	4
Autre	700	16	132	18
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=3 884 et n=666).

SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROMES INFLAMMATOIRES MULTI-SYSTÉMIQUES PÉDIATRIQUES

Fin avril 2020, le signalement de cas de myocardite avec état de choc cardiogénique chez des enfants avec une infection COVID-19 récente a conduit à la mise en place, par Santé publique France et les sociétés savantes de pédiatrie, d'une surveillance active de ces tableaux cliniques atypiques. Ces syndromes sont recensés sous l'appellation de « [syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques](#) » ou PIMS. La méthodologie et les premiers résultats de leur surveillance en France sont disponibles sous <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.22.2001010>.

- **Entre le 1^{er} mars et le 27 décembre 2020, 352 cas** de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (ou PIMS) ont été signalés.

- Cent cinquante-sept cas (45%) ont concerné des filles. L'âge médian des cas était de 7 ans (25% des cas avaient ≤ 3 ans et 75% ≤ 11 ans).

- **Près de trois-quarts des cas étaient confirmés par une RT-PCR et/ou sérologie pour SARS-CoV-2 positives** (n=252, 72%). Le lien avec le virus était probable chez 18 (5%) patients (contage avec un sujet positif ou scanner évocateur) et considéré comme possible chez 24 patients (7%). Pour les 58 patients restants (16%), ce lien n'a pas pu être établi.

- Parmi les 294 patients pour lesquels le lien avec la COVID-19 était possible, probable ou confirmé, les PIMS étaient associés à une myocardite pour 206 cas (70%). Parmi les 58 patients sans lien établi avec la COVID-19, une myocardite n'a été retrouvée que pour 5 d'entre eux.

- Un séjour en réanimation a été nécessaire pour 166 enfants (47%) et en unité de soins critiques pour 71 (20%). Les autres enfants ont été hospitalisés en service de pédiatrie. Un enfant âgé de 9 ans est décédé dans un tableau d'inflammation systémique avec myocardite.

- La distribution des cas par région est présentée dans le Tableau 6. Les régions ayant signalé le plus grand nombre de cas sont l'Île-de-France (145 cas, 41%), Auvergne-Rhône-Alpes (53 cas, 15%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (43 cas, 12%), Grand Est (20 cas, 6%). Les autres régions ont rapporté moins de 20 cas.

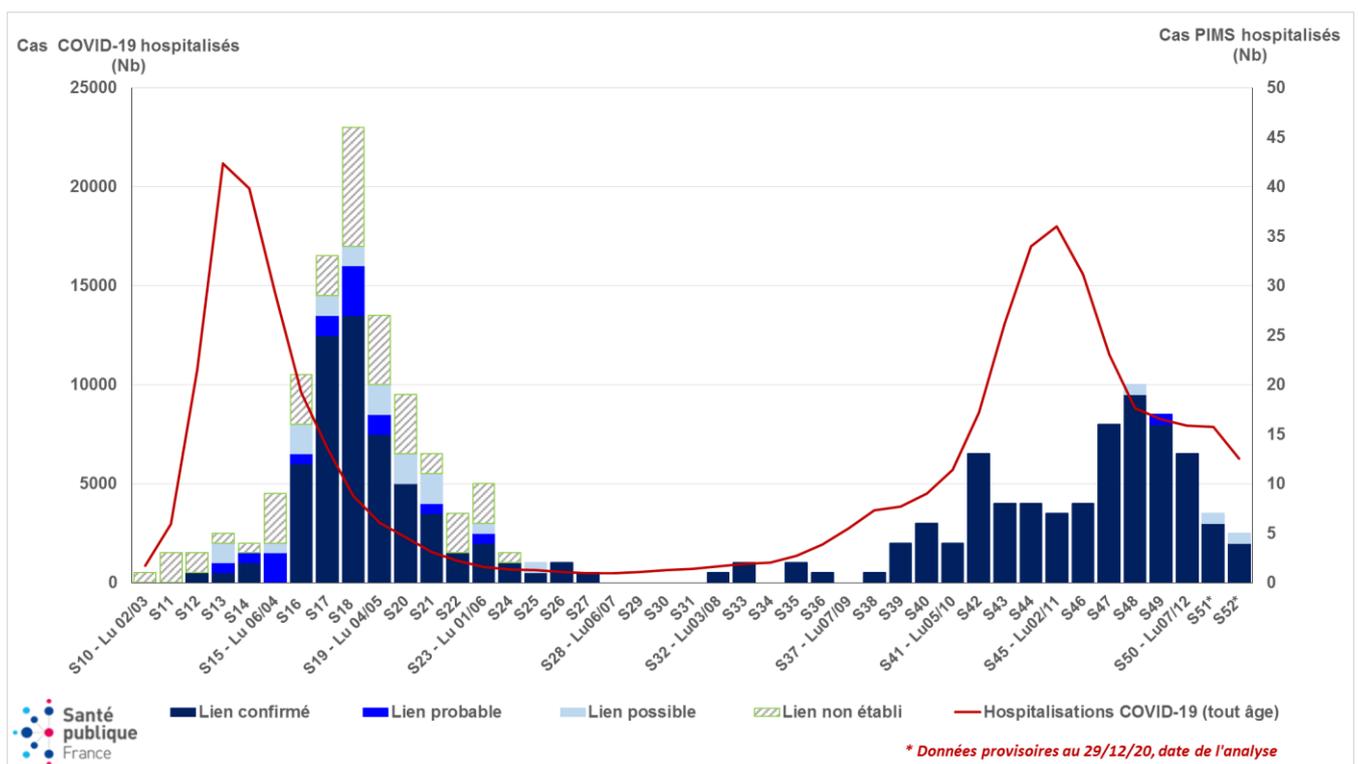
- Un délai moyen de survenue des PIMS de 4 à 5 semaines après l'infection par le SARS-CoV-2 avait été observé lors de la première vague de l'épidémie. Après un pic observé en semaine 18 (semaine d'hospitalisation), le nombre de cas signalés a diminué de manière importante au cours de l'été, avant une nouvelle augmentation depuis la semaine 39, fin septembre : 136 cas ont été rapportés entre le 21 septembre et le 27 décembre 2020, tous confirmés à l'exception d'un cas probable, et de trois cas possibles ou en cours d'investigation (Figure 32).

- Au total, les données recueillies confirment l'existence d'un syndrome inflammatoire pluri-systémique rare chez l'enfant avec fréquente atteinte cardiaque, lié à l'épidémie de COVID-19, également observé dans d'autres pays. En France, l'incidence des PIMS en lien avec la COVID-19 (294 cas) a été estimée à **20,2 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans** (soit : 14 511 544 habitants, données Insee 2019).

Tableau 6. Distribution du nombre de cas de PIMS par région en fonction de leur lien avec le SARS-CoV2, du 02 mars au 27 décembre 2020, France (données au 29 décembre 2020)

Nombre de cas de PIMS selon le lien avec le SARS-CoV2					
Régions métropolitaines	Lien confirmé	Lien probable	Lien possible	Lien non établi	Total
Auvergne-Rhône-Alpes	37	3	2	11	53
Bourgogne-Franche-Comté	4	1	0	2	7
Bretagne	0	0	1	1	2
Centre-Val de Loire	3	0	2	0	5
Corse	0	0	0	0	0
Grand Est	13	2	2	3	20
Hauts-de-France	3	0	2	0	5
Île-de-France	113	8	7	17	145
Normandie	3	1	2	5	11
Nouvelle-Aquitaine	11	1	0	4	16
Occitanie	7	0	0	1	8
Pays de la Loire	9	1	1	6	17
Provence-Alpes-Côte d'Azur	32	1	4	6	43
Régions ultramarines					
Guadeloupe	4	0	1	2	7
Guyane	1	0	0	0	1
Martinique	0	0	0	0	0
La Réunion	1	0	0	0	1
Mayotte	11	0	0	0	11
Total	252	18	24	58	352

Figure 32. Distribution hebdomadaire des hospitalisations pour PIMS, en fonction du lien avec la COVID-19 et des hospitalisations COVID-19 tous âges, France, du 02 mars au 27 décembre 2020 (données au 29 décembre 2020)

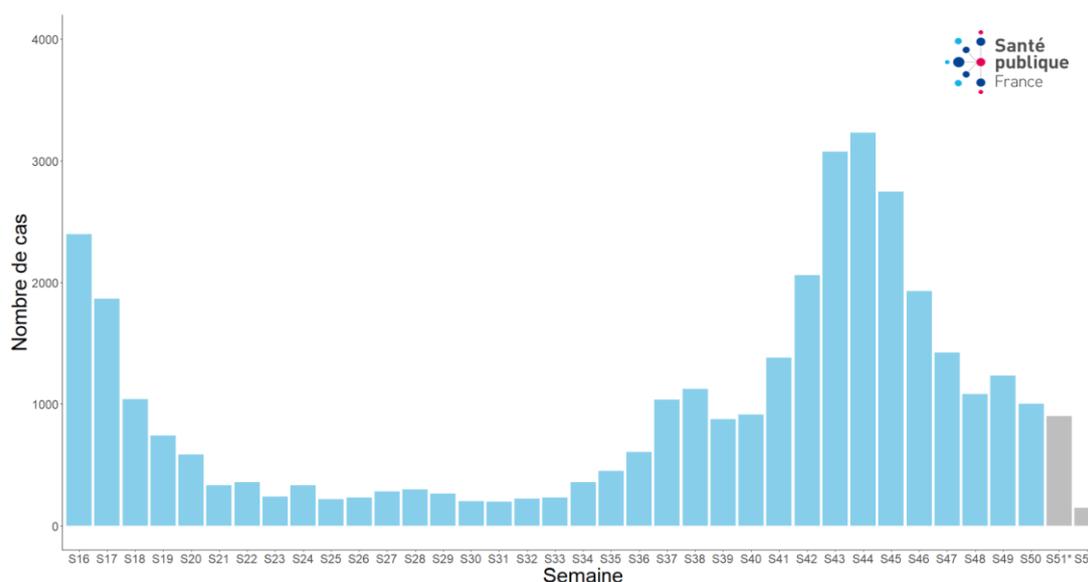


SURVEILLANCE DES PROFESSIONNELS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Mise en place le 22 avril 2020, cette surveillance a pour objectif de recenser les professionnels salariés d'un établissement de santé (PES) d'hospitalisation, public ou privé, ayant été infectés par le SARS-CoV-2 depuis le 1^{er} mars 2020. Ces données sont déclarées chaque semaine par un référent de chaque établissement, et susceptibles d'être corrigées à posteriori au cours de la période de surveillance.

- Depuis le dernier bilan publié mi-décembre 2020, 2 460 cas supplémentaires ont été déclarés, portant à **59 724** le nombre de PES infectés pour la période du 1^{er} mars au 28 décembre 2020. La répartition actualisée du nombre hebdomadaire de cas déclarés (Figure 33) montre, après un pic de la deuxième vague atteint en semaine 44, une diminution jusqu'à la semaine 48, puis une stagnation entre les semaines 48 et 50. Les données des semaines 51 et 52 ne sont pas consolidées.
- Aucun décès supplémentaire lié à la COVID-19 n'a été déclaré depuis le dernier bilan de mi-décembre 2020. Au total, 18 décès liés à l'infection à SARS-CoV-2 ont été enregistrés depuis le 1^{er} mars 2020, survenus chez 5 médecins, 5 aides-soignants, 2 professionnels de santé classés « autres » et 6 professionnels non soignants. Parmi les décès déclarés, aucun n'est survenu depuis juin.
- Pour les deux dernières semaines de surveillance (S51 et S52), la proportion de PES déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des PES de la région varie de 0,1% à 1,5% (Figure 34). Les régions avec les plus fortes proportions de professionnels infectés (Grand Est et Bourgogne-France-Comté) sont par ailleurs fortement impactées par l'épidémie.

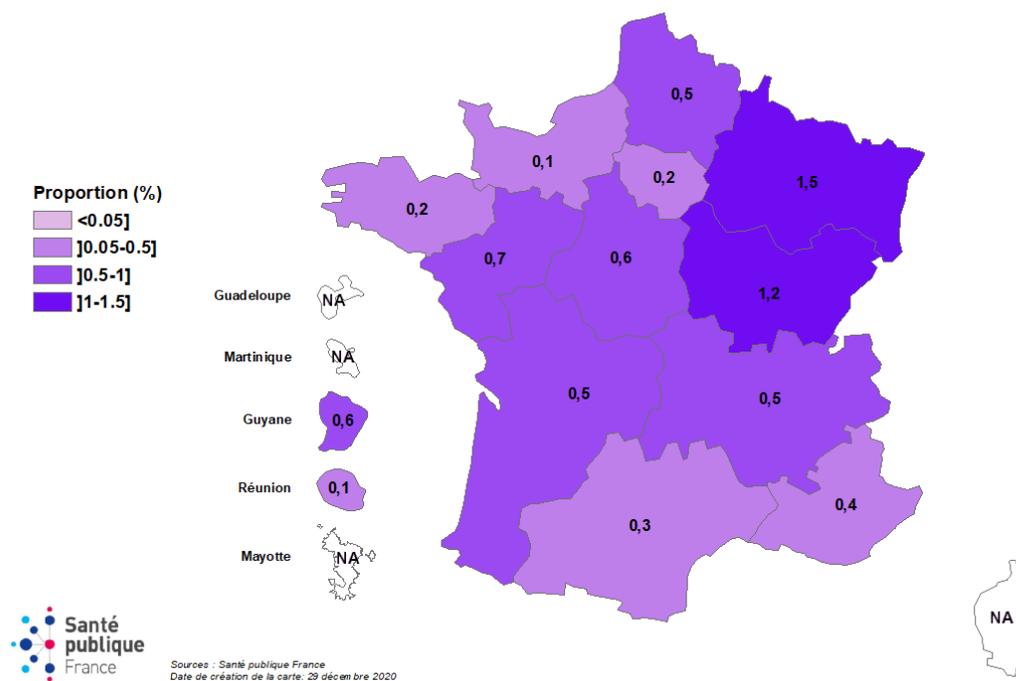
Figure 33. Nombre de professionnels COVID-19 déclarés dans les établissements de santé, par semaine, depuis le 13 avril 2020, France (N=35 551, données au 28 décembre 2020)



* Semaines 51 et 52 : données non consolidées.

Note. Les cas antérieurs au 13 avril 2020 (N=24 173) ont été signalés à Santé publique France de manière rétrospective et agrégée sans précision sur leur semaine de signalement.

Figure 34. Proportion de PES déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des PES du 14 au 28 décembre 2020 par région, France* (données au 28 décembre 2020)



NA : non applicable, aucun établissement n'a participé pour cette période.

*Source de données pour le nombre total de professionnels par catégorie professionnelle par région : SAE, données 2018

<https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

NB : Les cas survenus parmi la catégorie professionnelle « élèves » n'ont pas été pris en compte dans cette analyse, en l'absence de dénominateur connu.

SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

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

- Entre le 1^{er} mars et le 29 décembre 2020, **64 078 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **44 298** décès étaient survenus au cours d'une hospitalisation et **19 780** décès parmi des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements médico-sociaux (EMS) (données au 27 décembre).

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

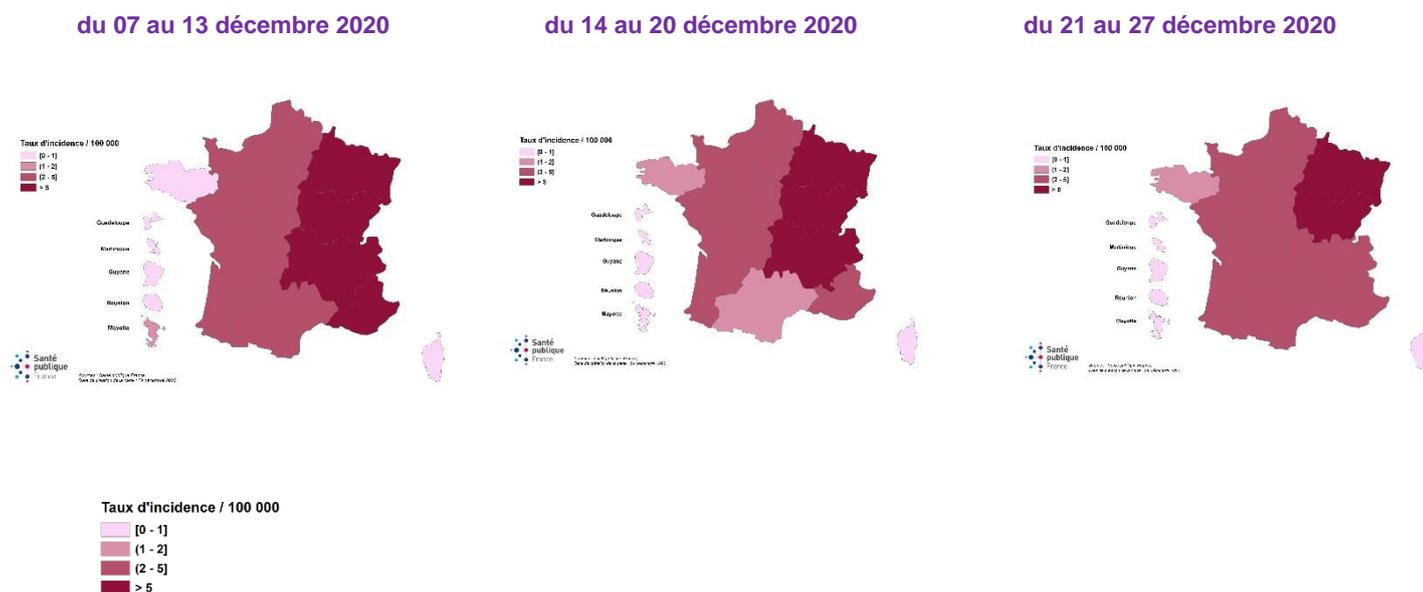
- Au niveau national, après consolidation des données, **le nombre hebdomadaire de décès avait diminué en semaine 51**, avec 2 421 décès vs 2 878 en S50 (-16%, données consolidées). En semaine 52, **2 170 décès ont été recensés**, mais les données n'étant pas consolidées, cette tendance ne peut pas encore être interprétée. En S51, étaient constatées une diminution pour les décès survenus en ESMS (-32%), ainsi qu'une légère diminution pour les décès survenus en hospitalisation (-8,7%). En S52, les décès survenus à l'hôpital ont stagné (-1,8%, données consolidées). L'évolution des décès en ESMS entre les semaines 51 et 52 ne peut pas être interprétée, car les données ne sont pas encore consolidées.

- Le taux hebdomadaire de décès** à l'échelle nationale était de **3,24 pour 100 000 habitants** en S52 (vs 3,61 en S51 et 4,29 en S50 – données consolidées pour S50 et S51).

- En semaine 52**, les **plus forts taux de décès** de patients COVID-19 **par région** rapportés à la population étaient observés en Bourgogne-Franche-Comté (7,6/100 000 habitants), Grand Est (5,8) et Hauts-de-France (4,3) (Figure 35).

- Entre les semaines 50 et 51 (données consolidées), le taux de décès diminuait ou restait stable dans toutes les régions métropolitaines, sauf en Bretagne où il augmentait de 67%. Malgré des données encore non consolidées pour la S52, il est d'ores et déjà possible de rapporter que, entre les semaines 51 et 52, le taux de décès a augmenté dans les régions métropolitaines suivantes : Hauts-de-France (+10,7% au minimum), Nouvelle-Aquitaine (+17,7% au minimum) et Occitanie (+14,7% au minimum).

Figure 35. Taux hebdomadaires de décès dus à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 07 au 27 décembre (S50 à S52), par région, France



Semaine 52 : 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, 26 788 certificats contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 7).

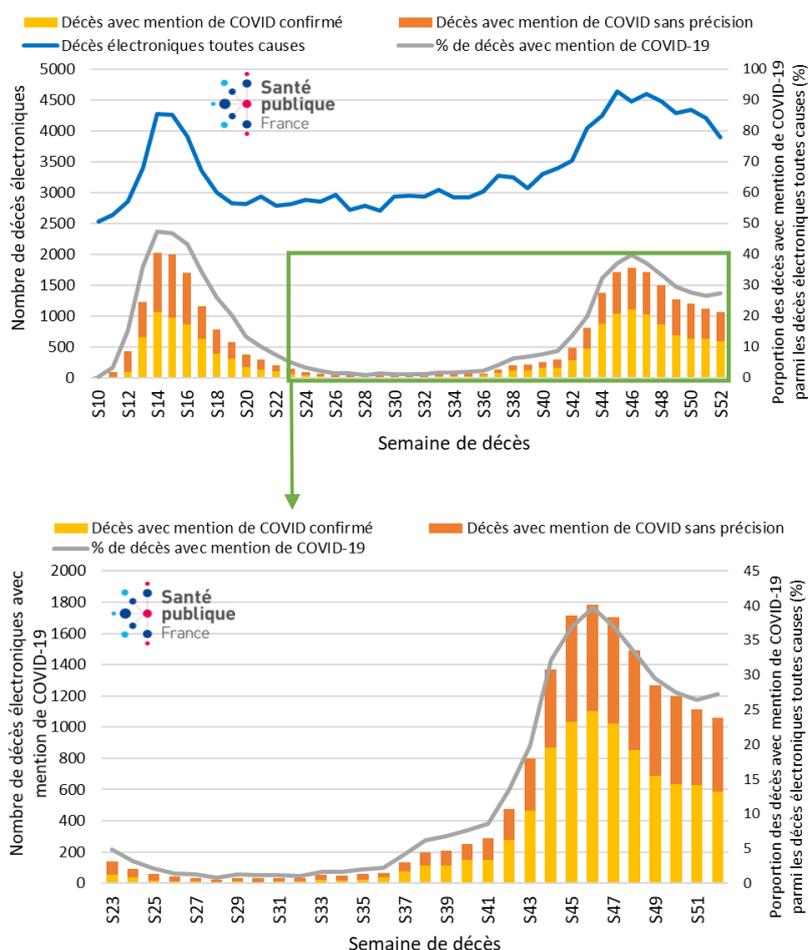
- L'âge médian au décès était de 85 ans et 92% avaient 65 ans et plus.
- Les hommes représentaient 55% de ces décès.
- Des comorbidités étaient renseignées pour 17 403 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention de pathologie cardiaque était indiquée pour 35% de ces décès et une mention d'hypertension artérielle pour 22%.

- 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 52 (du 21 au 27 décembre 2020), 1 060 décès contenaient une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 27,2% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 36). **Ce nombre de décès est en légère diminution par rapport à la semaine précédente** (-54 décès, soit -5%, par rapport à la S51).

- Parmi les 1 060 personnes décédées sur la semaine écoulée avec une mention de COVID-19 dans le certificat, 837 (79%) étaient âgées de 75 ans et plus, 142 (13%) étaient âgées de 65 à 74 ans et 74 (7%) étaient âgées de 45 à 64 ans. On note le décès de 7 personnes âgées de 15 à 44 ans.

Figure 36. 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 27 décembre 2020, France (données au 29 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 28 décembre 2020, France (données au 29 décembre 2020)

Sexe	n	%
Hommes	14 610	55
Femmes	12 177	45

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité ou non renseigné ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	3	100	3	0
15-44 ans	57	34	112	66	169	1
45-64 ans	542	29	1 345	71	1 887	7
65-74 ans	1 175	30	2 695	70	3 870	14
75 ans ou plus	7 611	36	13 248	64	20 859	78
Tous âges	9 385	35	17 403	65	26 788	100

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	6 031	35
Hypertension artérielle	3 899	22
Diabète	2 809	16
Pathologie respiratoire	2 274	13
Pathologie rénale	2 206	13
Pathologies neurologiques *	1 492	9
Obésité	981	6
Immunodéficience	406	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 S40** (du 28 septembre au 04 octobre) jusqu'en S51 (du 14 au 20 décembre), avec une hausse jusqu'en S45 (du 02 au 08 novembre), puis une diminution amorcée à partir de la S47 (du 16 au 22 novembre) (Figure 37). On note toutefois une stabilisation des effectifs sur les semaines 49 et 50 (du 30 novembre au 13 décembre).

L'excès de mortalité, au niveau national, était compris entre +6% et +8% sur les semaines 40 à 42, de +21% sur la S43, +26% en S44, +33% en S45, +31% en S46, +25% en S47, +21% en S48, +20% en S49 et **+18% en semaine 50**. 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 51 sera précisée la semaine prochaine.

● **Au niveau régional** (Figure 38), 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 S46 s'est poursuivie jusqu'en S51 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 augmenté à nouveau entre les semaines 49 et 51 en Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Hauts-de-France et Centre-Val de Loire.

● Les effectifs de décès en S51 en Auvergne-Rhône-Alpes restent 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. Un excès très élevé est également noté en S48 en Bourgogne-Franche-Comté et en S49 dans le Grand Est.

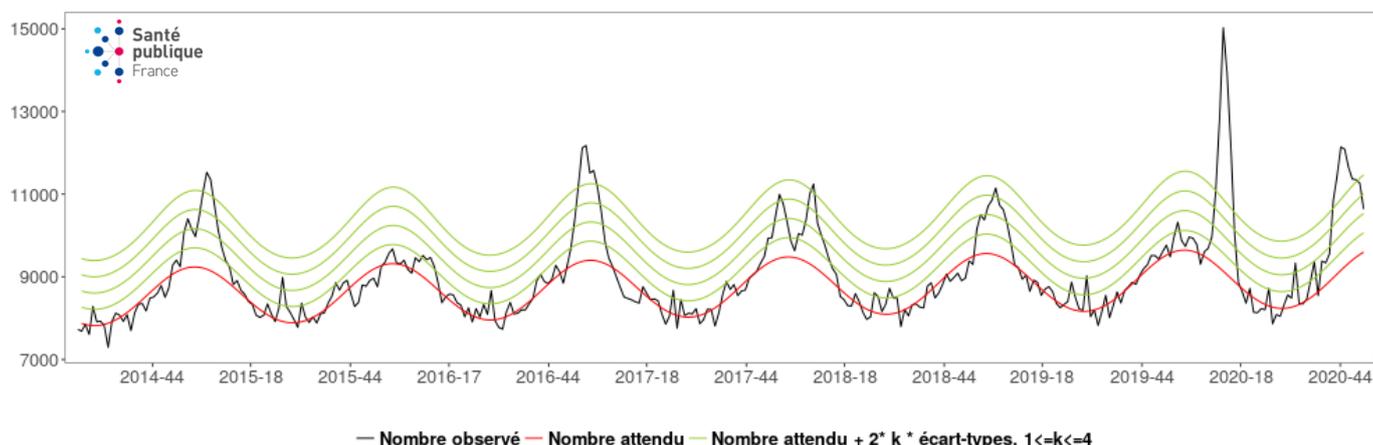
● Au total, le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu en S41 dans 2 régions, en S42 dans 4 régions, en S43 dans 8 régions, en S44 et S45 dans 10 régions, en S46 dans 12 régions, en S47 dans 11 régions, en S48 et S49 dans 9 régions, en S50 dans 10 régions et **en S51 dans 6 régions** : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

● **À l'échelon départemental**, 33 départements présentaient un excès de mortalité par rapport à la mortalité attendue en S43, 31 départements en S44, 48 départements en S45, 47 départements en S46, 38 départements en semaines 47 à 49, 30 départements en S50 et **23 départements en S51** (Figure 39).

● 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 et du long week-end de Noël, les données des dernières semaines sont encore incomplètes, en particulier sur les semaines 50 et 51, 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 37. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 17-2014 à la semaine 51-2020, France



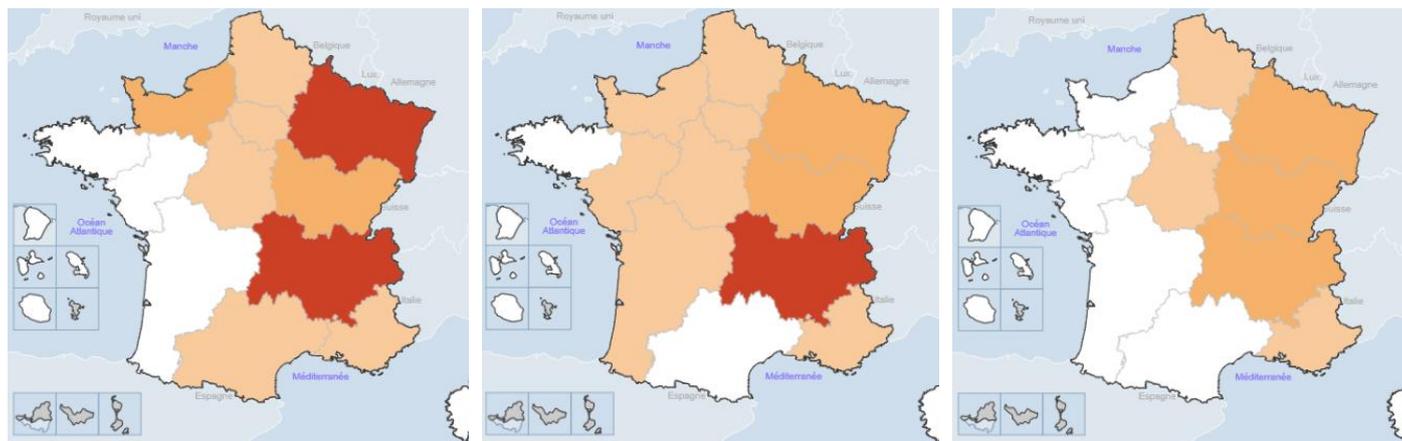
Sources : Santé publique France – Insee

Figure 38. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 49, 50 et 51 de 2020, par région, France (données au 29 décembre 2020)

du 30 novembre au 06 décembre 2020

du 07 au 13 décembre 2020

du 14 au 20 décembre 2020



Pas d'excès : indicateur standardisé de décès (Z-score) <2
 Excès modéré de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 2 et 4,99
 Excès élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 5 et 6,99
 Excès très élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 7 et 11,99
 Excès exceptionnel de décès indicateur standardisé de décès (Z-score) supérieur à 12

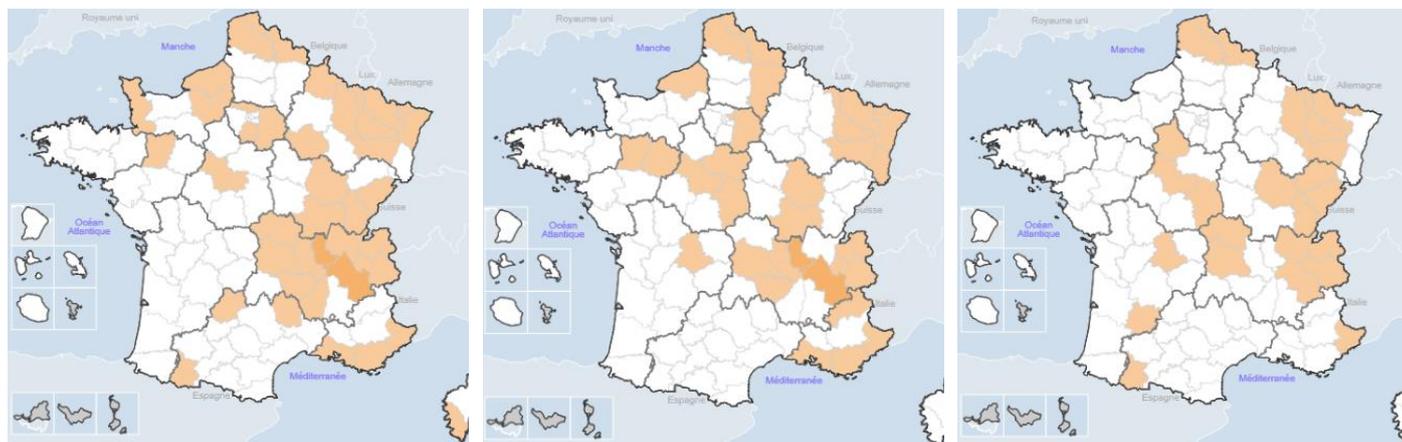
Sources : Santé publique France - Insee

Figure 39. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 49, 50 et 51 de 2020, par département, France (données au 29 décembre 2020)

du 30 novembre au 06 décembre 2020

du 07 au 13 décembre 2020

du 14 au 20 décembre 2020



Pas d'excès : indicateur standardisé de décès (Z-score) <2
 Excès modéré de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 2 et 4,99
 Excès élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 5 et 6,99
 Excès très élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 7 et 11,99
 Excès exceptionnel de décès indicateur standardisé de décès (Z-score) supérieur à 12

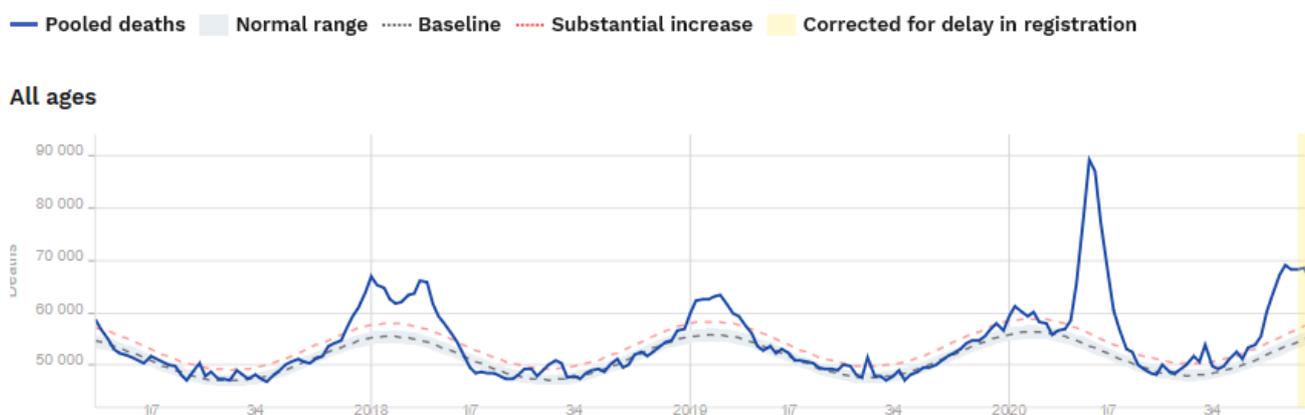
Sources : Santé publique France - Insee

► 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, qui s'est accrue à partir de la S43 jusqu'en S46 (Figure 40). Le nombre de décès s'est stabilisé jusqu'en S49, avant d'aborder une diminution en S50, qui poursuit en S51. Le niveau atteint au pic en S46 reste inférieur à celui observé lors de la première vague de l'épidémie. Les effectifs de décès restent significativement supérieurs à ceux attendus en S51.

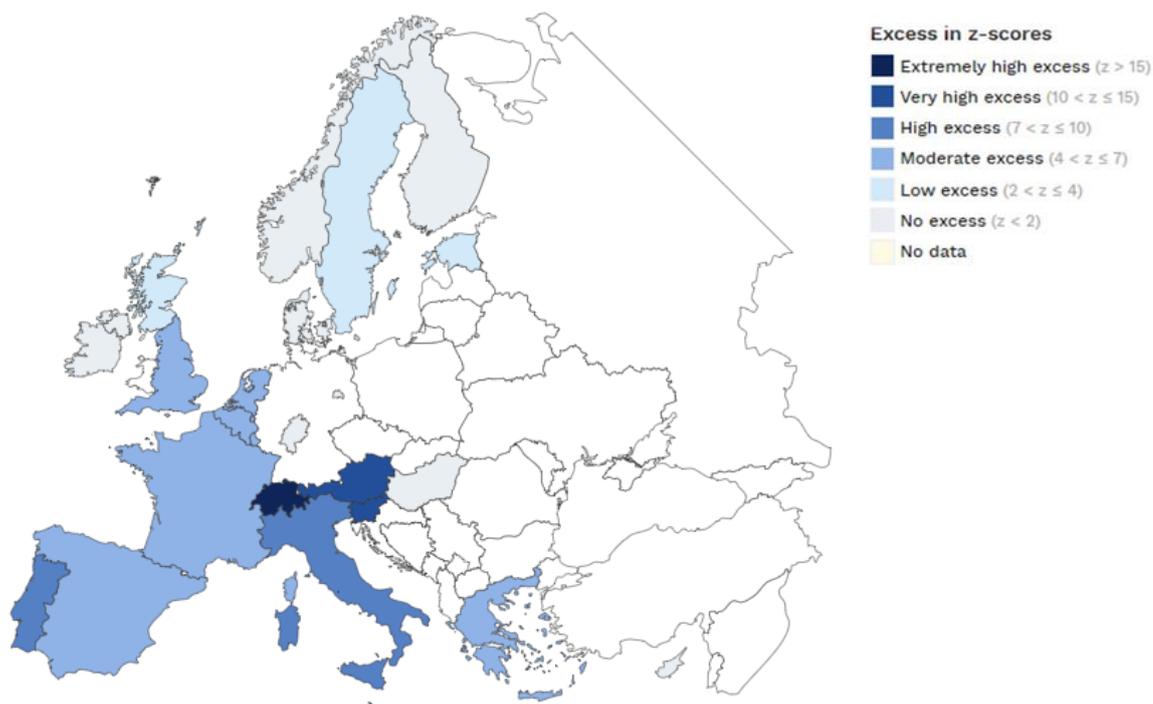
Un excès de mortalité était observé dans seize pays/régions en S47, dans dix-sept pays/régions en S48 et S49, et dans quinze pays en S50 (Angleterre, Ecosse, Estonie, Suède, Pays-Bas, Belgique, Luxembourg, France, Italie, Grèce, Autriche, Suisse, Slovénie, Portugal et Espagne) (Figure 41).

Figure 40 . Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 26 pays/régions européens, de la semaine 03-2017 à la semaine 51-2020 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 23 décembre 2020)



Source : EuroMOMO

Figure 41. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 50-2020 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 23 décembre 2020)



Source : EuroMOMO

ESTIMATION DE LA SÉROPRÉVALENCE DES INFECTIONS À SARS-CoV-2

Afin de suivre la dynamique de l'épidémie d'infections à SARS-CoV-2 en population, Santé publique France a mis en place, en collaboration avec le Centre national de référence (CNR) des virus des infections respiratoires (dont la grippe) de l'Institut Pasteur, une série d'enquêtes de séroprévalence répétées en population générale. Il s'agit, à différents temps de l'épidémie, d'estimer, par sexe, âge et région de résidence, la proportion de la population ayant été infectée par SARS-CoV-2 et ayant développé des anticorps. Ces enquêtes utilisent des échantillons aléatoires de sérums anonymisés issus des sérothèques (fonds de tubes) des principaux laboratoires centralisateurs français, Cerba et Eurofins Biomnis (pour la Corse et les départements et régions d'outre-mer l'ensemble des tubes disponibles ont été utilisés. Le département de Mayotte est exclu des analyses en raison d'un nombre insuffisant de prélèvements). Les estimations ont été extrapolées à la population générale après redressement sur la répartition de la population de France métropolitaine par région de résidence, âge et sexe (données Insee, 1^{er} janvier 2020), permettant ainsi la comparaison entre régions et dans le temps.

Méthodologie de définition du statut d'infection par le SARS-CoV-2

La part de la population ayant été infectée par le SARS-CoV-2 a été estimée sur la base de la combinaison de l'ensemble des sérums positifs pour au moins un des deux LuLISA (*Luciferase-Linked ImmunoSorbent Assay*), tests haut débit de type ELISA développés par l'Institut Pasteur, qui détectent les anticorps immunoglobulines (Ig) G ciblant les protéines N et S du virus. Dans un contexte de faibles niveaux de prévalence attendus et du fait de la combinaison des résultats des tests utilisés, les seuils de séropositivité ont été choisis pour correspondre à des valeurs maximales de spécificité. Les estimations sont ajustées sur les performances des tests sérologiques¹.

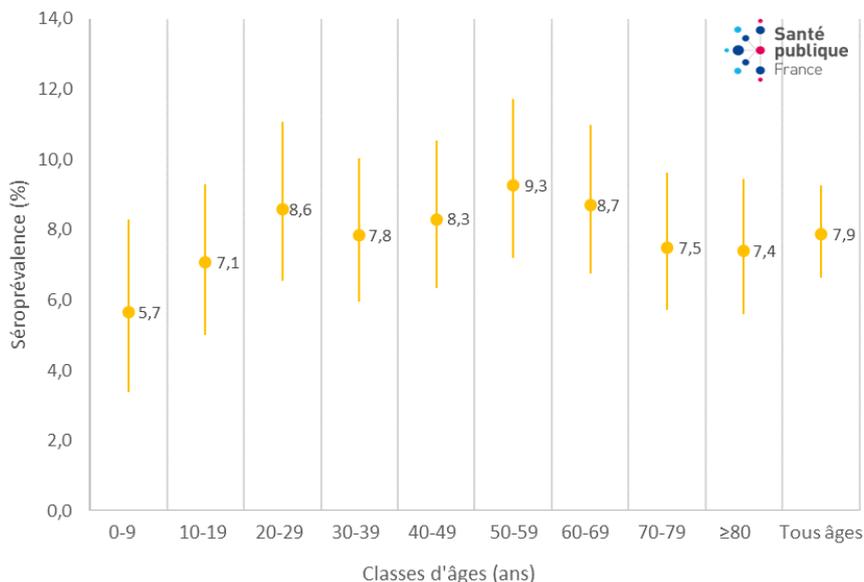
[1] Rogan WJ, Gladen B. Estimating prevalence from the results of a screening test. *Am J Epidemiol.* 1978;107(1):71-6.

Nous présentons l'estimation de la prévalence des infections par le SARS-CoV-2 en France pour la semaine 41 (du 05 au 11 octobre 2020), avant le couvre-feu généralisé et le 2^e confinement national.

- Sur 3 361 prélèvements de sérums analysés, la proportion de personnes séropositives pour le SARS-CoV-2 en semaine 41 est estimée à 7,9% [intervalle d'incertitude à 95% : 6,6-9,3%], soit 5 256 000 personnes séropositives [4 428 000-6 191 000].
- Trois enquêtes précédentes réalisées en semaines 11 (09-15 mars), 15 (06-12 avril) et 20 (11-17 mai) avaient mis en évidence une augmentation de la séroprévalence nationale de 0,3 à 4,9% au cours de la première vague épidémique.
- En semaine 41, la prévalence était statistiquement comparable chez les hommes et les femmes (8,1% et 7,6%, respectivement).
- Depuis la fin de la première vague en semaine 20, la séroprévalence a progressé dans toutes les tranches d'âge. Les 50-59 ans restaient les plus touchés (9,3%) en S41, avec une séroprévalence variant de 7,1% à 8,7% dans les autres tranches d'âge de plus de 10 ans (Figure 42). Chez les enfants de moins de 10 ans, la séroprévalence a progressé de façon moins importante pour atteindre 5,7%.
- En France métropolitaine, en S41, les régions Île-de-France et Grand Est ont connu les progressions les plus importantes, et elles demeuraient les plus touchées avec des séroprévalences s'élevant respectivement à 14,8% et 11,6%, suivies de la Bourgogne-Franche-Comté (9,3%). Dans les autres régions métropolitaines, cette proportion variait de 3,4% à 7,3% (Figure 43). Dans les départements et régions d'outre-mer, la situation était contrastée, avec des niveaux de séroprévalence élevés en Guyane (18,1%) et Guadeloupe (10,2%), mais plus faibles en Martinique (4,8%) et à La Réunion (5,7%).
- Du fait d'un possible déclin des anticorps au cours du temps et d'une réponse immunitaire trop faible pour être détectée en cas d'infection sans symptômes, il est possible que ces estimations de la séroprévalence soient un peu plus basses que la prévalence réelle des infections par le SARS-CoV-2 dans la population française.

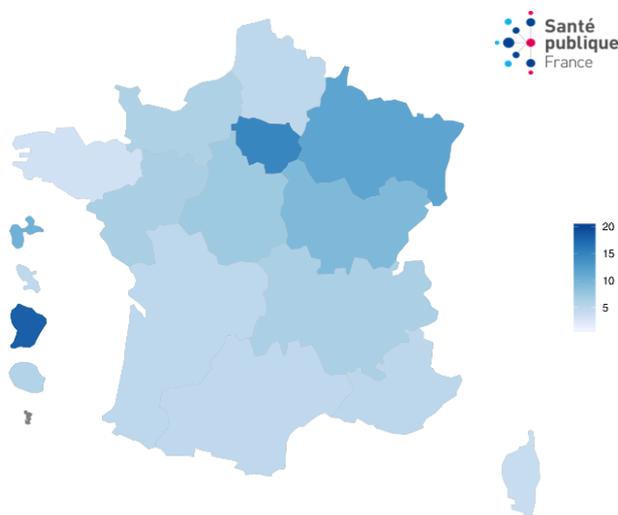
- Ces niveaux de prévalence confirment qu'une large part de la population n'était pas encore entrée en contact avec le SARS-CoV-2 avant la seconde vague épidémique de la fin 2020. Une prochaine enquête sera réalisée en début d'année 2021 afin de mesurer les effets du pic de transmission de la deuxième vague et du brassage de population pendant la période des fêtes de fin d'année 2020.

Figure 42. Estimations de séroprévalence des infections à SARS-CoV-2 par âge en semaine 41 (05-11 octobre 2020), France*



* Le département de Mayotte est exclu des analyses en raison d'un nombre de prélèvements insuffisant.

Figure 43. Estimations de séroprévalence (en %) des infections à SARS-CoV-2 par région, semaine 41 (05-11 octobre 2020), France*



* Le département de Mayotte est exclu des analyses en raison d'un nombre de prélèvements insuffisant.

PRÉVENTION

► Adoption des mesures de prévention et santé mentale

Les données proviennent de l'**Enquête Santé publique France CoviPrev**, [enquêtes Internet](#) répétées auprès d'échantillons indépendants non probabilistes de 2 000 personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine (Access panel), de mars à décembre 2020. La vague 19 (14-16 décembre 2020) de l'enquête CoviPrev a été réalisée au moment du deuxième déconfinement.

En vague 19 (14-16 décembre 2020), l'enquête CoviPrev a montré :

- une baisse de l'**adoption systématique de toutes les mesures en lien avec la limitation de l'interaction sociale**. L'adoption systématique du masque en public est restée élevée (85%) et stable depuis le début du deuxième confinement ;
- une **baisse des intentions de se faire vacciner** contre la COVID-19 dans toutes les tranches d'âge, le groupe d'âge de 65 ans et plus exprime la plus forte intention de se faire vacciner ;
- un nombre moyen présumé d'invités lors des fêtes inférieur à celui recommandé de 6 adultes ;
- un maintien à des **niveaux élevés des états dépressifs, des états anxieux et des troubles du sommeil**.

Tous les résultats ont été publiés dans le [point épidémiologique du 24 décembre 2020](#).

Retrouvez tous les **outils de prévention** destinés aux professionnels de santé et au grand public sur le site de [Santé publique France](#).

Des informations sur la **vaccination** contre la COVID-19 sont également disponibles et mises à jour régulièrement dans les volets [Professionnels](#) et [Grand public](#) du site Vaccination Info Service.fr

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

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

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

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



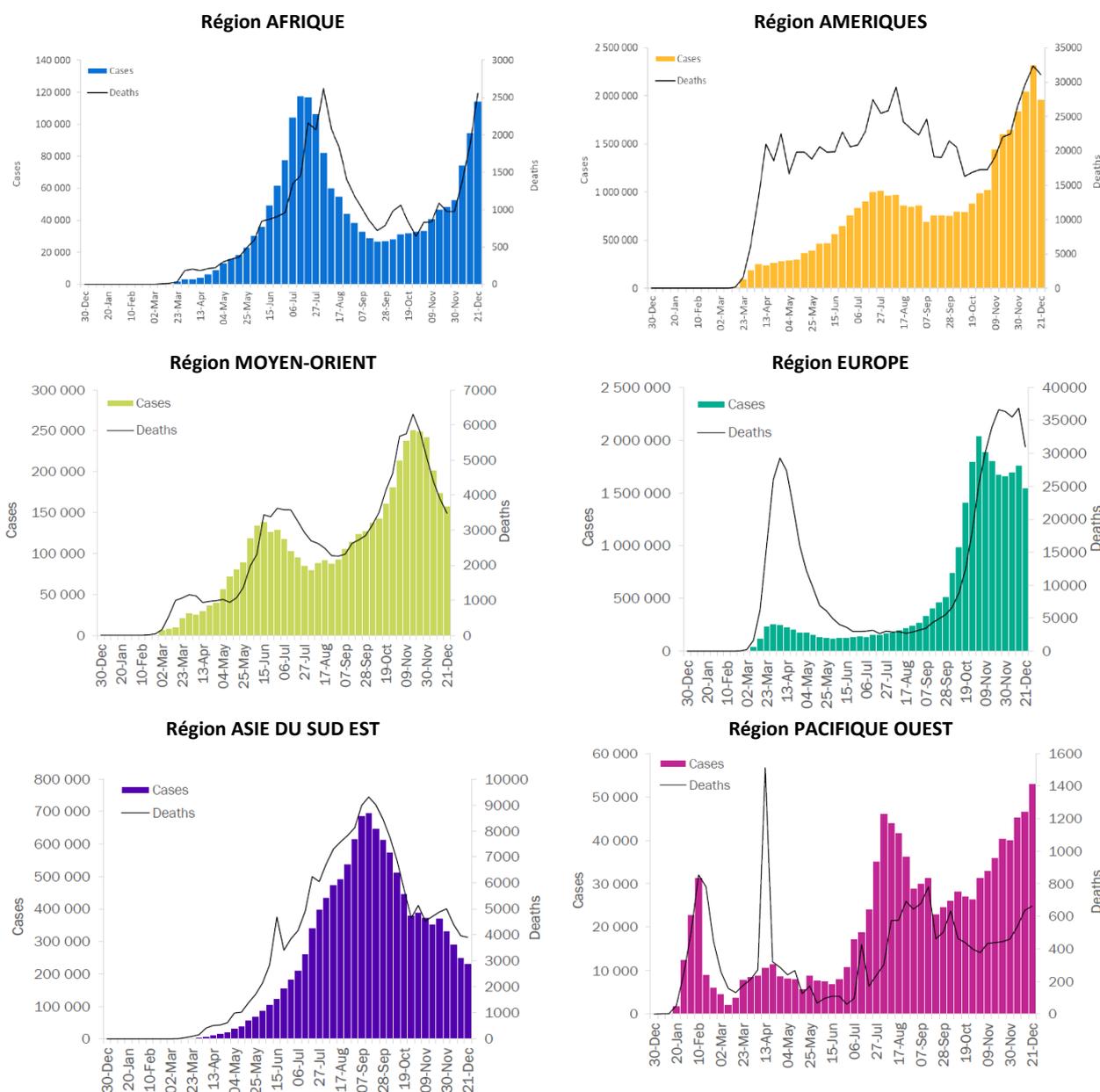
Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)

SITUATION INTERNATIONALE

● Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **80 453 105 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés **dans le monde - dont 1 775 776 décès** - au 30 décembre 2020. Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans la zone **Amériques** et en **Europe**, à l'origine respectivement de 48% et 37% des cas de COVID-19 rapportés, et de 42% des décès par COVID-19 en semaine 52.

Comparativement à la semaine 51, toutes les régions OMS observent une baisse du nombre de cas et de décès en semaine 52, sauf l'Afrique et le Pacifique Ouest : +20% de cas et +37% de décès en Afrique ; +13% de cas et +4% de décès dans le Pacifique Ouest (Figure 44). Les pays qui décrivent le plus grand nombre de cas sur les 7 derniers jours (du 23 au 29 décembre) sont : les États-Unis (+1 252 518 nouveaux cas), le Royaume-Uni (+256 219), le Brésil (+241 214), la Russie (+198 534), l'Inde (+145 786) et l'Allemagne (+134 546), suivis de la Turquie, l'Italie, la Colombie, la France, l'Afrique du Sud et les Pays-Bas.

Figure 44. Nombre de cas et de décès COVID-19, par semaine, dans les région OMS (données au 29 décembre 2020)



Source : OMS

● Dans la région des **Amériques**, le nombre de nouveaux cas hebdomadaires a dépassé 1 965 000 et on compte 31 142 nouveaux décès, ce qui représente respectivement une diminution de 15% et 3% par rapport à la semaine précédente. Le nombre le plus élevé de nouveaux cas et de décès a été signalé aux États-Unis d'Amérique (1 334 155 nouveaux cas, soit 4 031 nouveaux cas/million d'habitants), au Brésil (285 582 nouveaux cas, soit 1 344 nouveaux cas/million hab.) et en Colombie (92 635 nouveaux cas, soit 1 821 nouveaux cas/million hab.). Les plus grands nombres de nouveaux décès ont été signalés aux États-Unis d'Amérique (16 864 nouveaux décès, soit 51 nouveaux décès/million hab.), au Brésil (2 838 nouveaux décès, soit 23 nouveaux décès/million hab.) et au Mexique (4 588 nouveaux décès, soit 36 nouveaux décès/million hab.). Les États-Unis représentaient 68% de tous les nouveaux cas et 54% des décès dans la région des Amériques.

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 et l'épidémie reste en phase ascendante au Japon et en Corée du Sud. Les nombres de nouveaux cas les plus élevés ont été signalés en Inde (156 627 nouveaux cas, soit 113 nouveaux cas/million hab.), en Indonésie (48 889 nouveaux cas, soit 179 nouveaux cas/million hab.), au Japon (21 432 nouveaux cas, soit 169 nouveaux cas/million hab.), en Malaisie (11 931 nouveaux cas, soit 369 nouveaux cas/million hab.) et aux Philippines (10 961 nouveaux cas, soit 100 nouveaux cas/million hab.). Les pays ayant signalé le plus grand nombre de nouveaux décès au cours de la semaine écoulée étaient l'Inde, l'Indonésie, le Japon, les Philippines et la République de Corée. En Asie du Sud-Est, près de 232 000 nouveaux cas ont été signalés la semaine dernière, soit une baisse de 6% par rapport à la semaine précédente ; les nouveaux décès étaient légèrement en baisse (-1%).

Pour plus de détails sur l'Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).

● 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, mais le taux d'occupation des lits de réanimation reste élevé.

Pour plus de détails sur l'Océanie, [cliquez ici](#).

● Au **Moyen-Orient**, plus de 157 000 nouveaux cas et plus de 3 400 nouveaux décès ont été notifiés, soit une diminution de 9% et 10% respectivement par rapport à la semaine 51. Les cas et les décès dans cette région ont diminué pour la cinquième semaine consécutive. Le plus grand nombre de nouveaux cas a été signalé en République islamique d'Iran (42 891 nouveaux cas, soit 511 nouveaux cas/million hab.) et au Pakistan (14 809 nouveaux cas, soit 67 nouveaux cas/million hab.). Ces deux pays représentaient le plus grand nombre de nouveaux cas au cours des deux semaines précédentes. Le plus grand nombre de nouveaux décès a été signalé en République islamique d'Iran (1 126 nouveaux décès, soit 13 nouveaux décès/million hab.) et au Pakistan (566 nouveaux décès, soit 3 nouveaux décès/million hab.).

Pour plus de détails sur le Moyen-Orient, [cliquez ici](#).

● En **Afrique**, en semaine 52, plus de 114 000 nouveaux cas ont été signalés, soit +20% par rapport à la semaine précédente, et plus de 2 500 décès (+37% par rapport à la semaine précédente). L'Afrique du Sud continue de représenter la plus grande proportion (72%) des nouveaux cas hebdomadaires dans la région. Au cours de la semaine écoulée, le plus grand nombre de nouveaux cas a été signalé en Afrique du Sud (82 434 nouveaux cas, soit 1 390 nouveaux cas/million hab.), au Maroc (15 336 nouveaux cas, soit 415 nouveaux cas/million hab.), au Nigeria (5 643 nouveaux cas, soit 27 nouveaux cas/million hab.), en Algérie (3 076 nouveaux cas, soit 70 nouveaux cas/million hab.) et en Namibie (2 961 nouveaux cas, soit 1 165 nouveaux cas/million hab.). Les nombres les plus élevés de nouveaux décès ont été signalés en Afrique du Sud (1 982 nouveaux décès, soit 33 nouveaux décès/million hab.), en Tunisie (300 nouveaux décès, soit 25 nouveaux décès/million hab.), en République démocratique du Congo (197 nouveaux décès, soit 2 nouveaux décès/million hab.) et en Algérie (63 nouveaux décès, soit 1 nouveau décès/million hab.).

Pour plus de détails sur l'Afrique, [cliquez ici](#).

● En **Europe** de nombreux pays de l'UE/EEA ont commencé à observer une stabilisation ou des baisses des taux de notification des cas, qui restent cependant généralement élevés.

Au 27 décembre (fin de la semaine 52), un total de **17 348 389 cas** et **427 798 décès** ont été rapportés dans les pays de l'UE/EEA et le Royaume-Uni. **Les pays rapportant le plus grand nombre de cas au total pour cette fin d'année 2020 sont** la France (2 562 646 cas), le Royaume-Uni (2 329 730), l'Italie (2 047 696), l'Espagne (1 879 413), l'Allemagne (1 651 834) et la Pologne (1 261 010), suivis d'autres pays mais avec un nombre total de cas inférieur à 1 million (Pays-Bas, République tchèque, Belgique, Roumanie, Suède, Portugal, Autriche, Hongrie et Croatie). Les autres pays rapportaient moins de 200 000 cas.

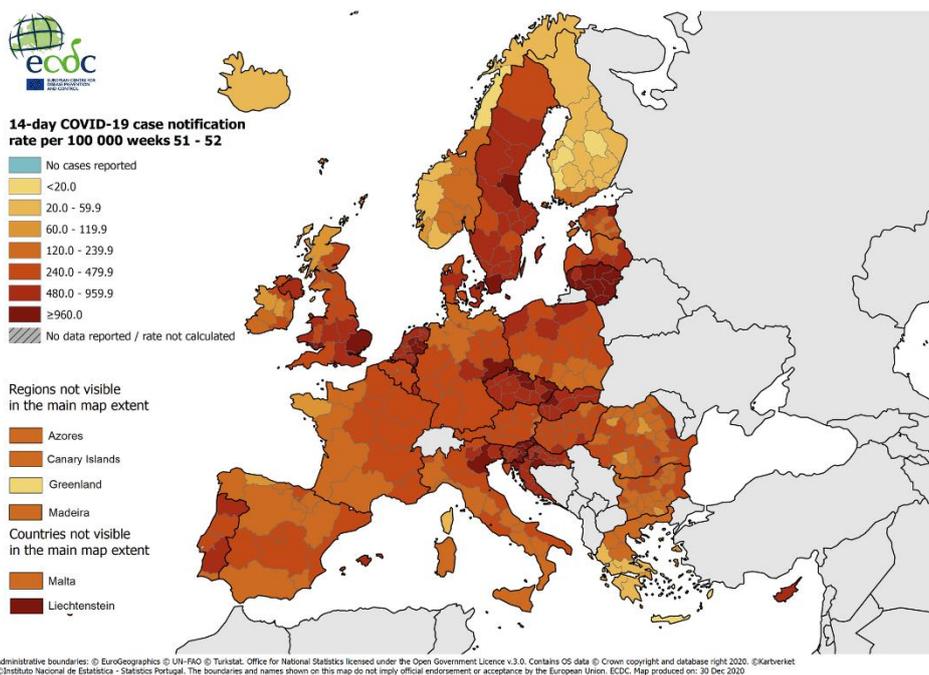
Les pays rapportant le plus grand nombre de décès au total pour cette fin d'année 2020 sont l'Italie (71 925 décès), le Royaume-Uni (71 109), la France (63 109), l'Espagne (50 122), l'Allemagne (30 126), la Pologne (27 147), la Belgique (19 226), la Roumanie (15 334), la République tchèque (11 152) et les Pays-Bas (11 028) ; suivis d'autres pays mais avec un nombre de décès inférieur à 10 000 (Hongrie, Suède, Bulgarie, Portugal, Autriche, Grèce, Croatie, Slovaquie et Irlande). Les autres pays rapportaient moins de 2 000 décès.

Les **taux d'incidence pour 100 000 habitants** rapportés sur les 2 dernières semaines (**semaines 51 et 52**) étaient les plus élevés en Slovaquie (914), aux Pays-Bas (907), en République tchèque (876), en Suède (815), au Danemark (793), au Luxembourg (756), au Royaume-Uni (721), en Croatie (720), en Slovaquie (644), en Estonie (585) et en Lettonie (581). En comparaison, la France rapportait une incidence sur 14 jours (semaines 51 et 52) de 277 cas pour 100 000 habitants.

Hors zone UE/EEA l'épidémie, qui tendait à se stabiliser en Russie en semaine 51 (avec 194 449 cas), repart légèrement à la hausse en semaine 52 avec 201 871 nouveaux cas et une incidence 1 383 nouveaux cas par million d'habitants. Les taux d'incidence restaient élevés dans les pays du Caucase et dans les Balkans, bien que l'épidémie tende à y refluer.

Pour plus de détails sur l'Europe, [cliquez ici](#).

Figure 45. Taux d'incidence sur 14 jours des cas de COVID-19 pour 100 000 habitants pour les semaines 51-52/2020 dans les pays de l'UE/EEA et le Royaume-Uni



Source : ECDC

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](#)

- dans le monde : OMS - [Weekly Epidemiological Update](#)

APPARITION DE NOUVEAUX VARIANTS DU SARS-CoV-2

- **Le 14 décembre 2020, le Royaume-Uni a signalé à l'OMS la circulation d'un variant particulier du SARS-CoV-2**, identifié rétrospectivement sur un premier cas fin septembre dans le Kent (Sud-Est de l'Angleterre). Ce variant est dénommé **VOC 202012/01** pour « *Variant Of Concern, year 2020, month 12, variant 01* ».

- **Au 28 décembre 2020, 3 384 cas VOC 202012/01 étaient recensés au Royaume-Uni**, majoritairement dans 3 régions où l'incidence de la COVID-19 est par ailleurs la plus élevée depuis plusieurs semaines (région de Londres, Sud-Est et Est de l'Angleterre).

- Des travaux préliminaires suggèrent que la transmissibilité de ce variant est élevée, mais aucun élément n'indique à ce jour qu'il serait à l'origine de formes plus sévères chez les personnes infectées ou qu'il pourrait échapper à la réponse immunitaire.

- L'évaluation de risque rapide de l'*European Centre for Disease Control*, en date du 29 décembre, estime que la probabilité d'introduction et de circulation de ce variant hors du Royaume-Uni est très élevée. Plusieurs pays dans le monde (26 pays) ont déjà rapporté des cas avec ce variant, dont une majorité de pays en Europe (14 pays). Une liste des pays est disponible dans l'évaluation de risque de l'ECDC : [cliquez ici](#).

Figure 46. Proportion du variant VOC 202012/01 par semaine parmi toutes les séquences de SARS-CoV-2 analysées au Royaume-Uni (données GISAID EpiCoV au 27 décembre 2020)

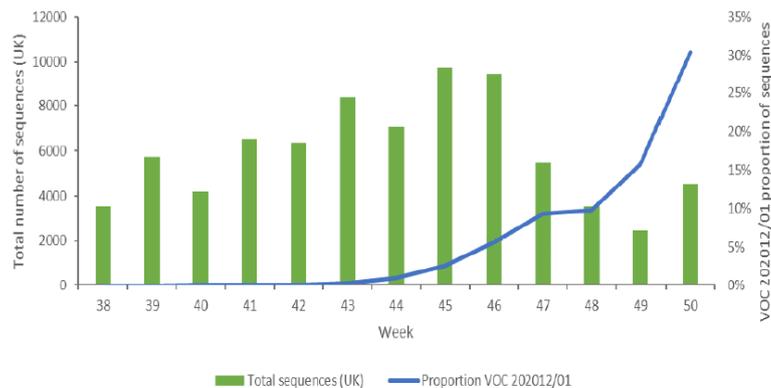


Figure 47. Distribution géographique des cas confirmés du variant VOC 202012/01 du SARS-CoV-2 au Royaume-Uni (données au 25 décembre 2020)



Source : [évaluation de risque rapide de l'European Centre for Disease Control](#)

- **En Afrique du Sud, le gouvernement signalait, le 18 décembre 2020, l'émergence d'un autre variant désigné 501.V2.** Ce nouveau variant a été détecté par une plateforme de recherche (KRISP) qui conduit une surveillance génomique de routine du SARS-CoV-2 à partir d'échantillons collectés dans plus de 50 établissements de santé différents du Cap oriental, du Cap occidental et du KwaZulu-Natal. Ce variant présente plusieurs mutations, y compris la modification d'acide aminé N501Y qui est également présente dans le variant britannique.

- **L'analyse phylogénétique de 2 589 génomes entiers du SARS-CoV-2 d'Afrique du Sud** recueillis du 05 mars au 25 novembre 2020 a identifié 190 cas de ce type. Ce variant serait vraisemblablement apparu début août dans la baie Nelson Mandela, située sur la côte de la province du Cap oriental. Début novembre, c'était le variant dominant dans les provinces du Cap oriental et du Cap occidental.

- Des travaux préliminaires suggèrent que ce variant serait associé à une charge virale plus élevée et à une propagation plus rapide, ce qui peut être lié à une transmissibilité plus élevée. Aucun élément n'indique à ce jour qu'il serait à l'origine de formes plus sévères chez les personnes infectées ou qu'il pourrait échapper à la réponse immunitaire.

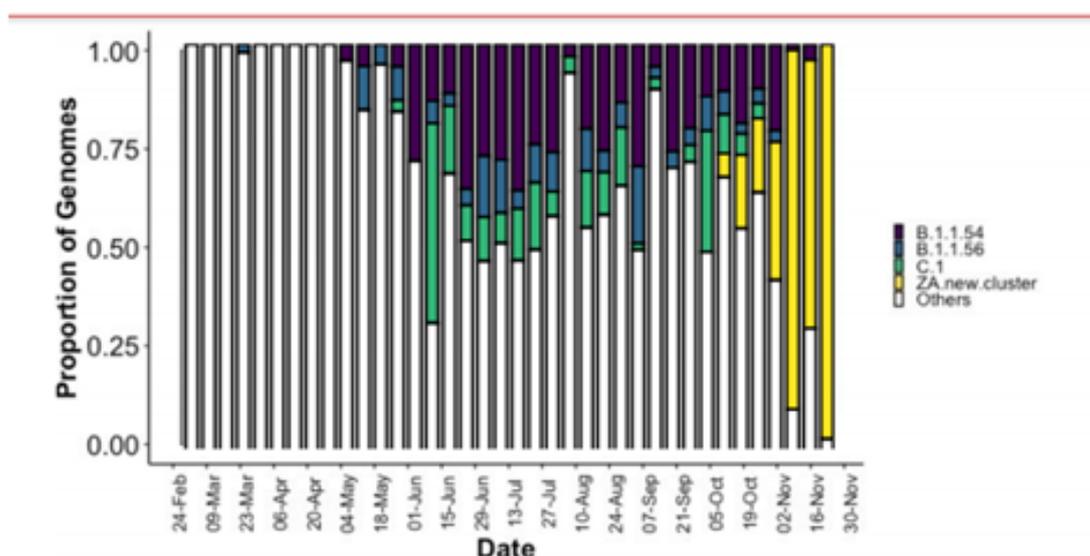
- **À ce jour, plus de 300 cas de ce variant 501.V2 ont été confirmés en Afrique du Sud.** Il représentait la majorité (90%) des virus séquencés depuis la semaine du 16 novembre (Figure 48).

- Le 22 décembre 2020, deux cas géographiquement distincts de ce nouveau variant ont été détectés au Royaume-Uni. Les deux sont des contacts d'individus symptomatiques revenant d'un voyage en Afrique du Sud. Un autre cas a été identifié en Finlande, avec un antécédent de voyage en Afrique du Sud.

- En France, un premier cas d'infection à ce nouveau variant 501.V2 a été confirmé le 30 décembre 2020, chez une personne avec un antécédent de séjour en Afrique du Sud.

Figure 48. Distribution des lignages de SARS-CoV-2 en Afrique du Sud, de février à décembre 2020

New lineage rapidly become the dominant



Pour en savoir + sur ces variants :

Évaluation de risque de ECDC :

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-risk-related-to-spread-of-new-SARS-CoV-2-variants-EU-EEA.pdf>

SYNTHÈSE

► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 52 (du 21 au 27 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 52, le taux d'incidence des cas confirmés de COVID-19 était de 123 pour 100 000 habitants (vs 147 en S51). Le nombre de nouveaux cas confirmés était de 82 457, soit une diminution de 16% par rapport à la semaine précédente (98 717 cas en S51). Cette diminution était observée dans toutes les tranches d'âge. **Les personnes âgées de 75 ans et plus restent les plus touchées** par le SARS-CoV-2 (incidence de 178/100 000 en S52), suivies de celles âgées de 15-44 ans (150) puis de 45-64 ans (127). Parmi l'ensemble des cas diagnostiqués en semaine 52, la proportion des personnes présentant des symptômes (46% des cas) était en baisse en comparaison à la semaine précédente (50%).

Le **taux de positivité au niveau national (2,9%)** était en baisse par rapport à celui de la semaine précédente (4,3%, soit -1,4 point).

Le recours au dépistage est en augmentation depuis la semaine 50 (du 07 au 13 décembre 2020) (+14% entre S49 et S50, +75% entre S50 et S51, +26% entre S51 et S52). En semaine 52, 2 880 164 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 en France (vs 2 291 680 en S51). Le taux de dépistage moyen était ainsi de 4 291/100 000 habitants. Il était plus élevé chez les 15-44 ans (5 762) et chez les personnes âgées de 45 à 65 ans (4 587). Le taux de dépistage a augmenté dans toutes les classes d'âge (0-15 ans : +25% ; 15-45 ans : +30% ; 45-65 ans : +32% ; 65-75 ans : +15%), excepté les 75 ans et plus où il est resté stable (-1%). Le dépistage est en augmentation chez les personnes ne présentant pas de symptôme (+39% entre S51 et S52), mais en diminution chez les personnes symptomatiques (-13%).

Le recours au dépistage a fortement évolué ces dernières semaines du fait du contexte des fêtes de fin d'année et alors que de nombreuses personnes se sont faites tester dans la perspective de réunions familiales. Du fait du jour férié de Noël, des congés et du week-end prolongé, le recours au dépistage a varié, et a notamment fortement diminué les jours suivant la fête de Noël. Effectivement, sur les quatre premiers jours de la semaine le nombre moyen de personnes dépistées quotidiennement était de 651 548 alors qu'il était de 100 789 sur la fin de la semaine.

L'analyse de l'évolution du nombre de cas confirmés et des taux de positivité doit ainsi rester prudente car ces indicateurs sont fortement influencés par les variations du recours au dépistage et ne décrivent pas uniquement l'évolution réelle de l'épidémie.

Avec 11 780 cas confirmés en moyenne chaque jour en France sur la semaine 52, le nombre de cas confirmés se maintient à un niveau élevé (17 348 cas quotidien en moyenne sur les quatre premiers jours et 4 356 sur les trois derniers jours).

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 (67/100 000 habitants en S52 vs 56 en S51).

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était en baisse en semaine 52 (-10% entre S51 et S52).

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 ces dernières semaines. Les données de la semaine 52 ne sont néanmoins 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 légère augmentation en semaine 52, hausse plus modérée que la semaine précédente (+2% en S52 vs +10% en S51).

En milieu hospitalier, après une stabilisation observée ces dernières semaines, **le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a diminué en semaine 52** (-11% entre S51 et S52).

Le nombre de nouvelles admissions en réanimation est resté stable depuis la semaine 50 (-3% entre S51 et S52).

Le 29 décembre 2020, le nombre de patients hospitalisés en France pour COVID-19 restait élevé, avec 24 776 cas de COVID-19 hospitalisés, dont 2 675 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 dernières estimations du R-eff sont en diminution et inférieures à 1 en France métropolitaine lorsque calculées à partir des données virologiques (tests PCR et tests antigéniques, SI-DEP) ainsi que à partir des données d'hospitalisations (SI-VIC). L'estimation réalisée à partir des passages aux urgences (OSCOUR®) pour suspicion de COVID-19 est stable et supérieure à 1 mais de façon non significative. Les tendances des R-effectifs, et notamment du R-eff calculé sur les données virologiques, sont à interpréter avec prudence cette semaine du fait des congés, du week-end prolongé et des fêtes de fin d'année ayant conduit notamment à des modifications de recours aux dépistages. Cette même difficulté pourrait être observée la semaine prochaine.

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.

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), a diminué en semaine 51 en comparaison de la semaine précédente (2 421 décès en S51 vs 2 878 en S50, -16%). Cependant, la période des congés peut contribuer à allonger le délai de consolidation des données. Cette évolution à la baisse méritera d'être confirmée. En semaine 52, 2 170 décès ont été recensés mais les données des décès en ESMS étant non consolidées, cette donnée 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, +21% en semaine 48, +20% en semaine 49 et +18% en S50. 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 51 sera précisée la semaine prochaine.

► Indicateurs épidémiologiques régionaux

Régions métropolitaines

La majorité des régions métropolitaines était toujours fortement touchée par l'épidémie en semaine 52. 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** (214/100 000 habitants), **Grand Est** (194), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (192), **Auvergne-Rhône-Alpes** (156).

Au 26 décembre, les estimations des R-effectifs à partir des données virologiques SI-DEP étaient significativement supérieures à 1 dans 2 régions métropolitaines (Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur) et inférieures à 1 dans les autres régions.

En semaine 52, le taux hebdomadaire d'hospitalisation était en diminution dans toutes les régions de France métropolitaine, excepté en Hauts-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Corse, où le taux est resté stable ou en faible hausse. **Les taux d'hospitalisations les plus élevés ont été enregistrés en Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Hauts-de-France.**

En semaine 52, le taux hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation a augmenté en Hauts-de-France, Pays de la Loire, Bourgogne-Franche-Comté, Grand-Est et Occitanie. Il a diminué ou est resté stable dans les autres régions de France métropolitaine. **Les plus forts taux hebdomadaires d'admissions en réanimation étaient rapportés en Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Auvergne-Rhône-Alpes.**

En semaine 52, les plus forts taux de décès de patients COVID-19 par région rapportés à la population étaient observés en Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est et Hauts-de-France.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus était supérieur à celui attendu en semaine 51 dans 6 régions : **Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur.**

L'excès de mortalité a été 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 et élevé en semaine 51.

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

- **En Guyane, les indicateurs virologiques étaient en diminution en semaine 52.** Le taux d'hospitalisation était en augmentation (12,4/100 000 habitants en S52 vs 8,9 en S51).
- **En Guadeloupe,** les indicateurs virologiques étaient quasiment stables. Le taux d'hospitalisations a diminué (1,3 en S52 vs 2,4 en S51).
- **En Martinique,** les indicateurs virologiques étaient en diminution en S52. Le taux d'hospitalisation suivait une tendance à la stabilisation.
- **À La Réunion** les indicateurs virologiques étaient en diminution. Le taux d'hospitalisation suivait une tendance à la stabilisation.
- **À Mayotte,** les indicateurs virologiques étaient relativement stables. Le taux d'hospitalisation suivait une tendance à la stabilisation.

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 la 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. Entre le 1^{er} mars et le 27 décembre 2020, 352 cas de PIMS ont été signalés. L'existence d'un syndrome inflammatoire pluri-systémique chez l'enfant avec atteinte cardiaque fréquente lié à l'épidémie de COVID-19 est avéré, mais reste rare (incidence estimée à 20,2 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans).

La surveillance spécifique des **professionnels travaillant dans les établissements de santé**, mise en place depuis le 1^{er} mars 2020, rapportait 59 724 cas d'infections au SARS-CoV-2 au 28 décembre 2020. Parmi ces cas, 18 étaient décédés en lien avec leur infection à SARS-CoV-2. Parmi les décès déclarés, aucun n'est survenu depuis début juin. Le nombre hebdomadaire de cas déclaré est stable depuis la semaine 48. Les données des deux dernières semaines ne sont pas consolidées. Les deux régions rapportant les plus grandes proportions de professionnels infectés au cours des semaines 51 et 52 sont les régions Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté.

Il est important que les établissements continuent à participer à cette enquête, afin que le recensement des cas soit le plus exhaustif possible. Des messages de relance sont envoyés régulièrement par les Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIas) et le Geres afin de sensibiliser les établissements à cette enquête. 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.

En semaine 52, les données de **contact-tracing** sont d'interprétation délicate en raison de facteurs externes ayant pu avoir une influence sur les indicateurs, à la hausse ou à la baisse : recours massif au dépistage avant les retrouvailles familiales, fermeture de nombreux laboratoires le 25 décembre (jour férié) et moindre recours aux tests en fin de semaine après Noël (données non présentées).

Dans ce contexte, le recours aux tests antigéniques, dont le rendu est plus rapide, a augmenté nettement au cours des 2 dernières semaines : un tiers des nouveaux cas ont été diagnostiqués par ces tests en semaine 52.

En semaine 52, le nombre moyen de contacts à risque par cas reste inchangé, ainsi que le pourcentage de cas ne rapportant aucun contact à risque. La levée du confinement et son remplacement par un couvre-feu sont trop récents (15 décembre 2020) pour qu'une modification du comportement des cas soit visible dans les données de contact-tracing, mais ce paramètre sera à suivre de près pour les cas diagnostiqués après les fêtes de fin d'année.

En outre, seul 1 cas sur 5 est issu d'une chaîne de transmission connue, ce qui suggère que les dépistages massifs recommandés avant les fêtes de fin d'année concernent des personnes qui n'ont pas identifié les circonstances de leur contamination ou leur contamineur et auraient échappé à la stratégie Tester-Alerter-Protéger en dehors du contexte des fêtes de fin d'années.

La proportion des personnes-contacts de 65 ans et plus, jugées plus à risque, poursuit son augmentation, ce qui est préoccupant s'agissant de la période qui précède les rassemblements familiaux. Cependant, l'impact des fêtes de fin d'année sur la dynamique épidémique et pour les différentes catégories d'âge ne sera observable dans les données de surveillance qu'après 1 à 2 semaines.

Dans ce point épidémiologique est présentée **l'estimation de la séro-prévalence des infections par le SARS-CoV-2 en France pour la semaine 41 (05 au 11 octobre 2020)**, période qui précédait le couvre-feu généralisé et le deuxième confinement national. La proportion de personnes séropositives pour le SARS-CoV-2 est alors estimée à 7,9% [intervalle d'incertitude à 95% : 6,6-9,3%] en semaine 41, soit 5 256 000 personnes séropositives [4 428 000-6 191 000]. Ces résultats sont à comparer avec les résultats des trois enquêtes précédentes réalisées en semaines 11 (09-15 mars), 15 (06-12 avril) et 20 (11-17 mai) qui ont mis en évidence une augmentation de la séroprévalence nationale de 0,3 à 4,9% au cours de la première vague épidémique.

Si cette proportion est en augmentation, ces résultats confirment néanmoins qu'une proportion importante de la population n'était pas encore entrée en contact avec le SARS-CoV-2 avant la deuxième vague épidémique. Une prochaine enquête sera réalisée en début d'année 2021 et permettra de disposer d'information sur la deuxième vague de l'épidémie.

► Nouveaux variants du SARS-CoV-2

Un nouveau variant du SARS-CoV-2 a été détecté au Royaume-Uni et signalé à l'OMS le 14 décembre 2020. Ce nouveau variant est défini par de multiples variations des gènes codant pour les protéines de spicule (S) ainsi que d'autres régions génomiques. Ce variant a été nommé VOC 202012/01 pour *Variant Of Concern, year 2020, month 12, variant 01*. Des travaux préliminaires suggèrent que la transmissibilité de ce variant est élevée, mais aucun élément ne témoigne à ce jour d'une sévérité plus forte de la COVID-19 chez les personnes infectées ou d'une possibilité d'échappement à la réponse immunitaire.

En Afrique du Sud était signalée le 18 décembre 2020 l'émergence d'un autre variant désigné 501.V2, qui présente lui aussi plusieurs variations des gènes codant pour la protéine de spicule, y compris une modification également présente dans le variant britannique.

Au 30 décembre 2020, deux cas d'infections au nouveau variant VOC 202012/01 (variant identifié au Royaume-Uni) et un cas au nouveau variant 501.V2 (variant identifié en Afrique du Sud) ont été confirmés en France métropolitaine.

Des travaux spécifiques pour la **surveillance de ces nouveaux variants** se mettent en place au niveau international sous l'égide de l'OMS et de l'ECDC en Europe. En France, une [conduite à tenir](#) a été préparée par Santé publique France, le CNR Virus des infections respiratoires et le Ministère en charge de la santé. Elle a été diffusée aux professionnels de santé afin de détecter les cas possibles de nouveaux variants et les faire confirmer par séquençage. Les prochains Points épidémiologiques feront état des cas de nouveaux variants ainsi identifiés.

Une **vigilance particulière est également apportée au suivi de l'épidémie chez les moins de 30 ans**. Au Royaume-Uni, les premières données suggèrent que les nouveaux variants ont notamment contribué à une augmentation d'incidence dans cette population.

Les tests RT-PCR et antigéniques actuellement autorisés et utilisés en France ont fait l'objet d'une vérification sous l'égide de l'ANSM et peuvent détecter ces nouveaux variants ; leur liste actualisée est disponible sur le [site du Ministère en charge de la santé](#).

► Prévention

Les dernières données concernant l'adoption des mesures de prévention et santé mentale, issues de la vague 19 (14-16 décembre 2020) de l'enquête CoviPrev ont été publiées dans le [Point épidémiologique du 24 décembre 2020](#).

Il a notamment été montré une baisse de l'adoption systématique de toutes les mesures en lien avec la limitation de l'interaction sociale. L'adoption systématique du masque en public est restée élevée (85%) et stable depuis le début du deuxième confinement. Il a également été mis en évidence une baisse des intentions de se faire vacciner contre la COVID-19 dans toutes les tranches d'âge, le groupe d'âge de 65 ans et plus exprimant néanmoins la plus forte intention de se faire vacciner.

Les états dépressifs, les états anxieux et les troubles du sommeil restaient à des niveaux élevés. 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 00 pour demander à être orienté vers une écoute ou un soutien psychologique

Pour en savoir +

- sur la vaccination : [Vaccination Info Service](#)
- sur la santé mentale et les ressources disponibles :
<https://www.psycom.org/> ;
<https://www.santepubliquefrance.fr/coronavirus/sante-mentale>

Il y a un an, le 31 décembre 2019, les premiers cas d'un syndrome respiratoire d'étiologie inconnue étaient signalés en Chine par l'OMS



Published Date: 2019-12-30 23:59:00

Subject: PRO/AH/EDR> Undiagnosed pneumonia - China (HU): RFI

Archive Number: 20191230.6864153

UNDIAGNOSED PNEUMONIA - CHINA (HUBEI): REQUEST FOR INFORMATION
.....

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).

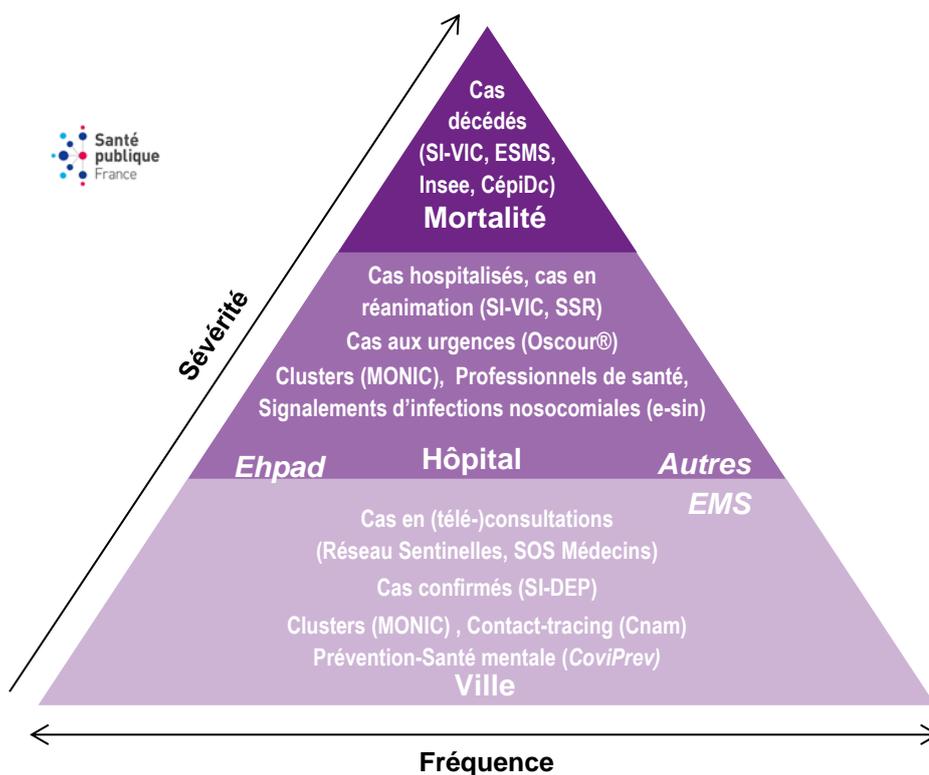
Mortalité toutes causes (Insee) : nombre de décès toutes causes par âge, avec estimation de l'excès par rapport à l'attendu par âge, département et région (2 à 3 semaines de délai pour consolidation).

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 : Sophie Vaux, Nelly Fournet, Nicolas Méthy, Judith Benrekassa, Bruno Coignard

Systèmes de surveillance : Fatima Aït El Belghiti, Denise Antona, Jonathan Bastard, Ghaya Ben Hmidene, Anne Berger-Carbonne, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Isabelle Bonmarin, Christine Campèse, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chatignoux, Mélanie Colomb-Cotinat, Kostas Danis, Julien Durand, Myriam Fayad, Anne Fouillet, Scarlett Georges, Laëtitia Gouffé-Benadiba, Gabrielle Jones, Yu Jin Jung, Camille Le Gal, Yann Le Strat, Daniel Lévy-Bruhl, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Harold Noël, Elisabeth Pinto, Isabelle Pontais, Isabelle Poujol, Yann Savitch, Alexandra Septfons, Cécile Sommen, Marie-Michèle Thiam, Florian 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

31 décembre 2020