

Chiffres clés en Île-de-France

Estimation du nombre cumulé de cas confirmés (du 18/05/2020 au 09/01/2022)



2 906 796 cas positifs* au SARS-CoV-2 par RT-PCR et Tests antigéniques

*y compris les cas possibles de réinfection (multi-testés positifs avec plus de 60 jours d'intervalle)

Surveillance virologique (SI-DEP)

	S51-2021 (20/12 au 26/12)	S52-2021 (27/12 au 02/01)	S01-2022 (03/01 au 09/01)	Tendance
Nombre de cas positifs enregistrés	161 948	354 224	496 503	↗
Taux de positivité	10,6 %	20,6 %	22,6 %	↗
Taux d'incidence brut (tous âges) pour 100 000 habitants	1 319	2 885	4 044	↗
Taux d'incidence (≥65 ans) pour 100 000 habitants	355	1 135	1 336	↗

Recours aux soins d'urgence

	S51-2021	S52-2021	S01-2022	Tendance
Activité aux urgences pour suspicion de COVID-19 Oscore®	2,6 %	4,3 %	7,0 %	↗
Activité SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	4,4 %	6,4 %	8,9 %	↗

Surveillance hospitalière (SI-VIC)

Données du 12/01/2022

	S51-2021	S52-2021	S01-2022	Tendance
Nombre de nouvelles hospitalisations	1 939	2 967	3 789	↗
Nombre de nouvelles admissions en soins critiques	425	517	626	↗
Nombre de nouveaux décès hospitaliers	183	246	267	↗

Suivi de la vaccination

Données par lieu de
résidence cumulées au
11/01/2022

	Nombre de franciliens ayant reçu au moins une dose	Couverture vaccination au moins une dose (%)	Nombre de franciliens ayant reçu le schéma complet	Couverture vaccinale schéma complet (%)	Nombre de franciliens ayant reçu une dose de rappel	Couverture vaccinale dose de rappel
Population tous âges	9 145 811	74,5 %	9 005 349	73,3 %	5 021 384	40,9 %

Gain de couverture vaccinale (points en pourcentage)	S51-2021	S52-2021	S01-2022	Tendance
Au moins une dose	0,2	0,2	0,2	→
Schéma complet	0,2	0,2	0,3	→
Dose de rappel	4,3	3,8	5,1	↗

En résumé...

En semaine 01 en Île-de-France, les indicateurs virologiques et hospitaliers poursuivaient leur forte hausse et témoignaient d'une circulation intense et croissante du virus SARS-CoV-2 au niveau régional. La situation continuait à se dégrader dans un contexte de contacts sociaux maintenus, d'une couverture vaccinale encore incomplète - notamment chez les enfants et chez les plus âgés - et de la forte diffusion du variant Omicron plus contagieux et majoritaire en Île-de-France.

En S01, le **taux d'incidence brut** parmi les résidents d'Île-de-France **poursuivait sa forte augmentation** et se situait à **4 044 cas pour 100 000 habitants, la valeur la plus élevée mesurée dans la région depuis le début de l'épidémie**. Le **taux de positivité** grimpait pour atteindre 22,6%, dépassant la valeur maximale mesurée lors du pic de la 2^{ème} vague et le taux de dépistage atteignait sa valeur la plus haute jamais atteinte. Le **taux d'incidence** affichait des hausses dans l'ensemble des catégories d'âge et était le plus élevé chez les personnes âgées de 15-29 ans. Le **taux de dépistage** augmentait chez les personnes de moins de 65 ans, diminuait chez les 65-74 ans et se stabilisait chez les plus de 75 ans après 8 semaines consécutives de hausse. Contrairement aux autres classes d'âge, le **taux de positivité** diminuait chez les enfants de moins de 15 ans. Le taux de positivité le plus élevé restait celui documenté chez les personnes âgées de 15 à 64.

Le variant Omicron (21K, B.1.1.529), majoritaire en Île-de-France depuis la S51, continuait sa diffusion dans la région. En S01, 96,0% des résultats interprétables de tests de criblage rapportaient des profils de mutation compatibles avec un variant Omicron. Les données de séquençage des enquêtes Flash confirmaient la forte diffusion du variant Omicron au niveau régional. Une analyse de risque sur les variants est disponible sur [le site de Santé publique France](#). Cependant, la hausse de la part d'Omicron ne s'accompagne pas d'une baisse franche du nombre absolu de cas infectés par le variant Delta, dans un contexte d'épidémie explosive.

La hausse du nombre de cas de COVID-19 se répercutait sur les recours aux soins. En S01, les **données Oscore®** des recours aux soins primaires et d'urgence pour « suspicion de COVID-19 » poursuivaient son augmentation décrivant une forte hausse. **Les données SIVIC** par date d'admission des nouvelles hospitalisations et admissions en soins critiques étaient de nouveau en hausse (+28% et +21%, respectivement). Les décès hospitaliers liés à la COVID-19 étaient également en augmentation en S01 (+9%), reflet de la hausse des hospitalisations et des admissions en soins critiques. La proportion de suspicion d'Omicron parmi les patients nouvellement hospitalisés pour COVID-19 progresse rapidement dans l'ensemble des services hospitaliers, même si la part de cas de variant Delta augmente avec la sévérité clinique.

Au niveau régional, un **excès modéré mais significatif de décès toutes causes confondues et tous âges** s'observait en Île-de-France entre les semaines S47 et S52. Au niveau départemental, les excès de décès toutes causes et tous âges étaient principalement enregistrés en Seine-Saint-Denis, dans l'Essonne, dans le Val-d'Oise et dans les Hauts-de-Seine.

Dans les ESMS, le nombre de déclarations de nouveaux épisodes et de nouveaux cas confirmés poursuivait son augmentation et cette hausse s'intensifiait en S01. Dans les EHPAD, en particulier, le nombre d'épisodes et le nombre de cas déclarés chez les résidents et chez le personnel affichaient une forte augmentation, atteignant des niveaux supérieurs à ceux observés lors de la 2^{ème} vague épidémique (S42 à S45-2020).

En parallèle, **la progression de la couverture vaccinale** pour le schéma complet contre le SARS-CoV-2 demeurait faible en S01 en Île-de-France et progressait pour la dose de rappel. Les données par lieu de résidence indiquaient une **couverture vaccinale** tous âges à au moins 1 dose de 74,5%, (vs. 74,1% en S52, de 73,3% pour le schéma complet (vs. 73,0% en S52) et de 40,9% pour la dose de rappel (vs. 34,5% en S52).

Face à la circulation virale élevée et en forte augmentation, **la vaccination de toutes les personnes éligibles reste primordiale et doit être associée à un haut niveau d'adhésion aux autres mesures de prévention**, notamment le respect des mesures barrières, la limitation des contacts à risque et le respect de l'isolement en cas de symptômes, d'infection confirmée ou de contact avec un cas confirmé. C'est la combinaison **des différentes mesures individuelles et collectives** qui contribue à la limitation de la transmission du SARS-CoV-2 et peut être déterminante pour faire baisser la circulation virale (y compris chez les personnes vaccinées) et pour éviter les cas sévères, de nouvelles tensions hospitalières voire l'apparition de nouveaux variants.

Surveillance Virologique

La surveillance virologique du SARS-CoV-2 vise au suivi exhaustif de l'ensemble des personnes testées. Elle s'appuie actuellement sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage) : les données transmises concernent les tests RT-PCR et les tests antigéniques (TA) réalisés dans les laboratoires, cabinets, pharmacies et autres lieux de tests.

Taux d'incidence, Taux de positivité et Taux de dépistage

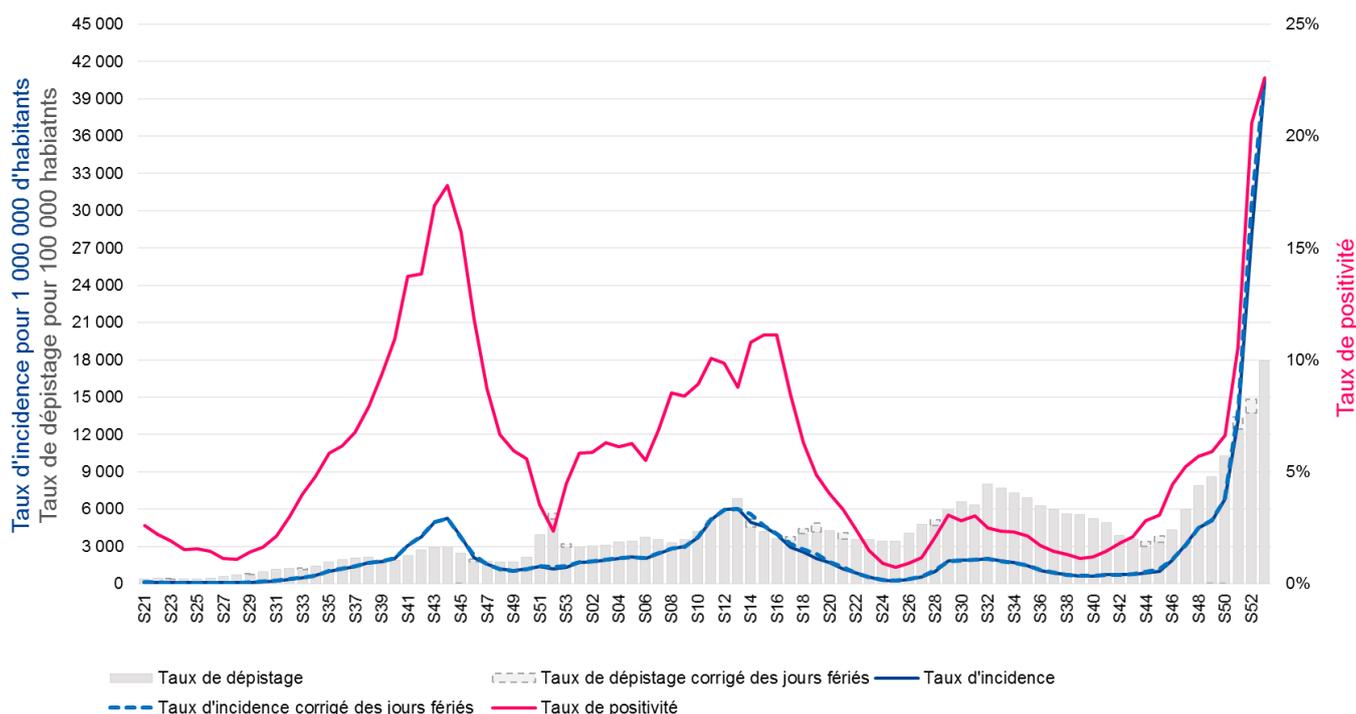
Des écarts ont été constatés au niveau départemental entre les données SIDEV reçues par Santé publique France ces derniers jours et celles à disposition des ARS. Les indicateurs épidémiologiques (taux d'incidence, taux de positivité et taux de dépistage) à l'échelle départementale entre la période du 25/12 au 30/12 sont donc momentanément indisponibles. Les indicateurs régionaux sont peu impactés, à l'exception des régions Bourgogne-Franche-Comté et Martinique, et permettent d'avoir une visibilité sur la dynamique de l'épidémie en région. Les indicateurs nationaux ne sont pas impactés. Tous les acteurs sont mobilisés pour une résolution dans les meilleurs délais.

En S01, le **taux d'incidence brut régional poursuivait sa forte augmentation** et se situait à **4 044 cas pour 100 000 habitants** (vs. 2 885 pour 100 000 en S52), dépassant depuis quelques semaines les valeurs des pics documentées lors des vagues précédentes (Figures 1 et 2). Ce taux demeurait supérieur au taux national (Île-de-France incluse) qui augmentait également en S01 pour atteindre 2 811 cas pour 100 000 habitants. Au niveau départemental, le taux d'incidence dépassait les 2 000 cas pour 100 000 habitants dans tous les départements et était le plus élevé dans le Val-d'Oise (4 457 pour 100 000). En S01, le **taux de dépistage (17 890 pour 100 000 habitants)** et le **taux de positivité (22,6%) régional** poursuivaient leur augmentation et atteignaient leurs valeurs les plus élevées depuis le début de l'épidémie. Ces éléments confirment l'intensification de la circulation du SARS-CoV-2.

En Île-de-France, le **taux de positivité parmi les personnes symptomatiques augmentait** (52,0% en S01 vs. 50,8% en S52). **Chez les asymptomatiques**, ce taux affichait également une hausse (16,6% en S01 vs. 14,5% en S52). Parmi les personnes qui ont eu recours à un test RT-PCR ou un test antigénique - quel que soit le résultat - la proportion de personnes symptomatiques augmentait (15,8% en S01 vs. 14,9% en S52).

La forte hausse des indicateurs virologiques invite à maintenir la plus grande vigilance en cette période hivernale, dans un contexte de contacts sociaux maintenus et de diffusion du variant Omicron réputé plus transmissible. Les regroupements en intérieur – avec le relâchement des gestes barrières - contribuent à une augmentation de la circulation virale dans un contexte de couverture vaccinale encore incomplète, y compris dans les classes d'âge les plus vulnérables.

Figure 1. Évolution du taux d'incidence brut, du taux de dépistage pour 100 000 habitants et du taux de positivité (%), depuis S21/2020 et jusqu'en S01/2022, Île-de-France (source SI-DEP au 12/01/2022)



Surveillance Virologique - suite

Taux d'incidence, Taux de dépistage et Taux de positivité par classe d'âge au niveau régional

En S01 en Île-de-France, le **taux d'incidence poursuivait son augmentation dans toutes les classes d'âge** et dépassait les valeurs maximales mesurées depuis le début de l'épidémie (Figure 3). Il était supérieur à 3 000 cas pour 100 000 habitants chez les moins de 65 ans et il était le plus élevé chez les 15-29 ans (6 281 cas pour 100 000 habitants). L'augmentation la plus marquée par rapport à la S52 était observée chez les moins de 15 ans (+124,1%).

L'augmentation du **taux de dépistage** se poursuivait également en S01 chez les moins de 65 ans. Ce taux affichait une baisse chez les 65-74 ans et se stabilisait chez les plus de 75 ans après 8 semaines consécutives de hausse. Le taux de dépistage des enfants âgés de moins de 15 ans, catégorie d'âge majoritairement non-vaccinée, augmentait fortement (+183,6%) en grande partie en lien avec la rentrée scolaire.

Contrairement aux autres classes d'âge, le **taux de positivité** diminuait chez les enfants de moins de 15 ans après une forte augmentation observée entre S51-S52, probablement en rapport avec un effet de dilution lié à un taux de dépistage élevé, notamment chez les personnes-contact et la prévention en milieu scolaire. Les taux de positivité les plus élevés étaient documentés chez les personnes âgées de 15 à 64 ans et dépassaient 22%.

Figure 3. Évolution des **taux d'incidence bruts pour 1 000 000 habitants**, des **taux de dépistage non corrigés pour 100 000 habitants** et des **taux de positivité (%)** en Île-de-France depuis S01/2021 et jusqu'en S01/2022, par classe d'âge, en Île-de-France (source SI-DEP au 12/01/2022)



Surveillance de variants

La surveillance des variants repose sur une surveillance génomique et sur l'identification de mutations d'intérêt. Les enquêtes Flash font appel au séquençage du génome viral, sur une sélection aléatoire de prélèvements RT-PCR positifs du lundi. Ces enquêtes peuvent manquer de représentativité et le nombre de prélèvements analysés peut paraître faible au regard du nombre de cas quotidiens en Île-de-France. Leur finalité première est cependant de décrire la diversité des virus SARS-CoV-2 circulants plutôt que de donner une image précise des prévalences.

Le criblage est réalisé en cas de diagnostic positif d'un premier test RT-PCR et permet de détecter les principales mutations d'intérêt. Les données sur ces tests de criblage sont analysées par Santé publique France pour évaluer en temps quasi réel la circulation et l'émergence de certains variants porteurs de mutations d'intérêts dans un territoire donné.

Résultats des tests de criblage saisis dans SI-DEP

Le variant Omicron (21k ; B.1.1.529), classé VOC par l'OMS le 26 novembre, fait l'objet d'une surveillance renforcée en France. Ce variant ne présente aucune des mutations initialement suivies par le criblage (L452R, E484Q et E484K). Depuis son émergence, un suivi renforcé a été instauré pour repérer les prélèvements permettant de suspecter sa présence en raison d'un résultat négatif à la recherche de ces trois mutations. En décembre 2021, la stratégie de criblage a été adaptée avec modification des kits de criblage utilisés par les laboratoires pour ne plus rechercher la mutation E484Q et cibler d'autres mutations spécifiques d'Omicron.

En S01, la proportion des prélèvements où les mutations L452R et E484K n'étaient pas détectées était de **96,0% vs 89,9% en S52 et 69,7% en S51, ce qui suggère que le variant Omicron est majoritaire en Île-de-France depuis la S51**. Il faut toutefois noter qu'un résultat négatif à L452R et E484K au criblage n'est pas spécifique du variant Omicron car d'autres variants minoritaires présentent ce même profil de criblage. La part de variant Delta, faible en pourcentage (4,42%), s'applique cependant actuellement à un très grand nombre de cas. Le nombre absolu d'infection par variant Delta reste donc très élevé en S01 (approximativement 28 948 cas) et l'épidémie de variant Delta tarde à reculer.

L'analyse des résultats concernant les mutations spécifiques d'Omicron doit quant à elle actuellement rester très prudente compte tenu du déploiement progressif de la nouvelle stratégie de criblage dans les laboratoires et ce d'autant que ces mutations spécifiques ont été initialement recherchées de manière privilégiée sur les prélèvements négatifs à L452R et E484K dans certains laboratoires (criblage en deux temps, susceptible de produire des données de surveillance biaisées).

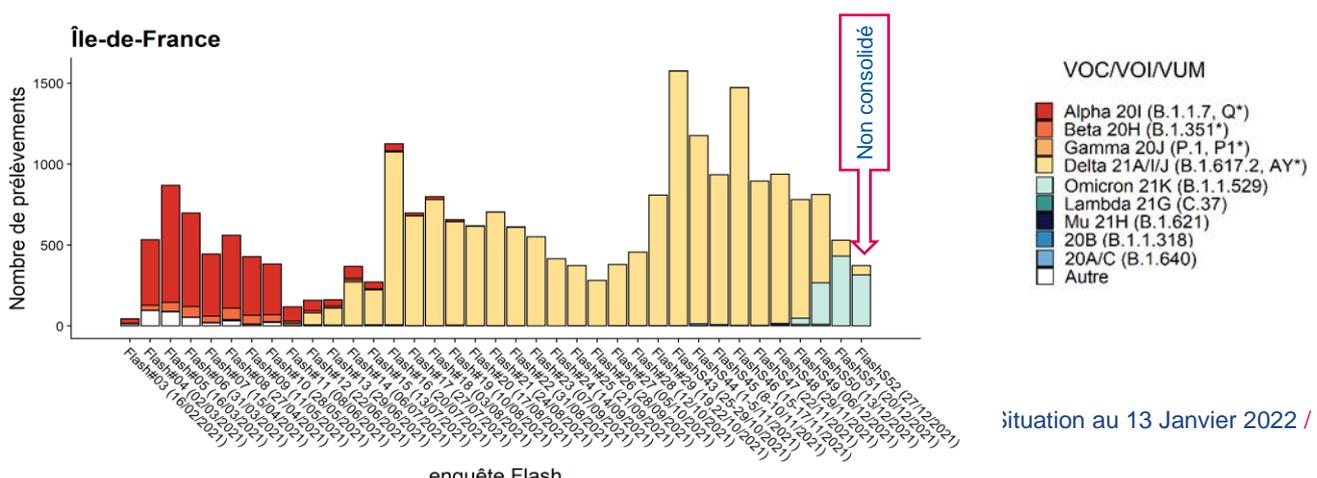
Si ces deux stratégies (absence des mutations L452R et E484K et recherche des mutations spécifiques Omicron : la délétion 69/70, les substitutions K417N, S371L-S373P et Q493R) permettent de suspecter des infections au variant Omicron, un résultat de séquençage est nécessaire pour les confirmer.

Résultats d'enquêtes Flash et données EMERGEN

Les données de séquençage indiquaient que le variant préoccupant **Delta 21A/I/J** était le variant majoritairement détecté en Île-de-France lors des enquêtes Flash 12 (22/06/2021) à Flash S50 (13/12/2021) (Figure 4). On observe à partir des résultats de l'enquête Flash S50 **une augmentation rapide des séquences** du variant préoccupant **Omicron 21K**. Il est identifié dans 82% des séquences interprétables en S51 (20/12/2022) et 85% des séquences en S52 (27/12/2021, données non consolidées). Bien que l'ensemble des indicateurs confirmait la forte accélération de la diffusion d'Omicron, le variant Delta circulait toujours.

Le variant B.1.640 (classé VUM) a fait l'objet de 221 détections en Île-de-France (données EMERGEN, au 10 janvier 2022), sans signe de diffusion importante ou progression en France pour le moment. Aucun élément probant en faveur d'un impact significatif en santé publique de ce variant n'a été identifié au cours des investigations menées à ce stade.

Figure 4. Évolution du nombre des variants séquencés, enquêtes Flash #3 à #S52 (Île-de-France, données EMERGEN au 10/01/2022). VOC : variant préoccupant ; VOI : variant d'intérêt ; VUM : variant sous surveillance.



Surveillance du SARS-CoV-2 dans les ESMS

La surveillance des cas et des décès de COVID-19 en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) parmi les résidents et le personnel est menée au niveau national par un dispositif de Santé publique France. Ce dispositif - qui concerne les EHPA¹ (dont les EHPAD), les HPH², les ASE³ et autres ESMS avec service d'hébergement - a été mis en place en Île-de-France le 1^{er} juillet 2020 et a évolué le 19 mars 2021. Le dispositif s'appuie sur les déclarations d'épisodes de COVID-19 par les ESMS, la surveillance n'est donc pas exhaustive. La région Île-de-France compte un total de 703 EHPAD. Ce type d'établissement représente globalement une capacité d'accueil d'environ 51 367 résidents.

En Île-de-France, la **hausse des déclarations d'épisodes⁴ de COVID-19 dans les ESMS** observée depuis la S45 se poursuivait et s'intensifiait à nouveau en S01, atteignant des niveaux supérieurs à ceux mesurés lors de la 2^{ème} vague épidémique (S42 à S45-2020) (Figure 5).

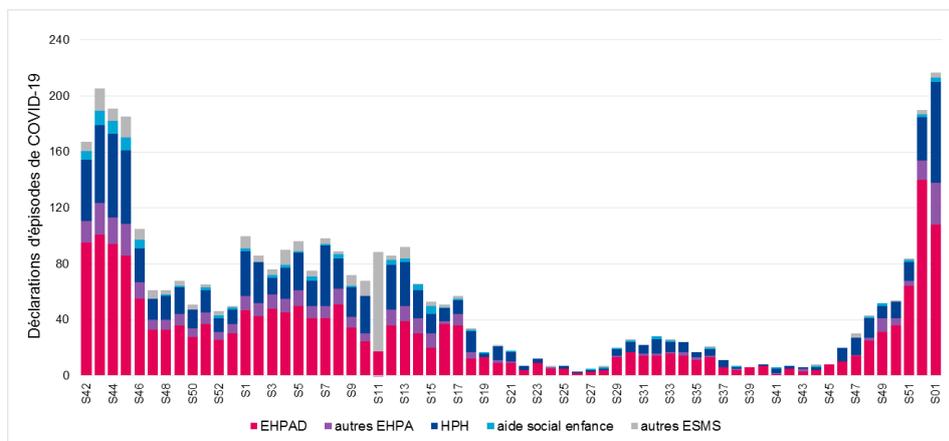
En S01, 217 nouveaux épisodes ont été déclarés par des ESMS (contre 190 en S52). La majorité des nouveaux épisodes sont survenus en EHPAD¹ (108) et en HPH² (72). Comparé à la S52, le nombre de nouveaux cas confirmés⁵ déclarés augmentait fortement chez les résidents et chez le personnel: **1 520 nouveaux cas confirmés étaient déclarés chez les résidents et 1 357 chez le personnel** (contre 555 nouveaux cas confirmés chez les résidents et 652 chez le personnel en S52). Sur l'ensemble des ESMS, 31 résidents ont été hospitalisés (vs. 13 hospitalisations en S52) et 9 décès ont été rapportés (vs. 5 décès en S52).

Focus sur les EHPAD

Au cours de la S01, malgré la diminution du nombre d'épisodes déclarés par les EHPAD d'Île-de-France, on observait une très forte augmentation du nombre de cas chez les résidents et chez le personnel. En S01, **108 nouveaux épisodes** de COVID-19 ont été déclarés (contre 140 en S52) ; 1 219 nouveaux cas confirmés ont été déclarés chez les résidents (contre 481 en S52) et 1 004 chez le personnel (contre 551 en S52) (Figure 6).

Après plus de 3 mois de campagne de rappel de vaccination dans le but de renforcer la protection des résidents des EHPAD, personnes particulièrement vulnérables, **la couverture de rappel vaccinal des résidents en EHPAD ou ULSD** était de **66,5%** (vs. 65,0% en S52) et sa progression ralentissait.

Figure 5. Nombre de nouvelles déclarations d'épisodes⁴ de COVID-19 par type de ESMS (EHPAD, HPH, ASE, autres EHPA, et autres ESMS) depuis S42/2020 et jusqu'en S01/2022, Île-de-France (source Voozanoo au 11/01/2022)



¹EHPA : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements EHPA, résidences autonomie, résidences seniors).

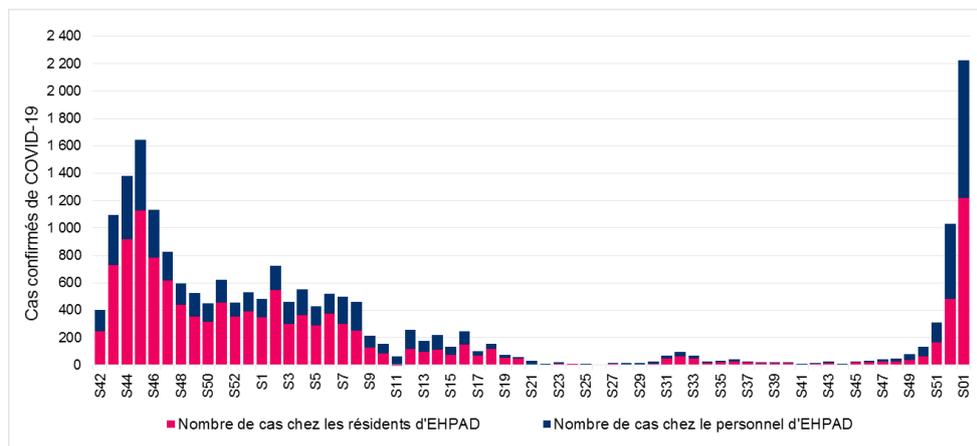
²HPH ou PH: Etablissements pour personnes handicapées [FAM, IME, autres établissements pour enfants (ITEP, EAAP, IEM, Instituts pour déficient auditifs et visuels)], autres établissements pour adultes (foyers de vie, foyers d'hébergement).

³ASE : Aide sociale à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS).

⁴Un signalement d'au moins un cas de COVID-19 confirmé.

⁵Cas COVID-19 confirmé: toute personne avec un prélèvement confirmant l'infection par le COVID-19 par test RT-PCR ou antigénique.

Figure 6. Nombre de nouveaux cas confirmés⁵ de COVID-19 chez les résidents et chez le personnel en EHPAD, depuis S42/2020 et jusqu'en S01/2022, Île-de-France (source Voozanoo au 11/01/2022)



Surveillance en ville : SOS Médecins

Nombre d'actes médicaux et part d'activité pour « suspicion de COVID-19 » transmis par les associations SOS Médecins franciliennes. La région compte 6 associations SOS Médecins (SOS Grand Paris - qui intervient à Paris et dans une partie de sa petite couronne, c'est-à-dire dans les Hauts-de-Seine (92), dans une partie de la Seine-Saint-Denis (93) et dans le Val-de-Marne (94) - SOS Seine-et-Marne, SOS Melun, SOS Yvelines, SOS Essonne et SOS Val-d'Oise).

Au total, environ 350 médecins participent ou ont participé. Le taux de codage des diagnostics médicaux transmis par ces associations est supérieur à 97 %.

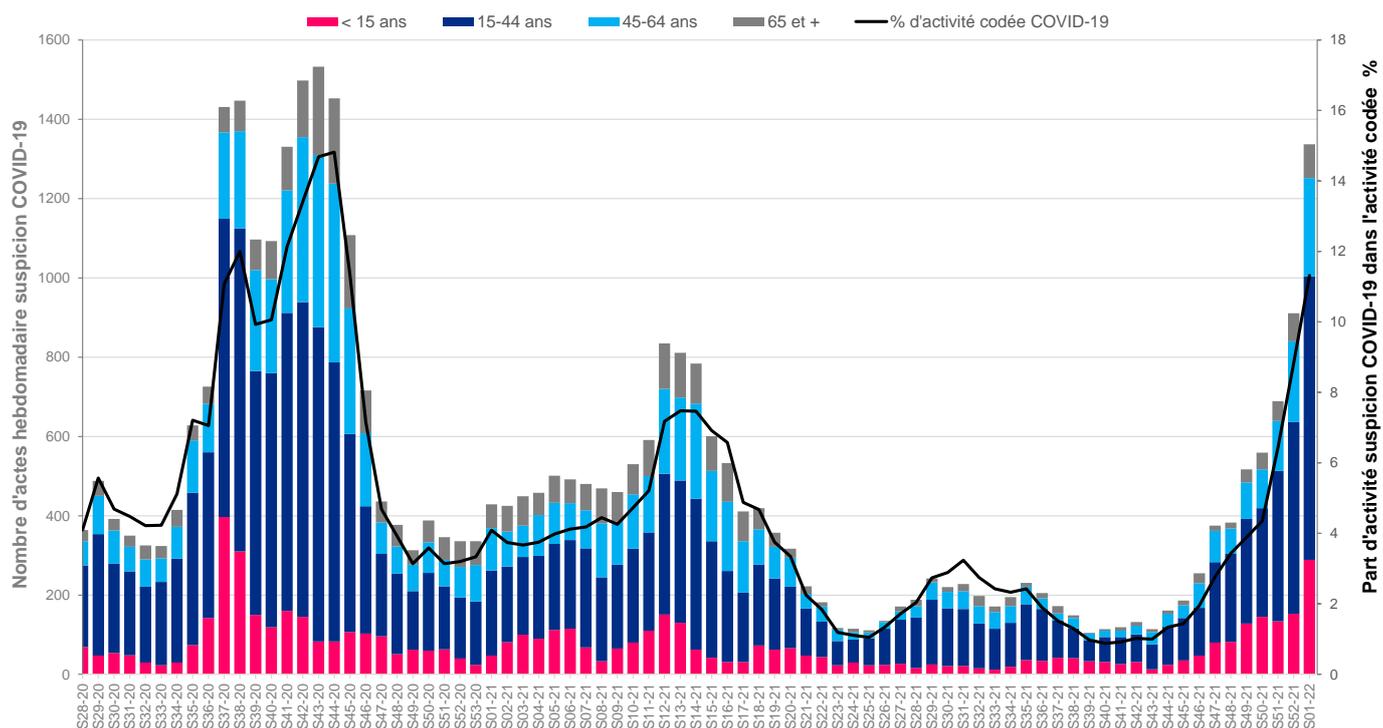
Actes / consultations pour suspicion de COVID-19 de SOS Médecins

En Île-de-France, la part des actes SOS Médecins pour « suspicion de COVID-19 » poursuivait son augmentation en S01 et représentait **11,3%** de l'activité totale codée (vs. 8,8% en S52-2021) (Figure 7). Le nombre d'actes pour « suspicion de COVID-19 » augmentait en S01 (1337 actes en S01 vs. 911 en S52), dans un contexte où le nombre d'actes toutes causes augmentait également par rapport à la semaine précédente. En S01, la part et le nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 dépassaient largement les valeurs enregistrés lors de la 3^{ème} vague épidémique.

La hausse d'activité du nombre d'actes pour « suspicion de COVID-19 » concernait toutes les classes d'âge (Figure 7). En S01, les enfants de **moins de 15 ans** représentaient **21,6%** de l'activité totale, tandis que les personnes âgées de **15 à 44 ans**, de **45 à 64 ans**, et de **65 ans et plus** représentaient respectivement **53,5%**, **18,5%**, et **6,4%** de l'activité totale.

Il est à noter que les effectifs restent toujours modérés chez le plus de 65 ans. Toutefois ils continuent de progresser à la hausse; les évolutions de ces indicateurs hospitaliers sont donc à surveiller avec attention dans les semaines à venir.

Figure 7. Nombre hebdomadaire d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19, et part d'activité (%) par classe d'âge, du 06/07/2020 au 09/01/2022, en Île-de-France.



Surveillance à l'hôpital : Réseau Oscour®

Nombre d'actes médicaux et part d'activité pour « suspicion de COVID-19 » parmi l'ensemble des diagnostics renseignés dans les services d'urgence hospitaliers franciliens participant au réseau Oscour®. En Île-de-France, 98 services d'urgence sont connectés et susceptibles de transmettre des Résumés de Passages aux Urgences (RPU) comportant les données médico-administratives relatives à chaque passage aux urgences.

Passages aux urgences hospitalières (Oscour®)

En S01, la part des passages aux urgences hospitalières pour « suspicion de COVID-19 » poursuivait son augmentation et représentait 8,2% de l'activité totale dans les services d'urgences participants (vs. 7,1% en S52) (Figure 8).

Le nombre de passages aux urgences hospitalières pour « suspicion de COVID-19 » continuait d'augmenter (+15,2%) en S01, tandis que le nombre de passages aux urgences toutes causes confondues codés restait stable. Cette tendance haussière était homogène dans la majorité des départements franciliens. À ce stade, la plus forte activité pour « suspicion de COVID-19 » était relevée en Seine-Saint-Denis (11,3%) (Figure 9). De plus, l'augmentation au niveau régional s'accompagnait aussi d'une hausse du nombre des passages aux urgences pour « suspicion de COVID-19 » dans toutes les classes d'âge.

Le nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences pour « suspicion de COVID-19 » augmentait à 1 128 hospitalisations (vs. 907 hospitalisations en S52). Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences pour « suspicion de COVID-19 » était de 23,3% (vs. 21,6% en S52). Les enfants de moins de 15 ans présentaient un taux d'hospitalisation après passage aux urgences pour « suspicion de Covid-19 » de 8,7% (45 enfants), tandis que les personnes âgées de 15 à 44 ans, de 45 à 64 ans et de 65 ans et plus présentaient des taux de 7,2%, 27,6%, et 61,1% respectivement.

Figure 8. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 et part d'activité (%) par classe d'âge, du 06/07/2020 au 09/01/2022, Île-de-France (source : Oscour®)

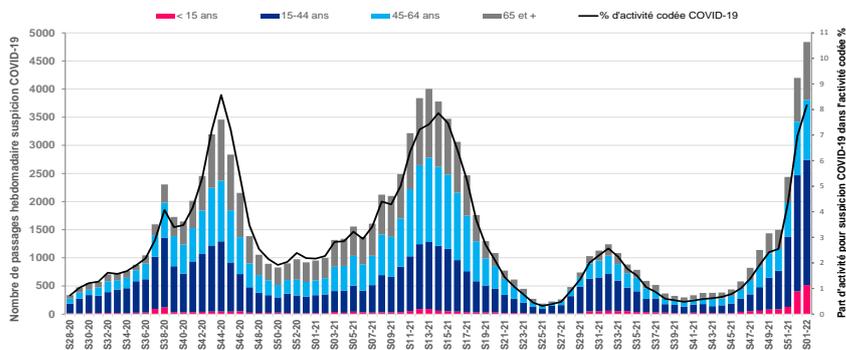
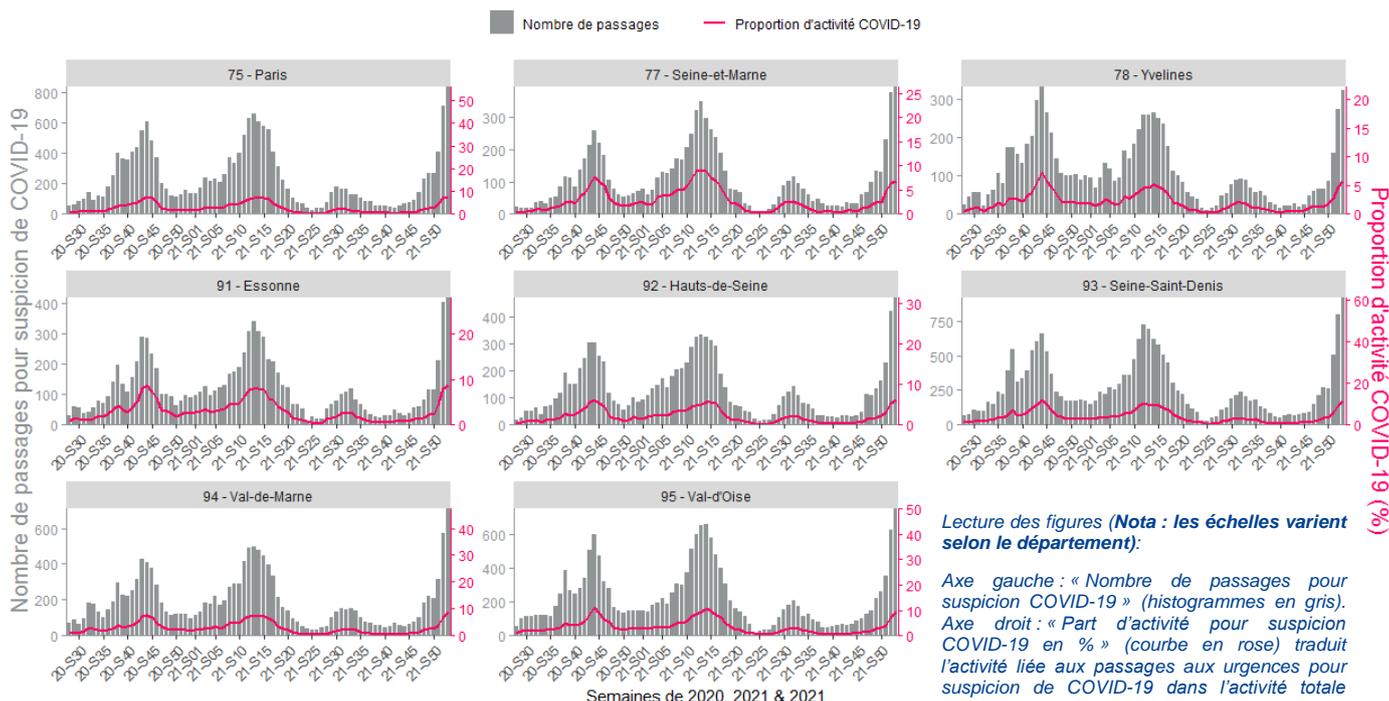


Figure 9. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 et part d'activité (%) par département, du 06/07/2020 au 09/01/2022, Île-de-France (source : Oscour®)



Surveillance à l'hôpital : SI-VIC

SI-VIC (Système d'information pour le suivi des victimes) a été déployé dans les hôpitaux depuis le 13 Mars 2020. Les données remontées dans SI-VIC par les établissements hospitaliers permettent de recueillir l'information sur le nombre de patients COVID-19 hospitalisés, sur le nombre admis en services critiques (c'est-à-dire en réanimation, en soins intensifs ou en unités de surveillance continue), ainsi que sur les décès survenus à l'hôpital.

Indicateurs hospitaliers - données par date d'admission

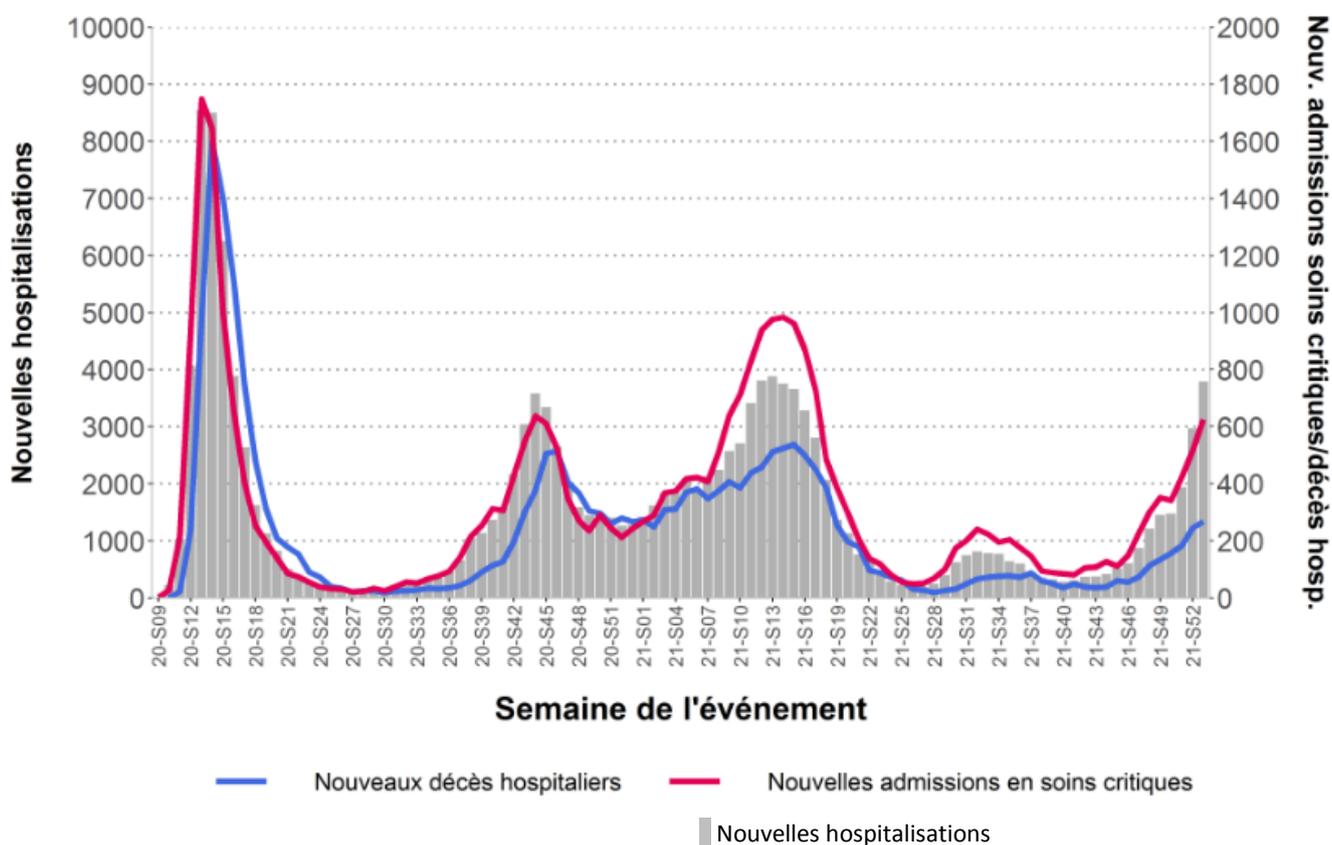
Les données présentées correspondent exclusivement aux données par date d'admission des patients à l'hôpital. Ces données nécessitent un délai de consolidation mais fournissent une description fidèle de la situation épidémiologique. Les données les plus récentes présentées sur cette page sont donc susceptibles d'être légèrement corrigées au cours des prochaines publications

En S01, les données SIVIC par date d'admission des nouvelles hospitalisations et admissions en soins critiques **poursuivaient leur hausse** rapide et importante. **Les nouvelles hospitalisations augmentaient** toutefois plus lentement - de **+28%** comparée à l'évolution précédente de 53% - tandis que la croissance des **nouvelles admissions en soins critiques** liées à la COVID-19 ne ralentissait pas avec une **augmentation de +21%**. **Les décès hospitaliers** liés à la COVID-19 **présentaient une croissance de +9%**, un ralentissement par rapport à la semaine précédente (Tableau 1 et Figure 10).

Tableau 1. Évolution du nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19, de nouvelles admissions en soins critiques et de décès hospitaliers en Île-de-France, sur les 3 dernières semaines (S51 à S01). **Données par date d'admission. Extrait du 12/01/2022.**

	S51-2021 (20/12 au 26/12)	S52-2021 (27/12 au 02/01)	S01-2022 (03/01 au 09/01)	Evolution S01 vs S52	Evolution S52 vs S51
Nombre de nouvelles hospitalisations	1939	2967	3789	+28%	+53%
Nombre de nouvelles admissions en soins critiques	425	517	626	+21%	+22%
Nombre de nouveaux décès hospitaliers	183	246	267	+9%	+34%

Figure 10. Évolution du nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19, de nouvelles admissions en services de soins critiques et de nouveaux décès à l'hôpital en Île-de-France, entre les semaines S09-2020 et S01/2022. **Extrait du 12/01/2022.**

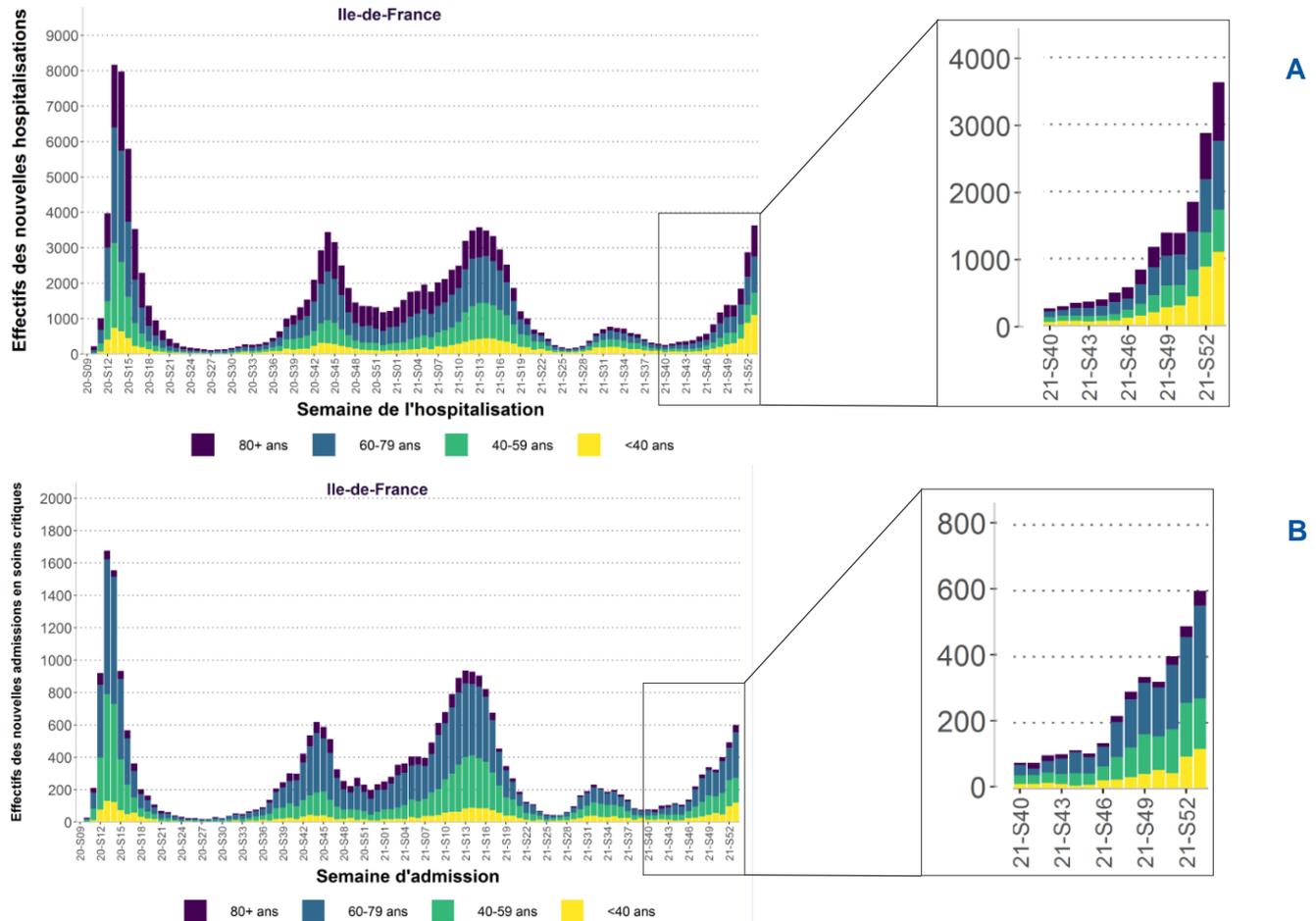


Surveillance à l'hôpital : SI-VIC (suite)

Nouvelles hospitalisations et admissions en soins critiques par classe d'âge - données par dates d'admission

La part des patients âgés de moins de 40 ans parmi l'ensemble des nouvelles hospitalisations COVID-19 ainsi qu'en soins critiques augmentait progressivement, passant entre S47 à S01 de 18% à 30% pour les nouvelles hospitalisations et de 13% à 20% pour les admissions en soins critiques. Ceci témoigne d'une diminution de l'âge des patients hospitalisés (Figure 11).

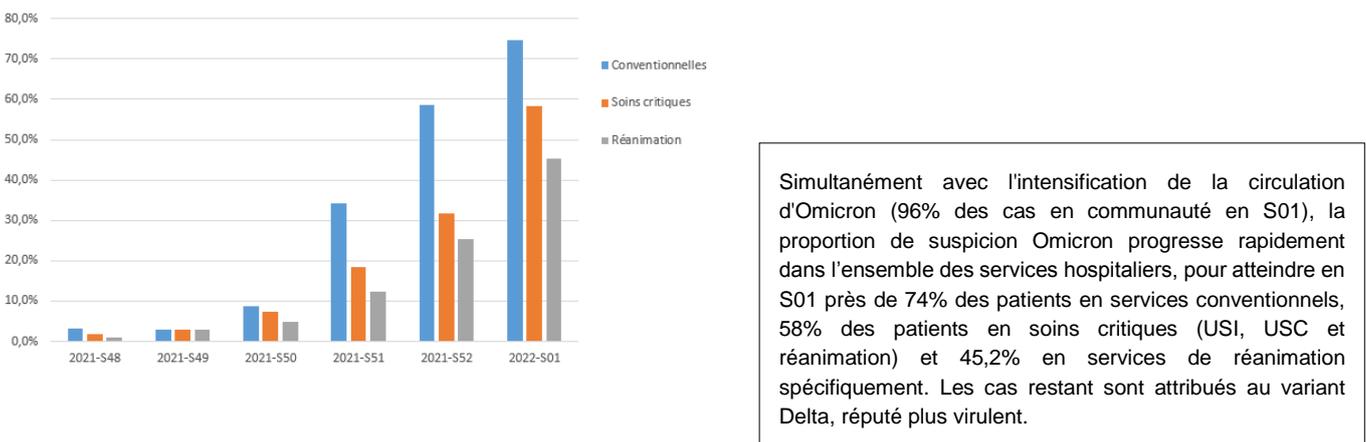
Figure 11. Évolution hebdomadaire du nombre de nouvelles hospitalisations (A) et des nouvelles admissions en soins critiques (B) pour COVID-19, par date d'admission et par classe d'âge, Île-de-France, données SI-VIC au 12/01/2022



Indicateurs hospitaliers - données par date d'admission avec croisement SIDEP

Le croisement des bases SI-DEP et SIVIC permet d'estimer la proportion de suspicion des variants (Omicron notamment) parmi les patients nouvellement hospitalisés pour COVID-19 à partir des données de criblages disponibles.

Figure 12. Proportion de suspicion d'Omicron (A0C0) parmi les patients nouvellement hospitalisés pour COVID-19 en Île-de-France, sur les 6 dernières semaines (S48 à S01). Données par date d'admission. Extraction du 12/01/2022.



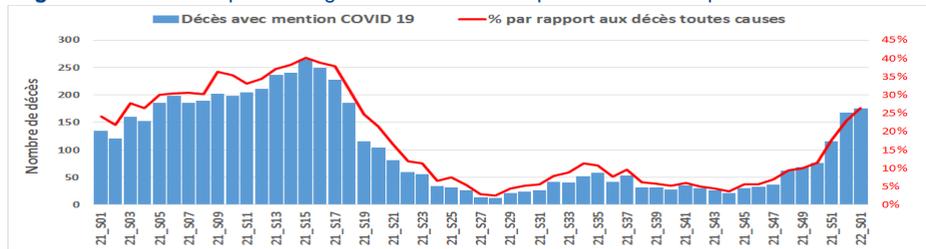
Surveillance de la mortalité

Mortalité spécifique au COVID-19 (Mortalité issue de la certification électronique des décès)

Source : Inserm-CépiDC au 12/01/2022 à 14h

La dématérialisation des certificats de décès permet de connaître les causes médicales de décès. Depuis la surveillance de la COVID-19, le taux de certificats de décès certifiés électroniquement en Ile-de-France est passé de 21 % (janvier 2020) à 38,3% (octobre 2021). Sont surveillés ici les certificats de décès avec la mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès depuis le 1^{er} mars 2020.

Figure 13. Nombre et pourcentage des décès certifiés par voie électronique avec mention COVID-19 (depuis janvier 2021) en Île-de-France.



Nombre cumulé de certificats de décès avec mention de COVID-19 depuis mars 2020 : 11 480, dont 6 056 en 2020 et 5 237 en 2021

- 35% sans comorbidité

Nouveaux décès en S01 : + 176 décès

Mortalité toutes causes Insee

Source : Insee au 13/01/2022 à 14h.

L'analyse de la mortalité toutes causes confondues s'appuie sur les données d'état-civil d'environ 370 communes franciliennes, enregistrant près de 90 % de la mortalité régionale. Du fait des délais habituels de transmission, les données récentes sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines.

Au niveau régional, un excès modéré mais significatif de décès toutes causes confondues et tous âges s'observait sur 6 semaines consécutives en Île-de-France, entre les semaines S47 et S52 (Tableau 2). Cette surmortalité concernait les personnes de **15-64 ans** entre les semaines 46 et 50 et en S52 et les personnes de **65-84 ans** entre les semaines S48 et S52 (Figure 14).

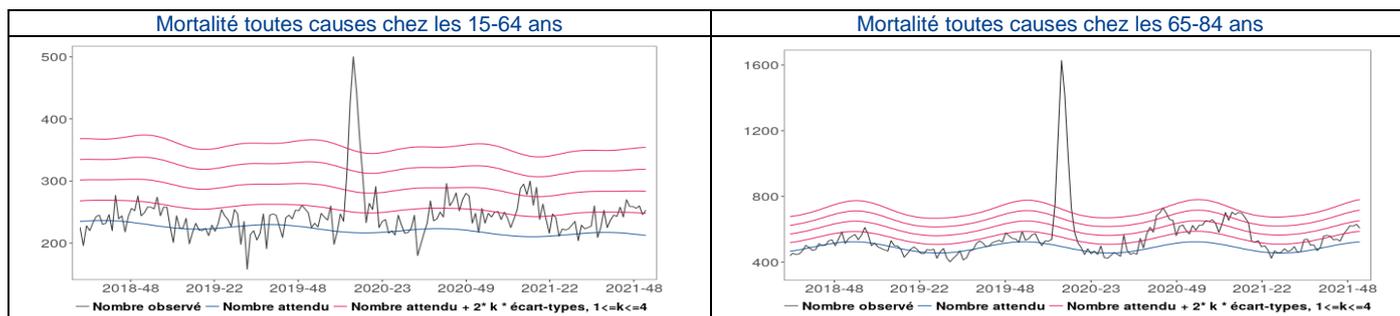
Au niveau départemental, les excès de décès toutes causes et tous âges s'intensifiaient en Seine-Saint-Denis (S46, S48, S49 et S50), dans l'Essonne (S47, S49, S51 et S52) et dans le Val-d'Oise (S47, S49, S50, S51 et S52). Un excès de décès se confirmait également sur plusieurs semaines dans les Hauts-de-Seine (S50, S51 et S52). Les excès de décès des personnes de 15 à 64 ans étaient observés à Paris (S46 et S47), en Seine-Saint-Denis (S48 et S49) et surtout dans les Hauts-de-Seine (S46, S49, S50 et S51). La surmortalité chez les plus de 65 ans était principalement enregistrée dans l'Essonne (S47, S49 et S51), en Seine-Saint-Denis (S46, S48 et S50) et dans le Val-d'Oise (S47, S49 et S51).

Tableau 2. Niveau d'excès de la mortalité toutes causes et tous âges, par département en Île-de-France, S48 à S52/2021 (Source : Santé publique France, Insee, au 05/01/2022). Les données de la S52 ne sont pas encore consolidées.

Département	Semaine 49		Semaine 50		Semaine 51		Semaine 52	
	Excès en %	Z-score						
75 - Paris	11,8%	1,6	3,6%	0,5	1,2%	0,2	8,1%	1,1
77 - Seine-et-Marne	11,2%	1,0	18,5%	1,5	34,5%	2,8	17,5%	1,4
78 - Yvelines	7,2%	0,6	-7,6%	-0,7	-8,0%	-0,7	4,5%	0,4
91 - Essonne	34,8%	2,7	17,3%	1,4	35,8%	2,8	33,1%	2,5
92 - Hauts-de-Seine	13,8%	1,4	26,9%	2,6	22,4%	2,2	22,4%	2,2
93 - Seine-St-Denis	25,4%	2,5	32,7%	3,2	17,7%	1,8	17,7%	1,7
94 - Val-de-Marne	15,8%	1,5	15,8%	1,5	3,4%	0,3	-2,4%	-0,2
95 - Val-d'Oise	24,1%	2,3	20,7%	2,0	36,0%	3,4	20,8%	2,0
Ile-de-France	16,9%	3,6	15,0%	3,2	15,1%	3,2	13,9%	2,9

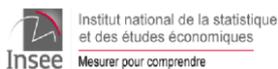
L'excès de mortalité est caractérisé par le Z-score, l'indicateur standardisé qui permet de comparer les excès de décès d'une zone géographique à une autre. Il est par définition centré sur 0. On considère que la mortalité observée est conforme à la mortalité attendue lorsque le Z-score fluctue entre -2 et 2. Un excès de mortalité devient significatif lorsque la valeur du Z-score est supérieure à 2.

Figure 14. Mortalité toutes causes jusqu'à la S01/2022 (Source : Santé publique France, Insee, au 13/01/2022). Les données des deux dernières semaines représentées sur les graphes (S52 et S01) ne sont pas consolidées.



En collaboration avec

Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France, Médecins libéraux, SAMU Centre 15, SOS Médecins, médecins urgentistes, réanimateurs, laboratoires hospitaliers de biologie médicale (APHP et hors APHP), laboratoires de biologie médicale de ville, Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation et de médecine d'urgence



Missions de Santé publique France

Surveiller, comprendre la dynamique de l'épidémie, anticiper les scénarii, mettre en place des actions pour prévenir et limiter la transmission du virus, mobiliser la réserve sanitaire. En région, coordonner la surveillance, investiguer, analyser les données, apporter l'expertise à l'ARS pour l'aide à la décision.

INFORMATION CORONAVIRUS COVID-19

QUE FAIRE DÈS LES PREMIERS SIGNES ?

Si vous avez de la fièvre, de la toux, mal à la gorge, le nez qui coule ou une perte du goût et de l'odorat :

- Consultez rapidement votre médecin pour qu'il décide si vous devez être testé
- En attendant les résultats, restez chez vous et évitez tout contact

GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS 0 800 130 000 (appel gratuit)

INFORMATION CORONAVIRUS COVID-19

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
- Porter correctement un masque quand la distance ne peut pas être respectée et dans les lieux où cela est obligatoire
- Respecter une distance d'au moins un mètre avec les autres
- Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum)
- Eviter de se toucher le visage
- Aérer les pièces 10 minutes, 3 fois par jour
- Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades

Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)

GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS 0 800 130 000 (appel gratuit)

Rédacteur en chef
Arnaud TARANTOLA

Equipe de rédaction
Santé publique France
Île-de-France

Anne ETCHEVERS
Nelly FOURNET
Yves GALLIEN
Mohamed HAMIDOUCHE
Lucile MIGAULT
Gabriela MODENESI
Annie-Claude PATY
Yassoung SILUE
Berenice VILLEGAS-RAMIREZ
Aurélien ZHU-SOUBISE
Carole LECHAUVE

Direction des régions (DiRe)

En collaboration à Santé publique France avec la Direction des maladies infectieuses (DMI), la Direction appui, traitements et analyse de données (Data)

Contact presse
presse@santepubliquefrance.fr

Diffusion Santé publique France
12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex
www.santepubliquefrance.fr

Date de publication
13 janvier 2022

Numéro vert 0 800 130 000
7j/7 24h/24 (appel gratuit)

Sites associés :

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



World Health Organization



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité

